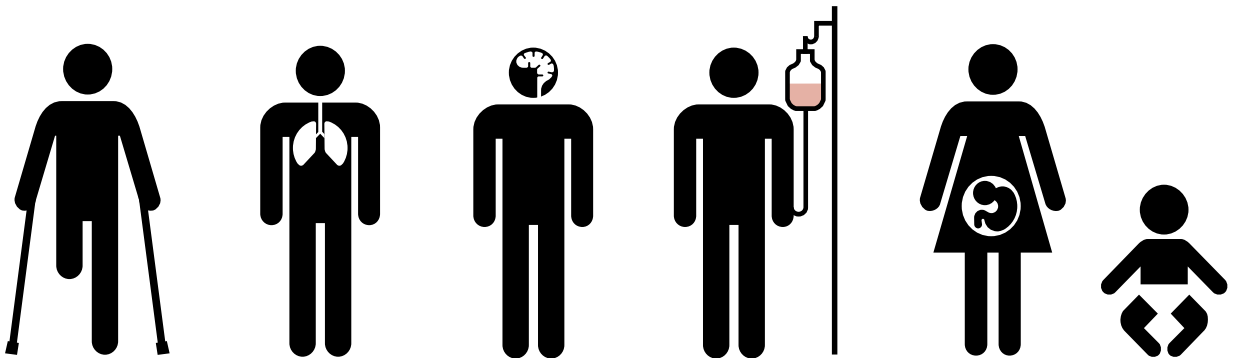
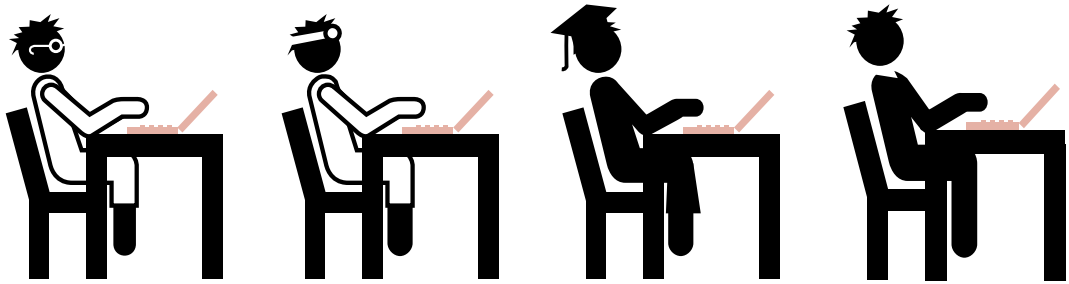
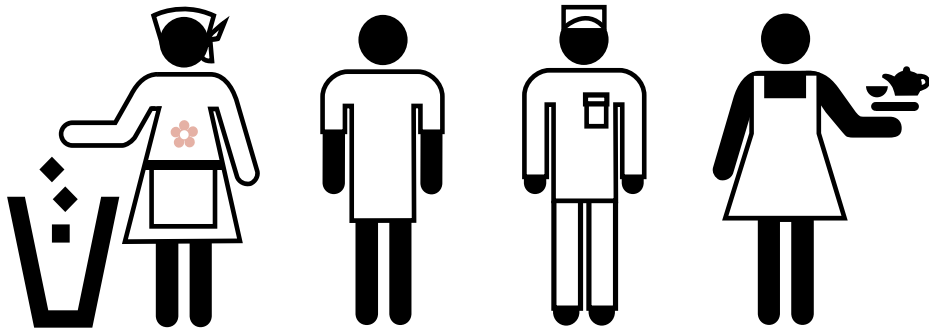
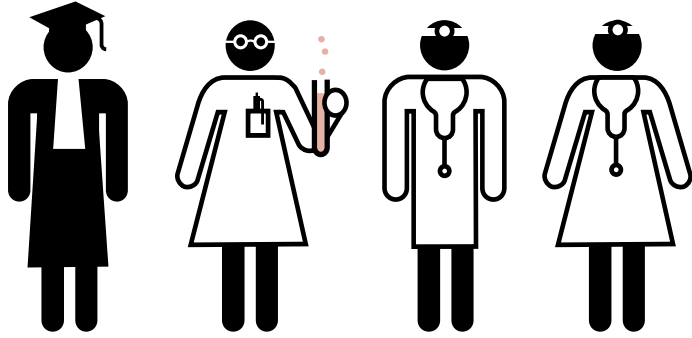




LEIDS UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM

05







LEIDS UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM

Jaarverslag 2005



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	Vaststelling en goedkeuring jaarrekening	46
Uitgangspunten van de verslaggeving	7	Accountantsverklaring	47
Profiel van de organisatie	9	Personalia	48
Algemene gegevens	9	Enkelvoudige jaarrekening	51
Structuur van het concern	9	Geconsolideerde jaarrekening	69
Werkgebieden en kerngegevens	10	Productiecijfers patiëntenzorg	77
Belanghebbenden	10	Kerngegevens, kengetallen en prestatie-indicatoren	83
Visie en strategie	11	Lijst van afkortingen	124
Visie - meerjarenbeleid	11	Colofon	126
Algemeen beleid	11		
Kwaliteitsbeleid	16		
Personeelsbeleid	20		
Financieel beleid	21		
Maatschappelijk verantwoord ondernemen	21		
Toekomstige ontwikkelingen	22		
Corporate Governance	23		
Bestuur	23		
Ondernemingsraad	25		
Cliëntenraad	25		
Dialogoog met studenten en aios	26		
Prestaties	27		
Patiëntenzorg	27		
Veiligheid	32		
Onderzoek	33		
Onderwijs	35		
Opleidingen	35		
Bij- en nascholing	36		
Medewerkers	36		
Samenleving	39		
Financiële prestaties	41		

Voorwoord

Voor het LUMC was 2005 in veel opzichten een heel goed jaar. We hebben de beleidsuitgangspunten over doelmatiger werken op adequate wijze naar de praktijk vertaald. Financieel gaf dit ruimte voor strategische investeringen.

De vermindering van het gebruik van de klinische capaciteit in de patiëntenzorg en dus het terugdringen van de opnameduur vormde een belangrijke doelstelling van het beleid. Dit doel werd gehaald: het aantal dagbehandelingen nam aanmerkelijk toe. Deze verschuiving in de patiëntenzorg heeft aanzienlijke bouwkundige consequenties. In 2005 zijn de voorbereidingen getroffen voor een cascade van verbouwingen om de ontwikkelingen in de komende jaren te accommoderen. Dit zal naast hinder voor veel nieuwe dynamiek zorgen. Dat laatste geldt uiteraard ook en bij uitstek voor de ingebruikname van het Onderzoeksgebouw in januari 2006 en het Onderwijsgebouw in november.

Op onderzoeksgebied voltooiden we de plannen voor de opzet en inbedding van themagroepen, technologieplatforms en -centra. Deze groepen en centra moeten ertoe leiden dat de uitkomsten van fundamenteel onderzoek sneller doordringen in de kliniek en dat de kennisinfrastructuur van ons huis beter benut wordt. We waren, uiteraard in samenwerking met anderen, succesvol in de werving van diverse prestigieuze subsidies. Zo nam het kabinet begin 2006 een besluit over de toekenning van vele miljoenen uit de subsidiepot van NWO BIG Facilities voor het 7-Tesla MRI project. Dit versterkt de samenwerking van het LUMC met anderen bij het in beeld brengen van cognitieve en neurologische processen: de neuro-imaging. We hebben wederom een prachtige Vici-subsidie gekregen en daarnaast is een wagonlading Veni's, Vidi's, Mozaïeken en Casimirs binnengereden. Samen met de Universiteit Leiden ontving het LUMC € 2,5 miljoen voor kennisexploitatie. Ongeveer de helft van het aantal ingediende projecten in het zesde kaderprogramma is gehonoreerd. In 2006 vestigt Topinstituut Pharma zich in Leiden. Ook hiervan zal een sterke stimulans uitgaan op het gebied van onderzoek.

Over het curriculum Geneeskunde is het afgelopen jaar geconstateerd dat we in onze onderwijsfilosofie van 'vaardigheden boven kennis' hier en daar wat doorgeschooten zijn. Het komende jaar zullen de plannen om de balans terug te brengen ten uitvoer komen. Ook de toetsontwikkeling behoeft en krijgt extra aandacht.

De ontwikkelingen van het zorgstelsel gingen in 2005 verder. Voor wat betreft de invoer van de basisverzekering is dat een goede zaak. Mijn oproep in de nieuwjaarsrede van 2005 om snel tot een vereenvoudiging van het DBC-systeem te komen, begint echter nu pas gevolg te krijgen. Dat is jammer want de administratieve lastendruk voor de professionals moet omlaag. Orde, let op uw zaak! De gunstige effecten van enige marktwerking zijn overigens al merkbaar. De ongunstige, zoals bijvoorbeeld een merkwaardige competitie tussen de topklinische ziekenhuizen en de universitaire medische centra in de onderwijs- en opleidingsregio's, ook. De samenwerkingsrelaties tussen de zorgaanbieders in de regio Zuid-Holland Noord op het gebied van de acute zorg werden steeds beter. Het zou goed zijn als ook de eerste lijn daarin, via de huisartsenposten, in 2006 een bijdrage gaat leveren. Het LUMC biedt daartoe graag de mogelijkheden.

In 2005 werden weer een aantal nieuwe prestatie-indicatoren benoemd. De uitkomsten gebruiken we voor het starten van verbetercycli. De patiëntveiligheidsystematiek wordt de komende jaren geïntegreerd in het NIAZ-kwaliteitsstelsel, waarvoor wij weer voor vier jaar huisbreed geaccrediteerd werden. In 2006 zet het LUMC in op het benoemen van de meest risicodragende processen. Door middel van incidenten- en complicatiebesprekingen op de afdelingen worden ongewenste uitkomsten systematisch geanalyseerd.

De Raad van Bestuur vindt het van belang de societal impact van ons maatschappelijk ondernemerschap in beeld te brengen. Hiermee wordt de waarde bedoeld die het LUMC toevoegt op het gebied van volksgezondheid en wetenschap en, als grootste regionale werkgever, aan de (regionale) economie. Voor het huidige verslagjaar ligt het accent echter nog op prestatie-indicatoren en innovaties, waarbij we de geboekte resultaten per kerntaak zo transparant mogelijk, en zo mogelijk in vergelijking met andere academisch medische centra, weergeven. Voor het jaarverslag 2004 ontving het LUMC de F.G. Kordestrofee 2005. Wij vinden de inhoud aanzienlijk belangrijker dan de verpakking, maar de motivatie van de jury luidde dat de prijs onder andere werd toegekend vanwege de oriëntatie op de belanghebbers van het LUMC in het verslag. Dat deed ons veel genoegen.

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

LU
MC

LU
MC

LU
MC

LU
MC

LU
MC

LU
MC

Uitgangspunten van de verslaggeving

Dit jaarverslag richt zich op geïnteresseerde en geïnformeerde belanghebbenden. Er was een selectie noodzakelijk van wat er over het LUMC in 2005 te melden valt. Niet alles wat op de website www.lumc.nl te vinden is, heeft zijn weg gevonden naar dit jaarverslag, dat immers niet veel dikker moest worden dan zo'n honderdtwintig pagina's. We willen de lezer een transparante verantwoording van onze prestaties in het afgelopen jaar bieden. Zowel de omvang als de opzet van het verslag draagt daaraan bij.

De indeling van ons jaarverslag is gebaseerd op het door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geïnitieerde Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (MV), dat eind 2005 is vastgesteld. Het LUMC zit namens de NFU in de stuurgroep voor dit nieuwe jaardocument en heeft met name bijgedragen aan de paragrafen over onderzoek, onderwijs, opleidingen en bij- en nascholing. Het Jaardocument MV wordt pas voor het verslagjaar 2006 wettelijk verplicht maar het LUMC doet, net als vorig jaar, nu al mee als pilot-instelling. Het valt niet mee binnen het vastgestelde format een compleet en goed lopend verhaal te vertellen. De verslaglegging is natuurlijk ook in overeenstemming met de Richtlijnen 271 en 655 van de Regeling Jaarverslaggeving Zorginstellingen (RJZ).

De nadruk in dit verslag 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 79 tot en met pagina 121. Waar mogelijk wordt spiegelinformatie verschaft om een vergelijking met andere universitaire medische centra mogelijk te maken.

De financiële informatie in de gedrukte versie van het jaarverslag is beknopt. De complete jaarrekening is gedeponereerd bij Prismant, staat op www.lumc.nl en kan ook worden opgevraagd bij het directoraat Financiën van het LUMC.

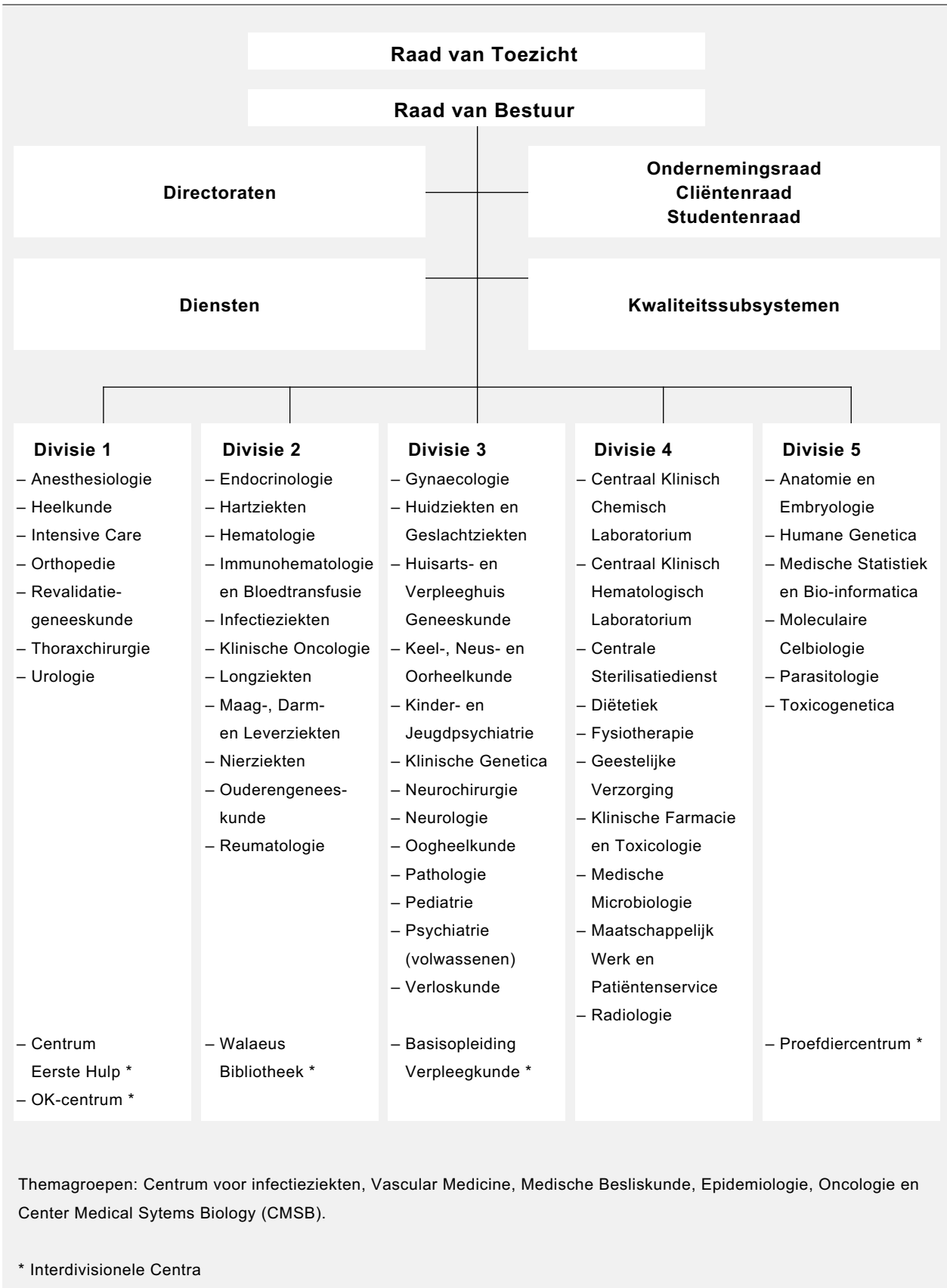
Dit verslag legt verantwoording af over het LUMC zelf (de enkelvoudige jaarrekening). In de RJZ is de plicht tot consolidatie opgenomen wanneer rechts-

personen een groep vormen. De aan het LUMC gelieerde instellingen (zie pagina 9 en 74/75) 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 (afzonderlijk bij Prismant gedeponereerd) verwezen.

De illustraties in dit jaarverslag zijn voortgekomen uit de gedachte dat de lezer door de afbeeldingen wordt geprikkeld tot kritisch nadenken over risicobeheersing van de primaire processen.

De fluorescerende kleur symboliseert de alertheid waarmee in het LUMC-medewerkers met risicovolle processen omgaan. Ook in 2006 staat risicobeheersing centraal in de activiteiten van het LUMC.

Het organogram van het Leids Universitair Medisch Centrum in 2005



Profiel van de organisatie

Algemene gegevens

Het LUMC is gevestigd op Albinusdreef 2, NL-2333 ZA te Leiden. Verdere gegevens zijn te vinden op www.lumc.nl.

Structuur van het concern

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. Het organogram in 2005 staat hiernaast.

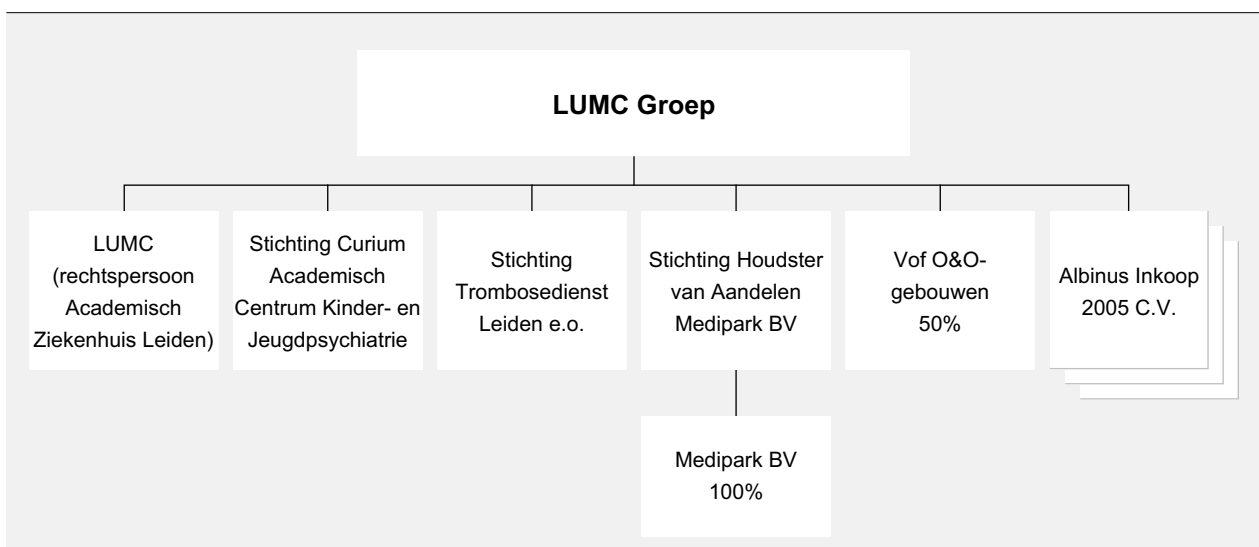
Op 1 januari 2006 vond een herindeling van de divisies plaats. In het bijzonder de divisies 2 en 4 hebben hierbij een aantal afdelingen uitgeruild.

De LUMC Groep bestaat uit het LUMC, de Stichting Curium Academisch Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, de Trombosedienst Leiden en omstreken (sinds september 2005) 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-gebouwen te Leiden. Deze vof treedt op als hoofdaannemer voor de bouw van het Onderzoeksgebouw (voltooid in 2005) en het Onderwijsgebouw (oplevering in 2006) van het LUMC en wordt daarna opgeheven.

Het LUMC is een lijnorganisatie met decentraal integraal management. Het divisiebestuur handelt autonoom binnen de door de Raad van Bestuur gestelde kaders, waardoor snel en efficiënt beleidsbeslissingen genomen kunnen worden.

De LUMC Groep in schema



Werkgebieden en kerngegevens

Het LUMC is een kennisinstelling en heeft vijf kerntaken: patiëntenzorg, onderzoek, onderwijs, opleidingen en bij- en nascholing. Deze taken staan niet los van elkaar maar worden in onderlinge samenhang uitgevoerd. Juist die samenhang geeft maatschappelijke meerwaarde aan een universitair medisch centrum. Voor de curatieve zorg richt het LUMC zich speciaal op topreferente verwijzingen (last resort) en topklinische zorg.

De LUMC Groep beperkt zich tot publieke taken. Ook Curium en de Trombosedienst voeren uitsluitend publieke taken uit. Het LUMC bezit geen aandelen. Alleen de gelieerde Stichting Houdster Aandelen Medipark B.V. voert niet-publieke taken uit.

Belanghebbenden

Het LUMC hecht als publiek gefinancierde instelling zeer veel waarde aan maatschappelijke verantwoording. Bij de uitvoering van onze publieke taken hebben we te maken met een uitgebreid aantal belanghebbenden. Direct belanghebbenden zijn de patiënten, het personeel en de studenten. Medezeggenschap voor patiënten is voor de universitaire medische centra gezamenlijk geregeld in de Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ). Daarnaast vertegenwoordigt het Cliëntenberaad LUMC patiënten op regionaal niveau. Het personeel kiest de Ondernemingsraad (OR) en de decentrale Onderdeelcommissies (OC's). De studenten hebben een stem in de Studentenraad. Voor de verschillende kerntaken legt het LUMC verder verantwoording af aan de zorgverzekeraars, tal van overheidsinstanties en zelfstandige bestuursorganen en aan de Universiteit Leiden. Naast horizontale verantwoording aan de direct belanghebbenden zoeken we ook actief de dialoog met verwijzers en met andere zorgaanbieders in de regio Zuid-Holland Noord, de Gemeente Leiden, de Provincie Zuid-Holland enzovoort. Pagina 25 en 26 doen verslag van de dialoog met de directe belanghebbenden.

Visie en strategie

Visie - meerjarenbeleid

Het Leids Universitair Medisch Centrum is een kennisinstelling. Het voert zijn vijf kerntaken – patiëntenzorg, onderzoek, onderwijs, opleiding en bij- en nascholing – op het hoogst mogelijke niveau uit. Het streeft naar de hoogste kwaliteit, zowel in medisch technisch opzicht, als in de zorg en aandacht voor de patiënt. Op het gebied van gezondheidszorg wil het LUMC zowel nationaal als internationaal een leidende rol spelen.

Om dit ambitieniveau te realiseren, moet het LUMC de personele inzet en de productiviteit voortdurend optimaliseren. Wat dat betreft ligt het beleid voor 2006 en 2007 in het verlengde van voorgaande jaren. De ontwikkeling van de organisatie speelt een belangrijke rol bij het steeds doelmatiger werken. Taken en bevoegdheden worden verder gedecentraliseerd en de divisiestructuur heeft verder vorm gekregen. De rol en positie van de eerste laag, van de lijnorganisatie, is helder geformuleerd. Voor de organisatie is duidelijkheid over taken, bevoegdheden en verplichtingen belangrijk. Het divisiereglement legt de groeiende bevoegdheden van het divisiebestuur en de afdelingshoofden vast. Ook zijn hierin al een paar vervolgstappen voor de komende jaren aangegeven. De in 2005 voorbereide herindeling van de divisies is op 1 januari 2006 een feit geworden. Door de herindeling krijgen de divisies nog wat meer functionele samenhang. De Raad van Bestuur houdt toezicht op de uitvoering en vormgeving van het strategisch beleid in de decentrale organisatie, door verschillende beoordelings- en overlegmomenten en de jaar-gesprekken met de divisiebesturen.

In 2006 wordt het Onderzoeks- en het Onderwijsgebouw in gebruik genomen. Dit maakt het Leids Universitair Medisch Centrum tot een unilocatie. Het definitief en volledig bijeenbrengen van de verschillende kerntaken geeft een belangrijke stimulans aan zowel het translationeel onderzoek (op de grens van laboratorium en kliniek), als het onderwijs, de opleiding en de bij- en nascholing. Onderwijs, opleiding en bij- en nascholing krijgen in het nieuwe onder-

wijsgebouw een geïntegreerde organisatie. Door de synergie van de back offices zal de doelmatigheid toenemen. Die maakt het ook mogelijk kwaliteit beter te meten en te bevorderen.

Algemeen beleid

In deze paragraaf wordt het beleid voor de vijf kerntaken van het LUMC besproken. Voor de prestaties binnen de kerntaken in 2005 wordt verwezen naar pagina 27 en verder.

Patiëntenzorg

Het meest arbeidsintensieve deel van een universitair medisch centrum zijn de verpleegafdelingen. De verkorting van de opnameduur en de verschuiving naar dagbehandeling en short stay leidt tot een doelmatiger inzet van de premiegelden. Dit vindt succesvol plaats. Ook in de komende jaren werken we nog aan het terugdringen van de opnameduur. Zeker in vergelijking met relevante buitenlandse instituten ligt dat nog in de rede. De ‘LUMC-werkplaats’ verandert hierdoor ingrijpend van karakter. Het is niet ondenkbaar dat het klinisch deel van het LUMC in 2010 nog maar uit de helft van het huidige aantal bedden bestaat. Het Centrum Eerste Hulp krijgt een eigen klinische capaciteit en eigen interventiemogelijkheden. De bemensing van het Centrum Eerste Hulp zal in de toekomst bestaan uit brede specialisten op het gebied van acute zorg (emergency physicians), die het LUMC zelf gaat opleiden. De poliklinieken winnen aan efficiëntie door meer interventiemogelijkheden te scheppen en – als de diagnosegroep het toelaat – algoritmischer te werken. Dat laatste houdt in dat er meer volgens vaste procedures gewerkt zal worden.

Dit ‘anders werken’ betekent dat het LUMC studenten en artsen moet opleiden tot een type specialist dat zich richt op ambulante zorg en op dagbehandeling dan wel op acute en intensieve zorg. Dit vergt aanzienlijke aanpassingen van het curriculum en de vervolgopleidingen. Hetzelfde geldt voor de opleiding en competenties van onze toekomstige

verpleegkundigen. Om de kwaliteit van de zorg te waarborgen is het daarbij essentieel de ketenzorg die de continuïteit van de zorg bewaakt, goed te structureren.

Nu marktwerking een grotere rol gaat spelen binnen de gezondheidszorg, is het van belang het zorgaanbod op een overzichtelijke wijze aan verzekeraars, verwijzers en natuurlijk patiënten te presenteren. Dit geldt in de eerste plaats voor de topreferente en topklinische taken. Een duidelijk overzicht draagt bij aan een heldere keuzemogelijkheid voor de klant. Een alliantie met de eerste lijn zorgt ervoor dat de reguliere zorg stabiel blijft en de routinetaken die het LUMC voor haar rekening neemt voldoende beperkt in omvang blijven. De vorming van Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) komt om meerdere redenen nog niet echt van de grond, maar een gestructureerde samenwerking met bijvoorbeeld HOED's (huisartsen onder één dak) lijkt een minstens zo logische en aantrekkelijke stap. Een dergelijke constructie kan benut worden als academische werkplaats en komt tegemoet aan de behoefte om de ketenzorg voor chronische en verouderingsziekten te verbeteren. Het LUMC met al zijn mogelijkheden kan de eerste lijn op deze manier direct van advies dienen.

Onderzoek

Het wetenschappelijk onderzoek in het LUMC kenmerkte zich het afgelopen jaar door uitstekende resultaten. Het LUMC blijft zich inzetten om de uitkomsten van fundamenteel onderzoek direct te vertalen naar de klinische zorgpraktijk. In het kader van de jaarlijkse cyclische reallocatie van middelen voor onderzoek geeft het LUMC de komende twee jaar prioriteit aan de onderzoeksgebieden neurowetenschappen en public health. Bij de neurowetenschappen wordt onder meer ingezet op imaging, waarbij mentale processen letterlijk in beeld worden gebracht. Dit gebeurt onder andere met behulp van een functionele MRI (7 Tesla). Bij public health staat een aantal typisch Leidse onderwerpen centraal, zoals jeugdzorg, infectieziekten en veroudering. Deze onderwerpen spelen ook een rol bij de academisering van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten.

Ook structuurtechnisch staat een aantal veranderingen op stapel, namelijk de opzet van themagroepen, technologieplatforms en multidisciplinaire

centra. In aanvulling op de bestaande projecten onderscheidt het Leids Universitair Medisch Centrum de komende jaren de volgende themagroepen:

Themagroepen

- Vascular medicine
- Immunotherapie bij kanker
- Regenerative medicine
- Veroudering
- Infectieziekten en immunologie
- Neurowetenschappen
- Genetische epidemiologie en bioinformatica
- Oncogenetica

De onderzoeksactiviteiten binnen deze thema's overstijgen de afdelingen en hebben het doel de samenwerking te bevorderen. Ook bij de kerntaak onderzoek gaan we dus doelmatiger werken. Elke themagroep zal – net als een afdeling – een tweejaarlijks plan maken en wordt jaarlijks beoordeeld. Na vijf jaar besluit het LUMC over een eenmalige verlenging. Het is niet de bedoeling om al het sterke onderzoek in thema's te bundelen en de themagroepen krijgen geen geoormerkt budget. Het integraal management op afdelings- en divisieniveau blijft onaangetast.

Ook worden in het LUMC technologieplatforms gevormd. Deze platforms hebben een facilitaire functie voor het onderzoek en brengen specifieke technologie en kennis samen. Het betreft de volgende platforms:

Technologieplatforms

- Stamcelcentrum
- Center for Moleculair Imaging
- Centrum voor Biomoleculaire Massaspectrometrie
- Leiden Genome Technology Center
- Proefdierencentrum

Daarnaast kent het LUMC een aantal brede multidisciplinaire centra, waarbinnen onderzoek en patiëntenzorg geïntegreerd zijn:

Multidisciplinaire centra
– Center for Medical Systems Biology
– Centrum voor infectieziekten
– LUMC Kanker Centrum
– Center for Public Health
– Diabetes mellitus centrum

Kennisinstellingen worden aangesproken op hun innovatief vermogen, de sleutel tot economische groei en welvaart. De overheid is bereid tot grote investeringen in de kennisinfrastructuur. Dit leidt tot een stortvloed aan voorstellen en initiatieven voor besteding van (toekomstige) budgetten. De overheid eist tegelijkertijd van instellingen dat zij verantwoording afleggen over de besteding van de publieke middelen en heeft daarbij het voornemen prestaties te koppelen aan middelenverdeling. Om sterk te staan in de voortdurende competitie voor, ondanks alles, schaarse onderzoeksmiddelen, investeert het LUMC fors in een infrastructuur die optimale onderzoeksresultaten mogelijk maakt. De Raad van Bestuur heeft besloten om de dienstverlening aan afdelingen en onderzoekers verder te intensiveren en uit te breiden. Voorbeelden hiervan zijn de aanstelling van een adviseur voor Europese onderzoekssubsidies en een adviseur voor kennisexploitatie. Ook al aanwezige, interne expertise wordt zoveel mogelijk benut. Zo is een werkgroep Good Research Practice gestart en zijn we van plan een centrale Clinical Research Unit op te richten, die vooral is gericht op clinical trials. Ook het gericht opleiden van jonge onderzoekers krijgt verder vorm.

Onderwijs

Ontwikkelingen Geneeskunde

De komende twee jaar realiseren we de laatste aanpassingen op basis van het plan van aanpak dat ontstond na de positieve visitatie van de opleiding Geneeskunde eind 2003. Daarbij wordt ook nagedacht over de curriculumontwikkelingen op wat langere termijn. De reductie van het gebruik van de klinische ziekenhuis capaciteit heeft immers gevolgen voor de personeelsplanning en de opleidingen. Afgesproken is per september 2007 te starten met de

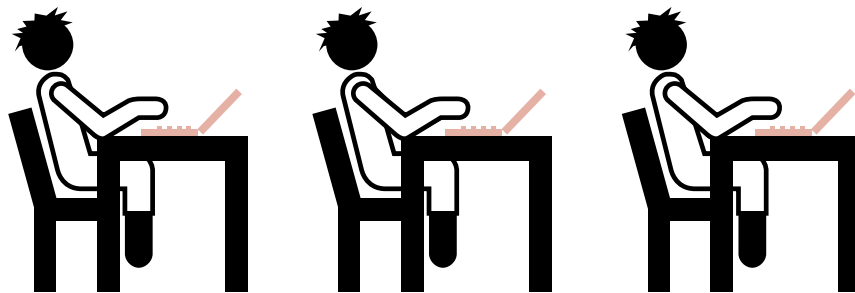
implementatie van de bachelor-masterstructuur bij Geneeskunde. De Opleidingscommissie zal hiertoe met voorstellen komen, die ook bijdragen aan de gewenste curriculumontwikkeling.

Eén van de onderwerpen in het plan van aanpak naar aanleiding van de visitatie, is het werkgroep-onderwijs. In juni 2005 vond een onderwijsconferentie plaats rond dit thema. Ook de kwaliteit van toetsing en het ontwikkelen van toetsvormen heeft in 2005 veel aandacht gehad. Er zijn voorbereidingen getroffen om per september 2006 actief te gaan participeren in de landelijke Voortgangstoets (samen met Maastricht, Nijmegen en Groningen). Het beleid is erop gericht de Voortgangstoets meer gewicht te geven in het curriculum. Voor het verder ontwikkelen van toetsing in de klinische fase is een tijdelijke commissie ingesteld. Overeenkomstig het plan van aanpak werd in 2005 extra aandacht besteed aan de communicatie met de affiliatiepartners en aan de kwaliteitszorg in de klinische fase. In 2005 is een betere afstemming tussen de blokken onderling en tussen blok- en lijnonderwijs bewerkstelligd. Een nieuw blok in het tweede studiejaar draagt mede bij aan de wetenschappelijke vorming van de student. Voor getalenteerde en gemotiveerde studenten zijn er extra mogelijkheden. Naast de Honours Class en het Excellente Studententrajec is in 2005 een programma ontwikkeld waarmee studenten naast het artsexamen ook een master Biomedische Wetenschappen kunnen halen. De implementatie hiervan volgt in 2006.

In augustus 2005 studeerden de eerste acht studenten van het nieuwe curriculum af. Daarbij deden we ervaring op met het vernieuwde zesde jaar waarin de studenten onder andere een semi-artsstage volgen en waarin de zogenoemde Centrale Onderwijsmomenten plaatsvinden. De stage is nog niet geëvalueerd maar de eerste berichten van opleiders en studenten zijn positief.

Voor vrijwel alle disciplines is de benodigde uitbreiding van capaciteit (als gevolg van de verhoogde instroom sinds 2003) gerealiseerd. De druk op de capaciteit blijft echter groot.

Ongewenste uitval bij de instroom in de co-schappen heeft tot organisatorische problemen geleid. Een bezinning op de juiste wijze en het juiste tijdstip van plaatsen voor de co-schappen is noodzakelijk. De effectieve en snelle verhoging van de instroom bij



de initiële en de specialistische vervolgopleiding in de afgelopen jaren, doet voorspellen dat de instroom de komende jaren weer terugloopt. Het LUMC rekent op termijn op een verminderde instroom bij de opleiding Geneeskunde. Wanneer dat gebeurt, is afhankelijk van de landelijke numerus fixus-discussie.

Ontwikkelingen Biomedische Wetenschappen

Na een succesvol verlopen onderwijsvisitatie Biomedische Wetenschappen zijn met behulp van een plan van aanpak een aantal verbeterpunten opgepakt. De meeste hiervan zijn reeds uitgevoerd. De uitstroomvarianten van de opleiding zijn kritisch tegen het licht gehouden en de communicatievariant wordt versterkt. Hoewel het rendement van de opleiding goed is, blijft regelmatige analyse en bewaking een aandachtspunt. In 2005 is een plan gemaakt om de wijze van beoordeling van wetenschapsstages te verbeteren. Er zijn beoordelingscriteria geformuleerd en beoordeling vindt voortaan plaats door twee beoordelaars van wie er één niet betrokken is geweest bij de stagebegeleiding. Een tweede verbeterpunt is de ruimere periode van keuzevakken in het derde bachelorjaar. Studenten kunnen in totaal een periode van vijf tot zes maanden invullen met (medisch biologische) keuzevakken en een bachelorstage.

Naast internationale instroom in de masterfase besteden we ook aandacht aan doorstroommogelijkheden vanuit het HBO. Om de masterinstroom vanuit het HBO te faciliteren ontwikkelde het LUMC in samenwerking met de Hogere Laboratorium Opleiding een schakelprogramma. Het betreft een programma van 60 ECTS (studiepunten) waarvan ruim de helft in het HBO-onderwijs kan plaatsvinden. Studenten worden voor dit programma geselecteerd. Begin 2006 is de eerste HBO-student met dit programma gestart.

Internationalisering

Internationalisering betekent vooral dat onze studenten in ruime mate de gelegenheid krijgen internationale ervaring op te doen. We zullen de mogelijkheden op dit gebied de komende jaren uitbreiden. Daarnaast zijn geselecteerde buitenlandse studenten welkom in onze opleidingen. Met het Karolinska Instituut in Stockholm ontwikkelt het LUMC een gezamenlijk master Biomedische Wetenschappen en de uitwisseling met de studie Biomedische Wetenschappen in Leuven wordt uitgebreid.

Opleiding

Het LUMC stelt zich de opdracht zijn professionals op te leiden voor de gezondheidszorg van de toekomst. De specialistische opleidingen en de modules spelen steeds in op maatschappelijke veranderingen en de weerslag daarvan op de gezondheidszorg en het zorgsysteem. De centrale opleidingscommissie heeft de taak de introductie cursus van de artsen in opleiding tot specialist (aios) verder aan te scherpen en uit te werken. Zoals in de paragraaf over patiëntenzorg al wordt aangegeven, zal de opleiding tot specialist zich moeten richten op de functie die specialisten na 2010 zullen vervullen. Dit betekent onder andere dat veel aandacht uitgaat naar besliskundige aspecten (risicomanagement) en het ontwerpen van triage- en algoritmegestuurde clinical paths. Stroomschema's en het werken volgens vaste procedures moeten de doorstroom in de patiëntenzorg versnellen. In 2005 zijn de laatste opleidingen erin geslaagd het deel van hun clusterpartners dat historisch buiten de Onderwijs- en Opleidingsregio (OOR) lag, daarbinnen te positioneren. De bestuurlijke discussie over de definitieve geografische grenzen van de acht OOR's in Nederland zal in 2006 worden afgerond.

Nieuwe eindtermen

In januari 2005 zijn de nieuwe eindtermen van de opleiding tot medisch specialist vastgesteld. Dat heeft inhoudelijk veel in gang gezet. Naast een aanpassing van de medisch inhoudelijke eindtermen is een groot aantal eindtermen toegevoegd op het gebied van management, medicolegale aspecten van de patiëntenzorg, ethiek, communicatie en onderwijsvaardigheden. Om deze competenties te integreren in het curriculum heeft het LUMC het initiatief genomen om een verplicht cursusaanbod te ontwikkelen voor alle aios uit de OOR. Diverse cursuscommissies zijn in 2005 van start gegaan. Zij zullen in 2006 de eerste cursussen aanbieden. De logistieke organisatie van dit cursusaanbod ligt bij de Boerhaave Commissie. De medisch inhoudelijke kant van de opleidingen wordt op dit moment bekeken door de wetenschappelijke verenigingen. Zij passen de inhoud van de opleiding binnen de kaders van het eigen specialisme aan de nieuwe eindtermen aan. De opleiding Gynaecologie en Obstetrie en de opleiding Kindergeneeskunde zijn koplopers bij de uitwerking van deze vernieuwing en nemen de implementatie als eerste ter hand. De overige specialismen zullen voortbouwen op deze ervaringen.

Vaardighedenonderwijs

Een andere nieuwe ontwikkeling in het kader van de professionalisering van de opleiding tot specialist is het technische vaardighedenonderwijs. Na een LUMC-brede inventarisatie is een plan opgesteld om de verschillende technische vaardigheden te clusteren in drie groepen die logisch aansluiten bij de diverse disciplines. Het gaat om de volgende drie groepen:

- Algemene basisvaardigheden. Voorbeelden hiervan zijn prikken, hechten, Assist Life Support en puncties, maar ook specifieke cursussen als darm- en vaatnaden en osteosynthese.
- Scopische technieken met videoscopische begeleiding. Deze technieken zijn onder te verdelen in endoscopieën voor longziekten en maag-darmleverziekten, laparoscopieën voor de chirurgische specialismen en gynaecologie en arthroscopiën voor orthopedie en traumatologie.
- Minimaal invasieve (vasculaire) technieken. Dit zijn technieken die gebruik maken van stralingsbronnen. Ze zijn in te zetten bij cardiologie, radiologie, vaatchirurgie, neurochirurgie, orthopedie en traumatologie.

In 2006 worden deze clusters uitgewerkt en worden, nauw geïntegreerd met de werkvloer van de deelnemende disciplines, vaardighedencentra ingericht.

Bij- en nascholing

De Boerhaave Commissie richt zich op de twee vervoltrajecten uit het medisch opleidingscontinuüm, namelijk algemene onderdelen voor de opleiding tot medisch specialist en algemene en specifieke onderdelen voor de bij- en nascholing. Daarnaast biedt de Commissie post-MBO en post-HBO cursussen aan, ook voor nieuwe beroepsgroepen als nurse practitioners, physician assistants en praktijkondersteuners. In 2005 onderging de Boerhaave Commissie een visitatie door het College voor Accreditatie Huisartsen (CvAH). Op basis daarvan werd de Boerhaave Commissie opnieuw een zogenoemde beperkte instellingsaccreditatie verleend. Samen met PAOG Heyendaal (van het UMCN) en TNO is daarnaast een kwaliteitsnorm voor nascholing ontwikkeld, die het NIAZ momenteel op bruikbaarheid beoordeelt.

De positie van de Boerhaave Stralingsbeschermingcursussen wordt versterkt. Specialist die onder doorlichting werken zijn wettelijk verplicht het niveau 4A/M stralingsbeschermingsdiploma te behalen. Oorspronkelijk duurde deze cursus vijf dagen. In 2005

heeft de cursusstaf van het LUMC in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde een tweedaagse module ontwikkeld. De Boerhaave Commissie kreeg daarvoor als eerste onderwijsinstantie een goedkeuring van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Met deze op maat gesneden cursus kunnen we in 2006 een inhaalslag maken en specialisten de gelegenheid bieden hun diploma te halen. Er wordt een tweedaagse vervolgmodule ontwikkeld voor die specialisten die langdurig en intensief met straling werken. In 2005 is ook de stralingsbeschermingcursus niveau 2 van start gegaan. De Boerhaave Commissie organiseert deze in samenwerking met de TU Delft. Het is de hoogste kwalificatie die in Nederland op stralingsgebied te verkrijgen is. Naar verwachting behalen de cursisten in het voorjaar van 2006, na vijf pittige examens, hun diploma.

Kwaliteitsbeleid

Kwaliteitsmanagementsysteem

Het LUMC borgt de kwaliteit van de vijf 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 directeurs 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 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 systematiek van het Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen (NIAZ). Centraal in deze systematiek staat de Deming-cyclus, ook wel aangeduid als de plan (beleid) do (uitvoering) check (evaluatie) act (bijstelling)-cyclus. In 2005 ontving het LUMC wederom het accreditatiebewijs voor een periode van vier jaar. De uitvoering van het kwaliteitsbeleid richtte zich in 2005, naast de integratie van de bovenbeschreven systematiek voor de patiëntveiligheid, op de verdere ontwikkeling van proces- en prestatie-indicatoren binnen het patiëntenzorgproces en de ondersteunende processen zowel op afdelings- als op instituutniveau.

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 is een subcommissie van de Commissie Kwaliteitsborging Klinische Farmacotherapie en 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 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 Commissie Steriele Medische Hulpmiddelen is een subcommissie van de Infectiecommissie en richt zich op de borging en bevordering van de kwaliteit van de reiniging, desinfectie en sterilisatie van kritische en semikritische medische hulpmiddelen op afdelingsniveau ter voorkoming van ongewenste effecten.

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 genoegdoening 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.

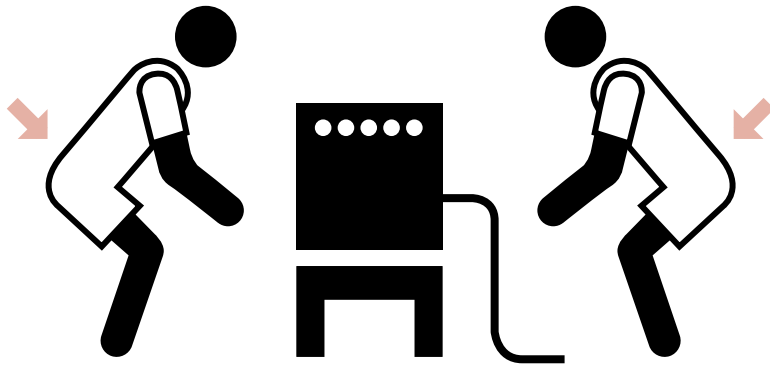
De Brede Permanente Protocolen Commissie richt zich op de bewaking en borging van de kwaliteit van het proces van de totstandkoming en het beheer van LUMC brede protocollen ter bevordering van een uniforme werkwijze in de patiëntenzorg.

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 en kwantiteit van orgaan- en weefseldonaties.

De Bloedtransfusiecommissie richt zich op de bevordering, bewaking en borging van de kwaliteit van de transfusieketen teneinde verantwoord en veilig gebruik van bloedproducten te realiseren.



Het LUMC heeft voor de patiëntenzorg vijftien kwaliteitssystemen. Dit zijn commissies die verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van LUMC-brede ketens. 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 de resultaten van het gevoerde beleid en over het beleid voor het komende jaar. In 2005 ondergingen de Bloedtransfusiecommissie en de Lasergebruikerscommissie een interne audit. Bij deze thema-audits staat de borging van risicodragende situaties binnen de keten waarvoor het subsysteem verantwoordelijk is, centraal.

Voor het wetenschappelijk onderzoek wordt een kwaliteitsborgingsysteem ontwikkeld dat zich baseert op nationale regelgeving rond mensgebonden onderzoek en algemeen geaccepteerde richtlijnen. Het is de bedoeling dat dit systeem, Good Research Practice (GRP), in 2007 functioneert.

Analoog aan de NIAZ-systematiek werd in 2005 het Quality Assessment Medical Education-systeem (Qame) geïmplementeerd om de kwaliteit van het onderwijs te borgen. De inhoud van Qame is, na een succesvolle pilot, aangevuld met eisen die het Leids Register en de Nederlands-Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO) stellen bij accreditatie van de opleidingen. Het komend jaar zal het kwaliteitssysteem Qame zich verder over de organisatie ontvouwen. Bij de kerntaak onderwijs zijn verder nieuwe afspraken gemaakt over de evaluatiecyclus. Professionalisering van docenten staat hoog op de agenda en met startende docenten, om te beginnen, zijn afspraken gemaakt over een professionaliserings-traject. Met behulp van cursussen *Train the trainer* en *Teach the medical trainer* krijgen arts-assistenten en specialisten-opleiders, zowel in het LUMC als bij de onderwijs- en opleidingspartners, scholing op het gebied van klinisch onderwijs.

Voor de kerntaak opleiding gelden de kwaliteitseisen die het Centraal College Medisch Specialisten (CCMS) stelt. Om de kwaliteit in de opleiding hoog te houden en zo mogelijk te verbeteren, zal het LUMC jaarlijks de kwalitatieve en kwantitatieve bijdragen van de afdelingen aan deze kerntaak beoordelen.

Patiëntveiligheid als onderdeel van het kwaliteitssysteem

De minister wil dat de ziekenhuizen in 2008 beschikken over een certificeerbaar patiëntveiligheidssysteem. De systematiek voor de patiëntveiligheid wordt de komende jaren geïntegreerd in het bestaande kwaliteitssysteem van het LUMC, waardoor het een auditeerbaar onderdeel van de NIAZ-kwaliteitssystematiek wordt. Het kwaliteitssysteem bestaat uit een referentiekader van procesbeschrijvingen, werkafspraken, uitkomstmetingen van processen en het bijstellen van processen naar aanleiding van de uitkomstmetingen. De uitkomstmetingen (prestatie-indicatoren) tonen zowel gewenste als ongewenste uitkomsten. Met ongewenste uitkomsten bedoelen wij alles wat misgelopen is in het proces: fouten, incidenten en complicaties. Een incident is een onvoorzienbare gebeurtenis waarbij de patiënt schade lijdt of had kunnen lijden. Bij een complicatie is bij de patiënt (potentiële) schade ontstaan als gevolg van een van tevoren in aanmerking genomen risico van behandeling of van diagnostiek dan wel het afzien daarvan. Door fouten, incidenten en complicaties onder één paraplu van ongewenste uitkomsten te vatten en ze gezamenlijk te analyseren, voorkomen we dat complicaties afgedaan worden als simpele pech, zonder dat daarmee iets wordt gedaan.

Om patiëntveiligheid een onderdeel te maken van het kwaliteitssysteem moet bij de beschrijving van zorgprocessen worden aangegeven welke van de processen of schakels in de processen risicodragend zijn. Een voorspellende analyse van potentieel ongewenste uitkomsten wordt vertaald in primaire preventie. Door deze primaire preventie te verbinden met de secundaire preventie – die volgt op een retrospectieve analyse van fouten, incidenten en complicaties – ontstaat een omsingelingsstrategie van het begrip onveiligheid. De analyse van de ongewenste uitkomsten en de preventie kan het beste decentraal, zo dicht mogelijk bij de werkvloer, plaatsvinden. Daar vindt immers de procesbeschrijving en -analyse reeds plaats en daar moet in onze optiek ook de incidenten- en complicatieanalyse plaats vinden. De decentrale verwerking van de meldingen en complicaties inclusief de uitkomsten van de analyse, de secundaire preventie en de evaluatie hiervan zullen periodiek aan de centrale meldingscommissie worden aangeleverd. De centrale meldingscommissie kan er vervolgens via het lijnmanagement afdelingsoverstijgende aanbe-

velingen aan verbinden. Een samenwerking tussen eigen deskundigen, de Technische Universiteiten van Eindhoven en Delft en de Universiteit Leiden vormt een verdere basis voor de aanpak van patiëntveiligheid in het LUMC. Projecten op het gebied van medicatieveiligheid en risicobeheersing op de intensive cares, operatie kamers en de afdelingen heelkunde en neonatologie worden gekoppeld aan decentrale meldingsystemen en complicatie-analyse. De komende twee jaar is binnen ons kwaliteitssysteem op afdelingsniveau overal aandacht voor ongewenste uitkomsten (incidenten en complicaties) binnen risicodragende processen. Vanzelfsprekend worden ook in de toekomst afdelingsoverstijgende incidenten zoals het falen van apparatuur en ernstige incidenten of calamiteiten direct en rechtstreeks aan de centrale meldingscommissie en de Raad van Bestuur gemeld.

Personeelsbeleid

De ontwikkeling van het personeelsbeleid stond in 2005 in het teken van de vaststelling van de HRM-visie 2005-2008. Deze visie is gebaseerd op de strategie van het LUMC, maar ook op de voortdurende veranderingen binnen de organisatie waarbij integraal management en decentralisatie van taken en bevoegdheden centraal staan. Daarnaast spelen omgevingsfactoren een rol. De demografische ontwikkelingen zorgen voor een vergrijzing en ontgroening van het personeelsbestand. De eisen die aan de medewerkers worden gesteld nemen eerder toe dan af. Voortdurende ontwikkelingen vragen om personeel dat kan omgaan met veranderingen. Er wordt meer dan ooit een beroep gedaan op het leervermogen, de eigen verantwoordelijkheid en de creativiteit van onze medewerkers.

Het HRM-beleid moet individuele wensen ten aanzien van de verhouding tussen werk en privé en tussen persoonlijke ambities en de ambities van het LUMC respecteren. Om de continuïteit te waarborgen is het van belang dat leidinggevenden streven naar een optimale personele samenstelling wat betreft leeftijd en ervaring. Behoud en het aantrekken van excellente medewerkers past bij dit ambitieniveau. In 2005 beschikte het LUMC over voldoende personeel. Het verslagjaar is gebruikt om de agenda voor de toekomst te bepalen. Door vergrijzing zal de komende vijf jaar namelijk 20% van de wetenschappelijke staf afscheid nemen. Daarbij zal binnen de zorg

de komende vijf jaar een ingrijpende verschuiving plaatsvinden van klinisch naar poliklinisch en ambulantly. Dat vraagt om een ander personeelsbestand.

Voor het waarmaken van onze doelstellingen zijn enthousiaste ambitieuze medewerkers een absolute noodzaak. Het LUMC realiseert zich dat een volwassen werknemersrelatie op alle niveaus van de organisatie hiervoor vereist is. De medewerker zal zelf verantwoordelijkheid moeten nemen, niet alleen voor zijn taakvervulling, maar ook voor zijn persoonlijke ontwikkeling, inzetbaarheid en gezondheid. De leidinggevende stelt hem hiertoe in staat door de voorwaarden te scheppen: goede afspraken en heldere kaders, voldoende ruimte, vertrouwen en verantwoordelijkheid geven en de mogelijkheid tot het volgen van opleidingen en trainingen.

De strategische doelen van het HRM-beleid zijn als volgt samengevat:

1. Het realiseren van een volwassen arbeidsrelatie.
2. Het realiseren van een goede afstemming tussen persoonlijke ambities en doelen van de organisatie.
3. Het realiseren van goede arbeidsomstandigheden, werksfeer, fysieke veiligheid en gezonde inzet van medewerkers (ter voorkoming van overbelasting, ziekte of opbranden).
4. Het verder ontwikkelen van de leermogelijkheden voor alle medewerkers.
5. Het verder ontwikkelen van deskundigheid van leidinggevenden.

Ziekteverzuimbeleid

Het LUMC heeft zich in het kader van het ArboConvenant verplicht extra inspanningen te leveren om verzuim te beperken en reïntegratie te bevorderen. Deze inspanningen worden nu gebruikt om de gunstige resultaten in de afgelopen jaren vast te houden. In 2005 zijn we gestart met een verzuimproject, dat is gebaseerd op de HRM-visie. In de HRM-visie worden de rollen van leidinggevenden en medewerkers vooral gedragsmatig omschreven. Ook de verzuimvisie is gebaseerd op een gedragsmodel. Dit model gaat er vanuit dat:

- Verzuim een vorm van gedrag is.
- Verzuim te beïnvloeden is.
- Verzuim afhankelijk is van de verzuimcultuur binnen de organisatie en binnen elke afdeling afzonderlijk.
- Verzuimbeleid een onderdeel van HRM-beleid is.

Op basis van consensusbijeekkomsten, die bestonden uit een presentatie van de HRM-visie, een visie op verzuim op basis van het gedragsmodel en de prestatie-indicatoren (targets) voor de divisies, het facilitair bedrijf en de directoraten, zijn afspraken gemaakt voor 2006. De bijeenkomsten hebben geleid tot consensus over het gedragsmodel en instemming met de verzuimdoelstellingen op basis van het Verbaanmodel. Dit model houdt rekening met de leeftijdsverdeling van een werknemerspopulatie en het niveau van het werk. Op basis van deze twee variabelen wordt een realistisch en haalbaar verzuim-niveau (= target) berekend.

Kinderopvang

Het LUMC gaat ervan uit dat medewerkers kinderopvang krijgen op het moment dat en in de vorm waarin zij daaraan behoefte hebben. Het combineren van werk en de zorg voor kinderen is een actueel thema in de moderne arbeidsverhoudingen. Het LUMC vindt het belangrijk gemotiveerde medewerkers te behouden en heeft ook oog voor de man-vrouwverhouding in het personeelsbestand. Financiering van kinderopvang is ook daarom een noodzakelijk onderdeel van arbeid- en zorgregelingen. Het LUMC vergoedt de kosten voor de kinderopvang voor een zesde deel. Er zijn geen wachtlijsten voor deze werkgeversbijdrage. Een groep van 750 medewerkers (1100 kinderen) maakt gebruik van de regeling.

Financieel beleid

Het LUMC heeft geen winstoogmerk en streeft naar een sluitende exploitatie. Een stringent kasbeheer beoogt de rentelasten te minimaliseren. Het Eigen Vermogen en het niveau van Voorzieningen in verhouding tot het balanstotaal en de omzet beweegt zich op het gemiddelde niveau van de universitaire medische centra. Voor Curium en de Trombosedienst gelden dezelfde doelstellingen.

De baten binnen het LUMC blijven min of meer gelijk, afgezien van een kleine toename voor topreferente en topklinische zorg. Omdat tegelijkertijd de kosten van de huidige activiteiten stijgen, blijft het LUMC inzetten op 'anders werken'.

In 2006 viert het LUMC zijn tweede lustrum.

De Onderwijs- en Onderzoekgebouwen worden in gebruik genomen. Ook wordt er uit middelen van de Decentralisatie Huisvesting Academische Ziekenhuizen (DHAZ) een omvangrijk verbouwingsprogramma van het bestaande, nu deels twintig jaar oude ziekenhuisgedeelte uitgevoerd. Daarnaast doet het Leids Universitair Medisch Centrum een aantal grote investeringen, zoals de 7 Tesla MRI, en worden de inspanningen voor kennisexploitatie geïntensiveerd. Voor deze activiteiten verkregen we extra subsidies van de overheid en van de Universiteit Leiden. Zo is het gelukt ook voor 2006 een sluitende begroting op te stellen.

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

Maatschappelijk verantwoord ondernemen

Het LUMC ziet zichzelf als een publieke instelling met een maatschappelijke taak. Goed werkgeverschap als grootste werkgever in de regio en activiteiten op het gebied van kennisexploitatie zijn van belang voor de lokale economie. Ondernemerschap, in de zin van intern en extern risico nemen in combinatie met een bedrijfsmatige aanpak, wordt aangemoedigd. Het LUMC werkt samen met een aantal buitenlandse universitaire medische centra in NAMCE-verband aan het in kaart brengen van de societal impact, oftewel de maatschappelijke meerwaarde, van de activiteiten van de organisatie. Door de societal impact meet- en vergelijkbaar weer te geven, legt het LUMC verantwoording af aan de maatschappij. Pagina 39 brengt een aantal high lights op het gebied van samenleving en belanghebbenden.

Toekomstige ontwikkelingen

Stap voor stap en geleid door de overheid liberaliseert de zorgmarkt. De nieuwe Zorgverzekeringswet, de Wet Marktordening Gezondheidszorg en de Wet Toelating Zorginstellingen zijn per 1 januari 2006 ingevoerd en de financiering (nog niet de bekostiging) van zorginstellingen geschiedt nu door middel van Diagnose Behandelingcombinaties (DBC's). Een klein deel is niet meer aan prijscontrole onderworpen. Dit zogenaamde B-segment wordt voorlopig nog niet uitgebreid. De overheid heeft moeite met echt loslaten en de controle is nog zo gedetailleerd dat de doelmatigheid eronder lijdt. De administratieve regelgeving rond het nieuwe financieringssysteem dreigt een effectieve marktwerking en vermindering van administratieve lasten te niet te doen. Gelukkig worden in 2006 een aantal bescheiden verbeteringen doorgevoerd.

In 2005 hadden de onderhandelingen met de zorgverzekeraars tot doel om het beperkte (0,9% van het totale budget) vaste volume en de gewenste samenstelling van regionale routinezorg te waarborgen.

De vraag in hoeverre we de LUMC-strategie van de afgelopen vijftien jaar ook in een marktachtige situatie kunnen voortzetten, laat zich nog niet beantwoorden. Immers, het is nog onduidelijk welk deel van onze patiëntenzorgtaken publiek blijft en hoe het publieke deel van de taken wordt afgeschermd van het marktdeel. In elk geval moeten voor het LUMC, als maatschappelijke onderneming, uitgangspunten van publiek belang prevaleren boven financiële kortetermijnoverwegingen. De ministeries van VWS en OCW werken met medewerking van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) aan een nota positionering universitair medische centra. Deze nota wordt in de loop van 2006 aan de Tweede Kamer aangeboden.

Corporate Governance

Bestuur

Raad van Bestuur

Het LUMC houdt zich aan de zorgbrede Governance-code die in juni 2005 door de Branche-organisaties Zorg (BoZ) aan de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport is aangeboden, met uitzondering van dat wat in de Wet op Hoger onderwijs en Wetenschappelijk onderzoek (WHW) anders is bepaald. Een meer specifieke Governance-code van de NFU is in voorbereiding. Het LUMC hecht aan betrouwbaarheid, openheid en betrokkenheid. In 2006 wordt definitief een integriteitcode vastgesteld. Deze dient als interne leidraad in aanvulling op de geldende wetten, regels en richtlijnen. In 2005 werd de regeling nevenwerkzaamheden van kracht, die bepaalt dat medewerkers van het LUMC toestemming moeten vragen voor nevenactiviteiten waarbij belangenverstrengeling zou kunnen optreden. Alle medewerkers hebben in januari 2005 een schriftelijk verzoek ontvangen om nevenwerkzaamheden te melden. Nevenwerkzaamheden van de Raad van Bestuur zijn te vinden op www.lumc.nl en op pagina 67.

De leden van de Raad van Bestuur zijn voor onbepaalde tijd benoemd door de Raad van Toezicht. De werkwijze is vastgelegd in het Bestuursreglement. De Raad van Bestuur benoemt de voorzitters van de divisies, die de overige leden van het divisiebestuur voordragen aan de Raad van Bestuur. De sleutelposities in de hiërarchische lijnorganisatie worden bezet door professionals. Hierdoor is er geen bestuurlijke medeverantwoordelijkheid van een stafconvent. Het Bestuur Stafconvent speelt de centrale rol in het kwaliteitssysteem (zie pagina 17).

Hoewel de Adviesregeling Arbeidsvoorwaarden van de NVZD uitdrukkelijk niet van toepassing is op universitaire medische centra, ligt de bezoldiging van de leden van de Raad van Bestuur binnen de daar aangegeven grenzen. Inkomsten uit nevenfuncties komen ten goede aan het LUMC, conform de regeling nevenwerkzaamheden.

Raad van Toezicht

De minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap benoemt de leden van de Raad van Toezicht van het AZL, telkens voor een periode van vier jaar. De leden zijn herbenoembaar. De werkwijze van de Raad van Toezicht is vastgelegd in een kwaliteitshandboek. De Raad van Toezicht houdt integraal toezicht op de Raad van Bestuur. Dit toezicht beslaat alle kerntaken. Wat betreft de onderzoeks- en onderwijstaken baseert de Raad van Toezicht zich mede op informatie 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 voorstellen doet voor en toezicht houdt op het bezoldigingsbeleid.

Het wettelijk referentiekader voor het beleid en de verantwoording daarvan in het LUMC is de wet op het Hoger Onderwijs en het Wetenschappelijk Onderzoek. Deze wet is onderwerp van discussie. De minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap heeft een wetsontwerp opgesteld, dat belangrijke wijzigingen bevat, ook wat betreft de academische ziekenhuizen. Het voorgestelde regime markeert de positie en de verantwoordelijkheden van de Raad van Toezicht tegenover de minister duidelijker. De Raad van Toezicht volgt de ontwikkelingen met belangstelling. De wet zou een formeel kader voor de vorming van universitaire medische centra moeten leveren, met voldoende ruimte voor maatwerk per locatie.

Bij de jaarlijkse evaluatie stelde de Raad van Toezicht vast dat de constructieve samenwerking en de open sfeer tussen de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur in 2005 onverminderd is geweest. Ook was de informatievoorziening door de Raad van Bestuur zeer goed. De Raad van Toezicht spreekt zijn waardering uit voor het beleid van de Raad van Bestuur en de realisatie daarvan. De vergaderingen van de Raad van Toezicht met de Raad van Bestuur zijn een centraal instrument voor de informatievoorziening, het overleg en de beleidsbepaling. Daarnaast overlegt de voorzitter van de Raad van Toezicht maandelijks met de Raad van Bestuur. In 2005 waren

er zes vergaderingen van de Raad van Toezicht.

Van de onderwerpen die in de vergaderingen van de voltallige Raad van Toezicht werden besproken, zijn de volgende noemenswaardig: De samenwerking met andere instellingen, de regionalisatie en de vorming van de Onderwijs- en Opleidingregio, de modernisering van de patiëntenzorg, met name van de zorglogistiek en de verschuiving van klinische naar ambulante zorg, de verandering van de divisie-indeling en de realisatie van de nieuwe gebouwen voor Onderzoek en Onderwijs. Verder spraken we onder meer over strategische investeringen, zoals de 7 Tesla, het researchbeleid, de kennisbescherming en -exploitatie, de verbeterplannen voor het onderwijs Geneeskunde en Biomedische Wetenschappen, het HRM-beleid en de CAO.

De auditcommissie vergaderde drie keer ter voorbereiding op de vergaderingen van de Raad van Toezicht. Aan de orde kwamen hier onder meer de kwartaalresultaten, de jaarrekening en de management letter, de begroting, de risicoparagraaf, de DBC's en de financiering van de nieuwe Onderzoeks- en Onderwijsgebouwen. De Rekenkamer heeft in het kader van een onderzoek naar publiek-private arrangementen ook twee leden van de Raad van Toezicht geïnterviewd. De conclusies en aanbevelingen van de Rekenkamer zijn besproken en gaven geen aanleiding tot wijzigingen in het beleid. In de loop van 2005 hebben de vijf divisievoorzitters steeds na afloop van een vergadering van de Raad van Toezicht een presentatie gehouden over hun divisie, gevolgd door een korte discussie. Daarnaast bezocht de Raad van Toezicht, net als in voorgaande jaren, afdelingen van het LUMC. De voorzitter van de Raad van Toezicht woonde éénmaal een vergadering van de Ondernemingsraad bij.

De samenstelling van de Raad van Toezicht en de auditcommissie bleven in 2005 ongewijzigd. De leden van de Raad van Toezicht zijn onafhankelijk. Hun nevenactiviteiten en een rooster van aftreden zijn te vinden op www.lumc.nl en op pagina 48. Ook dit jaar stond de externe accountant Ernst & Young de Raad van Toezicht bij, met name bij de beoordeling van het jaarverslag. De Raad van Toezicht ziet, zowel in bestuurlijk als in financieel opzicht, met voldoening terug op het jaar 2005.

Bedrijfsvoering

De financiële besturingsfilosofie van het LUMC is er een van transparante verslaglegging en controle achteraf. De divisies, het facilitair bedrijf en de directoraten hebben elk een eigen jaarbudget. Binnen dit budget – en extern geworven onderzoekssubsidies – hebben zij de vrijheid hun operationele doelen te bereiken. De financiële *control* berust uiteindelijk op de budgetdiscipline van de afdelingshoofden en divisiebesturen en is in het algemeen heel goed.

De administratie wordt centraal gevoerd, alleen de salarisverwerking is uitbesteed. In mei 2005 is één geïntegreerd financieel-, logistiek- en inkoopstelsel op basis van Peoplesoft software in bedrijf genomen ter vervanging van de drie bestaande administratieve systemen. Dit maakt het beter mogelijk onderzoeksprojecten (zoals vierde geldstroomcontracten met private partijen) te volgen.

Delen van het ziekenhuis informatiesysteem (ZIS) van iSOFT (voorheen Hiscom) blijven in bedrijf. Het zorgwerkstation Mirador is functioneel uitgebreid en er wordt met iSOFT naar een opvolger (Lorenzo) gekeken. Het elektronisch voorschrijfsysteem Medicator is nu overal beschikbaar. De implementatie van het PDMS (Patiënt Data Management Systeem) van iMDSOFT is op de intensive care units afgerond en inmiddels bij de helft van de operatiekamers in gebruik. We hebben een begin gemaakt met het realiseren van draadloze internetfaciliteiten voor patiënten. In 2005 is extra aandacht besteed aan betrouwbaarheid en systeembeveiliging (NEN7510) van de in complexiteit toenemende ICT-systemen.

Er wordt extra aandacht besteed aan de AO-IC (Administratieve Organisatie – Interne Controle). Een voorbeeld is de DBC-registratie, waarvoor over 2005 nog geen 'schone' bestuursverklaring kon worden afgegeven. We kunnen risico's niet geheel uitsluiten. Ze zijn inherent aan ondernemerschap, ook maatschappelijk ondernemerschap. Flexibiliteit en slagvaardigheid bij het omgaan met risico's zijn even belangrijk als het minimaliseren ervan.

De overige maatschappijen binnen de LUMC Groep worden meegeconsolideerd op grond van het feit dat de Raad van Bestuur tevens het Bestuur van de instellingen vormt (bij Curium en de Trombosedienst) of bij de instellingen een Bestuurslid benoemt (bij de Stichting Houdster Aandelen Medipark en de

vof O&O gebouwen). Er zijn geen bijzondere risico's aan deze verbanden verbonden. De Algemene Rekenkamer heeft in 2005 een onderzoek gedaan naar publiek-private arrangementen* en daarbij ook het LUMC onderzocht. De conclusies ondersteunen het beleid van het LUMC op dit gebied, met name wat betreft vierde geldstroom onderzoekscontracten met private partijen.

Ondernemingsraad

De medewerkers zijn vertegenwoordigd in de Ondernemingsraad (OR) en in de Onderdeelcommissies (OC). Het overleg vindt plaats conform de divisie-indeling: over de uitvoering van het werk overleggen de Onderdeelcommissies met de divisiebesturen. Ook het Facilitair Bedrijf heeft een Onderdeelcommissie. De medewerkers van de centrale diensten zijn rechtstreeks in de Ondernemingsraad vertegenwoordigd. 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. Bij het overleg komen onder andere interne regelingen, het arbobeleid, het sociaal beleid, divisieoverstijgende reorganisaties, de CAO en de uitkomsten van het medewerker-tevredenheidsonderzoek aan de orde. De leden van de Ondernemingsraad worden voor hun werkzaamheden gecompenseerd en ondersteund door een ambtelijk secretariaat. Ook is er een apart scholingsbudget.

Met het oog op de OR-verkiezingen werd de taakverdeling tussen OC en OR eind 2004 vastgelegd. In 2005 vonden OR-verkiezingen plaats waarna de nieuwe OR op 24 maart 2005 is geïnstalleerd. Tijdens zes reguliere vergaderingen gaf de OR advies over acht grotere en kleinere reorganisaties. In de loop van het jaar bleek echter dat deze adviestaak voor een groot deel ook door de Onderdeelcommissies kon worden uitgevoerd. Om dit in de toekomst mogelijk te maken, wordt de reorganisatiecode op dit moment aangepast. De OR wisselde uitgebreid van gedachte over de HRM-visie 2005-2008. De basis voor deze

gesprekken vormden onder andere de evaluaties uit het jaargesprek van het mobiliteitscentrum en FuwaVaz en de resultaten van het Kwaliteit van Arbeid Onderzoek. Uit de beleidsnotitie die de OR eind 2005 uitbracht, blijkt dat er brede consensus is over het personeelsbeleid. De notitie komt grotendeels overeen met de uitgangspunten van het LUMC-beleid. Tijdens het overleg met de voltallige Raad van Bestuur en de voorzitter van de Raad van Toezicht werd de algemene gang van zaken besproken en geconcludeerd dat het LUMC goed op koers ligt. Ook in het afschaffen van vele interne regeltjes en procedures.

Cliëntenraad

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 CRAZ wordt zowel in financiële als personele zin ondersteund, onder andere met een secretaris en secretariële ondersteuning. In 2005 is de CRAZ viermaal bijeen geweest. Sinds 2004 staat per vergadering één universitair medisch centrum centraal. Deze keuze is gemaakt om de managementlaag onder de Raad van Bestuur meer bij de CRAZ te betrekken. In 2005 had de CRAZ gemiddeld 50 actieve leden en acht achterwacht-leden. De gemiddelde aanwezigheid van de CRAZ-leden was 56%. De aanwezigheid van de Raden van Bestuur bedroeg 94%.

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', 'transmuralisering en ketenzorg', 'verdeling van schaarste en wachten' en 'kwaliteit vanuit patiëntenperspectief'. Daarnaast is de lange termijnplanning, voortgekomen uit de inventarisatie in 2003, richtinggevend geweest. Naast een diversiteit aan lokale en centrale onderwerpen stond bij de volgende twee onderwerpen het LUMC centraal: het elektronisch patiëntendossier intra- en transmuraal en het elektronisch patiëntendossier op de afdelingen cardiologie en thoraxchirurgie.

* *Publiek ondernemerschap. Toezicht en verantwoording bij publiek-private arrangementen. Algemene Rekenkamer, september 2005.*

Met de lokale contactpersonen van de CRAZ hebben wij onder andere de herindeling van de divisies besproken, het Centraal Strategisch Beleidsplan en de uitwerking van het Elektronische Patiëntendossier bij intra- en transmurale toepassingen.

De VAA is actief betrokken bij de introductie cursus voor aios in het LUMC. Hierdoor vinden nieuwe artsen in opleiding snel aansluiting bij hun collega's.

Dialogoog met studenten en aios

De dialogoog met de studenten is levendig en vindt plaats op verschillende niveaus. Studenten zijn via studievereniging MFLS 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 en internationalisering. Elke twee tot drie 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. Zowel de decaan als de assessor voert onderwerpen aan voor deze bijeenkomsten. In sommige gevallen wenst de decaan de mening van de studenten over een bepaalde ontwikkeling te vernemen. De assessor verzamelt op haar beurt belangrijke punten, met name over het onderwijsbeleid, door zowel de vergaderingen van het onderwijsmanagementteam als de studentenadviescommissie bij te wonen. In 2005 waren onder meer de overgang naar de bachelor-masterstructuur, de manier waarop LUMC-studenten en co-assistenten in het nieuws kwamen en de op handen zijnde verandering in de numerus fixus belangrijke gespreksonderwerpen. Naast deze overleggen voert de Studentenraad een formeel overleg met de decaan. Hier worden formele stappen als het examenreglement en de faciliteiten besproken.

Specialisten in opleiding (aios) zijn via de Vereniging van Arts Assistenten (VAA) vertegenwoordigd in de Centrale Opleidingscommissie van het LUMC. Deze commissie fungeert als overleg- en adviesorgaan voor de bevordering van de kwaliteit van de opleiding. De Centrale Opleidingscommissie adviseert, rechtstreeks of via de Raad van Bestuur, de divisiebesturen en afdelingshoofden, die bestuurlijk verantwoordelijk zijn voor de opleiding. In 2005 zijn adviezen uitgebracht over de te ontwikkelen vaardighedencentra en het te ontwikkelen cursusaanbod voor niet medische, specialistische competenties. Ook in de Ondernemingsraad is ruimte voor een vertegenwoordiging van de artsen in opleiding tot specialist.

Prestaties

Voor de complete set prestatie-indicatoren verwijzen wij u naar pagina 79 en verder.

Bron van de prestatie-indicatoren en kengetallen die u aantreft in dit jaarverslag is de

LUMC-registratie, tenzij anders vermeld.

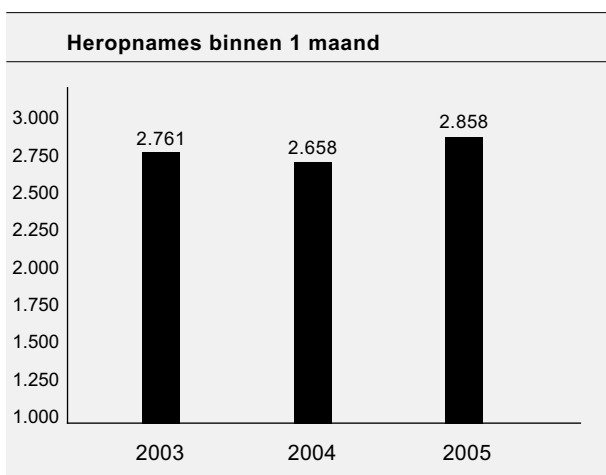
Patiëntenzorg

Productie

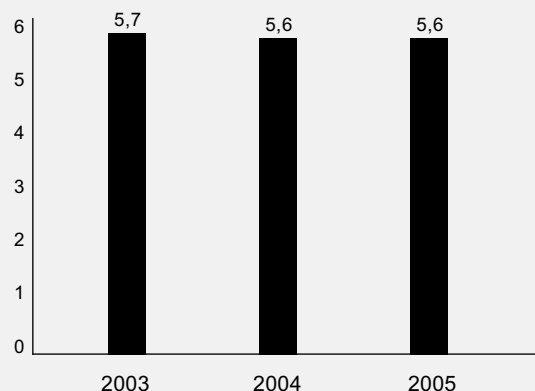
De productieafspraken werden in 2005 gehaald. De productiestijging van de dagverpleging nam verder toe, terwijl het aantal klinische opnames stabiel bleef. Het aandeel in topreferente zorg bleef stabiel hoog. De geplande daling van de opnameduur zette in 2005 verder door.

Het is bestendig beleid niet onnodig klinische capaciteit te gebruiken. Dit beleid is zoals u ziet succesvol. Uiteraard dient verkorting van de verpleegduur niet te leiden tot meer ongeplande heropnames en heroperaties.

Jaar	2003	2004	2005
Gemiddelde verpleegduur opnames	7,7	7,6	7,3
Gemiddelde verpleegduur opnames + dagopnames	5,2	4,9	4,6



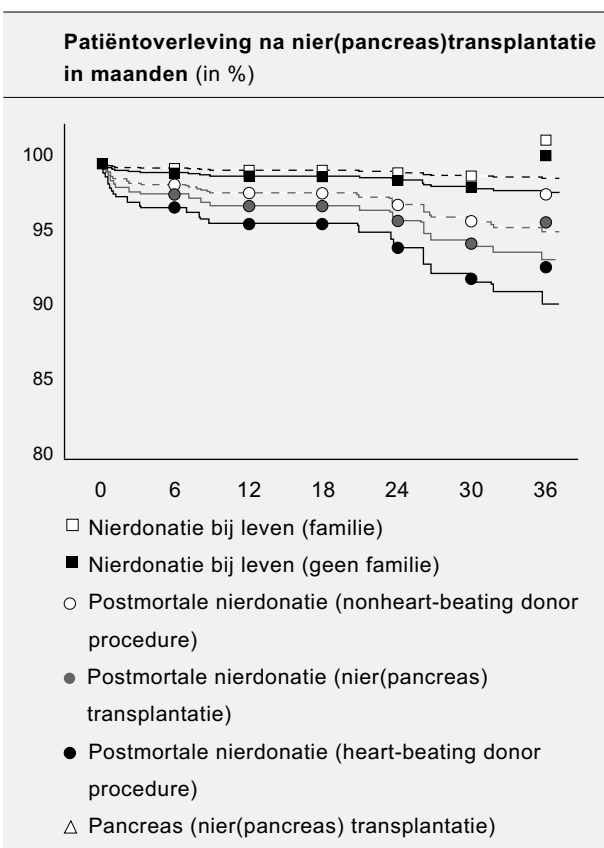
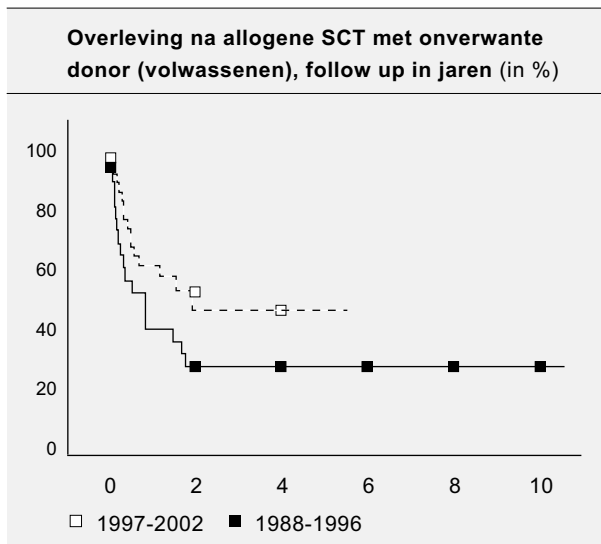
Heroperaties binnen 30 dagen (in %)



Alle heroperaties binnen 30 dagen voor hetzelfde specialisme, gepland en ongepland.

De zorg in het kader van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) is toegenomen onder andere door de toename van ICD-procedures (Implanteerbare Cardioverter Defibrilators) en de stijging van het aantal niertransplantaties. Implantatie van een ICD kan plotse dood als gevolg van een ritmestoornis voorkomen. Tot enige jaren geleden werden deze (dure) apparaten alleen geïmplantieerd bij patiënten die succesvol waren gereanimeerd. De afgelopen jaren wordt de ICD ook steeds vaker profylactisch geïmplantieerd. Patiënten met ernstig hartfalen krijgen een combinatie-implantatie van een zogenaamde resynchronisatie-pacemaker met een ICD. Het LUMC is op dit gebied één van de grootste centra van Europa met meer dan 430 implantaties op jaarbasis. Verwacht wordt dat dit aantal de komende jaren verder zal stijgen. Zorg voor patiënten met ICD's en resynchronisatie-pacemakers is medisch-technisch complex en vereist veel kennis en kunde van de betrokken medische, technische en verpleegkundige staf.

In 2005 vonden 120 niertransplantaties plaats ten opzichte van 96 in 2004. De toename wordt verklaard door het snel groeiende living-donor transplantatie-programma. In 2005 was 35% van de getransplanteerde nieren afkomstig van levende donoren. Het mondiale tekort aan post-mortale nierdonoren wordt op deze nieuwe manier effectief opgevangen. Ook maakte het LUMC een start met niertransplantaties waarbij gebruik wordt gemaakt van een extra mismatch tussen donor en ontvanger. Ook hierdoor vergroot de kans op het vinden van een donor. De lichte toename in hemodialyse van 6425 naar 6672 is te verklaren door de extra acute dialyses rondom transplantaties in 2005. De daling in chronische peritoneale dialyses volgt de landelijke trend.



In 2005 vond op de afdeling Hematologie bij 35 volwassenen en kinderen een stamceltransplantatie met een onverwante donor plaats. Het aantal transplantaties neemt toe door nieuwe minder toxische voorbehandelingsschema's. De overlevingsresultaten zijn de afgelopen jaren sterk verbeterd, onder andere door optimalisering van de HLA-typering en verbeterde supportieve care.

Klachten en meldingen

In 2005 had het LUMC te maken met 34 klagers. Dit is een daling ten opzichte van vorig jaar. Drie klagers, die samen elf klachten hadden, kozen ervoor hun klacht(en) te laten behandelen door de Klachtencommissie, en 31 klagers, in totaal goed voor 77 klachten, stemden in met een bemiddelings-traject. 22 Patiënten stelden het LUMC aansprakelijk zonder dat daaraan een bemiddelingstraject voorafging. Drie klagers stelden het LUMC na bemiddeling van hun klacht alsnog aansprakelijk. Dit is een lichte stijging ten opzichte van de voorafgaande jaren.

De commissie Melding Incidenten Patiëntenzorg ontving in 2005 1338 meldingen. Dit is meer dan in voorgaande jaren en dat komt door het geaggregeerd melden van incidenten door de laboratoria. De meeste meldingen van de klinische afdelingen betreffen medicatie- en valincidenten. In 78 gevallen heeft nader onderzoek plaats gevonden naar het incident en in 22 gevallen heeft de melding van het incident geleid tot aanbevelingen voor protocolvorming en aanpassingen van de werkwijze. Op afdelingsniveau vond in de meerderheid van de gevallen reeds een discussie plaats over secundaire preventie.

Klachtencommissie: soort klachten en resultaat *						
	2003		2004		2005 ***	
	Aantal	Gegronsd	Aantal	Gegronsd	Aantal	Gegronsd
Medisch handelen	2	1	11	2	3	0
Bejegening	2	2	4	1	0	0
Organisatie / coördinatie van zorg	0	0	8	6	2	1
Uitstel van behandeling / wachtlijsten	0	0	2	1	1	1
Informatieverstrekking	1	0	4	1	4	2
Problemen met rekening	1	1	0	0	0	0
Verzorging	0	0	0	0	0	0
Overige **	2	0	1	0	1	0
Totaal	8	4	30	11	11	4

* 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.

*** Twee klachtenbrieven nog in behandeling

Resultaten klachtenbemiddeling in 2005			
	2003	2004	2005
bemiddeling geslaagd	33	25	15
bemiddeling deels geslaagd	4	11	5
bemiddeling niet geslaagd	4	3	11

Klachtenbemiddeling: aantal en soort klachten *			
	2003	2004	2005
Medisch handelen	29	19	15
Bejegening	28	24	26
Organisatie / coördinatie van zorg	26	12	29
Informatieverstrekking	8	7	5
Verzorging	-	1	0
Overige	3	2	2
Totaal	94	65	77

* Een klachtenbrief kan meerdere klachten bevatten.

Aantal meldingen			
	2003	2004	2005 *
Fout/fouten	289	383	904
Organisatiefout	15	11	155
Technische fout / materiaalfout	20	17	106
Ongeval	119	89	93
Complicatie	38	45	40
Verkeerde melder	11	14	8
Niet te rubriceren	17	32	32
Totaal	509	591	1338

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

* Het aantal meldingen in 2005 is toegenomen door het geaggregeerd melden van incidenten door de laboratoria.

Aantal vervolgacties meldingen		
	2004	2005
Nader onderzoek naar het incident	68	78
Aanbevelingen voor protocollering van handelingen en aanpassing van werkwijze	27	22
Totaal	95	100

Topreferente zorg

Topreferente zorg is de raison d'être van de UMC's en is een unieke taak. Topreferentie is meestal gebaseerd op innovatie en gekoppeld aan de infrastructuur van het wetenschappelijke onderzoek. Hieronder zijn ten behoeve van de patiënten de grotere topreferentie onderwerpen per afdeling in de etalage gezet.

Endocrinologie en Algemene Inwendige Geneeskunde

- Calcium- en botstofwisselingsstoornissen
- Gecompliceerde diabetes mellitus type I en II
- Tumoren van hypofyse, schildklier, pancreas en bijnier
- (Athero)trombose

Gynaecologie

- Tuba chirurgie
- Cervixcarcinoom

Hartziekten

- Ernstig myocardfalen
- Ablatietherapie voor ritmestoornissen

Heelkunde

- Oncologie (lever, colorectaal, mamma, endocrien), m.n. familiale vorm
- Vasculair (aneurysma abdominale aorta)
- Transplantatie (nier, pancreas, lever)

Hematologie

- Allogene stamceltransplantatie en cellulaire immunotherapie
- Behandeling van hemofilie met remmers

Huidziekten

- Huidmelanomen
- Huidtumoren na immuunsuppressieve behandelingen
- Huidlymfomen

IC

- Behandeling van patiënten met ernstig gecombineerd cardio-respiratoir lijden

Infectieziekten

- Complexe behandelingen bij HIV
- Immundeficiënties
- Reizigersgeneeskunde

Kindergeneeskunde

- Immunostoorissen
- Hemato-oncologie inclusief stamceltransplantatie
- Bottumoren

Klinische Genetica

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

KNO

- Cochleaire implantatie
- Schedelbasischirurgie

Longziekten

- Endo-echografie/mediastinum diagnostiek
- α I antitrypsinedeficiëntie
- Ernstig astma / Allergologie

Maag-Darm-Leverziekten

- Levertransplantatie
- Inflammatoire darmziekten
- Familiaire darmtumoren

Neurochirurgie

- Hypofysepathologie
- Endovasculaire interventies bij neurovasculaire aandoeningen
- Plexus brachialis pathologie

Neurologie

- Neurodegeneratieve ziekten (ziekte van Huntington, ziekte van Parkinson, dystonie en overige bewegingsstoornissen en dementie)
- Neuromusculaire ziekten: myasthenie syndromen en spierdystrofie
- Paroxysmale stoornissen (migraine, clusterhoofdpijn, narcolepsie en syncope)

Nierziekten

- (Pre) nier- en pancreastransplantie
- Diabetische nefropathie

Oncologie / Radiotherapie

- Bot- en weke delen-tumoren
- Immunotherapie voor niertumor en melanoom
- Testistumor

Oogheelkunde

- Maculadegeneratie
- Neuroophthalmologie
- Oog- en orbitatumoren

Orthopedie

- Bontumoren
- Prothesiologie van schouder en elleboog

Ouderengeneeskunde

- Geheugenstoornissen

Psychiatrie

- Therapieresistente angst en depressie
- Therapieresistente somatoforme stoornissen
- Kinderpsychiatrie

Reumatologie

- Therapieresistente bindweefselziekten

Revalidatie

- Plexus brachialis revalidatie
- Spasticiteit

Thoraxchirurgie

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

Urologie

- Bekkenbodempromblematiek
- Minimaal invasieve urologie
- Urologische oncologie

Verloskunde

- Invasieve prenatale geneeskunde

Innovatie en ontwikkeling

Ontwikkeling en innovatie in de zorg staat voor het bedenken, uitproberen en testen van nieuwe technieken, behandelingen of structuren. Een belangrijk kenmerk van innovatie is de mogelijkheid de nieuwe ontwikkelingen ook buiten het LUMC te implementeren. Ontwikkelingen kunnen betrekking hebben op de direct patiëntgebonden zorg (inhoudelijke innovatie), maar ook op de organisatie van de zorg (structuur innovatie). Een voorbeeld van een in het LUMC ontwikkelde innovatie is de moleculaire test voor sneldiagnostiek bij patiënten met luchtweginfecties. De nieuwe techniek moet tijdrovende bacteriële kweken vervangen en kan virale verwekkers detecteren. De implementatie van deze techniek in het LUMC is in 2005 afgerond. Tevens is door middel van nascholing, publicaties en congressen een start gemaakt met de implementatie in de regio. Een andere innovatie maakt het mogelijk chromosoomafwijkingen in het vruchtwater op te sporen door middel van een snelle DNA-techniek. Deze techniek kan de klassieke, arbeidsintensieve chromosoomtesten voor prenatale diagnostiek vervangen. De ontwikkeling is inmiddels afgerond. De implemen-

tatie in het LUMC is in 2005 gestart en zal in 2007 voltooid zijn.

Hiernaast volgt een overzicht van de inhoudelijke en structuurinnovaties waaraan in het verslagjaar werd gewerkt.

Inhoudelijke innovaties

- Moleculaire testen voor sputum diagnostiek
- Detectie van chromosoomafwijkingen in vruchtwater dmv multiplex analyse
- Single embryo transfer bij IVF
- Endo-echografie bij longkanker
- HDR brachytherapie
- Fotodynamische therapie met methyl-aminolevulinaat als sensibilisator voor huidkanker
- Zenuwsparende gynaecologische chirurgie
- Laparoscopische prostatectomie
- Hartfalen chirurgie met mechanische ondersteuning
- Immunodiagnostiek tuberculose (implementatie van immunologische bloedtest)
- Moleculaire test voor parasitaire infecties

Structuur innovaties

- Satellietapotheek
- Vaardighedencentra met als doel verbetering kwaliteit van professionals in patiëntenzorg
- Telefonisch spreekuur na ontslag
- Zwangerschapspolikliniek voor diabetici
- Hartfalen polikliniek met thuismonitoring

Toegankelijkheid

Het LUMC onderzoekt en behandelt niet alleen patiënten, maar het geeft ook onderwijs en doet wetenschappelijk onderzoek. Het is een kenniscentrum waar kennis wordt verzameld en uitgedragen. Door de beschikbaarheid van deze kennis komen in het LUMC patiënten die door de aard van hun aandoening in geen ander ziekenhuis terecht kunnen: de topklinische en topreferente zorg. Onder topklinische zorg vallen bijzondere vormen van zorg, die alleen mogelijk zijn in ziekenhuizen met een speciale vergunning, zoals orgaantransplantaties. Topreferente zorg is zeer specialistische zorg voor patiënten met zeldzame of moeilijk te behandelen aandoeningen. Het betreft een last resortfunctie waarbij het vaak om een tertiaire verwijzing gaat.

Patiënten die topklinische of topreferente zorg nodig hebben, krijgen meestal voorrang. Hierdoor moeten patiënten die voor een eenvoudige en veel voorkomende aandoening (de basiszorg) behandeld worden, soms langer wachten dan in algemene ziekenhuizen. De wachttijd is afhankelijk van de situatie en de conditie van de patiënt. Patiënten die acute medische zorg nodig hebben, krijgen die zorg direct.

Acute zorg

Het acute zorgproject in de regio Leiden is in 2005 met succes van start gegaan. Om het aanbod van acute patiënten in de regio evenwichtig te verdelen en de wachttijden op de centra voor spoedeisende hulp door slechte doorstroming te verkleinen, is de verwijzing van acute heelkundige patiënten gestroomlijnd door een acute zorglijn. Dit is een centraal inbelpunt

bij de meldkamer van de centrale post ambulance-diensten. Na bijna een jaar zijn de nieuwe werkwijze en de resultaten geëvalueerd. Het aantal overplaatsingen is afgenomen en het percentage patiënten dat buiten de regio wordt overgeplaatst, is gedaald van 19% in 2000 naar 2,8% in 2005. De huisartsen zijn erg tevreden met de nieuwe procedure. In 2006 wordt dezelfde acute zorglijn ingezet voor de opvang van de patiënten in de regio die niet-heelkundige acute zorg nodig hebben.

Veiligheid

Als toelichting op de vele patiëntveiligheidsprojecten volgt hieronder een beschrijving van het medicatieveiligheidsproject. Zie ook pagina 19.

Medicatieveiligheid

Om de medicatieveiligheid te verhogen heeft het LUMC de risicogeneesmiddelen in kaart gebracht en zijn in de periode 2003 tot 2005 een aantal maatregelen genomen om de risico's van cytostatica te verminderen. Daarnaast zijn de kritieke stappen in de geneesmiddelenvoorziening geïdentificeerd door een analyse van de incidentmeldingen. De meest kritische stappen in de keten voorschrijven – afleveren – toedienen bleken voorschrijven, 50% van de meldingen, en toedienen, 40% van de meldingen, te zijn. Deze analyse is bevestigd door een objectief observatieonderzoek.

Er is een aantal maatregelen genomen om voorschrijffouten te voorkomen. Om te beginnen is het elektronische voorschrijfsysteem Medicator nu overal beschikbaar, zowel in de kliniek als in de polikliniek. Hierdoor daalde het aantal foutieve recepten aanzienlijk. Medicator ondersteunt artsen ook bij het voorschrijven van cytostatica en andere risicovolle geneesmiddelen en complexe behandelingen volgens een vast protocol. Verder is de medicatiebewaking door de apotheek sterk verbeterd. Door de intensievere begeleiding nam het aantal noodzakelijke

Aantal interventies bij door arts genegeerde medicatiebewakingssignalen

Jaar	Interventies door apotheek	Genegeerde medicatiebewakingssignalen	Afdelingen waarbij EVS is geïmplementeerd
2003	325 (2,0%)	15.716	40%
2004	540 (2,3%)	23.666	70%
2005	954 (2,4%)	39.658	100%

Interventies * door de apotheek bij voorschrijven van cytostatica		
Jaar	% cytostatica voorgeschreven via protocol	Interventies door de apotheek
2003	30	30
2004	70	12
2005	80	10

** interventie die resulteerde in aanpassing van de dosis van het cytostaticum*

interventies toe. Om toedienfouten te vermijden is besloten dat de parenterale medicatie (medicatie die door inspuiting wordt toegediend) op de Kinder IC door apothekersassistenten bereid wordt en niet meer door verpleegkundigen. Zowel het aantal biologische besmettingen als het aantal foutieve bereidingen is hierdoor sterk gedaald. Voor de overige afdelingen is onder leiding van de ziekenhuisapotheker een richtlijn 'toediening gereedmaken' voor verpleegkundigen ontwikkeld. Daarnaast is een scholingsprogramma voor verpleegkundigen gestart.

Onderzoek

In 2005 haalden we een aantal prestigieuze subsidies binnen. Naast onder meer Veni's en een Vidi, twee Mozaïeksubsidies voor promotieonderzoek van talentvolle allochtone afgestudeerden en twee Casimirs, zat daar ook weer een prachtige Vici-subsidie bij. Deze komt ten goede aan onderzoek naar moleculaire celbiologie.

Vernieuwingsimpuls 2002-2005 (x € 1 miljoen)				
	VENI	VIDI	VICI	Totaal
EMCR	2,3	7,6	3,3	13,2
UMCU	2,7	5,6	2,5	10,8
LUMC	2,1	3,6	2,5	8,2
UMCN	2,7	3,2	1,7	7,6
AMC	2,3	2,4	2,5	7,2
VUMC	1,9	3,2	0,8	5,9
AZM	1,7	4,0	0,0	5,7
UMCG	1,2	1,4	0,0	2,6

Wervend vermogen * (€ x 1.000)			
	2003	2004	2005
2e geldstroom	9.565	10.526	13.716
3e geldstroom	11.972	11.873	14.916
4e geldstroom	20.184	22.271	19.143
Totaal	41.721	44.670	47.775

** ruime definitie, niet uitsluitend onderzoeksprojecten*

Promoties			
	2003	2004	2005
	74	81	93

Publicaties		
Jaar	Wetenschappelijke publicaties	Vakpublicaties
2005	2.294	229
2004	1.914	130
2003	1.563	158

Bron: METIS, peildatum 1 maart 2006

Octrooien			
	2003	2004	2005
Nieuw (aangevraagd)	6	4	9
In portefeuille	62	61	65
Beëindigd	6	5	5

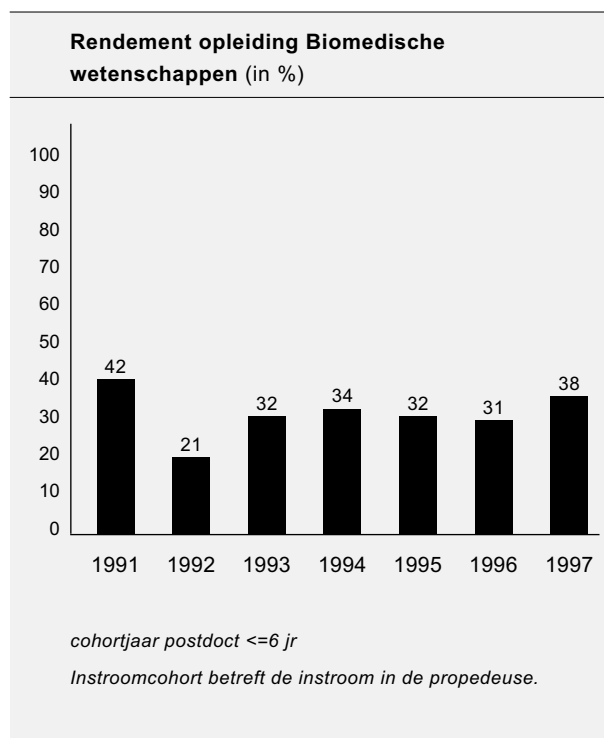
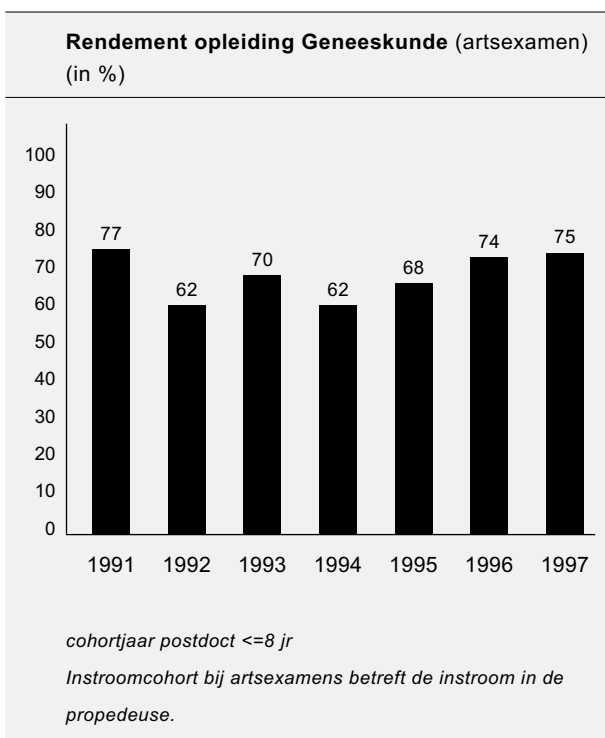
Het LUMC heeft een letter of intent ondertekend waarmee het uitspreekt actief te willen deelnemen aan het Topinstituut Pharma dat zich in 2006 in het Leidse BioScience Park vestigt. Het instituut stelt zich tot doel het Nederlandse geneesmiddelenonderzoek (internationaal) te versterken. Samen met de Universiteit Leiden, het LACDR (Leiden/ Amsterdam Center for Drug Research) en het CHDR (Center for Human Drug Research) stelt het LUMC een voorstel op waarin wordt aangegeven hoe Leiden denkt te kunnen participeren in Topinstituut Pharma. Concrete projectplannen uit dit voorstel waren input voor een strategisch onderzoeksplan waarmee Topinstituut Pharma in januari 2006 is gestart. De eerste financiële toezeggingen zijn inmiddels gedaan. Onderzoek op het gebied van Life Science and Technology (LST) en Health Science and Technology (HST) maakt een substantieel deel uit van de activiteiten binnen de drie universiteiten in Leiden, Delft

en Rotterdam en de twee academische medische centra (LUMC en EMCR) in het Zuidvleugelgebied. Het is de bedoeling dat in 2006 een virtueel onderzoeksinstituut voor Health Science en Technology wordt opgericht dat leidt tot innovatieve, technologisch ondersteunde geneeskunde. Het onderzoek zal zich op vier belangrijke thema's richten, te weten *mechanisms of disease*, *image-guided medicine*, *patient modelling and monitoring* en *health-driven technology*. De samenwerkende universiteiten en medische centra zullen via gezamenlijke onderzoeksprojecten en consortia met industriële partners zowel nationaal als internationaal onderzoeksfinanciering

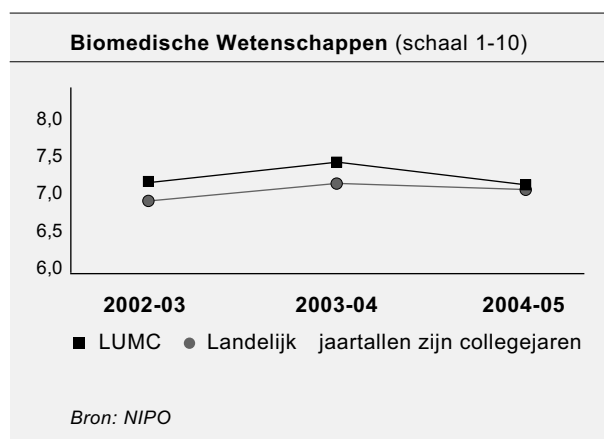
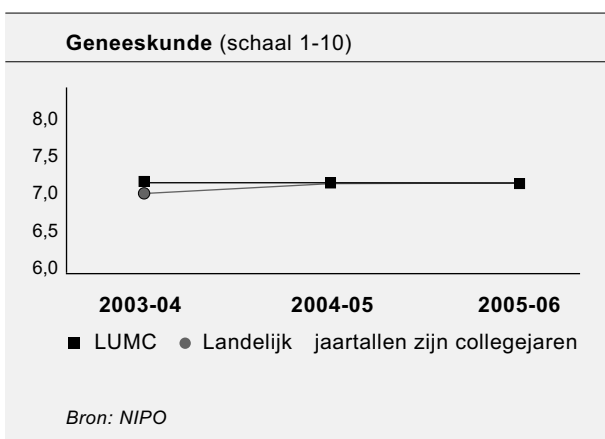
werven. Er is inmiddels een aanvraag bij het Fonds Economische Structuurversterking (FES) gedaan.

Het LUMC hecht aan goede afstemming en samenwerking met de andere kennisinstellingen en bedrijven in het BioScience Park (BSP). Het LUMC werkt mee aan het actieprogramma LLMS (*Leiden Life Meets Science*), dat de Leidse Life Sciences sector verder wil ontwikkelen. Het *Leiden Center for Brain and Cognition* is een gemeenschappelijk onderzoeksprogramma naar cognitieprocessen, opgezet door het LUMC met de faculteiten Letteren, Sociale Wetenschappen en Wiskunde en

Studierendement



Studentenoordeel



Natuurwetenschappen en met het F.C. Donders Instituut te Nijmegen. Dit initiatief sluit goed aan bij het virtuele researchinstituut voor 7 Tesla-toepassingen VISTA (*Virtual Institute for Seven Tesla Applications*), dat het LUMC met het UMCU, het UMCN en het FC Donders Instituut Nijmegen oprichtte. Dit instituut wordt mede gedragen door Philips en ontvangt € 20 miljoen subsidie via NWO BIG Facilities.

Onderwijs

Sinds 2003 starten jaarlijks 315 studenten in het eerste jaar van de opleiding Geneeskunde. In 2005 zijn in het derde studiejaar 28 zogenaemde zij-instromers gestart. Van deze groep hadden tien studenten eerst een bachelordiploma Biomedische Wetenschappen in Leiden gehaald. In september 2005 zijn zes CIBA-artsen ingestroomd. CIBA-artsen zijn artsen die een gedeelte van de opleiding Geneeskunde moeten volgen om hun buitenlandse opleiding aan te vullen. In totaal volgen 32 CIBA-artsen de opleiding Geneeskunde in Leiden.

Eind 2005 bedroeg het totaal aantal studenten Geneeskunde 1917. Het rendement van de opleiding Geneeskunde is en blijft hoog en steeg in 2005 tot 75% na acht jaar.

Sinds 2004 starten jaarlijks 65 studenten de opleiding Biomedische Wetenschappen in de bachelorfase.

In 2005 stroomden acht studenten met een bachelordiploma van een andere opleiding de masterfase in. Twee studenten met een HBO-diploma zijn gestart met een schakelprogramma waarmee ze later kunnen instromen in de masterfase. Eind 2005 bedroeg het totaal aantal studenten Biomedische Wetenschappen 279, waarvan 200 bachelor- en 79 masterstudenten. In 1999 konden studenten Biomedische Wetenschappen kiezen voor een overstap naar de bachelor-masterstructuur. Hiermee werd de studieduur verlengd van vier naar vijf jaar. Omdat de meeste studenten voor deze optie kozen, zijn de huidige rendementscijfers niet goed te vergelijken met de cijfers van de jaren daarvoor. Het bachelorrendement na drie jaar bedraagt 39% (cohort 2002). Het rendement van de master na zes jaar bedraagt 83% van de instroom in de masterfase en 40% van de totale instroom (cohort 1999).

De studenten oordelen positief over het onderwijs. In het Elsevier-studentenonderzoek krijgt de opleiding Biomedische Wetenschappen een 7,5 evenals vorig jaar. Leiden eindigt daarmee op de eerste plaats. De opleiding Geneeskunde staat met een 7,3 op de vijfde plaats.

De beoordeling in de Keuzegids Hoger Onderwijs is voor Biomedische Wetenschappen gemiddeld een 7,2 (landelijk gemiddelde 7,12) en voor Geneeskunde gemiddeld 7,17 (landelijk gemiddelde 7,17).

Opleidingen

Het LUMC kent 27 opleidingen tot medisch specialist en levert specialisten af die evidence based handelen als prioriteit beschouwen. De instroom van het aantal artsen in opleiding tot specialist (aios) is globaal gelijk gebleven. Een beperkt aantal opleidingen moet de komende jaren inkrimpen en een beperkt aantal opleidingen moet volgens de ramingen van het Capaciteitsorgaan blijvend uitbreiden.

Overzicht aantal agiko's

2002	2003	2004	2005
41	46	65	65

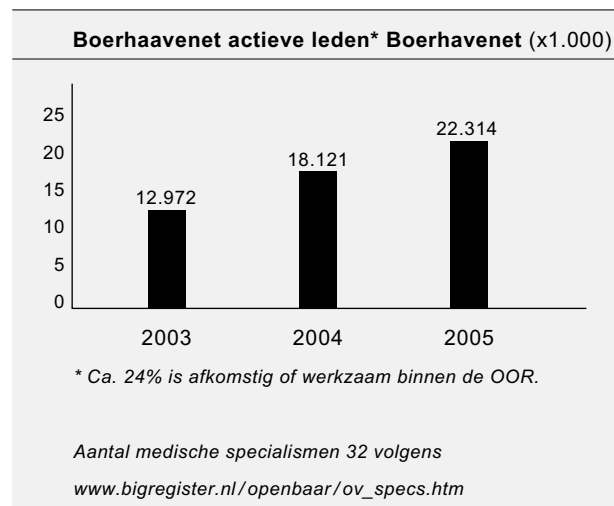
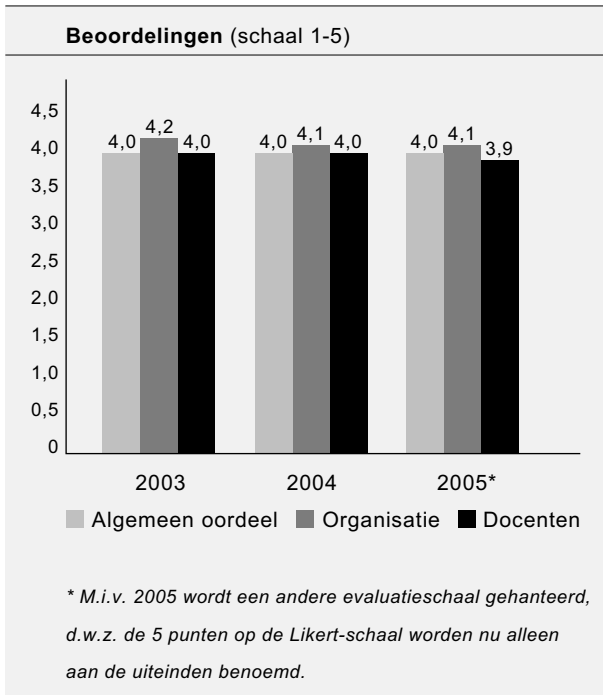
Het beleid is erop gericht artsen in opleiding tot specialist tevens te laten promoveren (en dus als agiko aan te stellen).

Specialistische opleidingen

In samenwerking met het Mondriaan College en de Leidse Hogeschool verzorgt het LUMC specialistische opleidingen (SpOp) voor verpleegkundigen. In 2005 nam het aantal studenten af en deze terugloop zal vermoedelijk de komende jaren doorzetten. Per september 2006 komen echter de specialistische vervolgoopleidingen en de cursisten van het HagaZiekenhuis in het kader van de OOR-vorming over naar het LUMC. Dit garandeert de afname van onze opleidingen door het HagaZiekenhuis. Door het project onderwijsvernieuwing en de betrokkenheid van onze klanten op verschillende niveaus (stuurgroep en klankbordgroepen) is de invloed van de praktijk op de vorm en inhoud van het onderwijs geborgd evenals het commitment van andere huizen bij de specialistische opleidingen van het LUMC. De stuurgroep heeft uitgesproken zoveel mogelijk bij SpOp de opleidingsactiviteiten in te kopen.

Geaccrediteerde nascholing			
	2003	2004	2005
Aantal activiteiten	45	58 *	83
Aantal cursisten	6.196	7.784	7.557

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



Bij- en nascholing

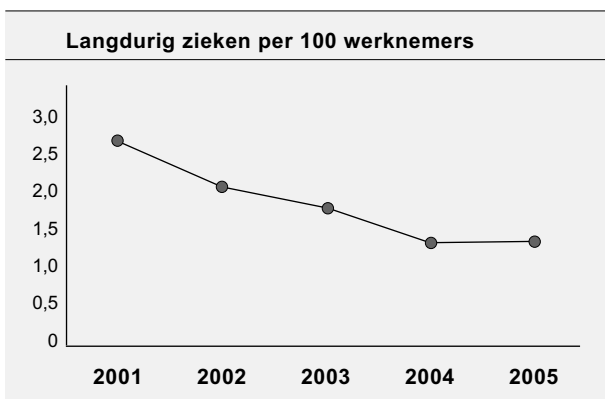
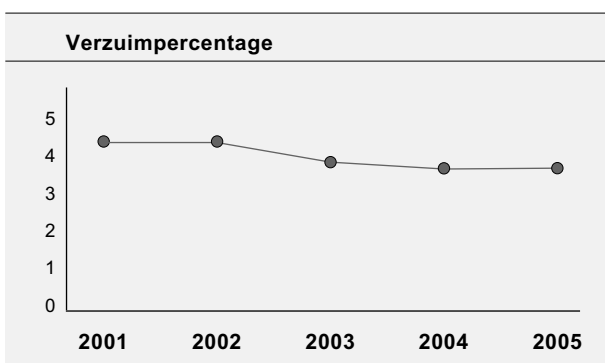
De Boerhaave Commissie speelt in op de landelijke trend van kleinschalige nascholing. Dat blijkt uit het feit dat het aantal geaccrediteerde cursussen met 40% is toegenomen, terwijl het aantal cursisten vrijwel gelijk bleef. Het jaar 2005 stond in het teken van een verdere informatisering. Het Boerhaavenet heeft inmiddels ruim 22.500 actieve leden, van wie een kwart afkomstig is uit de Leidse Onderwijs- en Opleidingsregio. Ongeveer 65% van de betalingen door cursisten vindt inmiddels via internet plaats en er is een begin gemaakt met het opbouwen van de distant learning omgeving (e-learning). We verwachten komend jaar een accreditatie voor deze manier van leren te ontvangen, waarna de omgeving sterk wordt uitbreid.

Medewerkers

Beschikbaarheid van personeel

Het LUMC beschikte in 2005 over voldoende personeel. Door het programma Anders Werken is de klinische capaciteit afgenomen, waardoor minder verpleegkundigen nodig zijn. Omdat de uitstroom van personeel gering was, was het lastig jong gediplomeerde leerlingen een baan te bieden. Daarom moest besloten worden tot parttime aanstellingen. De komende jaren zal de veranderde werkwijze en het langer doorwerken van invloed zijn op de opleidingscapaciteit. We moeten er echter voor waken te abrupt op de nieuwe situatie te reageren. Het resultaat daarvan zou immers kunnen zijn dat het LUMC over enige jaren opnieuw met een tekort aan verpleegkundig personeel zit. In het verslagjaar nam het aantal stagiaires af en het aantal leerlingen in dienstverband toe.

De verzuimcijfers van het LUMC stabiliseerden in 2005 op een bevredigend laag niveau. Het verzuimpercentage bleef, voor het tweede achtereenvolgende jaar, beneden 4%. Het percentage langdurig zieken (langer dan een jaar arbeidsongeschikt) bleef voor het tweede achtereenvolgende jaar onder de 1,5%.



Omdat de wachttijd voor de WAO is verlengd tot twee jaar was er in 2005 geen WAO-instroom. Per 1 januari 2006 is de WAO bovendien vervangen door de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). Daarom is het aantal langdurig zieken per 100 werknemers mogelijk een betere maat voor de langdurige arbeidsongeschiktheid dan de eerder gebruikte WAO-instroom.

Kwaliteit van het werk

Omdat werkprestaties en verzuim zeer sterk samenhangen met een goed arbozorgsysteem en de medewerkerstevredenheid, wordt hieraan binnen het LUMC veel aandacht besteed. De medewerkerstevredenheid zal in 2006 – in het kader van de driejaarlijkse systematiek – weer gemeten worden. Het arbozorgsysteem van het LUMC functioneerde in 2005 overwegend goed. Effectindicatoren als ziekteverzuim, ongevallen, beroepsziekten en milieu-incidenten tekenen een positief beeld. Het

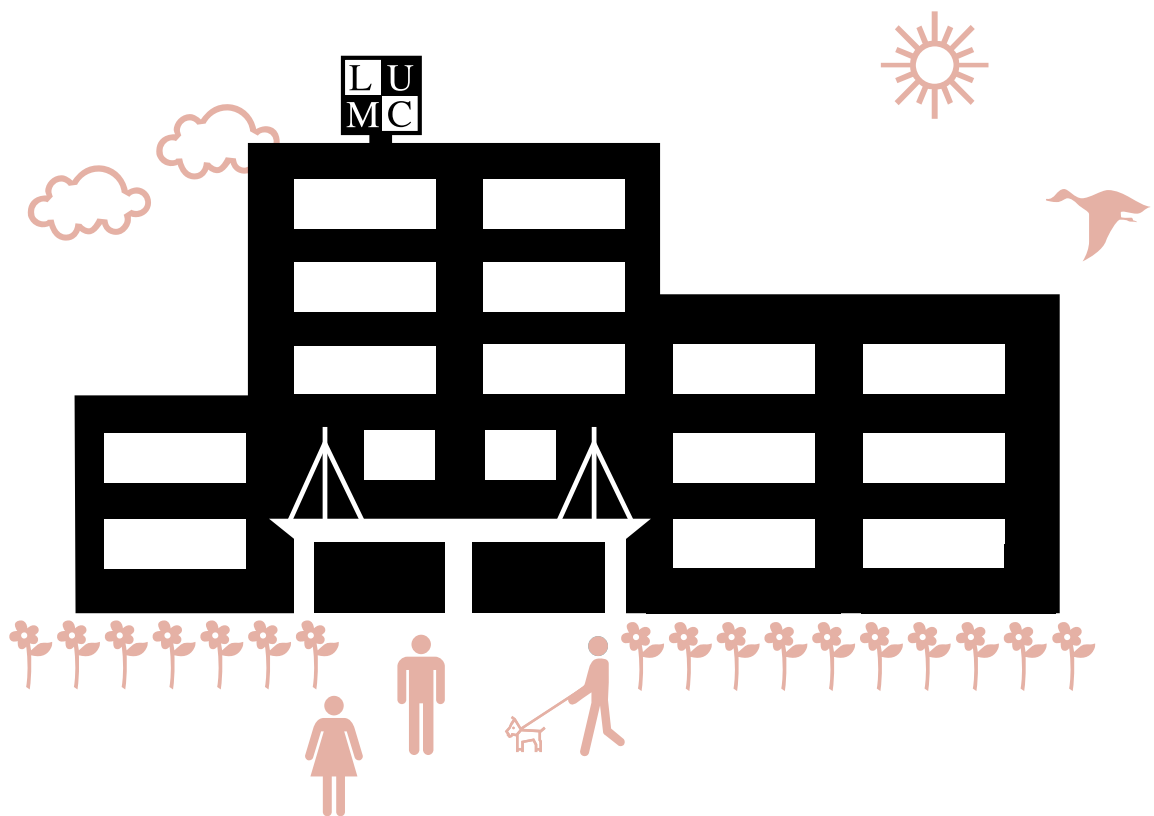
LUMC werd onder andere geïnspecteerd door de Arbeidsinspectie, de Inspectie VROM, de Inspectie Verkeer en Waterstaat, de Milieudienst West-Holland, het Hoogheemraadschap Rijnland en de Brandweer Leiden. Ook deze externe beoordelingen zijn overwegend gunstig.

Mede dankzij het ArboPlusConvenant spande het LUMC zich ook in 2005 bijzonder in om de veiligheid en de gezondheid van medewerkers te waarborgen. Vooral op het gebied van gevaarlijke stoffen, zoals cytostatica en anesthesiegassen, en op het gebied van fysieke belasting zijn in 2005 extra activiteiten uitgevoerd. Voor alle projecten uit het arboconvenant geldt dat de producten geïmplementeerd worden in de normale zorg voor veiligheid en gezondheid. De staande organisatie zal daarvoor vanaf 2007 zorgdragen.

Het aantal geregistreerde ongevallen en incidenten waar medewerkers bij betrokken zijn, wordt in het LUMC vooral bepaald door het aantal prikaccidenten. In 2005 registreerde het LUMC 138 prikaccidenten, 52 ongevallen en twee beroepsziekten. Dit is een daling ten opzichte van 2004 toen we 169 prikaccidenten, 51 ongevallen en negen beroepsziekten registreerden. De waarde van deze gegevens is sterk afhankelijk van de meldingsbereidheid, meldingsgelegenheid en de verwerking van de melding. Analoog aan de patiëntveiligheid zullen deze factoren in 2006 nog meer aandacht krijgen.

Op preventief gebied staan traditioneel de infectieziekten tuberculose en hepatitis B centraal. De laatste jaren richt het LUMC zich echter ook op andere risicovolle infectieziekten. In 2005 stelde de Raad van Bestuur beleid vast met betrekking tot ernstige – ook voor het personeel – besmettelijke ziekten, zoals virale hemorrhagische koorts. Deze besluitvorming heeft geresulteerd in twee protocollen, die in 2006 geïmplementeerd zullen worden. Daarnaast is er al sinds 2004 veel oog voor influenzapreventie en de voorbereiding op een eventuele influenzapandemie.

Influenzavaccinatie medewerkers LUMC		
	2004	2005
Totaal aantal verstrekte influenzavaccinaties	969	1.791
Verstrekte vaccinaties aan artsen en verpleegkundigen	252	865
Vaccinatiegraad LUMC	15%	26%
Vaccinatiegraad artsen en verpleegkundigen	12%	27%



In 2004 werd voor het eerst een griepvaccinatie aan alle medewerkers aangeboden. In 2005 is deze actie herhaald.

Kwaliteit van het personeel

De kwaliteit van het personeel is het afgelopen jaar besproken met de afdelingen tijdens de bespreking van de afdelingsplannen met betrekking tot de veranderde werkwijzen. Per afdeling of eenheid wordt momenteel in kaart gebracht welk personeel met welke kwalificaties en competenties over vijf jaar nodig is. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de afdelingshoofden. Om hen te faciliteren bieden we op concernniveau opleidingen en trainingen aan en is er voor de medewerkers een mobiliteitscentrum met loopbaanadviezen. In het afgelopen jaar namen ongeveer 2000 medewerkers deel aan een of meer trainingen, opleidingen of cursussen.

Samenleving

Het LUMC hecht waarde aan zijn omgeving en neemt zijn verantwoordelijkheid, zowel als grootste werkgever in de gemeente als als gesprekspartner bij de ontwikkeling van het stationsgebied en het BioScience Park. In deze paragraaf wordt stilgestaan bij enkele belangrijke ontwikkelingen op het gebied van maatschappelijk verantwoord ondernemen.

Kennisexploitatie

Om kennisexploitatie verder te stimuleren hebben de Universiteit Leiden (penuoeder) en het LUMC als hoofdvoerders het Leeuwenhoekconsortium opgericht. Dit consortium wil in vier jaar, te beginnen op 1 januari 2006, een belangrijke toename bewerkstelligen wat betreft kennisexploitatie in de regio. Kennis moet de markt beter en sneller bereiken. Daartoe wordt om te beginnen onderzoek met commerciële toepassingsmogelijkheden geïdentificeerd. Vervolgens krijgen ‘technostarters’ ondersteuning bij het opzetten van een eigen bedrijf. Het consortium, waarvan ook private instellingen deel uitmaken, heeft met succes een aanvraag ingediend in het kader van de Subsidieregeling Kennisexploitatie (SKE). Uit dit door het Ministerie van EZ ingestelde fonds zal € 2,5 miljoen beschikbaar komen voor activiteiten in het kader van het Leeuwenhoek Starters Project. Van dit bedrag kunnen het LUMC en de Universiteit Leiden de interne activiteiten op het gebied van kennisbescherming en transfer versterken en startende

ondernemingen stimuleren. De Leidse signatuur van het consortium wordt nog versterkt doordat veel bedrijven en organisaties uit het BioScience Park aan het project deelnemen. Daarnaast wordt kennis en expertise uitgewisseld met onder andere de Technische Universiteit Delft, TNO en de Hogeschool Leiden en met partners uit de bank- en investeringswereld. Startende ondernemingen kunnen advies krijgen van het bedrijfsleven en kennisinstellingen bieden starters faciliteiten aan.

Societal impact

Vorig jaar schreven we al dat het LUMC hecht aan het zichtbaar maken van de meerwaarde van de vijf kerntaken van onze organisatie voor de maatschappij. Vooral bij de kerntaak onderzoek is deze maatschappelijke meerwaarde niet altijd direct voor iedereen duidelijk. Het fundamentele onderzoek dat het LUMC uitvoert, levert soms indrukwekkende resultaten op. Maar het kan ook lang duren voordat die resultaten vertaald zijn in toepassingen waar de maatschappij iets mee kan. Het LUMC vindt het uitdragen van de societal impact, ook van wetenschappelijk onderzoek, een taak van een universitaire medisch centrum. Daarom is in 2005 een pilot gedaan met het meten van de maatschappelijke meerwaarde van deze kerntaak. In overleg met de universitaire medische centra van Leuven, Oxford en het Karolinska Instituut in Stockholm is een project gestart om te komen tot een instrument waarmee de societal impact als prestatie-indicator kan worden weergegeven. De komende twee jaar zal het LUMC de ontwikkelde methodologie verder aanpassen en verfijnen. Het hoopt daarmee zijn maatschappelijk gezicht in de toekomst op efficiënte wijze te kunnen presenteren.

Mensen

Eind 2005 werd door de gemeente het bestemmingsplan ‘Station Zeezijde’ vastgesteld. Hiermee kan de in 2004 aangekondigde sociaal veilige ontwikkeling van het terrein een aanvang nemen.

In het kader van de publieksvoorlichting organiseerden diverse afdelingen in 2005 voorlichtingsprogramma’s voor patiëntenverenigingen. Ook de deelname van het LUMC aan de Wetenschapsdag was weer een groot succes. Ongeveer 3000 geïnteresseerden bezochten het LUMC en het anatomisch museum. Dit museum kon voor de laatste keer bezichtigd worden op de oude locatie en zal in 2007 haar deuren openen in het nieuwe Onderwijsgebouw. Op de poliklinieken reuma-

tologie en ouderengeneeskunde stonden bij wijze van pilot informatiezuilen voor patiënten. Met de opgedane ervaring en opmerkingen zal dit project in 2006 en 2007 verder vorm krijgen.

Proefdiercentrum

Het LUMC rekent het tot zijn verantwoordelijkheid om op een verantwoorde manier om te gaan met proefdieren. De afweging van het belang van het dier in relatie tot dat van de mens staat daarbij centraal. De investering in state of the art voorzieningen voor de huisvesting en verzorging van proefdieren is een illustratie van de zorg om het welzijn van het dier. De introductie van technologie die bijdraagt aan verfijning van het dierexperiment en vermindering van proefdiergebruik is ook in 2005 voortgezet. Zo investeerde het LUMC in apparatuur die minder invasieve meetmethoden mogelijk maakt en die de onderzoeker in staat stelt herhaalde metingen bij hetzelfde dier te doen.

Milieu

In het verslagjaar zijn op milieugebied een aantal processen verbeterd. Milieuaspecten worden nu structureel meegewogen bij de aanschaf van goederen en apparatuur. Als dat een significante milieubijdrage levert, worden bij de uitvoering van bouw en verbouw milieumaatregelen genomen. Met name wat betreft verpakkingsafval, het hergebruik van materialen bij de leverancier en het gebruik van duurzame producten zijn verbeteringen doorgevoerd. Ook voor preventief onderhoud is meer aandacht gekomen. Op verschillende afdelingen is daarnaast het gebruik van

gevaarlijke stoffen beter in beeld gebracht en is de lozing van stoffen in het water verder beperkt.

In 2005 zijn voorbereidingen getroffen voor een vernieuwd afvalpreventietraject. Er zijn posters ontworpen en nieuwe afvalbakken aangeschaft. Hiermee begeleiden we de introductie van een gemakkelijker en veiliger afvalstelsel in het ziekenhuis, waarbij de kosten voor de verwerking beperkt worden. Alle medewerkers kunnen de digitale afvalwijzer, die onderdeel van de maatregelen is, inmiddels raadplegen via het Albinusnet (intranet).

Energieverbruik

Begin 2003 is het LUMC toegetreden tot de Meerjarenaafpraak Energie-Efficiency 2001-2012 (MJA-2). Deze meerjarenaafpraak is erop gericht volgens afgesproken procedures efficiënter om te gaan met energie. In 2006 dient het Energie Besparingsplan (2004-2008) te worden geactualiseerd. Het energiezorgsysteem voldoet op dit moment aan alle gestelde normen. De doelstelling om in 2006 niveau A te bereiken, meer dan 180 punten, is gehaald (zie tabel). Op de onderdelen inkoop van goederen en diensten en de evaluatie van het energiezorgsysteem is echter nog winst te behalen. Om een beter inzicht te krijgen in het verbruik van de verschillende energievormen op de verschillende afdelingen wordt de meetapparatuur uitgebreid. Een aantal ambitieuze projecten met een besparingspotentieel van ongeveer 8% wordt nog onderzocht op haalbaarheid. Het energieverbruik is berekend naar primaire energie en gecorrigeerd voor weersinvloeden.

Energiesysteem			
Onderdeel	Punten	Onderdeel	Punten
Energiebeleidsverklaring	12	Documentatie energiesysteem	6
Energieaspecten	23	Documentenbeheer	13
Wettelijke en andere eisen	10	Beheersing van de werkzaamheden	8
Doel- en taakstellingen	18	Controle en meting	12
Programma	12	Afwijkingen, corrigerende en preventieve maatregelen	10
Structuur en verantwoordelijkheid	10	Registraties	20
Opleiding en bewustwording	5	Energiezorgaudits	11
Communicatie	12	Evaluatie	5
Subtotaal	102	Totaal aantal punten	187

Financiële prestaties

Het LUMC streeft naar een sluitende exploitatie en heeft geen winstoogmerk. Het (enkelvoudig) exploitatieresultaat in 2005 bedroeg € 11,6 miljoen en overtreft ogenschijnlijk deze doelstelling. Daarbij dient wel bedacht te worden dat € 2,9 miljoen een CTG correctie over voorgaande jaren betreft, gedeeltelijk als gevolg van een succesvolle juridische procedure tegen de Staat over het met terugwerkende kracht opleggen van een efficiency-korting in 2003. € 6 miljoen wordt verklaard door vrijval van voorzieningen (afgezien van de voorziening seniorenregeling) en in het niet-collectieve segment werd een positief resultaat van € 4 miljoen genoteerd.

De winst van Medipark bedroeg € 109.000, Curium eindigde op € 36.000, de Trombosedienst noteerde € 21.000, zodat het Groepsresultaat (de geconsolideerde jaarrekening) op € 11,7 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 2005 vergeleken met de cijfers van de andere UMC's (eveneens niet-geconsolideerd, tot 2004). Het LUMC heeft relatief lage inkomsten uit de patiëntenzorg, de Rijksbijdrage en de universitaire subsidie (de eerste geldstroom), maar naar verhouding hoge 'overige baten'. Het Eigen Vermogen is adequaat in vergelijking met de andere huizen, het niveau van voorzieningen laag.

Ontwikkeling bedrijfsopbrengsten

Het WTG-budget steeg met € 5,4 miljoen tot € 314 miljoen door de toename van bijzondere medische verrichtingen (WBMV). Er werd bovendien € 2,8 miljoen aan DBC's in het zogenaamde B-segment (vrije prijzen) geregistreerd, slechts 0,9% dus van de totale medische productie.

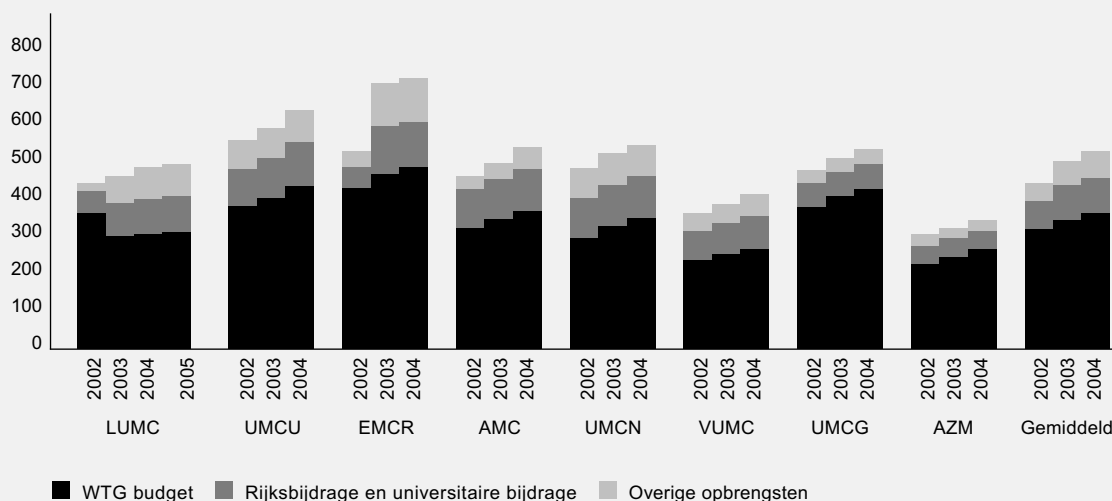
De Rijksbijdrage voor de werkplaatsfunctie bleef nagenoeg gelijk. De universitaire subsidie nam toe met € 3 miljoen, voor de helft door de extra instroom van geneeskundestudenten en daarnaast door de bijdrage van de universiteit Leiden aan de huisvestingskosten van het nieuwe Onderzoeksgebouw. De universitaire subsidie bedroeg daarmee 7,7% van de totale baten.

Ontwikkeling bedrijfslasten

De belangrijkste kostencomponent wordt gevormd door de personeelslasten. Deze stegen met 0,6%.

De overige bedrijfslasten zijn met 1,2% gestegen. Hogere patiëntgebonden kosten (duurdere geneesmiddelen), de kosten verbonden aan de implementatie van ICT-systemen (waaronder het nieuwe systeem voor Financiën, Inkoop & Logistiek) en hogere onderhoudskosten zijn de verklaring. Lagere toevoegingen aan, dan wel gedeeltelijke vrijval van voorzieningen (onder andere voor groot onderhoud) compenseren deze stijgingen deels.

Batenspecificatie (enkelvoudig) (x € 1 miljoen)



Het LUMC gaf in 2005 weer € 2 miljoen minder aan rente uit dan in 2004 door een stringente kasbeheer.

Investerings

In het verslagjaar lag het totaal aan investeringen met € 101 miljoen aanzienlijk hoger dan in voorgaande jaren en ver boven het niveau van afschrijvingen (€ 24,5 miljoen). Dit komt door de oplevering van het Onderzoeksgebouw door de vof O&O Gebouwen in december 2005. De investering in dat gebouw bedraagt € 72,6 miljoen en is gefinancierd met een dertigjaars vastrentende lening bij de Bank Nederlandse Gemeenten. De Universiteit Leiden draagt € 5,5 miljoen per jaar bij aan de financiering en instandhouding. Overige bouwinvesteringen bedroegen € 24 miljoen waarvan € 21 miljoen ten laste van dereguleringsmiddelen Academische Ziekenhuizen (DHAZ). Het DHAZ budget van € 23 miljoen in 2005 werd daarmee niet uitgeput, eind 2005 resteerde er nog een bedrag van € 18 miljoen aan trekkingsrechten.

In apparatuur is in 2005 € 12 miljoen geïnvesteerd waarvan € 4 miljoen via Albinus Inkoop 2005 C.V. Het merendeel van deze investeringen behelst vervangingsinvesteringen. Vermeldenswaardige grote nieuwe investeringen zijn de lineaire versneller voor oncologie (ter waarde van € 1,8 mio), de Cardio Bi-Plane ten behoeve van cardiologisch onderzoek en interventie bij hartziekten en hoogwaardige apparatuur van Bruker Daltonics voor proteomics (eiwit-onderzoek). De implementatie van een aantal grote ICT-projecten is ten laste van de exploitatie gebracht.

Vermogenspositie

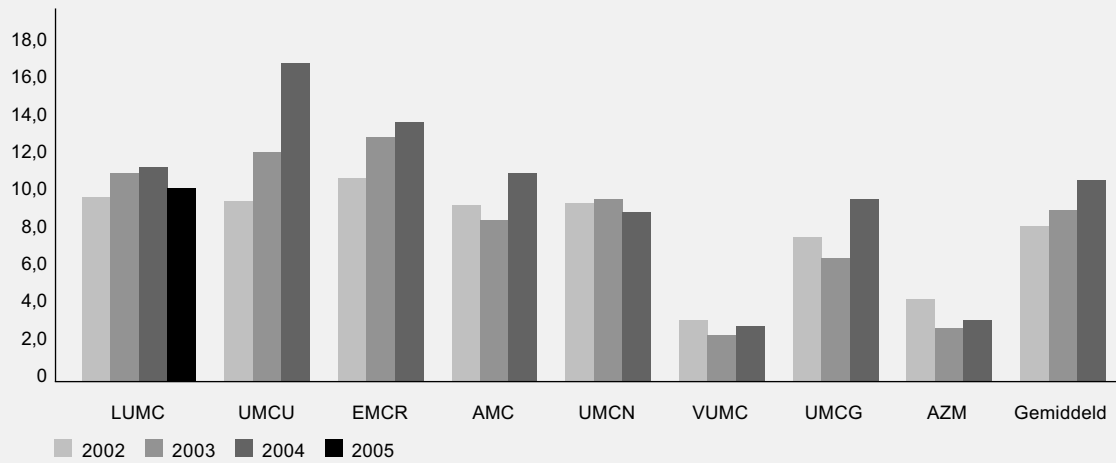
Het resultaat over 2005 ad € 11,6 miljoen wordt aan het Eigen Vermogen toegevoegd. Het Eigen Vermogen stijgt daardoor tot € 60 miljoen, waarvan € 35 miljoen collectief gebonden vermogen en € 25 miljoen niet-collectief gefinancierd vrij vermogen is. Het Eigen Vermogen bedraagt 10,2% van het balans-totaal, tegen (vergelijkbaar) 10,1% eind 2004. Dit wordt adequaat geacht voor de semi-publieke sector.

De in 2003 afgesloten CAO voorziet in een seniorenregeling tot maximaal 1,75% van de loonsom per jaar. Ingevolge de nieuwe RJZ-richtlijn 271 dient hiervoor een voorziening te worden gevormd. De vorming hiervan per 1 januari 2005 ad € 5,9 miljoen is conform voorschrift gebeurd ten laste van het eigen vermogen. De vrijval gedurende het boekjaar ad € 0,8 miljoen draagt bij aan het exploitatieresultaat.

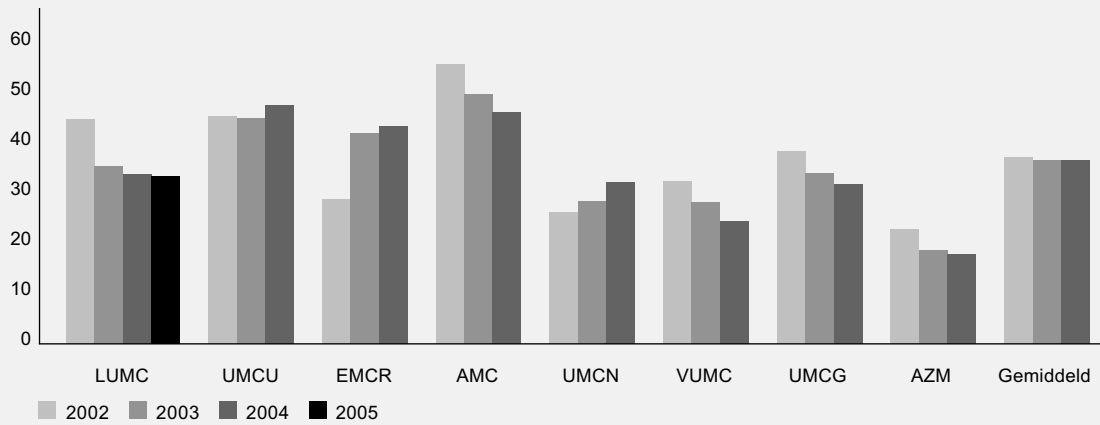
De hoogte van het werkkapitaal bij de invoering van de financiering van de gezondheidszorg door middel van DBC's heeft veel aandacht gevraagd. Het werkkapitaal (vlottende activa minus kortlopende schulden, volgens de CTG-definitie) nam toe met € 28 miljoen. Ten gevolge van de invoering van de DBC-systematiek is de facturering in 2005 ernstig vertraagd geweest. Het totaal bedrag DBC's inzake onderhanden werk, debiteuren en nog te factureren bedraagt ruim € 110 miljoen. Toch konden door een in vergelijking met andere huizen betere DBC-registratie en dankzij bevoorschotting door de zorgverzekeraars liquiditeitsproblemen worden vermeden. Dit blijkt ook uit de in vergelijking met vorig boekjaar lagere rentelasten. Het saldo liquide middelen minus bankkredieten daalde met € 31,7 miljoen.

Het weerstandsvermogen (Eigen Vermogen plus egalisatierekening afschrijvingen plus voorzieningen) bleef met 32,8% van de totale bedrijfsopbrengsten vrijwel gelijk aan (aangepast) 2004 (33%).

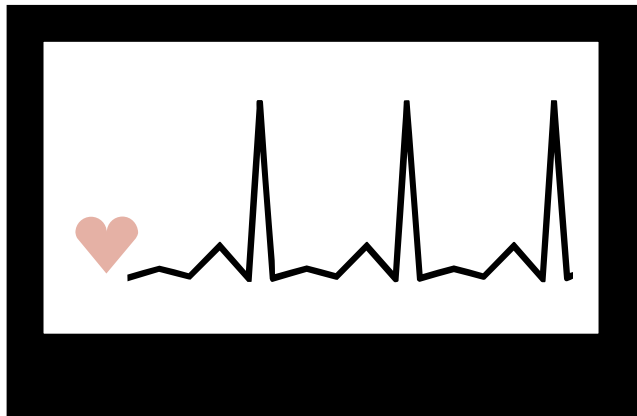
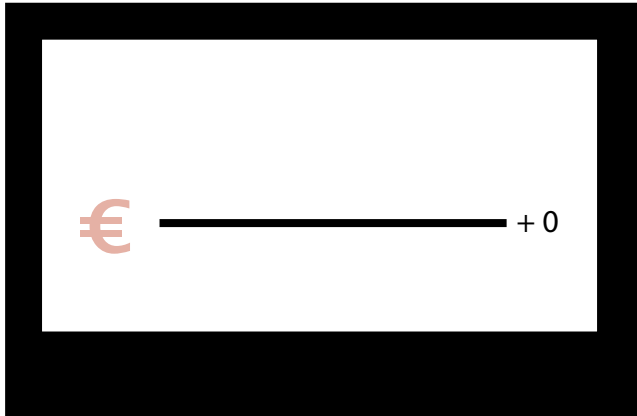
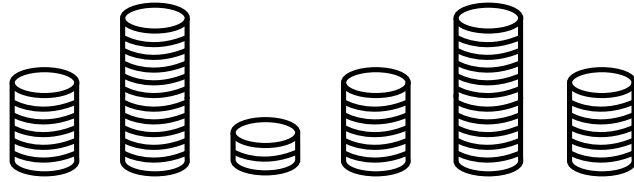
Eigen vermogen als percentage van het balanstotaal (enkelvoudig) (in %)



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



* Eigen vermogen + egalisatierekening afschrijvingen + voorzieningen.



Financieel jaarverslag

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 2005 van de LUMC-groep naar waarheid en in overeenstemming met de richtlijnen, zoals deze in 2005 van toepassing waren, is opgesteld.

De jaarrekening 2005 is vastgesteld door de Raad van Bestuur in zijn vergadering van 12 april 2006.

Leiden, 12 april 2006

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

Goedkeuring jaarrekening

De door de Raad van Bestuur vastgestelde jaarrekening 2005 is goedgekeurd door de Raad van Toezicht van het AZL in zijn vergadering van 27 april 2006. 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, 27 april 2006

mr. M. Tabaksblat
voorzitter Raad van Toezicht

Accountantsverklaring

Verklaring

Wij hebben het bijgaande jaarverslag van het Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden over 2005 gecontroleerd. Het jaarverslag is ontleend aan de door ons gecontroleerde jaarrekening 2005 van het Leids Universitair Medisch Centrum. Bij die jaarrekening hebben wij op 12 april 2006 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 12 april 2006 verstrekte goedkeurende accountantsverklaring.

Amsterdam, 12 april 2006

Ernst & Young Accountants

Personalia

Raad van Toezicht

mr. M. Tabaksblat, Wassenaar, voorzitter vanaf 1-2-1997 (3e termijn **)
 prof. dr. H.J. Jongsma, Nederhemert - Zuid vanaf 1-8-2002 (1e termijn)
 mw. mr. J.J.M.S. Leyten-de Wijkerslooth de Weerdesteyn, Den Haag vanaf 1-12-1998 (2e termijn)
 mw. prof. dr. H. Maassen van den Brink, Amsterdam *, vanaf 1-2-2004 (1e termijn)
 drs. E.F. van Veen, Wassenaar *, vanaf 1-7-2000 (2e termijn)

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

* lid van het Audit Committee

** benoemingstermijn is 4 jaar

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

mw. dr. R.M.Y. Barge, directeur medische zaken (vanaf 15-10)
 drs. T.F. Damen, directeur facilitair bedrijf
 S. Dijkstra RA, directeur beleidsontwikkeling bedrijfsvoering
 R.C. de Gier RA, directeur concern control
 mw. drs. L.E.W. van Groningen, directeur bouwzaken
 mr. H.J. Houtkooper, directeur bestuurlijk juridische zaken
 drs. R.D. Kukenheim, directeur onderzoek
 mw. drs. J.E. Kuijken, directeur onderwijs- en studentenzaken
 ir. F.K. van Lambalgen, directeur informatie-voorziening en automatisering
 A. Oosterlee, arts MBA, directeur medische zaken (tot 01-09)
 dr. C. Terleth, directeur nascholing

Bestuur divisie 1

prof. drs. J. Zwartendijk, voorzitter
 drs. A.J.M. Reusken, manager bedrijfsvoering
 mw. mr. A.W. Ouwehand, manager zorg

Bestuur divisie 2

prof. dr. F.C. Breedveld, voorzitter
 mw. drs. M.E. Reinhard, manager bedrijfsvoering
 J.C. van Rossum, manager zorg

Bestuur divisie 3

prof. dr. R.A.C. Roos, voorzitter
 drs. H.G. Carbo, manager bedrijfsvoering
 G. Regter, manager zorg

Bestuur divisie 4

prof. dr. W.J.M. Spaan, voorzitter
 mw. drs. G.E. de Blécourt, manager bedrijfsvoering
 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, heilkunde
 dr. F. Boer, ok-centrum
 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
 mw. I.E.C. van Everdinck - van der Pols, centrum eerste hulp
 prof. dr. W.E. Fibbe, immunologie, en bloedtransfusie (vanaf 01-03)

prof. dr. G.J. Fleuren, pathologie
 prof. dr. ir. J.H.M. Frijns, keel-, neus en oorheelkunde
 (vanaf 15-05)
 mw. prof. dr. A.C. Gittenberger, anatomie en
 embryologie
 prof. dr. H.J. Guchelaar, klinische farmacologie 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 (tot 01-02)
 prof. dr. J.W. van Kleef, anesthesiologie
 prof. dr. C.B.H.W. Lamers, maag-, darm- en
 leverziekten
 prof. dr. C.J.M. Melief, immunohematologie en
 bloedtransfusie (tot 01-03)
 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
 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. C.C. Sterk, oogheelkunde a.i. (vanaf 01-02)
 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.J.G. Westendorp, ouderengeneeskunde
 prof. dr. R. Willemze, hematologie
 prof. dr. R. Willemze, huidziekten en geslachts-
 ziekten
 prof. dr. F.G. Zitman, psychiatrie
 prof. drs. J. Zwartendijk, urologie

Diensthooftden

R. Beck, centrale sterilisatiedienst
 drs. J.H.J. Belt, Walausbibliotheek
 mw. C.M. de Bes, dienst diëtetiek
 mw. drs. O.I. Gort, bureau communicatie
 ds. A.J. Hammer, dienst geestelijke verzorging
 W. Mulder, dienst fysiotherapie en ergotherapie
 mw. F.C. Schenk, dienst maatschappelijk werk
 en patiëntenservice

Ondernemingsraad

D.J. Burgman, voorzitter
 P.C.J. van Aken
 mw. H.J. Beekman *
 J. Beentjes *
 P.W. van den Berg Jeths *
 E.J. Betting
 M. Boonekamp *
 A.T. Brinks
 J.P.A. Broeren (tot 01-09)
 mw. I.A.R. Broeijer *
 M.P.M. van der Burg **
 mw. S. Doekhi – Rollen **
 P.E. Everaert *
 R. Fresco
 mw. E.M. Fukken **
 mw. dr. M. Frölich (tot 19-01)
 N.V. Henriquez **
 mw. E. van Hove **
 mw. G. Labadie
 P. Laterveer (tot 16-11)
 mw. E.G.A. Lurvink
 mw. T. Smijs **
 W. Swart **
 mw. drs. J.C.W. Taal *
 dr. ir. H.W. Verspaget
 E. de Vin
 mw. A. Visser **
 mw. C. de Vogel **
 J. Wondergem
 mw. A. Dijkstra, ambtelijk secretaris

* tot 24-03 (verkiezing)

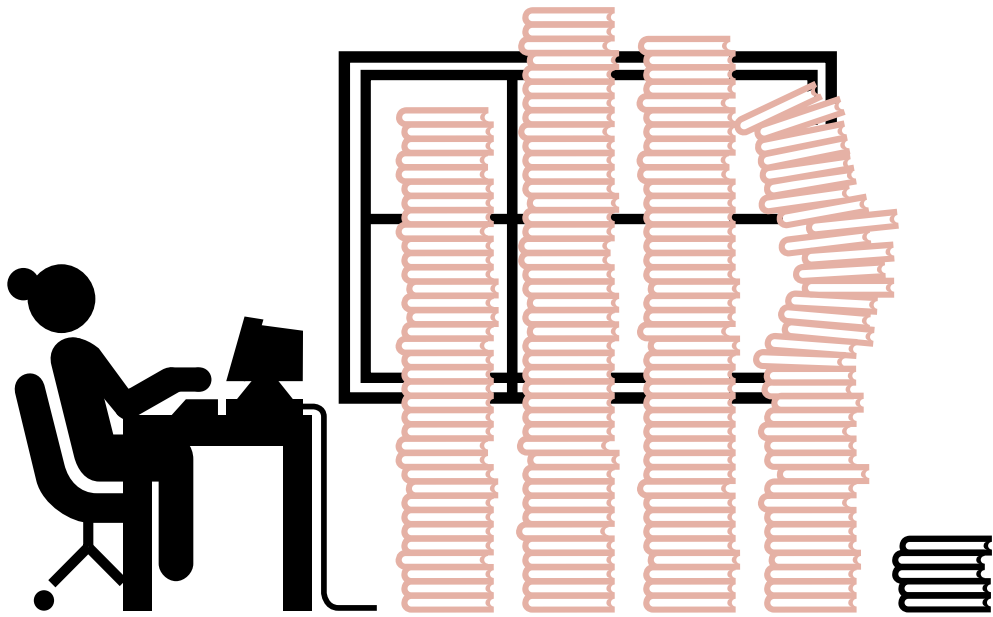
** vanaf 24-03 (verkiezing)

Student assessor

mw. L.L. de Jonge (tot 01-09)
 mw. M.D. Trietsch (vanaf 01-09)

Studentenraad 2005-2006

mw. M. Agenant
 H. van Essen
 mw. M.M. Eysink Smets
 mw. M.L.P. van der Hoorn
 mw. J.W. de Jong
 mw. L. van Steijn
 mw. A.D. Kabboord



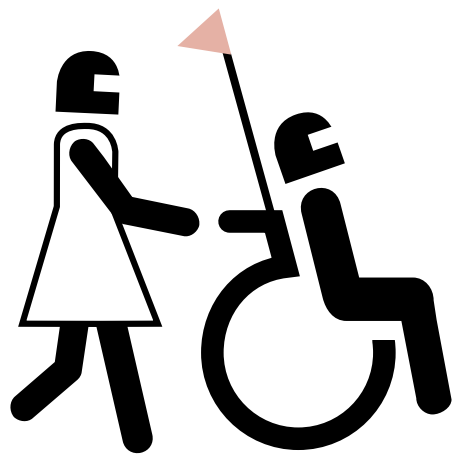
Heldere werkwijzen geven 'in'zicht in het LUMC

Jaarrekening 2005
(enkelvoudig)

Enkelvoudige balans per 31 december 2005 en 2004

Activa (x € 1.000)		
	2005	2004
A Vaste Activa		
I Immateriële vaste activa	33.891	35.028
II Materiële vaste activa	384.711	307.912
III Financiële vaste activa	23.143	12.876
Totaal vaste activa	441.745	355.816
B Vlottende activa		
I Voorraden	3.030	3.307
II Onderhanden werk DBC's	42.654	0
III Vorderingen	93.986	78.731
IV Liquide middelen	7.436	25.479
Totaal vlottende activa	147.106	107.517
Totaal	588.851	463.333

Passiva (x € 1.000)		
	2005	2004
A Eigen vermogen		
I Collectief gefinancierd gebonden vermogen		
– gezondheidszorg	26.338	25.055
– onderwijs en onderzoek	8.781	8.352
	35.119	33.407
II Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	24.857	20.880
Totaal eigen vermogen	59.976	54.287
B Egalisatierekening afschrijving	90.409	94.945
C Voorzieningen	16.404	16.663
D Langlopende schulden	234.255	168.683
E Kortlopende schulden	141.140	97.780
F Financieringsoverschot	46.667	30.975
Totaal	588.851	463.333



Enkelvoudige resultatenrekening over 2005 en 2004

(x € 1.000)		
	2005	2004
Bedrijfsopbrengsten		
– Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	314.019	308.617
– Rijksbijdrage	58.551	58.048
– Universitaire subsidie	37.931	34.911
– Overige bedrijfsopbrengsten	84.519	83.021
Som der bedrijfsopbrengsten	495.020	484.597
Bedrijfslasten		
– Personeelskosten	303.619	301.661
– Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa	19.276	19.865
– Overige bedrijfslasten	151.824	150.011
Som der bedrijfslasten	474.719	471.537
Financiële baten / (lasten)	-8.726	-10.587
Resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening	11.575	2.473

Enkelvoudige resultatenrekening *collectief gefinancierd* over 2005 en 2004

(x € 1.000)		
	2005	2004
Bedrijfsopbrengsten		
– Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	314.019	308.617
– Rijksbijdrage	58.551	58.048
– Universitaire subsidie	37.931	34.911
– Overige bedrijfsopbrengsten	31.766	33.059
Som der bedrijfsopbrengsten	442.267	434.635
Bedrijfslasten		
– Personeelskosten	274.645	270.167
– Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa	19.276	19.358
– Overige bedrijfslasten	131.569	132.530
Som der bedrijfslasten	425.490	422.055
Financiële baten / (lasten)	-9.179	-10.785
Resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening	7.598	1.795

Enkelvoudige resultatenrekening *niet-collectief gefinancierd* over 2005 en 2004

(x € 1.000)		
	2005	2004
Bedrijfsopbrengsten		
– Universitaire subsidie	0	0
– Overige bedrijfsopbrengsten	52.753	49.962
Som der bedrijfsopbrengsten	52.753	49.962
Bedrijfslasten		
– Personeelskosten	28.974	31.494
– Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa	0	507
– Overige bedrijfslasten	20.255	17.481
Som der bedrijfslasten	49.229	49.482
Financiële (baten) / lasten	453	198
Resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening	3.977	678

Enkelvoudig kasstroomoverzicht 2005 en 2004

(x € 1.000)		
	2005	2004
Kasstroom uit operationele activiteiten		
Exploitatieresultaat	11.575	2.473
Aanpassingen voor:		
– afschrijvingen	25.727	25.700
– overige mutaties eigen vermogen	-5.886	0
– mutaties egalisatiereserves	-4.536	-4.743
– mutaties voorzieningen	-259	2.696
	15.046	23.653
Veranderingen werkkapitaal:		
– voorraden	277	133
– onderhanden werk DBC's	-42.654	0
– vorderingen	-15.255	-1.558
– nog in tarieven te verrekenen	15.692	46.198
– kortlopende schulden (exclusief schulden aan kredietinstellingen)	11.913	4.545
	-30.027	49.318
Totaal kasstroom uit operationele activiteiten	-3.406	75.444
Kasstroom uit investeringsactiviteiten		
Investerings en desinvesteringen in materiële vaste activa	-101.328	-31.085
Mutatie leningen u/g	5	5
Investerings financiële vaste activa	-11.814	-7.269
Desinvesteringen financiële vaste activa	1.481	0
	-111.656	-38.349
Kasstroom uit financieringsactiviteiten		
Nieuw opgenomen leningen	76.699	10.967
Aflossing langlopende leningen	-11.127	-8.515
	65.572	2.452
Mutatie liquide middelen (inclusief kortlopende schulden aan kredietinstellingen)	-49.490	39.547

Toelichting op de enkelvoudige balans

Materiële vaste activa (x € 1.000)		
	2005	2004
Terreinen	7.640	7.580
Gebouwen	251.715	184.262
Installaties	52.644	50.008
Inventarissen	55.393	54.699
Automatiseringsapparatuur	3.240	3.242
Bouwprojecten in uitvoering	14.079	8.121
Totaal	384.711	307.912

Onder de materiële vaste activa is een bedrag van € 16,3 miljoen opgenomen inzake inventarissen waarvan het ziekenhuis ultimo 2005 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)		
	2005	2004
Vaste activa buiten gebruik	231	292
Vorderingen groepsmaatschappijen	2.287	2.287
Deelnemingen	20.398	10.083
Overige vorderingen	227	214
Totaal	23.143	12.876

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-gebouwen opgericht. Beide instellingen participeren voor 50% in de vennootschap.

In 2005 is een aanvullende overeenkomst gesloten op basis waarvan het AZL het door haar ingebrachte kapitaal van € 1,5 miljoen heeft teruggenomen. De deelneming van het AZL in de vof bedraagt ultimo 2005 derhalve nihil.

In 2005 heeft een kapitaalstorting in de Albinus Inkoop C.V. 2004 plaatsgevonden van € 6,0 miljoen en in de Albinus Inkoop C.V. 2005 van € 5,8 miljoen. De totale deelneming in de Inkoop C.V.'s bedraagt ultimo 2005 € 20,4 miljoen.

Onderhanden werk DBC's (x € 1.000)		
	2005	2004
Onderhanden werk DBC's	42.654	0
Totaal	42.654	0

Onder Onderhanden werk DBC's is opgenomen de onderhanden werk positie inzake DBC-facturatie. Het totale onderhanden werk bedroeg € 83,7 miljoen, hierop zijn de door verzekeraars in het kader van de CTG-beleidsregel I-733 inzake heffingsrente betaalde voorschotten van € 41 miljoen in mindering gebracht. Van het onderhanden werk heeft € 81,9 miljoen betrekking op het A-segment en € 1,8 miljoen op het B-segment.

Het onderhanden werk is bepaald op basis van de kostprijs (is CGAO tarief) van de verrichtingen die per jaar-einde aan openstaande DBC's gekoppeld konden worden.

Vorderingen en overlopende activa (x € 1.000)		
	2005	2004
Vorderingen op debiteuren	75.222	42.875
Vorderingen op groepsmaatschappijen	278	2
Vorderingen op deelnemingen	0	915
Overige vorderingen	15.396	27.232
Vooruitbetaalde bedragen	917	994
Nog te ontvangen bedragen	2.173	6.713
Totaal	93.986	78.731

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 € 2,1 miljoen (2004: € 1,1 miljoen) in mindering gebracht.

Toelichting op de enkelvoudige balans

Voorzieningen (x € 1.000)					
	Stand per 01-01-2005	Herzien per 01-01-2005	Dotaties	Onttrek- kingen	Stand per 31-12-2005
Voorziening arbeidsongeschiktheidsuitkeringen	2.000	2.000	0	800	1.200
Voorziening werkloosheidsuitkeringen	3.300	3.300	0	1.300	2.000
Voorziening seniorenregeling	0	5.886	0	871	5.015
Voorziening jubileumuitkeringen	0	0	1.100	0	1.100
Voorziening voor groot onderhoud	10.682	10.682	3.000	7.274	6.408
Overige	681	681	561	561	681
Totaal	16.663	22.549	4.661	10.806	16.404

De voorzieningen hebben naar verwachting betrekking op een periode korter dan 5 jaar, behalve de voorziening voor groot onderhoud.

De voorziening arbeidsongeschiktheidsuitkeringen dient ter dekking van de ultimo 2005 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 2005 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.

Met ingang van 2005 is de verplichte voorziening seniorenregeling ingevoerd. Deze voorziening is verplicht ingevolge richtlijn 271 (gebaseerd op IAS 19 van de IFRS). Deze stelselwijziging is ingegaan per 1 januari 2005, het beginsaldo is gevormd ten laste van het Eigen Vermogen. De mutatie van deze voorziening in het boekjaar 2005 is als volgt;

Toelichting onttrekking seniorenregeling (x € 1.000)	
	2005
In het boekjaar toe te kennen aanspraken	632
Toe te rekenen interest	273
Te verwerken actuariel verlies boekjaar	-1.637
Aanspraken over verstreken diensttijd	488
(Verwachte) werkgeversbijdragen	-627
Mutatie pensioenverplichting	-871

De omvang van de voorziening groot onderhoud is gebaseerd op de meerjarenonderhoudsbegroting. In 2005 heeft een actualisatie plaatsgevonden. Onderhoud < 5 jaar wordt niet meer voorzien, derhalve is de voorziening voor groot onderhoud verlaagd met € 4,3 miljoen. In 2005 is voor een bedrag van € 3 miljoen inzake groot onderhoud ten laste van de voorziening afgeboekt.

Langlopende schulden (x € 1.000)				
	2005		2004	
	Totaal	> 5 jaar	Totaal	> 5 jaar
Onderhandse en hypothecaire leningen	213.599	176.611	152.126	121.295
Overige schulden	20.656	12.119	16.557	10.572
Totaal	234.255	188.730	168.683	131.867

Het aflossingsbedrag voor 2006 ad € 11.127.000 (2005: € 8.515.000) is opgenomen onder de kortlopende schulden.

In 2005 is een lening afgesloten ten bedrage van € 72.600.000 ten behoeve van de aanschaf van het Onderzoeksgebouw.

De overige schulden hebben betrekking op de overname van de activa en passiva van de Medische Faculteit Leiden 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 2005 wel economisch maar niet juridisch eigenaar is (€ 16,3 miljoen).

Overzicht van kortlopende schulden en overlopende passiva (x € 1.000)		
	2005	2004
Aflossingsverplichting op langlopende leningen	11.128	8.515
Bankkredieten	35.140	3.693
Crediteuren/leveranciers	21.766	17.418
Belastingen en premies sociale verzekeringen	10.745	9.250
Schulden terzake van pensioenen	4.445	4.217
Schulden aan groepsmaatschappijen	5.405	1.179
Overige schulden	0	-23
Overlopende passiva:		
– nog te betalen kosten	32.558	30.878
– vooruitontvangen opbrengsten	19.953	22.653
Totaal	141.140	97.780

Voor geen van bovengenoemde bankkredieten zijn zekerheden gesteld.

De bankkredieten dienen ter financiering van exploitatiekosten en investeringen voor zover hiervoor nog geen langlopende leningen zijn aangetrokken. Schulden in rekening-courant die binnen een compensabel stelsel zijn opgenomen zijn voor zover mogelijk gesaldeerd met positieve saldi binnen de liquide middelen.

Onder de nog te betalen kosten is inbegrepen een reservering van € 22,1 miljoen voor te betalen vakantie-toelagen en vakantiedagen.

Toelichting op de eenvoudige balans

Verantwoording DHAZ-middelen 2005 (x € 1.000)			
	OC en W	VWS	Totaal
Stand per 1 januari 2005	3.970	11.912	15.882
Toegekende middelen 2005	5.750	17.250	23.000
Bestedingen 2005			
DHAZ-lange termijn onderhoud/renovaties	227	683	910
DHAZ-nieuwbouw	2.050	6.150	8.200
DHAZ -grote verbouwingen/renovaties	2.070	6.212	8.282
DHAZ-onderhanden werk	837	2.510	3.347
DHAZ-huur	72	215	287
Totaal DHAZ-bestedingen	5.256	15.770	21.026
Saldo DHAZ-middelen ultimo 2005	4.464	13.392	17.856

Niet uit de balans blijvende verplichtingen

In september 1998 heeft de VOF O&O-gebouwen een financieringsovereenkomst afgesloten met de Bank Nederlandse Gemeenten van maximaal € 72,6 miljoen ten behoeve van de bouw van het Onderwijs- en Onderzoeksgebouw. In januari 2005 is deze overeenkomst aangepast tot de maximale financiering van € 85 miljoen en begin 2006 is dit weer teruggebracht tot € 35 miljoen.

Het Academisch Ziekenhuis Leiden en de Universiteit Leiden zijn beide hoofdelijk aansprakelijk voor deze financiering.

Verplichtingen inzake het Onderwijs- en Onderzoeksgebouw (x € 1.000)

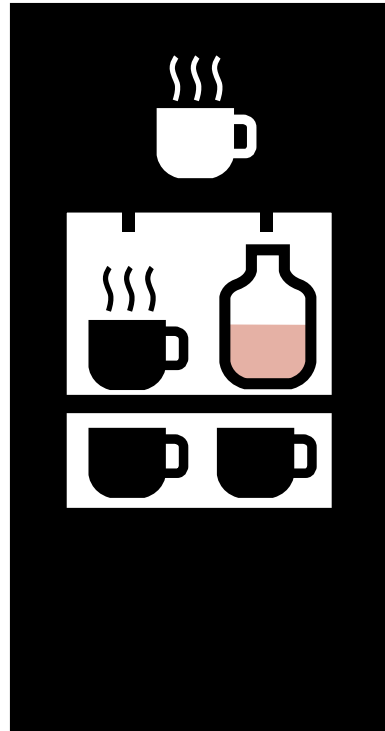
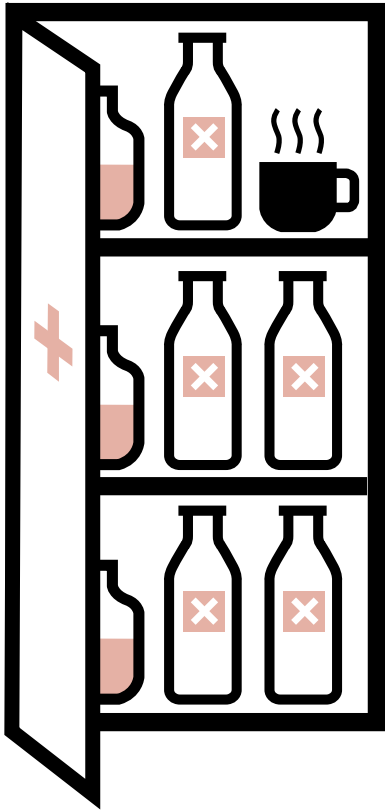
Voor de bouw zijn opdrachten verstrekt tot een bedrag van	86.351
af: Hierop reeds gefactureerd tot en met 2005	72.773
af: Nog te betalen volgens standopnames	2.524
Per saldo uitstaande verplichtingen (incl. BTW)	11.054

Op 23 december 2005 is met de ING een collar transactie afgesloten. De financiering van € 23 miljoen tegen een variabele rente voor het Onderwijsgebouw wordt hiermee gehedged tussen een cap van 5% en een floor van 2,5%. De collar gaat in per 1 januari 2007 en heeft een looptijd van 10 jaar.

Pensioenregeling

De pensioentoezegging is ondergebracht bij de Stichting Pensioenfonds ABP. Deze pensioenregeling kwalificeert zich als een toegezegde pensioenregeling, hetgeen inhoudt dat een eventueel tekort door de werkgever dient te worden aangevuld. Ingeval deze regeling van toepassing is schrijven de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving voor dat het aandeel in het overschot of tekort van de pensioentoezegging in de balans van de werkgever dient te worden opgenomen. Door de Stichting Pensioenfonds ABP is aangegeven dat er geen consistente en betrouwbare basis is om de verplichting, fondsbeleggingen en kosten toe te rekenen aan de separate deelnemende partijen, waardoor het LUMC gebruik maakt van de vrijstelling onder RJ 271-310 om de toegezegde pensioenregeling te behandelen als een toegezegde bijdrageregeling.

Verder zijn er verplichtingen aangegaan inzake lease en onderhoud van machines en installaties.



Toelichting op de enkelvoudige resultatenrekening

Overige bedrijfsopbrengsten (x € 1.000)		
	2005	2004
Diensten en verrichtingen voor derden	29.935	28.840
B-segment DBC's	2.782	0
Overige patiëntenzorg buitenbudgettair	720	737
Onderwijs en onderzoek	51.082	53.444
Totaal	84.519	83.021

Personeelskosten (x € 1.000)		
	2005	2004
Lonen en salarissen	234.753	228.909
Sociale lasten	16.188	19.104
Pensioenpremies	35.398	31.637
Andere personeelskosten	10.451	12.877
	296.790	292.527
Personeel niet in loondienst	6.829	9.134
Totaal	303.619	301.661

Gemiddelde personeelsbezetting per segment in aantallen FTE's		
	2005	2004
Collectief gefinancierde activiteiten	4.675	4.705
Niet-collectief gefinancierde activiteiten	468	518
Totaal	5.143	5.223

Overige bedrijfslasten (x € 1.000)		
	2005	2004
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	13.734	12.985
Algemene kosten	34.886	31.618
Patiënt- en onderzoeksgebonden kosten	86.636	82.102
Onderhoud en energiekosten	8.674	3.662
Huur en leasing	2.898	2.264
Dotaties voorzieningen	4.996	17.380
Totaal	151.824	150.011

Toelichting op de enkelvoudige resultatenrekening

Verantwoording bezoldiging bestuurders en gewezen bestuurders									
1	Naam	prof. dr. O.J.S. Buruma		ir. H.M. le Clercq		prof. dr. E.C. Klasen		dr. ir. P.C.J. Leijh	
		2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004
2	Aard bestuurder	S	S	S	S	S	S	S	S
3	Periode in dienst	01-01/31-12	01-01/31-12	01-01/31-12	01-01/31-12	01-01/31-12	01-01/31-12	01-01/31-12	01-01/31-12
4	Voorzitter	J	J	N	N	N	N	N	N
5	Periode in dienst als voorzitter	01-01/31/12	01-01/31/12	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
6	Beëindiging dienstver- band ultimo verslagjaar	N	N	N	N	N	N	N	N
7	Afspraken werktijden	N	N	N	N	N	N	N	N
8	Deeltijdfactor	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9	Brutosalaris	€ 228.867	€ 226.941	€ 200.422	€ 198.685	€ 200.422	€ 198.685	€ 200.348	€ 198.653
10	Bruto-onkosten- vergoeding	€ 13.291	€ 17.933	€ 13.919	€ 23.373	€ 18.427	€ 18.750	€ 18.574	€ 27.051
11	Werkgeversbijdrage sociale lasten	€ 2.954	€ 2.762	€ 2.801	€ 2.670	€ 2.801	€ 2.670	€ 2.954	€ 2.762
12	Werkgeversbijdrage pensioen, VUT	€ 45.818	€ 41.656	€ 39.728	€ 36.119	€ 38.932	€ 36.119	€ 39.722	€ 36.119
13	Ontslagvergoeding	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
14	Bonussen	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
15	Totaal bruto-inkomen	€ 290.930	€ 289.292	€ 256.870	€ 260.847	€ 260.582	€ 256.224	€ 261.598	€ 264.585
16	Cataloguswaarde auto van de zaak	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
17	Eigen bijdrage auto van de zaak	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
18	Belastbaar looninkomen	€ 212.415	€ 219.406	€ 193.031	€ 202.540	€ 194.069	€ 196.365	€ 192.900	€ 202.533

Toelichting

2 S = statutair bestuurder 4/6/7 J = ja
 N = niet-statutair bestuurder N = nee
 G = gewezen bestuurder

Verantwoording bezoldiging toezichthouders en gewezen toezichthouders					
Naam	Functie	Bezoldiging	Belastbaar loon	Bezoldiging	Belastbaar loon
		2005	2005	2004	2004
mr. M. Tabaksblat (voorzitter)	Toezichthouder	€ 14.520	€ 14.520	€ 14.520	€ 14.520
prof. dr.H.J. Jongsmma	Toezichthouder	€ 7.260	€ 7.260	€ 7.260	€ 7.260
mw. mr. J.J.M.S. Leyten-de Wijkerslooth de Weerdesteyn	Toezichthouder	€ 7.260	€ 7.260	€ 7.260	€ 7.260
mw. prof. dr. H. Maassen van den Brink	Toezichthouder	€ 7.260	€ 7.260	€ 6.655	€ 6.655
drs. E.F. van Veen	Toezichthouder	€ 7.260	€ 7.260	€ 7.260	€ 7.260

Relevante (neven)functies leden Raad van Bestuur LUMC (per april 2006):**Prof. dr. O.J.S. Buruma**

- Voorzitter Commissie Evaluatie Wet- en Regelgeving Gezondheidszorg ZonMw
- Lid Raad van Toezicht Raad van Accreditatie
- Lid Bestuur Stichting Leiden Life meets Science
- Voorzitter Bestuur Stichting Curium
- Voorzitter Bestuur Stichting Trombosedienst

Ir. H.M. le Clercq

- Lid Bestuur Stichting Life Science Incubator Leiden
- Penningmeester Bestuur Stichting Curium
- Penningmeester Bestuur Stichting Trombosedienst
- Lid Bestuur Stichting Specialistenrekening AZL
- Lid Stuurgroep Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording

Prof. dr. E.C. Klasen

- Lid Adviesraad voor het Wetenschaps- en Technologiebeleid (AWT)
- Lid Bestuur Stichting Kennisontwikkeling hbo (SKO)
- Voorzitter programmacommissie "Sport, Bewegen en Gezondheid", ZonMw
- Lid NWO-commissie Beroep- en Bezwaarschriften
- Voorzitter Raad van Toezicht Netherlands Proteomics Centre (onderdeel van het bij NWO ingestelde Netherlands Genomics Initiative, NGI)
- Lid programma-adviesraad TNO-TPD (periode 1 juni 2004 tot 1 juni 2007)
- Lid Algemeen Bestuur NIVEL
- Lid Bestuur Stichting Curium
- Lid Bestuur Stichting Trombosedienst
- Lid Bestuur Barge's Anthropologica
- Lid Commissie Universitaire Responsiviteit, Raad voor Gezondheidsonderzoek

Dr. ir. P.C.J. Leijh

- Penningmeester Bestuur NIAZ
- Lid Bestuur Stichting Ronald McDonald Huis Leiden
- Voorzitter Bestuur Stichting Aloysius College Den Haag
- Secretaris Bestuur Stichting Curium
- Secretaris Bestuur Stichting Trombosedienst

Relevante (neven)functies leden Raad van Toezicht LUMC (per april 2006):**Mr. M. Tabaksblat**

- Voorzitter Raad van Toezicht Universiteit Leiden
- Voorzitter War Trauma Foundation
- Vice-voorzitter European Cultural Foundation
- Lid Bestuur Prins Claus Fonds
- Lid International Advisory Board Citigroup International
- Councillor for life USA Conference Board

Prof. dr. H.J. Jongma

- Geen

Mw. mr. J.J.M.S. Leyten-de Wijkerslooth de Weerdesteyn

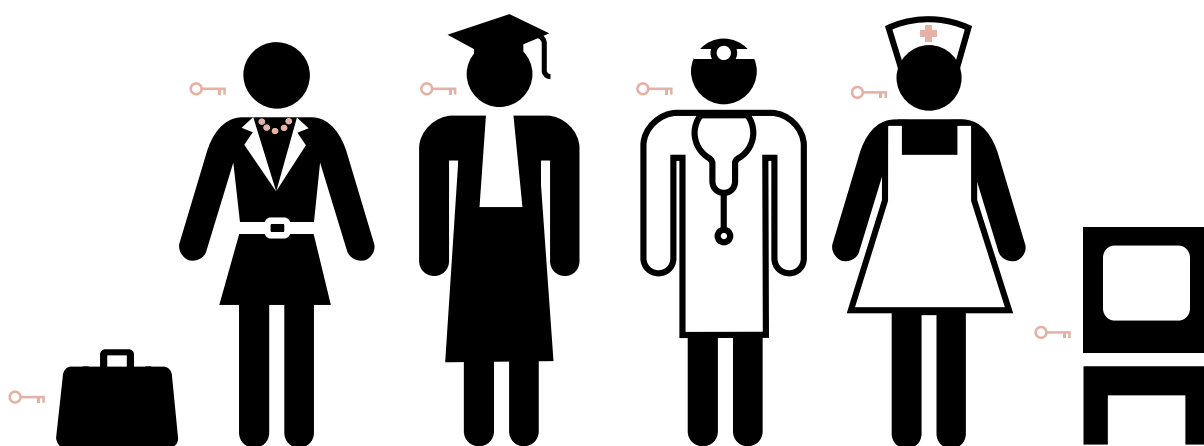
- Plaatsvervangend voorzitter Commissie van Bezwaar Dienst Buitenlandse Zaken van het Ministerie van Buitenlandse Zaken
- Incidenteel Commissie Staatkundige Ontwikkelingen Wetenschappelijk Instituut CDA

Mw. prof. dr. H. Maassen van den Brink

- Hoogleraar Economie, Faculteit der Economische Wetenschappen en Econometrie, UvA
- Lid Onderwijsraad
- Voorzitter Commissie van Overleg Sectorraden onderzoek en ontwikkeling
- Penningmeester Bestuur SEO Economisch Onderzoek
- Lid Raad van Toezicht Rijksacademie voor Beeldende Kunsten, Amsterdam
- Lid Bestuur RVU en EDUCOM

Drs. E.F. van Veen

- Vice-voorzitter Raad van Commissarissen Beter Bed Holding N.V.
- Lid Raad van Commissarissen Blokker Holding B.V.
- Voorzitter Raad van Commissarissen Docdata N.V.
- Lid Raad van Commissarissen Nabuurs Groep Haps B.V.
- Lid Raad van Commissarissen Koninklijke Numico N.V.
- Lid Raad van Bestuur Stichting Administratiekantoor CSM

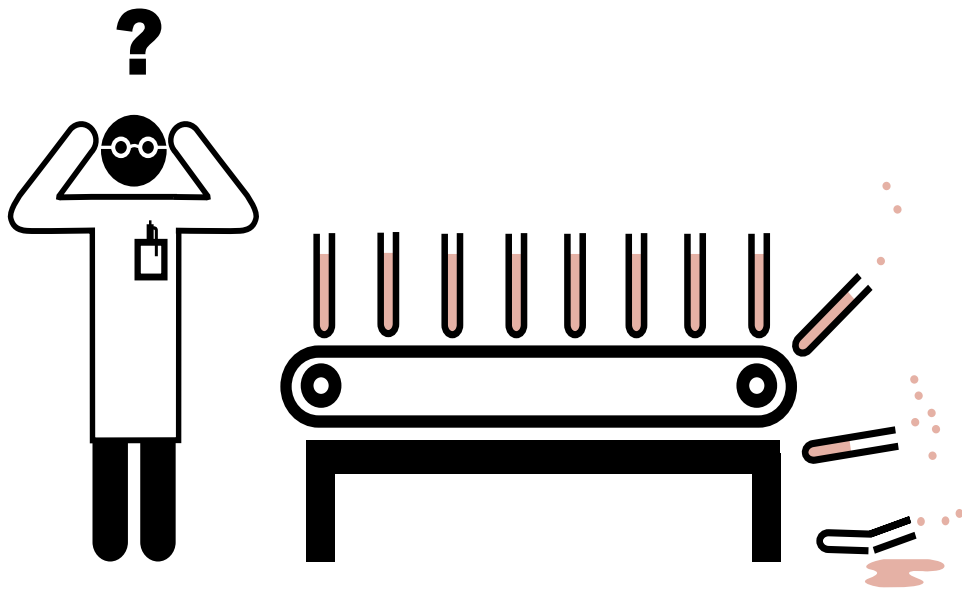


Jaarrekening 2005
(geconsolideerd)

Geconsolideerde balans per 31 december 2005 en 2004

Activa (x € 1.000)		
	2005	2004
A Vaste activa		
I Immateriële vaste activa	34.141	35.290
II Materiële vaste activa	415.463	344.182
III Financiële vaste activa	469	519
Totaal vaste activa	450.073	379.991
B Vlottende activa		
I Voorraden	3.030	3.307
II Onderhanden werk DBC's	42.654	0
III Vorderingen	96.048	81.051
IV Liquide middelen	12.538	27.819
Totaal vlottende activa	154.270	112.177
Totaal	604.343	492.168

Passiva (x € 1.000)		
	2005	2004
A Groepsvermogen		
I Kapitaal	18	18
II Collectief gefinancierd gebonden vermogen	36.573	34.825
III Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	26.173	22.087
Totaal groepsvermogen	62.764	56.930
B Egalisatierekening afschrijving	90.767	95.334
C Voorzieningen	17.487	17.391
D Langlopende schulden	225.893	165.168
E Kortlopende schulden	160.517	125.101
F Financieringsoverschot	46.915	32.244
Totaal	604.343	492.168



Geconsolideerde resultatenrekening over 2005 en 2004

(x € 1.000)		
	2005	2004
Bedrijfsopbrengsten		
– Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	329.424	322.751
– Rijksbijdrage	58.551	58.048
– Universitaire subsidie	37.931	34.911
– Overige bedrijfsopbrengsten	85.879	84.086
Som der bedrijfsopbrengsten	511.785	499.796
Bedrijfslasten		
– Personeelskosten	315.907	312.977
– Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa	21.556	21.095
– Overige bedrijfslasten	153.158	151.683
Som der bedrijfslasten	490.621	485.755
Financiële baten / (lasten)	-9.423	-11.222
Resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening	11.741	2.819

Toelichting algemeen bij de geconsolideerde jaarrekening en waarderingsgrondslagen**Juridische status en zeggenschapsrelatie**

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 Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de centrales van overheidspersoneel in het Landelijk Overleg Academische Ziekenhuizen (LOAZ).

Rechtspersonen met doorslaggevende zeggenschap door het Academisch Ziekenhuis Leiden

(x € 1.000)	Eigen vermogen Ultimo 2005	Totaal bedrijfs- opbrengsten 2005	Resultaat 2005
Naam/plaats			
Stichting Houdster van Aandelen Medipark BV te Leiden <i>Waarborgen voortbestaan van Medipark BV</i>	1.316	0	109
Medipark BV te Leiden <i>Ontwikkelen en exploiteren van registergoederen</i>	3.603	1.103	109
Stichting Curium Academisch Centrum Kinder en Jeugdpsychiatrie te Oegstgeest <i>Bevorderen en uitoefening kinder- en jeugdpsychiatrie</i>	1.472	15.553	36
Stichting Trombosedienst Leiden en Omstreken <i>Verzorgen van antistollingsbehandelingen</i>	0	1.978	21

In 2005 heeft bij de Stichting Trombosedienst Leiden en Omstreken een bestuurswijziging plaatsgevonden als gevolg waarvan het Academisch Ziekenhuis Leiden doorslaggevende zeggenschap op financieel en zakelijk beleid heeft verkregen. Op basis hiervan is de Stichting Trombosedienst Leiden en Omstreken met ingang van 2005 in de geconsolideerde LUMC jaarrekening verantwoord. De vergelijkende cijfers zijn hierop niet aangepast.

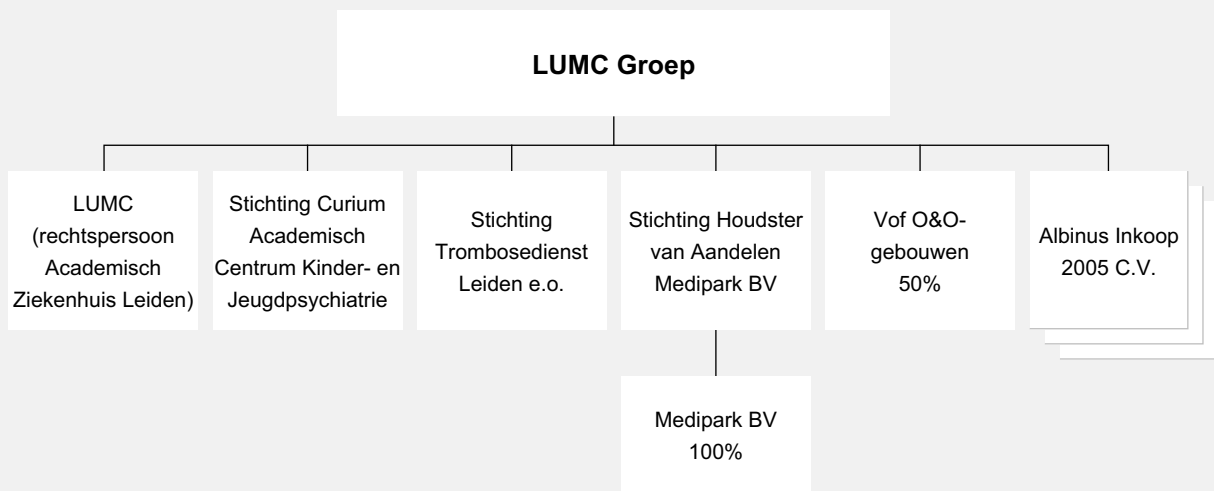
Het vermogen bedroeg ultimo 2004 nihil en het resultaat over 2004 bedroeg € 8.916 positief.

Verder is het AZL volledig aansprakelijk vennoot in de vennootschap onder firma O&O-gebouwen te Leiden. Het belang van het AZL in 2005 is 50% (2004: 50%). Het eigen vermogen bedroeg ultimo 2005 nihil en het resultaat over 2005 was nihil. Het doel van de vennootschap onder firma 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, Albinus Inkoop C.V. 2004 en Albinus Inkoop C.V. 2005 te Leiden. Het belang van het AZL in deze C.V.'s bedraagt € 20,4 miljoen en het resultaat over 2005 was € 4.000 negatief. Het eigen vermogen van de C.V.'s bedroeg ultimo 2005 € 20,4 miljoen.

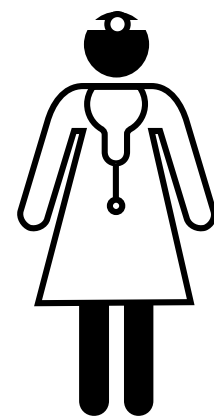
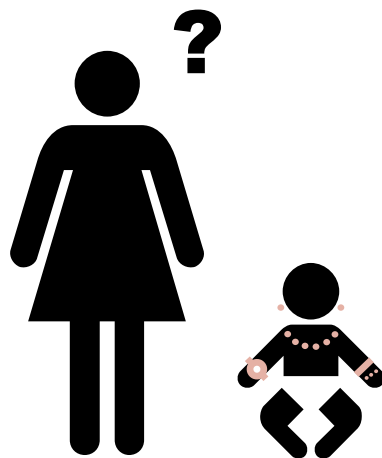
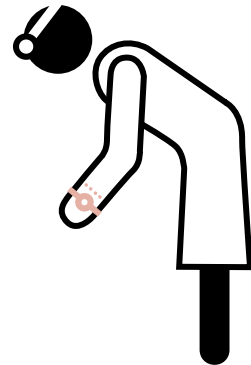
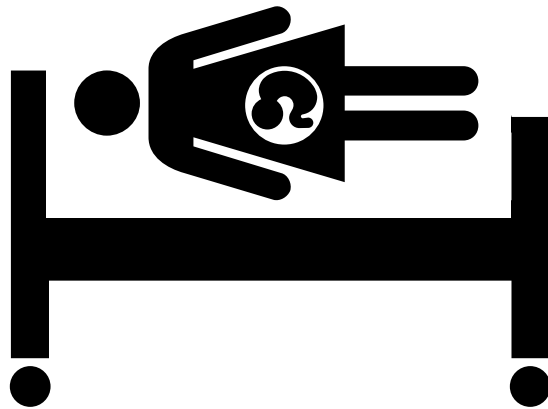
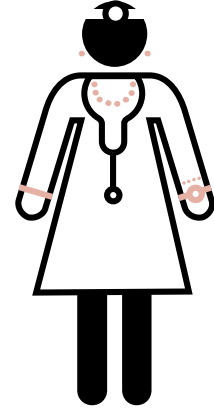
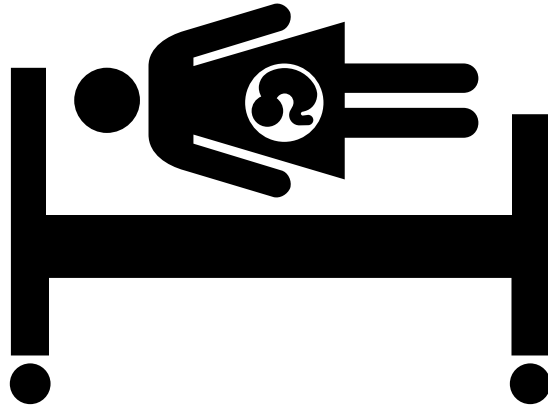
De aansprakelijkheid van het AZL in de C.V.'s beperkt zich tot het door haar ingebrachte kapitaal. Het doel van de C.V.'s is het voor gezamenlijke rekening verkrijgen, beheren en exploiteren van machines, instrumenten en andere goederen ten dienste van de gezondheidszorg en het verhuren of leasen van 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.

De financiële gegevens van de groepsmaatschappijen zijn opgenomen in de geconsolideerde jaarrekening.



Productiecijfers patiëntenzorg

Kerncijfers patiëntenzorg

	2005	2004
Eerste polikliniekbezoeken	77.765	79.333
Herhalingspolikliniekbezoeken	220.494	222.440
Spoedconsulten	12.032	11.978
Dagbehandelingen	11.464	10.409
Klinische opnames	19.022	19.276
Verpleegdagen	143.219	147.384
Gemiddelde verpleegduur	7,5	7,6
Zorgratio eerste polikliniekbezoek/klinische opname	4,1	4,1
Heropnames binnen 1 week	915	979

WBMV-functies

	2005	2004
Beenmergtransplantaties		
– autoloog volwassenen	36	25
– autoloog kinderen	0	2
– allogeen volwassenen	35	47
– allogeen kinderen	37	38
Hartchirurgie en interventiecardiologie		
– open hart operatie	819	828
– PTCA	1.247	1.376
– cardiovasculaire stent	2.038	2.104
– catheterablatie	402	393
– AICD-implantaties	435	345
In vitro fertilisatie		
– 1e t/m 3e behandeling	680	541
– 4e en verdere behandeling	8	27
Klinische Genetica		
– erfelijkheidsadviesing	2.131	1.933
– laboratoriumonderzoeken	13.888	13.558
Orgaantransplantaties		
– niertransplantaties	102	76
– nietpancreastransplantaties	18	20
– levertransplantaties	43	23
Radiotherapie		
– teletherapie	1.675	1.786
– brachytherapie	142	133
Gehoor		
– cochleaire implantatie bij volwassenen	29	26
– cochleaire implantatie bij kinderen	19	16
– behandelingen audiologie	14.096	13.602
Nierfunctie		
– hemodialyses	6.672	6.425
– CAPD's	423	874
– CCPD's	5.680	8.362
AIDS/HIV		
– totaal aantal onder behandeling	348	324
Traumazorg		
– acute patiënten	1.090	985
– multitraumapatiënten	90	98

Onderzoek en behandeling

	2005	2004
Verloskamers		
– bevallingen	1.363	1.327
Beeldvormende diagnostiek		
– CT-scans	11.158	10.016
– MRI-scans	6.526	6.345
– totaal	148.191	149.487
Nucleaire Geneeskunde		
– verrichtingen	5.217	4.730
Laboratoria		
– klinisch	2.354.800	2.123.337
– poliklinisch	1.925.028	1.749.431
Paramedische behandeling		
– fysiotherapie	38.306	38.585

Klinische opnames en gemiddelde verpleegduur

	Opnames		Gemiddelde verpleegduur	
	2005	2004	2005	2004
Heelkunde	2.337	2.341	8,6	8,5
Mondheelkunde	103	97	4,1	3,9
Orthopedie	797	798	7,4	7,5
Plastische chirurgie	184	179	3,1	3,8
Thoraxchirurgie	913	908	11,1	11,6
Urologie	611	559	4,5	5,0
Algemene inwendige geneeskunde	771	904	7,9	8,8
Endocrinologie	487	570	6,0	5,7
Geriatric	24	3	2,9	3,7
Hartziekten	2.124	2.050	3,9	4,3
Hematologie	512	508	14,4	13,5
Infectieziekten	195	194	11,7	10,3
Klinische oncologie	649	702	4,8	5,5
Longziekten	451	515	7,9	7,3
Maag-, darm- en leverziekten	466	495	7,8	7,5
Nierziekten	466	433	11,2	11,0
Reumatologie	250	334	10,6	11,7
Gynaecologie	713	687	6,0	6,8
Huidziekten	82	83	14,5	12,7
Keel-, neus- en oorheelkunde	808	884	5,2	4,7
Kindergeneeskunde	2.252	2.265	8,9	8,8
Neurochirurgie	735	681	8,1	8,2
Neurologie	961	940	8,0	8,8
Oogheelkunde	402	440	4,3	4,6
Psychiatrie	178	210	32,1	21,2
Verloskunde	1.551	1.496	4,5	4,5
Totaal	19.022	19.276	7,5	7,6

Dagbehandeling en poliklinische contacten

	Dagbehandelingen		Poliklinische contacten (inclusief bezoeken)	
	2005	2004	2005	2004
Anesthesie	0	0	9.098	10.300
Heelkunde	565	489	45.732	48.301
Mondheelkunde	75	60	8.887	8.724
Orthopedie	297	313	17.175	18.461
Plastische Chirurgie	225	162	4.569	4.582
Revalidatie	0	0	2.677	2.867
Thoraxchirurgie	15	48	674	782
Urologie	209	254	12.399	12.377
Algemene inwendige geneeskunde	164	147	29.937	28.874
Endocrinologie	199	225	17.678	17.617
Geriatric	20	10	1.071	1.217
Hartziekten	795	655	19.204	18.556
Hematologie	738	813	12.091	10.958
Infectieziekten	53	33	2.123	2.175
Klinische oncologie	1.190	1.047	13.678	13.704
Longziekten	429	444	8.367	7.817
Maag-, darm- en leverziekten	762	416	10.287	9.872
Nierziekten	101	52	10.106	8.776
Reumatologie	1.770	1.753	12.716	13.876
Gynaecologie	339	306	25.647	24.050
Huidziekten	24	32	22.983	23.626
Keel-, neus- en oorheelkunde	771	782	29.374	29.805
Kindergeneeskunde	873	762	24.726	22.649
Neurochirurgie	165	147	3.029	3.359
Neurologie	282	173	17.630	17.425
Oogheelkunde	1.178	1.130	39.708	39.300
Psychiatrie	0	0	3.076	3.005
Verloskunde	225	156	15.389	15.269
Totaal	11.464	10.409	420.031	418.324

Aantallen dbc's 2005 per specialisme per zorgtype*

Specialisme	Zorgtype						
	geen	regulier	spoed	intercol- legiaal consult	medebe- handeling	vervolg	exacerbatie
Alg. inwendige geneeskunde	2	2.700	4.235	751		2.089	
Allergologie		134	1			9	
Heelkunde		11.126	13.878	702		2.089	20
Plastische chirurgie		1.555	20	4		48	1
Huidziekten		5.019		237		3.123	143
Endocrinologie	4	1.124	54	57		3.952	
Medische oncologie		541	7	55		601	
Geriatric		313	4	145		104	
Gynaecologie		7.173	334			1.232	
Hartziekten		7.949	2.042	1.264		4.609	
Hematologie		914	9	135		1.370	
Infectieziekten		507	53	950		352	
Klinische Genetica		2.396		3			
Kindergeneeskunde		5.713	2.033			2.256	12
Keel-, neus- en oorheelkunde		5.887	954	395		1.651	234
Longziekten		1.322	320	281		833	34
Maag-, darm- en leverziekten		1.149	16	95		2.325	127
Neurochirurgie		1.280	76	37		379	5
Neurologie	2	4.226	2.055	870		1.786	12
Nierziekten		988	30	91		2.170	
Oogheelkunde		7.913	2.354	927		2.797	92
Orthopedie		5.452	1.696	98		1.229	52
Consult. psychiatrie			238	266	165		
Anesthesiologie		492	18	89		96	
Radiotherapie	1	1.931				2.247	
Reumatologie		1.670	216	133		2.465	
Radiodiagnostiek		1.168	182			184	
Thorax-chirurgie		1.357	20	1		7	
Urologie		2.413	296	386		1.291	133
Verloskunde		6.366	933			11	
Totaal	9	90.778	32.074	7.972	165	41.305	865
<i>Waarvan B-segment</i>	<i>0</i>	<i>1340</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>2130</i>	<i>61</i>

* Rapportage zorgtypes gebaseerd op dbc's geopend in 2005. Zorgtype vervolg is gebaseerd op dbc's gesloten in 2005.

Kerngegevens, kengetallen en prestatie-indicatoren

Kerngegevens patiëntenzorg

Topreferente zorg

Endocrinologie en Algemene Inwendige

Geneeskunde

- Calcium- en botstofwisselingstoornissen
- Gecompliceerde diabetes mellitus type I en II
- Tumoren van hypofyse, schildklier, pancreas en
bijnier
- (Athero)trombose

Gynaecologie

- Tuba chirurgie
- Cervixcarcinoom

Hartziekten

- Ernstig myocardfalen
- Ablatietherapie voor ritmestoornissen

Heelkunde

- Oncologie (lever, colorectaal, mamma, endocrien),
m.n. familiale vorm
- Vasculair (aneurysma abdominale aorta)
- Transplantatie (nier, pancreas, lever)

Hematologie

- Allogene stamceltransplantatie en cellulaire
immunotherapie
- Behandeling van hemofilie met remmers

Huidziekten

- Huidmelanomen
- Huidtumoren na immuunsuppressieve
behandelingen
- Huidlymfomen

IC

- Behandeling van patiënten met ernstig
gecombineerd cardio-respiratoir lijden

Infectieziekten

- Complexe behandelingen bij HIV
- Immundeficiënties
- Reizigersgeneeskunde

Kindergeneeskunde

- Immuunstoornissen
- Hemato-oncologie inclusief stamceltransplantatie
- Bottumoren

Klinische Genetica

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

KNO

- Cochleaire implantatie
- Schedelbasischirurgie

Longziekten

- Endo-echografie/mediastium diagnostiek
- α I antitrypsinedeficiëntie
- Ernstig astma / Allergologie

Maag-Darm-Leverziekten

- Levertransplantatie
- Inflammatoire darmziekten
- Familiaire darmtumoren

Neurochirurgie

- Hypofysepathologie
- Endovasculaire interventies bij neurovasculaire
aandoeningen
- Plexus brachialis pathologie

Neurologie

- Neurodegeneratieve 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

- (Pre) nier- en pancreastransplantatie
- Diabetische nefropathie

Oncologie / Radiotherapie

- Bot- en weke delen-tumoren
- Immunotherapie voor niertumor en melanoom
- Testistumor

Oogheelkunde

- Maculadegeneratie
- Neurophthalmologie
- Oog- en orbitatumoren

Orthopedie

- Bontumoren
- Prothesiologie van schouder en elleboog

Ouderengeneeskunde

- Geheugenstoornissen

Psychiatrie

- Therapieresistente angst en depressie
- Therapieresistente somatoforme stoornissen
- Kinderpsychiatrie

Reumatologie

- Therapieresistente bindweefselziekten

Revalidatie

- Plexus brachialis revalidatie
- Spasticiteit

Thoraxchirurgie

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

Urologie

- Bekkenbodempromotiek
- Minimaal invasieve urologie
- Urologische oncologie

Verloskunde

- Invasieve prenatale geneeskunde

Overzicht kwaliteitssystemen

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 is een subcommissie van de Commissie Kwaliteitsborging Klinische Farmacotherapie en 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 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 Commissie Steriele Medische Hulpmiddelen is een subcommissie van de Infectiecommissie en richt zich op de borging en bevordering van de kwaliteit van de reiniging, desinfectie en sterilisatie van kritische en semikritische medische hulpmiddelen op afdelingsniveau ter voorkoming van ongewenste effecten.

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 genoegdoening 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 Protocolen 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 en kwantiteit van orgaan- en weefseldonaties.

De Bloedtransfusiecommissie richt zich op de bevordering, bewaking en borging van de kwaliteit van de transfusieketen teneinde verantwoord en veilig gebruik van bloedproducten te realiseren.

Kwaliteitsborgingssystemen

Hieronder wordt een overzicht gegeven van certificaten en accreditatiebewijzen van de kwaliteitsborgingssystemen van patiëntenzorg-organisatieonderdelen.

Organisatieonderdeel	Certificaat / Accr.bewijs	Geldig tot
Ziekenhuisgedeelte LUMC	NIAZ	2009
Immunohematologie en Bloedtransfusie; <i>Laboratorium Bloedtransfusiedienst</i>	CCKL-praktijkrichtlijn	2006
Immunohematologie en Bloedtransfusie; <i>Centrum voor Stamceltherapie</i>	CCKL-praktijkrichtlijn	2008
Poli Gynaecologie; <i>IVF-laboratorium, KID</i>	CCKL-praktijkrichtlijn	gepland in 2006
Pathologie	CCKL-praktijkrichtlijn	2009
Klinische Genetica; <i>sectie DNA diagnostiek</i>	RvA: ISO 17025	2006
Klinische Genetica, <i>sectie Cytogenetica</i>	CCKL-praktijkrichtlijn RvA: ISO 17025	2008 2008
Klinische Farmacie en Toxicologie; <i>2 laboratoria</i>	Ziekenhuis Apotheek Norm	
Centr. Klin. Chemisch Lab.	CCKL-praktijkrichtlijn	2007
Centr. Klin. Hemat.Lab	CCKL-praktijkrichtlijn RvA: ISO 17025	2006 2006
Medische Microbiologie; <i>sectie KML</i>	CCKL-praktijkrichtlijn	2009
Afdeling Voeding	HACCP-richtlijn	
Centrale Dienst Informatie Voorziening	Professionele normen voor de Bedrijfsvoering (ITIL) Informatiebeveiliging (NEN7510)	
Beleidsontwikkeling Bedrijfsvoering, <i>Arbo en Risicobeheersing</i>	SBCA Richtlijn Arbodiensten (certificaat 653349) Kernenergiewet (vergunningnr. 2003 / 23660) laatste wijziging 04-04-2003 Besluit GGO (circa 75 vergunningen)	2006

Ontwikkeling en Innovatie (I&O)

Definitie

O&I betreft de zogenaamde Research & Development-functie van de zorg. Dit betekent dat innovaties worden bedacht, uitgetest en uitgetest. Deze ontwikkelingen hebben betrekking op de direct patiëntgebonden zorg (= inhoudelijke innovatie), maar ook bijvoorbeeld op de organisatie van de zorg (= structuur innovatie). Een belangrijk kenmerk van innovatie is de overdraagbaarheid van de innovaties naar andere organisaties.

Inhoudelijke innovaties

- Moleculaire testen voor sputum diagnostiek
- Detectie van chromosoomafwijkingen in vruchtwater dmv multiplex analyse
- Single embryo transfer bij IVF
- Endo-echografie bij longkanker
- HDR brachytherapie
- Fotodynamische therapie met methyl-aminolevulinaat als sensibilisator voor huidkanker
- Zenuwsparende gynaecologische chirurgie
- Laparoscopische prostatectomie
- Hartfalen chirurgie met mechanische ondersteuning
- Immunodiagnostiek tuberculose (implementatie van immunologische bloedtest)
- Moleculaire test voor parasitaire infecties

Structuur innovaties

- Satellietapotheek
- Vaardighedencentra met als doel verbetering kwaliteit van professionals in patiëntenzorg
- Telefonisch spreekuur na ontslag
- Zwangerschapspolikliniek voor diabetici
- Hartfalen polikliniek met thuismonitoring

WBMV-functies

Artikel 2 functies:

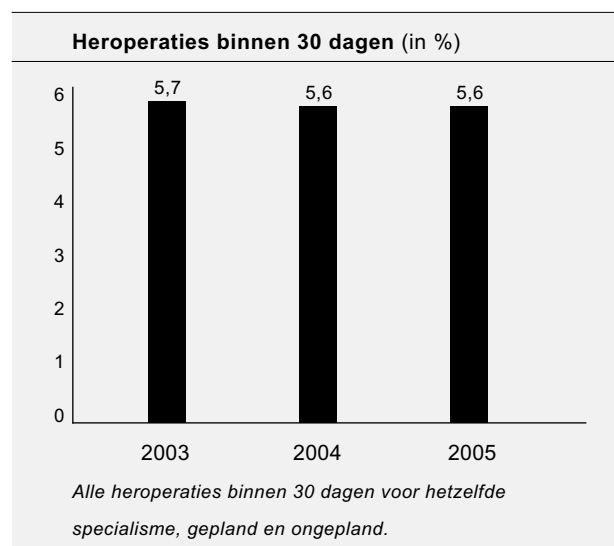
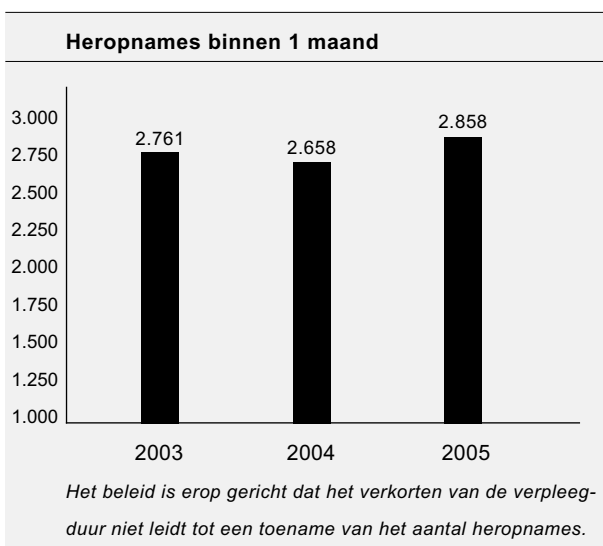
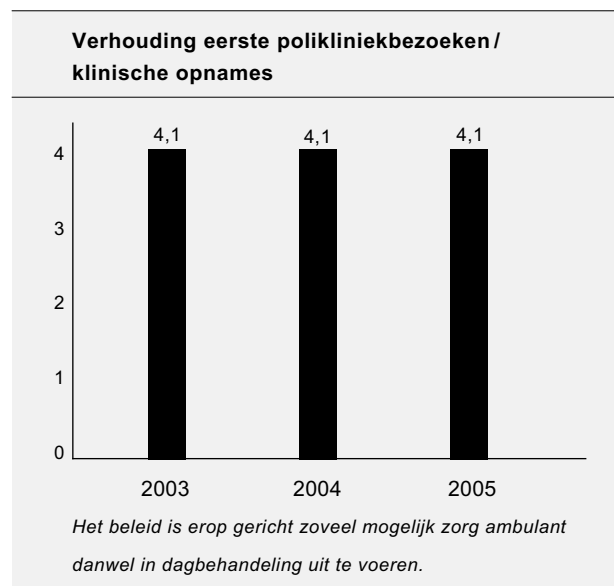
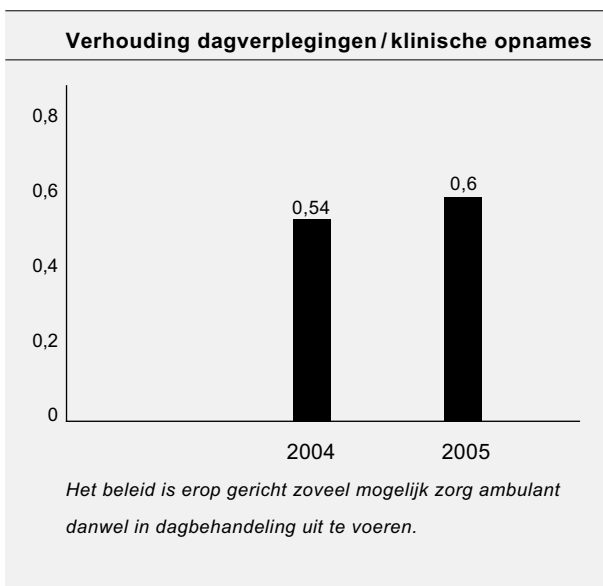
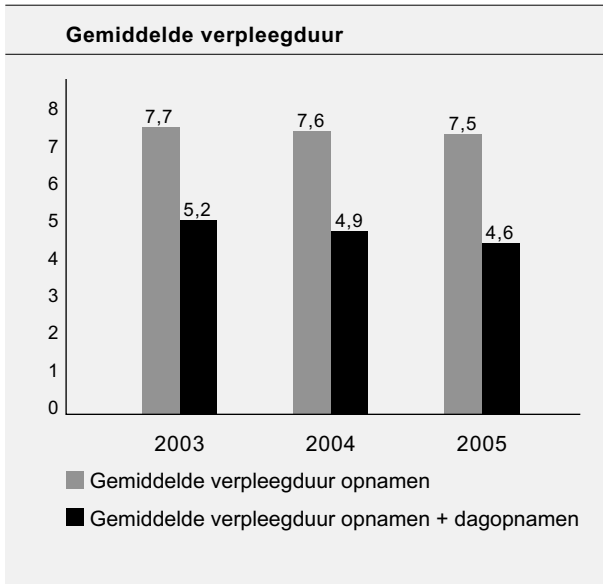
- Alle vormen van beenmergtransplantatie (autoloog, allogeen, kinderen en volwassenen)
- Bijzondere perinatologische zorg
- Hartchirurgie en therapeutische interventiecardiologie
- In vitro fertilisatie
- Klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering
- Neonatale intensive care
- Neurochirurgie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

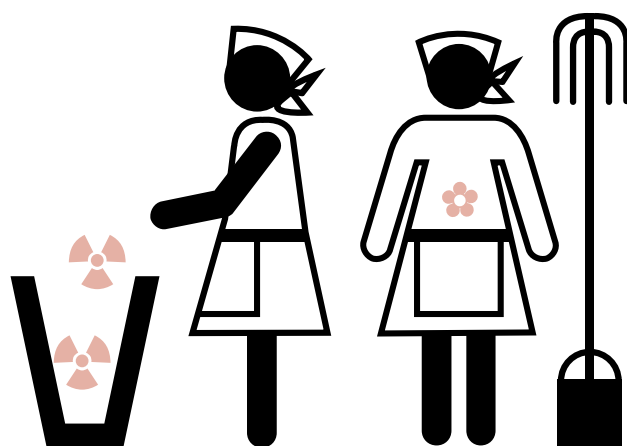
Voorts heeft het LUMC de volgende WBMV artikel 8 functies:

- Cochleaire implantatie
- Dialyse
- Hemofiliebehandelcentrum
- HIV-behandelcentrum
- Traumazorg

Kengetallen patiëntenzorg

Zorgratio's





Prestatie-indicatoren patiëntenzorg

Decubitus

Overzicht van de prevalentiecijfers van het LUMC, universitair medische centra en Algemene ziekenhuizen in de periode 2001 – 2005 (in %)																					
	2001				2002				2003				2004				2005				
	N=360				N=404				N=385				N=371				N=330				
Graad decubitus 1-4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
LUMC	7,8	4,7	0,8	0,3	5,0	5,7	1,5	0,2	10,9	3,6	1,3	0,0	4,9	4,3	1,4	0,0	4,2	3,0	3,0	0,6	
Totaal LUMC	13,6				12,4				15,8				10,5				10,9				
Totaal LUMC zonder graad 1	5,8				7,4				4,9				5,7 (4,3)*				6,7 (5,2)*				
Totaal Academische ziekenhuizen inclusief LUMC	18,4				16,4				14,7				14,8				15,6				
Totaal Academische ziekenhuizen zonder graad 1 inclusief LUMC	9,9				9,3				7,6				8,0 (5,8)*				8,8 (7,2)*				
Totaal Algemene ziekenhuizen	22,3				22,3				22,2				18,7				17,0				
Totaal Algemene ziekenhuizen zonder graad 1	11,0				10,7				10,9				9,0 (5,8)*				8,1 (4,9)*				

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

Puntprevalentie decubitus ziekenhuisbreed

De puntprevalentie 1 bedroeg:	$22 / 330 \times 100\% =$	6,7%
De puntprevalentie 2 bedroeg:	$22 / 344 \times 100\% =$	6,3%

De datum van de meting was 5 april 2005. De patiënten werden onderzocht door de afdelingsverpleegkundige. Bij dit onderzoek werd het LPOD-protocol gevolgd.

Teller	Het aantal patiënten met decubitus (graad 2 tot en met 4) aanwezig in het ziekenhuis op een vast tijdstip in het afgelopen jaar.	22 patiënten
Noemer 1	Alle op decubitus onderzochte (klinische) patiënten in het ziekenhuis op het genoemde tijdstip.	330 patiënten
Noemer 2	Totaal aantal opgenomen patiënten op datzelfde tijdstip.	344 patiënten *

* Geen selectie toegepast; uitval is ontstaan door weigering deelname en afwezigheid op moment van meting.

Decubitusincidentie bij een homogene patiëntenpopulatie

De decubitusincidentie (graad I-IV) na totale heupvervanging komt over het geheel van 2005 uit op 0%.

Hemovigilantiebeleid

Het LUMC beschikt over een hemovigilantiebeleid.

Er vindt centrale registratie plaats van transfusiereacties.

Het LUMC werkt mee aan de TRIP-registratie.

Tranfusiefouten worden aan de Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg gemeld.

Percentage transfusiereacties graad 3 en 4

Per transfusie	0,013% (3/23.803 x 100)
Per patiënt	0,13% (3/2.636 x 100)

2 x graad 3 (mogelijk/ waarschijnlijk ten gevolge van transfusie): Direct levensbedreigend

1 x graad 4 (mogelijk ten gevolge van transfusie): Dodelijke afloop

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
2003	4.209	27.165	3	0
2004	3.970	25.966	2	0
2005	2.636	23.803	3	0

Verantwoord gebruik

	Ingekocht			Aantal en (%) niet gebruikt		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Erythrocyten	16.847	16.225	15.239	899 (5,3%)	407 (2,5%)	433 (2,8%)
Plasma	7.722	6.364	5.425	1.298 (16,8%)	1.284 (20,2%)	832 (15,3%)
Thrombocyten	4.844	5.142	4.451	51 (1,0%)	74 (1,4%)	47 (1,1%)
Totaal	29.413	27.731	25.115	2.248 (7,6%)	1.765 (6,4%)	1312 (5,2%)

Medicatieveiligheid

Beschikbaarheid gegevens

Klinisch voorgeschreven

In 2005 was 100% van de klinisch voorgeschreven medicatie integraal beschikbaar in de polikliniek-spreekkamers en op de verpleegafdeling.

Poliklinisch voorgeschreven

In 2005 was 100% van de poliklinisch voorgeschreven medicatie integraal beschikbaar voor de behandelend arts op de polikliniek-spreekkamers en op de verpleegafdelingen.

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

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

Medicatieveiligheid

In het LUMC zijn de kritieke stappen in de geneesmiddelenvoorziening geïdentificeerd door middel van analyse van de MIP meldingen. Uit deze analyse bleek, dat in de keten voorschrijven-afleveren-toedienen de meest kritische stappen 'voorschrijven' (50% van de meldingen) en 'toedienen' (40% van de meldingen) waren; in de periode 2003-2005 zijn een aantal maatregelen gerealiseerd om de risico's van cytostatica te verminderen.

Maatregelen met betrekking tot voorschrijffouten

Gerealiseerd

– implementatie van Medicator zowel in de kliniek als op de polikliniek is afgerond (reductie in foutieve recepten van 20% (vóór EVS) naar 0,1%).

Aantal interventies * door de apotheek bij voorschrijven van cytostatica

Jaar	Voorschrijven cytostatica via protocol	Interventies door de apotheek
2003	30%	30
2004	70%	12
2005	80%	10

* interventie die resulteerde in dosis aanpassing van het cytostaticum

- met behulp van Medicator worden artsen ondersteund bij het geprotocolleerd voorschrijven van cytostatica en andere risicovolle geneesmiddelen c.q. complexe behandelingen.
- medicatiebewaking door de apotheek is sterk verbeterd (aantal noodzakelijke interventies ten gevolge van intensievere begeleiding zijn toegenomen).

Maatregelen met betrekking tot toedienfouten

Gerealiseerd

- ten behoeve van de kritische patiëntenpopulatie op de Kinder IC wordt de parenterale medicatie door apothekers assistenten in plaats van door verpleegkundigen bereid ('satelliet'). Dit heeft geleid tot objectief gemeten risico reductie (biologische besmetting middels 'bouillon'-simulatie gedaald van 2% naar 0,5%).
- een multidisciplinaire werkgroep onder leiding van ziekenhuisapotheker heeft een richtlijn voor toediening gereed maken door verpleegkundigen ontwikkeld; een scholingsprogramma van verpleegkundigen is opgestart.

Aantal interventies bij door arts genegeerde medicatiebewakingssignalen

Jaar	Interventies door apotheek	Genegeerde medicatiebewakingssignalen	Afdelingen waarbij EVS is geïmplementeerd
2003	325 (2,0%)	15.716	40%
2004	540 (2,3%)	23.666	70%
2005	954 (2,4%)	39.658	100%

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 elektronische gegevens op de polikliniekspreekkamer en op de afdeling (het gaat hier alleen om het *kunnen inzien* van deze gegevens)

Beschikbaarheid van:	Op polikliniek spreekkamer	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	Gedeeltelijk

NB. Ja betekent in principe op iedere werkplek.

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)

Beschikbaarheid van:	Op polikliniekspreekkamer *	Op afdeling *
Elektronische medische intake **	gedeeltelijk	gedeeltelijk
Elektronische verpleegkundige intake (alleen van toepassing indien VP spreekuur aanwezig)	gedeeltelijk	gedeeltelijk
Elektronische verpleegkundige decursus ***	gedeeltelijk	gedeeltelijk
Elektronische medische decursus **	gedeeltelijk	gedeeltelijk
Multidisciplinair patiënttraject planning systeem	nee	nee
Ordercommunicatie voor lab	nee	nee
Ordercommunicatie voor medicatie	ja	ja
Ondersteuning bij voorschrijven	ja	ja
Ordercommunicatie voor klinische medicatie	ja	ja
Ordercommunicatie voor poliklinische medicatie	ja	ja
Ordercommunicatie voor radiologie	nee	nee
Ordercommunicatie m.b.v. geprotocolleerde order-sets	nee	nee
Ordercommunicatie voor overige zorgdiensten	nee	nee
Elektronische bewaking van het behandeltraject	nee	nee

* ja: is voor iedereen beschikbaar;

nee: deze functie is niet geautomatiseerd beschikbaar

** Verloskunde en Cardiologie hebben een elektronisch poliklinische status.

*** Het diabetes verpleegkundig dossier is elektronisch beschikbaar.

Ziekenhuishygiëne en infectiepreventie

Jaar	Totaal aantal personen met MRSA in LUMC	Aantal personen met in LUMC verworven MRSA	Transmissieratio
2003	6	2	0,33
2004	14	1	0,07
2005	7	0	0

Methicilline Resistente Staphylococ 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.

Postoperatieve wondinfecties

Surveillance postoperatieve wondinfecties

Van april tot augustus 2005 is de PREZIES-module 'Postoperatieve wondinfecties na openhartchirurgie' uitgevoerd. Na de in 2004 doorgevoerde aanpassing van de peroperatieve antibiotisch profylaxe werd een afname gezien van de incidentie van postoperatieve mediastinitis.

Overige surveillance-activiteiten

In het kader van onderzoek naar het gebruik van selectieve decontaminatie bij intensive-care-patienten werd op twee intensive-care-afdelingen het gehele jaar surveillance verricht van sepsis, lijnsepsis, longontsteking en postoperatieve wondinfecties.

De in november 2004 op intensive-care-afdelingen gestarte surveillance in het kader van de PREZIES-module 'Lijnsepsis' werd in april 2005 afgesloten.

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

Complicatieregistratie

Het percentage afdelingen van het totaal aantal afdelingen dat aan een landelijke complicatieregistratie deelneemt bedraagt 32,4% (11 / 34x100%).

Het percentage afdelingen met een complicatieregistratie van het totaal aantal afdelingen conform de NFU-definitie bedraagt 85,3% (29 / 34x100%).

De NFU-definitie van het begrip complicatieregistratie luidt als volgt: systematische registratie, evaluatie en bespreking van complicaties* 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.

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				LUMC-registratie
16 Maag / darm / lever ziekten		x		LUMC-registratie
17 Medische microbiologie	n.v.t.			incidentenregistratie
18 Nefrologie	x			LUMC-registratie
19 Neonatologie				LUMC-registratie
20 Neurochirurgie	x			LHCR
21 Neurologie			x	
22 Nucleaire geneeskunde		x		LUMC-registratie
23 Oogheelkunde	x			LHCR
24 Orthopedie	x			LHCR
25 Plastische chirurgie				LHCR
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		LUMC-registratie
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		

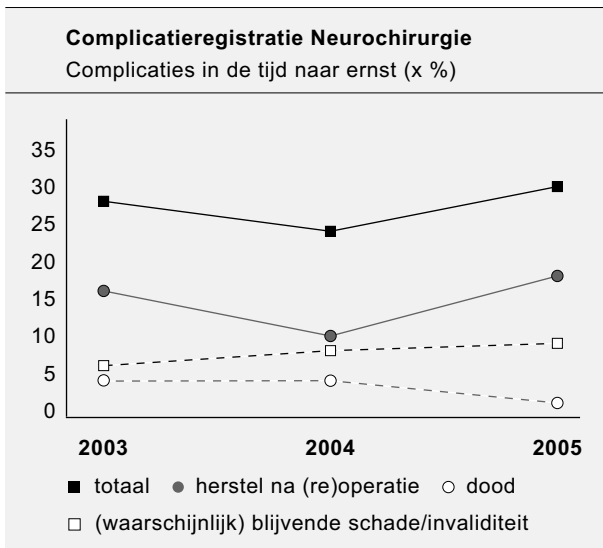
Complicatiegegevens Neurochirurgie als voorbeeld van afdeling complicatieregistraties

In 2005 waren op de afdeling neurochirurgie van het LUMC 980 opnames, waarvan er 684 patiënten een operatie hebben ondergaan. De overigen worden zonder operatieve ingreep behandeld. Meer dan de helft van de niet geopereerde patiënten heeft een endovasculaire interventie ondergaan. Bij 20% van alle opnames en 21% van de geopereerde opnames zijn een of meerdere complicaties opgetreden. Deze percentages zijn inclusief de complicaties ernst gradatie 1*.

Complicaties worden geregistreerd volgens de definities van de Heelkunde. De complicaties zijn onder te verdelen in 3 categorieën:

- *neurochirurgische complicaties* (gerelateerd aan chirurgische ingreep),
- *gecompliceerd beloop* (complicaties bij ‘natuurlijke’ beloop),
- *niet-chirurgische complicaties* (opname gerelateerd).

* Ernst gradatie 1 betreft tijdelijk nadeel, herstel zonder (her)operatie. Deze complicaties worden hier verder niet vermeld.



Voorbeelden complicaties uitgesplitst naar aard (in %)

	2003	2004	2005
Infecties			
Ernst 2	0,6	0,2	1,1
Ernst 3	0,1	0,0	0,0
Ernst 4	0,1	0,2	0,3
Nabloeding			
Ernst 2	1,8	0,5	0,8
Ernst 3	0,0	0,5	0,3
Ernst 4	0,5	0,0	0,1

Voor infecties en is het complicatiepercentage berekend aan de hand van het aantal opnames. Voor nabloeding is het percentage berekend aan de hand van het aantal operaties.

Voorbeelden neurologische complicaties uitgesplitst naar aard (in %)

	2003	2004	2005
Hersenzenuw			
Ernst 2	0,0	0,0	0,0
Ernst 3	0,6	0,3	1,3
Ernst 4	0,0	0,0	0,0
Zenuw			
Ernst 2	0,2	0,2	0,5
Ernst 3	0,2	0,2	0,8
Ernst 4	0,0	0,0	0,0
Halfzijdige verlamming			
Ernst 2	0,0	0,0	0,0
Ernst 3	0,2	0,3	0,0
Ernst 4	0,0	0,0	0,0
Onvoldoende decompressie			
Ernst 2	1,1	0,5	1,0
Ernst 3	0,2	0,0	0,0
Ernst 4	0,0	0,0	0,0

Het percentage is berekend aan de hand van het aantal operaties dat tot de betreffende complicatie kan leiden.

Aantal complicaties naar ernst

Ernst gradatie 2-4 in %	2003	2004	2005 (aantal)
Ernst 2: herstel na (re)operatie	17	11	19 (46)
Ernst 3: (waarschijnlijk) blijvende schade/invaliditeit	7	9	10 (25)
Ernst 4: Dood	5	5	2 (6)
Totaal	29	25	31

Risico-inventarisatie

Alle afdelingen hebben als onderdeel van het kwaliteitssysteem hun processen beschreven. Risicodragende processen en schakels in de keten worden benoemd en geanalyseerd (zie patiëntveiligheid pagina 19).

Op meerdere afdelingen binnen het LUMC zijn in 2005 risicoinventarisaties uitgevoerd (OK centrum, Heelkunde, Intensive Care, Neonatologie). Ook in de medicatieketen voorschrijven-afleveren-toedienen zijn inventarisaties uitgevoerd en zijn corrigerende maatregelen getroffen.

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 x 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)	Nee
2 NRS	Ja
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	Ja
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

Alle patiënten worden op de preoperatieve poli geïnstrueerd en vertrouwd gemaakt met de NRS (pijnscore). Het beleid is erop gericht om de NRS na een operatie <3 te houden. Bij de invasieve vormen van pijnbestrijding (PCA, PCEA) worden de patiënten daartoe 2 maal per dag tot 48-72 uur na hun operatie of zoveel vaker als nodig bezocht door de AIOS van de afdeling anesthesiologie in het kader van de door de afdeling anesthesiologie geleverde acute pijn service (APS), Ook bij de niet invasieve vormen van postoperatieve pijnbestrijding is het beleid gericht op een NRS <3. Bij NRS >4 vindt interventie door de zaalarts plaats eventueel na consultatie van de afdeling anesthesiologie (APS) door de zaalarts.

Volume en mortaliteit van risicovolle interventies

Volume van electieve operaties van een aneurysma van de abdominale aorta

Het aantal patiënten waarbij het afgelopen jaar een electieve AAA operatie is uitgevoerd bedraagt 19 (2004: 12) voor wat betreft de zogeheten endovasculaire AAA operaties en 26 (2004: 31) voor open AAA operaties. Wat echter de essentie van de kwaliteitsdiscussie betreft: de geassocieerde mortaliteit was 0% (2004: 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 is 24 (2004: 10). De geassocieerde mortaliteit was 0% (2004: 0%).

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

Laparoscopie

Laparoscopie versus laparotomie bij cholecystectomie

Het totale aantal laparoscopische cholecystectomieën was 64 en het totale aantal cholecystectomieën 119.

Dit leidt tot een percentage laparoscopische operaties van 54%.

In 27% van de gevallen was er sprake van een gecombineerde ingreep waarbij de galblaasverwijdering slechts een onderdeel van de totale ingreep was. Bij de overige operaties vond alleen galblaas/galwegchirurgie plaats.

Van de 64 laparoscopische cholecystectomieën vond in 14 gevallen conversie naar de open benadering plaats (18%).

Gallekkage na cholecystectomie

	2003	2004	2005
Het percentage gallekkages na cholecystectomie bedraagt:	1% N=101	2% N=107	1.7% N=119

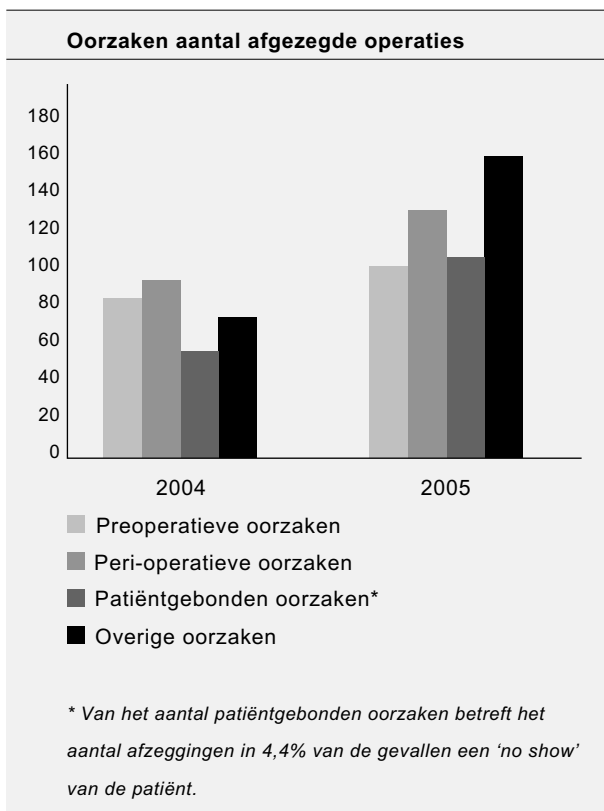
Het percentage postoperatieve gallekkage na laparoscopische cholecystectomie betrof in 2005: 0% (N=64)

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

Afgezegde operaties

Afgezegde operaties binnen 24 uur voor een geplande electieve operatie				
Specialisme	Afgezegde operaties	Aangemeld	Afzeggingspercentage	
			2005	2004
1 Algemene chirurgie (waaronder vaatchirurgie)	109	1.667	3,5%	6,1%
2 Gynaecologie	22	783	1,3%	2,7%
3 Kaakchirurgie	8	160	1,3%	4,8%
4 Keel / neus / oorheelkunde	59	1.210	2,2%	4,6%
5 Neurochirurgie	75	548	7,9%	12,0%
6 Oogheelkunde	70	1.447	2,3%	4,6%
7 Orthopedie	26	818	2,1%	3,1%
8 Plastische chirurgie	7	410	0,9%	1,7%
9 Thoraxchirurgie	61	1.019	4,8%	5,6%
10 Urologie	19	645	1,9%	2,9%
Totaal electieve ingrepen	456	9.163	3,0%	4,9%

Als we de afzeggingoorzaken rubriceren in de groepen preoperatieve oorzaken, peri-operatieve oorzaken en patiëntgebonden oorzaken dan komen we tot de volgende verdeling:



De meeste afzeggingen zijn het gevolg van de peri-operatieve organisatie, zoals tussengevoegde spoedoperaties. Daarnaast is in 2005 een opvallende stijging te zien van het aantal patiëntgebonden oorzaken zoals bijkomende ziekten. Een andere verklaring voor de toename van het aantal meldingen is een groter meldingsbewustzijn op de OK (o.a. door scholing medewerkers).

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 intensivisten is een maat voor de beschikbaarheid van gekwalificeerde medische begeleiding.

Het totaal aantal beademingsdagen als percentage van het totaal aantal opnamedagen
Cardiochirurgie
Het aantal beademingsdagen in 2005 voor cardiochirurgische patiënten betrof 1773 (2004: 1958) dagen. Het totale aantal IC-dagen in 2005 voor cardiochirurgische patiënten betrof 3155 (2004: 3355) dagen. Het percentage is 56,2% (2004: 58,4%).
Niet-cardiochirurgie
Het aantal beademingsdagen in 2005 voor niet-cardiochirurgische patiënten betrof 4101 (2004: 2856) dagen. Het totale aantal IC-dagen in 2005 voor niet-cardiochirurgische patiënten betrof 6865 (2004: 6865) dagen. Het percentage is 59,7% (2004: 41,6%).
Kinderen
Het aantal beademingsdagen in 2005 voor niet-cardiochirurgische kinderen <16 jaar betrof 567 (2004: 256) dagen. Het totale aantal IC-dagen in 2005 voor niet-cardiochirurgische kinderen betrof 935 (2004: 606) dagen. Het percentage is 60,6% (2004: 42,2%).
Totaal
Het totale aantal beademingsdagen in 2005 van bovengenoemde groepen betrof 6441 (2004: 5070) dagen. Het totale aantal IC-dagen van bovengenoemde groepen betrof 10955 (2004: 10826) dagen. Het percentage is 58,8% (2004: 46,8%).
Aantal FTE Intensivisten
Het totale aantal FTE geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de IC betreft 11,8 .
<i>Bron: TISS-scoreLUMC</i>

Diabetes Mellitus

Geïntegreerde diabeteszorg

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

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

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

Gemiddelde HbA1c waarde bij diabetes type I en II patiënten, in 2003-2005 *			
De gemiddelde HbA1c waarde van de diabetes type I patiënten waarbij het HbA1c is gemeten bedraagt:			
	2003	2004	2005
HbA1 _{ctype I} :	7,3%	7,3%	7,5%
De gemiddelde HbA1C waarde van diabetes type II patiënten waarbij het HbA1c is gemeten bedraagt:			
	2003	2004	2005
HbA1 _{ctype II} :	7,4%	7,3%	7,6%
Het gemiddelde aantal HbA1C metingen per patiënt per jaar bedraagt:			
	2003	2004	2005
Gemiddeld aantal HbA1c metingen:	3,0	2,5	2,8
* 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.			

Percentage patiënten dat een fundusscopie of fundusfotografie heeft ondergaan

Het percentage van de bij de internist bekende diabetes patiënten dat in 2005 een fundusscopie of fundusfotografie heeft ondergaan in het LUMC betreft **55,5% (799 / 1440)**

De patiënten die in een ziekenhuis elders oogheelkundig worden gecontroleerd, zijn niet meegeteld.

Bron: LUMC-registratie (Management informatiesysteem afdeling Endocrinologie)

Heropname voor hartfalen 2005

Het percentage heropnames van het aantal opnames van patiënten jonger dan 75 jaar binnen 12 weken na ontslag is 4,4% (4 heropnames / 90 opnames). In 2004 was dit een percentage van 7,3%.

Het percentage heropnames van het aantal opnames van patiënten van 75 jaar en ouder binnen 12 weken na ontslag is 6,5% (3 heropnames / 46 opnames). In 2004 was dit een percentage van 8,0%.

Bron: LUMC-registratie (EPD-vision)

Hartfalen

Hartfalenpoli

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). Op deze MISSION! polikliniek vindt gestructureerde evaluatie en behandeling van patiënten plaats met zeer ernstig hartfalen deels als voorbereiding op verdere behandeling, deels in het kader van de nabehandeling.

De afdeling Thoraxchirurgie en de Klinische Electrofysiologie zijn nauw betrokken bij de behandeling van deze groep patiënten. Meer dan 80% van de betrokken patiënten heeft een biventriculaire ICD of een correctieve chirurgische interventie ondergaan. Naast de MISSION! Hartfalen polikliniek bestaat er ook nog de zogenaamde PIPA polikliniek, dit is een polikliniek speciaal ingericht voor patiënten met ICD's dan wel biventriculaire devices.

Patiënten die na interventie onvoldoende reageren op therapie worden op vaste intervallen thuisbezocht. Patiënten die in dit programma zitten kunnen de hartfalen verpleegkundige altijd bereiken (24 uur bereikbaar).

Indien patiënten na behandeling sterk verbeterd en stabiel zijn (verbetering met 1-2 NYHA klassen) dan worden zij naar een meer algemeen spreekuur verwezen. Wel blijven de patiënten met een ICD gezien worden op het specialistische PIPA spreekuur. Zowel MISSION! Hartfalen als MISSION! acuut infarct zijn sterk gericht op het voorkomen van nieuwe events middels pro-actieve risico-interventie.

Acuut myocardinfarct (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 1,6% (4 overleden patiënten / 245 opnames)

90-dagen mortaliteit: 1,8%

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: 4,8% (3 overleden patiënten / 63 opnames)

90 dagen mortaliteit: 7,5%

Bron: LUMC-registratie (CARIS)

CVA

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 een gemeenschappelijk protocol en een multidisciplinair overleg, waar de verpleeghuisarts aan deelneemt.

7-daagse mortaliteit bij CVA patiënten

- De sterfte van patiënten met een ischemisch CVA jonger dan 65 jaar binnen 7 dagen is 5,6 % (3 overledenen / 54 patiënten).
- De sterfte van patiënten met een ischemisch CVA ouder dan 65 jaar binnen 7 dagen is 7,6 % (2 overledenen / 26).
- De sterfte van patiënten met een hemorrhagisch CVA jonger dan 65 jaar binnen 7 dagen is 47% (7 overledenen / 15 patiënten).
- De sterfte van patiënten met een hemorrhagisch CVA ouder dan 65 jaar binnen 7 dagen is 43% (3 overledenen / 7 patiënten).

Heupfractuur

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

	2004		2005	
	ASA 1-2	ASA 3-5	ASA 1-2	ASA 3-5
Het aantal patiënten geopereerd binnen één kalenderdag	32	33	48	41
Het totaal aantal patiënten van 65 jaar en ouder met heupfractuur	35	34	54	52
Percentage patiënten (≥65) geopereerd binnen één kalenderdag na presentatie	91%	97%	89%	79%

Bron: LUMC-registratie (ZIS: Opera en Mirador)

Mammatumor

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 oncologisch chirurg	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	87% binnen 5 dagen

Diagnose binnen 5 dagen

Het aantal patiënten, dat binnen 5 werkdagen na het eerste consult in het ziekenhuis een uitslag benigne of maligne heeft gekregen bedraagt 214.

Het totaal aantal patiënten dat een eerste consult heeft gehad in het ziekenhuis voor diagnostiek naar een mammatumor van bedraagt 246.

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 2005: 87% (214 / 246 x 100%). In 2004 bedroeg dit percentage 89%.

Bron: IKW (KIM registratie)

Overlevingscijfers multitraumapatiënten

Multitraumapatiënten in het LUMC									
	2003	n	%	2004	n	%	2005	n	%
Totaal aantal trauma-opnames	903			985			1.090		
Aantal overleden traumapatiënten	30	(862)	3,5	23	(985)	2,3	22	(1.090)	2,0
Aantal multitraumapatiënten (ISS ≥ 16)	86	(862)	10,0	98	(985)	9,9	90	(1.090)	8,3
Aantal overleden multitraumapatiënten	24	(86)	27,9	14	(98)	14,3	9	(90)	10,0

Multitraumapatiënten (ISS ≥ 16)									
	2003	n	Range	2004	n	Range	2005	n	Range
Gemiddelde ISS	24,2	(86)	16 - 75	23,10	(98)	16 - 75	23,8	(90)	16-54
Gem. aantal IC dagen bij alle op de IC opgenomen multitraumapatiënten	6,1	(65)	1-59	7,2	(73)	1-81	8,8	(63)	1-67
Gemiddelde totale opnameduur (dagen)	13,7	(86)	1-94	13,9	(97)	1- 89	18,2	(90)	1-102
Gemiddelde EMV score bij opname	10,1	(86)	3-15	11,1	(98)	3-15	12,4	(90)	3-15
Gemiddelde Probability of Survival	0,7985	(82)	0,000017-0,993357	0,8556	(97)	0,043104-0,995166	0,8456	(90)	0,1004-0,9896
Actuele survival	0,7209			0,8557			0,9000	(90)	

Bron: Trauma data-registratie LUMC

Cataract

Complicatieregistratie

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

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.

Single Embryo Transfer

Na enkele jaren van onderzoek is in januari 2005 besloten om bij de eerste twee cycli per zwangerschapsging bij vrouwen tot 36 jaar nooit meer dan 1 embryo terug te plaatsen. Daarnaast wordt ook na invriezen en ontdooien in 50% van de gevallen nog maar 1 embryo teruggeplaatst, en ook indien men ouder is dan 36 wordt vaak nog 1 embryo geadviseerd.

In totaal werd in bijna 70% van de IVF of ICSI cycli 1 embryo teruggeplaatst. Dit heeft geleid tot een significante daling van het meerlingrisico.

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		
	2002	2003	2004	2005	2003	2004	2005
AMC	24,6	15,3 *	13,4 *		13,0	21,5	
UMCG	17,0 *	12,2 *	16,0 *		20,3	20,9	
AZM	22,4	23,8	24,8		20,7	11,3	
EMCR	19,7	29,9	29,6		24,4	25,3	
LUMC	27,4	26,3	28,8	28,3	10,0	16,5	4,9 **
UMCN	21,2	23,1	24,6		24,2	22,0	
UMCU	26,3	24,4	26,1		24,3	20,2	
VUMC	21,5	22,7	28,6		23,0	23,4	

* Inclusief een aantal cycli zonder of met beperkte stimulatie

** De significante afname van het aantal meerlingzwangerschappen is het gevolg van de toepassing van de 'single embryo transfer'

Bron: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Resultaten hartchirurgie bij volwassenen

Mortaliteit in hartchirurgie bij volwassenen

De EuroSCORE is al een aantal jaren het meest betrouwbare scoringssysteem om voorafgaand aan een openhartoperatie het operatiegerelateerde risico op overlijden te berekenen.

Het systeem onderscheidt 3 risico-categorieën:

- 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 werkelijke mortaliteit weergegeven over de afgelopen jaren, gerelateerd aan de EuroSCORE. In de groep met een hoog risico op overlijden is tevens aangegeven hoe groot het aantal patiënten was in deze groep. De hoogste EuroSCORE in 2005 was 72.

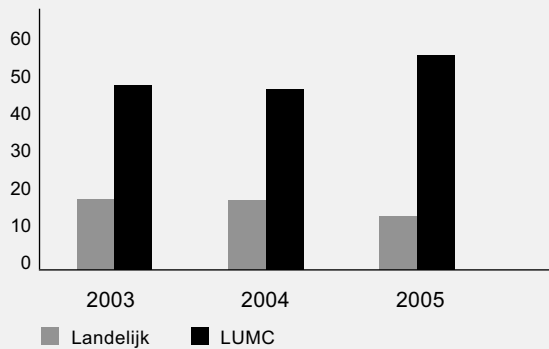
Mortaliteit openhartchirurgie, gerelateerd aan de EuroSCORE			
	2003	2004	2005
Normaal risico (EuroSCORE 0-2)	0,0%	0,5%	0,5%
Verhoogd risico (EuroSCORE 3-6)	1,7%	1,4%	1,7%
Hoog risico (EuroSCORE ≥6)			
– Aantal patiënten	262	260	248
– Voorspelde mortaliteit	15,5%	14,9%	13,5%
– Werkelijke mortaliteit	12,6%	13,1%	9,3%

Bron: www.euroscore.org

Volledig arteriële revascularisatie

Het is bewezen dat gebruik van slagadermateriaal in een bypassoperatie (CABG) bijdraagt aan een langere overlevingsduur van de aangelegde omleidingen. Wel kan de procedure technisch lastiger zijn en neemt deze meer tijd in beslag. In het LUMC werd in 2005 bij meer dan 55% van de bypassoperaties alleen slagadermateriaal gebruikt. Landelijk was dit percentage 15%. Net als voorgaande jaren ging het daarbij niet alleen maar om eenvoudige ingrepen met maar 1 omleiding. Het gemiddelde aantal kransslagaders waarop zo'n slagader-omleiding werd geplaatst was in het LUMC 2,5. Landelijk was dit gemiddeld 1,3.

Patiënten die slagadermateriaal krijgen bij CABG (in %)

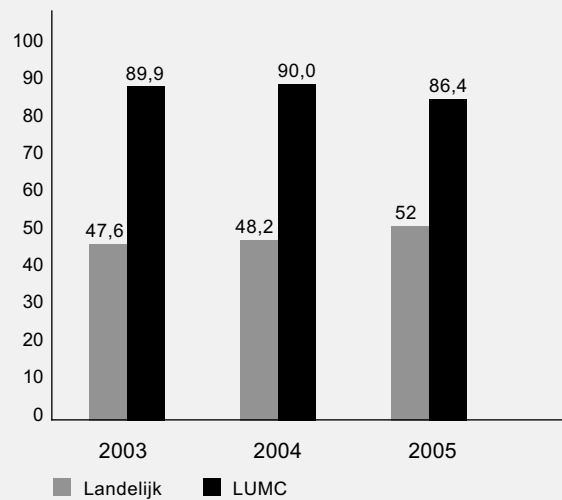


Bron: LUMC-registratie en Begeleidingscommissie Hartinterventies Nederland. LUMC-cijfers 2e helft 2005 afkomstig van LUMC-registratie. Landelijke cijfers 2005 zijn geëxtrapoleerd op basis van de eerste helft van 2005.

Mitraalklepconstructies

Als het technisch mogelijk is heeft een klepreconstructie/-reparatie van de instroomklep van de linker hartkamer (mitraalklep) de voorkeur boven het vervangen van de klep door een prothese. Normaal gesproken is in het eerste geval geen en in het tweede geval veelal 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 klepvervangings. In bijgaande grafiek is het percentage reconstructies weergegeven in het LUMC, gespiegeld aan het landelijke percentage.

Reconstructies mitraalklepchirurgie (in %)



Bron: LUMC-registratie en Begeleidingscommissie Hartinterventies Nederland. LUMC-cijfers 2e helft 2005 afkomstig van LUMC-registratie. Landelijke cijfers 2005 zijn geëxtrapoleerd op basis van de eerste helft van 2005.

Resultaten kinderhartchirurgie

In samenwerking met het AMC en het VUMC in Amsterdam is het LUMC het grootste Nederlandse kinderhartchirurgische centrum. Gegevens betreffende aantallen operaties, leeftijdsverdeling en mortaliteit vanaf 1995 zijn te vinden op www.cahal.nl.

In 2005 werden 390 kinderen en jong-volwassenen met aangeboren hartafwijkingen geopereerd (260 in het LUMC en 130 in het AMC). In 2005 bedroeg de ziekenhuismortaliteit 4,3%.

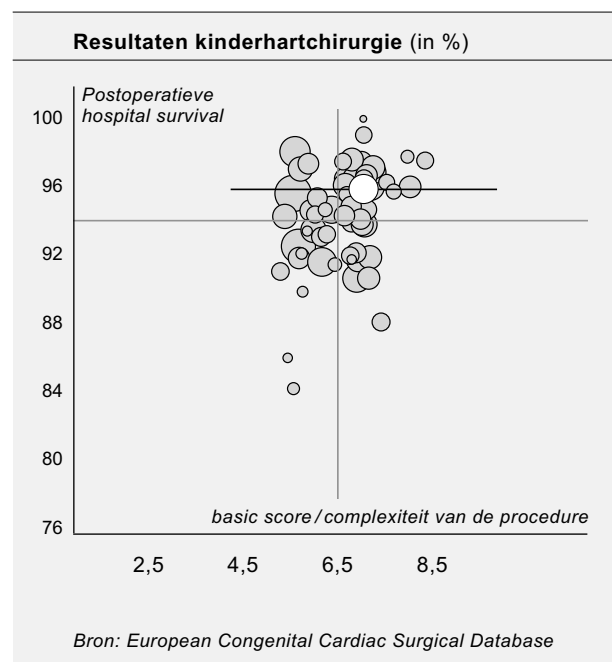
Leeftijdsverdeling van kinderhartoperaties / operaties voor aangeboren hartafwijkingen		
leeftijd	Aantal operaties	%
jonger dan 1 jaar *	206	53%
1-18 jaar	117	30%
18 jaar en ouder	67	17%
totaal	390	100%
* jonger dan 3 maanden	114	29%

Het percentage hartoperaties bij zeer jonge kinderen (3 maanden en jonger) is in de afgelopen jaren duidelijk toegenomen. Het aantal (jong-)volwassenen bij wie (meestal recidief-) operaties worden uitgevoerd wegens aangeboren hartafwijkingen wordt geleidelijk groter en de verwachting is dat met name deze groep van GUCH (Grown Up's with Congenital Heart disease) patiënten in de komende jaren sterk zal groeien.

Het Centrum voor Aangeboren Hartafwijkingen Amsterdam Leiden (CAHAL) registreert de resultaten van kinderhartchirurgie in de European Congenital Cardiac Surgical Database. 2006 is inmiddels het vijfde jaar van data input.

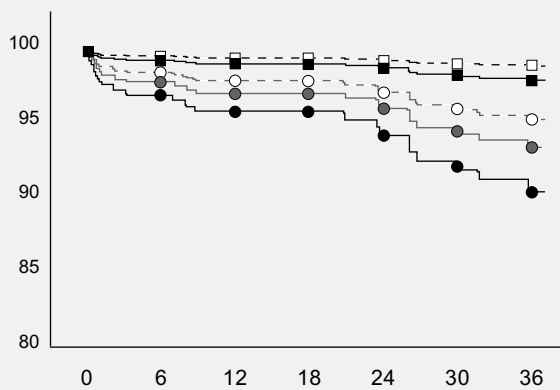
Deze Europese kinderhartchirurgische database is wereldwijd de grootste en meest complete in zijn soort. Eigen resultaten kunnen on line worden vergeleken met het gemiddelde van alle centra, met de uitkomsten van de 5 beste centra, met de resultaten van de grootste series enz. Het LUMC participeert actief in deze database, onder andere door deelname aan internationale on-site verificatie van de ingevoerde data.

Kwaliteit van zorg kan per centrum uit deze database worden gedestilleerd. Postoperatieve overleving (op de verticale as) wordt gecorreleerd met de complexiteit van de operatie (op de horizontale as). In deze zogenaamde bubble chart wordt ieder centrum met een cirkel aangegeven: de witte cirkel is ons eigen centrum. De diameter van de cirkels geeft aan hoeveel patiënten er per centrum in de database zijn ingevoerd. Ook in internationaal opzicht is LUMC-AMC één van de grotere centra. De horizontale grijze as geeft de gemiddelde postoperatieve overleving in alle participerende centra aan: 94%. De verticale grijze as is de gemiddelde complexiteit van alle operatieve procedures in de database. Het centrum LUMC-AMC bevindt zich in het rechter bovenkwadrant van de grafiek. Dit betekent een meer dan gemiddelde postoperatieve overleving bij een meer dan gemiddelde complexiteit van de operaties.

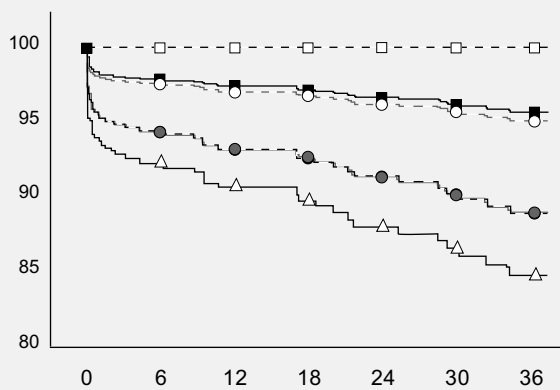


Transplantaties

Patiëntoverleving na nier(pancreas)transplantatie in maanden (in %)



Orgaan-overleving na nier(pancreas)transplantatie in maanden (in %)



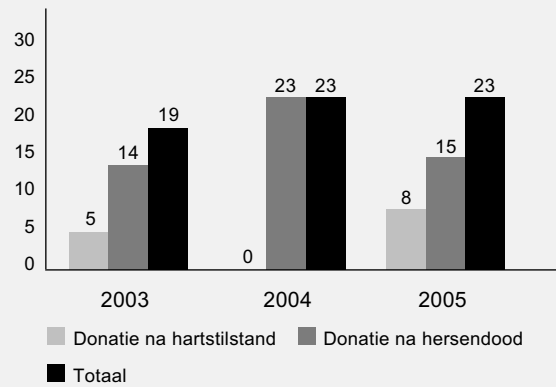
- Nierdonatie bij leven (familie)
- Nierdonatie bij leven (geen familie)
- Postmortale nierdonatie (nonheart-beating donor procedure)
- Postmortale nierdonatie (nier(pancreas) transplantatie)
- Postmortale nierdonatie (heart-beating donor procedure)
- △ Pancreas (nier(pancreas) transplantatie)

Aantal eerste levertransplantatie versus retransplantaties

	2003	2004	2005
Eerste transplantatie	16	21	22
Retransplantatie	3	2	1
Totaal	19	23	23

Het aantal eerste versus retransplantaties is binnen de gebruikelijke internationale grenzen (1 van de 23 in 2005)

Aantal levertransplantaties



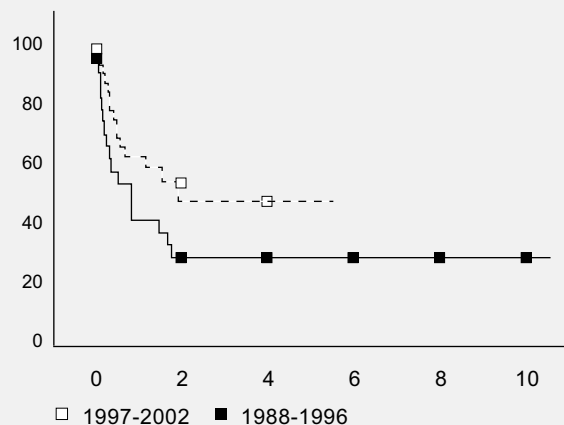
Hematologie

Aantal stamceltransplantaties met onverwante donor (volwassenen en kinderen)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
n =	17	26	20	21	36	35

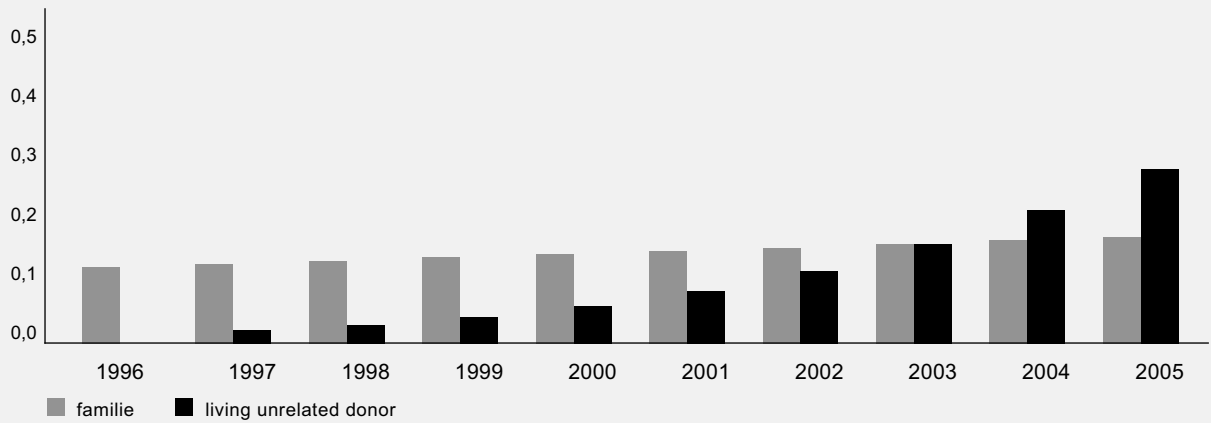
In 2005 vonden bij 35 volwassenen en kinderen een stamceltransplantaties met een onverwante donor plaats. De toename in aantal transplantaties wordt verklaard door nieuwe minder toxische voorbehandelingsschema's. De overlevingsresultaten zijn de afgelopen jaren sterk verbeterd onder andere door optimalisering van de HLA-typering en verbeterde supportieve care. De figuur toont overlevingsresultaten bij volwassenen.

Overleving na allogene SCT met onverwante donor (volwassenen), follow up in jaren (in %)



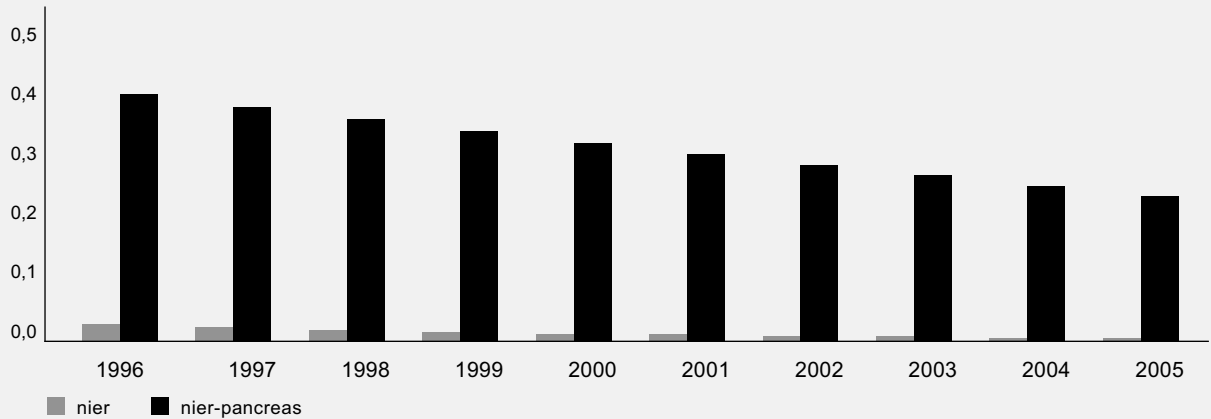
Niertransplantaties

Donatie bij leven, kans op pre-emptieve transplantatie voordat patiënt dialyse-behoefstig wordt



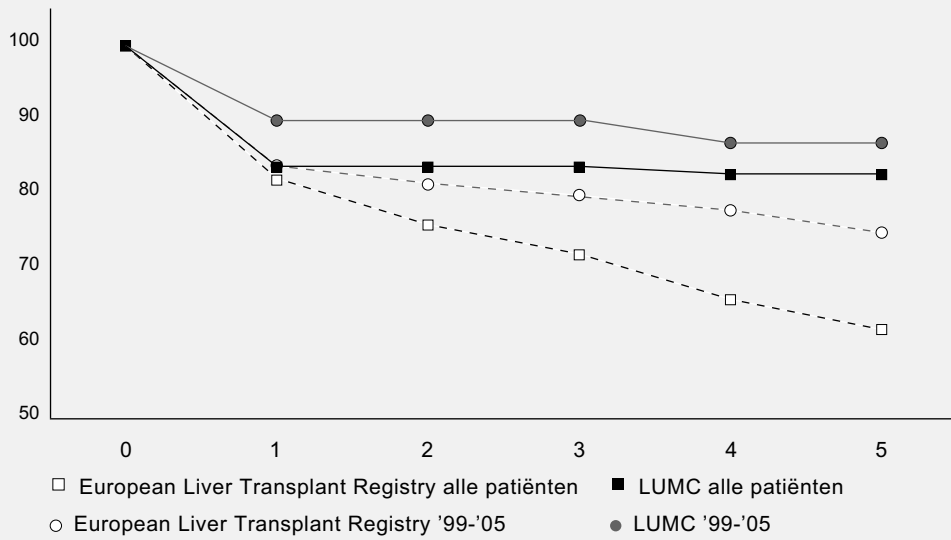
Er is een duidelijke toename aan transplantaties met living unrelated donoren. Hierdoor worden meer patiënten getransplanteerd voordat ze dialyse-behoefstig

Postmortale donatie, kans op pre-emptieve transplantatie



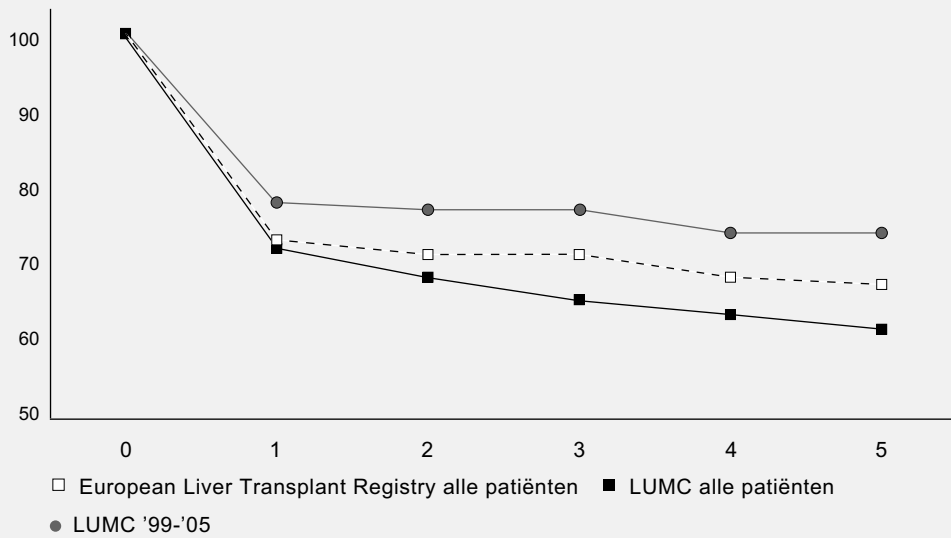
Levertransplantaties

Patiëntoverleving cirrhose en BCS in jaren na transplantatie (in %)



Bron: European Liver Transplant Registry

Transplantaatoverleving cirrhose en BCS in jaren na transplantatie (in %)



Bron: European Liver Transplant Registry

Klachtenbehandeling

Klachtencommissie: soort klachten en resultaat *						
	2003		2004		2005 ***	
	Aantal	Gegronnd	Aantal	Gegronnd	Aantal	Gegronnd
Medisch handelen	2	1	11	2	3	0
Bejegening	2	2	4	1	0	0
Organisatie / coördinatie van zorg	0	0	8	6	2	1
Uitstel van behandeling / wachtlijsten	0	0	2	1	1	1
Informatieverstrekking	1	0	4	1	4	2
Problemen met rekening	1	1	0	0	0	0
Verzorging	0	0	0	0	0	0
Overige **	2	0	1	0	1	0
Totaal	8	4	30	11	11	4

* 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.

*** Twee klachtenbrieven nog in behandeling

Resultaten klachtenbemiddeling in 2005			
	2003	2004	2005
bemiddeling geslaagd	33	25	15
bemiddeling deels geslaagd	4	11	5
bemiddeling niet geslaagd	4	3	11

Klachtenbemiddeling: aantal en soort klachten *			
	2003	2004	2005
Medisch handelen	29	19	15
Bejegening	28	24	26
Organisatie / coördinatie van zorg	26	12	29
Informatieverstrekking	8	7	5
Verzorging	-	1	0
Overige	3	2	2
Totaal	94	65	77

* Een klachtenbrief kan meerdere klachten bevatten.

Meldingscommissie

Aantal meldingen			
	2003	2004	2005 *
Fout / fouten	289	383	904
Organisatiefout	15	11	155
Technische fout / materiaal fout	20	17	106
Ongeval	119	89	93
Complicatie	38	45	40
Verkeerde melder	11	14	8
Niet te rubriceren	17	32	32
Totaal	509	591	1338

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

* Het aantal meldingen in 2005 is toegenomen door het geaggregeerd melden van incidenten door de laboratoria.

Aantal vervolgcacties meldingen		
	2004	2005
Nader onderzoek naar het incident	68	78
Aanbevelingen voor protocollering van handelingen en aanpassing van werkwijze	27	22
Totaal	95	100

Patiëntentevredenheidsonderzoek

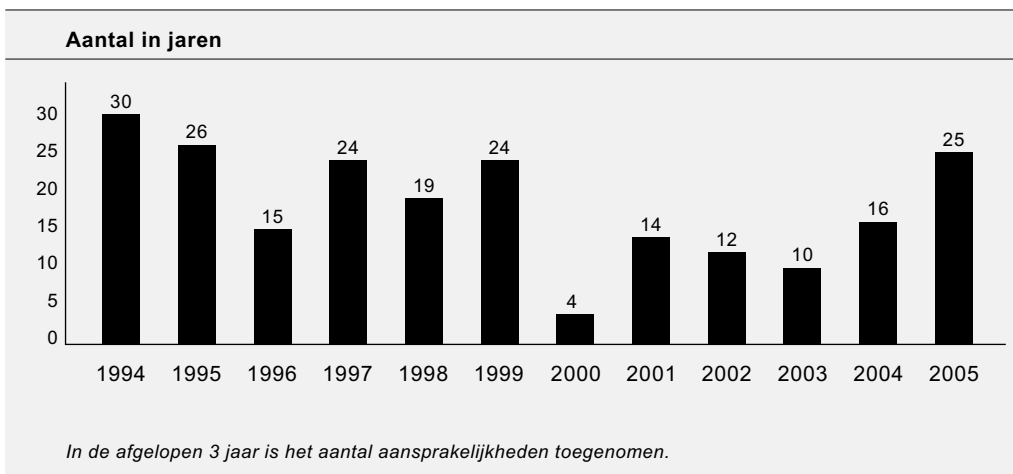
Gegevens van de polikliniek (schaal 1-5)		
	2004	2005
Ontvangst		
Gem. overige ziekenhuizen	3,84	3,89
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	3,83	3,86
Bejegening polimedewerkers		
Gem. overige ziekenhuizen	3,84	3,89
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	3,90	3,87
Bejegening artsen		
Gem. overige ziekenhuizen	4,07	4,11
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	4,11	4,13
Informatie		
Gem. overige ziekenhuizen	3,27	3,70
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	3,29	3,71
Zelfstandigheid		
Gem. overige ziekenhuizen	3,77	3,84
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	3,78	3,82
Nazorg		
Gem. overige ziekenhuizen	3,35	3,40
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	3,33	3,37

Bron: Prismant

Gegevens van de kliniek (schaal 1-5)		
	2004	2005
Ontvangst		
Gem. overige ziekenhuizen	3,92	3,96
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	3,96	3,98
Bejegening verpleegkundigen		
Gem. overige ziekenhuizen	3,94	3,97
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	4,00	4,02
Bejegening artsen		
Gem. overige ziekenhuizen	3,94	4,03
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	4,01	4,04
Informatie		
Gem. overige ziekenhuizen	3,67	3,66
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	3,74	3,68
Zelfstandigheid		
Gem. overige ziekenhuizen	3,80	3,83
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	3,87	3,87
Vertrek en nazorg		
Gem. overige ziekenhuizen	3,59	3,52
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	3,62	3,54

Bron: Prismant

Aansprakelijkstellingen



Onderzoek

Vernieuwingsimpuls 2002-2005 (x € 1 miljoen)				
	VENI	VIDI	VICI	Totaal
EMCR	2,3	7,6	3,3	13,2
UMCU	2,7	5,6	2,5	10,8
LUMC	2,1	3,6	2,5	8,2
UMCN	2,7	3,2	1,7	7,6
AMC	2,3	2,4	2,5	7,2
VUMC	1,9	3,2	0,8	5,9
AZM	1,7	4,0	0,0	5,7
UMCG	1,2	1,4	0,0	2,6

Wervend vermogen * (€ x 1.000)			
	2003	2004	2005
2e geldstroom	9.565	10.526	13.716
3e geldstroom	11.972	11.873	14.916
4e geldstroom	20.184	22.271	19.143
Totaal	41.721	44.670	47.775

* ruime definitie, niet uitsluitend onderzoeksprojecten

Promoties			
	2003	2004	2005
	74	81	93

Publicaties		
Jaar	Wetenschappelijke publicaties	Vakpublicaties
2005	2.294	229
2004	1.914	130
2003	1.563	158

Bron: METIS, peildatum 1 maart 2006

Aantal publicaties en citaties			
1998-2002 *	publicaties P	citaties C+sc	(C/P)
EMCR	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
UMCN	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

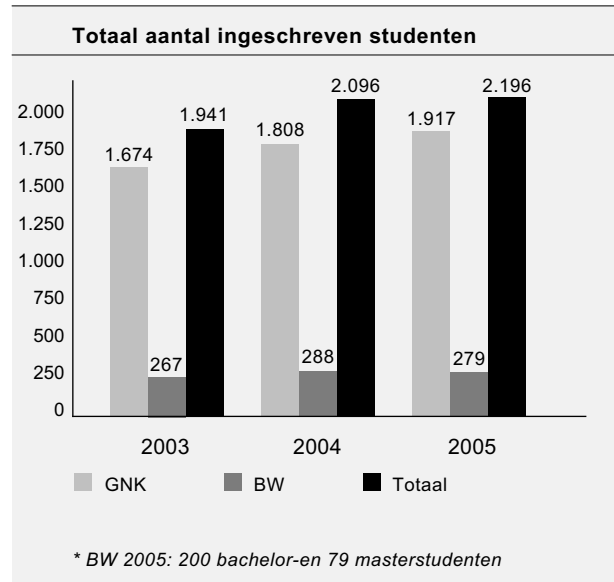
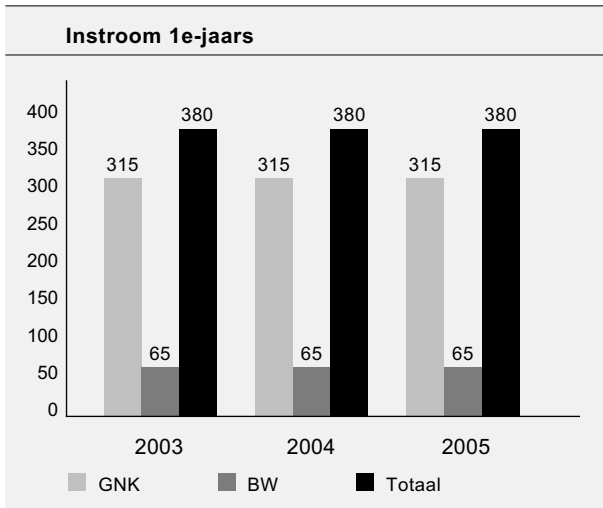
* Er is geen spiegelinformatie van recentere datum beschikbaar. Er is overeenkomst tussen de UMC's om vanaf 2007 deze informatie jaarlijks gespiegeld te publiceren.

Bron: Centrum voor Wetenschap- en Technologie Studies

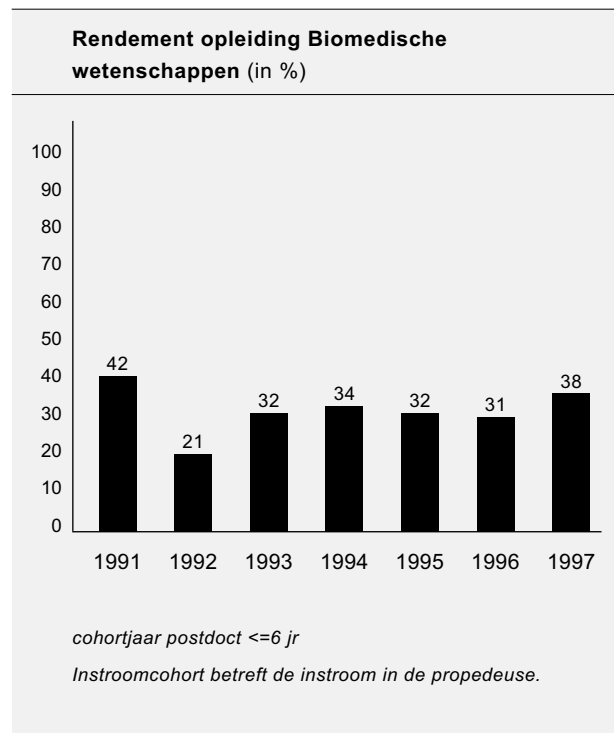
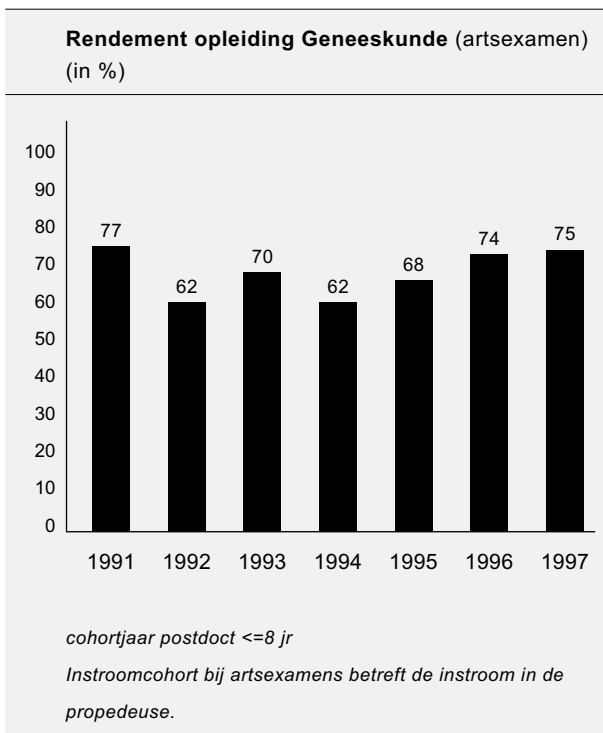
Octrooien			
	2003	2004	2005
Nieuw (aangevraagd)	6	4	9
In portefeuille	62	61	65
Beëindigd	6	5	5

Onderwijs en opleiding

Aantallen studenten



Studierendement



Vooraanmeldingen

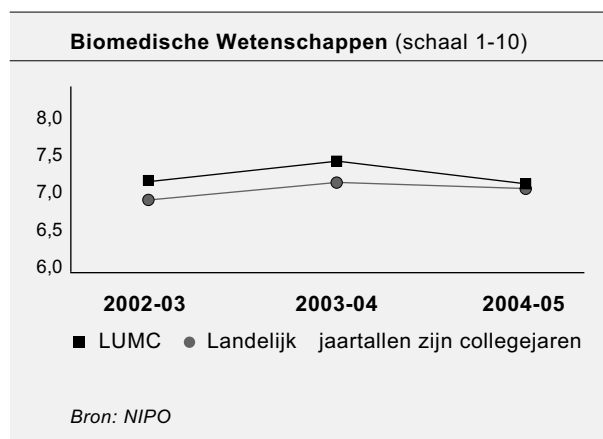
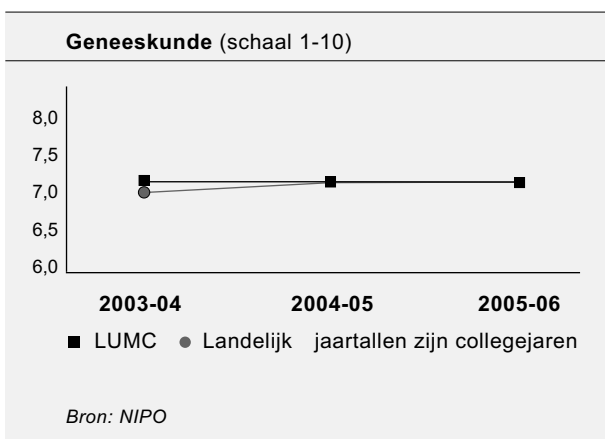
Aantal vroege vooraanmeldingen Opleiding Geneeskunde			
	2004	2005	2006
LUMC	446	316	292
UMCU	876	829	794
EMCR	544	589	540
AMC	551	645	598
UMCN	403	373	404
VU MC	258	234	532
UMCG	504	514	511
Maastricht	437	486	463

Bron: Informatie Beheer Groep
Peildatum: medio **maart** 2005

Aantal vroege vooraanmeldingen Opleiding Biomedische Wetenschappen			
	2004	2005	2006
LUMC	48	43	45
UMCU	59	69	72
AMC	14	9	15
UMCN	58	63	52
VU MC	20	20	19

Bron: Informatie Beheer Groep
Peildatum: medio **maart** 2005

Studentenoordeel



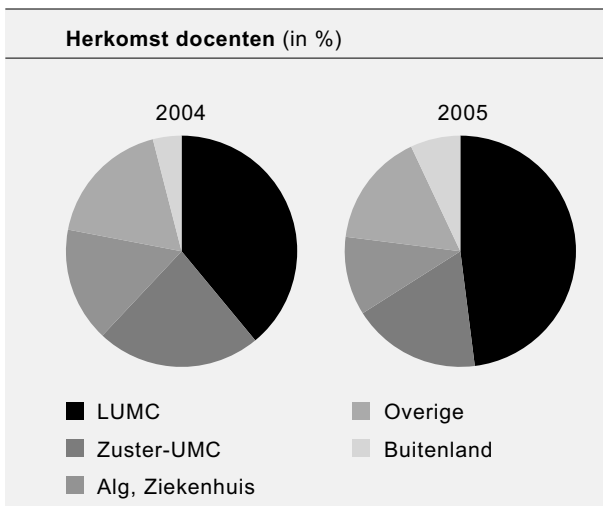
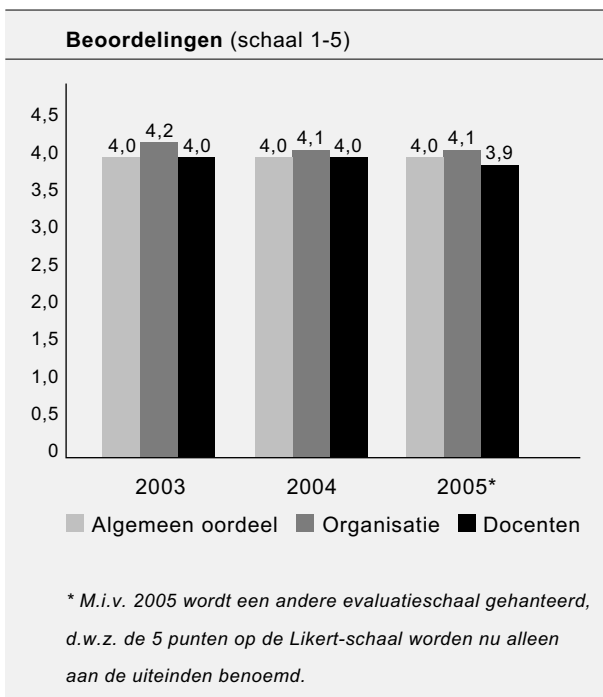
Overzicht aantal agiko's

2002	2003	2004	2005
41	46	65	65

Bij- en nascholing

Geaccrediteerde nascholing			
	2003	2004	2005
Aantal activiteiten	45	58 *	83
Aantal cursisten	6.196	7.784	7.557

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



Curriculaire nascholing

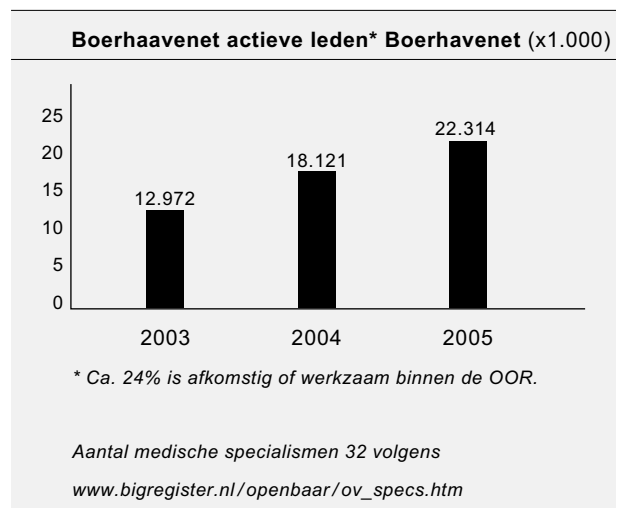
Huisartsgeneeskunde: met behulp van de PAOH/V bestaande uit (verpleeg)huisartsen uit LUMC en regio worden jaarlijks 7 à 8 cursussen georganiseerd. Deze cursussen hebben een cyclische karakter afhankelijk van de behoefte en ontwikkelingen in het veld. Door circa vijf jaar aan alle Boerhaavecursussen deel te nemen is het hele curriculum voor de (verpleeg)huisarts de revue gepasseerd.

Kindergeneeskunde: de regionale nascholing (Zuid-Holland Noord) biedt jaarlijks een cyclus van 9 verspreide dagdelen waarbij het hele spectrum van de kindergeneeskunde wordt behandeld.

Kinder- en Jeugdpsychiatrie: het betreft hier een programma van drie jaar. Per jaar zijn er vijf (avond)bijeenkomsten en een groot symposium. De thema's uit de leergang dekken de breedte van het vakgebied, en worden aangegeven door de cursuscommissie.

Reumatologie: de nascholing Reumatologie verzorgt onderwijs gericht op de dagelijkse praktijk van de specialist volgens het principe van 'permanent professional development'. De scholing wordt aangeboden in een drie jaarlijkse cyclus van telkens drie bijeenkomsten.

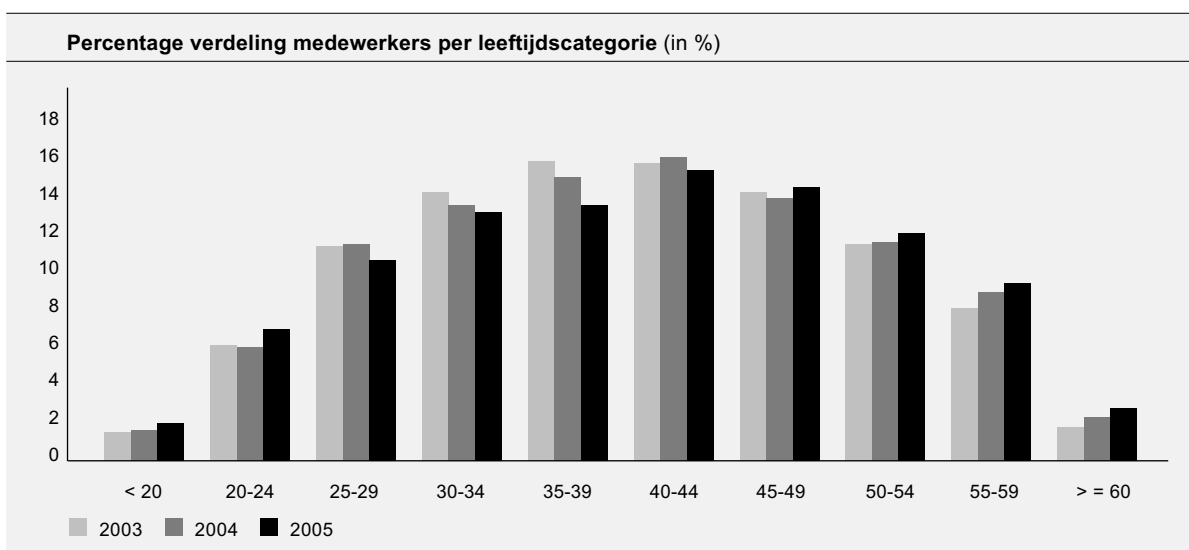
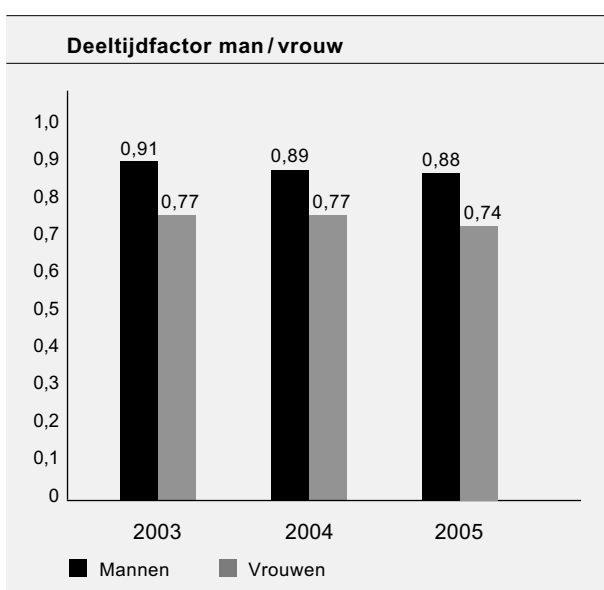
Verpleegkundigen: in 2003 is een begin gemaakt met een curriculaire nascholing voor verpleegkundigen werkzaam bij de Interne Geneeskunde. Er wordt nu jaarlijks een bijeenkomst met telkens wisselende onderwerpen aangeboden.

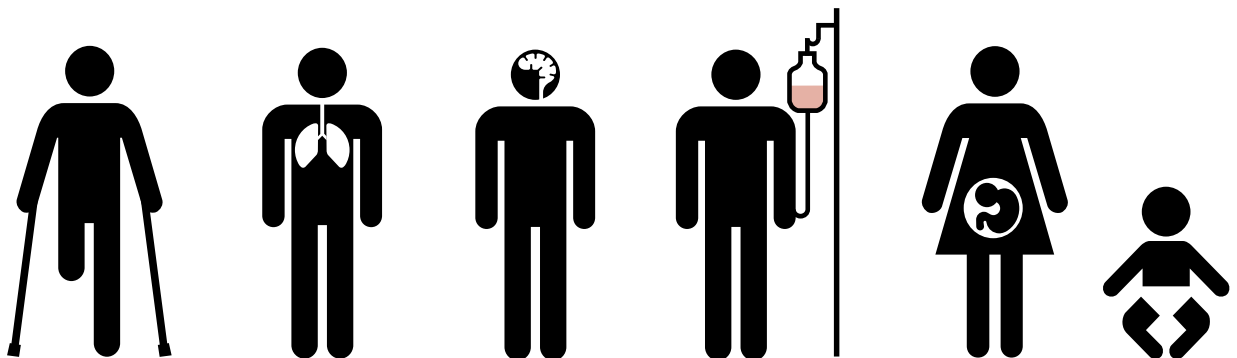
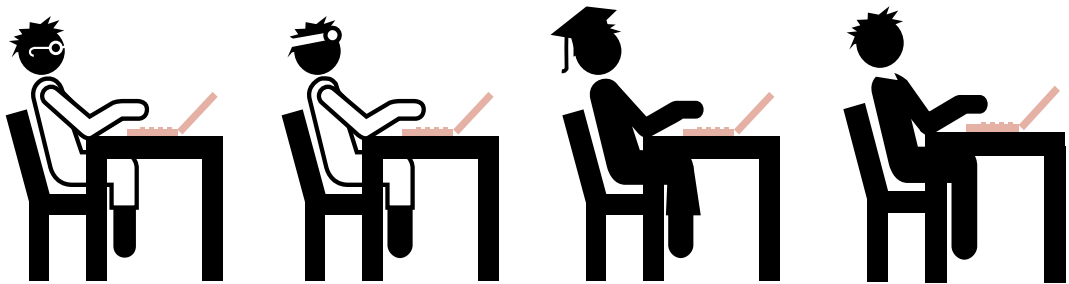
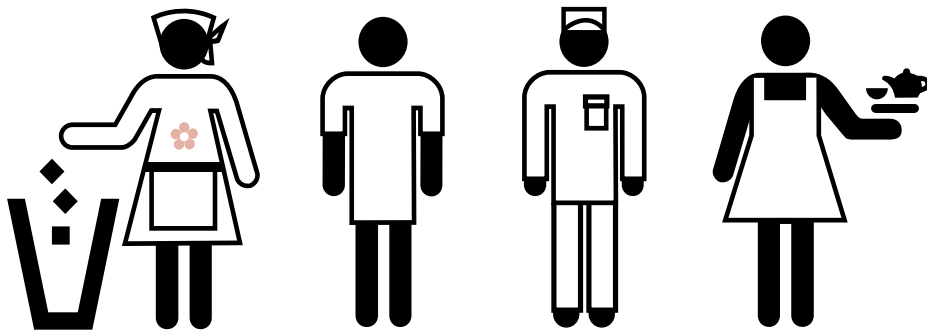
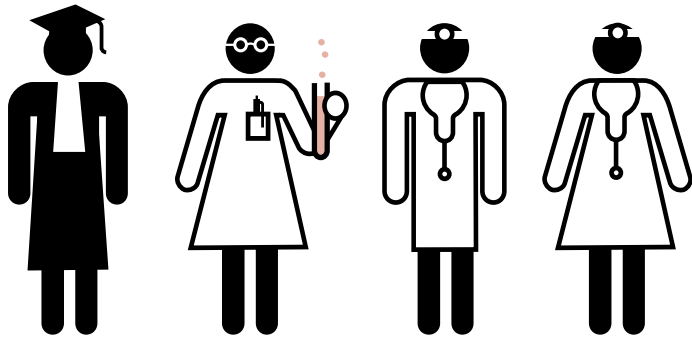


Medewerkers

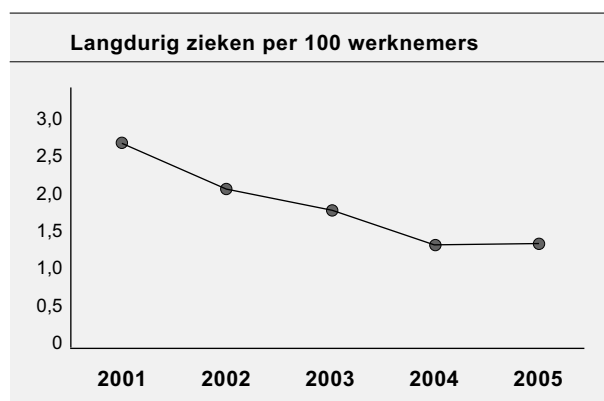
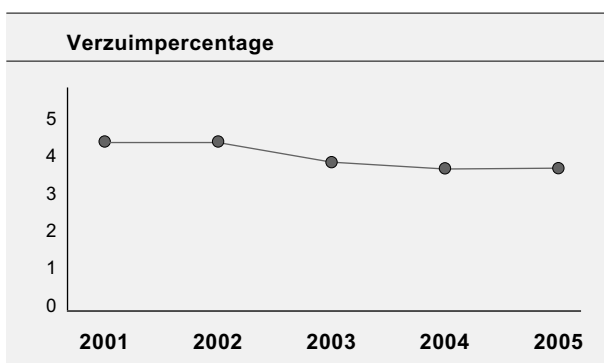
Aantal werknemers *			
	2003	2004	2005
Gemiddeld aantal werknemers	6.270	6.710	6.477
Aantal fte	5.205	5.223	5.340
Deeltijdfactor	0,79	0,80	0,82

* Exclusief gastmedewerkers en nul-aanstellingen.





De direct belanghebbenden: patiënten, studenten en medewerkers



Ziekteverzuim en Verbaannorm			
	Verbaannorm	Verzuimpercentage	Verzuimpercentage
		2004	2005
Divisie 1	4.0	3.67	3.71
Divisie 2	3.9	3.34	3.44
Divisie 3	3.7	4.95	4.43
Divisie 4	3.9	4.09	4.05
Divisie 5	3.6	2.03	2.30
Facilitair Bedrijf	4.8	5.39	5.56
Directoraten	4.2	4.41	4.60
LUMC	3.9	3.87	3.94

Influenzavaccinatie medewerkers LUMC		
	2004	2005
Totaal aantal verstrekte influenzavaccinaties	969	1.791
Verstrekte vaccinaties aan artsen en verpleegkundigen	252	865
Vaccinatiegraad LUMC	15%	26%
Vaccinatiegraad artsen en verpleegkundigen	12%	27%

Telefonische bereikbaarheid LUMC

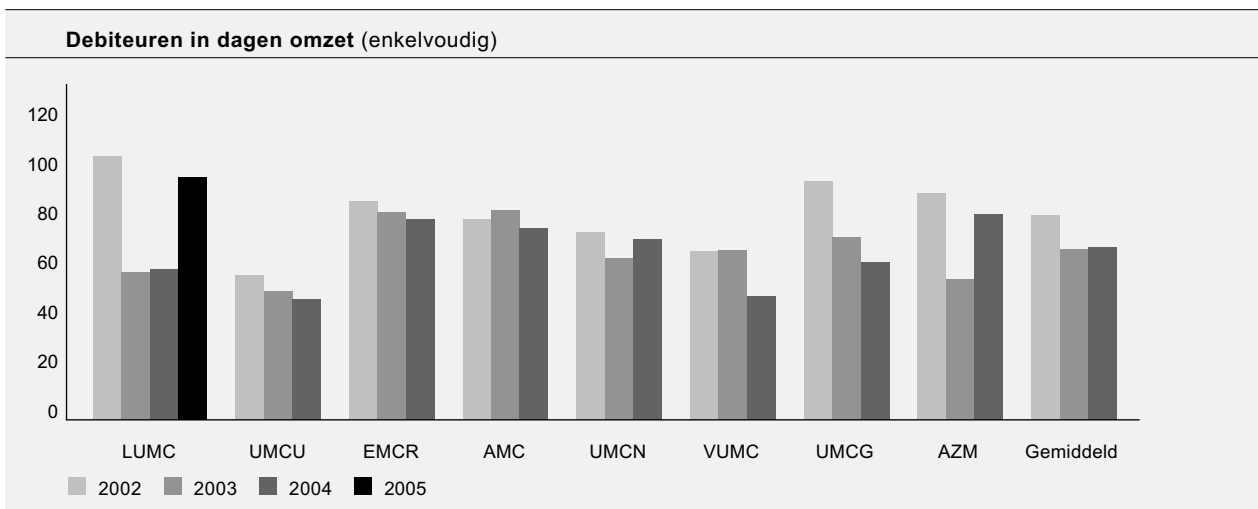
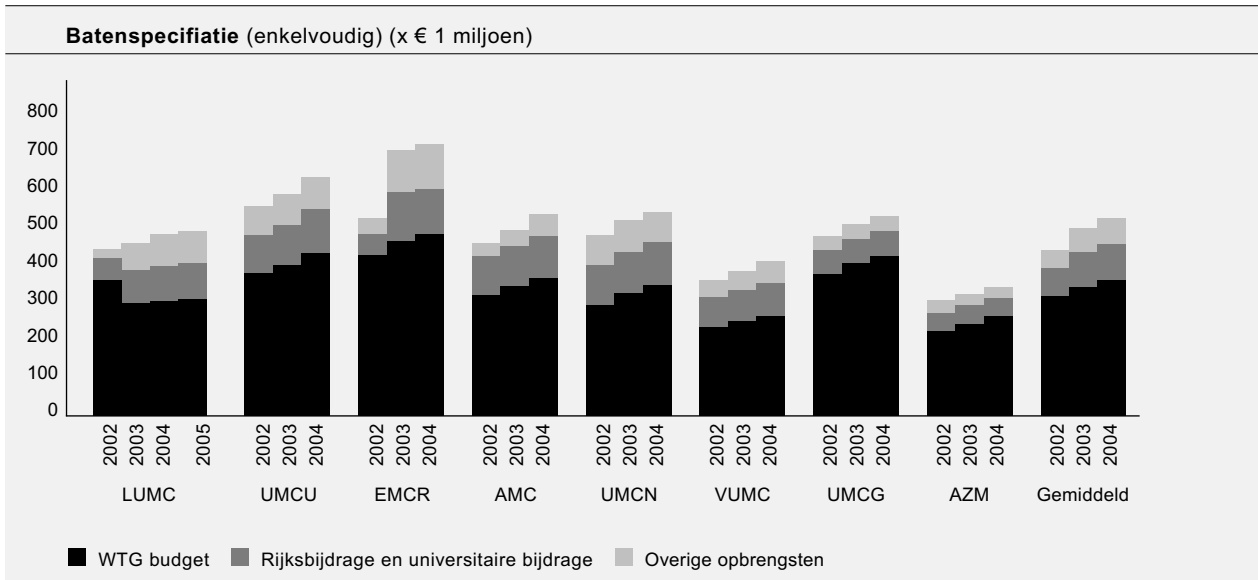
	2003	2004	2005	norm *
Beantwoord doorkiesnummers	85 – 88%	88 – 89%	87–89%	95%
Beantwoord telefooncentrale	94 – 96%	93 – 97%	94-97%	95%
Wachttijd alle beantwoorde gesprekken	76%<15 sec	76%<15 sec	76%<15 sec	80%<15 sec
Wachttijd telefooncentrale	54%<15 sec	57%<15 sec	62%<15 sec	90%<15 sec

De norm is afgeleid van ervaringsgetallen door INTERVIEW-NSS B.V. in het segment gezondheidszorg.

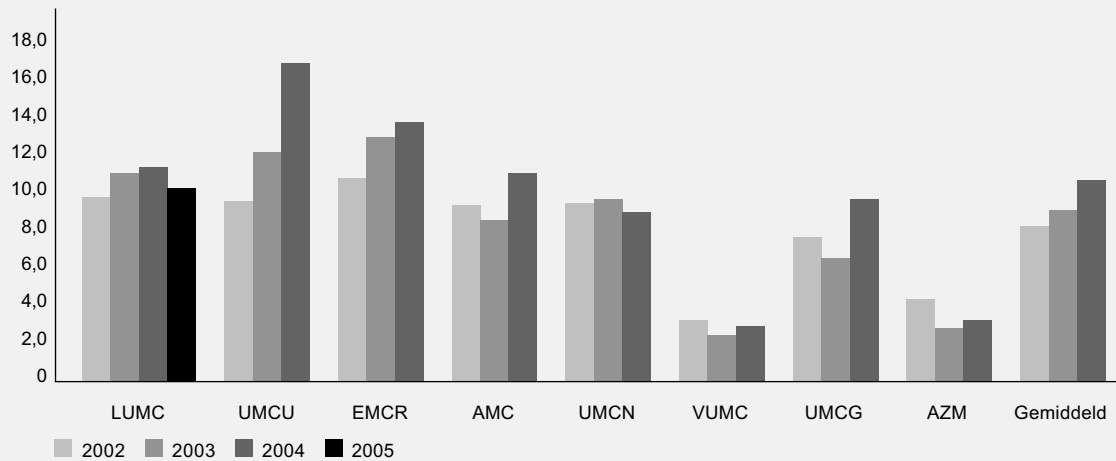
De spreiding verwijst naar de verschillende % per dag in de week.

Financieel-economische resultaten

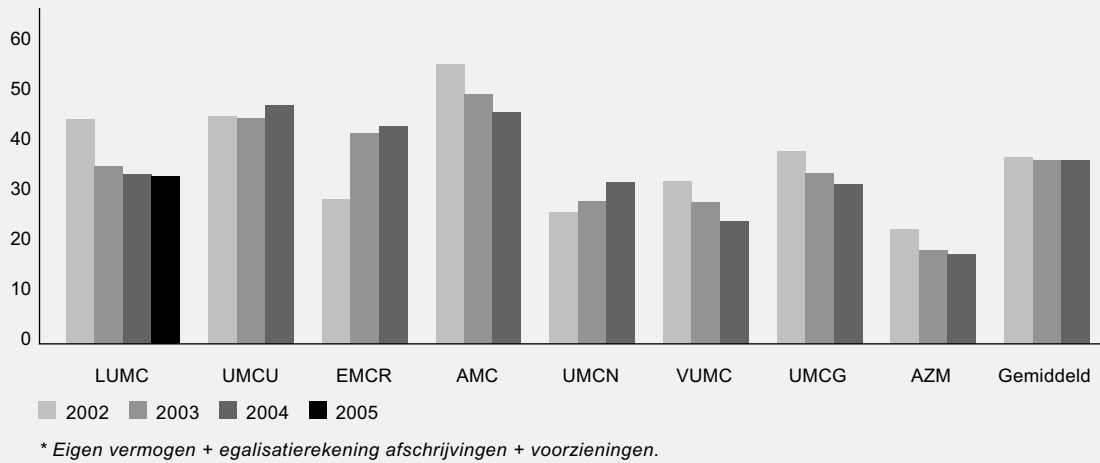
Jaarresultaat (enkelvoudig) (x € 1 miljoen)					
	2002	2003	2004	Gemiddeld	2005
LUMC	0	4	2	2	12
UMCU	12	14	26	17	
EMCR	1	2	7	3	
AMC	3	0	11	5	
UMCN	15	5	1	7	
VUMC	2	-3	1	0	
UMCG	-3	-6	1	-3	
AZM	1	-6	1	-1	
Gemiddeld	2	0	5	2	



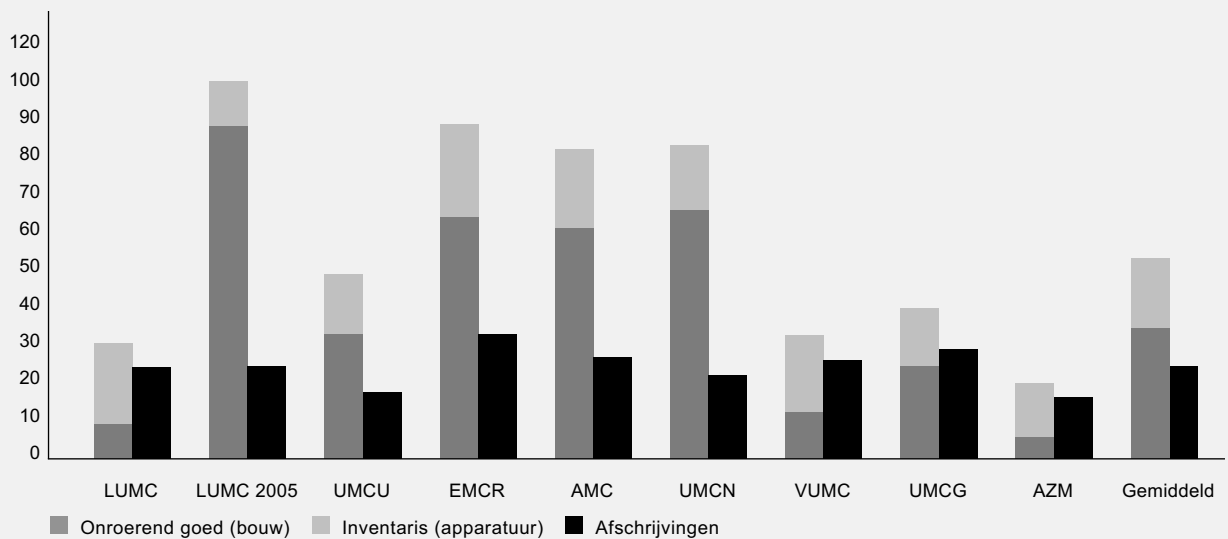
Solvabiliteit: eigen vermogen als percentage van het balanstotaal (enkelvoudig) (in %)

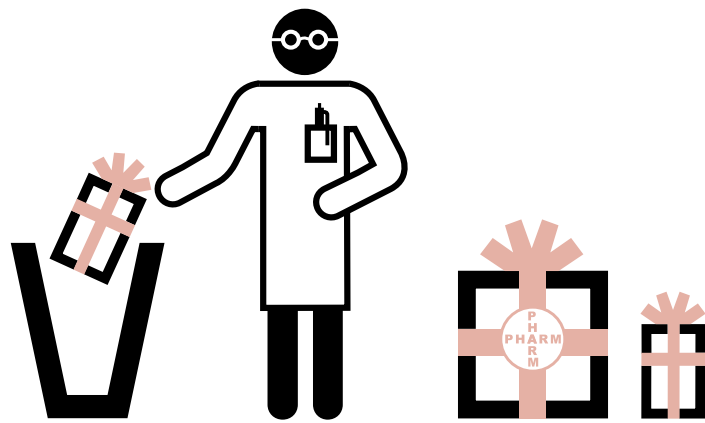


Weerstandsvermogen * als percentage van de baten (enkelvoudig) (in %)



Investerings (apparatuur en bouw) en afschrijvingen 2004 (x € 1 miljoen)

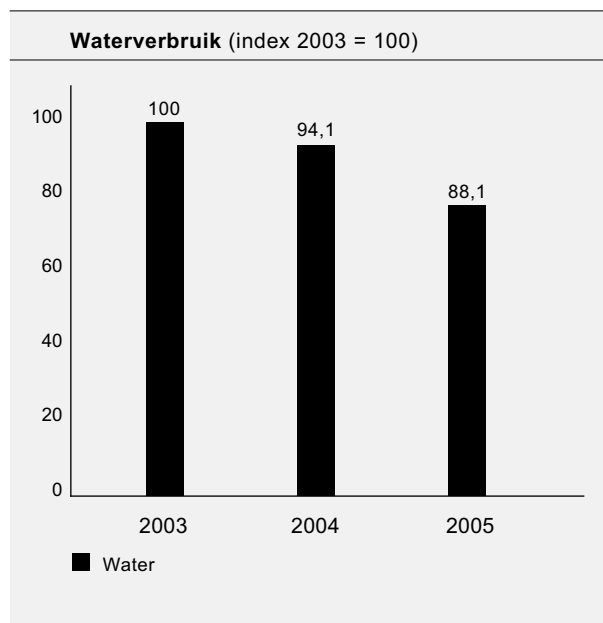
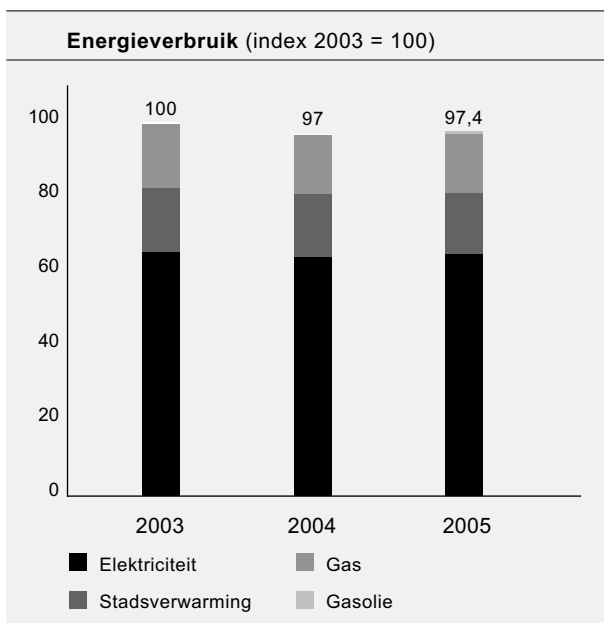




Integrität

Samenleving

Milieu



MJA-2

Begin 2003 is het LUMC toegetreden tot de Meerjarenafspraken Energie-efficiency 2001-2012 (MJA-2). Deze meerjarenafspraken is erop gericht om volgens de in deze meerjarenafspraken afgesproken procedures een bijdrage te leveren aan de verbetering van de energie-efficiency van de branche. In 2006 dient het Energie Besparings Plan (2004-2008) te worden geactualiseerd.

Energiezorgsysteem

Op dit moment voldoet het energiezorgsysteem aan alle gestelde normen. De onderdelen die nog wat verder moeten worden uitgewerkt hebben te maken met de inkoop van goederen en diensten en de evaluatie van het energiezorgsysteem.

De doelstelling om in 2006 niveau A (> 180 punten) te halen is gehaald.

Energiezorgsysteem			
Onderdeel	Punten	Onderdeel	Punten
Energiebeleidsverklaring	12	Documentatie energiezorgsysteem	6
Energieaspecten	23	Documentenbeheer	13
Wettelijke en andere eisen	10	Beheersing van de werkzaamheden	8
Doel- en taakstellingen	18	Controle en meting	12
Programma	12	Afwijkingen, corrigerende en preventieve maatregelen	10
Structuur en verantwoordelijkheid	10	Registraties	20
Opleiding en bewustwording	5	Energiezorgaudits	11
Communicatie	12	Evaluatie	5
Subtotaal	102	Totaal aantal punten	187

Lijst van afkortingen

AAA – Aneurysma aorta abdominale	GRP – Good Research Practice
Agiko – Assistent geneeskunde in opleiding tot klinisch onderzoeker	HOED – Huisartsen onder één dak
Aios – Arts in opleiding tot specialist	HRM – Human Resource Management
AMC – Academisch Medisch Centrum	IC – Intensive Care
AMI – Acuut myocardinfarct	ICD – Implanteerbare Cardioverter Defibrillator
AO-IC – Administratieve Organisatie – Interne Controle	ICSI – Intracytoplasmatische Sperma Injectie
AZL – Academisch Ziekenhuis Leiden	IVF – In Vitro Fertilisatie
AZM – Academisch Ziekenhuis Maastricht	IKW – Integraal Kankercentrum West
BIG – Beroepen Individuele Gezondheidszorg	Jaardocument MV – Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording
BoZ – Brancheorganisatie Zorg	LHCR – Landelijke Heelkunde Complicatie Registratie
BSP – BioScience Park	LLMS – Leiden Life Meets Science
BV – Besloten vennootschap	LPOD – Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus
BW – Biomedische Wetenschappen	LUMC – Leids Universitair Medisch Centrum
CAO – Collectieve Arbeidsovereenkomst	MC – Medisch Centrum
CCKL – Coördinatie Commissie ter bevordering van de Kwaliteitsbeheersing op het gebied van Laboratoriumonderzoek in de gezondheidszorg	MIP – Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg
CCMS – Centraal College Medisch Specialisten	MSRC – Medisch Specialisten Registratie Commissie
CIBA – Commissie Instroom Buitenlandse Artsen	NIAZ – Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen
CMSB – Centre for Medical Systems Biology	NFU – Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra
CRAZ – Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen	NVAO – Nederlands Vlaamse Accreditatie Organisatie
CT – Computer Tomografie	NVZD – Vereniging van bestuurders in de gezondheidszorg
CTG – College Tarieven Gezondheidszorg	NWO – Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
CVA – Cardio & Vasculaire Aandoening	OC – Onderdeelcommissie
CvAH – College voor Accreditatie Huisartsen	OCW – Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
CWTS – Centrum voor Wetenschap en Technologie Studies	OK – Operatie Kamer
DBC – Diagnose Behandel Combinatie	O&O – Onderwijs en Onderzoek
DHAZ – Deregulering Huisvesting Academische Ziekenhuizen	OOR – Onderwijs- en Opleidingsregio
EMCR – Erasmus Medisch Centrum Rotterdam	OR – Ondernemingsraad
EPD – Elektronisch patiëntendossier	PA – Physician Assistant
EVS – Elektronisch Voorschriftsysteem	PDMS – Patiënt Data Management Systeem
EZ – Ministerie van Economische Zaken	PI – Prestatie-indicator
FES – Fonds Economische Structuurversterking	QAME – Quality Assessment in Medical Education
FLITS – Financieel Logistiek Inkoop Totaal Systeem	RJZ – Regeling Jaarverslaggeving Zorginstellingen
FTE – Fulltime equivalents	SKE – Subsidieregeling Kennisexploitatie
FuwaVaz – Functiewaarderingsysteem Vereniging academische ziekenhuizen	SpOp – Specialistische Opleidingen
GCP – Good Clinical Practice	UMC – Universitair Medisch Centrum
GLIMS – General Laboratory Information Management System	UMCG – Universitair Medisch Centrum Groningen
GNK – Geneeskunde	

UMCN – Universitair Medisch Centrum Nijmegen
UMCU – Universitair Medisch Centrum Utrecht
VAA – Vereniging van Arts Assistenten
VISTA – Virtual Institute for Seven Tesla Applications
VOF – Vennootschap onder firma
VROM – 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
WHW – Wet op Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek
WIA – Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen
WTG – Wet Tarieven Gezondheidszorg
ZBC – Zelfstandig behandelcentrum
ZIS – Ziekenhuis Informatie Systeem

Colofon

Uitgave

Raad van Bestuur LUMC

Eindredactie en productie

Ondine Gort

Masja de Ree

Liesbeth Rieter

Ontwerp en lay-out

Van GOG, Amsterdam

Illustraties

Roel Vaessen

Marloes de Laat

Druk

Spinhex & Industrie BV, Amsterdam

Oplage

2000

Leids Universitair Medisch Centrum

Directoraat Communicatie

Albinusdreef 2

Postbus 9600

2300 RC Leiden

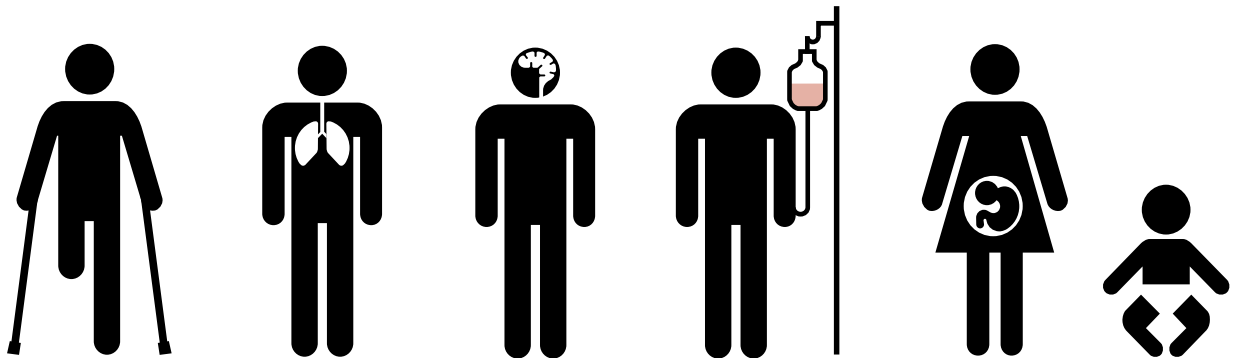
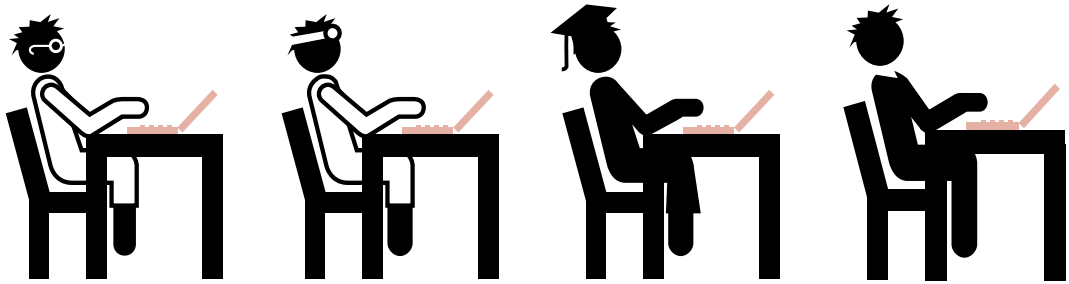
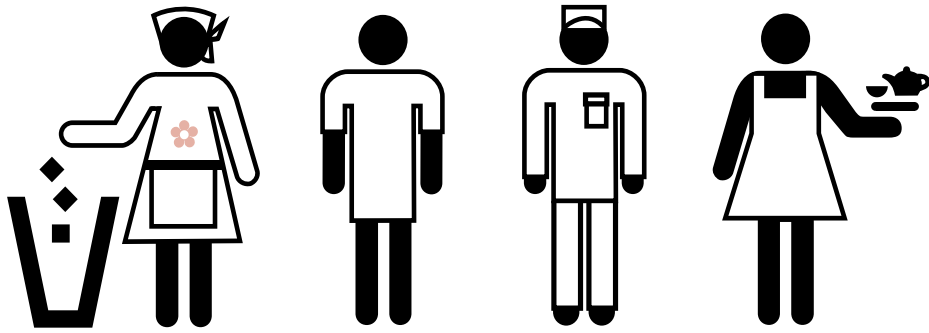
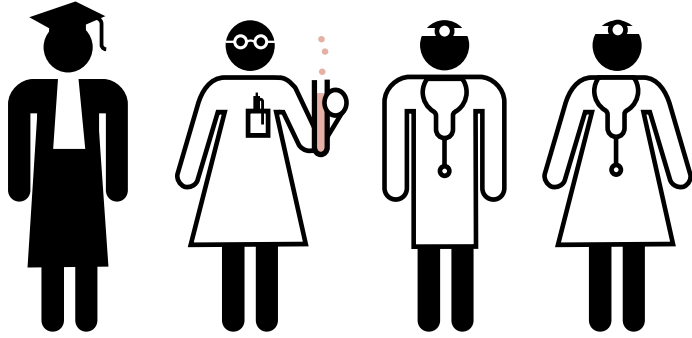
www.lumc.nl

E-mail: informatie@lumc.nl

Telefoon: 071 5268005

mei 2006

Beter zijn Beter worden



20