



LEIDS UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM

Jaarverslag 2006



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 voorzitter Raad van Bestuur 5

Voorwoord voorzitter Raad van Toezicht 7

1 Uitgangspunten van de verslaggeving 9

2 Profiel van de organisatie 11

2.1 Algemene identificatiegegevens 11

2.2 Structuur van het concern 11

2.3 Kerngegevens 12

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering 12

2.3.2 Productie, personeel en opbrengsten 12

2.3.3 Werkgebieden 12

2.4 Belanghebbenden 14

3 Governance 15

3.1 Bestuur en toezicht 15

3.1.1 Zorgbrede Governance Code 15

3.1.2 Raad van Bestuur 15

3.1.3 Raad van Toezicht 15

3.2 Bedrijfsvoering 16

3.3 Cliëntenraad 17

3.4 Ondernemingsraad 17

3.5 Dialoog met studenten en AIOS 18

4 Beleid, inspanningen en prestatie 19

4.1 Meerjarenbeleid 19

4.2 Algemeen beleid 19

4.2.1 Patiëntenzorg 19

4.2.2 Onderzoek 23

4.2.3 Onderwijs 26

4.2.4 Opleidingen 28

4.2.5 Bij- en nascholing 29

4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid 30

4.3.1 Kwaliteit van onderzoek 30

4.3.2 Kwaliteit van onderwijs en opleiding 31

4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten 31

4.4.1 Kwaliteit van zorg 31

4.4.2 Klachten 31

4.4.3 Toegankelijkheid 32

4.4.4 Patiëntveiligheid 32

4.4.5 ICT 34

4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers 35

4.5.1 Personeelsbeleid 35

4.5.2 Kwaliteit van het werk 37

4.6 Samenleving 39

4.6.1 Valorisatie 40

4.6.2 Proefdieren 41

4.6.3 Milieu 41

4.7 Financieel beleid 41

Personalia 45

Vaststelling en goedkeuring jaarrekening 48

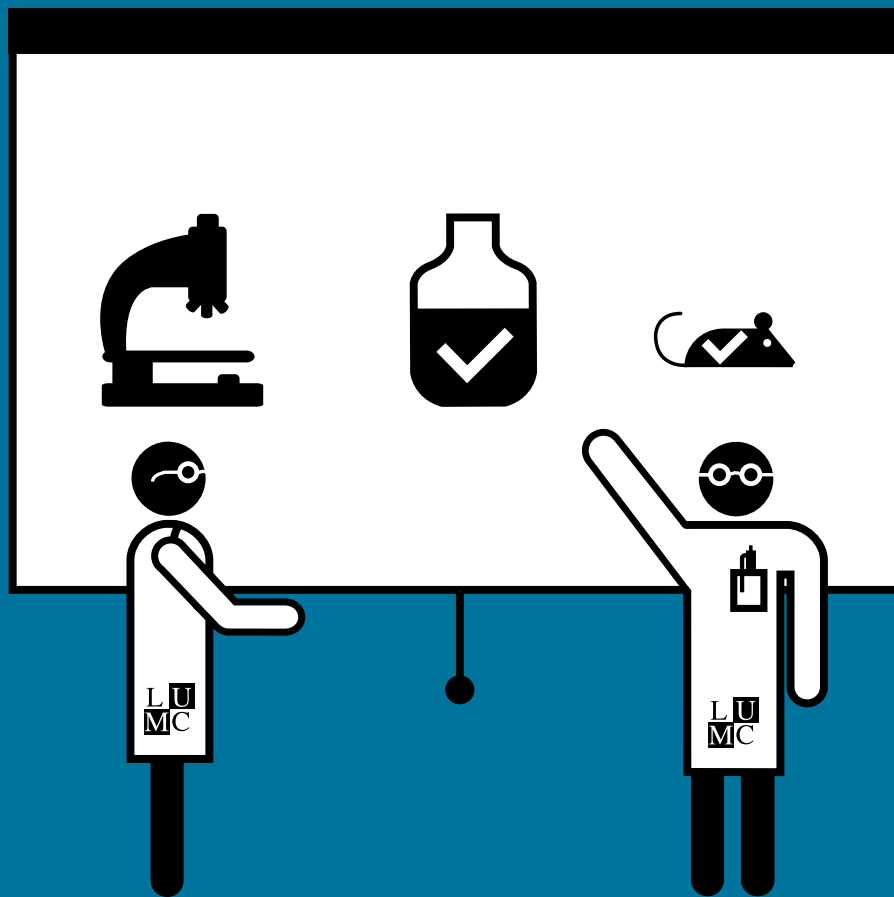
Accountantsverklaring 49

Enkelvoudige jaarrekening 51

Geconsolideerde jaarrekening 67

Kerngegevens, kengetallen en prestatie-indicatoren 71

Lijst van afkortingen 118



Scouting & Screening

In een vroeg stadium, nog voor de publicatie, bekijken onderzoekers of (be)vindingen geïdentificeerd moeten worden, als essentiële stap op weg naar toepassingen in de praktijk.

Voorwoord voorzitter Raad van Bestuur

Het LUMC streeft ernaar de maatschappelijke verantwoording die het aflegt in het jaarverslag zo inzichtelijk als mogelijk te laten zijn. De hier gepresenteerde kengetallen en prestatie-indicatoren van 2006 illustreren dat de beleidsuitgangspunten over alle kerntaken op adequate wijze naar de praktijk zijn vertaald.

Het LUMC kende vele mooie momenten in 2006. Als eerste gaan de gedachten uit naar 1 december, de dag waarop we zowel het tweede lustrum van het LUMC vierden, de officiële opening van Gebouw 2 en 3 van het LUMC en het afscheid van Onno Buruma. De festiviteiten vormden een waardige illustratie van de grote betekenis die Onno Buruma voor het LUMC heeft gehad.

Ook vierden we subsidies van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek, de benoeming van Jan Vandenbroucke tot Academiehoogleraar en de Prijs voor Wetenschap en Maatschappij voor Cees Melief. Reden tot blijdschap was verder de start van de academische werkplaats voor public health en de verdere uitbouw van het interfacultaire imagingonderzoek, anticiperend op de 7 Tesla MRI die binnenkort in bedrijf komt. In 2006 steeg het aantal promoties en publicaties en ook de wetenschappelijke impact nam toe: de onderzoekers van het LUMC werden meer geciteerd dan in voorafgaande jaren.

De internationale visitatiecommissie die het LUMC onderzoek beoordeelde, schreef een positief oordeel. Verbetering van de mogelijkheden tot kennisexploitatie is een speerpunt aan het worden. Er zijn observaties dat, wanneer onderzoek leidt tot de vorming van bedrijven, dit een stimulans is voor de wetenschap die eraan ten grondslag ligt. Deze ontwikkeling wordt ondersteund door subsidiemogelijkheden en het beschikbaar stellen van behuizing. Het LUMC draagt zo bij aan de ontwikkeling van het Leidse BioScience Park.

In 2006 is een aanzienlijk aantal hoogleraren benoemd, van wie veel wordt verwacht bij de verdere versterking van de kwaliteit van onderwijs. In het onderwijs wordt gewerkt met het kwaliteitsmanagementsysteem QAME, waarin hogere eisen aan de professionaliteit van docenten worden gesteld. Het

LUMC participeert nu in de landelijke voortgangstoets. Dat levert niet alleen informatie voor de individuele student, maar maakt ook een vergelijking mogelijk met de Geneeskunde-opleiding in andere UMC's. Veel energie is gestoken in de invoering van de bachelor-masterstructuur Geneeskunde.

De vorming van een 'graduate school' voor het hele LUMC is afgerond, een kwaliteitsslag in de opleiding tot onderzoeker. Ook bij de opleiding tot specialist worden de kwaliteitseisen scherper gesteld. Verder wordt de opleiding voor AIOS uitgebreid met training van vaardigheden in 'skills labs' en trainingen in disciplineoverstijgende competenties. In het kader van het noodzakelijke continuüm van basisopleiding tot nascholing is het verheugend dat het aantal Boerhaave cursussen blijft stijgen.

Innovatie, nauw aansluitend bij wetenschappelijk onderzoek, staat ook bij de patiëntenzorg van het LUMC centraal. Door middel van overzichten maakt het LUMC zijn meerwaarde voor de zorg zichtbaar op het gebied van innovatie, topreferentiefuncties en topklinische zorg. In 2007 zal in samenwerking met de andere UMC's een 'portal' worden gecreëerd die aan patiënten en verwijzers inzicht verschaft hoe de topreferentiefuncties over Nederland zijn verspreid en waar zich de expertise bevindt voor zeldzame (wees-)ziekten. Aandacht voor die meerwaarde van UMC's is noodzakelijk.

In de patiëntenzorg krijgen veiligheid en patiënttevredenheid nu speciale aandacht. Het beperken van veiligheidsrisico's was indertijd één van de belangrijkste redenen om het NIAZ kwaliteitssorgsysteem in te voeren. Nu is er opnieuw aandacht om de kans op ongewenste uitkomsten van zorg zo laag mogelijk te krijgen. Informatisering is een belangrijk instrument bij alle verbeteringen. Mirador zal de basis blijven van de uitbouw van het elektronische patiëntendossier inclusief ordermanagement en afspraken. ICT blijft

prominent op de bestuurlijke agenda.

Inspelen op kenniseconomie, zorg en opleidingsmarkt op hoog niveau kan alleen als het LUMC een aantrekkelijke werkplek is. Aantrekkelijkheid hangt in niet geringe mate samen met gedeelde waarden. Daarover zijn het afgelopen jaar drie documenten verschenen. Waar het HRM-beleidsplan de ontwikkelingsrichting aangeeft, zijn de kernwaarden, vastgelegd in de LUMC-code, datgene waar het om draait. Daaruit vloeit gewenst gedrag voort: hoe gedragen we ons in het LUMC tegenover elkaar? Als het onverhoopt mis mocht gaan met de communicatie dan is er tenslotte de Klokkeluidersregeling die medewerkers een veilig vangnet geeft.

Gedurende de eerste acht maanden van mijn voorzitterschap raakte ik opnieuw onder de indruk van de mogelijkheden van het LUMC en de bereidheid om de LUMC-ambities te steunen. Dat geeft vertrouwen dat we de uitdagingen die voor ons liggen aankunnen. In de eerste plaats is dat de invoering van het nieuwe bekostigingsstelsel voor zorg, dat meer dan tevoren eisen zal stellen aan zowel productiviteit en doelmatigheid, als aan het in beeld brengen van onze publieke taken in de zorg. Onverminderd blijft belangrijk dat onderwijs verder verbetert en dat er ruimte wordt gecreëerd voor nieuwe talentvolle onderzoekers. Laten we het LUMC een mooie toekomst geven.

*Prof. dr. F.C. Breedveld,
voorzitter Raad van Bestuur LUMC*

Voorwoord voorzitter Raad van Toezicht

2006 was in vele opzichten een bijzonder jaar voor het LUMC. Wij namen afscheid van prof. dr. O.J.S. Buruma, een bevlogen bestuurder met een bijzondere strategische visie.

En wij gaven ons vertrouwen aan zijn opvolger, prof. dr. F.C. Breedveld.

Met de opening van de gebouwen 2 en 3 ging een langverbeide wens in vervulling; eindelijk werd de unilocatie een feit.

Besturen is een boeiende mengeling van langdurige processen en bijzondere momenten.

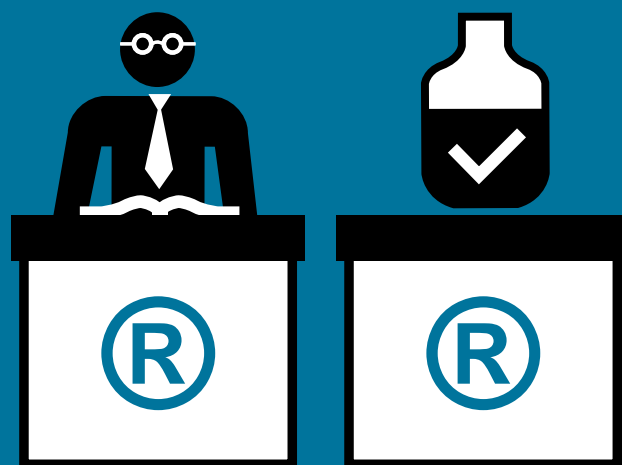
1 december 2006 was zo'n bijzonder moment voor het LUMC. Drie gebeurtenissen vielen hier samen: het startschot voor de viering van het tienjarig bestaan van het LUMC, de opening van de gebouwen 2 (onderzoek) en 3 (onderwijs) en het officiële afscheid van prof. Buruma als voorzitter van de Raad van Bestuur. Eerder al, op 1 september, trad hij daadwerkelijk terug als voorzitter. Wij kennen hem niet alleen als een krachtig bestuurder, maar ook als een warm en betrokken mens met een groot gevoel voor humor. Steeds hield hij ons op de hoogte van de relevante zaken, in een sfeer van grote openheid en respect. De Raad van Toezicht is hem veel dank verschuldigd, vooral voor de realisatie van het LUMC in zijn huidige vorm.

strategisch belang voor het LUMC, wordt hiermee versterkt. De bijzondere architectuur van Gebouw 3 symboliseert ook dat het LUMC grote waarde hecht aan onderwijs en nascholing.

*Mr. M. Tabaksblat,
voorzitter Raad van Toezicht LUMC*

In december nam mevrouw mr. J.J.M.S Leyten-de Wijckerslooth de Weerdesteyn afscheid van de Raad van Toezicht na het voltooien van haar tweede termijn. De Raad van Toezicht is haar erkentelijk voor haar waardevolle en betrokken inbreng en zeer constructieve bijdrage aan de vergaderingen. Voor het overige bleef de samenstelling van de Raad van Toezicht ongewijzigd. Ook de samenstelling van de auditcommissie veranderde niet.

De totstandkoming van de nieuwe gebouwen voor onderwijs en onderzoek is een zeer langdurig proces geweest, dat meer dan een kwart eeuw in beslag heeft genomen. Het heeft veel energie gekost, maar nu Gebouw 2 en 3 in bedrijf zijn, kunnen wij ons gelukkig prijzen met deze gloednieuwe gebouwen die geheel voldoen aan de eisen van deze tijd. De verbinding tussen Gebouw 2 en Gebouw 1 wordt nu al intensief gebruikt. De wisselwerking tussen fundamenteel onderzoek en kliniek, van zo'n groot



Octrooieren

Een octrooi biedt mogelijkheden voor toepassingen door een bedrijf. Kennisbescherming bevordert innovatie, want onbeschermde vindingen zijn commercieel niet interessant.

1 Uitgangspunten van de verslaggeving

Het jaarverslag 2006 is bedoeld voor iedereen die meer wil weten over het LUMC, en globaal bekend is met de organisatie. Het biedt de lezer een transparante verantwoording van het beleid en de prestaties van het LUMC in het afgelopen jaar. Niet alles dat vorig jaar gebeurd is, kan in dit kader aan de orde komen. Er is een selectie gemaakt uit de vele ontwikkelingen die zich binnen zo'n grote organisatie in een jaar hebben voorgedaan. Meer informatie is te vinden op www.lumc.nl, onder meer in het nieuwsarchief en het archief van Cicero.

De indeling van dit jaarverslag is gebaseerd op de nota 'Jaardocument Zorginstellingen 2006' van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezien de publieke taken van een Universitair Medisch Centrum (UMC) zijn hieraan paragrafen toegevoegd die betrekking hebben op onderzoek, onderwijs, opleidingen en dergelijke. Het LUMC zit namens de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) in de stuurgroep voor dit nieuwe jaardocument. De verslaggeving is tevens in overeenstemming met de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

De nadruk ligt op de prestaties van het LUMC in zijn kerntaken, zichtbaar gemaakt in prestatie-indicatoren (PI's) en kengetallen. Alle PI's staan op pagina 71 tot en met pagina 117. Waar mogelijk wordt een vergelijking met andere universitair medische centra gemaakt.

Financiën en consolidatie

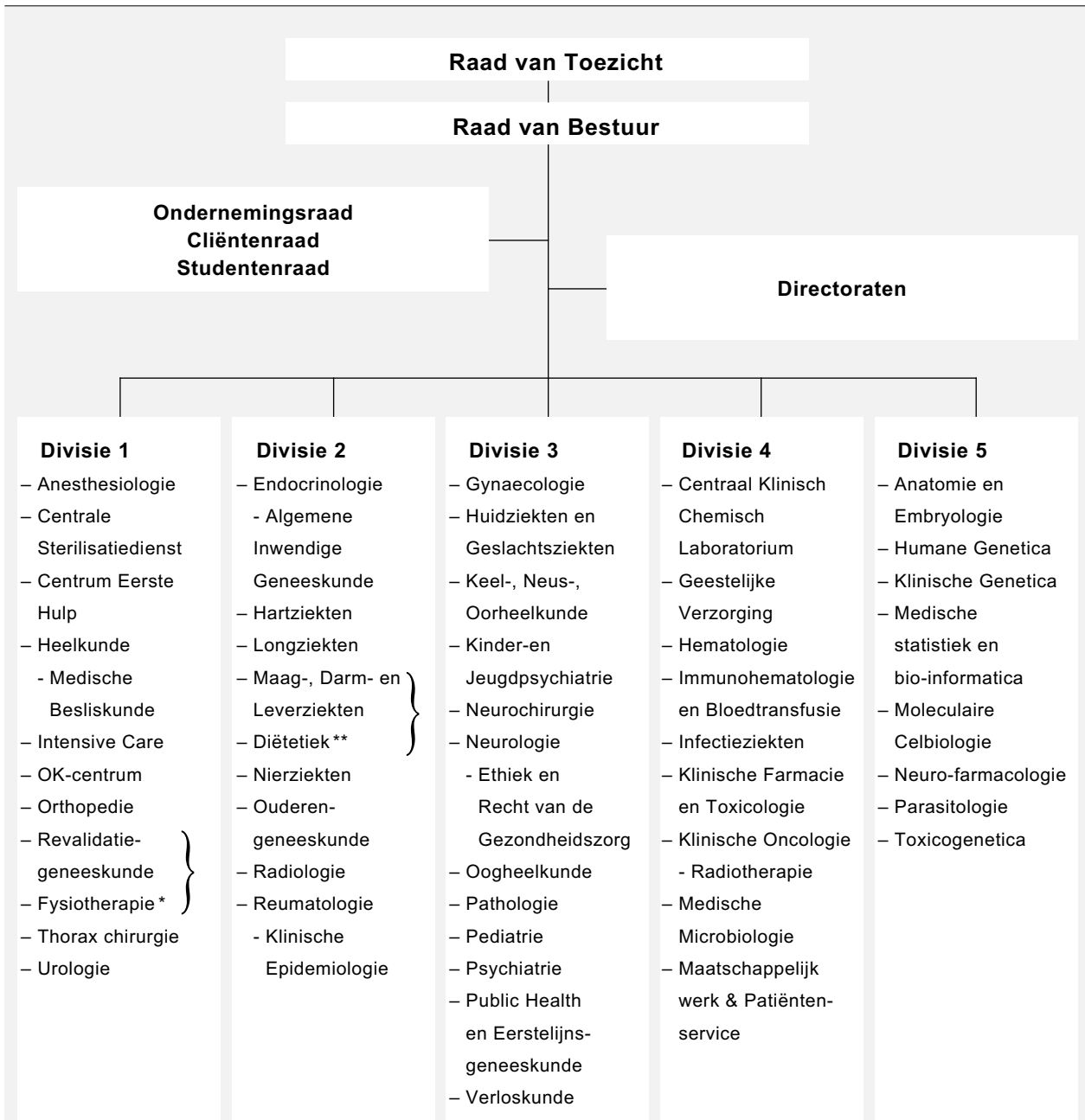
De financiële informatie in deze gedrukte versie van het jaarverslag is beknopt gebleven. De complete jaarrekening is gedeponereerd bij CIBG, staat op www.lumc.nl en kan ook worden opgevraagd bij het directoraat Financiën van het LUMC.

Dit verslag legt verantwoording af over het LUMC zelf (de enkelvoudige jaarrekening). In de WTZi is de plicht tot consolidatie opgenomen wanneer rechtspersonen een groep vormen. De aan het LUMC gelieerde instellingen (zie pagina 11) 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 CIBG gedeponereerd) verwezen.

Illustraties

De illustraties in dit jaarverslag vormen een beeldverhaal over de valorisatie van kennis, in de visuele stijl die ook in eerdere publicaties van het LUMC is gehanteerd. Valorisatie, ook wel kennistransfer genoemd, is het creëren van economische waarde uit wetenschappelijke kennis. Het LUMC is al jaren sterk in het zogeheten translationele onderzoek, dat de vertaalslag maakt van vindingen in het laboratorium naar de klinische praktijk. Uiteindelijk kan dit leiden tot kennis die ook commercieel toepasbaar is. Toepassing in de markt is vaak de beste garantie om te zorgen dat wetenschappelijke ontdekkingen ook daadwerkelijk leiden tot innovatie in de zorg. Bovendien kunnen de (uit publieke middelen gefinancierde) activiteiten van onderzoekers zo leiden tot een stimulans voor de Nederlandse economie. De illustraties vormen een doorlopend verhaal, dat inhoudelijk verder los staat van de tekst van het jaarverslag.

Het organogram van het Leids Universitair Medisch Centrum



Themagroepen: Genetische epidemiologie en bioinformatica, Immunotherapie van kanker, Infectieziekten en immunologie, Neurowetenschappen, Oncogenetica, Regenerative medicine, Vascular medicine, Veroudering.

Technology platforms: Center for molecular imaging, Centrum voor biomoleculaire massaspectrometrie, Leiden Genome Technology Center, Proefdiercentrum, Stamcelcentrum.

Multidisciplinaire centra: Center for Medical Systems Biology, Centrum voor Infectieziekten, LUMC Kanker Centrum, Center for Public Health, Diabetes mellitus Centrum.

* De Fysiotherapie heeft een functionele relatie met de Revalidatiegeneeskunde.

** De Diëtetiek heeft een functionele relatie met Maag-, Darm- en Leverziekten.

2 Profiel van de organisatie

2.1 Algemene identificatiegegevens

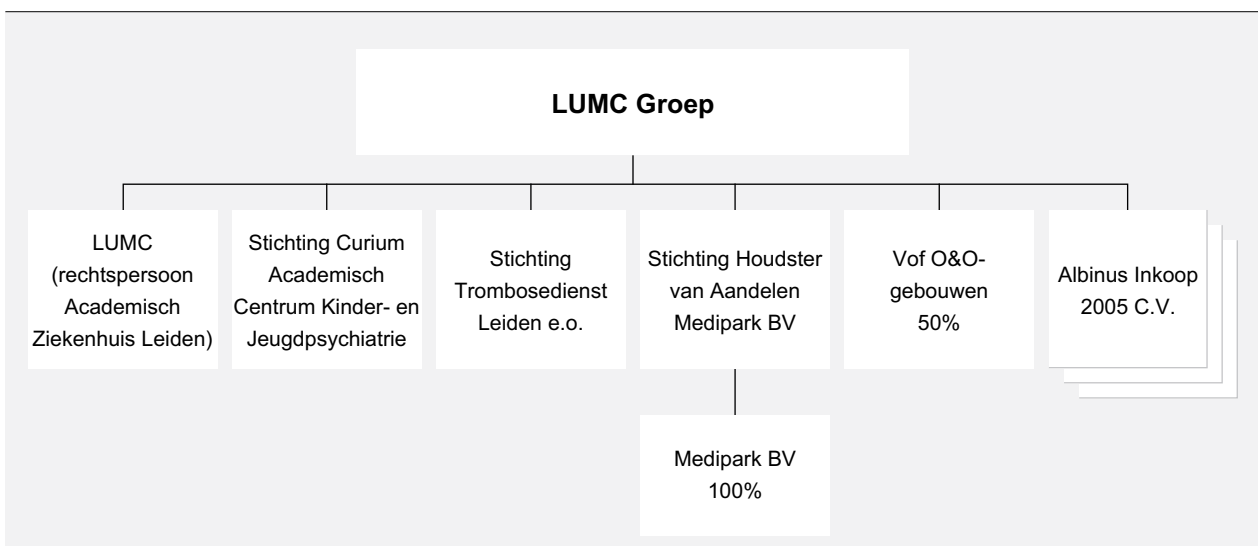
Naam verslagleggende rechtspersoon	Leids Universitair Medisch Centrum
Rechtsvorm	Academisch ziekenhuis
Adres	Albinusdreef 2
Postcode	2333 ZA
Plaats	Leiden
Telefoonnummer	071-526 9111
NZa-nummer	Categorie 20, nummer 1400
Nummer Kamer van Koophandel	Niet van toepassing
E-mailadres	info@lumc.nl
Internetpagina	www.lumc.nl

2.2 Structuur van het concern

De in de WHW gecreëerde 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 2006 staat hiernaast. Op 1 januari 2006 vond een herindeling van de divisies plaats. In het bijzonder divisies 2 en 4 hebben hierbij een aantal afdelingen uitgeruild. Het LUMC is een lijnorganisatie met decentraal integraal management. Dit houdt in dat het divisiebestuur autonoom handelt binnen de door de Raad van Bestuur gestelde kaders, waardoor snel en effi-

ciënt beleidsbeslissingen genomen kunnen worden. De LUMC Groep bestaat uit het LUMC, de Stichting Curium Academisch Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, de Stichting Trombosedienst Leiden en omstreken 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 trad op als hoofdaannemer voor de bouw van het Onderzoeksgebouw (Gebouw 2, voltooid in 2005) en het Onderwijsgebouw (Gebouw 3, opgeleverd in 2006) van het LUMC. De vof zal in 2007 worden opgeheven. In 2007 worden ook de Albinus Inkoop CV's opgeheven.

De LUMC Groep in schema



Kerngegevens	
	Aantal/bedrag
Capaciteit	
– Ultimo aantal feitelijke deeltijdplaatsen op 31 december	–
– Aantal feitelijk beschikbare bedden (klinische en dag/deeltijdbehandeling) op 31 december	–
<i>Waarvan feitelijk beschikbare PAAZ- en PACZ-bedden</i>	15
Personeel	
– Aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten op 31 december	5.958
– Aantal FTE-personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten op 31 december	4.903
– Aantal medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) op 31 december	436
– Aantal FTE-medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) op 31 december	358
Bedrijfsopbrengsten	
– Totaal bedrijfsopbrengsten verslagjaar	€ 512,3 mln
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	€ 325,3 mln
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	€ 187,0 mln

2.3 Kerngegevens

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

Het LUMC 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 UMC en legt de basis voor innovatie op diverse terreinen. Zie in dit verband de op 21 december 2006 door de minister van VWS en de staatssecretaris van OCW aan de Tweede Kamer gezonden nota 'Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving', die de positionering van de UMC's in het nieuwe stelsel definieert.

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.

2.3.2 Productie, personeel en opbrengsten

De productie in de patiëntenzorg in 2006 ligt binnen de afspraken die met de zorgverzekeraars zijn gemaakt. Wat betreft de overige kerntaken kan het LUMC terugkijken op een productief jaar, zoals blijkt uit de rest van dit verslag. Dit is te danken aan de professionele inzet van alle medewerkers (5.261 FTE). Op financieel gebied verliep 2006 eveneens zonder problemen. Aan het eind van het boekjaar kon een batig saldo worden ingeboekt.

2.3.3 Werkgebieden

Voor de curatieve zorg richt het LUMC zich speciaal op bijzondere zorg, die alleen in een gespecialiseerd centrum gegeven kan worden. Hier komt immers de speciale expertise van een Universitair Medisch Centrum het beste tot zijn recht. Een bijzondere patiëntenstroom wordt gevormd door de verwijzingen door andere ziekenhuizen en vanuit andere regio's, de topreferente zorg. Daarnaast biedt het LUMC topklinische zorg – bijzondere functies die door de minister worden aangewezen op grond van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV). Met name voor onderwijs en opleiding levert het LUMC naast deze bijzondere zorg ook routinematige curatieve zorg.

Productie	
	Aantal/bedrag
Aantal in verslagjaar geopende DBC's	201.976
Percentage verkeerde-bed-patiënten gemiddeld in verslagjaar	0,94%
Aantal opnamen exclusief overnamen en dagverpleging in verslagjaar	18.908
<i>Waarvan opnamen in PAAZ en PACZ</i>	245
Aantal ontslagen patiënten in verslagjaar	–
Aantal eerste polikliniekbezoeken in verslagjaar	114.429
<i>Waarvan eerste poliklinische contacten in PAAZ en PACZ</i>	469
Aantal overige polikliniekbezoeken in verslagjaar	224.080
<i>Waarvan overige poliklinische contacten in PAAZ en PACZ</i>	1.744
Aantal dagverplegingsdagen (normaal en zwaar) of deeltijdbehandelingen in verslagjaar	11.957
<i>Waarvan deeltijdbehandelingen in PAAZ en PACZ</i>	–
Aantal klinische verpleegdagen in verslagjaar	141.128
<i>Waarvan klinische verpleegdagen in PAAZ en PACZ</i>	5.326

Vergunning WBMV			
	Ja/nee		Ja/nee
Transplantaties		Hartchirurgie	
– Niertransplantatie	Ja	– Openhartoperatie (OHO)	Ja
– Harttransplantatie	Nee	– Automatic implantable cardioverter defibrillator (AICD)	Ja
– Longtransplantatie	Nee	– Ritmechirurgie	Ja
– Levertransplantatie	Ja	– Percutane transluminale coronaire angioplastiek (PTCA)	Ja
– Pancreastransplantatie	Ja	Klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing	Ja
– Transplantatie van de dunne darm	Ja	In vitro fertilisatie (IVF)	Ja
– Haematopoëtische stamceltransplantaties	Ja	Neonatale intensive care unit (NICU)	Ja
– Transplantatie van de eilandjes van Langerhans	Ja		
Radiotherapie	Ja		

Aanwijzing WBMV	
	Ja/nee
Pediatische intensive care unit (PICU)	Ja
Hemofiliebehandeling	Ja
Traumazorg	Ja
Pijnrevalidatie en revalidatietechnologie	Ja
HIV-behandelcentra (Humaan immunodeficiëntie virus)	Ja
Cochleaire implantaties	Ja
Uitnameteams orgaandonatie	Ja

2.4 Belanghebbenden

Het LUMC hecht als publiek gefinancierde instelling uiteraard veel waarde aan maatschappelijke verantwoording. Bij de uitvoering van onze publieke taken hebben we te maken met een groot aantal uiteenlopende belanghebbenden. Direct belanghebbenden zijn de patiënten, het personeel en de studenten. Medezeggenschap van 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 Onderdeelcommissies (OC's) van de divisies. 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 Onderwijs- en Opleidingsregio (OOR), de Gemeente Leiden, de Provincie Zuid-Holland enzovoort. In 2006 werd een strategische alliantie gesloten met het Ziekenhuis Bronovo in Den Haag.

3 Governance

3.1 Bestuur en toezicht

3.1.1 Zorgbrede Governance Code

Het LUMC houdt zich aan de zorgbrede Governance-code die in 2005 door de Branche-organisaties Zorg (BoZ) aan de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport is aangeboden, met uitzondering van zaken die in de Wet op Hoger onderwijs en Wetenschappelijk onderzoek (WHW) anders zijn bepaald. Een meer specifieke Governance-code van de NFU is in voorbereiding.

Het LUMC heeft als kernwaarden betrouwbaarheid, openheid en betrokkenheid geformuleerd in de LUMC-code die in 2006 definitief als gedragscode is vastgesteld. Deze code dient als interne leidraad in aanvulling op de geldende wetten, regels en richtlijnen.

Conform de regeling Nevenwerkzaamheden moeten medewerkers van het LUMC toestemming vragen voor nevenactiviteiten, waarbij belangenverstrengeling zou kunnen optreden.

In 2006 werden ook een Klokkenluidersregeling en een regeling Melding ernstige Kwaliteitstekorten van kracht.

3.1.2 Raad van Bestuur

De leden van de Raad van Bestuur zijn voor onbepaalde tijd benoemd door de Raad van Toezicht. De werkwijze is vastgelegd in het Bestuursreglement en in het Kwaliteitshandboek van Raad van Toezicht. De Raad van Bestuur vergadert wekelijks en houdt zich bezig met de strategische kaders en de bestuursfilosofie. De Raad van Bestuur benoemt de voorzitters van de divisies, die de overige leden van het divisiebestuur voor benoeming voordragen aan de Raad van Bestuur.

De sleutelposities in de hiërarchische lijnorganisatie worden bezet door professionals. Hierdoor is er geen bestuurlijke medeverantwoordelijkheid van een medisch stafconvent. Om verwarring te voorkomen is daarom in 2006 de naam van het 'Bestuur Stafconvent', dat al jaren een rol vervulde als overkoepelend kwaliteitssysteem, veranderd in

'Lijncommissie Kwaliteit Patiëntenzorg'. De taken van dit orgaan zijn onveranderd gebleven.

In 2006 veranderde de samenstelling van de Raad van Bestuur. Prof. dr. O.J.S. Buruma droeg, na 18 jaar lid te zijn geweest van de Raad van Bestuur (waarvan 13 jaar als voorzitter), de verantwoordelijkheid over aan prof. dr. F.C. Breedveld, daarvoor afdelingshoofd Reumatologie en voorzitter van Divisie 2. Prof. Buruma bleef tot maart 2007 adviseur van de Raad van Bestuur.

Hoewel de Adviesregeling Arbeidsvoorwaarden van de NVZD 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 hun nevenfuncties komen ten goede aan het LUMC. Nevenwerkzaamheden van de Raad van Bestuur zijn te vinden op www.lumc.nl en op pagina 64.

3.1.3 Raad van Toezicht

De minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap benoemt de leden van de Raad van Toezicht, telkens voor een periode van vier jaar. De leden zijn herbenoembaar. De werkwijze van de Raad van Toezicht is vastgelegd in het eerdergenoemde 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, waarvan twee leden met financiële expertise deel uitmaken. De Raad van Toezicht vormt als geheel de remuneratiecommissie, die voorstellen doet voor en toezicht houdt op het bezoldigingsbeleid.

Het wettelijk referentiekader voor het bestuur van de Academische Ziekenhuizen is de wet op het Hoger Onderwijs en het Wetenschappelijk Onderzoek. De vorige minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap heeft een wetsontwerp opgesteld, dat belangrijke wijzigingen bevat, ook wat betreft de academische ziekenhuizen en de UMC-vorming.

De Raad van Toezicht volgt met belangstelling de ontwikkelingen rond dit wetsontwerp in het nieuwe kabinet.

De vergaderingen van de Raad van Toezicht met de Raad van Bestuur zijn het centrale instrument voor de informatievoorziening, het overleg en de beleidsvorming. Daarnaast overlegt de voorzitter van de Raad van Toezicht maandelijks met de Raad van Bestuur.

Bij de jaarlijkse evaluatie stelde de Raad van Toezicht in 2006 opnieuw vast dat er sprake is van een bijzonder constructieve samenwerking en een open sfeer tussen de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur. De informatievoorziening door de Raad van Bestuur is uitstekend. De Raad van Toezicht spreekt zijn waardering uit voor het beleid van de Raad van Bestuur en de realisatie daarvan.

In 2006 waren er zes vergaderingen van de Raad van Toezicht. Van de vele onderwerpen die in deze vergaderingen van de voltallige Raad van Toezicht werden besproken, verdienen enkele hier speciale vermelding. Om te beginnen was daar uiteraard de wisseling van de wacht in de Raad van Bestuur, zoals ook reeds vermeld in het voorwoord bij dit jaarverslag. De Raad van Toezicht was uiteraard primair betrokken bij de selectie van een nieuwe kandidaat voor het voorzitterschap van de Raad van Bestuur. Na een zorgvuldige procedure en consultatieronde gaf de Raad van Toezicht het volle vertrouwen aan prof. dr. F.C. Breedveld als nieuwe voorzitter van de Raad van Bestuur.

Het centraal strategisch beleidsplan werd in 2006 opnieuw vastgesteld zonder ingrijpende wijzigingen. Voorts werden besproken: de externe onderzoeksvisite door de Commissie Van Aken, het kennis-exploitatiebeleid en de participatie van het LUMC in enkele grote projecten zoals Parelsnoer en CTMM, de 7 Tesla MRI en de toekenning van de NWO-BIG subsidie hiervoor en de oprichting van een pre-seed fund. Verder zijn noemenswaardig: de HRM beleidsnota, de LUMC-code, de Klokkenluidersregeling, de regeling Melding Kwaliteitsdefecten en voorts het beleid rond de vele stichtingen die aan het LUMC gelieerd zijn, het ICT-beleid en de invoering van DBC's.

In het kader van risicomanagement werd onder meer gesproken over de marktwerking in de zorg en de positioneringsnota van de NFU; ook kwam

het personeelsbeleid ter sprake in het licht van de te verwachten krapte op de arbeidsmarkt voor hooggekwalificeerd personeel mede in relatie tot het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd door relatief grote aantallen hoogopgeleide medewerkers.

In de loop van 2006 hebben de vijf divisievoorzitters achtereenvolgens 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 tweemaal een vergadering van de Ondernemingsraad bij. 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 65.

De auditcommissie vergaderde drie keer ter voorbereiding van de vergaderingen van de Raad van Toezicht. Aan de orde kwamen hier onder meer de kwartaalresultaten; het concept jaardocument maatschappelijke verantwoording en concept jaarrekening 2005; de management letter; de begroting; de risico-paragraaf; de bestuursverklaring betreffende de DBC's en de financiering van de nieuwe Onderzoeks- en Onderwijsgebouwen. In het kader van *good governance* volgde een nieuwe externe accountant van Ernst & Young, de heer G.W. Hilverda RA, zijn collega de heer drs. J. Verhagen RA na zes jaar als lead-accountant op.

3.2 Bedrijfsvoering

De bedrijfsvoering is gebaseerd op een besturingsfilosofie waarbij de verantwoordelijkheid zoveel mogelijk decentraal ligt. De controle vindt achteraf plaats, op grond van transparante verslaglegging. De divisies, het facilitair bedrijf en de directoraten hebben elk een eigen jaarbudget. Binnen dit budget hebben zij vrijheid van handelen. Zeker de divisies waarin wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt, vullen dit budget aan met externe financiering. De financiële *control* berust uiteindelijk op de budgetdiscipline van de afdelingshoofden en divisiebesturen. Deze is in het algemeen goed.

De administratie wordt centraal gevoerd. Alleen de salarisverwerking is uitbesteed. Gedurende 2006 is na de invoering van één gemeenschappelijk admini-

stratief systeem (FLITS) veel aandacht besteed aan een kwaliteitsverbetering van de basisadministratie (met name de projectenadministratie) en de managementinformatie. De DBC-registratie is mede door gebreken in de DBC-systematiek nog niet perfect en de accountant heeft bij het verantwoordingsdocument ‘Totaalbedrag gefactureerde DBC’s 2006’ aan de NZa een goedkeurende verklaring ‘met beperking’ afgegeven.

Het LUMC beschouwt zijn NIAZ kwaliteitssysteem ook als het risicomanagementsysteem. Dat dekt echter niet de onzekerheid over de toekomstige bekostiging van UMC’s. 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). Er zijn geen bijzondere risico’s aan deze verbanden verbonden.

Informatie- en communicatietechnologie

De groeiende rol van ICT in de organisatie betekent ook een risico. Afhankelijkheid van elektronische systemen betekent immers ook dat men kwetsbaarder wordt voor storingen. Er wordt veel energie besteed om deze risico’s zo klein mogelijk te maken, onder andere door een goede storingsdienst en systemen die dubbel zijn uitgevoerd.

Veiligheid en privacybescherming op basis van de kwaliteitsnorm NEN7510 staat blijvend hoog op de agenda. Ook in 2006 is samen met de andere UMC’s weer een meting uitgevoerd. Daaruit is gebleken dat voortgang wordt geboekt. Maar uit de meting bleek ook dat informatiebeveiliging naast technische maatregelen voortdurende alertheid vraagt van iedereen die met computers werkt en een hoge mate van integriteit van alle betrokken medewerkers. Daarvoor is een gezamenlijke campagne met de UMC’s in voorbereiding.

3.3 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 2006 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. De CRAZ heeft gemiddeld 50 actieve leden en acht achterwachtleden. De gemiddelde aanwezigheid van de CRAZ-leden is 56 procent. De aanwezigheid van de Raden van Bestuur bedraagt 100 procent.

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 richtinggevend geweest.

Met de lokale contactpersonen van de CRAZ hebben wij onder andere de patiëntveiligheid en het patiënttevredenheidsonderzoek besproken.

3.4 Ondernemingsraad

De medewerkers zijn vertegenwoordigd in de (centrale) Ondernemingsraad (OR) en in de (decentrale) Onderdeelcommissies (OC’s). In 2006 zijn verkiezingen gehouden voor de decentrale medezeggenschap. Er zijn 41 medewerkers in de decentrale medezeggenschap geïnstalleerd, verdeeld over zes OC’s. Het is niet gelukt om een gezamenlijke OC voor de directoraten te vormen. Voor deze medewerkers blijft de OR het overleg met de Raad van Bestuur voeren.

In het overleg met divisiebesturen/directeur oefenen de OC’s invloed uit om op tactisch/operationeel niveau belangen van de medewerkers en de organisatie als geheel te behartigen. De verdere ontwikkeling van de decentrale medezeggenschap tot volwaardig gesprekspartner van de divisiebesturen en de directeur Facilitair Bedrijf is ook in 2006 voortgezet.

De OR heeft zes keer overleg gevoerd met de vicevoorzitter van de Raad van Bestuur. In 2006 is twee maal een bijeenkomst gehouden met de gehele Raad van Bestuur en de voorzitter van de Raad van Toezicht. In het overleg met de Raad van Bestuur ging het onder meer over Arbobeleid en uitvoering, sociaal beleid en ontwikkelingen op het gebied van HRM-beleid en deregulering van interne regelgeving. Verder kwamen de ontwikkeling van carrièrelijnen in de organisatie en een code voor informatie en communicatie bij organisatieveranderingen uitgebreid aan de orde. Raad van Bestuur en OR hebben overeenstemming bereikt over het toepassen van de ‘code voor informatie en communicatie en procesafspraken bij organisatieveranderingen’. De organisatie zal gedurende een jaar deze code gaan gebruiken in plaats van de ‘reorganisatiecode’. Na een jaar vindt evaluatie plaats en zal blijken of deregulering ook hier mogelijk is.

De ontwikkeling binnen de decentrale medezeggenschap is voor de OR aanleiding geweest om opnieuw na te denken over zijn eigen rol en functioneren. Medio 2006 heeft een heroriëntatie plaatsgevonden. De OR heeft gekozen voor een scholings- en ontwikkelingstraject om te komen tot een centrale medezeggenschap die op strategisch niveau gesprekspartner is van de Raad van Bestuur.

3.5 Dialoog met studenten en AIOS

Studenten zijn via diverse commissies betrokken bij het beleid. We noemen hier expliciet de assessor, het MFLS-bestuur en de Studentenraad.

De assessor wordt jaarlijks als adviseur door de Raad van Bestuur benoemd. Hij of zij hoeft geen verantwoording af te leggen aan de studenten, maar vormt wel een aanspreekpunt voor hen. De assessor voert veelvuldig overleg met de decaan en is lid van meerdere onderwijscommissies, zoals het Onderwijs Management Team. De assessor heeft ook een taak binnen de Universiteit Leiden. De assessoren van de verschillende faculteiten zijn de aanspreekpunten voor de Universiteit en hebben zitting in het Leids Assessoren Overleg en de Leidse Studenten Raad.

Alle studenten Biomedische Wetenschappen en Geneeskunde zijn automatisch en gratis lid van de studievereniging MFLS. Het MFLS-bestuur is full-

time bezig met bestuurswerk; als verenigingsbestuur moet het verantwoording afleggen over zijn beleid. De bestuursleden zijn zo de directe belangenbehartigers van de LUMC-studenten. De twee bestuursleden Onderwijs (Geneeskunde en Biomedische Wetenschappen) zijn maximaal betrokken bij de inhoud en uitvoering van het onderwijs. Een belangrijke taak van het MFLS-bestuur is het selecteren van de studenten voor de verschillende onderwijscommissies in het LUMC.

De Studentenraad wordt gekozen door de studenten. Deze voert formeel overleg met de decaan over zaken als het examenreglement en de onderwijsfaciliteiten.

Vereniging van Arts Assistenten

Artsen In Opleiding tot Specialist (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. Ook in de Ondernemingsraad is ruimte voor een vertegenwoordiging van de AIOS. 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.

4 *Beleid, inspanningen en prestatie*

4.1 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 deze ambities waar te maken, moet aan een aantal belangrijke randvoorwaarden voldaan zijn. De belangrijkste zijn de inzet en creativiteit van de LUMC-medewerkers en het optimaal functioneren van de organisatie als geheel. Een heldere organisatiestructuur (waarin iedereen weet wat zijn verantwoordelijkheden zijn) en goed beleid op het gebied van Human Resource Management (HRM) zijn dan ook belangrijke pijlers van de LUMC-strategie, die in 2006 verder vorm gekregen hebben.

Met de ingebruikname van Gebouw 2 (onderzoek) en de voltooiing van Gebouw 3 (onderwijs) is ook een andere belangrijke randvoorwaarde vervuld: het werken op unilocatie, in gebouwen die voldoen aan de eisen van deze tijd. Het werken op één locatie blijkt nu al daadwerkelijk een stimulans te zijn voor de wisselwerking tussen laboratorium en kliniek. De verwachting is dat dit ook zal gelden voor onderwijs, opleiding en bij- en nascholing.

Vrijwel onzichtbaar, maar daarmee niet minder belangrijk is de informatie- en communicatie-infrastructuur. Op alle niveaus, van de werkvloeren van kliniek, laboratorium en onderwijsruimte tot de bureaus van de hoogste leidinggevendenden is ICT een krachtig instrument om processen efficiënter te laten verlopen en deze beter te bewaken. Tegelijkertijd is het een kwetsbare plek van een moderne organisatie; door tijdelijke storingen of structurele problemen met de ICT kan niet alleen veel ergernis, maar ook schade ontstaan.

Het is één ding om een hoog ambitieniveau voor een publieke organisatie uit te spreken, verantwoording afleggen hoort daar echter automatisch bij. Naast de verplichte verslaglegging, zoals op deze bladzijden, wil het LUMC ook op andere manieren zijn maatschappelijke meerwaarde zichtbaar maken. Er wordt dan ook hard gewerkt aan een systematiek om zichtbaar te maken in welke mate de organisatie in de maatschappij verankerd is. De eerste pilots zijn in 2006 van start gegaan; in de loop van 2007 zal duidelijk worden hoe deze benadering in de praktijk werkt.

4.2 Algemeen beleid

In de volgende paragrafen komen de vijf kerntaken aan de orde. Daarbij is het goed om op te merken dat de kerntaken weliswaar onderscheiden kunnen worden, maar niet gescheiden. Het geheel is altijd meer dan de som der delen. Hoogwaardige academische patiëntenzorg kan alleen worden uitgevoerd dankzij de expertise die is opgebouwd in wetenschappelijk onderzoek en contacten met andere experts wereldwijd. De kracht van het Leidse wetenschappelijk onderzoek is gelegen in de wisselwerking tussen fundamenteel onderzoek en toegepast onderzoek, met raakvlakken aan de patiëntenzorg. Onderwijs is onmogelijk zonder patiëntenzorg en eigen onderzoek; het geven van onderwijs aan studenten inspireert artsen en onderzoekers in hun overige activiteiten. Dat laatste geldt in nog sterkere mate voor de opleiding tot specialist, met gemotiveerde jonge artsen die gericht op zoek gaan naar actuele kennis. Uiteraard leveren deze Artsen In Opleiding tot Specialist (AIOS) een belangrijke rechtstreekse bijdrage aan de 24-uurs patiëntenzorg en aan het patiëntgebonden onderzoek. Na- en bijscholing is van oudsher sterk in Leiden. Het LUMC vindt het bijzonder belangrijk om de kennis die voortkomt uit wetenschappelijk onderzoek en innovatieve patiëntenzorg te delen met anderen en zo een bijdrage te leveren aan de innovatie van de Nederlandse gezondheidszorg.

4.2.1 Patiëntenzorg

Innovatie staat ook in de patiëntenzorg centraal in het LUMC. Dat geldt op inhoudelijk niveau, vaak nauw

aansluitend bij activiteiten op het gebied van klinisch wetenschappelijk onderzoek. Maar innovatie is ook belangrijk op het niveau van structuren en werkwijze, bijvoorbeeld in systemen voor incidentmeldingen, efficiëntere inrichting van de poliklinieken of het verplaatsen van zorg naar de thuissituatie. Om een duidelijker inzicht te geven in de innovatieve kracht van de patiëntenzorg in het LUMC is een inventarisatie gemaakt van al die inhoudelijke en structurele innovaties. De resultaten ervan zijn begin 2007 verspreid in de organisatie.

Innovatie in de patiëntenzorg is voor het LUMC geen luxe, maar één van de redenen van zijn bestaan. De zorg in een UMC is immers duurder dan in een algemeen ziekenhuis – tegenover deze meerkosten dient

een meerwaarde te staan. Innovatie is in de filosofie van het LUMC pas voltooid als ook anderen buiten de eigen instelling ervan profiteren. Uiteraard vindt het LUMC het ook belangrijk om de eigen processen voortdurend te verbeteren en vernieuwen. Maar innovatie betekent toch vooral dat nieuwe zaken worden ontwikkeld die ook elders leiden tot een verbetering van de kwaliteit van zorg.

Zorginnovaties

Het door de afdeling Medische Besliskunde van het LUMC ontwikkelde programma SMASHING (*Self-Management of Astma Supported by Hospitals, ICT, Nurses and General practitioners*) ontving de Spider Award 2006, die het informatiseringsinstituut voor de zorg Nictiz en het vakblad ICTzorg jaarlijks uitreiken aan toonaangevende ICT-projecten in de gezondheidszorg. Het project biedt (jonge) astmapatiënten betere zorg dankzij telemonitoring. De patiënten geven longfunctiewaarden (de piekstroom) regelmatig per SMS of via Internet door, samen met het antwoord op twee standaardvragen. Binnen 30 seconden krijgt de patiënt een automatisch adviesbericht, waarin staat of het nodig is om de medicatie aan te passen. Bij sterk afwijkende waarden neemt de astmaverpleegkundige, die speciaal voor dit project is aangesteld, contact met de patiënt op. Het project is bedoeld ter ondersteuning van het gewone contact tussen patiënt en behandelaar. Huisartsen krijgen via het systeem ook meer informatie over hun patiënten.

Om de kwaliteit van de zorgketen voor patiënten na een knie- of heupoperatie te verbeteren en node-loos verblijf in een LUMC-bed te beperken is in september gestart met het project 'Pilot zorgketen met schakelunit'. Een schakelunit is een bed in een verpleeghuis, waar patiënten na de operatie kunnen herstellen en revalideren. Het verblijf in het ziekenhuis blijft daardoor beperkt tot het absolute minimum. Dit project wordt uitgevoerd in samenwerking met Duyn en Rhyn en Zorgcentra Vlietlanden. Gezamenlijk wordt de kwaliteit van diverse aspecten van de zorg bewaakt.

De afdeling Neurologie ontwikkelde een psychosociaal programma voor patiënten met de ziekte van Parkinson en hun partners. Dit programma ondersteunt hen om beter om te gaan met de ziekte. Er is een handboek gemaakt, het Patiënt Educatie Programma Parkinson (PEPP), waarbij ook een DVD met vier korte films zit ingesloten. Het

Voorbeelden van innovaties in de patiëntenzorg

- Satellietapotheek
- Vaardighedencentra met als doel verbetering kwaliteit van professionals in patiëntenzorg
- Zwangerschapspolikliniek voor diabetici
- Hartfalen polikliniek met thuismonitoring
- Radiofrequency ablatie als minimaal invasieve behandeling bij metastasen
- Behandeladviescentrum ouderengeneeskunde gebruikmakend van uniek elektronisch patiëntendossier (anderhalve lijn)
- Telemonitoring astma
- Routine outcome monitoring bij stemmings-, angst- en somatoforme stoornissen (samen met 1e en 2e lijn)
- Geautomatiseerde bewaking antimicrobiële therapie
- Moleculaire testen voor sputum diagnostiek
- Detectie van chromosoomafwijkingen in vruchtwater d.m.v. 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
- Vervanging pulmonalisklep via catheter in lies

programma bestaat uit acht sessies van 90 minuten. Patiënt en partner krijgen elk een aparte cursus. In een Boerhaave cursus werden trainers opgeleid om met PEPP aan de slag te gaan. Het programma kan met enkele aanpassingen ook bij andere chronische aandoeningen worden ingezet.

MISSION! is een intensief zorgprogramma voor patiënten met een acuut hartinfarct. Het is ontwikkeld in een samenwerkingsverband tussen de afdeling Cardiologie van het LUMC, de ambulancedienst Hollands Midden, vier ziekenhuizen en drie hart-revalidatiecentra in de regio. Het richt zich op het hele traject, van de allereerste acute diagnostiek en zorg (prehospitale fase) via een klinische fase tot de langere termijn (poliklinische fase). Voor elk van deze fasen zijn prestatie-indicatoren ontwikkeld, om het effect van het programma te kunnen meten. Uit een recente evaluatie blijkt dat het programma op verschillende punten effectief is. Zo is de gemiddelde tijd ‘van deur tot ballonbehandeling’ teruggebracht van 76 naar 49 minuten. Ook worden de verschillende geneesmiddelen die bewezen effectief zijn bij patiënten met een acuut hartinfarct, dankzij het programma bijna altijd volgens protocol toegediend. De kwaliteit van de zorg voor patiënten met een hartinfarct neemt daardoor toe, van de acute zorg in het begin, als elke minuut telt, tot de revalidatie, waarbij ook aandacht wordt besteed aan leefstijlfactoren zoals voeding, voldoende bewegen en stoppen met roken.

Voor het groeiende aantal operaties via de endoscoop (‘kijkoperaties’) is in november een speciale operatiekamer ingericht. Deze kamer biedt extra faciliteiten voor deze patiëntvriendelijke ingrepen. Opereren via een endoscoop stelt technisch wel wat hogere eisen aan de operatie, maar het herstel verloopt meestal gemakkelijker omdat er geen grote operatiewond is.

Eind november had het LUMC de Nederlandse primeur voor een nieuwe techniek om de pulmonalisklep (de hartklep tussen rechter hartkamer en longslagader) te vervangen via een catheter in de lies. Drie jonge patiënten werden op deze manier behandeld. Het voordeel van de nieuwe methode is dat de belasting voor de patiënt veel kleiner is, waardoor volstaan kan worden met een veel kortere opname. Bovendien kan de operatie eerder worden uitgevoerd bij patiënten met een aangeboren afwijkingen aan de

pulmonalisklep, waardoor hoogstwaarschijnlijk de resultaten op de langere termijn beter zijn.

In de loop van 2006 bereidde het LUMC de opening voor van een behandeladviescentrum (BAC) voor ouderen, een initiatief van de afdeling Oudergeneeskunde en de afdeling Public health en Eerstelijngeneeskunde. Het is opgezet met het doel – zoveel mogelijk in één poliklinisch bezoek – een diagnose te stellen en een behandeladvies te geven. Daarbij wordt rekening gehouden met de vraag van de oudere: van welke klachten heeft hij in het dagelijks leven de meeste last en wat heeft hij ervoor over om die klachten te verminderen. Het centrum organiseert de zorg rondom de oudere patiënt binnen een team van medisch specialisten terwijl de huisarts van alles op de hoogte blijft.

Productie

Zoals uit de kengetallen voor de patiëntenzorg blijkt, heeft het LUMC ook in 2006 de afgesproken productie niet overschreden. In vergelijking met voorgaande jaren is het aantal opnames min of meer gelijk gebleven (zie Productiecijfers, pagina 75). Ook het aantal polikliniekbezoeken is stabiel. De dalende trend in de verpleegduur lijkt langzamerhand tot staan te komen. Dit is begrijpelijk, gezien de enorme daling die in de afgelopen jaren bereikt is.

Topzorg

Tot slot bespreken we hier nog een ander terrein waarop de meerwaarde van het LUMC tot uiting komt: de zorg voor patiënten met bijzondere aandoeningen (toppreferente zorg). Zij komen soms van ver buiten de Leidse regio vanwege de expertise die hier bestaat op het gebied van hun ziekte. Soms neemt de betreffende specialist uit het LUMC de behandelrelatie over van zijn collega in een ander ziekenhuis. Vaak kan de patiënt na diagnostiek en het instellen van een effectieve behandeling terugverwezen worden naar de behandelend arts in het ziekenhuis waar hij vandaan kwam.

Uit de vele mogelijke voorbeelden van toppreferente zorg wordt hier een relatief zeldzame complicatie van reuma genoemd, de reumatische vasculitis (ontsteking van bloedvaten). Deze kan ernstige schade veroorzaken aan de huid, aan zenuwen en organen. Patiënten met deze complicatie hebben een tweemaal zo grote kans om te overlijden. Behandeling met cytostatica (geneesmiddelen die ook worden ingezet tegen kanker) is meestal effectief. In het LUMC

Topreferente zorg

- Calcium- en botstofwisselingstoornissen
- Gecompliceerde diabetes mellitus type I en II (incl. nefropahtie)
- (Athero)trombose
- Ernstig myocardfalen
- Ablatietherapie voor ritmestoornissen
- α I antitrypsinedeficiëntie
- Ernstig astma
- Allergologie
- Inflammatoire darmziekten
- Therapieresistente bindweefselziekten
- Complexe behandelingen bij HIV
- Immuunstoornissen bij volwassenen en kinderen
- Reizigersgeneeskunde
- Behandeling van hemofilie met remmers
- Invasieve prenatale geneeskunde
- Therapieresistente angst en depressie
- Therapieresistente somatoforme stoornissen
- Kinderpsychiatrie
- Neurogenetica (counseling)
- Ziekte van Huntington
- Ziekte van Parkinson
- Dystonie en overige bewegingsstoornissen
- Geheugenstoornissen
- Myasthene syndromen en spierdystrofie
- Hoofdpijn / Narcolepsie
- Maculadegeneratie
- Neurophtalmologie
- Levertransplantatie
- Nier- en pancreastransplantatie
- Allogene stamceltransplantatie en cellulaire immunotherapie bij volwassenen en kinderen
- Bot- en weke delen-tumoren
- Immunotherapie voor niertumor en melanoom
- Testistumor
- Diagnostiek en chirurgische therapie van longtumoren
- Familiaire darmtumoren
- Mammatumor, m.n. familiair
- Endocriene tumoren (hypofyse, schildklier, pancreas, bijnier)
- Huidmelanomen, m.n. familiair
- Huidtumoren na immuunsuppressieve behandelingen
- Huidlymfoom
- Cervixtumor
- Urologische oncologie
- Oog- en orbitatumor
- Hemato-oncologie bij kinderen
- Chirurgie van aneurysma abdominale aorta
- Cochleaire implantatie
- Schedelbasischirurgie
- Hypofysechirurgie
- Endovasculaire interventies bij neurovasculaire aandoeningen
- Plexus brachialis pathologie en revalidatie
- Prothesiologie van schouder en elleboog
- Tuba chirurgie (gynaecologie)
- Bekkenbodempromblematiek
- Minimaal invasieve urologie
- Chirurgische alternatieven voor hartfalen en klepreparatie
- Complexe hartchirurgie bij kinderen

bestaat speciale expertise op het gebied van de herkenning en behandeling van reumatische vasculitis. Patiënten kunnen vaak op de polikliniek worden behandeld en begeleid. Daarbij is naast medische zorg vaak ook ondersteuning door een multidisciplinair team nodig om te zorgen dat iemand weer goed in staat is om voor zichzelf te zorgen.

De tabel hierboven geeft een niet limitatief overzicht van de grotere thema's op het gebied van topreferente zorg. In voorgaande jaren werden deze thema's per afdeling benoemd. We kiezen er nu voor om dit niet te doen; voor succesvolle topreferente zorg is immers een samenspel tussen verscheidene afdelingen essentieel.

Het LUMC biedt ook topklinische zorg (WBMV-functies); bijzondere voorzieningen die alleen uitgevoerd mogen worden in een ziekenhuis dat daarvoor van de minister toestemming heeft gekregen krachtens de WBMV (Wet Bijzondere Medische Verrichtingen). Het gaat binnen het LUMC om de volgende activiteiten:

WBMV-functies**Artikel 2 functies:**

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

Artikel 8 functies:

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

4.2.2 Onderzoek

Op het gebied van het wetenschappelijk onderzoek heeft het LUMC sinds jaren een sterke positie in Nederland en internationaal. Ook in het afgelopen jaar waren de resultaten uitstekend. Speciale aandacht ging uit naar de onderzoeksgebieden neurowetenschappen en public health. Op beide terreinen kreeg het LUMC ook grote subsidies van NWO en ZonMw (zie Subsidies, pagina 25).

Er is hard gewerkt aan de structuur voor het wetenschappelijk onderzoek, met name aan het inrichten van themagroepen, technologieplatforms en multidisciplinaire centra.

De themagroepen zijn vooral bedoeld om de onderlinge samenwerking en synergie te bevorderen. Het zijn geen starre structuren, ze hebben geen eigen budget – de verantwoordelijkheid ligt op het niveau van divisies en afdelingen. Wel wordt elk jaar een plan gemaakt en wordt er eens per twee jaar gekeken of de onderlinge samenwerking meerwaarde heeft.

Themagroepen

- Vascular medicine (geneeskunde van de bloedvaten)
- Immunotherapie bij kanker (het inzetten van het afweersysteem tegen kwaadaardige tumoren)
- Regenerative medicine (inzet stamcellen en biomaterialen bij herstel van weefsels en organen)
- Veroudering
- Infectieziekten en immunologie
- Neurowetenschappen
- Genetische epidemiologie en bioinformatica
- Oncogenetica (genetica van kanker)

Binnen de technologieplatforms komen specifieke technologie en kennis samen. Onderzoekers uit de gehele breedte van het LUMC kunnen profiteren van de bijzondere expertise binnen zo'n platform. De volgende platforms functioneren inmiddels binnen het LUMC:

Technologieplatforms

- Stamcelcentrum
- Center for Molecular Imaging
- Centrum voor Biomoleculaire Massaspectrometrie
- Leiden Genome Technology Center
- Proefdiercentrum

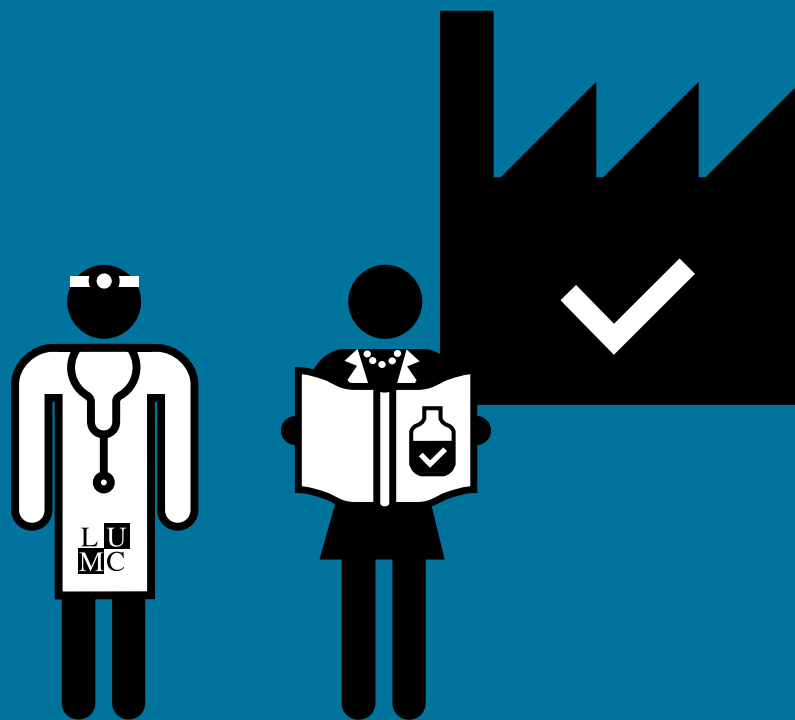
Onderzoek en patiëntenzorg binnen het LUMC stimuleren en versterken elkaar. Dat komt duidelijk tot uiting in de onderstaande multidisciplinaire centra:

Multidisciplinaire centra

- Center for Medical Systems Biology
- Centrum voor infectieziekten
- LUMC Kanker Centrum
- Center for Public Health
- Diabetes mellitus centrum

Infrastructuur

In 2006 heeft het LUMC wederom veel aandacht besteed aan het scheppen van een infrastructuur die optimale onderzoeksresultaten mogelijk maakt. Er is centrale expertise opgebouwd op het gebied van Europese onderzoekssubsidies en ondersteuning op het gebied van kennisexploitatie en -valorisatie (zie



Exploitatie: licentie

Een bestaand bedrijf een licentie geven voor het gebruik van een octrooi.

4.6.1, pagina 40). Dat deze benadering vruchtbaar is, blijkt uit het grote aantal projecten waaraan het LUMC deelneemt onder het 6e Kaderprogramma voor onderzoek en technologische ontwikkeling van de EU en de sterke groei in het aantal octrooien.

Octrooien			
	2004	2005	2006
Nieuw (aangevraagd)	4	9	15
In portefeuille	61	65	74
Beëindigd	5	5	6

Visitatie

Van januari tot april 2006 heeft een internationale evaluatiecommissie onder voorzitterschap van prof. dr. W.G. van Aken het onderzoek van het LUMC beoordeeld volgens het Standaard Evaluatie Protocol, zoals overeengekomen door de KNAW, NWO en de VSNU. De visitatie is organisatorisch en logistiek goed verlopen. Het rapport verscheen in augustus.

De uitkomsten zijn zeer positief voor het LUMC. De evaluatiecommissie schrijft dat zij onder de indruk is van het volume en de kwaliteit van de onderzoeksactiviteiten in het LUMC. Ruim de helft van de afdelingen is door de evaluatiecommissie gekwalificeerd als zeer goed tot excellent. Enkele van de afdelingen die als minder dan goed zijn gekwalificeerd behoren tot de kleinere afdelingen. Al met al kan worden geconcludeerd dat het overgrote deel van het onderzoek in het LUMC internationaal zeer competitief is.

Een feestelijk moment was de benoeming van de Leidse epidemioloog prof. dr. J.P. Vandenbroucke tot Academiehoogleraar. Aan deze zeer prestigieuze benoeming, die geldt voor vijf jaar, verbindt de Koninklijke Nederlandse Academie voor Wetenschappen (KNAW) een geldbedrag van een miljoen euro, zodat de hoogleraar de handen vrij heeft om zich geheel aan de wetenschap te wijden. Op 6 november 2006 ontving prof. dr. C. Melief van de afdeling Immunohematologie en Bloedtransfusie de prestigieuze Prijs van Wetenschap en Maatschappij voor zijn werk op het gebied van een therapeutisch vaccin tegen baarmoederhalskanker.

Uit het KNAW-juryrapport

'Prof. dr. Vandenbroucke is benoemd tot Academiehoogleraar vanwege zijn toepassing van epidemiologische methoden in het onderzoek van ziekteprocessen. Hij richt zich op observationele onderzoeksmethoden voor behandelingsproblemen die niet in aanmerking komen voor de gebruikelijke gerandomiseerde aanpak met betrekking tot diagnose en therapie.

Opmerkelijk – te midden van een aantal belangrijke, innovatieve toepassingen van nieuwe methodologische ontwikkelingen – is de eerste grootschalige genetische case-controlstudie op het gebied van veneuze trombose. In deze studie naar erfelijke factoren bij veneuze trombose werd de *factor V Leiden* geïdentificeerd als de verantwoordelijke mutatie voor familiale stollingsdeficiënties. Professor Vandenbroucke geldt internationaal als autoriteit op het gebied van de theorie van het medisch onderzoek en de geschiedenis van de epidemiologische methodologie.'

Subsidies

Kwantitatief en kwalitatief gaat het goed met het onderzoek. Op het gebied van de Vernieuwingsimpuls subsidies van ZonMw viel het LUMC ditmaal vooral in de Vidi-categorie in de prijzen met vier subsidies. Vanuit NWO-BIG kreeg het LUMC 7 miljoen euro voor de aanschaf van de 7 Tesla MRI scanner. Leiden werkt op dit gebied samen met het UMC Utrecht en het FC Donders instituut in Nijmegen.

De academische werkplaats Public Health Noordelijk Zuid-Holland kreeg een miljoen euro in het kader van het programma publieke gezondheid van ZonMw. De werkplaats is een samenwerkingsverband tussen het LUMC (afdeling Public health en Eerstelijns geneeskunde), TNO Kwaliteit van Leven en de GGD'en Den Haag, Zuid-Holland West en Hollands Midden. Het gaat zich richten op thema's als ouderen, kinderen, infectieziekten en openbare geestelijke gezondheidszorg – thema's die sterke raakvlakken hebben met onderzoek in het LUMC en TNO Kwaliteit van Leven (denk bijvoorbeeld aan het 85+ onderzoek, de POPS studie bij te vroeg en te licht geboren kinderen en de ontwikkeling van een vaccin voor tuberculose).

Het LUMC heeft zich in 2006 aangesloten bij een aantal landelijke initiatieven, zoals het Nederlands platform voor regeneratieve geneeskunde Dutch FoRM, dat uitstekend aansluit bij de inspanningen in het LUMC op het gebied van stamcelonderzoek.

'Parelsnoer' is een landelijk project (gefinancierd met 35 miljoen euro uit aardgasbaten) dat in de komende jaren bijzonder veel nieuwe inzichten zal opleveren. Het is simpel gezegd de koppeling van alle beschikbare gegevens en materialen van patiënten met een bepaalde aandoening ('parel'). Elk van de UMC's ontwikkelt één 'parel', een module over een bepaalde aandoening, en implementeert de overige zeven. Het LUMC neemt de reumatoïde arthritis voor zijn rekening. Zowel de ontwikkeling van zo'n 'parel' als de implementatie van het 'snoer' stellen hoge eisen aan de ICT. Het gaat immers om enorme hoeveelheden data die veilig, snel en betrouwbaar uitgewisseld moeten worden tussen verschillende geautomatiseerde systemen.

In mei kende de Europese Commissie o.a. een subsidie van ruim 13 miljoen euro toe aan 'EuroBoNeT', een network of excellence met als thema de pathologie, biologie en genetica van bottumoren. Aan het project doen 24 instellingen mee; het LUMC is wetenschappelijk coördinator. De vier grootste deelnemers in het onderzoekstraject naar tumoren van het bewegingsapparaat zijn, naast het LUMC, Münster (osteosarcomen), Oxford (reuscel tumoren) en Bologna (Ewing sarcomen). Het LUMC doet aan alle vier de onderzoekslijnen mee, maar het zwaartepunt ligt in Leiden op de kraakbeentumoren.

Op 21 september 2006 vond in Museum Naturalis te Leiden de opening plaats van het Leiden Institute for Brain and Cognition (LIBC). In dit nieuwe onderzoekscentrum participeren het LUMC en de faculteiten der Sociale Wetenschappen, Letteren en Wiskunde & Natuurwetenschappen van de Universiteit Leiden. Met de modernste hersenscantechnieken, waaronder de eerdergenoemde 7 Tesla MRI, zal interdisciplinair onderzoek worden gedaan naar hersenen en cognitie.

4.2.3 Onderwijs

De verhuizing van de gehele organisatie voor onderwijs, opleiding en nascholing naar Gebouw 3 zal in de komende jaren zeker winst opleveren. De unilocatie maakt fysieke afstanden kleiner en versterkt

ook psychologisch het gevoel van eenheid. De fraaie architectuur van Gebouw 3 garandeert een prettige werkplek. Dat geldt zeker ook voor de studenten, die voortaan profiteren van representatieve collegezalen, mooi ingerichte werkgroep ruimtes en een vaardigheidscentrum van topniveau.

Maar hoe belangrijk de omgeving ook is, uiteindelijk wordt de kwaliteit van het onderwijs bepaald door de kwaliteit van de docenten. De Raad van Bestuur heeft daarom in 2006 de Nota Kwaliteitsprogramma docenten/docentprofessionalisering vastgesteld met betrekking tot docentprofessionalisering. Hierin worden voor de verschillende rollen in het onderwijs kwalificatieniveaus vastgesteld. Deze niveaus zijn vervolgens vertaald naar de benodigde competenties. In 2007 zal deze nota geïmplementeerd worden.

Internationalisering

Internationalisering biedt Leidse studenten de gelegenheid om internationale ervaring op te doen. Het LUMC zal de mogelijkheden op dit gebied de komende jaren uitbreiden. Daarnaast zijn geselecteerde buitenlandse studenten welkom in de Leidse opleidingen. Met het Karolinska Institutet in Stockholm ontwikkelt het LUMC een gezamenlijk Master Biomedische Wetenschappen en de uitwisseling met de studie Biomedische Wetenschappen in Leuven wordt uitgebreid. In 2006 is contact gelegd met de Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg als derde partner in deze internationale samenwerking op het gebied van de Master Biomedische Wetenschappen.

Leidse studenten naar buitenlandse instituten	
Biomedische Wetenschappen	21
Geneeskunde	125
Naar EU-landen	46
Naar landen buiten de EU	100

Ontwikkelingen Geneeskunde

Innovatie in het onderwijs betekent onder meer dat landelijke en internationale ontwikkelingen op de voet gevolgd worden en hier een eigen invulling krijgen. Het LUMC doet bijvoorbeeld vanaf september 2006 actief mee met de landelijke voortgangstoets Geneeskunde. In voorgaande jaren werd de toets ingekocht. Nu worden ook vanuit Leiden vragen aangeleverd aan de vragenbank voor de voortgangstoets. Deze toetst de kennis op het niveau dat gewenst is bij het artsexamen. Viermaal per

jaar voeren alle 2.100 studenten, uit alle jaren, op hetzelfde tijdstip de toets uit. De uitkomst is een spiegel voor de student en maakt ook vergelijking mogelijk met geneeskundestudenten aan de andere UMC's waar de toets wordt afgenomen. De actieve participatie in het landelijk overleg over de voortgangstoets past in het innovatieve onderwijsbeleid binnen het LUMC, waarin de voortgangstoets een centralere plaats krijgt.

Toetsen stonden ook centraal op de jaarlijkse onderwijsconferentie. Toetsen vormen immers een belangrijk instrument om bij onderwijsvernieuwing de vinger aan de pols te houden. Naast de voortgangstoets ging het hier ook in meer algemene zin over de kwaliteit van toetsen als meetinstrument voor kennis, attitude en professioneel gedrag.

Veel energie is gestoken in de ontwikkeling en implementatie van de nieuwe Bachelor-Masterstructuur, waarvan het eerste jaar in september 2007 van start gaat. Het LUMC loopt daarmee aardig in de pas met de overige opleidingen Geneeskunde in Nederland. Op het gebied van de co-assistentenschappen is de systematiek van de planning aangepast en zijn de regels aangescherpt, teneinde uitval van co-assistenten te voorkomen. In 2006 is verder een plan gemaakt voor het bezoeken van alle geaffilieerde ziekenhuizen en alle afdelingen van het LUMC. Een pilot start begin 2007.

Voor getalenteerde en gemotiveerde studenten is in 2006 een start gemaakt met het dubbeltraject voor Geneeskunde en Biomedische Wetenschappen. Dit biedt studenten de mogelijkheid om naast het arts-examen ook een Master Biomedische Wetenschappen te halen, naast de bestaande trajecten voor studenten met een bredere belangstelling en bijbehorende talenten, zoals de Honours Class en het Excellente Studententraject. Om in het vervolg van de opleiding het dubbeltraject te kunnen doen, moeten studenten in het tweede en derde jaar al de juiste keuzes maken op het gebied van keuzeonderwijs. Die mogelijkheid is in 2006 voor het eerst geschapen. De beste manier om studenten met bijzondere talenten te stimuleren blijft overigens een punt van discussie. In 2006 is opnieuw nagedacht over aanscherping van het traject voor excellente studenten. Overwogen kan worden om een aantal grotere beurzen ter beschikking te stellen aan de allerbeste studenten, zodat zij zeker zijn van een promotieplaats. De selectie zou ook iets later in de studie plaats kunnen vinden. In het kader

van de internationalisering van de geneeskunde-studie zijn verkennende gesprekken gevoerd met de universiteit van Genève. Sinds 2003 starten jaarlijks 315 studenten in het eerste jaar van de opleiding Geneeskunde. Dat getal is ook in 2006 niet aangepast, ondanks de analyse van het Capaciteitsorgaan dat het totale aantal eerstejaars geneeskundestudenten in Nederland zou moeten dalen van 2.850 naar 2.350. Bij de huidige aantallen geneeskundestudenten en het hoge studierendement (in het LUMC maar liefst 74,1 procent) dreigt over enkele jaren een overschot op de arbeidsmarkt voor artsen. Mede op grond van deze getallen heeft het LUMC besloten om te stoppen met de zogeheten zij-instroom, onder meer vanuit de studierichting Biomedische Wetenschappen.

Studentenaantallen Geneeskunde

Aantal eerstejaars Geneeskunde	315
Totaal aantal studenten Geneeskunde	2.029
Rendement na 8 jaar	74,1%
Instroom CIBA-artsen	12
Aantal CIBA-artsen	25

CIBA-artsen zijn artsen die een gedeelte van de opleiding Geneeskunde moeten volgen om hun buitenlandse opleiding aan te vullen.

Bron: Isis

Ontwikkelingen Biomedische Wetenschappen

In 2006 schreef de Nederlands-Vlaamse Accreditatie-organisatie (NVAO) een positief rapport met betrekking tot accreditatie van de Bachelor- en de Masteropleiding Biomedische Wetenschappen. In de Masterfase kan een student op verschillende manieren instromen: vanuit de (Leidse) universitaire studie, met een internationale Bachelortitel, of vanuit het HBO. In 2006 is de eerste HBO-student gestart met het zogeheten schakelprogramma, een programma van 60 ECTS (studiepunten) dat de doorstroom vanuit het HBO naar de Leidse Masteropleiding faciliteert.

Studentenaantallen Biomedische Wetenschappen

Aantal eerstejaars Biomedische Wetenschappen	65
Instroom Master met andere Bachelor	5
Aantal studenten schakelprogramma	1
Totaal aantal BW-studenten	279
Aantal Bachelor	200
Aantal Master	79

Bron: Isis

4.2.4 Opleidingen

Opleiding tot Medisch Specialist

Het landelijke project Modernisering Opleiding tot medisch specialist heeft een inhoudelijke innovatie op gang gebracht in het gehele veld van de opleidingen. In 2006 zijn tevens de voorbereidingen getroffen voor de overgang van de bekostiging van de opleiding tot Medische Specialist van de zorgverzekeraar naar het Opleidingsfonds. Deze verandering is per 1 januari 2007 ingegaan. De overgang vormt een sterke stimulans tot samenwerking binnen de Onderwijs- en Opleidingsregio (OOR). Ook de inhoudelijke samenwerking zal de aankomende jaren verder moeten uitbreiden om de Leidse OOR op de kaart te zetten als aantrekkelijke opleidingsregio voor AIOS.

In samenwerking met de OOR-partners heeft het LUMC in 2006 een curriculum van discipline overstijgend onderwijs opgezet. Naast medisch inhoudelijke competenties zijn er niet-specialisatiegebonden competenties geïntroduceerd waarin AIOS zich gedurende hun opleiding moeten bekwamen. In het najaar van 2006 vonden de eerste cursussen plaats. Er is een curriculum samengesteld waarbij de cursussen evenwichtig verdeeld worden over de opleidingstijd (zie tabel).

– Innovatie curriculum

In de wetenschappelijke verenigingen worden momenteel nieuwe opleidingsplannen geschreven, waarin de vereiste medisch inhoudelijke competenties worden vertaald naar een curriculum. De voorhoede op het gebied van de modernisering van de opleiding tot medisch specialist (Kindergeneeskunde en Gynaecologie & Verloskunde) zal innovaties binnen deze nieuwe opleidingsplannen uitwerken en implementeren. Dit gebeurt in de loop van de komende jaren in het landelijke project In Vivo. Daarbij worden producten ontwikkeld die ook door andere disciplines gebruikt kunnen worden. Nieuwe onderwijsinzichten op het gebied van toetsing (korte klinische beoordelingen, portfolio, 360° beoordelingen) en het ontwikkelen van technische vaardigheden via skillslabs worden in deze nieuwe opleidingsplannen betrokken.

– Skillslabs sleutelrol in innovatie

Skillslabs en vaardighedenonderwijs spelen een centrale rol in de innovatie van de opleiding tot

Curriculum discipline overstijgend onderwijsaanbod AIOS

A. Communicatie (arts-patiënt)

Opleidingsjaar 1 en 2

B. Professionele attitude en medicolegale juridische aspecten van de patiëntenzorg

Opleidingsjaar 2

C. Klinische onderwijskunde (teach the clinical teacher)

Opleidingsjaar 3

D. Evidence based medicine

Opleidingsjaar 4

E. Medische ethiek

Vanaf opleidingsjaar 5 en 6

(mede afhankelijk van de opleidingsduur)

F. Management van de gezondheidszorg

Opleidingsjaren 5 en 6

(mede afhankelijk van de opleidingsduur)

specialist. Het LUMC zal in de komende jaren dit type onderwijs integreren in de opleiding tot medisch specialist. De relatieve vrijblijvendheid van de huidige innovaties zal binnen een aantal jaren verdwijnen. Dit zal leiden tot vaste structuren en formats binnen de diverse opleidingen tot medisch specialist.

In 2006 hebben verschillende belangrijke ontwikkelingen in het vaardighedenonderwijs plaatsgevonden:

- De afdeling Heelkunde heeft een skillslab ingericht voor algemene en basisvaardigheden zoals prikken, hechten, Assist Life Support en puncties. Alle afdelingen van het LUMC kunnen gebruikmaken van dit skillslab. De komende jaren kan hier zo een breed aanbod ontstaan van vaardigheden-trainingen voor diverse beroepsgroepen.
- Er is een skillslab gerealiseerd voor minimaal invasieve vasculaire technieken met eventueel gebruik van stralingsbronnen, met name voor de Cardiologie en de Radiologie. Voor de Cardiologie hebben in 2006 reeds drie cursussen plaatsgevonden. Ook voor de specialismen Vaatchirurgie, Neurochirurgie, Orthopedie en Traumatologie is de apparatuur en omgeving geschikt om in de toekomst cursussen aan te bieden.
- Er is een skillslab ingericht voor scopische technieken met videoscopische endoscopieën voor de Longziekten, Maag-, Darm- en Leverziekten, laparoscopieën voor de chirurgische specialismen en

Gynaecologie en arthroscopieën voor Orthopedie en Traumatologie.

Specialistische opleidingen

De afdeling Specialistische Opleidingen verzorgt diverse opleidingen, gericht op professionals uit verpleegkundige en aanverwante beroepen. Het betreft onder meer de driejarige opleidingen tot operatieassistent, anesthesiemedewerker en klinisch perfusionist. Verder betreft het vervolgonderwijs waarmee verpleegkundigen zich kunnen specialiseren. Ook worden cursussen aangeboden aan andere beroepsgroepen in de zorg.

Dit jaar is gekenmerkt door innovatie en ontwikkeling. In nauwe samenwerking met het werkveld is het onderwijs competentiegericht vernieuwd. Na de sluiting van het Specialistisch Verpleegkundig Opleidingscentrum in het HagaZiekenhuis zijn twee opleidingscoördinatoren van het HagaZiekenhuis en hun opleidingen overgekomen naar het LUMC.

Kenmerkend voor onze opleidingsactiviteiten is dat de studenten werknemers zijn van ziekenhuizen die door de combinatie van leren en werken hun professionele competenties verwerven en versterken. De opleidingen beantwoorden aan de landelijke richtlijnen van het College Ziekenhuisopleidingen (CZO). Het onderwijsvernieuwingsproject heeft verschillende doelstellingen:

- praktijk en theorie in het onderwijs sterker integreren;
- efficiënter;
- actieve werkvormen toepassen;
- de student verantwoordelijk maken voor zijn eigen leerproces.

Tegelijkertijd gaan de vervolgoopleidingen – mits er voldoende aanmeldingen zijn – twee keer per jaar starten (maart en oktober). Voor het onderwijsvernieuwingsproject is een externe projectleider aangetrokken.

In het contractonderwijs (onderwijs aan niet-medewerkers) draagt de afdeling Specialistische

Opleidingen bij aan de realisatie van beleid van het LUMC: maatwerkscholing voor medewerkers van de thuiszorg ondersteunt de ketenzorg, de cursus voor zorgassistenten faciliteert functiedifferentiatie en reanimatietrainingen voor beroepsgroepen en particulieren passen bij de maatschappelijke verantwoordelijkheid van het LUMC.

In samenwerking met het Bureau Verpleegkundige Basisopleidingen van het LUMC en de Hogeschool Leiden is een project ‘Minor IC’ gestart met als doel HBO-studenten een verkorte opleidingsroute te bieden om gespecialiseerd IC-verpleegkundige te worden en daarmee de verwachte tekorten eerder te kunnen opvangen.

Zoals ook de trend bij collega-opleidingsinstituten laat zien, is er een afname van de instroom van studenten. Eén van de oorzaken is de inkrimping van de verpleegkundige formatie in de ziekenhuizen.

4.2.5 Bij- en nascholing

De Boerhaave Commissie verzorgt postacademisch onderwijs, congressen, symposia en publieksdagen voor de gezondheidszorg en biomedische wetenschappen. De Boerhaave Commissie richt zich op de twee vervolgtrajecten 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.

Groei

Voor het tweede jaar op rij heeft de Boerhaave Commissie een groei van het aantal geaccrediteerde cursussen met zo'n 40 procent kunnen realiseren.

In lijn met de landelijke trend richting kleinschalige nascholing is het gemiddeld aantal deelnemers per cursus wederom afgenomen: van 134 in 2004, via 91 in 2005, naar 80 in 2006.

Het aantal actieve leden van Boerhaavenet, het

Aantallen cursisten Specialistische Opleidingen		
	2005	2006
Opleidingen	445, waarvan 249 extern LUMC	331, waarvan 215 extern LUMC
Cursussen	340, waarvan 95 extern LUMC	195, waarvan 98 extern LUMC
Bijscholingen	1.471, waarvan 136 extern LUMC	1.521, waarvan 547 extern LUMC

internetplatform van de Boerhaave Commissie, is opnieuw toegenomen met ca. 20 procent en ligt nu ruim boven de 27.000, waarvan bijna een kwart afkomstig is uit de Leidse regio (OOR). De opbouw van de *distant learning* (e-learning) omgeving vordert gestaag. Gezien het belang van kwalitatief hoogstaande programma's heeft de Boerhaave Commissie samen met de PAOG Heyendaal (St Radboud Nijmegen) en het Wenckebach Instituut (UMC Groningen) een SURF subsidie verkregen om bestaande e-learning programma's te gaan beoordelen. De programma's worden dan beoordeeld op geschiktheid voor studenten, co-assistenten, arts-assistenten (AIOS) of professionals. Penvoerder voor dit project is Divisie 1 van het LUMC. De vernieuwde tweedaagse module om het wettelijk verplichte niveau 4A/M stralingsbeschermingsdiploma te behalen is succesvol gebleken. In 2006 hebben 250 specialisten verdeeld over 6 cursussen hun diploma behaald. De in 2005 begonnen stralingsbeschermingscursus Niveau 2 is in 2006 succesvol afgerond. Van de 27 deelnemers hebben er 26 hun diploma gehaald. Deze cursus werd georganiseerd door de Boerhaave Commissie in samenwerking met de TU Delft, en biedt de hoogste kwalificatie die op stralingsgebied in Nederland te verkrijgen valt. De Boerhaave Commissie zal een selectie van cursussen organiseren op regionale locaties. Op deze manier wil zij haar cursussen ook voor die deelnemers aantrekkelijk maken voor wie de reis naar Leiden te veel tijd in beslag neemt.

4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

Kwaliteitsmanagementsysteem

Het LUMC borgt de kwaliteit van de vijf kerntaken in een geïntegreerd kwaliteitssysteem. Het kwaliteitsbeleid berust op twee pijlers: het decentrale kwaliteitsmandaat (Quality- of Q-mandaat) en de kwaliteitssystemen. De voorzitters van de divisiebesturen en de directeuren 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.

Overzicht kwaliteitssystemen

- 1 Commissie Kwaliteitsborging Klinische Farmacotherapie, met als subcommissie de
- 2 Antibioticacommissie
- 3 Commissie Medicinale Gassen
- 4 Centrale Materialen Commissie
- 5 Infectiecommissie met als subcommissie de
- 6 Commissie Steriele Medische Hulpmiddelen
- 7 Meldingscommissie
- 8 Klachtencommissie
- 9 Commissie Medische Ethiek
- 10 Brede Permanente Protocolen Commissie
- 11 Commissie Complexe Behandelbeslissingen
- 12 Coördinatie Commissie Traumatologie
- 13 Commissie Orgaan-en Weefseldonatie
- 14 Bloedtransfusiecommissie

Het LUMC heeft voor de patiëntenzorg veertien kwaliteitssystemen. Dit zijn commissies die verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van LUMC-brede ketens. Zij geven adviezen op instellings-, divisie- of afdelingsniveau. De werkwijze is geformaliseerd en vastgelegd in een reglement. Het Bestuur Stafconvent, dat al jaren de functie had van overkoepelend kwaliteitssysteem, kreeg de meer passende naam Lijncommissie Kwaliteit Patiëntenzorg. De commissies leggen hieraan elke twee jaar verantwoording af over de resultaten van het gevoerde beleid en over het beleid voor het komende jaar. Gezien het feit dat alle taken van de Lasergebruikerscommissie zijn geborgd in de lijnorganisatie, is deze commissie in 2006 opgeheven. De Meldingscommissie, de Klachtencommissie en de Commissie Medische Ethiek rapporteren rechtstreeks aan de Raad van Bestuur. De overige commissies rapporteren aan de aan de Lijncommissie Kwaliteit Patiëntenzorg.

4.3.1 Kwaliteit van onderzoek

Voor het wetenschappelijk onderzoek wordt een kwaliteitsborgingssysteem 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 wordt geïmplementeerd. De kwaliteit van het onderzoek komt verder tot uiting in de (internationale) waardering voor onderzoeksresultaten (citaties). Deze liet in 2006 een stijging zien. De output groeide, zoals onder meer blijkt uit het grote aantal promoties (117).

4.3.2 Kwaliteit van onderwijs en opleiding

Om de kwaliteit van het onderwijs in de geneeskunde en de biomedische wetenschappen te versterken en te borgen heeft het LUMC in de afgelopen jaren QAME ontwikkeld (de afkorting staat voor Quality Assessment Medical Education). QAME wordt nu verder stapsgewijs geïmplementeerd. De normen hebben betrekking op drie niveaus: de Raad van Bestuur, het directoraat Onderwijs en alle afdelingen met een onderwijstaak. In 2006 hebben alle afdelingen een van de norm afgeleide checklist ingevuld, die als basis kan dienen voor een audit. De norm voor de Raad van Bestuur is onder andere vertaald in een Kwaliteitskalender voor de onderwijscommissies, waarop staat aangegeven welke indicatoren op welk moment gemeten dienen te worden.

In 2006 is een programma opgezet dat de Masterfase van de Biomedische Wetenschappen in Leiden gaat evalueren. Leidende vraag hierbij is of het geboden onderwijs in de verschillende onderdelen van de Research Master van voldoende kwaliteit is. Het BW Master programma is enkele jaren geleden ontwikkeld en wordt gekenmerkt door een hoge mate van flexibiliteit ten aanzien van de invulling. Uiteraard is het streven dat Masters bij het afstuderen een zeker (hoog) kwaliteitsniveau bereikt hebben en zich daarbij diverse onderzoekscompetenties eigen hebben gemaakt. De inventarisatie moet duidelijk maken of studenten in het Masterprogramma inderdaad in staat zijn deze competenties te verwerven.

Een werkgroep heeft samen met het ICLON een competentieprofiel van de BW Master opgesteld. Vervolgens is vastgesteld welke competenties in ieder Masteronderdeel geoefend kunnen of moeten worden. Tenslotte werd op grond van deze matrix een aantal evaluatie-instrumenten ontwikkeld waarmee dit ook daadwerkelijk gemeten kan worden, veelal in de vorm van enquêtes onder deelnemende studenten of nagesprekken met docenten. Dit pakket aan evaluatie-instrumenten zal begin 2007 geïmplementeerd worden.

De studenten oordelen positief over het onderwijs. In het Elsevier-studentenonderzoek krijgt de opleiding Biomedische Wetenschappen een 7,2 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 7,1) en voor Geneeskunde gemiddeld 7,3 (landelijk gemiddelde 7,2).

Voor de kerntaak opleiding gelden de kwaliteits-eisen 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.

4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten

Voor de patiëntenzorg geldt de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Dat houdt onder meer in dat de zorg verantwoord moet zijn, doelmatig, doeltreffend, veilig, patiëntgericht en afgestemd met andere zorgaanbieders. Het LUMC gaat bij de kwaliteitsborging van de patiëntenzorg uit van de systematiek van het Nederlands Instituut voor Accreditatie van 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 2006 werd de heraudit door het NIAZ uitgevoerd, met als resultaat dat het LUMC het recht op het gebruik van het accreditatiebewijs behoudt.

4.4.1 Kwaliteit van zorg

In de uitvoering van het kwaliteitsbeleid wordt uiteraard veel aandacht besteed aan de patiëntveiligheid (zie pagina 32). Tevens zijn in 2006 nieuwe processen en prestatie-indicatoren ontwikkeld voor zowel het patiëntenzorgproces als voor de ondersteunende processen op afdelings- en instituutniveau. Nieuwe prestatie-indicatoren die in dit jaarverslag zijn opgenomen, betreffen de Bewaking Antimicrobiële Therapie (BAT), de resultaten van beenmerg/stamceltransplantaties bij kinderen en de obstetrische ingrepen waarbij een gynaecoloog betrokken was.

4.4.2 Klachten

Elke klacht is een gelegenheid om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Tegelijkertijd gaat het erom, de relatie tussen de individuele klager en zijn hulpverlener(s) zoveel mogelijk te herstellen. Daarom staan sinds 2006 drie wegen open voor de behandeling van een centraal ingediende klacht:

- Behandeling op afdelingsniveau; de klacht wordt als het ware terug verwezen naar de plek waar de klacht ontstaan is. Deze aanpak blijkt goed te werken. Geen van deze klachten kwam terug bij de Klachtencommissie.

- Behandeling door een klachtenbemiddelaar; deze kan in overleg met beide partijen proberen om de vertrouwensrelatie te herstellen.
- Behandeling door de Klachtencommissie; deze kan een uitspraak doen of de klacht gegrond of ongegrond is.

In 2006 zijn 176 centraal ingediende klachten behandeld. 11 klagers, die samen 46 klachten hadden, kozen ervoor hun klachten te laten behandelen door de Klachtencommissie en 15 klagers, met in totaal 39 klachten, stemden in met een klachtenbemiddelingstraject. Eén klager koos na bemiddeling van haar klachten alsnog voor een uitspraak van de Klachtencommissie. 91 klachten zijn op afdelingsniveau afgehandeld.

4.4.3 Toegankelijkheid

Het LUMC is primair een kennisinstelling; de patiëntenzorg vindt plaats in samenhang met de andere kerntaken. Dat betekent dat het accent dient te liggen op bijzondere zorg. Een zekere mate van routinezorg is nodig en nuttig, ook vanwege de onderwijs- en opleidingstaken. In de regio heeft een Universitair Medisch Centrum uiteraard een zeker prestige. Daardoor kan het voor patiënten aantrekkelijk lijken om ook voor 'gewone' zaken, zoals bijvoorbeeld een staaroperatie, verwijzing naar het LUMC te vragen. Daar is echter geen noodzaak voor en het kan zelfs ongewenst zijn. Het LUMC communiceert daarom duidelijk dat de wachttijden voor eenvoudige en veelvoorkomende aandoeningen vaak langer zijn dan in algemene ziekenhuizen in de omgeving. Patiënten die topklinische of topreferente zorg nodig hebben, krijgen meestal voorrang. De wachttijden zijn verder afhankelijk van de situatie en de conditie van de patiënt. Patiënten die acute medische zorg nodig hebben, krijgen die zorg direct.

Acute zorg

Het succesvolle project Acute Zorg is in 2006 voortgezet. Dit maakt het mogelijk om de beschikbare capaciteit in de regio zo doelmatig mogelijk in te zetten. Een centraal inbelpunt bij de meldkamers van de Centrale Post Ambulancediensten stroomlijnt de verwijzing van acute heelkundige patiënten. In 2006 werden ook voorbereidingen getroffen om de niet-heelkundige acute patiënten volgens dit systeem over de verschillende ziekenhuizen te verdelen. Het betreft hier met name kinderen en acute neurologische patiënten. In 2006 werden ook de voorbereidingen

getroffen voor een huisartsen spoedpost in het LUMC. In het geval van een ramp in de omgeving, moet het LUMC in staat zijn om in korte tijd grote aantallen patiënten de juiste zorg te bieden. In 2006 werd daarom een rampoefening gehouden, waarin zo'n ramp in de nabije omgeving werd nagespeeld. De oefening leverde nuttige informatie op voor de eigen organisatie en de samenwerking met de hulpdiensten.

4.4.4 Patiëntveiligheid

Systematische aandacht voor de patiëntveiligheid is niet nieuw. Diverse kwaliteitssubsystemen dragen immers bij aan de veiligheid van de patiënten in het LUMC. Een belangrijk onderdeel van het kwaliteitssysteem is het leren van fouten, klachten, incidenten en complicaties. Al deze ongewenste gebeurtenissen verdienen systematische evaluatie. Vervolgens moet gekeken worden, welke verbeteringen mogelijk zijn om herhaling van de ongewenste gebeurtenis of uitkomst te voorkomen.

Alle Nederlandse ziekenhuizen moeten begin 2008 beschikken over een certificeerbaar patiëntveiligheidssysteem. Het LUMC voldoet aan deze eis door de inspanningen op het gebied van patiëntveiligheid onder te brengen in het geheel van het kwaliteitssysteem, dat gecertificeerd wordt door het NIAZ. Het bevorderen van de patiëntveiligheid als onderdeel van het kwaliteitssysteem berust op twee pijlers: primaire en secundaire preventie. Primaire preventie, het voorkomen van ongewenste uitkomsten, is mogelijk door bij elk zorgproces de kwetsbare schakels aan te wijzen. Professionals kunnen immers vaak voorspellen waar dingen mis (kunnen) gaan. Secundaire preventie betekent dat geleerd wordt van alle ongewenste uitkomsten. Beide vormen van preventie kunnen het beste zo dicht mogelijk bij de werkvloer plaatsvinden, maar uiteraard is ook centraal overzicht nodig, via een Centrale Meldingscommissie. In 2006 waren op een aantal pilot-afdelingen reeds decentrale meldingscommissies actief (onder meer op het OK Centrum en de afdelingen Heelkunde en Neonatologie).

Meldingen

In 2006 ontving de Centrale Meldingscommissie 1.909 meldingen. Dat is een stijging ten opzichte van 2005. In 62 gevallen heeft nader onderzoek plaats gevonden door de Centrale Meldingscommissie naar het incident en in 19 gevallen heeft melding van het incident geleid tot aanbevelingen voor protocollering van handelingen of aanpassing van werkwijze. In de

tabel vindt u ook een voorbeeldregistratie van een Decentrale Meldingscommissie (OK Centrum).

Aantal meldingen Centrale Meldingscommissie			
	2004	2005	2006
Persoonlijke fout/fouten	383	904	1.117
Organisatiefout	11	155	442
Technische fout/ materiaalfout	17	106	194
Ongeval	89	93	83
Complicatie	45	40	30
Verkeerde melder	14	8	17
Niet te rubriceren	32	32	26
Totaal	591	1.338	1.909

Aantal meldingen Decentrale Meldingscommissie (OK Centrum)		
	aantal	%
Technisch (totaal)	15	3%
Extern	7	
Materiaal	8	
Organisatorisch (totaal)	144	29%
Extern	20	
Kennisoverdracht	34	
Protocollen	40	
Cultuur	50	
Menselijk (totaal)	330	66%
<i>Kennis gebaseerd gedrag</i>	32	
<i>Regels gebaseerd gedrag</i>		
– Coördinatie	75	
– Verificatie	106	
– Interventie	85	
– Bewaken	17	
– Vaardigheden	15	
Patiënt		
Patiënt gerelateerd	9	2%
Alle foutoorzaken	498	100%

Geleerde Lessen

Meldingen zijn soms signalen dat processen in het gehele ziekenhuis anders georganiseerd moeten worden. De volgende twee voorbeelden zijn hiervan een illustratie. Daarbij is ditmaal gekozen voor processen die wat verder van de reguliere patiënten-

zorg afstaan. De veiligheid van de patiënt wordt immers niet alleen gewaarborgd door de professionaliteit van medewerkers en door goede kwaliteitsborging van zorgprocessen, maar ook de techniek speelt een rol.

– Noodstroom

De 4 MW noodstroomvoorziening van het LUMC biedt naast de reguliere energielevering door het energiebedrijf de mogelijkheid om in noodgevallen een deel van het LUMC zelf van energie te voorzien. Energieverbruikers in het LUMC zijn echter steeds met een enkele voedingskabel aangesloten op de 10 kV ringleiding. Voor vitale bedrijfsonderdelen was dit geen wenselijk situatie.

In 2006 zijn alle vitale afdelingen binnen het LUMC uitgerust met een tweede voedingskabel. Indien zich nu een probleem met de energievoorziening naar de desbetreffende afdeling aandient, is het mogelijk om handmatig om te schakelen naar een energievoorziening vanuit een ander bouwdeel. Zo is het risico van een langdurige spanningsuitval voor een vitale afdeling aanzienlijk gereduceerd.

– Buizenpost

De buizenpostinstallatie binnen het LUMC verbindt een groot aantal afdelingen met een aantal laboratoria. In het verleden leidde een verstopping van dit systeem niet slechts tot het mogelijk zoekraken van een bloedmonster (een aanleiding voor een melding) maar tevens tot de onwenselijke situatie dat er tijdens operaties bijvoorbeeld gewacht dient te worden, of dat bij een patiënt nogmaals bloed afgenomen moest worden. Verder was het zoeken naar de verstopping een zeer langdurig proces. In 2006 is de buizenpostinstallatie vervangen door een nieuw systeem waarbij op ieder moment zichtbaar is waar een patroon zich bevindt. Verstoppingen zijn dankzij deze *tracking and tracing* veel sneller opgelost. Verder kunnen bij een verstopping bepaalde onderdelen wel in bedrijf blijven. Het nieuwe systeem betekent een verbetering van de patiëntveiligheid, en is bovendien energiezuiniger, dus beter voor het milieu.

Innovatie en veiligheid

Het LUMC vindt het belangrijk om bij te dragen aan de ontwikkeling van nieuwe kennis op het gebied van patiëntveiligheid. Ook op dit terrein is immers innovatie mogelijk en nodig. Tegen die achtergrond werd in 2006 ervaring opgedaan met drie verschillende methoden voor het bevorderen van veiligheid. Verschillende experts op het gebied van systematisch

werken aan veiligheid (afkomstig van de Technische Universiteit Eindhoven, de Technische Universiteit Delft en de faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Leiden) gingen aan de slag op verschillende afdelingen van het LUMC. Het is daarbij niet de bedoeling dat een van deze methoden als 'het beste' wordt aangewezen. Verschillende methoden kunnen immers, elk op hun eigen plek in de organisatie, bijdragen aan de veiligheid. In 2007 worden de drie projecten geëvalueerd en vindt een werkconferentie plaats waarop de verschillende deskundigen met elkaar de dialoog aangaan.

Uiteraard is ook het scholen van professionals op het gebied van patiëntveiligheid een belangrijke taak van het LUMC. De Boerhaave commissie organiseerde in 2006 verscheidene cursussen over dit onderwerp, waaronder cursussen waar artsen en verpleegkundigen werden getraind in de PRISMA-methode. Dit is een systeembenadering, die goede aanknopingspunten biedt voor de systematische registratie en analyse van incidenten.

4.4.5 ICT

Het LUMC heeft ook in 2006 weer veel tijd en geld geïnvesteerd in ICT. In 2006 gaf het LUMC 18,4 miljoen euro uit aan ICT (3,6 procent van de totale exploitatie). Van het ICT Werkplan 2004-2007 is een groot deel afgerond. Met de ingebruikname van het apotheekdeel beschikt het LUMC over een compleet nieuw ERP (*Enterprise Resource Planning*) systeem (FLITS). Dit heeft een fikse inspanning van de organisatie gevraagd.

De aandacht richt zich nu op de systemen voor patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs. Strategisch wordt ingezet op commercieel verkrijgbare applicaties met zo weinig mogelijk eigenbouw en maatwerk. Zo is de continuïteit het beste gewaarborgd. De eerste generatie EPD's (waaronder Mirador en het elektronisch voorschrijfsysteem Medicator) die overal in kliniek en polikliniek zijn ingevoerd, moeten worden vervangen door een 2e/3e generatie EPD. Zo'n nieuw EPD maakt niet alleen de efficiënte toegang tot patiëntgegevens mogelijk, maar faciliteert ook het bijhouden van de status en bevordert zo papierloos werken. De hoop was gevestigd op Lorenzo van iSOFT, waarmee het LUMC een samenwerkingsovereenkomst had gesloten, maar de ontwikkeling van die applicatie is vertraagd. Concurrerende systemen zijn (nog) niet op de Nederlandse markt verkrijgbaar. Het LUMC concentreert zich dan ook voor de EPD ontwikkeling

op de verdere uitbouw van Mirador, op vervanging van het oude afsprakensysteem door een nieuwe versie en op invoering van procesondersteuning met hulp van het nieuwe systeem Ordermanagement. Tevens wordt de van het UMC Utrecht overgenomen Vragenbank voor statusvoering uitgerold.

Tegelijkertijd zijn er belangrijke stappen gezet voor een volledige digitalisering van het diagnostische beeldmateriaal. Er is gekozen voor het Picture Archiving and Communication System (PACS) van Sectra voor het opslaan, archiveren en communiceren van DICOM (*Digital Imaging and Communications in Medicine*) beelden. Sectra zal in 2007 ziekenhuisbreed worden ingevoerd. Verder koos het LUMC voor het programma Clinical Assistant voor non-DICOM materiaal (digitale foto's), zoals bij Dermatologie en Oogheelkunde. Met dat laatste is in 2006 een start gemaakt.

ICT is van groot belang voor de kwalitatief hoogwaardige uitvoering van alle kerntaken van het LUMC.

In de nieuwe gebouwen is een ICT infrastructuur gerealiseerd die anticipeert op toekomstige ontwikkelingen. Er wordt gebruik gemaakt van IP-telefonie, waarbij een goede integratie met de conventionele telefonie is gerealiseerd. In Gebouw 3 is bovendien overal draadloze communicatie mogelijk. Ten behoeve van het wetenschappelijk onderzoek in het LUMC en de andere UMC's wordt veel energie gestoken in het landelijke Parelsnoer project (zie ook pagina 26). Er is voor onderzoek een grote hoeveelheid reken- en dataopslagcapaciteit beschikbaar gekomen. Op een aantal verpleegafdelingen is draadloos Internet voor patiënten mogelijk gemaakt. Verdere uitrol naar andere klinieken wordt door de betreffende afdeling bepaald. Voor patiënten van afdelingen die nog geen draadloze Internetverbindingen hebben, zijn op een aantal plekken in het gebouw Internetfaciliteiten beschikbaar.

Op het gebied van elektronische communicatie is de samenwerking versterkt met de Rijnland Zorggroep en het Diaconessenhuis Leiden. Met deze ziekenhuizen, de GGZ instelling Rivierduinen en de zorgverzekeraar Zorg & Zekerheid heeft het LUMC besloten het elektronisch berichtenverkeer tussen ziekenhuizen, huisartsenlab, huisartsen en huisartsenposten in de Leidse regio – Sleutelnet – in een BV onder te brengen en verder te gaan ontwikkelen. Het doel van Sleutelnet is het verbeteren van de communicatie

tussen alle betrokkenen hulpverleners in de zorgketen, aansluitend op de landelijke ontwikkelingen van het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz).

ICT-ondersteuning is ook belangrijk bij het Behandeladviescentrum (BAC) voor ouderen. Om de elektronische uitwisseling van gegevens mogelijk te maken, is een systeem ontworpen dat de verbinding vormt tussen het ZIS van het LUMC en het huisartsensysteem van een groot deel van de huisartsen – het HIS van Pharmapartners. Verwijzingen van huisartsen worden digitaal aan het BAC aangeboden en teruggerapporteerd. Huisartsen met een ander HIS en verpleeghuisartsen kunnen de gegevens versturen en inkijken via een speciale Web-interface. Het systeem zal in de loop van 2007 verder worden getest op bruikbaarheid en eventueel worden uitgebreid voor andere HISsen en andere ketenprocessen.

4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

Een kwalitatief hoogwaardige organisatie als het LUMC kan alleen functioneren wanneer ook voldoende aandacht wordt besteed aan kwaliteitsaspecten van de belangrijkste factor: het personeel. Het LUMC is een dynamische organisatie, die regelmatig moet veranderen om in te spelen op actuele ontwikkelingen. Dat heeft consequenties voor het personeel. Goed personeelsbeleid is dan ook verweven met het geheel van de organisatie. Verkokering en blikvernaauwing moeten zoveel mogelijk worden tegengegaan en iedereen moet aangesproken kunnen worden op zijn of haar professionele verantwoordelijkheid.

4.5.1 Personeelsbeleid

In 2006 werd op grond van de HRM-visie 2005-2008 het HRM-beleidsplan 2006-2007 uitgebracht. Het personeelsbeleid komt daarmee in hetzelfde ritme als de andere beleidscycli in het LUMC. Telkens wanneer opnieuw kritisch gekeken wordt naar de missie, de visie en de rest van de organisatie, zullen alle relevante gegevens ten aanzien van het personeel worden meegenomen.

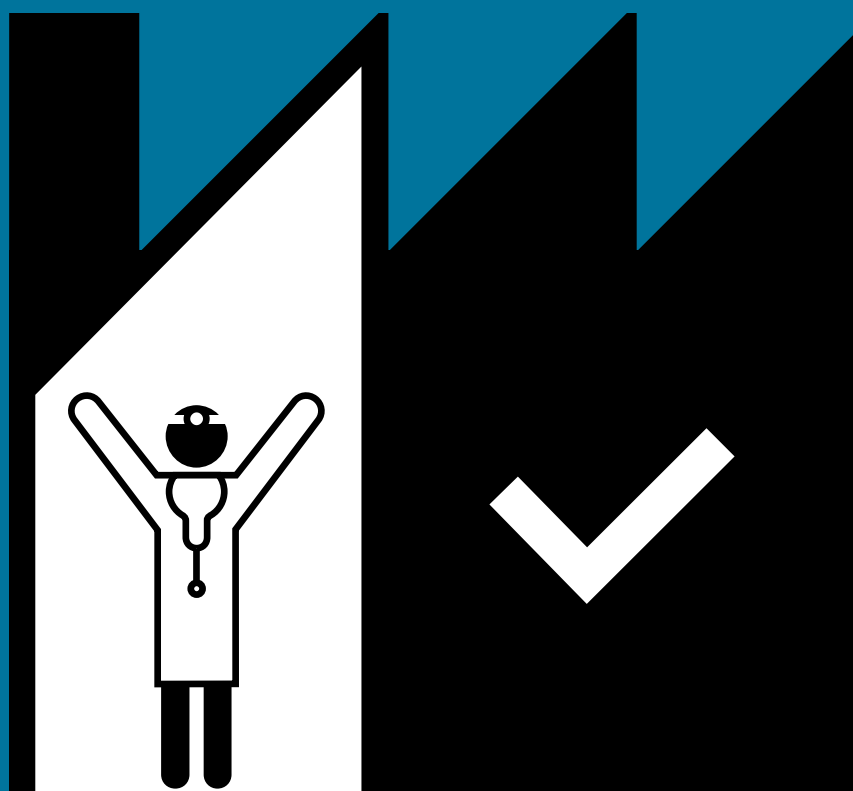
In 2006 beschikte het LUMC globaal over voldoende personeel. Maar het is te voorzien dat zich juist op het gebied van personeelsbestand en HRM-beleid in de komende jaren belangrijke uitdagingen zullen voordoen. De vergrijzing en ontgroening van de

bevolking leidt tot een toenemende druk op de gehele gezondheidszorg, inclusief het LUMC, terwijl de arbeidsmarkt juist krappere wordt. Vergrijzing en ontgroening treden uiteraard ook op binnen het eigen personeelsbestand – alleen al onder het wetenschappelijk personeel wordt in de komende jaren ongeveer een vijfde van de medewerkers gepensioneerd. Tegelijkertijd doen zich allerlei andere ontwikkelingen voor, zoals bijvoorbeeld de kenniseconomie, de marktwerking, veranderende opvattingen over privé en werk en de toenemende individualisering. De eisen die aan en door 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. Tegelijkertijd zal het LUMC als geheel goed moeten zorgen dat het een aantrekkelijke werkgever blijft voor medewerkers van alle leeftijden, met voldoende carrièreperspectief en aandacht voor de individuele mogelijkheden en behoeften van elke werknemer.

Tegen deze achtergrond staat in het HRM-beleid van het LUMC de volwassen arbeidsrelatie tussen leidinggevende en medewerker centraal. De medewerker zal zelf verantwoordelijkheid moeten nemen, niet alleen voor zijn taakvervulling, maar ook voor zijn persoonlijke ontwikkeling, inzetbaarheid en gezondheid. De leidinggevende zal als ‘werkgever’ hem daartoe in staat moeten stellen door goede voorwaarden te scheppen: goede afspraken, heldere kaders, voldoende ruimte, vertrouwen en verantwoordelijkheid. Op alle niveaus van de organisatie zal voldoende aandacht moeten bestaan voor opleidingen en training. In 2006 is gestart met speciale aandacht

De strategische doelen van het HRM-beleid

- 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.



Exploitatie: spin-off

De ontdekkers richten rond het octrooi zelf een nieuw bedrijf op.

voor de deskundigheid van leidinggevend, met name in het middenkader. In deze trainingen krijgen de leidinggevend instrumenten om het HRM-beleid in de praktijk te brengen. Karakteristiek aan deze training is onder meer dat de directe leidinggevende van de cursist als mentor optreedt. In 2007 zullen ook de hogere en lagere leidinggevend bijscholing op deze terreinen ontvangen.

(On)Gewenst gedrag

Twee belangrijke sleutelwoorden in de LUMC-visie op HRM zijn 'volwassen arbeidsrelatie' en 'gedrag'. Het moet voor elke medewerker, op elke positie in de organisatie duidelijk zijn welk gedrag gewenst is en wat als ongewenst gedrag wordt beschouwd. Gewenst gedrag moet gewaardeerd en volgens heldere afspraken beloond worden, bij ongewenst gedrag moet duidelijk zijn wat de consequenties zijn. In dat kader verschenen in 2006 twee belangrijke documenten:

- De LUMC-code, een integriteitscode waarin transparant wordt gemaakt wat de kernwaarden zijn die binnen het LUMC gelden, welke verantwoordelijkheden daaruit voortvloeien en tenslotte welke gedragsregels gelden in situaties waarin de integriteit mogelijk onder druk komt te staan. De LUMC-kernwaarden zijn: betrouwbaar (geen inconsistentie, willekeur en ongenueanceerdheid), open (geen vaagheid, cynisme en dogmatisme) en betrokken (geen solistisch en egocentrisch gedrag, arrogantie en apathie). In situaties waarin integriteit in het geding kan zijn, zoals het omgaan met informatie en het kiezen tussen 'mijn' en 'dijn', wordt steeds aangeraden om eventuele twijfel te delen met anderen en zo het eigen oordeel te toetsen.
- De Klokkenuidersregeling, die aangeeft hoe medewerkers misstanden binnen de organisatie kunnen melden, onder welke voorwaarden zij daarbij kunnen afwijken van de hiërarchische lijn en welke bescherming zij genieten wanneer zij zich aan deze regels houden.

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-vrouw-

verhouding 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. Een groep van 750 medewerkers (1.100 kinderen) maakte in 2006 gebruik van de regeling, die overigens per 1 januari 2007 door veranderde wetgeving kwam te vervallen.

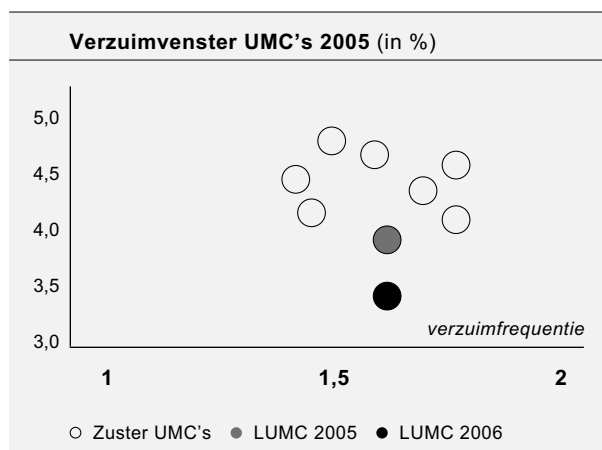
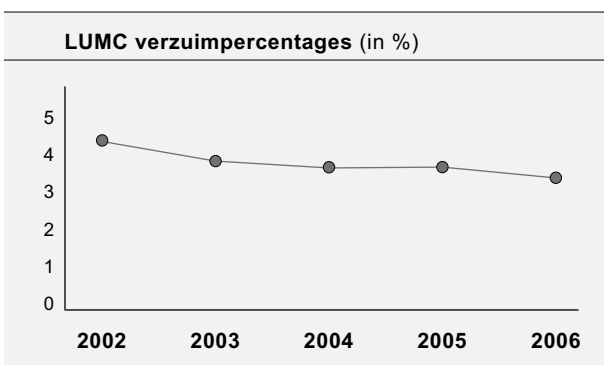
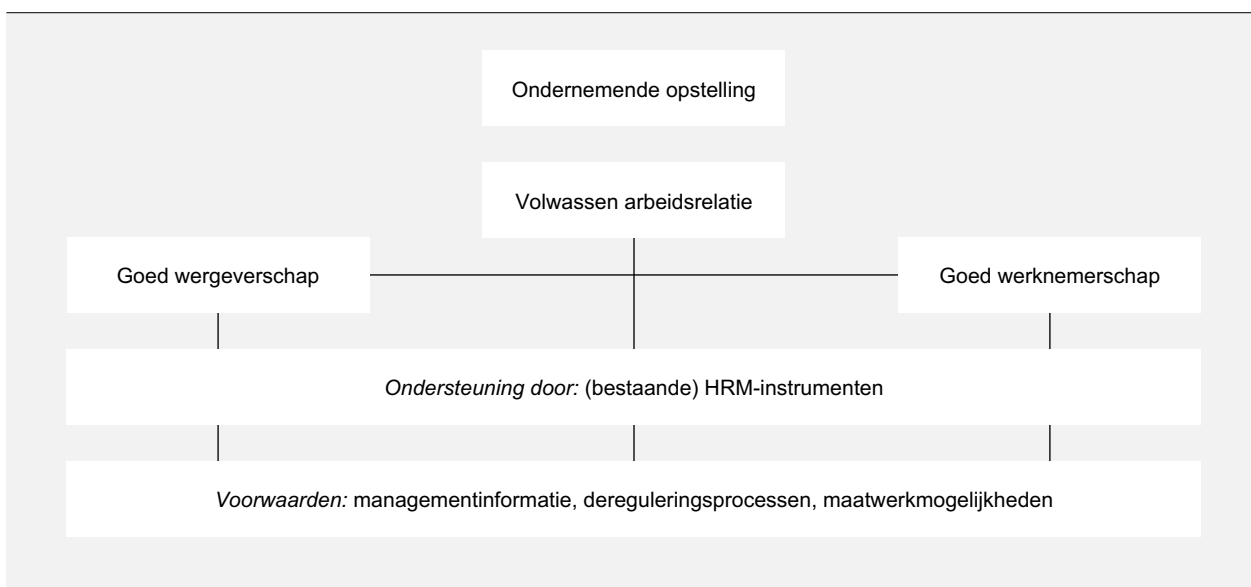
4.5.2 Kwaliteit van het werk

De kwaliteit van het werk blijkt uit verschillende indicatoren, maar de tevredenheid van de medewerkers kan ook rechtstreeks gemeten worden. Dit gebeurde in 2000 voor het eerst en zal in 2007 wederom plaatsvinden. Een andere manier om voortdurend de vinger aan de pols te houden zijn de jaargesprekken. Het is belangrijk dat deze ook daadwerkelijk worden gehouden, ondanks de extra inspanning die dit vraagt van leidinggevend en medewerkers. Daarom is het LUMC begonnen met een campagne om het houden van jaar gesprekken te bevorderen en te monitoren of dit daadwerkelijk gebeurt. De kwaliteit van de jaargesprekken is lastiger te bewaken, maar kan wel worden bevorderd door het aanbieden van scholing aan leidinggevend.

Ziekteverzuim en reïntegratie

Verzuimbeleid is een belangrijk onderdeel en een voorbeeld van het HRM-beleid. De visie van het LUMC op ziekteverzuim is samen te vatten in de stelling 'Verzuim is een keuze'. Verzuim wordt beschouwd als een vorm van gedrag die tot op grote hoogte te beïnvloeden is. Of iemand op grond van omstandigheden ervoor kiest om zich ziek te melden, dan wel met de leidinggevend in overleg te gaan over mogelijke oplossingen, hangt af van de verzuimcultuur binnen de organisatie en binnen elke afdeling afzonderlijk.

De verzuimcijfers van het LUMC daalden in 2006 naar een ongekend laag niveau. Het verzuimpercentage bleef, voor het eerst, steken op 3,5 procent. Aangenomen moet worden dat de continue aandacht voor verzuim, in het kader van de HRM-visie en de daarop gebaseerde verzuimvisie, belangrijk heeft bijgedragen aan de voortgaande daling. Alle LUMC-onderdelen realiseerden een verzuimpercentage gelijk aan of lager dan de afgesproken doelstelling, de zogenaamde Verbaannorm. Opvallend is dat ook een aanzienlijke daling in de ziekmeldingsfrequentie (en dus in het kortdurend verzuim) is gerealiseerd.



Het aantal langdurig zieken (langer dan een jaar arbeidsongeschikt) daalde verder naar minder dan 13 per 1.000 werknemers. Het aantal langdurig zieken is een goede prestatie-indicator voor het probleemoplossend vermogen van het LUMC bij reïntegratie. Met de overige UMC's is in het kader van het ArboPlusConvenant een afspraak gemaakt om verzuim en reïntegratiegegevens te benchmarken. De meetprocedure is ontwikkeld door de hoofden van de interne arbediensten. In februari 2006 vond de meting plaats over 2005; de resultaten van 2006 zijn vanaf eind maart 2007 beschikbaar. De verzuimcijfers over 2005 zijn weergegeven in het zogenoemde 'verzuimvenster'. De onderlinge verschillen tussen de UMC's zijn klein, maar het LUMC blijkt te kunnen bogen op een laag verzuimpercentage. De verzuimfrequentie wijkt echter maar weinig af van het gemiddelde.

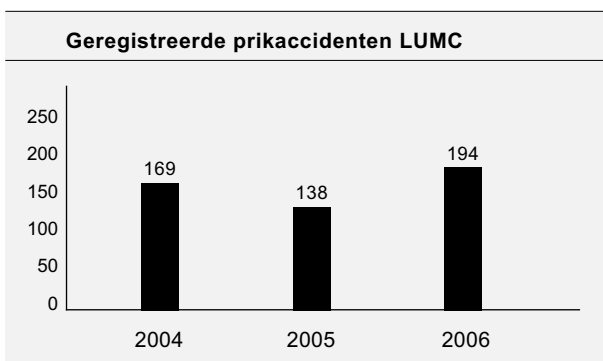
ArboPlusConvenant

De omvang van de inspanningen van het LUMC op het gebied van veiligheid en gezondheid van medewerkers is nog steeds groot, onder meer dankzij de mogelijkheden van het ArboPlusConvenant. Vooral op het gebied van gevaarlijke stoffen (in het bijzonder cytostatica en anesthesiegassen) en op het gebied van fysieke belasting zijn in 2005 en 2006 extra activiteiten uitgevoerd. De evalueatie van het ArboPlusConvenant wordt medio 2007 gepresenteerd. Het ArboPlusConvenant heeft een grote bijdrage geleverd aan een nieuw verzuim- en reïntegratiebeleid, en een positieve invloed gehad op de zorg voor veiligheid en gezondheid binnen de UMC's. De Raad van Bestuur is voornemens om de producten en inzichten uit het convenant te blijven gebruiken in de normale zorg voor veiligheid en gezondheid. De daarvoor benodigde inspanningen zullen vanaf 2007 door de staande organisatie worden opgebracht (deels in de lijn, deels in het directoraat HRM).

Risicobeheersing

Gemeten naar effectindicatoren als ziekteverzuim en ongevallen functioneerde de zorg voor veiligheid en gezondheid binnen het LUMC in 2006 naar behoren. Ook externe beoordelingen (tijdens inspecties van onder meer de Arbeidsinspectie, Inspectie VROM, Inspectie Verkeer en Waterstaat, Milieudienst West-Holland, Hoogheemraadschap Rijnland en de Brandweer Leiden) lieten een gunstig beeld zien. De inspectiedruk blijft echter hoog en neemt verder toe, ondanks 'Haagse' beloften van het tegenovergestelde. In 2006 werden extra inspecties uitgevoerd naar aanleiding van de toegenomen aandacht van de overheid voor veiligheid. Daarnaast meldden zich ook de schadeverzekeraars in het kader van hun doelstelling om de schadelast bij calamiteiten te beperken. Een groot inspectieproject van de Arbeidsinspectie naar de arbeidsomstandigheden in de ziekenhuizen werd in 2006 gestart in het LUMC. Aspecten van veiligheid bij het werken met cytostatica en anesthesiegassen werden positief beoordeeld. Ook de organisatie van de opvang van medewerkers na schokkende gebeurtenissen werd in orde bevonden. Bij de preventie van zware lichamelijke belasting in de verpleging stelde de Arbeidsinspectie de eis dat een plan van aanpak gemaakt zou worden voor het terugdringen van de duw- en trekbelasting bij de verzorging van bedlegerige patiënten met een mobiliteitsklasse C of hoger (patiënten, die meer dan 23 kg wegen en volledig passief zijn). Dit plan is in januari 2007 in uitvoering genomen en voorziet in de aanschaf van nieuwe elektrisch bedienbare hoog-laag bedden.

Incidenten



Het aantal geregistreerde ongevallen en incidenten waar medewerkers bij betrokken zijn, wordt in het LUMC vooral bepaald door het aantal prikaccidenten. In 2006 registreerde het LUMC 194 prikaccidenten. Bij de interpretatie van deze gegevens spelen

meldingsbereidheid, meldingsgelegenheid en de verwerking van de melding een grote rol. De stijging van het aantal meldingen berust waarschijnlijk niet op een toename van het aantal prikaccidenten, maar op een grotere meldingsbereidheid. Sinds 2006 worden prikaccidenten geanalyseerd met behulp van de PRISMA methode die ook gebruikt wordt bij de analyses van gegevens voor de patiëntveiligheid. Doel is om preventie van en voorlichting over prikaccidenten te verbeteren.

Het aantal geregistreerde ongevallen in het LUMC steeg. In 2006 werden 75 ongevallen gemeld (in 2005 en 2004 waren dat er respectievelijk 52 en 51). De stijging komt vooral omdat incidenten met agressie van patiënten of begeleiders meer dan voorheen gemeld worden (12 incidenten). Twee ongevallen/incidenten werden nader onderzocht met behulp van de PRISMA methode (zie ook pagina 34).

Om meldingen en registratie te verbeteren gaf de Raad van Bestuur, naar aanleiding van de management review veiligheid en gezondheid, opdracht aan het directoraat HRM om een nieuw laagdrempelig meldingssysteem op te zetten.

Op preventief gebied gaat elk jaar traditioneel veel aandacht uit naar de preventie van infectieziekten (tuberculose, hepatitis B). Daarnaast wordt al sinds 2004 veel aandacht besteed aan influenzapreventie en aan de preparatie op een eventuele influenzapandemie. In 2004 werd voor het eerst een griepvaccinatie aan alle medewerkers aangeboden; in 2005 en 2006 werd deze actie herhaald. De vaccinatiegraad stabiliseert op een niveau rond de 25 procent. Dit stemt overeen met de gemiddelde vaccinatiegraad in Europese ziekenhuizen (Editorial BMJ; 16 december 2006).

4.6 Samenleving

Het LUMC heeft als publieke kennisinstelling op verschillende niveaus een impact op de samenleving, van lokaal en regionaal tot landelijk en zelfs internationaal. Het is dan ook belangrijk om zo goed mogelijk verantwoording af te leggen van de maatschappelijke gevolgen van de activiteiten binnen het LUMC. Tegelijkertijd dienen wij ons te realiseren dat deze gevolgen slechts zelden eenduidig aanwijsbaar of meetbaar zijn. In de meeste gevallen is slechts een kwalitatieve indicatie mogelijk.

Binnen de Leidse regio is het LUMC de grootste werkgever. Een aanzienlijk deel van de inkoop van verbruiksgoederen en diensten vindt eveneens binnen de regio plaats. Daarmee speelt het LUMC een belangrijke rol in de lokale economie. Het is belangrijk dat het LUMC een aantrekkelijke en betrouwbare werkgever is en blijft en ook een goede naam heeft als organisatie. Goede betrekkingen met gemeenten en anderen in de regio horen daar vanzelfsprekend bij, evenals een stevig onderbouwd HRM-beleid (zie ook 4.5).

Overleg met gemeente en provincie is uiteraard ook van belang voor de ruimtelijke ordening. Het gebied rondom het LUMC zal in de komende jaren ingrijpend veranderen. Het LUMC zal daarbij onder meer letten op de leefbaarheid en de veiligheid van patiënten en medewerkers. Uiteraard is ook de veiligheid binnen de muren van het LUMC een punt van aandacht. Daarom is in dit jaarverslag begonnen met het publiceren van gegevens op het gebied van ('kleine') criminaliteit binnen de gebouwen van het LUMC (zie pagina's 116 en 117).

De effecten van de activiteiten binnen het LUMC blijven uiteraard niet beperkt tot de regio. Als kennisinstelling heeft het LUMC een impact die uitwaaiert tot ver buiten onze landsgrenzen. Publicaties door Leidse medische onderzoekers leveren een bijdrage aan de voortgang van het wetenschappelijk onderzoek, met als eindresultaat verbetering van de patiëntenzorg. Kennis die in het LUMC verzameld wordt, leidt tot innovatie van de zorg en wordt vertaald in protocollen en richtlijnen. Medewerkers hebben als deskundige zitting in adviesorganen en de redacties van nationale en internationale wetenschappelijke tijdschriften, laten via de media hun stem horen en dragen op diverse andere manieren bij aan wetenschappelijke en maatschappelijke debatten. Het LUMC werkt samen met anderen (onder meer de universitaire medische centra van Leuven, Oxford en het Karolinska Instituut in Stockholm) aan een systematiek om deze maatschappelijke effecten in kaart te brengen.

4.6.1 Valorisatie

Het LUMC is al jaren sterk in het translationele onderzoek, dat de vertaalslag maakt van wetenschappelijke ontdekkingen naar toepassingen in de kliniek. De volgende stap, het vermarkten van deze toepasbare kennis, werd in het verleden overgelaten aan

het bedrijfsleven. Juist bij de hoogwaardige kennis waar het hier om gaat is het echter vaak nodig dat onderzoekers nog geruime tijd betrokken blijven bij de verdere ontwikkeling van producten, voordat zij rijp zijn om op de markt gebracht te worden. En het LUMC kan de economische opbrengsten van de kennis die hier ontwikkeld is investeren in zijn kerntaken. Vandaar dat er toenemende aandacht bestaat voor de stap naar de markt. Men spreekt van kennisvalorisatie of van kennis- of *technology transfer*. De overheid beschouwt valorisatie uitdrukkelijk als een taak voor kennisinstellingen.

Er is in 2006 hard gewerkt aan de professionalisering van de kennistransfer. Waar in het verleden op instellingsniveau nog relatief weinig aandacht aan dit onderwerp werd besteed, is inmiddels een flinke inhaalslag gemaakt. Het LUMC werkt daarbij nauw samen met het Leiden University Research and Innovation Services (LURIS) van de universiteit, vlakbij het LUMC in het Poortgebouw gehuisvest. Vanuit het directoraat Onderzoek wordt deze ontwikkeling krachtig ondersteund. Een adviseur voor kennisexploitatie voert regelmatig gesprekken met afdelingen, waarbij telkens twee vragen centraal staan:

- Is er binnen de afdeling kennis die met een octrooi beschermd zou moeten worden?
- Zijn er vindingen die potentieel commercieel interessant zijn en hoe kan deze vertaalslag naar het bedrijfsleven het beste gemaakt worden?

Deze benadering begint tot een cultuurverandering te leiden. Onderzoekers zijn zich er meer van bewust dat voor de toepassing van wetenschappelijke kennis in de (medische) praktijk octrooiering vaak een onmisbare stap is. Zo groeit de bereidheid om bijtijds een octrooi aan te vragen op een potentieel interessante vinding. Dat blijkt concreet uit de toename van het aantal octrooien dat het LUMC in portefeuille heeft.

Bij de exploitatie van intellectueel eigendom zijn verschillende opties mogelijk. Er kan een licentiecontract gesloten worden met een bestaand bedrijf. Het LUMC zet octrooien 'in de etalage' via speciale presentaties (in het jargon: NCD's, non-confidential disclosures) om de belangstelling van externe bedrijven te wekken. Het LUMC participeert in de stichting 3D (*Dutch Discoveries Disclosed*), die marktpartijen probeert te interesseren voor kennis uit kennisinstellingen.

Soms kiezen onderzoekers ervoor om zelf een bedrijf op te zetten. Wetenschappers die zich aan het ondernemerschap willen wagen, worden daarin zo goed mogelijk begeleid. Universiteit Leiden en LUMC zijn hoofduitvoerders van het Leeuwenhoekconsortium dat gericht is op het versterken van kennisexploitatie in de regio. Veel bedrijven en organisaties uit het BioScience Park participeren in dit project, dat 2,5 miljoen euro heeft ontvangen uit het Subsidieprogramma KennisExploitatie (SKE).

Tevens worden kennis en expertise uitgewisseld met anderen, zoals de Technische Universiteit Delft, TNO en de Hogeschool Leiden en met partners uit de bank- en investeringswereld. Zo wordt met Universiteit Leiden en Fortis het Leiden Leeuwenhoek Pre-seed Fund B.V. opgericht, dat persoonlijke leningen aan starters geeft, die nog in de verkennende fase van hun business idee zitten (*pre-seed*). Kleine startende bedrijfjes kunnen in het BioPartner Center, de 'incubator' bij het Sylvius laboratorium tot wasdom komen, om zich uiteindelijk in het BioScience Park te vestigen.

Overigens bestaat binnen het LUMC ook het besef dat er een spanningsveld kan bestaan tussen de werkwijze van de wetenschap en de dynamiek van de markt. Wetenschap betekent immers in het ideale geval dat men zijn bevindingen publiceert en daarmee de wetenschappelijke wereld impliciet oproept om deze bevindingen onderuit te halen. De beste hypothesen worden het hardste onder vuur genomen. In de context van een (startend) bedrijf is een dergelijke kritische benadering veel minder vanzelfsprekend. Daar zal eerder de neiging bestaan om een veelbelovende (be)vinding te koesteren en te beschermen. Het LUMC zal in de komende tijd intern debatteren over dit spanningsveld, om een eigen 'Leidse' koers te bepalen in de wereld van valorisatie en kennistransfer.

4.6.2 Proefdieren

Het gebruik van proefdieren is in het medisch wetenschappelijk onderzoek soms onvermijdelijk. Het is van groot belang dat uiterst zorgvuldig wordt omgegaan met dieren. Bij elk experiment dient ingevolge de wet op de dierproeven te worden getoetst of het gebruik van proefdieren wel noodzakelijk is, of dat vervanging mogelijk is door andere methoden (zoals weefselkweek of in silico onderzoek). Ook moet worden getoetst of vermindering van het aantal

proefdieren dat voor een experiment gebruikt wordt, mogelijk is, evenals beperking van het ongemak dat dieren ervaren. In de afgelopen jaren is veel geïnvesteerd in dierenwelzijn bij de inrichting van het nieuwe Proefdiercentrum in Gebouw 2.

4.6.3 Milieu

Milieuaspecten worden 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. Voor PI's zie pagina 114.

Begin 2003 is het LUMC toegetreden tot de Meerjarenafspraken Energie-Efficiency 2001-2012 (MJA-2). Deze meerjarenafspraken zijn 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 pagina 114). 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 procent wordt nog onderzocht op haalbaarheid. Het energieverbruik is berekend naar primaire energie en gecorrigeerd voor weersinvloeden.

4.7 Financieel beleid

Het LUMC heeft geen winstoogmerk. Het (enkelvoudig) exploitatieresultaat in 2006 bedroeg 6,6 miljoen euro op een totale omzet van 512 miljoen euro. Dit is in lijn met deze doelstelling.

Hierbij moet wel vermeld worden dat het baten/lasten stelsel dat de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) voorschrijft, afwijkt van het kasstelsel dat de overheid zelf hanteert. Daardoor zijn de baten uit medische zorgverlening niet met zekerheid te correleren aan de bijbehorende lasten. Het ministerie van VWS kan tot vijf jaar na dato nog kortingen opleggen voor de overschrijding van het Macro Kader Zorg in afgesloten jaren.

De WTZi schrijft ook de segmentering van de jaarcijfers voor. Onderscheiden wordt het collectieve en het niet-collectieve segment. Het collectieve segment is geld van de zorgverzekeraars en de overheid voor kerntaken (de zogenaamde eerste geldstroom). Het niet-collectieve segment is geld voor onderzoeksprojecten dat in competitie wordt verworven (het zogeheten 'wervend vermogen') bij overheid (o.a. NWO, ZonMw, STW en EU-subsidies) en particulieren (met name collectiebusfondsen en bedrijven).

Het jaarresultaat van 3,6 miljoen euro in het collectieve segment wordt verklaard door een vrijval van 5 miljoen euro uit de egalisatierekening afschrijvingen (een soort voorziening). In het niet-collectieve segment werd een positief resultaat van 3 miljoen euro genoteerd.

De winst van Medipark bedroeg 164.000 euro, de Trombosedienst noteerde een plus van 54.000 euro, maar Curium eindigde met een tekort van 138.000 euro, zodat het Groepsresultaat (de geconsolideerde jaarrekening) op 6,7 miljoen euro uitkwam.

Het financiële commentaar beperkt zich verder tot de enkelvoudige jaarrekening. Bij de prestatie-indicatoren wordt een aantal financiële kengetallen van het LUMC tot 2006 vergeleken met de cijfers van de andere UMC's (eveneens niet-geconsolideerd, tot 2005). Het LUMC heeft relatief lage inkomsten uit de patiëntzorg, de Rijksbijdrage en de universitaire subsidie (het collectieve segment, de eerste geldstroom). Maar het niet-collectieve segment (het wervend vermogen) is naar verhouding groot.

Het Eigen Vermogen is adequaat, het niveau van voorzieningen laag in vergelijking met de andere UMC's.

Ontwikkeling bedrijfsopbrengsten

Het WTG-budget steeg met 11 miljoen tot 325 miljoen euro door de toename van bijzondere medische verrichtingen (WBMV). Hierin is de korting die VWS de ziekenhuizen in 2007 oplegt voor de overschrijding van het (macro) budgetplafond in 2005 en 2006 al verwerkt.

Er werd bovendien 4,3 miljoen euro aan DBC's in het zogenaamde B-segment (vrije prijzen) geregistreerd, slechts 1,3 procent van de totale medische productie. De Rijksbijdrage voor de werkplaatsfunctie bleef nagenoeg gelijk. De universitaire subsidie nam toe met 8,8 miljoen euro, vooral door de bijdrage van de Universiteit Leiden aan de huisvestingskosten van de

nieuwe gebouwen 2 en 3 en door nog steeds toenemende studentenaantallen. De universitaire subsidie bedroeg daarmee 9 procent van de totale baten.

Het wervend vermogen bedroeg 50 miljoen euro in 2006, weliswaar gelijk aan 2005, maar met een verschuiving naar de 2e geldstroom (nationale en Europese subsidies).

Ontwikkeling bedrijfslasten

De belangrijkste kostencomponent wordt gevormd door de personeelslasten: deze stegen met 2,3 procent. De personeelsbezetting steeg van 5.155 fte eind 2005 tot 5.261 fte eind 2006.

De overige bedrijfslasten zijn met 7,9 procent aanzienlijk meer gestegen. Hogere patiëntgebonden kosten ('duurdere geneesmiddelen'), hogere energie- en onderhoudskosten, en de extra kosten van de inhuizing in Gebouw 2 en 3 zijn de verklaring. Lagere toevoegingen aan, dan wel gedeeltelijke vrijval van voorzieningen (o.a. van de egalisatierekening afschrijvingen) compenseren deze stijgingen deels.

Het LUMC gaf in 2006 evenveel aan rente uit als in 2005 ondanks 100 miljoen euro investering in de nieuwe gebouwen 2 en 3. Dit wordt verklaard door het hoge financieringsoverschot van 120 miljoen euro (het door de zorgverzekeraars teveel betaalde bedrag tot en met 2006).

Investerings

In het verslagjaar lag het totaal aan investeringen op 78,5 miljoen euro. Lager dan in 2005, maar aanzienlijk hoger dan het niveau van afschrijvingen (27 miljoen euro). Dit komt door de oplevering van Gebouw 3 in november 2006 door de vof O&O Gebouwen. De investering in dat gebouw bedraagt 23 miljoen euro en is gefinancierd uit eigen middelen. Overige bouwinvesteringen bedroegen 24 miljoen euro waarvan 22,6 miljoen euro ten laste van dereguleringsmiddelen Academische Ziekenhuizen (DHAZ). Het DHAZ budget van 23,6 miljoen euro in 2006 werd daarmee niet uitgeput. Eind 2006 resteerde er nog een bedrag van 19,6 miljoen euro aan trekkingsrechten.

In apparatuur is in 2006 11 miljoen euro geïnvesteerd. Het merendeel van deze investeringen behelst vervangingsinvesteringen. Vermeldenswaardige grote nieuwe investeringen zijn het Proefdiercentrum en

een elektronenmicroscop. Van de Albinus Inkoop C.V.'s is 20 miljoen euro aan apparatuur overgenomen. De implementatie van een aantal grote ICT projecten is ten laste van de exploitatie gebracht.

Vermogenspositie

Het resultaat over 2006 ad 6,6 miljoen euro wordt aan het Eigen Vermogen toegevoegd. Het Eigen Vermogen stijgt daardoor tot 66,6 miljoen euro, waarvan ruim een derde collectief gebonden vermogen en de rest niet-collectief gefinancierd vrij vermogen is. Het Eigen Vermogen bedraagt 10,9 procent van het balanstotaal, tegen 10,2 procent eind 2005. Dit wordt momenteel adequaat geacht voor de semi-publieke sector.

Het werkkapitaal (vlottende activa minus kortlopende schulden, volgens de CTG-definitie) daalde met 44,8 miljoen euro. Het saldo liquide middelen minus bankkredieten steeg van - 27,7 miljoen naar 25,5 miljoen euro.

Het weerstandsvermogen (Eigen Vermogen plus egaliseringsrekening afschrijvingen plus voorzieningen) bleef met 32,4 procent van de totale bedrijfsopbrengsten vrijwel gelijk aan 2005 (32,8 procent).

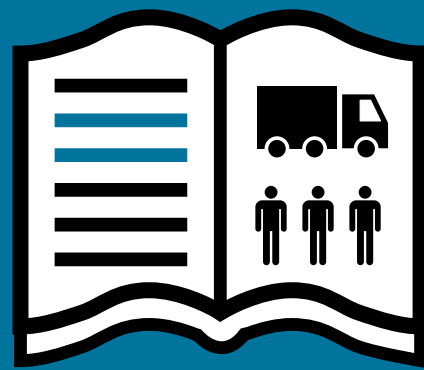
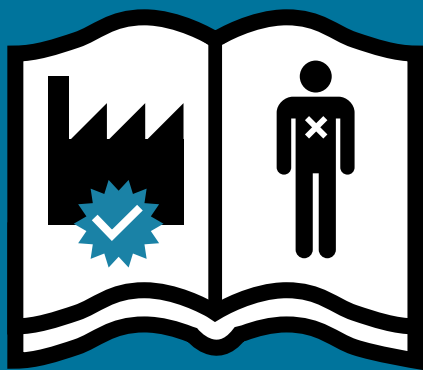
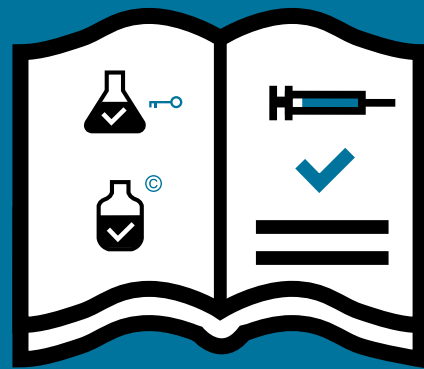
Toekomstige ontwikkelingen

Gedurende 2006 heeft het vorige kabinet de verdere liberalisering van de zorgmarkt op tempo voorbereid. Het regeerakkoord van het nieuwe kabinet geeft aan dat de nieuwe minister van VWS behoedzamer te werk zal gaan, maar het lijkt er niettemin op dat per 1 januari 2008 bekostiging (in plaats van alleen financiering) via DBC's wordt ingevoerd. Daarbij is de DBC systematiek nog verre van perfect en vereenvoudiging laat op zich wachten.

Dit schept voor de UMC's grote onzekerheid over de toekomstige bekostiging. In de nota 'Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving' die de minister van VWS en de staatssecretaris van OCW in december 2006 aan de Tweede Kamer hebben gestuurd, worden de UMC's weliswaar in de eerste plaats gepositioneerd als kennisinstellingen, eerder dan als ziekenhuizen, maar waar zij reguliere zorg bieden moeten zij 'gewoon meedoen' in de zorgmarkt. Daarbij valt te bezien of zorgzwaarte en case mix voldoende tot uitdrukking komen in de door de NZa voorgestelde systematiek van budgetbeheersing vanaf 2008.

Ook andere publieke bekostigingsbronnen zoals de WBMV en de Rijksbijdrage staan onder druk. Gedurende 2007 zal in NFU verband hard gewerkt worden aan de zekerstelling van de publieke functies die UMC's binnen het nieuwe stelsel vervullen. Niet alleen voor de bekostiging van de exploitatie, maar ook van de daarmee verbonden kapitaalslasten.

Voor het LUMC betekent dit een bezinning op de strategische uitgangspunten in een sterk veranderde omgeving. 'Anders werken' zal energiek moeten worden voortgezet en ook aan het stellen van postrioriteiten (het tegengestelde van prioriteiten) valt niet te ontkomen. Een robuuste (financiële) besturingsfilosofie maakt het mogelijk beperkte middelen daar in te zetten waar het meeste maatschappelijk rendement is te verwachten. Investerings in gebouwen en apparatuur die in de laatste jaren zijn gedaan, zullen dit vergemakkelijken. Veel aandacht zal moeten uitgaan naar ICT investeringen, niet zozeer in geld als wel in tijd. Daarbij heeft de huisbrede ontwikkeling van het Elektronisch Patiënten Dossier de hoogste prioriteit.



Business Plan

Bij een nieuw bedrijf hoort een bedrijfsplan.

Personalia

Raad van Toezicht

mr. M. Tabaksblat, voorzitter
prof. dr. H.J. Jongsma
mw. mr. J.J.M.S. Leyten-de Wijkerslooth de
Weerdesteyn (tot 01-12)
mw. prof. dr. H. Maassen van den Brink *
drs. E.F. van Veen *

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

* lid van Audit Commissie

Raad van Bestuur

prof. dr. O.J.S. Buruma, Aerdenhout, voorzitter
(tot 01-09)
prof. dr. F.C. Breedveld, Leiden, voorzitter
(vanaf 01-09)
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
drs. T.F. Damen, directeur Facilitair Bedrijf
mw. drs. T.E.A.M. Doove, directeur HRM
R.C. de Gier RA, directeur Financiën
mw. drs. O.I. Gort, directeur Communicatie
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 ICT
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 (tot 01-06)
prof. dr. K.F.G. Rabe, voorzitter (vanaf 01-06)
mw. drs. E.M. 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
prof. dr. J.W.R. Nortier, 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, Public Health en Eerstelijngeneeskunde
prof. dr. P.C.M. van den Berg, Intensive Care
prof. dr. J.L. Bloem, Radiologie
prof. dr. J.H. van Bockel, Heelkunde
dr. F. Boer, OK Centrum
prof. dr. F.C. Breedveld, Reumatologie (tot 01-09)
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. Everdinck-Van der Pols, Centrum Eerste Hulp
 prof. dr. W.E. Fibbe, Immunologie en Bloedtransfusie
 prof. dr. G.J. Fleuren, Pathologie
 prof. dr. ir. J.H.M. Frijns, Keel-, Neus- en Oorheelkunde
 mw. prof. dr. A.C. Gittenberger, Anatomie en Embryologie
 prof. dr. H.J. Guchelaar, Klinische Farmacie en Toxicologie
 dr. R.A. Holl, Kindergeneeskunde
 dr. D.W. Hommes, Maag-, Darm- en Leverziekten (vanaf 01-07)
 prof. dr. J.C. van Houwelingen, Medische statistiek en bio-informatica
 prof. dr. T.J.W. Huizinga, Reumatologie (vanaf 01-09)
 prof. dr. H.H.H. Kanhai, Verloskunde
 prof. dr. J.W. van Kleef, Anesthesiologie
 prof. dr. C.B.H.W. Lamers, Maag-, Darm- en Leverziekten (tot 01-07)
 prof. dr. G.P.M. Luyten, Oogheelkunde (vanaf 01-09)
 prof. dr. L.H.F. Mullenders, Toxicogenetica
 prof. dr. R.G.H.H. Nelissen, Orthopedie (vanaf 01-07)
 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 (tot 01-07)
 prof. dr. W.J.M. Spaan, Medische Microbiologie
 prof. dr. C.C. Sterk, Oogheelkunde a.i. (tot 01-09)
 prof. dr. H.J. Tanke, Moleculaire Celbiologie
 prof. dr. R.T.W.M. Thomeer, Neurochirurgie
 prof. dr. Ph.D.A. Treffers, Kinder- en Jeugdpsychiatrie (tot 01-09)
 prof. dr. J.B.M.Z. Trimbos, Gynaecologie
 prof. dr. R.R.J.M. Vermeiren, Kinder- en Jeugdpsychiatrie (vanaf 01-10)
 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 Geslachtsziekten
 prof. dr. F.G. Zitman, Psychiatrie
 prof. drs. J. Zwartendijk, Urologie

Diensthooften

R. Beck, Centrale Sterilisatiedienst
 drs. J.H.J. Belt, Walaeusbibliotheek
 mw. C.M. de Bes, dienst Diëtetiek
 ds. A.J. Hammer, dienst Geestelijke Verzorging
 W. Mulder, dienst Fysiotherapie en Ergotherapie
 mw. D.J. Peeters, Specialistische Opleidingen
 mw. F.C. Schenk, dienst Maatschappelijk Werk en Patiëntenservice

Ondernemingsraad

D.J. Burgman, voorzitter
 P.C.J. van Aken (tot 14-11)
 A.T. Brinks
 M.P.M. van der Burg (tot 01-12)
 mw. S. Doekhi-Rollen (tot 15-02)
 R. Fresco
 mw. E.M. Fukken
 dr. N.V. Henriquez
 mw. E. van Hove
 mw. C.M. Jol-van der Zijde
 mw. G. Labadie
 mw. E.G.A. Lurvink
 mw. drs. Ing. G.M.T. Smijs
 drs. W. Swart
 dr. ir. H.W. Verspaget (tot 30-08)
 E.B.I. de Vin
 mw. A. Visser
 mw. C. de Vogel
 dr. J. Wondergem

 mw. A. Dijkstra, ambtelijk secretaris

Student assessor

Mw. M.D. Trietsch (tot 01-09)
 Mw. B. Jorritsma (vanaf 01-09)

Studentenraad 2006 – 2007

Mw. J. Bommer
 Mw. J.E. Bosker
 Dhr. M. Hollema
 Mw. M.L.P. van der Hoorn
 Dhr. M. Molenaar
 Mw. M.E.A. Rath

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 2006 van de LUMC-groep naar waarheid en in overeenstemming met de richtlijnen, zoals deze in 2006 van toepassing waren, is opgesteld.

De jaarrekening 2006 is vastgesteld door de Raad van Bestuur in zijn vergadering van 16 april 2007.

Leiden, 16 april 2007

prof. dr. F.C. Breedveld,
voorzitter Raad van Bestuur

Goedkeuring jaarrekening

De door de Raad van Bestuur vastgestelde jaarrekening 2006 is goedgekeurd door de Raad van Toezicht van het AZL in zijn vergadering van 26 april 2007. 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 Trombosedienst Leiden e.o., de stichting Houdster van Aandelen Medipark, Medipark BV en de vennootschap onder firma O&O-gebouwen.

Leiden, 26 april 2007

mr. M. Tabaksblat,
voorzitter Raad van Toezicht

Accountantsverklaring

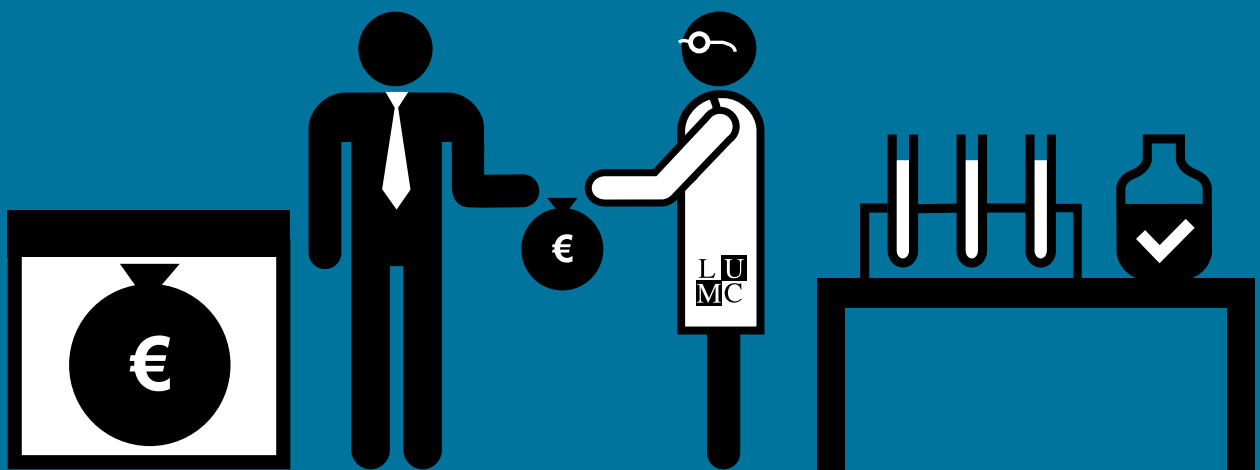
Verklaring

Wij hebben het bijgaande jaarverslag van het Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden over 2006 gecontroleerd. Het jaarverslag is ontleend aan de door ons gecontroleerde jaarrekening 2006 van het Leids Universitair Medisch Centrum. Bij die jaarrekening hebben wij op 16 april 2007 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 16 april 2007 verstrekte goedkeurende accountantsverklaring.

Amsterdam, 16 april 2007

Ernst & Young Accountants



Pre-seed

Om de aanloopkosten voor een nieuw bedrijf te dekken, bestaan er zogeheten *pre-seed* regelingen.

Jaarrekening 2006
(enkelvoudig)

Enkelvoudige balans per 31 december 2006 en 2005

Activa (x € 1.000)		
	2006	2005
A Vaste Activa		
I Immateriële vaste activa	32.753	33.891
II Materiële vaste activa	435.911	384.711
III Financiële vaste activa	2.927	23.143
Totaal vaste activa	471.591	441.745
B Vlottende activa		
I Voorraden	3.327	3.030
II Onderhanden werk DBC's	50.566	42.654
III Vorderingen	59.793	93.986
IV Liquide middelen	25.551	7.436
Totaal vlottende activa	139.237	147.106
Totaal	610.828	588.851

Passiva (x € 1.000)		
	2006	2005
A Eigen vermogen		
I Collectief gefinancierd gebonden vermogen		
– gezondheidszorg	18.528	26.338
– onderwijs en onderzoek	6.176	8.781
	24.704 *	35.119
II Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	41.890 *	24.857
Totaal eigen vermogen	66.594	59.976
B Egalisatierekening afschrijving	82.043	90.409
C Voorzieningen	17.287	16.404
D Langlopende schulden	207.096	234.255
E Kortlopende schulden	117.223	141.140
F Financieringsoverschot	120.585	46.667
Totaal	610.828	588.851

* Basis per 1-1-2006 herzien

Enkelvoudige resultatenrekening over 2006 en 2005

(x € 1.000)		
	2006	2005
Bedrijfsopbrengsten		
– Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	325.267	314.019
– Rijksbijdrage	59.155	58.551
– Universitaire subsidie	46.746	37.931
– Overige bedrijfsopbrengsten	81.134	84.519
Som der bedrijfsopbrengsten	512.302	495.020
Bedrijfslasten		
– Personeelskosten	310.663	303.619
– Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa	22.469	19.276
– Overige bedrijfslasten	163.797	151.824
Som der bedrijfslasten	496.929	474.719
Financiële baten / (lasten)	-8.755	-8.726
Resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening	6.618	11.575

Enkelvoudige resultatenrekening *collectief gefinancierd* over 2006 en 2005

(x € 1.000)		
	2006	2005
Bedrijfsopbrengsten		
– Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	325.267	314.019
– Rijksbijdrage	59.155	58.551
– Universitaire subsidie	46.218	37.931
– Overige bedrijfsopbrengsten	31.064	31.766
Som der bedrijfsopbrengsten	461.704	442.267
Bedrijfslasten		
– Personeelskosten	279.323	274.645
– Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa	22.469	19.276
– Overige bedrijfslasten	147.013	131.569
Som der bedrijfslasten	448.805	425.490
Financiële baten / (lasten)	-9.319	-9.179
Resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening	3.580	7.598

Enkelvoudige resultatenrekening *niet-collectief gefinancierd* over 2006 en 2005

(x € 1.000)		
	2006	2005
Bedrijfsopbrengsten		
– Overige bedrijfsopbrengsten	50.598	52.753
Som der bedrijfsopbrengsten	50.598	52.753
Bedrijfslasten		
– Personeelskosten	31.340	28.974
– Overige bedrijfslasten	16.784	20.255
Som der bedrijfslasten	48.124	49.229
Financiële (baten) / lasten	564	453
Resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening	3.038	3.977

Enkelvoudig kasstroomoverzicht 2006 en 2005

(x € 1.000)		
	2006	2005
Kasstroom uit operationele activiteiten		
Exploitatieresultaat	6.618	11.575
Aanpassingen voor:		
– afschrijvingen	28.317	25.727
– overige mutaties eigen vermogen	0	-5.886
– mutaties egalisereserves	-8.366	-4.536
– mutaties voorzieningen	883	-259
	20.834	15.046
Veranderingen werkkapitaal:		
– voorraden	-297	277
– onderhanden werk DBC's	-7.912	-42.654
– vorderingen	34.193	-15.255
– nog in tarieven te verrekenen	73.918	15.692
– kortlopende schulden (exclusief schulden aan kredietinstellingen)	11.223	11.913
	111.125	-30.027
Totaal kasstroom uit operationele activiteiten	138.577	-3.406
Kasstroom uit investeringsactiviteiten		
Investerings en desinvesteringen in materiële vaste activa	-78.317	-101.328
Mutatie leningen u/g		5
Investerings financiële vaste activa		-11.814
Desinvesteringen financiële vaste activa	20.154	1.481
	-58.163	-111.656
Kasstroom uit financieringsactiviteiten		
Nieuw opgenomen leningen		76.699
Aflossing langlopende leningen	-27.159	-11.127
	-27.159	65.572
Mutatie liquide middelen (inclusief kortlopende schulden aan kredietinstellingen)	53.255	-49.490

Toelichting op de enkelvoudige balans

Materiële vaste activa (x € 1.000)		
	2006	2005
Terreinen	7.593	7.640
Gebouwen	276.146	251.715
Installaties	58.300	52.644
Inventarissen	75.194	55.393
Automatiseringsapparatuur	2.695	3.240
Vervoermiddelen	21	0
Bouwprojecten in uitvoering	15.962	14.079
Totaal	435.911	384.711

De activa zijn niet bezwaard met zakelijke of persoonlijke rechten.
 In 2006 is Gebouw 3 voor een bedrag van € 22,5 miljoen aangeschaft.
 De verzekerde waarde van de materiële vaste activa bedraagt ultimo 2006 € 1.022 miljoen.

Financiële vaste activa (x € 1.000)		
	2006	2005
Vaste activa buiten gebruik	169	231
Vorderingen groepsmaatschappijen	2.287	2.287
Deelnemingen	250	20.398
Overige vorderingen	221	227
Totaal	2.927	23.143

Deelnemingen
 In 2006 heeft het LUMC het door haar ingebrachte kapitaal in de Inkoop CV's van € 22,8 miljoen teruggenomen. De deelneming in de inkoop CV's bedraagt ultimo 2006 derhalve nihil.
 In 2006 heeft ten behoeve van de oprichting van de Leiden Leeuwenhoek Pre-seed Fund B.V. een kapitaalstorting plaatsgevonden. De deelneming van het LUMC in de Leiden Leeuwenhoek Pre-seed Fund B.V. i.o. bedraagt ultimo 2006 € 0,25 miljoen.

Toelichting op de enkelvoudige balans

Onderhanden werk DBC's (x € 1.000)		
	2006	2005
Onderhanden werk A-segment	89.930	81.864
Onderhanden werk B-segment	1.946	1.780
	91.876	83.644
af: Voorschotten van verzekeraars	41.310	40.990
Totaal	50.566	42.654

Onder Onderhanden werk DBC's is opgenomen de onderhanden werk positie inzake DBC-facturatie. Op de onderhanden werk positie zijn de door verzekeraars in het kader van de NZa-beleidsregel I-733 inzake heffingsrente betaalde voorschotten in mindering gebracht. Het onderhanden werk is bepaald op basis van de kostprijs (is CGAO tarief) van de verrichtingen die per jaareinde aan openstaande DBC's gekoppeld konden worden.

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

Vorderingen en overlopende activa (x € 1.000)		
	2006	2005
Vorderingen op debiteuren	29.090	75.222
Vorderingen op groepsmaatschappijen	151	278
Overige vorderingen	28.469	15.396
Vooruitbetaalde bedragen	1.436	917
Nog te ontvangen bedragen	647	2.173
Totaal	59.793	93.986

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

Op de vorderingen op debiteuren is de voorziening dubieuze debiteuren van € 1,8 miljoen (2005: € 2,1 miljoen) in mindering gebracht.

Toelichting op de enkelvoudige balans

Voorzieningen (x € 1.000)				
	Stand per 01-01-2006	Dotaties	Onttrek- kingen	Stand per 31-12-2006
Voorziening arbeidsongeschiktheidsuitkeringen	1.200		700	500
Voorziening werkloosheidsuitkeringen	2.000		400	1.600
Voorziening seniorenregeling	5.015	736		5.751
Voorziening jubileumuitkeringen	1.100	286	286	1.100
Voorziening voor groot onderhoud	6.408	4.000	2.753	7.655
Overige	681	338	338	681
Totaal	16.404	5.360	4.477	17.287

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 2006 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 2006 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. 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 2006 is als volgt:

Toelichting onttrekking seniorenregeling (x € 1.000)	
	2006
In het boekjaar toe te kennen aanspraken	425
Toe te rekenen interest	195
Te verwerken actuariael verlies boekjaar	-152
Aanspraken over verstreken dienstdtijd	908
(Verwachte) werkgeversbijdragen	-640
Mutatie seniorenregeling	736

De voorziening jubileumuitkeringen dient ter dekking van de ultimo 2006 uit dien hoofde bestaande verplichtingen voor het LUMC en is bepaald op basis van de jaarlast en de verwachte toekomstige lasten.

De omvang van de voorziening groot onderhoud is gebaseerd op de meerjarenonderhoudsbegroting. In 2005 heeft een actualisatie plaatsgevonden. Met ingang van 2006 is de dotatie aan de voorziening groot onderhoud met € 1 miljoen verhoogd ten behoeve van Gebouw 2.

Toelichting op de enkelvoudige balans

Langlopende schulden (x € 1.000)				
	2006		2005	
	Totaal	> 5 jaar	Totaal	> 5 jaar
Onderhandse en hypothecaire leningen	202.709	169.006	213.599	176.611
Overige schulden	4.387	4.387	20.656	12.119
Totaal	207.096	173.393	234.255	188.730

Het aflossingsbedrag voor 2007 ad € 10.890.000 (2006: € 11.127.000) is opgenomen onder de kortlopende schulden.

De overige schulden hebben betrekking op de overname van de activa en passiva van de Medische Faculteit Leiden van de Universiteit Leiden door het LUMC, 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 2005 zijn tevens opgenomen de leaseverplichtingen uit hoofde van materiële vaste activa waarvan het ziekenhuis ultimo 2005 wel economisch maar niet juridisch eigenaar was (€ 16,3 miljoen). Per 30 september 2006 zijn bovengenoemde activa aan het LUMC verkocht.

Overzicht van kortlopende schulden en overlopende passiva (x € 1.000)		
	2006	2005
Aflossingsverplichting op langlopende leningen	10.890	11.128
Bankkredieten	0	35.140
Crediteuren/leveranciers	16.791	21.766
Belastingen en premies sociale verzekeringen	10.810	10.745
Schulden terzake van pensioenen	3.915	4.445
Schulden aan groepsmaatschappijen	1.979	5.405
Overlopende passiva:		
– nog te betalen kosten	38.419	32.558
– vooruitontvangen opbrengsten	34.419	19.953
Totaal	117.223	141.140

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 € 22,9 miljoen voor te betalen vakantietoelagen en vakantiedagen.

Toelichting op de enkelvoudige balans

Verantwoording DHAZ-middelen 2006 (x € 1.000)			
	OC en W	VWS	Totaal
Toegekende middelen 2006	5.900	17.700	23.600
Saldo oude jaren	4.464	13.392	17.856
Correctie indexering 2005 over VWS-deel		357	357
Gecorrigeerd saldo oude jaren	4.464	13.749	18.213
Indexering oude jaren over VWS-deel		402	402
Totaal DHAZ middelen	10.364	31.851	42.215
Bestedingen 2006			
DHAZ-nieuwbouw	1.699	5.097	6.796
DHAZ-renovaties	2.008	6.024	8.032
DHAZ-kleine werken	630	1.890	2.520
DHAZ-lange termijn onderhoud	782	2.346	3.128
DHAZ-onderhanden werk *	505	1.515	2.020
DHAZ-huur	35	106	141
Totaal DHAZ-bestedingen	5.659	16.978	22.637
Saldo DHAZ-middelen ultimo 2006	4.705	14.873	19.578
<p><i>* Het onderhanden werk heeft betrekking op lopende projecten. Bij afronding van deze projecten wordt het bestede bedrag onder de relevante rubriek verantwoord.</i></p>			

Toelichting op de enkelvoudige balans

Niet uit de balans blijvende verplichtingen

Gebouw 2 en 3

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 Gebouw 2 en 3.

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 LUMC en de Universiteit Leiden zijn beide hoofdelijk aansprakelijk voor deze financiering.

Verplichtingen inzake Gebouw 2 en 3 (x € 1.000)

Voor de bouw zijn opdrachten verstrekt tot een bedrag van	96.535
af: Hierop reeds gefactureerd tot en met 2006	94.452
af: Nog te betalen volgens standopnames	1.433

Per saldo uitstaande verplichtingen (incl. BTW)	650
--	------------

Op 23 december 2005 is met de ING-bank een collar transactie afgesloten. De financiering van € 23 miljoen tegen een variabele rente voor Gebouw 3 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. In geval 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)		
	2006	2005
Diensten en verrichtingen voor derden	25.407	29.935
B-segment DBC's	4.308	2.782
Overige patiëntenzorg buitenbudgettair	600	720
Onderwijs en onderzoek	50.819	51.082
Totaal	81.134	84.519

Personeelskosten (x € 1.000)		
	2006	2005
Lonen en salarissen	234.804	234.753
Sociale lasten	18.455	16.188
Pensioenpremies	31.024	35.398
Andere personeelskosten	13.746	10.451
	298.029	296.790
Personeel niet in loondienst	12.634	6.829
Totaal	310.663	303.619

Overige bedrijfslasten (x € 1.000)		
	2006	2005
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	15.253	13.734
Algemene kosten	32.326	34.886
Patiënt- en onderzoeksgebonden kosten	94.614	86.636
Onderhoud en energiekosten	11.951	8.674
Huur en leasing	3.608	2.898
Dotaties voorzieningen	6.045	4.996
Totaal	163.797	151.824

Verantwoording bezoldiging bestuurders en gewezen bestuurders										
1	Naam	prof. dr. O.J.S. Buruma		prof. dr. F.C. Breedveld	ir. H.M. le Clercq		prof. dr. E.C. Klasen		dr. ir. P.C.J. Leijh	
		2006	2005	2006	2006	2005	2006	2005	2006	2005
2	Aard bestuurder	S/G	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	01-01/ 31-12
4	Voorzitter	J	J	J	N	N	N	N	N	N
5	Periode in dienst als voorzitter	01-01/ 01-09	01-01/ 31-12	01-09/ 31-12	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
6	Beëindiging dienstverband ultimo verslagjaar	N	N	N	N	N	N	N	N	N
7	Afspraken werktijden	N	N	N	N	N	N	N	N	N
8	Deeltijdfactor	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9	Brutosalaris	159.106	228.867	71.789	202.147	200.422	202.147	200.422	202.147	200.348
10	Bruto-onkostenvergoeding	10.161	13.291	7.008	17.350	13.919	21.024	18.427	21.024	18.574
11	Werkgeversbijdrage sociale lasten	3.296	2.954	1.755	4.641	2.801	4.641	2.801	4.641	2.954
12	Werkgeversbijdrage pensioen, VUT	23.749	45.818	8.405	30.999	39.728	30.999	38.932	30.999	39.722
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.	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.	n.v.t.
15	Totaal bruto-inkomen	196.312	290.930	88.957	255.137	256.870	258.811	260.582	258.811	261.598
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.	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.	n.v.t.
18	Belastbaar looninkomen	144.604	212.415	76.824	173.898	193.031	199.310	194.069	197.964	192.900
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
		2006	2006	2005	2005
mr. M. Tabaksblat (voorzitter)	Toezichthouder	15.464	15.464	14.520	14.520
prof. dr. H.J. Jongsma	Toezichthouder	7.732	7.732	7.260	7.260
mw. mr. J.J.M.S. Leyten-de Wijkerslooth de Weerdesteyn	Toezichthouder	7.732	7.732	7.260	7.260
mw. prof. dr. H. Maassen van den Brink	Toezichthouder	7.260	7.260	7.260	7.260
drs. E.F. van Veen	Toezichthouder	7.732	7.732	7.260	7.260

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

- Voorzitter Commissie Evaluatie Wet- en Regelgeving Gezondheidszorg ZonMw
- Lid van de Raad van Toezicht Raad van Accreditatie
- Voorzitter Stichting Curium (tot 31-08)
- Voorzitter Stichting Trombosedienst (tot 31-08)
- Lid Bestuur Stichting Leiden Life meets Science (tot 31-08)

Prof. dr. F.C. Breedveld

- Voorzitter Stichting Curium (vanaf 01-09)
- Voorzitter Stichting Trombosedienst (vanaf 01-09)
- Lid Bestuur Stichting Leiden Life meets Science (vanaf 01-09)
- Lid Raad van Toezicht Leiden-Amsterdam Centre for Drug Research (LACDR)

Ir. H.M. le Clercq

- Lid Bestuur Stichting Life Science Incubator Leiden
- Penningmeester Stichting Curium
- Penningmeester 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 Strategische Advies Raad TNO Kwaliteit van Leven
- 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 NIAZ
- Lid Bestuur Stichting Ronald McDonald Huis Leiden
- Voorzitter Stichting Aloysius College Den Haag
- Secretaris Stichting Curium
- Secretaris Stichting Trombosedienst

Relevante (neven)functies leden Raad van Toezicht (in 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 van Citigroup International (tot 01-11)
- Councillor for life USA Conference Board
- Voorzitter Raad van Toezicht Hague Institute for the Internationalisation of Law (Hiil)

Prof. dr. H.J. Jongasma

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 Den Haag
- 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 voor 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 van Beter Bed Holding N.V.
- Lid Raad van Commissarissen van Blokker Holding B.V.
- Voorzitter Raad van Commissarissen van Docdata N.V.
- Lid Raad van Commissarissen van Nabuurs Groep Haps
- Lid Raad van Bestuur van de Stichting Administratiekantoor CSM

Termijnen Raad van Toezicht

benoemingstermijn is 4 jaar

Mr. M. Tabaksblat, Wassenaar, voorzitter,
vanaf 1-2-1997 (3e termijn)

Prof. dr. H.J. Jongasma, 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) (tot 1-12)

Mw. prof. dr. H. Maassen van den Brink, Amsterdam, lid Auditcommissie,
vanaf 1-2-2004 (1e termijn)

Drs. E.F. van Veen, Wassenaar, lid Auditcommissie,
vanaf 1-7-2000 (2e termijn)

Overzicht in het kader van de Wet Openbaarmaking uit Publieke middelen gefinancierde Topinkomens (WOPT)

Nr.	Funcienaam	datum in dienst LUMC	datum ontslag LUMC	belastbaar jaarloon 2006	belastbaar jaarloon 2005	pensioenbijdrage wg 2006	pensioenbijdrage wg 2005	ontslagvergoeding 2006	motivatie
1	Academisch Medisch Specialist	11-05-2000		153.943	149.815	25.883	31.447		*
2	Academisch Medisch Specialist	01-04-2001		158.711	154.185	26.090	30.917		**
3	Raad van Bestuur/ Adviseur	16-10-1988	01-03-2007	218.729	212.416	35.624	43.616		
4	Academisch Medisch Specialist	01-01-1993		157.549	154.116	26.086	31.910		**
5	Academisch Medisch Specialist	01-12-1991		172.398	168.448	28.739	35.048		**
6	Academisch Medisch Specialist	01-08-1991		179.728	153.225	30.456	31.763		**
7	Academisch Medisch Specialist	01-01-1999		147.302	143.909	24.110	29.392		*
8	Academisch Medisch Specialist	01-04-1988		147.127	141.204	24.090	25.136		*
9	Academisch Medisch Specialist	01-06-1991		155.977	152.472	25.883	31.447		*
10	Academisch Medisch Specialist	01-05-1992		180.345	176.250	30.748	37.581		**
11	Academisch Medisch Specialist	01-04-1991		154.547	150.691	25.883	31.447		*
12	Academisch Medisch Specialist	01-12-1987		153.005	149.339	25.277	30.682		**
13	Academisch Medisch Specialist	01-04-1997	01-10-2006	194.765	127.508	21.148	23.039		**
14	Academisch Medisch Specialist/ Raad van Bestuur	01-09-1989		178.605	149.456	25.216	30.606		
15	Academisch Medisch Specialist	01-03-1989		167.538	151.788	25.495	32.990		**
16	Academisch Medisch Specialist	01-09-2003		163.982	140.794	24.106	29.258		**
17	Academisch Medisch Specialist	01-04-1992		150.552	149.474	25.356	30.222		**
18	Academisch Medisch Specialist	01-04-1995		157.084	153.394	25.883	31.447		*
19	Raad van Bestuur	01-10-1993		197.964	192.901	30.999	37.817		
20	Academisch Medisch Specialist	01-04-1994		170.347	166.473	28.349	34.776		*
21	Academisch Medisch Specialist	03-06-1994		146.856	156.045	25.883	31.547		*
22	Raad van Bestuur	16-09-2002		173.899	193.031	30.999	37.823		
23	Academisch Medisch Specialist	01-12-1993		150.247	148.891	24.330	29.668		*
24	Academisch Medisch Specialist	01-09-1998	01-05-2006	169.707	133.011	23.023	28.054		**
25	Raad van Bestuur	01-01-2003		199.310	194.069	30.999	37.823		
26	Academisch Medisch Specialist	01-09-2003		170.233	136.965	18.462	19.221		*
27	Academisch Medisch Specialist	01-02-2004		168.422	164.239	27.116	33.255		**
28	Projectdirecteur	01-11-1997	31-12-2006	102.260	90.991	13.798	13.431	57.295	

* Gebaseerd op gemiddelde werkweek 40 - 48 uur excl. diensten resp. maximaal 55 uur incl. diensten bij voltijds dienstverband; parttimers naar rato.

** Garantieregeling; gebaseerd op gemiddelde werkweek 40 - 48 uur excl. diensten resp. maximaal 55 uur incl. diensten bij voltijds dienstverband; parttimers naar rato.

Jaarrekening 2006
(geconsolideerd)

Geconsolideerde balans per 31 december 2006 en 2005

Activa (x € 1.000)		
	2006	2005
A Vaste activa		
I Immateriële vaste activa	32.991	34.141
II Materiële vaste activa	461.385	415.463
III Financiële vaste activa	647	469
Totaal vaste activa	495.023	450.073
B Vlottende activa		
I Voorraden	3.327	3.030
II Onderhanden werk DBC's	50.566	42.654
III Vorderingen	60.507	96.048
IV Liquide middelen	27.272	12.538
Totaal vlottende activa	141.672	154.270
Totaal	636.695	604.343

Passiva (x € 1.000)		
	2006	2005
A Groepsvermogen		
I Kapitaal	18	18
II Collectief gefinancierd gebonden vermogen	26.020 *	36.573
III Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	43.370 *	26.173
Totaal groepsvermogen	69.408	62.764
B Egalisatierekening afschrijving	82.358	90.767
C Voorzieningen	18.454	17.487
D Langlopende schulden	219.635	225.893
E Kortlopende schulden	126.330	160.517
F Financieringsoverschot	120.510	46.915
Totaal	636.695	604.343

* Basis per 1-1-2006 herzien

Geconsolideerde resultatenrekening over 2006 en 2005

(x € 1.000)		
	2006	2005
Bedrijfsopbrengsten		
– Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	342.093	329.424
– Rijksbijdrage	59.155	58.551
– Universitaire subsidie	46.746	37.931
– Overige bedrijfsopbrengsten	82.499	85.879
Som der bedrijfsopbrengsten	530.493	511.785
Bedrijfslasten		
– Personeelskosten	323.976	315.907
– Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa	23.723	21.556
– Overige bedrijfslasten	166.451	153.158
Som der bedrijfslasten	514.150	490.621
Financiële baten / (lasten)	-9.645	-9.423
Resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening	6.698	11.741



Coaching

Onderzoekers die de overstap willen maken naar het ondernemerschap, krijgen begeleiding.

Kerngegevens, kengetallen en prestatie-indicatoren

Patiëntenzorg

Topreferente zorg

- Calcium- en botstofwisselingstoornissen
- Gecompliceerde diabetes mellitus type I en II (incl. nefropathie)
- (Athero)trombose
- Ernstig myocardfalen
- Ablatietherapie voor ritmestoornissen
- α I antitrypsinedeficiëntie
- Ernstig astma
- Allergologie
- Inflammatoire darmziekten
- Therapieresistente bindweefselziekten
- Complexe behandelingen bij HIV
- Immuunstoornissen bij volwassenen en kinderen
- Reizigersgeneeskunde
- Behandeling van hemofilie met remmers
- Invasieve prenatale geneeskunde
- Therapieresistente angst en depressie
- Therapieresistente somatoforme stoornissen
- Kinderpsychiatrie
- Neurogenetica (counseling)
- Ziekte van Huntington
- Ziekte van Parkinson
- Dystonie en overige bewegingsstoornissen
- Geheugenstoornissen
- Myasthene syndromen en spierdystrofie
- Hoofdpijn / Narcolepsie
- Maculadegeneratie
- Neurophthalmologie
- Levertransplantatie
- Nier- en pancreastransplantatie
- Allogene stamceltransplantatie en cellulaire immunotherapie bij volwassenen en kinderen
- Bot- en weke delen-tumoren
- Immunotherapie voor niertumor en melanoom
- Testistumor
- Diagnostiek en chirurgische therapie van longtumoren
- Familiaire darmtumoren
- Mammatumor, m.n. familiair
- Endocriene tumoren (hypofyse, schildklier, pancreas, bijnier)
- Huidmelanomen, m.n. familiair
- Huidtumoren na immuunsuppressieve behandelingen
- Huidlymfoom
- Cervixtumor
- Urologische oncologie
- Oog- en orbitatumor
- Hemato-oncologie bij kinderen
- Chirurgie van aneurysma abdominale aorta
- Cochleaire implantatie
- Schedelbasischirurgie
- Hypofysechirurgie
- Endovasculaire interventies bij neurovasculaire aandoeningen
- Plexus brachialis pathologie en revalidatie
- Prothesiologie van schouder en elleboog
- Tuba chirurgie (gynaecologie)
- Bekkenbodempromblematiek
- Minimaal invasieve urologie
- Chirurgische alternatieven voor hartfalen en klepreparatie
- Complexe hartchirurgie bij kinderen

WBMV-functies

Artikel 2 functies:

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

- Neurochirurgie

- Orgaantransplantatie
- Radiotherapie

Artikel 8 functies:

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

Kwaliteitsborgingssystemen

Hieronder wordt een overzicht gegeven van certificaten en accreditatiebewijzen.

Organisatieonderdeel	Certificaat / Accr.bewijs	Geldig tot
Ziekenhuisgedeelte LUMC	NIAZ	2009
Nierziekten <i>Dialyse</i>	HKZ	2009
Hematologie	JACIE	2010
<i>Centraal Klinisch Hematologisch Laboratorium</i>	CCKL-praktijkrichtlijn	2010
	RvA: ISO 15189	2010
Immuno hematologie en Bloedbank		
<i>Immunogetica en Transplantatie-immunologie</i>	EFI	2007
<i>Centrum voor Stamceltherapie</i>	CCKL-praktijkrichtlijn	2010
	JACIE	2010
Pathologie	CCKL-praktijkrichtlijn	2010
Klinische Genetica		
<i>Laboratorium voor Diagnostische</i>		
<i>Genoomanalyse</i>	RvA: ISO 15189	2010
Humane Genetica		
<i>Forensisch Laboratorium voor DNA-onderzoek</i>	RvA: ISO 17025	2010
Klinische Farmacie en Toxicologie	GMP fabrikantenvergunning en importeursvergunning	2008
	GMP-Z geneesmiddelen	2008
Centraal Klinisch Chemisch Laboratorium	CCKL-praktijkrichtlijn	2007
Medische Microbiologie <i>sectie KML</i>	CCKL-praktijkrichtlijn	2009
Directoraat HRM		
<i>Arbeidsomstandigheden en Risicobeheersing</i>	SBCA Richtlijn Arbodiensten (certificaat 656884) Complexvergunning Kernenergie wet (vergunningnr. 2000/86205) laatste wijziging 29.05.2006 (vergunningnr. 2006/3663-08) Besluit GGO (circa 75 vergunningen)	2010

Ontwikkeling en Innovatie (I&O)

Definitie

O&I betreft de zogenaamde Research & Development-functie van de zorg. Dit betekent dat innovaties worden bedacht, uitgeprobeerd 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.

Voorbeelden van innovaties in de patiëntenzorg

- Satellietapotheek
- Vaardighedencentra met als doel verbetering kwaliteit van professionals in patiëntenzorg
- Zwangerschapspolikliniek voor diabetici
- Hartfalen polikliniek met thuismonitoring
- Radiofrequency ablatie als minimaal invasieve behandeling bij metastasen
- Behandeladviescentrum ouderengeneeskunde gebruikmakend van uniek elektronisch patiëntendossier (anderhalve lijn)
- Telemonitoring astma
- Routine *outcome monitoring* bij stemmings-, angst- en somatoforme stoornissen (samen met 1e en 2e lijn)
- Geautomatiseerde bewaking antimicrobiële therapie
- Moleculaire testen voor sputum diagnostiek
- Detectie van chromosoomafwijkingen in vruchtwater d.m.v. 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

Productiecijfers

	2006	2005
Eerste polikliniekbezoeken	77.442	77.765
Herhalingspolikliniekbezoeken	224.119	220.494
Spoedconsulten	12.451	12.032
Dagbehandelingen	11.957	11.464
Klinische opnames	18.908	19.022
Verpleegdagen	141.128	143.219
Gemiddelde verpleegduur	7,5	7,5
Zorgratio eerste polikliniekbezoek / klinische opname	4,1	4,1
Heropnames binnen 1 week	982	915

Diagnostisch onderzoek en behandeling

	2006	2005
Verloskamers		
– bevallingen	1.052	1.363
Beeldvormende diagnostiek		
– CT-scans	12.401	11.158
– MRI-scans	7.218	6.526
– Totaal	153.864	148.191
Nucleaire Geneeskunde		
– verrichtingen	5.803	5.217
Laboratoria		
– klinisch	2.437.823	2.354.800
– poliklinisch	2.088.461	1.925.028
Paramedische behandeling		
– fysiotherapie	38.906	38.306

WBMV-productie

	2006	2005
Beenmergtransplantaties		
– autoloog volwassenen	24	36
– autoloog kinderen	0	0
– allogeen volwassenen	49	35
– allogeen kinderen	32	37
Hartchirurgie en interventiecardiologie		
– open hart operatie	798	819
– PTCA	1.251	1.247
– cardiovasculaire stent	2.108	2.038
– catheterablatie	474	402
– AICD-implantaties	452	435
In vitro fertilisatie		
– 1e t/m 3e behandeling	733	680
– 4e en verdere behandeling	7	8
Klinische Genetica		
– erfelijkheidsadvisering	2.489	2.131
– laboratoriumonderzoeken	12.400	13.888
Orgaantransplantaties		
– niertransplantaties	111	102
– nierpancreastransplantaties	16	18
– levertransplantaties	20	43
Radiotherapie		
– teletherapie	1.725	1.675
– brachytherapie	156	142
Gehoor		
– cochleaire implantatie bij volwassenen	40	29
– cochleaire implantatie bij kinderen	15	19
– behandelingen audiologie	13.852	14.096
Nierfunctie		
– hemodialyses	6.930	6.672
– CAPD's	1.231	423
– CCPD's	5.173	5.680
AIDS/HIV		
– totaal aantal onder behandeling	390	348
Traumazorg		
– acute patiënten	1.022	1.090
– multitraumapatiënten	104	90

Klinische opnames en gemiddelde verpleegduur

	Opnames		Gemiddelde verpleegduur	
	2006	2005	2006	2005
Heelkunde	2.325	2.337	8,8	8,6
Mondheelkunde	88	103	3,7	4,1
Orthopedie	768	797	6,8	7,4
Plastische chirurgie	189	184	3,4	3,1
Thoraxchirurgie	929	913	11,3	11,1
Urologie	587	611	4,9	4,5
Algemene inwendige geneeskunde	817	771	8,6	7,9
Endocrinologie	457	487	5,4	6,0
Hartziekten	2.311	2.124	3,6	3,9
Hematologie	369	512	18,0	14,4
Infectieziekten	204	195	11,4	11,7
Klinische oncologie	649	649	5,1	4,8
Longziekten	444	451	8,5	7,9
Maag-, Darm- en Leverziekten	431	466	8,4	7,8
Nierziekten	458	466	10,1	11,2
Reumatologie	247	250	9,2	10,6
Gynaecologie	664	713	6,2	6,0
Huidziekten	81	82	13,4	14,5
Keel-, Neus- en Oorheelkunde	784	808	5,1	5,2
Kindergeneeskunde	2.190	2.252	9,3	8,9
Neurochirurgie	716	735	7,7	8,1
Neurologie	1.019	961	7,4	8,0
Oogheelkunde	339	402	4,4	4,3
Psychiatrie	229	178	23,3	32,1
Verloskunde	1.613	1.551	4,6	4,5
Totaal	18.908	18.998	7,5	7,5

Dagbehandeling en poliklinische contacten

	Dagbehandelingen		Poliklinische contacten (inclusief bezoeken)	
	2006	2005	2006	2005
Anesthesiologie (pijnbestrijding)	0	0	9.349	9.098
Heelkunde	520	565	45.501	45.732
Mondheelkunde	73	75	12.261	8.887
Orthopedie	361	297	17.016	17.175
Plastische Chirurgie	240	225	4.332	4.569
Revalidatie	0	0	2.934	2.677
Thoraxchirurgie	9	15	730	674
Urologie	214	209	12.743	12.399
Algemene inwendige geneeskunde	231	164	32.642	29.937
Endocrinologie	233	199	18.282	17.678
Geriatric	0	20	18.901	1.071
Hartziekten	640	795	12.100	19.204
Hematologie	1.066	738	2.586	12.091
Infectieziekten	40	53	15.125	2.123
Klinische oncologie	1.142	1.190	8.984	13.678
Longziekten	400	429	9.782	8.367
Maag-, Darm- en Leverziekten	641	762	11.562	10.287
Nierziekten	86	101	645	10.106
Reumatologie	1.852	1.770	13.028	12.716
Gynaecologie	421	339	26.173	25.647
Huidziekten	12	24	23.848	22.983
Keel-, Neus- en Oorheelkunde	922	771	30.658	29.374
Kindergeneeskunde	884	873	25.226	24.726
Neurochirurgie	158	165	3.187	3.029
Neurologie	325	282	17.414	17.630
Oogheelkunde	1.153	1.178	44.662	39.708
Psychiatrie	0	0	3.514	3.076
Verloskunde	324	225	15.983	15.389
Totaal	11.957	11.464	439.168	420.031

Aantallen gesloten dbc's 2006 per specialisme per zorgtype

Specialisme	Zorgtype					
	geen	regulier	spoed	intercol- legiaal consult	vervolg	exacerbatie
Alg.inwendige geneeskunde		2.500	4.476	769	2.170	
Allergologie		205		3	96	
Anesthesiologie		485	18	155	46	
Endocrinologie		1.162	19	37	3.842	
Gynaecologie		6.365	301		1.294	
Hartziekten		8.520	2.267	1.586	5.470	
Heelkunde	3	10.071	12.900	646	1.958	78
Hematologie		650	5	107	1.236	
Huidziekten		4.889		343	3.212	100
Infectieziekten		489	29	918	405	
Keel-, Neus- en Oorheelkunde		5.275	781	522	2.504	272
Kindergeneeskunde		4.050	1.828		3.094	9
Klinische Genetica		2.612				
Longziekten	1	1.268	346	509	875	49
Maag-, Darm- en Leverziekten		732	50	55	2.205	60
Medische oncologie		517	4	29	715	
Neonatologie		235				
Neurochirurgie		1.306	129	44	591	6
Neurologie		3.952	2.102	907	1.654	2
Nierziekten		809	2	92	4.187	
Oogheelkunde		7.637	2.515	730	3.975	121
Orthopedie		5.025	1.701	138	1.882	62
Ouderengeneeskunde		272	2	100	86	
Plastische chirurgie		1.331	40	8	189	2
Psychiatrische Consult. Dienst			272	417		
Radiodiagnostiek		1.051	90		118	
Radiotherapie		1.958			2.881	
Reumatologie		1.758	122	143	2.506	
Thorax-chirurgie		1.363	35	7		
Urologie		2.320	293	396	1.369	103
Verloskunde		6.141	1.139		10	
Totaal	4	84.948	31.466	8.661	48.570	864
<i>Aantallen B-segment</i>	<i>0</i>	<i>1.163</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>2.175</i>	<i>41</i>

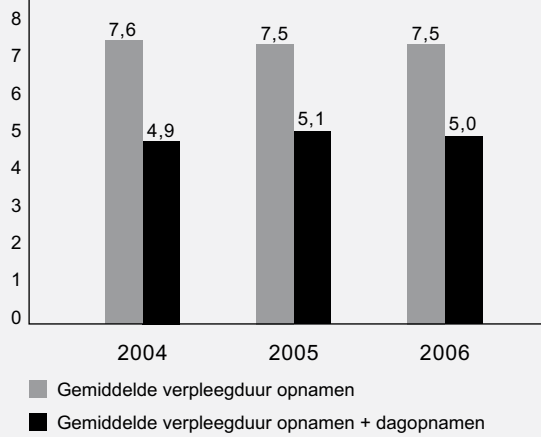


Incubator

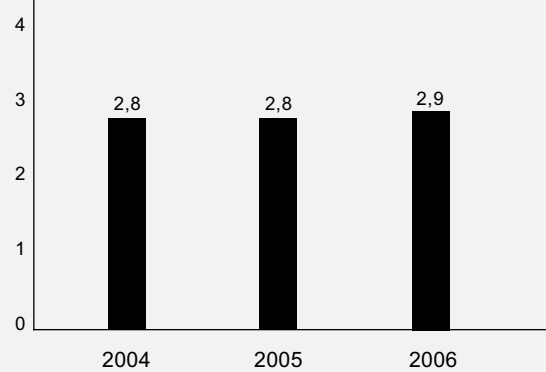
Een incubator biedt onderdak aan startende bedrijven.

Zorgratio's

Gemiddelde verpleegduur (in dagen)

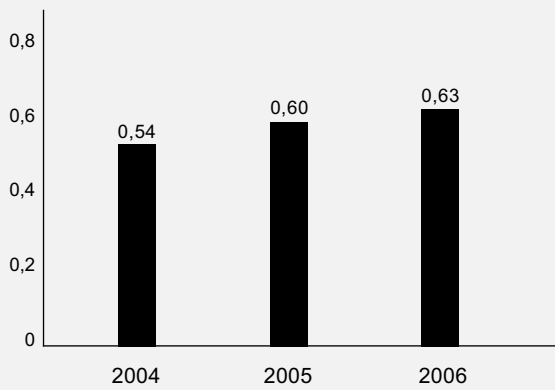


Verhouding herhaalbezoeken / eerste polikliniekbezoeken



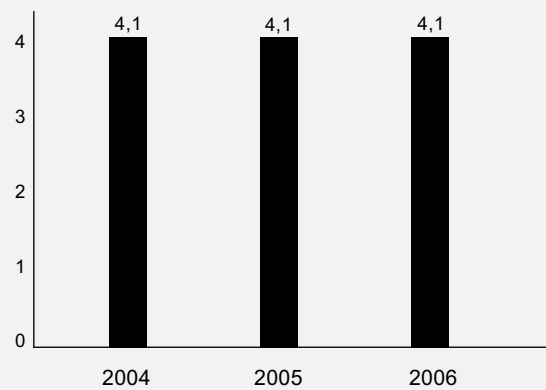
Het beleid is gericht op het beperken van het aantal herhaalbezoeken.

Verhouding dagverplegingen / klinische opnames



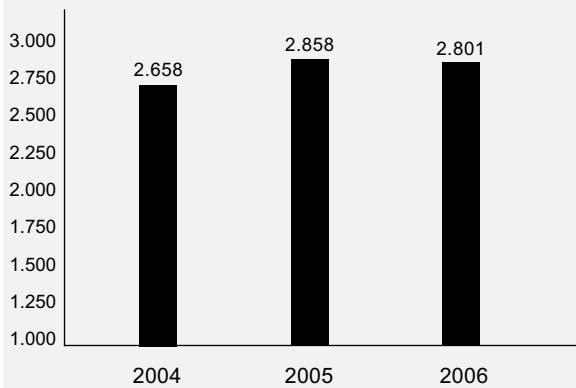
Het beleid is erop gericht zoveel mogelijk zorg ambulant danwel in dagbehandeling uit te voeren.

Verhouding eerste polikliniekbezoeken / klinische opnames



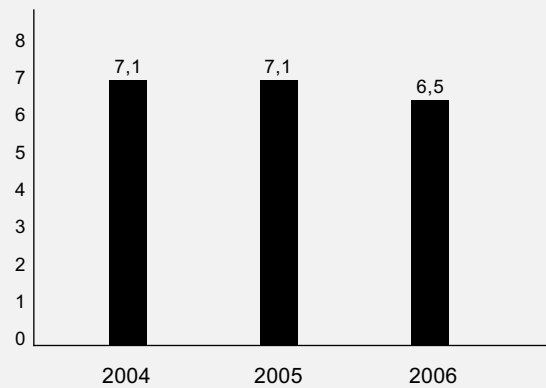
Het beleid is erop gericht zoveel mogelijk zorg ambulant danwel in dagbehandeling uit te voeren.

Heropnames binnen 1 maand



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

Heroperaties binnen 30 dagen (in %)



Alle heroperaties binnen 30 dagen gedeeld door het totaal aantal operaties.

Decubitus

Overzicht van de prevalentiecijfers van het LUMC, Universitair Medische Centra en Algemene ziekenhuizen in de periode 2004 – 2006 (in %)

	2004				2005				2006			
	N=371				N=330				N=348			
Graad decubitus 1-4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
LUMC	4,9	4,3	1,4	0,0	4,2	3,0	3,0	0,6	6,3	3,2	2,3	0,9
Totaal LUMC	10,5				10,9				12,6			
Totaal LUMC zonder graad 1	5,7 (4,3)*				6,7 (5,2)*				6,1			
Totaal UMC's inclusief LUMC	14,8				15,6				15,2			
Totaal UMC's zonder graad 1 inclusief LUMC	8,0 (5,8)*				8,8 (7,2)*				8,4			
Totaal Algemene ziekenhuizen	18,7				17,0				14,8			
Totaal Algemene ziekenhuizen zonder graad 1	9,0 (5,8)*				8,1 (4,9)*				7,3			

* Getal tussen haakjes is de prevalentie decubitus zonder graad 1 die in de instelling is ontstaan. Bron: LPOD

Decubitusregistratie

Het LUMC beschikt over een systematische decubitusregistratie LPOD (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.

Decubitusincidentie bij een homogene patiëntenpopulatie

De decubitus incidentie (graad 3-4) na totale heupvervanging komt over het geheel van 2006 uit op 0 procent. Er waren 108 totale heupvervangingen in 2006.

Puntprevalentie decubitus ziekenhuisbreed

De puntprevalentie 1 bedroeg:	$22 / 348 \times 100\% =$	6,3%
De puntprevalentie 2 bedroeg:	$17 / (348-5) \times 100\% =$	4,9%

De datum van de meting was 4 april 2006. 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.	348 patiënten
Noemer 2	Totaal aantal opgenomen patiënten op datzelfde tijdstip.	392 patiënten

Afdeling neonatologie is niet meegenomen.

Bron: complicatieregistratie Orthopedie (LHCR)

Hemovigilantiebeleid

Het LUMC beschikt over een hemovigilantiebeleid. Er vindt centrale registratie plaats van transfusiereacties. Het LUMC werkt mee aan de TRIP-registratie. Transfusiefouten worden aan de Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg gemeld.

Percentage transfusiereacties graad 3 en 4

Per transfusie	0%
Per patiënt	0%

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
2004	3.970	25.966	2	0
2005	2.636	23.803	3	0
2006	2.701	23.996	0	0

De indicatie voor transfusie is scherper geworden, wat tot een daling van het aantal patiënten heeft geleid. Door een toename van complexe patiënten nam het aantal toegediende bloedproducten niet af.

Verantwoord gebruik

	Ingekocht			Aantal en (%) niet gebruikt					
	2004	2005	2006	2004		2005		2006	
erythrocyten	16.225	15.239	15.432	407	2,50%	433	2,80%	370	2,40%
plasma	6.364	5.425	4.733	1.284	20,20%	832	15,30%	650	13,70%
thrombocyten	5.142	4.451	4.914	74	1,40%	47	1,10%	49	1,00%
Totaal	27.731	25.115	25.079	1.765	6,40%	1.312	5,20%	1.069	(4,3%)

Medicatieveiligheid**Beschikbaarheid gegevens***Klinisch voorgeschreven*

In 2006 was 100 procent van de klinisch voorgeschreven medicatie integraal beschikbaar in de polikliniek-spreekkamers en op de verpleegafdeling.

Poliklinisch voorgeschreven

In 2006 was 100 procent 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 LUMC

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 procent van de meldingen) en 'toedienen' (40 procent van de meldingen) waren; dit is bevestigd in objectief 'disguised observation' onderzoek.

Maatregelen met betrekking tot voorschrijffouten*Gerealiseerd in LUMC in 2006*

- Met behulp van Medicator worden artsen ondersteund bij het geprotocolleerd voorschrijven van cytostatica en andere risicovolle geneesmiddelen c.q. complexe behandelingen (zie tabel).
- Medicatiebewaking door klinische farmacotherapie

(KFT) is sterk verbeterd (aantal noodzakelijke interventies ten gevolge van intensievere begeleiding zijn toegenomen, zie bovenstaande tabel).

- Op basis van een landelijke alert melding over medicatiefouten bij het voorschrijven van methotrexaat in de wekelijkse dosering met als indicatie reumatoïde arthritis is controle voor afleveren geïntensiveerd.
- Ten behoeve van twee heelkundige afdelingen en alle kinderafdelingen is een Apotheek Service Punt gestart met als doel het aantal transmurale fouten te verminderen; bij 179 recepten van 94 patiënten was er sprake van een discrepantie tussen voorgeschreven medicatie en thuismedicatie; in 10 procent van deze gevallen werd een daadwerkelijke medicatiefout voorkomen.

Maatregelen met betrekking tot toedienfouten

Gerealiseerd/gestart in LUMC

- Een multidisciplinaire werkgroep onder leiding van een ziekenhuisapotheker heeft een richtlijn ontwikkeld voor toediening ‘gereed maken door verpleegkundigen’; een scholingsprogramma van verpleegkundigen is opgestart.
- Een multidisciplinaire werkgroep is gestart met implementatie van elektronische toedienregistratie met als uiteindelijk doel om toedienregistratie controle middels barcode lezing mogelijk te maken.
- Op enkele kinderafdelingen is een nieuw sondesysteem getest en geïntroduceerd. Door gebruik te maken van dit systeem is het niet meer mogelijk om geneesmiddelen bedoeld voor oraal gebruik (dranken en suspensies) intraveneus toe te dienen.

Aantal interventies * door KFT bij voorschrijven van cytostatica

jaar	% voorschriften cytostatica voorgeschreven via protocol	Aantal interventies door KFT
2001	–	50
2003	30%	30
2004	70%	12
2005	80%	10
2006	70%	13

** Interventie die resulteerde in dosis aanpassing van het cytostaticum.*

Ontwikkelingen met betrekking tot risico-analyse en medicatiefouten analyse

Risico-analyse is op verschillende manieren mogelijk. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) ontwikkelt een medicatieveiligheid checklist ten behoeve van alle Nederlandse ziekenhuizen; de module met betrekking tot het proces voorschrijven en toedienen is getest in het LUMC. Op basis van de resultaten worden concrete verbetertrajecten gestart.

Aantal interventies door KFT in geval van door arts genegeerde medicatiebewakingssignalen

jaar	Aantal interventies	Aantal genegeerde medicatiebewakings signalen
2002	100	–
2003	325 (2,0%)	15.716
2004	540 (2,3%)	23.666
2005	954 (2,4%)	39.658
2006	1.311 (3,4%)	38.383

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

Het LUMC beschikt over de volgende ICT-voorzieningen voor zijn patiënten

- Draadloos internet

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, Cardiologie, Vasculaire geneeskunde, Diëtetiek, Diabetespoli, Mammapoli en Revalidatie Applicatie Reumatologie 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
2004	14	1	0,07
2005	7	0	0
2006	17	4	0,23

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. De gegevens van deze surveillance zijn in 2006 verwerkt en teruggerapporteerd aan de afdeling.

Overige surveillance-activiteiten

In het kader van onderzoek naar de toepassingen van selectieve darmdecontaminatie is er surveillance van ziekenhuisinfecties gedaan op twee intensive care afdelingen.

Resultaten rapportage Bewaking Antimicrobiële Therapie (BAT)

Resultaten rapportage BAT		
	2005	2006
Rapporten	8	33
Voorschriften		4.816
Beoordelingen *	1.488	3.680 (78%)
* Van de rapportages.		

Resultaten rapportage BAT (in %)		
	2005	2006
Correct	30	41
Incorrect	51	29
Onvoldoende informatie	19	30

- Bewaking Antimicrobiële Therapie (BAT) is een door de antibioticacommissie ontwikkelde methode om de kwaliteit van gebruik van speciale antibiotica te bewaken. Deskundigen beoordelen de voorschriften aan de hand van vastgelegde criteria. De commissie rapporteert halfjaarlijks en bespreekt zonodig de bevindingen met het afdelingshoofd.
- In 2006 is gerapporteerd over 3.680 antibioticumvoorschriften. Dit is 78 procent van het totale aantal voorschriften waarvoor een motivatie moet worden gegeven.
- Het aantal incorrecte voorschriften daalde van 51 procent in 2005 naar 29 procent in 2006.

Complicatieregistratie

Het percentage afdelingen van het totaal aantal afdelingen dat aan een landelijke complicatieregistratie deelneemt, is 38 (13 van de 34).

Het percentage afdelingen met een complicatieregistratie van het totaal aantal afdelingen conform de NFU-definitie bedraagt 100 procent (optelsom van zowel landelijk als eigen, beide voldoen namelijk aan

de NFU-definitie). 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 Thoraxchirurgie			
4	Cardiologie		x		LUMC-registratie
5	Dermatologie		x		LUMC-registratie
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- en Oorheelkunde	x			LHCR
12	Kindergeneeskunde		x		LUMC-registratie
13	Klinische chemie	n.v.t.			incidentenregistratie
14	Klinische (medische) oncologie		x		LUMC-registratie
15	Klinische pathologie		x		LUMC-registratie
16	Maag-, Darm- en Leverziekten		x		LUMC-registratie
17	Medische microbiologie	n.v.t.			incidentenregistratie
18	Nefrologie	x			LUMC-registratie
19	Neonatologie		x		LUMC-registratie
20	Neurochirurgie	x			LHCR
21	Neurologie		x		LUMC-registratie
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
	Immunohepatologie en Bloedtransfusie	x			TRIP
	Infectieziekten	x			

Kengetallen			
	2000-2002	2003-2005	2006
Alle opnames, % gecompliceerd	14,5%	18,6%	19,1%
Opnames met een operatie (n=2.467), % gecompliceerd	17,3%	21,3%	21,5%
Gemiddelde leeftijd en standaarddeviatie	48,7 ± 21,9	48,3 ± 22,1	49,9 ± 22,1
Percentage mannen	54,2%	54,8%	51,8%
Karakteristieken geopereerde patiënten:			
Percentage met conditie ASA* ≥3	22,4%	21,8%	19,4%
Percentage met zwaarteklasse** ≥5	33,8%	31,8%	33,8%
Percentage met leeftijd ≥60	31,1%	31,4%	33,2%

* (Slechtere) gezondheidstoestand van te opereren patiënt.
 ** (Hogere) zwaarteklasse – technische complexiteit – van de uitgevoerde operatie.

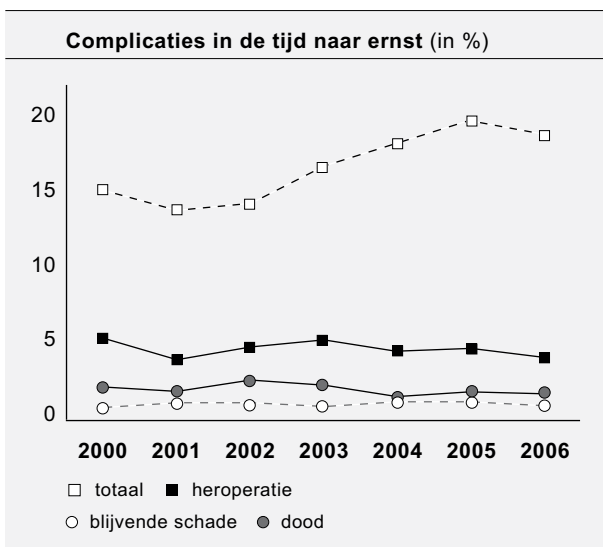
Complicatieregistratie LUMC-Heelkunde

In 2006 waren er 3.325 patiëntenopnames onder verantwoordelijkheid van de afdeling Heelkunde, en/of door een chirurg(isch) assistent als eerste operateur geopereerd. Van 3.262 (98 procent) waren de gegevens compleet. De complicatiestatistieken vindt u in bovenstaande tabel.

De patiëntenpopulatie van 2006 is iets ouder dan de gemiddelde populatie van de periode 2003-2005, met minder vaak een slechte gezondheidstoestand bij opname, maar ondergaat vaker een complexe ingreep.

De incidentie van de meer ernstige categorieën complicaties wordt in onderstaande tabel getoond, en laat een lichte afname zien van de ernstigere complicaties:

Aantal complicaties naar ernst (in %)			
	2000-2002	2003-2005	2006
Ernst 2: leidend tot heroperatie	4,8%	4,9%	4,3%
Ernst 3: (waarschijnlijk) blijvende schade / functieverlies	1,1%	1,2%	1,1%
Ernst 4: dood	2,3%	1,9%	1,8%



De incidentie van de top 5 meest voorkomende typen complicaties zijn:

Aard	2000-2002	2003-2005	2006
Ontsteking / infecties	8,5%	9,0%	7,0%
Gestoorde functie	7,3%	7,0%	5,3%
Bloeding / hematoom	2,5%	2,6%	2,2%
Vochtophoping / lekkage	1,8%	2,4%	2,0%
Shock	1,7%	2,0%	1,8%

Complicatiegegevens Neurochirurgie als voorbeeld van afdeling complicatieregistraties

In 2006 waren op de afdeling Neurochirurgie van het LUMC 977 opnames, waarvan er 733 patiënten een operatie hebben ondergaan (2005: 980 opnames waarvan 684 patiënten een operatie hebben ondergaan). Bij 16,6 procent van alle opnames en 21,4 procent van de geopereerde opnames zijn één of meerdere complicaties opgetreden.

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).

Aantal complicaties naar ernst (in %)			
Ernst gradatie 2-4*	2004	2005	2006 (aantal)
Ernst 2: herstel na (re)operatie	11	19	16 (36)
Ernst 3: (waarschijnlijk) blijvende schade / invaliditeit	9	10	14 (32)
Ernst 4: Dood	5	2	4 (10)
Totaal	25	31	34

* Gradatie 1 betreft tijdelijk nadeel, herstel zonder (her)operatie.

Complicaties en ernst opnames (in %)			
	2004	2005	2006
Infecties			
Ernst 2	0,2	1,1	0,6
Ernst 3	0,0	0,0	0,1
Ernst 4	0,2	0,3	0,3
Nabloeding			
Ernst 2	0,0	0,5	0,8
Ernst 3	0,5	0,0	0,3
Ernst 4	0,3	0,1	0,3

Voor infecties en (na)bloedingen is het complicatiepercentage berekend aan de hand van het aantal opnames. De toename in nabloedingen is geanalyseerd en is terug te voeren op een toename in de ernst van rebleedings bij patiënten met een subarachnoidale bloeding voor behandeling. Het absolute aantal nabloedingen is vrijwel onveranderd.

Voorbeelden neurologische complicaties uitgesplitst naar aard (in %)

	2004	2005	2006
Hersenzenuw			
Ernst 2	0,0	0,0	0,0
Ernst 3	0,3	1,3	1,4
Ernst 4	0,0	0,0	0,0
Zenuw			
Ernst 2	0,2	0,0	0,2
Ernst 3	0,2	0,0	0,2
Ernst 4	0,8	0,0	0,0
Halfzijdige verlamming			
Ernst 2	0,2	0,0	0,2
Ernst 3	0,3	0,8	1,1
Ernst 4	0,0	0,0	0,0
Onvoldoende decompressie			
Ernst 2	0,5	1,0	0,7
Ernst 3	0,0	0,0	0,0
Ernst 4	0,0	0,0	0,0

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

In het kwaliteitssysteem zijn meerdere categorieën per casus geanalyseerd en is actie ondernomen ter secundaire preventie naar aanleiding van de reguliere complicatiebespreking.

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 4.4.4 Patiëntveiligheid).

Op meerdere afdelingen binnen het LUMC zijn in 2006 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 (10.858/10.858 x 100 procent = 100 procent) 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.:	
– 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 beschikbaarheid diensten voor pijnbestrijding	Ja
– Beschikbaarheid 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 28 (2005: 19). Wat de essentie van de kwaliteitsdiscussie betreft: de geassocieerde mortaliteit was 3,6% (2005: 0%) 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 14 (2005: 24). De geassocieerde mortaliteit was 0% (2005: 0%).

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

Cholecystectomie

Gallekkage na cholecystectomie

	2004	2005	2006
Het percentage gallekkages na cholecystectomie bedraagt:	2% N=107	1,7% N=119	0% N=107

Bron: LHCR

Ongeplande heroperaties (colorectaal)

Een ongeplande heroperatie is een operatie die wordt verricht omdat een vorige operatie tot complicaties heeft geleid of niet het verwachte resultaat heeft opgeleverd.

Ongeplande heroperaties (colorectaal)

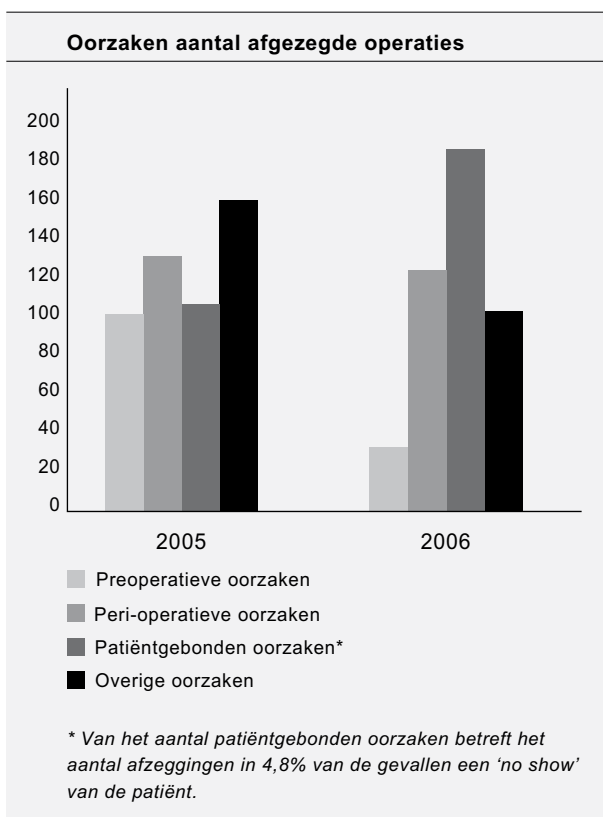
Teller	Het aantal ongeplande heroperaties bij colorectale operaties met uitzondering van de appendix bij patiënten van 18 jaar en ouder	16 heroperaties
Noemer	Het totaal aantal operaties bij colorectale operaties met uitzondering van de appendix bij patiënten van 18 jaar en ouder	196 operaties
Percentage		8,2%

Bron: LHCR

Afgezegde operaties

Afgezegde operaties binnen 24 uur voor een geplande electieve operatie				
Specialisme	Afgezegde operaties	Aangemeld	Afzeggingspercentage	
	2006	2006	2006	2005
1 Algemene chirurgie (waaronder vaatchirurgie)	62	1.780	3,5%	6,1%
2 Gynaecologie	20	808	2,5%	2,7%
3 Kaakchirurgie	4	155	2,6%	4,8%
4 Keel-, neus-, oorheelkunde	68	1.346	5,1%	4,6%
5 Neurochirurgie	76	559	13,6%	12,0%
6 Oogheelkunde	56	1.385	4,0%	4,6%
7 Orthopedie	30	864	3,5%	3,1%
8 Plastische chirurgie	10	420	2,4%	1,7%
9 Thoraxchirurgie	144	1.151	12,5%	5,6%
10 Urologie	12	634	1,9%	2,9%
Totaal electieve ingrepen	482	9.102	5,3%	4,9%

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



In 2005 was de reden van afzegging operatie 39 keer 'geen IC-bed beschikbaar'. Dit betrof toen een percentage van 7,8 procent van het totale aantal afzeggingen. In 2006 betrof dit 104 afzeggingen vanwege gebrek aan beschikbaar IC-bed door een korte periode van hoog ziekteverzuim. Dit leidde tot een percentage op het totaal van 19,3 procent.

In 2006 is opnieuw 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 intensivist is een maat voor de beschikbaarheid van gekwalificeerde medische begeleiding.

Het totale aantal beademingsdagen als percentage van het totale aantal opnamedagen**Cardiochirurgie**

Het aantal beademingsdagen in 2006 voor cardiochirurgische patiënten betrof **2.137** dagen. Het totale aantal IC-dagen in 2006 voor cardiochirurgische patiënten betrof **2.900** dagen. Het percentage aan beademingsdagen is **73,7%**.

Niet-cardiochirurgie

Het aantal beademingsdagen in 2006 voor **niet**-cardiochirurgische patiënten betrof **5.425** dagen. Het totale aantal IC-dagen in 2006 voor niet-cardiochirurgische patiënten betrof **7.504** dagen. Het percentage aan beademingsdagen is **72,3%**.

Kinderen

Het aantal beademingsdagen in 2006 voor **niet**-cardiochirurgische kinderen <16 jaar betrof **173** dagen. Het totale aantal IC-dagen in 2006 voor niet-cardiochirurgische kinderen betrof **812** dagen. Het percentage beademingsdagen is **21,3%**.

Totaal

Het totale aantal beademingsdagen in 2006 van bovengenoemde groepen betrof **7.735** dagen. Het totale aantal IC-dagen van bovengenoemde groepen betrof **11.216** dagen. Het percentage beademingsdagen is **69,0%**.

Aantal FTE Intensivisten

Het totale aantal FTE geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de IC betreft **13,45**.

Bron: TISS-score LUMC

Zwangerschap

Is er sprake van een perinatologisch centrum in uw ziekenhuis? **Ja**

Totaal aantal bevallingen onder leiding van een gynaecoloog (LVR-2) van 1 januari tot en met 31 december **1.346**

Aantal sectio's in 2006:

- primaire sectio's **152**
- secundaire sectio's **158**

Is het VOKS-percentiel voor primaire en secundaire sectio's bekend?

Gegevens 2006 zijn in tweede kwartaal 2007 beschikbaar.

Diabetes Mellitus**Geïntegreerde diabeteszorg**

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

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

De internist-endocrinoloog is de coördinator van zorg (case manager), die in principe volledig in het LUMC plaatsvindt. Diabetes verpleegkundige en diëtist ondersteunen bij behandeling van metabole regulatie. Eindstadium nefropathie wordt door de nefroloog behandeld, uitgesproken pijnlijke neuropathie door de neuroloog, cardiovasculaire problemen door de cardioloog, perifeer vasculair leiden door de vaatchirurg. Diabetes bij zwangeren wordt op een combinatie-spreekuur met de verloskunde/gynaecologie behandeld. Bij voetproblemen zijn er korte lijnen met het

Gemiddelde HbA1c waarde bij diabetes type I en II patiënten *

De gemiddelde HbA1c waarde van de diabetes type I patiënten waarbij het HbA1c is gemeten bedraagt:

	2004	2005	2006
HbA1c _{type I} :	7,31%	7,48%	7,59%

De gemiddelde HbA1c waarde van diabetes type II patiënten waarbij het HbA1c is gemeten bedraagt:

	2004	2005	2006
HbA1c _{type II} :	7,32%	7,55%	7,95%

Het gemiddelde aantal HbA1C metingen per patiënt per jaar bedraagt:

	2004	2005	2006
Gemiddeld aantal HbA1c metingen:	2,53	2,80	2,60

De stijgende trend in de HbA1c uitslag past bij de huidige strategie (type 2) patiënten die goed gereguleerd zijn naar de huisarts terug te verwijzen.

* 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.

diabetisch voetspreekuur van de orthopedisch chirurg. Retinopathie wordt door de oogarts behandeld. Er is frequent overleg en korte verwijzlijnen.

Percentage patiënten dat een fundusscopie of fundusfotografie heeft ondergaan

Het percentage van de bij de internist bekende diabetes patiënten dat in 2006 een fundusscopie of fundusfotografie heeft ondergaan in het LUMC betreft **54,9% (838 / 1.525)**.

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

Bron: LUMC-registratie (Management informatiesysteem afdeling Endocrinologie)

Hartfalen

Het LUMC beschikt over een specialistische tertiaire hartfalen polikliniek waar gestructureerde evaluatie en behandeling van patiënten met ernstige hartfalen plaatsvindt (\pm 200 patiënten die regelmatig op deze polikliniek worden gezien). Deze polikliniek maakt deel uit van het Leidse MISSION! Project. Er is een relatief hoog aantal heropnames in de groep jonger dan 75 jaar. Dit wordt met name veroorzaakt door een kleine groep patiënten die frequent moet worden opgenomen voor een kortdurende behandeling van ernstig hartfalen.

Heropname voor hartfalen 2006

Het percentage heropnames van het aantal opnames van patiënten jonger dan 75 jaar binnen 12 weken na ontslag is 9,2% (21 heropnames / 229 opnames). In 2005 was dit een percentage van 4,4%.

Het percentage heropnames van het aantal opnames van patiënten van 75 jaar en ouder binnen 12 weken na ontslag is 3,6% (2 heropnames / 56 opnames). In 2005 was dit een percentage van 6,5%.

Bron: LUMC-registratie (EPD-vision)

Meer dan 80 procent van de betrokken patiënten heeft een zogenaamde biventriculaire ICD. Patiënten na interventie die onvoldoende reageren op therapie worden op vaste intervallen thuis bezocht. Patiënten die in dit programma zitten kunnen de hartfalen verpleegkundige 24 uur per dag bereiken. Patiënten met meer milde vormen van hartfalen worden actief verwezen naar een regionale hartfalen polikliniek.

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 1,0% (2 overleden patiënten / 203 opnames).

90-dagen mortaliteit: 1,4%

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: 6,8% (10 overleden patiënten / 148 opnames).

90 dagen mortaliteit: 6,6%

Bron: LUMC-registratie (CARIS)

Opvallend is de mortaliteit in de groep patiënten jonger dan 65 jaar, die uitzonderlijk laag genoemd mag worden. De sterfte in de groep patiënten ouder dan 65 is helaas nog hoger, maar werd in een aantal gevallen veroorzaakt door postoperatieve sterfte (als gevolg van ernstige afwijkingen was een thorax-chirurgische interventie noodzakelijk tijdens de index opname).

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 hemorragisch CVA jonger dan 65 jaar binnen 7 dagen is 47% (7 overledenen / 15 patiënten).
- De sterfte van patiënten met een hemorragisch 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		2006	
	ASA 1-2	ASA 3-5	ASA 1-2	ASA 3-5	ASA 1-2	ASA 3-5
Het aantal patiënten geopereerd binnen één kalenderdag	32	33	48	41	45	19
Het totaal aantal patiënten van 65 jaar en ouder met heupfractuur	35	34	54	52	48	26
Percentage patiënten (≥65) geopereerd binnen één kalenderdag na presentatie	91%	97%	89%	79%	94%	73%

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



Facility Sharing

Starters kunnen gebruik maken van voorzieningen bij andere instellingen.

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 304.

Het totaal aantal patiënten dat een eerste consult heeft gehad in het ziekenhuis voor diagnostiek naar een mammatumor van bedraagt 350.

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 2006: 87% (304 / 350 x 100%). In 2005 bedroeg dit percentage 87%.

Bron: IKW (KIM registratie)

Overlevingscijfers multitraumapatiënten

Multitraumapatiënten in het LUMC

	2004	n	%	2005	n	%	2006	n	%
Totaal aantal trauma-opnames	985			1.090			1.023		
Aantal overleden traumapatiënten	23	(985)	2,3	22	(1.090)	2,0	29	(1.023)	2,8
Aantal multitraumapatiënten (ISS ≥ 16)	98	(985)	9,9	90	(1.090)	8,3	105	(1.023)	10,3
Aantal overleden multitraumapatiënten	14	(98)	14,3	9	(90)	10,0	18	(105)	17,1

Multitraumapatiënten (ISS ≥ 16)

	2004	n	Range	2005	n	Range	2006	n	Range
Gemiddelde ISS	23,10	(98)	16 - 75	23,8	(90)	16-54	24,3	(105)	16-75
Gem. aantal IC dagen bij alle op de IC opgenomen multitraumapatiënten	7,2	(73)	1-81	8,8	(63)	1-67	7,2	(68)	1-58
Gemiddelde totale opnameduur (dagen)	13,9	(97)	1- 89	18,2	(90)	1-102	14,3	(90)	1-101
Gemiddelde EMV score bij opname	11,1	(98)	3-15	12,4	(90)	3-15	11,4	(96)	3-15
Gemiddelde Probability of Survival	0,8556	(97)	0,043104- 0,995166	0,8456	(90)	0,1004- 0,9896	0,7897	(79)	0,0016- 0,9969
Actuele survival	0,8557			0,9000	(90)		0,8286		

Bron: Traumaregistratie Traumacentrum West-Nederland

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.

Postoperatieve opnameduur na blinde darm operatie bij kinderen (tot 15 jaar)

Het totaal aantal opnames van kinderen tot 15 jaar wegens blinde darm operatie betreft 37.

Voor patiënten na blinde darm operatie is de ligduur (dag van ontslag - dag van operatie)

Gemiddeld ligduur	4,4 dagen
Minimum ligduur	2 dagen
Maximum ligduur	15 dagen
Mediaan	3 dagen

Bron: ZIS + LMR

Fertiliteit

Het betreft hier het percentage doorgaande zwangerschappen per gestarte behandelingscyclus, inclusief invriezen en ontdooien van embryo's.

Vanaf 2003 is ook het percentage meerlingen als gevolg van deze behandelingen landelijk 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 zwangerschapspoging bij vrouwen tot 36 jaar nooit meer dan één embryo terug te plaatsen.

In 2006 werd in 70 procent van de IVF of ICSI cycli één 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			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
AMC	15,3*	*13,4*	20,7		13,0	21,5	21,2	
UMCG	12,2*	16,0*	14,5*		20,3	20,9	19,9	
UMCM	23,8	24,8	32,6		20,7	11,3	20,3	
EMCR	29,9	29,6	21,8		24,4	25,3	19,0	
LUMC	26,3	28,8	28,3	27,5	10,0	16,5	4,9	3,7
UMCN	23,1	24,6	23,7		24,2	22,0	20,6	
UMCU	24,4	26,1	26,1		24,3	20,2	19,8	
VUmc	22,7	28,6	29,6		23,0	23,4	18,2	

* Inclusief een aantal cycli zonder of met beperkte stimulatie.
Bron: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Resultaten hartchirurgie bij volwassenen

Mortaliteit in hartchirurgie bij volwassenen

Hoewel het systeem veel beperkingen kent, is de EuroSCORE 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 3 procent)
- verhoogd risico (te verwachten mortaliteit tussen 3 en 6 procent)
- hoog risico (te verwachten mortaliteit meer dan 6 procent).

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 (ongeveer 40 procent van onze totale populatie) was in deze groep. De hoogste EuroSCORE in 2006 waren 91 en 92. Een van deze patiënten is in goede conditie naar huis ontslagen, de ander is overleden.

Mortaliteit openhartchirurgie, gerelateerd aan de EuroSCORE

	2004	2005	2006
Normaal risico (EuroSCORE 0-3)	0,5%	0,5%	3,2%
Verhoogd risico (EuroSCORE 3-6)	1,4%	1,7%	2,8%
Hoog risico (EuroSCORE ≥6)			
– Aantal patiënten	260	248	245
– Voorspelde mortaliteit	14,9%	13,5%	16,3%
– Werkelijke mortaliteit	13,1%	9,3%	11,4%

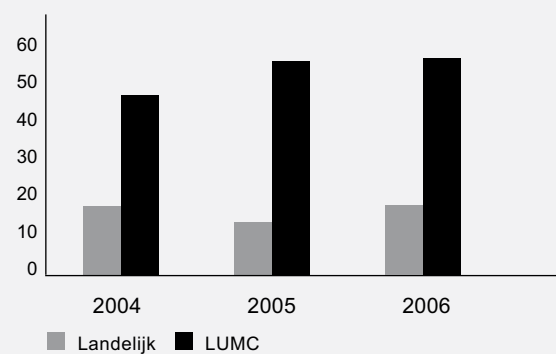
Bron: www.euroscore.org

Volledig arteriële revascularisatie

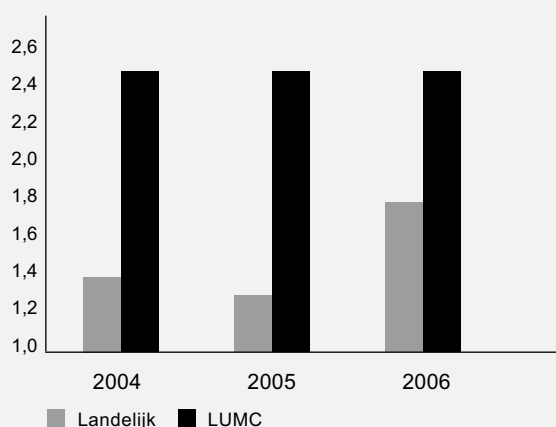
Het is bewezen dat gebruik van slagadermateriaal in een bypassoperatie (CABG) bijdraagt aan een langere overlevingsduur van de aangelegde omleidingen. Nadelen ten opzichte van andere technieken zijn dat de procedure technisch lastiger is en meer tijd in beslag neemt.

In bijgaande grafiek wordt over de afgelopen jaren aangegeven bij welk deel van de omleidingsoperaties in het LUMC alleen slagadermateriaal gebruikt werd. Het gemiddelde aantal kransslagadertakken dat bij de ingrepen overbrugd werd was in het LUMC gemiddeld 2,5 (met een maximum van 6), terwijl het landelijke gemiddelde bij de CABG-procedures met alleen slagadermateriaal op 1,8 lag.

Patiënten die slagadermateriaal krijgen bij CABG (in %)



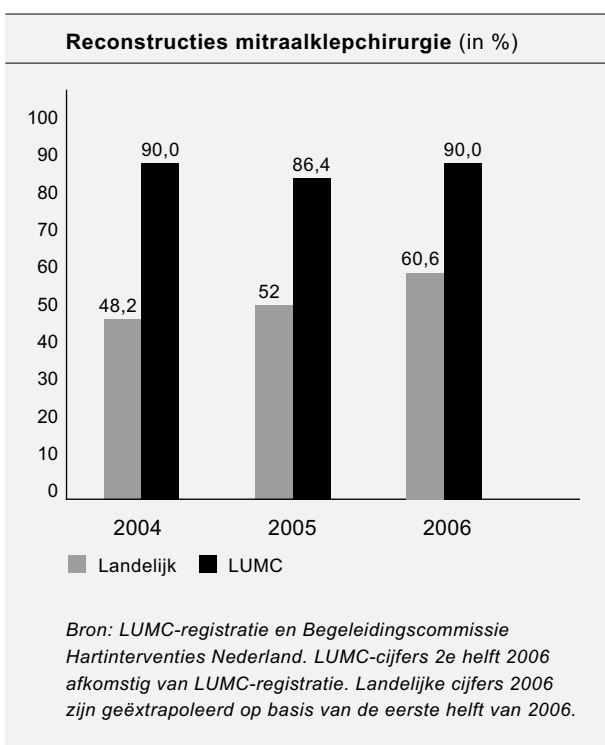
Gemiddeld aantal distale anastomosen bij arteriële revascularisatie



Bron: LUMC-registratie en Begeleidingscommissie Hartinterventies Nederland. LUMC-cijfers 2e helft 2006 afkomstig van LUMC-registratie. Landelijke cijfers 2006 zijn geëxtrapoleerd op basis van de eerste helft van 2006.

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. In het algemeen is na reparatie 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 klepvervanging.



Resultaten kinderhartchirurgie

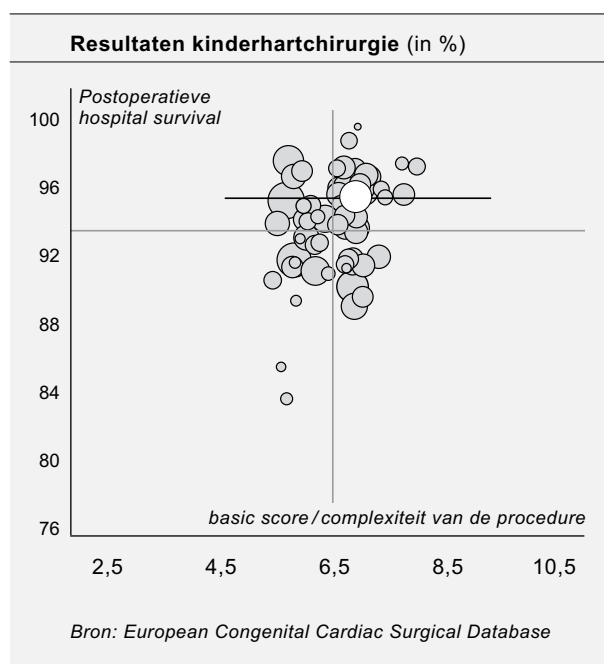
Leeftijdverdeling van kinderhartoperaties / operaties voor aangeboren hartafwijkingen

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 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 online worden vergeleken met het gemiddelde van alle centra, met de uitkomsten van de 5 beste centra, met de resultaten van de grootste series enz. 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: iets minder dan 94 procent. 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.

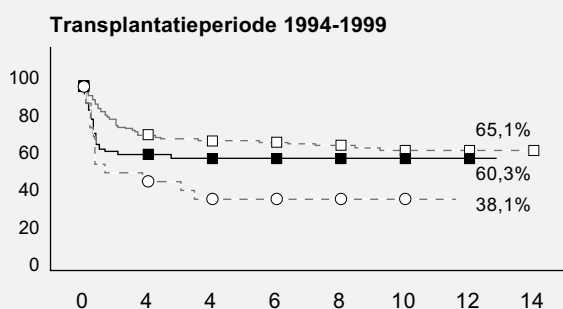


Transplantaties

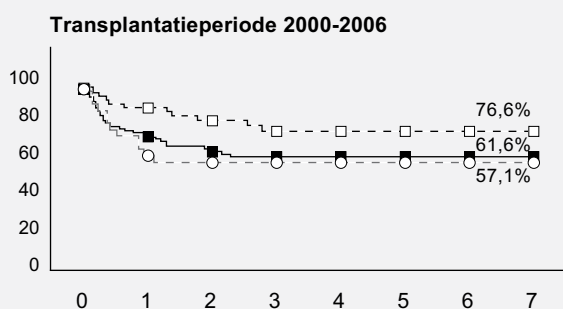
Hematologie

Het aantal allogene stamceltransplantaties op de afdeling Kindergeneeskunde is de laatste jaren stabiel (30-40 per jaar). Er is een geleidelijke verschuiving van transplantaties met volledig (100 procent) HLA-identieke verwante donoren (IRD) – waarbij meestal een broertje of zusje als donor bron optreedt – naar de 50 procent identieke transplantatie (ORD). Bij ORD transplantaties wordt als bron de stamcellen van één van de ouders gebruikt, waarbij de HLA-typering overeenkomst slechts 50 procent bedraagt. Voor een ORD transplantatie wordt gekozen als er geen geschikte onverwante (UD) donoren beschikbaar zijn. Vanwege de slechts 50 procent genetische overeenkomst tussen ouder en kind is de toxiciteit van deze vorm van transplantatie hoog. Door de toename van ervaring in niet-identieke transplantaties daalt in de loop der jaren de toxiciteit. Onderstaand figuur toont dat de overleving voor de gehele groep kinderen na allogene stamceltransplantatie in de laatste 5 jaar gemiddeld met 10 procent verbeterd is, waarbij de grootste verbetering plaatsvindt binnen de haplo-transplantaties (ORD).

Overleving na allogene SCT met HLA identiek verwante donor (IRD), onverwante donor (UD) en anders verwante donor (ORD) (in %)



□ IRD (N=109) ■ UD (N=63) ○ ORD (N=21)



□ IRD (N=47) ■ UD (N=86) ○ ORD (N=28)

Pre-emptieve niertransplantatie

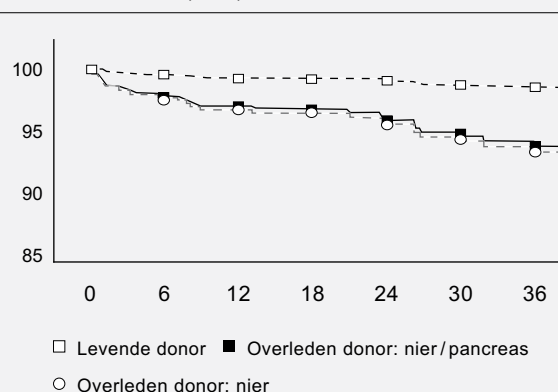
Op de pre-dialyse polikliniek wordt de mogelijkheid van pre-emptieve transplantatie proactief met de patiënt besproken. Bij ontbreken van een levende donor wordt bij voorkeur een keuze voor peritoneaal dialyse nagestreefd. Afhankelijk van klachten en klaring wordt de start van de dialysebehandeling zo goed mogelijk gepland.

In 2006 zijn 64 patiënten ingestroomd op de predialyse poli, 44 mannen (68,8 procent) en 20 vrouwen (31,2 procent) met een gemiddelde leeftijd van $57,8 \pm 14,6$ jaar en een MDRD-klaring van $17,6 \pm 9,4$ ml/min. De gemaakte keuze voor de modaliteit nierfunctievervangende behandeling werd geïnventariseerd (tabel). Dankzij tijdige verwijzing en intensieve voorlichting kunnen veel patiënten pre-emptief getransplanteerd worden of starten met peritoneaal dialyse. Dit is een evidente toename ten opzichte van 1999-2001, een periode waarin de Leidse predialysepatiënten retrospectief onderzocht zijn in de Leidse PREPARE (*PREdialysis Patient REcord*) studie. De nieuwe aanpak is zeer gunstig voor de kwaliteit van leven van de patiënt met nierfalen.

Keuze voor modaliteit nierfunctievervangende therapie

	LUMC 2006	PREPARE 1999-2001
Pre-emptieve transplantatie	28%	3%
Peritoneaal dialyse	38%	33%
Hemodialyse	10%	41%
Overleden	3%	12%
Geen therapie	7%	n.v.t.
Nog geen keuze	7%	7%
Lost to follow up	7%	4%

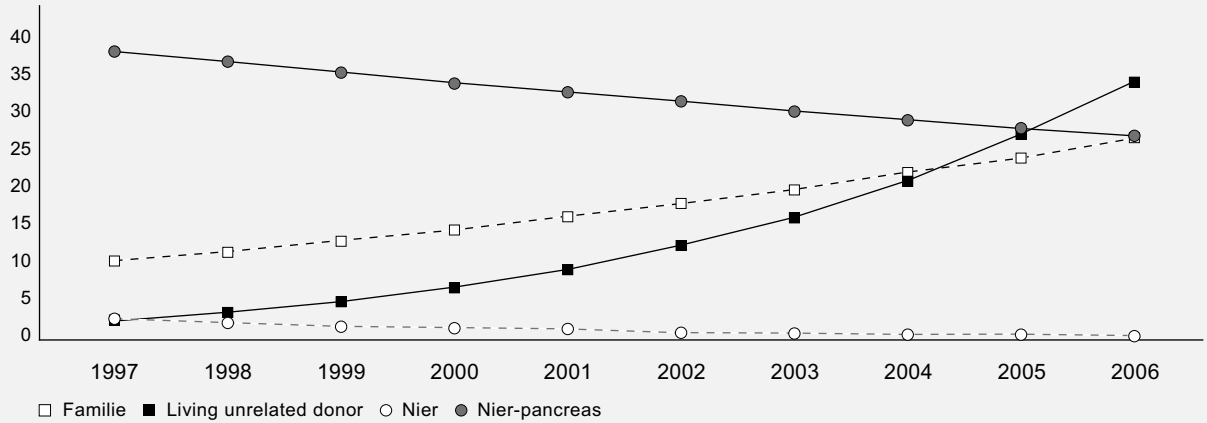
Patiëntoverleving na nier(pancreas)transplantatie in maanden (in %)



□ Levende donor ■ Overleden donor: nier/pancreas
○ Overleden donor: nier

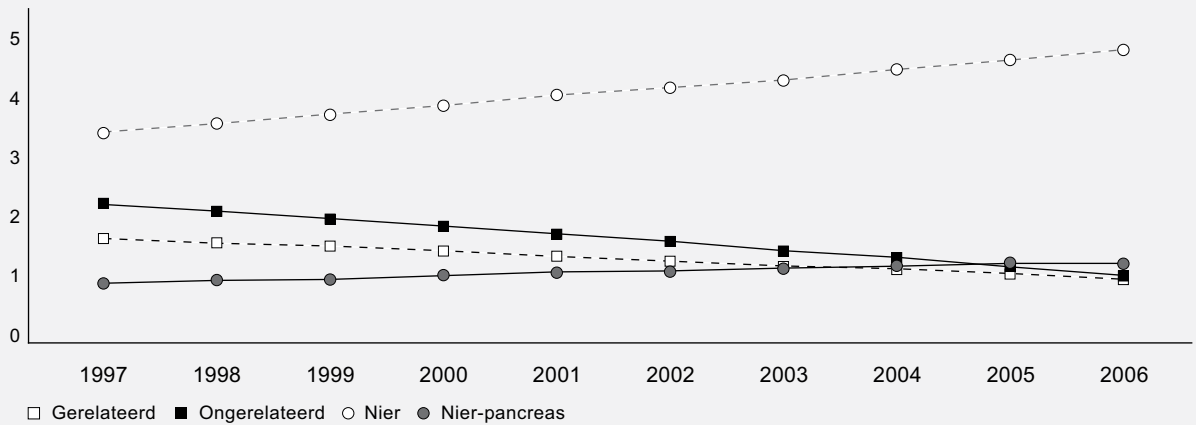
Niertransplantaties

Donatie bij leven, kans op pre-emptieve transplantatie voordat patiënt dialyse-behoefstig wordt (in %)



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

Donatie bij leven, effect pre-emptieve transplantatie (dialyse-duur in jaren)



Patiëntentevredenheidsonderzoek

Gegevens van de polikliniek (schaal 1-5)		
	2003	2005
Ontvangst		
Gem. UMC's	3,84	3,89
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	3,83	3,86
Bejegening polimedewerkers		
Gem. UMC's	3,84	3,89
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	3,90	3,87
Bejegening artsen		
Gem. UMC's	4,07	4,11
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	4,11	4,13
Informatie		
Gem. UMC's	3,27	3,70
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	3,29	3,71
Zelfstandigheid		
Gem. UMC's	3,77	3,84
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	3,78	3,82
Nazorg		
Gem. UMC's	3,35	3,40
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	3,33	3,37

Bron: Prismant

Gegevens van de kliniek (schaal 1-5)		
	2003	2005
Ontvangst		
Gem. UMC's	3,92	3,96
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	3,96	3,98
Bejegening verpleegkundigen		
Gem. UMC's	3,94	3,97
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	4,00	4,02
Bejegening artsen		
Gem. UMC's	3,94	4,03
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	4,01	4,04
Informatie		
Gem. UMC's	3,67	3,66
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	3,74	3,68
Zelfstandigheid		
Gem. UMC's	3,80	3,83
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	3,87	3,87
Vertrek en nazorg		
Gem. UMC's	3,59	3,52
Gem. specialisme eigen ziekenhuis	3,62	3,54

Bron: Prismant

In 2006 heeft er geen meting plaats gevonden door Prismant. Op afdelingsniveau vindt nader onderzoek plaats naar aanleiding van uitkomsten van het Prismant-onderzoek 2005.

Klachtenbehandeling

Klachtencommissie: soort klachten en resultaat *						
	2004		2005		2006	
	Aantal	Gegrondd	Aantal	Gegrondd	Aantal	Gegrondd
Medisch handelen	11	2	3	0	8	5
Bejegening	4	1	1	0	2	2
Organisatie / coördinatie van zorg	8	6	3	1	14	6
Uitstel van behandeling / wachtlijsten	2	1	2	1	6	3
Informatieverstrekking	4	1	5	2	7	4
Problemen met rekening	0	0	0	0	1	0
Verzorging	0	0	0	0	5	5
Overige **	1	0	2	0	3	1
Totaal	30	11	16	4	46	26

* 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.

Klachtenbemiddeling: aantal en soort klachten *			
	2004	2005	2006
Medisch handelen	19	15	8
Bejegening	24	26	13
Organisatie / coördinatie van zorg	12	29	15
Informatieverstrekking	7	5	1
Verzorging	1	0	0
Overige	2	2	2
Totaal	65	77	39

* Een klachtenbrief kan meerdere klachten bevatten.

Resultaten klachtenbemiddeling in 2006 *			
	2004	2005	2006
bemiddeling geslaagd	25	15	10
bemiddeling deels geslaagd	11	5	2
bemiddeling niet geslaagd	3	11	4

* Eén klachtenbemiddeling kan meerdere klachten omvatten.

Zie 4.4.2 Klachten.

Aantal schriftelijk afgehandelde klachten	
	2006
Medisch handelen	15
Bejegening	22
Organisatie / coördinatie van zorg	28
Communicatie	21
Informatieverstrekking	5
Totaal	91

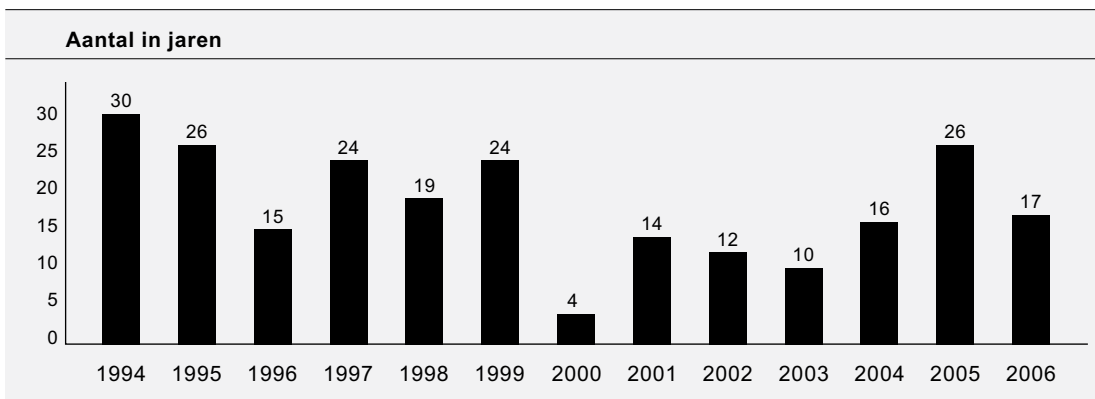
Meldingscommissie

Aantal meldingen			
	2004	2005	2006
Persoonlijke fout/fouten	383	904	1.117
Organisatiefout	11	155	442
Technische fout / materiaalfout	17	106	194
Ongeval	89	93	83
Complicatie	45	40	30
Verkeerde melder	14	8	17
Niet te rubriceren	32	32	26
Totaal	591	1.338	1.909

Aantal vervolgcacties meldingen	
	2006
Nader onderzoek naar het incident	62
Aanbevelingen voor protocollering van handelingen en aanpassing van werkwijze	19
Totaal	81

Zie 4.4.4 Patiëntveiligheid.

Aansprakelijkstellingen



Onderzoek

Vernieuwingsimpuls 2002-2006 (x € 1 miljoen)				
	VENI	VIDI	VICI	Totaal
EMCR	2.7	8.8	5.0	16.5
UMCU	3.2	7.6	4.2	15.0
LUMC	2.3	5.2	2.5	10.0
AMC	3.1	3.2	3.3	9.6
UMCN	2.8	4.0	1.7	8.5
VUmc	2.0	3.6	0.8	6.4
UMCM	2.0	4.8	0.0	6.8
UMCG	1.6	2.4	0.8	4.8

Wervend vermogen (€ x 1.000)			
	2004	2005	2006
2e geldstroom	10.536	13.734	21.644
3e geldstroom	14.757	14.927	11.712
4e geldstroom	22.271	19.160	15.863
Totaal	47.564	47.821	49.219

Promoties			
	2004	2005	2006
	81	93	117

Bron: METIS, peildatum 1 maart 2007

Publicaties		
Jaar	Wetenschappelijke publicaties	Vakpublicaties
2006	2.533	283
2005	2.294	229
2004	1.914	130

Bron: METIS, peildatum 1 maart 2007

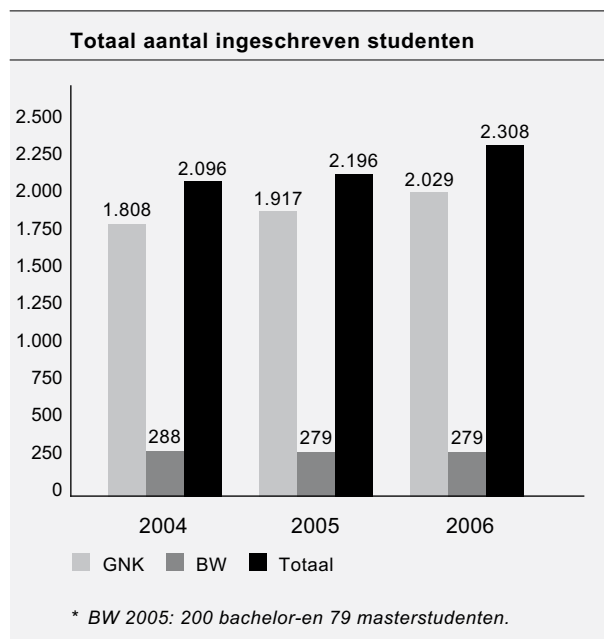
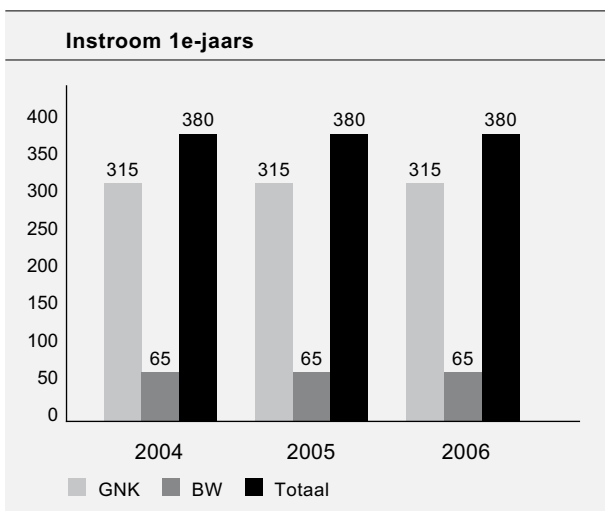
Octrooien			
	2004	2005	2006
Nieuw (aangevraagd)	4	9	15
In portefeuille	61	65	74
Beëindigd	5	5	6

Aantal publicaties en citaties				
1998-2005	Publicaties P	Citaties C+sc	C/P	Impactscore t.o.v. wereldgemiddelde
Alle UMC's	59.644	794.814	13,33	1,40
EMCR	11.886	180.821	15,21	1,59
LUMC	8.937	133.106	14,89	1,44
UMCU	9.034	133.288	14,75	1,59
AMC	8.893	126.573	14,23	1,43
VUmc	7.711	108.743	14,10	1,52
UMCM	8.600	107.288	12,48	1,46
UMCN	9.023	107.044	11,86	1,27
UMCG	6.431	66.338	10,32	1,21

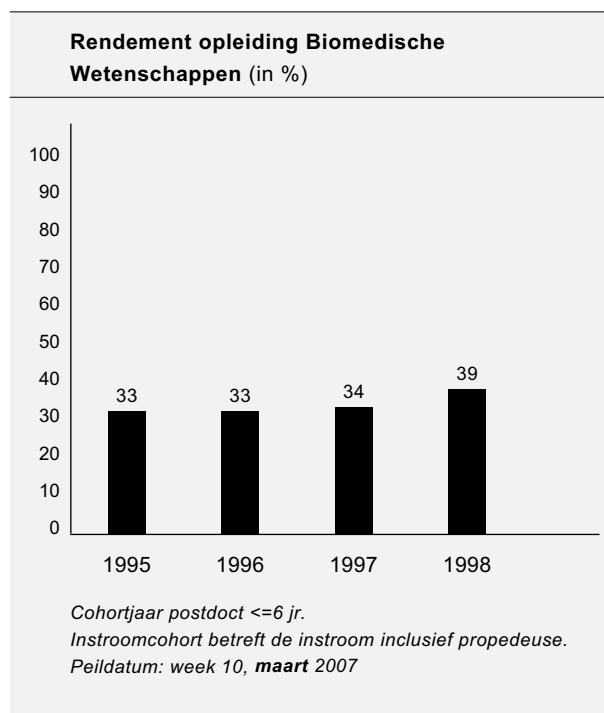
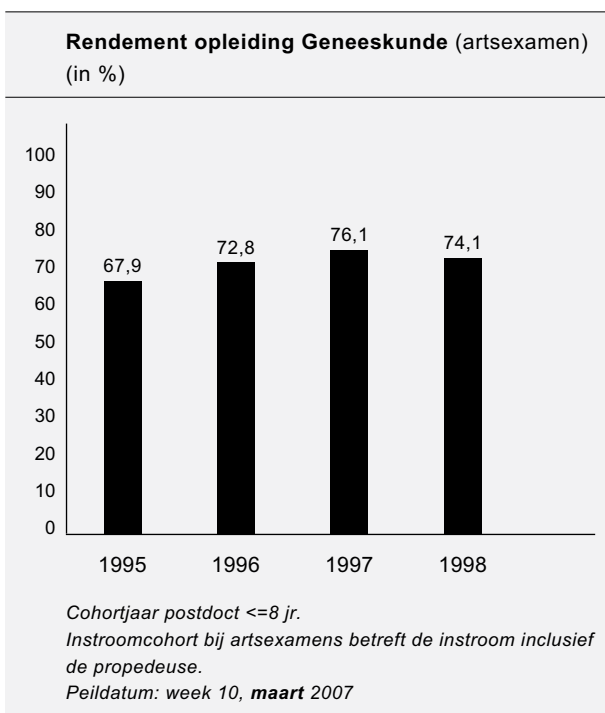
Bron: Centrum voor Wetenschap- en Technologie Studies

Onderwijs en opleiding

Aantallen studenten



Studierendement



Vooraanmeldingen

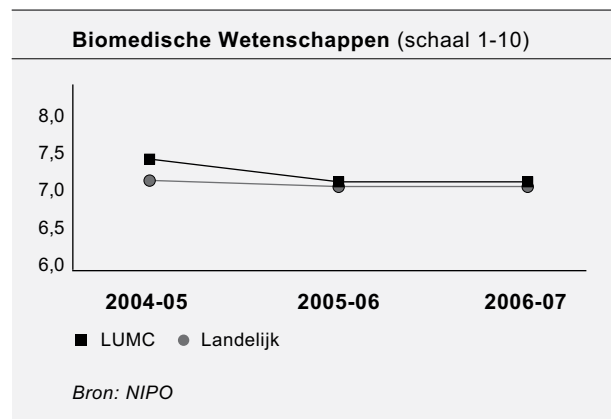
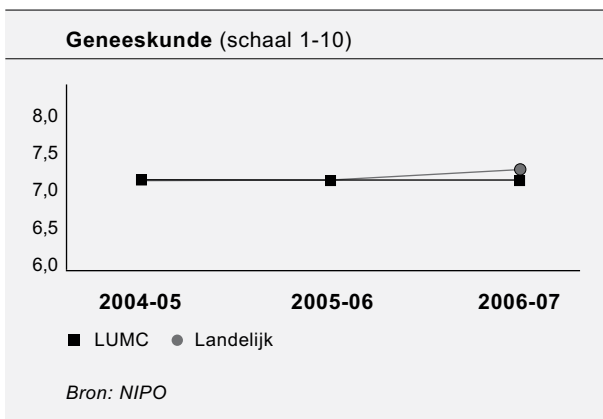
Aantal vroege vooraanmeldingen Opleiding Geneeskunde			
	2005	2006	2007
LUMC	316	292	307
EMCR	829	794	661
UMCG	589	540	416
UMCM	645	598	383
UMCU	373	404	553
AMC	234	532	632
VUmc	514	511	743
UMCN	486	463	316

Bron: Informatie Beheer Groep
Peildatum: week 10, **maart** 2007

Aantal vroege vooraanmeldingen Opleiding Biomedische Wetenschappen			
	2005	2006	2007
LUMC	43	45	43
UMCU	69	72	66
AMC	9	15	13
UMCN	63	52	41
VUmc	20	19	18

Bron: Informatie Beheer Groep
Peildatum: week 10, **maart** 2007

Studentenoordeel per collegejaar



Overzicht aantal AIOSKO's

2004	2005	2006
65	65	63

Internationalisering

Aantal studenten naar het buitenland 2005-2006	
– Biomedische Wetenschappen	21
– Geneeskunde	125
– Binnen Europa	46
– Buiten Europa	100

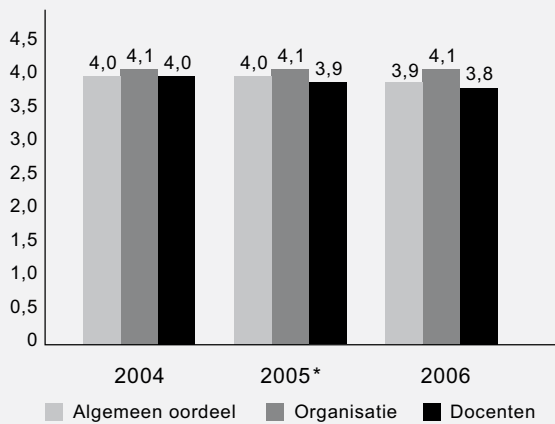


Venture Capital

Om door te groeien en de markt op te gaan, trekt het startende bedrijf *venture capital* aan.

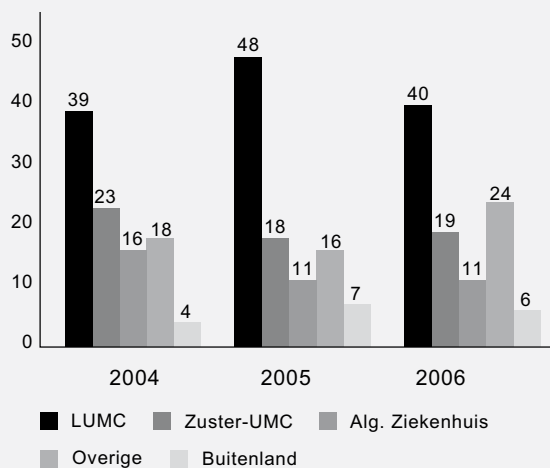
Bij- en nascholing

Beoordelingen (schaal 1-5)

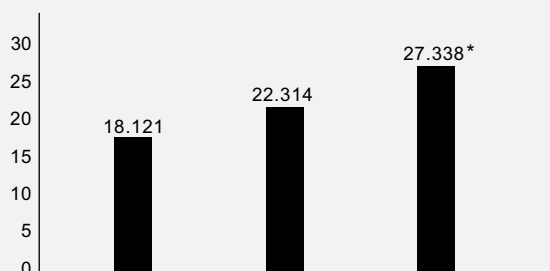


* M.i.v. 2005 wordt een andere evaluatieschaal gehanteerd, d.w.z. de 5 punten op de Likert-schaal worden nu alleen aan de uiteinden benoemd.

Herkomst docenten (in %)



Actieve leden* Boerhavenet (x 1.000)



* Ca. 24% is afkomstig of werkzaam binnen de OOR.

Aantal medische specialismen 32 volgens www.bigregister.nl/openbaar/ov_specs.htm.

Curriculaire nascholing

Huisartsgeneeskunde: m.b.v. de PAOH/V bestaande uit (verpleeg)huisartsen uit LUMC en regio worden jaarlijks 7 à 8 cursussen georganiseerd. Deze cursussen hebben een cyclisch karakter, afhankelijk van de behoefte en ontwikkelingen in het veld. D.w.z. sommige onderwerpen worden jaarlijks, en andere bijvoorbeeld eens per vier jaar aangeboden. Door ca. vijf jaar aan alle Boerhaavecursussen deel te nemen is het hele curriculum voor de (verpleeg)huisarts de revue gepasseerd.

Kindergeneeskunde: regionaal wordt jaarlijks een cyclus van 9 verspreide dagdelen aangeboden waarbij het hele spectrum van de kindergeneeskunde wordt behandeld. Het programma wordt voorgesteld door Regionale nascholing kindergeneeskunde Leiden/Den Haag (Zuid-Holland Noord).

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, waarvoor de onderwerpen door de cursuscommissie, bestaande uit leden van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie, worden voorgesteld.

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.

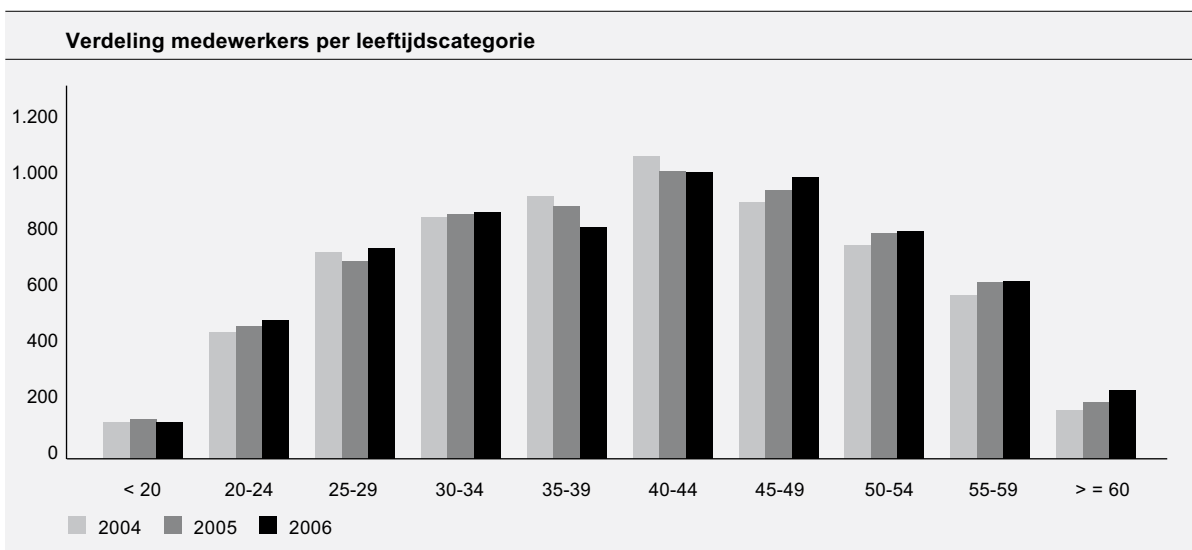
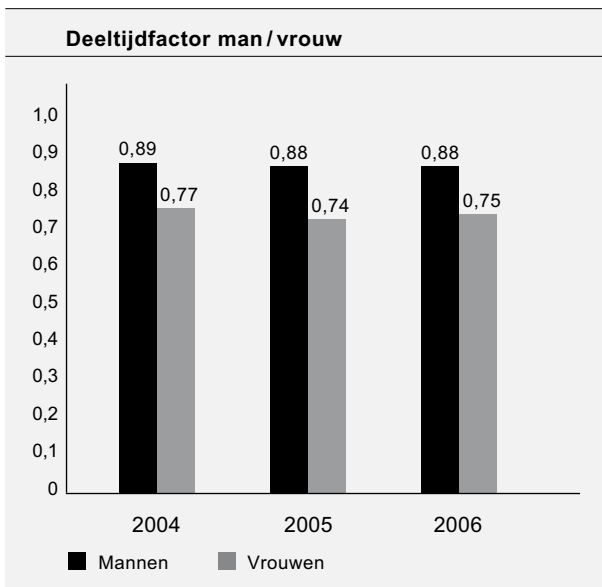
Geaccrediteerde nascholing

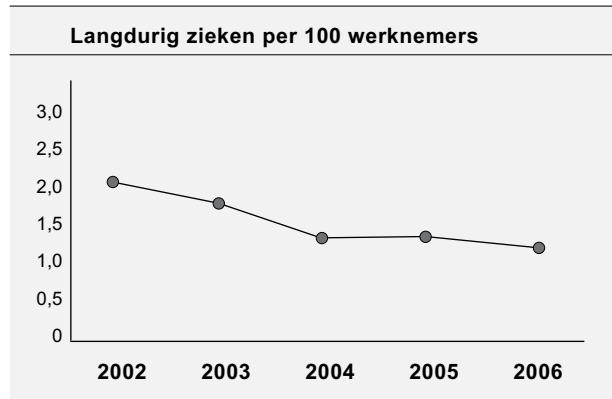
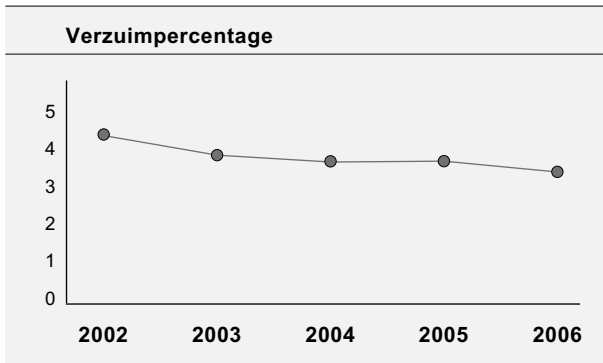
	2004	2005	2006
Aantal activiteiten	58	83	114
Aantal cursisten	7.784	7.557	9.192

Medewerkers

Aantal werknemers *			
	2004	2005	2006
Aantal werknemers	6.247	6.270	6.394
Aantal FTE's	5.153	5.155	5.261
Deeltijdfactor	0,82	0,82	0,82

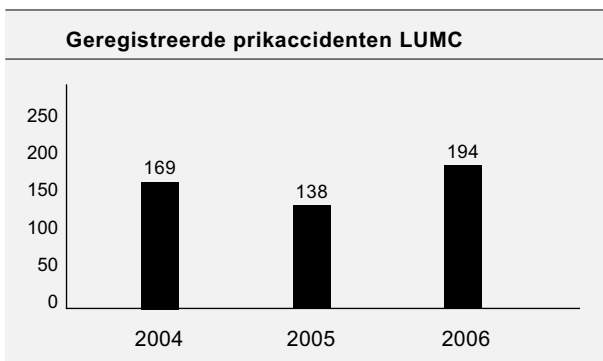
* Alleen loondienst en exclusief nul-aanstellingen op 31 december.





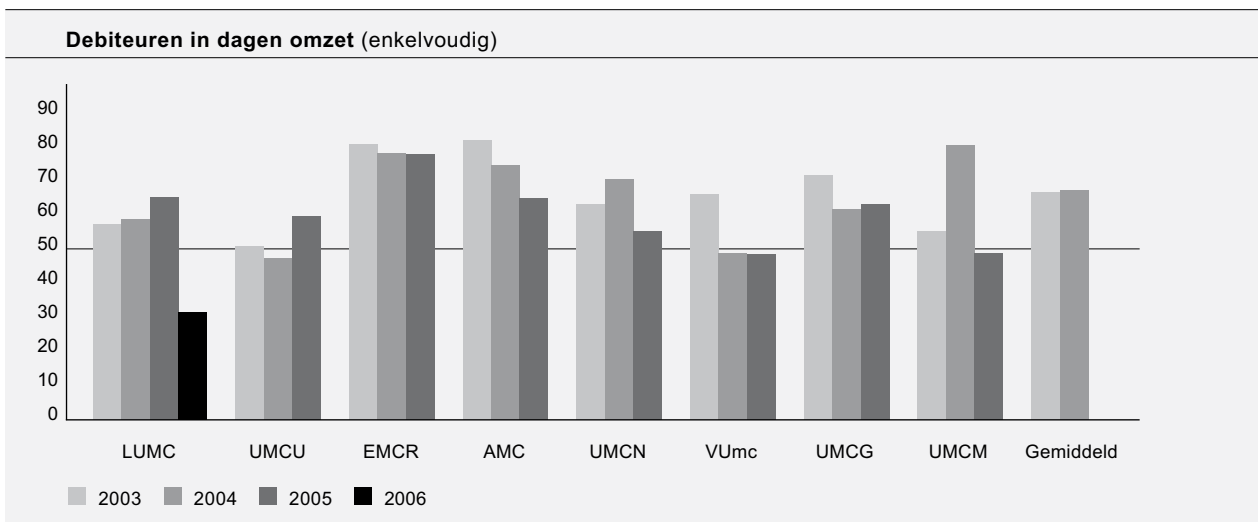
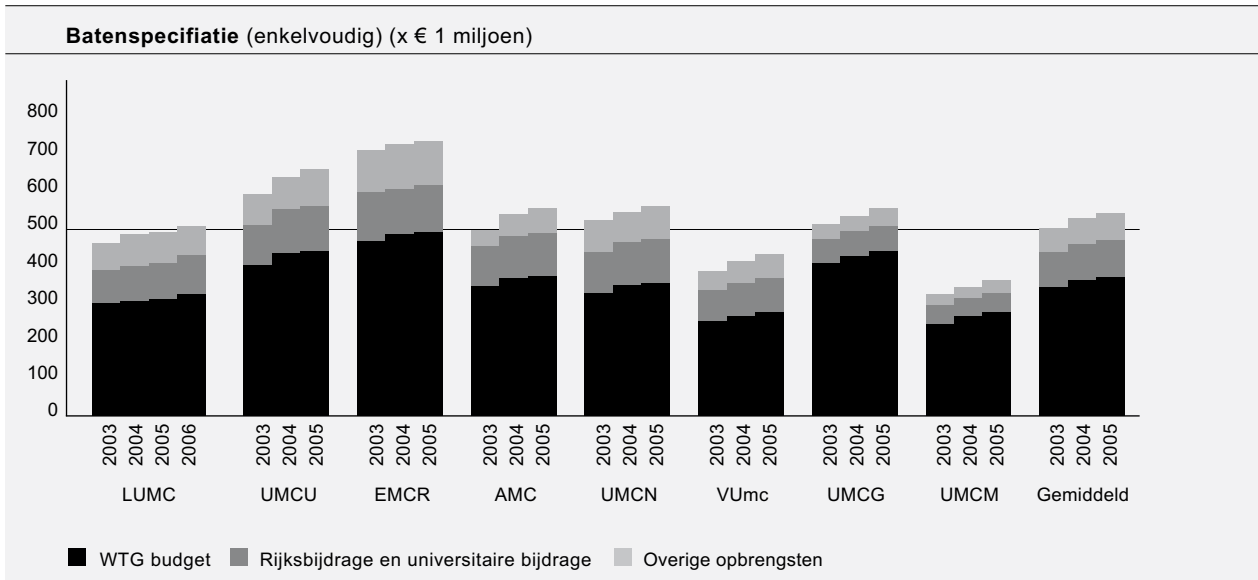
Ziekteverzuim en Verbaannorm				
	Verbaannorm (=target)	Verzuimpercentage 2004	Verzuimpercentage 2005	Verzuimpercentage 2006
Divisie 1	4,0	3,67	3,71	4,01
Divisie 2	3,9	3,34	3,44	3,47
Divisie 3	3,7	4,95	4,43	3,77
Divisie 4	3,9	4,09	4,05	2,85
Divisie 5	3,6	2,03	2,30	2,17
Facilitair Bedrijf	4,8	5,39	5,56	4,43
Directoraten	4,2	4,41	4,60	3,58
LUMC	3,9	3,87	3,94	3,50

Influenzavaccinatie medewerkers LUMC			
	2004	2005	2006
Totaal aantal verstrekte influenza vaccinaties	969	1.791	1.768
Verstrekte vaccinaties aan artsen en verpleegkundigen	252	565	540
Vaccinatiegraad LUMC	15%	26%	26%
Vaccinatiegraad artsen en verpleegkundigen	12%	27%	25%

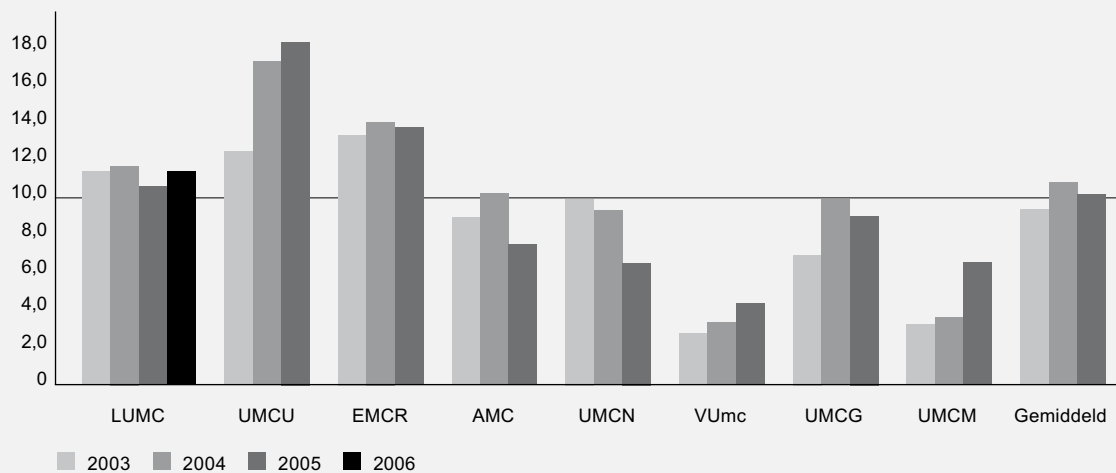


Financiële kengetallen

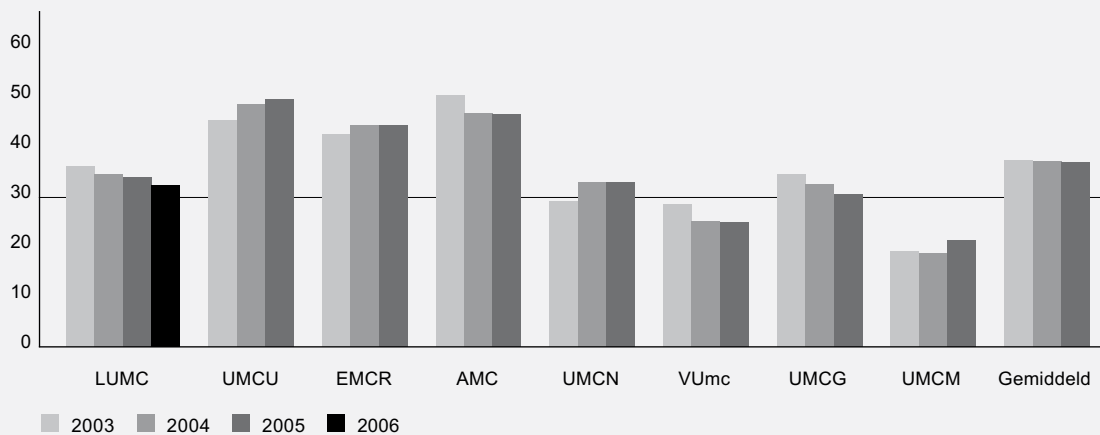
Jaarresultaat (enkelvoudig) (x € 1 miljoen)					
	2003	2004	2005	Gemiddeld	2006
LUMC	4	3	12	6,3	7
UMCU	14	26	23	21	
EMCR	2	6	4	4	
AMC	0	11	-4	2,3	
UMCN	5	1	0	2	
VUmc	-3	1	5	1	
UMCG	-6	1	3	-0,7	
UMCM	-6	1	9	1,3	
Gemiddeld	1	6	4	3,7	



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

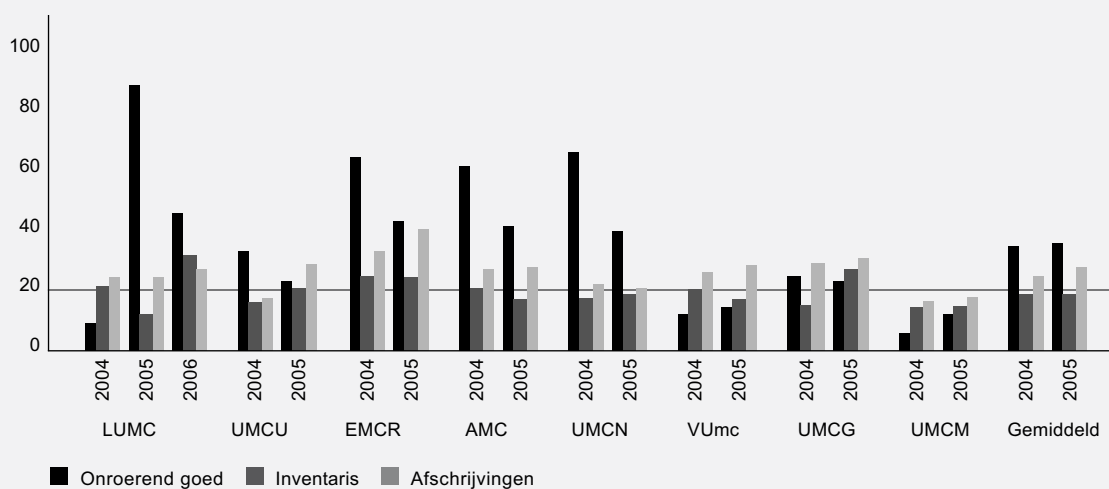


Weerstandsvermogen* als percentage van de baten (enkelvoudig) (in %)



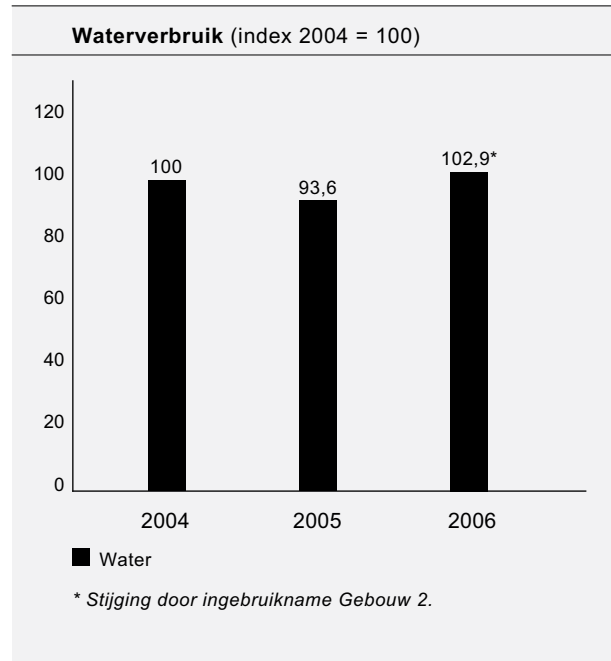
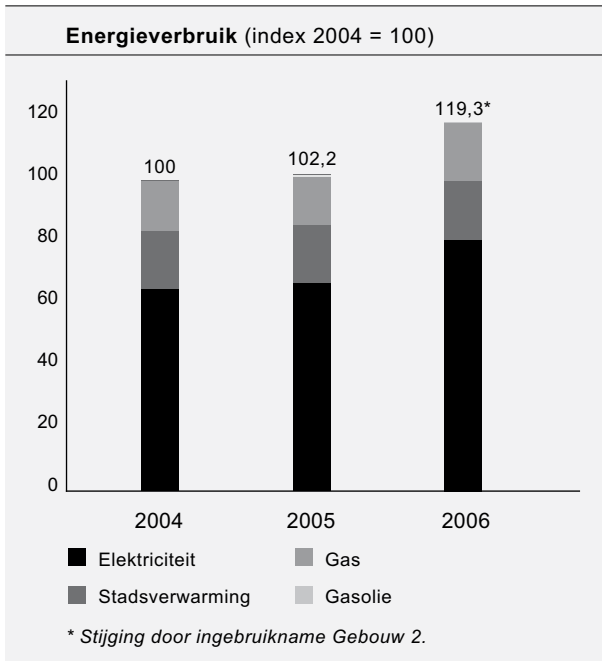
* Eigen vermogen + egalisatierekening afschrijvingen + voorzieningen.

Investeringen (apparatuur en bouw) en afschrijvingen 2005 (x € 1 miljoen)



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 is het Energie Besparings Plan (2004-2008) 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

Afvalverwijdering

In 2006 is door het FB afdeling Afvalbeheer de campagne van start gegaan: 'We gaan scheiden – Afval in de juiste afvalbak'. Deze campagne maakte onderdeel uit van het project Afvalmanagement FB. Doel van de campagne was het verbeteren van het scheiden van afvalstoffen, het verlagen van de kosten voor afvoer van papier en karton en het beperken van de afvalstroom 'specifiek ziekenhuisafval' met 10 procent. Onderdeel van de campagne is ook voorlichting geweest. Hiervoor zijn laboratoria en verpleegafdelingen afzonderlijk bezocht en is een toelichting gegeven over de juiste wijze van afvalinzameling.

Afvalverwijdering						
	2004	2004	2005	2005	2006	2006
	x 1.000 kilo's	x 1.000 €	x 1.000 kilo's	x 1.000 €	x 1.000 kilo's	x 1.000 €
Papier en karton	198	-4*	185	-4*	274	-7*
Papier ter vernietiging	131	1	151	2	94	1
Overige bedrijfsafvalstoffen	1.095	174	990	163	1.103	170
Gevaarlijk afval	41	24	55	38	46	27
Specifiek ziekenhuisafval	209	157	197	148	207	152
Totaal	1.674	352	1.578	347	1.724	343

**Positief opbrengst (verkoop oud papier).*

Telefonische bereikbaarheid LUMC

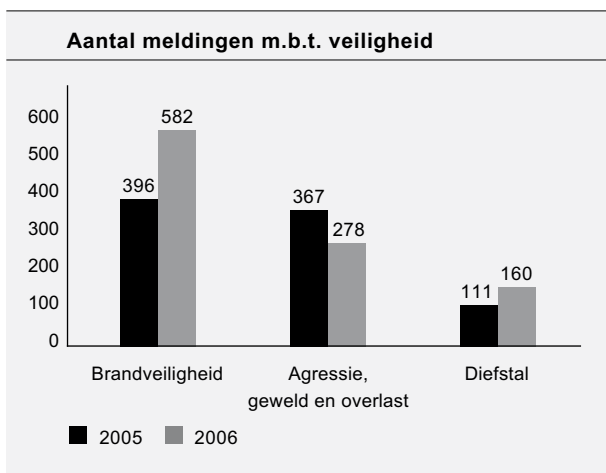
	2004	2005	2006	norm*
Beantwoord doorkiesnummers	88 – 89%	87–89%	77-79%	95%
Beantwoord telefooncentrale	93 – 97%	94-97%	97-98%	95%
Wachttijd alle beantwoorde gesprekken	76%<15 sec	76%<15 sec	83%<15 sec	80%<15 sec
Wachttijd telefooncentrale	57%<15 sec	62%<15 sec	74%<15 sec	90%<15 sec

** 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.*

Veiligheid in en om de gebouwen

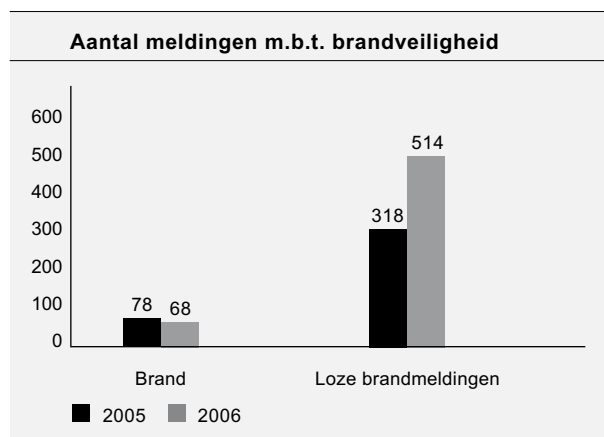
De afdeling Beveiliging registreert vanaf de tweede helft van 2004 de meldingen die zij binnenkrijgt.

De meest in het oog springende meldingen zijn in de onderstaande grafiek weergegeven.



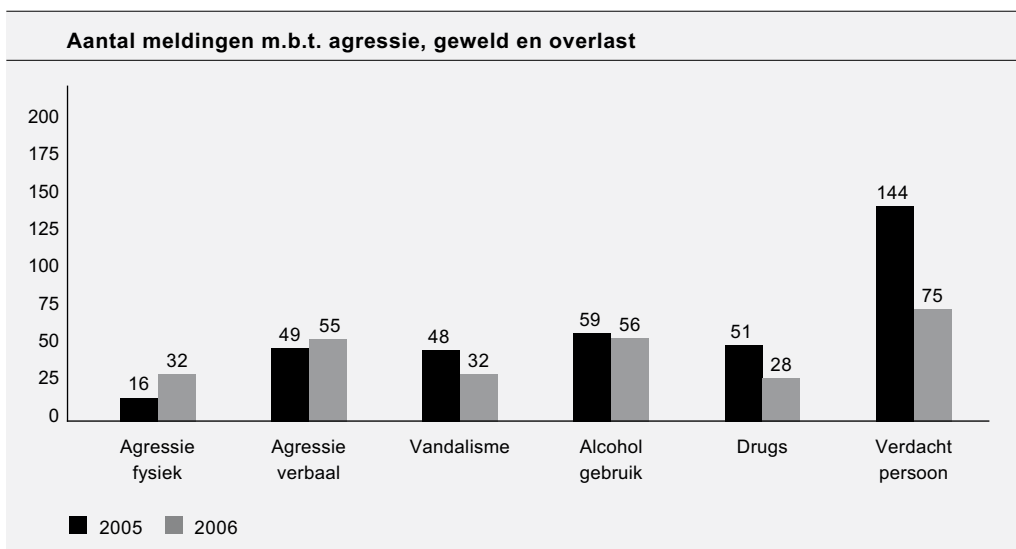
Brandveiligheid

De toename van de loze brandmeldingen (zie grafiek) wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door bouwwerkzaamheden, alsmede het grote aantal brandmeldingssystemen.



Agressie, geweld en overlast

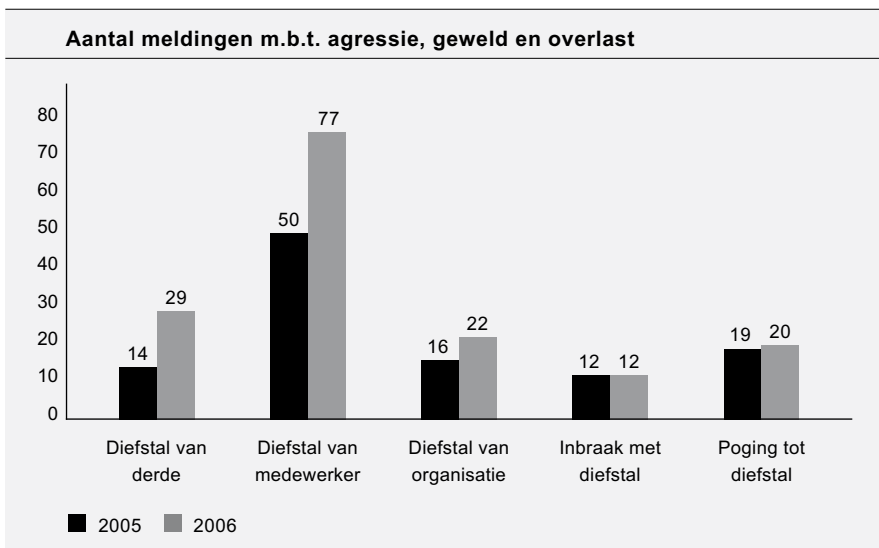
Er wordt een toename waargenomen van zowel fysiek als verbaal geweld. Behalve de absolute toename van betreffende meldingen wordt eveneens gesignaleerd dat de intensiteit van de agressie toeneemt.



Diefstallen

Het aantal gemelde diefstallen stijgt ten opzichte van 2005. Het gros van de gemelde diefstallen vindt plaats op het buitenterrein en in de parkeergarage.

Het betreft voornamelijk gelegenhediefstallen, waarvan de materiele schade gering is. Sporadisch is er sprake van structurele diefstallen.



Lijst van afkortingen

AAA – Aneurysma aorta abdominale	GLIMS – General Laboratory Information Management System
AIOS – Arts In Opleiding tot Specialist	GNK – Geneeskunde
AIOSKO – Arts In Opleiding tot Specialist en Klinisch Onderzoeker	GRP – Good Research Practice
AMC – Academisch Medisch Centrum	HOED – Huisartsen onder één dak
AMI – Acuut myocardinfarct	HRM – Human Resource Management
AO-IC – Administratieve Organisatie – Interne Controle	IC – Intensive Care
AZL – Academisch Ziekenhuis Leiden	ICD – Implanteerbare Cardioverter Defibrillator
BAC – Behandeladviescentrum (Ouderen)	ICSI – Intracytoplasmatische Sperma Injectie
BAT – Bewaking Antimicrobiële Therapie	Isis – Interuniversitair studenten informatiesysteem, Universiteit Leiden
BIG – Beroepen Individuele Gezondheidszorg	IVF – In Vitro Fertilisatie
BMJ – British Medical Journal	IKW – Integraal Kankercentrum West
BoZ – Brancheorganisatie Zorg	Jaardocument MV – Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording
BSP – BioScience Park	KFT – Klinische farmacotherapie
BV – Besloten vennootschap	LHCR – Landelijke Heelkunde Complicatie Registratie
BW – Biomedische Wetenschappen	LLMS – Leiden Life Meets Science
CAO – Collectieve Arbeidsovereenkomst	LPOD – Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus
CCKL – Coördinatie Commissie ter bevordering van de Kwaliteitsbeheersing op het gebied van Laboratoriumonderzoek in de gezondheidszorg	LUMC – Leids Universitair Medisch Centrum
CCMS – Centraal College Medisch Specialisten	MIP – Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg
CIBA – Commissie Instroom Buitenlandse Artsen	MSRC – Medisch Specialisten Registratie Commissie
CIBG – Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg	NIAZ – Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen
CMSB – Centre for Medical Systems Biology	NFU – Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
CRAZ – Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen	NVAO – Nederlands Vlaamse Accreditatie Organisatie
CT – Computer Tomografie	NVZD – Vereniging van bestuurders in de gezondheidszorg
CVA – Cardio & Vasculaire Aandoening	NWO – Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
CvAH – College voor Accreditatie Huisartsen	OC – Onderdeelcommissie
CWTS – Centrum voor Wetenschap en Technologie Studies	OCW – Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
DBC – Diagnose Behandel Combinatie	OK – Operatie Kamer
DHAZ – Deregulering Huisvesting Academische Ziekenhuizen	O&O – Onderwijs en Onderzoek
EMCR – Erasmus Medisch Centrum Rotterdam	OOR – Onderwijs- en Opleidingsregio
EPD – Elektronisch patiëntendossier	OR – Ondernemingsraad
EVS – Elektronisch Voorschriftsysteem	PA – Physician Assistant
EZ – Ministerie van Economische Zaken	PAAZ – Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis
FES – Fonds Economische Structuurversterking	PACZ – Psychiatrie in Academische Ziekenhuizen
FLITS – Financieel Logistiek Inkoop Totaal Systeem	
FTE – Fulltime equivalents	
FuwaVaz – Functiewaarderingsysteem Vereniging academische ziekenhuizen	
GCP – Good Clinical Practice	

PDMS – Patiënt Data Management Systeem
PI – Prestatie-indicator
QAME – Quality Assessment in Medical Education
SKE – Subsidieregeling Kennisexploitatie
SpOp – Specialistische Opleidingen
UMC – Universitair Medisch Centrum
UMCG – Universitair Medisch Centrum Groningen
UMCM – Universitair Medisch Centrum Maastricht
i.o.
UMCN – Universitair Medisch Centrum St Radboud
(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
WTZi – Wet Toelating Zorginstellingen
ZBC – Zelfstandig behandelcentrum
ZIS – Ziekenhuis Informatie Systeem

Colofon

Uitgave

Raad van Bestuur LUMC

Eindredactie en productie

Ondine Gort

Pieter van Megchelen

Marleen van 't Oever

Ontwerp, illustraties en lay-out

Van GOG Ontwerpers, Amsterdam

Druk

Spinhex & Industrie BV, Amsterdam

Oplage

2.000

Leids Universitair Medisch Centrum

Directoraat Communicatie

Albinusdreef 2

Postbus 9600

2300 RC Leiden

www.lumc.nl

E-mail: informatie@lumc.nl

Telefoon: 071 526 8005

mei 2007