

Inhoud

6 Voorwoord

8 De organisatie

- Structuur voor het Erasmus MC 10
- Financiële ontwikkelingen 11
- Erasmus MC in naam en beeld 14
- Nieuwbouw Erasmus MC: een medisch centrum-in-het-centrum 15
- Huisvesting: verbouwen en herbouwen 17
- Beter Besturen 19

22 Kwaliteit in het Erasmus MC

- Groeinderwijs op weg naar beter 24
- Heldere processen, optimale logistiek en verbetering van de zorg 26
- Milieubeleid 32
- Klachtenbemiddeling en -behandeling 33
- Fouten, Ongevallen, Bijna Ongevallen/Meldingen Incidenten Patiëntenzorg 34
- Anti-decubitus 35
- Revisie van het Rampenopvangplan 35
- Bijlagen: Uitleg gebruikte begrippen 37
 - Opbouw van de kwaliteitsorganisatie 38
 - Erasmus MC-brede commissies 39
 - Klachtenbemiddeling en -behandeling 41
 - Fouten, Ongevallen, Bijna Ongevallen/Meldingen Incidenten Patiëntenzorg 45

46 Mensen in de organisatie

- Actief op de arbeidsmarkt 48
- Op zoek naar de juiste functiemix 49
- Een serieus spel: management development in het Erasmus MC 50
- Arboconvenant en RIE 50
- Computer ondersteunend roosteren met 'Harmony' 51

52 Onderwijs en opleiding

- Erasmus-arts 2007 54
- Decentrale toelating 56
- Master of Science Programma voor excellente studenten: nu ook voor Neurosciences 56
- State-of-the art op de 1^e verdieping 57
- Opleidingsinstituut nieuwe stijl 58
- Dries Querido: vernieuwer met visie 59

60 Onderzoek

- Weer een jaar wijzer 62
- De Hoofdprogramma's: een beknopte terugblik 63
- Commissie Patiënt Gebonden Onderzoek (PgO) 71

72 Rondom de patiënt

- Living related nierdonaties 74
- Longtransplantatiecentrum op twee locaties 74
- ERASM – MS-centrum van start 75
- Brede samenwerking binnen het IBR 75
- Slokdarmpanel in de strijd tegen kanker 76
- Het bekkenbodem – ABC 76
- Oefenen op Simon 77
- Functiedifferentiatie: wat wordt de patiënt er beter van? 78
- www.erasmusmc.nl 79

80 Advies- en Medezeggenschapsorganen

- Stafconvent 82
- Adviesraad Zorg 82
- De Ondernemingsraad 83
- Faculteitsraad FGG 85

86 Algemene gegevens

- Namenregister 88
- In memoriam 89
- Zilveren Molewater de Monchypenning 89
- Associate deans FGG 89
- Overleg- en Adviesorganen 89
- Afscheidscolleges 90
- Benoeemingen, prijzen en onderscheidingen 90
- Leden van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW) 92
- Oraties 94
- Promoties 96
- Projecten Revolving Fund 99
- EUR-fellowships 100
- Door NWO/ZON MW gefinancierde onderzoeksprogramma's 100
- Overzicht van onderzoeksprojecten met een aanneemsom van meer dan € 225.000,- 101
- Organogram 102
- Samenstelling clusters 103
- Verslag Raad van Toezicht 104

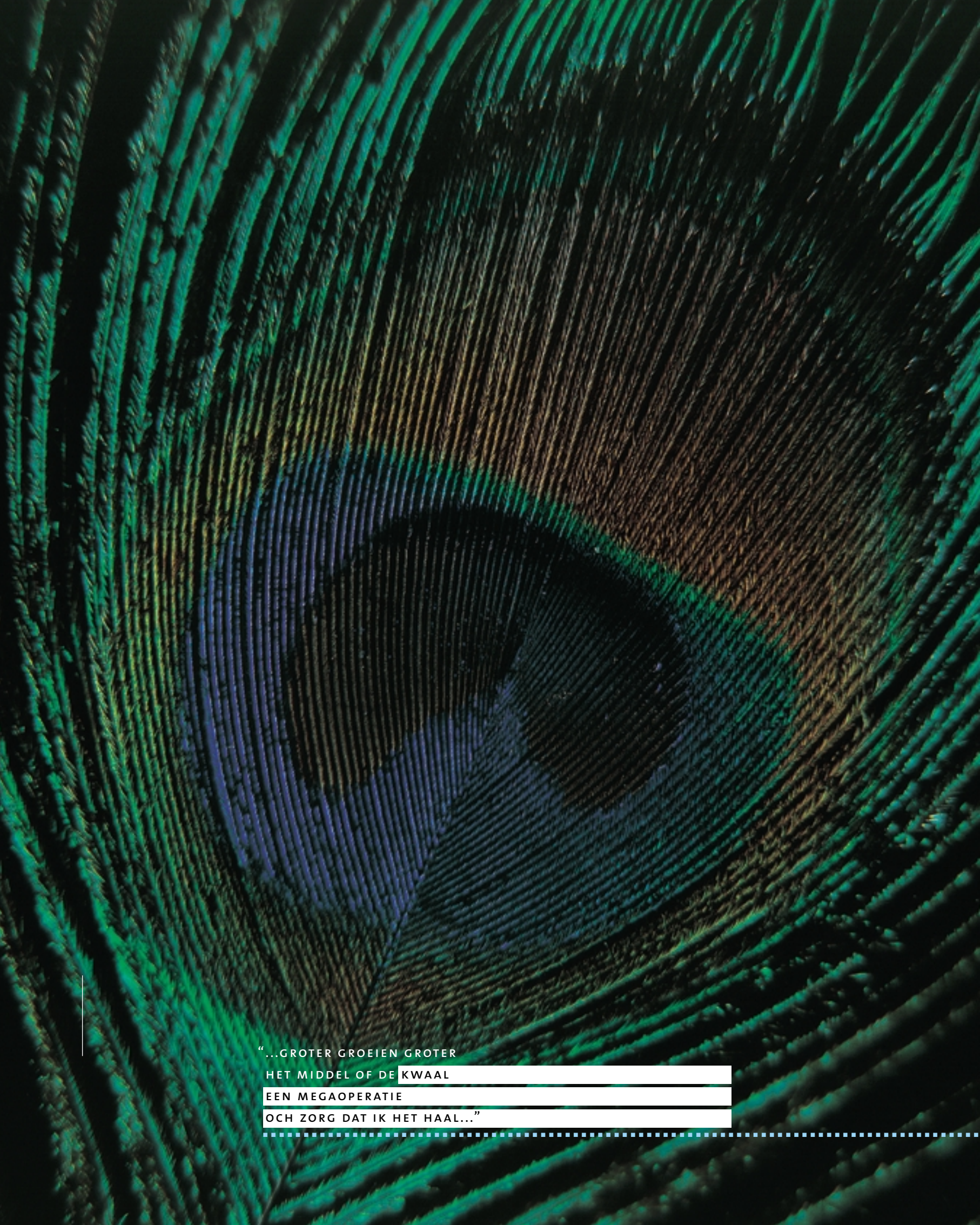
106 Financiële gegevens Erasmus MC

- Academisch Ziekenhuis Rotterdam 106

134 Financiële gegevens Erasmus MC

- Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen 134

139 Gebruikte afkortingen



“...GROTER GROEIEN GROTER
HET MIDDEL OF DE KWAAL
EEN MEGAOPERATIE
OCH ZORG DAT IK HET HAAL...”



Het thema van ons jaarverslag is Groeienderwijs: de basis van onze organisatie. Het Erasmus MC ontwikkelt zich groeienderwijs – terwijl we groeien worden we wijzer. Het thema zit verweven in alles wat we doen en dat klinkt vanzelfsprekend door in deze weergave van onze activiteiten in 2001.

Dit jaarverslag beeldt heel letterlijk onze groei uit.

Het Erasmus MC: een nieuwe naam voor twee gevestigde instituten die hun samenwerking concreet hebben gemaakt.

Dat leggen we onder meer vast met een nieuwe naam en huisstijl, nieuwe kleuren – we kijken met ‘nieuwe ogen’.

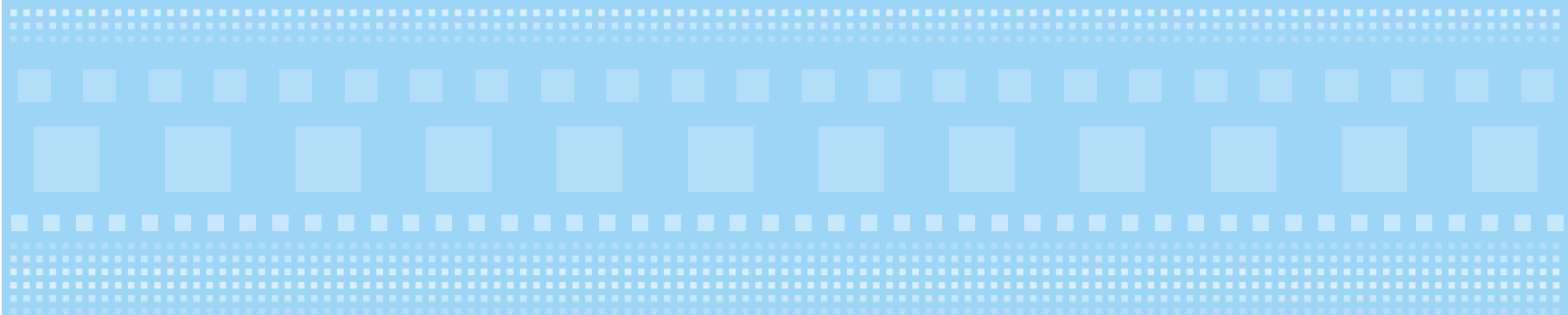
We bevestigen met deze vormgeving dat we kijken naar de hele mens – gezond en ziek. Dat uitgangspunt is te zien in de manier waarop de hoofdstukken van dit jaarverslag openen.

De gedetailleerde beelden van groeiende organismen doen welhaast abstract aan. Toch blijft het oorspronkelijke van het beeld bewaard: oog voor het detail zonder het totaal uit het oog te verliezen. Dat is het Erasmus MC. Dat is ook een van de gedachten achter ons motto: ‘Heel de mens’.

De poëzie op de openingspagina’s is niet afkomstig van beroemde dichters. De teksten zijn geschreven door representanten van ons ‘kapitaal’: de Erasmus MC-ers.

Mensen die zich stuk voor stuk inzetten voor onderzoek, onderwijs & opleiding en patiëntenzorg – mensen op wie ook in 2001 gebouwd kon worden.

Op het vouwblad dat als bijlage aan dit jaarverslag is toegevoegd, staan de volledige teksten van de gedichten.



Voorwoord

Prof.drs. Rien Meijerink

Groeien en glimlachen!

Je kunt van alle veranderingen buiten adem raken. 2002 is alweer een tijdje bezig, maar ik krijg nog wat na van het hectische jaar 2001. Nieuwe perspectieven in wetenschappelijk opzicht, reorganisaties, verbetering van zorgprocessen, een nieuw medisch curriculum, ingrijpende nieuwbouwplannen et cetera. Zo gaat dat in een groot en geanimeerd universitair medisch centrum. En we doen het niet voor niets. De resultaten die we boeken, mogen er zijn. Dat we financieel gezien orde op zaken hebben, is een uitstekend vertrekpunt voor de volgende jaren. Natuurlijk – we zijn er nog niet. We zullen ‘er’ waarschijnlijk zelfs nooit zijn, want het wetenschappelijk onderzoek en de gezondheidszorg ontwikkelen zich met de snelheid van een komeet. We worden steeds weer geconfronteerd met nieuwe kansen en bedreigingen. Onze financiële reserves zijn inmiddels wat aan de lage kant en we moeten even wennen aan ‘gehaald = betaald’. De afgelopen jaren hebben we, ondanks overduidelijke capaciteitsproblemen, steeds de afgesproken productie gehaald. Ik durf dus zonder meer te zeggen dat het goed gaat. Mijn complimenten voor alle harde werkers die dat voor elkaar hebben gekregen – ik heb daar heel veel respect voor! Ik zie dat iedereen zich enorm inspant als het gaat om onze drie hoofdtaken en ik ben dus een tevreden en trots bestuurder.

Toch – zoals ik al zei – zijn we er nog niet. Dit jaar beginnen we met het aanbrengen van meer structuur in ons complexe werk – een Erasmus MC-brede strategie.

De aanpak hiervoor gaan we dit jaar in samenwerking met anderen inzetten. Daarnaast mis ik nog iets. Iets heel anders, iets simpels. En misschien is het wel iets dat niet zonder meer past bij uiterst serieuze, vaak laconieke, harde werkers met opgestroopte mouwen.

Maar toch – ik mis het en wil er een lans voor breken: spontane vriendelijkheid. Dat lijkt me een mooie extra missie voor 2002. Ik zie het voor me: van baliemedewerker tot afdelingshoofd glimlacht het Erasmus MC. Naar elkaar, naar de patiënten, naar de studenten. Als we elkaar wat vriendelijker tegemoet komen, gaat alles nog lekkerder lopen.

Tegelijk realiseer ik me dat ik wellicht iets onmogelijks vraag – althans op dit moment. In 2001 hebben we voor het eerst een onderzoek laten uitvoeren naar de betrokkenheid van onze medewerkers. Daar was durf voor nodig, want de uitkomsten van dit soort onderzoeken zijn nauwelijks te voorspellen. Met de betrokkenheid van onze medewerkers bleek niet veel mis te zijn. Integendeel. Maar de resultaten van het onderzoek hebben ons wel veel te denken en te doen gegeven. De concentratie op de vorming van het Erasmus MC, de nieuwbouw en Beter Besturen heeft onze aandacht voor ons belangrijkste ‘kapitaal’ blijkbaar in de weg gezeten. De positieve betrokkenheid van de medewerkers blijkt uit het feit dat de meesten hun werk fantastisch vinden. Tegelijk echter hebben ze veel om over te klagen. Vooral voor wat betreft de communicatie met

leidinggevend en de arbeidsvoorwaarden overheerst de ontevredenheid. Voldoende redenen voor ons om meteen de handschoen op te pakken: we gaan met zijn allen opener en directer communiceren en we zorgen voor meer uitdagende arbeidsvoorwaarden. We gaan meer aandacht besteden aan de opleidingen en carrière-perspectieven van onze medewerkers en we zorgen voor een intern mobiliteitsbeleid. We continueren het management developmentprogramma voor alle leidinggevend en we maken een beleid dat er voor moet zorgen dat meer 'specialisten' uit de schaarse beroepsgroepen zich aan het Erasmus MC willen binden. En daarmee beginnen we niet morgen, maar nú! Het Erasmus MC moet niet alleen een uitdagende plek zijn waar *hard* wordt gewerkt, maar ook een aantrekkelijke plek waar *met plezier* wordt gewerkt.

Veranderen doet soms pijn. Maar het geeft ook vaak gewoon plezier: plezier om de turbulentie, plezier om het hectische, plezier om dat wat we met elkaar bereiken en om wat in het verschiet ligt. En dat is behoorlijk veel. Groeiend worden we wijs. Groeienderwijs – maar als het kan met een glimlach.

Prof. drs. Rien Meijerink
voorzitter Raad van Bestuur Erasmus MC





“...ONDANKS DE NIEUWBOUW EN BETER BESTUREN WAT EEN GROTE
TOEKOMST BESCHRIJFT SCHEMERT VOOR MIJ STEEDS WEER DOOR
DAT HET GEWOON MENSENWERK BLIJFT...”

De organisatie



Hadden we onze mouwen niet zo op z'n Rotterdams opgestroopt gehad dan was 2001 vast een moeilijk jaar geweest. Er is gewerkt – gewerkt – gewerkt! En met resultaat.

De blauwdruk voor de structuur van het Erasmus MC ligt op tafel en die bevestigt onomwonden de vormgeving volgens 'Beter Besturen' – het concept dat bij de organisatie blijkt te passen. Met name op de werkvloer waren de mouwen opgestroopt: productieafspraken werden gehaald, wachtlijsten werden korter, de invoering van de nieuwe naam en huisstijl werden voorbereid, er werd een groot en fantastisch feest georganiseerd (en gevierd!), er werd verbouwd, er werd gestudeerd, er werd vernieuwd, er werden cursussen en opleidingen gevolgd... er werd gegroeid!

De organisatie

Structuur voor het Erasmus MC

Met gepaste trots overhandigde de Raad van Bestuur EMCR in mei 2001 de Structuurnota EMCR-vorming aan het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR). De Structuurnota beschrijft de uitgangspunten voor het te vormen geïntegreerd academisch medisch centrum.

Een stevige basis

De overwegingen tot integratie van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen (FGG) en het Academisch Ziekenhuis Rotterdam (AZR) zijn tweeledig. Ten eerste maakt integratie samenhangend beleid mogelijk op de hoofdtaken onderzoek, onderwijs & opleiding en patiëntenzorg. De dwarsverbanden die hierdoor kunnen worden aangebracht, scheppen betere en nieuwe mogelijkheden voor het uitvoeren van de taken op topniveau. Geïntegreerd bestuur en beheer betekent ook een krachtiger beleid en een beter zichtbare positie. Ten tweede zorgt de integratie, gezien vanuit 'Rotterdam-perspectief', voor een stevige basis onder de nieuwbouwplannen en voor versterking van de vernieuwde artsenopleiding Erasmusarts-2007. De integratie biedt tevens nieuwe kansen voor hoogwaardig onderzoek – van basisvakken tot gezondheidswetenschappen.

Dit verslag rolt van de persen rond de datum dat het EMCR officieel Erasmus MC wordt: een goede reden voor ons om in de hierna volgende teksten alvast van de nieuwe naam uit te gaan.



Een groot aantal van de in de eerste fase van de discussies over de bestuurlijke organisatie van het Erasmus MC gemaakte afspraken, heeft stand

gehouden. Ter voorbereiding van de vorming van één Raad van Toezicht voor zowel het Erasmus MC als de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR) besloten de beide Raden van Toezicht tot het moment dat de samenvoeging een feit is tweemaal per jaar gezamenlijk te vergaderen. De afstemming van het beleid van de EUR en het Erasmus MC vindt plaats in het Gemeenschappelijk Beleidsorgaan (GBO). In 2001 bestond het GBO uit de voorzitter van de Raad van Bestuur van het Erasmus MC, de decaan van de FGG, de voorzitter van het College van Bestuur van de EUR en de rector magnificus van de EUR. Tot de organisatorische integratie is gerealiseerd, is er geen formele bestuursinvloed van AZR in de FGG; juridisch en financieel is tot die tijd nog sprake van twee organisaties met afzonderlijke jaarrekeningen. Naar verwachting zal over het boekjaar 2003 consolidatie plaatsvinden.

Integreren en reorganiseren

De Structuurnota bevestigt de vormgeving van het Erasmus MC volgens het 'Beter Besturen'-model, een model voor organisatievernieuwing met decentralisatie als uitgangspunt. De klinische afdelingen van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen (FGG) worden in het Erasmus MC officieel samengevoegd met de corresponderende AZR-afdelingen binnen de twaalf clusters. De niet-klinische afdelingen van het FGG gaan de clusters 13, 14, 15 en 16 vormen. De stafdiensten van het Erasmus MC zullen alle clusters gaan ondersteunen op personeel, financieel, IT en facilitair gebied. Om ook de facultaire clusters goed te kunnen bedienen, wordt de organisatie van de diensten aangepast en uitgebreid met universitair en facultair personeel. Het voornemen is een directie Algemene Zaken te vormen, ter ondersteuning van de Raad van Bestuur. Deze directie zal de kleinere stafdiensten bevatten, zoals Juridische Zaken en Communicatie, en beschikken over functionarissen op het gebied van kwaliteit, strategie en andere beleidsterreinen. De integratie van ziekenhuis en faculteit wordt bestuurlijk, beheersmatig en organisatorisch voorbereid door een projectorganisatie. Ondersteund door een Projectbureau buigen zes projectgroepen en een stuurgroep zich over de vormgeving van het Erasmus MC.

De projectgroepen: Besturingsmodel; Arbeidsvoorwaarden en Sociaal Beleid; Informatievoorziening; Geldstromen en Financieel Beleid; Gebouwen en Facilitaire Voorzieningen; Extra Murale Fondsen (EMF).

De besluitvorming over de voorstellen vindt, na de medezeggenschapsronde, plaats in het najaar van 2002. De verwachting is dat de reorganisaties voor 1 januari 2003 zijn doorgevoerd. Per die datum komen alle AZR- en FGG-medewerkers (met uitzondering van de AIO's) in dienst van het Erasmus MC en geldt voor elke Erasmus MC-er de CAO voor academische ziekenhuizen. Voor wat betreft de hoogleraren houdt de universiteit het benoemingsrecht, waardoor zij naast hun aanstelling bij het Erasmus MC een nul-uren-aanstelling bij de EUR houden.

Financiële ontwikkelingen

Voor het jaar 2001 is uitgegaan van een sluitende begroting na een eenmalig begroot tekort in 2000 van € 5,2 mln.

De doelstelling is gerealiseerd, de exploitatie is sluitend.

Het jaar 2001 is afgesloten met een positief resultaat van € 1,2 miljoen.

Een hogere productie

Dankzij de inspanningen van onze medewerkers zijn de met verzekeraars gemaakte productie-afspraken voor 99,6% gehaald. Terwijl we, met het oog op 'de patiënt centraal', druk bezig zijn onze interne organisatie ingrijpend te veranderen, bleken we in staat een hogere productie te realiseren dan in 2000. De beschikbare capaciteit, in mensen en middelen, is maximaal benut waarmee we tegemoet komen aan de maatschappelijke eisen die worden gesteld aan de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Herziening bekostigingsstructuur academische ziekenhuizen

Het jaar 2001 stond in het teken van herziening van de bekostigingsstructuur academische ziekenhuizen. De herziening maakt onderscheid tussen reguliere productie (gefinancierd via de FB-parameters), topklinische productie (gefinancierd via de WBMV-parameters) en topreferente productie (gefinancierd via het academisch zorgbudget).

Voor alle reguliere en topklinische productie worden met ingang van 2001 dezelfde parameters gehanteerd als in de algemene ziekenhuizen, wat betekent dat op dezelfde manier wordt afgerekend. Verder omvat de herziening het invoegen van de lumpsum specialistenhonoraria in het ziekenhuis-budget, het normeren van de (gefinancierde) specialistenaantallen (op basis van de productiviteit van de specialisten in de algemene ziekenhuizen), het toevoegen van de zogenoemde kaalslag-middelen conform de regeling bij de algemene ziekenhuizen en het vervangen van de parameter 'eerste polikliniekbezoek' door de parameter 'eerste administratief consult' (EAC).

De berekeningen voor de herziening zijn gebaseerd op de werkelijke productie van 1999 en ingevoerd in 2001. Verschillen tussen het herberekende budget van 1999 en het oorspronkelijke budget van 1999 zijn verrekend via de component academisch zorgbudget (de vroegere 'kijkdoos').

Omdat de werkelijke productie in 2001 hoger was dan de bij de herziening gehanteerde basis-productie (1999), pakte de herziening voor het AZR gunstig uit.

Mutatiesystematiek academisch budget

In het convenant dat ziekenhuizen en zorg-verzekeraars eind 2000 sloten, is sprake van een eigen mutatiesystematiek voor het academisch budget. Tegenover deze budgetstijging staat echter dat geen functieverruiming meer kunnen worden afgesproken, waardoor de vrijheid in het lokale overleg sterk wordt beperkt.

Naast compensatie voor gestegen lonen en prijzen zou jaarlijks een bedrag worden toegevoegd aan het academisch zorgbudget voor de financiering van meerkosten van complexe en dure patiëntenzorg, waarvan de kosten (nog) niet gedekt worden door een adequate WBMV-beleidsregel. Voor 2001 zou deze stijging € 18,15 miljoen bedragen, inclusief een bedrag voor 'reparatie kaalslag' voor de academische zorg.

Pas in maart 2002 accordeerde de minister van VWS de toekenning van dit bedrag. Voor het ziekenhuis betekent dit een bedrag van € 2,8 miljoen, waarmee de extra inzet achteraf toch werd vergoed. Of, en zo ja tot welk bedrag, het academisch budget voor volgende jaren wordt opgehoogd, is ook nu nog niet

duidelijk. Wel kunnen met ingang van 2002 afspraken worden gemaakt over uitbreiding van het aantal medisch specialisten. Honorering vindt echter slechts plaats als voldoende wordt aangetoond dat er sprake is van productiestijging sinds 1999 (het 'normeringsjaar', zie hierboven).

Gewenste productie

Intern is een proces van bezinning op de gewenste productie in gang gezet. Hierbij zijn zowel de medische ontwikkelingen als de bedrijfs-economische afwegingen van belang. Met dit laatste wordt bedoeld op de verhouding tussen kosten en opbrengsten van bepaalde verrichtingen. In dit kader zijn de volgende activiteiten uitgevoerd of in gang gezet:

- aanpassing van de afdelingsbudgetten aan de afgesproken productie 2001
- bepalen van kostprijzen (in het kader van invoering Diagnose Behandelingcombinaties, DBC's)
- nagaan in hoeverre tarieven van WBMV-verrichtingen kostendekkend zijn
- verzoeken om voor niet-kostendekkende WBMV-verrichtingen de tarieven aan te passen.

Reguliere productie

De regulier productie was in 2001 rond € 400.000 hoger dan afgesproken.

Productie (x 1.000)	2001	2000	1999	1998	1997
Opnamen	33,3	33,3	33,5	32,4	33,9
Verpleegdagen	324,4	324,2	339,1	347,9	364,9
Verpleegduur (in dagen)	9,7	9,7	10,1	10,7	10,8
1 ^e Polikliniekbezoeken	92,9	90,3	91,2	88,0	89,2
1 ^e Polikliniekbezoeken volgens nieuwe definitie	159,9	158,0			
Herhalingsbezoeken	324,2	327,8	339,0	355,7	365,8
Dagbehandelingen	17,2	13,1	11,9	10,2	10,0

Opvallend is de forse stijging van het aantal dagbehandelingen. Deze lijn zal zich de komende jaren voortzetten, zeker na opening van het dagbehandelingscentrum in 2002. Uit het oogpunt van inkomsten voor het ziekenhuis is deze ontwikkeling minder gewenst: een dagbehandeling

levert slechts een derde op van het opnametarief, terwijl de kosten vaak bijna gelijk zijn. Dit blijft een punt van geschil tussen academische ziekenhuizen/zorgverzekeraars en het CTG.

Zorgvernieuwingsmiddelen waren oorspronkelijk bedoeld om de budgetdaling als gevolg van substitutie te compenseren. Deze middelen kunnen momenteel ruimer worden ingezet, namelijk ter financiering van zorgvernieuwingsprojecten die niet via de reguliere (FB- en/of WBMV-) parameters in het budget kunnen worden opgenomen. In 2001 zijn hierover met de zorgverzekeraars afspraken gemaakt tot het door CTG toegestane maximum van 2% van het productiegebonden budget 2000 ofwel in totaal € 1,55 miljoen.

De gemiddelde verpleegduur in het AZR is de laatste jaren gedaald. Oorzaken zijn te vinden in:

- substitutie van opnamen naar dagbehandeling
- aanpassing van protocollen
- nieuwe medische technieken (laparoscopie, interventieradiologie) waardoor de patiënt sneller herstelt
- nieuwe geneesmiddelen
- resultaten van zorgvernieuwingsprojecten.

Bijzondere productie

De productie op het gebied van de WBMV-verrichtingen is rond € 800.000 lager dan afgesproken. Reden hiervoor is het tekort aan donororganen waardoor minder hart- en levertransplantaties konden worden uitgevoerd. Het feit dat ook op deze productie wordt nagecalculeerd, is problematisch. De hoge vaste kosten voor de beschikbaarheidsfunctie voor de transplantatieprogramma's worden hierdoor namelijk niet gedekt. Momenteel wordt onderzocht of er mogelijkheden zijn de tariefstructuur aan te passen.

Tegenover de daling in de transplantaties zijn 39 meer openhartoperaties uitgevoerd en 202 meer cardiovasculaire stents geïmplanteerd dan afgesproken.

In 2001 zijn beleidsregels vastgesteld voor cochleaire implantaten. Inmiddels zijn zeven implantaties uitgevoerd (vier bij volwassenen, drie bij kinderen). De vergunning die vanaf 1 april 2002 nodig is voor het implanteren bij kinderen is aangevraagd.

Inmiddels is de vergunning voor het uitvoeren van longtransplantaties ontvangen. Met verzekeraars is afgesproken dat in 2002 drie longtransplantaties worden uitgevoerd.



Wachlijstproductie

In 2001 is de wachtlijstregistratie (voorwaarde voor de toekenning van wachtlijstmiddelen) gecompleteerd. In het kader van de bekostiging van de wachtlijstproductie zijn in 2001 met de zorgverzekeraars afspraken gemaakt over het verkorten van de wachtlijsten bij de specialismen orthopedie (knieën/heupen) en scoliose, urologie (opnamen kinderen), oogheelkunde (scheelzien-operaties) en kinder- en jeugdpsychiatrie. De afspraken bedroegen in totaal € 390.000 en zijn tot een bedrag van € 300.000 gehaald. Een bottleneck bij het verkorten van de wachtlijsten is steeds weer de beschikbare capaciteit van OK- en IC-personeel en medisch specialisten. Om dit probleem op te lossen, lopen diverse trajecten op het gebied van werving, selectie en scholing. Daarnaast is onderzocht welke mogelijkheden (in arbeidsvoorwaardelijke zin) er zijn om schaars personeel te behouden voor het Erasmus MC. De resultaten van de maatregelen zullen echter pas na verloop van tijd merkbaar zijn. Pas met een toereikende capaciteit kunnen de wachtlijsten effectief worden aangepakt maar zelfs dan moet worden gekozen tussen het verkorten van de wachtlijsten voor topreferente zorg of voor topklinische zorg.

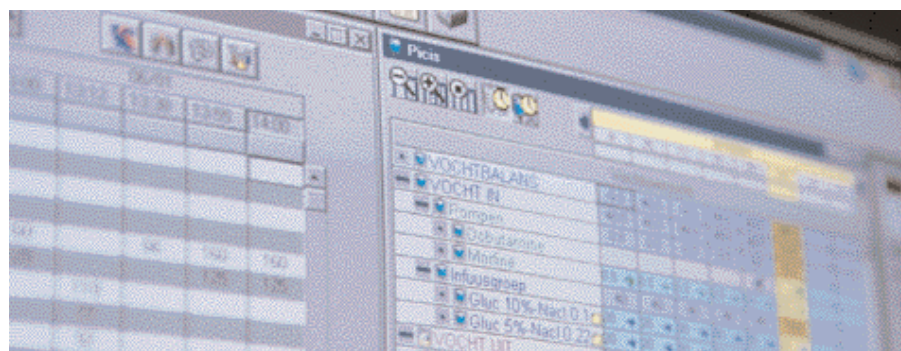
Aandachtspunten in financiën

De aanbodgestuurde financiering waarbij ziekenhuizen een vast budget krijgen, zal geleidelijk

worden vervangen door een vraaggestuurde opzet, waarbij de zorgverzekeraars capaciteit inkopen tegen vastgestelde kostprijzen: 'loon naar werken' dus. Per patiënt en per zorgvraag wordt in 2003 een diagnosecode ingevoerd die is gekoppeld aan een bepaalde behandeling. Voor elke combinatie wordt op basis van de gemiddelde kosten een vast bedrag bepaald, onafhankelijk van bijvoorbeeld het aantal werkelijke ligdagen of het aantal gemaakte foto's. Afgelopen zomer besloot de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ) aan te sluiten bij dit nieuwe systeem van Diagnose Behandelingscombinaties (DBC's) op voorwaarde van passende financiering in plaats van het huidige budgetteringssysteem.

Vierhonderd extra werkstations krijgen een plek op de medische afdelingen en twaalfhonderd medewerkers worden getraind voordat op 1 januari 2003 alle afdelingen met de DBC's aan de slag kunnen. Ter voorbereiding doen negen afdelingen van het Erasmus MC mee aan een pilot: een virtueel ziekenhuis waarin de verschillende diagnoses/behandelingen en de daarmee gepaard gaande kosten worden geregistreerd. Het gemiddelde van de kosten levert uiteindelijk de kosten van een behandelingscombinatie op.

De behandelende artsen gaan zelf de diagnosecodes invoeren maar uiteindelijk zullen veel medewerkers er mee te maken krijgen. Een projectorganisatie zorgde in 2001 voor een inventarisatie van de software en de hardware die in gebruik zijn op de negen pilotafdelingen. Vervolgens wordt per afdeling een plan van aanpak gemaakt waarin ook beschreven staat aan hoeveel terminals en software de afdeling behoefte heeft en hoeveel medewerkers moeten worden getraind.



Topreferente zorg valt voorlopig nog buiten de DBC's. Voor topklinische zorg worden op termijn speciale codes geleverd. De invoering van DBC's zal

in eerste instantie meer werk opleveren maar op termijn zorgen voor meer inzicht in productie en kosten. De mogelijkheden tot sturing zullen hierdoor beduidend toenemen. 'Patient-98' wordt op dit moment organisatiebreed ingevoerd en groeit in de toekomst zeker uit tot een volledig elektronisch patiëntendossier. Op korte termijn geeft het systeem toegang tot vrijwel alle diagnostische gegevens inclusief de radiodiagnostische beelden via het aan te koppelen PACS-systeem.

Uitgaven beheersen: jaarplan en begrotingscyclus

Toen in het derde kwartaal van 2000 de begroting voor 2001 werd opgesteld, stond het AZR voor een lastige opgave. Het in evenwicht brengen van de kostenstructuur, een gerichte uitbreiding van de academische functie en een gezonde verhouding tussen extern verkregen middelen en de interne verdeling daarvan vormden de uitgangspunten om voor 2001 een sluitende begroting te realiseren na het eenmalig begrote tekort van € 5,2 mln (realisatie € 6,9 mln.) in 2000. Een complicerende factor in het begroten van de opbrengsten voor 2001 was de uitvoering van de herziening van de bekostigingsstructuur academische ziekenhuizen in 2001, een ingrijpende wijziging in de financiering waarvan de effecten op het moment van begroten niet goed voorspelbaar waren. Pas begin 2002 is de herziening afgerond door definitieve afspraken over de hoogte van het (academisch) zorgbudget in 2001.

In 2001 werd voor het eerst volledig nagecalculeerd op de productie; niet gerealiseerde productieafspraken werden niet langer betaald door de zorgverzekeraar waardoor meer financieel risico ontstond aan de inkomstenkant.

De bestuurlijke vernieuwingen en de in 2001 wat onduidelijke financiële positie van het Erasmus MC maakte dat de aandacht in eerste instantie vooral gericht was op stabilisatie. Er moest dus voorzichtig worden begroot, waarbij het productieniveau van 2000 als uitgangspunt is genomen voor de te verwachten inkomsten. Om toch een aantal dringende en wenselijke ontwikkelingen te kunnen financieren, kregen de AZR-afdelingen de opdracht bij hun begroting voor 2001 rekening te houden met een korting van 1% (2,7 mln). Alle plannen die extra

geld zouden kosten, moesten via substitutie uit het afdelingsbudget worden bekostigd, tenzij het ging om plannen die zich leenden voor externe financiering.

De boodschap voor 2001 luidde: maak keuzes, geef niet méér geld uit, maar besteed het op een andere manier!

Budgetaanpassing

Om evenwicht in de kostenstructuur te brengen en een gezonde verhouding tussen extern verkregen middelen en de interne budgetverdeling te realiseren, zijn voorafgaand aan de jaarplan-gesprekken 2002 de budgetten van alle afdelingen onder de loep genomen en zonodig aangepast. Hierdoor is een goede basis gelegd voor de uitvoering van de jaarplanprocedure en is de kwaliteit van het budgetteringsproces aanzienlijk verbeterd.

Begroting 2002

Eind 2001, bij de presentatie van de Erasmus MC-begroting voor het jaar 2002, bleek de financiële situatie beter dan was voorzien. Het totaal aan financiële productieafspraken is gehaald, er zijn extra middelen beschikbaar gekomen om (schaars) personeel te behouden en extra personeel op te leiden en het academisch budget is aangepast. De organisatie is budgettair op orde, waardoor meer mogelijkheden ontstaan voor strategisch beleid.

Erasmus MC in naam en beeld

Een integratie behoeft een nieuwe naam en een nieuwe huisstijl. Voor een grote organisatie als het Erasmus MC is dat geen sinecure. Een Stuurgroep Huisstijl, ondersteund door een projectorganisatie, moest een en ander dan ook in goede banen leiden. Het huisstijlproject heeft een totale looptijd van circa tweeënhalf jaar. Eind 2003 zal de huisstijl overal in het Erasmus MC in gebruik zijn.

De naam

Een échte naam en een duidelijke band met de stad en universiteit. Dat zijn de twee grootste voordelen van de nieuwe naam: Erasmus MC. Voordelen die de eerste voorlopige naam en afkorting EMCR niet had. Bovendien geeft de toevoeging MC – een internationaal erkende term voor *medical center* –

**PANTONE
2748**

duidelijk aan dat het Erasmus MC tot de groep academische medische centra behoort. Belangrijk is ook dat de gevestigde namen Sophia en Daniel den Hoed blijven bestaan, zij het onder de vlag van het Erasmus MC. De namen Dijkzigt, FGG en AZR komen per juni 2002 te vervallen en gaan geheel op in de nieuwe naam Erasmus MC.

Bestuursvoorzitter Rien Meijerink en decaan Paul van der Maas denken met Erasmus MC precies de goede combinatie te hebben gevonden: "iets wat je goed kunt onthouden, wat zich onderscheidt van de andere academische medische centra, en wat de band uitdrukt met de universiteit en dat zie je ook in het logo terug." ■ ■

Verfrissend blauw

Een sterke huisstijl is belangrijk voor een krachtige uitstraling. Herkenbaarheid voor zowel de Rotterdammers als voor internationale relaties was daarbij een belangrijk criterium. De nieuwe naam en het beeldmerk zijn dan ook eerst getest door marktonderzoek onder medewerkers, patiënten, verwijzend specialisten en relaties.

Erasmus Festival

De nieuwe naam is hét symbool voor de nieuwe start. De bekendmaking van de naam werd dan ook groots gevierd, met alle 9000 medewerkers en hun partners 'samen in de hoofdrol' – een verbroederingsfeest. Twee avonden in de Rotterdamse Doelen, met amusement van topkwaliteit. Mét een uitvoering van de Sophia Symfonie door het Rotterdams Philharmonisch Orkest geschreven door componist Dirk Brossé ter gelegenheid van Rotterdam Culturele Hoofdstad 2001. Mét voor elk wat wils, swingen of loungen, in the spotlight of rustig genieten van kunst. Mét Denise Jannah, Bert Heerink, Guus Meeuwis en Frederique Spigt. Mét ijskunstenaars, schilders, muzikanten en mimespeelsters. Maar vooral in de hoofdrol collega's die vrijwel non-stop en zeer professioneel dichtkunst, cabaret, musical, soap en stand-up comedy opvoerden. Hoogtepunt was een echt wij-moment. Een gelegenheidskoor van medewerkers zong uit volle borst het lied *Negenduizend mensen*.

HEEL DE MENS

ik ben de spalk en het wakend oog
de molecuul, het boek
de naald, het licht en de diagnose
klem en scalpel
hartslag en scherm
ik ben de snelle wielen, de student
ik ben het mededogen

dag en nacht slijp ik het mes
van mijn vernuft

Erasmus MC. Heel de mens.

Herman Pieter de Boer

Nieuwbouw Erasmus MC: een medisch centrum-in-het-centrum

De komende vijftien tot twintig jaar verrijst een compleet nieuw medisch centrum op het Hoboken-terrein: ingesloten tussen Maas, museumpark en stadscentrum. Het totale oppervlak van alle lagen van de gebouwen telt straks zo'n 300.000 vierkante meter.

Aanvraagverklaring

Het grootste deel van het medisch centrum wordt nieuw gebouwd, het Sophia Kinderziekenhuis en de gebouwen van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen en de afdeling Psychiatrie worden als het ware opgenomen in de nieuwbouw. Om de bouwoverlast tot een minimum te beperken, wordt het nieuwe ziekenhuis gefaseerd gebouwd volgens een oprolsceario: elke keer wordt een stuk van de beschikbare grond bouwrijp gemaakt, bebouwd en in gebruik genomen, waarna een deel van de oude gebouwen kan worden afgebroken.



De voorlopige kostenramingen bedragen zo'n 0,7 miljard euro terwijl we pakweg vijftien tot twintig jaar verder zijn voor het project is afgerond. Een dergelijk gigantisch plan doorloopt logischerwijs een omvangrijk beoordelings- en goedkeuringstraject. Toch kwam begin juli, een klein half jaar na de aanvraag al een eerste antwoord: een positief advies van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) aan het ministerie van VWS. Wel verbond het CBZ enkele voorwaarden aan de goedkeuring. Zo dient fase o (sloop en bouwklaar maken) in detail te worden beoordeeld, moet afstemming plaatsvinden met de zorgverzekeraars over het functieprofiel en de beddenaantallen en wordt verwacht dat met de omliggende ziekenhuizen werkverdelingsafspraken worden gemaakt.

Het nieuwe Erasmus MC is niet alleen uniek qua omvang en snelle planontwikkeling, ook het karakter is ronduit vernieuwend. Het Erasmus MC wordt in Nederland het eerste ziekenhuis waar een thematische opzet voor de patiëntenzorg typerend is voor de nieuwe vormen van zorg en behandelingsprocessen en waar vrijwel uitsluitend gebruik gemaakt wordt van eenpersoonskamers.

Regiovisie

Het Erasmus MC heeft samen met de ziekenhuizen in de regio Rotterdam in 2001 veel aandacht geschonken aan de ontwikkeling van de regiovisie. In 2000 presenteerden de ziekenhuizen een visie met een vooral inhoudelijk karakter. In 2001 werd met name aandacht besteed aan de getalsmatige onderbouwing van de ziekenhuiszorg in de regio Rijnmond voor de komende 15 jaar. In de rapportage is niet alleen de verwachte ontwikkeling van de bevolking betrokken, maar zijn ook factoren als leeftijdsopbouw en grotestadsproblematiek verdisconteerd. Een belangrijke leidraad hierbij was de meting van topreferente, topklinische en basiszorg, zoals die in de afgelopen tien jaar twee maal in het Erasmus MC is uitgevoerd. Het resultaat van dit overleg is uitgebreid besproken met regionale zorgverzekeraars en zal in 2002 tot een regiovisie moeten leiden, gedragen door zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

Deze regiovisie zal ook dienen als belangrijke bouwsteen bij de verdere beschrijving van de regionale zorgontwikkeling. Zo gaven regionale ziekenhuizen samen met de Stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen en medisch specialisten in 2001 een aanzet tot regionale ontwikkeling op het gebied van intensive care, kindergeneeskunde en oncologische gynaecologie. Ook de samenwerking met het Integrale Kankercentrum Rotterdam is geïntensiveerd. In verband met de thematisering zal regionale samenwerking bij de voorbereiding op de nieuwbouw van het Erasmus MC een belangrijke bouwsteen zijn. Het Erasmus MC wil en moet hierbij een prominente rol vervullen.

Fasering

Tot 2004 wordt de nieuwbouw voorbereid. De eerste belangrijke veranderingen zijn een nieuwe entree aan de 's-Gravendijkwal en een verplaatsing van de entree van de faculteit naar de ingang van het Sophia Kinderziekenhuis. In de volgende fase worden het Faciliteitengebouw en het thema Oncologie gerealiseerd. Het Faciliteitengebouw zal in elk geval huisvesting bieden aan laboratoria, bestuur- en beheersfuncties, civiele, logistieke en technische functies. Vervolgens kan de Daniel verhuizen naar het Hobokenterrein.

Iedereen op de hoogte

Ter informatie en voorbereiding kregen alle medewerkers in juli het boekje *Rotterdam wordt beter – Een medisch centrum in het centrum* thuisgestuurd, met informatie over de nieuwbouwplannen. Het boekje schetst de beleidsmatige kaders (anders denken), de nieuwe uitgangspunten voor de organisatie van het zorgproces (anders werken) en de ruimtelijke en technische uitgangspunten (anders bouwen). Met een Engelstalige versie van het boekje werden de buitenlandse relaties van het Erasmus MC op de hoogte gebracht.

Ook de buurtbewoners zijn geïnformeerd over de nieuwbouwplannen. Ze ontvingen een folder met een antwoordkaart waarmee het boekje kon worden besteld. De informatiebijeenkomsten boden de buurtbewoners ruim gelegenheid tot het stellen van vragen.



Samen met de stad

Ook voor de stad Rotterdam is de bouw van het medisch centrum een belangrijke ontwikkeling. Het Erasmus MC is nu al een van de grootste werkgevers in de regio en de nieuwbouw biedt dan ook een flink aantal kansen voor de stad. De eerder vastgestelde stedenbouwkundige randvoorwaarden werden in 2001 uitgewerkt tot een ontwikkelingsvisie voor de transformatie van het stadsdeel Hoboken, waarvoor de nieuwbouw van het Erasmus MC een belangrijke motor vormt.

Huisvesting: verbouwen en herbouwen

Voordat de eerste paal van het nieuwe Erasmus MC de grond in gaat, zijn we enkele jaren verder. Eer het eerste nieuwbouwdeel in gebruik wordt genomen, leven we in 2008. Dat betekent dat een groot deel van de huidige gebouwen nog minstens tien jaar mee moet.

Kortetermijnhuisvestingsplan

De gebouwen van de Daniel den Hoed en van Dijkzigt voldoen niet meer aan de eisen van deze tijd en zijn hier en daar zo versleten dat ze het zonder een opknapbeurt niet halen tot de nieuwbouw. Voor de gebouwen of delen daarvan die opgeknapt moeten worden, is daarom een kortetermijnhuisvestingsplan opgesteld. Dat geldt ook voor de faculteit. Daar is niet zozeer veroudering maar gebrek aan ruimte het probleem.

Opknappen en moderniseren op Zuid

De Daniel huist nu nog op Rotterdam Zuid. Rond 2010 staat de verhuizing naar de andere kant van de Maas op het programma maar eerst wordt de huidige Daniel nog enigszins opgeknapt. Om het onderhoudsproject vorm te geven, is een projectorganisatie met stuurgroep en projectgroep in het leven geroepen. De eerste fase zal in het najaar van 2002 zijn afgerond. De Daniel kan dan nog een aantal jaren modern huizen op Zuid.

Instandhouding

In het kader van opknappen, onderhoud en instandhouding is in 2001 een aantal belangrijke projecten opgeleverd en gestart. Zo werd de totaal vernieuwde intensive-carebeademing in november 2001 feestelijk heropend en kreeg de afdeling Interventiecardiologie, vooruitlopend op de verbouwing van het Thoraxcentrum, een hypermoderne angiokamer. Gestart werd met de voorbereidingen voor de verbouwing van de apotheek en de face-lift van het hoofdgebouw Dijkzigt. Intussen werd in recordtempo een extra bunker ten behoeve van de Radiotherapie gepland en goedgekeurd. De bunker kan in 2002 in gebruik worden genomen. Werk in uitvoering geldt ook voor het nieuwe dagbehandelingscentrum. Een uitgebreide verbouwing moet leiden tot forse uitbreiding van de capaciteit die naar verwachting in het najaar 2002 in gebruik

zal worden genomen. In 2001 is € 9,2 mln. uitgegeven aan verbouwingen en instandhoudings-investeringen. Voor deze projecten is in een meer-jarenraming € 50,2 mln. budget (exclusief de facelift van het H-gebouw) vastgesteld.

Moderne jas voor de Apotheek

Al eerder en herhaaldelijk drong de Inspectie van de Gezondheidszorg aan op een nieuwe huisvesting voor de sterk verouderde Apotheek van het Erasmus MC: vooral de productiefaciliteiten voldeden niet meer aan de strenge voorschriften van deze tijd en er was een nijpend gebrek aan werkruimte. Vooruitlopend op de nieuwbouw werd daarom een plan ontwikkeld voor verbouwing en uitbreiding. Eind 2001 werd een start gemaakt met de werkzaamheden die naar verwachting zo'n twee jaar zullen duren. De meerwaarde van de moderne jas – met ruim 900 vierkante meter extra – is duidelijk: de medewerkers zullen elkaar niet langer voor de voeten lopen en optimaal kunnen samenwerken.



Hypermoderne angiokamer Thoraxcentrum

Het Thoraxcentrum van het Erasmus MC staat internationaal bekend als zeer innovatief. Niet alleen worden er de allernieuwste therapieën toegepast, ook de nieuwste snufjes op het gebied van röntgenapparatuur zijn er te vinden. In mei 2001 kreeg de afdeling Interventiecardiologie een nieuwe angiokamer: de oudste van de drie kamers waar patiënten worden gedotterd, werd voorzien van nieuwe apparatuur. De innovatieve apparatuur in de hernieuwde

angiokamer is tot in de kleinste details afgestemd op de specifieke wensen van de gebruikers.

Op naar een *level 1* IC Beademing

Meer dan tweehonderd belangstellenden woonden begin november 2001 de feestelijke heropening bij van de Intensive Care 3 Zuid/Beademing. Tijdens de ruim anderhalf jaar durende verbouwing was 3 Zuid te gast op de IC 10 Zuid. De verbouwing leidde automatisch tot een nieuwe werkwijze. Waar vroeger zicht was op alle patiënten van een zaal, wordt nu gewerkt met boxverpleging, compleet met een thuisbeademingsunit. Ook nieuw zijn de beademingsapparatuur, de camera- en piepbewaking en het PDMS (Patiënten Data Management Systeem). Informatie over de patiënt wordt nu volledig elektronisch verwerkt. Door alle vernieuwingen kreeg de afdeling grote potenties: de basis is gelegd voor een ziekenhuisbrede *level 1* IC. En uiteindelijk – in 2004 – zal de afdeling zijn uitgebreid van zeven naar twaalf bedden.

High Care Thoraxchirurgie

Om te voorzien in de behoefte patiënten aansluitend aan de periode op de Intensive Care (IC) invasief te bewaken, werd in 2001 binnen de afdeling Medium Care (MC) Thoraxchirurgie een aparte High Care (HC) gebouwd. Vier patiënten kunnen hier worden verzorgd en behandeld. Doordat een specifieke patiëntengroep nu direct na de operatie op de High Care kan worden verzorgd, is de behandelcapaciteit op de Intensive Care toegenomen. De verwachting is dat de betere doorstroming van patiënten die door de High Care is ontstaan een belangrijke bijdrage gaat leveren aan het oplossen van de wachtlijstproblematiek. De High Care wordt bemand door speciaal hiervoor bijgeschoolde IC- en MC-verpleegkundigen van de afdeling MC Thoraxchirurgie. De High Care biedt de medewerkers opleidingsperspectieven en mogelijkheden om zich meer in de breedte van het vakgebied te ontwikkelen. Medio 2002 wordt een effectrapportage opgesteld.

Een 'facilitair bedrijf' voor snijdende specialismen

Wachten op de nieuwbouw was voor de nieuwe afdeling Chirurgische Dagbehandeling geen optie. Vandaar dat is gekozen in het voorjaar van 2001 te

beginnen met een renovatie van verdieping 1 en 2 H-Zuid van Dijkzigt. De nieuwe afdeling, die rond september 2002 zijn deuren opent, zal deel uitmaken van de OK.

Met de afdeling Chirurgische Dagbehandeling wordt de huidige capaciteit voor dagbehandeling verdrievoudigd. Voor het begeleiden en organiseren van de bouw is een projectorganisatie ingericht.

De twee verdiepingen van de afdeling bieden plaats aan een aantal behandelkamers, drie operatiekamers, enkele beddenkamers en een kamer voor de niersteenvergruizer. De operatiekamers worden uitgerust met videocamera's zodat in de collegezalen de verrichtingen op een scherm kunnen worden gevolgd. Omdat H-Zuid in de planning van de nieuwbouw als laatste wordt gesloopt, kan de nieuwe voorziening zeker nog zo'n tien jaar mee.

Het multifunctionele gebruik maakt van de dagbehandeling een min of meer zelfstandige unit, een soort facilitair bedrijf voor de snijdende specialismen.



Beter Besturen

In de loop van 2001 was het voor alle medewerkers wel duidelijk: Beter Besturen is weliswaar een nieuw 'werk-model' maar de andere manier van denken en werken die van iedereen wordt verwacht in de gedecentraliseerde organisatie is belangrijker dan het model zelf.

Effectief en doelmatig

In het Erasmus MC gaat het er niet alleen om dat de doelstellingen in onderzoek, opleidingen, onderwijs en zorg worden gehaald (effectiviteit). Het gaat er met name om hoe we komen waar we willen zijn (doelmatigheid). De werkzaamheden in 2001 waren met name gericht op het invoeren van de decentrale besturingsvorm op de werkvloer, de zogenoemde unitvorming, en op het ontwikkelen van toetsingskaders voor de reorganisatievoorstellen. Om meer voeling te krijgen met de medewerkers en meer inzicht in hun opvattingen over Beter Besturen, waren leden van de Raad van Bestuur in 2001 vele malen op de 'werkvloer' te vinden.

"Groeinderwijs moeten de relaties en verhoudingen in de nieuwe organisatie duidelijk worden. Beter Besturen schetst de contouren, het invullen van het plaatje vergt een ontdekkingsreis." Wardy Doosje, directeur Stafdienst P&O. ■■

Unitvorming

Na de vorming van de twaalf clusters en de benoeming van clustervoorzitters, zorgmanagers en managers clusterbureau, bereikte Beter Besturen de unithoofden – de laatste managementlaag in het Erasmus MC.

In mei 2001 vond de besluitvorming plaats over:

- de clusterplannen voor de unitvorming
- de leidraad voor de invoering van de unithoofdenfuncties (selectie en plaatsing)
- de functieomschrijvingen en -waarderingen
- de planning.

Organisatorisch gezien werd Beter Besturen in 2001 afgerond.

Unithoofden zijn de leidinggevendenden, aangesteld onder de zorgmanagers. De verpleegkundig hoofden van wie de functies in de decentrale organisatie vervielen, werden als eersten uitgenodigd te solliciteren. Bij de selectieprocedure is zo veel mogelijk geprobeerd de medewerkers in hun eigen cluster te plaatsen.

Van drie van de twaalf clusters waren om allerlei redenen de plannen nog niet ver genoeg gevorderd om unithoofden te kunnen aanstellen. De unithoofden van de overige negen clusters werden per 1 september tijdens een officiële startbijeenkomst benoemd in hun nieuwe functie. De verwachting is dat begin 2002 de laatste unithoofden hun functies kunnen gaan innemen. In de loop van 2002 zullen ook de managementpartners van de unithoofden, de medisch-coördinatoren, hun plaatsen bezet hebben. De unitvorming is formeel het sluitstuk van Beter Besturen. Theoretisch is hiermee de decentralisatie een feit. In de praktijk zullen bevoegdheden nog daadwerkelijk naar de werkvloer moeten worden verlegd.

Gedeelde verantwoordelijkheid in de units

Een belangrijk uitgangspunt van Beter Besturen is dat het de medisch professionals in het Erasmus MC de mogelijkheid biedt zich optimaal bezig te houden met de patiënt, het onderzoek en het onderwijs, kortom met hun vak. Afdelingshoofden delegeren het operationeel management aan de fulltime zorgmanager en unithoofden en de clusterbureaus zorgen voor de ondersteuning van het lijnmanagement. Zorgmanagers en unithoofden kunnen hun managementtaken echter alleen goed uitvoeren wanneer zij-aan-zij wordt gewerkt met de medici. In 2001 is besloten de verantwoordelijkheid voor de totstandkoming en navolging van de medische beleidslijnen op unitniveau neer te leggen bij een medisch coördinator. De coördinator en het unithoofd zijn samen verantwoordelijk voor het optimaal functioneren van de unit. Belangrijk verschil is dat het unithoofd een fulltime functie heeft, terwijl de medisch-coördinerende taken zijn toegevoegd aan de normale bezigheden van een of meer van de medische stafleden.

Dat een unitmanager formele bevoegdheden heeft, betekent niet dat die bevoegdheden gebruikt kunnen worden zonder afstemming met de medisch coördinator. De coördinator kan het medisch beleid niet wijzigen zonder een unithoofd te raadplegen als het gaat om de organisatorische consequenties. Samen zorgen ze ervoor dat de doelstellingen worden bereikt.



Evaluatie

Organisatorisch gezien is de reorganisatie Beter Besturen in 2001 afgerond. De effecten van de verandering zullen worden geëvalueerd aan de hand van het INK-model (het managementmodel van het Instituut Nederlandse Kwaliteit).

Onder meer om de beleving van de decentralisatie in kaart te brengen, zijn alle AZR-medewerkers en de in de patiëntenzorg werkzame FGG-medewerkers eind 2001 gevraagd mee te werken aan een medewerkersbetrokkenheidsonderzoek.

Het onderzoek werd uitgevoerd als nulmeting, om als uitgangspunt te dienen bij de unitvorming. De medewerkers kregen 65 vragen voorgelegd, verdeeld over een aantal hoofdstukken:

- doelstellingen en beleid van de eigen eenheid/het cluster en de Raad van Bestuur
- organisatie, communicatie en samenwerking binnen de eenheid, het cluster en organisatiebreed
- manier van leidinggeven door de eigen leidinggevende
- personeelsmanagement en kwaliteit en identiteit.

Het onderzoek werd uitgevoerd tussen 11 november en 1 december. De uitkomst is in het voorjaar van 2002 bekend gemaakt. De belangrijkste resultaten van het onderzoek zijn:

- medewerkers voelen zich zeer betrokken bij hun werk
- het effect van de decentralisatie wordt wel ervaren door het management maar nog niet op de werkvloer
- medewerkers willen meer invloed kunnen uitoefenen op het werk
- medewerkers willen meer actie op het gebied van personeelsbeleid en een betere interne communicatie.

Aan de hand van de uitkomsten stellen de clusterbesturen in samenwerking met de Raad van Bestuur in de loop van 2002 een plan van aanpak op.





“...HOOP IS HET LICHT,
HAALT HET DUISTER **UIT JE WEG,**
WAAR NERGENS RUIMTE IS,
OOK NIET VOOR VERDRIET.”

Kwaliteit in het Erasmus MC



Het Erasmus MC wil groeien naar een kwaliteitsorganisatie. Dat betekent dat in ziekenhuis en faculteit wordt gewerkt vanuit de gedachte dat kwaliteit een vanzelfsprekend gegeven is binnen de bedrijfsprocessen. In 2001 hebben we er als organisatie voor gekozen kwaliteit te ‘formaliseren’ binnen een specifieke ‘kwaliteitsorganisatie’, compleet met een eigen visie en doelstellingen voor de lange termijn. Daar zijn we blij om. Hiermee laten we zien dat terwijl we als organisatie groeien, ons kwaliteitsbewustzijn meegroeit. We willen ons streven naar kwaliteit graag vastleggen. Vanaf 2002 laten we onze kwaliteitsdoelen dan ook helder zien, zodat we er ook op afgerekend kunnen worden. Want dat is wat we willen en waar we ook klaar voor zijn: we zeggen wat we gaan doen en vervolgens doen we gewoon wat we hebben gezegd!

Kwaliteit in het Erasmus MC

Groeienderwijs op weg naar beter!

'Kwaliteit is een beleving'. In het Erasmus MC streven we naar uitmuntende kwaliteit op alle fronten. We willen uiteraard dat iedereen die met het Erasmus MC te maken heeft die kwaliteit voelt, 'beleeft' – dat zoveel mogelijk mensen, binnen en buiten de organisatie, vinden dat zij in een uitstekend medisch centrum worden behandeld of studeren, worden opgeleid of op bezoek zijn.

Focus op beter

Om het kwaliteitsbeleid binnen het Erasmus MC zeker te stellen, werd in 2001 een Kwaliteitsraad ingericht. De raad hield zich bezig met het opstellen van een conceptvisie op kwaliteit en met de voorbereiding van de inbedding van kwaliteit in de organisatie. Begin januari 2002 ging de Raad van Bestuur zowel akkoord met de 'blauwdruk' voor de kwaliteitsorganisatie als met de conceptvisie op kwaliteit. Volgende stap is het verwerken van de commentaren van clusterbesturen, stafdiensten en adviesorganen. We hopen dan nog in 2002 onze langetermijnvisie op kwaliteit te kunnen vaststellen. Tot die tijd gaan we door met het uitvoeren van al gestarte verbeterprojecten. Begin 2003, wanneer een jaar is gewerkt volgens het door de Kwaliteitsraad ontwikkelde organisatiemodel, vindt een evaluatie plaats.

Onze visie op kwaliteit

In de conceptvisie stellen we voor om het managementmodel van het INK te gebruiken als rode draad in het gehele traject van kwaliteitsontwikkeling. Dit model beoogt het creëren van een 'kwaliteitsverbeterketen' door periodieke evaluaties en verbetertrajecten. Voordeel van deze manier van werken is dat de focus niet alleen ligt op de verbetering van zorg-, bedrijfs- en besturingsprocessen. Ook het verbeteren van de klant- en medewerkerstevredenheid zijn essentiële onderdelen van deze aanpak. Na goedkeuring van het concept, starten we begin 2003 met nulmetingen. Naar aanleiding hiervan worden vervolgens concrete verbeteracties uitgezet. De metingen willen we eens in de paar jaar herhalen, met als ultiem eindresultaat ketenkwaliteit in 2011.

Wanneer onze organisatie voldoet aan de reële behoeften van de klant hebben we 'ketenkwaliteit' bereikt: intern werken we

soepel met elkaar samen en ook de samenwerking met onze externe partners verloopt soepel zodat we onze klanten doelmatig en doeltreffend kunnen helpen.

Schets van de kwaliteitsorganisatie

Uitgangspunt is dat elke Erasmus MC-medewerker invloed heeft op de kwaliteit van de totale organisatie. Iedereen 'staat' dus voor het zo goed mogelijk uitvoeren van zijn taken. Inspirators zijn de clusterbesturen en de directeurs van de stafdiensten en het facilitair bedrijf. Zij zijn verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid binnen hun eigen organisatieonderdeel. De Raad van Bestuur draagt de verantwoording voor het organisatiebrede kwaliteitsbeleid maar de kwaliteitscoördinator speelt, in samenwerking met de kwaliteitsraad, de beleidsadviseurs en de kwaliteitsmedewerkers een uiterst belangrijke rol in de kwaliteitsorganisatie.

Het organogram van de kwaliteitsorganisatie is opgenomen in een bijlage bij dit hoofdstuk.

Tevreden klanten?

Het Erasmus MC ziet graag tevreden klanten. De mening en inbreng van de patiënt zijn dan ook regelmatig onderwerp van onderzoek. Hieronder voorbeelden van onderzoeken die in 2001 plaatsvonden of waarvan de resultaten werden verwerkt.

- ■ **Patiëntraadplegingsonderzoek AZR:** in oktober 1999 uitgevoerd op basis van semi-gestructureerde focusgroepinterviews. De uitkomsten vormden de basis voor vijf kwaliteitsspeerpunten die zijn gebruikt voor het vaststellen van de zogenoemde podiumprestaties: wachttijden, persoonlijke en respectvolle omgang met de patiënt, informatievoorziening, samenwerking & afstemming en telefonische bereikbaarheid.
- ■ **Klanttevredenheidsonderzoeken:** onder meer de afdeling Immunologie en de afdeling Allergologie (mei 2001), de afdeling Fysiotherapie (augustus 2000), de afdeling Kinderheeskunde (midden 2001, onderzoek gericht op ouders) en het Erasmus Dierexperimenteel Centrum voerden klanttevredenheidsonderzoeken uit. De resultaten worden gebruikt voor het verbeteren van de dienstverlening.

- ■ **Tevreden klanten in het onderwijs:** sinds 2001 wordt na elk tentamen de mening van de studenten over het onderwijs en het tentamen gepeild. De uitkomsten worden gebruikt voor verbeteringen in het onderwijs.
- ■ **Core Questionnaire:** De Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ) ontwikkelde in 2001 in overleg met vertegenwoordigers van de verschillende academische ziekenhuizen een Core Questionnaire. De uiteindelijke lijst zal rond de twintig variabele vragen tellen, waarvan de academische ziekenhuizen de antwoorden met elkaar kunnen vergelijken.
- ■ **Ziekenhuisvergelijkingsonderzoek:** KNO, Inwendige Geneeskunde, Heelkunde, Orthopedie, Cardiologie en Gynaecologie werken mee aan een landelijk ziekenhuisvergelijkingsonderzoek dat de Consumentenbond uitvoert in samenwerking met zo'n veertig Nederlandse ziekenhuizen. De uitkomsten van het onderzoek worden in juli 2002 openbaar gemaakt in de Consumentengids. Dezelfde afdelingen werken mee aan een regionaal deelonderzoek naar de tevredenheid van migranten. Voor dit onderzoek is in samenwerking met de Stichting Rijnmond Ziekenhuizen een vragenlijst ontwikkeld. De eerste pilot vond plaats in het najaar van 2001; de eerste resultaten worden eind 2002 verwacht.

Samenwerking met patiëntenorganisaties

Een uitgebreid intern onderzoek naar de contacten tussen klinische afdelingen van het Erasmus MC en patiëntenorganisaties werd begin 2001 afgerond. De afdelingshoofden en de medewerkers van de Sectie Patiëntencommunicatie blijken tevreden over de contacten met de patiëntenorganisaties. Suggesties voor verbetering waren onder meer het creëren van meer mogelijkheden voor contacten met lotgenoten en het voorstellen aan de patiëntenverenigingen niet langer advertentieruimte te bieden aan niet-wetenschappelijke behandelaars.

De afdelingen. Zowel medisch specialisten als andere professionals in de zorg spelen regelmatig een rol in voorlichtingsbijeenkomsten van de organisaties. Ze zorgen ervoor dat patiënten relevante folders krijgen en wijzen op de

mogelijkheden van contact met lotgenoten. Soms worden patiëntenorganisaties betrokken bij het opstellen van behandelprotocollen of het maken van videofilms. Ook als het gaat om verbetering van de kwaliteit van de zorg, vragen de afdelingshoofden over bepaalde onderwerpen de patiëntenorganisaties om advies.

De Sectie Patiëntencommunicatie. De sectie onderhoudt intensieve contacten met patiëntenverenigingen. Om de voorlichting aan patiënten te faciliteren, beschikt de Daniel over een apart informatiecentrum voor patiëntenverenigingen, de 'Inloop'. Hier zijn vrijwel alle patiëntenverenigingen op het gebied van Oncologie regelmatig aanwezig, volgens een vast jaarrooster. Na verbouwing van de centrale hal krijgt Dijkzigt een vergelijkbare 'Inloop' waar patiënten altijd vrij kunnen in- en uitlopen. Bij alle communicatieprojecten die de sectie uitvoert, worden relevante patiëntenverenigingen betrokken. Een aantal voorbeelden:

- een tentoonstelling over CARA
- een modeshow voor borstprothesedraagsters
- ontwikkeling van een KNO-logboek
- voorlichtingsavonden.

Bij de opleiding die de sectie in de Daniel den Hoed verzorgt voor de ambulante zorg, zijn de Stichting Longkanker, het Landelijk Contactorgaan Begeleiding Borstkankerpatiënten en de Stichting Melanoom betrokken.

Organisatiebrede kwaliteit

Voor het samenstellen van dit verslag is alle clusters en stafdiensten gevraagd een overzicht te leveren van specifieke kwaliteitsprojecten. Op alle plekken in de organisatie wordt hard gewerkt aan kwaliteit – dat was al duidelijk, maar bleek eens te meer uit de stapels projecten die werden ingestuurd. Uiteraard moest een selectie worden gemaakt. In dit hoofdstuk vindt u dan ook slechts een globaal overzicht van onze acties op het gebied van kwaliteitsverbetering. Sommige onderwerpen die onder de noemer 'kwaliteit' vallen, vonden we beter op hun plek in andere hoofdstukken van dit jaarverslag. Onderwerpen op het gebied van Personeel & Organisatie zijn bijvoorbeeld terug te vinden in de hoofdstukken 'De Organisatie' en 'Mensen in de Organisatie'.

Heldere processen, optimale logistiek en verbetering van de zorg: het Erasmus MC werkt aan kwaliteit

Uit de inventarisatie die we in 2001 uitvoerden, bleek dat in het hele Erasmus MC sprake is van structurele aandacht voor kwaliteit. Dat we hier niet alle kwaliteitstrajecten noemen, heeft dan ook niet alleen te maken met het grote aantal maar ook met het feit dat kwaliteit al zozeer is verankerd in de normale bedrijfsprocessen dat we lang niet altijd meer over 'projecten' spreken. Van de specifieke kwaliteitsprojecten die we hier wél noemen, zijn de doelen samen te vatten in: verheldering van organisatieprocessen, optimalisering van de logistiek van het primaire proces en verbetering van de patiëntenzorg. Dat we slechts een aantal projecten noemen, wil slechts zeggen dat we een keuze moesten – en dus ook konden – maken.

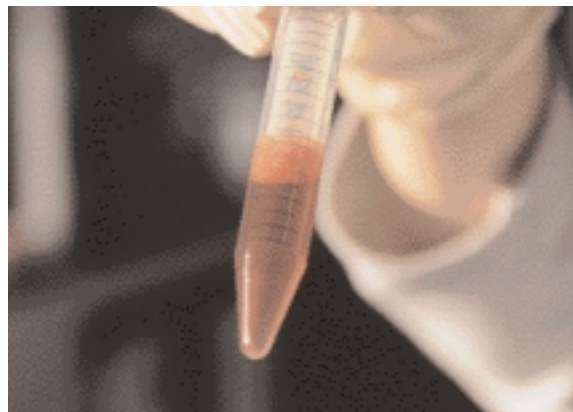
Van Kwaliteitscommissie tot klinisch pad: Een aantal afdelingen van **CLUSTER 1** begon in 2001 met het opzetten van specialistische units zoals de stroke-unit, de eerste psychose-unit en de depressie-patiënten-unit. In 2002 worden hiervoor klinische paden ontwikkeld.

De afdeling KNO begon in 2001 met de organisatie van een eigen Kwaliteitscommissie/Kwaliteitskring. Een van de resultaten was het uitstippelen van een klinisch pad voor patiënten die een zogenoemde 'commando-operatie' hebben ondergaan. Een werkgroep van de Kwaliteitscommissie richt zich met name op patiëntvriendelijkheid en besteedt aandacht aan wachttijden, toegankelijkheid van de balie bij het maken van afspraken en de houding en het gedrag van medewerkers. De Dienst Psychosociale Zorg werkte in 2001 aan de productie van een Kwaliteitshandboek. Naar verwachting kan het handboek in 2002 in gebruik worden genomen.

Van plan naar uitvoering: Het Laboratorium Hematologie van **CLUSTER 2** stelde in 2001 een Kwaliteitsplan Laboratorium Hematologie op. Volgens het plan bevindt het lab zich nu in de fase dat binnen de laboratoria wordt gewerkt volgens de afspraken die zijn vastgelegd in het Kwaliteitshandboek. Een en ander moet in 2004 leiden tot een CCKL-accreditatie. In 2002 zal de aandacht volledig gericht zijn op het primaire proces: van aanvraag tot rapportage. Vanaf maart 2002 worden binnen

het lab interne audits uitgevoerd.

Simultaan aan het kwaliteitsplan is een interne klachtenregistratie opgezet.



Kwaliteitsplatforms: De kwaliteitsplatforms van de afdelingen Radiotherapie en Pathologie van **CLUSTER 3** zetten lijnen uit die moeten leiden tot een betere beheersing van zorg- en werkprocessen. De platforms zetten verbetertrajecten in gang en zorgen vervolgens voor adequate procesbegeleiding. Voor het platform Radiotherapie zijn het INK-model en de NIAZ-accreditatie uitgangspunten, binnen het platform Pathologie is gekozen voor het CCKL-kwaliteitssysteem.

Kwaliteitscirkels: Een aantal afdelingen van **CLUSTER 3** paste in het kader van procesbeheersing het principe van kwaliteitscirkels toe. Een groep medewerkers (de kwaliteitscirkel) analyseert een knelpunt door het proces van a tot z te definiëren. Hierna beschrijft de 'cirkel' een meetbare en haalbare, wenselijke situatie. Met andere woorden: de medewerkers geven de prestatie-indicatoren aan. Het resultaat is een duidelijk inzicht in elkaars werkprocessen én een toetsbaar protocol. Radiotherapie werkt met de cirkel *Introductie nieuwe arts-assistenten*. De SOG met *Patiëntenplanning opname verpleegafdeling* en met *Overplaatsing van patiënten van IC naar verpleegafdeling*.



Betere zorg: Het bepalen van de hoeveelheid topreferente, basisspecialistische en topklinische zorg die de secties en afdelingen verrichten, was een van de onderdelen van het Deltaplan voor de zorg van **CLUSTER 4**. Een analyse van het verwijzingspatroon vormde de basis voor de hiervoor benodigde nulmeting. Klachten van patiënten werden na inventarisatie gecategoriseerd waarna de categorieën op hun beurt de basis vormden voor het bepalen van de urgentie waarmee onderdelen van de zorg verbeterd dienden te worden. De keuze werd gemaakt door breed samengestelde werkgroepen. Vervolgens werd het ideale traject neergezet. Met de organisatieverandering die in 2002 wordt doorgevoerd, moet de ideale situatie worden bereikt.

Verbetering verwijzerregistratie: Ook het 'Verbeteringsproject verwijzerregistratie' kwam voort uit het Deltaplan voor de zorg van **CLUSTER 4**. Doel is het krijgen van meer inzicht in het patroon van verwijzingen. Tijdens de nulmeting bleek dat, afhankelijk van de polikliniek, van 25% tot 75% van de nieuwe patiënten de naam van de verwijzer niet in het informatiesysteem was geregistreerd. Uit een andere meting bleek dat 30% van de patiënten die door de huisarts voor een specifieke klacht naar een specialist waren doorverwezen, al voor dezelfde klacht in behandeling was. Aan het systeem is een nieuwe code toegevoegd voor 'verwijzing door de huisarts op initiatief van een specialist'. Medisch secretaresses en polikliniek-assistenten zijn opnieuw geïnstrueerd over het gebruik van de codes.

Korter doorloop dankzij DOORBRAAK: Van **CLUSTER 5** nam de Spoed Eisende Hulp (SEH) in 2001 deel aan een zogenaamd DOORBRAAK-project van CBO, het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. De SEH beperkte zich tot de eigen afdeling en realiseerde een eerste snelle opvang voor patiënten door verbeterde triage volgens het Manchester Triage Model. De doorlooptijd van kleinere traumata is teruggebracht tot gemiddeld dertig minuten en de patiënten zijn zeer tevreden met de nieuwe aanpak.



Op tijd door de anesthesiepoli: Toen twee jaar geleden het routineonderzoek bij pre-operatieve screening werd afgeschaft, was al sprake van een enorme verbetering voor de patiënten. Nu binnen **CLUSTER 5** de anesthesiepoli operationeel is, kunnen patiënten, ter voorbereiding op de opname, na hun poliklinische consult bij de chirurg meteen bij de anesthesioloog terecht voor het pre-operatief onderzoek. Een ECG kan direct worden gemaakt en ook laboratorium- en röntgenonderzoeken kunnen aansluitend plaatsvinden. De twee jaar voorbereiding waren de moeite waard: de anesthesiepoli blijkt niet alleen plezierig voor de patiënten maar ook een verbetering voor snijdend verwijzers, anesthesiologen en verpleegkundigen. Patiënten zijn tevreden en goed voorbereid, de gegevens zijn op tijd beschikbaar en de verpleegkundige is beter in staat op de afdeling de nodige voorbereidingen voor de opname te treffen. Het aantal keren dat patiënten vanwege onvoldoende voorbereiding voor de ingreep moesten uitvallen, is sinds de komst van de anesthesiepoli sterk gedaald.

Kwaliteit en het Mobiel Medisch Team: In 2001 is voor het helikopter-MMT van het **TRAUMACENTRUM ERASMUS MC** een coördinator Kwaliteit & Opleidingen benoemd. Een groot deel van zijn werkzaamheden bestaat uit het ontwikkelen van protocollen (Standard Operational Procedures) voor de medische werkzaamheden van het team. In het landelijk beraad van de tien Nederlandse traumacentra heeft 'Rotterdam' een voorzet gedaan die moet leiden tot een uniforme opzet van de opleidingen van MMT-leden. Voor de medewerkers van het Erasmus MC is al een uitgebreide serie opleidingen samengesteld – een specifiek skillslab

is in voorbereiding. Om te kunnen profiteren van elkaars ervaring is in 2001 gestart met systematisch overleg (debriefing) na iedere inzet. Digitale foto's van de situatie tijdens het ongeval worden tijdens de debriefing bekeken en geëvalueerd en indien nodig worden actiepunten genoteerd en doorgegeven aan betrokkenen. De foto's worden ook opgenomen in een module van het trauma-registratiesysteem.



Communicatie: Samen met de ketenpartners heeft het **TRAUMACENTRUM ERASMUS MC** een projectgroep Mobile Datacommunicatie ingesteld. Doel van de werkgroep is met name het verbeteren van de onderlinge communicatie en het faciliteren van teleconsulting en telemonitoring.

De CCKL in het vizier: De afdelingen Immunologie, Medische Microbiologie & Infectieziekten en Virologie van **CLUSTER 6** richtten zich in 2001 op het verbeteren en stroomlijnen van de organisatie en de inhoud van de werkzaamheden. De laboratoriumafdelingen willen hiermee in de periode 2002-2003 de CCKL-accreditatie halen. De afdeling Dermatologie & Venerologie werkte in 2001 concreet aan het verbeteren van de patiëntenlogistiek.

Infectiepreventie: Aandacht voor hygiëne is een belangrijk onderdeel van een goede kwaliteit van de zorg: zorgvuldige handhygiëne, toepassen van isolatiemaatregelen bij een infectieuze aandoening en het grondig desinfecteren van de huid voordat een infuus wordt ingeprikt. Met het publiceren van *Richtlijnen* en het organiseren van cursussen en onderwijs levert de unit Infectiepreventie van de

afdeling Medische Microbiologie & Infectieziekten van **CLUSTER 6** een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van de zorg. In 2001 werden richtlijnen ontwikkeld of herzien met betrekking tot *Intravasale lijnen, Scabies, MRSA en Inbrengen, verzorgen en verwijderen van een urinekatheter*. Alle nieuwe medewerkers met patiëntencontact volgen het inmiddels verplichte basisprogramma *Microbiologisch Veilig Handelen*. Aan de orde komen infectierisico's, persoonlijke hygiëne en handhygiëne, standaard voorzorgs- en isolatiemaatregelen en het handelen na een prikaccident. Zorgmedewerkers die infusen en katheters inbrengen of verzorgen, volgen ook het tweede deel van het programma: *Intravasale lijnen*. Ook binnen het *Practicum Klinische Vaardigheden* (PKV) van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen is (september 2000) gestart met een programma *Microbiologisch Veilig Handelen*. In dit practicum worden alle onderwerpen behandeld die van belang zijn voor het dagelijkse werk van een arts in het Erasmus MC.



CCKL-accreditatie en optimalisatie volgens GMP:

De afdeling Klinische Chemie van **CLUSTER 7** verwacht begin 2002 zover te zijn met de opzet van een kwaliteitssysteem dat accreditatie via de CCKL-test kan worden aangevraagd.

Kwaliteit binnen de Apotheek: In 2001 stelde de Apotheek van **CLUSTER 7** twee nieuwe medewerkers aan met als specifieke taak het verbeteren van het kwaliteitsniveau van de afdeling. De Apotheek werkt sinds 1998 aan het opzetten van een kwaliteitssysteem. In 2001 werd verder gewerkt aan het volgens GMP optimaliseren van de

verschillende productieprocessen; in juni is begonnen met een monitoringprogramma van de cleanrooms. Hiervoor worden om de week op diverse plaatsen in de steriele en aseptische productieruimten contactafdrukken gemaakt van de vloer, de werktafels en de veiligheids-werkbanken. Van de lucht in de werkbanken en de achtergrondruimten worden monsters genomen. Eind 2001 stond circa 11 procent van de bestaande procedures en werkinstructies van de Apotheek in conceptvorm en 40 procent in definitieve vorm op papier: het kwaliteitshandboek in wording. Per subafdeling ontwikkelde de Apotheek lijsten met documenten die door elke (nieuwe) medewerker gelezen moeten worden.



Klinisch pad: De afdeling Orthopedie van **CLUSTER 8** begon in 2001 met de invoering en evaluatie van een 'klinisch pad' voor de totale heup: een multidisciplinaire procesbenadering die leidt tot belangrijke verbeteringen in de zorgverlening. In het klinisch pad zijn opgenomen: de verwachte verblijfsduur van de patiënt, de doelstellingen van de dagelijkse behandeling en de dagelijks te behalen acties. In het buitenland wordt het klinisch pad vooral gezien als methode van kosten-beheersing – de afdeling Orthopedie wil het principe van de klinische paden echter vooral gebruiken ter verbetering en bewaking van de kwaliteit van de zorg.

Optimalisatie van patiëntenstromen: De afdeling Revalidatie van **CLUSTER 8** legde in 2001 de basis voor het in kaart brengen en optimaliseren van patiëntenstromen met behulp van *business process redesign*. De BPR-systematiek houdt in dat de

huidige 'bedrijfsprocessen' opnieuw worden ontworpen, met als doel het zorgproces en de daarachter liggende werkprocessen zo klant-vriendelijk en efficiënt mogelijk te stroomlijnen. Het 'Orthoplanburo' dat in 2001 op de polikliniek van Orthopedie werd opgezet, is een voorbeeld van het optimaliseren van patiëntenstromen rond wachtlijst en operatieplanning. Naar verwachting zullen de overige afdelingen uit het cluster volgen met soortgelijke projecten.

Tevreden en betrokken: In 2001 voerde de afdeling Fysiotherapie van **CLUSTER 8** een uitgebreid klant-tevredenheidsonderzoek uit. De resultaten hiervan dienen als input voor het kwaliteitsbeleid van de afdeling. Clusterbreed is in 2001 een werk-belevingsonderzoek opgezet en uitgevoerd. Met deze enquête liep het cluster op eigen initiatief voor op het Erasmus MC-brede medewerkers-betrokkenheidsonderzoek. De resultaten van de enquête worden besproken met de afdelingen en ook hieruit zullen aandachtspunten volgen voor het kwaliteitsbeleid.

Hartkleppenbank opnieuw gecertificeerd: In 2001 werd de ISO 9002-certificatie van de Hartkleppen-bank Rotterdam weer voor een jaar verlengd. De subafdeling van Thoraxchirurgie – **CLUSTER 9** – werd hiervoor gevisiteerd door de verantwoorde-lijke geaccrediteerde externe instanties. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg bracht een bezoek aan de Hartkleppenbank. Doel was het toetsen van de kwaliteitseisen zoals die zijn neergelegd in de Wet op de Orgaandonatie. Mede door de goede vorm van het kwaliteitssysteem doorstond de Hartkleppenbank de toetsing met glans. Het kwaliteitssysteem draagt bij aan een voortdurende innovatie van de processen en heeft een aantoonbaar gunstige invloed op de 'bedrijfs-voering'. In 2001 werd ook de overgang naar de vernieuwde ISO-9000:2000 norm voorbereid. De Hartkleppen-bank hoopt het certificaat hiervoor in de herfst van 2002 te ontvangen.



Voorbehouden handelingen en protocollen: Speciaal voor het op structurele basis onderhouden en ontwikkelen van de Sophia-brede verpleegkundige protocollen is in 2001 binnen Kindergeneeskunde, **CLUSTER 10**, formeel formatie vrijgemaakt. Aan het bereiken van uniformiteit met betrekking tot voorbehouden handelingen kende het cluster prioriteit toe. Een computerprogramma voor het registreren van de handelingen (BIGGER) biedt daarbij de nodige ondersteuning. Medewerkers volgen de specifieke scholing op het gebied van voorbehouden handelingen via bedrijfsopleidingen.

Kwaliteit en Kosten: Binnen het landelijke project Kwaliteit en Kosten participeert Kinderheeskunde, **CLUSTER 11**, met het ziektebeeld 'anorectale malformatie' (misvormingen in het gebied van de anus en het rectum). Op basis van protocollen wordt bekeken of in de praktijk sprake is van 'vermijdbare kosten'. Voor de nulmeting is een dossieronderzoek gedaan en zijn vragenlijsten voor kinderchirurgen en ouders/patiënten ontwikkeld op basis van vooraf geformuleerde indicatoren. Beide vragenlijsten worden in januari 2002 uitgezet. Doel is het opsporen en vervolgens terugdringen van vermijdbare kosten waarbij de huidige kwaliteit gehandhaafd blijft en zo mogelijk zelfs wordt verhoogd.

Balanced Score Card (BSC): Dagverpleging en Kinderheeskunde, **CLUSTER 11**, bewaakten in 2001 voor het eerst de voortgang van de uitvoering van hun jaarplan via de BSC. Het is de bedoeling ook voor de Kinderchirurgische Groep en voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie in 2002 een BSC te ontwikkelen.

Reorganisatie Ambulante Zorg Kinderchirurgische Groep: Na een uitgebreid vooronderzoek is voor alle specialismen van de Kinderchirurgische Groep, **CLUSTER 11**, een patiëntenprofielplan opgesteld. De profielplannen geven de omvang en samenstelling van de patiëntengroepen en de kwaliteitseisen weer. Om de baliemedewerkers in staat te stellen poliklinische afspraken op een juiste manier – met gebruikmaking van gedifferentieerde toegangstijden – te plannen, is een geautomatiseerd

systeem ingevoerd. Het systeem is gebaseerd op klacht-gerelateerde vragen. Een aantal van de vele verbetervoorstellen die uit het vooronderzoek voortkwamen, is in 2001 uitgevoerd. Aan de resterende voorstellen wordt in het jaar 2002 verder gewerkt.



Multidisciplinaire samenwerkingsverbanden: In 2001 werd in **CLUSTER 12** de joint clinic Interne Oncologie/ Verloskunde & Vrouwenziekten ingericht voor patiënten met ovarium carcinoom (eierstokkanker). Uit de evaluatie van het project bleek dat patiënten en hun naasten het one-stop-shopping-model (minder bezoeken aan ziekenhuis) en de begeleiding en voorlichting door de verpleegkundig consulent zeer op prijs stellen.

De specialisten zijn enthousiast over de effectiviteit van de gezamenlijke spreekuren, waar kennis en kunde gebundeld worden. Ook de afdelingen Radiotherapie en Urologie werken samen in een joint clinic. Hier worden patiënten met prostaatacarcinoom (prostaatkanker) behandeld met brachytherapie. In de loop van 2002 worden het Academisch Bekkenbodemcentrum (Verloskunde & Vrouwenziekten, Heeskunde en Urologie) en het Voortplantingscentrum (Verloskunde & Vrouwenziekten, Andrologie) operationeel.

Unieke pilot – avondspreekuur polikliniek Urologie:

De polikliniek Urologie van **CLUSTER 12** startte in 2001 met een avondspreekuur. Een uniek project, zowel binnen als buiten het Erasmus MC. Bij de evaluatie van het project (begin 2002) wordt met name gekeken naar de effecten en de kosten van het avondspreekuur.

Informatiestrategie en -beleid: De Beleidsgroep Informatievoorziening (BGI), die begin 2001 werd ingesteld, ondersteunt de Raad van Bestuur bij het bepalen van de strategie en het beleid op het gebied van informatie. Het visiestuk 'Erasmus MC, Kenniscentrum aan de Maas', in 2001 en 2002 geproduceerd door een werkgroep van de BGI, verschijnt in de eerste helft van 2002. Een apart plan met aandacht voor de aanschaf van pc's, aansluitvoorwaarden en 'make or buy' zal in 2002 het licht zien. Voor het toekomstig beleid betekent dit dat het Erasmus MC kiest voor op basis van deze stukken vastgestelde aandachtsgebieden. Om de informatievoorziening binnen het Erasmus MC beter te kunnen sturen en stroomlijnen, wordt binnen de **STAFDIENST VOOR INFORMATIE & TECHNIEK** de afdeling Informatiemanagement vormgegeven. Deze afdeling gaat zich met name bezighouden met het voorbereiden van het informatiebeleid, regelgeving en standaardisatie. Een heroriëntatie op het functioneren van de BGI leidt ertoe dat in 2002 wordt gekozen voor een andersoortige beleidsgroep. Taskforces gaan zich bezighouden met het invoeren van elektronische patiëntendossiers, ordermanagement en patiëntendatamanagementsystemen. De taskforce nieuwbouw adviseert de Raad van Bestuur op het gebied van de toekomstige nieuwbouw.



Quick Scan: Om de informatiebehoefte van clusters en afdelingen efficiënt te kunnen meten, ontwikkelde de **STAFDIENST VOOR INFORMATIE & TECHNIEK** een Quick Scan. In samenwerking met de stafdienst is de Quick Scan, die ter beschikking staat van de IT-coördinatoren van de clusters, inmiddels bij een aantal opdrachten gebruikt. Van zeven

projecten is een schriftelijke rapportage beschikbaar.

Informatie wachttijden: In 2001 is vooral de kwaliteit van de gepubliceerde wachttijdgegevens onder de loep genomen. De ingebruikname van Wachttijst II, een nieuw geautomatiseerd registratiesysteem binnen het Erasmus MC, betekende een belangrijke kwaliteitsverbetering. Met Wachttijst II stelt de **STAFDIENST FINANCIËN & CONTROL** op eenvoudige wijze wachttijstinformatie van hoge kwaliteit ter beschikking. Omdat het ZWIER-project is bedoeld voor het vergelijken van wachttijden in de regio, bevat www.zwier.nl met name wachttijden voor algemene specialistische zorg. Het vergelijken van wachttijden voor academische zorg is uitermate lastig omdat patiënten daarvoor maar in een klein aantal ziekenhuizen terecht kunnen. Het Erasmus MC is in 2001 dan ook begonnen met de publicatie van deze wachttijden via de eigen website. Huisartsen in de regio worden over de wachtlijsten geïnformeerd via EDI-berichten (gestandaardiseerde elektronische data-uitwisseling).

Verbetering managementinformatie:

De decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden bracht een grote behoefte aan flexibele managementinformatie met zich mee. Om hierin te voorzien introduceerde de projectgroep Verbetering Managementinformatie eind 2001 een nieuw managementinformatiesysteem dat vervolgens met positief resultaat bij enkele clusters werd getest.

De eerste fase van het systeem wordt begin 2002 ingevoerd. Clusters en stafdiensten kunnen dan met behulp van het nieuwe programma Business Objects managementinformatie uit een databank ophalen. Het gaat daarbij onder meer om personele kosten, personele bezetting, formatie, materiële kosten en productie- en diagnostiekgegevens. De gegevens kunnen zowel op een hoog aggregatieniveau (specialisme) als op unitniveau worden opgevraagd. Een halve dag instructie is voldoende om het opvragen van standaardoverzichten onder de knie te krijgen. De meer ingewijden in de informatica kunnen zelf overzichten maken en analyses uitvoeren. Ook wordt het mogelijk om productie in relatie te brengen met kosten.

In de volgende fase komen ook details beschikbaar van personele gegevens, kostenboekingen, diagnostieaanvragen per specialist en productiespecificaties. Voor de realisatie hiervan werkt F&C samen met de clusters hard aan een betere registratie van de basisgegevens en een tijdige verwerking hiervan in de databank. Het betere inzicht dat het management hierdoor krijgt, zal zeker positieve gevolgen hebben voor beheersing en sturing.

In een later stadium komen ook andere gegevens via de databank (datawarehouse) beschikbaar. Te denken valt aan ziektereregistratie van personeel en aan Diagnose Behandelingcombinaties (DBC's). Het project wordt uitgevoerd door de **STAFDIENST FINANCIËN & CONTROL** in samenwerking met vertegenwoordigers van de rest van de organisatie.

Frontservice – Backservice: De belangrijkste verandering binnen het **FACILITAIR BEDRIJF** was in 2001 de opening van een Callcenter voor Sophia en Dijkzigt en een Servicedesk in Dijkzigt. Zowel de Callcenters als de Servicedesk zijn onderdeel van de nieuwe unit Frontservice van het Facilitair Bedrijf. In de Daniel wordt al langer met een Servicedesk gewerkt. De Frontservice zorgt ervoor dat de klant voor alle facilitaire aangelegenheden bij één loket terecht kan terwijl tegelijk inzicht ontstaat in de wensen, informatiebehoefte, storingsmeldingen en klachten van de klanten. Bij de unit Backservice wordt vervolgens helder wat de doorlooptijden zijn bij de verwerking van de verschillende meldingen die bij de Frontservice binnenkomen. Aan de hand van deze informatie kunnen, afhankelijk van de wensen van de klant, processen worden aangepast. **Unitmanagers trainen medewerkers:** Eind 2001 werd het project Kwaliteit en Klantgerichtheid voor

unitmanagers van het **FACILITAIR BEDRIJF** in gang gezet. De unitmanagers gaan in 2002 de eigen medewerkers trainen, waarop een verbetertraject volgt van zowel unitgebonden als unitoverstijgende processen.

Beddencentrale en CSA: De opening van een wasstraat zorgde in 2001 voor een concrete kwaliteitsverbetering binnen de unit Beddencentrale van het **FACILITAIR BEDRIJF**.

De wasstraat dient twee doelen: ten eerste worden matrassen en bedden op een kwalitatief hoog niveau hygiënisch gereinigd en ten tweede zorgt de wasstraat voor een sterke verbetering van de arbeidsomstandigheden.

De Centrale Sterilisatie Afdeling (CSA) behield ook in 2001 het ISO-certificaat.

Milieubeleid

Aansluitend op de organisatiestructuur van de Erasmus Universiteit Rotterdam zijn in 2001 als pilotproject arbo- en milieucontactpersonen (AMK-ers) opgeleid voor de clusters. Inmiddels volgden twee groepen een vijf dagdelen durende cursus. Het is de bedoeling dat alle clusters te zijner tijd over eigen, opgeleide, AMK-ers beschikken

Vergunningen

Halverwege 2001 zijn de nieuwe, geactualiseerde vergunningen voor de Daniel den Hoed van kracht geworden en, voor zover relevant, geïmplementeerd. Het betreft de lozingsvergunning en de vergunning volgens de wet Milieubeheer die beide niet meer aansloten op de werkelijke situatie. De nieuwe vergunningen zijn opgesteld in nauw overleg met de DCMR Milieudienst Rijnmond en het Zuiveringschap Hollandse Eilanden en Waarden. In samenwerking met de unit Vastgoed zijn in 2001 onderzoeken uitgevoerd naar water- en energiebesparing. Voor wat betreft het energiebesparingsonderzoek zullen de resultaten verder verwerkt worden in een Bedrijfs Energie Plan (BEP). In de begroting van 2002 is waar mogelijk rekening gehouden met het doorvoeren van verbeteringen.



Registratie gevaarlijke stoffen

In 2001 is een begin gemaakt met de registratie van de aanwezige gevaarlijke stoffen. De registratie is verplicht volgens de wet Milieubeheer en de Arbowet en vindt plaats aan de hand van de door de Raad van Bestuur vastgestelde beleidsnotitie Registratie Gevaarlijke Stoffen. Voor de uitvoering van de registratie zijn een projectleider en een projectmedewerker aangesteld. In afwachting van de installatie van een registratie op het netwerk, is begonnen met een inventarisatie van binnen het Facilitair Bedrijf gebruikte gevaarlijke stoffen.



Nieuwbouw

Binnen de planvorming voor de nieuwbouw van het Erasmus MC is milieubeleid een belangrijk onderwerp. Daarbij is op dit moment al duidelijk dat tijdens het gebruik van het complex de belasting voor het milieu bijzonder hoog zal zijn. Voldoende redenen dus om een intentiedocument 'gezond en duurzaam bouwen' op te stellen. Het document wordt voorbereid in een uniek samenwerkingsverband tussen het Erasmus MC, de architect, de GGD en de gemeente (milieubeleid Rotterdam). Een samenvatting zal deel uitmaken van de gemeentelijke ontwikkelingsvisie Hoboken. Ook de Gemeenteraad van Rotterdam heeft nadrukkelijk aangegeven het belangrijk te vinden dat inspanningen worden geleverd om het milieu zo min mogelijk te belasten.

Niet alle milieukwesties waaraan in het jaar 2001 is gewerkt, kunnen een plek krijgen in dit jaarverslag. Voor meer informatie over de manier waarop het Erasmus MC werkt aan het milieu, verwijzen wij u naar het aparte Milieujaarverslag 2001.

Klachtenbemiddeling en -behandeling

Sinds in 2000 voor het complete AZR een uniforme klachtenregeling in werking trad, behandelt de Klachtencommissie klachten vanuit de drie locaties op één en dezelfde manier. Die uniformiteit geldt inmiddels ook voor bemiddeling door de verschillende klachtenfunctionarissen. Sinds 2001 beschikt de Daniel den Hoed namelijk, net als Dijkzigt en Sophia, over een eigen, parttime, klachtenfunctionaris zodat nu overal sprake is van laagdrempelige klachtenopvang.

Maatregelen en gerealiseerde verbeteringen

Afdelingen doen in het algemeen zelf uitvoerig onderzoek naar de aanleiding van een klacht. Verbetering van procedures of meer aandacht voor specifieke resultaten is hiervan meestal het resultaat. Steeds vaker worden binnen afdelingen klachten over behandeltechnische aspecten in een breder verband besproken en datzelfde geldt voor organisatorische problemen. Een voorbeeld hiervan is de lange wachttijd die op de afdeling Spoedeisende Hulp geldt voor in consult gevraagde artsen van bepaalde specialismen. Wanneer een afdeling zelf maatregelen neemt, ziet de Klachtencommissie af van verdere adviezen.

In de bijlage bij dit hoofdstuk is een overzicht opgenomen van door de Klachtencommissie aan de Raad van Bestuur geadviseerde maatregelen en verbeteringen.

De Klachtenfunctionarissen

Soms is een kleine ingreep voldoende om een grote klanttevredenheid te bereiken. Voorbeeld daarvan is het simpel verplaatsen van een bankje voor de hoofdingang van het Sophia Kinderziekenhuis. Doordat het bankje te dichtbij de ingang stond, werd geklaagd over rooklucht in de hal van het ziekenhuis. De overlast verdween door het bankje een paar meter verder verwijderd van de ingang te plaatsen. Een overzicht van oplossingen voor klachten en problemen die de Klachtenfunctionarissen in 2001 aandroegen, is opgenomen in de bijlage bij dit hoofdstuk.

De kwantitatieve gegevens met betrekking tot klachten zijn opgenomen in de bijlage bij dit hoofdstuk. Het jaarverslag 2001 van de Klachtencommissie biedt alle overige informatie die hier niet aan bod kan komen.

Fouten, Ongevallen, Bijna Ongevallen/ Meldingen Incidenten Patiëntenzorg

Medewerkers kunnen op verschillende wijze bijdragen leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van de patiëntenzorg. Een van de mogelijkheden is om incidenten (Fouten, Ongevallen, Near-Accidents) die zich voordoen in de directe patiëntenzorg, via de MIP (Meldingsprocedure Incidenten Patiëntenzorg) bij de Fona-commissies te melden. De Fona/MIP-procedure maakt het mogelijk 'zwakke plekken' in de zorgverlening te signaleren waardoor concrete verbeteracties in gang kunnen worden gezet.

Drie commissies

Op elk van de drie ziekenhuislocaties functioneert een Fona-commissie. De belangrijkste taak van de drie commissies is het analyseren van door medewerkers gemelde incidenten in de directe patiëntenzorg en het adviseren van het management en/of de Raad van Bestuur over preventieve maatregelen. In de commissies participeren artsen, verpleegkundigen, een apotheker en eventueel een paramedicus. De drie commissies worden ondersteund door één secretaris. Incidenten en trends in incidenten kunnen zowel locatiespecifiek als ziekenhuisbreed worden geanalyseerd.

Vermijdbaar in plaats van verwijtbaar

Doel van de Fona-commissies is te achterhalen hoe een incident heeft kunnen gebeuren en wat de totale organisatie ervan kan leren, zodat dergelijke ongewenste gebeurtenissen in de toekomst kunnen worden voorkomen (vermijdbaarheid). Het gaat er dus nadrukkelijk niet om door wie of bij wie iets misgegaan is (verwijtbaarheid). Gemelde incidenten worden anoniem behandeld, het gaat immers uitsluitend om de gebeurtenis en de oorzaken die tot een incident hebben kunnen leiden.

Het leidend principe voor de commissies is 'waar gewerkt wordt, kan iets mis gaan'. Het is een illusie te denken dat mensen kunnen werken zonder fouten te maken. Inspanningen binnen de organisatie moeten dan ook niet zozeer gericht zijn op het leren foutloos te werken. Belangrijker is processen ofwel systemen zo veilig te maken dat de risico's op het maken van fouten minimaal worden. Er moet worden gestreefd naar een structuur waarin een fout/incident niet tot ernstige gevolgen

kan leiden. Systeembenadering dus in plaats van persoonsbenadering. Omschreven en goed toegankelijke richtlijnen en protocollen evenals duidelijke controleprocedures zijn hierin belangrijke hulpmiddelen.

Meldingen over 2001

De medewerkers leveren dus de input voor de commissies en zijn daarmee als het ware de leveranciers van de Fona-commissies. De afnemers van de Fona-commissies zijn het management. Het aantal meldingen dat de commissies ontvangen en de soort meldingen, geven bij lange na geen volledig beeld van wat in de dagelijkse praktijk zoal mis gaat. Niet alle incidenten worden namelijk gemeld bij de Fona-commissie. We gaan ervan uit dat de Fona-commissies slechts het spreekwoordelijke 'topje van de ijsberg' onder ogen krijgen. Of medewerkers incidenten melden, hangt af van veel factoren. De belangrijkste factor is de aanwezigheid van het bewustzijn dat een incident de moeite van het melden waard is. Andere factoren zijn onder andere de cultuur in de werkomgeving ten opzichte van incidenten en de attitude van de medewerker ten aanzien van het omgaan met fouten en incidenten. Mogelijk speelt ook het hebben van een mening over de zinvolheid en het resultaat van het melden een rol.

In de bijlage bij dit hoofdstuk zijn de kwantitatieve gegevens van de Fona-commissies opgenomen, evenals een overzicht van concreet behaalde resultaten. In het jaarverslag 2001 van de Fona-commissies zelf wordt uitgebreider ingegaan op de resultaten.

Activiteiten in 2001

In 2001 bespraken de Fona-commissies hun conceptbeleidsplan met de Raad van Bestuur. De beoogde werkwijze sluit aan bij de principes van Beter Besturen. De Raad van Bestuur heeft het conceptplan inmiddels ter beoordeling voorgelegd aan de adviesorganen, de zorgmanagers en de clusterbesturen. Kern van het plan is het toewerken naar een sterk decentrale aanpak van Fona/MIP. Een centrale commissie richt zich in deze opzet met name op het – op basis van het totaaloverzicht – signaleren van afdelingsoverstijgende onderwerpen waarvan de aanpak de totale organisatie ten goede komt.

Het conceptbeleidsplan stelt verder een vorm van 'auditing' voor, met als doel het realiseren van een systematische feedback.

In 2001 namen de Fona-commissies een gestructureerd systeem van terugkoppeling in gebruik. Het systeem biedt het management – clusters, afdelingen en units – inzicht in het aantal meldingen van het eigen organisatieonderdeel, de categorieën waaronder de meldingen vallen en de adviezen van de Fona-commissies. De periodieke terugkoppeling geeft het management en de medewerkers de mogelijkheid tijdens het werkoverleg met elkaar in gesprek te gaan over Fona-onderwerpen. Resultaat zal zijn dat de Fona/MIP-procedure nog meer gaat leven op de werkvloer en dat medewerkers in de toekomst vaker ideeën zullen aandragen voor acties om incidenten te voorkomen.

Anti-decubitus

De Anti-Decubitus Commissie heeft als doel het optimaliseren van decubituspreventie en -behandeling. Het door de Raad van Bestuur goedgekeurde anti-decubitusbeleid is van toepassing voor de drie locaties.

Taken

- De Anti-Decubitus Commissie houdt zich bezig met:
- Het ontwikkelen van een standaardbeleid door standaardprotocollen en verpleegplannen up-to-date te houden en verder te ontwikkelen.
 - Het voorlichten en instrueren van medewerkers.
 - Het periodiek inventariseren van gevallen van decubitus in het algemeen en binnen bepaalde patiëntengroepen.
 - Advisering bij het aankopen of huren van anti-decubitusmaterialen. De advisering is gebaseerd op continue inventarisatie van de mogelijkheden en het gebruik en verbruik van dit soort materialen.
 - Advisering van de Raad van Bestuur inzake decubitus en decubitusgerelateerde vraagstukken.
 - Het toetsen van nieuwe preventie- en behandelmethoden.
 - Het initiëren van onderzoek.

Visie en aanpak

'Aandachtvelden' – verpleegkundigen die decubitus als aandachtsgebied in het takenpakket hebben – geven op de werkvloer het beleid van de commissie vorm. De aandachtvelden vergaderen eens per maand onder voorzitterschap van de decubitus-consulent. Scholing is een belangrijk onderdeel van dit overleg.

Het werken met aandachtvelden heeft onder andere geresulteerd in een aantal verschuivingen. Zo zien we dat het aantal dagen dat van een matras gebruik wordt gemaakt bij patiënten met een laag risico op decubitus hoger is, terwijl de cijfers een daling laten zien van het gebruik bij patiënten met een hoog of matig risico. Een belangrijke reden hiervoor is dat verpleegkundigen zich bewuster zijn van de noodzaak van decubituspreventie. De scholing en de bespreking van patiënten met decubitus is daar zeker debet aan.

Revisie voor het Rampenopvangplan

In 1998 werd in het AZR een nieuw Rampenopvangplan geïntroduceerd. De bestuurlijke en organisatorische veranderingen, de komst van een hoogleraar Traumatologie en de aanwijzing van het AZR als traumacentrum maakten dat het plan in 2001 aan revisie toe was. Het nieuwe plan speelt in op het speerpuntenbeleid van de Traumatologie in het Erasmus MC, de ontwikkelingen vanuit het project Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen en op belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen.

De basis van de opvang

Het specialisme Traumatologie heeft een centrale plaats in de organisatie van de opvang van slachtoffers bij een ramp. De artsen vervullen belangrijke kernfuncties als triage-arts en behandelaar op de acute kamers van de Spoedeisende Hulp (SEH). Volgens het nieuwe rampenplan worden ook kinderen die het slachtoffer zijn van een ramp en daarbij zeer ernstig en levensbedreigend letsel hebben opgelopen, vervoerd naar de SEH van Dijkzigt. Aan het Basisteam Rampen SEH Dijkzigt zijn dan ook een kinderintensivist en een kinder-anesthesist toegevoegd. Het nieuwe plan voorziet in een belangrijke rol voor het specialisme Anesthesiologie.

De veelzijdigheid van de anesthesiologen zorgt voor een ruime inzetbaarheid. Bij rampen vervullen anesthesiologen dan ook kernfuncties op de SEH Dijkzigt en de Acute Hulp Sophia. Een groot aantal anesthesiologen en anesthesiemedewerkers wordt dan ook al opgeroepen bij fase 1 van het rampenopvangplan.

Belangrijke veranderingen:

- vooraanmelding via blokoproep aan het traumateam zodat de teamleden zich kunnen voorbereiden op het eventueel in werking treden van het Rampenopvangplan
- herziening van de registratie van slachtoffers; al vanaf fase 1 houden administratieve medewerkers zich nu bezig met de registratie van slachtoffers
- de oproepprocedure is verder geautomatiseerd
- er wordt meer bewakings- en beveiligingspersoneel ingezet

Draaiboek Nazorg Ramp

Nieuw in het Rampenopvangplan is het Draaiboek Nazorg Ramp. Het draaiboek wordt opgesteld door een multidisciplinaire werkgroep en wordt in de loop van 2002 in gebruik genomen. De richtlijn *Opvang na een schokkende gebeurtenis op het werk* is uitgangspunt voor de nazorg voor medewerkers die zijn betrokken bij een ramp.

“Het principe van het Rampenopvangplan is dat rampenopvang een opschaling is van de reguliere, dagelijkse spoedeisende hulp. Een proces dat in een oogwenk groeit dus.”, Jeanne de Vetter, crisiscoördinator AZR. ■ ■

RAMPENOEFFENING CASSIOPEIA

Een groot ongeval met vuur, paniek in een theatertent, tientallen gewonden: Cassiopeia, een ketenoefening van de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR Rotterdam-Rijnmond) in samenwerking met het Erasmus MC. Zaterdagmiddag 8 december komt de melding binnen. Omdat het automatische alarmeringssysteem het laat afweten, worden de medewerkers afzonderlijk gewaarschuwd door de telefonistes. Rond 13.50 wordt de eerste gewonde binnengereden op de SEH, waarna met tussenpozen van enkele minuten telkens nieuwe gewonden binnendruppelen. Bij de Acute Hulp van het Sophia Kinderziekenhuis worden kinderen en ouders opgevangen die per ambulance of op eigen gelegenheid naar het ziekenhuis zijn gekomen. Iedereen wordt rustig opgevangen en gekalmeerd door medewerkers van RIAGG, Bureau Slachtofferhulp, acuut maatschappelijk werk en het Crisiscentrum. Slachtoffers worden begeleid naar een behandelkamer of in geval van een lichte verwonding even in de wachtkamer geparkeerd. Patiënten die na de eerste hulp naar de OK of IC moeten, worden naar het beddenhuis gebracht. Chirurgen, artsen, verpleegkundigen en andere hulpverleners werken zich urenlang uit de naad om iedereen te helpen, dan keert de rust terug: het is tenslotte maar een oefening. Overall-conclusie was dat er meer op dit soort grootschalige situaties getraind moet worden en dat veel meer communicatie en coördinatie nodig is. Ondanks een aantal verbeterpunten, gaat Cassiopeia de boeken in als een naar wens verlopen rampenoefening.



Bijlage bij 'Kwaliteit': Uitleg gebruikte begrippen

Balanced Score Card (BSC)

De Balanced Scorecard is een meet- en verbeter-systeem dat zich richt op het vertalen van strategie naar concrete actie. Er worden zowel kwantitatieve als kwalitatieve prestatie-indicatoren in opgenomen. Het systeem leidt de energie, vaardigheden en specifieke kennis van medewerkers in goede banen om zowel korte- als langetermijn-doelstellingen te realiseren.

Business Process Redesign

De BPR-systematiek houdt in dat bedrijfsprocessen (zorgprocessen) opnieuw worden vormgegeven. Doel is het zo klantvriendelijk en efficiënt mogelijk stroomlijnen van de zorgprocessen en de daarachter liggende werkprocessen. Een efficiënter zorgproces biedt grote voordelen voor patiënten, zoals kortere wachttijden en betere informatievoorziening. Maar ook zorgverleners profiteren van BPR: overleg is doelmatiger en de administratieve rompslomp minimaal.

CCKL-accreditatie

De Coördinatie Commissie ter bevordering van de Kwaliteitsbeheersing van het Laboratorium-onderzoek op het gebied van de Gezondheidszorg (CCKL) is een gespecialiseerde accreditatie-organisatie voor medische laboratoria in de humane gezondheidszorg. De CCKL beoordeelt het kwaliteitssysteem, de technische uitoefening en de post- en pre-analytische fase om vervolgens al dan niet een goedkeuringsbewijs (accreditatie) af te geven.

INK-model

Dit managementmodel is gebaseerd op vier uitgangspunten:

1. Praktijkgericht en zelfwerkzaamheid
2. Ontwikkelingsfasen (vijf)
3. Gebruik van de 'Plan-Do-Check-Act-cirkel' van Deming als regelkring
4. Focus op excellentie Het INK kenmerkt excellente organisaties als: leiderschap met lef, resultaatgerichtheid, continu verbeteren, transparantie en samenwerking.

Joint clinics

Poliklinieken die zijn gericht op een bepaalde aandoening, of een aantal min of meer verwante aandoeningen, waarbij meerdere specialismen betrokken zijn. Tijdens de joint clinics zijn alle betrokken specialisten aanwezig of oproepbaar, zodat patiënten niet voor ieder deelonderzoek een aparte afspraak hoeven te maken. De doorlooptijden worden zo aanzienlijk verkort en de totale capaciteit neemt toe, vooral voor diagnostiek.

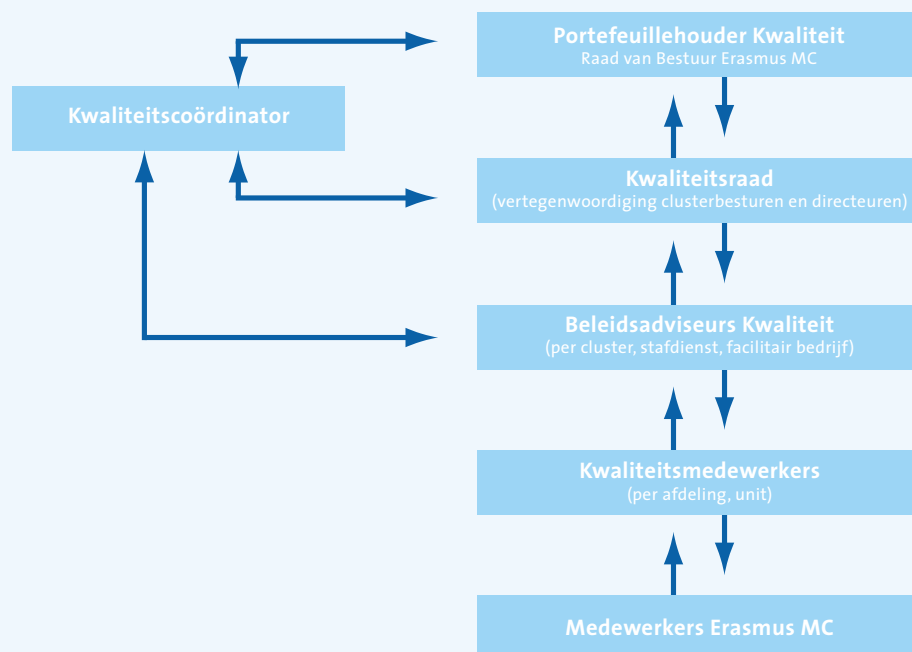
Klinisch pad

Een klinisch pad (clinical pathway) is een manier om het gehele behandel- en/of zorgproces op een tijdspad uit te zetten. Het ideale 'pad' voor zowel patiënt als uitvoerders wordt samengesteld door een multidisciplinair team van medewerkers die bij het behandel- en/of zorgproces betrokken zijn. Bijlage bij 'Kwaliteit': Organogram van de Kwaliteitsorganisatie.

Kwaliteitscirkel

Bij een kwaliteitscirkel wordt een mono- of multidisciplinair praktijkprobleem op systematische wijze geanalyseerd en opgelost door een groep medewerkers die tijdens hun werk met het probleem te maken hebben.

Bijlage bij 'Kwaliteit': Opbouw van de kwaliteitsorganisatie



Portefeuillehouder kwaliteit

Afgevaardigde van de Raad van Bestuur met als belangrijkste taken:

- het ondersteunen en faciliteren van de totstandkoming van het Erasmus MC-brede kwaliteitsbeleid
- het onderhouden van externe contacten op het gebied van kwaliteit.

Kwaliteitscoördinator

Beheerder van het kwaliteitsnetwerk binnen het Erasmus MC met als belangrijkste taken:

- voorzitter van het overleg van Beleidsadviseurs Kwaliteit
- overleg met de milieu- en ARBO-deskundigen, secretarissen van Fona- en Klachtencommissies en Klachtenfunctionarissen
- bijhouden van vorderingen van kwaliteitsbeleid
- advisering en ondersteuning van Raad van Bestuur, decentraal management, Beleidsadviseurs Kwaliteit en Kwaliteitsmedewerkers
- onderhouden van contacten met onder meer collega-academische ziekenhuizen, de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ), de Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ) en de Stichting Rijnmondse Ziekenhuizen
- opstellen van het kwaliteitsjaarverslag
- secretaris van de Kwaliteitsraad

Kwaliteitsraad

Afgevaardigden van clusterbesturen en directies van stafdiensten en facilitair bedrijf en lid Raad van Bestuur met als belangrijkste taken:

- adviseren van de Raad van Bestuur bij de opbouw en ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid van het Erasmus MC
- stimuleren van 'kwaliteitsdenken' bij de Erasmus MC-medewerkers
- zorgen voor aansluiting van decentraal en centraal kwaliteitsbeleid.

Beleidsadviseurs Kwaliteit

Adviseurs van de twaalf klinische clusters, stafdiensten en facilitair bedrijf met als belangrijkste taken:

- voorzitter van het overleg van kwaliteitsmedewerkers van hun organisatieonderdeel
- op de hoogte houden van de Kwaliteitscoördinator van dat wat leeft en speelt binnen de units
- op decentraal niveau ongeveer dezelfde taken als de kwaliteitscoördinator heeft op centraal niveau.

Kwaliteitsmedewerkers

Medewerkers met kwaliteit als aandachtsgebied met als belangrijkste taken:

- signaleren van mogelijkheden en problemen rond kwaliteitsbeleid
- doorspelen van ervaringen naar de Beleidsadviseur Kwaliteit
- ondersteunen van de afdeling en/of unit bij het opzetten, onderhouden en verbeteren van kwaliteitssystemen.

Bijlage bij 'Kwaliteit': Erasmus MC-brede Commissies

Anti Decubituscommissie

Voorzitter: dr. F. Heule

Secretaris: mw. A. van Dam

Beleidsgroep Informatievoorziening (BGI)

Voorzitter: Drs. W. Geerlings

Secretaris: Drs. A.H. Bontjes

Beraadsgroep Voortplantingsgeneeskunde

Voorzitter: Prof.dr. J. Passchier

Secretaris: Mw. J.M. Langendoen

Bezwarenadviescommissie

Voorzitter: Ir. J.M. He-man

Secretaris: Mw.mr. S.F. Baraké

Bloedtransfusiecommissie

Voorzitter: Prof.dr. B. Löwenberg

Secretaris: Mw.drs. J. van der Spek (tot juli 2001, daarna vacature)

Casuïstiekcommissie AZR-Sophia

Voorzitter: Mw.dr. S. van de Vathorst

Secretaris: Mw.mr. C.P. Bron – van Vliet

Centrale Opleidingscommissie

voorzitter: Prof.dr. H.J. Neijens

Secretaris: Prof.dr. H.J. Bonjer

Commissie Beveiliging Medische Informatie

Voorzitter: Drs. M. Schaafsma (tot maart 2001, daarna vacature)

Secretaris: Mw.drs. P.C. Henderson

Commissie Patiëntgebonden Onderzoek

Voorzitter: Prof.dr. J.W. Oosterhuis

Secretaris: Dr. C.F.A. van Bezooijen

Commissie Seksuele Intimidatie

Voorzitter: L.A.M. ten Brink (extern)

Commissie Stuurgroep Medische Middelen

Voorzitter: Prof.dr. H.A. Bruining

Commissie Vertrouwenspersonen

Voorzitter: Prof.dr. C.J.J. Avezaat

Secretaris: Ing. G.H. Surink

Dierexperimentencommissie (DEC)

Voorzitter: Prof.dr. P.H. Cox

Vice voorzitter: Dr.ir. J-B. Prins

Secretaris: Mw.dr. W.A.A. van der Wal

Dhr. A.M. Kershof (overleden in oktober 2001)

Mw.dr.ir. S.E.E.M. Lijmbach (per oktober 2001)

Examencommissie

Voorzitter: Dr. B. Bonke

Secretaris: Mw. E. de Zwart

Fona-commissie AZR-Dijkzigt

Voorzitter: Drs. H. Pieterman, vanaf eind december 2001 Mw. M. Faber

Secretaris: Mw. A.G. de Smalen-Oldengarm Msc.

Fona-commissie AZR-Daniel

Voorzitter: Drs. A.R. Van Gool

Secretaris: Mw. A.G. de Smalen-Oldengarm Msc.

Fona-commissie AZR-Sophia

Voorzitter: Mw. Y. Kant-de Wit

Secretaris: Mw. A.G. de Smalen-Oldengarm Msc.

Geneesmiddelencommissie AZR-Dijkzigt/ Daniel

Voorzitter: Prof.dr. L. Peppinkhuizen

Secretaris: Dr. P.J. Roos

Geneesmiddelencommissie AZR-Sophia

Voorzitter: Dr. P.C.J. de Laat

Secretaris: Dr. P.J. Roos

Infectiecommissie

Voorzitter: Mw.dr. M.C. Vos

Secretaris: Mw. C.E. te Beest-Tennant

Investerings Toetsings- en Advies Commissie (ITAC)

Voorzitter: Drs. B. Wills

Klachtencommissie

Voorzitter: Mw.mr. L.S.C. Heyning-Plate

Vice Voorzitter: Mr. H.F.J. Joosten

Secretaris: Mw. M.K. van Pelt-Vierdag

Mw. F.P. Herkelman- van den Heuvel

Klachtencommissie BOPZ

Voorzitter: Prof.dr. H.K.A. Visser

Vice-voorzitter: vacature

Secretaris: Mw.mr. M.J.C.E. Blondeau,

Mr. R. Posthumus (plv.)

Klachtencommissie Seksuele Intimidatie

Voorzitter: W.J.C.M. van Oers

Secretaris Mw. C.I.J. Jonquière

Kwaliteitsraad

Voorzitter: Prof.dr. A.J.J.C. Bogers

Vice Voorzitter: Dr. J. Lindemans

Secretaris: Mw.drs. E. van Geest- Schiks

Machtigingszaken

Voorzitter: Mw.drs. J.P. de Graaf

Secretaris: vacature

Medisch Ethische Vraagstukken

Voorzitter: Prof.dr. F.W.J. Hazebroek

Secretaris: mw.dr. S. van de Vathorst

Medisch Ethische Toetsingscommissie

Voorzitter: drs. J.P.C.M. Oomen

Secretaris: mw.mr. C.P. Bron-van Vliet

Oncologisch Beraad

Voorzitter: Prof.dr. G. Stoter

Secretaris: Mw.drs. A.C. Hartendorf

Problematiek Levenseinde

Voorzitter: Prof.dr. C.J.J. Avezaat

Rampenopvangcommissie

Voorzitter: Drs. W. Geerlings (voorlopig)

Secretaris: Mw. J.P.M. de Vetter

Stuurgroep Onderzoek

Voorzitter: Prof.dr. J.W. Wladimiroff

Secretaris: Dr. C.M.A.W. Festen

Werkgroep Documentbeheersysteem

Voorzitter: Mw. J.P.M. de Vetter

Bijlage bij 'Kwaliteit': klachtenbemiddeling en -behandeling

Kwantitatieve gegevens

2001 laat ten opzichte van de twee voorgaande jaren een stijgende lijn zien in het aantal ingediende klachten (klachtaspecten): de lijn bereikt het niveau van 1998. De aantallen van 2000 en 2001 zijn opgebouwd uit dezelfde componenten, namelijk de mondeling en schriftelijk ingediende klachten van Dijkzigt en Sophia en de schriftelijk ingediende klachten van de Daniel den Hoed. Omdat de 31 mondeling ingediende klachten die de klachtenfunctionaris in de Daniel in de loop van 2001 in behandeling nam, buiten beschouwing zijn gelaten, kunnen 2000 en 2001 goed met elkaar worden vergeleken. Het kan zijn dat een deel van de gegevens over 2001 nog moet worden aangepast. Een aantal klachten was namelijk op het moment van aanlevering van de gegevens voor dit verslag nog in behandeling en is dus als voorlopig geregistreerd.

De geregistreerde klachten in procenten

In onderstaande gegevens valt op dat in 1998, 1999, 2000 en 2001 de manier waarop klachten zijn behandeld naar verhouding vrijwel gelijk was. Slechts het percentage door de Klachtencommissie behandelde klachten laat een lichte schommeling zien.

Gedurende de afgelopen jaren is steeds ongeveer 40 procent van de klachten door bemiddeling naar tevredenheid van de klagers afgewikkeld. Het aantal keren dat de Klachtencommissie in actie kwam, lijkt de laatste twee jaar gelijk te blijven: 10%. Over 2001 kan dit percentage echter nog stijgen omdat klachten die nog in behandeling zijn niet zijn meegeteld.

Het percentage klachten dat na overleg met de klager aan de betrokken afdeling werd voorgelegd met het verzoek indien nodig maatregelen te treffen, varieert van 34% in 1998 tot 28% in 2001. Iets minder klagers blijken dus genoeg te nemen met uitsluitend interne behandeling van hun klacht. De afgelopen jaren betrof circa 22% van de klachten aansprakelijkstelling of andere (tucht)rechtelijke procedures.

Wijze van klachtenbehandeling

	1998		1999		2000		2001	
	nom.	perc.	nom.	perc.	nom.	perc.	nom.	perc.
Bemiddeling van mondelinge en schriftelijke klachten	296	38%	289	40%	285	40%	257	39%
Behandeling schriftelijke klachten door Klachtencommissie	53	7%	95	13%	72	10%	62	10%
Mondelinge en schriftelijke klachten ter kennisgeving met signaal aan betreffende organisatieonderdeel	261	34%	185	25%	204	28%	188	28%
Overige (waaronder claims)	161	21%	158	22%	159	22%	154	23%
Nog in behandeling*	3		14		18		112	
Totaal	774		741		738		773	

* in de jaren 1998, 1999 en 2000 waren met name letselschadeclaims in behandeling; in 2001 zijn hierbij opgeteld de klachten die bij de Klachtencommissie in behandeling zijn.

	1998	1999	2000	2001
Aard van de klachten	nom. perc.	nom. perc.	nom. perc.	nom. perc.
Behandeltechnisch	225 29%	237 32%	206 28%	206 27%
Relationeel	191 25%	205 28%	210 28%	192 25%
Organisatorisch	358 46%	298 40%	322 44%	330 43%
Overig		1		45 5%

Ook de verdeling naar de aard van de klachten ligt in de betreffende jaren percentueel vrij dicht bij elkaar. 28 tot 32% van de klachten betreft behandeltechnische aspecten; 25 tot 28% heeft betrekking op klachten over de communicatie en bejegening en 40 tot 46% op organisatorische aspecten.

Beoordeling van door de Klachtencommissie behandelde klachten

	1999	2000	2001
Geground	21	15	19
Niet geground	56	45	40
Gedeeltelijk geground	-	-	-
Geen uitspraak	18	12	3
Totaal	95	72	62*

* exclusief de nog in behandeling zijnde klachten.

De geground beoordeelde klachten hadden betrekking op

	1999	2000	2001
Relationele onderwerpen	0	4	5
Behandeltechnische onderwerpen	2	5	10
Organisatorische onderwerpen	9	6	4

Maatregelen en gerealiseerde verbeteringen

Naar aanleiding van behandelde klachten adviseerde de Klachtencommissie de Raad van Bestuur maatregelen te nemen met betrekking tot de volgende onderwerpen:

- verbetering van de communicatie
- het voorzien in een regeling voor het verrichten van spoedgastroscoopieën in de Daniel den Hoed
- verbetering van de bescherming van de privacy bij het afnemen van de anamnese op de dagbehandeling van een specifieke afdeling
- verbetering van de registratie van het gebruik van contrastmiddelen
- nader onderzoek naar de afspraken voor acceptatie van patiënten op een specifieke polikliniek

- verbetering van de voorlichting over parkeertarieven
- het zoveel mogelijk hanteren van het aanvraagstelsel van de afdeling Radiologie bij aanvragen voor herbeoordeling van röntgenfoto's
- waarborging van een zorgvuldige voorbereiding van de uitvoering van onderzoeken op de afdeling Radiologie en realisering van een structurele terugkoppeling tussen de radioloog en de aanvragende specialist.

In 2001 waren er relatief veel klachten over de wachttijd op uitslagen van onderzoeken van de afdeling Radiologie. De oorzaak hiervan ligt in het personeelstekort op de afdeling, waarbij het grootste knelpunt het tekort aan radiologen is. In 2001 is een aantal ingrijpende maatregelen genomen om het personeelsbestand weer op niveau te krijgen. Innovatieve technische voorzieningen zorgden voor efficiëntere verslaglegging van onderzoek waardoor uitslagen sneller beschikbaar kwamen voor de aanvragende specialisten. Bij onderzoek naar aanleiding van de behandeling van een klacht over de accommodatie in de kliniek van Dijkzigt, bleek dat het probleem opgelost zal zijn zodra de 'facelift' van de kliniek (gebouw H) voltooid is. In het voorjaar van 2002 ligt er een plan van aanpak voor deze renovatie.

Behandeld door de Klachtencommissie

In 2001 door de Klachtencommissie behandelde klachten waren aanleiding voor de volgende adviezen en maatregelen:

- Aandacht voor de communicatie met patiënten, in het bijzonder bij ontslag uit de kliniek of dagbehandeling.
- Om communicatieproblemen over afspraken met de patiënt of diens ouders te voorkomen, is aandacht besteed aan het beperken van de wisseling van artsen op een specifieke afdeling.

- Klachten over het uitstellen van ingrepen waren aanleiding chirurgische specialismen te adviseren in hun oproepbrief aandacht te besteden aan het feit dat het, ondanks alle inzet, kan voorkomen dat een operatie op de dag van de ingreep wordt geannuleerd wegens onvoorziene uitloop van operaties of spoedingrepen. Eén afdeling wijzigde naar aanleiding hiervan de opbouw van het OK-programma zodat er minder kans is dat relatief kleine ingrepen vervallen door het uitlopen van grote ingrepen.
- Een als gegrond beoordeelde klacht over de medische behandeling van een patiënt was voor de betrokken afdeling aanleiding de gang van zaken rond de frequentie van controles van een bepaalde patiëntengroep grondig te analyseren. Resultaat is dat de huisarts voortaan na elke poliklinische controle een verslag ontvangt.
- Een klacht over de klimaatbeheersing in de kliniek Psychiatrie was aanleiding de voortgang te stimuleren van de al in gang gezette procedure die moet zorgen voor een structurele oplossing van dit probleem.
- Klachten over de communicatie met patiënten en familie van patiënten waren aanleiding in de opleidings- en onderwijstrajecten van de betrokken afdeling nadrukkelijk aandacht te besteden aan het omgaan met patiënten en familie en het begeleiden van familie van patiënten.
- Een klacht over het afzeggen van een operatieve ingreep terwijl de betrokken patiënt al was opgenomen, was aanleiding voor het advies een pre-operatief anesthesiespreekuur in te stellen. De opzet van een dergelijke polikliniek was al in voorbereiding. Medio oktober 2001 werd de polikliniek geopend.
- Klachten over het niet uitvoeren van aan-gevraagde obducties waren voor de afdeling Klinische Pathologie aanleiding tot het nemen van ingrijpende maatregelen. Zo is geregeld dat in het geval van obductie een overleden patiënt pas aan de begrafenisondernemer wordt meegegeven als het mortuarium over de formulieren beschikt waaruit blijkt dat de obductie is verricht. Bij het ontbreken hiervan wordt contact opgenomen met de aanvragende afdeling. Daarnaast moeten obducties niet langer alleen schriftelijk maar ook telefonisch worden aangemeld bij de afdeling Klinische Pathologie.
- De Raad van Bestuur installeerde eerder al een werkgroep die de totale zorg voor overleden patiënten en de opvang van nabestaanden onder de loep neemt. Knelpunten in dit verband die bij de behandeling van klachten naar voren kwamen, zijn voorgelegd aan de werkgroep zodat hiermee rekening kan worden gehouden bij het actualiseren van procedures.
- Een gegrond beoordeelde klacht over het gebruik van een verkeerde vloeistof tijdens een ingreep was voor de betrokken afdeling aanleiding de verschillende vloeistoffen voortaan in aparte ruimten te bewaren. Ook is gekozen voor gebruik van een alternatief middel waarvan direct zichtbaar is dat het om een afwijkende vloeistof gaat.
- Een verschil van mening over de uitvoering van een operatieve ingreep bij een patiënt die al langere tijd op de wachtlijst stond, was aanleiding voor het advies dergelijke patiënten een week voor de operatie op de polikliniek te zien om kort het behandelingsvoorstel door te nemen.
- Naar aanleiding van enkele specifieke klachten over patiëntenvoorlichting is geadviseerd de betreffende patiëntenfolders aan te passen.
- Uitspraken over klachten waren aanleiding voor het advies de instructies voor de medische en verpleegkundige overdracht en de instructies voor het documenteren van bevindingen aan te scherpen. Ook is geadviseerd het overplaatsingsprotocol te evalueren en eventueel aan te passen. Bij noodzakelijke overplaatsing van een patiënt naar een ander ziekenhuis zou eerst bekeken moeten worden of de patiënt uit een ander ziekenhuis afkomstig was. In dat geval wordt in eerste instantie het betreffende ziekenhuis benaderd.
- Een klacht over de medische behandeling was aanleiding voor het voeren van nader overleg over de rapportage van bevindingen van diagnostisch onderzoek en de berichtgeving hierover aan patiënten.

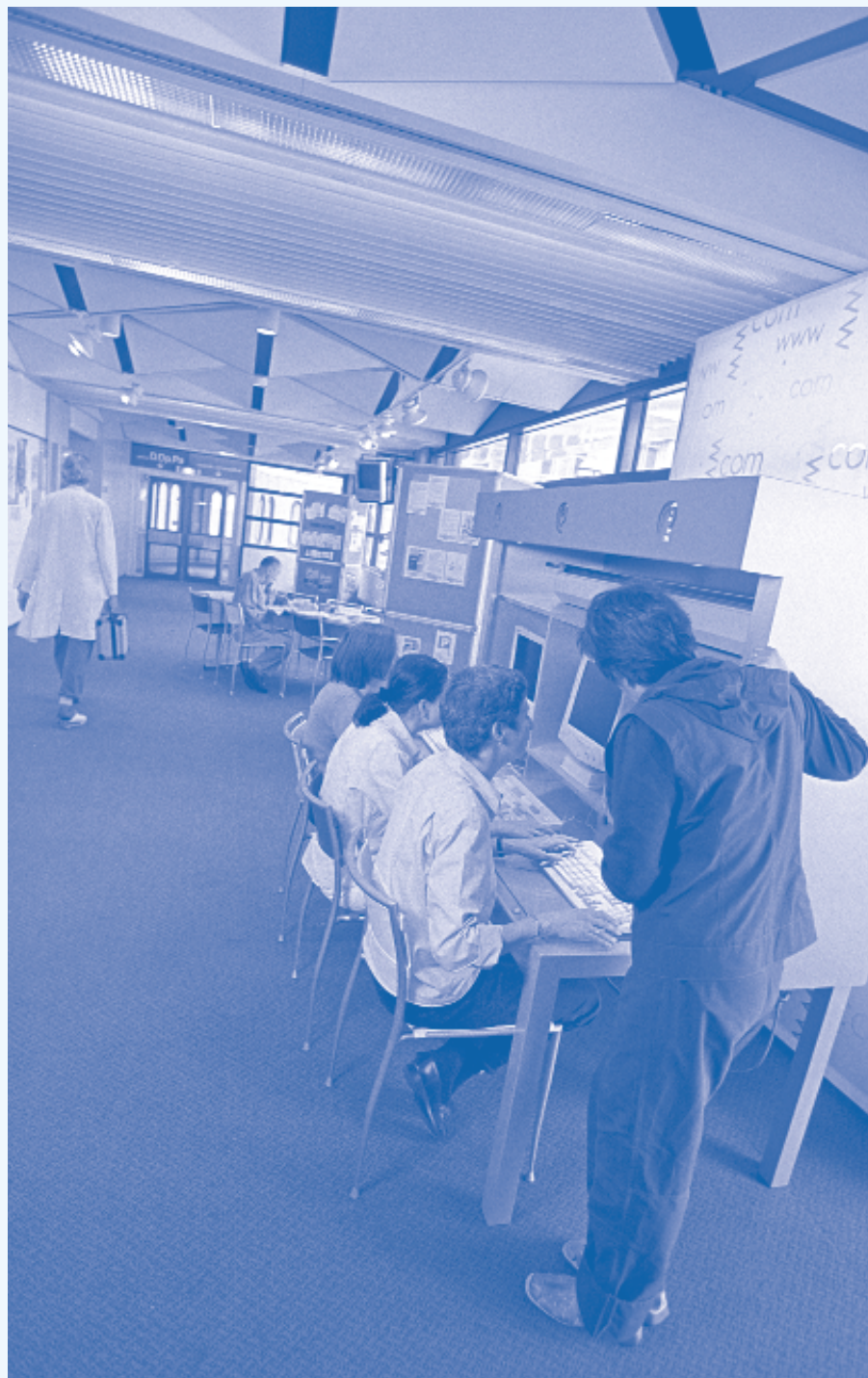
Bemiddeld door de Klachtenfunctionarissen

De Klachtenfunctionarissen droegen in 2001 onder meer oplossingen aan voor de volgende klachten en problemen.

- De slagbomen voor het Sophia Kinderziekenhuis openen en sluiten automatisch. Voetgangers hebben dat niet altijd in de gaten, waardoor bij het sluiten van de slagbomen ongelukken kunnen gebeuren. De oplossing bleek het schilderen van een zebepad, waardoor voetgangers langs de slagbomen worden geleid.
- Naar aanleiding van een klacht is de IC-Longbeademing geadviseerd een 'na'gesprek te arrangeren met familieleden nadat een patiënt is overleden.
- De polikliniek Gynaecologie/Verloskunde is gevraagd de wanden van de echokamer te isoleren. Geluiden uit de echokamer zijn namelijk duidelijk in de wachtkamer te horen. Het geluid-dicht maken van de wanden wordt meegenomen met de verbouwing in 2002.
- Het Facilitair Bedrijf is geadviseerd in de folder over patiëntentelefoon en -televisie een alinea te wijden aan het beperken van overlast voor andere patiënten.
- Een praktische verbetering voor de medewerkers was het aanbrengen van een automatische deuropener op de fietsenstalling: met de rechterhand het magnetische plaatje voor de lezer houden en tegelijk met de linkerhand de deur openen, zorgde voor onacceptabele halsbrekende toeren.
- Op alle openslaande glazen deuren zijn op advies van de klachtenfunctionarissen gekleurde driehoeken geplakt.
- De klimaatbeheersing in de voorlichtingsruimte van het PIC was onvoldoende – naar aanleiding van klachten hierover is besloten de ruimte van airconditioning te voorzien.
- Uit gesprekken met klagers blijkt vaak dat het voor patiënten en hun familieleden lastig is om van meerdere mensen informatie te krijgen. De klachtenfunctionarissen hebben in 2001 een aantal afdelingen geadviseerd te zorgen voor één aanspreekpunt voor zowel medische als verpleegkundige zaken.

Ook op andere gebieden zijn de klachtenfunctionarissen actief. In het kader van preventie

bezoeken zij bijvoorbeeld drie keer per jaar de klinische lessen op de verpleegafdeling om voorlichting te geven over het voorkomen van klachten.



Bijlage bij 'Kwaliteit': Fouten, Ongevallen, Bijna Ongevallen/Meldingen Incidenten Patiëntenzorg

Aantal meldingen

Via de Fona-commissies zorgden medewerkers in 2001 in totaal 1429 maal voor input waardoor een mogelijk zwakke plek in het zorgproces kon worden onderzocht en waar mogelijk verbeterd.

Categorie	Erasmus MC			
	Daniel	Dijkzigt	Sophia	totaal
Valincidenten	38	134	4	176
Medicatie- en infuus-, spuitpompincidenten	67	241	270	578
Overige incidenten aan patiënten	227*	102	101	430
Alle overige meldingen	39	100	106	245
Totaal	371	577	481	1429

* inclusief alle meldingen Radiotherapie betreffende de Daniel den Hoed én Dijkzigt

Aantal meldingen per discipline

Discipline	Erasmus MC			
	Daniel	Dijkzigt	Sophia	totaal
Medisch	23	62	25	110
Verpleegkundig	153	476	413	1041
Paramedisch	191*	33	40	264
Overig	4	7	3	14

* inclusief melders van de afdelingen Radiotherapie Daniel den Hoed én Dijkzigt

Enkele resultaten

Sommige incidentmeldingen zijn aanleiding voor Erasmus MC-brede aandacht. Een daarvan was in 2001 de noodzaak van zorgvuldige patiënten-identificatie. Om verwisseling van patiënten te voorkomen, is op alle afdelingen de aandacht gevestigd op het belang van streng toezicht op gebruik van het patiëntenidentificatiebandje. Ook de noodzaak van het hanteren van strikte uitvoeringsregels bij het afnemen van onderzoeksmateriaal en het klaarmaken voor verzending daarvan, is onder de aandacht gebracht van het afdelingsmanagement. Het plakken van verkeerde stickers op het aanvraagmateriaal en/of de aanvraagformulieren is meestal de oorzaak van het verwisselen van onderzoeksmaterialen.

- Op aanbeveling van de Fona-commissies bracht de Raad van Bestuur het waar nodig en mogelijk aanpassen van douches, wasgelegenheden en toiletten op de afdelingen onder de aandacht van de Clusterbesturen. Doel hiervan is het voorkomen van valincidenten.
- Naar aanleiding van incidentmeldingen die in verband stonden met een tekort aan IC-bedden, signaleerden de commissies dat mogelijk behoefte bestaat aan een 'tussen'voorziening. Daarbij wordt gedacht aan een voorziening waar met name buiten kantooruren patiënten kunnen worden geplaatst die meer controle c.q. zorg nodig hebben dan 's avonds en 's nachts op een verpleegafdeling kan worden verleend. De Raad van Bestuur inventariseert die behoefte bij de clusters.
- In 2001 is in de Daniel den Hoed en in Dijkzigt een vernieuwd, uitgebreid Reanimatieprotocol in gebruik genomen. Het protocol beschrijft alle centrale en decentrale uitvoeringsregelingen en onderscheiden verantwoordelijkheden en geeft tevens een beschrijving van de inhoud, wijze van aanvulling en controle van de crashkarren en de afdelingsgebonden kistjes. Ook zijn crashkarren en kistjes vernieuwd.
- Onder meer in verband met incidenten die verband hielden met de beschikbaarheid en functionaliteit van de zoemers, is in de Daniel den Hoed versneld overgegaan tot vernieuwing van het oproepsysteem en de zoemers.

De bij de Fona-commissies gemelde medicatie-, infuus- en spuitpompincidenten hebben geleid tot:

- diverse concrete aanpassingen van afspraken omtrent voorschrijven, in voorraad hebben en bestellen van medicatie
- het opstellen van een organisatiebrede richtlijn 'Medicatie in eigen beheer'
- het opstellen van een richtlijn 'Gebruik medicatie van thuis'.



"ELKE MENS CENTRAAL IN ROTTERDAM

HANDEN INEENGESLAGEN

OP ELK TERREIN..."

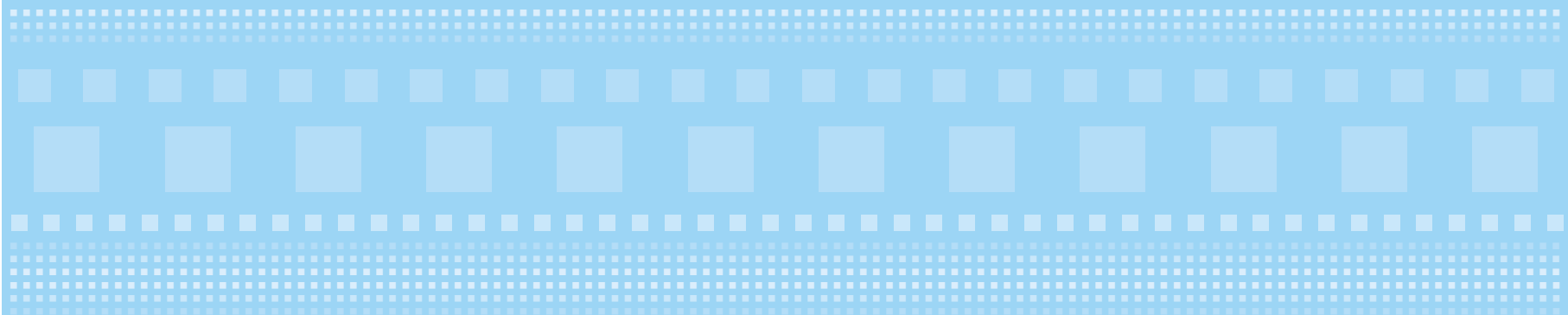
Mensen in de organisatie



Mensen – mensen – mensen! In het Erasmus MC werken er zo'n tienduizend. Tienduizend collega's die allemaal recht hebben op de beste arbeidsvoorwaarden, op de beste bejegening, op de beste functieomschrijving, op de beste leidinggevende. Kortom, tienduizend collega's die het allemaal verdienen dat er positieve aandacht aan ze wordt besteed. De afgelopen jaren waren hectisch – de organisatievernieuwing Beter Besturen heeft de hele organisatie op zijn kop gezet en de onrust die dat soms met zich meebracht, viel niet altijd mee.

Daarbij kwam de functiedifferentiatie voor verpleegkundigen en verzorgenden: meer vernieuwingen waarvan niet iedereen direct de voordelen ziet. Toch gaat het goed. Toch groeien we met elkaar de goede kant op. Het beeld van de toekomst wordt steeds helderder. Voor één toekomstbeeld geldt dat echter niet en dat baart ons veel zorgen: die tienduizend mensen van ons Erasmus MC hebben dringend meer collega's nodig. Natuurlijk doen wij ons uiterste best ze binnen te krijgen. We hebben als grootste medisch universitair centrum van Nederland dan ook veel te bieden. Maar de landelijke schaarste in de zorg kunnen wij niet alleen opheffen.

Daarvoor is een omslag nodig in het denken over de beroepen in de gezondheidszorg en die denkslag moet misschien al op de basisschool plaatsvinden!



Mensen in de organisatie

Actief op de arbeidsmarkt

Het werven van personeel is nog steeds een actueel probleem. Met name het tekort aan verpleegkundigen is nijpend en zeker – zo blijkt – in de regio Rijnmond.

Daarom startte het Erasmus MC met een project Personeels-planning, gericht op zowel werving als binding van medewerkers.

Schaarste-offensief: 1000 extra opleidingsplaatsen

Meer handen aan het bed en meer medewerkers in spilfuncties moeten de behandelcapaciteit vergroten en uiteindelijk de wachttijden verkorten. Dit is in het kort het idee achter het initiatief van de acht Nederlandse academische ziekenhuizen om extra mensen op te leiden. Een succesvol schaarsteoffensief, zo bleek. Waren 400 extra plaatsen de intentie, eind 2001 waren landelijk maar liefst 1000 plaatsen gerealiseerd. Het Erasmus MC levert een stevige bijdrage aan het bestrijden van de schaarste. Vergeleken met 1998 zijn in 2001 113 extra (medisch)ondersteunende, paramedische en verpleegkundige opleidingsplaatsen gecreëerd. 65% van deze opleidingen vindt plaats in het eigen Opleidingsinstituut.

Minister Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stelde voor dit schaarsteoffensief ruim 13,5 miljoen euro beschikbaar. Omdat dit niet toereikend bleek, financieren de academische ziekenhuizen extra opleidingsplaatsen deels uit eigen middelen. Geënthousiasmeerd door de positieve resultaten zijn de academische ziekenhuizen en de werknemersorganisaties van plan de extra opleidingscapaciteit in 2002 verder uit te bouwen.

Het schaarsteoffensief richt zich op die functies in de zorg waar de tekorten het grootst zijn en een nadelige invloed hebben op de wachtlijsten. De extra opleidingscapaciteit wordt dan ook vooral ingezet voor gespecialiseerde zorgfuncties als Intensive Careverpleegkundigen, Kinder- en Oncologieverpleegkundigen, OK- en anesthesieassistenten, sterilisatieassistenten en radiodiagnostisch en -therapeutisch laboranten.

Een van de manieren om personeel te werven en binden, is een sterke verbetering van de secundaire arbeidsvoorwaarden. Het Erasmus MC doet dit door onder meer extra plaatsen te bieden voor kinderopvang en buitenschoolse opvang. Ook zijn er

concrete plannen voor het aanbieden van arbeidsvoorwaarden volgens een 'à la Carte-model'.

Onbekend maakt onbemind

De Projectgroep Personeelsplanning onderzocht in 2001 in welke vacatures – en binnen welke beroepsgroepen – moeilijk en in welke makkelijk kan worden voorzien. Een monitorsysteem zorgde voor inzicht in de vacatures per beroepsgroep. Tijdens het onderzoek bleek onder meer dat bepaalde beroepsgroepen, zoals die van radio-therapeutisch laborant, bij jongeren grotendeels onbekend zijn.

Naar aanleiding van de onderzoeksresultaten zijn concrete maatregelen genomen. Zo worden sollicitaties zorgvuldiger afgehandeld en kunnen afdelingen bij de inschaling van nieuwe medewerkers makkelijker afwijken van de regels. Studiemodules over personeelsbeleid moeten ervoor zorgen dat ook bij de unihoofden voldoende aandacht is voor medewerkers en de uitstroom beperkt blijft – een servicepunt arbeidsmarkt-communicatie adviseert afdelingen op basis van ervaringscijfers. Zo blijkt een open dag bijvoorbeeld vaak meer op te leveren dan een advertentie in een landelijk dagblad. Verder krijgt loopbaanontwikkeling meer aandacht en ontwikkelt een tijdelijke werkgroep arbeidscommunicatie een wervingsstrategie compleet met nieuwe uitstraling voor de werving van personeel voor het Erasmus MC.

Advertenties in het Rotterdams Dagblad, wervende pagina's op het Internet en posters en flyers op scholen. "Simpe, sampe, sompen, Lisa loopt op klompen..." leverde deze winter maar liefst negentig reacties op. Het proefproject had succes. Op eerdere advertenties was geen respons gekomen, maar nu konden zestig informatiepakketten worden verstuurd. Dertig belangstellenden voor een opleiding tot operatie- of anesthesieassistent, of een gespecialiseerde vervolgopleiding Kinderverpleegkundige, IC-Neonatologieverpleegkundige of IC-verpleegkundige bezochten de informatiemiddag.



Op zoek naar de juiste functiemix

Doen waar je goed in bent, dat is in het kort Functie-differentiatie voor verpleegkundigen en verzorgenden. Het principe is eigenlijk een scherpere afbakening van taken doordat explicieter wordt gekeken naar de werkzaamheden en competenties van de medewerkers. Wat Functie-differentiatie de individuele medewerkers te bieden heeft, zijn vooral ontwikkelingskansen. Daarbij zullen ook verantwoordelijkheden veranderen, maar in de meeste gevallen niet ingrijpend.

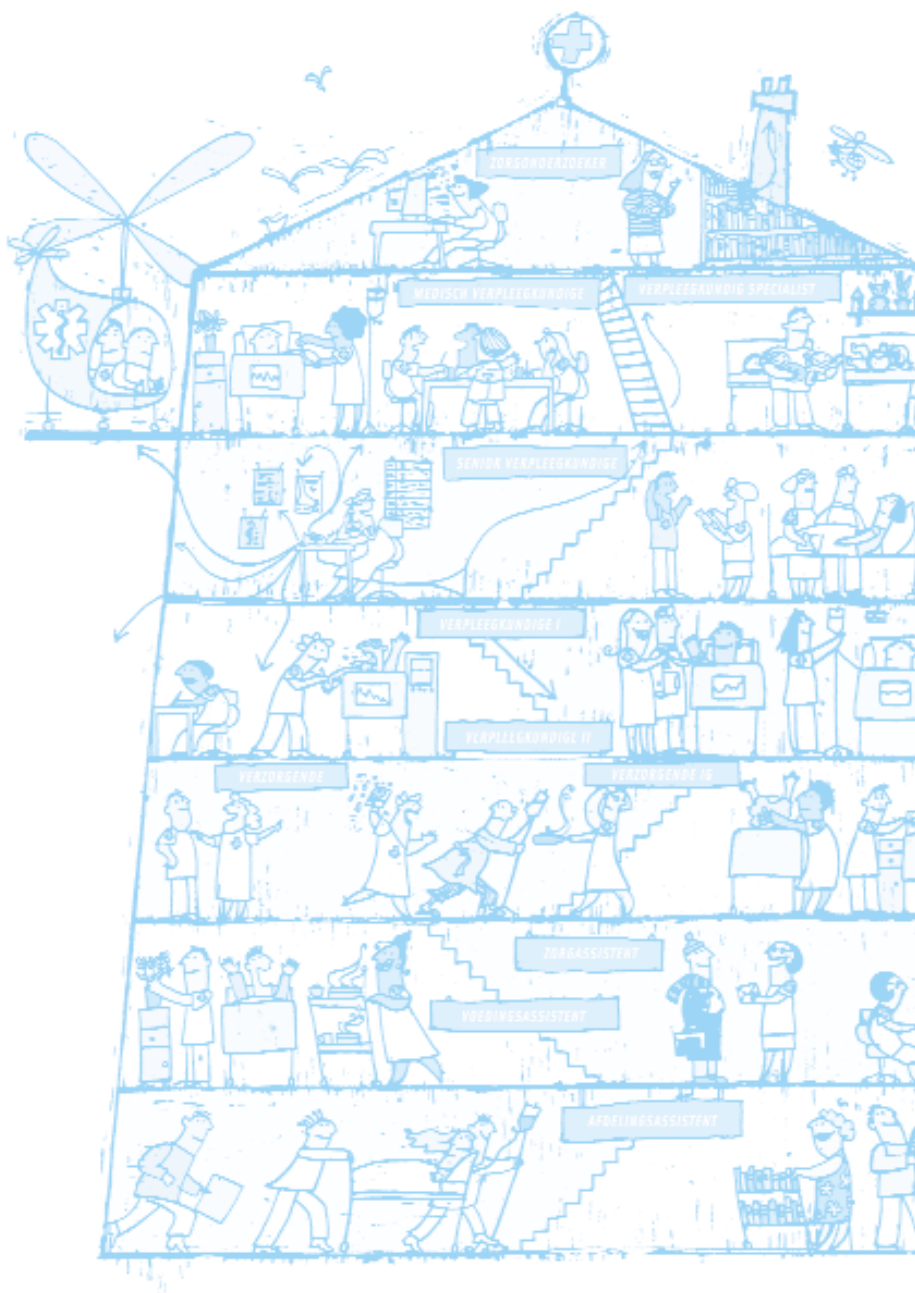
Wachten op de 'voortrekkers'

Al zal het zeker nog drie jaar duren voordat Functie-differentiatie volledig is ingevoerd, het project heeft in 2001 concretere vormen aangenomen. In deze tweede fase zijn de verplegende en verzorgende functies ondergebracht in een zogenoemd functiegebouw en is op de zeven startunits – Interne Oncologie (PZU), Kinderchirurgie Noord- Midden en Zuid, KNO, Medium Care Cardiologie en Chirurgische Oncologie – begonnen met de voorbereidingen voor de daadwerkelijke invoering. De unithoofden zijn de 'voortrekkers' geweest bij het opstellen van de plannen, die onder meer het beleid voor de komende jaren beschrijven, de zorg die op de afdeling nodig is, de hiervoor gewenste functiemix en het aantal benodigde fte's. Na toetsing van de plannen door de Raad van Bestuur en advisering door de Raden, kunnen de medewerkers van de startunits in 2002 hun belangstelling gaan aangeven voor de diverse functies. Aan de hand van competentieprofielen wordt vervolgens getoetst welke functie het best bij de medewerker past. De ervaringen van de startunits worden weer gebruikt in fase 3 bij de invoering in het gehele Erasmus MC.

In januari 2001 brachten negen verpleegkundigen een werkbezoek aan Engeland. Doel van de reis was inzicht krijgen op de afbakening tussen de verschillende functieniveaus. Om zich een beeld te vormen van het 'Grading System' liepen ze mee op verpleegafdelingen en ondervroegen hun Engelse collega's over hun manier van werken.

De ervaringen van de verpleegkundigen zijn op film vastgelegd, zodat alle Erasmus MC-collega's met eigen ogen kunnen zien hoe Functiedifferentiatie in de Engelse praktijk werkt.

"Ik denk dat nieuwe kennis opdoen, je in een bepaalde richting ontwikkelen, een uitdaging moet zijn voor iedereen.", Prof.dr. van der Meché die binnen de Raad van Bestuur het project Functiedifferentiatie voor zijn rekening neemt. ■■



Een serieus spel: management development in het Erasmus MC

Teambuilding en leren prioriteiten aan te brengen in een grote hoeveelheid taken, dat is in het kort de doelstelling van het Management Development-traject (MD). Centraal tijdens de startbijeenkomst op 4 april stond de vraag naar de bindende elementen binnen het Erasmus MC.



Van 'games' tot coaching

Het MD-programma is verdeeld in een aantal trajecten. In groepen van acht volgen afdelingshoofden cursussen die zijn gericht op het verhogen van de persoonlijke effectiviteit als manager van een academische afdeling. Clusterbesturen en directeurs van de stafdiensten konden begin 2001 kiezen voor begeleiding in het verbeteren van de samenwerking binnen hun managementteam. Voor de zorgmanagers, de managers clusterbureau en de leidinggevers van de stafdiensten worden regelmatig werkconferenties gehouden. Besproken worden bijvoorbeeld contractmanagement, decentralisatie, en positionering. Om de jaarplancycclus naar een hoger plan te brengen, werden in de zomer 'managementgames' gespeeld. De 'games' werden in het najaar gevolgd door studiemodules over bedrijfsvoering. Aan het eerste deel van het MD-programma namen zo'n 120 AZR- en 25 FGG-leidinggevers deel.

"De link tussen de managementdevelopmenttrainingen voor de verschillende groepen in het Erasmus MC is de aandacht voor en de groei van de mens in de organisatie.", Ted Galama, project-leider managementdevelopmentprogramma Erasmus MC. ■ ■

Vijftien externe coaches zorgen voor de begeleiding van een groot aantal managers, afdelingshoofden en leden van de Raad van Bestuur. Voor het

begeleiden van unithoofden en medisch-coördinatoren stelde het projectteam een intern coachingsnetwerk samen. Speciaal voor deze groep zijn voor begin 2002 studiemodules gepland die heel praktisch gericht zijn op het uitvoeren van integraal management, zoals het opstellen van het jaarplan 2003.

MD is organisatiebelang – de uitwerking van het MD-programma is weliswaar dat mensen zich ontwikkelen, maar in eerste instantie als manager van het Erasmus MC. Persoonlijke aspecten komen wel degelijk aan de orde en, hoewel in het belang van de organisatie, daarvan nemen de deelnemers ook voor zichzelf veel mee.

Ook de Raad van Bestuur neemt deel aan het Persoonlijk Effectiviteitsprogramma van het MD-programma. De resultaten van het MD-traject worden begin 2002 gemeten door middel van een enquête. Voor 2002 staat onder meer op het programma het ontwikkelen van een mobiliteitsbeleid en het voor het Erasmus MC behouden van de 'high potentials'.

Arboconvenant en RIE

Op 16 januari 2001 ondertekende het AZR als een van de acht academische ziekenhuizen het arboconvenant: een overeenkomst tussen de ziekenhuizen, vakcentrales en ministeries van VWS en SZW.

Op weg naar een integraal Arbozorgsysteem

Doelstellingen voor het terugdringen van arbeidsrisico's die zijn verbonden aan tillen, RSI, werkdruk, burnout en intimidatie, agressie en geweld, en aan het werken met gevaarlijke stoffen en allergenen zijn de belangrijkste ingrediënten van het Arboconvenant. Algemene doelstelling is het terugbrengen van ziekteverzuim en bevorderen van een snelle terugkeer in het arbeidsproces. Belangrijkste afspraak is wel het komen tot een integraal Arbozorgsysteem. Afgesproken is dat eind 2003 een integraal Arbozorgsysteem in 'werkboekvorm' op de tafel van alle academische ziekenhuizen ligt. Voor de uitvoering van het convenant in het Erasmus MC is in 2001 een aparte projectorganisatie ingericht. Het Platform Arboconvenant voert bij monde van de directeur van de stafdienst en de

beleidsadviseur arbo het woord in het landelijk overleg. Tien werkgroepen richten zich op de verschillende onderdelen van het convenant. Begin 2002 wordt het plan van aanpak verwacht.

Risico-inventarisatie en -evaluatie

Het project Risico-inventarisatie en -evaluatie van de stafdienst P&O ondersteunt de afdelingen bij het inventariseren en evalueren van alle arbeidsrisico's op de werkplek. Na de inventarisatie hebben de afdelingen voldoende handvatten om knelpunten op het gebied van veiligheid, gezondheid en welzijn planmatig aan te pakken.

De Arbowet verplicht het Erasmus MC te zorgen voor optimale arbeidsomstandigheden. Uitgangspunt voor een gericht beleid vormt een schriftelijk vastgelegde, door de Arbodienst getoetste, risico-inventarisatie en -evaluatie (RIE).

In 2001 ontvingen vrijwel alle afdelingen vragenlijsten ten behoeve van de RIE. Reorganisaties en verbouwingen waren voor een klein aantal afdelingen redenen de RIE enige tijd uit te stellen. De resultaten van de inventarisatie zullen medio 2002 duidelijk zijn waarna de afdelingen hun plannen van aanpak gaan uitvoeren. In 2002 zal het Erasmus MC dan ook veel aandacht besteden aan het daadwerkelijk verbeteren van de arbeidsomstandigheden.

Computer ondersteunend roosteren met 'Harmony'

Een optimale en efficiënte inzet van personeel, dat wil iedere afdeling. Met een organisatiebrede invoering van het softwareprogramma Harmony moet dat een stuk makkelijker worden. Behalve dat het programma automatisch dienstroosters genereert, is het onder meer mogelijk personeel op een ergonomische en sociaal verantwoorde manier in te zetten, snel te reageren op fluctuaties in werkdruk, inzicht te krijgen in de kwaliteit van personeelsinzet en overwerk en leegloop tot een minimum te beperken.

Harmony op maat

Het Erasmus MC is begin 2001 gestart met het op maat voor de organisatie maken van het roosterprogramma (fase 2). Dat gebeurde op vier pilot-

afdelingen – Kindergeneeskunde (de arts-assistenten), de Apotheek, de OK Dijkzigt (de anesthesiemedewerkers) en de verpleegafdeling Interne Oncologie. Tegelijkertijd vond de inrichting plaats van de technische infrastructuur op het netwerk van het Erasmus MC en is een koppeling gemaakt met het personeelsinformatiesysteem. In de maanden juli tot november werden op alle locaties informatiebijeenkomsten georganiseerd voor de medewerkers. Harmony is gericht op de 24-uurs afdelingen en dagafdelingen met basisroosters en op afdelingen of groepen die het systeem gebruiken voor registratie van gewerkte uren (jaarurensystematiek). De organisatiebrede invoering van Harmony ging in oktober van start. De clusters worden bij de invoering van Harmony begeleid door een hiervoor getraind implementatieteam.

Bij de invoering van Harmony op de Medium Care Kindergeneeskunde wordt getest in hoeverre de inzet van flexwerkers is te integreren in de dienstroosters. Voor het automatisch verwerken van stageroutes en cursusdagen van leerlingen en studenten is een centraal planningsbureau noodzakelijk. Aan de inrichting daarvan wordt gewerkt.

SAMENVOEGING AFDELINGEN

In 2001 werden de afdelingen Cardiologie 1200 en 3 Zuid samengevoegd tot Medium Care Cardiologie. De afdeling telt 42 bedden en biedt zorg aan alle volwassen cardiologische patiënten in het Erasmus MC. Acht bedden zijn bestemd voor harttransplantatie-patiënten. Met name op het gebied van inrichting, apparatuur en personeel zorgde de samenvoeging voor een 'nieuwe start'. Bij de verbouwing is zoveel mogelijk rekening gehouden met ervaringen en wensen van het personeel. De ruimtes voldoen aan de eisen van de tijd en de apparatuur is uitgebreid en aangepast aan nieuwe mogelijkheden. Van de moderne behandelkamer maakt ook de afdeling Elektrofysiologie gebruik.

Tijdens de integratie is de manier van werken van beide afdelingen in kaart gebracht en waar nodig zijn nieuwe afspraken vastgelegd en protocollen opgesteld. Resultaat is onder meer een vernieuwde opzet van de verpleegkundige rapportage, die onderdeel is van het verpleegkundig dossier. Voor het afstemmen van de kennis van de medewerkers op de zorgvraag is een scholingstraject opgestart.

Concrete verbeteringen dus, dankzij de integratie.

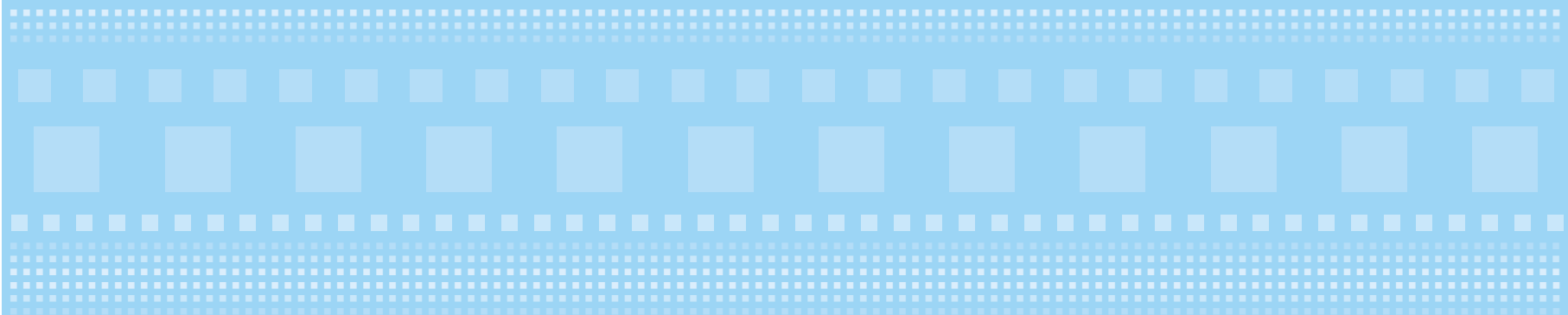


“ERNSTIG ZIJN OGEN, VERBETEN ZIJN BLIK
LICHT TRILLEND ZIJN, BLEEKROZE HAND
DIE VOORZICHTIG, ALS WAS HET EEN PERZIK,
HET BEEN OMSCHRIJVEND OMRANDT...”

Onderwijs en opleiding



Dries Querido, de grondlegger van de faculteit der geneeskunde en gezondheidswetenschappen overleed in 2001, maar zijn gedachtegoed blijft overeind. Zijn vernieuwende visie bracht theorie en praktijk bij elkaar. De integratie van patiëntenzorg, onderzoek en opleiding die hij voorstond, komt volledig – sterker nog – terug in het nieuwe curriculum ‘Erasmus-arts 2007’. Een echte patiënt van vlees en bloed is geen stuk theorie – dat is pure praktijk en daarmee moeten studenten zo snel en zo goed mogelijk leren omgaan. Tijdens het zes weken durende introductiethema ‘De Arts’ worden de kersverse studenten al min of meer benaderd als de artsen die zij later zullen zijn. Elke week is er een patiënt in de collegezaal en aan de hand van ziektegevallen leren de studenten het begrippenschema kennen. Groeienderwijs maakt de adolescent zich de theorie en de praktijk eigen. Om uitgestudeerd de patiënt als volwassen ‘dokter’ met respect te kunnen bejegenen: ‘Heel de mens’.



Onderwijs en opleiding

Erasmus-arts 2007

Toekomstgericht onderwijs in geïntegreerde thema's, oriëntatie op vervolgopleidingen en optimale ontwikkeling van talenten van de individuele studenten. Dat is in het kort waar het nieuwe curriculum Erasmus-arts 2007 voor staat.

Drie curricula

Kenmerkend is een degelijke voorbereiding op de klinische praktijk, attitudevorming en veel aandacht voor medisch-wetenschappelijk onderzoek. De leermethode gaat uit van een grote mate van zelfstudie en inzicht in de eigen leerprocessen. Erasmus-arts 2007 is onderverdeeld in een kerncurriculum, een patiëntgeoriënteerd curriculum en een keuze curriculum.

De verantwoordelijkheid voor het tot stand komen van het ontwerp van het nieuwe curriculum ligt bij de onderwijsdecaan, de verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van de thema's bij de themacoördinatoren.

De regie op het ontwerp van Erasmus-arts ligt in handen van de Stuurgroep Erasmus-arts 2007. Deze Stuurgroep zet zijn werkzaamheden voort tot aan het moment dat het vierde jaar van het Kerncurriculum op detailniveau is ontworpen. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het onderwijsproces berust bij de afdelingen, de individuele docenten en themacoördinatoren.

Kerncurriculum

In september 2001 startten de eerste 275 eerstejaarsstudenten. Met het zesweekse introductiethema 'de Arts' worden de studenten al min of meer benaderd als de artsen die zij later zullen zijn. Zo komt er elke week een patiënt in de collegezaal en leren ze het begrippenschema kennen aan de hand van verschillende ziektegevallen. Het introductiethema wordt afgesloten met één afsluitend schriftelijk tentamen, waarbij door open en gesloten vragen de opgedane kennis van het begrippenschema wordt getoetst.

Na het introductiethema volgen in het eerste jaar de thema's 'Stoornissen in het milieu interieur' en 'Abnormale celgroei'.

Het nieuwe curriculum is opgebouwd aan de hand van de volgende thema's, elk met een eigen onderwijscoördinator:

- i Introductie De Arts
- 1 Stoornissen in milieu interieur
- 2 Abnormale celgroei
- 3 Infectie- en immuunziekten
- 4 Stoornissen in voeding, metabolisme en hormonale regulatie
- 5 Stoornissen in de reproductieve cyclus
- 6 Stoornissen in beweging, zintuiglijke waarneming en hogere hersenfuncties
- 7 Psychisch en sociaal disfunctioneren
- 8 Maatschappelijke Gezondheidszorg/Epidemiologie
- 9 Integratiethema De patiënt

In het nieuwe curriculum gaan pre-klinische en klinische vakken en praktijk en theorie gelijk op. Het onderwijs wordt gegeven aan de hand van thema's en ziektegevallen, telkens via dezelfde volgorde, van oorzaak naar klacht, naar ziektebeeld naar behandeling. Met Erasmus-arts 2007 zijn dan ook fundamentele vakken als anatomie, biochemie, celbiologie, genetica en medische fysica over de thema's verspreid. De onderwerpen komen alleen aan de orde in relatie tot concrete ziektebeelden. Dit moet een motiverende werking hebben op het leren van de theoretische stof en ertoe bijdragen dat die theorie ook beter beklijft.

Ook het intensieve tutor-mentorstelsel is nieuw. Tijdens de verplichte tutorbijeenkomsten in de eerste vier maanden ligt de nadruk op het aanleren van studievaardigheden. Daarnaast is er tijdens de



bijeenkomsten ook ruimte om ervaringen te bespreken rond de overgang van school naar universiteit en van huis naar studentenkamer. In het nieuwe curriculum is veel aandacht voor zelfstudie, het zogenaamde contactonderwijs is beperkt. Uitgaande van een veertigurige studieweek staat gemiddeld 24 voor zelfstudie (onderverdeeld in vrije en gestuurde zelfstudie) en 16 uur voor contactonderwijs (hoorcolleges, patiëntdemonstraties en werkgroepen). Door deze verschuiving moeten bestaande collegezalen worden aangepast voor multifunctioneel gebruik. Een ander gevolg is dat steeds meer gebruik zal worden gemaakt van computerondersteund onderwijs – als interactief naslagwerk en om snel kennis mee te testen.



Patiëntgeoriënteerd curriculum

Met de Algemene Klinische Training Erasmus-arts 2007 (de AKTE-fase), het nieuwe klinische curriculum dat vorig jaar startte, trainen studenten gedurende 20 weken algemene klinische vaardigheden binnen het Erasmus MC. Samen met een extern deskundige stelde het Onderwijsinstituut Geneeskunde (OiG) een systeem op voor kwaliteitszorg via evaluaties. In februari 2001 vonden de eerste metingen plaats door de vragenlijsten die de co-assistenten aan het eind van een module invullen en interviews die steekproefsgewijs worden gehouden. Bij de evaluatie is een minimumnorm geïntroduceerd: alles wat de norm niet haalt, komt in aanmerking voor verbetering. Daarbij kan de betreffende onderwijscoördinator zelf bepalen waarin hij gaat investeren.

STATIONSTOETS

Aan het eind van de klinische training maken alle studenten de zogeheten stationstoets. Deze toets, waarin de vaardigheden van de studenten worden beoordeeld, werd in 2001 nieuw ontwikkeld. Iedere drie weken ondergaat een groep van twaalf studenten de toets met simulatie patiënten. In een uur tijd passeren ze onder toezicht van twee observatoren vijf stations: ze nemen een anamnese af, stellen een diagnose, voeren een therapeutische handeling uit, schrijven een verslag van een anamnese en vullen een formulier in voor een radiologisch onderzoek. Groot winstpunt van de toets is dat de studenten leren handelingen uit te voeren met een observator, waardoor in de latere beroepspraktijk de collegiale toets eerder gemeengoed wordt.

Keuzegeoriënteerd curriculum

Na de AKTE volgen co-assistentschappen bij dermatologie, KNO, heilkunde, oogheelkunde, psychiatrie, gynaecologie/verloskunde en huisarts-geneeskunde – zowel in het Erasmus MC als in ziekenhuizen in de regio. Vorm en inhoud van die co-schappen zijn gewijzigd ten opzichte van het oude curriculum. De studenten moeten nu vooraf een leerdoel formuleren met als uitgangspunt wat ze als basisarts moeten weten. Een vraag die ook de opleiders zichzelf moeten stellen. De periode van de co-schappen nieuwe vorm is korter, maar de eisen die worden gesteld aan de kennis en vaardigheden hoger. Regelmatig maken de co-assistenten toetsen en eens in de drie weken hebben zij een functioneringsgesprek. De tweede periode van de speciële klinische training vindt alleen in ziekenhuizen in de regio plaats, gevolgd door een keuze co-schap en een oudste co-schap.



Decentrale toelating

Sinds vorig jaar mogen universiteiten en hogescholen experimenteren met decentrale selectie. Kandidaten waren voorheen nog aangewezen op de landelijke loting en maakten daarbij meer kans bij een hoger gemiddeld eindcijfer voor het examen. Los van vooropleiding mogen de universiteiten nu zelf de criteria voor de decentrale opleiding bepalen.

Solliciteren om te studeren

Van de 275 eerstejaars die de FGG/EUR voor het studiejaar 2001-2002 mocht inschrijven, zijn er voor het eerst 34 binnengekomen via de decentrale toelating. De Erasmus Universiteit heeft gekozen voor een selectie op motivatie, doorzettingsvermogen en aanleg, eigenschappen die aansluiten bij het nieuwe curriculum. In maart 2001 vond een selectie plaats op basis van schriftelijke sollicitaties. Uit vierhonderd brieven werden zestig kandidaten gekozen die eind juni tijdens een stage een serie opdrachten kregen rond het thema suikerziekte. Veertig van hen kregen een plaats aangeboden in het eerste jaar (zes van hen bemachtigden alsnog een plaats via de loting). Door de goede ervaring wordt het aantal decentrale toelatingen in het studiejaar 2002-2003 uitgebreid naar dertig procent, wat op dit moment het wettelijk maximum is.

NUMERUS FIXUS

Het Erasmus MC is bereid de instroom in 2002 te verhogen naar 300 of meer. Om een dreigend landelijk tekort aan onder meer huisartsen te voorkomen, willen de ministers van Volksgezondheid, Onderwijs en Financiën op termijn de numerus fixus voor de opleiding Geneeskunde afschaffen.



Master of Science Programma voor excellente studenten: nu ook voor Neurosciences

Excellente arts-onderzoekers opleiden voor de toekomst: het doel van de Master of Science Programma's die een select gezelschap studenten tijdens hun studie Geneeskunde volgen. Het onderzoek in de programma's vindt plaats op het snijvlak van de toepassing van geneeskunde en fundamenteel onderzoek. Dat is niet voor iedere student weggelegd: jaarlijks kunnen per programma tien studenten instromen.

Alleen de top tien procent

Tweedejaarsstudenten met goede studieresultaten en voldoende motivatie voor wetenschappelijk onderzoek worden uitgenodigd aan een van de Master of Science programma's deel te nemen. Afhankelijk van het programma volgt een sollicitatieprocedure of een seminar waarin de studenten hun kwaliteit kunnen tonen. De studenten volgen de programma's gelijktijdig met het curriculum voor de studie Geneeskunde. Vanaf het tweede studiejaar doorlopen zij een traject van twee tot vier jaar, dat is gericht op de combinatie klinische zorg en wetenschappelijk onderzoek. De excellente studenten konden in het studiejaar 2000/2001 kiezen uit Clinical Epidemiology en – nieuw dat jaar – Molecular Medicine. Het Master of Science programma Neurosciences is het studiejaar 2001/2002 van start gegaan. Deze opleiding – uniek in Nederland – concentreert zich op de rol van sensomotorische functies in het menselijk brein en gedrag. Tijdens het eerste jaar van het programma krijgen de studenten een introductie, een serie van 25 lezingen aan de hand van het boek Principles of Neural Science. Het tweede jaar wordt (literatuur)-onderzoek gedaan en schrijven de deelnemers een onderzoeksvoorstel, dat in het derde jaar wordt uitgevoerd en zo mogelijk wordt afgesloten met een presentatie en een internationale publicatie.

“Voor ik in Rotterdam begon, heb ik Bewegingswetenschappen gestudeerd in Groningen. Onderzoek staat daar centraal. Omdat ik onderzoek wilde combineren met klinische zorg ben ik doorgeslagen met Geneeskunde. Mijn interesse ligt op het vlak van de neurologie. Er is nog zoveel onbekend over bijvoorbeeld het zenuwstelsel, de hersenen en het ruggenmerg. Het is leuk om ook via de weg van het onderzoek iets voor patiënten te kunnen betekenen.” Frank Jan de Jong, student Mastersprogramma Clinical Epidemiology ■■



State-of-the art op de 1^e verdieping

In het huisvestingsplan voor de FGG is ruim 1000 m² gereserveerd voor de inrichting van snijzalen en een Skillslab: deels een instructieplaats voor assistenten-in-opleiding en operatie- en anesthesieassistenten, deels een plek waar geneeskundestudenten zich kunnen verdiepen in de anatomie.

Modellen en simulatoren

De halve eerste verdieping van de hoogbouw zal grondig onder handen worden genomen als alle plannen hun beslag krijgen. De volledige noordkant van de ruimte wordt ingericht met snijtafels waar de geneeskundestudenten hun anatomische lessen kunnen volgen, de andere kant moet het innovatieve centrum worden voor de training van medische vaardigheden aan de hand van modellen en simulatoren.

Er gingen zo'n vier jaren voorbereiding vooraf aan het Skillslab. Een groot aantal inventarisatierondes was nodig en meer dan één businessplan zag het licht, maar uiteindelijk werd het groene licht gegeven. De hoop is dat voor het einde 2002 met de verbouwing kan worden begonnen.

"Het vormgeven en uiteindelijk inrichten van een prestigieus project als het Skillslab is een multidisciplinair proces. Het Skillslab zal de Rotterdamse opleiding tot medisch specialist nog duidelijker op de kaart zetten. We openen straks een 'state-of-the-art'-lab waarop we de moderne specialistische opleiding kunnen uitbouwen." Jaap Bonjer, hoogleraar endoscopische chirurgie ■■

Opleidingsinstituut nieuwe stijl

Opleidingsbeleid en personeelsbeleid horen onlosmakelijk met elkaar verbonden te zijn. Een belangrijke ontwikkeling in 2001 was dan ook de integratie van het Opleidingsinstituut AZR met de stafdienst P&O. Via één opleidingsloket worden nu onder meer adviezen verstrekt over leerprocessen en het stimuleren daarvan op de werkplek. Wel is de eerste advisering bij de clusters ondergebracht. Tweedelijnsadviesing vindt plaats vanuit het Opleidingsinstituut en dat geldt eveneens voor organisatiebrede projecten als Management Development en Functie-differentiatie.

Managementinformatie

De vraag naar opleidingsplaatsen wordt steeds groter. Om hieraan te kunnen voldoen is een groot aantal opleidingen in 2001 vaker verzorgd. Een goede gezamenlijke planning van het Onderwijsinstituut en het clustermanagement moet de opleidingscapaciteit voor zowel theorie als praktijk in goede banen leiden. In dat kader voorziet het instituut de clusters van managementinformatie. In 2002 starten pilots met het afsluiten van interne dienstverleningscontracten.

Nieuwe opleidingen

Met als doel kwaliteitsverbetering van zorg en ondersteuning van het evidence-based handelen, is een opleiding ontwikkeld voor onderzoeks-vaardigheden en literatuurstudie. In een poging de personeelsschaarste op de Intensive Care afdelingen in het Sophia Kinderziekenhuis aan te pakken, is een opleidingstraject ontworpen voor High Care verpleegkunde op de IC Neonatologie en de kinder-IC's.

“Door de tekorten op de arbeidsmarkt hebben we voor de specialistische verpleegkundige vervolgoopleidingen en de paramedische opleidingen te maken met een groeiend aantal studenten. Daardoor leiden we niet alleen extra op, maar werken we ook samen met een groeiend aantal ziekenhuizen. Zo voert het Horacio E. Oduber Hospitaal in Aruba bijvoorbeeld zelfstandig een aantal vervolgoopleidingen uit met ondersteuning van onze medewerkers”. Adrie van der Dussen, hoofd Opleidingsinstituut. ■■

Studielandchap

Ontwikkelingen in de praktijk, moderne onderwijs-ontwikkelingen en doelgroepwijzigingen bepalen voor een groot deel de aanpassingen van de huidige opleidingen. Zelfstandig leren is zo'n ontwikkeling die er in 2001 toe leidde een zogenaamd Studielandchap in te richten. Studenten hebben in het Studielandchap de beschikking over specifieke voorzieningen, zoals een mediatheek, een videotheek en een computerruimte met internet-aansluiting.

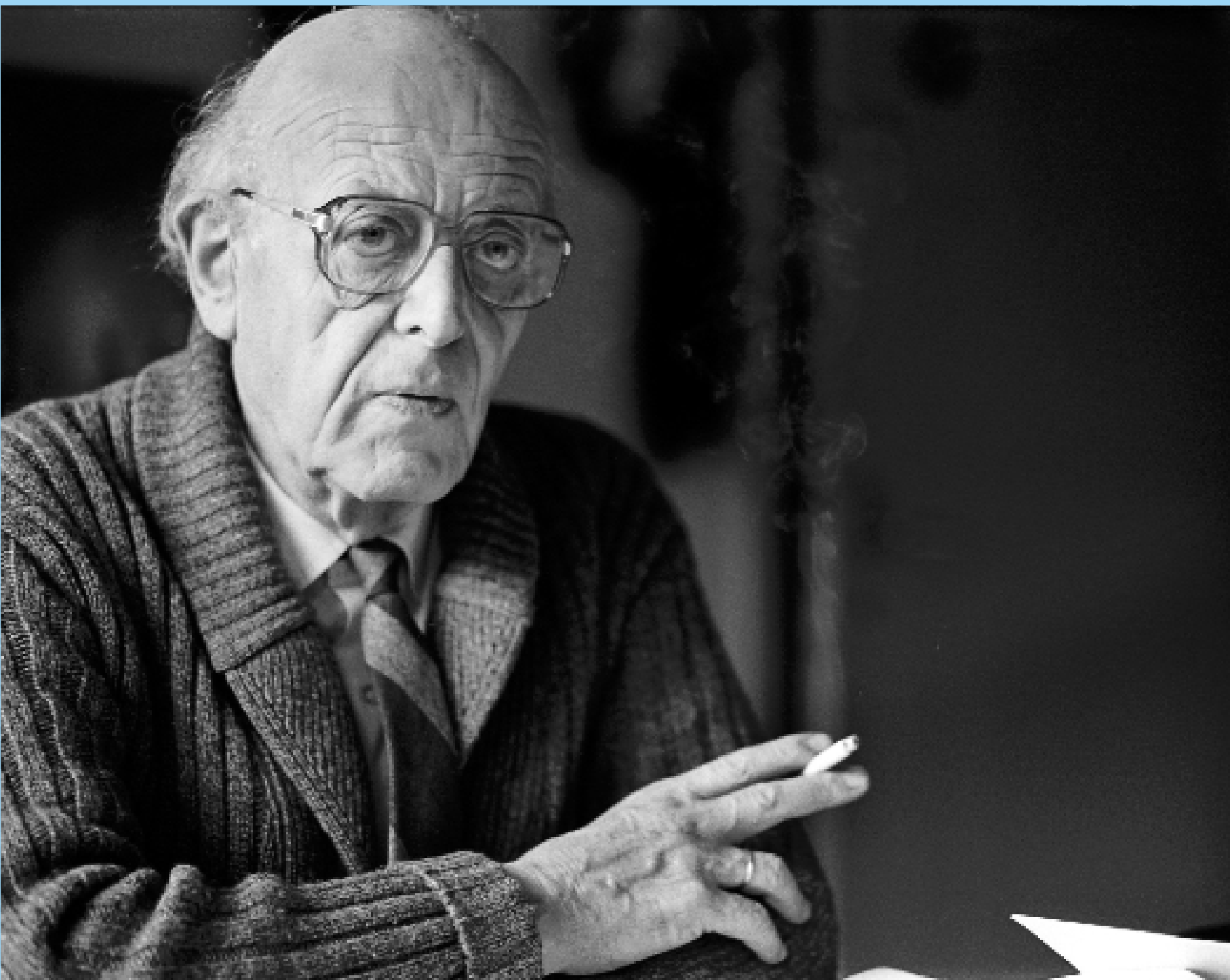
Dries Querido: vernieuwer met visie

Op 30 januari 2001 overleed de grondlegger van medische faculteit in Rotterdam. Prof.dr. Andries Querido – hij werd 88 jaar. Een markante persoonlijkheid die in de tweede helft van de vorige eeuw veel invloed had op de Nederlandse patiëntenzorg. Ook drukte hij zijn stempel op de ontwikkelingen in het geneeskundig onderzoek en onderwijs. Met name was dat het geval in Rotterdam, waar zijn visie op het te voeren curriculum en de wijze van wetenschapsbeoefening voor Nederlandse begrippen zeer vernieuwend was. De integratie van klinisch en preklinisch onderwijs en daarmee ook van faculteit en ziekenhuis komen duidelijk in het gebouw van de medische faculteit naar voren: imposante hoogbouw met klinische en preklinische laboratoria en centrale voorzieningen als collegezalen, bibliotheek en technische en audiovisuele faciliteiten. De democratiseringsgolf aan universiteit en faculteit zorgde destijds voor enige afstand tussen theorie en praktijk, wat de integratie bemoeilijkte. De vorming van het Erasmus MC en de vernieuwde opleiding Erasmus arts 2007 heeft de partners – geheel in de geest van Querido – weer dicht bij elkaar gebracht.

In 1974 verleende de Erasmus Universiteit Rotterdam Querido een eredoctoraat.

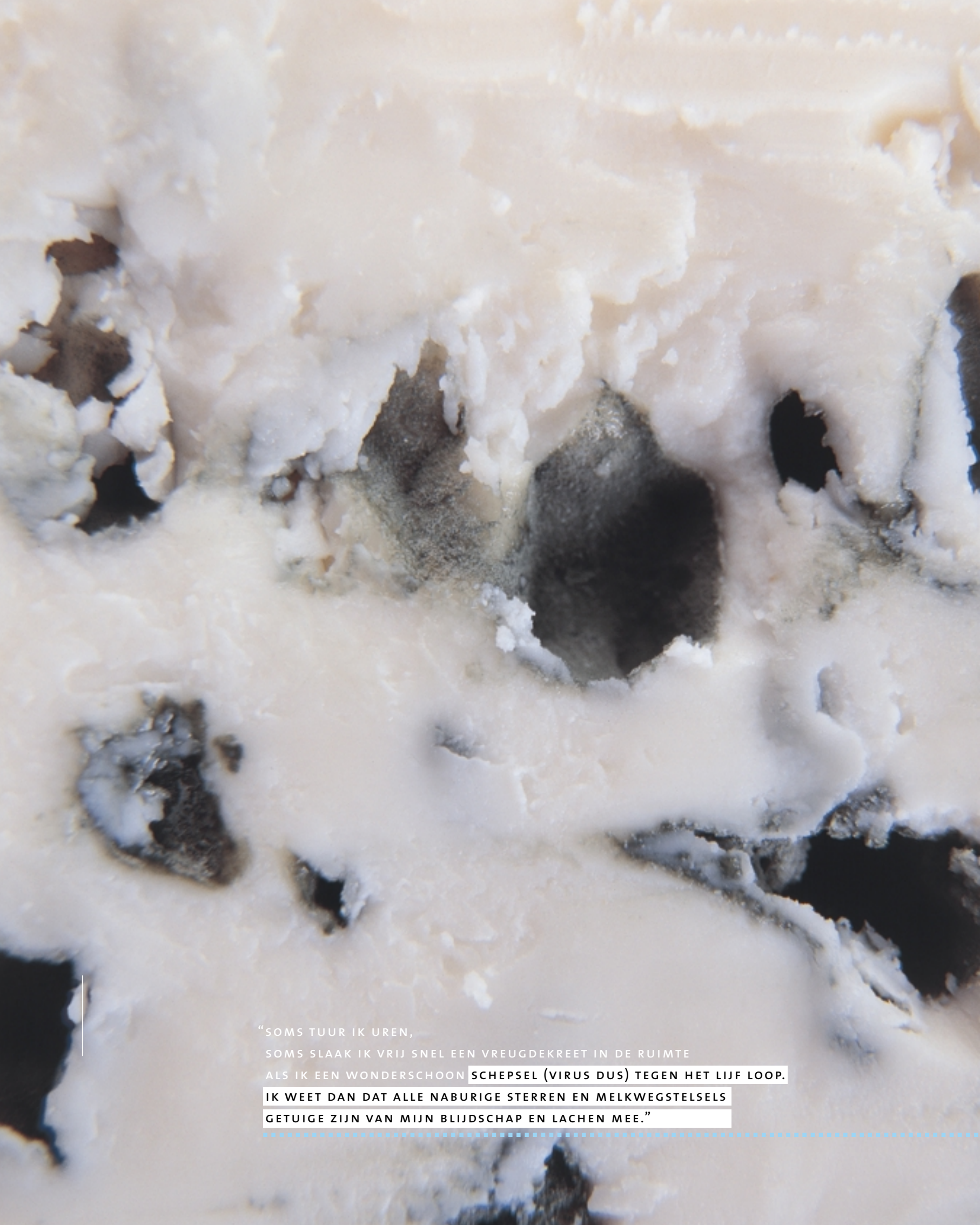
Als emeritus was Querido vele jaren voorzitter van het Stimuleringsprogramma Gezondheids-onderzoek (SGO). Hierin kon hij zijn gedachten over de noodzakelijke integratie tussen onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg goed vormgeven. Nadat de ministers Borst (volksgezondheid) en Ritzen (onderwijs) in 1997 het SGO-programma hadden afgesloten, stelde de Erasmus Universiteit de Querido-leerstoel in.

De leerstoel wordt jaarlijks bezet door een andere docent die als leeropdracht ook de integratie van onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg heeft.



Dries Querido

1913 – 2001

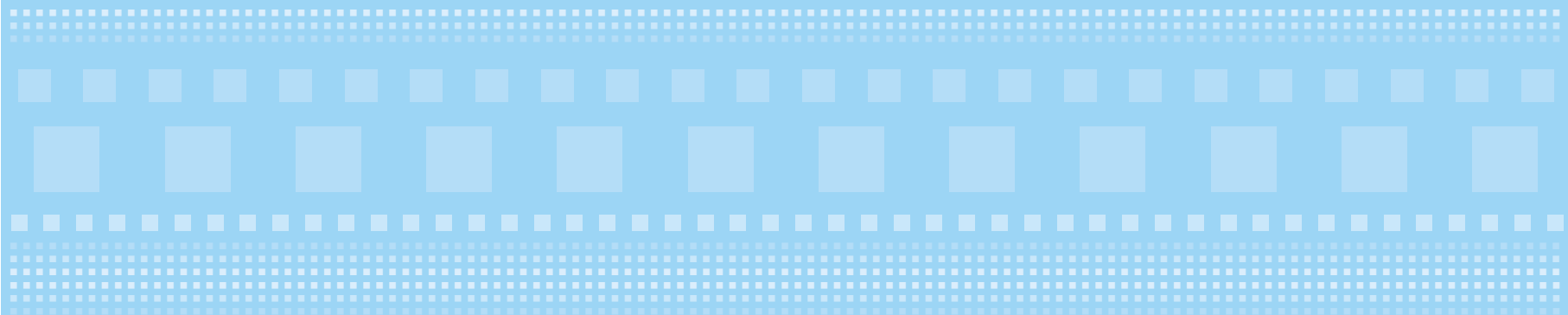


“SOMS TUUR IK UREN,
SOMS SLAAK IK VRIJ SNEL EEN VREUGDEKREET IN DE RUIMTE
ALS IK EEN WONDERSCHOON SCHEPSEL (VIRUS DUS) TEGEN HET LIJF LOOP.
IK WEET DAN DAT ALLE NABURIGE STERREN EN MELKWEGSTELSELS
GETUIGE ZIJN VAN MIJN BLIJDSCHAP EN LACHEN MEE.”

Onderzoek



Het meeste onderzoek dat binnen het Erasmus MC wordt uitgevoerd, valt binnen een van de tien hoofdprogramma's. En ze doen het goed – onze onderzoekers! Ook in 2001 zorgde baanbrekend onderzoek voor vele nieuwe inzichten – goed voor de onderzoeker, goed voor de patiënt en goed voor de student: het hele Erasmus MC wordt daar beter van. De vele prijzen en onderscheidingen die onze wetenschappers wereldwijd in de wacht slepen, bevestigen de status van het Erasmus MC. Toch gaat het niemand om status – het gaat heel simpel om die ene patiënt, dat ene kind, die ene demente bejaarde, die door dat ene nieuwe inzicht misschien wel beter wordt of in elk geval een menswaardig bestaan zal hebben. Groeien in het Erasmus MC? Jazeker – want groeienderwijs worden we beter en wijzer waardoor we in staat zijn onze kerntaken zo goed uit te voeren als we voor ogen hebben.



Onderzoek

Weer een jaar wijzer

De maatschappij van morgen is afhankelijk van het onderzoek van vandaag. Onderzoek is dan ook investeren in de toekomst. Onderzoekers van het Erasmus MC bewijzen dit – jaar in, jaar uit. Het jaar 2001 is hierop geen uitzondering.

Tien hoofdprogramma's

Het onderzoek aan het Erasmus MC is georganiseerd in tien hoofdprogramma's, die als paraplu dienen voor alle afzonderlijke onderzoeken binnen eenzelfde thema. Alle klinische en preklinische afdelingen dragen hun steentje bij aan één of meer hoofdprogramma's. Er zijn onderling veel raakvlakken en samenwerkingsverbanden. Een grootschalige en multidisciplinaire aanpak nodigt uit tot het gezamenlijk verkennen van nieuwe terreinen, op de grensvlakken van de disciplines. Dit leidt vaak tot vernieuwende vraagstellingen en innovatieve onderzoeksprojecten. Het niveau van onderzoek aan het Erasmus MC is hoog: meer dan tweederde van de 'Rotterdamse' publicaties verschijnt in de top van de internationale wetenschappelijke tijdschriften.

Hoofdprogramma's:

- 1 Genetisch onderzoek naar ziekten
- 2 Endocrinologie
- 3 Immunologie en hematologie
- 4 Oncologie
- 5 Cardiovasculair onderzoek
- 6 Epidemiologie, verloskunde en maatschappelijke gezondheidszorg
- 7 Ademhaling, anesthesiologie en intensive care
- 8 Maag, darm en leverziekten
- 9 Revalidatietechnologie
- 10 Zintuigen en zenuwstelsel

Onderzoeksinstituten

Acht van de tien hoofdprogramma's zijn onderdeel van een onderzoeksinstituut of -school. Het eerste programma neemt deel aan het Medisch Genetisch Centrum (MGC), grote delen van nummer twee tot en met vier behoren tot Molecular Medicine (MM). Beide onderzoeksscholen werken nauw samen met het Leids Universitair Medisch Centrum. Het Cardiovasculair Onderzoeksinstituut EUR (COEUR), waartoe het hoofdprogramma Cardiovasculair

onderzoek behoort, is vooral een Rotterdamse aangelegenheid. Het programma Gezondheidswetenschappen is deel van het Netherlands Institute for Health Science (NIHES). Het laatste hoofdprogramma, Zintuigen en zenuwstelsel, maakt deel uit van het Helmholtz Instituut. Het negende hoofdprogramma, Revalidatietechnologie, past in het Instituut Bewegingsapparaat Rotterdam (IBR) dat eind 2001 officieel werd geopend. Het uiteindelijk streven van het Erasmus MC is alle onderzoek onder te brengen in zeven onderzoeksinstituten, waarbinnen alle disciplines vertegenwoordigd zijn. Een onderzoeksinstituut voor Infectieziekten zit nog in de pen.

Nieuwe technologieën: genomics, proteomics en bio-informatica

Het onderzoek van genetisch materiaal (DNA) van eiwitten als producten van dit genetisch materiaal is in een stroomversnelling geraakt door nieuwe technieken en apparaten. Deze vormen van onderzoek, ook wel aangeduid met genomics en proteomics, hebben een extreme versnelling in de uitvoering van onderzoeksvraagstellingen mogelijk gemaakt. Genomics en proteomics genereren grote massa's aan gegevens, die nadere analyse behoeven en die aanleiding geven tot het maken van model-systemen en nieuwe vraagstellingen.

De bioinformatica is de wetenschap die hierbij onontbeerlijk is.

Zonder geavanceerde apparatuur kan het Erasmus MC zijn vooraanstaande positie binnen de internationale medische onderzoekswereld niet lang behouden. Daarom besloot de Raad van Bestuur in 2000 ruim negen miljoen euro te investeren in het versterken van de infrastructuur voor genomics, proteomics en bio-informatica.

In 2001 werden de eerste apparaten binnengereiden in de centrale faciliteit.

In de prijzen

Onderzoeksgroepen uit alle hoofdprogramma's halen elk jaar weer vele subsidies, fondsen en andere gelden binnen voor vervolgonderzoeken en nieuwe onderzoeksprojecten. De onderzoeksresultaten worden over het algemeen internationaal breed gewaardeerd, zoals blijkt uit de vele publicaties in gerenommeerde tijdschriften,

de verzoeken tot lezingen en de media-aandacht. Op deze plaats noemen wij slechts enkele, in het oog springende, subsidies en prijzen die medisch onderzoekers van het Erasmus MC in 2001 in de wacht hebben gesleept. Op blz. 90 t/m 92 van dit jaarverslag vindt u een uitgebreider overzicht.

Vernieuwingsimpuls

Celbiologe dr. Anna Akhmanova kreeg een Vernieuwingsimpuls 2001 toegekend door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO). Dankzij een subsidie van 680.700 euro kan zij de komende vijf jaar haar onderzoek naar *Cell growth and migration: the role of the cytoskeleton* voortzetten. De onderzoekster focust vooral op de rol die de afzonderlijke eiwitten spelen in de processen van transport en groei van microtubuli in verschillende soorten weefsels. Inzichten in deze materie kunnen nieuw licht werpen op het ontstaan en het verloop van kanker en genetisch bepaalde aandoeningen, zoals het Williams syndroom, waarbij de ontwikkeling van de hersenen niet goed verloopt.

Pionierssubsidie

Een pionierssubsidie van het NWO van 730.000 euro geeft prof.dr. Chris de Zeeuw (hoofd van de afdeling Neurowetenschappen) de mogelijkheid een onderzoeksgroep op te zetten die zich gaat bezighouden met de moleculaire basis van het geheugen (zie ook *Zintuigen en Zenuwstelsel*, hoofdprogramma 10).

Josephine Nefkensprijs 2001

Prof.dr. H. Hoeijmakers van het Instituut Genetica, onderdeel van het Medisch Genetisch Centrum (MGC), had in 2001 de eer de eerste Josephine Nefkensprijs in ontvangst te nemen (zie ook *Genetisch Onderzoek naar Ziekten*, hoofdprogramma 1). De Josephine Nefkens Stichting, die als missie heeft het bevorderen van kankeronderzoek, kent de prijs voortaan eens per drie jaar toe.

Akademie-onderzoekers

Op de valreep wisten drie jonge onderzoekers van het Erasmus MC toegang te krijgen tot het prestigieuze fellowship-programma van de

Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW). Mw. dr. A. van der Heide van Maatschappelijke Gezondheidszorg, Dr. G. Jansen van Moleculaire Celbiologie en Dr. C.R.W. Hänsel van Neurowetenschappen worden met ingang van 2002 voor minimaal drie jaar aangesteld. Na dat jaar maakt het Programma Akademie-Onderzoekers plaats voor het Programma Akademiehoogleraren.

Neuroscience Institute in de maak

In 2001 zijn de voorbereidingen getroffen voor de samenvoeging van de onderzoeksgroepen Anatomie en Fysiologie. Per 1 januari 2002 vormen deze de nieuwe afdeling Neurowetenschappen. De onderzoeksgroepen – tien van Anatomie, vijf van Fysiologie en twee nieuwe – hebben een groot aandachtsgebied: van moleculaire wetenschappen tot celfysiologie en van systeemfysiologie tot gedragswetenschappen bij zowel mensen als dieren. De bundeling is uniek voor wat betreft de medische faculteiten in Nederland. Beoogd wordt een kwaliteitsverbetering door verdergaande samenwerking tussen onderzoekers. Meer dan negentig procent van de activiteiten op beide afdelingen bestaat namelijk uit hersenonderzoek. Bovendien hebben beide afdelingen verschillende gemeenschappelijke NWO-programma's. De samenvoeging moet leiden tot een internationaal concurrerend Neuroscience Institute.

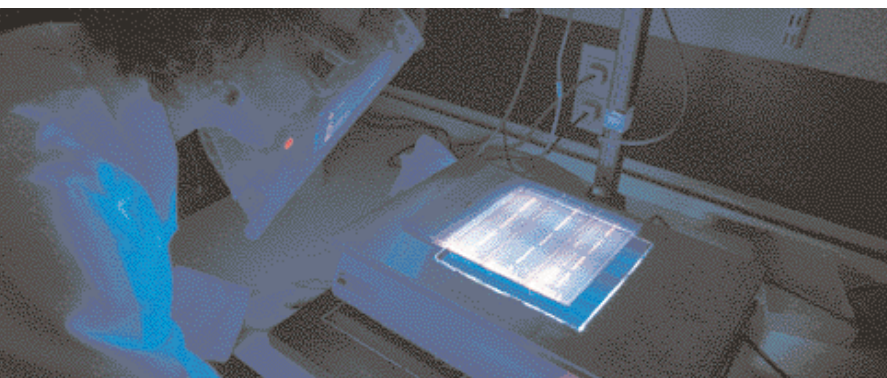
De Hoofdprogramma's: een beknopte terugblik

Binnen de tien hoofdprogramma's van het Erasmus MC worden talrijke onderzoeksprojecten opgezet, gecontinueerd en afgerond. De onderzoeken zijn jaarlijks goed voor tientallen proefschriften, publicaties en lezingen. Het is onmogelijk in dit bestek een compleet overzicht te geven van alle onderzoeksactiviteiten aan het Erasmus MC in het jaar 2001. We beperken ons hier tot enkele ontwikkelingen, bevindingen of gebeurtenissen per hoofdprogramma.

1. Genetisch onderzoek naar ziekten

Een van de onderzoeksgroepen rondde in 2001 een opzienbarend onderzoek af naar de relatie tussen het verouderingsproces en de beschadiging en

reparatie van DNA. Tijdens het onderzoek is een groep muizen bestudeerd die lijden aan een zeldzame, aangeboren ziekte die ook bij mensen voorkomt. Door de ziekte is er iets mis met het vermogen beschadigingen aan erfelijk materiaal te repareren. Uit het feit dat de zieke muizen sterke symptomen van veroudering vertoonden, kon worden afgeleid dat er een verband is tussen het reparatiedefect enerzijds en het verouderingsproces anderzijds. De nieuwe inzichten die het onderzoek opleveren, betekenen een belangrijke stap voorwaarts: ze zijn van enorme betekenis voor verder onderzoek naar het mechanisme dat het lichaam doet verouderen. De onderzoeksresultaten worden voorjaar 2002 via het toonaangevende medisch tijdschrift *Science* wereldkundig gemaakt.



Een tweede heuglijk feit is de Josephine Nefkens prijs, die het Instituut Genetica kreeg als waardering voor het onderzoek waarin de relatie tussen DNA-beschadiging, reparatieprocessen en het ontstaan van kanker (een ziekte die niet voor niets vooral bij ouderen voor komt) centraal staat. Met het geldbedrag van € 453.800 kan het Instituut Genetica enkele onderzoeksactiviteiten financieren die buiten het reguliere programma vallen.

Prof.dr. J.H.J. Hoeijmakers, coördinator hoofdprogramma Genetisch Onderzoek: "Vanuit de inzichten die we met genetisch (verouderings)-onderzoek opdoen, kunnen we gericht betere preventiemogelijkheden ontwikkelen, vroegtijdig een diagnose stellen en effectieve therapieën bedenken. Op termijn levert dit een belangrijke bijdrage tot het verbeteren van de kwaliteit van leven op oudere leeftijd." ■ ■

2. Endocrinologie

Een onderzoeksgroep binnen het hoofdprogramma Endocrinologie onderzocht klinische toepassingen van een biosynthetische groeihormoonantagonist. De antagonist remt effecten van groeihormoon bij volwassenen die teveel groeihormoon aanmaken. Een onverwachte en interessante ontdekking werd gedaan toen ook proefpersonen zonder groei-problemen de antagonist kregen toegediend. Het bleek dat de aanwezigheid van deze stof in het lichaam leidt tot veranderingen in het vet- en suikermetabolisme. Met andere woorden: groeihormoon blijkt invloed te hebben op de ontwikkeling van diabetes type 2. Nog niet eerder was een verband gelegd tussen groeihormoon en deze 'volksziekte'.

Een andere ontdekking was de relatie tussen aantallen ovariele follikels (eiblaasjes) en het hormoon AMH. Aan de hand van de hoeveelheid AMH-hormoon kan in het bloed van een vrouw worden gemeten hoeveel eicellen zij nog 'op voorraad' heeft. Aan de hand van deze test kan onder andere worden ingeschat hoe snel de vruchtbaarheid van een vrouw in de loop der jaren achteruit zal gaan. Ook het succes van een IVF-behandeling is hierdoor beter te voorspellen.

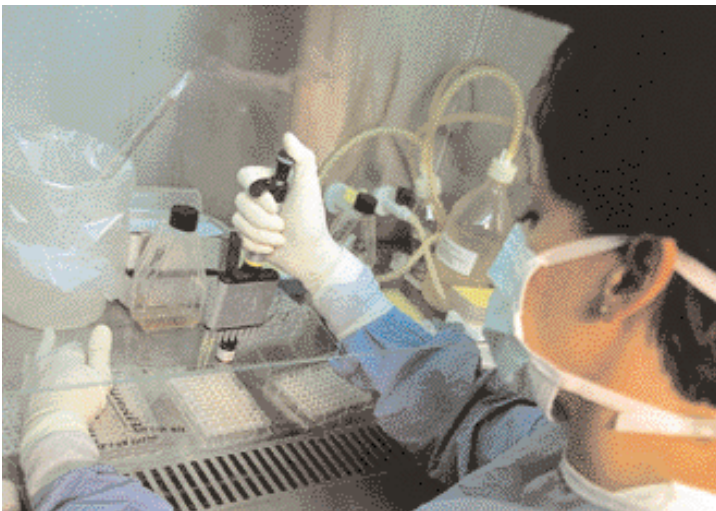
Enkele vermeldenswaardige ontdekkingen in 2001 van meer technische aard houden verband met de transport van schildklierhormonen over celmembranen – waarvoor een speciaal eiwit nodig is – en met de behandeling van tumoren met radioactief gemerkte hormonen. Deze laatste methode heeft als voordeel dat ontspoorde cellen heel gericht behandeld kunnen worden. Het onderzoek loopt nog.

Prof.dr. F.H. de Jong, hoofd Laboratorium Endocrinologie:

"Ontdekkingen binnen preklinisch onderzoek, zoals die rond het hormoon AMH, worden direct vertaald naar de praktijk, in dit geval de polikliniek Gynaecologie. Andersom proberen we vraagstukken die we in de kliniek tegenkomen te vertalen naar situaties binnen het laboratorium, om zo tot een oplossing te komen. Deze wisselwerking maakt dat kliniek en prekliniek binnen het hoofdprogramma Endocrinologie ongelooflijk goed samenwerken" ■ ■

3. Immunologie en hematologie

Het komt al meer dan vijftig jaren voor, maar was nog door geen viroloog ontdekt: het humane metapneumovirus (hMPV), nauw verwant aan een metapneumovirus dat bij kalkoenen voorkomt. Virologen van het Erasmus MC ontdekten het lastig aan te tonen virus bij jonge kinderen die met ernstige luchtwegklachten waren opgenomen. De groep vond inmiddels twee subtypen van het virus. Het virus, dat hoort tot de groep 'pneumovirussen', vertoont veel overeenkomsten met RSV, een pneumovirus dat vooral bij jonge kinderen problemen veroorzaakt: hMPV geeft dezelfde symptomen en komt vooral voor in de wintermaanden. Toch zijn er duidelijke verschillen. Slechts met geavanceerde moleculair biologische technieken kon het virus worden gekarakteriseerd als 'metapneumovirus'. Uit onderzoek bleek dat op vijfjarige leeftijd alle kinderen antistoffen tegen het virus hebben en dus met hMPV geïnfecteerd moeten zijn geweest. Het virus is al lang bij de mens aanwezig: ruim vijftig jaar in de vriezer bewaarde bloedmonsters bleken ook allemaal antistoffen tegen hMPV te bevatten. Net als RSV werd hMPV ook gevonden bij mensen met een gestoorde afweer en bij ouderen, als oorzaak van ernstige luchtwegaandoeningen. Overigens veroorzaakt het virus ook problemen bij gezonde volwassenen en is het inmiddels op vele plaatsen in de wereld aangetroffen. Het komt dus waarschijnlijk, net als RSV, wereldwijd voor. De ontdekking van hMPV is een doorbraak: het gat van circa 20% van niet nader te identificeren acute luchtweginfecties lijkt nu voor groot deel gedicht.



De infectie kan inmiddels ook snel worden aangetoond en met de farmaceutische industrie is overleg gaande over het ontwikkelen van vaccins en antivirale medicijnen.

Ruim vijftien jaar is er aan gewerkt en op de resultaten is niet alleen de onderzoeksgroep trots. Minimal Residual Disease (MRD) biedt door middel van DNA-technieken de mogelijkheid om al in het begin van de behandeling van patiënten met leukemie heel nauwkeurig te bepalen hoe snel de leukemiecellen uit het beenmerg verdwijnen. Winst op veel gebieden: diagnoses worden sneller gesteld, het ziekteproces is goed te monitoren en therapie kan 'op maat' worden gegeven.

Met name voor kinderen met de meest agressieve vorm van lymfatische leukemie is het MRD-onderzoek een zegen. Dankzij de grote gevoeligheid van de methode kunnen zelfs zeer kleine aantallen leukemiecellen worden 'betrappt'. Hierdoor kan in de eerste fase van de behandeling al worden vastgesteld of de therapie goed is aangeslagen en of de tumorcellen snel verdwijnen of zelfs – wat bij kinderen frequent voorkomt – bij het eerste meetpunt al niet meer zichtbaar zijn. Inmiddels is bekend dat wanneer na 1 maand behandeling geen leukemiecellen meer te zien zijn, de leukemie slechts bij 1 tot 2% van de kinderen terugkomt. De Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen ontwikkelt op dit moment 'therapie op maat'. Hierdoor krijgt straks 30 tot 40% van de kinderen minder medicatie waardoor minder risico bestaat op beschadiging van gezonde cellen. Een andere positieve en zeer patiëntvriendelijke bijkomstigheid is dat door het MRD-onderzoek uiteindelijk veel minder beenmergmonsters zullen worden afgenomen. Minder puncties dus – en minder pijn.

Rotterdam is coördinator en koploper voor wat betreft de toepassing van MRD. Inmiddels werkt een Europese studiegroep aan standaardisatie van protocollen en kwaliteitscontroles, zodat binnenkort alle Europese kinderen met leukemie kunnen profiteren van de innovatieve toepassing van MRD-onderzoek.

Bij 90% van de patiënten met een verdenking op lymfeklierkanker kan snel een 'straight-forward-

diagnose' worden gesteld. Bij de overige pakweg 10% is de diagnose moeilijker te stellen. Rotterdamse onderzoekers zijn erin geslaagd met behulp van DNA-diagnostiek ook bij 'lastige' gevallen binnen uiterlijk twee weken een diagnose te stellen. Een polymerase kettingreactietechniek zorgt ervoor dat kleine stukjes DNA snel en enorm in aantal toenemen, waarna wordt bekeken of ze verschillend zijn, zoals bij normale lymfekliercellen, of identiek ('klonaal'), zoals bij kwaadaardige tumorcellen het geval is. Het onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met 47 Europese laboratoria. De afronding vindt plaats in mei 2002, waarna de techniek wereldwijd kan worden toegepast.

Prof.dr. R. Benner, coördinator hoofdprogramma Immunologie en Hematologie: "2001 was een goed jaar voor Immunologie en Hematologie: de samenwerking tussen de afdelingen én de kwaliteit van het onderzoek zijn sterk gegroeid." ■ ■

4. Oncologie

Gastrointestinale stroma tumor (GIST) is een zeldzame vorm van darmtumor. De levensverwachting bij het vaststellen van deze vorm van kanker was tot voor kort slechts enkele maanden. Maar in 2001 kwam het medicijn Glivec, ofwel STI 171, op de markt. De resultaten van Glivec zijn buitengewoon. Alle patiënten die het geneesmiddel kregen, zijn een jaar later nog in leven. Bij 90 procent van de patiënten is de ziekte teruggedrongen en bij sommigen zijn de klachten helemaal verdwenen. Enkele patiënten zijn zelfs weer aan het werk gegaan.

Een klein onderzoekje binnen het hoofdprogramma leidde tot de verbluffende ontdekking dat het ogenschijnlijk onschuldig alternatief 'geneesmiddel' Sint Janskruid desastreuze gevolgen kan hebben voor kankerpatiënten. Sint Janskruid is zonder recept te verkrijgen bij de drogist, als natuurlijk antidepressivum. Naar schatting 50 tot 80 procent van de kankerpatiënten gebruikt het. Uit het onderzoek bleek echter dat het kruid op bepaalde leverenzymen inwerkt, waardoor de werkzaamheid van antikankergeneesmiddelen vermindert of zelfs geheel teniet wordt gedaan. Het onderzoek baarde wereldwijd opzien.

De onderzoeksresultaten worden in april 2002 gepresenteerd tijdens het Amerikaanse Kankercongres.

Een laatste ontwikkeling binnen het hoofdprogramma Oncologie die in 2001 veel in de schijnwerpers staat, is de preventieve kankerbestrijding. Het komt niet alleen steeds vaker voor dat dragers van een 'kankergen' het risico-orgaan laten wegnemen, maar er lopen ook onderzoeken naar de mogelijkheid medicijnen toe te dienen om de ontwikkeling van kanker te voorkomen.

Prof.dr. J. Verweij, hoogleraar Experimentele Chemotherapie: "Klinisch onderzoek, daar word je altijd wijzer van. Onderzoek op onze afdeling is heel sterk patiëntgebonden en altijd gericht op de mogelijke baat die patiënten erbij kunnen hebben. Nu of in de toekomst." ■ ■

5. Cardiovasculair onderzoek

In de loop van 2001 werd binnen het hoofdcluster Cardiovasculair een onderzoek afgerond naar het leven en welzijn van jong volwassen patiënten die als kind geopereerd zijn aan een aangeboren hartafwijking. De resultaten van de evaluatie zijn bemoedigend: vrijwel alle patiënten zijn in leven en het gaat hen goed. De harten van de patiënten bleken nog een behoorlijk goede functionele capaciteit te hebben. Het onderzoek wees wel uit dat het een goede zaak is te anticiperen op problemen in de sfeer van hartritmestoornissen. Dit vraagt om speciale voorzieningen.

Binnen het moleculair biologisch onderzoek zijn positieve resultaten geboekt met onderzoek naar de functie van de bekleding van bloedvatwanden en van de hartspier. Onderzoeken op dit gebied bieden inzicht in de aanpassingen van een beschadigde hartspier. Bij vijf patiënten werd de proef op de som genomen: spierstamcellen uit het dijbeen werden ingespoten in de hartspier, die als gevolg van een hartinfarct was afgestorven. De behandeling lijkt succes te hebben: er keert functie terug in de hartspier.

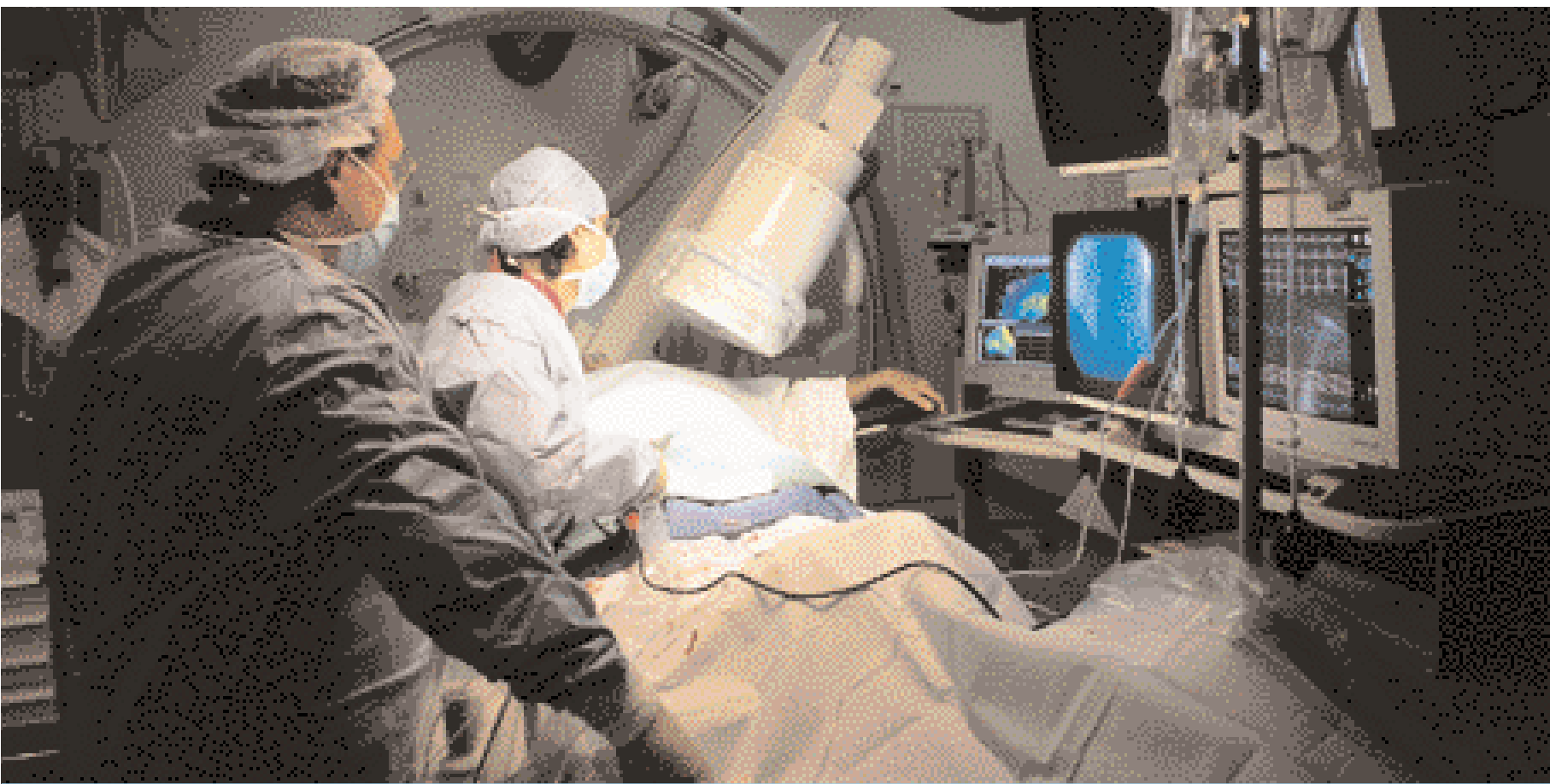
De kans op re-stenose na een dotterbehandeling verminderde van 20 tot maar liefst 5 procent door de introductie van coated stents. Een stent is een

soort spiraaltje dat een vernauwd bloedvat openhoudt na het dotteren. Het nieuwste type stents is voorzien van een laagje kunststof waaruit na de ingreep geneesmiddelen vrijkomen die een nieuw vernauwingsproces voorkomen. Het Thoraxcentrum evalueerde deze stents samen met een onderzoeksgroep uit Brazilië en rapporteerde eind 2001 de spectaculaire resultaten.

De ultrageluidsstethoscoop is een klein, maar zeer handzaam echo-apparaat dat in 2001 op de markt kwam. Met deze stethoscoop kun je nu echt in de borst kijken en het hart zichtbaar maken.

De ultrageluidsstethoscoop is gebruikt voor meerdere wetenschappelijke studies. Overigens stamt het idee al uit 1978. Toen werd het als onuitvoerbaar beschouwd.

Prof.dr. J.R.T.C. Roelandt, coördinator hoofdprogramma Cardiovasculair Onderzoek: "We kunnen onze patiënten geen nieuw hart geven, er is altijd een beschadiging. Daarom is een snelle en efficiënte diagnostiek en behandeling voor ons een belangrijke doelstelling, evenals een betere kwaliteit van leven." ■■



6. Epidemiologie, verloskunde en maatschappelijke gezondheidszorg

Vlak voor kerstmis 2001 klonk het startsein voor een groot onderzoek dat tientallen jaren zal gaan lopen. Tienduizend Rotterdamse kinderen (Generation R) worden vanaf de allereerste echo gevolgd. De onderzoekers krijgen zo de gelegenheid oorzaken van ziekten en gedragsstoornissen, maar ook gezonde groei en ontwikkeling van kinderen over een langere periode te bestuderen. Generation R wordt gevolgd door onderzoeksgroepen van Gezondheidswetenschappen en de afdelingen Kindergeneeskunde en Kinderpsychiatrie van Sophia, maar ook door onderzoekers van de faculteiten Sociale Wetenschappen en Rechten. Ook de gemeente Rotterdam (GGD) en de Stichting Artsen Laboratorium (STAR) participeren in het onderzoek. Een belangrijke succesfactor voor langlopende onderzoeken is de bereidwilligheid van de bevolking. Gelukkig is er in Rotterdam veel animo voor dergelijke projecten.

Prof. dr. A. Hofman, coördinator hoofdprogramma Gezondheidswetenschappen: "Als we de oorzaken van ziekten kennen, kunnen we ook een bijdrage leveren aan het voorkomen of genezen van ervan. Daardoor kunnen mensen niet alleen steeds ouder worden, maar kunnen we ze ook een leven van goede kwaliteit bieden." ■ ■

Die animo blijkt eens te meer uit het onderzoek ERGO (Erasmus Rotterdam Gezondheidsonderzoek Ouderen), in het buitenland beter bekend onder de naam The Rotterdam Study. Bij dit onderzoek zijn 8.000 ouderen betrokken die, toen ERGO tien jaar geleden van start ging, 55 jaar of ouder waren. Deze groep is dit jaar verder uitgebreid. Belangrijke bevindingen in 2001 houden verband met het ontstaan van de ziekte van Alzheimer. In een artikel in *The Lancet* staat de aanwijzing dat matige inname van alcohol de kans op de ziekte van Alzheimer kleiner maakt, centraal. De gunstige preventieve werking van de pijnstillers Non Steroidal Antiflammatory Drugs (NSAID's) worden uitgebreid beschreven in *New England Journal of Medicine*. In de Verenigde Staten zijn inmiddels experimenten gestart waarbinnen NSAID's als medicament gebruikt worden om de ontwikkeling van de ziekte van Alzheimer te voorkomen of af te remmen.



7. Ademhaling, anesthesiologie en intensive care

De meeste onderzoeken binnen dit hoofdprogramma zijn gericht op chronische longziekten in het algemeen en astma in het bijzonder. Dat is niet zo verwonderlijk. Het aantal astmapatiënten is in de afgelopen decennia verdubbeld en het is niet duidelijk waarom. Een deel van de onderzoeken richt zich op het ontstaan van het allergisch proces in de luchtwegen. Hiertoe wordt onderzoek gedaan bij grote groepen kinderen vanaf de zwangerschap. Er wordt nagegaan waarom sommige kinderen wel en andere niet allergisch worden en astmatisch gaan reageren. De ontwikkeling van een nieuw en uniek diermodel maakt het mogelijk de rol van dendrietische cellen in de luchtwegen nader te onderzoeken. Deze cellen zijn van cruciaal belang bij het op gang komen van allergische reacties. Het onderzoek verschaft meer inzicht in deze allereerste processen. Innovatieve behandelmethoden kunnen nu worden ontwikkeld en getest in het diermodel. Op dit moment is het zo dat de allergie vaak al in een vergevorderd proces, waardoor al schade is aangericht wanneer met de behandeling wordt begonnen.

Een model van de luchtweg van een baby, gekoppeld aan een computergestuurde ademhalingsimulator, maakte het in 2001 voor het eerst mogelijk te meten hoeveel geneesmiddel heel jonge astmapatiëntjes langs de gebruikelijke weg (de inhaler) binnenkrijgen als ze bijvoorbeeld huilen, slapen of tegenstribbelen. Het onderzoek brengt een dramatisch verschil aan het licht met de dosis die ze zouden moeten binnenkrijgen en maakt duidelijk op welke manier de behandeling kan worden verbeterd. Om de effecten van behandeling bij baby's te kunnen aantonen, worden speciale longfunctietechnieken ontwikkeld.

Het onderzoek naar snellere en efficiëntere manieren om patiënten met een luchtwegvernauwing op de intensive care te beademen, bereikte in 2001 het omslagpunt van dierexperimenteel naar de praktijk. Verder worden voor IC-toepassing de volgende op Ramanspectroscopie gebaseerde methoden ontwikkeld: niet-invasieve in vivo analyse en monitoring van bloedchemie, vroegdetectie van

decubitus en voor monitoring van oedeemvorming bij hersentrauma.

Ten slotte gaat veel aandacht naar methoden die een vroegtijdige behandeling van de taaislijmziekte mogelijk moeten maken.

Prof.dr. J.C. de Jongste, coördinator hoofdprogramma

Ademhaling, Anesthesiologie en Intensive Care: "Wat we willen bereiken is dat de genetische aanleg die er is voor het ontwikkelen van chronische ontstekingsprocessen en vernauwing van de luchtweg in een zo vroeg mogelijk stadium zodanig kan worden beïnvloed, dat het niet komt tot een ziektebeeld." ■ ■

8. Maag-, darm- en leverziekten

Eind 2000 was de nieuwe afdeling Maag-, Darm en Leverziekten (MDL) een feit. Prof.dr. E.J. Kuipers trad aan als nieuw hoofd. In 2001 volgde een groot deel van zijn oorspronkelijke onderzoeksteam aan de VU hem naar Rotterdam. Het team zet aan het Erasmus MC het onderzoek naar chronisch bacteriële infecties van het maag-darmslijmvlies voort. Deze infecties vergroten op de langere termijn de kans op maag- en slokdarmkanker. Het onderzoek zoomt vooral in op de bacterie *Helicobacter*, die veel chronische infecties veroorzaakt. Deze nieuwe onderzoekslijn past goed binnen het hoofdthema van het programma: chronische ontstekingen en het ontstaan van kwaadaardige aandoeningen. Het opzetten van laboratoriumfaciliteiten voor de nieuwe onderzoekslijn kost tijd. Intussen lopen andere onderzoeken op het gebied van virale hepatitis, premaligne afwijkingen en chronische inflammatoire darmziekten, gewoon door.

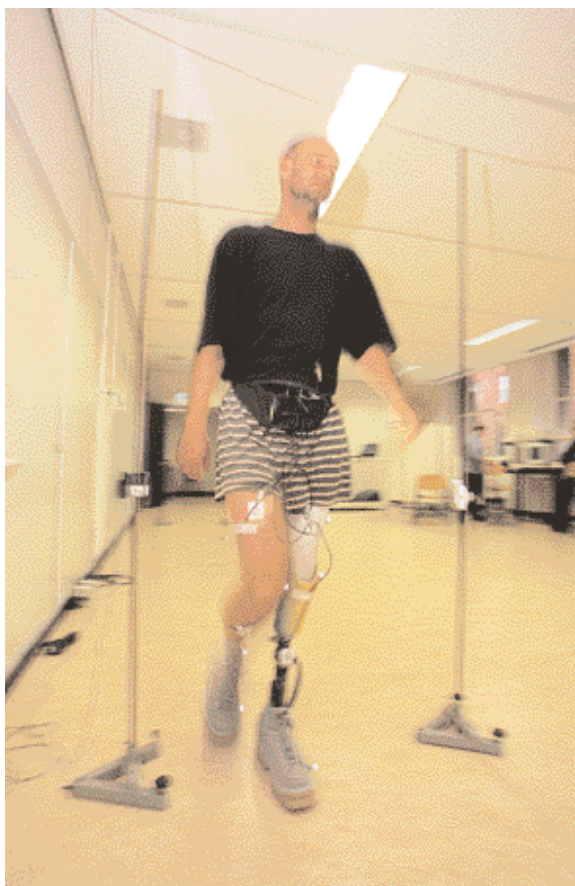
Prof.dr. E.J. Kuipers, coördinator hoofdprogramma Maag-,

darm- en leverziekten: "In het spijsverteringsstelsel komen, in vergelijking met andere systemen als het bewegingsapparaat en het hart- en vaatstelsel, de meeste chronische en kwaadaardige ziekten voor. Tussen de 12 en de 17 procent van alle ziekenhuisbezoeken hebben te maken met aandoeningen van het spijsverteringsstelsel!"

Het onderzoek dat wij doen moet een verbetering opleveren van diagnostiek en behandeling van dergelijke aandoeningen. Dat is onze opdracht." ■ ■

9. Revalidatietechnologie

Net voor het eind van 2001 opende het Instituut Bewegingsapparaat Rotterdam (IBR) zijn deuren. Het IBR clustert alle afdelingen die onderzoek doen op het terrein van houding en het bewegingsstelsel. Binnen het IBR vindt zowel fundamenteel als toegepast klinisch onderzoek plaats. Het onderzoek was voorheen erg versnipperd, daarom is gekozen voor het bundelen van de krachten in één onderzoeksinstituut. Circa honderd wetenschappelijk medewerkers zijn bij het IBR betrokken. Deelnemende afdelingen zijn: Huisartsen-geneeskunde, Orthopedie, Revalidatiegeneeskunde, Biomedische Natuurkunde en Technologie, Reumatologie, Traumatologie en een deel van Maatschappelijke Gezondheidszorg. Het IBR onderhoudt daarnaast nauwe samenwerkingsverbanden met de afdeling Anatomie en het Kenniscentrum voor Arbeid en Klachten van het bewegingsapparaat. Dit Kenniscentrum is in 2001 ook nog maar net opgestart. Doel van het centrum is kennis verzamelen, bundelen en weer ter beschikking stellen aan beroepsgroepen. De nadruk ligt vooral op dit laatste, het implementeren van kennis.



Prof.dr. B.W. Koes, coördinator hoofdprogramma Revalidatietechnologie: "Bij fundamenteel onderzoek lijkt het wat verder weg, maar uiteindelijk gaat het natuurlijk binnen al het onderzoek om het verbeteren van de patiëntenzorg. Bij de evaluatie van diagnostiek en therapie bij aandoeningen van het bewegingsapparaat zie je die link heel direct. Daar geven we rechtstreeks antwoord op de vraag hoe zinvol een bepaalde therapie is." ■ ■

10. Zintuigen en zenuwstelsel

Centraal in dit hoofdprogramma staan sensorische systemen als het gehoor en gezichtsvermogen en hoe deze leiden tot motoriek. Binnen de verschillende onderzoeken ligt de focus op verschillende niveaus: van molecuul tot mens. Een Pionierssubsidie van € 730.000 van het NWO stelt coördinator prof.dr. C.I. de Zeeuw in staat nieuw onderzoek op te starten, gericht op de moleculaire basis van het geheugen. De kleine hersenen van muizen staan model voor het menselijk brein. De onderzoeksgroep hoopt meer inzicht te verwerven in de manier waarop het geheugen werkt. Veel tijd zal gaan zitten in onderzoek van Purkinje-cellen. Deze cellen zouden namelijk wel eens cruciaal kunnen zijn voor de opslag van geheugenreflexen betrokken bij bewegingen van ogen en oogleden. Ze zijn bovendien goed te onderzoeken en te manipuleren.

Binnen het hoofdprogramma is in 2001 veel aandacht besteed aan het whiplashsyndroom, dat altijd moeilijk te objectiveren is geweest. Onderzoekers hebben nu een meetmethode ontwikkeld waarmee dit wel kan. Het jaar 2001 stond verder in het teken van voorbereidingen voor de fusie tussen Anatomie en Fysiologie tot Instituut voor Neurowetenschappen. De fusie wordt in mei 2002 officieel.

Prof.dr. C.I. de Zeeuw, coördinator Zintuigen en Zenuwstelsel: "Wij richten ons voornamelijk op fundamenteel onderzoek: hoe werken synapsen, hersenen en dergelijke. Weet je dit, dan kun je bijvoorbeeld gemakkelijker een computer bouwen of een neuronaal netwerk maken. Mechanismen van fundamenteel belang blijken bovendien bij ziekten vaak ook een rol te spelen. Verder hebben we nieuwe genen ontdekt, die een bepaald syndroom kunnen veroorzaken bij patiënten. Deze bevindingen kun je gebruiken in de (prenatale) diagnostiek. Onderzoek binnen dit hoofdprogramma varieert dus van fundamenteel onderzoek naar basale mechanismen tot aan klinisch, direct relevant onderzoek. Maar dat is ook het leuke van neurowetenschappelijk onderzoek, dat je al die dingen combineert." ■ ■

Commissie Patiëntgebonden Onderzoek (PgO)

Op verzoek van de Raad van Bestuur beoordeelt de commissie Patiëntgebonden Onderzoek (PgO) de 'Revolving Fund'-projecten en adviseert met betrekking tot de NWO-doelmatigheids-onderzoeksprojecten, het VAZ-doelmatigheidsonderzoek en het Zorgonderzoek Erasmus MC.

Informatie op het net

De commissie bestaat uit negen leden: vier clinici, twee leden uit de Stuurgroep Onderzoek en drie methodologen, waarvan twee vanuit het Consultatiecentrum voor Patiëntgebonden Onderzoek (CPO). De commissie wordt bijgestaan door een ambtelijk secretaris en een wetenschappelijk secretaris. Sinds 2001 kan informatie over het Revolving Fund, NWO- en VAZ-doelmatigheidsonderzoeken en Zorgonderzoek worden opgezocht op de eigen intranetsite van de commissie PgO. Ook het jaarverslag van de commissie en de meest recente informatie met betrekking tot fondsen, beurzen en prijzen en de Erasmus MC PgO-seminarreeks zijn op te site vinden.

De intranetsite van de commissie wordt wekelijks bijgewerkt. Alle indiendata voor fondsen, beurzen en prijzen zijn dan ook steeds actueel. De commissie geeft ook vijfmaal per jaar een nieuwsbrief uit.

Revolving Fund

In 2001 vond de zevende ronde van het Revolving Fund plaats. Veertien algemene projecten op het gebied van patiëntgebonden onderzoek werden gehonoreerd. Verspreid over een periode van twee jaar ontvangt elk project een bedrag van € 68.070,-. Voor de twee top-downprojecten werd per project € 226.890,- ter beschikking gesteld, uit te keren over een periode van drie jaar. Het doel van het Revolving Fund is het bevorderen van de ontwikkelingsfunctie van het Erasmus MC. Hieronder kan worden verstaan de aanzet tot nieuwe ontwikkelingen ten aanzien van pathogenese, diagnostiek en therapie, gerelateerd aan de patiënt.

MW-NWO

Met name met betrekking tot Medical Technology Assessment was de Erasmus MC-participatie aan de eerste top downronde van de MW-NWO-Doelmatigheidsonderzoeken bijzonder succesvol. Maar liefst tien – 60 procent van het totaal door het Erasmus MC ingediende – projecten werden gehonoreerd. Verder werden in 2001 elf voorstellen voor het VAZ-doelmatigheids-onderzoek gehonoreerd. Een overzicht van de projecten vindt u op bladzijde 99 en 100 van dit verslag.

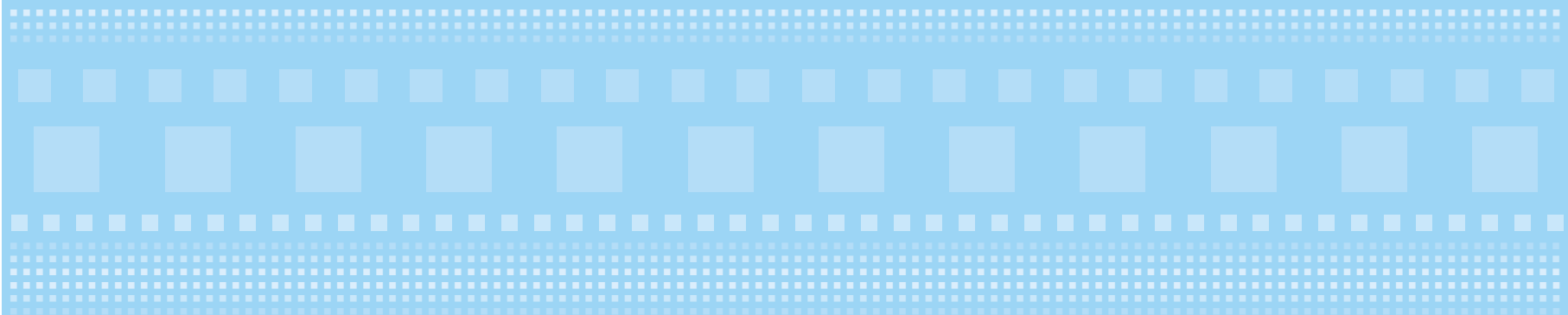


“EN ALS ZIJ WEGGAAT BEN IK NIET ALLEEN
WANT STIEKEM
HEB IK HAAR GLIMLACH AFGEPAKT
EN IN MIJN BED VERSTOPT.”

Rondom de patiënt



Natuurlijk – rondom de patiënt – dat is waar het om draait in een medisch centrum. In het Erasmus MC verstaan we daar heel wat meer onder dan medische en verpleegkundige verzorging. We staan ook rondom de patiënt als we onderzoeken hoe genezingsprocessen sneller kunnen verlopen, als we berekenen hoeveel meer patiënten we kunnen helpen als bepaalde ingrepen in dagbehandeling uitgevoerd kunnen worden. We staan rondom de patiënt als we met elkaar onze manier van bejegenen onder de loep nemen. Als we met elkaar kijken hoe we de wachtlijsten korter krijgen, welke koffie onze patiënten het lekkerst vinden, voor welke behandelingen we klinische paden kunnen opzetten en hoe we de parkeergarage het best kunnen organiseren. Op onze manier met elkaar rondom de patiënt staan – dat is een groeiproces. De keten die we met elkaar vormen wordt steviger naarmate we meer in staat zijn onze processen rondom de patiënt te organiseren – de patiënt centraal! Steeds beter, steeds soepeler en steeds vanzelfsprekender – groeienderwijs!



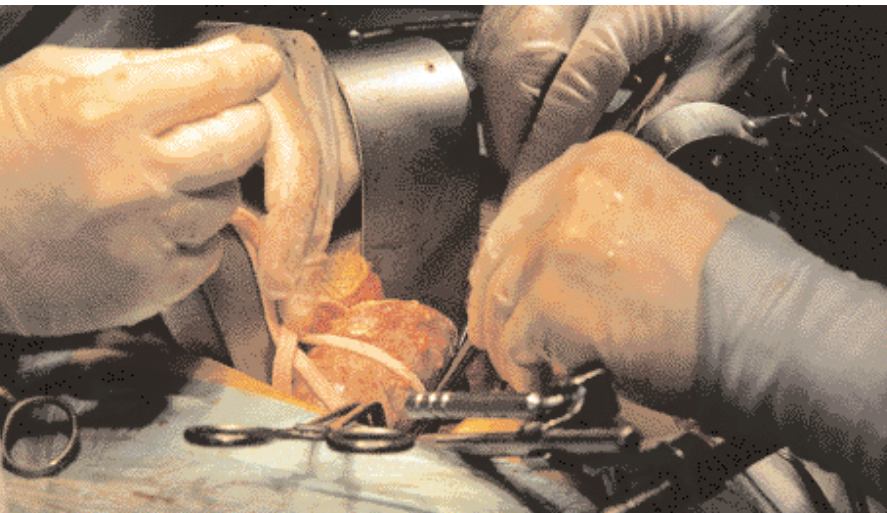
Rondom de patiënt

Living related nierdonaties

Het Erasmus MC kent het grootste familienier-transplantatieprogramma in Nederland. Sinds 1997 voert het AZR, als eerste ziekenhuis in Nederland, bij de donor een laparoscopische nefrectomie uit. Met andere woorden: nierdonatie door middel van een kijkoperatie.

Vriendelijk voor de patiënt

Het verwijderen van de donornier via een kijkoperatie is vele malen patiëntvriendelijker dan de gangbare manier via open chirurgie. De donor blijft gemiddeld twee tot drie dagen in het ziekenhuis en hoeft na de operatie niet op de IC te worden opgenomen. Aan een 'gewone' operatie zit in het algemeen een ziekenhuisperiode van rond de zes dagen vast. Omdat meer en meer patiënten de voordelen hiervan inzien en dus kiezen voor het Erasmus MC, is een wachtlijst voor niertransplantaties ontstaan. In 2001 zijn 36 van dit soort niertransplantaties uitgevoerd.



In 2000 werden 40 postmortale niertransplantaties uitgevoerd, in 2001 steeg dit aantal naar 49.

Het aantal patiënten dat een donornier van een familielid ontvangt, groeit. Positieve effecten hiervan zijn onder meer de verdubbeling van het aantal jaren transplantaatoverleving (gemiddeld 23 jaar ten opzichte van tien jaar bij postmortale transplantatie) en de mogelijkheid patiënten sneller te helpen.

Longtransplantatiecentrum op twee locatie

Een gezamenlijke vergunning voor het uitvoeren van longtransplantaties. Sinds maart 2001 is het zover: sinds die datum mogen het Erasmus MC en het Hart Long Centrum Utrecht samen zo'n vijftien tot twintig longtransplantaties per jaar uitvoeren.

Twee jaar wachten...

Sinds 1991 worden longtransplantaties in Nederland uitgevoerd in het Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG). Eén longtransplantatiecentrum in Nederland bleek echter onvoldoende om een verantwoord transplantatiebeleid te kunnen voeren. De wachtlijst groeide uit tot zeventig patiënten, de gemiddelde wachttijd tot twee jaar. Bovendien konden door een tekort aan chirurgen een aantal maanden zelfs geen transplantaties worden uitgevoerd, waardoor de – toch al schaarse – beschikbare donorlongen naar het buitenland gingen. Na uitgebreid overleg besloten het Erasmus MC en het Hart Long Centrum Utrecht (HLCU) – een samenwerkingsverband tussen het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht) en het Sint-Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein – de handen ineen te slaan en een gezamenlijke aanvraag voor het uitvoeren van longtransplantaties in te dienen bij het ministerie van VWS. Half maart 2001 werd de vergunning verleend. Per jaar voeren het Erasmus MC en het HLCU samen zo'n vijftien à twintig longtransplantaties uit, waarmee de capaciteit in Nederland verdubbelt.

Ter voorbereiding deden de Rotterdamse en Utrechtse longartsen ervaring op in Groningen.

Een aantal wachtlijstpatiënten uit Groningen is inmiddels overgeplaatst naar Utrecht en Rotterdam. Wekelijks houden Utrecht en Rotterdam gezamenlijke patiëntbesprekingen. Ook wordt overlegd over gezamenlijke voortzetting van onderzoekslijnen uit Groningen en over nieuw onderzoek. In 2001 zijn in Nederland 27 longtransplantaties uitgevoerd waarvan zeven in het centrum Utrecht/Rotterdam. In 2002 zullen dat er naar verwachting veertien zijn. In 2003 of 2004 kan het centrum Rotterdam/Utrecht met twintig transplantaties het niveau van Groningen hebben bereikt.

ERASMS – MS-centrum van start

Van de pakweg 15.000 Nederlanders met multiple sclerose wonen er zo'n 4.000 in Zuid-West Nederland. Het opzetten van een specifiek op deze ziekte gericht centrum was dan ook geen overbodige luxe. Het MS-Centrum ERASMS levert een belangrijke bijdrage aan het onderzoek op het gebied van deze tot nu toe ongeneeslijke ziekte van het centrale zenuwstelsel.

Samenwerking

In het Erasmus MC werd al veel onderzoek gedaan naar multiple sclerose, maar de komst van het centrum zorgt voor een flinke uitbreiding van de mogelijkheden en activiteiten. Het onderzoek zal de komende jaren met name zijn gericht op de biologische factoren die het ziekteproces beïnvloeden. Binnen ERASMS is sprake van nauwe samenwerking tussen verschillende afdelingen. Bij bloedonderzoek bijvoorbeeld wordt in elk geval samengewerkt met de afdelingen Virologie (onderzoek naar virusinfecties), Microbiologie (onderzoek naar bacteriën) en Immunologie (onderzoek naar het afweersysteem). Ook van de kennis en kunde van de unit Genetische Epidemiologie maakt ERASMS gebruik. In tegenstelling tot de traditionele benadering, waarbij genetica is gericht op de oorzaak van de ziekte, onderzoekt het nieuwe centrum in hoeverre genen een rol spelen bij het verloop van de ziekte. Omdat het Erasmus MC beschikt over ruime kennis op het gebied van genetische isolaten (gesloten gemeenschappen) kan ERASMS binnen families onderzoek uitvoeren naar het verband tussen erfelijkheidsfactoren en multiple sclerose. Het MS-centrum ERASMS werkt nauw samen met het BPRC in Rijkswijk, waar onderzoek wordt gedaan met ratten en muizen. In het centrum zelf werken arts-onderzoekers op het gebied van beenmergtransplantatie en MS, infecties en MS, zwangerschap en MS en genetische factoren & cognitieve achteruitgang en MS.

Brede samenwerking binnen het IBR

Meer kennis op het gebied van botweefsel, kraakbeenconstructie, gewrichtserving, spierpeesreconstructie en zenuwgeneratie kan in de toekomst bijdragen aan het voorkomen of genezen van veel voorkomende aandoeningen van het bewegingsapparaat. Omdat medische disciplines elkaars expertise op dit gebied kunnen versterken, ging een groot aantal onderzoekers van het Erasmus MC met elkaar samenwerken in het Instituut Bewegingsapparaat Rotterdam (IBR).



Van rugpijn tot onderbeenprotheses

Het werkveld van het Instituut Bewegingsapparaat Rotterdam (kortweg IBR) is breed. Er worden onderzoeken gedaan naar de manier waarop kraakbeen zich herstelt in relatie tot een wond en mechanische belasting, bestaande implantaten worden vergeleken met de nieuwste mogelijkheden en steigerbouwers worden gevolgd om hun lichamelijke en psychosociale belasting in kaart te brengen. De onderzoekers richten zich ook op lage rugklachten als gevolg van zwangerschap, liesblessures bij sporters, het looppatroon van mensen met een onderbeenprothese en het effect van ruggordels in de thuiszorg. Het nieuwe instituut, dat eind 2001 van start ging, wordt gevormd door onderzoekers van de afdelingen Anatomie, Biomedische Natuurkunde & Technologie, Huisartsgeneeskunde, Maatschappelijke Gezondheidszorg, Orthopedie, Plastische Chirurgie, Reumatologie, Revalidatie-geneeskunde en Traumatologie.

Ook naar de oorzaak van de lage rugpijn waarmee verpleegkundigen en verzorgenden kampen, wordt binnen het IBR onderzoek uitgevoerd.

Slokdarmpanel in de strijd tegen kanker

Acht maag-, darm- en leverartsen, oncologen, chirurgen en pathologen hebben zich binnen de regio Rijnmond verenigd tot het 'Slokdarmpanel Integraal Kankercentrum Rotterdam'. Hun missie is de chaos en schade die maagzuur aanricht in de slokdarm een stap voor te zijn.

Op zoek naar 'markers'

Slokdarmkanker is in Nederland de snelste stijger in de top-tien van veel voorkomende kankers. Bij sommige mensen vloeit zuur uit de maag te vaak terug in de slokdarm waardoor het slijmvlies van slag raakt. Bij een minderheid van deze mensen gaat het slijmvlies verder achteruit. Er ontstaat rood en vlekkelig Barrett's-slijmvlies waarin in de loop der jaren dysplasie ontstaat: de voorbode van slokdarmkanker.

De gebundelde kennis van het slokdarmpanel wordt ingezet bij het bestuderen van weefsel en bij het beoordelen van de afwijkingen. De behandeling kan bestaan uit het preventief, endoscopisch verwijderen van stukjes 'verdacht' weefsel (endoscopische mucosale resectie). Een andere mogelijkheid is een 'lichtbehandeling' waardoor de slokdarm vervelt. Na de lichtbehandeling krijgt de oorspronkelijke bekleding van de slokdarm kans zich te herstellen. Ten slotte past het Erasmus MC, als eerste ziekenhuis in Nederland, een techniek toe om via de endoscoop de overgang van de slokdarm op de maag te vernauwen, waardoor minder maagzuur in de slokdarm kan terugvloeien. Belangrijke opdracht van het slokdarmpanel is het traceren van meer 'markers, die aanduiden dat er iets mis kan zijn in de slokdarm. Wanneer de 'markers' zijn verzameld, kunnen patiënten in het vroegste stadium worden geholpen. Het slokdarmpanel hoopt daarmee de opmars van slokdarmkanker, waaraan nu nog 95% van de patiënten overlijdt, tot staan te brengen.

Het bekkenbodem-ABC

Een virtueel centrum zal het niet worden. Integendeel. Het nieuwe Academisch Bekkenbodem Centrum (ABC) wordt zo concreet als het maar kan: vanaf 1 februari 2002 is het centrum de plek waar specialisten hun gebundelde kennis en kunde op het gebied van bekkenbodem-problematiek aanbieden aan de patiënt.

Nieuwe impuls

Al sinds 1997 staat het Bekkenbodemcentrum op de verlanglijst van de afdelingen Urologie, Verloskunde & Vrouwenziekten en Heelkunde. De clusterstructuur heeft de samenwerking tussen de afdelingen in 2001 een nieuwe impuls gegeven met als resultaat de concrete oprichting van het Bekkenbodemcentrum.

Functioneel

Het ABC gaat zich vooral bezighouden met functionele en anatomische afwijkingen van de bekkenbodem. Een groot deel van de behandelingen zal dan ook bestaan uit reconstructieve chirurgie van de organen van het kleine bekken en de bekkenbodem. De multidisciplinaire samenwerking is voor de patiënt een grote vooruitgang. Een patiënt met urine-incontinentie in combinatie met colorectale ontledingsstoornissen (verstopping) en een verzakking, komt nu nog terecht bij drie specialisten: de uroloog, de gynaecoloog en de chirurg. Dat is vanaf 2002 verleden tijd: tijdens het gezamenlijke poliklinisch spreekuur in het Bekkenbodemcentrum kunnen de drie specialismen de patiënt tegelijk of direct na elkaar zien.

Beter

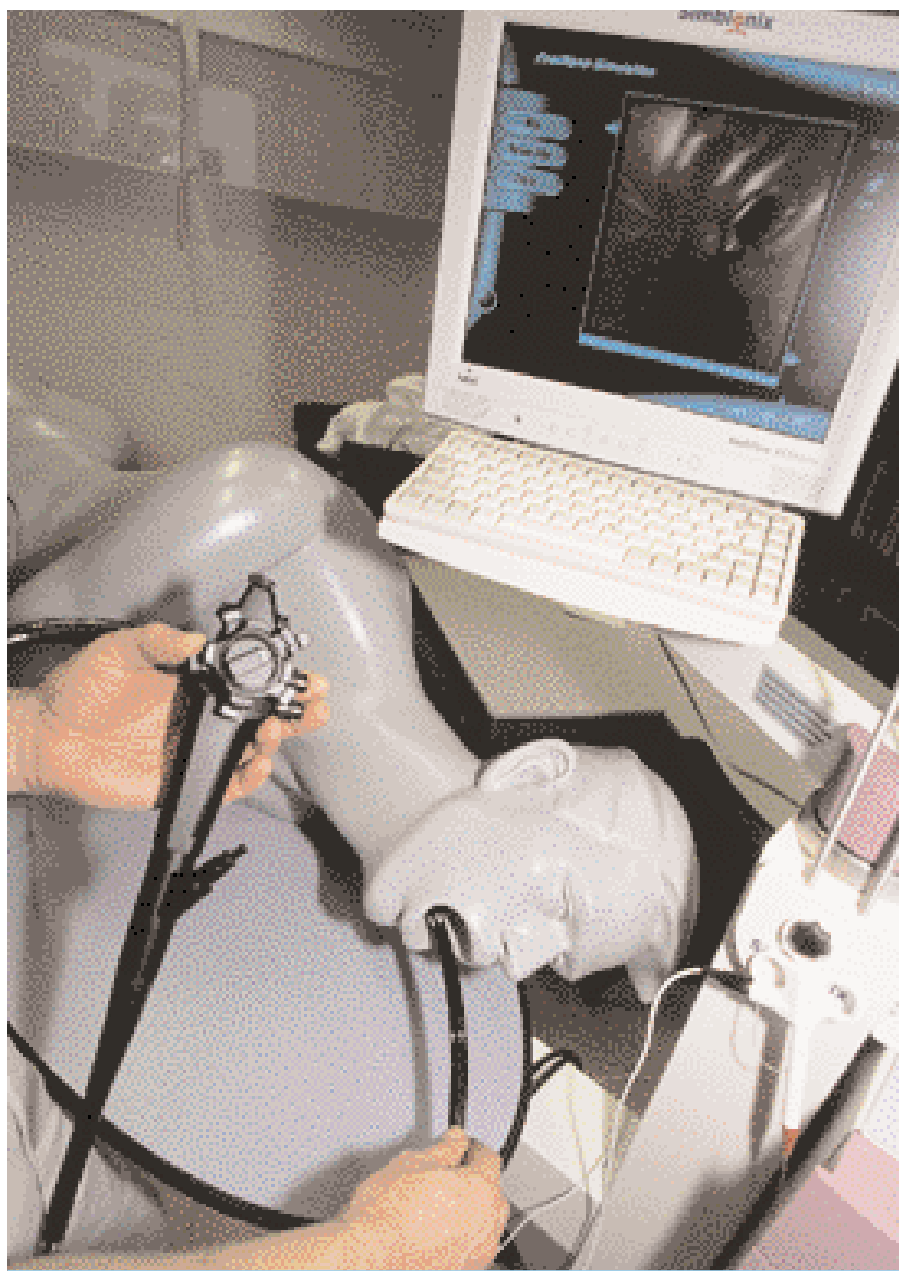
Het ABC biedt mogelijkheden voor alle kerntaken van het Erasmus MC. De patiënt wordt er beter van, de onderzoeksperspectieven zijn legio en ook voor onderwijs en opleiding biedt het nieuwe centrum uitstekende mogelijkheden.

Oefenen op Simon

Hij kostte zo'n € 50.000 en een gezonde huidskleur heeft hij niet: het grijze simulatiemodel Simon is speciaal ontwikkeld om artsen en studenten te trainen in het onderzoeken van aandoeningen aan de slokdarm, endeldarm, dikke darm, dunne darm en galwegen.

Virtueel gekerm

Door de open mond en anus van Simon kan een complete endoscoop worden ingebracht. Tijdens het onderzoek door de arts of student tasten sensoren de pop van binnen af: virtuele werkelijkheid op het computerscherm. Terwijl Simon kermt en zucht, is op het scherm te zien hoe een grijpertje een plukje weefsel wegneemt. Of hoe rondzwervend vocht het beeld in de darmen vertroebelt. Simon is echt – althans bijna: in elk geval acteert hij beter dan een mens van vlees en bloed zou kunnen. De simulator bevat op dit moment vijftig verschillende patiënten. Simon is dan ook net zo makkelijk een meisje van vijf met buikkrampen als een vijftigjarige patiënt met een darmpoliep. Simon is duidelijk een grote vooruitgang. Niet alleen voor de artsen die op hem oefenen, maar ook voor de patiënt die toch liever heeft dat er op Simon wordt geoefend dan op hem.



Func tiedifferentiatie: wordt de patiënt er beter van?

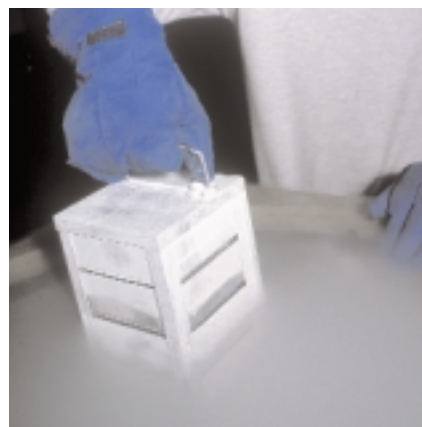
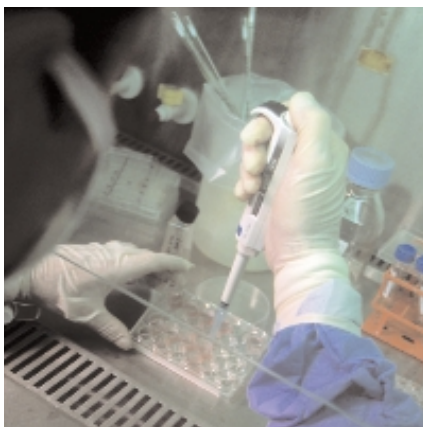
Func tiedifferentiatie is niet alleen van belang voor verpleegkundigen en verzorgenden. Ook voor de patiënt biedt de 'juiste functiemix' voordelen.

Werk op maat = zorg op maat

Na de invoering van func tiedifferentiatie – de juiste functiemix – wordt de patiënt omringd door verschillende met elkaar samenwerkende zorgverleners van diverse niveaus. Het werk wordt aangepast aan de kwaliteiten en functie van de hulpverlener. Dat maakt de zorg efficiënter en

daardoor minder belastend voor de patiënt.

Daarnaast kunnen patiënten en hun familieleden een onderscheid maken in de niveaus van de hulpverleners, waardoor vragen op 'het juiste niveau' worden gesteld en de patiënt sneller kan worden geholpen. Voor wat betreft de intensieve zorg waakt de Projectorganisatie die zich bezighoudt met de vormgeving en invoering van func tiedifferentiatie ervoor dat de patiënt niet met meer personen in aanraking komt dan nu het geval is. Zie voor meer informatie over func tiedifferentiatie ook hoofdstuk 3, Mensen in de organisatie (blz. 49).



www.erasmusmc.nl

In dit jaarverslag treft u relatief weinig informatie aan over alle mogelijke ontwikkelingen die in 2001 de patiëntenzorg in het Erasmus MC ten goede zijn gekomen. Niet dat die ontwikkelingen er niet waren – integendeel. De reden is dat er gewoonweg te veel is gebeurd om in dit verslag te noemen.

Toch willen we u graag een blik gunnen in onze 'keuken'. U krijgt hiervoor van ons een drievoudige uitnodiging:

1. Bezoek onze website www.erasmusmc.nl.
2. Blader als u op de website bent eens door naar ons tweemaandelijks magazine *Monitor*. Elke uitgave behandelt één thema. Centraal in *Monitor* staan medisch onderzoek, onderwijs en nieuwe medicatie en behandelingen, meestal aangevuld met ervaringen van patiënten. *Monitor* staat in pdf-formaat op de website.
3. Wilt u meer weten over de hieronder genoemde onderwerpen, kijk dan op www.erasmusmc.nl/actueel/jaarverslag.

- ■ **Huisartsgeneeskunde** begon een unieke opleiding tot arts voor verstandelijk gehandicapten en breidde in verband met het grote tekort aan huisartsen het aantal opleidingsplaatsen drastisch uit.

- ■ In 2001 is een goede basis gelegd voor een nieuw **Protocolbeleid voor het Erasmus MC**. Het gaat daarbij om het invoeren, inzien en beheren van protocollen.

- ■ De afdeling **Verloskunde en Vrouwenziekten** gaf in 2001 een zogenaamd 'verwijzersboekje' uit; de afdeling introduceerde in 2001 de sentinal node bij vulvacarcinoom en TVT bij incontinentie van de urine.

- ■ De sectie **Transplantatie van Inwendige Geneeskunde** zette met succes farmacokinetiek & farmacodynamiek op; er is sprake van een belangrijke ontwikkeling in de donatie van nieren van levende donoren.

- ■ De afdeling **Inwendige Geneeskunde** verhuisde met het laboratorium naar de vijfde etage van Dijkzigt. De sectie **Metabolisme** van de afdeling maakte de resultaten wereldkundig van een onderzoek dat werd gehouden onder 22 families

met EPP: het starten van erfelijkheidsadviesing op dit gebied is nu gerechtvaardigd. **Inwendige Geneeskunde** werkte in 2001 aan het formaliseren van een laboratorium Genomics met een onderzoekslijn op het gebied van Genomic Endocrinology.

- ■ **Neurologie**: uit een internationale trial bleek dat patiënten met het Guillain-Barre syndroom sneller herstellen door bepaalde toevoegingen aan de standaardbehandeling. In 2001 voerde **Neuro-oncologie** een pilotstudie uit naar de behandeling van doorbraakpijn bij kanker met oromucosale fentanyl spray.

- ■ **Klinische neurofysiologie** voerde met behulp van simultane EEG en videoregistratie een onderzoek uit naar de waarde van neurofysiologische parameters bij pijnmeting op de kinderleeftijd.

- ■ De afdeling **Urologie** onderzoekt of genterapie een poliklinische oplossing kan zijn bij prostaatcarcinoom. Met behulp van 3-dimensionale-digitale-fotografie maakt de afdeling **Plastische en Reconstructieve Chirurgie** bijvoorbeeld een 3-d-afbeelding van het hoofd waarmee veilig en snel een schedelstereotogram kan worden gemaakt. Om patiënten met zenuwletsel aan de onderarm een pijnloze en betrouwbare evaluatiemethode te kunnen bieden, gebruikt de afdeling de MRI-scan als methode voor het controleren van hernieuwde groei van perifere zenuwen in de hand.

- ■ **Medische Microbiologie en Infectieziekten, Virologie en Inwendige Geneeskunde** tekenden een convenant voor het opzetten van een Rotterdams Centrum voor Infectieziekten; het centrum zorgt voor een belangrijke verbreding, intensivering en bundeling van alle activiteiten op het gebied van de medische microbiologie en infectieziekten.

- ■ Het **Thoraxcentrum** vierde in 2001 zijn 30-jarig bestaan. **Interventiecardiologie** introduceerde de eluting (of: coated) stent. In het kader van regionale samenwerking in de cardiologie werkt **Cardiologie** aan een risicostatificatie van patiënten met acute coronaire syndromen.

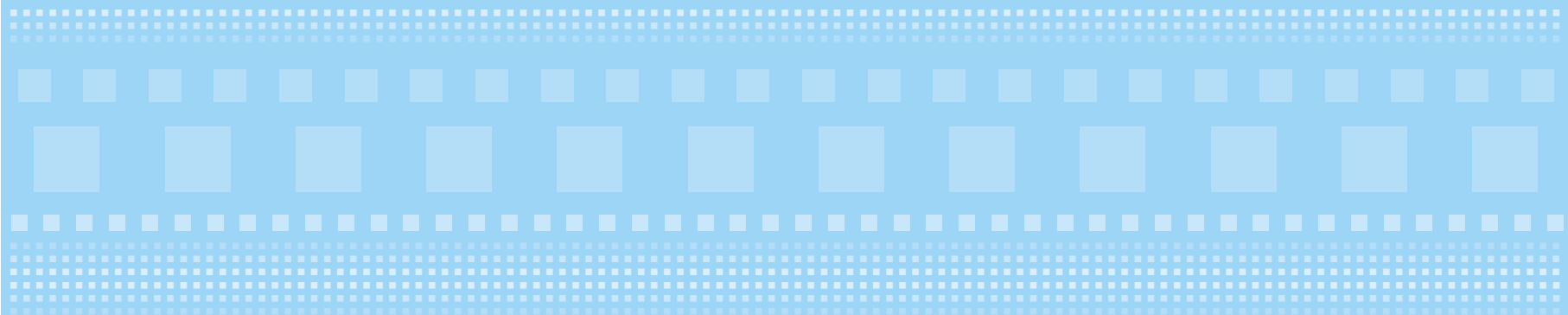


“IK ZIE BEREN OP DE WEG
TWEE HELE GROTE **BEREN**
EN HOE MEER IK ER NAAR KIJK
HOE MINDER ZE 'M SMEREN.”

Advies- en medezeggenschapsorganen



Hoe groter de organisatie hoe meer behoefte er is aan deugdelijk advies en ondersteuning. Binnen het Erasmus MC speelden het Stafconvent, de Faculteitsraad, de Adviesraad Verpleging en de Ondernemingsraad in 2001 dan ook een belangrijke rol. De OR bijvoorbeeld richtte de aandacht onder meer op het toetsen van de unitvorming en op mogelijkheden tot decentralisatie van de raad. Ook was het tijd voor een blik op de toekomst: in 2003 zal er een gezamenlijke Ondernemingsraad voor ziekenhuis en faculteit zijn en de eerste stappen in die richting zijn genomen. De Adviesraad Zorg werkte voor het eerst een vol jaar als multidisciplinair adviesorgaan – de raad had geen last van kinderziektes en voert haar taken tot volle tevredenheid uit. Het Stafconvent vormde in maart 2001 een nieuw bestuur, dat zich onder meer sterk maakte voor de oprichting van een Rotterdams Instituut voor Training en Medische Educatie. De Faculteitsraad richtte zich op de vorming van het Erasmus MC maar met name het onderwijs en de voorzieningen voor studenten waren punten van aandacht en zorg.



Advies- en medezeggenschapsorganen

Stafconvent

Een aantal onderwerpen staat met regelmaat op de agenda van het Stafconvent. De vorming van het Erasmus MC, Beter Besturen en Nieuwbouw vragen veel aandacht en leden van het Stafconvent participeren in project- en werkgroepen die terzake van deze ontwikkelingen zijn ingesteld.

Honoreringsregeling

Helaas stond ook het onderwerp 'honorerings-regeling medisch specialisten' wederom regelmatig op de agenda. De adviezen van de LOAZ-Billijkheidscommissie inzake de door Stafconvent en Raad van Bestuur gezamenlijk aanhangig gemaakte knelpunten waren van dien aard, dat de stap naar de LOAZ-Bezwarencommissie is gezet. Het feit dat landelijk voor medisch specialisten van niet-academische ziekenhuizen een regeling is getroffen (AMS-regeling) die er aanmerkelijk gunstiger uit ziet, doet de onvrede toenemen. Een vergelijkbare regeling voor medisch specialisten in academische ziekenhuizen wordt zeer op prijs gesteld. Het Stafconvent heeft bij VAZ en OMS (Orde van Medisch Specialisten) aangedrongen op actie in die richting.

Nieuw bestuur Stafconvent

In het kader van het samengaan van FGG en AZR bereikte het Stafconvent in december 2000 overeenstemming over een reglement Stafconvent Erasmus MC, waarvan alle afdelingshoofden van de faculteit en het ziekenhuis lid zijn. Een breder adviesorgaan dan voorheen was nodig: het Erasmus MC pretendeert immers een innoverend centrum te zijn voor hoogwaardige kennisontwikkeling, opleiding en zorg op het gebied van gezondheid en ziekte. Het reglement werd in 2001 bekrachtigd door de Raad van Bestuur. Het nieuwe bestuur, dat per maart werd geïnstalleerd, bestaat uit afdelingshoofden van het complete Erasmus MC. Het bestuur van het Stafconvent oefent zijn taak uit op basis van een globaal mandaat van het Stafconvent.

Het contact met de RASV (Rotterdamse Academische Specialist Vereniging) is aangehaald; een lid van het bestuur van het Stafconvent is tevens bestuurslid van de RASV.

RITME: het Stafconvent keurde in 2001 de oprichting van RITME (Rotterdams Instituut voor Training en Medische Educatie) goed. Dit belangrijke initiatief behelst het opzetten van een wetenschappelijke organisatie voor educatie van medisch specialisten (in opleiding), waarvan een goed geoutilleerd multifunctioneel conferentiecentrum (met skillslab en een goed ondersteunend onderwijssysteem) deel uitmaakt.

PACS: het Stafconvent heeft aangegeven voorstander te zijn van de implementatie van het Picture Archiving & Communication System (PACS). Werken met PACS heeft grote voordelen, waarvan verbetering van de dienstverlening wel de belangrijkste is. Al het beeldmateriaal komt digitaal beschikbaar en wordt digitaal gestuurd. Andere belangrijke voordelen hebben betrekking op opslagruimte, EPD, teleconnecting en research-projecten. Hoewel het Stafconvent de invoering van PACS toejuicht, is aandacht gevraagd voor de capaciteit van het netwerk en de benodigde apparatuur.

Het Stafconvent boog zich in 2001 ook over onder meer de begroting, de Regeling Nevenwerkzaamheden, de Mandateringsregeling, het Onderzoeksbeleid Erasmus MC, de Uitbreiding Studentenstroom Geneeskunde en het beleid inzake externe inkomsten en kennisexploitatie.

Adviesraad Zorg

Normaal gesproken bestaat de Adviesraad Zorg uit 30 medewerkers van het Erasmus MC en een HBO-V-student. In 2001 deed de raad het echter met minder: een aantal leden moest vanwege tijdgebrek – onder andere door krapte in de bezetting op de afdelingen – afscheid nemen van de raad.

Gunstige resultaten

De gemiddeld 23 leden van de raad klaarden in 2001 een paar flinke klussen. Het was het eerste jaar dat de raad werkte vanuit een multidisciplinaire samenstelling: het vinden van een goede vorm en stabilisatie waren dan ook belangrijke punten. Maar de resultaten zijn gunstig. De samenwerking met de Raad van Bestuur en met de Ondernemingsraad verloopt positief, het contact met de zorgmanagers verdient nog enige aandacht. Eind 2001 nam Joanne van der Spek afscheid als secretaris van de Adviesraad Zorg, zij werd opgevolgd door Shirin Koole – Jamaludin.

In 2001 adviseerde de Adviesraad Zorg de Raad van Bestuur onder meer over: transmurale zorg, de inrichting van de clusterbureaus, multiculturele patiëntenzorg, advies- en ondersteuningsstructuur Raad van Bestuur, richtlijn 'Inbrengen, verzorgen en verwijderen van een urinekatheter', projectplan (leeftijds)bewust personeelsbeleid, concept richtlijn 'Opvang na een schokkende gebeurtenis op het werk', samenwerking met defensie op het gebied van chirurgische teams, projectorganisatie Nieuwbouw, project Functiedifferentiatie, unitplannen, reorganisatieleidraad invoering unithoofdfunctie, redactiestatuut Intranet, aangepast protocol prik-/snij-/spat- en bijtincidenten, actualisering protocol MSRA, reorganisatie en unitvorming van de afdeling Radiotherapie, unitplan AKC.

Het afgelopen jaar bleek dat de meningen van de Adviesraad en van de Raad van Bestuur niet met elkaar stroken voor wat betreft de invoering van Functiedifferentiatie. Het uitgebreide advies, dat werd opgesteld in collegiale samenwerking met de Ondernemingsraad, kreeg ruim aandacht binnen de Raad van Bestuur. Verschillen liggen met name in de voorbereiding: de Adviesraad heeft ervoor gepleit verschillende te voorziene problemen zoveel mogelijk vóór het invoeren van Functiedifferentiatie weg te nemen, de Raad van Bestuur ziet voldoende redenen om te vertrouwen op het gezonde verstand van de organisatie.

Regionaal Netwerk Verpleging & Verzorging Zuid Holland

De Adviesraad Zorg speelt een belangrijke rol in het Regionaal Netwerk V&V. Doel van het netwerk is regionaal aanspreekpunt te zijn voor regiopartners en waar dat nodig is te participeren in regionaal beleid of projecten. Vertegenwoordigers van verschillende verpleegkundige adviesraden in Zuid Holland maken deel uit van het netwerk. In 2001 ontwikkelden de netwerkliden een missie, een visie en een duidelijke doelstelling. Het netwerk komt vier maal per jaar bij elkaar.

De (concept-)missie: Het Regionaal Netwerk V&V in Zuid Holland streeft naar een actieve rol in de regionale ontwikkeling op het gebied van zorg.

De Ondernemingsraad

In 2001 waren vanuit de Ondernemingsraad vijf commissies aan het werk: de Commissie Personeel en Organisatie, de Commissie Financiën, de Commissie Veiligheid, Gezondheid, Welzijn en Milieu, de PR-commissie de Bouw-commissie en de Commissie Medezeggenschap. Logischerwijs ging een belangrijk deel van de aandacht van de OR uit naar de decentralisatieprocessen in de organisatie.

Medezeggenschap: decentraal?

Ter voorbereiding van het advies aan de Raad van Bestuur over decentralisatie van de OR, nam de ad hoc Commissie Medezeggenschap een kijkje in de keuken van het AMC en het UMC St. Radboud. Conclusie was dat decentrale medezeggenschap in het Erasmus MC een goede kans van slagen heeft. Cluster 12 en het Facilitair Bedrijf werken inmiddels met een zogenoemde OC – een Onderdeel-commissie. Een evaluatie in 2002 zal moeten bepalen of de tijd al rijp is – met andere woorden: of het beleid al voldoende gedecentraliseerd is – om in het complete Erasmus MC met OC's te gaan werken.

Zeggenschap

In 2001 boog de OR zich over de bedrijfsplannen van de clusterbureaus. De OR keek onder andere naar de aandacht voor arbo en milieu in de decentrale plannen. Vooral aan de volgens de Arbowet verplichte RIE (Risico-inventarisatie en -Evaluatie) bleek nog de nodige aandacht te besteden. Ook de bedrijfsplannen van de stafdiensten werden getoetst. Daarbij werd in eerste instantie gekeken naar de mogelijkheden en onmogelijkheden van decentralisatie. Van de stafdiensten bleek P&O niet alleen het meest gedecentraliseerd, maar ook het best geschikt voor decentralisatie. Over alle bedrijfsplannen van de stafdiensten sprak de OR uiteindelijk een positief advies uit.

Units

Bij het toetsen van de unitvorming ging de OR uit van drie criteria. Ten eerste werd gekeken naar de door de Raad van Bestuur voorgestelde grootte van de units. Niet overal bleek het haalbaar de units volgens de plannen te beperken tot 20 à 25 fte. De OR heeft de Raad van Bestuur geadviseerd de units in principe niet groter te maken dan 40 fte. Een afdeling met een unit van 60 fte zou in principe gesplitst moeten worden.

Het tweede criterium was de vorming van een hiërarchische laag onder de unitmanagers. Gezien vanuit de decentraliserings-gedachte is een dergelijke laag niet de bedoeling maar de werkdruk bij de grotere units kan ervoor zorgen dat als vanzelf zo'n laag ontstaat. Het derde criterium waarop de OR de unitvorming toetste was draagvlak onder de medewerkers. De toetsing vond plaats door middel van werkplekbezoeken en telefoon-gesprekken en aan de hand van vragen als 'is het unitplan goed bekend' en 'staan jullie achter de unitvorming'. Resultaat: de meeste medewerkers bleken voor de voorgestelde unitvorming.

Voor wat betreft Functiedifferentiatie voor Verpleegkundigen en Verzorgenden adviseerde de OR de Raad van Bestuur door te gaan met de invoering, onder voorbehoud van de functies van gespecialiseerde verpleegkundigen. Naar verwachting kan hierover in 2002 worden geadviseerd nadat de Project-organisatie hiervoor een apart plan heeft opgesteld.

OR en de toekomst

In 2001 vond een aantal malen een informeel overleg plaats tussen de Universiteitsraad van de EUR (de U-raad), de Faculteitsraad van de FGG, de Dienstenraad van de EUR en de OR. Bij dit overleg was ook de Raad van Bestuur vertegenwoordigd. De manier waarop in het Erasmus MC de medezeggenschap vorm moet krijgen, was steeds weer een belangrijk agendapunt. Andere onderwerpen van overleg waren de rechtsposities en de CAO's. In 2002 wordt dit overleg voortgezet en worden concrete uitkomsten verwacht. Eind 2001 was de Erasmus MC-vorming nog niet zover dat er sprake kon zijn van een gezamenlijke OR voor de FGG en het AZR. De verwachting is dat het in 2003 wel zover zal zijn. Vanuit nieuwe verkiezingen wordt dan een OR gevormd met OC's en een studentenraad. Aan de huidige commissies wordt op dat moment een Commissie Onderwijs & Onderzoek toegevoegd.

Informatie over specifieke onderwerpen waarover de OR de Raad van Bestuur in 2001 van advies diende, zijn te vinden in het aparte jaarverslag van de Ondernemingsraad.



Faculteitsraad FGG

De Faculteitsraad van de FGG bestaat uit zestien leden. Acht van de leden vertegenwoordigen het personeel, de andere acht de studenten. In beide geledingen is het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) vertegenwoordigd.

Nieuwe commissie en studentenraad

De vorming van het Erasmus MC stond ook in 2001 nadrukkelijk op de agenda. Veel aandacht werd besteed aan het vinden van een vorm voor de medezeggenschap van de faculteitsmedewerkers binnen het Erasmus MC. De voornaamste taken van de Faculteitsraad gaan straks over naar een nieuwe commissie Onderwijs en Onderzoek – onderdeel van de Ondernemingsraad. Voor de studenten wordt een aparte Studentenraad gevormd, die samen met de commissie Onderwijs en Onderzoek zal vergaderen. Hierdoor blijft de relatie tussen studenten en op onderwijs en onderzoek georiënteerde medewerkers in stand.

Erasmus MC

Bij twee nota's met betrekking tot de vorming van het Erasmus MC maakte de raad een aantal kritische kanttekeningen. De Eerste Perspectiefnota besteedt veel aandacht aan de organisatorische vernieuwing, de nieuwe besturingsvormen en de financiën, maar gaat weinig in op de inhoud van primaire taken. De raad plaatste kanttekeningen bij de financieringssystematiek wees op de eenzijdige nadruk op erkende onderzoeksscholen en het topkader.

Ook de nota 'Erasmus MC beleid externe inkomsten en kennisexploitatie' is intensief besproken. De financiering van onderzoek vanuit de eerste geldstroom is zo gering dat veel afdelingen nauwelijks onderzoek kunnen uitvoeren zonder geld van derden. In de nota lijkt sprake van een centralistische tendens, met als doel meer grip op de financiële stromen te krijgen. De raad is bang dat centralisatie zal leiden tot nieuwe tijdrovende en bureaucratische procedures met lange lijnen.

Onderwijs

De raad had voldoende redenen de ontwikkelingen op het gebied van onderwijs nauwlettend te volgen. Het nieuwe curriculum Erasmus Arts 2007 ging in september 2001 van start en wordt in de loop der jaren verder uitgebouwd. Tegelijkertijd wil de faculteit een bijdrage leveren aan de verhoging van de instroom van geneeskundestudenten: geen kleinigheid gezien de krappe huisvesting en personele capaciteit. Ook de ervaringen met de decentrale toelating waren in 2001 een punt van aandacht. Voor de opleiding Beleid en Management Gezondheidszorg leidt de introductie van de bachelors-masters systematiek met ingang van september 2002 tot ingrijpende veranderingen voor zowel studenten als stafleden.

De studentengeleding uit de raad vroeg regelmatig aandacht voor het achterblijven van voorzieningen, zoals studiezalen en computerruimten. Bovendien namen de studenten het initiatief om bij de universiteit een studentenhuysarts aan te stellen.



“...DOOR DE LANGE STRENGEN
MENSEN, NET ALS MIEREN
ALTIJD DRUK, PASSEREN
EEN ENKELING DIE GROET...”

Algemene gegevens



Het Erasmus MC is goed op zijn plaats in Rotterdam.

De stad en het medisch centrum passen bij elkaar, hebben veel gemeen. Bij Rotterdam denken we aan werkstad, opgestroopte mouwen, havenstad, innovatieve bedrijven, gedurfde architectuur, multicultureel en modern. En aan groei – niet zozeer in omvang maar wel in kennis.

Bij het Erasmus MC denken we aan werkstad-in-een-wereldstad, opgestroopte mouwen aan de Maas, innovaties in onderzoek, opleidingen, onderwijs en patiëntenzorg, op weg naar gedurfde nieuwbouw, multicultureel en modern. En aan groei – in omvang en in wijsheid. Die groei in omvang en in wijsheid is simpel en zakelijk af te lezen aan de lijsten met promoties, oraties, fondsen, benoemingen, prijzen en subsidies.

Rotterdam en Erasmus MC: *two of a kind* en onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Algemene gegevens

Namenregister per 31-12-2001

Raad van Toezicht

Mr. J.H. Schraven, voorzitter
 Drs. D.J.D. Dees, vice-voorzitter
 Prof.dr. J.M. Bensing
 Dr. J.M. Linthorst
 Mr. G.Chr. Kok
 Mw. mr. M.J.C.E. Blondeau, secretaris

Raad van Bestuur

Prof.drs. M.H. Meijerink, voorzitter
 Prof.dr. P.J. van der Maas, decaan/vice-voorzitter
 (m.i.v. 01-04-2001)
 Drs. W. Geerlings
 Prof.dr. F.G.A. van der Meché (m.i.v. 01-03-2001)
 Prof.dr. C.D.A. Verwoerd, decaan FGG (tot 01-04-2001)
 Mw. mr. M.A.I. Böhmer – van der Leun, secretaris
 Mr. M.J. Slooff, 2^e secretaris/secretaris decaan

Medisch specialismen en medisch ondersteunende afdelingen Erasmus MC

Algemene Heelkunde, prof.dr. J. Jeekel
 Allergologie, dr. R. Gerth van Wijk
 Anatomie, prof.dr. C.I. de Zeeuw
 Anesthesiologie, prof.dr. J. Klein
 Apotheek, dr. P.J. Roos
 Biochemie, prof.dr. J.F. Koster
 Biomedische Natuurkunde en Technologie, prof.dr.ir. C.J. Snijders
 Cardiologie, prof.dr. J.R.T.C. Roelandt
 Celbiologie, prof.dr. F.G. Grosveld
 Dermatologie/Venerologie, prof.dr. H.A.M. Neumann (hoofd a.i.)
 Endocrinologie & Voortplanting, prof.dr. J.A. Grootegoed
 Epidemiologie & Biostatistiek, prof.dr. A. Hofman
 Erasmus Dierexperimenteel Centrum, mw.dr. J.M. Fentener-van Vlissingen
 Farmacologie, prof.dr. P.R. Saxena
 Filosofie, Ethiek & Geschiedenis, prof.dr. M.J. van Lieburg
 Fysiologie, fr. J. van der Steen (hoofd a.i.)
 Genetica, prof.dr. J.H.J. Hoeijmakers
 Heelkunde, prof.dr. J. Jeekel
 Hematologie, prof.dr. B. Löwenberg
 Huisartsgeneeskunde, prof.dr. S. Thomas

Immunologie, prof.dr. R. Benner
 Institute Medical Technology Assessment (iMTA), prof.mr.dr. J.L. Legemaate
 Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, prof.dr. F.F.H. Rutten
 Interne Oncologie, prof.dr. G. Stoter
 Inwendige Geneeskunde, prof.dr. H.A.P. Pols
 Kaakchirurgie, dr. K.G.H. van der Wal
 Keel-, Neus- en Oorheelkunde, prof.dr. L. Feenstra
 Kinder- en Jeugdpsychiatrie, prof.dr. F.C. Verhulst
 Kindergeneeskunde, prof.dr. H.A. Buller
 Kinderheelkunde, prof.dr. F.W.J. Hazebroek
 Kinderpsychiatrie, prof.dr. F.C. Verhulst
 Klinische Chemie, dr. J. Lindemans
 Klinische Genetica, prof.dr. H. Galjaard (tot 01-06-2001), prof.dr. J.W. Wladimiroff
 Klinische Pathologie, prof.dr. J.W. Oosterhuis
 Longziekten, prof.dr. H.C. Hoogsteden
 Maatschappelijke Gezondheidszorg, prof.dr. P.J. van der Maas (tot 01-04-2001), prof.dr. J.P. Mackenbach
 Maag-, Darm- en Leverziekten, prof.dr. E.J. Kuipers
 Medische Psychologie & Psychotherapie, prof.dr. J. Passchier
 Medische Informatica, prof.dr. J. van der Lei
 Medische Microbiologie en Infectieziekten, prof.dr. H.A. Verbrugh
 Neurochirurgie, prof.dr. C.J.J. Avezaat
 Neurologie, prof.dr. F.G.A. van der Meché (tot 01-04-2001), dr. S.A. Kluchert (hoofd a.i. tot 01-12-2001), prof. dr. P.J. Koudstaal
 Nucleaire Geneeskunde, prof.dr. E.P. Krenning
 Oogheelkunde, prof.dr. G. van Rij
 Orthodontie, mw. prof.dr. B. Prah - Andersen
 Orthopedie, prof.dr. J.A.N. Verhaar
 Pathologie, prof.dr. J.W. Oosterhuis
 Plastische & Reconstructieve Chirurgie, prof.dr. S.E.R. Hovius
 Psychiatrie, dr. S.A. Kluchert (hoofd a.i. tot 01-04-2001), prof. dr. M.W. Hengeveld
 Radiologie, prof.dr. G.P. Krestin
 Radiotherapie, prof.dr. P.C. Levendag
 Reumatologie, mw.prof. dr. J.M.W. Hazes
 Revalidatie, prof.dr. H.J. Stam
 Thoraxchirurgie, prof.dr. A.J.J.C. Bogers
 Urologie, prof.dr. F.H. Schröder
 Verloskunde en Vrouwenziekten, prof.dr. Th.J.M. Helmerhorst
 Verslavingsonderzoek, prof.dr. H.F.L. Garretsen
 Virologie, prof.dr. A.D.M.E. Osterhaus

Directeuren Stafdiensten

Drs. G.J. van Boven (tot 01-10-2001), Drs. B. Wils (hoofd a.i.), Informatie & Techniek
Mw. M.S. Braunius, Financiën & Control
Drs. W. Doosje, Personeel & Organisatie
Mw.prof.dr. P.L. Meurs (tot 01-06-2001), Strategie & Innovatie

Hoofden Stafafdelingen en ondersteunende afdelingen Erasmus MC (Bureau Raad van Bestuur)

Drs. S. Blok, Financiële Zaken en EMF (FGG)
Drs. J.W. Braham, Begrotingszaken (FGG)
Drs. J.H.G.M. van den Eijnde, Arbo, Veiligheid en Milieu (FGG)
Dr. C.M.A.W. Festen, Onderwijs en Onderzoek (FGG)
Dr. J. de Jong (hoofd A.I. sinds 01-03-2001), Faculteitsbureau (FGG)
Mw. drs. E.G.G.M. Kloosterman, Opleidingsinstituut Geneeskunde (FGG)
Drs. J. Nieuwland, RA, Internal Audit (AZR)
Mr. R. Posthumus, Juridische Zaken (AZR)
Mw.drs. M.Th. de Spaey, PR&V (AZR)
Mr. E.B. van Veen (tot 01-05-2001),
Mw. J.L. de Wit, Personeel en Organisatie (FGG)

Directeuren Facilitaire Bedrijven

Drs. Ing. E.H. Bronkhorst, AZR
Dr. J. de Jong (wnd. hoofd sinds 01-03-2001), FGG

In Memoriam

In 2001 zijn overleden:

Mw. P.S. Broja, Palliatieve Zorg Unit, Daniel den Hoed
Mw. C.W. van Herk, Facilitair Bedrijf
Dhr. A.M. Kershof, Faculteitsbureau FGG
Dhr. W.J. Kort, Faculteitsbureau FGG
Mw. D. van Lent, Patiënten Informatiecentrum, Sophia Kinderziekenhuis
Mw. L.S. Lubbers, Medische Psychiatrie FGG
Mw. M.L. Ottens – van Dongen, Intensive Care Thoraxchirurgie
Dhr. H. van der Rijst, Revalidatie

Zilveren Molewater De Monchypenning

In 2001 is de penning uitgereikt aan:

Mw. Mr. E.H. Hostmann
Mw. A.W. Immink
Prof. dr. C.D.A. Verwoerd

Associate deans FGG

Prof. dr. J.W. Wladimiroff, dean Onderzoek
Dr. T.A.W. Splinter, dean Onderwijs

Overleg- en Adviesorganen

Bestuur Stafconvent

Prof.dr. H.A. Verbrugh, voorzitter
Prof.dr. B. Löwenberg, vice-voorzitter
Mw.mr. A.M. Oosterwaal – Op den Kelder, secretaris

Adviesraad Zorg

Mw. M. Vlasblom-Bosschieter, voorzitter
Mw.drs. J. van der Spek, ambtelijk secretaris (tot 01-12-2001)
S. Koole – Jamaludin, ambtelijk secretaris (m.i.v. 15-02-2002)

Ondernemingsraad

Ir. N.M.C. Drost, voorzitter
T.P. Stolk, vice-voorzitter
Mr. B.L. van Bunge – Schipper, ambtelijk secretaris
Drs. G.B. van der Marel, ambtelijk secretaris

Faculteitsraad – Personeel

Dr. F. Boomsma, voorzitter
Dr. J.J. van Busschbach, secretaris
Drs. T. Custers
Dr. D.G.J.M. Duncker
H.C. Janse
J.J. Polder
Dr. J. van der Steen
Mw. A.M. Turien

Faculteitsraad – Studenten

(studiejaar 2000-2001)
Jan Steven Burgerhart
Aelte Dekker
Ernest Franken
Annelies Kosse
Relinde Noordegraaf

Remco Prince
Heleen Tasseron
Jeroen Verveer

(studiejaar 2001-2002)
Johanneke van Dis
Annemarie Drenth
Joris van Driel
Ernst Franken
Harmen Haanstra
Marjan van Schothorst
Niels Stolk
Ralph Witteveen

afstudeer(keuze)onderzoek 'The role of Molecular Mimicry between *Campylobacter jejuni* LPS and Gangliosides in the Guillain-Barré syndrome.

Prof.dr. P.M.T. Pattynama (afdeling Radiologie) werd benoemd tot Fellow of Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe.

Prof.dr. F.H. Schröder (afdeling Urologie) ontving het Honorary Membership for life-long achievements van DGU, AUA, EAU en de St. Paul's Medal 2000 van de British Association for Urological Surgeons (BAUS).

Prof.dr. P.W. Serruys (afdeling Cardiologie) ontving zowel de Oostenrijkse (Salzburg) Kurz Polzer Price als de Amerikaanse Paul Dudley White Award.

Prof.dr. J.W. Wladimiroff (afdeling Verloskunde en Gynaecologie) werd benoemd tot Honorary member of the Chilean Society of Obstetrics and Gynaecology.

Prof.dr. Alexander Eggermont, hoofd chirurgie Daniel den Hoed, ontving de Tilanus Erepennig van Het Genootschap ter bevordering van Natuur-, Genees- en Heelkunde in Amsterdam. Eggermont dankt de erepenning aan zijn grensverleggend onderzoek op het gebied van de heelkunde. De Erepennig wordt eens in de tien jaar toegekend.

Prof.dr. Carel Verwoerd, oud-decaan en hoogleraar KNO, ontving na zijn afscheidscollege *Evenwicht in beweging* de Ad Fontes Penning, een universitaire onderscheiding.

Prof. dr. Koos Slob ontving de Europese dr. Herman Musahprijs voor medische seksuologie 2001. Slob nam de prijs in ontvangst op de dag van zijn afscheid als hoogleraar fysiologische en pathologische aspecten van de seksualiteit.

Afscheidscolleges

6 april 2001 – Prof.dr. C.D.A. Verwoerd, hoogleraar in de Faculteit der Geneeskunde en gezondheids-wetenschappen, met de leeropdracht keel-, neus- en oorheelkunde: *Evenwicht in beweging*.

7 juni 2001 – Prof.dr. J.M. Bogaard, hoogleraar in de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheids-wetenschappen, met de leeropdracht fysica van de ademhaling: *Longfunctie-onderzoek. Bereikte grenzen en nieuwe vergezichten*.

29 juni 2001 – Prof.dr. A.K. Slob, hoogleraar in de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheids-wetenschappen, met de leeropdracht fysiologie en pathofysiologie van de seksualiteit: *Seksuologie, een specialisme om warm voor te lopen*.

Benoemingen, prijzen en onderscheidingen

Prof.dr. J.J.M. van Dongen (afdeling Immunologie) ontving in St. Petersburg de Botkin Award voor het stimuleren van klinisch wetenschappelijk onderzoek in het Russisch/Nederlands.

Dr. A.Z. Ginai (afdeling Radiologie) werd door de The Royal College of Radiologists of London benoemd tot Fellow of the College of Radiologists.

P. Noordzij (student Immunologie) ontving de Gerrit Jan Mulder Prijs voor zijn

Prijzen voor voordrachten en presentaties

Dr. C.C. Baan en dr. P.J.H. Smak Gregoor (afdeling Inwendige Geneeskunde) ontvingen beiden een award voor excellente presentatie tijdens het congres van de American Society Transplantation.

Dr. F. Cademartiri (afdeling Radiologie) ontving een Certificate of Merit voor de uitstekende posterpresentatie *An overview of different parameters affecting bolus geometry in abdominal CTA* op het congres van de European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR). Dhr. S.P.G. Frankema (Traumacentrum Zuid West Nederland) werd door de Nederlandse Vereniging van Traumatologie onderscheiden voor de 'Beste Voordracht 2001'.

Prof.dr. H.A. Drexhage (afdeling Immunologie), ontving in Madras de IDS-congresprijs voor de beste voordracht.

Drs. C. Janssens (AIO, afdeling Neurologie), ontving een posteronderscheiding tijdens het Europese MS congres ECTRIMS, voor *Risk Perception in MS*.

Drs. E. Oei (experimentele radiologie, afdeling Klinische Epidemiologie) ontving de Lee B. Lusted Student Prize (2^e prijs) voor de presentatie van *Magnetic Resonance Imaging of the knee joint: a meta-analysis* op het congres van The Society for Medical Decision Making.

Erik Peters, AIO Thorax-chirurgie en Farmacologie, won in Canada tijdens het 17de wereldcongres van de *International Society of Heart Research* de Best Poster Award voor de presentatie van zijn werk aan de 'moleculaire fenotypering van de rechter hartkamer hypertrofie'.

Drs. K. Wolffenbittel (afdeling Kinderurologie) ontving van de Nederlandse Vereniging voor Urologie de Vlietstra Prijs voor de beste presentatie van 2001 (Urineflowmetrie bij baby's).

M. van der Klift (AIO, afdeling Inwendige Geneeskunde) ontving de AIO-prijs van de Nederlandse Vereniging voor Calcium en Botstofwisseling voor de beste presentatie in 2001.

Onderzoeksprijzen

M.H. Blanker (onderzoeker bij de sector FUIRORE van het Huisartseninstituut) kreeg de Nederlandse Sexuologie Prijs 2001 voor 'uitstekend onderzoek naar prevalentie en determinanten van erectiele dysfunctie' in het kader van het *Krimpenonderzoek*.

Prof.dr. N. Bom (WFD), werd onderscheiden met de Internationaal Steven Hoogendijk Award for Medical Engineering 2001 voor uitzonderlijk goed onderzoek in de medische technologie, in het bijzonder technologie die in kindergeneeskunde belangrijk is geworden.

Drs. D. Buljevac (arts-onderzoeker afdeling Neurologie) ontving voor The Rotterdam Study on Exacerbations (ROSE) een award voor 'beste onderzoek' tijdens het Europese MS congres ECTRIMS in Dublin. Dr. Rogier Hintzen, neuroloog-immunoloog, nam in Dublin de prijs in ontvangst.

Drs. Titia Cohen – Overbeek ontving de Organon Echoscopieprijs over 1998 en 2000. Zij kreeg de prijs vanwege haar belangrijke bijdrage aan de ontwikkeling en toepassing van ultrageluid in de verloskunde en gynaecologie. Cohen, werkzaam op de afdeling Prenatale Diagnostiek van Verloskunde en Vrouwenziekten, deelt de prijs met dr. Rick Quartero, vrouwenarts in het Medisch Spectrum Twente.

Dr. D.W.J.I. Dippel (afdeling Neurologie, sectie Neurovasculaire ziekten) ontving een Excellency in stroke research tijdens de European Stroke Conference in Lissabon, mei 2001.

Drs. C. Kerssens (AIO, afdeling Medische Psychologie en Psychotherapie) ontving de Award of recognition for most promising researcher tijdens de 5th International Conference in memory, awareness and consciousness, Memorial Sloan Kettering Cancer Center New York.

Dr. Cobi van der Zee kreeg tijdens een congres in de Verenigde Staten de Dr. Eugene Robinson Award. Zij kreeg de onderscheiding van de North American Society of Hyperthermia voor haar belangrijke rol bij het aantonen van de klinische effectiviteit van hyperthermie.

Op het European Stroke Congres in Lissabon kreeg de neurovasculaire onderzoeksgroep van Dijkzigt een Award for Excellency in Stroke Research. De Rotterdamse groep van prof.dr. P.J. Koudstaal kreeg de prijs voor onderzoek naar het effect van

paracetamol op de lichaamstemperatuur bij patiënten met een acuut herseninfarct.

Onderwijsprijs

Dr. B. Bonke (UHD Medische Psychologie en Psychotherapie) ontving de Erasmus Onderwijsprijs.

Prijzen voor publicaties

Dr. A. Vis (AGIKO bij de afdeling Pathologie/Urologie) kreeg van de Nederlandse Vereniging voor Urologie de prijs voor het beste proefschrift van 2001.

Dr. N.M. van Besouw en dr. B.J. van der Mast (afdeling Inwendige Geneeskunde) ontvingen de Novartis Transplantation Grant 2001 voor het beste Nederlandse artikel op het gebied van transplantatie.

H.Y. Ie (nefroloog in opleiding, afdeling Inwendige Geneeskunde) werd door de International Society for Blood Purification onderscheiden met de prijs voor het beste abstract.

Drs. Maxime P. Look, afdeling Interne Oncologie, ontving in San Francisco de prestigieuze Merit Award voor het beste abstract. Zij kreeg de prijs voor de resultaten van een meta-analyse over 8377 borstkankerpatiënten naar componenten met een voorspellende waarde voor het snel optreden van uitzaaiingen en het optreden van een snelle dood.

Erica van den Akker ontving de Jonge-auteursprijs 2000 van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTVG). Zij ontving de prijs voor een publicatie waarin zij met een team de vaststelling beschrijft van een unieke afwijking in het DNA van mensen met een uitzonderlijk dorst-probleem (diabetes insipidus).

Specials

De afdeling Radiologie was in november 2001 ruimschoots vertegenwoordigd op het 87^e congres van de Radiological Society of North America (RSNA). Ze kwamen terug met een groot aantal prijzen:

- De poster *Anatomy of Coronary Arteries and Veins in Noninvasive Three-dimensional Imaging* van dr. R.J.M. van Geuns behaalde een Cum Laude en een Excellence in Design.

- Met zijn poster *Volume-rendering vs MIP for Contrast-enhanced MRA of Aortic Arch Anomalies* haalde dr. R.J.M. van Geuns ook nog een Certificate of Merit.
- Ook L.C.J. van Heerebeek ontving een Excellence in Design prijs voor zijn poster; *MRI: A One-stop Shop Imaging Modality for the Preoperative Evaluation of Potential Living-Related Renal Donors*. Bovendien kreeg deze poster ook nog een publicatie in *Radiographics*.
- Dr. S.M. Hussain haalde met zijn poster *Benign vs Malignant Hepatic Nodules: Findings at MR Imaging with Histopathologic Correlation* een Certificate of Merit en een publicatie in *Radiographics*.
- De poster van J.R. Kichari *MR Imaging of the Brachial Plexus: Current Imaging Sequences, Normal Findings, and a Spectrum of Benign and Malignant Disease with Histopathologic Correlation* werd gehonoreerd met een publicatie in *Radiographics*.
- Drs. K. Nieman werd voor zijn poster *Evaluation of Coronary Artery Disease with Contrast-enhanced Multi-slice Computed Tomography* beloond met een Certificate of Merit.
- R.H.J.M. Raaijmakers kreeg voor zijn poster *CT-Angiography of the Entire Peripheral Arterial Run-off Using Multi-detector Helical CT: The Imaging Protocol*, een Certificate of Merit en een publicatie in *Radiographics*.
- Drs. M.H. Verschoor won met het ontwerp van zijn poster *A Multidisciplinary Approach to the Development of User-centered Interfaces of Radiological Workstation Used for Navigation through Large Imaging Data Sets* een Excellence in Design prijs.

Medewerkers van de afdeling Klinische Genetica ontvingen de Bourneville Prijs 2001 voor baanbrekend wetenschappelijk onderzoek:

- Dr. D.J.J. Halley, sectiehoofd DNA-diagnostiek.
- Dr. Nellist, onderzoeker.
- Dr. Ir. A.M.W. van den Ouweland, plaatsvervangend sectiehoofd DNA-diagnostiek.
- Dr. S. Verhoef, onderzoeker.

Leden van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW)

Prof.dr.ir. J.H. van Bommel
Medische informatica
Rector Magnificus Erasmus Universiteit Rotterdam

Prof. dr. N. Bom
Medische technologie in de cardiologie
Hoofd Biomedical Engineering Thoraxcentrum/plv.
directeur ICIN

Prof.dr. D. Bootsma
Genetica
Emeritus hoogleraar EUR

Prof.dr. H. Galjaard
Humane genetika
Emeritus hoogleraar EUR

Prof.dr. F.G. Grosveld
Moleculaire celbiologie
Hoogleraar EUR.

Prof.dr. H.E. Henkes
Oogheelkunde
Emeritus hoogleraar EUR

Prof.dr. J.H.J. Hoeijmakers
Genetica
Hoogleraar EUR

Prof.dr. S.W.J. Lamberts
Inwendige geneeskunde
Hoogleraar EUR

Prof.dr. B. Löwenberg
Hematologie
Hoogleraar EUR/hoofd afdeling Hematologie AZR

Prof.dr. P.J. van der Maas
Geneeskunde
Decaan FG, vice-voorzitter Raad van Bestuur
Erasmus MC

Prof.dr. A.D.M.E. Osterhaus
Virologie
Hoogleraar EUR

Prof.dr. M.L. Simoons
Cardiologie
Hoogleraar EUR

Prof.dr. H.K.A. Visser
Kindergeneeskunde
Emeritus hoogleraar EUR

Oraties

Erasmus MC



Prof.dr. H.M. Evenhuis

Bijzonder hoogleraar
Geneeskunde voor verstandelijk
gehandicapten
Leerstoel ingesteld door de
Stichting Steunfonds Johannes
Stichting

Doel van de leerstoel:

Het leveren van een
wetenschappelijke onderbouwing
voor de somatische geneeskunde
voor kinderen en volwassenen
met verstandelijke beperkingen.
Onderzoekslijnen:
1) zintuigstoornissen
2) Comorbiditeit bij kinderen met
ernstige meervoudige
beperkingen

ORATIE:

**MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE
HANDICAP: NORMALE BURGERS,
BIJZONDERE PATIËNTEN**

Uitgesproken op:
12 januari 2001



Prof.dr. J.L.H.R. Bosch

Bijzonder hoogleraar
Functiestoornissen van de lage
urinelwegen
Leerstoel ingesteld door de
Vereniging Trustfonds Erasmus
Universiteit Rotterdam

Doel van de leerstoel:

Ontwikkelen van het gebied van
de functionele en reconstructieve
urologie waarbij de aandacht
vooral gericht wordt op de
specialistische opleiding, het
onderwijs en het evalueren van
nieuwe onderzoeks- en
behandelingsmethoden door
klinische en experimenteel
onderzoek

ORATIE:

**FUNCTIONELE EN
RECONSTRUCTIEVE UROLOGIE:
SPIN IN 5 WEBBEN**

Uitgesproken op:
19 januari 2001



Prof.dr. H.J. Bonjer

Bijzonder hoogleraar
Endoscopische chirurgie
Leerstoel ingesteld door de
Vereniging Trustfonds Erasmus
Universiteit Rotterdam

Doel van de leerstoel:

Ontwikkelen en evaluatie van
endoscopische chirurgie en
opzetten van training in
endoscopische
chirurgie.

ORATIE:

MESSEN VAN TAFEL

Uitgesproken op:
9 maart 2001



Prof.dr. R. Pieters

Bijzonder hoogleraar
Kinderoncologie
Leerstoel ingesteld door de
Vereniging Trustfonds Erasmus
Universiteit Rotterdam

Doel van de leerstoel:

Optimale behandeling van
kinderen met kanker en het
bevorderen van onderzoek en
onderwijs op dit terrein

ORATIE:

**KWAAD BLOED. VAN JONGE
MENSEN, DE DINGEN DIE
VOORBIJGAAN...**

Uitgesproken op:
20 april 2001



Prof.dr. J.M.W. Hazes

Bijzonder hoogleraar
Reumatologie
Leerstoel ingesteld door de
Vereniging Nationaal
Reumafonds

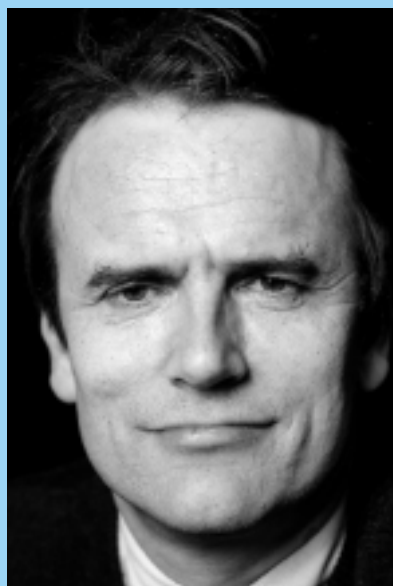
Doel van de leerstoel:

Academische zorg, onderzoek en
onderwijs in de reumatologie.

ORATIE:

**REUMA NADER BESCHOUWD.
DE KRACHT VAN PATROON
HERKENNEN**

Uitgesproken op:
10 mei 2001



Prof.dr. B.H.Ch. Stricker

Bijzonder hoogleraar Farmaco-
epidemiologie
Leerstoel ingesteld door de
Vereniging Trustfonds Erasmus
Universiteit Rotterdam

Doel van de leerstoel:

Onderzoek naar de associatie
tussen geneesmiddelen en ziekte
met de nadruk op bijwerkingen
van geneesmiddelen.

ORATIE:

**GENEESMIDDELENBEWAKING IN
NEDERLAND, OVER MACHIAVELLI,
MONTESQUIEU EN DE VOGELVRIJE
BURGER**

Uitgesproken op:
2 november 2001



Prof.dr. J. Van der Lei

Gewoon hoogleraar Medische
Informatica
Leerstoel ingesteld door de
Erasmus Universiteit

Doel van de leerstoel:

Medische Informatica richt zich
op het creëren en valideren van
modellen van kennis en data.
Waar modellen als input signalen
of beelden van specifieke organen
hebben, maakt onderzoek naar
technieken voor signaalanalyse
en beeldverwerking ook deel van
het onderzoek uit. We bestuderen
nieuwe methoden voor de
acquisitie, representatie,
verwerking, en beheer van kennis
en data in de biomedische
wetenschap.

ORATIE:

**MEDISCHE INFORMATICA: DE
UITDAGING VAN EEN FORMALISME**

Uitgesproken op:
16 november 2001



Prof.dr.ing. C.M. van Duijn

Bijzonder hoogleraar Genetische
Epidemiologie
Leerstoel ingesteld door de
Vereniging Trustfonds Erasmus
Universiteit Rotterdam

Doel van de leerstoel:

Het onderzoeken van de rol van
bekende en nieuwe erfelijke
afwijkingen in het ontstaan en
de prognose van ziekten in de
algemene bevolking.

ORATIE:

**OVER DETERMINANTEN EN
DETERMINISME. UITDAGINGEN
VOOR DE GENETISCHE
EPIDEMIOLOGIE**

Uitgesproken op:
30 november 2001

Onderzoek en Subsidies

Promoties in 2001 Faculteit Geneeskunde en Gezondheidszorg

Drs. E.D. Kleijn, 10-01-2001

Meningococcal Infections.

Drs. A.G. Tilborg, 17-01-2001

The Molecular Pathogenesis of Bladder Cancer.

Drs. C.W. Ang, 17-01-2001

Molecular Mimicry in the Guillain-Barre Syndrome

Drs. M. Dijk, 24-01-2001

Pain Unheard? Postoperative Pain Assessment in Neonates and Infants

Ir. T. Wijk, 24-01-2001

Signal Transduction Involved in Cell Volume Regulation.

Drs. K.H. Tan, 31-01-2001

Plastic surgery in the European Union.

Drs. M.M. Riemsdijk, 31-01-2001

Neuropsychiatric effects of antimalarial drugs.

Drs. I.S.J. Merkies, 31-01-2001

Evaluation of Scales and Measurement Instruments in Immunemediated Polyneuropathiesé.

Drs. R.M. Schiffelers, 07-02-2001

Liposomal Targeting of Antimicrobial Agents to Bacterial Infections.

Drs. J.A. Bruijn, 14-02-2001

‘New’ better than ‘Old’?

Drs. F.A.L.M. Eskens, 14-02-2001

Early Clinical Studies Exploring New Targets in Anticancer Treatment.

Drs. A.L. Mathoera, 21-02-2001

Transparent Motion and Compensatory Eye Movement in the Rabbit.

Drs. P. Hinnen, 21-02-2001

Biochemical Aspects of ALA-PDT.

Drs. P.D. Linden, 21-02-2001

Fluoroquinolones and Tendon Disorders.

Drs. M.M.A. Verstegen, 28-02-2001

Immunodeficient Mouse Models for the Quantitative Evaluation of Normal, Genetically Market and Malignant Human Hematopoietic Stem Cells.

Drs. M.C. Ridder e.v. Breems, 14-03-2001

Differentiation Induction in Acute Promyelocytic Leukemia.

Drs. L. Hoving, 16-03-2001

Neck Pain in Primary Care.

Drs. E.W. Willems, 21-03-2001

Characterisation of Adrenoceptors in the Carotid Vasculature.

Drs. H.A.M. van den Heuvel – Jansen, 26-03-2001

Non-specific Abdominal Complaints in General Practice: Health Status; Clinical Course and Burden of Illness.

Drs. W.J. Kam, 21-03-2001

Effects of Electronic Communication in General Practice.

Drs. S.L.M. Bakker, 04-04-2001

Cerebral Hemodynamic Indices Measured by Means of Transcranial Doppler.

Drs. H.B.A.C. Stockmann, 11-04-2001

Xeno-Assistance of the Failing Liver.

Drs. I.P.J. Alwayn, 11-04-2001

Induction of Immunological Tolerance in the Pig-to-Baboon Xenotransplantation Model.

Drs. G.D. Slooter, 12-04-2001

Peptide Receptor Radionuclide Therapy.

Drs. P.B. Hennik, 25-04-2001

Evaluation of Human Hemopoietic Stem Cell Assays for Transplantation and Gene Therapy.

Drs. N.C. Naus, 25-04-2001

Genetic Abnormalities in Uveal Melanoma.

Drs. M. Koutsourakis, 25-04-2001

The Role of the Transcription Factor GATA-6 in Mouse Embryonic Development.

Drs. F.C. Bekkering, 09-05-2001

Viral Kinetics of the Hepatitis C Virus.

Drs. G.T. Verhoeven, 16-05-2001

Bronchial Hyperresponsiveness in Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

Drs. P.J.H. Smak Gregoor, 23-05-2001

Mycophenolate Mofetil in Kidney Transplantation.

Drs. S. Houterman, 23-05-2001

Public Health Aspects of Serum Cholesterol.

Drs. A.E.A.M. Weel, 30-05-2001

Skeletal and Genetic Determinants of Osteoporosis.

Drs. B.P.L. Wijnhoven, 06-06-2001

Adenocarcinomas of the Gastro-Oesophageal Junction: From Gene to Clinic.

Drs. C.M.A.A. Roks, 06-06-2001

Alzheimer's Disease.

Drs. S.A.I.P. Trines, 06-06-2001

Regional Mechanics and Energetics of Stunned Myocardium in Vivo.

Drs. C.J.M. Bontekoe e.v. Ubink, 13-06-2001
CGG Repeat Instability and FXR Proteins.

Drs. R. Oostenbrink, 13-06-2001
Diagnostic and Prognostic Research in
Pediatrics.

Drs. G.J. Braunstahl, 20-06-2001
Nasobronchial Interaction in Allergic
Rhinitis and Asthma.

Drs. R. Keijzer, 20-06-2001
Mechanisms of Normal and Abnormal
Pulmonary Development.

Drs. H.A. Guldemeester, 20-06-2001
Maturational Features of the Neonatal
Pulmonary Circulation.

Drs. M.S. Lourens, 20-06-2001
Respiratory Mechanics in Patients with
COPD on ventilatory Support.

Drs. N. Vaessen, 27-06-2001
Genetic Determinants of Diabetes and
Vascular Complications.

Drs. J.C. Valk, 03-07-2001
The Genetic and Environmental
Contribution to Children's Problem
behaviors: a Development
Approach.

Drs. M. Eibrink, 04-07-2001
Multidrug Resistance Studies in Patients
with Acute Myeloid Leukemia.

Drs. M.H.A. Kester, 05-09-2001
The Importance of Thyroid Hormone
Sulfation during Fetal Development.

Drs. E.C.H. Friesema, 05-09-2001
Molecular Characterization of Thyroid
Hormone Transporters.

Drs. L. Incrocci, 05-09-2001
Sexual Functioning of Male Patients in
Radiotherapy and Urology.

Drs. M.J.J. Acht e.v. Olofsen, 05-09-2001
Small Bowel and Rectal Toxicity after
Pelvic Radiotherapy.

Drs. M.Y. Ng, 12-09-2001
Mammalian RAD23 Homologs:
Multifunctional Proteins in DNA Repair
and Development.

Drs. C.C. Hoogenraad, 12-09-2001
The Role of Cytoplasmic Linker Proteins
(CLIPs) in Microtubule Dynamics and
Membrane Traffic.

Drs. G.R. Dohle, 12-09-2001
Obstructions of the Male Reproductive
Tract: Diagnosis and Management.

Drs. C.A.E. Verbakel, 12-09-2001
Human Complement Regulatory Proteins
in Hyperacute Rejection of Cardiac
Xenografts.

Drs. A.J. Gelderblom, 14-09-2001
Pharmacologic Aspects of New Classes of
Anti-Cancer Agents.

Drs. H.M. Janssens, 19-09-2001
Aerosol Therapy in Young Children.

Drs. K. Kozuma, 19-09-2001
The Bright and the Dark Sides of
Brachytherapy.

Drs. A.J. Wardeh, 19-09-2001
Clinical Evaluation of Radioactive Stents.

Drs. P. Kay, 19-09-2001
Radiation and the Stent: Result from
Catheter – Based Radiation and Radiative
Stenting.

Drs. S.N. Wildt, 26-09-2001
Developmental Aspects of Midazolam
Metabolism.

Drs. A. Iglesias del Sol, 26-09-2001
Cardiovascular Risk Assessment Using

Carotid Ultrasonography.

Drs. S.G. Carlier, 26-09-2001
A Clinician's Contribution to
Bioengineering in Experimental
Echocardiography.

Ir. A.R. Comanjen, 03-10-2001
Modulation of Pro-Inflammatory
Cytokines in Normal and Inflamed Skin.

Ir. J.J.M. Pel, 03-10-2001
Non-invasive Assessment of Urethral
Resistance.

Drs. A. Spijker, 03-10-2001
Personality Development as Predictor of
Psychological Distress in Patients
Suspected of Lung Cancer or Esophageal
Cancer.

Drs. L.M.C. Dortmont, 10-10-2001
The Intracapsular Femoral Neck Fracture
in Relation to Mental State.

Drs. M.A.E. Nobbenhuis, 10-10-2001
Human Papillomavirus and Natural
History of Cervical Intraepithelial
Neoplasia.

Drs. J.J. Polder, 10-10-2001
Cost of Illness in the Netherlands.

Drs. K.J. Simis, 17-10-2001
Adolescents and Plastic Surgery:
Psychosocial and Medical-Ethical Issues.

Drs. M.E.M. Weijtens, 17-10-2001
Immuno-gene Therapy for Renal Cancer.

Drs. G.M. Ribbers, 24-10-2001
Complex Regional Pain Syndrome 1: a
Study on Pain and Motor Impairments.

Drs. R.H.T. Beek, 24-10-2001
Metabolism in Preterm Infants on the
First Days of Life.

Drs. J.W.B. Peters, 24-10-2001

Facing Pain in Infancy and Childhood.

Drs. P. Chirazzi, 24-10-2001

Origin and Reactivation of the Fragile X Gene.

Drs. F.A.R.S. Sozzi, 31-10-2001

New Directions in Myocardial Stress Imaging.

Drs. A.F. Muller, 31-10-2001

Insights from Growth Hormone Receptor Blockade.

Drs. E. Ronner, 31-10-2001

Platelet Glycoprotein IIb/IIIa Receptor Blockers in Clinical Practice.

Drs. T. Hagenaars, 31-10-2001

Arterial Remodeling after Peripheral Vascular Intervention as Documented with Intravascular Ultrasound.

Drs. L.N. Lodder, 07-11-2001

Dealing with the Risk for Hereditary Breast and Ovarian Cancer.

Drs. F.B.S. Oei, 14-11-2001

Immunological Aspects of Clinical and Experimental Cardiac Valve Allograft Implantation.

Drs. M. Hoog, 14-11-2001

Tobramycin and Vancomycin in use in Newborns: Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Aspects.

Drs. D.F.S. Kehrer, 16-11-2001

Pharmacologic Modulation of Topoisomerase 1 Inhibitors.

Drs. S. Verhoef, 21-11-2001

Clinical and Molecular Genetics of Tuberous Sclerosis Complex.

Ing. N.P.W.C.J. Braak, 21-11-2001

Glycopeptide-Resistant Enterococci in The Netherlands.

Drs. M.P. Tol, 21-11-2001

Influence of Peritoneal Trauma on Postoperative Adhesion Formation and Intra-Abdominal Tumour Recurrence.

Drs. E.L. Korenromp, 28-11-2001

Treatment of Sexually Transmitted Diseases as an HIV Prevention Strategy.

Drs. P.C.W. Hoogen, 28-11-2001

Public Health Aspects of Blood Pressure.

Drs. P.J. Lugtenburg, 28-11-2001

Somatostatin Receptor Scintigraphy in Malignant Lymphoma.

Drs. R.J. Wouters, 28-11-2001

Saccades of the Eye and Eyelid; Clinical Applications.

Drs. S. McKay, 29-11-2001

Airway Smooth Muscle Cell Responses in Relation to Mediators of Asthma.

Drs. K.J.K. Kanhai, 29-11-2001

Techniques in Respiratory Monitoring for Application in Mechanically Ventilated Patients.

Drs. G. Zafarana, 06-12-2001

Regulation of Globin Gene Expression.

Drs. D. Ent, 12-12-2001

Event Related Potential Correlates of Movement Production and the Regulation and Monitoring of Actions.

Drs. B. Berning, 12-12-2001

Tibolone and Bone.

Drs. M. Albertain, 12-12-2001

Value of Intracoronary Doppler for Guiding Percutaneous Interventions.

Drs. K. Visser, 12-12-2001

Evaluation of Diagnostic Imaging Work-up for Peripheral Arterial Disease.

Drs. M.A.C.J. Letter, 14-12-2001

Critical Illness Polyneuropathy; a Neuromuscular Disorder Encountered in the Intensive Care Unit.

Drs. J.W. Leeuw, 19-12-2001

Anal Sphincter Injury at Vaginal Delivery: Risk Factors and Long-term Clinical Consequences.

Drs. T.W. Lameris, 19-12-2001

Microdialysis: Touching the Fingertips of the Sympathetic Nervous System.

Drs. R. Koningsveld, 19-12-2001

Epidemiological and Clinical Aspects of the Guillain-Barré Syndrome.

Drs. S.C.A. van Blokland, 19-12-2001

The Salivary Glands in Sjögren's Syndrome; Pathogenetic Aspects of the Initiation of Sialoadenitis.

Ing. K.J. Stittelaar, 20-12-2001

Vaccination against Measles.

Promoties in 2001 Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg

Mr. P.S. Kahn, 29-06-2001

De juridische relatie ziekenhuis – medisch specialist in het licht van kwaliteit en zorg.

Drs. M.J. Al, 11-10-2001

Evaluating Health Care Technologies; Certain Methods for Uncertain Situations.

Drs. B. Kramer, 07-12-2001

De bijdrage van strategische analyse aan strategievorming in de gezondheidszorg.

Revolving Fund

In de zevende ronde van het Revolving Fund werden in 2001 de volgende projecten gehonoreerd:

‘TOP DOWN’-PROJECTEN (3 jaar; f 500.000,-/€ 226.890,-)

Projectleiders: prof. dr. R. de Groot (Kindergeneeskunde) en dr. J. D. Laman (Immunologie)
Erfelijke polymorfismen in relatie tot infectie en de vorming van afweerstoffen tegen eigen lichaamweefsels (auto-immuniteit).

Projectleiders: dr. M. Schutte (Interne Oncologie) en dr. H. Meijers-Heijboer (Klinische Genetica)
Identificatie van genen in families met een overervingspatroon van zowel borst- als dikke darmkanker.

ALGEMENE PROJECTEN (2 jaar; fl. 150.000,-/€ 68.070,-)

Projectleider: dr. S. M. A. Bierma-Zeinstral (Huisartsgeneeskunde)
Functiemeting in de huisartspraktijk bij volwassenen met knieklachten, die niet het gevolg zijn van een ongeval.

Projectleiders: dr. S. M. A. Bierma-Zeinstral en dr. M. Y. Berger (Huisartsgeneeskunde)
Vooruitzichten van knieklachten, die niet het gevolg zijn van een ongeval, bij volwassenen.

Projectleiders: dr. G. J. Bouma en prof. dr. H. W. Tilanus (Heelkunde)
Bepaling van de donorafstoting in de levertransplantatiepatiënt.

Projectleiders: drs. R. W. Brouwer (Orthopedie), dr. S. M. A. Bierma-Zeinstral (Huisartsgeneeskunde), dr. L.N.J.E.M.

Coene (Leyenburg, Den Haag) en prof. dr. J. A. N. Verhaar (Orthopedie)
Bracebehandeling bij knieartrose bij patiënten met O- en X-benen.

Projectleider: dr. M. A. Bruijnzeels (Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg)
Huisartsen in achterstandswijken: zorgen voor later.

Projectleiders: dr. D. W. J. Dippel (Neurologie), dr. J. B. de Boer en prof. dr. J. Passchier (Medische Psychologie en Psychotherapie)
De patiënt houdt, soms tegen beter weten in, vast aan de situatie voor beroerte of hersenbloeding (CVA) (assimilatie) of de patiënt accepteert de beperkingen en past zich hierbij aan (accommodatie).

Projectleiders: dr. D. W. J. Dippel (Neurologie), dr. M. R. H. M. van Sambeek (Vaatchirurgie), dr. R. P. Verkooyen (Microbiologie) en dr. G. H. Visser (Neurologie)
Het verband tussen een infectie met een bacterie (Chlamydia pneumoniae) en het opnieuw vernauwen van de halsslagader na verwijdering van de binnenste wandlaag van de slagader of na het plaatsen van een zichzelf uitvouwend buisje bij patiënten met een (kleine) beroerte.

Projectleider: dr. T. van Gelder (Inwendige Geneeskunde)
De verwerking van geneesmiddelen (farmacokinetiek) en erfelijk veroorzaakte abnormale reactie op een geneesmiddel (farmacogenetica) als achtergronden voor het optreden van bijwerkingen tijdens het gebruik van afweeeronderdrukkende geneesmiddelen (immunosuppressiva) bij hart-, nier- en levertransplantaties.

Projectleider: dr. A. C. S. Hokken-Koelega (Kindergeneeskunde)

Programmerende factoren voor groei en stofwisseling.

Projectleiders: dr. A. de Klein (Klinische Genetica), dr. R. R. de Krijger (Pathologie) en drs. I. F. M. de Coe (Kinderneurologie)
Moleculaire chromosoomdiagnostiek van aangeboren afwijkingen.

Projectleiders: dr. J. Kwekkeboom (Maag-, Darm- en Leverziekten) en prof. dr. H. A. Drexhage (Immunologie)
Een gebrek aan het oproepen van een afweerreactie, door o.a. lichaamsvreemde virussen, van cellen met uitlopers (dendritische cellen) in leverlymfeklieren als oorzaak voor het lange verblijf van het virus bij chronische hepatitis (= leverontsteking) B infectie.

Projectleiders: prof. dr. H. A. M. Neumann en dr. F. Heule (Dermatologie), prof. dr. J. W. Oosterhuis, J.C. den Hollander (Pathologie) en dr. ir. G. J. Puppels (Algemene Heelkunde)
Diagnostiek van de afgrenzing van de huidkanker voor en tijdens de (Mohs') operatie.

Projectleiders: dr. K. Nooter, dr. P. M. J. J. Berns en prof. dr. G. Stoter (Interne Oncologie)
Ontwikkeling van een cDNA array voor chemoresistentie van ovariumkanker.

Projectleiders: prof. dr. J. A. N. Verhaar (Orthopedie), dr. G. J. V. M. van Osch (KNO / Orthopedie), dr. J. P. T. M. van Leeuwen (Inwendige Geneeskunde), dr. S. M. A. Bierma-Zeinstral (Huisartsgeneeskunde) en dr. ir. H. Weinans (Orthopedie)
Werkingsmechanisme van suiker-ammoniakverbindingen (glucosaminen) bij artrose.

**GEHONOREERD MW-NWO
DOELMATIGHEIDSONDERZOEK
BOTTOM UP RONDE 2002**

**Projectleider: prof. dr. Th. van de Kwast
(Klinische Pathologie)**

De kosten-effectiviteit van het controleren van patiënten die een oppervlakkige blaaskanker hebben gehad.
Toegekend bedrag: € 666.605,-

**GEHONOREERDE VAZ-
DOELMATIGHEIDSONDERZOEKS-
PROJECTEN RONDE 2001**

**Projectleider: dr. S. M. A. Bierma-Zeinstra
(Huisartsgeneeskunde)**

Diagnostiek bij traumatische knieklachten in de huisartspraktijk

**Projectleider: dr. ir. H. Boersma
(Cardiologie)**

Optimalisering van de behandeling van hartpatiënten in Rotterdam

**Projectleider: prof. dr. H. J. Bonjer
(Heelkunde)**

Liesbreukcorrectie endoscopisch of open?

**Projectleider: dr. L. Bonneux (Instituut
Maatschappelijke Gezondheidszorg)**

Een systematisch overzicht van de literatuur over de kosten-effectiviteit van het gebruik van statines voor primaire preventie van hart- en vaatziekten

**Projectleider: dr. J. F. Ten Cate (Cardiologie
Thoraxcentrum)**

De plaats van een gericht echocardiografisch (ECG) diagnostisch onderzoek in de cardiologische consultatie bij patiënten met klachten die niet gerelateerd zijn aan het hart

**Projectleider: prof. dr. M.G. M. Hunink
(Radiologie en Epidemiologie &
Biostatistiek)**

CT-scan of röntgenfoto's bij patiënten met een hoofdwond

**Projectleider: dr. A. van der Lugt
(Radiologie)**

TIA of infarct in het stroomgebied van de achterste hersenslagader door aderverkalking in de halsslagader.
Is screening zinvol?

**Projectleider: dr. H. A. Moll
(Kindergeneeskunde)**

Implementatie (toepassing) en validatie (generaliseerbaarheid) van een besliskundig model voor de preventie van RSV-infecties bij hoogrisico kinderen

**Projectleider: prof. dr. D. Tibboel
(Kinderheelkunde)**

Standaardisatie van pijnmeting op de Kinder Intensive care: toepassing in de praktijk.

**Projectleider: P. Uitewaal (Instituut Beleid
& Management Gezondheidszorg)**

Doelmatigheid van diabetesvoorlichting aan vrouwelijke Turkse patiënten door voorlichters eigen taal en cultuur.

**Projectleider: dr. W. Visser (Verloskunde
en Vrouwenziekten)**

Is een overactieve schildklier in de foetus of in de jonggeborene uit te sluiten als de moeder in het eerste trimester van de zwangerschap geen bindingsantistoffen tegen het schildklier stimulerend hormoon (TSH) heeft?

EUR Fellowships

De Erasmus Universiteit verstrekt jaarlijks vier EUR-fellows aan jonge, zeer getalende wetenschappers met veelbelovende onderzoekskwalificaties en interessante researchaanvragen.

De beurzen duren maximaal vier jaar en de wetenschappers ontvangen ieder een bedrag van maximaal 181.500 euro om hun onderzoek verder uit te voeren. In 2001 ontvingen de volgende medewerkers een EUR-fellowship:

- mw.dr. L. van der Fits (Immunologie) voor haar onderzoek 'Moleculaire analyse van interferon signaaltransductie in psoriasis
- mw.dr. I. Chaves (Genetica) voor haar onderzoek 'Functional analysis of mouse crytochromes in the mammalian circadian system;
- dr. M.T. Schmolesky (Neurowetenschappen) voor zijn onderzoek 'The functional significance of long term depression of the climb fiber-Purkinje neuron synaps.

**Door NWO/ZON MW gefinancierde
onderzoeksprogramma's**

Het NWO-gebied Medsche Weten-schappen (MW NWO) is samen gegaan met ZON (ZorgOnderzoek Nederland) tot ZonMW. ZonMW heeft alle taken en bevoegdheden overgenomen van ZON en MW.

Celbiologie

4 projecten/programma's, in totaal
€ 2.010.700,-.

Epidemiologie

5 projecten/programma's, in totaal
€ 1.011.022,-.

Filosofie en Ethiek

2 projecten/programma's, in totaal
€ 320.882,-.

Generation R

1 project/programma, € 158.823,-.

Genetica

1 project/programma, € 451.965,-.

Gynaecologie/obstetrie

1 project/programma, € 544.306,-.

Hematologie

1 project/programma, € 453.780,-.

Huisartsgeneeskunde

1 project/programma, € 117.075,-.

Immunologie

1 project/programma, € 95.293,-.

Interne Geneeskunde III3 projecten/programma's, in totaal
€ 383.856,-.**Kinderheeskunde**

1 project/programma, € 441.074,-.

Kindergeneeskunde

2 projecten/programma's, € 528.653,-.

Klinische Genetica2 projecten/programma's, in totaal
€ 493.894,-.**Maatschappelijke Gezondheidszorg**8 projecten/programma's, in totaal
€ 964.604,-.**Maatschappelijke Gezondheidszorg –****Klinische Besliskunde**3 projecten/programma's, in totaal
€ 425.889,-.**Oogheelkunde**

1 project/programma, € 256.068,-.

Radiodiagnostiek

1 project/programma, € 928.888,-.

Revalidatie

1 project/programma, € 190.480,-.

Urologie

1 project/programma, € 127.512,-.

**Overzicht van in 2001 binnen het Erasmus
MC gestarte onderzoeksprojecten met een
aanneemsom van meer dan € 225.000,-**

Externe financiering

College voor Zorgverzekeringen

2 onderzoeken, in totaal € 946.693,-.

Commissie Europese Gemeenschap

1 onderzoek, in totaal € 428.454,-.

Diabetes Fonds Nederland

1 onderzoek, in totaal € 305.734,-.

Diverse particuliere fondsen

1 onderzoek, in totaal € 251.764,-.

Europese Unie via SLO

1 onderzoek, in totaal € 310.051,-.

GGD Bibliotheek

1 onderzoek, in totaal € 272.270,-.

Industrie

3 onderzoeken, in totaal € 1.628.638,-.

Nederlandse Hartstichting

1 onderzoek, in totaal € 2.417.114,-.

Nederlandse Kankerbestrijding

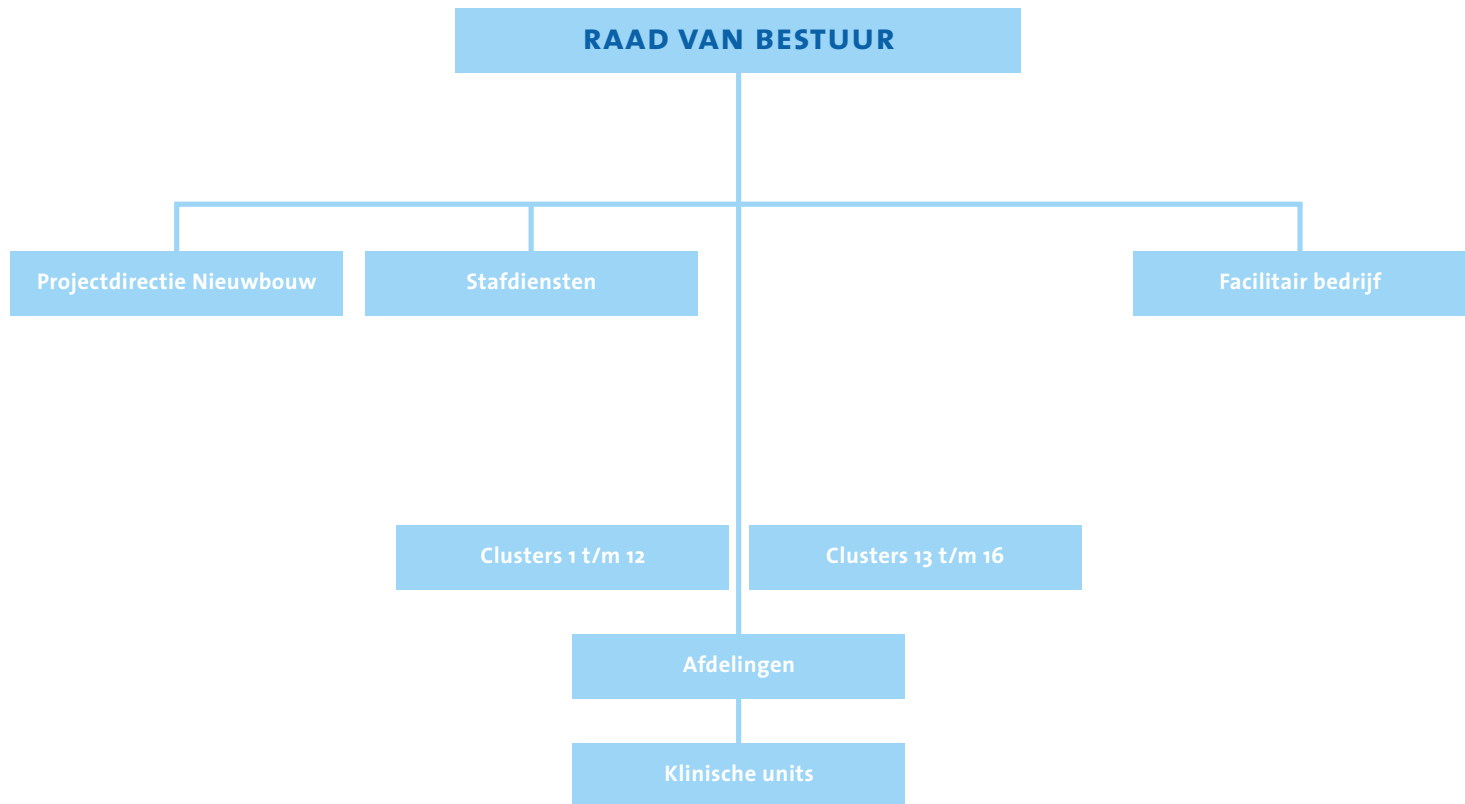
3 onderzoeken, in totaal € 1.232.150,-.

NWO/ZON MW

9 onderzoeken, in totaal € 3.379.625,-.

(ook opgenomen in de lijst door

NWO/ZON MW gefinancierde projecten)



Samenstelling clusters

CLUSTER 1

voorzitter: Prof.dr. C.J.J. Avezaat
Neurologie
Neurochirurgie
KNO
Oogheelkunde
Psychiatrie
Geestelijke Verzorging
Psychosociale Zorg

CLUSTER 2

voorzitter: Prof.dr. B. Löwenberg
Hematologie
Interne Oncologie
Poli AZR-Daniel

CLUSTER 3

voorzitter: Prof.dr. P.C. Levendag
Radiotherapie
Pathologie
Snijdende Oncologische Groep (SOG)
Audiovisuele Dienst

CLUSTER 4

voorzitter: Prof.dr. H.A.P. Pols
Inwendige Geneeskunde
Longziekten
Reumatologie
Allergologie
Maag-, Darm- en Leverziekten
Diëtetiek

CLUSTER 5

voorzitter: Prof.dr. J. Jeekel
Algemene Heelkunde
Anaesthesiologie
[Spoedeisende Hulp]

CLUSTER 6

voorzitter: Prof.dr. R. Benner
Medische Microbiologie & Infectieziekten
Virologie
Immunologie
Dermatologie

CLUSTER 7

voorzitter: Prof.dr. G.P. Krestin
Radiologie
Klinische Chemie (AKC)
Apotheek
Nucleaire Geneeskunde

CLUSTER 8

voorzitter: Prof.dr. J.A.N. Verhaar
Orthopedie
Plastische Chirurgie
Revalidatie
Kaakchirurgie
Fysiotherapie
Biomedische Natuurkunde & Technologie

CLUSTER 9

voorzitter: Prof.dr. J.R.T.C. Roelandt
Cardiologie
Thoraxchirurgie

CLUSTER 10

voorzitter: Prof.dr. H.A. Büller
Kindergeneeskunde

CLUSTER 11

voorzitter: Prof.dr. F.W.J. Hazebroek
Kinderheelkunde/Kinder-Chirurgische
Groep
Kinder- en Jeugdpsychiatrie
Orthodontie

CLUSTER 12

voorzitter: Prof.dr. Th.J.M. Helmerhorst
Verloskunde & Vrouwenziekten
Urologie

CLUSTER 13

voorzitter: Prof.dr. A. Hofman
Epidemiologie & Biostatistiek
Huisartsgeneeskunde
Maatschappelijke Gezondheidszorg
Medische Informatica
Ethiek, Filosofie & Medische Geschiedenis
Medische Psychologie & Psychotherapie

CLUSTER 14

voorzitter: Prof.dr. F.F.H. Rutten
Beleid & Management Gezondheidszorg

CLUSTER 15

voorzitter: Prof.dr. F.G. Grosveld
Biochemie
Celbiologie
Endocrinologie & Voortplanting
Genetica
Klinische Genetica/Stichting Klinische
Genetica

CLUSTER 16

voorzitter: Prof.dr. C.I. de Zeeuw
Neurowetenschappen
Farmacologie

Verslag Raad van Toezicht 2001

De Raad van Toezicht van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam ontleent zijn wettelijke taken en bevoegdheden aan de Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek (WHW). Deze taken en bevoegdheden zijn nader uitgewerkt in het Bestuursreglement AZR.

De Raad van Toezicht houdt toezicht op het beleid van de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken in het ziekenhuis. Daarnaast is aan de Raad van Toezicht een aantal goedkeuringen voorbehouden.

Op grond van deze bevoegdheden heeft de Raad van Toezicht in 2001 goedkeuring gegeven aan de jaarrekening en het financieel jaarverslag 2000 en begin 2002 aan het jaarplan en de begroting 2002.

Zoals in het Jaarverslag 2000 reeds aangegeven, heeft de Raad van Toezicht zich in 2001 met name gebogen over de 'drie grote dossiers':

Implementatietraject Erasmus universitair Medisch Centrum Rotterdam (Erasmus MC)

De Raad van Toezicht heeft zich periodiek door de Raad van Bestuur op de hoogte laten houden van het implementatietraject, waarvoor een zevental werkgroepen zijn ingesteld, en initiatieven om- waar mogelijk- tussentijdse integratie te realiseren, van harte ondersteund.

Nieuwbouw AZR

De ontwikkelingen samenhangend met de Nieuwbouw, zoals de benoeming van de Project-directeur en de start van het Projectbureau Nieuwbouw zijn door de Raad van Toezicht op de voet gevolgd, evenals de adviezen van het College Bouwvoorzieningen en de zorgverzekeraars voor het uitwerken en bouwrijp maken van fase 0 en voor fase 1.

Beter Besturen

Ook het decentralisatieproces dat heeft geleid tot de benoeming van de unithoofden, medisch coördinatoren en de installatie van de cluster-bureaus zijn door de Raad van Toezicht met belangstelling gevolgd. De Raad van Toezicht heeft erop gewezen, dat decentralisatie niet alleen delegatie van bevoegdheden op Raad van

Bestuur/Directionniveau, maar ook het oppakken van verantwoordelijkheden op afdelingsniveau inhoudt.

Het Financieel Management was ook in 2001 een belangrijk aandachtspunt. De Raad van Toezicht heeft de Raad van Bestuur verzocht om in de toekomst een inhoudelijk jaarplan op te stellen, waarin missie en aandachtsgebieden van het AZR in cijfers vertaald worden.

De Raad van Toezicht heeft zich in 2001 verder verdiept in en uitvoerig laten voorlichten over de wachtlijstproblematiek en de wijze waarop de wachtlijsten in het AZR en de omgeving geregistreerd en gepubliceerd worden. Ook het ziekenhuis als aantrekkelijke werkgever, het werven en behouden van mensen voor het AZR middels een adequaat HRM-beleid is een belangrijk gesprekstema geweest. De Raad van Toezicht heeft geconstateerd, dat het ziekteverzuim in de gezondheidszorg niet alleen landelijk, maar ook in het AZR, een blijvend zorgpunt is. De Raad van Toezicht is verheugd te constateren, dat de aandacht voor ziekteverzuim in VAZ-verband in een Arboconvenant is opgenomen. Daarnaast heeft de Raad van Toezicht de Raad van Bestuur geadviseerd zich op dit terrein onder meer in het bedrijfsleven te oriënteren.

De Raad van Toezicht heeft in 2001 zesmaal vergaderd. Als speciaal thema zijn 'bespiegelingen en toekomstverkenningen over strategie' door mw.prof.dr. P.J. Meurs gepresenteerd. Uitgangspunt van de discussie was om de organisatie van de strategie in de Erasmus MC-vorming in te bedden. In het regulier vergaderschema is inmiddels een jaarlijks overleg met het Dagelijks Bestuur van de Ondernemingsraad ingepland, evenals overleg met het Bestuur Stafconvent en de clustervoorzitters. Om contact met de werkvloer te houden hebben de Raad van Toezicht en Raad van Bestuur werkbezoeken aan afdelingen van clusters afgesproken.

Ook met de Raad van Toezicht EUR is tweemaal overleg gevoerd: het implementatieproces kan op ruimhartige ondersteuning van EUR-zijde rekenen. In de nabije toekomst wordt overgegaan van

informatie-uitwisseling naar meer inhoudelijke onderwerpen.

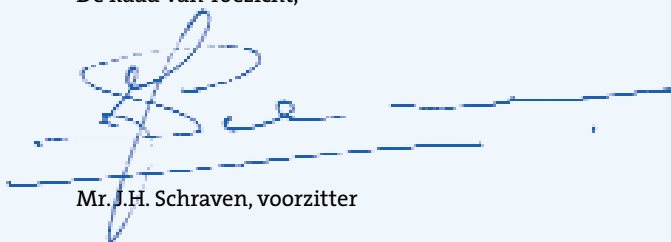
In een aparte bijeenkomst heeft de Raad van Toezicht wederom zijn eigen functioneren, met input vanuit de Raad van Bestuur, en dat van de Raad van Bestuur geëvalueerd.

Wijzigingen binnen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht

Met ingang van 1 maart 2001 is prof.dr. F.G.A. van der Meché benoemd tot lid Raad van Bestuur en met ingang van 1 april 2001 is prof.dr. P.J. van der Maas benoemd tot decaan van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Erasmus Universiteit Rotterdam. De Minister van OC&W heeft de uitbreiding van de Raad van Bestuur tot vier leden met terugwerkende kracht tot 1 april 2001 goedgekeurd. Vervolgens heeft de Raad van Toezicht AZR Prof. Van der Maas met terugwerkende kracht tot vierde lid en vice-voorzitter van de Raad van Bestuur benoemd. In de samenstelling van de Raad van Toezicht hebben in 2001 geen wijzigingen plaatsgevonden.

De Raad van Toezicht wil zijn waardering uitspreken jegens de Raad van Bestuur en alle overige medewerkers voor hun grote inzet en de behaalde resultaten in het verslagjaar.

De Raad van Toezicht,



Mr. J.H. Schraven, voorzitter



“MAAR IMMER AANWEZIG ZIJN IS BELANGRIJK.

OOK LACHEN EN SOMS ZELFS EEN TRAAN BIJ ZONSOPGANG,
OVERDAG OF
ZELFS BIJ EEN ONDERGAANDE MAAN.”

Financiële gegevens Erasmus MC

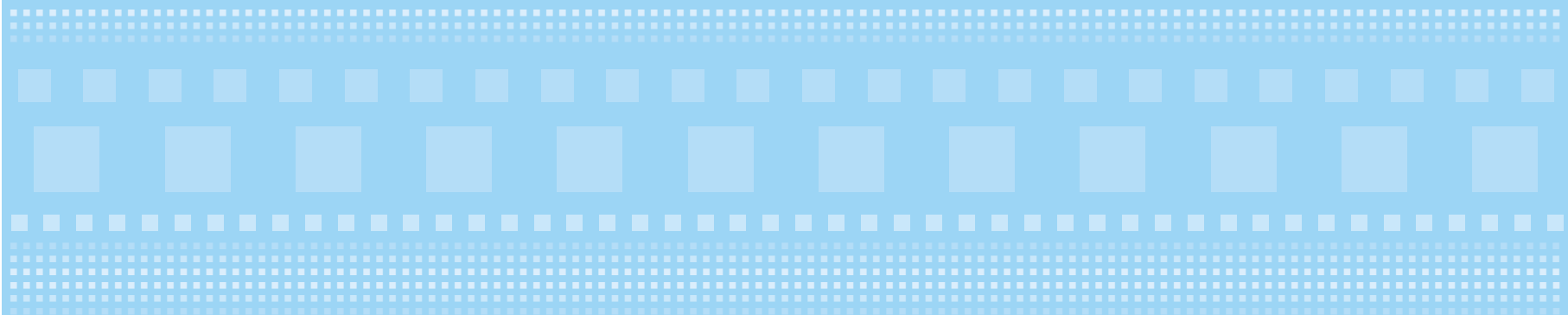
Academisch Ziekenhuis Rotterdam



Geld kan heel gelukkig maken. Dat weten we zeker want dat zien we in onze dagelijkse praktijk. Zonder geld geen innoverende onderzoeken. Zonder geld geen goede patiënten-zorg. Zonder geld geen uitstekende bedden. Zonder geld geen poliklinieken. Zonder geld geen Erasmus MC.

Geld maakt de patiënt gelukkig die beter wordt omdat wij met behulp van dat geld in staat waren de oorzaak van een groot probleem te doorgronden. Geld maakt de ouders gelukkig van de baby die overleeft omdat er een couveuse compleet met professionele verpleging en verzorging klaarstond bij de problematisch vroege geboorte.

Geld – geld – geld. En wij zorgen er in het Erasmus MC voor dat dat geld goed wordt beheerd, op een verantwoorde manier wordt uitgegeven en dat we op een even verantwoordelijke manier verslag doen van onze inkomsten en uitgaven. Het geld dat we jaarlijks ter beschikking hebben voor het uitvoeren van onze primaire taken krijgt de kans niet om te groeien – dat geven we uit. Toch is er ook op financieel gebied sprake van groei. Fondsen en subsidiegevers zien steeds vaker het nut van geld voor nieuwe gezondheidszorgprojecten en ook dat ‘groeierende geld’ beheren we op een verantwoorde manier.



Balans

PER 31 DECEMBER 2001 – AZR

ACTIVA

(x € 1.000)

Vaste activa

Immateriële vaste activa

820

861

Materiële vaste activa

233.164

244.787

Financiële vaste activa

1.171

1.240

Totaal vaste activa

235.155

246.888

Vlottende activa

Vorraden

3.409

3.021

Vorderingen

120.298

95.955

Financieringstekort

30.414

23.132

Liquide middelen

35.953

25.779

Totaal vlottende activa

190.074

147.887

Totaal activa

425.229

394.775

Balans

PER 31 DECEMBER 2001 – AZR

PASSIVA

(x € 1.000)

Eigen vermogen

Kapitaal

3.344

3.344

Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen

11.619

12.494

Collectief gefinancierd gebonden vermogen

23.382

21.262

Totaal eigen vermogen

38.345

37.100

Egalisatierekeningen afschrijvingen

79.256

80.829

Vorzieningen

24.105

29.330

Langlopende schulden

93.569

92.014

Kortlopende schulden

189.954

155.502

Totaal passiva

425.229

394.775

Resultatenrekening

OVER 2001 – AZR

RESULTATENREKENING OVER 2001

(x € 1.000)

Bedrijfsopbrengsten

Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	386.209	345.191
Rijksbijdrage	54.201	51.919
Overige bedrijfsopbrengsten	39.573	36.665

Totaal bedrijfsopbrengsten

479.983

433.775

Bedrijfslasten

Personeelskosten	303.156	277.536
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	18.923	18.537
Overige bedrijfskosten	149.498	137.965

Totaal bedrijfslasten

471.577

434.038

8.406

- 263

Financiële baten en lasten

- 7.161

- 6.610

Resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening

1.245

- 6.873

Buitengewone lasten/baten

4.538

Resultaat

1.245

-11.411

Resultaatbestemming

Dotaties aan de reserve egalisatie afschrijving inventaris	1.344	620
Dotatie aan de bestemmingsreserve revolving fund	20	876
Ottrekking aan het bestemmingsfonds informatienetwerk	- 875	- 658

Dotatie aan resp. dekking uit reserve aanvaardbare kosten

756

- 12.249

Resultaat

1.245

- 11.411

Kasstroomoverzicht

OVER 2001 – AZR

KASSTROOMOVERZICHT OVER 2001

(x € 1.000)

Kasstroom uit operationele activiteiten

Exploitatieresultaat

1.245

- 11.411

Aanpassingen voor

Afschrijvingen

24.650

24.241

Mutaties eigen vermogen

1

Mutaties egalisatierekeningen

- 1.573

- 1.934

Mutaties voorzieningen/geblokkeerde opbrengsten
en garantiefondsen

- 5.225

- 788

17.852

21.520

Veranderingen in vlottende middelen

Voorraden

- 388

220

Vorderingen

- 24.343

- 24.528

Nog in tarieven te verrekenen

- 7.282

8.147

Kortlopende schulden

34.452

36.242

2.439

20.081

Totaal kasstroom uit operationele activiteiten

21.536

30.190

Kasstroom uit investeringsactiviteiten

Investerings materiële vaste activa

- 12.986

- 18.402

Overige investeringen in financiële vaste activa

69

- 872

- 12.917

- 19.274

Kasstroom uit financieringsactiviteiten

Mutatie langlopende schulden

1.555

- 9.306

Mutatie geldmiddelen

10.174

1.610

Accountantsverklaring

De financiële gegevens zijn ontleend aan het financieel jaarverslag 2001 van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam, zoals dat ter inzage is gelegd ten kantore van Prismant.

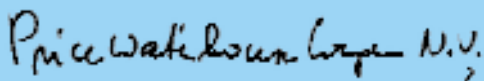
De accountant heeft de uitslag van zijn onderzoek weergegeven in een verklaring omtrent de getrouwheid van de jaarrekening.

ACCOUNTANTSVERKLARING

Wij hebben bijgaande financiële gegevens van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam te Rotterdam over 2001 gecontroleerd. Deze financiële gegevens zijn ontleend aan de door ons gecontroleerde jaarrekening 2001 van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam. Bij die jaarrekening hebben wij op 21 mei 2002 een goedkeurende accountantsverklaring verstrekt. Deze financiële gegevens zijn opgesteld onder verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis. Het is onze verantwoordelijkheid een accountantsverklaring inzake de financiële gegevens te verstrekken.

Wij zijn van oordeel dat deze financiële gegevens op alle van materieel belang zijnde aspecten in overeenstemming zijn met de jaarrekening, waaraan deze zijn ontleend. Ten behoeve van een duidelijker inzicht in de financiële positie en de resultaten van het ziekenhuis en de reikwijdte van onze controle, dienen de financiële gegevens te worden gelezen in samenhang met de volledige jaarrekening waaraan deze zijn ontleend, alsmede met de door ons daarbij verstrekte accountantsverklaring.

Amsterdam, 18 juni 2002



PricewaterhouseCoopers n.v.

OVERIGE FINANCIËLE GEGEVENS – AZR

Resultatenontwikkeling

SAMENGEVATTE EXPLOITATIEREKENING				
(x € 1 mln.)	2001	2000	Verschillen Voordelig	Nadelig
WTG-budget	386,2	345,1	41,1	
Rijksbijdrage	54,2	51,9	2,3	
Overige opbrengsten	39,6	36,7	2,9	
	480,0	433,7	46,3	
Personeelskosten	303,2	277,5		25,7
Hotelmatige- en voedingskosten	19,3	17,4		1,9
Algemene kosten	23,9	21,3		2,6
Patiëntgebonden kosten	79,0	76,3		2,7
Onderhoud en energie	18,6	17,2		1,4
Huur en leasing	4,7	3,0		1,7
Dotaties voorzieningen	4,0	2,8		1,2
Afschrijvingen	18,9	18,5		0,4
	471,6	434,0		37,6
	8,4	- 0,3		
Rente	-7,2	-6,6		0,6
Resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening	1,2	-6,9		
Buitengewone lasten		-4,5		
Overshot resp. tekort	1,2	-11,4		

De exploitatierekening over 2001 laat een voordelig resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening zien van € 1,2 mln. De verbetering van dit resultaat ten opzichte van 2000 wordt veroorzaakt door een stijging van het WTG-budget (WTG= Wet tarieven Gezondheidszorg) en een verlaging van de incidentele kosten. De stijging van het WTG-budget bestaat uit een structurele verhoging van € 39,2 mln. en € 1,9 mln. incidenteel. Voor een specificatie van het WTG-budget zie pagina 113. De verschillen in kosten ten opzichte van 2000 worden behandeld in de toelichting op de exploitatierekening in de jaarrekening, zie pagina 124/125.

Bij de vergelijking op hoofdlijnen van de exploitatie van 2001 met 2000 zijn de volgende opvallende verschillen te benoemen:

Ten aanzien van het WTG-budget:

– toename productie afspraken en -realisatie	€ 3,6 mln.
– trendmatige aanpassingen	€ 15,9 mln.
– beleidsmaatregelen overheid	€ 15,2 mln.
– overige mutaties	€ 6,4 mln.
	€ 41,1 mln.

Op de productie- en budgetontwikkelingen wordt nader ingegaan op pagina 11 t/m 13.

Rijksbijdrage

De toegekende rijksbijdrage is bepaald conform de systematiek van voorgaande jaren. Daarbij is nog geen sprake van een volledige aansluiting op de parameters zoals die voor het AZR gelden. Een correctie van de rijksbijdrage moet nog plaatsvinden voor de parameters met betrekking tot de Daniel den Hoed en de FGG. Hierover vindt nader overleg plaats in VAZ-verband en met het Ministerie van OC&W. Strikte toepassing van het afgesproken rekenmodel betekent dat de rijksbijdrage voor het AZR aanzienlijk zou moeten worden verhoogd.

Investerings

De investeringen bedroegen € 13 mln., waaronder € 11 mln. in inventaris en apparatuur en € 2 mln. in gebouwen en installaties. Voor het lopende jaar zullen nog omvangrijke investeringen in onderhoud en renovatie voor de Daniel den Hoed en Dijkzigt worden gedaan.

Ontwikkeling van het vermogen

FINANCIËLE KENGETALLEN					
(x € 1.000)	2001	2000	1999	1998	1997
Resultaat (- is tekort) ²	1.245	-11.411	-2.605	9.867	-110
Budget patiëntenzorg	386.209	345.191	317.690	291.433	280.295
Rijksbijdrage	54.201	51.919	48.952	45.080	43.785
Debiteuren incl. nog te factureren	113.140	85.456	64.839	56.791	72.804
Financieringstekort	30.414	23.132	31.279	33.569	4.250
Werkkapitaal ²	120	-7.615	10.856	40.098	57.695
Eigen vermogen ^{1 2}	38.345	37.100	48.510	59.155	93.621
Egalisatierekeningen ²	79.256	80.829	82.763	87.239	16.856
Voorzieningen ²	24.105	29.330	30.118	25.413	44.303
Personeelsbezetting (mensjaren)	5.980	5.944	5.768	5.460	5.304

¹ Cijfers tot en met 1997 vóór stelselwijziging

² Cijfers tot en met 1999 vóór wijziging van de afschrijvingsnorm voor kleine investeringen

DE MUTATIES IN HET WERKKAPITAAL

Besteding van middelen	
Mutaties egalisatierekeningen	1,5
Mutaties voorzieningen	5,2
Mutatie langlopende leningen	9,8
Investerings vaste activa	13,0
Totale besteding van middelen	29,5
Herkomst van middelen	
Voordelig exploitatiesaldo	1,2
Afschrijvingen vaste activa	24,8
Opgenomen lening o/g	11,3
Totale herkomst van middelen	37,3
Saldo: mutatie werkkapitaal	7,8

Grondslagen voor de waardering en resultaatbepaling – AZR**Waarderingsgrondslagen**

Voor zover niet anders is vermeld, worden de activa en passiva opgenomen tegen nominale waarde.

- Immateriële vaste activa: worden gewaardeerd tegen aanschaffingswaarde, verminderd met afschrijvingen op basis van de richtlijnen van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG).
- Materiële vaste activa: worden gewaardeerd tegen aanschaffingswaarde, verminderd met afschrijvingen op basis van de richtlijnen van het CTG. Investerings worden afgeschreven met ingang van het jaar van ingebruikneming. Investerings onder € 4.550 worden direct ten laste van de exploitatie gebracht.
- Financiële vaste activa: de hieronder opgenomen participatie is gewaardeerd tegen verkrijgingsprijs.
- Voorraden: worden gewaardeerd tegen verrekenprijzen, gebaseerd op de actuele inkooprijzen, rekening houdend met eventuele incourantheid.
- Debiteuren/vorderingen: worden gewaardeerd tegen nominale waarde, onder aftrek van een voorziening voor oninbaarheid. De voorziening dubieuze debiteuren wordt procentueel berekend over de totalen van de vorderingen, gerubriceerd naar ouderdom.
- Eigen vermogen: de mutatie betreft de bestemming van het resultaat.
- Egalisatierekening afschrijvingen en voorzieningen: de berekeningswijze staat beschreven in de toelichting op de desbetreffende posten.
- Resultatenrekening:
 - de baten en lasten worden toegerekend aan de periode waarop deze betrekking hebben, uitgaande van de historische kosten;
 - het WTG-budget patiëntenzorg is berekend conform de CTG-richtlijnen;
 - in de vastgestelde Rijksbijdrage is een vergoeding voor kapitaalslasten inbegrepen, deze kapitaalslasten worden verantwoord op de egalisatierekening waaruit jaarlijks een bedrag gelijk aan de werkelijke kosten ten gunste van de exploitatierekening wordt gebracht;
 - de financiële baten en lasten betreffen de rentelasten met betrekking tot de langlopende schulden, alsmede rentebaten en –lasten van kortlopende vorderingen en schulden.

TOELICHTING OP DE BALANS – AZR

VERLOOP MATERIËLE VASTE ACTIVA

	WZV vergunnings- plichtige investeringen	WZV meldings- investeringen	WTG gefinancierde investeringen	Niet WZV/WTG gefinancierde investeringen	Totaal materiële vaste activa
Stand 1 januari					
Aanschafwaarde	140.421	21.666	119.477	144.092	425.656
Cumulatieve afschrijvingen	38.968	4.982	58.383	78.536	180.869
Boekwaarde	101.453	16.684	61.094	65.556	244.787
Mutaties boekjaar					
Investeringen	241	1.031	11.282	432	12.986
Afschrijvingen	- 4.704	- 1.119	- 13.458	- 5.328	- 24.609
Terugname geheel afgeschreven activa					
Aanschafwaarde	- 409	- 195	- 12.827	- 20.138	- 33.569
Afschrijvingen	409	195	12.827	20.138	33.569
Mutaties in de boekwaarde (per saldo)	- 4.463	- 88	- 2.176	- 4.896	- 11.623
Stand 31 december					
Aanschafwaarde	140.253	22.502	117.932	124.386	405.073
Cumulatieve afschrijvingen	43.263	5.906	59.014	63.726	171.909
Boekwaarde	96.990	16.596	58.918	60.660	233.164

Financiële vaste activa

Dit betreft een participatie van 1,99% in Crucell NV, een beursgenoteerde onderneming. De aandelen zijn gewaardeerd tegen verkrijgingsprijs, ad € 0,4 mln. De beurswaarde per ultimo 2001 bedraagt circa € 4,3 mln. Hieronder is ook opgenomen het langlopende deel van de aan personeel verstrekte leningen in het kader van het PC-privé-project (€ 0,8 mln.).

VORDERINGEN

	31-12-2001	31-12-2000
Debiteuren	55.673	49.831
Nog te factureren	59.827	37.721
	115.500	87.552
Voorziening dubieuze posten	-2.360	- 2.096
	113.140	85.456
Overige vorderingen en overlopende activa	7.158	10.499
Totaal	120.298	95.955

Voorziening dubieuze posten

Deze post is toegenomen van € 2,1 mln. tot € 2,4 mln. Totaal is € 2,3 mln. ten laste gebracht van de exploitatierekening 2001 (in 2000 was dat € 2,3 mln.). Het totaal aan oninbare vorderingen neemt jaarlijks toe. Sinds de afschaffing van de Koppelingswet is het aandeel illegale patiënten hierin sterk gestegen. De door verzekeraars gestelde vergoeding is structureel onvoldoende om de kosten van de behandeling te dekken, in het wettelijk budget voor aanvaardbare kosten was hiervoor in 2001 € 1,3 mln. opgenomen.

Overige vorderingen

Hieronder bevindt zich een bedrag van € 4,2 mln. projectsaldi van EMF, die nog ontvangen of verrekend zullen worden.

FINANCIERINGSTEKORT

	31-12-01	Stadium van vaststelling*
Financieringstekorten t/m 1997	2.355	C
Financieringstekort 1998	29.086	B
Financieringsoverschot 1999	- 2.290	B
Financieringsoverschot 2000	- 8.147	A
Financieringstekort 2001	9.410	A
Saldo per 31 december verslagjaar	30.414	

* Stadium van vaststelling: A = interne berekening; B = overeenstemming met zorgverzekeraar; C = definitieve vaststelling CTG

EIGEN VERMOGEN			
	1-1-2001	Mutaties	31-12-2001
Kapitaal	3.344	–	3.344
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen			
Algemene reserve	196	–	196
Bestemmingsfondsen	12.298	– 875	11.423
	12.494	– 875	11.619
Collectief gefinancierd gebonden vermogen			
Reserve aanvaarbare kosten/saldo budget onderwijs en onderzoek ter nadere bestemming	2.610	688	3.298
Reserve egalisatie afschrijving inventaris en apparatuur	12.547	1.417	13.964
Bestemmingsreserves (revolving fund)	6.105	15	6.120
	21.262	2.120	23.382
Totaal eigen vermogen	37.100	1.245	38.345

BESTEMMINGSFONDSEN			
	1-1-2001	Mutaties	31-12-2001
Totaal	12.298	– 875	11.423

Deze bestemmingsfondsen betreffen reserveringen bestemd voor niet-WZV-gedekte aanpassingen in de uitrusting van het AZR, vervanging van apparatuur en het informatienetwerk.

Voor de financiering van het project Verbetering Managementinformatie is in 2001 via de resultaatbestemming € 0,9 mln. onttrokken aan het bestemmingsfonds informatienetwerk.

RESERVE AANVAARDBARE KOSTEN/SALDO BUDGET ONDERWIJS EN ONDERZOEK TER NADERE BESTEMMING				
	1-1-2001	Resultaatbestemmingen		31-12-2001
		2000	2001	
Reserve aanvaarbare kosten gezondheidszorg en saldo budget onderwijs en onderzoek	– 3.702	– 2.266	2.510	– 3.458
Saldo afdelingsreserves tot en met 1998	2.934		– 1.822	1.112
Saldo bevroren afdelingsresultaten 1999	3.378			3.378
Saldo bevroren afdelingsresultaten 2000		2.266		2.266
Totaal	2.610	0	688	3.298

De afdelingsreserves danwel -resultaten zijn opgenomen onder de reserve aanvaardbare kosten. Tijdens het opmaken van dit jaarverslag waren de afdelingsresultaten 2001 nog niet vastgesteld.

RESERVE EGALISATIE AFSCHRIJVING INVENTARIS	
	Mutaties in 2001
Toevoeging verschil normatieve vergoeding en werkelijke afschrijvingslasten via de resultaatbestemming	1.344
Extra toevoeging via de resultaatbestemming in verband met besteding afdelingsreserves	73
Totaal	1.417

De ultimo 2001 tegenover derden aangegane investeringsverplichtingen beliepen in totaal ca. € 5,4 mln. De afschrijvingskosten van deze investeringen komen ten laste van de reserve.

BESTEMMINGSRESERVES	1-1-2001	Mutaties	31-12-2001
AZR – revolving fund	6.105	15	6.120
Totaal	6.105	15	6.120

AZR – revolving fund

Jaarlijks wordt een bedrag gereserveerd ter stimulering van patiëntgebonden onderzoek, onder meer ter voorbereiding voor de aanvraag van extern gefinancierde Ontwikkelingsgeneeskundeprojecten. Uit deze bestemmingreserve wordt ook het zorgonderzoek en het AZR-aandeel in doelmatigheidsonderzoeken gefinancierd, waarvoor de Zorgverzekeraars middelen beschikbaar stellen.

De mutatie in de bestemmingsreserve betreft de dotatie van het in de begroting 2001 beschikbaar gestelde bedrag (€ 1,8 mln.), verminderd met de onttrekking in verband met de in 2001 gemaakte kosten (€ 1,8 mln.), opgenomen in de exploitatierekening 2001.

Het gehele saldo heeft via de Commissie Patiëntgebonden Onderzoek reeds volledig bestemming verkregen.

EGALISATIEREKENING AFSCHRIJVINGEN	1-1-2001	Mutaties	31-12-2001
Vooruit ontvangen kapitaalslasten OCW	21.985	2.332	24.317
Egalisatiereserve kleine werken	3.112	337	3.449
Investeringsubsidies à fonds perdu	55.732	- 4.242	51.490
Totaal	80.829	- 1.573	79.256

Vooruit ontvangen kapitaalslasten OCW

Op basis van de Planning Bouwvolume Academische Ziekenhuizen (PBA) worden via de Rijksbijdrage rente- en afschrijvingsbudgetten toegekend. Het tijdelijke verschil tussen budgetten en feitelijke lasten wordt in de tijd geëgaliseerd door deze rekening. De mutatie in 2001 betreft de dotatie van het in de Rijksbijdrage begrepen rente- en afschrijvingsbudget ad € 4,5 mln. Aan de egalisatierekening zijn de werkelijke lasten ad € 2,2 mln. onttrokken.

Egalisatierekening kleine werken

Op grond van de nieuwe Regeling jaarverslaggeving zorginstellingen wordt met ingang van 1999 het saldo van (in het WTG-budget) toegekende bedragen voor afschrijvingen en werkelijke afschrijvingen van instandhoudingsinvesteringen gepresenteerd als egalisatierekening.

Aan academische ziekenhuizen wordt jaarlijks een – niet geïndexeerd – investeringsbudget voor instandhoudingsinvesteringen toegekend van € 2,3 mln. Het verschil tussen de over 2001 onder deze noemer ontvangen afschrijvingsvergoeding ad € 1,5 mln. en de werkelijke afschrijvingen ad € 1,2 mln. is toegevoegd aan de egalisatierekening.

LANGLOPENDE SCHULDEN

	Gemiddeld rente- percentage	Resterende looptijd	Oorspron- kelijke schuld	Aflossingen t/m 2000	Aflossing 2001	Af te lossen in 2002	Schuld per 31-12-2001
Lening verstrekt voor							
Nieuwbouw							
Sophia	6,5	14 jaar	79.412	14.551	2.647	2.647	59.567
Inventaris en							
apparatuur	5,1	6 jaar	81.530	34.529	6.038	7.081	33.882
Overige	6,5	3 jaar	1.815	1.573	61	61	120
Totaal			162.757	50.653	8.746	9.789	93.569

In 2001 is een nieuwe lening groot € 11,3 miljoen opgenomen ten behoeve van Inventaris en apparatuur.

Als zekerheid voor de zes leningen afgesloten in verband met de nieuwbouw Sophia Kinderziekenhuis is door het ziekenhuis een notariële onherroepelijke volmacht verstrekt voor het vestigen van een 1^e hypotheek in hoofdsom maximaal groot € 79,4 mln.

KORTLOPENDE SCHULDEN		
	31-12-2001	31-12-2000
Crediteuren	30.473	25.363
Bankiers	93.002	63.522
Nog te betalen vakantietoeslag, vakantiedagen en interim-uitkering ziektekosten	18.244	15.357
Af te dragen belastingen en (pensioen)premies	7.359	7.731
Aflossingsverplichtingen langlopende schulden	9.789	8.746
Overige schulden en overlopende activa	31.087	34.783
Totaal	189.954	155.502

In de overige schulden en overlopende passiva zijn begrepen vooruit ontvangen projectgelden inzake EMF ad € 18,8 mln. (in 2000 was dat € 15,1 mln.). Het krediet bij bankinstellingen bedraagt in totaal € 102 mln. Daarvoor zijn geen zekerheden gesteld.

TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING – AZR

WETTELIJK BUDGET VOOR AANVAARDBARE KOSTEN		
(x € 1.000)		
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten 2000		345.191
Mutaties op grond van		
Productieafspraken en functieverruiming 2001	3.664	
Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling	10.483	
Prijsindexatie materiële kosten	3.306	
Groei normatieve kapitaalslasten	2.154	
		19.607
Beleidsmaatregelen overheid		
WachtlIJstverkortIng Incidenteel	- 1.044	
Bijdrage VWS specialistenhonorarium (incl. poliklin. geneesmiddelen protocol)	3.209	
Extra middelen arbeidsmarktknelpunten	1.960	
Toekenning groei academisch budget	2.821	
Reparatie kaalslag en gevolgen herziening bekostigingsstructuur	6.745	
Zorgvernieuwing	1.546	
		15.237
Overige mutaties		
Wijziging beleidsregels bloed en werkdrukmiddelen	1.112	
Nacalculeerbaar worden van stollingsfactoren	4.421	
Nacalculeerbaar worden van remicade voor reumatologie	207	
Vervallen herallocatie radiotherapie	692	
Herallocatie VAZ	- 134	
		6.298
Nacalculeerbare kapitaalslasten		
Afschrijvingen		- 124
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten 2001		386.209
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten voorgaande jaren		-
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten		386.209

Op de volgende pagina is de opbouw van het wettelijk budget voor aanvaardbare kosten van 2001 opgenomen.

OPBOUW BUDGET AANVAARDBARE KOSTEN 2001

(x € 1.000)

	2001 Budget Kasbasis	Berekende Nacalculatie	Herrekend Budget	2000 Herrekend Budget	Verschil
Loonkosten functioneel budget	109.110	- 474	108.636	91.617	17.019
Loonkosten bijzondere functies	19.572	630	20.202	20.688	- 486
Loonkosten gebouwgebonden	4.791	7	4.798	4.510	288
Loonkosten academische zorgbudget	53.721	1.699	55.420	45.646	9.774
Overige loonkosten	2.219		2.219		2.219
Loonkosten eerstelijns	294	- 219	75		75
Loonkosten medisch specialisten	45.455	3.450	48.905	52.795	- 3.890
Totaal loonkosten	235.162	5.093	240.255	215.256	24.999
Materiële kosten functioneel budget	33.363	- 1.042	32.321	38.108	- 5.787
Materiële kosten bijzondere functies	21.413	440	21.853	18.584	3.269
Materiële kosten gebouwgebonden	10.525	15	10.540	10.179	361
Materiële kosten academisch zorgbudget	35.784	1.122	36.906	25.987	10.919
Materiële kosten eerstelijns	102	- 87	15		15
Overige materiële kosten en samenwerkingsverbanden	6.331	4.508	10.839	5.101	5.738
Totaal materiële kosten	107.518	4.956	112.474	97.959	14.515
Afschrijvingskosten inventarissen	13.125	- 2.368	10.757	10.612	145
Afschrijvingskosten art. 18 inventarissen	3.721	- 101	3.620	3.146	474
Afschrijvingskosten nacalculeerbaar	4.832	- 895	3.937	4.061	- 124
Afschrijvingskosten verbouwing en uitbreiding	255	938	1.193	1.128	65
Huur en leasing	- 946	946	0		0
Dubieuze debiteuren	1.293		1.293	1.162	131
Rentekosten	9.238	1.762	11.000	10.247	753
Doorberekende kapitaalslasten	- 19	- 10	- 29	- 29	0
Voorlopige budgetmutatie	536	- 536	0		0
Totaal kapitaalslasten	32.035	- 264	31.771	30.327	1.444
WachtlIJstmiddelen	117	180	297	2.341	- 2.044
Zorgvernieuwing	911	635	1.546		1.546
Herallocatie VAZ		- 134	- 134		- 134
Herallocatie radiotherapie				- 692	692
	1.028	681	1.709	1.649	60
Totaal aanvaardbare kosten	375.743	10.466	386.209	345.191	41.018

RIJKSBIJDRAGE		
	2001	2000
Rijksbijdrage conform opgave	58.690	56.113
Af: (vooruit)ontvangen kapitaalslasten, gedoteerd aan egalisatierekening afschrijvingen	- 4.489	- 4.194
Rijksbijdrage, opgenomen in de resultatenrekening	54.201	51.919

Overige bedrijfsopbrengsten		
	2001	2000
Zorgprestaties tussen instellingen (WDS)	2.401	2.075
Zorggerelateerde subsidies en bijdragen	1.131	5.018
Opbrengsten uit dienstverlening	6.029	5.790
Subsidies	2.769	
Overige opbrengsten	27.243	23.782
Totaal	39.573	36.665

Personeelskosten		
	2001	2000
Lonen en salarissen	187.981	168.363
Sociale lasten incl. salaris tijdens ziekte	40.991	39.051
Pensioenpremie	30.790	29.264
Andere personeelskosten	12.364	11.532
Subtotaal	272.126	248.210
Personeel niet in loondienst	22.123	20.935
Andere vormen van honorering (= AM deel)	8.907	8.391
Totaal	303.156	277.536

De gemiddelde personeelssterkte, omgerekend naar volledige formatieplaatsen, bedraagt 5,980 fte (in 2000 was dat 5,944 fte) Deze aantallen zijn inclusief uurloners en exclusief personeel niet in loondienst.

Het totaal van de beloning aan de leden van de Raad van Bestuur bedroeg in 2001 € 482.000 en aan de leden van de Raad van Toezicht € 44.000.

Afschrijvingen vaste activa		
	2001	2000
Nacalculeerbare afschrijvingen	4.703	4.715
Overige afschrijvingen vaste activa	19.947	19.526
Dotatie egalisatierekening afschrijving instandhoudingsinvesteringen	337	314
	24.987	24.555
Vrijval investeringssubsidies	- 6.064	- 6.018
Totaal	18.923	18.537

Overige bedrijfskosten		
	2001	2000
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	19.242	17.395
Algemene kosten	23.975	21.326
Patiëntgebonden kosten	78.975	76.254
Onderhoud en energiekosten	18.563	17.202
Huur en leasing	4.703	3.001
Dotatie voorzieningen	4.040	2.787
Totaal	149.498	137.965

De stijging van de overige bedrijfskosten betreft voornamelijk de inflatiecorrectie.

Financiële baten en lasten		
	2001	2000
Rentelasten leningen o/g	6.292	6.648
Overige rentelasten	1.880	1.031
	8.172	7.679
Vrijval rente uit egalisatierekeningen	- 1.011	- 1.069
Totaal	7.161	6.610

VERANTWOORDING RIJKSBIJDRAGE 2001

De rijksbijdrage, die het academisch ziekenhuis jaarlijks via de universiteit ontvangt van het ministerie van OC&W, is bedoeld ter financiering van de kosten van de *werkplaatsfunctie* van het academisch ziekenhuis: de ondersteunende inspanning van het AZR voor onderwijs en onderzoek ten behoeve van de medische faculteit van de universiteit.

De door OC&W toegekende rijksbijdrage (begrotingsbrief 2001 d.d. 10 december 2001, kenmerk FTO/TBV-2001/123538 M) bedraagt over 2001 € 58.690. In deze bijdrage, die is toegekend door toepassing van het Rijksbijdrageverdeelmodel, is nog geen rekening gehouden met de op de Daniel den Hoed betrekking hebbende parameters (m² en WP). Ook de parameter m² nuttige vloeroppervlakte moet worden aangevuld met het aantal m² dat betrekking heeft op de faculteit. Deze correcties zouden een positief effect van circa € 9.000 op de toegekende rijksbijdrage hebben.

De toerekening van de kosten (inclusief de kosten Daniel den Hoed) van de werkplaatsfunctie van het academisch ziekenhuis is nagenoeg uitgewerkt conform de methode 'modelovereenkomst door het AZVU'. De toerekening voor het jaar 2001 is gedaan met behulp van de gecontroleerde cijfers uit de jaarrekening 2001.

De kosten die voortvloeien uit de uitoefening van de werkplaatsfunctie door het Erasmus MC zijn als volgt in hoofdlijnen te specificeren:

I.	Gelabelde bedragen en gebouwgebonden kosten	23.700
II.	Ter beschikking gestelde capaciteit	31.000
III.	Vertragskosten	24.200
VI.	Overige kosten	9.100
Totaal		88.000

Categorie I. Gelabelde bedragen en gebouwgebonden kosten

De gelabelde bedragen betreffen de zogenaamde 'doeluitkeringen' die als zodanig herkenbaar in de rijksbijdrage worden opgenomen. In de kostenopstelling zijn de wachtgelden en de rente- en afschrijvingskosten bouw als gelabeld bedrag meegenomen.

Voor de berekening van de gebouwgebonden kosten zijn de kostensoorten meegenomen naar analogie van de vigerende CTG-systematiek, rente- en afschrijvingskosten apparatuur en onderhoudskosten apparatuur. Van de op deze wijze berekende totale gebouwgebonden kosten is conform de methode 'modelovereenkomst' 25% toegerekend aan onderwijs en onderzoek.

Categorie II. Ter beschikking gestelde capaciteit

De ter beschikking gestelde capaciteit heeft betrekking op salariskosten O&O-formatie van Wetenschappelijk Personeel (WP), arts-assistenten (agio's) en op de kosten van personele en materiële ondersteuning WP.

Grondslag voor de berekening van de ter beschikking gestelde capaciteit WP en agio's zijn de uitkomsten van een interne inventarisatie van aantallen fte's WP en agio's, op peildatum 31-12-2001.

Voor zowel WP als agio's is als salariskosten per fte het maximum schaalbedrag op jaarbasis berekend, vermeerderd met 34,5% sociale lasten. Na vermenigvuldiging met het aantal fte's is voor het WP 37,5% toegerekend aan de onderwijs- en onderzoeksfunctie en voor de agio's 25%, een en ander conform de methode 'modelovereenkomst'.

Bij de uitvoering van de onderwijs- en onderzoekstaak geeft het Erasmus MC het WP personele en materiële ondersteuning. De directe ondersteuningskosten zijn geraamd op € 46,5 per fte O&O-formatie WP. Het gaat om kosten voor researchanalisten, secretaressen en overig direct aan onderwijs of onderzoek gerelateerd personeel.

Categorie III. Vertragskosten

Hieronder worden kosten verstaan die ontstaan door de vertraging in de patiëntenzorg die de uitoefening van de werkplaatsfunctie met zich meebrengt, in casu de meerkosten van de patiëntenzorg ten gevolge van onderwijs en onderzoek.

De berekening van de vertragskosten vindt plaats conform de methode ‘modelovereenkomst’ en is gebaseerd op de checklist voor het plandocument van de VAZ, waarin wordt aangegeven om voor de bepaling van de meerkosten uit te gaan van 10% van de normatieve kosten van de reguliere zorg, in casu de componenten salaris en materieel FB-budget, vermeerderd met een opslag toppreferentie.

Categorie IV. Overige kosten

Overige kosten bestaan uit het aandeel van de onderwijs- en onderzoeksfunctie in de overheadkosten. Bij de berekening van de overheadkosten zijn de kosten en opbrengsten van de afdelingen c.q. kostenplaatsen meegenomen die niet specifiek patiëntenzorg en/of onderwijs en onderzoek betreffen maar die meer dienen ter ondersteuning. Voor de toerekening van de overheadkosten aan de rijksbijdrage is een percentage van 10% gehanteerd, in plaats van de 20% die conform de methode ‘modelovereenkomst’ zou moeten worden toegerekend.

Prestatiegegevens*Indicatoren*

A	Aantal ingeschreven studenten studiejaar 2001/2002	2.074
B	Aantal artsgetuigschriften van het studiejaar 2000/2001	194
C	Aantal leden WP in dienst van de universiteit op 31-12-2001 (fte)	713,2
D	Aantal personeelsleden in dienst van NWO op 31-12-2001 (fte)	20,5
E	Medisch specialisten in dienst AZR op 31-12-2001 (fte)	439,5
F	Agio's in dienst AZR op 31-12-2001 (fte)	269,4
G	Aantal proefschriften aan de faculteit in 2001	101
H	Aantal m ² nuttige oppervlakte van het AZR	136.852
I	Aantal m ² nuttige oppervlakte van AZR-Daniel	20.534
J	Aantal co-assistentplaatsen AZR	132
K	Voor O&O-ondersteuning beschikbaar gestelde ruimte en apparatuur	25%
L	Verdere gegevens gebaseerd op afspraken tussen faculteit en ziekenhuis	n.v.t.

Toelichting op indicatoren

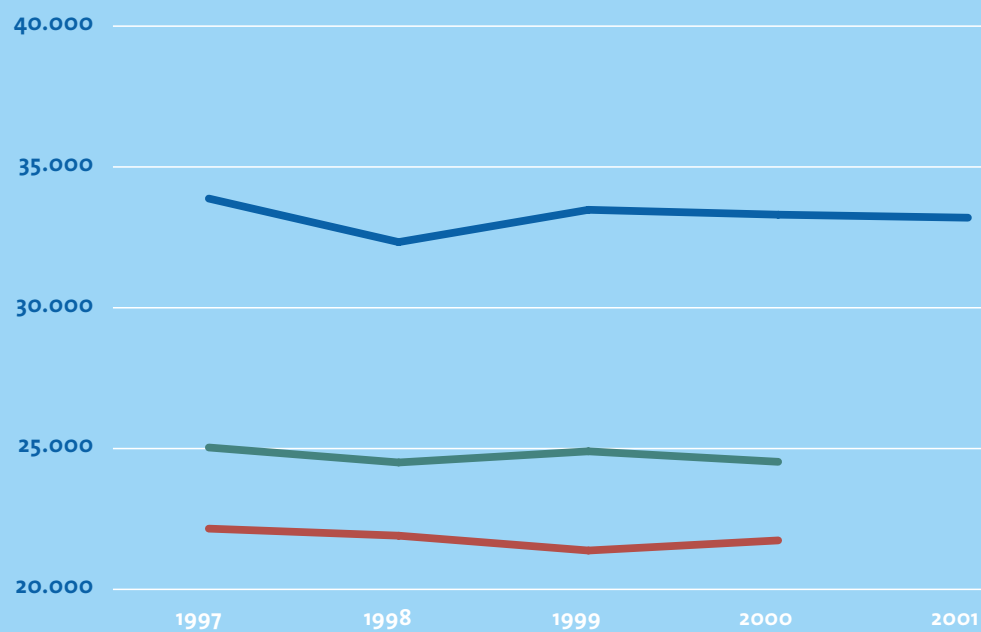
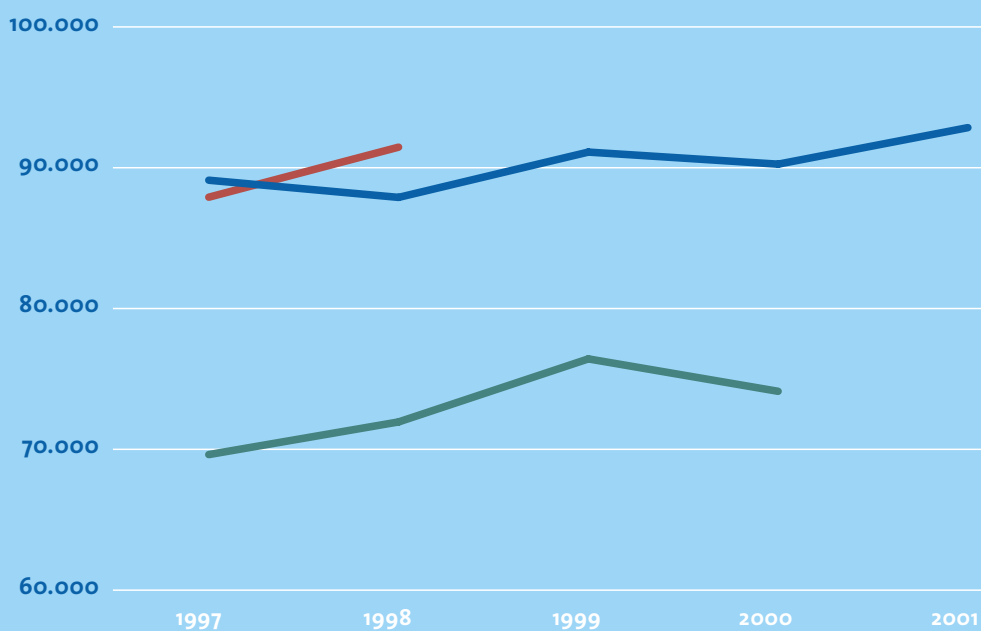
- E Het betreft hier WP-formatie.
- H In het Rijksbijdrageverdeelmiddel wordt gerekend met een parameter van 105.700 m². Deze komt echter niet overeen met de werkelijkheid, omdat de m²'s van de faculteit en de m²'s van Daniel den Hoed niet hierin zijn meegenomen. Het genoemde aantal m²'s ad 136.852 betreft het aantal m²'s patiëntenzorg en faculteit. De m²'s van Daniel den Hoed zijn opgenomen onder punt I.
- K Uitgangspunt vormt het percentage gebouw- en apparatuurgebonden kosten dat uit de Rijksbijdrage wordt gefinancierd.

KENGETALLEN – AZR

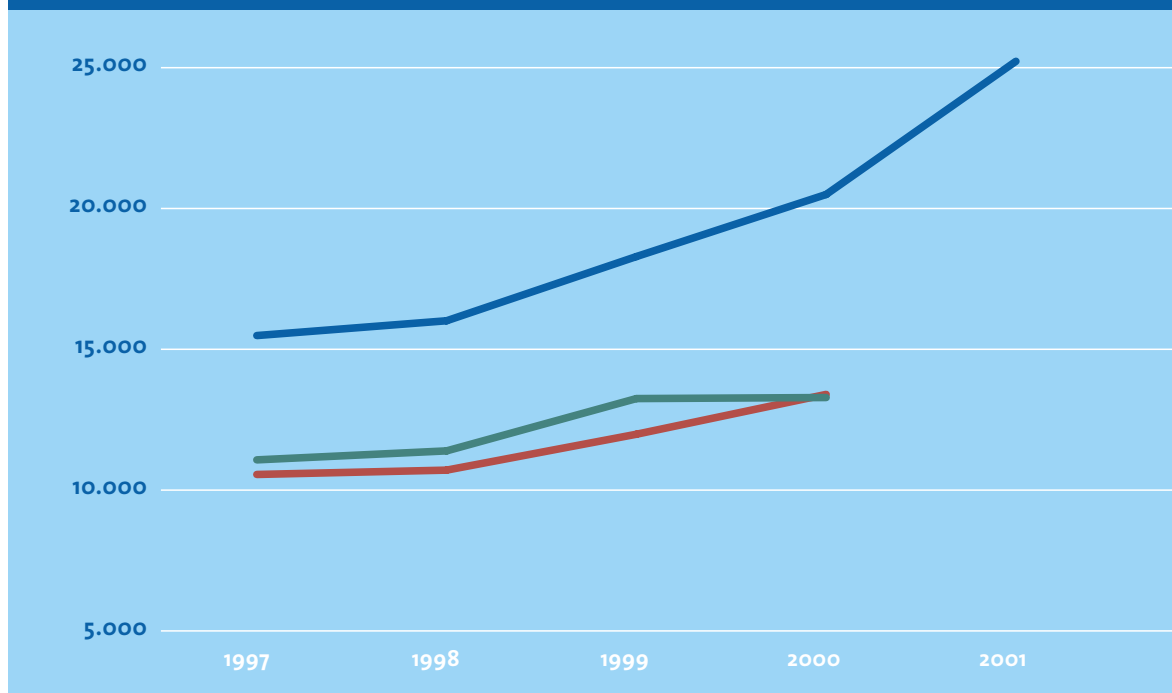
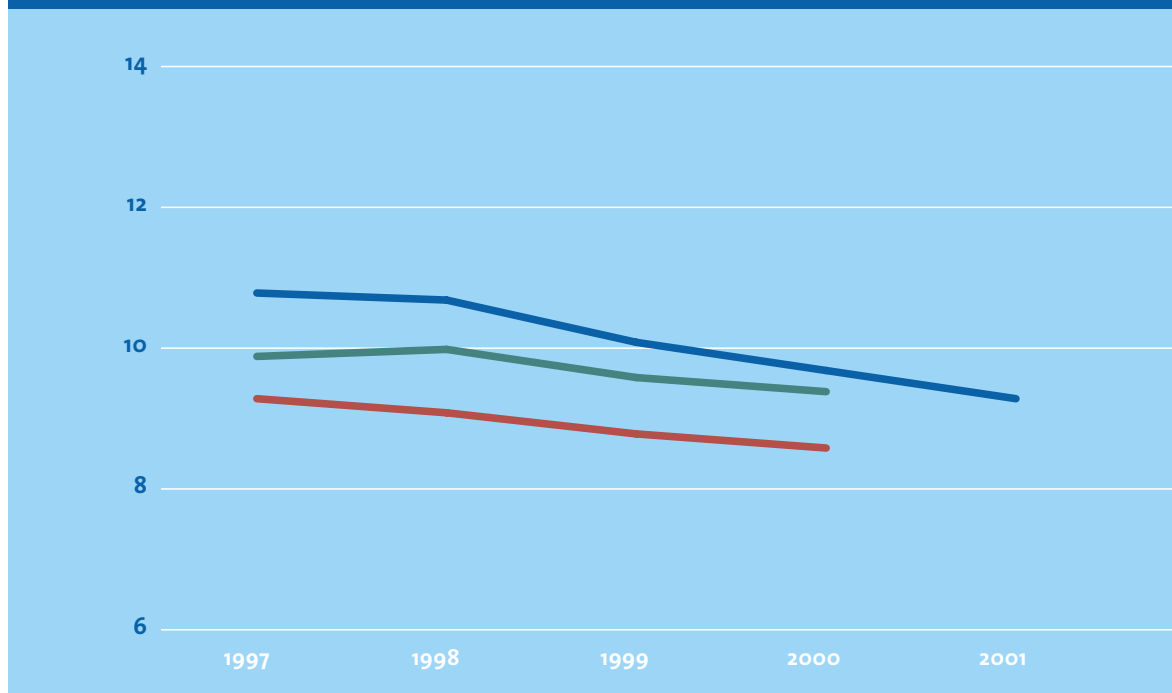
REGULIERE PRODUCTIE				
	2001	2000	1999	1998
Opnamen	33.239	33.346	33.519	32.373
Verpleegdagen	310.018	324.236	339.061	347.919
Verpleegduur	9,3	9,7	10,1	10,7
1 ^e polikliniek bezoeken *	159.902	158.042	170.040	85.179
Herhalingsbezoek	324.247	327.765	338.967	355.744
Dagopnamen	17.186	13.076	11.866	10.237
Dagopnamen+ cytostatica	25.263	20.537	18.334	16.056

* nieuwe definitie 1^e polikliniekbezoek, op basis van adm. tarief

OPNAMES AZR IN VERGELIJKING MET ANDERE ZIEKENHUIZEN (ABSOLUTE AANTALLEN)

1^e POLIKLINIEKBEZOEKEN AZR IN VERGELIJKING MET ANDERE ZIEKENHUIZEN (ABSOLUTE AANTALLEN)

— ACADEMISCH ZIEKENHUIS ROTTERDAM
 — ANDERE ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN
 — TOPKLINISCHE ZIEKENHUIZEN

DAGOPNAMEN M10 EN M14**GEMIDDELDE VERPLEEGDUUR AZR IN VERGELIJKING MET ANDERE ZIEKENHUIZEN (DAGEN)**

ACADEMISCH ZIEKENHUIS ROTTERDAM

ANDERE ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN

TOPKLINISCHE ZIEKENHUIZEN

DIAGNOSTIEK	2001	2000	1999	1998
Aantal röntgenverrichtingen				
Diagnose	219.287	227.692	225.975	222.096
Therapie	1.528	1.687	1.497	1.561
Aantal laboratoriumverrichtingen				
Microbiologie klinisch	343.746	331.041	338.194	316.514
Microbiologie poliklinisch	240.978	221.424	239.637	237.899
Microbiologie extern	9.124	13.036	12.167	23.414
Totaal microbiologie	593.848	565.501	589.998	577.827
Klinische chemie klinisch	2.267.547	1.911.935	1.985.027	1.802.680
Klinisch chemie poliklinisch	1.626.280	1.746.400	1.677.454	1.667.205
Klinisch chemie extern	136.367	91.177	24.363	26.451
Totaal klinische chemie	4.030.194	3.749.512	3.686.844	3.496.336
Immunologie klinisch	5.310	4.796	6.439	5.302
Immunologie poliklinisch	19.258	18.828	18.292	18.425
Immunologie extern	7.982	6.387	3.699	1.792
Totaal immunologie	32.550	30.011	28.430	25.519
Diverse klinisch	185.783	176.489	180.471	181.921
Diverse poliklinisch	176.118	180.777	169.257	163.326
Diverse extern	10.299	9.904	8.008	7.153
Totaal diversen	372.200	367.170	357.736	352.400
Aantal isotopenonderzoeken	10.515	10.606	11.076	12.022
Aantal functieonderzoeken	201.439	177.130	193.067	189.996
Aantal pathologische onderzoeken	30.996	30.927	32.667	34.560

BIJZONDERE PRODUCTIE	2001	2000	1999	1998
Transplantaties				
Harttransplantaties	14	20	23	18
Niertransplantaties	92	84	82	82
Levertransplantaties	36	43	30	27
Beenmergtransplantaties	81	86	86	76
Cardiologische ingrepen				
Open hartoperaties	809	845	768	740
Gesloten hartoperaties	55	40	49	53
Hartcatherisaties	1.396	1.403	1.494	1.414
Interventies	1.460	1.335	1.172	1.082
AICD-implantaties	83	50		
Catheterablaties	123	106		
Teletherapie				
T1	848	916	944	728
T2	1.669	1.759	1.784	1.923
T3	553	498	400	492
T4	926	846	784	514
Brachytherapie				
B1	42	53	28	
B2	78	94	117	
B3	58	57	57	
B4	81	73	51	
Diversen				
Poliklinische cytostatica	8.077	7.461	6.478	5.796
Poliklinische bevallingen	584	616	597	614
SEH bezoeken	24.411	24.919	24.945	23.599
Klinische operaties	17.622	17.409	17.887	17.866
Operaties in dagbehandeling	4.523	4.405	4.407	3.754
Dialysebehandelingen	7.975	7.640	7.070	7.811
CAPD/CCPD	19.201	20.901	20.223	20.335
Cataract	717	736	739	735
Knie	65	85	71	88
Heup	154	162	156	178
Laboratoriumfase IVF	1.587	1.607	1.422	1.445
Thuisbeademing (1 en 2 apparaten)	138	132	113	85

O&O PARAMETERS	2001	2000	1999	1998
Aantal ingeschreven studenten op 1 oktober	2074	1.678	1.525	1.626
Aantal artsgetuigschriften van het studiejaar	194	192	220	176
Aantal leden WP in dienst van de universiteit op 31-12 (fte)	713,2	664,2	708	667
Aantal personeelsleden in dienst van NWO op 31-12 (fte)	20,5	27,6	30,3	34
Medisch specialisten in dienst AZR op 31-12 (fte)	439,5	432,2	419,3	326,8
Agio's in dienst AZR op 31-12 (fte)	269,4	261,7	255,1	246,1
Aantal proefschriften aan de faculteit	101	109	106	102
Aantal m² nuttige oppervlakte van het AZR	136.852	136.852	105.700	105.700
Aantal m² nuttige oppervlakte van AZR-Daniel	20.534	20.534	20.534	20.534
Aantal co-assistentplaatsen AZR	131	132	132	99
Voor O&O-ondersteuning beschikbaar gestelde ruimte en apparatuur	25%	25%	25%	25%



“HET INSTRUMENT GEHOORZAAMT AAN MIJN WIL
IK SPEEL MIJN LIED NOG EVEN DOOR MET KRACHT
DAN TROTS ZWIJG IK MET MIJN MACHINE STIL
IK GA MAAR EENS NAAR HUIS HET IS AL NACHT.”

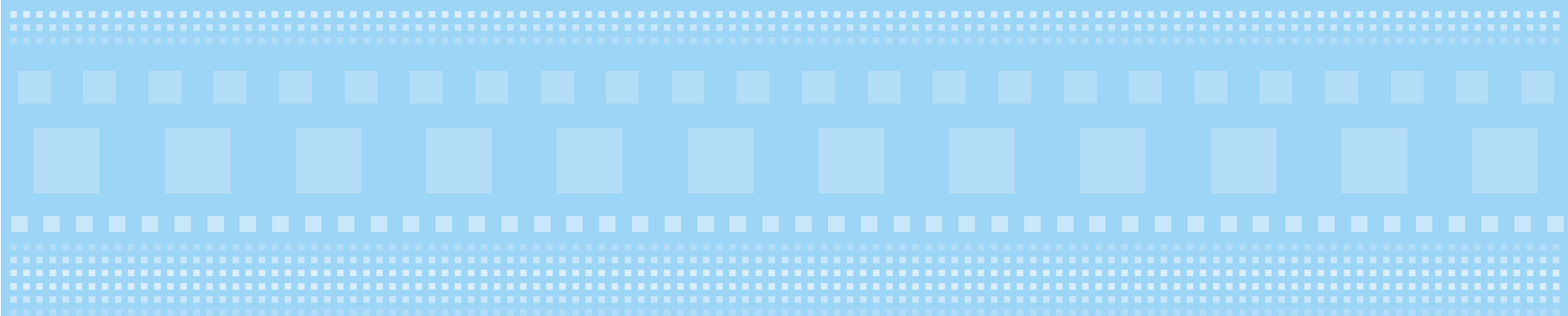
Financiële gegevens Erasmus MC

Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen



Ambities kosten geld – en het Erasmus MC heeft veel ambities. De Faculteit is begonnen met de uitvoering van het huisvestingsplan en de eerste investeringen in het kader van genomics, proteomics en bio-informatica zijn gedaan. Ook met de verdere invoering van het nieuwe curriculum Erasmus-arts 2007 is veel geld gemoeid. Toch is het jaar 2001 afgesloten met een positief saldo. De uitgangspositie van de faculteit is dus gezond en goed.

Dat komt aan de ene kant door een gezond beleid en aan de andere kant door de nog steeds groeiende interesse van externe partijen in de onderzoeksmogelijkheden die de Faculteit biedt. De Faculteit wordt beschouwd als een uitstekende partner waardoor de inkomsten uit de derde en vierde geldstroom groeien. Groeienderwijs wordt de Faculteit groter, wijzer en belang‘rijker’. Dat is een uitstekende ontwikkeling waar alle kerntaken van het Erasmus MC baat bij hebben.



GELD VOOR AMBITIES – DE FGG

*De FGG wil op de beide gebieden onderwijs en onderzoek een vooraanstaande, excellente rol spelen.
Een aantal beleidsinitiatieven ondersteunt het bereiken van deze doelstellingen.*

Positief saldo

De vorming van het Erasmus MC, het nieuwe onderwijscurriculum Erasmus-arts 2007, het oprichten van een incubator, extra onderzoeksinvesteringen in genomics, proteomics en bio-informatica, het opstellen en uitvoeren van een kortetermijn FGG-huisvestingsplan, het verder decentraliseren van verantwoordelijkheden in de organisatie, het verder versterken van de planning & controlcyclus en het opleiden van grotere aantallen studenten, zijn voorbeelden van de beleidsinitiatieven die de FGG in 2001 nam.

De vorderingen zijn concreet:

- de uitvoering van het huisvestingsplan is begonnen
- de eerste investeringen in het kader van genomics, proteomics en bio-informatica zijn gedaan
- het nieuwe curriculum Erasmus-arts 2007 wordt verder geïmplementeerd
- een bij Erasmus-arts behorend nieuw financieringsmodel onderwijs is in concept klaar en wordt organisatiebreed verder besproken
- gemeenschappelijke projectgroepen volop bezig met het voorbereiden van adviezen ter ondersteuning van de besluitvorming, die in 2002 moeten leiden tot het Erasmus MC.

Voor het realiseren van deze bestuurlijke ambities is geld nodig. Evenals in de afgelopen jaren heeft de FGG het jaar afgesloten met een positief operationeel saldo. Het positieve saldo is M€ 3.7: M€ 5.6 hoger dan het voor 2001 begrote negatieve saldo van M€ -1.9. Hierdoor is de vrije en bestemde bedrijfsreserve verder toegenomen. De financiële uitgangspositie van de FGG vormt momenteel dan ook geen bedreiging voor de realisatie van de ambities. Opgemerkt dient wel dat de huidige bedrijfsreserve onvoldoende is om alle ambities te kunnen waarmaken. Een belangrijk financieel knelpunt is nog de financiering van het kortetermijn FGG-huisvestingsplan.

De inkomsten waren in 2001 11% hoger dan in 2000. Vooral de inkomsten uit externe opdrachten nemen toe. De externe projectinkomsten zijn voor 40% afkomstig van Collectebusfondssubsidies - hetzelfde percentage als in 2001. In vergelijking met 2000 zijn procentueel vooral de NWO-inkomsten omhoog gegaan. Als gevolg van deze groei zijn zowel het aantal fte's als de lasten toegenomen. De personele lasten en de materiële lasten zijn, vergeleken met 2000, in ongeveer gelijke mate gegroeid. De stijging was echter lager dan de inkomstenstijging.

Resultatenrekening

OVER 2001 – FGG

RESULTATENREKENING OVER 2001 – FGG

(x € 1.000)

Baten

Extern	46.188
Intern	18.628
Budgetten/fondsen	53.495

Totaal baten **118.311**

Lasten

Personele lasten	68.509
Materiële lasten	46.088

Totaal lasten **114.597**

Resultaat **3.714**

31-12-2001

Opbouw reserve

FGG Bedrijfsreserve	
FGG vrije bedrijfsreserve	18.786
FGG bestemde reserves	1.515

Totaal FGG-reserve **20.301**

Opbouw inkomsten

Externe project inkomsten	28.365
Externe overige inkomsten	17.823
Interfacultaire doorbelastingen	1.360
Intrafacultaire doorbelastingen	17.268
EUR-budgetten/fondsen	53.495

Totaal FGG-inkomsten **118.311**

2000

36.881
15.407
54.146

106.434

63.150
42.026

105.176

1.258

31-12-2000

16.261
326

16.587

24.514
12.367
1.325
14.082
54.146

106.434

FGG-UITGAVEN UIT EMF-GELDEN		
	2001	2000
Collectebusfondsen	11.261	9.945
EU	5.514	5.386
NWO	5.857	4.688
Overheid	1.469	1.233
Bedrijven	4.004	3.404
Totaal	28.105	24.656

KENGETALLEN FGG	
Aantal ingeschreven studenten geneeskunde op 1 oktober 2001	1.702
Aantal ingeschreven studenten iBMG per 1 oktober 2001	429
Aantal artsdiploma's	227
Promoties aan de FGG	101
Wetenschappelijke afdelingen en instituten	54
Wetenschappelijk personeel fte	789
Niet wetenschappelijk personeel fte	541
Aantal m² nuttige opervlakte faculteit	55.260
Aantal m² in gebruik voor onderzoek	31.296
Aantal m² in gebruik voor geneeskundeonderwijs	9.612

GEBRUIKTE AFKORTINGEN

AIO	Assistent-in-opleiding
AZR	Academisch Ziekenhuis Rotterdam
BPRC	Biomedical Primate Research Centre
CBO	Centraal BegeleidingsOrgaan
CBZ	College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
DBC	Diagnose Behandelingcombinatie
EUR	Erasmus Universiteit Rotterdam
F&C	Financiën & Control
FB	Facilitair Bedrijf
FB	Functiegerichtte budgettering
FGG	Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
GGD	Geneeskundige en Gezondheidsdienst
I&T	Informatie & Techniek
IBR	Instituut Bewegingsapparaat Rotterdam
INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit
MJA	Meerjaren Afspraak
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
OC&W	(Ministerie van) Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
P&O	Personeel & Organisatie
PACS	Picture Archiving & Communication System
PDSM	Patiënten Data Management Systeem
SEH	Spoedeisende Hulp
SRZ	Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen
VAZ	Vereniging Academische Ziekenhuizen
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBMV	Wet Bijzondere Medische Verrichtingen

COLOFON

TEKST

Overbosch Communicatie, Rotterdam – Valerie Vleesenbeek, Rotterdam

EINDREDACTIE

Overbosch Communicatie, Rotterdam – Afdeling Communicatie Erasmus MC

PRODUCTIE

Afdeling Communicatie Erasmus MC

FOTOGRAFIE

Levien Willemse, Rotterdam – Jacco Huijssen (pag. 32, 33, 48, 68), Rotterdam – Ronald Meekel (pag. 10), Den Haag

ONTWERP EN VORMGEVING

Ontwerpwerk, Den Haag

DRUK

Drukszaken, Rotterdam

OPLAGE

3500 exemplaren

UITGAVE

Afdeling Communicatie Erasmus MC, juli 2002

CORRESPONDENTIEADRES

Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam

BEZOEKADRESSEN

Erasmus MC-centrumlocatie, Dr. Molewaterplein 60, telefoon (010) 463 92 22

Erasmus MC-faculteit, Dr. Molewater 50, telefoon (010) 408 11 11

Erasmus MC-Sophia, Dr. Molewaterplein 60, telefoon (010) 463 63 63

Erasmus MC-Daniel den Hoed, Groene Hilledijk 301, telefoon (010) 439 19 11