



LEIDS UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM

Jaarverslag 2007



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

Financiën en consolidatie 9

Illustraties: LUMC en netwerken 9

2 Profiel van de organisatie 11

2.2 Structuur van het concern 11

2.3 Kerngegevens 12

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering 12

2.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten 12

2.3.3 Werkgebieden 12

2.4 Belanghebbenden 14

3 Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering 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 16

3.2 Bedrijfsvoering 16

3.3 Cliëntenraad 17

3.4 Ondernemingsraad 18

3.5 Overleg met studenten en AIOS 18

4 Beleid, inspanningen en prestatie 19

4.1 Meerjarenbeleid 19

4.2 Algemeen beleid 20

4.2.1 Patiëntenzorg 20

4.2.2 Onderzoek 23

4.2.3 Onderwijs 26

4.2.4 Opleidingen 27

4.2.5 Bij- en nascholing 28

4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid 28

4.3.1 Kwaliteit van onderzoek 29

4.3.2 Kwaliteit van onderwijs en opleiding 29

4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten 29

4.4.1 Kwaliteit van zorg 29

4.4.2 Klachten 29

4.4.3 Toegankelijkheid 31

4.4.4 Veiligheid 31

4.4.5 ICT 32

4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers 33

4.5.1 Personeelsbeleid 33

4.5.2 Kwaliteit van het werk 35

4.6 Samenleving 36

4.7 Financieel beleid 37

Personalia 41

Financieel jaarverslag 43

Vaststelling en goedkeuring jaarrekening 44

Accountantsverklaring 45

Enkelvoudig jaarrekening 2007 47

Geconsolideerd jaarrekening 2007 63

Kerngegevens, kengetallen en prestatie-indicatoren 67

Inhoud prestatie-indicatoren 69

Lijst van afkortingen 122

Netwerken 124

Voorwoord voorzitter Raad van Bestuur

Met de festiviteiten ter gelegenheid van ons tweede lustrum ging het jaar prachtig van start. Het is goed om te zien hoe saamhorig de LUMC gemeenschap kan zijn en hoe betrokken bij het werk.

Er is veel beweging op het terrein waar onze organisatie actief is. De financiering van de gezondheidszorg wordt gewijzigd, er zijn nieuwe inzichten in het opleiden van studenten en specialisten en de waarde van het creëren en overdragen van kennis staat ter discussie. De veranderende omgeving is een goede reden om nog eens met een frisse blik naar onze eigen prestaties te kijken en de beste weg te kiezen naar continue verbetering.

Het LUMC kiest als kenniscentrum voor een internationaal zichtbare bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek en vernieuwing in de geneeskunde. Het steunen van talentvolle onderzoekers die bij de internationale top willen horen, staat om die reden op de eerste plaats. De ambitie om ziekten beter te begrijpen en behandelingen te verbeteren is de basis voor inspirerend onderwijs. In het LUMC vormen onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg één geheel.

Onze onderzoeksresultaten zijn soms direct toepasbaar. Het afgelopen jaar werden in het LUMC voor het eerst eilandjes van Langerhans getransplanteerd en hartkleppen geplaatst zonder borstoperatie. Het ontwikkelen van nieuwe behandelingen kan ook meer tijd vragen. Doorbraken in onderzoek naar immunotherapie van baarmoederhalskanker en gentherapie voor Duchenne leggen de basis voor verder klinisch onderzoek. Maar bij onderzoek naar genetische determinanten van langlevendheid, artrose of trombose kan het jaren duren voordat de meest kansrijke therapeutische aangrijpingspunten zijn gevonden. Onderzoek naar moleculaire beeldvorming, eiwit-analyse en epidemiologie kan daar aan bijdragen.

Wij willen reageren op vragen uit de samenleving over volksgezondheid en gezondheidszorg. Verbetering van volksgezondheid en zorg behoort tot onze publieke taken. Dit blijkt uit de keuze van onderzoeksvragen en uit de vertaling van onderzoeksresultaten naar toepassingen in zorg of

preventie of uit de maatschappelijke impact van het onderzoek. Bestaande onderzoekslijnen van vaat- en diabetesonderzoek zijn aanzienlijk uitgebreid en verdiept. Dat geldt ook voor onderzoek naar chronische ziekten, verouderingsziekten en overgewicht.

Bij het toepassen en overdragen van kennis zien we nieuwe kansen. Als publieke kennisinstelling zijn wij als eerste gericht op het creëren van kennis, maar soms is het ontwikkelen van een commercieel traject de enige weg naar toepassing. Dan ondersteunt het LUMC kennisbescherming en indien nodig een verdere ontwikkeling.

We zijn op weg naar een *graduate school* en de invoering van een Bachelor-Masterstructuur heeft het onderwijs sterk veranderd. Het LUMC is met zijn internationale karakter en nauwe samenhang tussen leren, zorg en wetenschap interessant voor studenten.

De invoering van het nieuwe bekostigingsstelsel voor de gezondheidszorg is vaak onderwerp van gesprek. Met de invoering van DBC-bekostiging zal de aandacht voor doelmatigheid toenemen, en daarmee ook patiëntgerichtheid, zorgpaden en de samenstelling van het zorgaanbod. Doordat in de nieuwe verhouding met de zorgverzekeraars echte prijsonderhandelingen worden geïntroduceerd, zullen naast de traditionele ook economische argumenten meer gaan meewegen.

In dit jaarverslag geven we een beeld van het LUMC en leggen wij verantwoording af. In het LUMC zijn veel mogelijkheden voor professionele ontwikkeling en het enthousiasme van medewerkers om de LUMC-ambitie te steunen is groot. Dit verklaart waarom we met vertrouwen de veranderingen die voor ons liggen, ook als uitdaging kunnen zien.

Prof. dr. FC. Breedveld,
voorzitter Raad van Bestuur LUMC

VIRTUAL INSTITUTE FOR SEVEN TESLA APPLICATIONS

Het Virtual Institute for Seven Tesla Applications (VISTA) is een nationaal netwerk waarin onderzoekers samenwerken op het gebied van ultrahoogveld-MRI-onderzoek.

Voorwoord voorzitter Raad van Toezicht

Met veel belangstelling volgt de Raad van Toezicht de stelselwijziging in de gezondheidszorg en de gevolgen daarvan voor het LUMC. Markant moment was het feit dat mr. M. Tabaksblat, na bijna 11 jaar zijn voorzitterschap van de Raad van Toezicht heeft neergelegd.

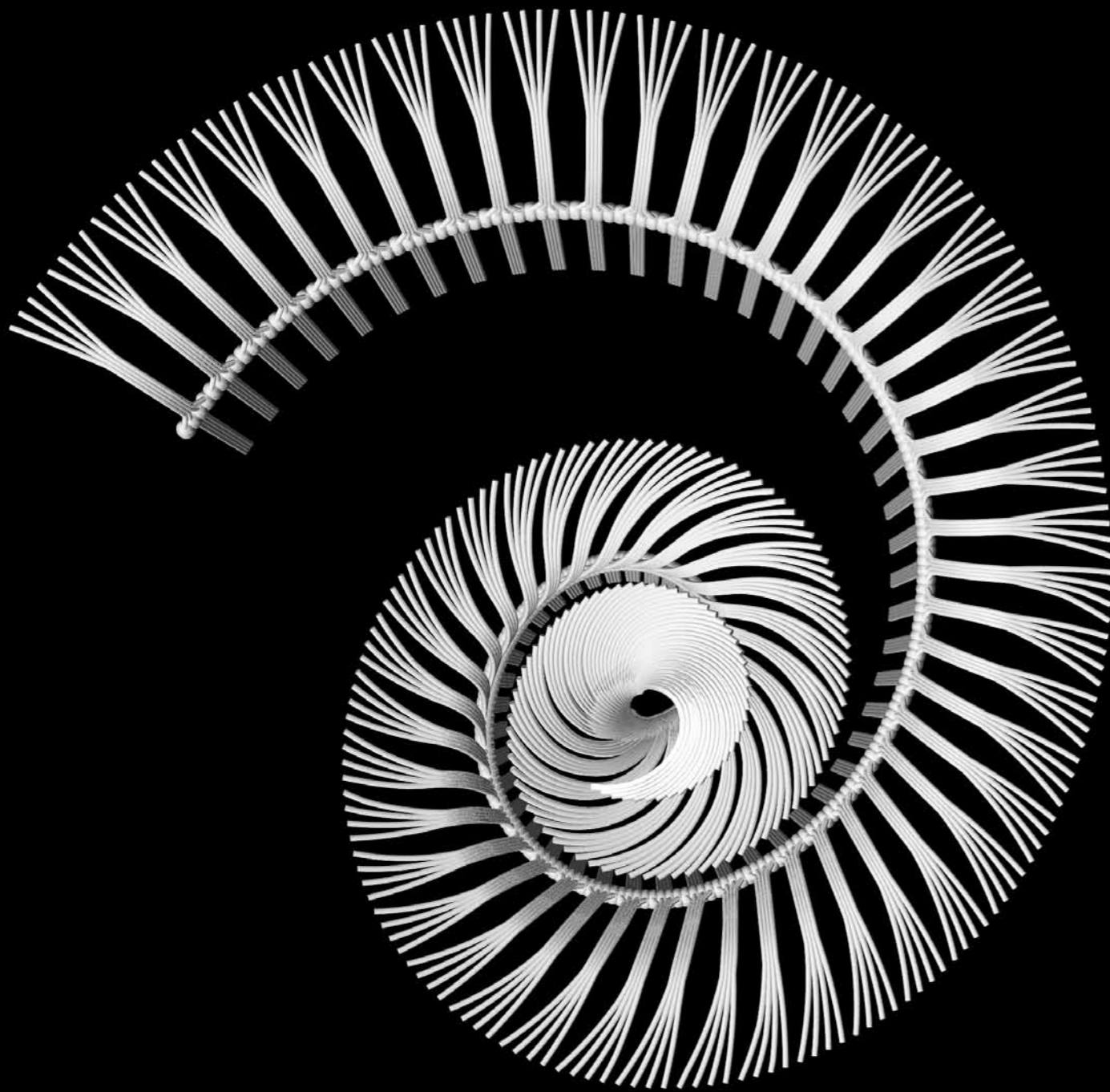
Besturen werd in het voorgaand jaarverslag getypeerd als een mengeling van langdurige processen en bijzondere momenten. Een langdurig proces kan zeker de stelselwijziging in de gezondheidszorg worden genoemd. De Raad van Toezicht heeft de ontwikkelingen rond de invoering van het nieuwe bekostigingsstelsel voor de gezondheidszorg met belangstelling gevolgd. Centraal stonden daarbij de positie van het LUMC en de wijze waarop door het LUMC op de nieuwe systematiek kan worden ingespeeld. Gezien de complexiteit en de onzekerheden van dit onderwerp zal dit ongetwijfeld in het jaar 2008 regelmatig opnieuw in de Raad van Toezicht aan de orde komen.

Een bijzonder moment in 2007 was het vertrek van mr. M. Tabaksblat die zijn functie als voorzitter van de Raad van Toezicht na een periode van bijna elf jaar heeft neergelegd. Hij is door zijn scherpzinnig, ervaren en inspirerend voorzitterschap van grote betekenis geweest voor het bestuur van het LUMC, reden om hem de hoogste onderscheiding van het LUMC, de LUMC-penning, toe te kennen. In de opvolging van de heer Tabaksblat is voorzien door de benoeming van ondergetekende, drs. G.A. Möller. Een tweede verandering in de Raad van Toezicht was de benoeming van mw. R.V.M. Jones-Bos MA. Hiermee werd de vacature vervuld die in 2006 was ontstaan door het vertrek van mw. mr. J.J.M.S. Leyten-de Wijkerslooth de Weerdesteyn. De Raad van Toezicht kijkt met voldoening terug op de constructieve en open samenwerking met de Raad van Bestuur in 2007.

*Drs. G.A. Möller,
voorzitter Raad van Toezicht LUMC*

FEDERATIE VAN UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

Met zo'n 60.000 medewerkers werken de acht UMC's aan de vooruitgang van medische kennis en verbetering van de patiëntenzorg en fungeren ze gezamenlijk als kennisinstituut. Via de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) organiseren zij hun gemeenschappelijke belangen.



OPLEIDINGS- EN ONDERWIJS REGIO

Zowel voor de initiële artsopleiding als voor vervolgopleidingen tot medisch specialist maakt het LUMC gebruik van een netwerk van algemene ziekenhuizen en onderwijsinstellingen in regio. Samen vormen zij de OOR: de Opleidings- en Onderwijs Regio.

1 Uitgangspunten van de verslaggeving

Dit jaarverslag beschrijft de ambities, de inspanningen en de resultaten van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) in 2007. Naast een profiel van de organisatie en een beschrijving van het gevoerde financiële en personeelsbeleid, gaat het verslag in op de manier waarop het LUMC zijn kerntaken heeft uitgevoerd. Het geeft voorbeelden van belangwekkende ontdekkingen en innovaties in de patiëntenzorg en laat zien hoe kennis en praktijkervaring via een uitgebreid onderwijsaanbod wordt overgedragen aan de nieuwe generatie professionals. Het verslag bevat ook een financieel verslag en een cijfermatige weergave van de prestatie-indicatoren.

De indeling van het jaarverslag is voorgeschreven door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in de nota 'Jaarverantwoording Zorginstellingen 2007'. Uiteraard kan niet alles in het verslag aan bod komen. Meer informatie over het LUMC in 2007 is te vinden in het nieuwsarchief en het archief van *Cicero*, beide op de website www.lumc.nl. Daar is ook de elektronische versie van dit jaarverslag te vinden. Nieuw dit jaar is een speciale *Cicero*-bijlage, die volledig is gewijd aan dit jaarverslag.

Financiën en consolidatie

De financiële informatie in deze gedrukte versie van het jaarverslag is beknopt. De complete jaarrekening zoals gedeponerd bij het CIBG, is te vinden op de website www.lumc.nl en kan worden opgevraagd bij het Directoraat Financiën van het LUMC.

Dit verslag legt verantwoording af over het LUMC zelf: de enkelvoudige jaarrekening. In de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is de plicht tot consolidatie opgenomen wanneer rechtspersonen een groep vormen.

De aan het LUMC gelieerde instellingen (zie pag. 11) publiceren hun eigen jaarverslagen. Voor een verantwoording van de resultaten uit de geconsolideerde jaarrekening wordt, voor zover ze betrekking hebben op deze groepsleden, naar die verslagen verwezen.

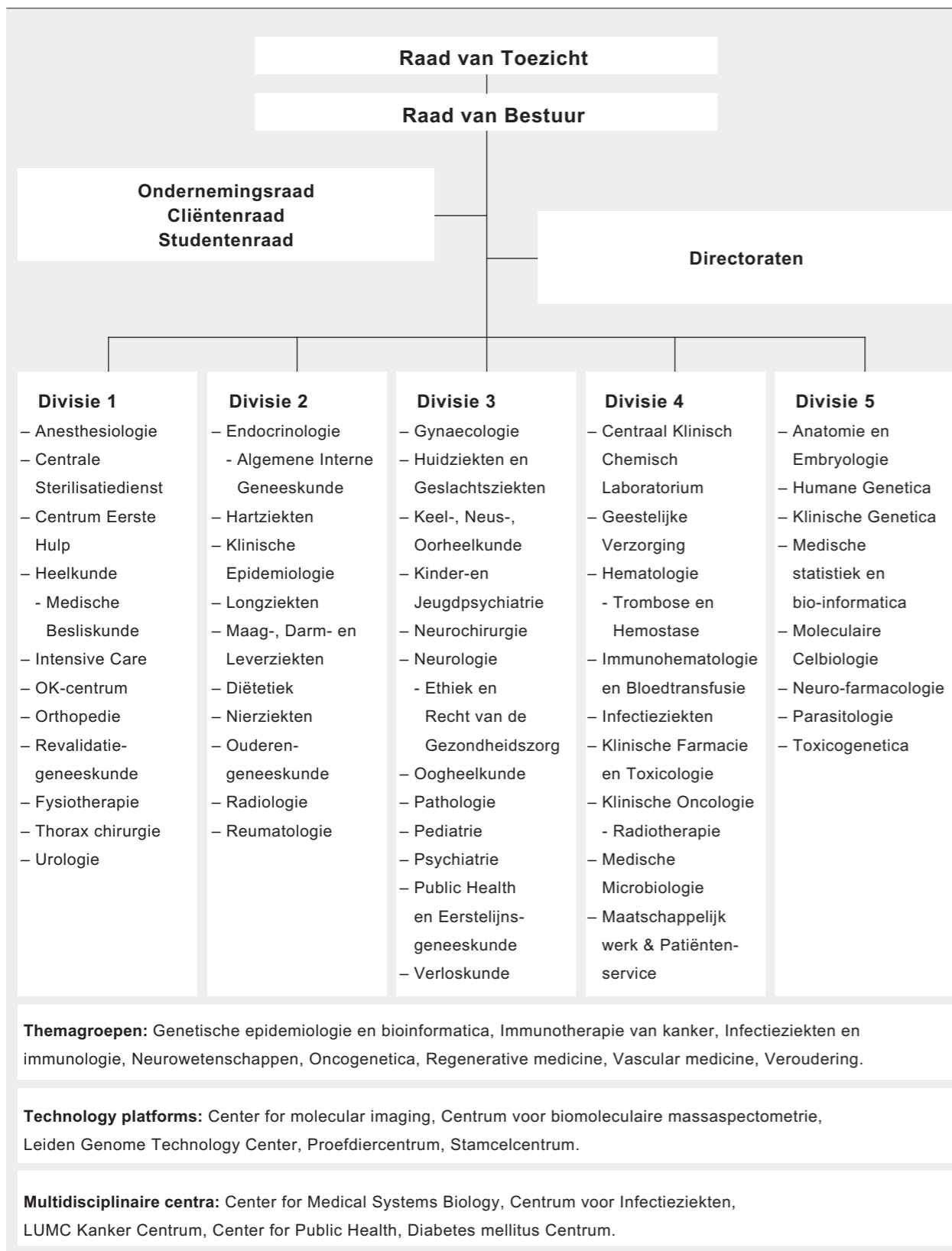
Thema: LUMC en netwerken

Het LUMC kan zijn taken niet alleen uitvoeren. Daarom zoekt het overal de samenwerking en sluit het zich op alle terreinen aan bij netwerken of vormt die netwerken zelf. Regionale netwerken van partners

in de zorgketen, maar ook internationaal opererende, wetenschappelijke netwerken. Digitale netwerken voor het koppelen van biodata en netwerken van mensen die elkaar regelmatig ontmoeten. Het LUMC zoekt de buitenwereld op en laat de buitenwereld binnen, ter wille van een betere gezondheidszorg. Netwerken is voor het LUMC dan ook een werkwoord. Netwerken om efficiëntie en doelmatigheid te vergroten of netwerken om elkaar te inspireren en ideeën en kennis uit te wisselen. Om het belang van deze netwerken extra te benadrukken is dit als thema voor het jaarverslag 2007 gekozen.

De illustraties in dit jaarverslag verbeelden een aantal van de netwerken waarin het LUMC participeert. Een uitgebreidere beschrijving – op pagina 124 – laat zien op welke manier die netwerken bijdragen aan het realiseren van de ambities van het LUMC.

Het organigram van het Leids Universitair Medisch Centrum



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

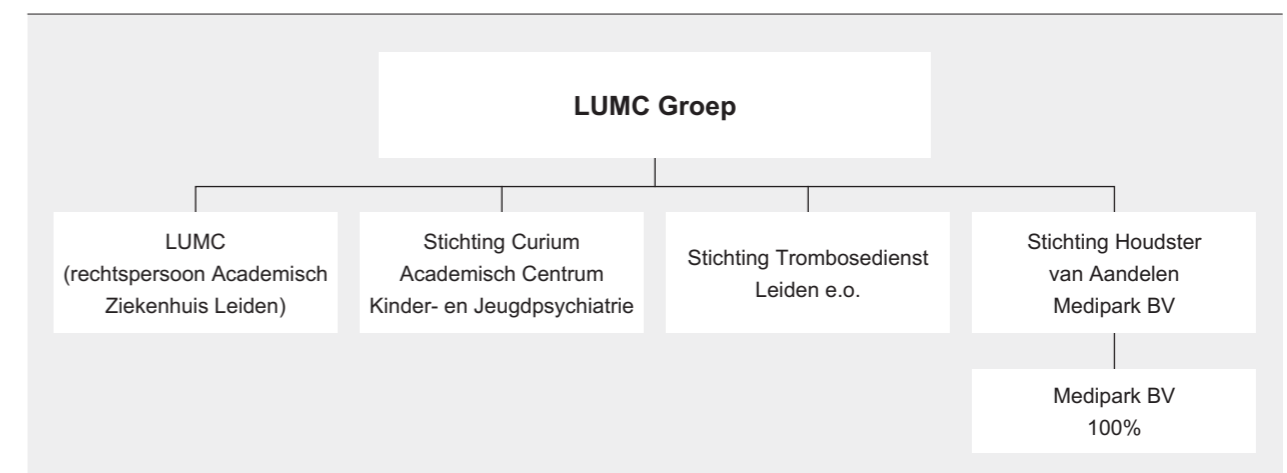
2.2 Structuur van het concern

De in de wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek (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 LUMC is een lijnorganisatie met decentraal integraal management. Dat betekent dat de divisiebesturen zelfstandig zijn, binnen de kaders die de Raad van Bestuur heeft gesteld. Daardoor kunnen zij snel en efficiënt operationele beslissingen nemen.

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. Het LUMC bezit 20 procent van de aandelen van Sleutelnet BV (i.o.) en 34 procent van de aandelen van Leiden Leeuwenhoek Pre-seed Fund B.V. (LLPF), zie 2.3. De vof O&O-gebouwen is 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>	–
Personeel	
– Aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten op 31 december	6.135
– Aantal FTE-personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten op 31 december	5.099
– Aantal medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) op 31 december	451
– Aantal FTE-medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) op 31 december	355
Bedrijfsopbrengsten	
– Totaal bedrijfsopbrengsten verslagjaar	€ 546 mln
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	€ 320 mln
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	€ 226 mln

2.3 Kerngegevens

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

De vijf kerntaken van het LUMC – patiëntenzorg, onderzoek, onderwijs, opleidingen en bij- en nascholing – worden in onderlinge samenhang uitgevoerd. Die samenhang geeft maatschappelijke meerwaarde aan een Universitair Medisch Centrum (UMC) en legt de basis voor innovatie op diverse terreinen. In de nota ‘Publieke functies van de UMC’s in een marktomgeving’* staat die functie als volgt beschreven: “De UMC’s vervullen met hun samengaan van theorie en praktijk, van bench en bedside, van kennis en zorg, een sleutelrol in de zorg”.

Het LUMC definieert zichzelf als een publieke kennisinstelling. De LUMC Groep, waaronder Curium en de Trombosedienst, voert vrijwel uitsluitend publieke taken uit. Ook de beide BV’s hebben publieke doelstellingen. Sleutelnet beoogt de instandhouding en uitbouw van een regionaal ICT-netwerk voor de zorg. Het LLPF verschaft persoonlijke leningen aan starters. Het werkt samen met de Rabobank en wordt door de overheid gesubsidieerd. Alleen de gelieerde Stichting Houdster Aandelen Medipark BV voert niet-publieke taken uit.

* Brief van de minister van VWS en de staatsecretaris van OCW aan de Tweede Kamer, 21 december 2006

2.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten

De patiëntenzorg betreft voor het grootste deel patiënten die topreferente of topklinische zorg nodig hebben. Het LUMC is last resort voor patiënten die complexe zorg behoeven en door specialisten in andere ziekenhuizen worden doorverwezen. Dit zijn doorgaans patiënten van buiten Leiden, voor de topreferente specialismen uit het hele land. Naast deze zogenoemde derde-lijns zorg heeft het LUMC voor reguliere zorg een regionale functie in Zuid-Holland Noord. Voor acute zorg heeft het LUMC een regierol in de regio.

Het LUMC heeft lange tijd strategisch niet ingezet op groei van de reguliere zorg en het marktaandeel daarin is gedurende een aantal jaren teruggelopen. Binnen de bestaande capaciteit wordt er nu naar gestreefd door beheerste groei het marktaandeel voor reguliere zorg constant te houden.

Door de toename van topreferente en topklinische zorg zijn de opbrengsten in de patiëntenzorg de laatste jaren wel gestegen tot 325 miljoen euro in 2007 en is het aantal personeelsleden gegroeid tot 5.454 fte eind 2007.

2.3.3 Werkgebieden

In het LUMC zijn alle (sub)specialismen op hoog niveau vertegenwoordigd. Onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen heeft het LUMC een aantal zogenoemde artikel 2 en artikel 8 functies, toegewezen door de minister van VWS (zie pag. 70). Voor topreferente zorg zie eveneens pag. 70.

Basisspecialistische zorg staat ook ten dienste van het onderwijs en het onderzoek in het LUMC. Daarin wordt nauw met de Onderwijs- en Opleidingsregio (OOR) samengewerkt. Op het gebied van bij- en nascholing speelt de Boerhaave Commissie een nationale rol. Het onderzoek is internationaal van karakter.

Productie	
	Aantal/bedrag
Aantal in verslagjaar geopende DBC's	199.593
Percentage verkeerde-bed-patiënten gemiddeld in verslagjaar	0,75%
Aantal opnamen exclusief overnamen en dagverpleging in verslagjaar	19.296
<i>Waarvan opnamen in PAAZ en PACZ</i>	203
Aantal ontslagen patiënten in verslagjaar	–
Aantal eerste polikliniekbezoeken in verslagjaar	113.507
<i>Waarvan eerste poliklinische contacten in PAAZ en PACZ</i>	642
Aantal overige polikliniekbezoeken in verslagjaar	228.311
<i>Waarvan overige poliklinische contacten in PAAZ en PACZ</i>	1.945
Aantal dagverplegingsdagen (normaal en zwaar) of deeltijdbehandelingen in verslagjaar	13.950
<i>Waarvan deeltijdbehandelingen in PAAZ en PACZ</i>	–
Aantal klinische verpleegdagen in verslagjaar	137.633
<i>Waarvan klinische verpleegdagen in PAAZ en PACZ</i>	4.965

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
Pediatrie 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

Patiënten, studenten en medewerkers zijn degenen die het meest direct belang hebben bij een goed functionerend LUMC. Door de verschillende vormen van medezeggenschap (zie pag. 17 e.v.) bestaat er een structurele dialoog met deze groepen en kan het LUMC zijn functioneren voortdurend toetsen. Maar ook het contact met maatschappelijke partners zorgt ervoor dat het LUMC zijn kerntaken uitvoert op een manier die aansluit op de vragen vanuit de samenleving. De Universiteit Leiden, de gemeente Leiden, zorgverzekeraars, de rijksoverheid, onderwijsinstellingen, huisartsen en andere verwijzers uit de regio vormen met elkaar het netwerk waarbinnen het LUMC zijn taken uitvoert en aan wie het verantwoording aflegt. Het LUMC is door netwerken met diverse belanghebbenden verbonden.

3 Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering

3.1 Bestuur en toezicht

3.1.1 Zorgbrede Governance Code

Het LUMC houdt zich aan de zorgbrede Governance Code uit 2005. Op enkele punten wordt daarvan afgeweken vanwege bepalingen in de wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek. De Raad van Toezicht (RvT) evalueert jaarlijks zijn eigen functioneren en dat van de Raad van Bestuur (RvB) en informeert de RvB over de uitkomsten hiervan. De voorzitter van de RvT voert jaarlijks een jaargesprek met de voorzitter van de RvB. In afwijking van de Code voert deze als eindverantwoordelijke jaargesprekken met de leden van de RvB. Voor deze werkwijze is gekozen op grond van besturingsfilosofie van het LUMC, die gebaseerd is op de principes van een lijnorganisatie.

In 2007 is door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) gewerkt aan een eigen UMC-governancecode. Die code – die vanaf 1 januari 2008 van kracht is – doet meer recht aan de specifieke verantwoordelijkheden ten aanzien van het hoger onderwijs, het wetenschappelijk onderzoek, de opleidingen en de daarmee samenhangende zorg. Naar aanleiding daarvan zullen het Bestuursreglement van het LUMC en het Kwaliteitshandboek van de Raad van Toezicht in 2008 worden aangepast.

Sinds 2006 heeft het LUMC ook een eigen Integriteitscode. Daarin zijn de kernwaarden: betrouwbaarheid, openheid en betrokkenheid. Zonder deze ‘essentiële deugden’ kan het LUMC niet zijn wat het wenst te zijn en niet realiseren wat het ambieert. De regeling Nevenwerkzaamheden bepaalt dat medewerkers van het LUMC toestemming vragen voor nevenactiviteiten die tot belangenverstrengeling zouden kunnen leiden. Daarnaast gelden nog de Klokkenuidersregeling en de regeling Melding ernstige Kwaliteitstekorten.

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 de Raad van Toezicht. De RvB benoemt de voorzitters van de divisies, die de overige leden van het divisiebestuur voor benoeming aan hen voordragen.

De sleutelposities in de hiërarchische lijnorganisatie worden bezet door professionals. Er is daarom geen bestuurlijke medeverantwoordelijkheid van een medisch stafconvent. In plaats daarvan is er een overkoepelende ‘Lijncommissie Kwaliteit Patiëntenzorg’ voor de kwaliteit van de patiëntenzorg.

De Raad van Toezicht stelt de bezoldiging vast van de leden van de Raad van Bestuur. Hoewel de Adviesregeling Arbeidsvoorwaarden van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren niet van toepassing is op Universitaire Medische Centra, ligt de bezoldiging van de leden van de RvB binnen de daar aangegeven grenzen (zie pag. 59). Er worden geen bonussen of variabele beloningen uitgekeerd. Ook zijn er geen ontslagvergoedingen afgesproken. Inkomsten uit nevenfuncties komen ten goede aan het LUMC. Nevenwerkzaamheden van de RvB-leden zijn te vinden op www.lumc.nl en op pag. 60.

De Raad van Bestuur vergadert wekelijks en houdt zich bezig met de strategische kaders en de besturingsfilosofie. In 2007 is veel gesproken over kwaliteit in de kerntaken, de veranderingen in het zorgstelsel, over personeelsaangelegenheden, ICT en valorisatie.

De RvB besloot tot een participatie van 34 procent met de Universiteit Leiden (66 procent) in Leiden/Leeuwenhoek Pre-seed Fund B.V. en een 20 procent aandeel in Sleutelnet B.V.

Regelmatig terugkerend agendapunt was het belang dat de RvB hecht aan samenwerking met binnenlandse en buitenlandse kenniscentra, zorg- en onderwijsinstellingen. Het aansluiten bij regionale, landelijke en internationale initiatieven en netwerken kan bijdragen aan de innovatie in alle taakvelden.

De RvB organiseerde in 2007 twee conferenties met

de divisiebesturen, directeuren, afdelingshoofden en met andere leidinggeevenden, waarop LUMC-brede thema's werden besproken. Tijdens de voorjaarsconferentie waren dat het Elektronische Patiëntendossier (EPD) en valorisatie, tijdens de najaarsconferentie het HRM- en het opleidingsbeleid.

3.1.3 Raad van Toezicht

De minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap benoemt de leden van de Raad van Toezicht (RvT), telkens voor een periode van vier jaar. De leden zijn herbenoembaar voor maximaal twee periodes van elk vier jaar. De werkwijze van de RvT is vastgelegd in het Bestuursreglement en in het eerdergenoemde Kwaliteitshandboek. De RvT houdt integraal toezicht op de Raad van Bestuur. Dit toezicht beslaat alle kerntaken. Wat betreft de onderzoeks- en onderwijs-taken baseert de RvT zich onder meer op informatie van het College van Bestuur van de Universiteit Leiden. Twee leden van de RvT met financiële expertise vormen de auditcommissie. De RvT als geheel vormt de remuneratiecommissie die voorstellen doet voor het bezoldigingsbeleid en daar toezicht op houdt. Het wettelijk referentiekader voor het bestuur van de Academische Ziekenhuizen is de wet op het Hoger Onderwijs en het Wetenschappelijk Onderzoek. De vergaderingen van de RvT met de RvB zijn het centrale instrument voor de informatievoorziening, het overleg en de beleidsvorming. Daarnaast overlegt de voorzitter van de RvT maandelijks met de RvB.

Na een periode van elf jaar heeft de voorzitter van de Raad van Toezicht, Mr. M. Tabaksblat besloten zijn functie van voorzitter neer te leggen. De scheidend voorzitter ontving vanwege zijn uitzonderlijke verdiensten voor de organisatie de LUMC-penning. Als zijn opvolger is, per 1 november 2007, drs. G.A. Möller benoemd.

In de vacature die ontstond na het aflopen van de tweede termijn van mw. mr. J.J.M.S. Leyten – de Wijkerslooth de Weerdesteyn werd op 1 juli 2007 mw. R.V.M. Jones-Bos MA benoemd.

De RvT deed de voordracht voor de vervulling van deze twee vacatures.

De Raad van Toezicht hield in 2007 zes vergaderingen. Een onderwerp dat regelmatig terugkwam op de agenda was de stelselwijziging in de gezondheidszorg en de daarbij behorende bekostigingsystematiek, de maatstafconcurrentie en de verdergaande marktwerking. Uiteraard besprak de RvT ook de conclusies

die de RvB daaruit trekt voor het meerjarenbeleid. De positie van het LUMC werd ook besproken in het licht van de nota 'Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving'. Andere onderwerpen waren de cao-onderhandelingen en het levensfasegeoriënteerd personeelsbeleid. Ook het thema innovatie, de samenwerking in de regio's Leiden en Zuid-Holland Noord en patiëntveiligheid stonden op de agenda. Dat laatste onderwerp naar aanleiding van incidenten in andere zorginstellingen en een rapport van de IGZ. De RvT besteedde verder aandacht aan het proces van kennisvalorisatie. Een belangrijk onderwerp was ICT, met name de ontwikkeling van het EPD en de (toekomstige) vervanging van het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS).

In 2007 gaven de voorzitters van de Divisies 1 en 2 een presentatie van hun divisies. De andere divisievoorzitters zullen dat in 2008 doen.

De auditcommissie vergaderde drie keer ter voorbereiding van de discussies over de jaarrekening 2006 en de begroting 2008 in de RvT. Ook kwamen het accountantsrapport ter sprake, de halfjaarcijfers 2007, de *management letter* en het verslag van de treasury commissie.

Bij de jaarlijkse evaluatie stelde de RvT vast dat er – onder meer door de uitstekende informatievoorziening – sprake is van een constructieve samenwerking tussen de RvT en de RvB. De RvT sprak zijn waardering uit voor het beleid en voor de manier waarop dat beleid tot uitvoer wordt gebracht.

3.2 Bedrijfsvoering

In de bedrijfsvoering van het LUMC liggen de verantwoordelijkheden zoveel mogelijk decentraal. De divisies en directoraten hebben elk een eigen jaarbudget, waarbinnen ze vrijheid van handelen hebben. Controle vindt achteraf plaats, op grond van heldere verslaglegging.

De divisies waarin wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt, vullen hun budget aan met externe financiering. De financiële *control* berust uiteindelijk op de budgetdiscipline van de afdelingshoofden en divisiebesturen.

Planning & Control cyclus

Bij de Planning & Control cyclus wordt de *Plan-Do-Check-Act*-systematiek van het Nederlands Instituut

voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) toegepast. In 2007 is de strategisch beleidscyclus aangesloten op de financiële Planning & Control cyclus. Het centraal strategisch beleidsplan (met een vijfjaren-cyclus) vormt de basis voor de afdelingsplannen die eens per twee jaar met de Raad van Bestuur worden besproken. De prestaties van de afdelingen worden in mei/juni door de RvB geëvalueerd en met de divisievoorzitters besproken. Dan wordt ook een meerjarenraming gemaakt die de basis vormt voor de begrotingsbrief in september. Budgetvoorstellen van de divisies worden besproken in oktober/november, waarna in december de divisiebudgetten en de begroting door de RvB worden vastgesteld en door de RvT goedgekeurd. In maart bespreekt de RvB met de divisies de rapportage over het afgelopen jaar. Het Jaardocument – waaronder de jaarrekening – wordt door de RvB vastgesteld in maart en door de RvT goedgekeurd in april. In mei/juni begint dan weer de nieuwe cyclus.

Administratie

Het administratiekantoor voert een centrale administratie. In 2007 is veel aandacht besteed aan een kwaliteitsverbetering van de basisadministratie en van het Management Informatie Systeem (MIS). De DBC-registratie is mede door gebreken in de DBC-systematiek nog niet perfect, maar inmiddels redelijk betrouwbaar, getuige de lage uitval bij validatie. Niettemin voldoet het LUMC niet volledig aan de eisen voor de AO-IC en heeft de accountant een verklaring van oordeelsonthouding bij de Productieverklaring aan de NZa afgegeven.

Informatie- en communicatietechnologie

Toenemende afhankelijkheid van elektronische systemen maakt de organisatie kwetsbaarder voor storingen. Uiteraard doet het directoraat ICT er alles aan om deze risico's zo klein mogelijk te maken. Het LUMC beschikt over een goede storingsdienst en belangrijke systemen zijn dubbel uitgevoerd. Veiligheid en privacybescherming staat blijvend hoog op de agenda. Informatiebeveiliging vraagt naast technische maatregelen voortdurende alertheid van iedereen die met computers werkt en een hoge mate van integriteit van alle betrokken medewerkers. De RvB heeft in 2007 – op basis van de kwaliteitsnorm NEN7510 – het LUMC-veiligheidsbeleid vastgesteld. Een gezamenlijke campagne door de UMC's zal in 2008 de aandacht van medewerkers nog eens extra op informatiebeveiliging vestigen.

Risicomanagement

De wijze waarop processen in het LUMC zijn georganiseerd, voldoet aan de eisen van de Kwaliteitswet Zorginstellingen: verantwoorde zorg, veilig, doelmatig, doeltreffend, afgestemd en klantgericht. Het LUMC heeft een instellingsbreed door het NIAZ geaccrediteerd kwaliteitssysteem, waarbij voor een aantal specifieke processen gebruik wordt gemaakt van diverse referentiekaders (zie overzicht accreditatiebewijzen en certificaten LUMC, pag. 71). Hierin is het Veiligheids-managementsysteem (VMS) geïntegreerd (zie ook 4.4.4). Het NIAZ-kwaliteitssysteem dient het risico op imagoschade te minimaliseren en vormt daarmee onderdeel van het risicomanagementsysteem.

Ook financieel geldt dezelfde kwaliteitssystematiek, zoals dat wordt uitgelegd bij de Planning & Control cyclus (pag. 16). Dat dekt echter niet de onzekerheid over de toekomstige bekostiging van de UMC's. Risico's zijn inherent aan ondernemerschap – ook aan maatschappelijk ondernemerschap – en dus niet geheel uit te sluiten. 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 bestuursleden benoemt (bij de Stichting Houdster Aandelen Medipark). Aan deze verbanden zijn geen bijzondere risico's verbonden.

3.3 Cliëntenraad

Het LUMC communiceert over de patiëntenzorg met de Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ) en met het Cliëntenberaad LUMC. De CRAZ heeft gemiddeld vijftig actieve leden en acht achterwachtleden en wordt zowel in financiële als personele zin ondersteund, onder andere met een secretaris en secretariële ondersteuning. In 2007 is de CRAZ viermaal bijeen geweest.

Om de managementlaag onder de Raad van Bestuur meer bij de CRAZ te betrekken, staat per vergadering één Universitair Medisch Centrum centraal. Leidraad voor de besprekingen is een aantal kernthema's die door de CRAZ zijn gekozen. Dat zijn 'communicatie en bejegening', 'informatievoorziening en informatietechnologie', 'continuïteit van zorg', 'transmura-

lisering en ketenzorg', 'verdeling van schaarste en wachten' en 'kwaliteit vanuit patiëntenperspectief'. In 2007 kwamen in dat overleg, naast de patiëntenzorg, ook de vernieuwing van de website ter sprake, het disciplineoverstijgend AIOS-onderwijs en de scholing van het baliepersoneel.

Om de regionale inspraak van patiënten te vergroten, overlegt het LUMC ook met het Cliëntberaad van het LUMC.

3.4 Ondernemingsraad

De Ondernemingsraad (OR) wil zich ontwikkelen tot een meer gelijkwaardige gesprekspartner van de RvB. Een manier van overleggen waarbij zowel formele als informele informatie wordt uitgewisseld, bleek in 2007 een goede basis voor deze ontwikkeling. In het overleg tussen de OR en de RvB komen steeds meer de 'brede kaders' aan de orde. Daarnaast waarborgen de zes Onderdeelcommissies (OC's) de medezeggenschap bij de divisies en het Facilitair Bedrijf.

Deelname van de OR aan de voorjaars- en najaarsconferentie past in de nieuwe werkwijze. Leden van de OR namen ook deel aan discussies over kennisvalorisatie, leiderschap en onderwijs.

De OR heeft in totaal zeven keer met de vice-voorzitter van de RvB vergaderd. Naast de formele overlegmomenten heeft de OR ook een aantal malen informeel met de vice-voorzitter van de RvB gesproken over organisatiebrede aspecten in relatie tot de positie van het LUMC.

De OC's hebben in hun overleg met de divisiebesturen en de directeur Facilitair Bedrijf invloed op operationeel niveau. Zij behartigen de belangen van de individuele medewerkers en van het organisatieonderdeel als geheel als het gaat om organisatieveranderingen en arbeidsomstandigheden.

Omdat de OC's (decentraal) goed functioneren, heeft de OR, in overleg met de RvB, besloten om na de verkiezingen in maart 2008 met een kleinere raad te gaan werken. Dit besluit komt voort uit een heroriëntatie op eigen rol en functioneren. Om het belang van medezeggenschap beter onder de aandacht van alle medewerkers te brengen, wordt de OR vanaf 2008 ondersteund door een eigen communicatieadviseur.

3.5 Overleg met studenten en AIOS

Op verschillende manieren kunnen studenten invloed uitoefenen op het onderwijsbeleid van het LUMC: via de studievereniging MFLS, de Studentenraad en de assessor.

De MFLS (Medische Faculteit der Leidse Studenten, opgericht in 1912) is de studievereniging van het LUMC waarvan iedere student Geneeskunde en Biomedische Wetenschappen automatisch lid is. Naast het organiseren van allerlei studiegerelateerde activiteiten behartigt MFLS ook de studentenbelangen in het onderwijs. Twee bestuursleden (Geneeskunde en Biomedische Wetenschappen) zijn aangewezen om mee te denken over de inhoud en uitvoering van het onderwijs. Regelmatig overleggen ze met afgevaardigden van de verschillende studiejaren. Een belangrijke taak van het MFLS-bestuur is het selecteren van de studenten voor de verschillende onderwijscommissies.

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

De student-assessor LUMC is adviseur van de Raad van Bestuur van het LUMC, in het bijzonder de decaan, voor onderwijs- en studentenzaken. De student-assessor vormt ook een belangrijke link tussen studenten en het LUMC. Hij of zij voert veelvuldig overleg met de decaan en heeft te maken met zaken als vernieuwing binnen het onderwijs, groeiende studentenaantallen, toetsing, en internationalisering. De decaan van het LUMC stelt jaarlijks een nieuwe assessor aan. Hij wordt hierbij geadviseerd het MFLS-bestuur en de oud-assessor.

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 is het overleg- en adviesorgaan voor de kwaliteitsbevordering 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. Hun vereniging 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

De ontwikkelrichting van het LUMC wordt in 2008 gepresenteerd in het Strategisch Beleidsplan 2008-2013.

Het LUMC is een internationaal kenniscentrum dat kiest voor geavanceerde geneeskunde. Het verrichten van excellent wetenschappelijk onderzoek, van moleculair tot zorg, en het kiezen voor talent staan voorop. Alleen met nieuwe inzichten over behandeling en preventie en met mensen die kennis creëren en overdragen, krijgen patiënten steeds betere zorg.

Bij wetenschapsbeoefening gaat het als eerste om nieuwsgierigheid, de hartstocht van de medisch onderzoeker. Vanuit die bezieling wordt onderwijs gegeven aan studenten, onderzoekers, artsen en ander zorgverleners. Want in het LUMC zijn patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Het LUMC is ook een publieke instelling. Het staat midden in de samenleving, is zich bewust van de problemen die er zijn en beschouwt het als zijn taak om daar, vanuit een wetenschappelijke invalshoek, oplossingen voor te zoeken. Als nooit tevoren wordt in die strategie de patiënt centraal geplaatst.

Strategie gaat over de voorgenomen veranderingen in de kerntaken, de positionering van het ziekenhuis en de besturing van de organisatie. Het gaat ook over de manier waarop het LUMC dit wil bereiken. Keuzes berusten deels op de ambities van het LUMC en deels op de veranderingen in de omgeving. De kerntaken zijn goed bekend en constant, maar de inhoud verandert voortdurend.

In de patiëntenzorg kiest het LUMC voor patiënten en aandoeningen waarvoor gespecialiseerde deskundigheid is ontwikkeld. Met die patiëntengroepen zal worden geprobeerd betere diagnostiek, behandeling of zorg te ontwikkelen. Juist in die op vernieuwing gerichte patiëntenzorg is de opleiding van medische studenten en assistenten in opleiding tot medisch specialist optimaal. Specialisten en huisartsen die patiënten verwijzen, kunnen rekenen op de hulp van het LUMC. Samen met huisartsen worden ook

nieuwe vormen van zorg ontwikkeld. Verbetering van patiëntenlogistiek is van groot belang. Zorgvuldig ontworpen afdelingsoverstijgende zorgpaden en betere zorgketens met externe zorgpartners kunnen voor de patiënt tot veel verbeteringen leiden.

Marktwerking in de gezondheidszorg zal de komende jaren veel aandacht vragen. Zorgverzekeraars zullen voor de verzekerde patiënten gaan onderhandelen voor optimale kwaliteit en prijs. De vergoedingen zullen zijn gebaseerd op Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) en gemiddelde prijzen in Nederland. Omdat vooral moeilijk behandelbare patiënten naar het LUMC worden verwezen, zullen de inkomsten waarschijnlijk afnemen. Door het terugdringen van de kosten – hetzelfde doen met minder geld – moet het mogelijk blijven onze publieke zorgtaken uit te voeren. Het gaat dan om de zogenoemde *last resort* functie en de beschikbaarheid van alle vormen van acute zorg.

Het onderzoeksbeleid zal gericht zijn op het versterken van bestaande kracht, het maken van ruimte voor talent en het bevorderen van samenwerking met sterke onderzoeksgroepen binnen en buiten het LUMC. Uit de wetenschappelijke onderzoeksstructuur van het LUMC – bestaande uit onderzoeksprogramma's, themagroepen, technologie platforms en multidisciplinaire centra (zie organigram, pag. 10) – zullen steeds nieuwe onderzoeksnetwerken worden gevormd. Kennis creëren gaat in het LUMC samen met kennis toepassen en overdragen. Voorop staat dat het LUMC een publieke instelling is, gericht op overdracht van kennis. Maar soms is het ontwikkelen van een commercieel traject – kennisvalorisatie – de enige weg naar toepassing. Een prestigieuze wetenschappelijke publicatie voldoet dan niet. Dan ondersteunt het LUMC kennisbescherming en indien nodig een ontwikkelingstraject, inclusief het vinden van durfkapitaal en het oprichten van een bedrijf. In zo'n traject wordt vaak gevraagd om participatie van de uitvinder en van het LUMC. Het LUMC zal hiervoor regels hanteren die zowel keuzes bieden als beperkingen opleggen om op een verantwoorde wijze vorm te geven aan valorisatie.

Op dit moment voeren veel Europese landen de Bachelor-Masterstructuur in. Daarmee verandert met name de studie Geneeskunde sterk, ook al zullen de meeste studenten in één aansluitend traject arts worden. Daarnaast veranderen onderwijsmethoden. Hoorcolleges zijn blijvend vervangen door meer actieve leervormen. Studenten worden gestimuleerd al tijdens de studie te participeren in onderzoek en buitenlandse stages te zoeken. Om aan alle aanstaande artsen een goede klinische vorming te kunnen geven, zal het LUMC intensief samenwerken in de Opleidings- en Onderzoeksregio (OOR). Met de ziekenhuizen in de 'OOR' Leiden wordt ook samengewerkt op het gebied van patiëntenzorg en onderzoek. De meest intensieve relatie is er uiteraard met de Universiteit Leiden (LEI). Een goede relatie tussen LUMC en LEI is essentieel om de verantwoordelijkheid voor studenten en medisch onderzoekers optimaal vorm te geven. Het LUMC steunt samenwerking op het gebied van de life sciences tussen de verschillende wetenschappelijke disciplines. De samenwerking met de LEI garandeert een brede internationale leeromgeving met uitzicht op een rijk studentenleven.

Het LUMC is zich ervan bewust dat de personele inzet en productiviteit optimaal moeten zijn vanwege de per definitie beperkte middelen. Vooral aan een betere ICT-ondersteuning zal veel aandacht worden besteed. ICT-ondersteuning is vaak afdelingsoverstijgend. Dat vereist een meer centrale aansturing, die in zekere zin haaks zal staan op de besturingsfilosofie van decentrale verantwoordelijkheden. Dit alles is nodig om aan patiënten de noodzakelijke deskundigheid te bieden en om in de meest kansrijke positie te komen om het hoge ambitieniveau te realiseren. Realisering van de strategie vraagt om brede steun. Om die reden is de strategie van het LUMC het resultaat van intensieve wisselwerking tussen medewerkers en belangrijke externe partners.

4.2 Algemeen beleid

De kracht van het LUMC is de combinatie van onderzoek, patiëntenzorg en onderwijs. De taken hebben alles met elkaar te maken: academische patiëntenzorg kan alleen worden uitgevoerd dankzij de expertise die is opgebouwd door eigen wetenschappelijk onderzoek en dankzij de vele (kennis)netwerken over de hele wereld. Het wetenschappelijk onder-

zoek kenmerkt zich door 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. Daarnaast vindt het LUMC het 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 gezondheidszorg.

4.2.1 Patiëntenzorg

Productie

Zoals uit de kengetallen van de patiëntenzorg is af te leiden, was de productie in 2007 vijf procent hoger dan in het voorgaande jaar. Met name het aantal dagopnames is toegenomen (zie pag. 73). Positief is de daling van de gemiddelde verpleegduur van opnames. De sterke daling in de afgelopen jaren (van 8,6 dagen in 2000 naar 7,5 in 2005) leek vorig jaar tot stilstand gekomen. In 2007 was de verpleegduur echter opnieuw lager: gemiddeld 7,1 dagen. Opvallend is ook de toename in het aantal nier- en levertransplantaties. De daling van spoedconsulten is te verklaren door de vestiging van een huisartsen-spoedpost bij het Centrum Eerste Hulp.

Topzorg

De meerwaarde van het LUMC als Universitair Medisch Centrum komt tot uiting in de topreferente zorg. Vaak gaat het bij deze last resort functie om zeldzame zorgvragen waarbij meerdere problemen een rol spelen en waarvan de behandeling een niet te voorspellen verloop kent. Op pag. 70 staat een niet limitatief overzicht van de topreferente zorg. Daarnaast biedt het LUMC ook topklinische zorg. Dat betreft bijzondere voorzieningen die alleen mogen worden uitgevoerd door klinieken die daarvoor ministeriële toestemming hebben krachtens de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV). Een overzicht van deze WBMV-functies staat op pag. 70.

Een voorbeeld van topreferente zorg is het gemeenschappelijk hartfalen-programma van de afdelingen Hartziekten en Thoraxchirurgie van het LUMC. Met de meest geavanceerde onderzoeksmethoden worden patiënten onderzocht op de oorzaak en de ernst van de aandoening. Het LUMC heeft veel expertise in de vaak zeer uitgebreide operaties die bij hartfalen

nodig zijn. De chirurgische ingrepen variëren van het repareren van een hartklep en het verkleinen van het hart tot het aanleggen van een *bypass* en het tijdelijk ondersteunen van de bloedsomloop met een 'kunsthart'. De ingreep vindt plaats in nauwe samenhang met andere (cardiologische) behandelingen. Zo worden patiënten na de operatie (weer) ingesteld op optimale medicatie en krijgen de meesten een pacemaker die zowel het hartritme bewaakt als de rechter en linker hartkamer synchroniseert. Patiënten worden gedurende minstens een jaar intensief gevolgd. Dankzij het uitgebreide en geïntegreerde programma is het LUMC in staat alle nieuwe ontwikkelingen op het gebied van hartfalen te onderzoeken en aan te bieden.

Op het gebied van ledemaatbesparende ingrepen heeft het LUMC een (inter)nationale reputatie opgebouwd in de ontwikkeling van reconstructieve technieken, zoals donorbot en tumorprothesen voor bekken en schouder. Deze prothese overbrugt het defect dat ontstaat na het verwijderen van het aange-taste bot. Het LUMC behandelt ongeveer 40 procent van de bottumoren en 20 procent van de weke delentumoren in Nederland. Vrijwel alle patiënten komen, via specialistische verwijzing, van buiten de regio.

Medische innovaties

Innovatie van de zorg is een van de belangrijkste opdrachten die het LUMC zichzelf stelt. Dankzij translatieonderzoek – geïnspireerd door gezondheidsvragen uit de samenleving – werkt het LUMC dagelijks aan het verbeteren van de patiëntenzorg binnen het LUMC, maar ook daarbuiten. Zo werd ook in 2007 een aantal medische 'doorbraken' bereikt, die niet alleen binnen het LUMC maar ook elders tot een verbetering van de gezondheidszorg leiden.

Een goed voorbeeld van de innovatieve kracht van het LUMC is het endo-echografisch onderzoek bij longkanker. Longkanker is een van de meest voorkomende vormen van kanker in Nederland met doorgaans een buitengewoon slechte prognose. De meest succesvolle behandelingstrategie ligt – voor wat betreft het zogenoemde niet-kleincellig longcarcinoom – op het terrein van de thoraxchirurgie. Het succes daarvan hangt af van het stadium waarin de ziekte wordt ontdekt. Dat stadium wordt standaard bepaald door middel van radiologisch onderzoek, gevolgd door een kijkoperatie. Endo-echografisch

onderzoek van de luchtwegen en het mediastinum is een nieuwe, minder ingrijpende, veilige en verfijnde techniek om het stadium van longkanker te bepalen. De afdeling Longziekten van het LUMC is een van de eerste afdelingen in Europa die systematisch onderzoek heeft verricht naar de klinische waarde van deze techniek. Een aantal multidisciplinaire klinische studies heeft ertoe geleid dat de techniek is opgenomen in de landelijke richtlijnen. Met subsidie van ZonMw en onder leiding van het LUMC worden deze richtlijnen landelijk ingevoerd.

Het LUMC staat – historisch – bekend om haar transplantatie-expertise. Hierop voortbouwend is in 2007 verder gewerkt aan een breed programma voor het toepassen van celtherapie om beschadigde organen langer te laten functioneren en mogelijk zelfs te regenereren. Deze toepassingen zijn gericht op orgaanschade bij diabetes en vaatziekten en vallen onder de bredere LUMC ontwikkeling op het gebied van celtherapie en regeneratieve geneeskunde (één van de LUMC themagroepen, zie organigram, pag. 10). In het kader van deze ontwikkelingen is er binnen het LUMC een unieke productiefaciliteit voor celtherapeutische producten opgezet, die voldoet aan alle GMP en industriële kwaliteitseisen.

Eilandjes van Langerhans

Een andere innovatie waarmee het LUMC in 2007 bewondering oogstte, was de eerste transplantatie in Nederland van de eilandjes van Langerhans, onder supervisie van dr. Eelco de Koning, internist-endocrinoloog van de afdeling Nierziekten De eilandjes van Langerhans maken deel uit van de alvleesklier en produceren het hormoon insuline dat de hoeveelheid suiker in het bloed verlaagt. Bij patiënten met type 1 diabetes vernietigt het eigen immuunsysteem deze eilandjes. Ondanks insuline-therapie kunnen door de verhoogde suikervwaarden ernstige complicaties aan nieren, ogen en zenuwen ontstaan. Eilandjestransplantatie in het LUMC is nu een nieuwe behandeloptie voor een deel van de patiënten met type 1 diabetes.

Het LUMC is in staat om mesenchymale stamcellen (MSC's) te isoleren en toe te dienen, onder andere aan patiënten die na een stamceltransplantatie ernstige afstoting vertonen. Mesenchymale stamcellen zijn stamcellen die zich kunnen differentiëren in verschillende type cellen, zoals bot-, vet- en kraakbeencellen. Deze stamcellen worden in twee tot vier weken – afhankelijk van het protocol – gekweekt uit beenmerg van een donor of een patiënt (autoloog). Eén van de toepassingsgebieden voor MSC's betreft het voorkomen van schade die het gevolg is van een afstotingsreactie na een beenmergtransplantatie. Een andere celtherapie-indicatie is de toepassing van deze cellen voor een versneld herstel van de doorbloeding van de hartspier na een infarct of de aanleg van nieuwe bloedvaten bij perifere vaatlijden (etalagebenen).

Innovaties in de zorglogistiek

Doelmatig en efficiënt werken is niet alleen bedrijfseconomisch noodzakelijk, maar ook en vooral in het belang van de patiënten. Het LUMC wil het onderzoek- en zorgproces zoveel mogelijk patiëntgericht vormgeven, onder meer door zorgpaden ter verbetering van de keten.

Neuromusculaire polikliniek

Bij de zorg voor patiënten met spierziekte is een groot aantal specialismen betrokken. De revalidatiearts voor het aanmeten van spalken of een rolstoel, de kindercardioloog om de hartspierspiers te controleren, de orthopeed vanwege vergroeiingen en de kinderarts voor de behandeling met prednison. En in veel gevallen zijn ook de kinderneuroloog of de longarts betrokken. Dankzij de poli voor neuromusculaire ziekten hoeven patiënten en hun begeleiders veel minder bezoeken aan het ziekenhuis af te leggen. Ze kunnen in één dag verschillende specialisten bezoeken voor een jaarlijkse complete *check-up*. Deze multidisciplinaire afstemming is gemakkelijker voor de patiënten en hun begeleiders en komt bovendien de kwaliteit van de zorg ten goede, doordat specialisten in vaste teams werken en daardoor veel gezamenlijke ervaring opdoen.

Het Artrose-zorgpad, georganiseerd door afdeling Reumatologie van het LUMC en Thuiszorg Groot Rijnland, is bedoeld voor patiënten met artrose in de knie, heup of handen. Na verwijzing door de

reumatoloog heeft een reumaverpleegkundige een gesprek aan de hand van een vragenlijst die de patiënt heeft ingevuld. Alle patiënten ontvangen een informatiemap met folders en het zogenaamde Artrose Zorgboek. Drie maanden na het gesprek gaat de reumaverpleegkundige na hoe het beloop van de klachten is. Zo nodig vindt in overleg met de reumatoloog of de huisarts een verwijzing plaats naar andere zorgverleners, zoals de fysio- of oefentherapeut, de orthopedisch schoenmaker, de ergotherapeut of het maatschappelijk werk.

Het LUMC streeft naar ketenzorg waarbij de patiënt centraal staat. Een voorbeeld is de 'schakelunit', die – bij wijze van experiment – in september 2006 van start ging voor patiënten die een knie- of heupoperatie ondergaan. Door dit samenwerkingsproject tussen het LUMC en stichting Topaz kunnen patiënten, na een operatie in het LUMC, herstellen en revalideren in een verpleeg- en verzorgingshuis van Topaz. Vanuit die schakelunit kunnen ze, zo nodig met specialistische thuiszorg, naar huis. Dankzij dit project verbeteren de betrokken instellingen de kwaliteit van de zorgketen en besparen zij kosten. In 2007 is besloten het experiment zo mogelijk uit te breiden met andere zorgaanbieders in de regio.

Het beter stroomlijnen van de acute zorg is in 2007 voortgezet. Naast acute heerkunde-patiënten maken nu ook de acute pediatrie- en neurologie-patiënten gebruik van de regionale samenwerking. Een centraal inbelpunt bij de meldkamers van de Centrale Post Ambulancediensten verdeelt de aanmeldingen over de verschillende ziekenhuizen. Daardoor wordt de beschikbare capaciteit in de regio zo doelmatig mogelijk gebruikt.

Sinds januari 2007 is het Centrum Eerste Hulp versterkt met een huisartsenspoedpost. Naar schatting een derde van het aantal mensen dat zich meldt voor spoedeisende hulp kan daarheen verwezen worden. Zij maken daardoor niet onnodig gebruik van de (duurdere) specialistische hulp.

In 2007 hield het LUMC een regionale rampoefening in samenwerking met de GHOR Hollands Midden (Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen), de meldkamer Ambulancezorg, en twee regionale ziekenhuizen. Daarbij werd het eigen Rampenopvangplan getoetst en bijgesteld.

Innovatie in patiëntendossier

In het LUMC zijn verschillende (afdelingsspecifieke) elektronische patiëntendossiers (EPD's) in gebruik. In 2007 is een project van start gegaan om te zorgen dat binnen twee jaar alle afdelingen beschikken over een basis-EPD. Naast het inzien van patiëntgegevens kunnen artsen of verpleegkundigen diagnose- en medicatiegegevens toevoegen. Het basis-EPD is specialisme-overschrijdend, waardoor een patiënt die meerdere specialisten bezoekt, niet steeds dezelfde vragen hoeft te beantwoorden.

De afdelingen Cardiologie en Verloskunde werken als eerste geheel 'papierloos'. De invoering van het EPD heeft daar geleid tot een aanzienlijke verbetering van de zorgverlening. Het rapporteren aan huisarts en medebehandelaars, over diagnose en medicijngebruik, gaat sneller en nauwkeuriger. Doordat het EPD automatisch specifieke patiëntinformatie toont – zoals overgevoeligheden – worden vergissingen voorkomen.

4.2.2 Onderzoek

De vooraanstaande positie van het LUMC in het (bio) medisch onderzoek werd ook in 2007 gecontinueerd. Leidse onderzoekers verwierven met innovaties internationaal prestige, participeerden in tal van nationale en internationale onderzoeksnetwerken en kregen subsidies van zowel de Nederlandse overheid en het bedrijfsleven als van de Europese Unie.

De in 2006 opgezette nieuwe structuur voor het wetenschappelijk onderzoek begint vruchten af te werpen. Door die structuur, waarin onderzoeksprogramma's, themagroepen, technologieplatforms en multidisciplinaire centra (zie organigram, pag. 10) een duidelijke plaats hebben, is de dynamiek van de wetenschapsbeoefening in het LUMC verbeterd.

Innovaties

Het LUMC heeft bij uitstek het vermogen om nieuwe ideeën te ontwikkelen die tot doorbraken kunnen leiden in de diagnostiek of therapie. Mede door zijn innovatieve en multidisciplinaire karakter biedt het LUMC de geschikte omgeving om de klinische toepassing van geavanceerde technologie verder te ontwikkelen. Een goed voorbeeld hiervan is de ingebruikname van de 7 Tesla MRI body scanner. Hiermee kunnen zeer nauwkeurige afbeeldingen worden verkregen van weefsels en organen en nieuwe informatie over het functioneren van de hersenen en over hersenziekten, zoals bijvoorbeeld de ziekte

van Alzheimer en migraine. Op 6 september 2007 nam het LUMC als eerste in Nederland dit ultrahoogveld MRI-systeem in gebruik. De Minister van Economische Zaken, mw. Van der Hoeven, verrichtte daarvoor de officiële handeling. Wereldwijd zijn er slechts enkele van deze 7 Tesla-systemen operationeel voor onderzoek bij mensen. Het LUMC werkt in het 7 Tesla MRI-onderzoek samen met UMC Utrecht en het F.C. Donders Instituut in Nijmegen (VISTA, zie pag. 124 e.v.).

Gezond ouder worden

Met het stijgen van de gemiddelde leeftijd en de daaraan gerelateerde toename van de kosten in de zorg, groeit ook de maatschappelijke aandacht voor de 'gebreken die komen met de jaren'. Het LUMC heeft daar, onder leiding van Prof. Rudi Westendorp, afdelingshoofd Ouderengeneeskunde en Prof. Eline Slagboom, hoogleraar Moleculaire Epidemiologie, een interessante invalshoek voor gekozen: onderzoek naar de factoren die maken dat mensen juist gezond ouder worden. Deze aanpak krijgt (inter)nationaal veel weerklank. Dat blijkt onder meer uit de door het *Netherlands Genomics Initiative* (NGI) in 2007 verstrekte subsidie van 1 miljoen euro voor het door Westendorp geleide *Netherlands Consortium for Healthy Ageing* (NCHA). Daarnaast nam het LUMC samen met het Erasmus Medisch Centrum het initiatief voor de oprichting van het Topinstituut gezond ouder worden (TI-GO), waar intussen ook alle andere UMC's en een groot aantal bedrijven en andere organisaties bij aangesloten is. Dankzij dit netwerk, met korte lijnen tussen wetenschap, industrie en gezondheidszorg kunnen nieuwe inzichten en technologieën sneller een toepassing krijgen (zie ook pag. 124 e.v.).

Onderzoekers van het LUMC participeren in het onderzoeksprogramma *Center for Translation Molecular Medicine* (CTMM). Dit is een Nederlands netwerk, bestaande uit kennisinstellingen en industriële partners, dat onderzoek verricht naar de moleculaire achtergrond van ziekten. Door de samenwerking van basale en klinische onderzoekers en het gebruik van geavanceerde technologie hoopt het centrum meer kennis te verkrijgen over het ontstaan van ziekten en daardoor therapeutische doorbraken te bereiken. In 2007 is een oproep gedaan om onderzoeksvorstellen in te dienen. Hierop is door verschil-

lende LUMC-onderzoekers gereageerd, met name op de gebieden kanker en vasculaire geneeskunde.

Het onderzoeksprogramma *BioMedical Materials* (BMM) is qua structuur en opzet vergelijkbaar met het CTMM, maar richt zich op de ontwikkeling van nieuwe biomedische materialen die kunnen worden toegepast bij een aantal ziekten en aandoeningen. Evenals het CTMM is BMM gebaseerd op multidisciplinair en translationeel onderzoek, waardoor het goed aansluit bij de onderzoekbenadering en -structuur van het LUMC. Het LUMC heeft zich dan ook enthousiast aangesloten en bereidt onderzoeksvoorstellen voor.

Het LUMC participeert in acht projecten van het Top Instituut Pharma (TI Pharma). Dit in Leiden gevestigde consortium stelt zich ten doel de internationale positie van het Nederlandse geneesmiddelenonderzoek te versterken. Bij één van de door TI Pharma toegekende onderzoeksprojecten fungeert het LUMC als trekker.

Subsidies

Het wervend vermogen bedroeg in 2007 ruim 57 miljoen euro, aanzienlijk hoger dan de voorgaande jaren. Het betreft hier geld voor onderzoek dat in competitie wordt verworven bij intermediairs die overheidsmiddelen verdelen. De verdeling vindt plaats op basis van een kwalitatieve toetsing van onderzoeksvoorstellen. Intermediairs zijn ondermeer NWO-, ZonMw-, STW-, KNAW- en de Europese kaderprogramma's. Wervend vermogen komt ook van private organisaties, met name collectebusfondsen en bedrijven.

Wervend vermogen (€ x 1.000)			
	2005	2006	2007
2e geldstroom	13.734	22.031	28.371
3e geldstroom	14.927	12.098	13.674
4e geldstroom	19.160	16.487	15.841
Totaal	47.821	50.616	57.886

Het succesvol aanvragen van (Europese) subsidies heeft, behalve met de inzet van onderzoekers, ook te maken met de bij het LUMC aanwezige kennis over de aanvraagprocedures. Het informatie- en steunpunt dat hiervoor werd opgezet heeft er mede voor gezorgd dat de kwaliteit van de ingediende voorstellen

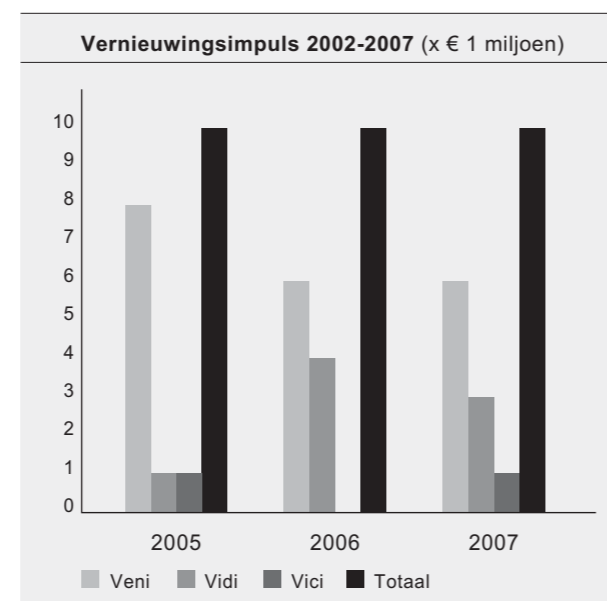
aanzienlijk is toegenomen. Dit heeft er toe geleid dat het LUMC bij veel toegekende projecten is betrokken, in een aantal gevallen zelfs als coördinator.

Het LUMC heeft in de 2007-rondes van het 7e Kaderprogramma van de Europese Commissie voor dertien projecten subsidie gekregen. Prof. Socrates Papapoulos (afdeling Endocrinologie) haalde als coördinator het project 'Botopbouw in osteoporose' binnen. Voor de rondes voor 2008 zijn tot nu toe ruim 25 samenwerkingsprojecten ingediend met het LUMC als coördinator of deelnemer. Deze projectvoorstellen worden begin 2008 geëvalueerd.

De projecten die het LUMC in het 6e Kaderprogramma binnenhaalde, zijn inmiddels in volle gang. Eén daarvan is EuroBoNet, onder leiding van Prof. Pancras Hogendoorn. Dit internationaal netwerk verricht onderzoek naar de pathologie, biologie en genetica van bottumoren.

Het LUMC participeert in toenemende mate in subsidieprojecten van de *National Institutes of Health* (NIH) in de Verenigde Staten. In 2007 waren dat er drie, waarvan twee op het gebied van migrainebestrijding onder leiding van Prof. Michel Ferrari. Dat geeft aan dat het LUMC ook op dit terrein meedoet met de wereldtop.

Het LUMC was in de afgelopen jaren ook succesvol in het verwerven van persoonsgebonden subsidies uit de zogenaamde Vernieuwingsimpuls van de Nederlands organisatie voor Wetenschappelijke Onderzoek: de VENI-, VIDI- en VICI's.



VICI-subsidie voor Diabetesonderzoek

Met het diabetesonderzoek, waarvoor hij de 'VICI' van 1,2 miljoen euro ontving, wil immunoloog dr. Bart Roep van de afdeling Immunohematologie en Bloedtransfusie, de overstap maken van symptoombestrijding bij type 1 diabetes – zoals insulinespuiten – naar de uiteindelijke genezing met celtherapie. Het onderzoek naar diabetes type 1 is al jaren bezig en werd voor een belangrijk deel betaald door het Diabetes Fonds.

Type 1 diabetes ontstaat door een 'vergissing' van het afweersysteem. Daardoor vernietigt het afweersysteem de insulineproducerende cellen. De celtherapie waar het onderzoek zich op richt, houdt in dat bepaalde cellen van het afweersysteem uit het lichaam van de patiënt worden gehaald. Vervolgens worden deze cellen in het laboratorium gekweekt in aanwezigheid van bepaalde stoffen: vitamine D3 of dexamethason. De verwachting is dat de cellen, na terugplaatsing in het lichaam van de patiënt, de verstoorde balans van het afweersysteem kunnen herstellen.

Netwerken

Een uiterst waardevol onderzoeksnetwerk is het NFU-project Parelsnoer dat sinds 2006 bestaat. Elk van de acht UMC's brengt daar kennis en patiëntengegevens in over één bepaalde aandoening. Biodata en patiëntmateriaal van deze acht 'parels' worden (geanonimiseerd) opgeslagen in databanken en via een digitaal netwerk toegankelijk gemaakt voor alle onderzoekers. Die krijgen daardoor de beschikking over veel méér klinische data dan ze ooit in eigen huis zouden kunnen verzamelen. Het LUMC is binnen Parelsnoer coördinator van de aandoening reumatoïde artritis. De wetenschappelijke gegevens die uit dit project voortkomen, zullen leiden tot een betere gezondheid van patiënten met genoemde ziektebeelden en een versterking van de economische positie van de farmaceutische en biotechnologische industrie in Nederland.

Medical Delta – het onderzoeksnetwerk tussen het LUMC, Universiteit Leiden, de TU Delft, Erasmus Universiteit Rotterdam en Erasmus MC – heeft sinds 2007 ook een uitwisselingsprogramma voor het onderwijs. Op het terrein van Geneeskunde, Biomedische Wetenschappen en Biomedical Engineering zorgt de Medical Delta onder meer voor blokonderwijs en wetenschapstages en wordt

gewerkt aan de voorbereiding van specifieke Masteropleidingen. In 2007 is door het Medical Delta met succes een overheidssubsidie aangevraagd voor de opzet van een *Business to Science Portal Holland*, waarmee vragen uit het bedrijfsleven gemakkelijker bij kennisinstellingen terecht kunnen komen.

Publicaties

Als jarenlang onderzoek uiteindelijk leidt tot een publicatie in een internationaal hoog aangeschreven medisch-wetenschappelijk tijdschrift, dan is dat zowel voor (groepen) onderzoekers als voor het LUMC als geheel een hoogtepunt. Nog belangrijker is dat publicaties een stap voorwaarts zijn in het proces van onderzoek naar toepassing. Een kleine greep uit de successen in 2007:

Duchenne spierdystrofie

Het LUMC en biotechbedrijf Prosensa maakten in december 2007 in het *New England Journal of Medicine* de positieve resultaten bekend van de eerste behandeling met een nieuw geneesmiddel tegen Duchenne spierdystrofie (DMD). Aan deze wereldprimeur ging jarenlang onderzoek vooraf. Bij Duchenne-patiënten is de productie van het vezeleiwit dystrofine geblokkeerd. Spieren breken daardoor af, uiteindelijk ook de ademhalingsspieren en de hartspeer. Vier jongens, in de leeftijd tussen 10 en 13 jaar, kregen een eenmalige injectie met PRO051 in een klein gebied van een spier in het onderbeen. Na vier weken lieten de meeste spiervezels nieuwe aanmaak van dystrofine zien. Dit resultaat betekent een grote stap voorwaarts in de behandeling van deze ernstige ziekte waarvoor tot nog toe geen afdoende behandeling beschikbaar is.

Onderzoekers van het LUMC schreven een artikel in het wetenschappelijk tijdschrift *Diabetes*, waarin voor het eerst is aangetoond dat de hypothalamus – een onderdeel van de hersens – anders functioneert bij patiënten met type 2 diabetes mellitus in vergelijking met gezonde personen. Het artikel heeft de prijs gewonnen van het beste Nederlandse artikel van 2007 over endocrinologie.

Bijzonder was ook de publicatie over (het verbeteren van) de rapportage van observationeel epidemiologisch onderzoek. Het betrof een project dat vanuit het LUMC werd gecoördineerd door KNAW-hoogleraar Prof. Jan Vandenbroucke van de afdeling Klinische

Epidemiologie. Eind 2007 werden de aanbevelingen uit het artikel gepubliceerd in dertien medische tijdschriften, waaronder *The Lancet*, *Annals of Internal Medicine* en het *British Medical Journal*.

In december 2007 verscheen in het tijdschrift *Human Gene Therapy* een wetenschappelijk artikel over het eerste genterapieonderzoek bij heupprothesen: een mooi voorbeeld van translationeel onderzoek. Het concept is in het LUMC bedacht en van het laboratorium naar de kliniek gebracht. Hieraan werkten verschillende afdelingen mee, waaronder de Reumatologie, Orthopedie en Moleculaire Celbiologie.

Promovendi

In 2007 werd er een start gemaakt met de Graduate School, waarin het LUMC promovendi een transparant en gestructureerd promotietraject wil bieden, dat aansluit bij hun toekomstperspectief. Dit project zal in 2008 verder vorm krijgen.

In 2007 werd het scholingsaanbod voor promovendi verder uitgebreid. Eindtermen zijn hiervoor richtinggevend. De logistieke en organisatorische kant van het scholingsaanbod wordt door de Boerhaave Commissie verzorgd. Een actueel overzicht van het aanbod is beschikbaar op het Boerhaavenet. Voor onderzoekers in opleiding (Oio's) werd in het oio-reglement vorm gegeven aan cao-afspraken. Onderdeel hiervan is de standaardisering van het opleidings- en begeleidingsplan. Verder werd voor de eerste keer een introductiebijeenkomst georganiseerd voor promovendi in het eerste jaar van hun promotieonderzoek.

Valorisatie

Het LUMC is al een aantal jaren actief in het (zelf) vermarkten van nieuw verworven kennis. Het interne beleid voor het valorisatieproces – rond het octrooieren, het zoeken naar geschikte marktpartijen en het sluiten van licentiecontracten – is in 2007 verder ontwikkeld.

Onderzoekers die de overstap willen maken naar het ondernemerschap krijgen professionele ondersteuning. Het LLPF biedt persoonlijke leningen aan voor het maken van een business plan. Beginnende bedrijfjes kunnen in de zogenoemde incubators van de stichting BioPartner ABC hun eerste stappen op de markt zetten, om zich uiteindelijk op het BioScience Park te vestigen.

Valorisatie was het thema van het LUMC jaarverslag 2006. In dat verslag is uitgebreider informatie over dit onderwerp te vinden.

4.2.3 Onderwijs

Het LUMC biedt onderwijs, opleidingen en cursussen aan die vernieuwend zijn, zowel wat betreft de inhoud als de vorm. De inhoud is gebaseerd op ontwikkelingen in wetenschap, zorg en maatschappij. Het LUMC heeft een initiërende rol in de OOR-regio.

Het LUMC gaat uit van een volwassen relatie met studenten/cursisten. Beide partijen hebben hun verantwoordelijkheid; studenten zijn verantwoordelijk voor hun eigen leerproces, docenten hebben de verantwoordelijkheid dit leerproces zo optimaal mogelijk te laten verlopen. Het LUMC zorgt voor planning en roostering, voorlichting, studiebegeleiding en voor een plezierig, stimulerend en uitdagend leerklimaat dat aanzet tot 'een levenlang leren'. Om dat alles te realiseren, neemt het LUMC deel aan netwerken met organisaties en instituten in en buiten Nederland.

De ingebruikneming van het nieuwe 'Gebouw 3' (het onderwijsgebouw) – in januari 2007 – gaf een enorme impuls aan de onderwijsorganisatie. Geconcentreerde huisvesting van onderwijsvoorzieningen en het directoraat Onderwijs en Opleidingen fysiek verbonden met Gebouw 1, bevordert bovendien het onderlinge contact.

Het nieuwe directoraat Onderwijs en Opleidingen, waartoe in 2007 definitief werd besloten, zal de ondersteuning van de verschillende opleidingen organisatorisch onder één dak brengen: de initiële opleidingen Geneeskunde en Biomedische Wetenschappen, de medisch specialistenopleidingen, de bij- en nascholing en de specialistisch verpleegkundige en paramedische opleidingen. De administratieve, logistieke en planningsprocessen zullen daardoor efficiënter en flexibeler verlopen. Ook het leren van elkaars expertise verloopt 'natuurlijker'. Daarmee biedt de samenvoeging ook kansen voor innovatie en kwaliteitsverbetering.

Het Anatomisch Museum van het LUMC – ter ondersteuning van het onderwijs – verhuisde mee naar het nieuwe onderwijsgebouw en kan daardoor veel effectiever worden ingezet ten behoeve van de opleidingen. Voor het museum is een nieuw ontwerp gemaakt. In het museum staan moderne vitrines met preparaten opgesteld. Bij elke vitrine staan touchscreens met uitleg van de preparaten, gekoppeld aan informatie uit het onderwijs. Museumbezoekers kunnen ook gebruik maken van een aantal door

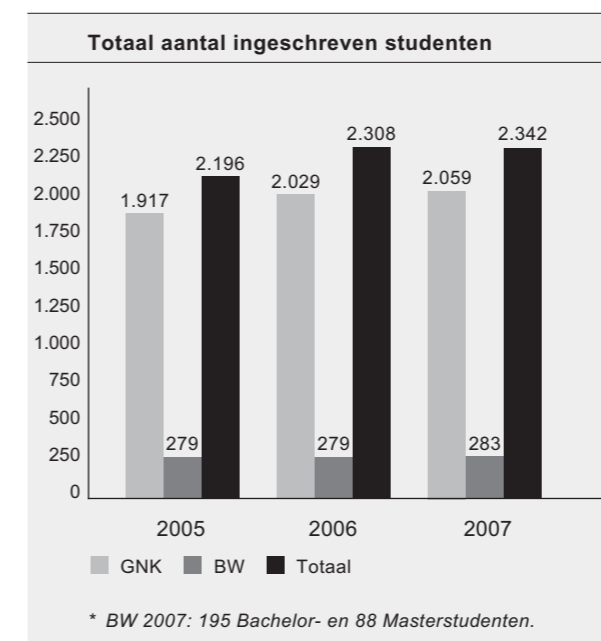
docenten ingesproken audiotours. Naast studenten wordt het museum bezocht door groepen medewerkers of door (para)medici en studenten van buiten het LUMC. Het unieke ontwerp van het Anatomisch Museum was in 2007 genomineerd voor de Lensvelt Architectuur Interieurprijs.

Vernieuwing

In september 2007 is het LUMC gestart met de invoering van het Bachelor-Mastercurriculum voor de Geneeskundeopleiding. De eindtermen van de Masteropleiding Biomedische Wetenschappen zijn in 2007 opnieuw geformuleerd in de vorm van competenties. Aan de hand daarvan wordt nagegaan of deze competenties in de studie voldoende aan bod komen.

In 2007 besloot het LUMC om met ingang van studiejaar 2008-2009 naast de reguliere toelatingsprocedure studenten voor Geneeskunde en Biomedische Wetenschappen ook decentraal te gaan selecteren. Voorwaarden om daarvoor in aanmerking te komen is – naast het VWO-diploma met juiste profiel en vakkenpakket – een diploma van het Pre-University College van de Universiteit Leiden. Op deze manier zoekt het LUMC nauwer aansluiting bij het universitaire beleid 'Kiezen voor talent'.

Er vindt geleidelijk aan een stabilisatie plaats ten aanzien tot de studentenaantallen, zoals onderstaande grafiek laat zien.



Internationalisering

Het deelnemen aan netwerken – nationaal en internationaal – zorgt ook binnen het onderwijs voor uitbreiding van opleidingsmogelijkheden.

Het LUMC vergrootte in 2007 de mogelijkheden voor het opdoen van internationale ervaring tijdens de opleiding. Coassistenten kunnen in Suriname, naast de coschappen Gynaecologie en Verloskunde, nu ook hun klinische stage volgen voor KNO, Oogheelkunde en Dermatologie. In 2008 volgt deze mogelijkheid voor Kindergeneeskunde.

Aantal studenten naar het buitenland			
	04/05	05/06	06/07
– Biomedische Wetenschappen	23	21	16
– Geneeskunde	150	125	200
– Binnen Europa	56	46	49
– Buiten Europa	117	100	167

Acht toonaangevende Europese universitaire opleidingsinstituten – behorend bij het Eurolife-netwerk – onderzochten welke Masteronderdelen van de opleiding Biomedische Wetenschappen interessant zijn voor elkaars studenten. Die onderdelen zullen nadrukkelijker dan voorheen 'in de etalage' worden gezet. Gezamenlijk zorgen de instituten dat er zo min mogelijk organisatorische en financiële drempels zijn.

4.2.4 Opleidingen

Uitbreiding en vernieuwing kenmerkten in 2007 de opleidingen tot medische specialist en de specialistische opleidingen. Er kwamen nieuwe eindtermen en cursussen voor disciplineoverstijgende competenties. De specialistische opleidingen werden competentiegericht en de variatie in onderwijsvormen werd groter.

Opleidingen tot medisch specialist

De start in 2007 van het Opleidingsfonds, ingesteld door het ministerie van VWS ter financiering van de opleiding tot medisch specialist, is landelijk gepaard gegaan met veel kinderziektes. Binnen de Leidse OOR is veel arbeid verricht om goede afspraken te maken tussen de verschillende partners.

In de nieuwe eindtermen van de opleiding tot medisch specialist staat, naast de medisch inhoudelijke competenties ook een aantal niet-specialisatiegebonden onderwerpen aangegeven. Dat was aanleiding om een onderwijspakket te ontwikkelen

voor de AIOS (assistenten in opleiding tot medisch specialist). De zes cursussen voor disciplineoverstijgende competenties zijn opgezet in samenspraak met de OOR-partners. De cursussen gaan over communicatie, professionele attitude, klinische onderwijskunde, *evidence based medicine*, medische ethiek en management van de gezondheidszorg. Ze zijn evenwichtig verdeeld over de opleidingsperiode, zodat ze gemakkelijk in het opleidingsschema zijn in te voegen. De uitvoering is in handen van het bureau van de Boerhaave Commissie.

Het project *In Vivo* (Vaart in Vervolgopleidingen) voorziet in het realiseren van nieuwe opleidingsplannen voor de specialismen Verloskunde – Gynaecologie en Kindergeneeskunde. Dat gebeurt samen met de partners in de OOR. In mei 2007 werd voor dit project een onderwijskundige aangesteld die de opleiders en de opleidingsgroepen ondersteunt bij het invoeren van de nieuwe eisen in de onderwijsplannen. Die eisen hebben vooral betrekking op de transparantie van de opleidingen – waar, wat en hoe wordt geleerd – en de toetsing daarvan.

Specialistische Opleidingen

Ziekenhuizen in en buiten de regio maken gebruik van het veelzijdige aanbod van de afdeling Specialistische Opleidingen (SpOp), waaronder de driejarige initiële opleidingen voor operatieassistent, anesthesiemedewerker en – als enige in Nederland – voor klinisch perfusionist (de bediener van de hart-longmachines bij openhartoperaties). In de twaalf verpleegkundige (modulaire) vervolgoopleidingen hebben de studenten meer eigen verantwoordelijkheid gekregen voor hun leerproces. De opleidingscoördinator heeft daarbij de rol van coach. Contractonderwijs, het derde onderdeel van de Specialistische Opleidingen, sluit aan op de actuele ontwikkelingen binnen de zorg. Om de samenwerking in de zorgketen te ondersteunen, zijn drie nieuwe cursussen ontwikkeld: voor zorgassistenten, voor voedings- en huisartsassistenten en voor medewerkers op sterilisatiediensten.

4.2.5 Bij- en nascholing

Het is de taak van het bureau van de Boerhaave Commissie (BHC) om de expertise die binnen het LUMC aanwezig is en ontwikkeld wordt, beschikbaar te maken voor bij- en nascholing. Het bureau verzorgt postacademisch onderwijs, congressen, symposia en publieksdagen voor de gezondheids-

zorg en biomedische wetenschappen. In 2007 namen 13.087 mensen deel aan deze activiteiten. Van de betrokkenen die de bij- en nascholing verzorgden, is 45 procent werkzaam in het LUMC en 27 procent in andere UMC's.

De BHC richt zich op de disciplineoverstijgende onderdelen voor de artsen in opleiding tot medisch specialist en op de algemene en specifieke onderdelen van de bij- en nascholing. Daarnaast organiseert de commissie post-MBO en post-HBO cursussen.

Geaccrediteerde nascholing (incl. stralingscursussen)		
	2006	2007
Aantal activiteiten	58	66
Aantal cursisten*	7.351	5.570

* Exclusief AIOS en PhD-studenten.

Naast een groot aantal na- en bijscholingscursussen organiseert de BHC ook curriculair onderwijs, bijvoorbeeld voor Huisartsgeneeskunde, Kindergeneeskunde, Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Reumatologie en een cursus voor verpleegkundigen werkzaam bij de Interne Geneeskunde.

In 2007 is het bureau Boerhaave Commissie onderdeel geworden van het directoraat Onderwijs en Opleidingen. Voor de organisatie en ontwikkeling van een discipline overstijgend na- en bijscholingsaanbod levert dat met name voor AIOS- en PhD cursussen nieuwe activiteiten en kansen op.

De *distant learning*-omgeving (*e-learning*) is verder ontwikkeld en ook is er opnieuw een stijging in het ledental van het Boerhaavenet, het Internetplatform van de BHC, te zien (zie pag. 111).

4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

Het LUMC borgt de kwaliteit van de vijf kerntaken in een geïntegreerd kwaliteitssysteem. Het kwaliteitsbeleid berust op twee pijlers: het *Quality*-mandaat (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 op divisie- en directoraatsniveau. Jaarlijks wordt

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

Het LUMC heeft voor de patiëntenzorg twaalf kwaliteitssystemen (zie pag. 72). Dit zijn commissies die verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van LUMC-brede ketens. Zij geven adviezen op instellings-, divisie- of afdelingsniveau. De Meldingscommissie, de Klachtencommissie en de Commissie Medische Ethiek leggen verantwoording af aan de Raad van Bestuur over de resultaten van het gevoerde beleid en over het voorgenomen beleid. De overige commissies doen dat elke twee jaar aan de Lijncommissie Kwaliteit Patiëntenzorg.

4.3.1 Kwaliteit van onderzoek

Met het opstellen van de kwaliteitsnormen voor het mensgebonden (klinisch) wetenschappelijk onderzoek is in 2007 het project *Good Research Practice* (GRP) afgerond. Naar verwachting zal de Raad van Bestuur in 2008 de nieuw geformuleerde normen voor een verantwoorde onderzoekpraktijk vaststellen, waarna die worden ingevoerd. Het project is een jaar later afgesloten dan beoogd vanwege een zorgvuldige beoordeling en afweging van de normen door de divisies en afdelingen. In het verlengde van de GRP-normen voor klinisch wetenschappelijk onderzoek is in 2007 een start gemaakt met de ontwikkeling van kwaliteitsnormen voor de onderzoekslaboratoria.

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, ontwikkelde het LUMC in de afgelopen jaren het *Quality Assessment Medical Education*. Alle afdelingen hebben, op basis van de kwaliteitsnormen van QAME, een checklist ingevuld die gebruikt kan worden bij een audit.

In 2007 verscheen een beleidsvisie over professionalisering van docenten. Daarin wordt een indeling gemaakt in onderwijsrollen en kwalificatieniveaus die de basis gaan vormen voor toekomstige professionaliseringstrajecten. In 2008 wordt hiertoe een adviseur docentprofessionalisering aangesteld.

De Leidse opleidingen BW en GNK werden volgens de jaarlijkse Elsevier-enquête onder studenten uitstekend beoordeeld. BW kreeg, evenals in voorgaande jaren, de hoogste waardering. Geneeskunde steeg van

de vijfde naar een gedeelde tweede plaats. De goede resultaten hebben mede te maken met het in gebruik nemen van de nieuwe accommodatie.

4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten

De Kwaliteitswet Zorginstellingen bepaalt dat de patiëntenzorg verantwoord moet zijn, doelmatig, doeltreffend, veilig, patiëntgericht en afgestemd met andere zorgaanbieders. Het LUMC borgt die kwaliteit met behulp van de systematiek van het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ). In 2008 zal het LUMC voor de derde keer opgaan voor zijn accreditatiebewijs.

4.4.1 Kwaliteit van zorg

Naar aanleiding van het tevredenheidsonderzoek onder patiënten is in 2007 een training georganiseerd voor alle baliemedewerkers van de poliklinieken. Er werd geoefend in vaardigheden als klantgerichtheid en het omgaan met problemen tijdens contact met patiënten. Daarbij gaat het om actief luisteren, grenzen stellen, verbaal en non-verbaal communiceren en feedback geven en ontvangen.

Het LUMC vindt het belangrijk om zijn prestaties aan de buitenwereld te laten zien en te (laten) vergelijken met andere zorgaanbieders. Ook als het gaat om de behandeling van patiënten met complexe of zeldzame aandoeningen. Die vergelijking zou moeten gebeuren met indicatoren die overal op een zelfde manier en op basis van reproduceerbare en verantwoorde data tot stand komen. Daarom gaat het LUMC samen met andere UMC's en met de beroepsverenigingen verder met het formuleren van wetenschappelijk onderbouwde prestatie-indicatoren. Naast de door de overheid verplichte indicatoren, heeft het LUMC ook dit jaar een aantal eigen indicatoren aan dit jaarverslag toegevoegd (zie pag. 99 e.v.).

4.4.2 Klachten

Er zijn binnen het LUMC verschillende wegen waarlangs klachten van patiënten en anderen kunnen worden behandeld. Klachten op afdelingsniveau worden zo veel mogelijk door de afdelingen zelf behandeld. Deze directe aanpak blijkt in de praktijk meestal effectief. Ook is het mogelijk een klachtenbemiddelaar in te schakelen die in overleg met beide partijen probeert de vertrouwensrelatie te herstellen.

Een derde mogelijkheid is de behandeling door de Klachtencommissie van het LUMC. Deze commissie bepaalt of een klacht gegrond of ongegrond is. Het aantal klachten dat in 2007 is behandeld door de Klachtencommissie of via klachtenbemiddeling is sterk gedaald, terwijl het aantal schriftelijk afgehandelde klachten is gestegen (2006: 91; 2007: 147) (zie ook pag. 108).

De meeste klachten in 2007 gingen over de organisatie van zorg, de communicatie en het medisch handelen. Het LUMC is in 2007 zestien keer aansprakelijk gesteld. In 2006 gebeurde dat zeventien keer. De aanbevelingen die voortkomen uit de klachtenprocedures zijn verzameld en voorgelegd aan de Raad van Bestuur.

4.4.3 Toegankelijkheid

Een UMC is in eerste instantie een medisch-wetenschappelijk centrum voor topklinische of topreferente zorg. Patiënten die dergelijke zorg nodig hebben, krijgen daarom meestal voorrang. De wachttijden voor de behandeling van eenvoudige en veelvoorkomende aandoeningen zijn bij het LUMC vaak langer dan in algemene ziekenhuizen in de omgeving. Uiteraard krijgen patiënten die acuut medische zorg nodig hebben, die zorg direct.

Fysiek is het LUMC uitstekend te bereiken. Het bevindt zich op loopafstand van het treinstation Leiden Centraal. Alle streekbussen naar Leiden stoppen ook bij Leiden CS. Voor fietsers zijn er overdekte fietsenstallingen en in 2007 is begonnen met de bouw van een derde ondergrondse fietsenstalling. Hiermee is de totale capaciteit ondergronds 3.650 fietsen.

Informatie over de patiëntenzorg en over de organisatie is beschikbaar via patiëntenfolders en via de website www.lumc.nl. In 2007 is op alle niveaus van de organisatie hard gewerkt om de informatie op de website toegankelijker te maken. De vernieuwde site wordt in 2008 gelanceerd. Het blad *Cicero* – voor medewerkers en externe relaties – geeft op journalistieke wijze inzicht in de successen en discussies op de verschillende taakvelden. Verschillende afdelingen hebben (experimentele) websites om patiënten te informeren.

In opdracht van het ministerie van VWS is de NFU begonnen met een inventarisatie van alle topreferente zorg die de UMC's kunnen leveren. Die informatie

komt vanaf 2008 beschikbaar via een internetportal, waarop patiënten en verwijzers kunnen zoeken naar de meest geschikte plek voor specifieke topreferente zorg. De website kan ook vragen uit andere Europese landen beantwoorden over de aanwezigheid van expertisecentra in Nederland.

4.4.4 Veiligheid

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 NIAZ-kwaliteitssysteem. Verschillende kwaliteitssubsystemen dragen bij aan de veiligheid van de patiënten in het LUMC. Het bevorderen van die patiëntveiligheid berust op twee pijlers. De eerste is primaire preventie: het voorkomen van ongewenste uitkomsten door bij elk zorgproces de kwetsbare schakels aan te wijzen. De tweede peiler is de secundaire preventie. Dat houdt in dat geleerd wordt van alle ongewenste uitkomsten.

Op afdelingen waar de risico's relatief groot zijn, worden risicoanalyses uitgevoerd. Dat gebeurt achteraf, maar in toenemende mate ook vooraf. In de praktijk blijkt dat ook hieruit veel lessen zijn te trekken voor zowel de betreffende afdeling als voor de hele organisatie.

Het OK-centrum houdt sinds 2007 voorafgaand aan een operatie een gezamenlijke briefing. Door met het hele team de operatie vooraf te bespreken en eventuele complicaties in te schatten, neemt de kans op het maken van fouten af.

Met verschillende extra maatregelen wordt de veiligheid van ketens met inherente risico's geborgd. Zo is in 2007 een externe audit uitgevoerd van de Hartchirurgieketen en is een procesanalyse gemaakt van de Minimale Invasieve Chirurgieketen.

Centrale en decentrale meldingscommissies

Omdat de centrale meldingscommissie te veraf staat van de werkvloer, had het analyseren van de meldingen en het bedenken van verbeteringen niet altijd het gewenste resultaat. Daarom zijn in 2006 en 2007 dertig decentrale meldingscommissies geïnstalleerd. Zij behandelen de meldingen en stellen in overleg met de medewerkers verbeteringen voor. Het totaal aantal meldingen is door deze werkwijze flink gestegen (2006: 1.909; 2007: 4.396) (zie ook pag. 108). De centrale meldingscommissie richt zich vooral op de afdelingsoverstijgende meldingen en houdt

ELEKTRONISCH PATIËNTENDOSSIER

Rond het elektronisch patiëntendossier (EPD) is een intern netwerk gebouwd dat elk moment de beschikking geeft over patiëntinformatie. Het EPD maakt de afstemming tussen die hulpverleners eenvoudiger.

het overzicht over de afdelingsgebonden meldingen die periodiek aan hen worden gemeld. Uit de afdelingsgebonden en -overstijgende incidenten kunnen lessen worden geleerd die voor de hele organisatie van belang zijn. De Lijncommissie Kwaliteit Patiëntenzorg is – met divisievoorzitters en artsen – verantwoordelijk voor het toetsen en prioriteren van de verbetervoorstellen.

Geleerde lessen

In toenemende mate verloopt het contact tussen artsen en patiënten via e-mail. Net als bij een telefonisch consult, bijvoorbeeld ten aanzien van juist medicatiegebruik, is zorgvuldige communicatie essentieel. De KNMG richtlijn ‘Online arts-patiëntcontact’, die een nauwkeurige werkwijze beschrijft voor artsen, is verspreid onder artsen in het LUMC. Het protocol is ook beschikbaar op het intranet van het LUMC. Een andere les die in 2007 is ‘geleerd’ is dat er meer aandacht besteed moet worden aan de identificatie van patiënten die vervoerd worden binnen het LUMC. De procedure ‘Identificatie van patiënten tijdens vervoer’ is in 2007 verbeterd.

4.4.5 ICT

Bij alle primaire en ondersteunende processen binnen het LUMC is Informatie- en communicatietechnologie (ICT) een cruciale factor. Ook voor het ‘anders werken’ – met de route van de patiënt als leidraad – is ICT een onmisbare ondersteuning. De ICT-agenda wordt structureel besproken in de lijn. Er is daarom geen noodzaak tot een afzonderlijke ICT-stuurgroep. Wel zijn er afzonderlijke stuurgroepen voor het basis-EPD en voor de vervanging van het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS).

Veel aandacht is in 2007 besteed aan het stabiliseren en vereenvoudigen van de infrastructuur en de organisatie van ICT om de kwetsbaarheid bij storingen te verminderen. Het directoraat ICT gaat daarbij voortdurend uit van het omlaag brengen van de kosten van bestaande ICT-voorzieningen, om zo ruimte te creëren voor nieuwe ontwikkelingen. In 2007 gaf het LUMC ca. 18 miljoen euro uit aan ICT (3,3 procent van de totale exploitatie).

Het grootste deel van het ICT Werkplan 2004-2007 is inmiddels uitgevoerd. De volledige digitalisering van diagnostisch beeldmateriaal is afgerond met de ingebruikname van het *Picture Archiving and Communication System* (PACS) van Sectra. Verder

werd in 2007 gewerkt aan de uitrol van het softwareprogramma Clinical Assistant voor digitale foto's.

De aandacht zal zich ook in 2008 en 2009 vooral richten op systemen voor de patiëntenzorg. Het zorgwerkstation – gebaseerd op Mirador en Medicator, de module voor elektronisch voorschrijven van medicatie – is al een aantal jaren in alle klinieken en poliklinieken operationeel en moet nu worden uitgebouwd naar het 2e/3e generatie basis-EPD.

Het basis-EPD, waarover alle afdelingen eind 2009 moeten beschikken, maakt niet alleen de efficiënte toegang tot patiëntgegevens mogelijk, maar ook het bijhouden van de status. Daardoor bevordert het EPD papierloos werken. Zoveel mogelijk wordt gebruik gemaakt van commercieel verkrijgbare applicaties met zo weinig mogelijk eigenbouw en maatwerk. Naast dossiervorming zal procesondersteuning plaatsvinden met Ordermanagement V5. Ook zal de nieuwe versie Afspraken-V5 / UltrAgenda worden ingevoerd waarmee – op termijn – patiënten zelf afspraken kunnen plannen. Een aantal van deze ontwikkelingen is inmiddels al in het zorgwerkstation gerealiseerd en op een aantal afdelingen operationeel gemaakt. Bijvoorbeeld de elektronische overdracht en de mogelijkheid van beeldannotatie: het maken van aantekeningen in een scan of een ander digitaal beeld in het dossier.

De volledige invoering van Patbrief-GUI – waarmee (medische) brieven met MS Word via Mirador in het ZIS worden gezet – is zeer succesvol gebleken, met positieve effecten op doorlooptijd en benodigde menskracht. Ook worden deze brieven naar huisartsen vanaf begin 2007 voor het grootste deel digitaal, via Sleutelnet, verstuurd.

Het LUMC werkt samen met UMC Utrecht aan een strategie voor de vervanging van het inmiddels ruim dertig jaar oude ZIS van IBA Health. Dit bedrijf heeft in 2007 iSOFT (v/h Hiscom) overgenomen. Uitgangspunt in de studie is de visie op zorgprocessen in de toekomst en de rol die ICT daarbij speelt.

Het LUMC beschikt over een huisbreed Peoplesoft ERP (financieel/logistiek systeem). De factuurstroom crediteuren is inmiddels grotendeels gedigitaliseerd. De digitalisering van de personeelsdossiers en het toegankelijk maken via Peoplesoft HRM is in 2007 gereedgekomen.

ICT-ondersteuning externe netwerken

Het LUMC neemt deel aan het integreren van de verschillende systemen in de nationale en regionale ICT-infrastructuur. De invoering van een landelijke infrastructuur ten behoeve van de zorg (AORTA) loopt minder voortvarend dan eerder gedacht. Intussen is er wel behoefte aan ICT-ondersteuning van de regionale zorgketen. Voor berichtenverkeer met zorginstellingen en zelfstandige zorgverleners maakt het LUMC gebruik van Sleutelnet, het elektronische netwerk van verzekeraar, ziekenhuizen, huisartsen, laboratoria en fysiotherapeuten. Sleutelnet zal nog verder uitgebouwd worden.

Voor het netwerk van het Behandeladviescentrum Ouderengeneeskunde (BAC) werd een experimentele transmurale communicatiemodule ontwikkeld en operationeel gemaakt. De praktijk moet uitwijzen of dit model aan de verwachtingen voldoet en ingepast kan worden in de regionale architectuur.

4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

Maatschappelijke en economische ontwikkelingen, zoals een nieuwe (markt)positie voor de UMC's en de toenemende krapte op de arbeidsmarkt, vereisen een voordurende ontwikkeling en modernisering van het personeelsbeleid. Om de kerntaken op topniveau te blijven uitvoeren investeerde het directoraat Human Resource Management (HRM) ook in 2007 in het werven en behouden van goedgekwalificeerde, creatieve en enthousiaste medewerkers.

Creativiteit en enthousiasme waren in elk geval volop aanwezig aan het begin van het jaar, tijdens de viering van het tweede lustrum. LUMC'er Prof. Fred Falkenburg schreef speciaal voor die gelegenheid een musical, waarin een vijftigtal medewerkers onvermoede talenten aan collega's lieten zien. Het thema van de musical – onderzoek en zorg – bood volop ruimte om verschillende aspecten van het werk op humorvolle en kritische wijze voor het voetlicht te brengen. Het enthousiasme van zowel de spelers als de toeschouwers getuigde van een grote betrokkenheid.

4.5.1 Personeelsbeleid

Eind 2007 werkten 6.586 personen (5.454 fte) bij het LUMC. Iets meer dan een kwart is boven de vijftig jaar en 21 procent is jonger dan 30 jaar (zie tabel pag.

In dienst en uitstroom 2007	In dienst	
	2006	2007
Medisch Wetenschappelijk personeel	353	355
Arts-assistenten & Basisartsen	380	405
Wetenschappelijk onderzoek & onderwijs	456	474
Verpleging & Verzorging	932	967
Klinische (mede)behandeling	202	197
Klinische ondersteuning	353	369
Analytisch personeel	609	610
Staf, Administratie & Secretariaat	915	934
Personeel in Opleiding	228	292
Facilitair personeel (incl. ICT)	555	576
Management	176	170
Overige functies	97	105
Functiefamilie	5.256	5.454

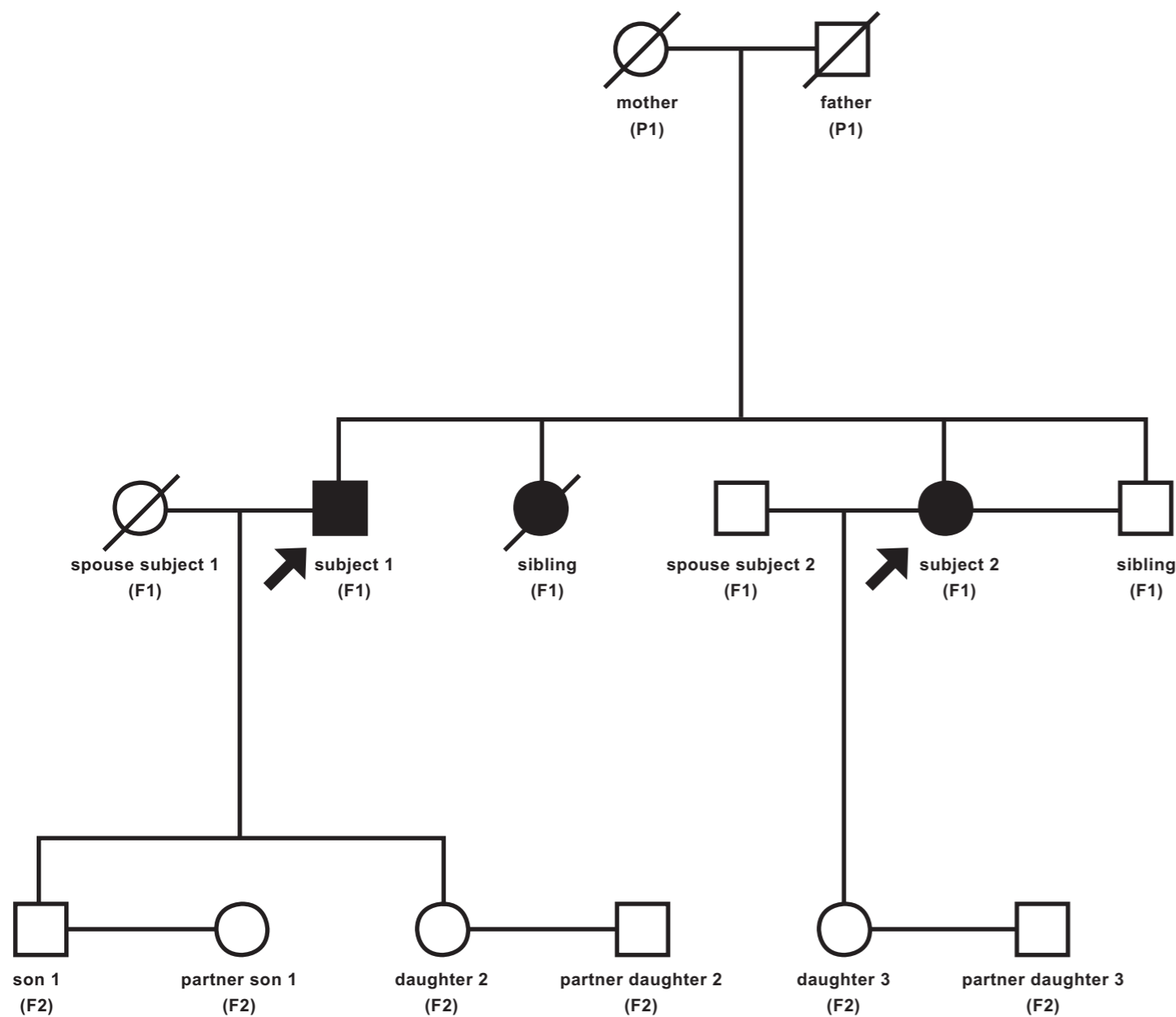
113). Bovenstaande tabel laat zien dat in 2007, in tegenstelling tot wat men vaak denkt in de zorg, het aantal managers in het LUMC is gedaald.

Het HRM-beleidsplan voor 2006 en 2007 werd in het afgelopen jaar voor het grootste deel uitgevoerd. Er was veel aandacht voor de kwaliteit van leiderschap en (functie)waardering.

Management

Een belangrijk onderdeel van het beleidsplan was het tot stand brengen van ‘volwassen arbeidsrelaties’ binnen alle geledingen van het LUMC. Zoals geformuleerd in het HRM-beleidsplan betekent een volwassen arbeidsrelatie dat werknemers zichzelf verantwoordelijk weten voor hun persoonlijke ontwikkeling, inzetbaarheid en gezondheid. Managers en leidinggevendenden steunen en stimuleren de medewerkers daarbij. Een ander fundament onder de arbeidsverhoudingen binnen het LUMC is de integriteitcode, waarvan betrouwbaarheid, openheid en betrokkenheid de sleutelwoorden zijn. In alle trainingen en workshops van de verschillende bedrijfsopleidingen is aandacht voor het belang van de volwassen arbeidsrelatie en voor de LUMC-integriteitcode.

Het streven naar (meer) eigen verantwoordelijkheid van medewerkers komt ook tot uiting in het experiment, binnen een van de divisies, met een andere procedure rond de ziekmelding. De automatische oproep door de bedrijfsarts komt hierbij

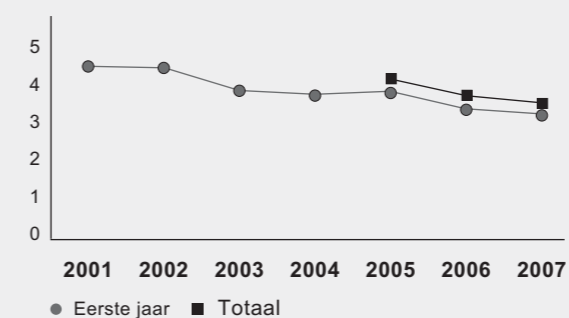


TOP INSTITUUT VOOR GEZOND OUDER WORDEN

Het Top Instituut voor Gezond Ouder Worden (TI-GO) is een netwerk van uiteenlopende disciplines die zich met ouderen bezighouden. Dankzij de korte lijnen tussen wetenschap, industrie en gezondheidszorg kunnen nieuwe inzichten en technologieën sneller een toepassing krijgen.

te vervallen. Er is alleen contact tussen de ziek gemelde werknemer en de bedrijfsarts als de medewerker zelf een afspraak maakt of als de leidinggevende daar een verzoek toe doet. Naast de formele Poortwachterprocedure speelt de attitude van leidinggevenden een belangrijke rol bij het beïnvloeden van de 'verzuimcultuur'. Sinds de introductie van het 'anders omgaan met verzuim' (in 2004) is een sterke afname te zien van ziekteverzuim. Sinds 2001 is binnen het LUMC een spectaculaire daling te zien van het aantal langdurig zieken (medewerkers, die langer dan 365 dagen ziek zijn). In 2008 komt de doelstelling van minder dan 10 langdurig zieken per 1.000 werknemers binnen bereik.

Verzuimpercentage



Tot 2006 werden verzuimcijfers berekend op basis van ziektegevallen korter dan 365 dagen. Dit is het verzuimpercentage 1e jaar. Sindsdien worden ook langduriger ziektegevallen meeberekend.

De LUMC-najaarsconferentie had het thema 'leiderschap' op de agenda. Uit het onderzoek naar de tevredenheid van medewerkers (eind 2006) werd duidelijk dat de 'sociale steun van leidinggevenden' minder hoog scoort dan wenselijk. Zowel het onderzoek als de conferentie onderstrepen het belang van deskundigheidsbevordering voor leidinggevenden. Het directoraat HRM startte daarvoor een programma dat in 2007 begon met een leergang voor het middenkader. Ook werd een eerste opzet gemaakt voor workshops voor hogere leidinggevenden, waaronder afdelingshoofden en hoogleraren.

Het in 2004 ingevoerde functiewaarderingssysteem FuwaVaz beschrijft de functies van ongeveer 95 procent van de medewerkers. In de afgelopen periode werd een carrièrelijn uitgezet voor wetenschappers. Er is een nieuwe functiereeks voor onderzoeks- en

onderwijsmedewerkers gemaakt en de directoraten HRM en Onderwijs en Opleidingen ontwikkelden een document 'docentkwalificatie' dat door de Raad van Bestuur werd vastgesteld. In 2007 is ook begonnen met een onderzoek naar de positie en de loopbaanwensen en -mogelijkheden van de research- en diagnostisch analisten binnen het LUMC.

Arbeidsmarkt

In 2007 was het nog goed mogelijk voldoende verpleegkundigen te werven. Onder gespecialiseerde functiegroepen zoals analisten en OK-assistenten vindt een vergrijzing plaats en dreigt een tekort aan nieuwe instroom. Het directoraat HRM ontwikkelde een planningsmodel waarmee de personele capaciteit van de verschillende disciplines kan worden ingeschat. Met dit model is het bijvoorbeeld mogelijk om toekomstscenario's te maken voor de opleidingscapaciteit van verpleegkundigen. Het totaal aantal vacatures dat in 2007 vrij kwam en weer werd vervuld, steeg in vergelijking met het jaar daarvoor van 394 naar 449.

Om een aantrekkelijke werkgever te blijven moet het LUMC bij de functiewaardering meer rekening gaan houden met de levensfase van de medewerkers. Dat was één van de conclusies van de najaarsconferentie. Ook andere UMC's streven naar zo'n levensfasegeoriënteerd personeelsbeleid en naar arbeidsverhoudingen vergelijkbaar met de volwassen arbeidsrelatie die het LUMC ambieert. Dat zou ook tot uiting moeten komen in de collectieve arbeidsovereenkomst voor UMC's. Uitbreiding en grotere differentiatie van de (secundaire) arbeidsvoorwaarden geven leidinggevenden de mogelijkheid voor belonen op maat.

4.5.2 Kwaliteit van het werk

Inzet en verzuim van medewerkers hangen nauw samen met goede arbeidsomstandigheden. In 2007 begon het LUMC een campagne om medewerkers bewuster te maken van de (sociale) veiligheid op de werkvloer. In aansluiting daarop verschijnt in 2008 een boekje met adviezen voor een veilige werkomgeving. Ook is, onder meer als reactie op maatschappelijke ontwikkelingen, binnen het LUMC steeds meer aandacht voor beveiliging. Dat geldt ook voor beveiliging tegen misbruik van gevaarlijke stoffen, micro-organismen en ioniserende straling.

In 2004 sloten de UMC's met de vakcentrales en het ministerie SZW een (vervolg)convenant voor de verbetering van de arbeidsomstandigheden. Dit nieuwe Arbo-Plus-Convenant is in 2007 afgerond en geëvalueerd. Het heeft tot veel positieve aandacht geleid voor veiligheid en gezondheid tijdens het werk. De NFU gaat samen met de vakcentrales een catalogus ontwikkelen met alle arbomaatregelen en -middelen voor de gehele branche.

Onderzoek naar tevredenheid

In de laatste maanden van 2006 is een schriftelijke enquête gehouden onder alle medewerkers. In 2007 zijn de uitkomsten daarvan teruggegeven aan leidinggevenden met de opdracht om, waar nodig, verbeterplannen te maken. Het LUMC-brede onderzoek geeft inzicht in een groot aantal aspecten van de werkomstandigheden en arbeidsrelaties. Maar het bleek niet eenvoudig daar op alle terreinen managementconclusies aan te verbinden. Om in het vervolg ook vergelijkingen met collega-UMC's mogelijk te maken, onderzoekt het directoraat HRM op welke manier een tevredenheidsonderzoek onder medewerkers kan worden geïntegreerd met andere beleidscycli.

Ongevallen

Het grootste deel van geregistreerde ongevallen en incidenten waar medewerkers bij zijn betrokken, zijn prikaccidenten. In 2007 registreerde het LUMC 204 prikaccidenten, een forse stijging ten opzichte van voorgaande jaren, die waarschijnlijk niet berust op een toename van het aantal accidenten, maar op een grotere meldingsbereidheid.

Bij 1 tot 2 procent van de prikaccidenten in 2007 was sprake van een positieve bron. Dit zijn de incidenten met een groot besmettingsgevaar voor de medewerker. Bij één prikaccident bleek de bron positief te zijn voor HIV en bij één positief voor hepatitis C. Bij één bleek de bron positief voor hepatitis B en

was het slachtoffer niet volledig gevaccineerd. In alle gevallen kon besmetting worden voorkomen.

In 2007 zijn 65 ongevallen gemeld bij de afdeling Veiligheid, Gezondheid en Milieu (VGM). De meeste via het elektronisch meldingsformulier op het intranet. Dit formulier is in 2007 geïntroduceerd door de afdeling Beveiliging en de afdeling VGM. Met name bij ongevallen waarbij het slachtoffer letsel heeft opgelopen, onderzoekt een veiligheidskundige de oorzaak (oorzaken). Bij een aantal ongevallen en incidenten werd besloten nader onderzoek in te stellen met behulp van de PRISMA-methode. Van de 65 in 2007 gerapporteerde meldingen zijn vijf incidenten nader geanalyseerd: ongeveer 8 procent. De rapportages werden besproken met de betrokken afdelingen en directoraten. Een deel van de aanbevelingen uit deze rapportages kon direct worden uitgevoerd, andere aanbevelingen zijn opgenomen in het plan van aanpak van de Risicoinventarisatie en -evaluatie van de betrokken afdeling of directoraat. Nieuw is de mogelijkheid om ook gevaarlijke situaties te melden. Daarvan werd in 2007 twee keer gebruik gemaakt.

Infectieziekten

Zoals in andere jaren besteedde het LUMC in 2007 veel aandacht aan de preventie van infectieziekten: tuberculose en hepatitis B. Daarnaast wordt al sinds 2004 veel aandacht besteed aan influenzapreventie en aan het voorbereiden op een eventuele influenzapandemie.

4.6 Samenleving

Maatschappelijke impact van onderzoek

Bij de keuze van onderzoeken wil het LUMC rekening houden met gezondheidsvragen uit de samenleving. In het rapport – 'Onderzoek dat ertoe doet' (september 2007) – constateert de Raad voor Gezondheidsonderzoek dat UMC's "over het algemeen voldoende voeling met de samenleving hebben om een evenwichtig en maatschappelijk relevant onderzoeksprogramma gaande te houden". Toch zou het volgens de raad goed zijn als UMC's de maatschappelijke impact van hun onderzoek beter zichtbaar maken.

Het meten daarvan, aan de hand van de citatiescore in wetenschappelijke tijdschriften, zegt te weinig over de uiteindelijke toepassing van de verworven kennis.

Daarom ontwikkelde het LUMC in 2007 – in samenwerking met het bedrijf Technopolis en subsidiegever ZonMw – een nieuwe methode om de maatschappelijke impact te meten. De komende twee jaar zal het LUMC de ontwikkelde methodologie verder aanpassen en verfijnen. Het hoopt daarmee zijn maatschappelijk gezicht in de toekomst op efficiënte wijze te kunnen presenteren. Het is een thema dat ook in ander landen aandacht krijgt, maar Nederland en in het bijzonder het LUMC loopt daarbij voorop.

Milieu

Binnen het LUMC wordt bewust omgegaan met milieurisico's. Voorschriften daaromtrent en voorwaarden voor milieuvergunningen worden consciëntieus nageleefd. Ook in 2007 is veel aandacht besteed aan verantwoord energiegebruik en beperking van afvalstromen. Meerdere subafdelingen binnen het Facilitair Bedrijf en het directoraat HRM (afdeling Veiligheid, Gezondheid en Milieu) werken daarbij samen.

Door wijzigingen in de wet inzake het Landelijk afvalplan (LAP Sector 10) is een relatief sterke toename te zien van het Infectieus Afval. De overige afvalstoffen laten – berekend per vierkante meter en rekening houdend met het in gebruik nemen van de nieuwe gebouwen 2 en 3 – een afname zien ten opzichte van 2006 (zie pag. 119).

Sinds 2006 participeert het LUMC in het project 'De verg(h)ulde Pil' van het ministerie van Verkeer en Waterstaat. In dat project wordt gezocht naar antwoorden op verschillende milieuvragen, zoals het aandeel in de emissie van geneesmiddelen naar het afvalwater en de mogelijkheden voor emissiereductie. In 2007 zijn gegevens daarover verzameld en is een bemonsteringsplan opgesteld voor het meten van geneesmiddelen in het afvalwater.

Dierexperimenteel onderzoek

Het LUMC neemt zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid ook ernstig waar het dierexperimenteel onderzoek betreft. In medisch wetenschappelijk onderzoek is het gebruik van proefdieren soms onvermijdelijk. Maar dat gebeurt pas nadat de Dierexperimentencommissie een beoordeling heeft gemaakt van de noodzakelijkheid en de mogelijkheid van vervanging, vermindering of verfijning van de experimenten. In 2007 bracht de commissie over 184 aanvragen advies uit. Het LUMC zoekt voortdurend naar manieren om het dierwelzijn zo min mogelijk te

benadelen. Dat uit zich ook in de verbetering van de huisvesting van de dieren.

In november brachten leden van de Tweede Kamer een werkbezoek aan het proefdiercentrum. De KNAW en de Stichting Informatie Dierproeven (SID) organiseerden dit werkbezoek naar aanleiding van de brief 'Beleidsvoornemens dierproeven' van de ministers van LNV en VWS aan de Tweede Kamer.

4.7 Financieel beleid

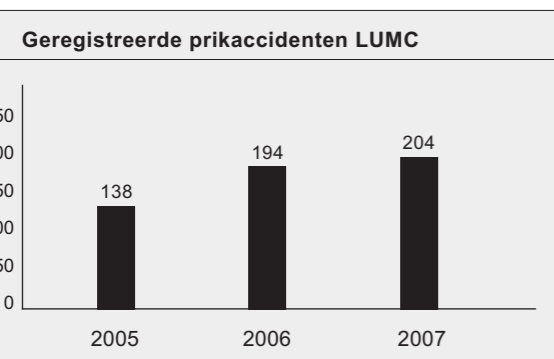
Het LUMC heeft geen winstoogmerk en streeft naar een bescheiden positief resultaat. Na het positief resultaat van 6,6 miljoen euro in 2006 werd in 2007 een negatief exploitatieresultaat geboekt: -2,3 miljoen euro op een totale omzet van 546 miljoen euro. Dit lijkt strijdig met de doelstelling.

Het verlies vindt zijn verklaring in gewijzigde rapportagevoorschriften voor Immateriële Vaste Activa. In februari 2008 heeft de Raad voor de Jaarverslaggeving, met terugwerkende kracht voor de jaarrekening 2007, een aantal wijzigingen ingevoerd, waardoor 12,6 miljoen euro – zogenoemde startkosten, samenhangende met de bouw in 1988-1996 – in één keer ten laste van het resultaat moeten worden gebracht.

Verder moet worden opgemerkt 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) Budget 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). Dit wordt onderscheiden van het niet-collectieve segment, ook wel 'wervend vermogen' genoemd. Dit is geld voor onderzoeksprojecten dat in competitie is verworven bij zowel overheid als particulieren (zie ook pag. 24, Subsidies).

Het verlies in het collectieve segment van 4,3 miljoen euro wordt verklaard door de afboeking van immateriële activa. In het niet-collectieve segment werd een positief resultaat van 2 miljoen euro genoteerd.



De winst van Medipark bedroeg 397.000 euro, de Trombosedienst noteerde een plus van 69.000 euro, en Curium eindigde met een positief resultaat van 193.000 euro, zodat het resultaat van de LUMC Groep (de geconsolideerde jaarrekening van het LUMC en de gelieerde instellingen) op -1,6 miljoen euro uitkwam.

Het financiële commentaar beperkt zich hier verder tot de enkelvoudige jaarrekening, dus tot het LUMC als zodanig. Bij de prestatie-indicatoren wordt een aantal financiële kengetallen van het LUMC tot 2007 vergeleken met de cijfers van de andere UMC's (eveneens niet-geconsolideerd, tot 2006). Het LUMC heeft in vergelijking met de andere UMC's lage inkomsten uit de patiëntenzorg, de Rijksbijdrage en de universitaire subsidie (het collectieve segment, de eerste geldstroom). Het niet-collectieve segment (het wervend vermogen) is daarentegen – met 11 procent van de totale baten – naar verhouding groot en in 2007 flink gestegen door de subsidie voor de 7 Tesla MRI.

Het Eigen Vermogen is licht gedaald maar adequaat (11 procent van het balanstotaal), het niveau van voorzieningen laag in vergelijking met de andere UMC's.

Ontwikkeling bedrijfsopbrengsten

Het WMG-budget steeg door toegenomen productie, conform strategische uitgangspunten, vooral door de toename van bijzondere medische verrichtingen (WBMV). De korting die VWS de ziekenhuizen in 2007 oplegde voor de overschrijding van het (macro) budgetplafond in 2005 en 2006, was al in de exploitatie 2006 verwerkt.

De omzet in het B-segment (vrije prijzen DBC's) was 4,6 miljoen euro, slechts 1,4 procent van de totale medische productie.

Per 1 januari 2007 is het landelijk Opleidingsfonds ingevoerd. De academische component van het WMG budget is hiervoor geschoond. De invoering is gepaard gegaan met veel onduidelijkheid over aantallen te bekostigen opleidingsplaatsen en verbetering van de landelijke planningsystematiek voor AIOS is gewenst.

De Rijksbijdrage voor de werkplaatsfunctie steeg licht. De universitaire subsidie nam eveneens toe en bedroeg 9 procent van de totale baten.

Het wervend vermogen bedroeg 58 miljoen euro in

2007, een toename van 7 miljoen euro ten opzichte van 2006.

Ontwikkeling bedrijfslasten

De belangrijkste kostencomponent wordt gevormd door de personeelslasten: deze stegen met 4 procent tot 323 miljoen euro. De personeelsbezetting steeg van 5.261 fte eind 2006 tot 5.454 fte eind 2007.

De overige bedrijfslasten zijn meer gestegen:

8 procent, exclusief de 'voorziening claim immateriële vaste activa'. Dit komt door hogere patiënt-gebonden kosten (duurdere geneesmiddelen, hulpmiddelen en implantaten) en hogere energiekosten. Toegevoegd aan de voorzieningen is een claim op de overheid voor de afboeking van immateriële activa ad 12,6 miljoen euro.

De post afschrijvingen is door de hoge investeringen in apparatuur en gebouwen in de laatste jaren flink gestegen. Door het hoge financieringsoverschot gaf het LUMC in 2007 minder aan rente uit dan in 2006.

Investerings

In het verslagjaar lag het totaal aan investeringen op 51,2 miljoen euro (exclusief de overboeking ad 10,2 miljoen euro van immateriële vaste activa naar materiële vaste activa). Lager dan in 2007, maar hoger dan het niveau van afschrijvingen (30,5 miljoen euro). Bouwinvesteringen bedroegen 27,1 miljoen euro, waarvan 24,4 miljoen euro ten laste van Dereguleringsmiddelen Academische Ziekenhuizen (DHAZ). Het DHAZ-budget van 24,4 miljoen euro voor 2007 werd daarmee volledig uitgeput. Eind 2007 resteerde er nog een bedrag van 19,9 miljoen euro aan trekkingsrechten.

In apparatuur is in 2007 24,1 miljoen euro geïnvesteerd. Het merendeel van deze investeringen behelst vervangingsinvesteringen. Vermeldenswaardige grote nieuwe investeringen zijn de MS-NMR ten behoeve van eiwitanalyses en de eerder genoemd 7 Tesla MRI. Medio 2007 is PACS in gebruik genomen, ten behoeve van de digitalisering van patiëntenbeelden. De implementatie van een aantal grote ICT-projecten is ten laste van de exploitatie gebracht.

Vermogenspositie

Het resultaat over 2007 ad -2,3 miljoen euro wordt aan het Eigen Vermogen onttrokken. Het Eigen Vermogen daalt daardoor tot 64,3 miljoen euro, waarvan een derde collectief gebonden vermogen en de rest niet-collectief gefinancierd vrij vermogen is.

Het Eigen Vermogen bedraagt 11,0 procent van het balanstotaal, tegen 10,9 procent eind 2006. Dit wordt momenteel adequaat geacht voor de semi-publieke sector.

Het weerstandsvermogen (Eigen Vermogen plus egalisatierekening afschrijvingen plus voorzieningen) was met 29,7 procent van de totale bedrijfsopbrengsten lager dan eind 2006 (32,4 procent).

Het werkkapitaal (vlottende activa minus kortlopende schulden, volgens de NZa-definitie) daalde met 16 miljoen euro. Op aanwijzing van de NZa werd 88,1 miljoen euro overfinanciering aan de zorgverzekeraars terugbetaald, waardoor het saldo liquide middelen minus bankkredieten daalde van 25 miljoen naar -42 miljoen euro.

Toekomstige ontwikkelingen

In 2007 heeft het kabinet de geleide liberalisering van de zorgmarkt behoedzaam voorbereid. De beoogde bekostiging (in plaats van alleen financiering) via DBC's per 1 januari 2008 werd met een jaar uitgesteld. De DBC-systematiek is nog verre van perfect en een vereenvoudigd stelsel is waarschijnlijk niet klaar voor 2009. De discussie spitst zich toe op de door de NZa ontwikkelde maatstafconcurrentie, waarbij de overheid per instelling een maximum voor het gemiddelde van de DBC prijzen vaststelt. Die maatstaf lijkt onberekenbaar.

Dit schept voor de UMC's grote onzekerheid over hun toekomstige bekostiging. In de nota 'Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving' 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 maatstafconcurrentie. In NFU-verband wordt hard gewerkt 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 voor de daarmee verbonden kapitaalslasten. Ook andere publieke bekostigingsbronnen zoals de WBMV en de Rijksbijdrage staan onder druk.

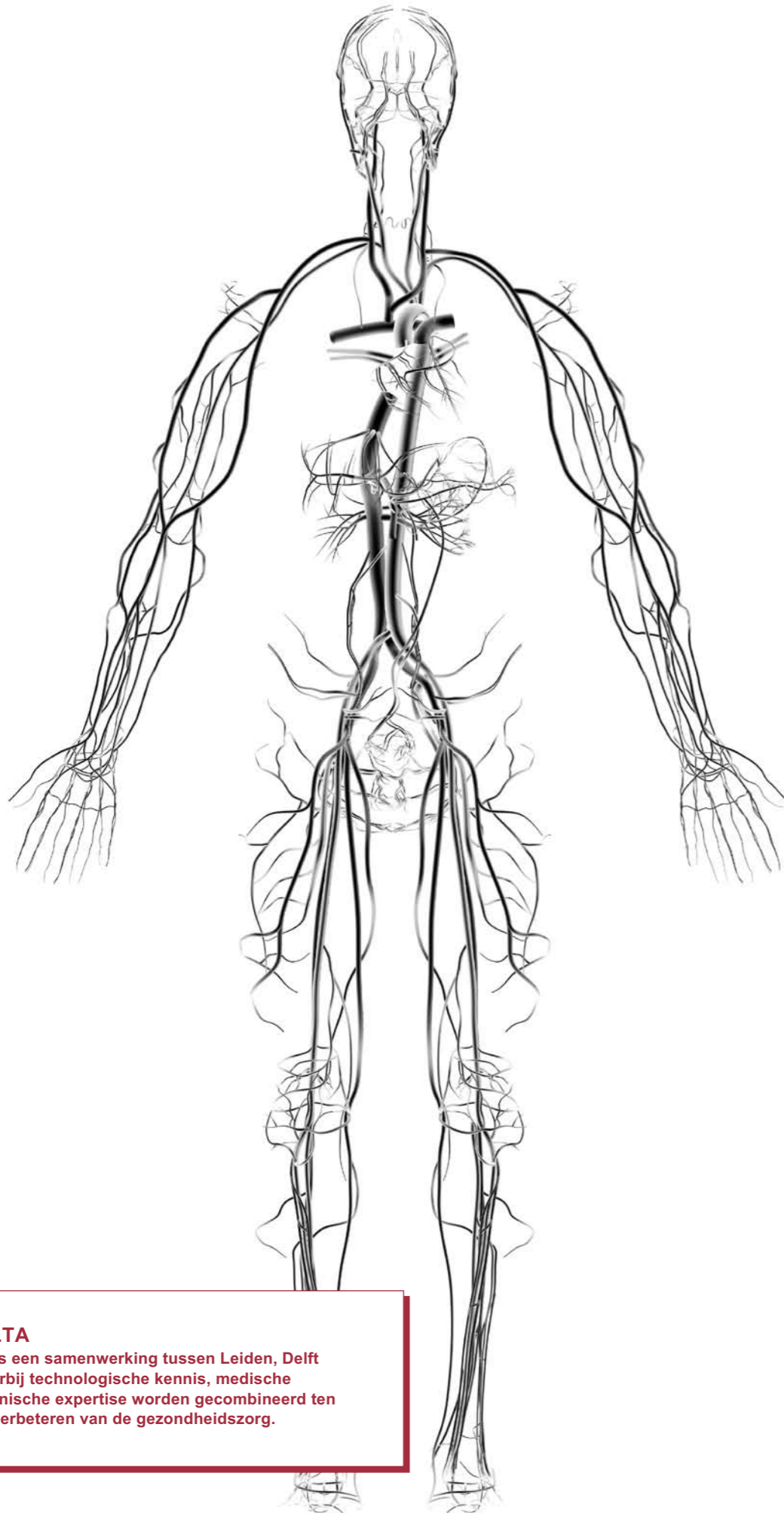
Voor het LUMC betekent dit een bezinning op de strategische uitgangspunten in een sterk veranderde omgeving. In 2007 is een ombuigingsprogramma

gepresenteerd, bestaande uit doelmatiger werken binnen afdelingen ('Anders werken'), uit het ontwerpen van zorgpaden over afdelingen heen en door het laten meewegen van economische overwegingen bij de uitbreiding van de medische productie. Dit programma moet een margeverbetering van 25 miljoen euro opleveren in 2010.

Ook het robuust stellen van posterioriteiten is nodig om de beperkte middelen blijvend in te kunnen zetten waar het meeste maatschappelijk en wetenschappelijk rendement is te verwachten.

Investerings in gebouwen en apparatuur die in de laatste jaren zijn gedaan, zullen deze strategie vergemakkelijken. Veel aandacht – niet zozeer in geld als wel in tijd – zal moeten uitgaan naar ICT, met als hoogste prioriteit de huisbrede uitbreiding naar het basis-EPD.

De lijnorganisatie zal de aanpassing aan de maatschappelijke eisen van doelmatigheid en productiviteit vergemakkelijken. Daardoor moet het mogelijk zijn de publieke taken overeind te houden.



MEDICAL DELTA

De Medical Delta is een samenwerking tussen Leiden, Delft en Rotterdam waarbij technologische kennis, medische wetenschap en klinische expertise worden gecombineerd ten behoeve van het verbeteren van de gezondheidszorg.

Personalia

Raad van Toezicht

mr. M. Tabaksblat, Wassenaar, voorzitter,
tot 01-11-2007
drs. G.A. Möller, Rotterdam, voorzitter,
vanaf 01-11-2007
mw. R.V.M. Jones-Bos MA, 's Gravenhage,
vanaf 01-07-2007
prof. dr. H.J. Jongma, Nederhemert-Zuid
mw. prof. dr. H. Maassen van den Brink,
Amsterdam*
drs. E.F. van Veen, Wassenaar*

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

* lid van de auditcommissie

Raad van Bestuur

prof. dr. F.C. Breedveld, Leiden, voorzitter
ir. H.M. le Clercq, Den Haag
prof. dr. E.C. Klasen, Leiden, decaan
dr. ir. P.C.J. Leijh, Leiden, vice-voorzitter

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

Directeuren

mw. dr. R.M.Y. Barge, directeur medische zaken
drs. T.F. Damen, directeur facilitair bedrijf
mw. drs. T.E.A.M. Doove, directeur HRM
R.C. de Gier RA, directeur financiën (tot 01-11)
mw. drs. O.I. Gort, directeur communicatie
mw. drs. L.E.W. van Groningen, directeur bouwzaken
mw. dr. H.L. Hoeksema, directeur strategisch beleid
(vanaf 01-11)
mr. H.J. Houtkooper, directeur bestuurlijk juridische
zaken
drs. R.D. Kukenheim, directeur onderzoek
mw. drs. J.E. Kuijken, directeur onderwijs en oplei-
dingen
ir. F.K. van Lambalgen, directeur ICT
mw. D.J. Peeters, directeur nascholing a.i.
(vanaf 01-10)
dr. C. Terleth, directeur nascholing (tot 01-10)

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. K.F.G. Rabe, voorzitter
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 (tot 01-09)
drs. L. de Beukelaar, manager bedrijfsvoering a.i.
(vanaf 01-09)
G. Regter, manager zorg

Bestuur Divisie 4

prof. dr. W.J.M. Spaan, voorzitter (tot 01-10)
prof. dr. W.E. Fibbe, voorzitter (vanaf 01-10)
mw. drs. G.E. de Blécourt, manager bedrijfsvoering
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 eerste-
lijns geneeskunde
prof. dr. P.C.M. van den Berg, intensive care (tot 01-09)
prof. dr. J.L. Bloem, radiologie
prof. dr. J.H. van Bockel, heelkunde
dr. F. Boer, OK-centrum
prof. dr. M.H. Breuning, klinische genetica
prof. dr. A.M. Deelder, parasitologie
prof. dr. R.A.E. Dion, thoraxchirurgie (tot 01-04)
prof. dr. J.T. van Dissel, infectieziekten

mw. I.E.C. van Everdinck-van der Pols, centrum eerste hulp
 prof. dr. W.E. Fibbe, immunologie en bloedtransfusie
 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 farmacologie en toxicologie
 dr. H.I.J. Harinck, intensive care a.i. (vanaf 01-09)
 dr. R.A. Holl, kindergeneeskunde
 prof. dr. D.W. Hommes, maag-, darm- en leverziekten
 prof. dr. J.C. van Houwelingen, medische statistiek en bio-informatica (tot 01-04)
 prof. dr. T.J.W. Huizinga, reumatologie
 prof. dr. H.H.H. Kanhai, verloskunde
 prof. dr. A.C.M. Kroes, medische microbiologie (vanaf 01-12)
 prof. dr. J.W. van Kleef, anesthesiologie
 prof. dr. G.P.M. Luyten, oogheelkunde
 prof. dr. L.H.F. Mullenders, toxicogenetica
 prof. dr. R.G.H.H. Nelissen, orthopedie
 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. F.R. Rosendaal, klinische epidemiologie (vanaf 01-10)
 prof. dr. W.J.M. Spaan, medische microbiologie (tot 01-10)
 prof. dr. T. Stijnen, medische statistiek en bio-informatica (vanaf 01-04)
 prof. dr. H.J. Tanke, moleculaire celbiologie
 prof. dr. R.T.W.M. Thomeer, neurochirurgie
 prof. dr. J.B.M.Z. Trimbos, gynaecologie
 prof. dr. R.R.J.M. Vermeiren, kinder- en jeugdpsychiatrie
 Drs. M.I.M. Versteegh, thoraxchirurgie a.i. (vanaf 01-04)
 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. M.J.G. van Ham, diëtetiek a.i. (vanaf 01-08)
 ds. A.J. Hammer, dienst geestelijke verzorging
 W. Mulder, dienst fysiotherapie en ergotherapie
 mw. D.J. Peeters, specialistische opleidingen (tot 01-10)
 mw. F.C. Schenk, dienst maatschappelijk werk en patiëntenservice

Ondernemingsraad

D.J. Burgman, voorzitter
 A.T. Brinks
 R. Fresco (tot 01-11)
 mw. E.M. Fukken
 dr. N.V. Henriquez (tot 15-09)
 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 (tot 01-04)
 E.B.I. de Vin
 mw. C. de Vogel
 dr. J. Wondergem (tot 01-05)

mw. A. Dijkstra, ambtelijk secretaris

Student assessor

Mw. B.E. Jorritsma (tot 01-09)
 Mw. F.A.R. Jansen (vanaf 01-09)

Studentenraad 2007-2008

mw. K. van Bergen
 H.H. de Boer
 mw. M. van Dongen
 mw. M. den Haan
 mw. A.H. van Houwelingen
 mw. B.E. Jorritsma
 mw. A.P. Lieveise

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 2007 van de LUMC-groep naar waarheid en in overeenstemming met de richtlijnen, zoals deze in 2007 van toepassing waren, is opgesteld. De jaarrekening 2007 is vastgesteld door de Raad van Bestuur in zijn vergadering van 26 maart 2008.

Leiden, 26 maart 2008

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

Goedkeuring jaarrekening

De door de Raad van Bestuur vastgestelde jaarrekening 2007 is goedgekeurd door de Raad van Toezicht van het AZL in zijn vergadering van 17 april 2008. De Raad heeft deze goedkeuring, in zijn rol als Raad van Toezicht van het LUMC, mede gebaseerd op de verklaring van het College van Bestuur van de Universiteit Leiden dat in het verslagjaar voldaan is aan de taken op het gebied van onderwijs en onderzoek.

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

Leiden, 17 april 2008

drs. G.A. Möller,
voorzitter Raad van Toezicht

Accountantsverklaring

Verklaring

Wij hebben het bijgaande jaarverslag van het Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden over 2007 gecontroleerd. Het jaarverslag is ontleend aan de door ons gecontroleerde jaarrekening 2007 van het Leids Universitair Medisch Centrum. Bij die jaarrekening hebben wij op 17 april 2008 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 17 april 2008 verstrekte goedkeurende accountantsverklaring.

Amsterdam, 17 april 2008

Ernst & Young Accountants



Jaarrekening 2007
(enkelvoudig)

BIOSCIENCE PARK LEIDEN

Sinds de start in 1984 is het Bioscience Park Leiden uitgegroeid tot het belangrijkste Life Science netwerk in Nederland en behoort het tot de top vijf van meest succesvolle wetenschapsparken in Europa.

Enkelvoudige balans per 31 december 2007

Activa (x € 1.000)		
	31-12-2007	31-12-2006
Vaste activa		
Immateriële vaste activa	0	32.753
Materiële vaste activa	466.782	435.911
Financiële vaste activa	10.375	2.927
Totaal vaste activa	477.157	471.591
Vlottende activa		
Voorraden	3.261	3.327
Onderhanden werk uit hoofde van DBC's	27.549	50.566
Vorderingen en overlopende activa	63.353	59.793
Liquide middelen	10.008	25.551
Totaal vlottende activa	104.171	139.237
Totaal activa	581.328	610.828

Passiva (x € 1.000)		
	31-12-2007	31-12-2006
Eigen vermogen		
Kapitaal	0	0
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	21.781	24.704
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	42.507	41.890
Totaal eigen vermogen	64.288	66.594
Egalisatierekening afschrijvingen	79.896	82.043
Voorzieningen	17.864	17.287
Langlopende schulden	196.207	207.096
Kortlopende schulden		
Schulden uit hoofde van financieringoverschot	57.595	120.585
Kortlopende schulden en overlopende passiva	165.478	117.223
Totaal Passiva	581.328	610.828

Enkelvoudige resultatenrekening

(x € 1.000)		
	2007	2006
Bedrijfsopbrengsten		
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	320.011	325.267
Subsidie opleidingsfonds	29.953	0
Rijksbijdrage	61.585	59.155
Universitaire subsidie	48.193	46.746
DBC opbrengsten B-segment	4.635	4.308
Niet-gebudgetteerde zorgprestaties	2.529	600
Overige bedrijfsopbrengsten	79.062	76.226
Som der bedrijfsopbrengsten	545.968	512.302
Bedrijfslasten		
Personeelskosten	323.278	310.663
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	28.719	22.469
Overige bedrijfskosten	189.751	163.797
Som der bedrijfslasten	541.748	496.929
Bedrijfsresultaat	4.220	15.373
Financiële baten en lasten	-6.526	-8.755
Resultaat uit gewone bedrijfsvoering	-2.306	6.618
Buitengewone baten en lasten	0	0
Resultaat boekjaar	-2.306	6.618

Enkelvoudige resultatenrekening *collectief gefinancierd*

(x € 1.000)		
	2007	2006
Bedrijfsopbrengsten		
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten en/of subsidie	320.011	325.267
Subsidie opleidingsfonds	29.953	0
Rijksbijdrage	61.585	59.155
Universitaire subsidie	48.193	46.218
DBC opbrengsten B-segment	4.635	4.308
Niet-gebudgeteerde zorgprestaties	2.529	589
Overige bedrijfsopbrengsten	21.176	26.167
Som der bedrijfsopbrengsten	488.082	461.704
Bedrijfslasten		
Personeelskosten	288.895	279.323
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	28.720	22.469
Overige bedrijfskosten	167.657	147.013
Som der bedrijfslasten	485.272	448.805
Bedrijfsresultaat	2.810	12.899
Financiële baten en lasten	-7.104	-9.319
Resultaat uit gewone bedrijfsvoering	-4.294	3.580

Enkelvoudige resultatenrekening *niet-collectief gefinancierd*

(x € 1.000)		
	2007	2006
Bedrijfsopbrengsten		
Overige bedrijfsopbrengsten	57.887	50.598
Som der bedrijfsopbrengsten	57.887	50.598
Bedrijfslasten		
Personeelskosten	34.383	31.340
Overige bedrijfskosten	22.094	16.784
Som der bedrijfslasten	56.477	48.124
Bedrijfsresultaat	1.410	2.474
Financiële baten en lasten	578	564
Resultaat uit gewone bedrijfsvoering	1.988	3.038
Buitengewone baten en lasten	0	0
Resultaat boekjaar	1.988	3.038

Enkelvoudig kasstroomoverzicht

(x € 1.000)		
	2007	2006
Kasstroom uit operationele activiteiten		
Bedrijfsresultaat	-2.306	6.618
Aanpassingen voor:		
– afschrijvingen	31.721	28.317
– mutaties egalisereserves	-2.147	-8.366
– mutaties voorzieningen	13.215	883
	42.789	20.834
Veranderingen in vlottende middelen:		
– voorraden	66	-297
– onderhanden werk DBC's	23.017	-7.912
– vorderingen	-2.431	34.193
– vorderingen/schulden uit hoofde van financieringstekort respectievelijk -overschot	-62.990	73.918
– kortlopende schulden (excl. schulden aan kredietinstellingen)	-3.618	11.223
	-45.956	111.125
Totaal kasstroom uit operationele activiteiten	-5.473	138.577
Kasstroom uit investeringsactiviteiten		
(Des)investeringen materiële vaste activa	-51.163	-78.317
(Des)investeringen immateriële vaste activa	0	0
Mutatie leningen u/g	6	0
Overige investeringen in financiële vaste activa	103	20.154
Totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten	-51.054	-58.163
Kasstroom uit financieringsactiviteiten		
Nieuw opgenomen leningen	0	0
Aflossing langlopende schulden	-10.889	-27.159
Totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten	-10.889	-27.159
Mutatie geldmiddelen	-67.416	53.255

Toelichting op de enkelvoudige balans

Immateriële vaste activa (x € 1.000)		
	2007	2006
Startkosten	0	18.112
Sloopkosten	0	14.641
Totaal immateriële vaste activa	0	32.753

De startkosten betreffen grotendeels kosten die samenhangen met de ingebruikname van Gebouw 1 in de periode 1988-1996. De sloopkosten betreffen de kosten gemaakt voor de sloop van de ziekenhuispaviljoens in 1984-1992 en het vervolgens bouwrijp maken van de grond.

In verband met het per 1 januari 2008 vervallen van het bouwregime en het per 1 januari 2009 vervallen van een integrale vergoeding voor afschrijvingskosten van vaste activa via het budget WMG is het LUMC volgens de regels van de jaarverslaggeving verplicht de gehele boekwaarde immateriële vaste activa ultimo 2007 naar nihil af te waarderen.

De boekwaarde van de sloopkosten is:

- voor € 0,5 miljoen overgeboekt naar de vorderingen op korte termijn (vergoeding 2008)
- voor € 10,2 miljoen overgeboekt naar de materiële vaste activa, onderdeel grond (WMG-aandeel boekwaarde ultimo 2008)
- voor € 3,4 miljoen overgeboekt naar de financiële vaste activa (OCW-aandeel boekwaarde ultimo 2008)

De boekwaarde van de startkosten is:

- voor € 0,6 miljoen overgeboekt naar de vorderingen op korte termijn (vergoeding 2008)
- voor € 16,9 miljoen overgeboekt naar de financiële vaste activa (boekwaarde ultimo 2008). Voor € 4,3 miljoen betreft dit een vordering op het Ministerie van OCW en voor € 12,6 miljoen betreft dit een vordering op de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) of op het Ministerie van VWS of op het Ministerie van OCW (nader te bepalen). Het LUMC is van mening dat het gecompenseerd dient te worden voor het wegvallen van de vergoeding voor afschrijving en rente immateriële vaste activa.

Materiële vaste activa (x € 1.000)		
	2007	2006
Grond	16.235	6.016
Terreinvoorzieningen	1.420	1.577
Gebouwen	254.144	259.174
Kleine werken	15.281	16.682
Verbouwingen	45.757	26.470
Installaties	31.945	32.098
Onderhanden projecten	14.531	15.962
Interim voorzieningen	15	22
Inventaris	82.424	75.194
Vervoermiddelen	16	21
Automatisering	5.014	2.695
Totaal materiële vaste activa	466.782	435.911

De toename van de post grond ad € 10,2 miljoen is het gevolg van een overboeking van een deel van de immateriële vaste activa (zie toelichting immateriële vaste activa).

Toelichting op de enkelvoudige balans

Financiële vaste activa (x € 1.000)		
	2007	2006
Vordering start- en sloopkosten	20.257	0
Voorziening vordering start- en sloopkosten	-12.638	0
Vaste activa buiten gebruik	0	169
Vorderingen groepsmaatschappijen	2.287	2.287
Deelnemingen	254	250
Overige vorderingen	215	221
Totaal financiële vaste activa	10.375	2.927

Vordering start- en sloopkosten

Dit betreft een vordering betreffende start- en sloopkosten die in verband met het per 1 januari 2008 vervallen van het bouwregime en het per 1 januari 2009 vervallen van een integrale vergoeding voor de werkelijke afschrijvingskosten van vaste activa (WMG-deel) per ultimo 2008 niet meer onder de immateriële vaste activa kunnen worden gerubriceerd. Gezien de bestaande onzekerheid rond de financiering van de zorg is het LUMC genoodzaakt het WMG-deel van de vordering onder protest te voorzien. Het LUMC is van mening dat de gehele vordering ad € 20,3 miljoen door of het Ministerie van OCW, of het Ministerie van VWS of de Nederlandse Zorgautoriteit moet worden betaald.

Deelnemingen

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. bedraagt ultimo 2007 € 250.000. In 2007 heeft ten behoeve van de oprichting van Sleutelnet B.V. een kapitaalstorting plaatsgevonden. De deelneming van het LUMC in Sleutelnet B.V. bedraagt ultimo 2007 € 3.600.

Toelichting op de enkelvoudige balans

Onderhanden werk uit hoofde van DBC's (x € 1.000)		
	2007	2006
Onderhanden werk DBC's A-segment	66.603	89.930
Onderhanden werk DBC's B-segment	2.256	1.946
Af: ontvangen voorschotten	41.310	41.310
Totaal onderhanden werk	27.549	50.566

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. Onder de waarderingsgrondslagen is de wijze van waardering nader beschreven.

Vorderingen en overlopende activa (x € 1.000)		
	2007	2006
Vorderingen op debiteuren	35.730	29.090
Vorderingen op groepsmaatschappijen	337	151
Overige vorderingen	25.949	28.469
Vooruitbetaalde bedragen	6	1.436
Nog te ontvangen bedragen	1.331	647
Totaal vorderingen en overlopende activa	63.353	59.793

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

Onder de overige vorderingen is tevens opgenomen een vordering inzake de Academische component, deze vordering maakte tot en met 2006 deel uit van het nog in tarieven te verrekenen financieringsverschil.

Op de vorderingen op debiteuren is de voorziening dubieuze debiteuren van € 1,8 miljoen (2006: € 1,8 miljoen) in mindering gebracht.

Toelichting op de enkelvoudige balans

Voorzieningen (x € 1.000)				
	Stand per 01-01-2007	Dotatie	Onttrek- kingen	Stand per 31-12-2007
Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen	500	1.018	518	1.000
Werkloosheidsuitkeringen	1.600	1.416	1.416	1.600
Seniorenregeling	5.751	652	2.324	4.079
Jubileumuitkeringen	1.100	1.402	202	2.300
Groot onderhoud	7.655	4.319	3.089	8.885
Overige	681	0	681	0
Totaal voorzieningen	17.287	8.807	8.230	17.864

De voorziening arbeidsongeschiktheidsuitkeringen is bepaald door sommatie van de individuele rechten van de betrokken medewerkers.

De voorziening werkloosheidsuitkeringen is bepaald door sommatie van de individuele rechten van de betrokken medewerkers, waarbij rekening is gehouden met de kans dat betrokkenen na verloop van tijd elders werk zullen vinden.

De voorziening seniorenregeling is bepaald door sommatie van de individuele rechten van de betrokken medewerkers.

De voorziening jubileumuitkeringen is bepaald door sommatie van de individuele rechten van de betrokken medewerkers.

De omvang van de voorziening groot onderhoud is gebaseerd op de meerjarenonderhoudsbegroting. In 2007 heeft een actualisatie plaatsgevonden.

Toelichting op de enkelvoudige balans

Langlopende schulden (x € 1.000)		
	2007	2006
Schulden aan kredietinstellingen	191.820	202.709
Overige langlopende schulden	4.387	4.387
Totaal langlopende schulden	196.207	207.096
Het aflossingsbedrag voor 2008 ad € 10.889.000 (2007: € 10.890.000) 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).		

Kortlopende schulden en overlopende passiva (x € 1.000)		
	2007	2006
Schulden aan kredietinstellingen	51.873	0
Crediteuren	17.811	16.791
Aflossingsverplichtingen langlopende leningen	10.889	10.890
Belastingen en sociale premies	11.499	10.810
Schulden terzake pensioenen	4.124	3.915
Schulden aan groepsmaatschappijen	8	1.979
Vakantiegeld	9.858	9.415
Vakantiedagen	14.850	13.500
Overige schulden	0	0
Nog te betalen kosten	12.185	15.504
Vooruitontvangen opbrengsten	32.381	34.419
Totaal kortlopende schulden en overlopende passiva	165.478	117.223
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. Ultimo 2007 heeft het LUMC een niet benutte kredietfaciliteit van € 78 miljoen.		

Toelichting op de enkelvoudige balans

Verantwoording DHAZ-middelen (x € 1.000)			
	OC en W	VWS	Totaal
Toegekende middelen 2007	6.088	18.264	24.352
Saldo oude jaren	4.705	14.873	19.578
Indexering oude jaren over VWS-deel		446	446
Totaal DHAZ middelen	10.793	33.583	44.376
Bestedingen 2007			
DHAZ-nieuwbouw	313	937	1.250
DHAZ-renovaties	933	2.797	3.730
DHAZ-kleine werken	1.903	5.709	7.612
DHAZ-lange termijn onderhoud	2.077	6.232	8.309
DHAZ-onderhanden werk*	867	2.601	3.468
DHAZ-huur	23	67	90
Totaal DHAZ-bestedingen	6.116	18.343	24.459
Saldo DHAZ-middelen ultimo 2007	4.677	15.240	19.917
* Het onderhanden werk heeft betrekking op lopende projecten. Bij afronding van deze projecten wordt het bestede bedrag onder de relevante rubriek verantwoord.			

Niet uit de balans blijvende verplichtingen

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. In 2008 is besloten een langlopende lening af te sluiten op basis van de collar.

Pensioenregeling

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

Aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht is een bijdrage toegezegd, die met ingang van 2007 over een periode van vijf jaar wordt betaald, ter dekking van researchkosten voor een gezamenlijk onderzoeksproject (Vista). Ultimo 2007 resteert nog een toezegging van € 3,9 miljoen.

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

Toelichting op de enkelvoudige resultatenrekening

DBC opbrengsten B-segment (x € 1.000)		
	2007	2006
DBC opbrengsten B-segment	4.800	4.603
Mutatie onderhanden werk DBC B-segment	310	165
Overboeking kapitaalslasten naar A-segment	-475	-460
Totaal	4.635	4.308

Niet-gebudgetteerde zorgprestaties (x € 1.000)		
	2007	2006
Zorgprestaties tussen instellingen	2.529	600
Totaal	2.529	600

Overige bedrijfsopbrengsten (x € 1.000)		
	2007	2006
Diensten en verrichtingen voor derden	16.394	25.407
Onderwijs en onderzoek	62.668	50.819
Totaal	79.062	76.226

Personeelskosten (x € 1.000)		
	2007	2006
Lonen en salarissen	248.566	234.804
Sociale lasten	17.524	18.455
Pensioenpremie	32.805	31.024
Andere personeelskosten	11.447	13.746
Sub-totaal	310.342	298.029
Personeel niet in loondienst	12.936	12.634
Totaal personeelskosten	323.278	310.663
Specificatie gemiddeld aantal personeelsleden (in FTE's) per segment:		
Collectief gefinancierd	4.811	4.684
Niet-collectief gefinancierd	566	498
Gemiddeld aantal personeelsleden op basis van full-time eenheden	5.377	5.182

Overige bedrijfskosten (x € 1.000)		
	2007	2006
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	15.253	15.253
Algemene kosten	36.250	32.326
Patiënt- en onderzoeksgebonden kosten	101.976	94.614
Onderhoud en energiekosten	14.813	11.951
Huur en leasing	1.817	3.608
Dotaties en vrijval voorzieningen	19.642	6.045
Totaal bedrijfskosten	189.751	163.797

Bezoldiging leden Raad van Bestuur LUMC 2007				
Naam	prof. dr. F.C. Breedveld	ir. H.M. le Clercq	prof. dr. E.C. Klasen	dr. ir. P.C.J. Leijh
Vanaf welke datum is de persoon als bestuurder werkzaam in uw organisatie?	01-09-2006	16-09-2002	01-01-2003	01-10-1993
Maakt de persoon op dit moment nog steeds deel uit van het bestuur?	Ja	Ja	Ja	Ja
Zo nee: tot welke datum was de persoon als bestuurder werkzaam in uw organisatie?	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Is de persoon in het verslagjaar voorzitter van het bestuur geweest?	Ja	Nee	Nee	Nee
Zo ja: hoeveel maanden is de persoon voorzitter geweest in het verslagjaar?	12	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Wat is de aard van de arbeidsovereenkomst?*	5	5	5	5
Welke salarisregeling is toegepast?*	6	6	6	6
Wat is de deeltijdfactor	1	1	1	1
Bruto-inkomen, incl. vakantiegeld, eindejaarsuitkering en andere vaste toelagen	233.657	205.571	205.571	205.571
Waarvan: verkoop verlofuren	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
Waarvan: nabetalingen voorgaande jaren	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
Bruto-onkostenvergoeding	16.754	13.584	16.754	16.754
Werkgeversbijdrage sociale lasten	7.136	7.136	7.136	7.136
Werkgeversbijdrage pensioen, VUT, FPU	34.148	29.996	29.996	29.996
Ontslagvergoeding	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Bonussen	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Totaal inkomen	291.695	256.287	259.457	259.457
Cataloguswaarde auto van de zaak	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Eigen bijdrage auto van de zaak	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
* 1 = Arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd		** 1 = Huidige NVTZ-regeling		
2 = Arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd		2 = Huidige NVZD- of VDZ-regeling		
3 = Interne waarnemer bestuursfunctie		3 = Oude NVZD-regeling		
4 = Extern ingehuurd, dus geen dienstverband		4 = AMS-regeling		
5 = Aanstelling voor onbepaalde tijd		5 = CAO		
		6 = Vastgesteld door de Raad van Toezicht		

Bezoldiging leden Raad van Toezicht LUMC 2007				
Naam		Functie	Bezoldiging	Belastbaar loon
mr. M. Tabaksblat, voorzitter	tot 01-11-2007	Toezichthouder	12.885	12.885
drs. G.A. Möller, voorzitter	vanaf 01-11-2007	Toezichthouder	2.577	0*
mw. R.V.M. Jones-Bos MA	vanaf 01-07-2007	Toezichthouder	3.866	0*
prof.dr. H.J. Jongsma	vanaf 01-08-2002	Toezichthouder	7.732	7.732
mw. prof.dr. Maassen van den Brink	vanaf 01-02-2004	Toezichthouder	7.732	7.732
drs. E.F. van Veen	vanaf 01-07-2000	Toezichthouder	7.732	7.732
* Uitbetaald in 2008				
Betreffende nevenfuncties van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht wordt verwezen naar de toelichting bij het jaarverslag.				

Relevante (neven)functies leden Raad van Bestuur LUMC (in 2007)**Prof.dr. F.C. Breedveld**

- Voorzitter Stichting Curium
- Voorzitter Stichting Trombosedienst
- Voorzitter Stichting Houdster van Aandelen Medipark B.V.
- Lid Bestuur Stichting Leiden Life meets Science
- Lid Raad van Toezicht Leiden-Amsterdam Centre for Drug Research (LACDR)
- Lid Algemeen Bestuur Leids Universiteits Fonds
- Lid Bestuur Stichting Bontius
- President of the European League against Rheumatism

Ir. H.M. le Clercq

- Penningmeester Stichting Curium
- Penningmeester Stichting Trombosedienst
- Lid Raad van Commissarissen Sleutelnet B.V.
- Lid Raad van Toezicht Stichting BioPartner Academisch Bedrijvencentrum Leiden
- Lid Raad van Commissarissen Leiden/ Leeuwenhoek Pre-seed Fund B.V.
- Member Supervisory Board TI-Pharma
- Member Supervisory Board BMM (BioMedical Materials Program)
- Lid Stuurgroep Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording
- Penningmeester Stichting Erfocentrum

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)
- Voorzitter 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 Raad van Toezicht Diabetes Fonds Nederland
- Lid Commissie Onderzoek Duurzame Energie
- Lid Wetenschappelijke Adviesraad Tentoonstellingen Naturalis

Dr. ir. P.C.J. Leijh

- 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 2007)**Mr. M. Tabaksblat**

- Voorzitter Raad van Toezicht Universiteit Leiden
- Voorzitter War Trauma Foundation
- Vice-voorzitter European Cultural Foundation
- Lid Bestuur Prins Claus Fonds
- Councillor for life USA Conference Board
- Voorzitter Raad van Toezicht Hague Institute for the Internationalisation of Law (Hiil)

Drs. G.A. Möller

- Chief Executive Officer Robeco
- Lid van Bestuur Ubbo Emmius Fonds, Groningen
- Lid Investment Committee Egeria II te Amsterdam
- Lid van de Raad van Toezicht van Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong te Halsteren

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.
- Lid Raad van Commissarissen van Docdata N.V.
- Lid Raad van Commissarissen van Nabuurs Groep Haps

Prof.dr. H.J. Jongsma

Geen

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

- Hoogleraar Algemene Economie, Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Economische Wetenschappen en Econometrie
- Lid Onderwijsraad
- Penningmeester Bestuur SEO Economisch Onderzoek
- Lid Raad van Toezicht Rijksacademie voor Beeldende Kunsten, Amsterdam
- Lid Bestuur RVU en EDUCOM

Mw. R.V.M. Jones-Bos MA

- Directeur-Generaal Regiobeleid en Consulaire zaken, Ministerie van Buitenlandse Zaken
- Lid Maatschappelijke Adviesraad, Universiteit van Tilburg
- Lid Algemeen Bestuur, Nederlands Genootschap voor Internationale Zaken (NGIZ)

Termijnen Raad van Toezicht*benoemingstermijn is 4 jaar***Mr. M. Tabaksblat**, Wassenaar, voorzitter, *vanaf 1-2-1997 (3e termijn) (tot 1-11)***Drs. G.A. Möller**, Rotterdam, voorzitter, *vanaf 1-11-2007 (1e termijn)***Mw. R.V.M. Jones-Bos MA**, Den Haag, *vanaf 1-7-2007 (1e termijn)***Prof. dr. H.J. Jongsma**, Nederhemert-Zuid, *vanaf 1-8-2002 (2e termijn)***Mw. prof. dr. H. Maassen van den Brink**, Amsterdam, lid auditcommissie, *vanaf 1-2-2004 (1e termijn)***Drs. E.F. van Veen**, Wassenaar, voorzitter auditcommissie, *vanaf 1-7-2000 (2e termijn)*

Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (Wopt)								
De bezoldiging van de functionarissen die in het kader van de Wopt verantwoording plaatsvinden zijn als volgt:								
Functie / functies	Duur dienstverband		Belastbaar loon (in euro)		Voorzieningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn (in euro)		Uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband (in euro)	
	In dienst vanaf	In dienst tot	2007	2006	2007	2006	2007	2006
Academisch medisch specialist	01-04-2001		160.033	153.943	25.744	38.393		
Academisch medisch specialist	01-04-2001		150.841	144.612	23.979	22.843		
Academisch medisch specialist	01-05-1991		147.306	141.459	23.776	20.424		
Academisch medisch specialist	01-01-1990		152.747	148.270	24.338	21.458		
Academisch medisch specialist	01-04-2001		164.090	158.711	25.954	38.698		
Raad van Bestuur	16-10-1988	01-03-2007	281.536	218.729	34.744	52.746		
Academisch medisch specialist	01-10-1987		159.667	130.787	21.750	20.718		
Academisch medisch specialist	01-01-1993		162.340	157.549	25.875	38.692		
Academisch medisch specialist	01-04-2001		177.630	172.398	28.526	42.602		
Academisch medisch specialist	01-04-2001		147.381	142.154	23.096	22.005		
Academisch medisch specialist	01-08-1991		187.708	179.728	30.303	45.131		
Academisch medisch specialist	01-04-2001		152.043	146.573	23.979	22.843		
Academisch medisch specialist	01-04-2001		167.955	143.119	23.795	22.826		
Academisch medisch specialist	01-04-2001		190.352	144.675	23.979	22.843		
Academisch medisch specialist	01-09-1992		148.762	144.378	23.509	21.458		
Academisch medisch specialist	01-04-2001		152.544	147.302	23.979	35.780		
Academisch medisch specialist	01-04-1988		154.842	147.127	23.979	35.750		
Academisch medisch specialist	01-04-2001		161.668	155.977	25.744	38.393		
Academisch medisch specialist	01-04-2001		185.900	180.345	30.408	45.562		
Academisch medisch specialist	01-04-2001		160.292	154.547	25.744	38.393		
Academisch medisch specialist	01-04-2001		158.997	153.005	25.096	37.499		
Academisch medisch specialist	01-04-2001		146.437	140.925	23.096	22.005		
Academisch medisch specialist	01-04-2001		152.212	146.528	23.979	22.843		
Raad van Bestuur	01-04-2001		235.152	178.605	35.110	37.410		
Academisch medisch specialist	01-03-1989		166.573	167.538	26.823	37.821		
Academisch medisch specialist	01-09-2003		146.490	163.982	27.093	35.774		
Academisch medisch specialist	01-01-2007		163.321		26.627			
Academisch medisch specialist	01-04-2001		158.627	146.473	23.979	22.843		
Academisch medisch specialist	01-04-2001		156.223	150.552	24.782	37.616		
Academisch medisch specialist	01-04-2001		162.032	157.084	25.761	38.393		
Raad van Bestuur	01-10-1993		205.959	197.964	30.836	45.931		
Academisch medisch specialist	01-04-1994	01-08-2007	208.501	170.347	28.048	42.027		
Academisch medisch specialist	01-06-1997		153.007	149.186	23.139	20.019		
Academisch medisch specialist	03-06-1994		186.005	146.856	25.744	38.393		
Raad van Bestuur	16-09-2002		181.404	173.899	30.836	45.931		
Academisch medisch specialist	01-04-2001		154.277	150.247	24.154	36.103		
Raad van Bestuur	01-01-2003		207.178	199.310	30.836	45.931		
Academisch medisch specialist	01-05-2004		160.169	146.483	24.416	22.471		
Academisch medisch specialist	01-02-2004		173.713	168.422	27.801	40.210		
Academisch medisch specialist	01-05-2006		156.017	138.629	24.858	22.395		

*Jaarrekening 2007
(geconsolideerd)*

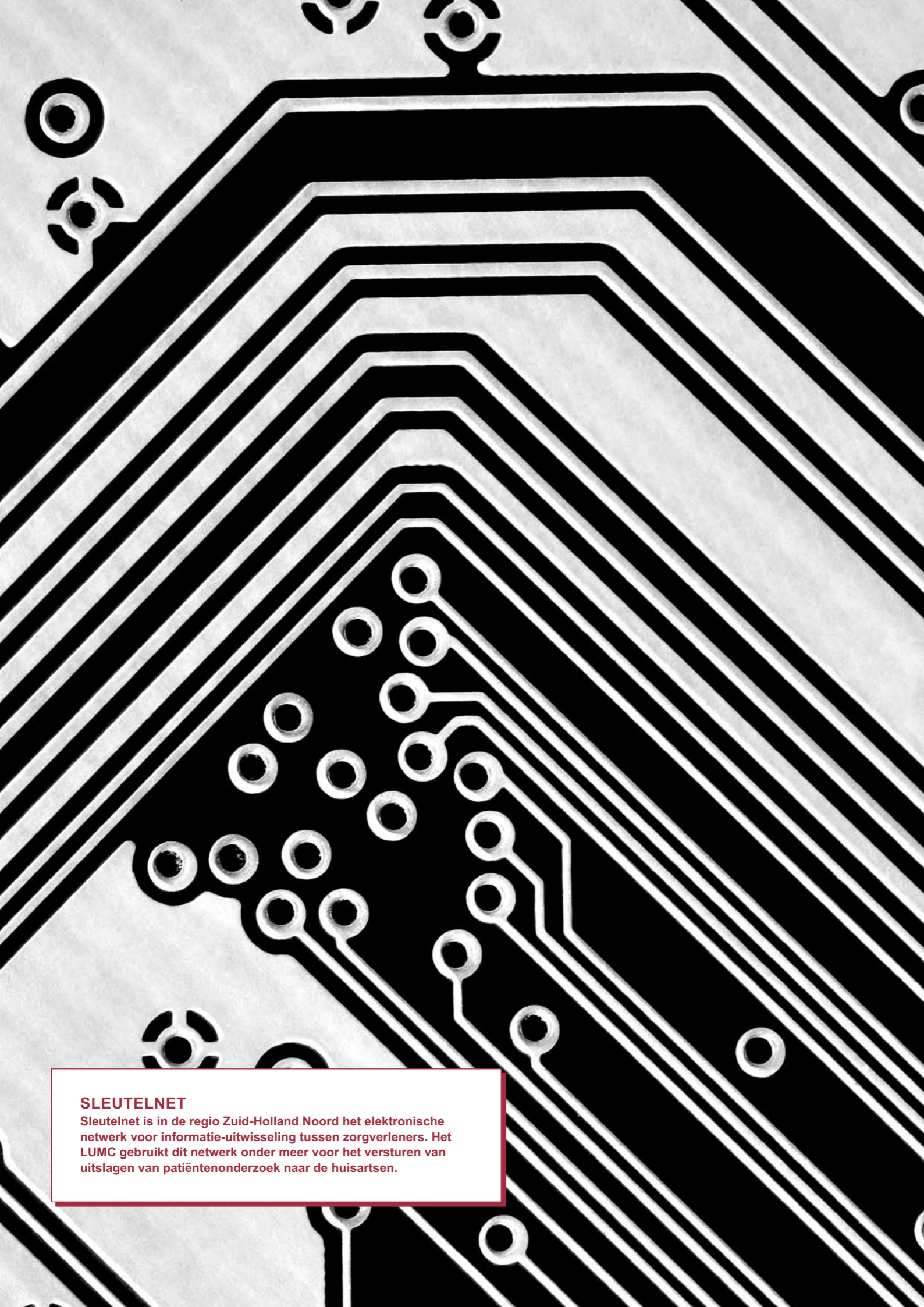
Geconsolideerde balans

Activa (x € 1.000)		
	31-12-2007	31-12-2006
Vaste activa		
Immateriële vaste activa	0	32.991
Materiële vaste activa	492.172	461.385
Financiële vaste activa	8.092	647
Totaal vaste activa	500.264	495.023
Vlottende activa		
Voorraden	3.261	3.327
Onderhanden werk uit hoofde van DBC's	27.549	50.566
Vorderingen en overlopende activa	63.929	60.507
Liquide middelen	11.111	27.272
Totaal vlottende activa	105.850	141.672
Totaal activa	606.114	636.695

Passiva (x € 1.000)		
	31-12-2007	31-12-2006
Eigen vermogen		
Kapitaal	18	18
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	23.290	26.020
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	44.384	43.370
Totaal eigen vermogen	67.692	69.408
Egalisatierekening afschrijvingen	80.135	82.358
Voorzieningen	19.072	18.454
Langlopende schulden	210.954	219.635
Kortlopende schulden		
Schulden uit hoofde van financieringsoverschot	57.438	120.510
Kortlopende schulden en overlopende passiva	170.823	126.330
Totaal Passiva	606.114	636.695

Geconsolideerde resultatenrekening

(x € 1.000)		
	2007	2006
Bedrijfsopbrengsten:		
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	338.434	342.093
Subsidie opleidingsfonds	29.953	0
Rijksbijdrage	61.585	59.155
Universitaire subsidie	48.193	46.746
DBC opbrengsten B-segment	4.635	4.308
Niet-gebudgetteerde zorgprestaties	2.530	673
Overige bedrijfsopbrengsten	81.112	77.518
Som der bedrijfsopbrengsten	566.442	530.493
Bedrijfslasten		
Personeelskosten	337.705	323.976
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	30.122	23.723
Overige bedrijfskosten	192.806	166.451
Som der bedrijfslasten	560.633	514.150
Bedrijfsresultaat	5.809	16.343
Financiële baten en lasten	-7.456	-9.645
Resultaat uit gewone bedrijfsvoering	-1.647	6.698
Buitengewone baten en lasten	0	0
Resultaat boekjaar	-1.647	6.698



SLEUTELNET

Sleutelnet is in de regio Zuid-Holland Noord het elektronische netwerk voor informatie-uitwisseling tussen zorgverleners. Het LUMC gebruikt dit netwerk onder meer voor het versturen van uitslagen van patiëntenonderzoek naar de huisartsen.

Kerngegevens, kengetallen en prestatie-indicatoren

Inhoud prestatie-indicatoren

Patiëntenzorg 70

- Topreferente zorg 70
- Kwaliteitsborgingssystemen 71
- Kwaliteitssubsystemen 72
- Ontwikkeling en Innovatie (O&I) 72
- Productiecijfers 73
- Diagnostisch onderzoek en behandeling 73
- WBMV-productie 74
- Klinische opnames en gemiddelde verpleegduur 75
- Dagbehandeling en poliklinische contacten 77
- Aantallen *gesloten* dbc's 2006 per specialisme per zorgtype 78
- Aantallen *gesloten* dbc's 2007 per specialisme per zorgtype 79
- Zorgratio's 80
- Leeswijzer 81
- Decubitus 81
- Ondervoeding 82
- Medicatieveiligheid 83
- Zorg ICT 85
- Ziekenhuishygiëne en infectiepreventie 86
- Resultaten rapportage Bewaking
 - Antimicrobiële Therapie (BAT) 86
- Postoperatieve wondinfecties 86
- Complicatieregistratie 87
- Pijn na operatie 91
- Volume en mortaliteit van risicovolle interventies 92
- Cholecystectomie 92
- Ongeplande heroperaties 93
- Afgezegde operaties 94
- Intensive Care 95
- Zwangerschap 96
- Diabetes Mellitus 96
- Cardiologie 97
- CVA 97
- Heupfractuur 96
- Mammatumor 98
- Cataract 98
- Postoperatieve opnameduur na blinde darm operatie bij kinderen (tot 15 jaar) 99
- Bloedgebruik 99
- Fertiliteit 101

- Hartchirurgie 101
- 1. Volwassenen 101
- 2. Kinderen 102
- Multitraumapatiënten overlevingscijfers 104
- Transplantaties 104
- Patiënttevredenheidsonderzoek (2005) 107
- Klachtenbehandeling 107
- Meldingscommissie 108

Onderzoek 109

Onderwijs, Opleidingen en Bij- en Nascholing 110

- Aantallen studenten 110
- Studierendement 110
- Internationalisering 110
- Studentenoordeel per collegejaar 111
- Bij- en Nascholing 111

Medewerkers 112

Financiële kengetallen 115

Samenleving 117

- Milieu 117
- Afval 119
- Telefonische bereikbaarheid LUMC 119
- Veiligheid in en om de gebouwen 120

WERKPLAATS VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg werkt het LUMC nauw samen met de Stichting Curium Academisch Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie en de GGZ-instelling Rivierduinen.

Patiëntenzorg

Topreferente zorg

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

WBMV-functies

- | | |
|--|----------------------------|
| Artikel 2 functies: | – Neurochirurgie |
| – Alle vormen van beenmergtransplantatie (autoloog, allogeen, kinderen en volwassenen) | – Orgaantransplantatie |
| – Bijzondere perinatologische zorg | – Radiotherapie |
| – Hartchirurgie en therapeutische interventie-cardiologie | Artikel 8 functies: |
| – In vitro fertilisatie | – Cochleaire implantatie |
| – Klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering | – Dialyse |
| – Neonatale intensive care | – Hemofiliebehandelcentrum |
| | – HIV-behandelcentrum |
| | – Traumazorg |

Kwaliteitsborgingssystemen

Organisatieonderdeel	Certificaat / Accr.bewijs	Geldig tot
Ziekenhuisgedeelte LUMC	NIAZ	2009
Nierziekten <i>Dialyse</i>	HKZ	2009
Hematologie	JACIE	07-2009
<i>Centraal Klinisch Hematologisch Laboratorium</i>	CCKL-praktijkrichtlijn	2010
	RvA: ISO 15189	2010
Immunohematologie en Bloedbank		
<i>Immunogetica en Transplantatie-immunologie</i>	EFI	2007
<i>Centrum voor Stamceltherapie</i>	CCKL-praktijkrichtlijn	2009
	JACIE	07-2009
Pathologie	CCKL-praktijkrichtlijn	2010
Klinische Genetica		
<i>Laboratorium voor Diagnostische Genoemanalyse</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)	2010
	ISO9001	2010
	Complexvergunning Kernenergiwet (vergunningnr. 2000 / 86205)	
	laatste wijziging 29.05.2006	
	(vergunningnr. 2006 / 3663-08)	
	Besluit GGO (circa 75 vergunningen)	

Kwaliteitssystemen

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

Ontwikkeling en Innovatie (O&I)

Definitie

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

Voorbeelden van innovaties in de patiëntenzorg

– Satellietapotheek	– Moleculaire testen voor sputum diagnostiek
– Vaardighedencentra met als doel verbetering kwaliteit van professionals in patiëntenzorg	– Detectie van chromosoomafwijkingen in vruchtwater d.m.v. multiplex analyse
– Zwangerschapspolikliniek voor diabetici	– <i>Single embryo</i> transfer bij IVF
– Hartfalen polikliniek met thuismonitoring	– Endo-echografie bij longkanker
– Radiofrequency ablatie als minimaal invasieve behandeling bij metastasen	– HDR brachytherapie
– Behandeladviescentrum ouderengeneeskunde gebruikmakend van uniek elektronisch patiëntendossier (anderhalve lijn)	– Fotodynamische therapie met methyl-aminolevulinaat als sensibilisator voor huidkanker
– Telemonitoring astma	– Zenuwsparende gynaecologische chirurgie
– <i>Routine outcome monitoring</i> bij stemmings-, angst- en somatoforme stoornissen (samen met 1e en 2e lijn)	– Laparoscopische prostatectomie
– Geautomatiseerde bewaking antimicrobiële therapie	– Hartfalen chirurgie met mechanische ondersteuning
	– Immunodiagnostiek tuberculose (implementatie van immunologische bloedtest)
	– Moleculaire test voor parasitaire infecties

Productiecijfers

	2006	2007
Eerste polikliniekbezoeken	77.442	79.808
Herhalingspolikliniekbezoeken	224.119	228.298
Spoedconsulten	12.451	8.943
Dagbehandelingen	11.957	13.950
Klinische opnames	18.908	19.296
Verpleegdagen	141.128	137.633
Gemiddelde verpleegduur	7,5	7,1
Zorgratio eerste polikliniekbezoek / klinische opname	4,1	4,1
Heropnames binnen 1 week	982	1.070

Diagnostisch onderzoek en behandeling

	2006	2007
Verloskamers		
– bevallingen*	1.353	1.320
Beeldvormende diagnostiek		
– Totaal, waarvan	153.864	158.983
– CT-scans	12.401	14.450
– MRI-scans	7.218	7.864
Nucleaire Geneeskunde		
– verrichtingen	5.803	6.012
Laboratorium verrichtingen		
– klinisch	2.437.823	2.460.331
– poliklinisch	2.088.461	2.186.171
Paramedische behandeling		
– fysiotherapie	38.906	36.380

* *Bevallingen o.l.v. gynaecoloog of eerstelijns verloskundige.*

WBMV-productie

	2006	2007
Hartchirurgie en interventiechirurgie		
Open hart operaties	798	822
PTCA	1.251	1.139
Cardiovasculaire stents	2.108	2.016
Catheterablatie	474	564
AICD implementaties	452	537
Nierfuncties		
Hemodialyses	6.930	6.901
CAPD's	1.231	1.575
CCPD's	5.173	7.196
Radiotherapie		
Teletherapie	1.725	1.950
Brachytherapie	156	162
Orgaantransplantaties en implantaties		
Autoloog Beenmergtransplantaties	1	5
Allogeen Beenmergtransplantaties	83	87
Levertransplantaties	20	32
Niertransplantaties	111	147
Cochleair implantaties	55	57
Neuro stimulatoren	3	6
Klinische Genetica		
Erfelijkheidsadvisering	2.677	2.692
Genotypering	9.738	10.518
Biochemisch onderzoek	3.048	2.866
Vruchtwaterpunctie	724	662
Chorionbiopsie	378	358
Geavanceerd ultrageluid	2.773	2.907
Overig WBMV		
BAHA's	33	21
In vitro fertilisatie behandelingen	733	857

Klinische opnames en gemiddelde verpleegduur

	Opnames		Gemiddelde verpleegduur	
	2006	2007	2006	2007
Algemene Heelkunde	2.325	2.421	8,8	8,4
Algemene Interne Geneeskunde	797	687	8,6	6,9
Endocrinologie	457	364	5,5	6,5
Gynaecologie	664	701	6,2	5,8
Hartziekten	2.311	2.452	3,6	3,4
Hematologie	369	376	18,0	17,2
Huidziekten	81	71	13,4	12,3
Infectieziekten	204	184	11,4	12,1
Keel-, Neus- en Oorheelkunde	784	773	5,1	5,0
Kindergeneeskunde	2.190	2.328	9,3	8,7
Klinische oncologie	649	726	5,2	4,9
Longziekten	444	450	8,5	8,7
Maag-, Darm- en Leverziekten	431	433	8,4	8,0
Mondheelkunde	88	110	3,7	3,3
Neurochirurgie	716	703	7,7	7,9
Neurologie	1.019	1.174	7,4	7,0
Nierziekten	458	510	10,1	10,3
Oogheelkunde	339	369	4,4	4,0
Orthopedie	768	779	7,0	6,7
Ouderengeneeskunde	20	10	3,2	2,5
Plastische chirurgie	189	183	3,0	3,4
Psychiatrie	229	203	23,3	24,5
Reumatologie	247	199	9,2	10,2
Thoraxchirurgie	929	956	11,3	10,4
Urologie	587	571	4,9	4,5
Verloskunde	1.613	1.563	4,6	4,4
Totaal	18.908	19.296	7,5	7,1

Dagbehandeling en poliklinische contacten

	Dagbehandelingen		Poliklinische contacten (inclusief bezoeken)	
	2006	2007	2006	2007
Algemene Heelkunde	520	585	44.330	42.775
Algemene Interne Geneeskunde	216	260	32.639	33.059
Anesthesiologie			9.396	9.959
Endocrinologie	233	290	18.345	19.654
Gynaecologie	421	361	26.167	25.893
Hartziekten	640	740	18.967	20.854
Hematologie	1.066	1.319	12.192	12.552
Huidziekten	12	49	23.869	23.774
Infectieziekten	40	39	2.586	2.654
Keel-, Neus- en Oorheelkunde	922	856	30.658	33.761
Kindergeneeskunde	884	1.052	25.308	25.192
Klinische oncologie	1.142	1.548	15.124	15.518
Longziekten	400	464	8.989	9.760
Maag-, Darm- en Leverziekten	641	812	10.077	11.588
Mondheelkunde	83	96	12.262	12.053
Neurochirurgie	158	183	3.187	3.596
Neurologie	325	340	17.893	17.874
Nierziekten	86	135	11.562	11.951
Oogheelkunde	1.153	1.358	44.663	50.111
Orthopedie	361	360	17.006	17.392
Ouderengeneeskunde	15	28	645	811
Plastische chirurgie	240	155	4.348	3.770
Psychiatrie			3.514	3.390
Reumatologie	1.852	2.331	13.049	12.657
Revalidatie			2.936	2.802
Thoraxchirurgie	9	15	730	762
Urologie	214	230	12.743	11.913
Verloskunde	324	344	15.983	15.724
Totaal	11.957	13.950	439.168	451.799

LEAGUE OF EUROPEAN RESEARCH UNIVERSITIES

De League of European Research Universities (LERU) is een netwerk van twintig Europese universiteiten, waaronder de Universiteit Leiden. Doel is het benadrukken van het belang van fundamenteel onderzoek als bron voor maatschappelijke innovatie.

Aantallen gesloten dbc's 2006 per specialisme per zorgtype

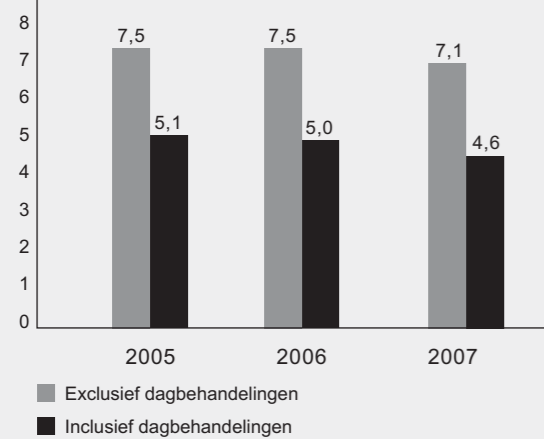
Specialisme	Reguliere zorg	Spoed-eisende zorg	Intercol-legiaal consult	Vervolg	Exacer-batie/ Recidief	Overig	Totaal zorgtype
Algemene Interne Geneeskunde	6.598	4.498	1.832	12.198	0	0	25.126
Allergologie	177	0	3	98	0	0	278
Geriatric	264	2	95	88	0	0	449
Gynaecologie	12.448	1.449	0	1.281	0	0	15.178
Hartziekten	8.621	2.279	1.578	5.502	0	0	17.980
Heelkunde	10.240	12.616	632	1.944	142	0	25.574
Huidziekten	5.079	0	339	3.228	142	0	8.788
Keel-, Neus- en Oorheelkunde	4.980	780	516	2.429	379	0	9.084
Kindergeneeskunde	4.474	1.835	0	3.097	8	0	9.414
Klinische genetica	2.663	0	0	0	0	0	2.663
Longziekten	1.390	355	490	886	70	0	3.191
Maag-, Darm- en Leverziekten	913	72	56	2.165	84	0	3.290
Neurochirurgie	1.343	129	43	582	3	0	2.100
Neurologie	4.155	2.112	913	1.639	8	0	8.827
Oogheelkunde	7.417	2.495	751	3.991	164	0	14.818
Orthopedie	5.154	1.703	131	1.881	101	0	8.970
Pijnbestrijding	436	17	155	46	0	0	654
Plastische chirurgie	1.657	45	9	189	2	0	1.902
Psychiatrische Consult. Dienst	0	270	182	0	0	255	707
Radiodiagnostiek	916	49	0	115	0	0	1.080
Radiotherapie	1.993	0	0	2.897	0	0	4.890
Reumatologie	1.724	118	127	2.509	0	0	4.478
Thoraxchirurgie	1.493	38	7	2	0	0	1.540
Urologie	2.349	293	364	1.420	173	0	4.599
Totaal Specialismen LUMC	86.484	31.155	8.223	48.187	1.276	255	175.580

Aantallen gesloten dbc's 2007 per specialisme per zorgtype

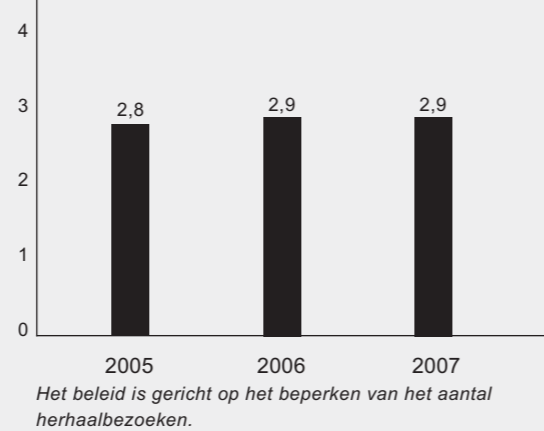
Specialisme	Reguliere zorg	Spoed-eisende zorg	Intercol-legiaal consult	Vervolg	Exacer-batie/ Recidief	Overig	Totaal zorgtype
Algemene Interne Geneeskunde	6.218	3.218	1.663	13.268	0	0	24.367
Allergologie	151	3	0	128	0	0	282
Geriatric	469	3	51	41	0	0	564
Gynaecologie	12.628	1.598	0	1.366	0	0	15.592
Hartziekten	7.735	2.640	1.012	5.157	0	0	16.544
Heelkunde	10.975	9.825	238	2.105	54	0	23.197
Huidziekten	5.022	0	256	3.536	72	0	8.886
Keel-, Neus- en Oorheelkunde	5.631	585	206	3.057	89	0	9.568
Kindergeneeskunde	4.353	1.895	0	3.578	0	0	9.826
Klinische genetica	2.502	0	1	0	0	0	2.503
Longziekten	1.411	523	316	839	16	0	3.105
Maag-, Darm- en Leverziekten	955	28	104	2.044	16	130	3.277
Neurochirurgie	1.126	123	34	639	2	0	1.924
Neurologie	4.732	2.450	684	1.716	1	0	9.583
Oogheelkunde	8.247	2.682	335	4.986	46	0	16.296
Orthopedie	5.315	1.413	27	2.035	11	0	8.801
Pijnbestrijding	514	15	174	93	0	0	796
Plastische chirurgie	1.314	44	4	162	0	0	1.524
Psychiatrische Consult. Dienst	90	305	275	0	0	0	670
Radiodiagnostiek	1.120	3	5	91	0	0	1.219
Radiotherapie	2.202	0	0	3.051	0	0	5.253
Reumatologie	2.095	77	47	2.526	0	0	4.745
Revalidatie	794	0	0	432	0	0	1.226
Thoraxchirurgie	1.513	28	4	7	0	0	1.552
Urologie	2.392	283	212	1.396	36	0	4.319
Totaal Specialismen LUMC	89.504	27.741	5.648	52.253	343	130	175.619

Zorgratio's

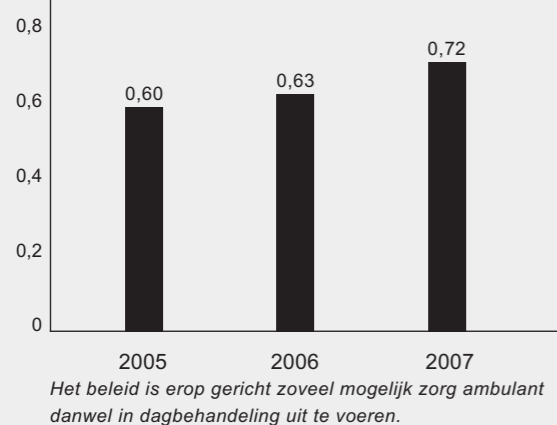
Gemiddelde verpleegduur (in dagen)



Verhouding herhaalbezoeken / eerste polikliniekbezoeken



Verhouding dagverplegingen / klinische opnames



Heropnames binnen 1 maand



Leeswijzer

De weergave van de hierna volgende prestatie-indicatoren met betrekking tot de patiëntenzorg zijn t/m pagina 99 weergegeven naar inhoud en volgorde van de door de Inspectie voor de Gezondheidszorg vereiste indicatorenset. Vervolgens volgen nog enkele LUMC indicatoren, te weten: Bloedgebruik, Fertiliteit, Hartchirurgie (volwassenen en kinderen), Multitraumapatiënten en Transplantaties (Lever- en Niertransplantaties). Tot slot worden vermeld: Patiënttevredenheid, Klachtenbehandeling en Meldingscommissie.

Decubitus

Decubitusregistratie

Het LUMC beschikt over een systematische decubitusregistratie LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen). Het LUMC gebruikt de uitkomsten als resultante voor de geleverde kwaliteit van zorg. Er is geen selectie toegepast. Uitval werd veroorzaakt door weigering van deelname en afwezigheid op het tijdstip van de meting. 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;
- In het LUMC is een decubituscommissie aanwezig, die het beleid op basis van deze registraties waar nodig bijstelt.

Puntprevalentie decubitus ziekenhuisbreed

	2006	2007
De puntprevalentie 1 bedroeg	22 / 348 x 100% = 6,3%	22 / 302 x 100% = 7,3%
De puntprevalentie 2 bedroeg	22 / 392 x 100% = 5,6%	22 / 388 x 100% = 5,7%

De datum van de meting was 3 april 2007. De patiënten werden onderzocht door de afdelingsverpleegkundige. Bij dit onderzoek werd het LPZ-protocol gevolgd.

	2006	2007
Teller	22	22*
Noemer 1	348	302
Noemer 2	392	388

Afdeling Neonatologie is niet meegenomen.

* 3 van de 22 patiënten zijn met decubitus van elders overgekomen.

Ondervoeding

Binnen het LUMC is op 3 april 2007 een eerste eenmalige screening uitgevoerd op ondervoeding volgens de LPZ-methode. Voor screening op ondervoeding zijn op dit moment een drietal meet-instrumenten beschikbaar, te weten:

- MUST (Malnutrition Universal Screening Tool);
- SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire);
- LPZ-methode (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen).

Percentage volwassen patiënten bij opname gescreend op ondervoeding		
Totaal aantal volwassen patiënten, bij opname gescreend op ondervoeding		247
Totaal aantal opgenomen volwassen patiënten (met uitzondering van patiënten van de dagopname).		247
Percentage:		100%
Percentage volwassen patiënten waarbij sprake is van matige ondervoeding		
Teller	aantal patiënten die zijn geclassificeerd als 'matig ondervoed'.	56
Percentage		56/247 x 100% = 22,7%
Percentage volwassen patiënten waarbij sprake is van ernstige ondervoeding		
Teller	aantal patiënten die zijn geclassificeerd als 'ernstig ondervoed'.	55
Percentage		55/247 x 100% = 22,3%
Het gaat hierbij om de éénmalige meting van de LPZ, gehouden op 3 april 2007. Patiënten worden binnen de hierbij als matig of ernstig ondervoed aangemerkt als ze of op de SNAQ of MUST of LPZ criteria scoren.		

De door LPZ aangeleverde en berekende prevalentie ondervoeding bij kinderen tussen de 5 en 18 jaar is 15,8%.

Medicatieveiligheid

Beschikbaarheid gegevens

Klinisch voorgescreven

In 2007 was 100 procent van de klinisch voorgescreven medicatie integraal digitaal beschikbaar in de poliklinieksprekkamers en op de verpleegafdeling.

Poliklinisch voorgescreven

In 2007 was 100 procent van de poliklinisch voorgescreven medicatie integraal digitaal beschikbaar voor de behandelend arts op de poliklinieksprekkamers 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 voorgescreven en verstrekte medicatie.

Op een aantal afdelingen is een Apotheek Service Punt (ASP) in bedrijf. Dit ASP vraagt vóór opname aflevergegevens op bij de eigen apotheek van de patiënt. Deze gegevens zijn pas elektronisch beschikbaar als het elektronisch patiëntendossier (EPD) beschikbaar is.

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 het LUMC in 2007

- Met behulp van Medicator worden artsen ondersteund bij het geprotocolleerd voorschrijven van cytostatica en andere risicovolle geneesmiddelen c.q. complexe behandelingen (zie tabel).
- Sinds 2004 is de apotheek bezig met het ontwikkelen van een methode waarmee patiënten met een potentiële Adverse Drug Event (ADE) geautomatiseerd kunnen worden opgespoord. De selectie van deze patiënten vindt plaats door combinatie van gegevens uit het elektronisch patiëntendossier (geneesmiddelvoorschrift; klinisch chemische parameters; demografische kenmerken; t.z.t. diagnose) en op basis van vooraf gedefinieerde algoritmes (*clinical rules*). In 2007 is gedurende vijf maanden op de afdeling Algemeen Interne Geneeskunde een pilot gestart waarbij op deze wijze patiënten werden gedetecteerd met een potentiële ADE. Van de 58 keer (*true positive*) dat het systeem een potentiële probleem patiënt selecteerde, is de ziekenhuisapotheker 14 keer op consult geweest (24%). De conventionele medicatiebewaking leverde maar twee overlegmomenten op. In 2008 wordt deze pilot uitgebreid over meerdere afdelingen.
- Het Apotheek Service Punt is uitgebreid ten behoeve van drie interne afdelingen.

Maatregelen met betrekking tot toedienfouten Gerealiseerd/gestart in het LUMC

- Op alle kinderafdelingen is een nieuw sondesysteem geïntroduceerd. Door gebruik te maken

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
2007	939 (2,3%)	39.769

- van dit systeem is het niet meer mogelijk om geneesmiddelen bedoeld voor oraal gebruik (dranken en suspensies) intraveneus toe te dienen.
- Op drie verpleegafdelingen is het project Sonde advisering gestart. Met dit project wordt beoogd om fouten gerelateerd aan het toedienen van medicatie door de sonde te voorkomen.
 - Met betrekking tot de satellietapotheek wordt na een succesvolle implementatie van een satellietapotheek op de Kinder-IC in 2005 onderzocht om dit uit te breiden voor het hele Kinder- en Jeugd centrum. Hiertoe is een pilot gestart op de kinder-hematologische afdeling.

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
2007	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.

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 poliklinieksprekkamer 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.)	Ja	Ja

NB. Ja betekent in principe op iedere werkplek.

* Inclusief voorschrijven.

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 poliklinieksprekkamer	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	gedeeltelijk*	gedeeltelijk*
Ordercommunicatie m.b.v. geprotocolleerde order-sets	nee	nee
Ordercommunicatie voor overige zorgdiensten	nee	nee
Elektronische bewaking van het behandeltraject	nee	nee

* Binnen het LUMC worden pilots uitgevoerd ten behoeve van de implementatie van ordermanagement. Als eerste zullen op een tweetal afdelingen, als onderdeel van het PACS-project, de radiologie-aanvragen ondersteund worden via ordermanagement. Op grond van de ervaringen binnen deze pilots wordt een LUMC breed uitrolplan bepaald.

Ziekenhuishygiëne en infectiepreventie

Jaar	Totaal aantal personen met MRSA in LUMC	Aantal personen met in LUMC verworven MRSA	Transmissieratio
2005	7	0	0
2006	17	4	0,23
2007	19	0	0

Methicilline Resistente Staphylococ Aureus (MRSA)

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

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

Resultaten rapportage Bewaking Antimicrobiële Therapie (BAT)

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 zondig de bevindingen met het afdelingshoofd.

Resultaten rapportage BAT						
	2005		2006		2007	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Rapporten	8		33		48	
Voorschriften			4.816		7.977	
Beoordelingen	1.488		3.680	76%	4.959	62%
Correct		41%		46%		45%
Incorrect		45%		28%		35%
Onvoldoende informatie		14%		26%		20%

Postoperatieve wondinfecties

In 2007 heeft het LUMC deelgenomen aan het landelijke prevalentie-onderzoek van PREZIES. Naar aanleiding van de resultaten van een eerder verrichte incidentie-surveillance van lijnensepsis volgens de PREZIES-module, heeft een werkgroep protocollen herzien en een interventie voorbereid. Deze vindt plaats in 2008.

Complicatieregistratie

	Specialisme	Landelijk	Eigen	Naam Systeem
1	Algemene chirurgie	x		LHCR
2	Anesthesiologie		x	LUMC-registratie, PDMS
3	Cardiochirurgie	x	x	Euroscore, LUMC: EPD-Vision
4	Cardiologie	x	x	LCR NVVC, NCDR/DIPR, EPD/VISION, (NVCC)
5	Dermatologie		x	LUMC-registratie, DM
6	Dialyse	x		Diamant/Renine, HKZ
7	Geriatric*			
8	Gynaecologie/verloskunde	x		NVOG, VOKS-i
9	Hematologie	x		LCR NIV
10	Interne geneeskunde	x		LCR NIV
11	Intensive Care	x		NICE
12	Interventie cardiologie		x	EPD/VISION
13	Kaakchirurgie/Mondheelkunde	x		LHCR, NVMKA
14	Keel-, Neus- en Oorheelkunde	x	x	LHCR, LUMC registratie (DM)
15	Kindergeneeskunde	x		LCR NVK
16	Klinische chemie	n.v.t.		Incidentenregistratie
17	Klinische oncologie		x	LUMC registratie
18	Klinische pathologie		x	LUMC registratie
19	Longziekten	x	x	LCR longziekten, LUMC registratie
20	Maag-, Darm en Leverziekten		x	LUMC registratie
21	Medische microbiologie	n.v.t.		Incidentenregistratie
22	Nefrologie	x		NOTR, HKZ
23	Neonatologie	x	x	LNR, TISS
24	Neurochirurgie	x		LHCR
25	Neurologie		x	LUMC registratie
26	Nucleaire geneeskunde		x	Database MCR, Radiologie, CM, DM
27	Oogheelkunde	x		LHCR
28	Orthopedie	x		CR NOV
29	Plastische chirurgie	x		LCR, NVPC
30	Psychiatrie		x	LUMC registratie
31	Radiodiagnostiek		x	Database MCR, Radiologie/ RIS, CM, DM
32	Radiotherapie	x		EORTC-RTOG
33	Reumatologie	x		NVR (versie 2007)
34	Revalidatie		x	LUMC registratie
35	Urologie	x		LCHR
36	Vaatchirurgie	x		LHCR, VOKS-i
	Anders, nl:			
	Endocrinologie		x	LUMC
	Immunohematologie en Bloedtransfusie	x		TRIP
	Infectieziekten		x	LUMC registratie
	Ouderengeneeskunde		x	LUMC registratie, (incidentie), wordt nog verder geïmplementeerd

DM = Decentrale meldingscommissie, CM = Centrale meldingscommissie

* Het LUMC heeft geen afdeling Geriatric, maar een afdeling Ouderengeneeskunde.

Complicatieregistratie (vervolg)

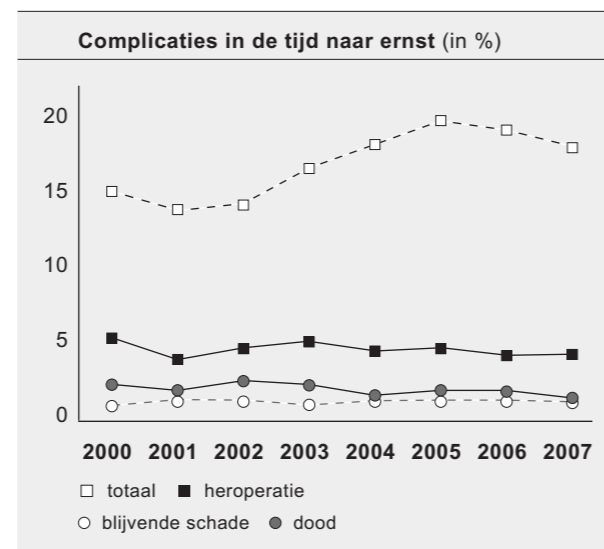
Het percentage afdelingen van het totaal aantal afdelingen dat aan een landelijke complicatieregistratie deelneemt, is 65 (22 van de 34).

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.

Complicatieregistratie LUMC-Heelkunde

In 2007 werden 3.508 patiënten opgenomen onder verantwoordelijkheid van de afdeling Heelkunde, en/of door een chirurg(isch) assistent als eerste operateur geopereerd. Van 3.500 (99,8%) waren de gegevens compleet. De complicatiestatistiek vindt u in de tabel.

De patiëntenpopulatie van 2007 is iets ouder dan de gemiddelde populatie uit 2006 en voorgaande periodes, met minder vaak een slechte gezondheidstoestand bij opname, maar ondergaat vaker een complexe ingreep.



Kengetallen	Kengetallen			
	2000-2002	2003-2005	2006	2007
Alle opnames, % gecompliceerd	14,5%	18,6%	19,4%	18,4%
Opnames met een operatie (n=2.571), % gecompliceerd	17,3%	21,3%	21,9%	22,1%
Gemiddelde leeftijd en standaard deviatie	48,7±21,9	48,3±22,1	49,9±22,1	50,2±21,5
Percentage mannen	54,2%	54,8%	51,8%	53,0%
Karakteristieken geopereerde patiënten*:				
Percentage met conditie ASA** >=3	22,4%	21,8%	19,4%	17,0%
Percentage met zwaarteklasse*** >=5	33,8%	31,8%	33,7%	35,3%
Percentage met leeftijd >=60	31,1%	31,4%	33,2%	34,3%

* Registratie van ASA classificatie binnen het ZIS was in 2007 niet volledig.
 ** (Slechtere) gezondheidstoestand van te opereren patiënt.
 *** (Hogere) zwaarteklasse – technische complexiteit – van de uitgevoerde operatie.

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 %)	Aantal complicaties naar ernst (in %)			
	2000-2002	2003-2005	2006	2007
Ernst 2: leidend tot heroperatie	4,8%	4,9%	4,4%	4,4%
Ernst 3: (waarschijnlijk) blijvende schade/functieverlies	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%
Ernst 4: dood	2,3%	1,9%	2,0%	1,5%

De kans op een complicatie tijdens de opname lijkt na een initiële stijging nu weer licht te dalen. Deze stijging betrof vooral de minder ernstige complicaties, waarvan patiënten herstelden zonder (re)operatie of blijvende schade. Ernstige complicaties bleven stabiel of leken zelfs licht te dalen.

De incidentie van de meest voorkomende typen complicaties zijn:

Aard	Aard			
	2000-2002	2003-2005	2006	2007
Ontsteking / infecties	7,0%	9,0%	8,8%	8,7%
Gestoorte functie	5,3%	7,0%	7,5%	7,0%
Vochtophoping / lekkage	2,0%	2,4%	1,9%	2,1%
Klacht / symptoom zonder diagnose	1,6%	2,2%	1,7%	2,0%
Bloeding / hematoom	2,2%	2,6%	2,5%	1,7%

Ten aanzien van de aard van de complicaties lijkt er een verschuiving plaats te vinden: infecties en gestoorde functie zijn nog steeds de meest voorkomende complicaties, maar bloedingen lijken in 2007 minder voor te komen dan in voorgaande jaren. Dat lijkt een geruststellend signaal voor het Heelkundige beleid om bij steeds meer patiënten hun Ascal perioperatief door te geven (om daarmee ernstige trombo-embolische complicaties te voorkomen).

Complicatieregistratie LUMC-Neurochirurgie

Medische complicaties worden sinds 2003 wekelijks geregistreerd. Geselecteerde casus worden besproken met een analyse van vermijdbaarheid en verwijdbaarheid. In een kwaliteitscirkel past hoeveel casus er besproken zijn en in hoeveel daarvan verbetermaatregelen zijn genomen (dikwijls aanpassingen in het assistenten protocollenboekje). Veel complicaties blijken casus afhankelijk te zijn, en in die zin incidenteel voor te komen. Trends waarbij herhaalde vergelijkbare complicaties optreden zijn in deze 5-jaarsperiode driemaal waargenomen. Wezenlijke veranderingen hebben zich ten aanzien van frequentie en ernst van de complicaties niet voorgedaan.

Voorbeelden trendanalyse:

- In 2005 werd een toename van de wondgenezingsstoornissen na cervicale ingrepen signaleerd. In de complicatiebespreking werd vastgesteld dat er een verschil in de sluitingstechniek bestond die hier wellicht debet aan was. Na uniformering van de operatietechnieken daalde de incidentie in deze enorm (in 2005: 5; in 2006: 2 en in 2007: 1).
- In 2006 is er bij vier patiënten een subduraal empyeem ontstaan na operaties waarbij middels een boorgat en chronisch subduraal hematoom werd ontlast. Middels complicatiebespreking werd de casuïstiek besproken waarbij werd vastgesteld dat bij de complicatie telkens een jonge, onervaren assistent was betrokken. Na extra instructie en begeleiding daalde de incidentie.
- In 2007 was er na brughoektumor-chirurgie in korte tijd meerdere malen een wondinfectie met meningitis opgetreden. Bij analyse bleek dit te berusten op een veranderde sluitingstechniek, die vervolgens weer geoptimaliseerd is. Hierna is de incidentie weer afgenomen.

Aantal complicaties naar ernst (in %)			
Ernst gradatie 2-4*	2005	2006 (aantal)	2007 (aantal)
Ernst 2: herstel na (re) operatie	19	16 (36)	14 (44)
Ernst 3: (waarschijnlijk) blijvende schade / invaliditeit	10	14 (32)	11 (35)
Ernst 4: Dood	2	4 (10)	3 (9)
Totaal	31	34	29

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

Complicaties en ernst opnames (in %)			
	2005	2006	2007
Infecties			
Ernst 2	1,1	0,6	0,9
Ernst 3	0,0	0,1	0,0
Ernst 4	0,3	0,3	0,1
Nabloeding			
Ernst 2	0,5	0,8	0,2
Ernst 3	0,0	0,3	0,3
Ernst 4	0,1	0,3	0,2

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 %)			
	2005	2006	2007
Hersenenuw			
Ernst 2	0,0	0,0	0,0
Ernst 3	1,3	1,4	1,3
Ernst 4	0,0	0,0	0,0
Zenuw			
Ernst 2	0,0	0,2	0,1
Ernst 3	0,0	0,2	0,4
Ernst 4	0,0	0,0	0,0
Halfzijdige verlamming			
Ernst 2	0,0	0,2	0,0
Ernst 3	0,8	1,1	1,2
Ernst 4	0,0	0,0	0,0
Onvoldoende decompressie			
Ernst 2	1,0	0,7	0,6
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.

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 zowel direct postoperatief (verkoever) als na overplaatsing naar een verpleegafdeling.

Kenmerken Acute Pijn Service		Ja/Nee
Multidisciplinair samenwerken van verpleegkundigen, specialistisch verpleegkundige, snijvend 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 beschikbaarheidsdiensten 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 29 (2006: 28). Bij 19 patiënten is een acute AAA operatie uitgevoerd.

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

Volume oesophaguscarcinoom resecties

Het aantal patiënten waarbij het afgelopen jaar een oesophaguscarcinoom resectie heeft plaatsgevonden is 24 (2006: 14).

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

Cholecystectomie

Gallekkage na cholecystectomie

	2005	2006	2007
Het percentage gallekkages na cholecystectomie bedraagt:	1,7% N=119	0% N=107	1,7% N=115

Bron: LHCR

Ongeplande heroperaties

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

Deze indicator wordt weergegeven in colorectale operaties en hernia inguinalis.

De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) heeft de colorectale operaties voorgedragen als een ingreep waardoor het goed mogelijk is de frequentie van heroperaties in het algemeen in te schatten. De hernia inguinalis is een veel voorkomende, routinematige operatieve ingreep en is daarom als indicator opgenomen.

Ongeplande heroperaties (colorectaal)

Teller	Het aantal ongeplande heroperaties bij colorectale operaties met uitzondering van de appendix bij patiënten van 18 jaar en ouder	27 heroperaties
Noemer	Het totaal aantal operaties bij colorectale operaties met uitzondering van de appendix bij patiënten van 18 jaar en ouder	181 operaties
Percentage		14,9%

Bron: LHCR

NB. Het totale aantal colorectale operaties betreft 105 (58%) zogenoemde enkelvoudige operaties (alleen colorectaal) en 76 (42%) meervoudige operaties met ook verrichtingen in andere organen of systemen. Het percentage heroperaties vanwege complicaties is respectievelijk 11,4% en 19,7%

Het betreft patiënten die zijn ontslagen in 2007 waarbij als 1e operatie tijdens de opname een colorectale operatie (al dan niet in combinatie met verrichtingen in andere organen of systemen) die vanwege een complicatie zijn geheropereerd.

Operaties van een recidief hernia inguinalis

Teller	Het aantal operaties van een recidief hernia inguinalis bij patiënten vanaf 16 jaar	9 operaties
Noemer	Totaal aantal hernia inguinalis inclusief heroperaties bij patiënten vanaf 16 jaar	47 heroperaties
Percentage		19%

Bron: LHCR

Het betreft patiënten ontslagen in 2007, met tijdens de opname een (recidief) hernia inguinalis operatie. Van deze negen recidief hernia inguinalis operaties was een patiënt in de vijf jaren ervoor eerder in het LUMC aan een hernia inguinalis aan dezelfde kant geopereerd. De overige acht recidief operaties betreffen dus recidief operaties van eerdere hernia inguinalis operaties elders.

Afgezegde operaties

Afzeggingen per specialisme					
	afgezegd	zittingen	aangemeld	% afgezegd	% alle OKCE
Heelkunde	74	1.770	1844	4	18,2
Urologie	16	628	644	2,5	3,9
Orthopedie	41	873	914	4,5	10,1
Totaal cluster I	131	3.271	3.402	3,9	32,2
Gynaecologie	21	790	811	2,6	5,2
Plastische chirurgie	12	321	333	3,6	2,9
Kaakchirurgie	9	198	207	4,3	2,2
Neurochirurgie	54	504	558	9,7	13,3
Oogheelkunde	53	1.185	1.238	4,3	13
Keel-, Neus- en Oorheelkunde	58	1.262	1.320	4,4	14,3
Totaal cluster II	207	4.260	4.467	4,6	50,9
Thoraxchirurgie	69	1.033	1.102	6,3	17
Totaal cluster III	69	1.033	1.102	6,3	17
Totaal OK-centrum	407	8.564	8.971	4,5	100

Het percentage afzeggingen daalde van 5,3% in 2006 naar 4,6% in 2007. Deze daling is statistisch significant ($p=0,018$).

Binnen de verschillende specialismen die actief zijn binnen het OK-centrum is er een grote range van afzeggingpercentages (2,5-9,7%). Het hoogste percentage wordt gemeten bij Neurochirurgie (9,7%) en Thoraxchirurgie (6,3%). Zowel bij Neurochirurgie als bij Thoraxchirurgie is het percentage afzeggingen echter statistisch significant afgenomen (respectievelijk $p=0,04$ en $p<0,001$).

Het aantal *peri-operatieve* oorzaken van afzeggingen is in 2007 afgenomen ten opzichte van 2006. Dit wordt vooral veroorzaakt door daling van afzeggingen vanwege het ontbreken van een IC bed (103 maal in 2006 naar 31 maal in 2007).

Afzeggingen operaties naar oorzaak		
	2006	2007
Patiënt gebonden	47,1%	32,9%
Peri-operatief	20,9%	32,5%
Intra-operatief	28,2%	18,7%

Binnen de groep *patiënt gebonden afzeggingen* wordt een toename van het aantal afzeggingen gesignaleerd als gevolg van vervallen indicatie en blijken 1 op de 4 afzeggingen het gevolg van bijkomend ziek zijn van de patiënt. Wellicht zouden deze afzeggingen minder kunnen worden als enkele dagen voor de definitieve operatiedag de afspraak nogmaals bij de patiënt bevestigd wordt.

Binnen de afzeggingen met een *intra-operatieve* oorzaak werden iets vaker afzeggingen geregistreerd als gevolg van personeelsproblemen.

Er is een duidelijke verbetering bereikt in de kwaliteit van registratie, want het aantal registraties van afzeggingen waarvan de oorzaak niet achterhaald is, is gedaald (15,3% in 2006 naar 3,4% in 2007).

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. Ook kent het LUMC een IC-Neonatologie (NICU). Dit is één van de tien NICU's in Nederland.

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. De verpleeg- en beademingsdagen van zowel de Intensive care als de High care units van de afdeling Neonatologie zijn in de telling meegenomen omdat op beide units patiënten worden beademd. 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

Niet postoperatief

Het aantal beademingsdagen in 2007 voor niet postoperatieve patiënten betrof **2.367** dagen. Het totale aantal IC-dagen in 2007 voor niet postoperatieve patiënten betrof **2.824** dagen. Het percentage aan beademingsdagen is **84%**.

Cardiochirurgie

Het aantal beademingsdagen in 2007 voor cardiochirurgische patiënten betrof **2.548** dagen. Het totale aantal IC-dagen in 2007 voor cardiochirurgische patiënten betrof **2.548** dagen. Het percentage aan beademingsdagen is **100%**.

Niet-cardiochirurgie

Het aantal beademingsdagen in 2007 voor niet-cardiochirurgische patiënten betrof **2.659** dagen. Het totale aantal IC-dagen in 2007 voor niet-cardiochirurgische patiënten betrof **3.093** dagen. Het percentage aan beademingsdagen is **86%**.

Kinderen

Het aantal beademingsdagen in 2007 voor kinderen <16 jaar betrof **1.373** dagen. Het totale aantal IC-dagen in 2007 voor kinderen betrof **2.035** dagen. Het percentage beademingsdagen is **67%**.

Neonatologie

Het aantal beademingsdagen in 2007 voor neonatologiepatiënten (IC en HC) betrof **3.138** dagen. Het totale aantal verpleegdagen in 2007 voor neonatologiepatiënten (IC en HC) betrof **5.547** dagen. Het percentage aan beademingsdagen is **56%**.

Totaal

Het totale aantal beademingsdagen in 2007 van bovengenoemde groepen betrof **12.085** dagen. Het totale aantal IC-dagen van bovengenoemde groepen betrof **16.047** dagen. Het percentage beademingsdagen is **75%**.

Aantal FTE Intensivisten

Het totale aantal FTE geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de IC betreft **13,45**. Het totale aantal FTE geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de NICU betreft **8,4**.

Bron: TISS-score NICU LUMC, PDMS LUMC en ZIS 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 2007 **1.204**

Aantal sectio's in 2007:

- primaire sectio's **142**
- secundaire sectio's **113**

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

Gegevens 2007 zijn in tweede kwartaal 2008 beschikbaar.

Bron: MIS LUMC

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

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:			
	2005	2006	2007
HbA1C _{type I}	7,48%	7,59%	7,62%
De gemiddelde HbA1C waarde van diabetes type II patiënten waarbij het HbA1c is gemeten bedraagt:			
	2005	2006	2007
HbA1C _{type II}	7,55%	7,95%	7,86%
Het gemiddelde aantal HbA1C metingen per patiënt per jaar bedraagt:			
	2005	2006	2007
Gemiddeld aantal HbA1c metingen	2,80	2,60	2,50

* De getallen hebben alleen betrekking op de patiënten die geïntegreerde diabeteszorg ontvangen op de afdeling Endocrinologie waar het merendeel van dit type zorg plaatsvindt. Bemonstering van deze gegevens op andere afdelingen is nog niet mogelijk.

Percentage patiënten dat een fundusscopie of fundusfotografie heeft ondergaan
Het percentage van de bij de internist bekende diabetes patiënten dat in 2007 een fundusscopie of fundusfotografie heeft ondergaan in het LUMC betreft 58,5% (1.062 / 1.815) .
<i>Het protocol in het LUMC schrijft voor dat ten minste eenmaal per twee jaar een fundusfoto of fundoscopie dient plaats te vinden. Op indicatie vindt vaker fundusonderzoek plaats. Bij de beoordeling van deze getallen moet verder worden meegewogen dat niet zijn meegeteld de patiënten die in een ziekenhuis elders oogheelkundig worden gecontroleerd.</i>
Bron: LUMC-registratie (Management informatiesysteem afdeling Endocrinologie)

Cardiologie

Hartfalen

Het LUMC beschikt over een specialistische tertiare hartfalen polikliniek waar gestructureerde evaluatie en behandeling plaatsvindt van patiënten met ernstig hartfalen. Deze polikliniek maakt deel uit van het Leidse MISSION! project.

Heropname voor hartfalen 2007

Het percentage heropnames van het aantal opnames van patiënten jonger dan 75 jaar binnen 12 weken na ontslag is 4,0% (2 heropnames / 51 opnames). In 2006 was dit een percentage van 9,2%.

Het percentage heropnames van het aantal opnames van patiënten van 75 jaar en ouder binnen 12 weken na ontslag is 7,0% (2 heropnames / 28 opnames). In 2006 was dit een percentage van 3,6%.

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

In het LUMC zijn er in totaal 346 patiënten met een acuut infarct behandeld middels een PTCA procedure. Het grootste deel kwam via het zogenaamde coronair-open protocol binnen (direct contact ambulance-LUMC waardoor de ischemie tijd met meer dan 40% kon worden gereduceerd). 30% van de patiënten komt via de EHBO of een ander ziekenhuis.

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 0,9% (2 overleden patiënten / 221 opnames). In 2006 was dit een percentage van 1,0%.

Het percentage patiënten dat in de eerste 30 dagen na opname met de diagnose AMI is overleden op een leeftijd van *65 jaar en ouder*, ongeacht de oorzaak van het overlijden, bedraagt: 4,0% (5 overleden patiënten / 125 opnames). In 2006 was dit een percentage van 6,8%.

Bron: LUMC-registratie (EPD-Vision)

Opvallend is de mortaliteit in de groep patiënten jonger dan 65 jaar, die uitzonderlijk laag genoemd kan worden. De sterfte in de groep patiënten van 75 jaar en ouder daalde van 6,8% naar 4%.

In het LUMC is het zogenaamde MISSION! Acut Infarct protocol opgezet om de zorg voor patiënten met en na een acuut infarct te optimaliseren. Dit project omvat de zorg vanaf het moment dat de patiënt symptomen krijgen tot 1 jaar na het infarct. Het is een zeer intensief project waarbij op vaste momenten evaluatie punten zijn ingebouwd. In principe participeren alle regionale zorgaanbieders (5 ziekenhuizen, 3 revalidatie centra, 1 ambulance dienst) in dit project. Ook zijn alle huisartsen geïnformeerd

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.

Heupfractuur

Percentage patiënten (≥ 65) met een heupfractuur dat binnen één kalenderdag geopereerd is						
	2005		2006		2007	
	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	48	41	45	19	34	32
Het totaal aantal patiënten van 65 jaar en ouder met heupfractuur	54	52	48	26	41	40
Percentage patiënten (≥65) geopereerd binnen één kalenderdag na presentatie	89%	79%	94%	73%	83%	80%

Bron: LUMC-registratie (ZIS, PDMS)

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
Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie	
Aantal patiënten bij wie een mammacarcinoom chirurgisch is behandeld in het verslagjaar	95
Totaal aantal patiënten met een eerste borstsparende therapie voor een maligne mammatumor.	59
Aantal patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste locale excisie van een maligne mammatumor (tumorresidu 1 of 2)	8
Aantal patiënten bij wie niet bekend is of kankerweefsel is achtergebleven na een eerste locale excisie van een maligne mammatumor (tumorresidu X).*	0

* Exclusie: mamma-amputatie en recidief operatie.
Bron: OK verslagen, PA verslagen, IKW (KIM registratie)

Cataract

Percentage patiënten met voldoende wachttijd tussen de operatie van eerste en tweede oog	
Aantal patiënten met een cataractoperatie aan het tweede oog in het verslagjaar waarbij de datum van de tweede oogoperatie minus datum van de eerste oogoperatie groter of gelijk is aan 28 dagen.	145
Totaal aantal patiënten met een cataractoperatie aan het tweede oog in het verslagjaar.	148
Percentage	97,8%

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

Het totaal aantal opnames in 2007 van kinderen tot 15 jaar wegens blinde darm operatie betreft 36.

Het betreft patiënten die zijn ontslagen in 2007 met als eerste operatie tijdens opname een blinde darm operatie.

Voor patiënten na blinde darm operatie is de ligduur (dag van ontslag - dag van operatie)		
	2006	2007
Gemiddeld ligduur	4,4	3,3
Minimum ligduur	2	2
Maximum ligduur	15	8
Mediaan	3	3

Bron: ZIS, LMR, LHCR

Bloedgebruik

In de volgende twee tabellen worden de indicatoren over veilig en verantwoord verbruik van bloedproducten weergegeven.

Ten opzichte van het voorgaande jaar is het aantal toegediende bloedproducten licht gedaald (3,5% afname). Het aantal patiënten dat een transfusie heeft gehad is met 2,7% gedaald.

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
2005	2.636	23.803	3	0
2006	2.701	23.996	0	0
2007	2.627	23.164	3 (10)*	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.
* Met ingang van 2007 worden conform de EU Directives behalve graad 3 en 4 reacties (n=3) ook graad 2 reacties (n=7) als ernstige reacties gemeld.

Verantwoord gebruik									
	Ingekocht			Aantal en (%) niet gebruikt					
	2005	2006	2007	2005		2006		2007	
Erythrocyten	15.239	15.432	14.224	433	2,8%	370	2,4%	437	3,1%
Plasma	5.425	4.733	4.945	832	15,3%	650	13,7%	680	13,8%
Thrombocyten	4.451	4.914	4.926	47	1,1%	49	1,0%	54	1,0%
Totaal	25.115	25.079	24.095	1.312	5,2%	1.069	4,3%	1.171	4,9%

LUMC-norm % niet gebruikt = 5%

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 zwangerschapsopgave bij vrouwen tot 36 jaar nooit meer dan één embryo terug te plaatsen.

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		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
AMC	20,7	25,4		21,2	18,7	
UMCG	14,5*	14,9*		19,9	21,2	
		24,0**			27,8**	
UMCM	32,6	32,1		20,3	11,7	
EMCR	21,8	26,5		19,0	17,1	
LUMC	28,3	27,5	26,6	4,9	3,7	5,1
UMCN	23,7	28,2		20,6	16,4	
UMCU	26,1	23,8		19,8	12,9	
VUMC	29,6	28,8		18,2	12,6	

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

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.

Hartchirurgie

1. Volwassenen

Mortaliteit

Hoewel het systeem veel beperkingen kent (met name is het systeem minder geschikt bij bijvoorbeeld hartfalenchirurgie) is de EuroSCORE al een aantal jaren het meest betrouwbare scoringssysteem om het operatiegerelateerde risico op overlijden bij hartoperaties bij volwassenen te berekenen.

Het systeem onderscheidt 3 risicocategorieën:

- normaal risico (te verwachten mortaliteit tussen 0 en 3%)
- verhoogd risico (te verwachten mortaliteit tussen 3 en 6%)
- hoog risico (te verwachten mortaliteit meer dan 6%).

In bijgaande tabel is de werkelijke mortaliteit weergegeven over de afgelopen jaren, gerelateerd aan de EuroSCORE. Bijna 44% van de volwassen hartchirurgische patiënten behoort tot de groep met een hoog ingeschat operatierisico (meer dan 6% voorspelde mortaliteit). De andere patiënten zijn min of meer gelijk verdeeld over normaal en verhoogd risico. De hoogste EuroSCORE-waarde in 2007 was 69%.

Mortaliteit openhartchirurgie, gerelateerd aan de EuroSCORE			
	2005	2006	2007
Normaal risico (EuroSCORE 0-3)	0,5%	3,2%	0%
Verhoogd risico (EuroSCORE 3-6)	1,7%	2,8%	6,3%
Hoog risico (EuroSCORE ≥6)			
– Aantal patiënten	248	245	263
– Voorspelde mortaliteit	13,5%	16,3%	13,7%
– Werkelijke mortaliteit	9,3%	11,4%	8%

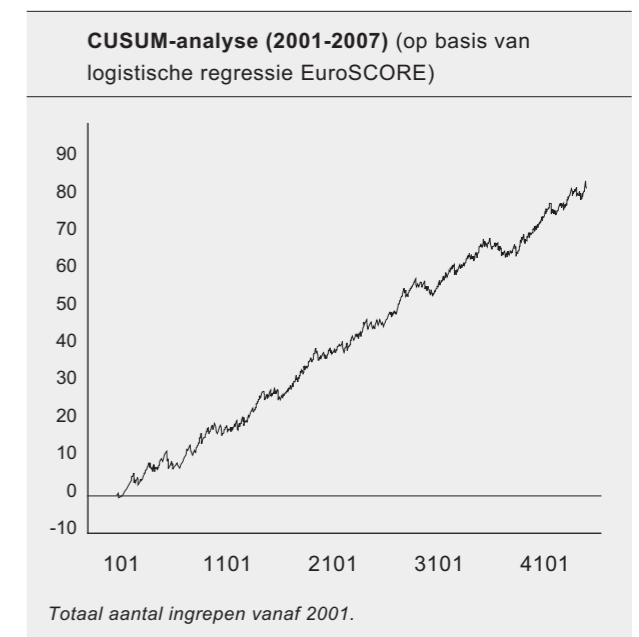
Bron: www.euroscore.org

De werkelijke mortaliteit in de totale patiëntenpopulatie was 5,3% bij een EuroSCORE van gemiddeld 7,64.

CUSUM-analyse

De laatste jaren is de CUSUM-analyse als meetinstrument van de kwaliteit in de belangstelling gekomen. Bij deze analyse worden de resultaten van, in dit geval, operatieve ingrepen bij elkaar opgeteld, maar afgezet tegen het te verwachten resultaat (in dit geval de EuroSCORE). Als een afdeling functioneert overeenkomstig de EuroSCORE loopt de lijn horizontaal, doet de afdeling het beter stijgt ze en gaat het minder goed dan volgens de EuroSCORE te verwachten was, daalt de lijn.

De CUSUM-analyse van de afdeling Thoraxchirurgie (vanaf 2001) laat bijgaande grafiek zien.



Voor de gegevens over hartchirurgische parameters geldt het volgende: de LUMC-cijfers komen uit de database van de afdeling Thoraxchirurgie. De landelijke cijfers zijn afkomstig uit de spiegelinformatie van de BHN (Begeleidingscommissie Hartinterventies Nederland) en geëxtrapoleerd op basis van de eerste helft van 2007). De BHN-gegevens zijn gebaseerd op de cijfers van alle hartchirurgische klinieken in Nederland.

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 wat lastiger is en meer tijd in beslag neemt. In bijgaande grafiek wordt over de afgelopen jaren aangegeven bij welk deel van de omleidingoperaties in het LUMC alleen slagadermateriaal gebruikt werd. Het gemiddelde aantal kransslagadertakken dat bij de ingrepen overbrugd werd was in het LUMC gemiddeld 2,4 (met een maximum van 6), terwijl het landelijke gemiddelde bij de CABG-procedures met alleen slagadermateriaal op 1,5 distale anastomosen lag.

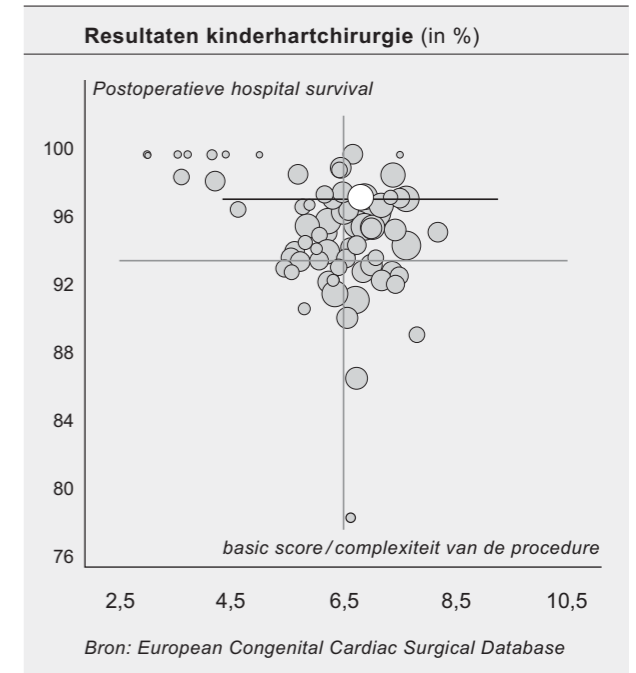
Mitraalklepreconstructies

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 levenslang gebruik van bloedverdunners nodig, in tegenstelling tot bijvoorbeeld bij plaatsing van een mechanische prothese. Bovendien is het bewezen dat de functie van de linker hartkamer beter behouden blijft na een klepreconstructie dan na een klepvervanging. De afdeling Thoraxchirurgie probeert dan ook, daar waar het maar enigszins mogelijk is, deze klep te repareren. Mede ten gevolge van een vrij groot aantal reoperaties aan mitraalkleppen in 2007 is het percentage reparaties iets lager dan in 2006.

2. Kinderen

Resultaten kinderhartchirurgie

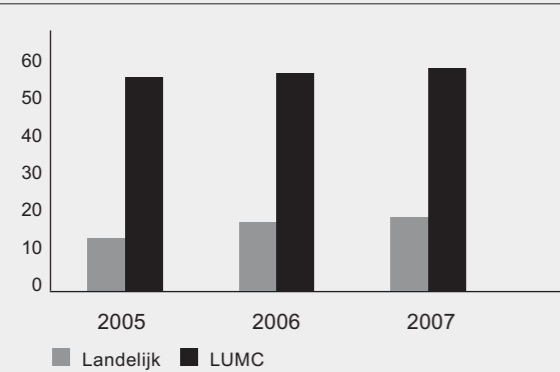
Leeftijdverdeling van kinderhartoperaties / operaties voor aangeboren hartafwijkingen		
Leeftijd	Aantal operaties	%
Jonger dan 1 jaar *	168	43%
1-18 Jaar	141	36%
18 Jaar en ouder	82	21%
Totaal	391	100%
* Jonger dan 3 maanden		
Ziekenhuismortaliteit	9	2,3%



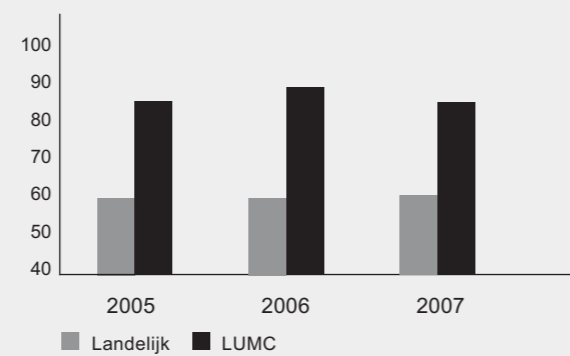
Het Centrum voor Aangeboren Hartafwijkingen Amsterdam Leiden (CAHAL) registreert de resultaten van kinderhartchirurgie en chirurgie voor aangeboren hartafwijkingen bij volwassenen in de European Congenital Cardiac Surgical Database. 2007 is nu het zesde jaar van data input. Tot heden zijn er voor het CAHAL 2.670 operaties in deze database geregistreerd en gevalideerd. Hiermee is het centrum LUMC-AMC één van de grotere Europese kinderhartchirurgische centra.

Kwaliteit van zorg kan voor ieder centrum uit deze database worden gedestilleerd. Postoperatieve overleving (op de verticale as) wordt uitgezet tegen de complexiteit van de operatie (horizontale as). Het centrum Leiden-Amsterdam bevindt zich in de rechter bovenste kwadrant van de grafiek. Dit betekent een meer dan gemiddelde overleving bij een meer dan gemiddelde complexiteit van de ingrepen.

Volledig arteriële revascularisaties (in %)

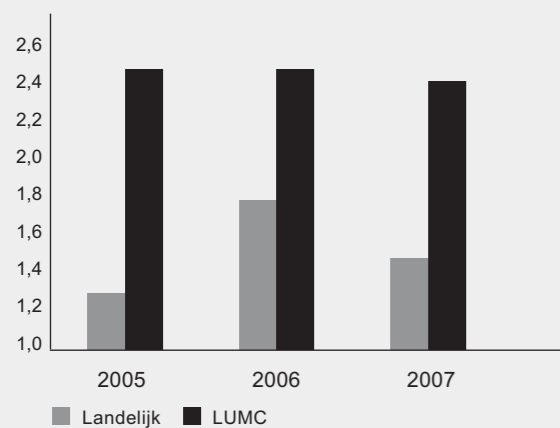


Klepreconstructies mitraalklepchirurgie (in %)



Bron: LUMC-registratie en Begeleidingscommissie Hartinterventies Nederland. LUMC-cijfers 2e helft 2007 afkomstig van LUMC-registratie. Landelijke cijfers 2007 zijn geëxtrapoleerd op basis van de eerste helft van 2007.

Gemiddeld aantal distale anastomosen bij arteriële revascularisatie



Bron: LUMC-registratie en Begeleidingscommissie Hartinterventies Nederland. LUMC-cijfers 2e helft 2007 afkomstig van LUMC-registratie. Landelijke cijfers 2007 zijn geëxtrapoleerd op basis van de eerste helft van 2007.

Multitraumapatiënten overlevingscijfers

Multitraumapatiënten in het LUMC									
	2005	n	%	2006	n	%	2007	n	%
Totaal aantal trauma-opnames	1.090			1.023			1.103		
Aantal overleden traumapatiënten	22 (1.090)		2,0	29 (1.023)		2,8	23 (1.103)		2,1
Aantal multitraumapatiënten (ISS ≥ 16)	90 (1.090)		8,3	105 (1.023)		10,3	121 (1.103)		11,0
Aantal overleden multitraumapatiënten	9 (90)		10,0	18 (105)		17,1	17 (121)		14,0

Multitraumapatiënten (ISS ≥ 16)									
	2005	n	Range	2006	n	Range	2007	n	Range
Gemiddelde ISS	23,8	(90)	16-54	24,3	(105)	16-75	24,2	(121)	16-66
Gem. aantal IC dagen bij alle op de IC opgenomen multitraumapatiënten	8,8	(63)	1-67	7,2	(68)	1-58	9,9	(77)	1-78
Gemiddelde totale opnameduur (dagen)	18,2	(90)	1-102	14,3	(90)	1-101	17,2	(121)	1-134
Gemiddelde EMV score bij opname	12,4	(90)	3-15	11,4	(96)	3-15	11,5	(121)	3-15
Gemiddelde Probability of Survival*	0,8456	(90)	0,1004-0,9896	0,7897	(79)	0,0016-0,9969	0,813	(121)	0,0042-0,990
Actuele survival	0,9000	(90)		0,8286			0,860	(121)	

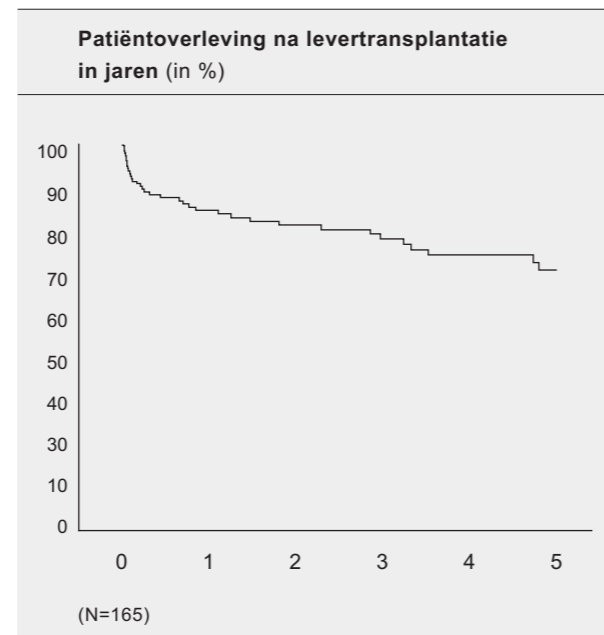
* P_{survival} berekend volgens de TRISS methodologie van Boyd et al. (J Trauma 1987; 27: 370-378) met de coëfficiënten volgens Champion op basis van de Major Trauma Outcome Study (J Trauma 1995; 38:94-95).

Bron: Traumaregistratie Traumacentrum West-Nederland

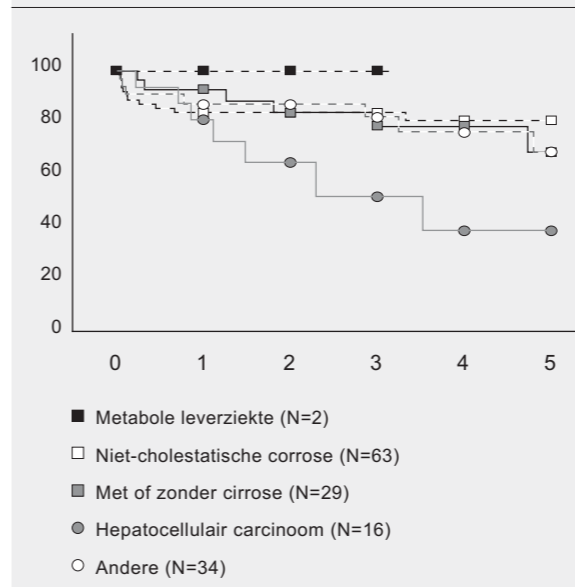
Transplantaties

Levertransplantaties

In 2007 werden 32 levertransplantaties (LT) verricht in het LUMC, meer dan ooit in een jaar. Dit had te maken met de *overall* toename van het aantal donoren in 2007. In een geval was sprake van non-heartbeating donatie. Van de 32 waren er zes re-transplantaties en 26 eerste transplantaties. Van de 26 eerste levertransplantaties waren er vijf hoog-urgent, waarvan twee auxiliaire transplantaties voor acuut leverfalen. Bij de 21 minder urgente eerste levertransplantaties was er in zes gevallen sprake van hepatocellulair carcinoom. Door invoering van de allocatie in volgorde van de zogenaamde MELD-score worden ziekere patiënten getransplanteerd dan voor invoering hiervan. Het is daarom verheugend dat de resultaten zich zeker kunnen meten met die in internationale registraties.



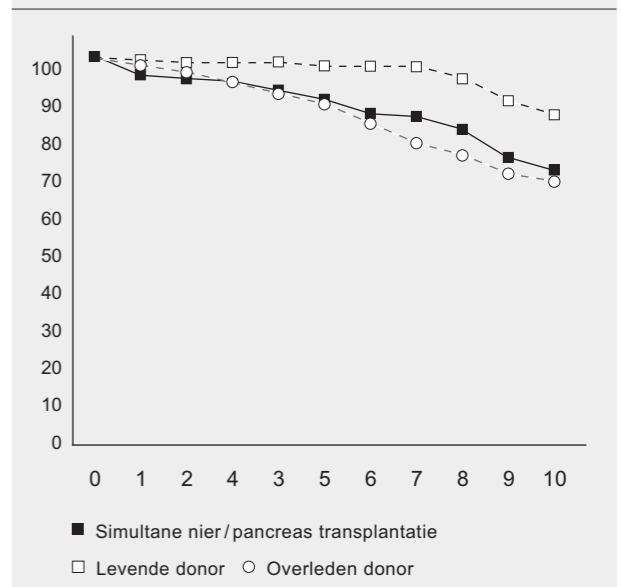
Patiëntoverleving na levertransplantatie in jaren onderverdeeld naar indicatie (in %)



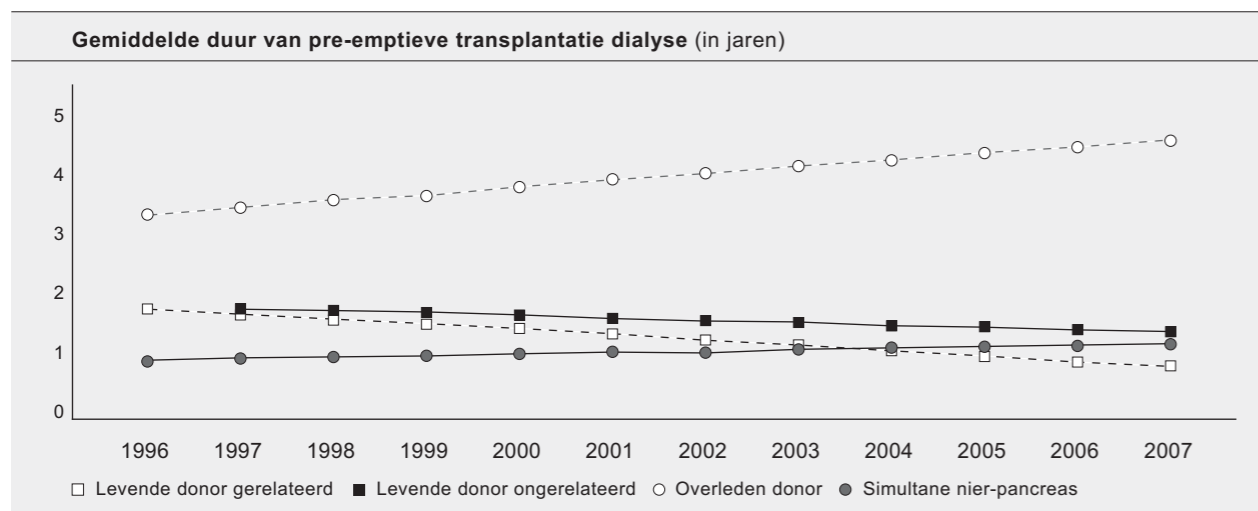
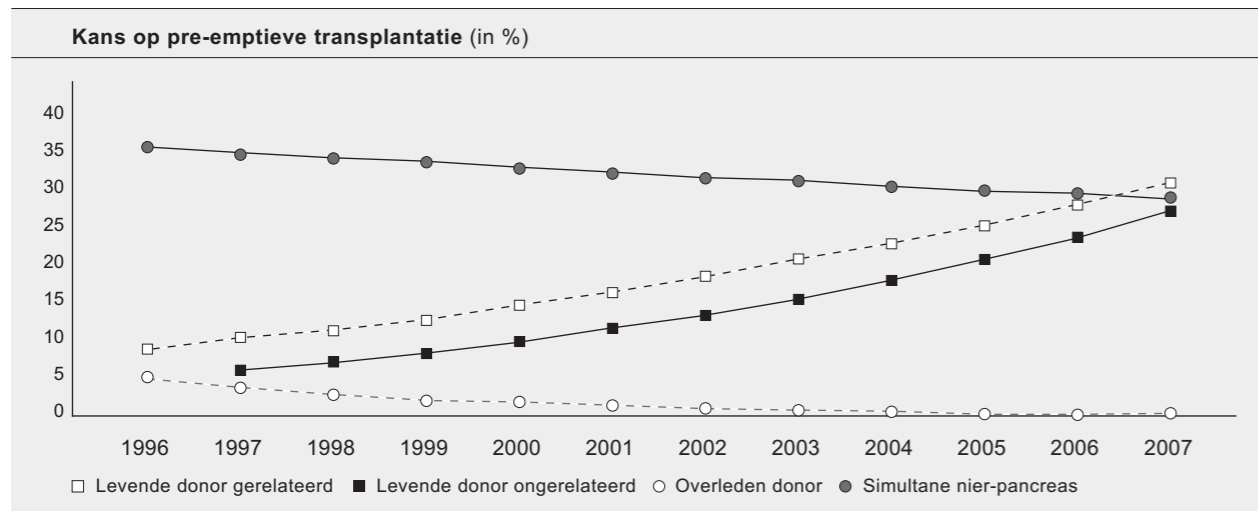
Niertransplantaties

Na een daling in 2006 nam in Nederland het aantal geëffectueerde donoren in 2007 met 26% toe tot 257 donoren. In Leiden konden daardoor 88 patiënten een niertransplantatie ondergaan, waarvan 24 patiënten met type-1 diabetes mellitus in combinatie met een alveesklier. De patiëntoverleving na de gecombineerde nier-pancreas transplantatie is vergelijkbaar met die voor niertransplantatie bij voornamelijk niet-diabeten, terwijl het risico op grond van de aanwezige co-morbiditeit na meestal 20 jaar diabetes a priori belangrijk hoger in te schatten is. De beste resultaten worden onveranderd gezien na transplantatie met de nier van een levende donor. Dit laat zich enerzijds verklaren door verschillen in leeftijd en medische selectie, maar belangrijker is waarschijnlijk het vermijden van dialyse, de zgn. pre-emptieve transplantatie. In totaal 63 patiënten ontvingen in Leiden een nier van een genetisch verwante of onverwante levende donor wanneer de stijgende tendens in donatie bij leven zich onveranderd voortzette. Het lukte daarbij in toenemende mate om deze patiënten te transplanteren voordat dialyse behandeling noodzakelijk werd. Ook voor diabetes patiënten die een gecombineerde transplantatie ondergingen blijkt dit een belangrijke factor te zijn. Voor patiënten die afhankelijk zijn van de nier van een overleden donor is pre-emptieve niet een reële optie en resulteert het tekort aan donororganen in Nederland onverminderd in een stijging van de gemiddelde dialyseduur tot nu al bijna 5 jaar.

Patiëntoverleving na nier- en pancreas-transplantatie in jaren (in %)



Niertransplantaties



Patiëntentevredenheidsonderzoek (2005)

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

Bron: Prismant

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

Bron: Prismant

In 2007 heeft opnieuw een onderzoek naar patiëntentevredenheid plaatsgevonden. De uitkomsten hiervan komen in het 2e kwartaal van 2008 beschikbaar.

Klachtenbehandeling

Klachtencommissie: soort klachten en resultaat *	2005		2006		2007	
	Aantal	Gegronnd	Aantal	Gegronnd	Aantal	Gegronnd
Medisch handelen	3	0	8	5	3	0
Bejegening	1	0	2	2	1	1
Organisatie / coördinatie van zorg	3	1	14	6	2	2
Uitstel van behandeling / wachtlijsten	2	1	6	3	3	0
Informatieverstrekking	5	2	7	4	3	2
Problemen met rekening	0	0	1	0	0	0
Verzorging	0	0	5	5	0	0
Overige **	2	0	3	1	1	0
Totaal	16	4	46	26	10	5

* 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.

Klachtenbehandeling (vervolg)

Zie 4.4.2 Klachten.

Klachtenbemiddeling: aantal en soort klachten*			
	2005	2006	2007
Medisch handelen	15	8	4
Bejegening	26	13	3
Organisatie / coördinatie van zorg	29	15	7
Informatieverstrekking	5	1	4
Verzorging	0	0	0
Overige	2	2	0
Totaal	77	39	18

* Een klachtenbrief kan meerdere klachten bevatten.

Resultaten klachtenbemiddeling*			
	2005	2006	2007
bemiddeling geslaagd	15	10	8
bemiddeling deels geslaagd	5	2	0
bemiddeling niet geslaagd	11	4	0

* Eén klachtenbemiddeling kan meerdere klachten omvatten.

Aantal schriftelijk afgehandelde klachten*		
	2006	2007
Medisch handelen	15	35
Bejegening	22	19
Organisatie / coördinatie van zorg	28	43
Communicatie	21	31
Informatieverstrekking	5	14
Verzorging	0	5
Totaal	91	147

* Een klachtenbrief kan meerdere klachten bevatten.

Meldingscommissie

Zie 4.4.4 Veiligheid.

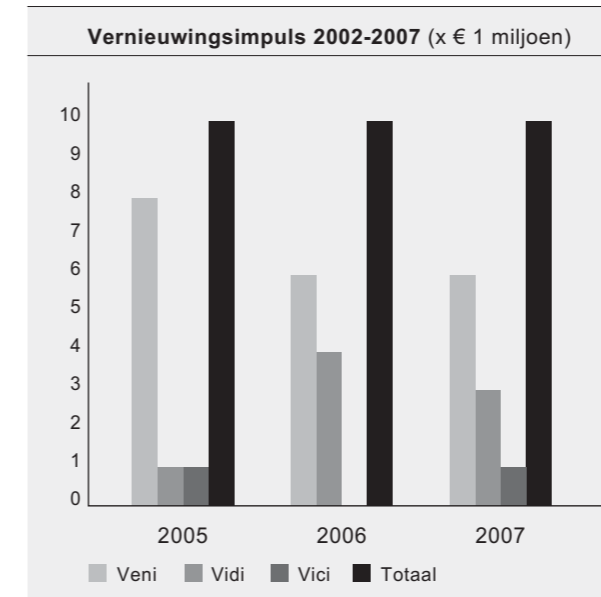
Aantal meldingen aangeboden aan de Centrale Meldingscommissie			
	2005	2006	2007
Totaal	1.338	1.909	4.396

Afdelingsoverstijgende meldingen incidenten aan Centrale Meldingscommissie		2007
Complicatie		0
Near miss		0
Calculated risk		1
Adverse event:		
– menselijk		78
– organisatorisch		60
– technisch		7
– patiëntgerelateerd		0
– menselijk en organisatorisch		6
Niet te rubriceren		22
Totaal		174

Aantal periodieke meldingen incidenten aan Centrale Meldingscommissie		2007
Faalfactor		
Technisch/materiaal		520
Organisatie		533
Menselijk		2.686
Patiënt gerelateerd		195
Overig		288
Totaal		4.222

Verbetermaatregel		2007
Technisch/materiaal		60
Organisatie		196
Menselijk		254
Patiënt gerelateerd		2
Overig		98
Totaal		610

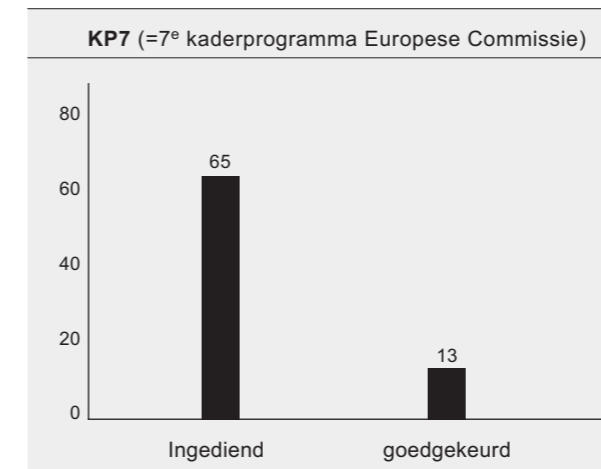
Onderzoek



Wervend vermogen (€ x 1.000)			
	2005	2006	2007
2e geldstroom	13.734	22.031	28.371
3e geldstroom	14.927	12.098	13.674
4e geldstroom	19.160	16.487	15.841
Totaal	47.821	50.616	57.886

Aantal publicaties en citaties					
1998-2006	Publicaties P	Citaties C	Citaties C+sc	C/P	Impactscore t.o.v. wereldgemiddelde
Alle UMC's	69.573	846.008	1.039.572	12,16	1,40
LUMC	10.312	139.006	170.816	13,48	1,42

Bron: Centrum voor Wetenschap- en Technologie Studies (CWTS)



Promoties			
	2005	2006	2007
	93	117	96

Bron: METIS, peildatum 1 maart 2007

Aantal promovendi van het LUMC		2007
Aiosko's (voorheen AGIKO's)		50
Oio's*		200
overige promovendi**		300
Totaal (geschat)		550

De registratie van de promovendi binnen het LUMC zal in de toekomst verder worden gespecificeerd.

* Door een proces van overheveling van Oio's in dienst van de LEI naar het LUMC is het feitelijke aantal Oio's in de LUMC-administratie 83.

** Bijvoorbeeld assistenten(niet)in opleiding tot specialist (A(n)io's, onderzoekers met externe financiering, analisten, externen (buiten promovendi).

Peildatum: 1 december 2007

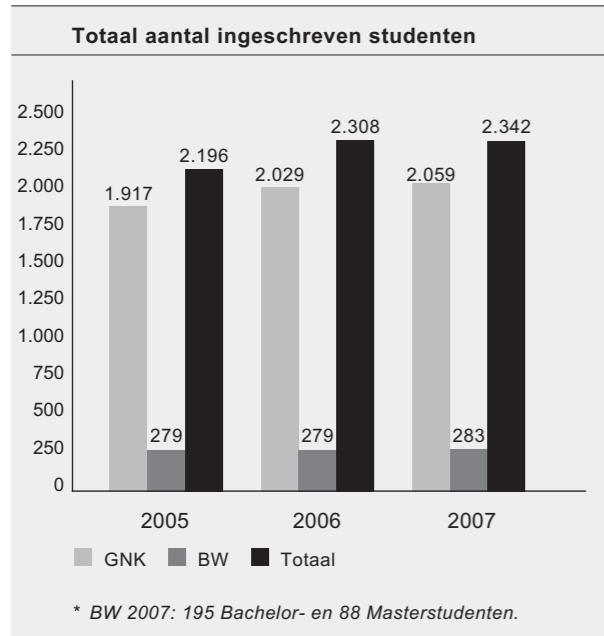
Octrooien			
	2005	2006	2007
Nieuw (aangevraagd)	9	15	14
In portefeuille	65	74	85
Beëindigd	5	6	3

Wetenschappelijke publicaties				
2003	2004	2005	2006	2007
1.098	1.167	1.333	1.374	1.463

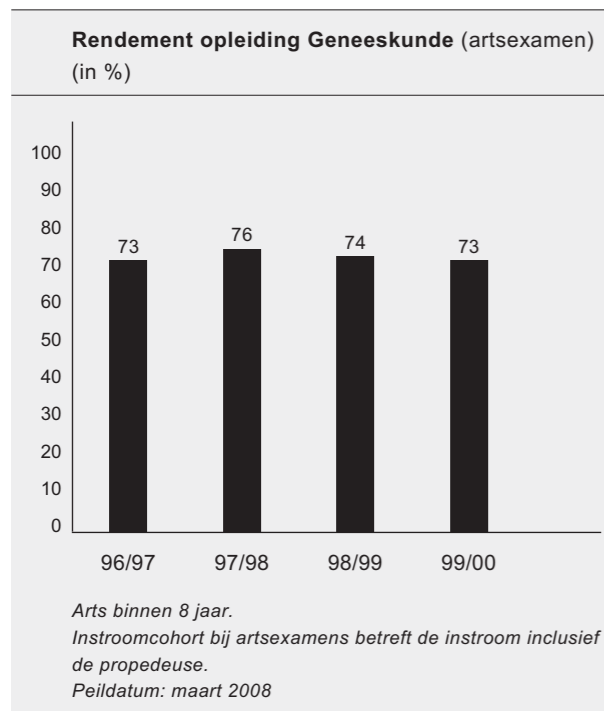
Bron: CWTS

Onderwijs, Opleidingen en Bij- en Nascholing

Aantallen studenten



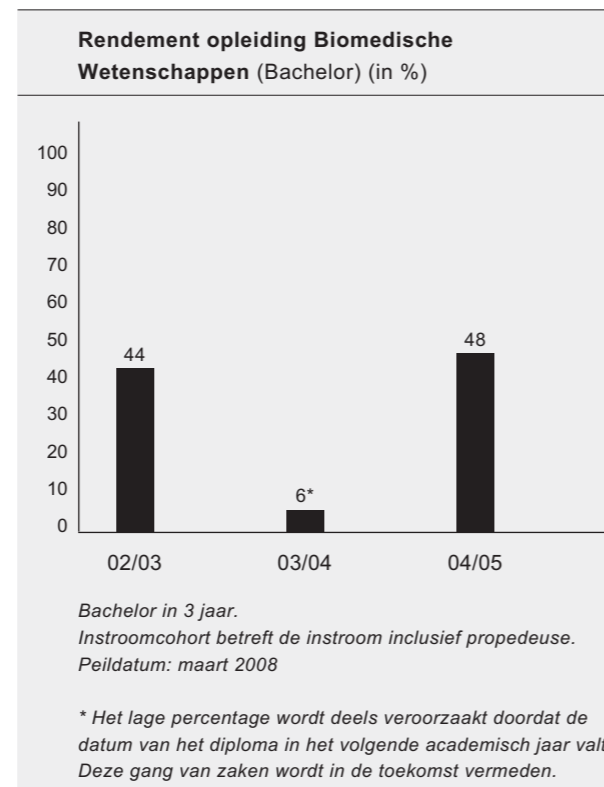
Studierendement



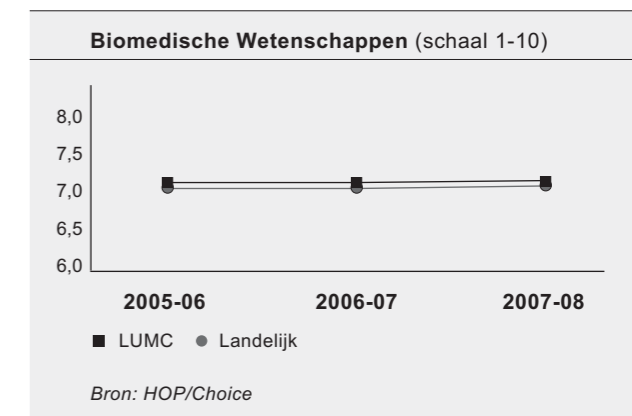
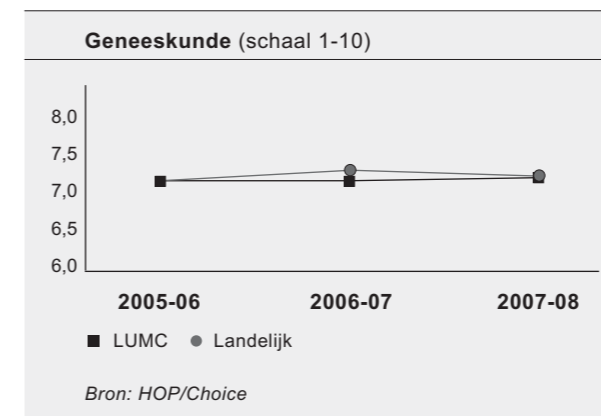
Internationalisering

Aantal studenten naar het buitenland

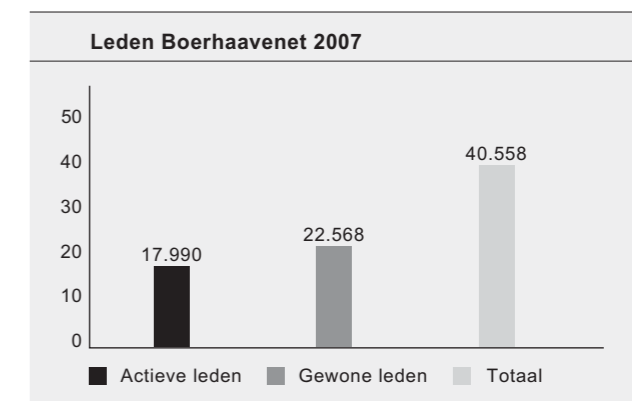
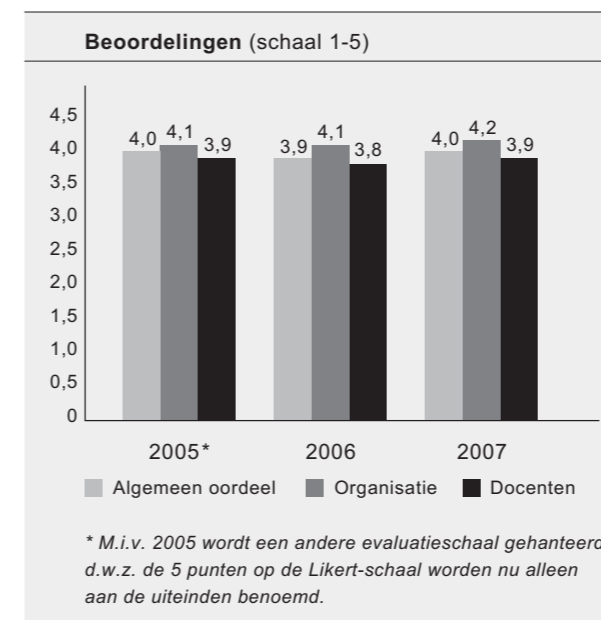
	04/05	05/06	06/07
- Biomedische Wetenschappen	23	21	16
- Geneeskunde	150	125	200
- Binnen Europa	56	46	49
- Buiten Europa	117	100	167



Studentenoordeel per collegejaar



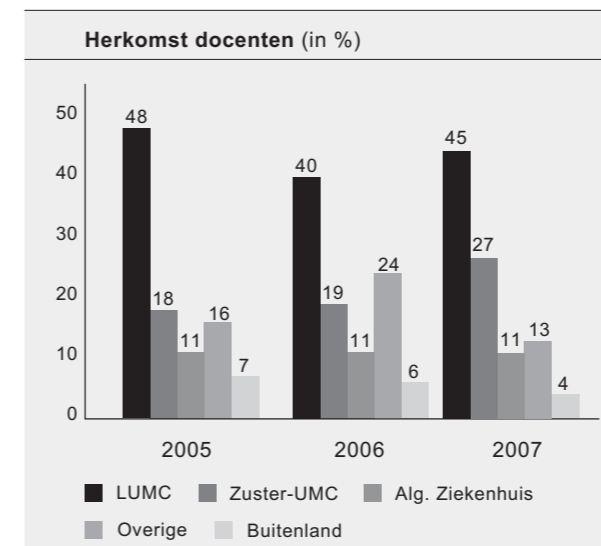
Bij- en Nascholing



Geaccrediteerde nascholing (incl. stralingscursussen)

	2006	2007
Aantal activiteiten	58	66
Aantal cursisten*	7.351	5.570

* Exclusief AIOS en PhD-studenten.



Geaccrediteerde en niet-geaccrediteerde nascholing

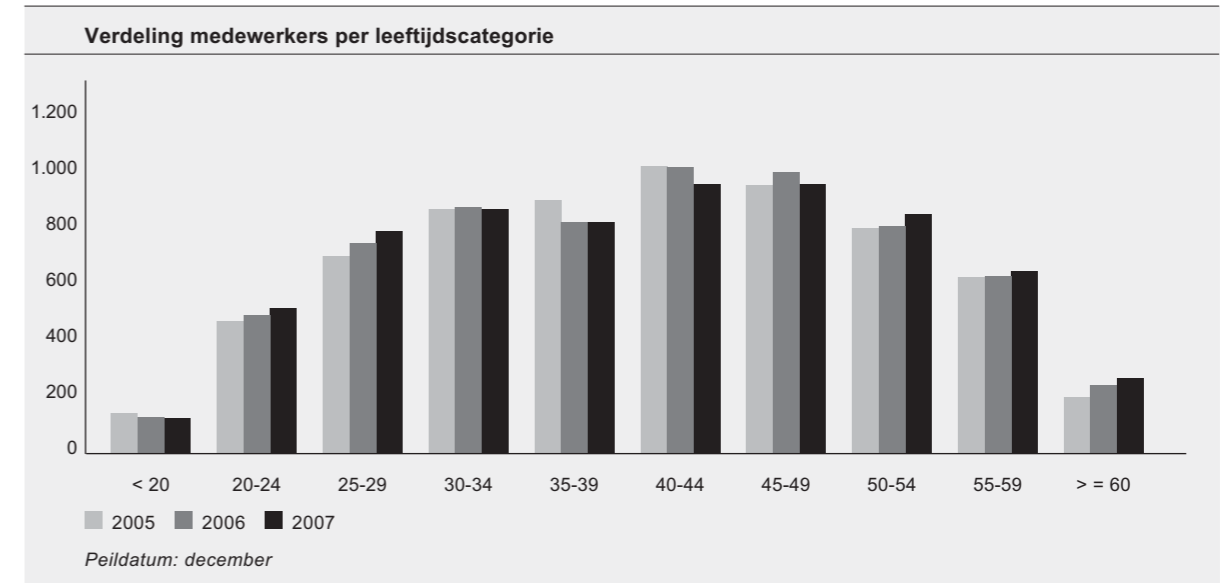
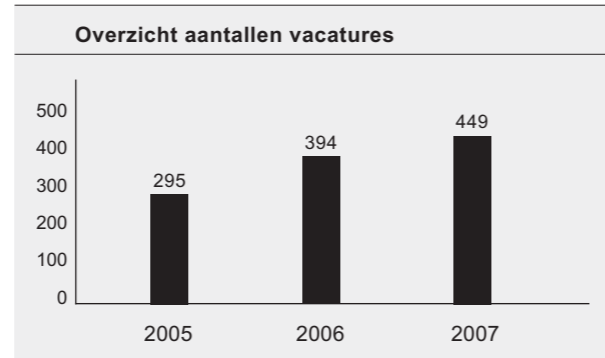
	2006	2007
Aantal activiteiten	100	144
Aantal cursisten*	8.180	13.087

* Exclusief AIOS en PhD-studenten.

Medewerkers

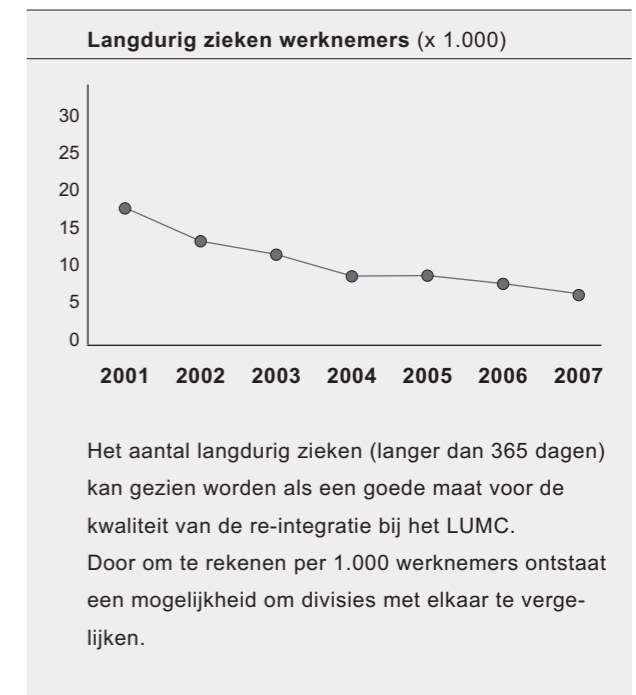
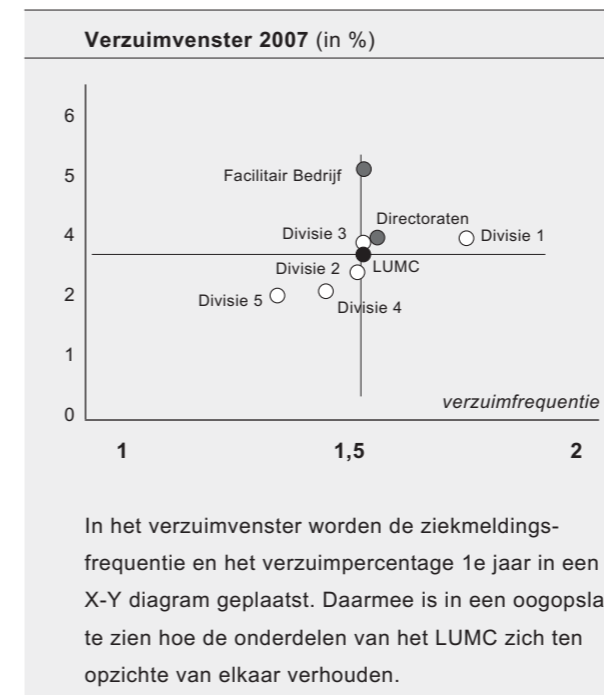
Aantal werknemers*			
	2005	2006	2007
Aantal werknemers	6.270	6.394	6.586
Aantal FTE's	5.155	5.261	5.454
Deeltijdfactor	0,82	0,82	0,83

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



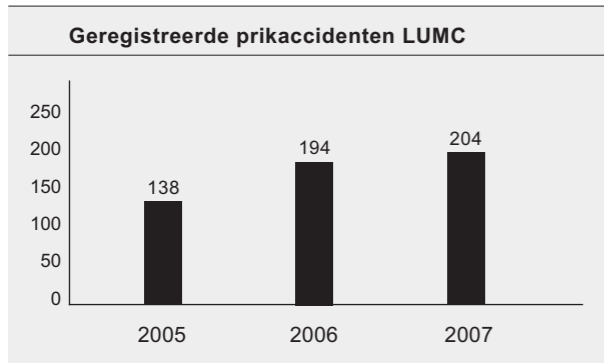
In dienst en uitstroom 2007				
	In dienst		Uitstroom (in fte)	
	2006	2007	2006	2007
Medisch Wetenschappelijk personeel	353	355	7	14
Arts-assistenten & Basisartsen	380	405	9	15
Wetenschappelijk onderzoek & onderwijs	456	474	20	36
Verpleging & Verzorging	932	967	31	39
Klinische (mede)behandeling	202	197	31	84
Klinische ondersteuning	353	369	39	33
Analytisch personeel	609	610	46	57
Staf, Administratie & Secretariaat	915	934	48	63
Personeel in Opleiding	228	292	50	92
Facilitair personeel (incl. ICT)	555	576	61	89
Management	176	170	79	106
Overige functies	97	105	81	103
Functiefamilie	5.256	5.454	503	732
Uitstroompercentage			9,8%	13,9%

Uit dienst: het aantal medewerkers dat in een bepaalde periode uit dienst is gegaan bij het LUMC en niet binnen 30 dagen weer in dienst is gekomen.



Influenzavaccinatie medewerkers LUMC			
	2005	2006	2007
Totaal aantal verstrekte influenza vaccinaties	1.791	1.768	1.856
Verstrekte vaccinaties aan artsen en verpleegkundigen	565	540	543
Vaccinatiegraad LUMC	26%	26%	27%
Vaccinatiegraad artsen en verpleegkundigen	27%	25%	25%

Financiële kengetallen



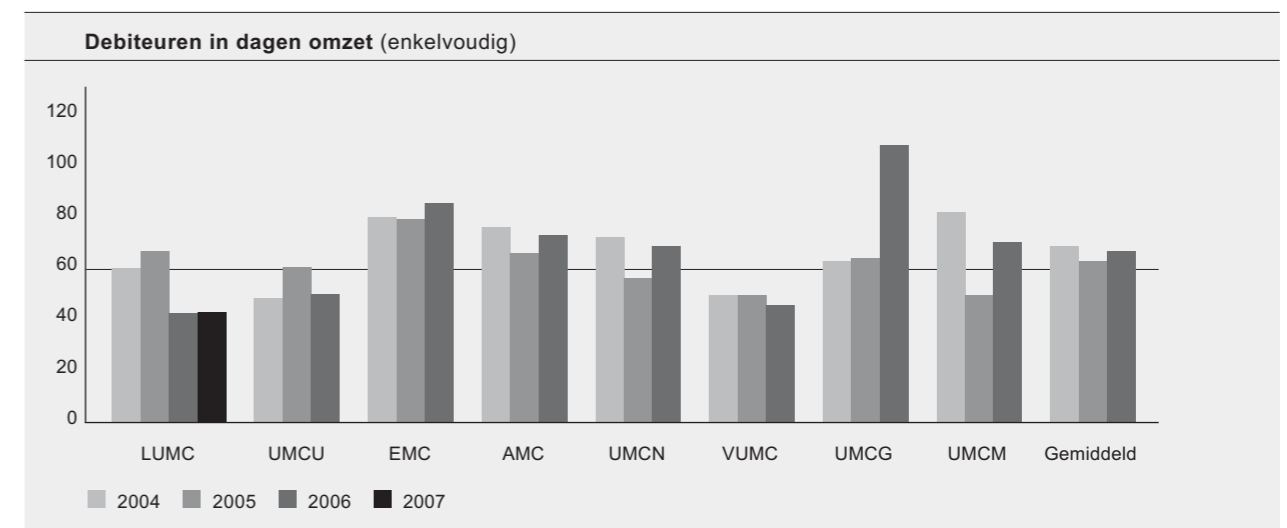
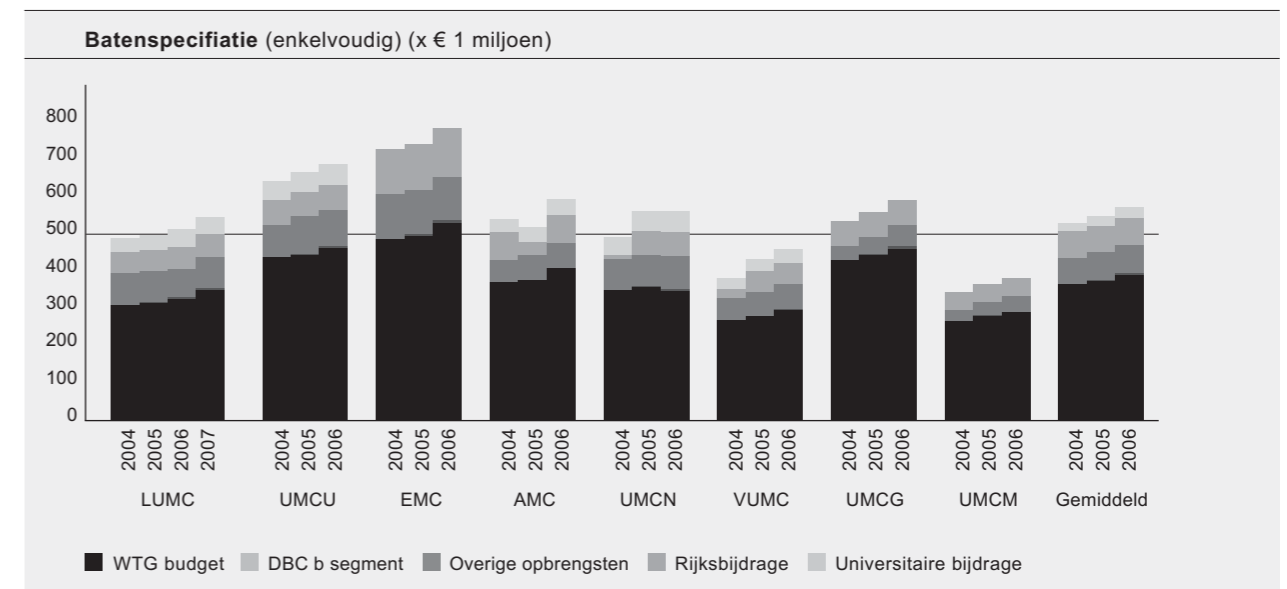
Ziekteverzuim en Verbaannorm

	Verbaannorm (=target)	Verzuimpercentage 2005	Verzuimpercentage 2006	Verzuimpercentage 2007
Divisie 1	4,0	3,71	4,01	3,67
Divisie 2	3,9	3,44	3,47	2,97
Divisie 3	3,7	4,43	3,77	3,56
Divisie 4	3,9	4,05	2,85	2,59
Divisie 5	3,6	2,30	2,17	2,53
Facilitair Bedrijf	4,8	5,56	4,43	5,03
Directoraten	4,2	4,60	3,58	3,68
LUMC	3,9	3,94	3,50	3,34

Jaarresultaat (enkelvoudig) (x € 1 miljoen) *

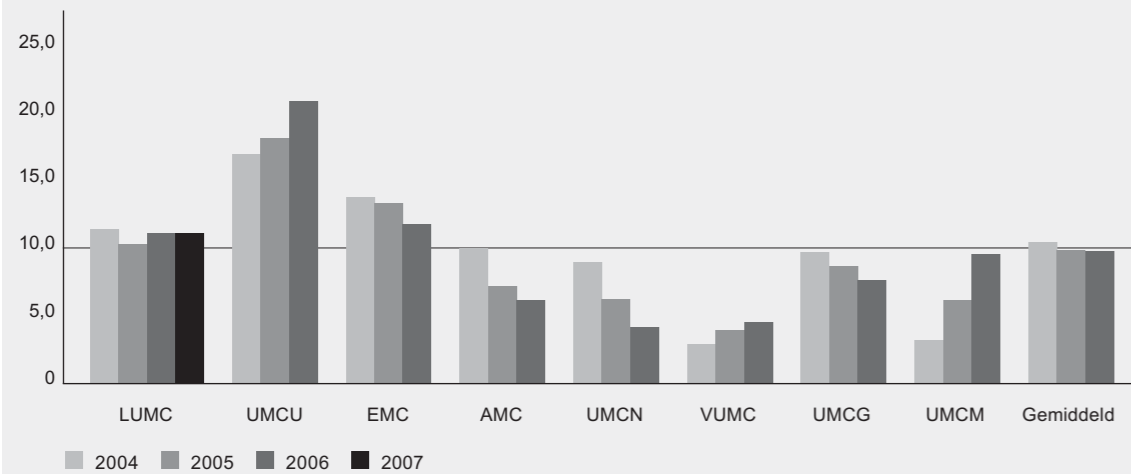
	2004	2005	2006	Gemiddeld	2007
LUMC	3	12	7	7,3	-2
UMCU	26	23	24	24,3	
EMCR	6	4	13	7,3	
AMC	11	-4	-2	1,7	
UMCN	1	0	-12	3,7	
VUMC	1	5	3	3	
UMCG	1	3	1	1,7	
UMCM	1	9	14	8	
Gemiddeld	6	4	5	6	

* Bron: (enkelvoudige) jaarrekening

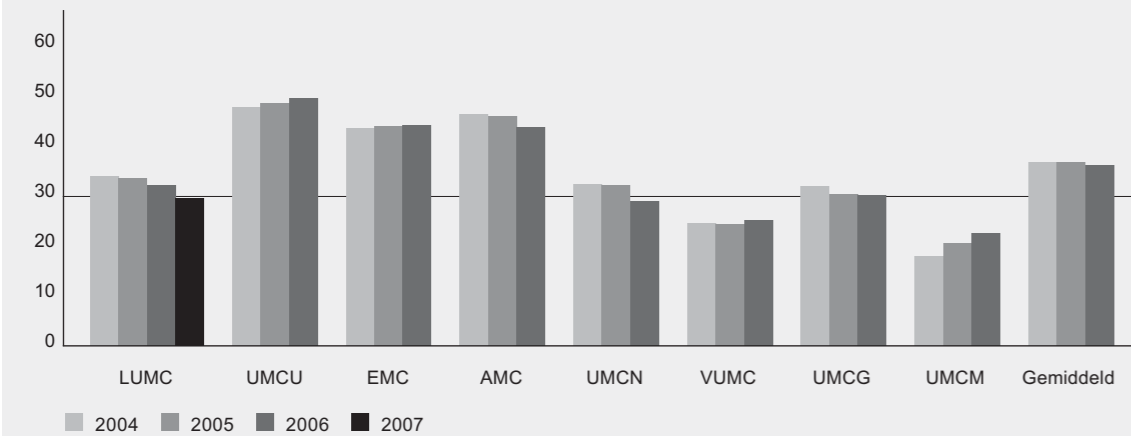


Samenleving

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

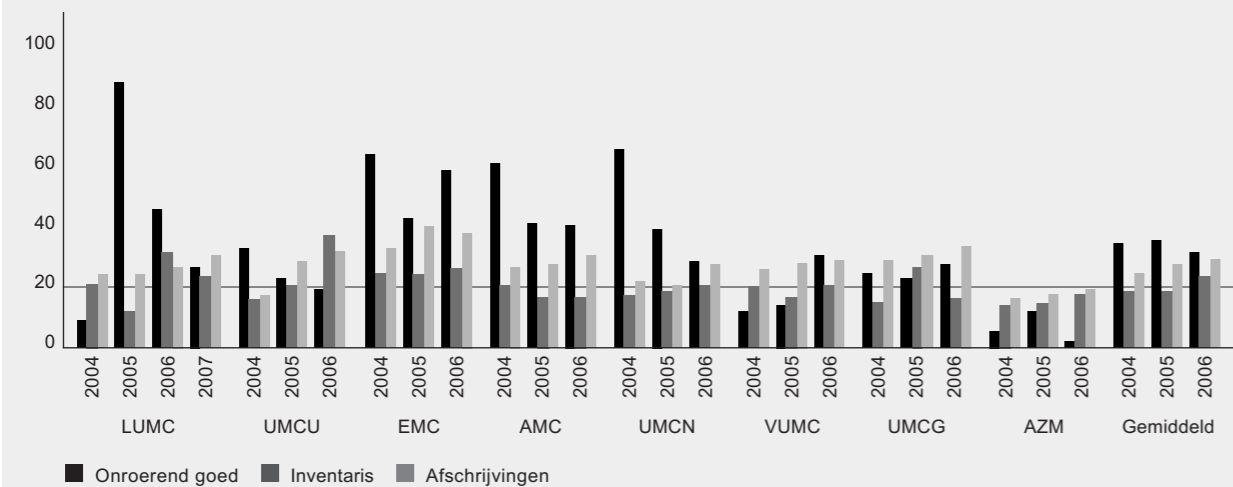


Weerstandsvermogen* als percentage van de baten (enkelvoudig) (in %)



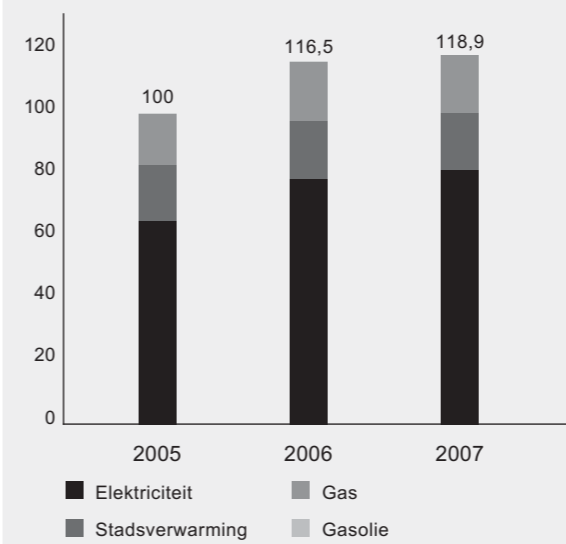
* Eigen vermogen + egalisatierekening afschrijvingen + voorzieningen.

Investeringen (apparatuur en bouw) en afschrijvingen 2007 (x € 1 miljoen)



Milieu

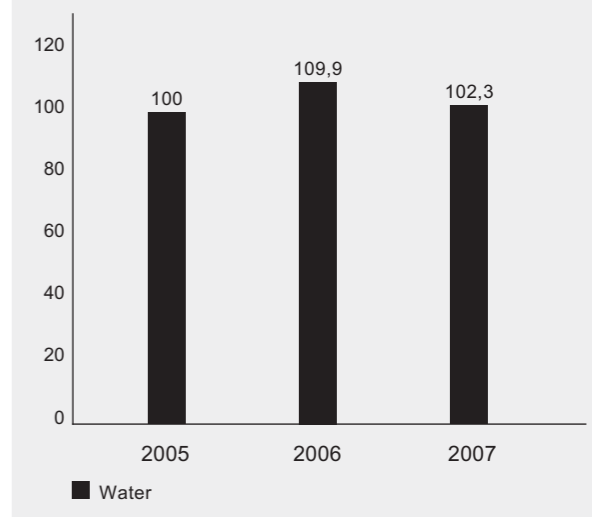
Energieverbruik totaal LUMC (index 2005 = 100)



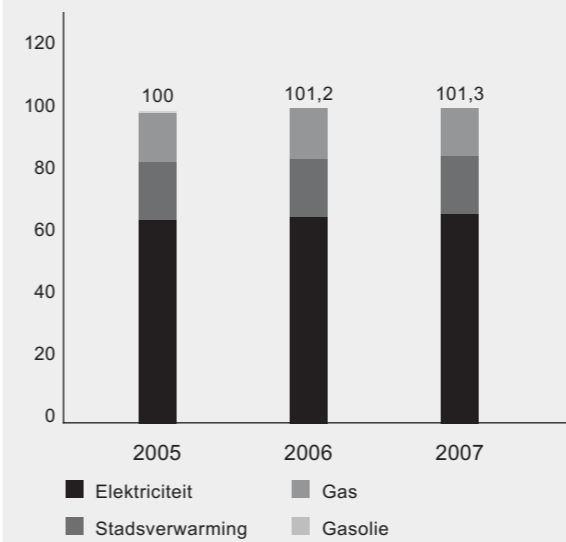
Energie verbruiken berekend naar primaire energie en gecorrigeerd voor weersinvloeden.

Het energieverbruik is door uitbreiding met Gebouw 3 (9.248 m²), de portocabines Gebouw 1 (2.080 m²) en de ruimte voor de 7-Tesla (525 m²) toegenomen.

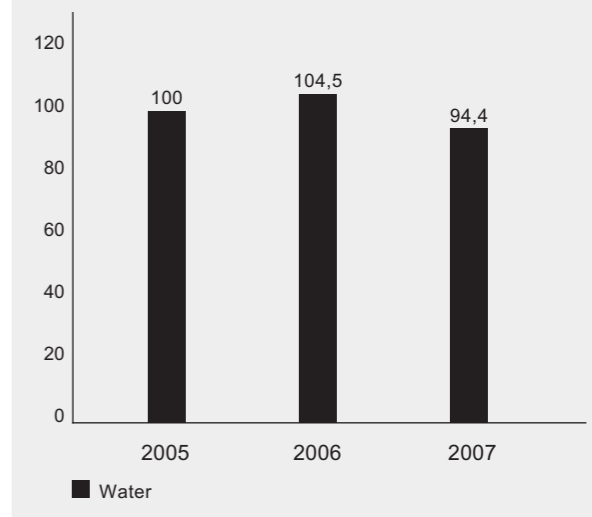
Waterverbruik (index 2005 = 100)



Energieverbruik Gebouw 1 (index 2005 = 100)



Waterverbruik Gebouw 1 (index 2005 = 100)



MJA-2

Begin 2003 is het LUMC toegetreden tot de Meerjarenafpraak Energie-efficiency 2001-2012 (MJA-2). Deze meerjarenafpraak is erop gericht om volgens de in deze meerjarenafpraak afgesproken procedures een bijdrage te leveren aan de verbetering van de energie-efficiëntie van de branche. In 2008 dient een nieuw Energie Besparings Plan (2009-2012) te worden opgesteld.

Energiezorgsysteem

Uit de audit van september 2007 is geconstateerd dat de meeste elementen van de referentie energie-zorg zichtbaar aanwezig zijn bij het LUMC. Aandachtspunt is het expliciet uitvoeren van een periodieke interne audit op energie-zorg alsmede het periodiek houden van een management review. De doelstelling om in 2008 het vereiste niveau van het energie-zorgsysteem weer te hebben bereikt.

Energiezorgsysteem 2007					
Onderdeel	B.O.	Punten	Onderdeel	B.O.	Punten
Energiebeleidsverklaring	0	12	Documentatie energie-zorgsysteem	0	6
Energieaspecten	0	23	Documentenbeheer	0	13
Wettelijke en andere eisen	0	10	Beheersing van de werkzaamheden	0	8
Doel- en taakstellingen	0	18	Controle en meting	0	12
Programma	0	12	Afwijkingen, corrigerende en preventieve maatregelen	0	10
Structuur en verantwoordelijkheid	0	10	Registraties	0	20
Opleiding en bewustwording	0	5	Energie-zorgaudits	2	7
Communicatie	0	12	Evaluatie	0	3
Subtotaal	0	102	Totaal aantal punten	2	181

Conclusie: Hiermee komt het totaal op 181 punten. Er zijn twee belangrijke onvolkomenheden (B.O.) geconstateerd. De systeemclassificatie is daarom gesteld op D.

Afval**Afvalverwijdering**

In 2007 is door het FB afdeling Afvalbeheer in samenwerking met Inkoop en de Afdeling Veiligheid, Gezondheid en Milieu de Europese Aanbesteding Afval afgerond. Bij de aanbesteding hebben milieu-aspecten relatief zwaar meegewogen. Beoordeeld zijn: verwerkingsmethode, afstand tot verwerker en het hebben van een gecertificeerd milieuzorg-systeem. Er is een extra afvalstroom geïntroduceerd,

te weten: kunststof. Na de aanbesteding is gestart met het wijzigen van de afvalhandleiding aan de actuele situatie. Door wijzigingen in de wetgeving van het Landelijke Afval Plan (LAP Sector 10) is er een relatief sterke toename van het Infectieus Afval binnen het LUMC terug te zien. De overige afvalstoffen laten een verdere afname zien, als we verrekenen naar vierkante meter (door het in gebruik nemen van Gebouw 2 en 3).

Afvalstroom	Hoeveelheid 2007 (kg)	Kosten (€)	€ per kg
Restafval	1.526.090 (85%)	27.861,80	0,084
Karton en Papier	369.710 (21%)	- 7.584,23	-0,021
Glas	30.380 (2%)	970,30	0,032
Grof bedrijfsafval (excl. verbouwingen)	42.000 (2%)	7.168,51	0,171
Gevaarlijk Afval	51.749 (3%)	25.670,34	0,496
Infectieus Afval (UN 3291)	217.500 (12%)	134.172,00	0,617

Afvalverwijdering	2005	2005	2006	2006	2007	2007
	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	185	-4*	274	-7*	370	-8*
Papier ter vernietiging	151	2	94	1	87	1
Overige bedrijfsafvalstoffen	990	163	1.103	170	1.526	27
Gevaarlijk afval	55	38	46	27	52	26
Specifiek ziekenhuisafval	197	148	207	152	218	134
Totaal	1.578	347	1.724	343	2.253	180

* Positieve opbrengst (verkoop oud papier).
** Dankzij de Europese aanbesteding zijn de kosten voor afvalverwijdering sterk gedaald.

Telefonische bereikbaarheid LUMC

	2005	2006	2007	norm *
Beantwoord doorkiesnummers	87-89%	77-79%	78%	95%
Beantwoord telefooncentrale	94-97%	97-98%	97%	95%
Wachttijd alle beantwoorde gesprekken	76% < 15 sec	83% < 15 sec	82% < 15 sec	80% < 15 sec
Wachttijd telefooncentrale	62% < 15 sec	74% < 15 sec	70% < 15 sec	90% < 15 sec

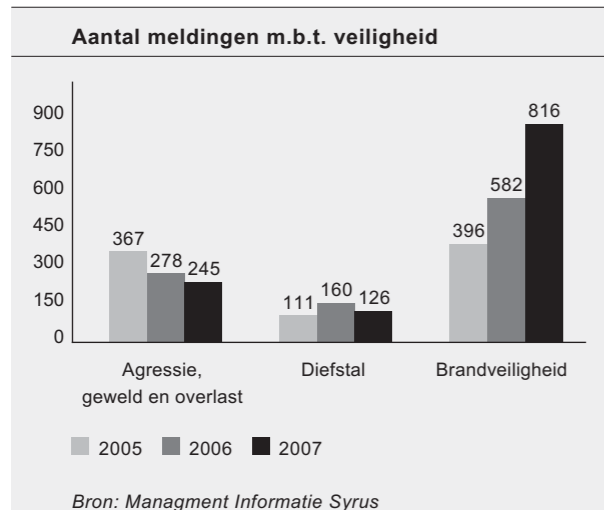
* De norm is afgeleid van ervaringsgetallen door INTERVIEW-NSS B.V. in het segment gezondheidszorg. De spreiding verwijst naar de verschillende % per dag in de week. Deze is in 2007 nagenoeg constant over de dagen van de week.

Veiligheid in en om de gebouwen

Beveiliging

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

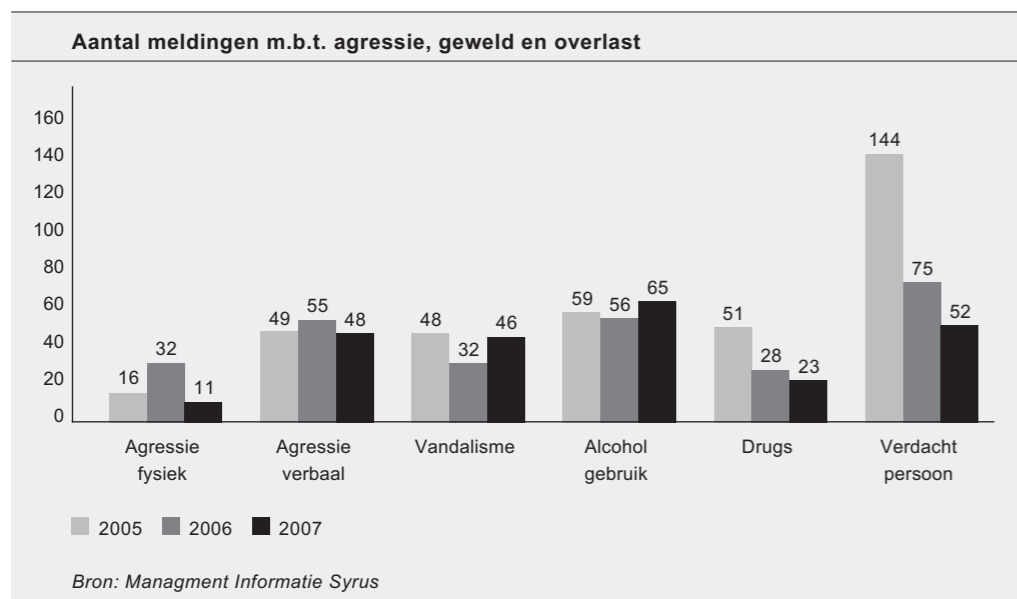
De meest in het oog springende meldingen zijn in de onderstaande grafiek weergegeven.



Nadere uitdieping per meldingstype:

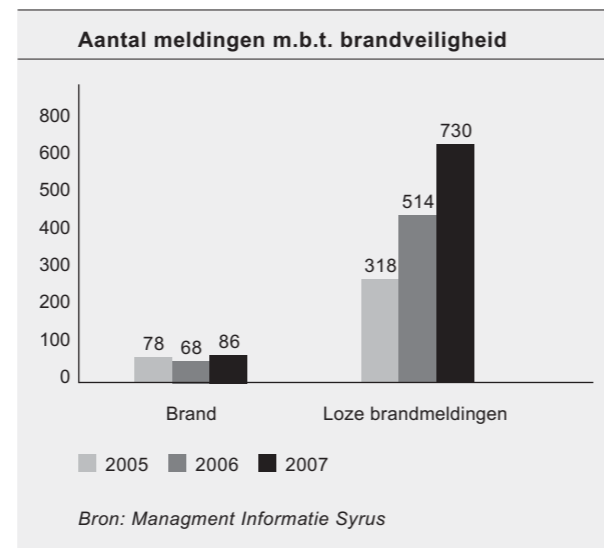
Aggressie, geweld en overlast

De meldingen met betrekking tot agressie (zowel fysiek als verbaal) betroffen zonder uitzondering agressie door externen jegens medewerkers. Het merendeel van deze meldingen vindt plaats in of rond het Centrum Eerste Hulp (35 van de 59).



Brandveiligheid

Loze brandmeldingen betreffen veelal een vooralarm dat over kan gaan in een brandalarm. Een vooralarm wordt vaak veroorzaakt door werkzaamheden (stofvorming/vervuilde melders en rookontwikkeling bij bijvoorbeeld lassen of slijpen) maar ook door storingen in het systeem. De stijging met in 2007 met 216 loze meldingen ten opzichte van 2006 wordt veroorzaakt door de vele bouwwerkzaamheden en het implementeren van de nieuwe brandmeldingcentrales in Gebouw 2, Gebouw 3 en het Poortgebouw, waarbij veel storingen zijn ontstaan.



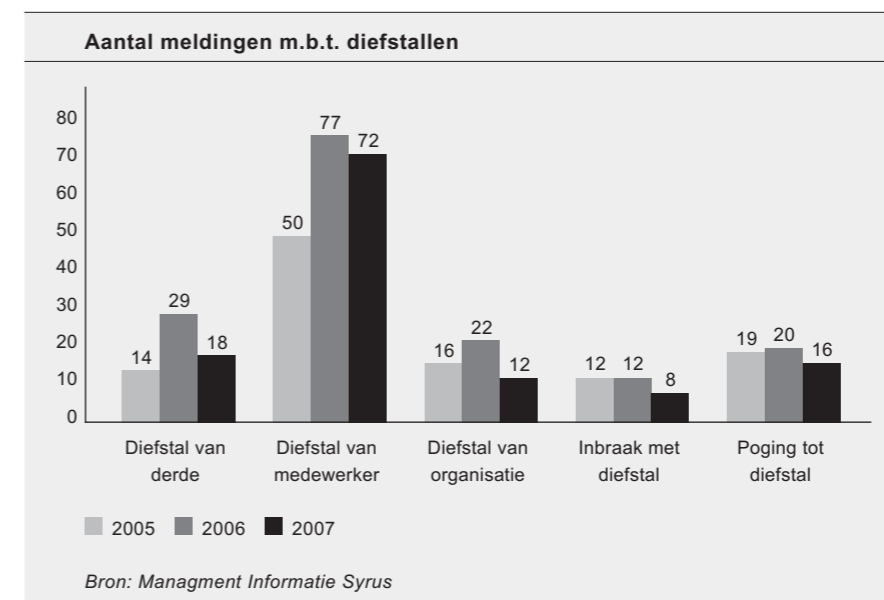
Vooralarmen die worden doorgemeld aan de brandweer, worden geregistreerd als brand. Het merendeel van de brandmeldingen betreft kleinere branden, zoals prullenbakbranden (35x), kortsluiting in apparatuur en stoomvorming.

Gedurende 2007 hebben zich de volgende vier calamiteiten voorgedaan. In maart heeft er een brand gewoed in een complex aan de Bachstraat te Leiden. Naar aanleiding van deze brand is het rampenprotocol in werking getreden. In april was er een brand op een verpleegafdeling op C-11. Deze locatie is ontruimd. Eind september is de Longfunctiekamer ontruimd naar aanleiding van ventilatieproblemen. Eind december ten slotte heeft er brand gewoed op de verpleegafdeling C-8. Deze locatie is naar aanleiding van de brand ontruimd.

Bovenstaande calamiteiten zijn geëvalueerd met de brandweer. Gesteld kan worden dat de ontruimingen snel zijn verlopen en dat er door alle betrokken partijen adequaat is gehandeld. Er zijn aanvullende maatregelen voorgesteld, welke met de Raad van Bestuur zijn besproken.

Diefstallen

Het gros van de diefstallen vindt plaats in Gebouw 1 (64%) en op het buitenterrein (28%). In de meeste gevallen betreft het persoonlijke eigendommen van medewerkers of bezoekers (portemonnees, mobiele telefoons, fietsen, e.d.). Een relatief nieuw verschijnsel is dat zesmaal een poging tot diefstal is gedaan van koper op bouwlocaties.



Bedrijfs hulpverlening

De uitvoering van de geplande oefeningen verloopt voorspoedig. Uit evaluatie van oefeningen is gebleken dat de bezetting van Beveiliging in de avonduren en in het weekend uitgebreid dient te worden. Voor 2008 is budget toegekend om de uitbreiding in de avonduren invulling te kunnen geven. Naar aanleiding van de gevoerde awareness campagne is geconcludeerd dat de bekendheid met ontruimingsplannen en rampen- en calamiteitenplannen verbeterd zou moeten worden. Hiertoe zal een e-learning programma worden ontwikkeld.

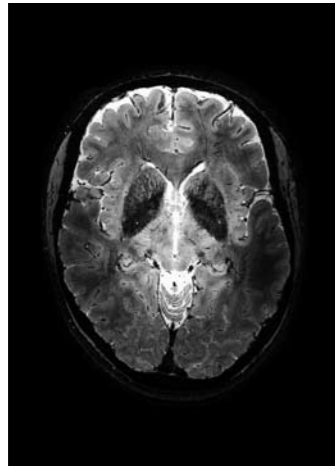
Oefeningen Bedrijfs hulpverlening		
	Gepland 2007	Uitgevoerd 2007
Voorlichting		8
Ontruimingsoefeningen		12
Bereikbaarheidsoefeningen		1
Totaal	19	21
Bestuurlijke oefeningen	2	2

Lijst van afkortingen

AAA – Aneurysma aorta abdominale	EZ – Ministerie van Economische Zaken	NFU – Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra	VISTA – Virtual Institute for Seven Tesla Applications
ADE – Adverse Drug Event	FB – Facilitair Bedrijf	NGI – Netherlands Genomics Initiative	VOF – Vennootschap onder firma
Agiko – assistent geneeskundige in opleiding tot klinisch onderzoeker	FES – Fonds Economische Structuurversterking	NIAZ – Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen	VROM – Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer
AIOS – Arts In Opleiding tot Specialist	FLITS – Financieel Logistiek Inkoop Totaal Systeem	NIH – National Institutes of Health (VS)	VUMC – Vrije Universiteit Medisch Centrum
AIOSKO – Arts In Opleiding tot Specialist en Klinisch Onderzoeker	FTE – Fulltime equivalents	NVAO – Nederlands Vlaamse Accreditatie Organisatie	VWS – Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
AMC – Academisch Medisch Centrum	FuwaVaz – Functiewaarderingssysteem Vereniging academische ziekenhuizen	NVZD – Vereniging van bestuurders in de gezondheidszorg	WAO – Wet Arbeidsongeschiktheid
AMI – Acuut myocardinfarct	GCP – Good Clinical Practice	NWO – Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek	WBMV – Wet Bijzondere Medische Verrichtingen
AO-IC – Administratieve Organisatie – Interne Controle	GGZ – Geestelijke Gezondheidszorg	O&O – Onderwijs en Opleiding	WHW – Wet op Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek
AZL – Academisch Ziekenhuis Leiden	GHOR – Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen	OC – Onderdeelcommissie	WIA – Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen
BAC – Behandeladviescentrum (Ouderen)	GNK – Geneeskunde	OCW – Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap	WMG – Wet Marktordening Gezondheidszorg
BAT – Bewaking Antimicrobiële Therapie	GRP – Good Research Practice	Oio – Onderzoeker in opleiding	WTZi – Wet Toelating Zorginstellingen
BHC – Boerhaave Commissie	HRM – Human Resource Management	OK – Operatie Kamer	ZBC – Zelfstandig behandelcentrum
BIG – Beroepen Individuele Gezondheidszorg	IC – Intensive Care	OOR – Onderwijs- en Opleidingsregio	ZIS – Ziekenhuis Informatie Systeem
BMJ – British Medical Journal	ICD – Implanteerbare Cardioverter Defibrillator	OR – Ondernemingsraad	ZonMw – Nederlandse Organisatie voor Gezondheidsonderzoek en zorginnovatie
BMM – BioMedical Materials	ICSI – Intracytoplasmatische Sperma Injectie	PACS – Picture Archiving and Communication System	
BSP – BioScience Park	ICT – Informatie- en communicatietechnologie	PACZ – Psychiatrie in Academische Ziekenhuizen	
BV – Besloten vennootschap	IGZ – Inspectie van de Gezondheidszorg	PDMS – Patiënt Data Management Systeem	
BW – Biomedische Wetenschappen	IKW – Integraal Kankercentrum West	PhD – Hoogste academische graad; researchdoctoraat	
CAO – Collectieve Arbeidsovereenkomst	Isis – Interuniversitair studenten informatiesysteem, Universiteit Leiden	PI – Prestatie-indicator	
CCKL – Coördinatie Commissie ter bevordering van de Kwaliteitsbeheersing op het gebied van Laboratoriumonderzoek in de gezondheidszorg	IVF – In Vitro Fertilisatie	QAME – Quality Assessment in Medical Education	
CCMS – Centraal College Medisch Specialisten	Jaardocument MV – Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording	SID – Stichting Informatie Proefdieren	
CEH – Centrum Eerste Hulp	KFT – Klinische farmacotherapie	SKE – Subsidieregeling Kennisexploitatie	
CIBA – Commissie Instroom Buitenlandse Artsen	KNAW – Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen	SpOp – Specialistische Opleidingen	
CIBG – Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg	LEI – Universiteit Leiden	STW – Technologiestichting STW; divisie Technische Wetenschappen van NWO	
CMSB – Centre for Medical Systems Biology	LERU – League of European Research Universities	SZW – Ministerie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid	
CRAZ – Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen	LHCR – Landelijke Heelkunde Complicatie Registratie	Ti-GO – Top Instituut voor Gezond Ouder Worden	
CT – Computer Tomografie	LIBC – Leiden Institute for Brain and Cognition	TI-Pharma – Top Instituut Pharma	
CTMM – Center for Translation Molecular Medicine	LLPF – Leiden Leeuwenhoek Pre-seed Fund B.V.	UMC – Universitair Medisch Centrum	
CVA – Cardio & Vasculaire Aandoening	LNV – Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit	UMCG – Universitair Medisch Centrum Groningen	
CvAH – College voor Accreditatie Huisartsen	LPOD – Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus	UMCM – Universitair Medisch Centrum Maastricht i.o.	
CWTS – Centrum voor Wetenschap en Technologie Studies	LUMC – Leids Universitair Medisch Centrum	UMCN – Universitair Medisch Centrum St Radboud (Nijmegen)	
DBC – Diagnose Behandel Combinatie	MIP – Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg	UMCU – Universitair Medisch Centrum Utrecht	
DHAZ – Deregulering Huisvesting Academische Ziekenhuizen	MIS – Management Informatie Systeem	VAA – Vereniging van Arts Assistenten	
EMCR – Erasmus Medisch Centrum (Rotterdam)	MSRC – Medisch Specialisten Registratie Commissie	VGM – Afdeling Veiligheid, Gezondheid en Milieu	
EPD – Elektronisch patiëntendossier	NAMCE – Academic Medical Centers Netwerk		
ERP – Enterprise Resource Planning	NCAH – Netherlands Consortium for Healthy Ageing		
EVS – Elektronisch Voorschrijfsysteem			

Netwerken

Het LUMC zoekt de buitenwereld op en laat de buitenwereld binnen, ter wille van een betere gezondheidszorg. Daarom zoekt het overal de samenwerking en sluit het zich op alle terreinen aan bij netwerken of vormt die netwerken zelf. De illustraties in dit jaarverslag verbeelden een aantal van deze netwerken en laat zien op welke manier deze netwerken bijdragen aan het realiseren van de ambities van het LUMC.



Virtual Institute for Seven Tesla Applications (pag. 4)

Het Virtual Institute for Seven Tesla Applications (VISTA) is een netwerk waarin onderzoekers van het LUMC, het UMC Utrecht, het F.C. Donders Centrum en het UMC St Radboud nauw samenwerken op het gebied van ultrahoogveld-MRI-onderzoek. VISTA kreeg een FES subsidie van 19 miljoen euro. Met behulp van die overheidssubsidie kan meer onderzoek gedaan worden naar de ziekte van Alzheimer, migraine en het proces van veroudering. In het C. J. Gortercentrum van het LUMC, waar één van de MRI-scanners staat opgesteld, kunnen ook andere organisaties gebruik maken van de faciliteiten van VISTA. Het Leiden Institute for Brain and Cognition – een interdisciplinair netwerk van LUMC en Universiteit Leiden – gebruikt de 7 Tesla MRI bijvoorbeeld om antwoorden te vinden op vragen als: hoe ontwikkelen de hersenen zich bij opgroeiende kinderen? Wat gebeurt er in de hersenen als we spreken? En wat gaat er mis met hersenen bij beginnende dementie?

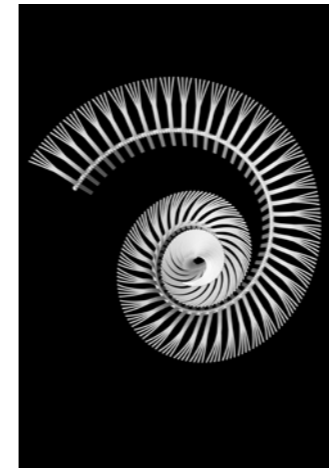
Illustratie: Hoge resolutie opname van de hersenanatomie. 7 Tesla MRI biedt veel meer detail van de structuur van de hersenen: de gelaagde structuur in de cortex (buitenste laag waar de denkprocessen plaatsvinden), de verbindingen tussen deze gebieden (U-fibers en witte stof banen) en het netwerk van afvoerende vaatjes. LUMC, afdeling Radiologie



Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (pag. 6)

Met zo'n 60.000 medewerkers werken de UMC's aan de vooruitgang van medische kennis en verbetering van de patiëntenzorg en fungeren ze gezamenlijk als kennisinstituut. Via de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) organiseren zij hun gemeenschappelijk belangen. De NFU is een zelfstandige organisatie, (bijna) alle activiteiten worden uitgevoerd door bestuurders (en medewerkers) van de UMC's. De NFU is een kennisinstituut voor patiëntenzorg, medisch wetenschappelijk onderzoek, innovatie, onderwijs en opleiding in Nederland. Instituten als de Gezondheidsraad, de Raad voor Gezondheidsonderzoek, het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) en de wetenschappelijke verenigingen maken gebruik van expertise van de professionals in de UMC's. Een derde van het totaal aantal wetenschappelijke publicaties in Nederland is afkomstig van de UMC's en met bijna 30.000 studenten vormen zij de opleidingsmotor voor de zorg en de daaraan gerelateerde sectoren. Onder leiding van de voorzitter van de Raad van Bestuur van het LUMC ontwikkelt de NFU een internetportal met een overzicht van alle topreferente zorg die de UMC's kunnen leveren.

Illustratie: Parelnoer is een nationaal project waarin elk Universitair Medisch Centrum gestandaardiseerde klinische gegevens van patiënten integreert in een Nationale biobank. Atelier Van GOG



Opleidings- en Onderwijs Regio (pag. 8)

Zowel voor de artsopleiding als voor vervolgoopleidingen tot medisch specialist maakt het LUMC gebruik van een netwerk van algemene ziekenhuizen en onderwijsinstellingen in regio. Samen vormen die de OOR: de Opleidings- en Onderwijs Regio. Nederland is – rond de acht UMC's – verdeeld in acht OOR's. De opleiding van artsen en verpleegkundigen wordt gecoördineerd vanuit het UMC. Het academische klimaat van de UMC's – met topreferente patiënten, fundamenteel en toegepast onderzoek – levert veel verschillende leersituaties en competenties op. Maar ook ervaring in de meer routinematige zorg is noodzakelijk voor de opleiding. Basisziekenhuizen en topklinische ziekenhuizen hebben een andere patiëntenmix, zorginhoud en organisatie waar artsen veel van kunnen leren. Met elkaar vormen ze een complete leeromgeving voor de toekomstige zorgverleners.

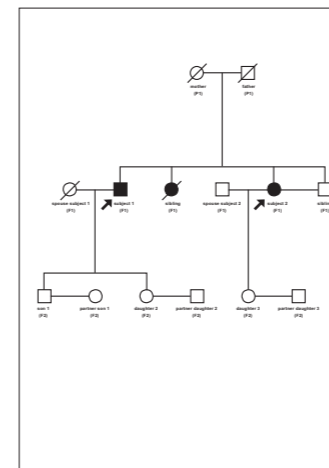
Illustratie: Schematische weergave van de gehoorzenuwvezels in het rechterbinnenoor, zoals gebruikt in het Leids computermodel van cochleaire implantatie. LUMC, afdeling KNO



Elektronisch patiëntendossier (pag. 30)

Het elektronisch patiëntendossier (EPD) is een van de voorbeelden van ICT-ondersteuning ter verbetering van kwaliteit en doelmatigheid van de patiëntenzorg. Het voordeel van dit ICT-netwerk is duidelijk: artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners die gerechtigd zijn het dossier in te zien, hebben op elk moment de beschikking over dezelfde informatie. Dankzij de elektronische toegankelijkheid is het uitwisselen en afstemmen van patiëntinformatie eenvoudiger en veiliger. Dubbele onderzoeken en conflicterende behandelingen worden voorkomen. Bovendien hoeft de patiënt niet steeds opnieuw dezelfde (administratieve) vragen te beantwoorden. Het LUMC wil dat vanaf 2009 alle afdelingen beschikken over een geavanceerd basis-EPD.

Illustratie: Verschillende soorten netwerkkabels. Atelier Van GOG.

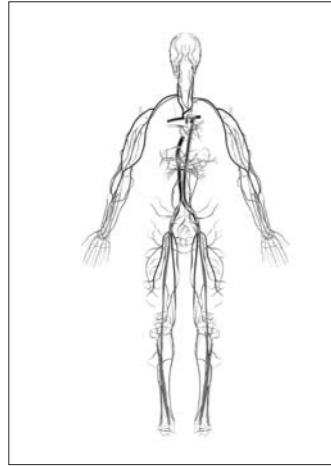


Top Instituut voor Gezond Ouder Worden (pag. 34)

Samenwerking in de ouderenzorg staat hoog op de agenda van zowel de overheid als de zorg zelf. Het Top Instituut voor Gezond Ouder Worden (TI-GO) – opgezet door het LUMC samen met de Erasmus Medisch Centrum – is een netwerk van uiteenlopende disciplines die zich met ouderen bezighouden. Ouderen lijden vaak aan meerdere aandoeningen tegelijk. Voor het beantwoorden van vragen rond het ouder worden zijn dan ook veel verschillende professionals nodig, variërend van moleculair bioloog tot psycholoog. Kern van de aanpak van TI-GO is een integrale benadering. Dankzij dit netwerk met korte lijnen tussen wetenschap, industrie en gezondheidszorg, kunnen nieuwe inzichten en technologieën sneller een toepassing krijgen.

Illustratie: Bewijs voor genetische verrijking voor buitengewone overleving door een familie-benadering: de Leiden LangLeven studie.

Manja Schoenmaker, Anton J M de Craen, Paul H E M de Meijer, Marian Beekman, Gerard J Blauw, P Eline Slagboom and Rudi G J Westendorp, European Journal of Human Genetics (2006) 14, 79–84. LUMC, afdeling Ouderengeneeskunde, Algemeen Interne Geneeskunde & Moleculaire Epidemiologie



Medical Delta (pag. 40)

In 2006 vonden het LUMC, de Universiteit Leiden, de TU Delft, de Erasmus Universiteit Rotterdam en het Erasmus Medisch Centrum elkaar binnen het thema *Health Science and Technology*, leidend tot het samenwerkingsverband Medical Delta. Doel van het netwerk is het verbeteren van de gezondheidszorg, door het combineren van de technologische kennis – die vooral in Delft aanwezig is – met de medische wetenschap en klinische expertise in de UMC's. Door bovendien banden aan te gaan met industriële partners ontstaan ook economische activiteiten. In 2007 is met succes een subsidie aangevraagd voor het opzetten van een *Business to Science Portal Holland*. De samenwerking heeft ook geleid tot projectsubsidies uit het overheidsprogramma 'Pieken in de Delta' en tot uitwisselingsprogramma's in het onderwijs.

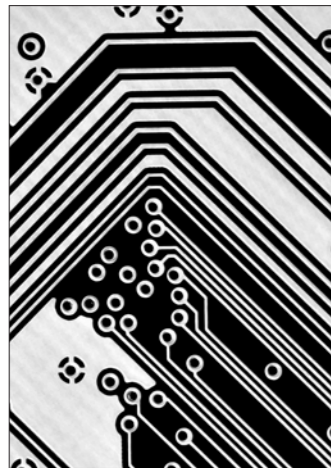
Illustratie: *Getekend bloedvatstelsel (aders & slagaders)*. Atelier Van GOG



Bioscience Park Leiden (pag. 46)

Sinds de start, in 1984, is het Bioscience Park (BSP) Leiden uitgegroeid tot het belangrijkste Life Science netwerk in Nederland en behoort het tot de top vijf van meest succesvolle wetenschapsparken in Europa. Het BSP huisvest een vijftigtal biotechbedrijven en een groot aantal kennisinstellingen voor onderzoek en opleiding. Dat zijn, naast het LUMC, onder meer de Faculteit Wiskunde & Natuurwetenschappen van de Universiteit Leiden, TNO Preventie & Gezondheid en Hogeschool Leiden. Beginnende bedrijfjes kunnen in de incubators van de stichting Biopartner ABC hun eerste stappen op de markt zetten, om zich uiteindelijk op het Bioscience Park te vestigen. Bekende farmaceutische bedrijven als OctoPlus, Pharming, Centocor en Crucell hebben hun eerste jaren in een van deze incubators doorgebracht. De gemeente Leiden, de onderwijs- en kennisinstellingen en het bedrijfsleven werken samen aan de verdere ontwikkeling en marketing van het Leidse Life Science netwerk, onder de noemer 'Leiden – life meets science'.

Illustratie: *DNA-model*. Atelier Van GOG



Sleutelnet (pag. 66)

Sleutelnet is in de regio Zuid-Holland Noord het elektronische netwerk voor informatie-uitwisseling tussen zorgverleners. Jaarlijks worden via het digitale netwerk duizenden specialistenbrieven, laboratoriumuitslagen, mutatieberichten en andere gegevens over patiënten uitgewisseld tussen verzekeraar, ziekenhuizen, huisartsen, laboratoria en fysiotherapeuten. Het LUMC gebruikt dit digitale netwerk onder meer voor het versturen van uitslagen van patiëntonderzoeken naar de huisartsen. Sleutelnet werd opgezet door zorgverzekeraar Zorg & Zekerheid (Z&Z) en is sinds 2007 een gezamenlijke BV van Z&Z, Diaconessenhuis Leiden, Rijnland Zorggroep, Rivierduinen en LUMC. Gezamenlijk willen zij het regionale ICT-netwerk verder uitbouwen.

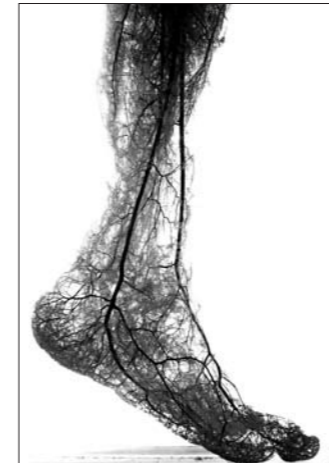
Illustratie: *Detailfoto van een printplaat (computeronderdeel)*. Atelier Van GOG



Werkplaats voor geestelijke gezondheidszorg (pag. 68)

Op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg werkt het LUMC nauw samen met de Stichting Curium Academisch Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie en de GGZ-instelling Rivierduinen. Het LUMC heeft een kleine eigen afdeling Psychiatrie en heeft daarnaast Rivierduinen en Curium als haar 'academische werkplaats'. Samenwerking is er niet alleen in de zorg voor psychiatrische patiënten, maar ook in het onderwijs aan medisch studenten. Rivierduinen en LUMC verzorgen samen een A-opleiding psychiatrie. De samenwerking met Rivierduinen richt zich met name op patiënten met stemmings-, angst- en/of somatoforme stoornissen. De behandeling van deze patiënten wordt vanaf het begin stelselmatig geëvalueerd met Questmanager, een digitaal systeem voor Routine Outcome Management. Ook Curium, dat bestuurlijk tot de LUMC Groep behoort, draagt bij aan het onderwijs, onder meer via stageplaatsen en cursussen bij de Boerhaave Commissie.

Illustratie: *Witte stof banen verzorgen verbindingen in de hersenen en met behulp van 3 Tesla MRI kan worden afgebeeld hoe deze bundels lopen*. LUMC, afdeling Radiologie



League of European Research Universities (pag. 76)

De League of European Research Universities (LERU) is een netwerk van twintig universiteiten voor het promoten van fundamenteel onderzoek van hoge kwaliteit. Uit de LERU is een intensief samenwerkingsverband ontstaan tussen vier Medische Clusters, NAMCE genaamd (Oxford University, Karolinska Institutet, Universiteit Leuven en het LUMC). Doel van deze samenwerking is de gedeelde behoefte om de *Academic Health Centers* adequaat te positioneren. Hiertoe zal in 2008 een positioneringsnota verschijnen waarin vooral aandacht besteed zal worden aan de maatschappelijke, economische en wetenschappelijke meerwaarde van de activiteiten van deze organisaties.

Illustratie: *Gedetailleerd bloedvatstelsel van de voet*. Atelier Van GOG

Colofon

Uitgave

Raad van Bestuur LUMC

Eindredactie en productie

Dick Duynhoven

Stina Duyverman-Slagter

Ondine Gort

Marleen van 't Oever

Ontwerp en lay-out

Atelier van GOG, Amsterdam

Illustraties

Atelier van GOG, Amsterdam

LUMC

Druk

Spinhex & Industrie BV, Amsterdam

Oplage

1.500

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 2008