



09
JAARVERSLAG



voorwoord

Topreferent zijn in patiëntenzorg, opleiding en onderzoek, dat zijn de drie hoofdopdrachten van een academisch medisch centrum. UZ Leuven voert ze alle drie hoog in het vaandel en speelt in België een toonaangevende rol. We willen die behouden en uitbouwen. Ook willen we op Europees niveau tot de topcentra behoren. Daarom legden we voor de volgende vijf jaar belangrijke strategische accenten vast. Om die te realiseren, bouwde UZ Leuven in 2009 een reeks concrete projecten uit. Dit jaarverslag zet er een aantal in de kijker.

Onze topprioriteit is en blijft een veilige, kwaliteitsvolle en innovatieve patiëntenzorg. UZ Leuven levert continu inspanningen om ze nog te verbeteren. Zo tekenden we in 2009 de zorgprogramma's verder uit. Die beschrijven per pathologie het ziekenhuistraject dat de beste zorg voor de patiënt garandeert. We implementeerden nieuwe procedures, systemen en algemene maatregelen die de kwaliteit en de veiligheid van onze patiëntenzorg nóg verhogen. We investeerden ook in apparatuur om de nieuwste diagnostische en therapeutische mogelijkheden te onderzoeken en aan de patiënt aan te bieden. Zoals apparatuur voor bestraling, multimodale beeldvorming en genoomonderzoek.

In de afgelopen jaren werkten we steeds meer samen met de groep Biomedische Wetenschappen K.U.Leuven. Die kruisbestuiving intensifiëren we nog. Clinici en laboratoriumonderzoekers maken samen de vertaalslag van het ziekenhuis naar het lab en terug. Dat mondt uit in wetenschappelijke ontwikkelingen die worden verfijnd op maat van de patiënt. In 2009 namen we initiatieven om de interacties tussen clinici en laboratoriumonderzoekers nog te versoepelen. We maakten ook midde-

len van UZ Leuven vrij voor onderzoek en ontwikkeling in de translationele geneeskunde. Verder realiseerden we samen met K.U.Leuven al een deel van de Health Sciences campus Gasthuisberg. Die huisvest clinici en laboratoriumonderzoekers op één fysieke plaats met als ultieme doel: kennis, apparatuur en infrastructuur maximaal delen voor innovatie en multidisciplinaire samenwerking.

Wat we aan kennis, expertise en innovatie in huis hebben, delen we via netwerken met andere ziekenhuizen en actoren in de gezondheidszorg. Dat beschouwen we als een belangrijk onderdeel van onze opdracht. Maar tegelijk verrijkt deze netwerking ons academisch medisch centrum, want de uitwisseling van kennis, ideeën en ervaringen levert nieuwe inzichten op voor alle partijen. We bouwden in 2009 het Vlaams ziekenhuisnetwerk K.U.Leuven nog verder uit en we verlegden zijn kerntaak van patiëntenverwijzing naar het verzamelen van de kennis, expertise en innovatie ten behoeve van alle netwerkziekenhuizen. We verstevigden ook onze netwerken met de regionale ziekenhuizen en verzorgingsinstellingen in het oosten van Vlaams-Brabant, en met andere actoren uit de gezondheidszorg.

Topgeneeskunde is topsport in teamverband. Onze strategische doelstellingen realiseren we maar met de steun en inzet van alle UZ Leuven-medewerkers. We bogen op gedreven en competente medewerkers in alle diensten en geledingen van het ziekenhuis. Zulke medewerkers willen we blijven aantrekken en in dienst houden. Onze personeelsdienst deed ook in 2009 grote inspanningen om nieuwe talenten te rekruteren en het selectieproces nog te verbeteren. Er werden tal van initiatieven genomen die de persoonlijke ontplooiing van alle medewerkers in de medische en ondersteunende diensten stimuleren.

We gebruiken onze huidige middelen zo doelmatig mogelijk om ook in de toekomst nog te kunnen investeren in apparatuur, infrastructuur en – vooral – in mensen. Met als ultieme doel: onze patiënten de beste zorg bieden, vandaag én morgen!

prof. dr. Johan Kips
gedelegeerd bestuurder UZ Leuven

prof. dr. Guy Mannaerts
voorzitter bestuurscomité UZ Leuven

jaarverslag

inhoudstafel

Voorwoord	2
Inhoudstafel	4
01 KWALITATIEVE EN VEILIGE PATIËNTENZORG	5
Procedures die de patiëntveiligheid en zorgkwaliteit nóg verhogen	6
Nieuwe bestralingstechniek in de strijd tegen kanker	9
Valpreventie: voorkomen blijft beter dan genezen	11
Triagesysteem op spoedgevallendienst filtert meest kritieke patiënten	12
Het elektronisch medisch voorschrift is meer dan een vervanging van de papieren versie	14
Vanuit de dagelijkse zorg werken aan de ontwikkeling van verpleegkunde	16
02 TRANSLATIONEEL ONDERZOEK	19
Juridische en financiële toetsing van klinische studies door het Clinical Trial Center	20
UZ Leuven bouwt aan een Health Sciences campus Gasthuisberg	24
Vertaalslag van ziekenhuis naar lab en terug	27
Genomics Core: genoomonderzoek in het hart van het ziekenhuis	28
Nóg betere zorgkwaliteit in het interventieel radiologisch en cardiovasculair centrum	30
03 UITBOUW NETWERK	31
Van verwijzings- naar kennisnetwerk	32
04 REKRUTERINGS- EN RETENTIEBELEID	35
De jobinfoeurs 2009: opnieuw een groot succes	36
Wervelend personeelsfeest 2009: 4UZ11 of 'Vier uzelf'	37
Een hart voor mensen die zorgen voor mensen	38
05 UZ LEUVEN IN CIJFERS	41
Samenstelling bestuurs- en directiecomité	48



01

KWALITATIEVE EN VEILIGE
PATIËNTENZORG



Procedures die de patiëntveiligheid en zorgkwaliteit nóg verhogen

Dat een patiënt niet de juiste ingreep of een ingreep aan de verkeerde kant ondergaat, gebeurt gelukkig maar uiterst zelden. “Met eenvoudige procedures houden we de kans op deze menselijke – maar perfect vermijdbare – fouten minimaal”, zegt prof. dr. Paul De Leyn, kliniekhooft thoracale heelkunde.

Checklist keldert sterftecijfer

Uit de internationale literatuur blijkt dat patiënten nog altijd schade kunnen oplopen tijdens hun behandeling in het ziekenhuis. Naar schatting 1 op de 100 000 patiënten wordt per ongeluk aan de verkeerde kant geopereerd, berichtte een artikel in de Archives of Surgery in september 2006. De Wereldgezondheidsorganisatie ondernam actie: in de zomer van 2008 lanceerde ze een preoperatieve checklist met negentien punten, waaronder de markering van de te opereren kant. In januari 2009 publiceerde het New England Journal of Medicine hiervan de eerste, verbluffende resultaten: het aantal sterfgevallen na een zware ingreep daalde met meer dan 40 procent (van 1,5 naar 0,8 procent) in de ziekenhuizen die de lijst gebruikten. “Reden genoeg dus om hem als leidraad te gebruiken en onze procedures voor de patiëntveiligheid nóg te verbeteren”, zegt prof. dr. De Leyn. “In 2008 richtten we met alle betrokkenen werkgroepen op. Die onderzochten hoe we de internationale richtlijnen in UZ Leuven in de praktijk konden brengen. Ze hielden hierbij rekening met de

eigenheden van onze organisatie en de Belgische wetgeving. Dat leverde goed uitgewerkte procedures op die we begin 2009 tijdens opleidingsavonden aan 800 artsen en verpleegkundigen duidelijk maakten. Op 1 juni 2009 gaven we het startsein voor de implementatie van de procedures, waarna we regelmatig maten hoe getrouw ze werden toegepast. In januari 2010 behaalden we een score van 85 procent. Dat stelt ons zeker tevreden, maar nu de inlooperperiode achter de rug is, gaan we uiteraard voor de volle 100 procent.”

Pijl in operatiestreek

Een van de veiligheidsprocedures is de huidmarkering bij heelkundige ingrepen. Die is nodig als een vergissing van kant of plaats mogelijk is. Pierre Luysmans, stafmedewerker in de operatiekwartieren, verduidelijkt: “We praten dus over ingrepen op een lichaamsdeel waarvan je er minstens twee hebt, zoals een arm, been, vinger, teen, long of nier. Net voor de operatie brengt de arts die de ingreep uitvoert, een markering

aan op de huid van de patiënt. Hij gebruikt hiervoor een 'huidmarker': een stift met watervaste inkt. De pijn die hij in de operatiestreek tekent, wijst altijd naar de plek waar hij de huid gaat insnijden. Hij zorgt ervoor dat die pijn ook zichtbaar blijft als de operatiestreek ontsmet en afgedekt is. Tijdens de huidmarkering is de patiënt nog wakker en heeft hij nog geen voorbereidende medicatie gekregen. De arts vraagt hem naar zijn naam en geboortedatum. Die gegevens moeten overeenstemmen met zijn polsbandje. De arts vertelt de patiënt nog een keer welke ingreep hij zal ondergaan en vraagt hem aan welke kant die moet gebeuren. Krijgt de arts het antwoord dat hij verwacht? Dan pas plaatst hij de pijn."

"Patiënten reageren heel positief op deze procedure", zegt professor De Leyn. "De pijn en de bevraging van hun identiteit en toestemming overtuigt hen extra dat alles zal verlopen zoals gepland. Via informatiebrochures en flyers informeren we de patiënten op voorhand over deze en andere veiligheidsprocedures die we in hun belang uitvoeren."

Draaiboek vóór narcose

Voor de patiënt in de operatiezaal onder narcose wordt gebracht, overloopt de verpleegkundige zijn checklist. Pierre Luysmans: "Ook hij vraagt de patiënt naar zijn naam en geboortedatum, de geplande ingreep, en of hij hierover is geïnformeerd en hiervoor zijn toestemming heeft gegeven. Die gegevens moeten overeenkomen met de eerder geregistreerde gegevens in de computer en het dossier van de patiënt. Verder controleert hij of de huidmarkering is aangebracht en of het materiaal voor de ingreep aanwezig is. Ten slotte kijkt hij de preoperatieve checklist na. Is alles in orde, dan geeft de verpleegkundige groen licht aan de anesthesist. Die controleert de gegevens van de patiënt en het medische dossier, en brengt dan pas de patiënt onder narcose."

Time-out vóór insnijden

Net voor de chirurg met de operatie begint, doet

het operatieteam nog een laatste veiligheidscheck. "We nemen even een time-out: een pauzemoment, om nog een laatste keer een aantal zaken te controleren. Vergelijk het met de time-out van de piloten vlak voor ze opstijgen", zegt prof. dr. De Leyn. "De chirurg, de anesthesist en de verpleegkundige bevestigen de identiteit van de patiënt, de procedure en de te opereren kant. Ze overlopen samen eventuele aandachtspunten. De anesthesist controleert bijvoorbeeld of in het laatste uur voor de ingreep wel antibiotica werden toegediend. De omloopverpleegkundige registreert de uiteindelijke uitvoering van deze time-outprocedure in de computer."

Geïnformeerde toestemming

Nog voor de patiënt in de operatiezaal belandt of een ingrijpende behandeling ondergaat, moet de arts een informed consent – een geïnformeerde toestemming – van zijn patiënt hebben. Dat vloeit voort uit de Belgische wet op de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002. Die stipuleert dat de patiënt recht heeft op alle informatie die hem voldoende inzicht geeft in zijn gezondheidstoestand en de behandeling die de zorgverstrekker hem voorstelt. Op basis daarvan moet hij vrij kunnen beslissen of hij de voorgestelde behandeling al dan niet ondergaat. Professor De Leyn vertaalt dit naar de praktijk: "We bespreken met de patiënt zijn gezondheidstoestand, stellen een behandeling voor, en leggen uit wat die precies inhoudt. De eventuele voor- en nadelen komen aan bod, maar ook de alternatieven, de kans op herstel, de mogelijke problemen tijdens de herstelperiode en verwikkelingen. Ten slotte bespreken we het alternatief: wat als de patiënt niet voor de behandeling kiest?"

"Deze informed consent-procedure voeren we altijd uit voor 'ingrijpende' behandelingen", vult Pierre Luysmans aan. "Hiertoe behoren de heelkundige ingrepen, chemo- en radiotherapie. Maar ook de endoscopische procedures, procedures op het IRCC (interventioneel radiologisch en cardiovasculair centrum) en radiologische procedures waarbij een punctie wordt uitgevoerd. Ook de toediening van

bloed(derivaten), onderzoeken en/of procedures onder narcose of sedatie en high risk-procedures (puncties, katheters in het wervelkanaal, thoraxwand of abdomen) horen bij deze lijst.”

Uiteraard neemt deze informed consent-procedure tijd in beslag. “Daarom sturen we een patiënt die maar een kleine ingreep moet ondergaan, vooraf een informatiefolder of weblink toe”, zegt professor De Leyn. “Net voor de ingreep vragen we hem of hij alles goed heeft begrepen en maken we tijd voor vragen. Pas als alles duidelijk is voor de patiënt, vragen we zijn toestemming voor de ingreep.”

Registratie van groen licht

UZ Leuven vraagt al jaren het informed consent van de patiënt, maar registreert het sinds juni 2009 ook met de computer. Waarom de patiënt niet gewoon een document laten ondertekenen? Professor De Leyn:

“Vlamingen hebben gauw argwaan als ze ergens hun handtekening onder moeten plaatsen. Terwijl dit document toch geen enkele juridische waarde heeft. Het is alleen bedoeld om de kwaliteit van de zorg voor onze patiënt nog te verbeteren. Bovendien zouden we al die ondertekende documenten moeten inscannen om ze te bewaren. Daarom kozen we voor een rechtstreekse registratie in het elektronische patiëntendossier.”

Hoe verloopt dit concreet? “De arts geeft na het informatiesprek in een computerprogramma (KWS) in of hij wel/niet het akkoord van de patiënt heeft gekregen en voor welk type ingreep, procedure of toediening dit geldt”, vult Pierre Luysmans aan. “Soms kunnen we de toestemming niet aan de patiënt zelf vragen, zoals in het geval van een minderjarige, dementerende of comateuze patiënt. Dan nemen we de informed consent-procedure door met een vertegenwoordiger van de patiënt. Ook dat registreren we.” ■

05-2009

Hygiënische en voedselveilige UZ Leuven-keuken krijgt een Smiley

In mei 2009 behaalt UZ Leuven als eerste ziekenhuis met een voedingsdienst in eigen beheer het Smiley-label. Hiermee erkent het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen (FAVV) de goede hygiënepraktijken van de UZ Leuven-keuken en haar sluitende controlesysteem voor de voedselveiligheid.

De eigen keuken en bakkerij van UZ Leuven stillen elke dag de honger van patiënten, bezoekers en medewerkers. Met 3 500 warme maaltijden, 8 000 maaltijdcomponenten (zoals avondschooteltjes en koude schotels), 620 broden, 130 taarten en 1 500 koffiekoeken. De UZ Leuven-keuken draagt hygiëne hoog in het vaandel als onderdeel van een kwaliteitsvolle patiëntenzorg. Naast hygiëne zijn temperatuurbeheersing en kwaliteit de belangrijkste aandachtspunten om de voedselveiligheid te garanderen. De medewerkers krijgen interne opleidingen in samenwerking met de dienst ziekenhuishygiëne en jaarlijks vinden er interne en externe audits plaats. ■



Nieuwe bestralingstechniek in de strijd tegen kanker

In januari 2009 behandelde UZ Leuven de eerste patiënt in België met de 'RapidArc-radiotherapie'. "Deze nieuwe bestralingstechniek werkt nóg doelgerichter tegen tumoren en is comfortabeler voor de patiënt", zegt radiotherapeut-oncoloog prof. dr. Karin Haustermans.

Chirurgie, chemo- en radiotherapie zijn de drie pijlers in de behandeling van kanker. Een op de twee patiënten met kanker krijgt in de loop van zijn behandeling radiotherapie. Bij inwendige radiotherapie, of brachytherapie, worden radioactieve bronnen in het lichaam van de patiënt gebracht. Maar de meeste patiënten krijgen uitwendige radiotherapie: bestraling van de tumor van buitenaf met een apparaat (lineaire versneller).

De uitdaging hierbij is het evenwicht vinden. Enerzijds moet men de tumor een voldoende hoge bestralingsdosis toedienen om hem te vernietigen – of toch zeker te verkleinen. Anderzijds moet men de dosis die onvermijdelijk in de omringende gezonde weefsels terechtkomt, zo laag mogelijk houden om nevenwerkingen te voorkomen – of toch zeker te beperken.

Met dat evenwicht voor ogen worden nog permanent nieuwe bestralingstechnieken ontwikkeld. Begin 2009 behandelde UZ Leuven de eerste patiënt in België met de RapidArc-radiotherapie, een nieuwe, veelbelovende bestralingstechniek. Professor Karin Haustermans,

diensthooft radiotherapie-oncologie, overloopt de verschillende stappen van een bestralingsbehandeling om te verduidelijken waarom de RapidArc-techniek zo vernieuwend is.

Aflijning van het te bestralen veld

Professor Haustermans: "Voor we de patiënt bestralen, lokaliseren we nauwkeurig de tumor en de omringende, gezonde weefsels. De patiënt ligt op een tafel in de bestralingshouding en wordt zo nodig ondersteund met hulpstukken op zijn maat. Met een CT-scan maken we, millimeter per millimeter, beelden (dwarse doorsneden) van het lichaamsdeel waarin de tumor zich bevindt. Het te bestralen volume lijnen we af met een stift. Op specifieke referentiepunten plaatsen we heel fijne, nauwelijks zichtbare tatoeages, zodat we het bestralingsveld altijd kunnen reconstrueren. Moet het hoofd of de hals van de patiënt worden bestraald? Dan tekenen of tatoeëren we niet op zijn huid, maar op een op maat gemaakt masker."

Verdeling van de dosis over de tumor en de omringende weefsels

“De beelden van de CT-scan worden naar de planningscomputer gestuurd. De radiotherapeut lijkt daarop de tumor en de omringende gezonde weefsels af. Met deze ‘bewerkte’ beelden en de nodige software berekent de radiofysicus de dosisverdeling. Dat is de verdeling van de bestralingsdosis over de tumor en het gebied rond de tumor waarin gezonde weefsels liggen. Hij wil uiteraard de tumor maximaal raken en de omringende weefsels minimaal. De dosisverdeling verschilt vaak naargelang van de gebruikte bestralingstechniek. Daarom berekent hij de dosisverdeling voor de verschillende technieken. De radiotherapeut en radiofysicus bekijken samen welke techniek de beste dosisverdeling voor de patiënt oplevert.”

Doelwit maximaal treffen, gezonde weefsels maximaal sparen

“We onderscheiden drie bestralingstechnieken. De klassieke driedimensionale conformele radiotherapie (3DCRT). De intensiteitgemoduleerde radiotherapie (IMRT), die we sinds 2001 toepassen. En de allernieuwste RapidArc-radiotherapie. Bij alle technieken krijgt de patiënt radioactieve stralen (fotonenbundels) toegediend, terwijl hij in exact dezelfde positie op de tafel ligt als tijdens de veldaflijning. De stralen worden in een buis van het bestralingsapparaat, de lineaire versneller, opgewekt. De kop van de lineaire versneller wordt naar de tumor gericht en ‘schiet’ een stralenbundel af. Meestal bestralen we de tumor vanuit verschillende invalshoeken. Bij 3DCRT zijn dat er drie tot vijf. Metalen plaatjes (lamellen) in de kop van de versneller schermen de stralen af die op de gezonde weefsels rond de tumor zouden terechtkomen. Bij IMRT bestralen we de tumor vanuit heel wat meer invalshoeken (vijf tot veertien). Nog doelgerichter dus, en tegelijk veiliger voor de gezonde weefsels rond de tumor, want de lamellen in de versnellerskop bewegen tijdens de bestraling. Dat maakt het mogelijk om de intensiteit van de invallende stralen te moduleren:

de tumor krijgt een hogere dosis en de omringende weefsels een lagere dan met de 3DCRT-techniek.”

Nóg doelgerichter door kortere behandelingstijd

“De RapidArc-radiotherapie is een nieuwe vorm van IMRT waarbij de kop van de lineaire versneller tijdens de bestraling in een vloeiende, cirkelvormige beweging rond de patiënt draait. En dit in amper een tot twee minuten tijd. Vandaar de benaming RapidArc, wat letterlijk ‘snelle boog’ betekent. We moeten de kop dus niet meer handmatig in de verschillende bestralingsrichtingen zetten. Dat verkort de behandelingstijd aanzienlijk: een RapidArc-behandeling is tot acht keer sneller dan de snelste IMRT-behandeling. De korte behandelingstijd verhoogt het comfort van de patiënt want hij moet veel minder lang stilliggen in de bestralingspositie. Bovendien verlaagt dit het risico dat de tumor en de organen tijdens de behandeling van plaats verschuiven en daardoor niet de juiste bestralingsdosis krijgen. Hoe dat kan gebeuren? Door een kleine beweging van de patiënt of door onwillekeurige processen in zijn lichaam, zoals darmrommelingen of het vollopen van de blaas.”

Professor Haustermans besluit: “De grote voordelen van de RapidArc-behandeling zijn de korte behandelingstijd en de precieze verdeling van de bestralingsdosis. Ze maken het mogelijk om aan de tumor een nog hogere bestralingsdosis toe te dienen en tegelijk de omringende gezonde weefsels nog beter te sparen. De ultieme resultaten zijn in het voordeel van de patiënt: meer comfort tijdens de behandeling, hogere genezingskansen en een lager risico op bijwerkingen.”





Valpreventie: voorkomen blijft beter dan genezen

Tijdens de nationale Week van de patiëntveiligheid van 16 tot 20 november 2009 zette UZ Leuven valpreventie in de kijker.

Valincidenten komen veel voor in ziekenhuizen, vooral bij oudere patiënten. Ongeveer dertig procent van de valincidenten leidt tot snij- en schaafwonden of kneuzingen. Tien tot vijftien procent leidt zelfs tot ernstigere verwondingen, zoals bloedingen en breuken. Naast lichamelijke letsels zijn er mogelijk ook mentale gevolgen (valangst, depressie) of sociale (afhankelijkheid van anderen, sociale isolatie).

Preventie op maat van de patiënt

Op vraag van het College voor Geriatrie, waarin ook UZ Leuven zetelt, werkte het Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen in 2007 en 2008 mee aan een valpreventierichtlijn. Door de invoering van een nieuw registratiesysteem voor valincidenten in 2008 kreeg UZ Leuven meer zicht op de risicofactoren en omstandigheden van valincidenten. Met die informatie en de richtlijn als leidraad stelde UZ Leuven een procedure op. Die start met een inschatting van het valrisico bij iedere patiënt die wordt opgenomen. Werd hij opgenomen wegens een val? Is hij de laatste zes maanden nog gevallen? Kan hij moeilijk stappen of heeft hij een verminderd zicht? Voor patiënten met een verhoogd valrisico neemt het multidisciplinaire team specifieke maatregelen, zoals de evaluatie van zijn medicatie die

mogelijk het valrisico verhoogt. Heeft de patiënt geen verhoogd valrisico? Dan volstaan algemene maatregelen: de zorgverleners verwijderen alle obstakels in de kamer van de patiënt en zorgen voor voldoende licht in de kamer en de gang. Daarnaast plaatsen ze het bed van de patiënt in een positie die het hem gemakkelijk maakt om in en uit te stappen. Ze ruimen gemorste producten op de vloer onmiddellijk op en zorgen ervoor dat de patiënt stevige en gesloten schoenen draagt. Ook de patiënt wordt bij de valpreventie betrokken. Sinds oktober 2009 ontvangt hij bij zijn opname een folder met tien tips om valpartijen te vermijden. Die zijn ook op de UZ Leuven-website terug te vinden.

Werken aan een veiliger ziekenhuis

Om het ziekenhuis nog veiliger te maken, werden ook afspraken gemaakt met onder meer de schoonmaakdienst. Die zorgt er nu bijvoorbeeld voor dat bij het reinigen van een gang altijd een stuk droog blijft. En de technische dienst monteert op de muren nog meer stevige steunen. Valt de patiënt toch tijdens zijn ziekenhuisverblijf? Dan krijgt hij onmiddellijk de nodige zorg en wordt een arts verwittigd als er (vermoedelijk) letsels zijn. Elk incident wordt gemeld via het incident-managementsysteem. ■



Triagesysteem op spoedgevallendienst filtert meest kritieke patiënten

Patiënten identificeren die een onmiddellijke behandeling nodig hebben én alle patiënten over de wachttijden informeren. Dat beoogt het triagesysteem op de spoedgevallendienst.

De spoedgevallendienst van UZ Leuven vangt jaarlijks ongeveer 54 000 patiënten op. Dat komt neer op gemiddeld 150 patiënten per dag. Een dag op de tien stromen er zelfs 175 patiënten binnen.

Met het patiëntenaantal lopen ook de wachttijden op. En tijdig ingrijpen is zeker op de spoedgevallendienst cruciaal. “Inderdaad, het kan een leven redden”, zegt prof. dr. Jean-Bernard Gillet, diensthoofd urgentie-geneeskunde. “Precies daarom voerden we begin 2009 een triagesysteem in. Dat filtert op uniforme wijze de meest kritieke patiënten uit de steeds toenemende patiënteninstroom op de spoedgevallendienst.”

Dringendheidscode

Hoe werkt dit in de praktijk? Professor Gillet: “Iedere patiënt die op de spoedgevallendienst binnenkomt, wordt onmiddellijk door een gespecialiseerde verpleegkundige onderzocht. Die maakt een inschatting van de ernst van de toestand en de vereiste diagnostische onderzoeken.

Deze twee parameters ‘hertaalt’ hij in een code van één tot vijf met de Emergency Severity Index (ESI).

Dit internationaal goedgekeurd triage-instrument is een algoritme dat naar een schaal met vijf niveaus of codes leidt. Krijgt de patiënt code één? Dan verkeert hij in levensgevaar en maken we onmiddellijk een box voor hem vrij. Code twee betekent dat zijn toestand niet levensbedreigend is, maar toch zo ernstig dat er zo snel mogelijk een box voor hem wordt vrijgemaakt. De minst kritieke code is vijf. Een praktijkvoorbeeld van een code vier of vijf? Iemand met een verzwikte enkel: zijn toestand kan niet verslechteren. We starten wel meteen een pijnbehandeling.”

Wat als de verpleegkundige bij de triage twijfelt aan de urgentiegraad? “Dan roept hij meteen de hulp van de floormanager in, de superviserende urgentiearts.”

Voortdurende opvolging

Een computerprogramma visualiseert de lijst van patiënten met hun triagecode, wachttijd en de onderzoeken die ze nog moeten of al hebben ondergaan. Professor Gillet: “Patiënten die moeten wachten, worden niet aan hun lot overgelaten. Zij blijven onder de supervisie van de triageverpleegkundige die hun toestand opvolgt.”

Communiceren over wachttijd

Uit metingen blijkt dat sinds de invoering van het triagesysteem patiënten met code één en twee beduidend sneller worden behandeld. Keerzijde van de medaille: patiënten met code vier en vijf moeten soms langer wachten. Zeker op de klassieke piekmomenten: tussen 9 en 11 uur, tussen 12 en 14 uur en rond 18 uur.

“Op het triagemoment krijgt de patiënt niet alleen een code, maar informeren we hem ook over zijn vermoedelijke wachttijd”, zegt professor Gillet. “Loopt die door de instroom van meer kritieke patiënten nog verder op? Dan brengen we hem ook hiervan op de hoogte. Mensen tonen meer begrip voor het feit

dat ze moeten wachten, als ze hiervoor een goede uitleg krijgen.”

Het tevredenheidsonderzoek vlak voor de invoering van het triagesysteem toonde aan dat patiënten doorgaans tevreden waren over de dienstverlening op de spoedgevallendienst. Zelfs al moesten ze lang wachten. Slechts een heel kleine minderheid toonde zich ontevreden.

Professor Gillet: “Met het triagesysteem willen we onze dienstverlening en dus ook de tevredenheidsscore nog verbeteren. We kijken dan ook uit naar het resultaat van de tweede meting – een jaar na de invoering van het triagesysteem.” ■

07-2009

Nurse Award voor vroedvrouw van Leuvens universitair fertiliteitscentrum

In juli 2009 ontvangt UZ Leuven-vroedvrouw Eline Dancet de Nurse Award 2009 op het ESHRE*-congres in Amsterdam. Hier bespreken Europese onderzoekers en hulpverleners de recente ontwikkelingen rond de menselijke vruchtbaarheid en voortplanting.

Eline Dancet is – in België én Europa – een van de eerste fertiliteitsvroedvrouwen die aan een doctoraat werkt. Ze wordt hierbij begeleid door professor Thomas D’Hooghe (gynaecoloog en coördinator Leuvens universitair fertiliteitscentrum) en krijgt de steun van het rectoraat van de K.U.Leuven.

Dancet onderzocht het perspectief op zorgkwaliteit van patiënten die een teelbalbiopsie ondergingen om hun zaadcellen te kunnen invriezen voor een medisch begeleide bevruchting. Patiënten willen meer dan een doeltreffende behandeling, toont Dancet aan. Ze hechten belang aan de houding van de zorgverleners, informatieverstrekking, een vlot tijdsverloop en zorg en ondersteuning op maat. Ook deze aspecten moeten in rekening worden gebracht bij het meten van de zorgkwaliteit. ■

* ESHRE = European Society for Human Reproduction and Embryology



Het elektronisch medisch voorschrift is meer dan een vervanging van de papieren versie

Bijna al de hospitalisatieafdelingen van UZ Leuven voerden in 2009 het elektronisch medisch voorschrift in. Dat verhoogt de veiligheid en kwaliteit van de patiëntenzorg en doet de papierberg in de ziekenhuisapotheek slinken.

Voor iedere patiënt maakt UZ Leuven een elektronisch patiëntendossier aan. Al de medische teams die de patiënt behandelen, kijken dit in en vullen het medische of verpleegkundige luik aan. In 2009 werd nog een farmaceutisch luik toegevoegd: het elektronisch medisch voorschrift (EMV).

Professor Bart Van den Bosch, directeur IT: “Het EMV bevat onder meer de elektronische voorschriften voor de behandeling van de patiënt in het ziekenhuis. De voorschrijver ondertekent ze elektronisch. Samen met de overheid werkten we een betrouwbaar en veilig systeem uit voor een intramurale elektronische handtekening – dus binnen de ziekenhuismuren.”

De ziekenhuisapotheek heeft toegang tot het EMV en levert de voorgeschreven medicijnen aan de verpleegkundigen af. Op de afdeling krijgt de patiënt de geneesmiddelen toegediend en wordt hij opgevolgd. Ook dat wordt in het EMV geregistreerd.

Up-to-date en volledig medicatieplan

Moet een patiënt van cardiologie tijdelijk naar maag- en darmziekten? Dan weet het team van maag- en darmziekten met één blik op het EMV welke cardiomedicatie het bij de patiënt moet voortzetten. Blijkt later dat de patiënt ook medicatie voor een maagzweer nodig heeft? Dan wordt die ook in het EMV opgenomen. Professor Van den Bosch: “Het EMV geeft dus een up-to-date overzicht van alle medicijnen die de patiënt moet krijgen. En alle wijzigingen blijven traceerbaar.”

Geneesmiddeleninteracties

Wat als een arts in het EMV een geneesmiddel voorschrijft dat niet (goed) combineerbaar is met een ander, eerder voorgeschreven geneesmiddel? Professor Ludo Willems, diensthoofd ziekenhuisapotheek: “Dan krijgt hij automatisch een waarschuwingsteken,

want we integreerden een programma in het EMV dat geneesmiddeleninteracties opspoorde. Wil hij het geneesmiddel toch voorschrijven – omdat het levensreddend is bijvoorbeeld – dan moet hij met zijn wachtwoord het waarschuwingsteken overrulen.”

Dosisbewaking bij chemotherapie

Om chemotherapie voor te schrijven werd een aparte module in het EMV ontworpen. Professor Van den Bosch: “Die bevat standaard therapieschema’s. De arts selecteert een schema en past het aan tot het helemaal op maat van de patiënt is. De module berekent de dosis voor de patiënt met de parameters die de arts invoert, zoals lengte en gewicht. De module checkt ook of de maximaal toegelaten dosis – per dag of gespreid over het leven van de patiënt – niet wordt overschreden.”

Procesbewaking

Het EMV is de eerste stap naar een waterdicht medicatiebewakingssysteem, vanaf het moment van voorschrijven tot dat van toedienen. Professor Ludo Willems blikt naar de toekomst: “Net voor we de medicatie aan de patiënt toedienen (bedside), scannen we de barcode van het patiëntenidentificatiebandje én die van de medicijnen. De barcodes worden automatisch gecheckt met het EMV. Gaat het om de juiste patiënt, de juiste medicatie en het juiste tijdstip? Dan pas krijgen we groen licht voor de toediening van de geneesmiddelen aan de patiënt.” ■

02-2009

UZ Leuven bewijst het positieve effect van ballonkyfoplastie bij osteoporotische wervelfracturen

Op 25 februari 2009 presenteert het gerenommeerde tijdschrift The Lancet de resultaten van een Europees onderzoek naar de impact van ballonkyfoplastie bij osteoporotische wervelfracturen. Coördinator van het onderzoek en senior author van de publicatie is professor Steven Boonen (geriatrie en centrum voor metabole botziekten UZ Leuven).

Wervelfracturen bij patiënten met osteoporose veroorzaken acute pijn en een blijvende, pijnlijke vervorming van de wervelzuil. De vervorming kan worden hersteld met ballonkyfoplastie, een recente minimaal-invasieve heelkundige behandeling. Hierbij wordt een ballon in de getroffen wervel ingebracht, opgeblazen en gevuld met vloeibare cement. Zo wordt de wervelhoogte (gedeeltelijk) hersteld. Maar verbetert deze ingreep werkelijk de klinische prognose van patiënten met osteoporotische wervelfracturen? Dat werd onderzocht bij 300 patiënten. Het antwoord bleek positief: de patiënten voelen onmiddellijk na de ingreep hun pijn verdwijnen, en hun levenskwaliteit op korte en lange termijn, verbetert aanzienlijk.





Vanuit de dagelijkse zorg werken aan de ontwikkeling van verpleegkunde

Verpleegkundig directeur Lon Holtzer: “Elke dag zetten onze verpleegkundigen zich maximaal in om de beste professionele zorg te geven. Ze krijgen hiervoor veel waardering van de patiënten en werken dan ook graag permanent mee aan de ontwikkeling van verpleegkunde.”

Lon Holtzer blikt terug op enkele projecten en initiatieven die focusten op de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg, de vaardigheden van verpleegkundigen en de beeldvorming van het verpleegkundige beroep.

Onderbouwd verpleegplan voor de beste zorg voor iedere patiënt

Lon Holtzer: “In 2009 implementeerden al veel verpleegafdelingen van UZ Leuven de zorgmodule. Dat is een luik in het elektronische patiëntendossier met de specifieke zorgplannen per verpleegeenheid. Een zorgplan beschrijft het volledige zorgproces voor een groep patiënten met een gelijkaardige aandoening of therapie. De verpleegkundigen op de diensten, de hoofdverpleegkundigen en de medewerkers van het competentiecentrum namen samen het bestaande zorgproces grondig onder de loep. Ze analyseerden de vereiste verpleegkundige zorg en vertaalden die in een goed onderbouwd standaardzorgplan per patiëntengroep.”

Individuele noden registreren en beantwoorden

Maar patiënten met dezelfde aandoening of therapie kunnen onderling nog sterk verschillen.

Lon Holtzer: “Daarom vullen we het standaardzorgplan voor iedere patiënt aan met miniverpleegplannen. Die komen tegemoet aan de specifieke noden of verpleegproblemen van de individuele patiënt. Hoe we die opsporen? We bevragen de patiënt systematisch binnen 24 uur na zijn opname. Zo detecteren we bijvoorbeeld pijn, een verhoogd valrisico of een slechte voedingstoestand. Deze informatie registreren we sinds 2009 elektronisch in de assessmentmodule van ons klinisch werkstation (KWS). Al de betrokken gezondheidswerkers – arts, sociaal werker en verpleegkundige – kijken de assessmentmodule in en vullen ze aan. Uiteraard bevroegen zij de patiënt vroeger ook, maar ze deden dat los van elkaar, en ieder noteerde zijn informatie in zijn eigen papieren dossier.”

Naar nog meer veiligheid en kwaliteit door opleiding en begeleiding

Een kwalitatief hoogstaande en veilige patiëntenzorg steunt op medewerkers die niet alleen gedreven zijn, maar ook goed worden opgeleid en begeleid. Lon Holtzer zet enkele initiatieven die de verpleegkundigen 'versterken' in de kijker:

Extra verpleegkundig specialisten

"In 2009 zette UZ Leuven nog vijf extra verpleegkundig specialisten in – en dit voor de domeinen hartfalen, voorkamerfibrillatie, longtransplantatie, therapietrouw bij kinderen en hemofilie. Zij volgen nauwgezet de ontwikkelingen in hun vakdomein, vertalen die naar toepassingen in de dagelijkse praktijk en geven hun kennis door aan hun collega's en aan de patiënten."

Vaste 'mobiele' verpleegkundigen per cluster

"Waar de nood op de verpleegafdelingen hoog is, springen 'mobiele' verpleegkundigen bij. Maar de verpleegkundige zorg is vaak heel specifiek per afdeling. En het is onmogelijk om die allemaal perfect onder de knie te krijgen als je voortdurend van de ene naar de andere afdeling moet. Daarom 'clusterden' we in 2009 gelijkaardige verpleegafdelingen. Alle afdelingen waarin patiënten met long-, hart- en vaatziekten worden verzorgd, vormen bijvoorbeeld een cluster. Aan elke cluster wezen we specifieke 'mobiele' verpleegkundigen toe, zodat zij de kans krijgen om zich helemaal in te werken en de totaalzorg voor patiënten op te nemen."

Mentoren voor nieuwkomers

"Studenten verpleegkunde maar ook nieuwe collega's worden de eerste maanden opgevolgd en ondersteund door de verpleegkundigen van ons nurse support team. Sinds 2009 kunnen de nieuwkomers ook rekenen op een opgeleide mentor-verpleegkundige van de afdeling. Het nurse support team ontwikkelde in samenwerking met de KH Leuven een heuse mentorenopleiding."

Protocollen voor verpleegkundige handelingen op MuzliDoc

"Twijfelt een zorgverlener aan de precieze uitvoering van een verpleegkundige handeling? Dan kan hij het protocol opvragen via het elektronisch platform 'MuzliDoc'. Onze verpleegkundigen schreven in 2009 heel veel protocollen voor verpleegkundige handelingen gedetailleerd uit. Die werden door een multidisciplinair team gevalideerd en voor alle gezondheidswerkers beschikbaar gesteld op MuzliDoc."

Brug van ziekenhuis naar onderwijs en onderzoek

Zorgberoepen zoals verpleegkunde kampen nog altijd met een 'soft' imago dat jongeren weinig aanspreekt. Lon Holtzer: "Verpleegkunde is nochtans samen met de geneeskunde sterk geëvolueerd. Maar dat weten nog te weinig studenten en leerkrachten van het middelbaar onderwijs. Daarom nemen we deel aan infobeurzen, verdelen we het jongerenmagazine Flor met getuigenissen van verpleegkundigen en organiseren we 'inleefmomenten' in het ziekenhuis. In 2009 'liepen' ongeveer 300 mensen 'een dagje mee' met onze verpleegkundigen." Doen inleefmomenten het aantal studenten verpleegkunde stijgen? "Zeker, al drie jaar op rij sinds de opstart in 2006. In oktober 2009 noteerde de KH Leuven een stijging met liefst zeventien procent ten opzichte van oktober 2008. Terwijl dit cijfer voor Vlaanderen zes procent bedraagt. In 2009 moedigden we onze verpleegkundigen ook sterk aan om hun praktijkervaring te delen in colleges van de KH Leuven, het Sint-Franciscusinstituut en het Centrum voor ziekenhuis- en verplegingswetenschap."

En maken UZ Leuven-verpleegkundigen ook de brug naar het onderzoek? Lon Holtzer: "Ja. Met de steun van het klinisch onderzoeksfonds (KOF) van UZ Leuven werden enkele verpleegkundigen deeltijds vrijgesteld om aan hun doctoraat in verpleegkunde te werken. Op die manier bouwen we aan de professionele verpleegkunde – vandaag en in de toekomst." ■

06-2009

Galenusprijs voor onderzoek naar ontwikkelingsfarmacologie bij pasgeborenen

Professor Karel Allegaert (neonatologie UZ Leuven) ontvangt de Galenusprijs voor zijn onderzoek naar de ontwikkelingsfarmacologie bij pasgeborenen. De farmacologie is de wetenschapstak die enerzijds bestudeert wat het lichaam met het geneesmiddel doet (opname, verdeling en eliminatie). Anderzijds onderzoekt de farmacologie ook wat een geneesmiddel met het lichaam doet (effecten en neveneffecten). De farmacologische eigenschappen van een geneesmiddel bepalen mee de therapeutische dosis. Tijdens de ontwikkeling van een geneesmiddel worden ze dan ook grondig bestudeerd. Klassiek gebeurt dat bij volwassenen, maar meer en meer ook bij kinderen. Toch zijn niet alle geneesmiddelen die vandaag aan pasgeborenen worden toegediend, vooraf bij hen getest. In die gevallen is het moeilijk om de juiste dosis te bepalen, want pasgeborenen zijn medisch gezien geen miniatuurvolwassenen, zelfs geen miniatuurkinderen. Naast hun lichaamsgewicht spelen rijpingsprocessen en specifieke leeftijdsgebonden gevoeligheden een rol bij de dosering. Uit zijn waarnemingen bij zieke pasgeborenen leidde professor Allegaert variabelen af die het gedrag en effect van geneesmiddelen bij deze patiëntjes beïnvloeden. Die informatie is heel nuttig om de dosering van geneesmiddelen bij hen exact te bepalen. ■

01-2009

Campus Pellenberg viert vijftigste verjaardag

UZ Leuven campus Pellenberg bestaat in 2009 50 jaar. Oorspronkelijk was de campus opgezet als sanatorium. Maar met de komst van penicilline verdween tbc en met de mijnsluitingen de stoflong. Onder leiding van professor Mulier werd toen een dienst orthopedie uitgebouwd. Begin jaren 90 verhuisde longziekten volledig naar campus Gasthuisberg. Er kwam in campus Pellenberg meer en meer residentiële revalidatie, samen met een deel fysische geneeskunde. Anno 2009 omvat de campus de afdelingen orthopedie, musculoskeletale en neurologische revalidatie, geriatrie revalidatie en het pijncentrum.

Een blik op de komende 50 jaar? Campus Pellenberg wil zich nog intensiever toeleggen op de revalidatiezorg, met de focus op musculoskeletale en neurologische revalidatie. In de komende jaren wordt de campus aangepast om met een multidisciplinair team maximaal aan de specifieke revalidatienoden te beantwoorden. ■

02

TRANSLATIONEEL ONDERZOEK





Juridische en financiële toetsing van klinische studies door het CTC

Het Clinical Trial Center (CTC) van UZ Leuven begeleidt elk (para)medisch en wetenschappelijk onderzoek waarbij testen bij mensen worden gedaan. Het doet dit op administratief, financieel en juridisch vlak. Het streefdoel? Een transparante, doeltreffende, kwaliteitsvolle en wettelijk correcte uitvoering van klinische studies.

Studies met proefpersonen, zogenaemde klinische studies, moeten het fiat krijgen van de commissie medische ethiek (CME). Dat schrijft de wet al jaren voor. Sinds kort moeten ze in UZ Leuven ook groen licht krijgen van het Clinical Trial Center (CTC). Dat werd in augustus 2008 opgericht en geleidelijk bemand. In december 2009 kwam het laatste teamlid aan boord. De CME toetst de studies op hun ethisch-wetenschappelijke waarde, maar voor de juridische en financiële toetsing ondersteunt het CTC haar. Het CTC zorgt ervoor dat het contract, het verzekeringsvoorstel en de kostenraming wettelijk en voor het ziekenhuis in orde zijn, voor ze aan de CME worden voorgelegd.

Hertaling van complexe wetgeving

“De wetgeving over klinische studies wordt steeds complexer”, zegt prof. dr. Frank Rademakers, hoofdgeneesheer van UZ Leuven. “Naast de patiëntenwetgeving is er onder meer de wetgeving van Intellectual Properties (octrooiën), de Europese Directive over klinische studies die in nationale wetten

werden omgezet en wetgevingen buiten Europa. Het CTC waakt erop dat het ziekenhuis al deze wetten toepast, bij voorkeur zo uniform mogelijk.”

Helpdesk en aanspreekpunt

“Daarnaast is het CTC een helpdesk voor UZ Leuven-onderzoekers”, zegt prof. dr. Katelijne De Nys, klinisch farmacologe en hoofd van het CTC. “Maar we helpen ook externen die UZ Leuven bij hun klinische studie betrekken. Hebben zij bijvoorbeeld nog geen Principal Investigator (hoofdonderzoeker), dan brengen wij hen in contact met onze eigen onderzoekers.”

Een klinisch onderzoek in de steigers zetten, verloopt volgens een vast stramien. De hoofdonderzoeker van de studie dient het onderzoeksvoorstel in bij het CTC-loket. De loketmedewerker beoordeelt het onderzoekstype. Is UZ Leuven de opdrachtgever van de studie, dan coördineert de loketmedewerker zo nodig ook de bijbehorende administratieve verplichtingen. Dat kan bijvoorbeeld gaan om de Europese

registratie van de studie via de aanvraag van een Eudra-CT-nummer, de nationale registratie bij het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) of de aanmelding van de studie bij een publiek register zoals ClinicalTrials.com of who.int/ictpr. Voor elke studie waarbij een 'derde partij' (naast het ziekenhuis en de onderzoeker) is betrokken, is bovendien een contract nodig.

Rechten van opdrachtgever

De juridische coördinator van het CTC onderhandelt over contractuele bepalingen. Cruciaal is het vastleggen van de wettelijke opdrachtgever. "Op basis van de opdrachtgever maakt de wet een onderscheid tussen commerciële en niet-commerciële studies", legt professor De Nys uit. "Universiteiten, universitaire ziekenhuizen en het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek zijn mogelijke opdrachtgevers voor niet-commerciële studies. Is de opdrachtgever een farmaceutisch bedrijf? Dan gaat het om een commerciële studie. Met meestal als ultiem doel: een nieuw geneesmiddel commercialiseren of een bijkomende indicatie voor een bestaand geneesmiddel registreren. De wettelijke opdrachtgever wordt de eigenaar van de data (studieresultaten). Leveren die data octrooien op, dan worden ook die zijn eigendom. Bovendien heeft hij het finale beslissingsrecht over de publicatie van de data. Werken we met een commerciële partner? Dan waken we erover dat onze onderzoekers ook worden erkend voor hun werk in de studie en dat bijvoorbeeld contractueel vaststaat dat ze hun data ook mogen inzien."

Wat als UZ Leuven opdrachtgever is, maar een farmaceutisch bedrijf de onderzoeker wil sponsoren, bijvoorbeeld door geneesmiddelen die al op de markt zijn te leveren? "Dat kan perfect", zegt professor De Nys. "Maar dan leggen we wel contractueel vast dat het bedrijf verantwoordelijk blijft voor de kwaliteit van die geneesmiddelen. We bepalen ook dat de opdrachtgever eigenaar blijft van de data en vrij kan publiceren, want het is zijn onderzoek."

In UZ Leuven starten jaarlijks 600 tot 700 nieuwe

10-2009

Antibioticagids in zakformaat

In oktober 2009 rolt de geüpdatete UZ Leuven-antibioticagids van de pers. Die bevat richtlijnen voor het preventieve, empirische en gerichte gebruik van antibiotica. Het doel is om de kwaliteit van de zorg voor de patiënt nog te verhogen en ongevoeligheid voor antibiotica te voorkomen.

De eerste gedrukte gids dateert van 2005. De aangepaste edities van 2006 en 2007 verschenen alleen elektronisch. Maar de laatste actualisering door de UZ Leuven-antibioticabeleidsgroep resulteert dus opnieuw in een gedrukte versie, in handig zakformaat. De vaste medische stafleden, de artsen-specialisten in opleiding en de netwerkziekenhuizen ontvangen een exemplaar.

Externen bestellen de antibioticagids 2009 via www.uzleuven.be/antibioticagids/2009 of raadplegen er de onlineversie. Die bevat altijd de meest actuele aanbevelingen. Hiervoor werd in samenwerking met de afdeling IT een volledig nieuw formaat van gekoppelde databanken ontwikkeld.

■

klinische studies, waarvan ongeveer evenveel commerciële als niet-commerciële.

No-faultverzekering voor patiënt

De wettelijke opdrachtgever van de studie heeft niet alleen rechten, maar ook plichten. Hij draagt de volledige verantwoordelijkheid voor de studie. Dat geldt ook als een deel ervan buiten de eigen muren gebeurt, zoals bij de zogenoemde multicentrische studies waaraan patiënten van verschillende universitaire ziekenhuizen deelnemen. De opdrachtgever is dan verantwoordelijk voor alle patiënten, voor hun veiligheid, het rapporteren van ongewenste onverwachte effecten en de accuraatheid van alle data. “Dat houdt onder meer in dat de opdrachtgever zich verzekert tegen schade die een patiënt door de studie oploopt, zoals ongewenste effecten van experimentele geneesmiddelen”, zegt professor De Nys. “De juridische coördinator van het CTC ziet erop toe dat deze no-faultverzekering wordt toegepast volgens de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.”

Financiële analyse

De financiële cel van het CTC coördineert de raming van de kosten en de inschatting van het studiebudget. “Dat doen we op basis van de flowchart van de klinische studie”, zegt professor De Nys. “De onderzoeker duidt hierop aan welke prestaties specifiek voor het onderzoek zijn en welke ‘routineprestaties’ zijn. Wij helpen hem dit draaiboek nog te verfijnen, zodat we zeker zijn dat alle kosten door het budget worden gedekt en niemand een financiële kater oploopt.”

Al de handelingen, aktes en prestaties die specifiek voor de klinische studie worden uitgevoerd, vallen onder het studiebudget. Alleen de normale routinezorg, die geen bijkomende inspanning of afwijking van de standaard klinische zorg vraagt, mag door het Riziv en/of de patiënt worden betaald. “Het CTC checkt of de onderzoeker de kosten correct heeft geklasseerd (Riziv/studiebudget)”, zegt professor De Nys. “De uiteindelijke doelstellingen zijn: de patiënt garanderen dat hij door zijn deelname aan de studie geen extra medische kosten heeft en de ziekteverzekering

02-2009

De vernieuwde isolatiekamers op radiotherapie-oncologie

De afdeling radiotherapie-oncologie vernieuwde twee isolatiekamers. Ze voldoen nu aan de strengste Europese richtlijnen en komen beter tegemoet aan de noden van de patiënten. “Ik had een soort bunker verwacht, maar mijn isolatiekamer lijkt op een gewone kamer en heeft een groot raam”, vertelt Jef (64). Hij heeft schildklierkanker en verblijft in isolatie tot zijn radioactieve jodiumpil volledig uit zijn lichaam is verdwenen. “De vloer, de telefoon en mijn stoel zijn afgeplakt met plastic, omdat ik de radioactiviteit uitzweet. Ook mijn urine en stoelgang is radioactief: daarom gebruik ik een vriestoilet. Wanneer de verpleegster me eten brengt, ga ik in de andere hoek van de kamer staan, want de radioactiviteit neemt sterk af met de afstand. Ik voel me wel alleen, maar gelukkig kan ik met mijn vrouw praten. Ze komt tot in een sas tussen mijn kamer en de gang. We zien elkaar door het glas en praten via een telefoon. En dankzij de internetaansluiting in mijn kamer blijf ik met de hele wereld verbonden!” ■

garanderen dat ze niet onterecht studiekosten krijgt aangerekend.”

Voor deze ‘transparante’ kosten hanteert het CTC vaste, jaarlijks indexeerbare tarieven. Is de opdrachtgever van de studie een bedrijf? Dan moeten nog bijkomende kosten worden geraamd, zoals de personeelskosten, de Investigator Fee en de inkomsten voor de eigen diensten. Over de Fee bijvoorbeeld mag de onderzoeker zelf onderhandelen, maar het CTC kan op zijn vraag wel tussenkomen. Dekkt het geraamde budget de kosten niet? Dan worden extra middelen aan het bedrijf gevraagd of worden in afspraak met de onderzoeker eigen middelen aangesproken. Op die manier werkt het CTC samen met de onderzoeker een sluitend budgetvoorstel uit.

Afstemming met andere ziekenhuisdiensten

Het CTC stemt haar beleid af met andere diensten van UZ Leuven. “We maken afspraken met onder meer de personeelsdienst, medische administratie en de IT-dienst. En last but not least, met de ziekenhuisapotheek. Die laatste ontvangt en registreert al de medicijnen en medische hulpmiddelen voor de klinische studies. Ze slaat ze op volgens de vereisten van internationale standaarden en van het studieprotocol. Ze verdeelt ze onder de diensten, in de verpakking en de condities die het studieprotocol, de nationale wetgeving en de internationale richtlijnen voorschrijven. De kostenraming en de apotheekfactuur geeft ze door aan de financiële cel van het CTC.”

Win-winsituatie

“Met zijn coördinerende rol wil het CTC een meerwaarde voor alle betrokken partijen opleveren”, besluit professor De Nys. “De proefpersonen hebben de zekerheid dat het onderzoek van hoge kwaliteit is. De (hoofd)onderzoekers krijgen administratieve, financiële en juridische steun – vooral bij de voorbereiding, maar ook bij de uitvoering, opvolging

en afsluiting van het klinische onderzoek. Hun rechten worden hierbij zo goed mogelijk bewaakt. Externe opdrachtgevers hebben een uniek aanspreekpunt. En UZ Leuven garandeert als referentiecentrum voor klinische onderzoek de wettelijk correcte uitvoering van de studies.”

Afstemming met de Clinical Research Board

Het CTC wordt stevig geruggensteund door de Clinical Research Board (CRB) van UZ Leuven. “Moet het CTC principiële standpunten innemen, dan toetst ze die af met de CRB”, zegt hoofdgeneesheer en CRB-voorzitter professor Frank Rademakers. “Ook bij problemen of discussies met opdrachtgevers of onderzoekers, raadpleegt het CTC de CRB. Bijvoorbeeld wanneer het CTC en de onderzoeker het niet eens worden of bepaalde prestaties al dan niet tot de routinezorg behoren. De CRB hoort dan beide partijen en neemt de finale beslissing.”

Naast vaste leden telt de CRB periodiek verkiesbare vertegenwoordigers van de vaste medische staf. Ze heeft geen operationele, maar een strategische bevoegdheid. Op haar maandelijkse vergadering behandelt ze vragen van de UZ Leuven-directie, de K.U.Leuven, de overheid, het CTC en individuele onderzoekers.

Vooruitblik

Kunnen we nog een blik krijgen op initiatieven die op stapel staan bij het CTC? Professor De Nys: “We onderhandelen met de farma-industrie over gestandaardiseerde contracten, zogenoemde raamcontracten, die de administratieve doorlooptijd nog verkorten. We denken na over een extra dienstverlening van het CTC: biostatistische ondersteuning bij de opzet van de studie en de verwerking van data. En we overwegen de oprichting van een pool Clinical Trial Assistants. Dat zijn verpleegkundigen en andere medewerkers voor klinische studies die, naargelang van de behoeften, worden ‘ingehuurd’.” ■



UZ Leuven bouwt aan Health Sciences campus Gasthuisberg

Met de grote bouwwerken in 2009 op campus Gasthuisberg wordt het masterplan van UZ Leuven realiteit. “We blijven investeren in de vernieuwing en uitbreiding van UZ Leuven. Samen met de K.U.Leuven bouwen we aan een heuse Health Sciences campus”, zegt operationeel directeur dokter Wim Tambeur.

Inhaalbeweging

Begin 2009 kwamen er twee extra openluchtparkings op campus Gasthuisberg. Eén aan de rotonde (met het kunstwerk ‘Het Teken’) voor het ziekenhuis, de andere aan de westkant, naast de brandweergebouwen. Met als doel? “Andere parkings ontruimen en het terrein ‘bouwrijp’ maken”, zegt dokter Tambeur.

Korte tijd na de ontruiming startten grote graafwerken aan de achterkant van het ziekenhuis. Er werden nieuwe gebouwen opgetrokken – zowat overal op de campus. Dokter Tambeur verklaart deze bouwpiek: “We zijn aan een inhaalbeweging bezig en houden die nog enkele jaren vol. Door omstandigheden dateert onze laatste bouwfase al van vijftien jaar geleden. De huidige bouwpiek is meer dan onze traditionele tienjaarlijkse uitbreiding en renovatie. Ze weerspiegelt de strategische visie van UZ Leuven.”

Strategische visie

“De volledige acute zorg hevelen we over naar campus

Gasthuisberg en op de andere campussen bieden we een beter kader voor langdurige opnames”, zegt dokter Tambeur. “Door onze activiteiten ruimtelijk te concentreren, winnen we plaats. Toch is plaatsgebrek maar één reden van onze bouwactiviteit. Ze speelt ook in op evoluties in de patiëntenzorg: die wordt altijd ambulanter en intensiever.

Bovendien hecht UZ Leuven belang aan het uitbouwen van netwerken. Dat blijkt onder meer door de oprichting van het Vlaams ziekenhuisnetwerk K.U.Leuven. En ten slotte hebben UZ Leuven en K.U.Leuven de ambitie om samen een Health Sciences campus uit te bouwen die zich toelegt op patiëntenzorg, onderzoek, onderwijs en stedelijke functies. In al deze subdomeinen vervullen de mensen hun eigen opdracht én versterken ze elkaar nog door hun onderlinge samenwerking.”

De K.U.Leuven haalde de volledige afdelingen onderwijs en onderzoek voor biomedische wetenschappen uit het Leuvense centrum en bracht ze over naar campus Gasthuisberg. De synergie tussen ziekenhuis en universiteit werkt als een magneet op derde partijen

uit de gezondheidszorgsfeer. Zo huizen sinds 2008 ook de studenten van de vroegere departementen Rega en Verpleegkunde & Vroedkunde van de KH Leuven 'op de berg'. Ze trokken als één departement – Gezondheidszorg en Technologie – in een nieuwbouw op campus Gasthuisberg.

Ruimtelijke vertaling in masterplan

Dokter Tambeur vervolgt: “Onze strategische visie vertaalden we ruimtelijk in een masterplan. En het Antwerpse bureau Awg architecten tekende het in 2005 voor ons uit.” Dat het niet bij een droombeeld blijft, werd in 2009 voor het eerst écht zichtbaar. Enkele bouwprojecten konden worden afgerond en andere opgestart.

Nieuwe vleugel voor administratief gebouw

Dokter Tambeur blikt terug: “We namen al een deel van de nieuwe vleugel van het administratief gebouw in gebruik. In deze nieuwbouw van 5 000 m² centraliseren we al de administratieve diensten én maken we ruimten binnen het ziekenhuis vrij voor klinische toepassingen.”

Funderingen van kritieke diensten en groen licht voor acute psychiatrie

Waarom leiden de grote graafwerken aan de achterkant van het ziekenhuis? “Ze bereiden de bouw van het ziekenhuiskwadrant voor”, zegt dokter Tambeur. “Dat is een nieuwbouw voor kritieke diensten, acute psychiatrie, kinderpsychiatrie, moeder & kind en de ziekenhuisschool. De ondergrondse parking van drie verdiepingen biedt plaats aan 1 500 wagens. Van daaruit bereiken de personeelsleden rechtstreeks de omkleedruimten, en zo hun werkplek.”

De funderingen van het gebouw kritieke diensten van 32 000 m² liggen er al. “Het zal niet alleen een spoed-gevallendienst huisvesten, maar ook tien operatiekamers,

twee intensieve therapie-eenheden, neonatologie en nierdialyse. Met deze nieuwbouw kunnen we ook een aantal acute diensten naar campus Gasthuisberg overbrengen, zoals orthopedie van campus Pellenberg en oogziekten van campus Sint-Pieter. We kunnen ook de bestaande intensieve therapie-eenheden en operatiezalen grondig renoveren.”

Voor het acute psychiatrie-gebouw van het ziekenhuiskwadrant verkreeg UZ Leuven in 2009 alvast de subsidiegoedkeuring. “Als we het ontwerp en de aanbesteding in 2010 finaliseren, dan beginnen we in 2011 te bouwen”, zegt dokter Tambeur.

Extra gebouw voor onderwijs en onderzoek

Nog een ander opvallend nieuwbouwproject dat in 2009 werd gerealiseerd is een extra gebouw voor Onderwijs & Navorsing (O&N4). Vanaf eind 2010 huisvest dit nieuwe biotechnologische onderzoeksgebouw van 40 000 m² de onderzoeksdepartementen van het Vlaams Instituut voor Biotechnologie (VIB) en het interdepartementaal stamcelinstituut. “Maar het telt ook drie verdiepingen voor UZ Leuven en een parking voor 140 wagens”, zegt dokter Tambeur. Andere realisaties uit de onderzoekssfeer? “Eind 2008 werd het nieuwe animalium geopend. En in september 2008 startten we de bouw van een nieuw auditorium voor achthonderd personen.”

Eerste schakel van ringweg rond campus

Het masterplan hield ook rekening met praktische problemen waarmee een snelgroeende campus te maken krijgt, zoals meer verkeer in en rond de campus. “In 2009 kwamen we met de Vlaamse overheid tot een akkoord over de aanleg van een ringweg rond de volledige campus Gasthuisberg”, zegt dokter Tambeur. “We realiseerden al een stuk: de verbindingsweg tussen de Tervuursesteenweg en campus Gasthuisberg. Die blijft voorbehouden voor bussen, hulpdiensten en fietsen. Het openbaar vervoer stroomt beter door en de fietsers hebben een aangenamer traject.”

Verhoogde energie- en dataopslagknoden

Een snelgroeiende campus vraagt ook meer energie. “We bestudeerden ons toekomstige energieverbruik en onze mogelijkheid om duurzame energievormen te gebruiken”, zegt dokter Tambeur. “Die studie leidde ertoe dat we in september 2009 startten met de bouw van een kopstation. Hier komt elektriciteit de campus binnen en wordt in noodgevallen met dieselmotoren stroom opgewekt. Boven het kopstation komt een datacenter. Dat verbruikt heel veel energie en het is levensnoodzakelijk voor onze grote stroom van gegevens, zoals de elektronische medische dossiers. In 2009 scanden we bovendien al de papieren medische dossiers in. Ook die elektronische versies bewaren we.”

Vernieuwingen binnen de ziekenhuismuren

Ook binnen de bestaande ziekenhuismuren werd in 2009 heel wat verbouwd, gerenoveerd en aangepast. Dokter Tambeur blikt terug op projecten die in 2009 werden afgerond: “We brachten de afdelingen hartkatheterisatie, interventionele radiologie en hepatologie onder in het interventioneel radiologische en cardiovasculair centrum (IRCC). We fristen ook de wachtzalen op, vernieuwden het stamcellaboratorium, pasten de brachytherapie-eenheid aan en bouwden de mammografie-eenheid om. Ook renoveerden we alle liften en vervingen de telefooncentrale.” Nog een laatste voorbeeld? “We bouwden blok J van campussen Sint-Rafaël en Sint-Pieter om tot een gebouw met opleidingsfaciliteiten.”

Er werden in 2009 ook een aantal projecten opgestart die nog niet werden afgerond. Dokter Tambeur somt op: “De renovatie van heel wat operatiekamers en de installatie van multimedia in deze operatiekamers. De uitbouw van een hybride operatiekamer voor vasculaire heelkunde, van een echo-gynaecologie-eenheid en van een trialbureau voor het centrum metabole botziekten. Tevens werd een optimalisatieproject van de spoedgevallendienst opgestart en ook de verbouwingswerken van de centrale sterilisatieafdeling”



09-2009

Nieuwe behandeling verkleint gezwollen lever

In september 2009 presenteren Leuvense en Nijmeegse onderzoekers in het gerenommeerde vaktijdschrift *Gastroenterology* een nieuwe behandelingsmethode voor levercysten. De klassieke behandeling van patiënten met een lever die sterk is opgezwollen door cysten, is een operatie. Maar die is niet altijd succesvol of zonder verwikkelingen, en niet iedereen komt ervoor in aanmerking. Daarom zetten UZ Leuven en UMC St. Radboud (Nijmegen) in 2007 een groot onderzoek op naar een nieuwe behandeling. De verantwoordelijke onderzoeker in Leuven was professor Frederik Nevens, hepatologie. De teams onderzochten het effect van een synthetisch maagdashormoon (lanreotide) in een studie met 54 patiënten. Bij patiënten die dit hormoon zes maanden kregen, was de lever met liefst vijf procent gekrompen. Dit biotechnologische geneesmiddel biedt uitkomst voor de naar schatting 1 000 Belgen met een opgezwollen lever – in het bijzonder voor de 750 die normaal een operatie moeten ondergaan.





Vertaalslag van ziekenhuis naar lab en terug

Een netwerk dat meer synergie tussen artsen en onderzoekers creëert in het voordeel van de patiënt? Dat beoogt het Leuven Network for Translational Medicine.

Het Leuven Network for Translational Medicine (LNTM) werd opgericht in 2008 en uitgebreid in 2009. Professor Koen Norga: "Translationele geneeskunde staat voor medische innovatie via een vertaalslag in twee richtingen: from bedside to bench and back. Aan het patiëntenbed – bedside – worden artsen geconfronteerd met medische noden die ze soms niet kunnen beantwoorden. Daarin ligt de uitdaging van de translationele geneeskunde: die medische noden vertalen naar wetenschappelijke onderzoeksvragen, zodat ze in laboratoriumexperimenten – bench – kunnen worden onderzocht. En dan de bevindingen opnieuw vertalen naar de klinische praktijk, zodat de patiënt er beter van wordt."

Artsen en onderzoekers op één campus

De grote troef van het LNTM? Een groot academisch medisch centrum (UZ Leuven) én een gerenommeerde wetenschappelijke biomedische campus (K.U.Leuven) op één locatie: Gasthuisberg. Ook de campussen voor exacte en humane wetenschappen zijn maar een steenworp ver. "We hebben dus heel wat kennis in huis", zegt prof. dr. Norga. "En die kennis inventariseren we per pathologie met een 'expertisematrix'. Ook onze

hoogtechnologische en gespecialiseerde infrastructuur brengen we in kaart. Aan de 'bedside' staat onder meer het centrum voor klinische farmacologie en het Clinical Trial Center. Aan de 'benchside' vind je onder meer de biobank, een collectie van menselijke weefsels."

Aanspreekpunt en matchmaker

"Wat we aan kennis en infrastructuur in huis hebben, stellen we maximaal open voor innovatieve, multidisciplinaire projecten", beklemtoont professor Norga. "Het LNTM is het aanspreekpunt voor artsen en onderzoekers die willen samenwerken. De nieuwe UZ Leuven-zorgprogrammastructuur versoepelt de interacties nog. Zo stelt ze de onderzoeker in staat om in een mum van tijd alle klinische puzzelstukjes te verzamelen." Niet alleen binnen, maar ook buiten de muren wil het LNTM de Leuvense expertise en infrastructuur nog meer laten renderen voor open innovatie. Via het Interface Valorisation Platform (IVAP) is het LNTM matchmaker voor partnerschappen met derden, zoals biotech-, farmaceutische en medtech-bedrijven. Verder is het LNTM de stevige Leuvense poot in het recent opgerichte Centrum voor Medische Innovatie (CMI) van de Vlaamse overheid. ■



Genomics Core: genoomonderzoek in het hart van het ziekenhuis

UZ Leuven en K.U.Leuven ontwikkelen samen de Genomics Core Facility. Die stelt spitstechnologie voor genetisch onderzoek beschikbaar voor zoveel mogelijk onderzoekers en clinici. Ze creëert ook een forum voor een breed maatschappelijk debat over alle ethische vragen die de genetische revolutie met zich meebrengt.

Het zit in de genen

Onze erfelijke kenmerken zitten onder de vorm van DNA opgeslagen in de 23 paar chromosomen, die zich in de kern van elke lichaamscel bevinden. Elke cel bevat dus een 'handleiding' die je als mens uniek maakt. Ze bestaat uit bijna drie miljard 'letters' – de basenparen, en ruim 22 000 'woorden' – de genen. Zij dragen de code voor de zowat 100 000 eiwitten die je lichaam aanmaakt.

Het geheel van de genen is het genoom. Kleine variaties in het genoom van mensen zorgen ervoor dat ze er verschillend uitzien en uiteenlopende karakters hebben. En dat ze niet allemaal even vatbaar zijn voor ziekten of even goed reageren op therapieën.

In de jaren 70 van vorige eeuw focusten genetici zich op chromosoomanalyse en legden ze verbanden tussen syndromen en chromosomale afwijkingen. In de jaren 80 en 90 maakte de moleculaire genetica het mogelijk om ziekten te linken aan genen.

Genetisch onderzoek in stroomversnelling door nieuwe technologie

De voorbije jaren brachten een aantal technologische doorbraken het genetisch onderzoek in een stroomversnelling. Vandaag kijken we niet meer naar één gen. De array-technologie maakt het mogelijk om alle genen tegelijk (het 'genoom') te scannen. Zo identificeren we ziekten die door een samenspel van verschillende genen en omgevingsfactoren worden veroorzaakt. Zoals diabetes, de ziekte van Alzheimer en de ziekte van Crohn. De nieuwe spitstechnologieën openen nieuwe perspectieven voor diagnose en behandeling. In de toekomst moet dit ertoe leiden dat de genetische informatie uitsluitsel geeft over de diagnose en dient als leidraad om de behandeling uit te stippelen. Ze voorspelt bijvoorbeeld of de patiënt wel of niet op bepaalde medicatie reageert.

Drie spitstechnologieën

De Genomics Core beschikt over een reeks technologieën voor de analyse van het genoom.

Dit zijn de drie pijlers.

- **Hogedoorvoer- of high-throughput-sequencing:** deze technologie bepaalt in één reactie 500 miljoen basenparen. Een eerste stap naar volledige genoomsequencing. Dat is de technische term voor het – basenpaar na basenpaar – in kaart brengen van het DNA.
- **Array-technologie:** kijkt bij één individu heel snel, heel veel loci na op kleine variaties in het genoom. Een locus is de plaats van een gen in het chromosoom. In een keer worden een miljoen loci in het genoom gescand op fouten: Single Nucleotide Polymorfismen (SNP's) of Copy Number Variaties (CNV's).
- **SNP-typing:** deze technologie zoekt naar Single Nucleotide Polymorfismen (SNP's) en maakt het mogelijk om één locus in het genoom bij heel veel individuen snel na te kijken.

Wisselwerking tussen onderzoekers en klinici

De Genomics Core wil de technologische revolutie in het genetische onderzoek bijhouden en toepassen. Een goede wisselwerking tussen de genetici in het wetenschappelijke onderzoek en de artsen in het ziekenhuis is cruciaal. De kennis van het menselijke genoom staat meer en meer centraal in de patiëntenzorg en de ziekenhuisactiviteiten. Vandaar ook de term en de locatie: Genomics Core of 'genoomonderzoek in het hart van het ziekenhuis'.

De genetici in het wetenschappelijke onderzoek pluizen de toepassingen van de nieuwste technologieën uit. Het ziekenhuis biedt hen een goudmijn van stalen en gegevens over de klinische karakteristieken (fenotypes) van patiënten.

Vanuit het onderzoek worden de technologieën naar het ziekenhuis overgeheveld. Clinici gebruiken ze in de diagnostiek. Experts die de toestellen door en door kennen, ondersteunen hen hierbij. Wat de klinici vooral beogen? Testen die snel, goedkoop en betrouwbaar zijn en zo veel mogelijk informatie opleveren. Nu kost het bijvoorbeeld nog ongeveer 1 500 euro en veel tijd om een mutatie in een borstkankergen op te sporen. Met het huidige toestel bepalen de klinici in één reactie 5 000 basenparen. Met het nieuwe toestel zullen dat er 500 miljoen zijn en worden er nog meer gegevens verzameld, wat ook de diagnose van complexere aandoeningen mogelijk maakt. Keerzijde van de medaille: spitstechnologie is peperduur, maar door ze binnen één Genomics Core te centraliseren, gebruikt iedereen ze optimaal en wordt ze financieel haalbaar.

Debat over ethische vragen

De nieuwste technologieën genereren altijd maar meer gegevens over ons genoom. De vraag is hoe we hiermee moeten omgaan als individu en als samenleving.

Wil je als individu weten dat je op je tachtigste de ziekte van Alzheimer krijgt of dat je een verhoogd risico hebt op borstkanker? Wetenschappers zoeken ook naar verbanden tussen genetische variaties en persoonlijkheid. Willen we wel alles weten wat ons genoom prijsgeeft?

Een andere vraag is wie toegang krijgt tot deze gegevens. Mag je als arts relevante informatie doorgeven aan familieleden van de patiënt? Moeten of mogen zij weten dat bij de patiënt een grotere gevoeligheid voor een ziekte werd ontdekt en dat ze zelf mogelijk ook vatbaar zijn? Tot waar gaat de verantwoordelijkheid van de arts en waar begint die van de patiënt?

Hoe ver gaan we in het genetische onderzoek van foetussen en embryo's? In principe volstaat één cel om het hele genoom van een embryo te scannen en zo te weten hoe het kind er later uit ziet en voor welke ziekten het dan vatbaar is.

Een project binnen de Genomics Core creëert een maatschappelijk forum om te discussiëren over al de vragen die de genetische revolutie met zich meebrengt. Momenteel worden alle betrokken actoren in kaart gebracht. ■



Nog betere zorgkwaliteit in het interventioneel radiologisch en cardiovasculair centrum

UZ Leuven bracht de afdelingen hartkatheterisatie, interventionele radiologie en interventionele hepatologie onder in één interventioneel radiologisch en cardiovasculair centrum (IRCC). Op 13 februari 2009 opende het zijn deuren voor het brede publiek. En met een symposium op 14 februari zette het zijn mogelijkheden en zijn belang in de verf.

02-2009

UZ Leuven doet mee aan dikketruindag

Op 13 februari 2009 blijft de temperatuur op de afdelingen met patiënten ongewijzigd, maar op andere diensten zakt ze met enkele graden. In het administratief gebouw, het centrale dienstengebouw en de technische dienst van de campus Gasthuisberg trekken de UZ Leuven-medewerkers hun dikste trui aan. Zo ook in de bureaus van de technische dienst, het centraal medisch archief en op de schoonmaakdienst van campus Pellenberg. De koukleumen verwarmen zich 's middags met warme chocomelk aan de vijver van campus Gasthuisberg en aan de ingang van campus Pellenberg. Met zijn deelname aan Vlaanderens dikketruindag wil UZ Leuven zijn medewerkers nog energiebewuster maken. Zoals met de infostand op de verschillende campussen tijdens diezelfde maand. Deze acties maken deel uit van de energiecampagne die sinds 2008 de ziekenhuismedewerkers informeert over energiebesparende maatregelen van UZ Leuven. ■

Drie afdelingen onder het IRCC-dak

De afdeling hartkatheterisatie legt zich toe op invasief hartonderzoek via een (slag)ader – meestal vanuit de lies. Het doel is om zo snel mogelijk hartziekten te diagnosticeren en te behandelen. Interventionele hepatologie onderzoekt en behandelt de gal en pancreas. Interventionele radiologie staat in voor minimaal invasieve behandelingen via medische beeldvorming.

Boost voor zorgkwaliteit en wetenschappelijk onderzoek

Dankzij twee jaar ingrijpend verbouwen op campus Gasthuisberg, huizen deze drie afdelingen nu onder één IRCC-dak. Dat verbetert de zorgkwaliteit. De patiënt wordt warm onthaald in een ruim en licht dagcentrum en krijgt de beste behandeling van het multidisciplinaire IRCC-team. Dat de teamleden van de verschillende disciplines in elkaars buurt vertoeven en een gecombineerde röntgen-MR-zaal delen, wakkert het wetenschappelijk onderzoek nog meer aan. ■



03

UITBOUW NETWORK



Van verwijzings- naar kennisnetwerk

Patiëntenverwijzing is niet langer de kerntaak van het Vlaams ziekenhuisnetwerk K.U.Leuven. Wat is die kerntaak dan wel? De kennis en expertise van alle netwerkziekenhuizen samenbrengen om de kwaliteit van hun patiëntenzorg en bedrijfsvoering nog te verbeteren.

Op 19 maart 2002 ondertekenden UZ Leuven en negen regionale ziekenhuizen uit de vijf Vlaamse provincies een samenwerkingsprotocol. Het Vlaams ziekenhuisnetwerk K.U.Leuven kon officieel van start gaan. Wat was het doel? Het optimaliseren van de kwaliteit en efficiëntie op het vlak van patiëntenzorg, opleiding, wetenschappelijk onderzoek en bedrijfsvoering. Sindsdien vervoegden nog andere ziekenhuizen het netwerk: momenteel telt het achttien leden.

Nieuwe strategische visie

Bij de oprichting in 2002 beantwoordde het ziekenhuisnetwerk onder meer aan de nood om patiëntenstromen te structureren met respect voor de keuze van de patiënt. Het zorgde enerzijds voor een vlotte verwijzing van patiënten naar expertisecentra voor een gespecialiseerde behandeling en anderzijds voor een verdere opvolging terug bij het verwijzende ziekenhuis of de eerstelijnsverwijzer. Deze samenwerking in de zorg om patiënten blijft uiteraard nog steeds aan de orde, maar sinds 2008 is patiëntenverwijzing niet meer dé kerntaak van het netwerk. Het wordt omgevormd tot een 'kennisnetwerk'. Dat heeft als doel om de knowhow van alle netwerkziekenhuizen samen te brengen en optimaal te gebruiken. Dit om de kwaliteit van zowel hun patiëntenzorg als hun bedrijfsvoering te verbeteren.

Complementaire coördinatoren

In juli 2009 trad professor Karel Vermeyen terug als voltijdse netwerkcoördinator. Na zijn vertrek groeide het idee om drie deeltijdse, complementaire coördinatoren aan te stellen. Elke coördinator zou dan een specifieke deeltaak krijgen om de globale coördinatorfunctie nog meer draagkracht te geven. Dit leidde tot de aanstelling van een coördinatieteam bestaande uit prof. dr. Caroline Weltens (medisch coördinator), Marga Lavaerts (administratief coördinator) en Hugo Casteleyn (strategisch coördinator). Hugo Casteleyn: "Deze 'wissel van de wacht' heeft de werkgroepen van het netwerk helemaal niet geremd in hun activiteiten. Ze werkten heel gedreven voort. Al de werkgroepen slaagden erin om in 2009 de nieuwe strategische visie te 'hertalen' in nieuwe doelstellingen. Ze zetten ook de eerste concrete projecten op om die doelstellingen waar te maken. Op de werkgroep apothekers na: die liep door praktische omstandigheden wat vertraging op in dit omschakelingsproces."

Accenten en initiatieven van de werkgroepen

Werkgroep algemeen directeurs

Hugo Casteleyn: "De werkgroep algemeen directeurs

ontwikkelde een duidelijk standpunt over de positie van het ziekenhuisnetwerk ten opzichte van de christelijke en openbare ziekenhuiskoepels.” Hoe luidt dat standpunt? “Het Vlaams ziekenhuisnetwerk K.U.Leuven is geen derde koepel. Het is een netwerk van ziekenhuizen die door uitwisseling van kennis en best practices wil uitgroeien tot een keurmerk van goed ziekenhuisbeleid. Het laat zich niet in met belangenverdediging en neemt ook geen politieke standpunten in. Het netwerk wil wel faciliterend optreden.”

Werkgroep beleidsinformatie

Marga Lavaerts: “De werkgroep beleidsinformatie ontwikkelde een boordtabel. Dat is een overzicht van kerncijfers, parameters en indicatoren die het dagelijkse functioneren van een ziekenhuis weerspiegelen. Niet alleen op het vlak van personeelszaken, maar ook van bijvoorbeeld medische en financiële resultaten. Voor de gedetailleerde uitwerking van de boordtabel binnen elk subdomein doet de werkgroep beleidsinformatie een beroep op al de andere werkgroepen.”

Werkgroep hoofdgeneesheren – voorzitters medische raad

Caroline Weltens: “De boordtabel is een handig instrument voor de netwerkziekenhuizen om zich met elkaar te vergelijken en zich te positioneren binnen de groep. De leden van de werkgroep hoofdgeneesheren-voorzitters medische raad bespreken heel open hun cijfers en gaan bij elkaar te rade om de kwaliteit van de patiëntenzorg in hun eigen ziekenhuis nog te verbeteren.”

Werkgroep verpleegkundig directeurs

Marga Lavaerts: “Al de ziekenhuizen worden geconfronteerd met een tekort aan verpleegkundigen – vooral gespecialiseerde. De werkgroep verpleegkundig directeurs zoekt onder meer antwoorden op de vragen: Hoe gaan we met dat tekort om? Hoe maken we het beroep aantrekkelijker voor jongeren? Hoe achterhalen we of de werklast voor onze verpleegkundigen draaglijk dan wel onaanvaardbaar hoog is?”

UZ Leuven-handhygiënecampagne viert eerste jubileum

04-2009

Van 27 april tot 8 mei 2009 viert UZ Leuven het eerste jubileum van zijn handhygiëncampagne. Een goede handhygiëne is de belangrijkste manier om ziekenhuisinfecties te voorkomen of in te dammen. Zoals infecties met de MRSA-bacterie. Die is al jaren de schrik van het medische korps, omdat ze voor heel veel antibiotica ongevoelig is geworden. In 2004 werd de bacterie dan ook aangepakt met een aangepast isolatiebeleid en een ziekenhuisbrede campagne. Affiches en flyers brachten de bewustmaking op gang. Elke dienst of verpleegeenheid kreeg een ‘sentinel’ toegewezen om de handhygiëne op de afdeling te promoten en te bewaken.

Zigy, de mascotte van de campagne, blaast dus vijf kaarsjes uit. In elke campus krijgen de bezoekers van de infostanden handhygiënetips. Ze worden uitgenodigd voor het grote handhygiëne-Pacmanspel en de visualisatietest die theorie aan praktijk toetst. Feedbackcijfers, folders en badges onderstrepen het belang van een goede handhygiëne. Ze zetten de basisregels voor de zorgverleners nog even op een rijtje: “Draag dienstkledij met korte mouwen, geen juwelen of polshorloge. Hou je nagels kortgeknipt. Kunstnagels of nagellak zijn uit den boze. Ontsmet je handen grondig met handalcohol.” ■

09-2009

Vijfhonderdste longtransplantatie in UZ Leuven

Met de vijfhonderdste longtransplantatie op 14 september 2009 krijgt UZ Leuven een plaats in de wereldtop van longtransplantatiecentra.

Het Leuvense longtransplantatieprogramma werd in 1991 gestart. Het kent sinds 2000 een sterke groei met 50 ingrepen per jaar. Indicaties voor een longtransplantatie zijn ernstige mucoviscidose, longemfyseem, longfibrose en pulmonale arteriële hypertensie. Helpt een medische behandeling tijdens het ziekteverloop niet meer? Dan kan alleen een longtransplantatie de levenskwaliteit en de overlevingskansen nog verhogen.

Helaas overlijdt elk jaar ongeveer acht procent van de wachtende patiënten door een gebrek aan donororganen. Daarom gebruikte UZ Leuven de afgelopen jaren niet alleen (hersendode) 'heart-beating'-donoren, maar ook (aan een hartstilstand overleden) 'non-heart-beating'-donoren. En met succes. Dat opent perspectieven om het aantal transplantaties nog op te drijven.

De één- en vijfjaarsoverleving na een longtransplantatie is 90 en 70 procent: hiermee onderscheidt UZ Leuven zich internationaal. De doorbraak van het Leuvense team in het onderzoek naar chronische afstoting heeft hier zeker toe bijgedragen, want dat is de belangrijkste oorzaak van laattijdig overlijden na een longtransplantatie. ■

Werkgroep telematica

Hugo Casteleyn: "In dit informaticatijdperk lijkt de uitwisseling van patiënteninformatie tussen netwerkziekenhuizen heel eenvoudig. Toch is dat niet zo omdat aan bepaalde wetgevingen moet worden voldaan. De werkgroep telematica boog zich in 2009 over de vraag: Hoe realiseren we een vlotte en beveiligde overdracht van informatie over patiënten die van het ene naar het andere netwerkziekenhuis doorstromen? Het resultaat was dat al de netwerkziekenhuizen intekenden voor het invoeren van eenzelfde systeem – het XDS-platform."

Werkgroep technische diensten

Marga Lavaerts: "De werkgroep technische diensten pluist uit wat de best practice is op het vlak van energie, emissie enzovoort. Heel wat van onze netwerkziekenhuizen zijn volop aan het bouwen of verbouwen, en zoeken elkaar op om expertise uit te wisselen."

Platform humanresourcesmanagers

Hugo Casteleyn: "In het najaar van 2009 werd nog een nieuwe werkgroep opgericht: het platform humanresourcesmanagers. De leden van dit platform buigen zich over de vraag: Hoe ziet een goed personeelsbeleid eruit in de ziekenhuissector? Ze ontwikkelen standaarden voor onder meer rekrutering, retentie en opleiding. Zo kunnen de netwerkleiden hun resultaten aftoetsen en door onderling overleg achterhalen hoe ze nog beter kunnen. Want dat is precies wat het netwerk beoogt: samen sterk staan door te delen in elkaars kennis en expertise!"

Klinisch project oncologisch handboek

Caroline Weltens: "Naar jaarlijkse gewoonte actualiseerden de netwerkziekenhuizen ook in 2009 hun oncologisch handboek. Dat bevat multidisciplinaire richtlijnen voor de behandeling van verschillende tumortypes. Ze zijn het resultaat van uitwisseling van expertise tussen specialisten en leiden tot een uniforme praktijk in de verschillende netwerkziekenhuizen." ■

04

REKRUTERINGS- EN
RETENTIEBELEID



De jobinfoeurs 2009: opnieuw een groot succes

De jobinfoeurs van UZ Leuven op 21 februari 2009 was de vierde in de huidige formule en bleek opnieuw een groot succes.

Met bijna 2 000 bedden en bijna 8 500 medewerkers, verspreid over vijf campussen, is UZ Leuven het grootste universitaire ziekenhuis van het land. Kwalitatieve en veilige patiëntenzorg, onderzoek en opleiding vormen de fundamenteën van UZ Leuven. Om dit te kunnen waarmaken, zoekt UZ Leuven voortdurend nieuwe medewerkers.

Brede waaier van jobs

Naast de schaarste aan verpleegkundigen, groeit ook de nood aan andere medewerkers in de zorgsector, zoals laboranten en beeldvormers. Er zijn al heel wat knelpuntberoepen. Bovendien kent het brede publiek nog te weinig de brede waaier van jobs in een ziekenhuis. Daarom trok UZ Leuven vier jaar geleden zijn jobinfoeurs voor verpleegkundigen open naar alle disciplines van het ziekenhuis. Het motto luidt dat het talent dat UZ Leuven zoekt, even divers is als zijn dienstverlening. Naast medici, paramedici en verpleegkundigen, stelt UZ Leuven ook veel mensen in niet-medische disciplines tewerk zoals in IT, administratie, keuken en onderhoud.

1 200 bezoekers en 200 onlinesollicitaties

Zo'n 1 200 bezoekers werden persoonlijk verwelkomd op de jobbeurs 2009. Een korte presentatie gaf hen een overzicht van de mogelijkheden van de dag.

Het beustraject leidde naar drie hoofdblokken: verpleegkundige, paramedische en niet-medische diensten. Enthousiaste ambassadeurs van elke dienst vertelden de bezoekers honderduit over hun job en deelden persoonlijke ervaringen.

De algemene infosessie behandelde het werken en de loopbaanontwikkeling in UZ Leuven. Specifieke vragen werden beantwoord op de jobinfoestand. Ruim 200 bezoekers solliciteerden online bij de stand van rekrutering en selectie. ■



Wervelend personeelsfeest 2009: 4UZ11 of 'Vier uzelf'

UZ Leuven beloonde de dagelijkse inzet van al zijn medewerkers met een heuse feestweek van 21 tot 25 september 2009 onder het motto: 4UZ11!

Niet één dag, maar een hele werkweek lang werden de UZ Leuven-medewerkers getraakteerd. Op attenties en wat lekkers, en op een waaier van activiteiten. De organisatie was in handen van de dienst communicatie samen met heel wat vrijwilligers uit verschillende afdelingen.

Traktaties voor lichaam en geest

Bij het krieken van de dag wachtte hen een lekker en gezond ontbijt. Nog voor ze aan het werk gingen en tijdens hun pauzes, gooiden ze de spieren los met yoga, abdo work-out, fatburning, pilates of zumba. De middagpauzes werden opgevrolijkt door de eigen liveradio VierFM. Elke middag bracht een andere ziekenhuisdienstdeejay een geanimeerde radio-uitzending. De cultuurliefhebbers genoten elke dag 'uur cultuur': geen grootse festivaltoestanden, maar intieme poëzie, vrolijke muziekstukjes en verrassend zangtalent – soms zelfs 'van eigen huis'.

Ontspannen in de loungebar, workshop of drive-in

Na een drukke werkdag relaxten de UZ Leuven-

medewerkers in de loungebar. Die werd elke dag door een andere ziekenhuisdienst in een leuk themakleedje gestoken: après-ski, The Daltons, fiesta latina, foute avond en Loveboat! De creatievelingen leefden zich 's avonds uit in een van de workshops: zelfverdediging, digitale fotografie, make-up, massage, latinodans en wijndegustatie. Wie liever onderuitzakte, pikte een filmpje mee in de drive-inbioscoop.

Sfeervol sluitstuk

De wervelende feestweek werd op vrijdagavond sfeervol afgesloten. Niet alleen de UZ Leuven-medewerkers, maar ook hun familie en vrienden waren welkom op dit slotfeest. In een verwarmde tent en onder de blote sterrenhemel viel heel wat te beleven. Teams van medewerkers en familie namen het tegen elkaar op in een avontuurlijke brancardrace. De kinderen leefden zich uit in het avonturenpark of genoten van de kaarsjestocht in het sprookjesbos. Het gezelschap Pyromantiek bracht een wervelende mix van vuur, theater en humor. En de verkiezingskoorts van de feestweek werd 'bekroond' met de toekenning van de titels Miss & Mister UZ Leuven 2009! ■



Een hart voor mensen die zorgen voor mensen

“We willen de UZ Leuven-medewerkers werkvreugde bieden én alle kansen geven om zich te ontplooiën. Want zij zetten zich dag na dag in voor een veilige en kwaliteitsvolle patiëntenzorg”, zegt personeelsdirecteur Marianne Vael.

UZ Leuven behoort tot de meest inspirerende en aantrekkelijke werkgevers. Dat getuigen de prijzen die UZ Leuven de voorbije jaren in ontvangst mocht nemen. De Gouden Bedrijf 2008-prijs van Jobat bijvoorbeeld, en de Top Employers België-prijs van CRF in 2007, 2008 én 2009. “Zorgen voor mensen, dat is ons uitgangspunt. En internationale kwaliteitsstandaarden zijn hierbij onze belangrijkste leidraad en inspiratiebron.” Marianne Vael blikt terug op acht projecten die in 2009 centraal stonden.

Opvolging van de arbeidstevredenheid

Enkele jaren geleden werden de UZ Leuven-medewerkers bevraagd over hun arbeidstevredenheid. Uit die enquête vloeiden heel wat opvolg- en verbeteracties, die tot in 2009 werden voortgezet. “Zoals de begeleiding van minder goed functionerende teams”, zegt Marianne Vael. “Topgeneeskunde is namelijk topsport in teamverband. Om de patiënt een kwaliteitsvolle en veilige zorg te bieden, moeten de teams optimaal functioneren. Daarom werkten we een aantal acties uit die de onderlinge samenwerking en

het vertrouwen tussen de teamleden nog verbeteren. Zoals teambuildingactiviteiten, een maandelijks intervisiemoment, coaching van de leidinggevenden in de aanpak van hun team, een 360 graden-feedbacksysteem en begeleiding van het overleg tussen de disciplines. We ondersteunden deze acties met een breed aanbod van opleidingsactiviteiten die de persoonlijke vaardigheden van de medewerkers en leidinggevenden versterken. Dit op het vlak van communicatie, assertiviteit en omgaan met stress en feedback.”

Focus op leiderschap

Ook het project ‘Focus op leiderschap’ werd in 2009 voortgezet. Doelstelling: het leiderschap ontwikkelen bij eerstelijnsleidinggevenden. Marianne Vael: “Aanvankelijk richtten we ons alleen tot verpleegkundigen, maar in 2009 bereikten we alle professionele groepen van het ziekenhuis. Dus bijvoorbeeld ook medewerkers van de dienst schoonmaak. Twee groepen van twintig personen vatten het totaaltraject ‘Eerstelijnsleidinggevende’ aan. Het hele jaar spanden personeelsmanagers zich in

om de aandacht voor leiderschap op de diensten nog te verhogen.”

De personeelsdienst nam ook initiatieven om de duurzaamheid van de leiderschapsopleidingen te verhogen. Marianne Vael: “De cursisten kregen concrete opdrachten om de leerstof te ‘hertalen’ voor hun werkomgeving. Dit gebeurde in overleg met hun directe leidinggevende, die op zijn beurt kon steunen op een brochure met coachingtips.”

Loopbaanbeleid voor artsen

Uit de groeiende vraag van artsen naar opleidingen rond people management, teamontwikkeling en communicatie, vloeide het project ‘Loopbaanbeleid artsen’. Marianne Vael: “Ons reguliere opleidingsaanbod is heel divers en richt zich naar alle disciplines, ook naar artsen. Maar voor hen is het niet altijd haalbaar om overdag opleidingen te volgen. Daarom planden we voor het academiejaar 2009-2010 een aantal opleidingen in de vooravond. We kozen thema’s die in het bijzonder voor artsen relevant zijn, zoals ‘informed consent’ en ‘assessment van patiënten’. Daarnaast zetten we het modulaire programma ‘Managementvaardigheden voor beginnende medische diensthoofden’ voort. We werkten ook een leiderschapstraject voor medische stafleden uit. Dat wordt in 2010 uitgerold.”

Team+

Vijf jaar geleden richtten verpleegkundigen en leden van de personeelsdienst en andere disciplines de werkgroep ‘Team+’ op, om het personeelsbeleid meer leeftijdsbewust te maken. “Ouder wordende werknemers krijgen vaak met fysieke beperkingen te maken”, zegt Marianne Vael. “Maar daar staat tegenover dat ze door de jaren heen een immense ervaring hebben opgebouwd. Door rekening te houden met hun beperkingen én troeven blijven ze langer op hun dienst inzetbaar. Dat brachten we onder de aandacht met infosessies. De thema’s? De mentale weerslag

van de fysieke verouderingsverschijnselen en hoe beweging je actief houdt. De mechanismen van stress en burn-out, en hoe de mindfulnesstechniek helpt. Hoe omgaan met meningsverschillen en conflicten? En ten slotte: hoe slaapstoornissen aanpakken? De slaapproblematiek plaatsten we ook op de agenda van het personeelbeleid. De UZ Leuven-medewerkers werden de laatste twee jaar tijdens hun jaarlijkse medische onderzoek bevraagd over slaapproblemen. In 2010 verschijnen de resultaten. Maar in november 2009 voerden we alvast het ‘voorwaarts roosteren van shiften’ binnen heel UZ Leuven in. Alleen de volgorde die de gezondheid het minst belast, wordt nog toegelaten: van een ochtendshift, over een middag- naar een nachtschift.”

Het leeftijdsbewuste personeelsbeleid werd in 2007 al bekroond met de Human Resource Management-prijs van het Werkgelegenheidsagentschap Vlaams-Brabant.

eHRM

De UZ Leuven-personeelsdienst communiceert online met ieder personeelslid individueel over een aantal praktische zaken. Denk bijvoorbeeld aan de maandplanning van zijn prestaties, vakantie- en feestdaguren, loonfiche, woon-werkverkeer en persoonlijke gegevens. “Dit kan dankzij de introductie van de informaticatool ‘eHRM’”, zegt Marianne Vael. “Onze personeelsleden krijgen nu beter en sneller toegang tot deze praktische informatie. Ze kunnen die raadplegen op een moment dat hen het beste past.”

Functiebeschrijvingen

“Voor elke UZ Leuven-functie willen we in het HR-softwarepakket een geactualiseerde functiebeschrijving opnemen. Hiervoor deden we in 2009 al heel wat voorbereidend werk”, zegt Marianne Vael.

Een functiebeschrijving omvat het doel van de functie en alles wat je voor een job moet kennen, kunnen en

zijn. Je vereiste opleiding dus, maar ook je kennis, vaardigheden, attitudes, gedragingen en last but not least ... verantwoordelijkheden. Is de functie aan een bepaalde wetgeving gekoppeld? Dan wordt ook de 'wettelijke opdracht' in de functiebeschrijving opgenomen.

"We willen al de functiebeschrijvingen actualiseren, elektronisch stockeren en via eHRM voor de personeelsleden ter beschikking stellen", vervolgt Marianne Vael. "Iedere werknemer krijgt toegang tot zijn functiebeschrijving en moet elektronisch bevestigen dat hij die ook heeft doorgenomen. Moet hij zich nog inwerken in een functie? Dan is de beschrijving een handig hulpmiddel om met zijn leidinggevende af te spreken wanneer hij welke taken onder de knie moet hebben."

De medewerkers die fysiek contact met de patiënten hebben, zoals verpleegkundigen en ergotherapeuten, keurden al in juni 2010 hun functiebeschrijving via eHRM goed.

Upgraden van het selectieproces

De UZ Leuven-personeelsdienst doet liefst 600 aanwervingen per jaar. In 2009 optimaliseerde ze haar rekrutering- en selectieprocessen. "Niet alleen om de kwaliteit ervan te verhogen, maar ook om ze nog doorzichtiger te maken", zegt Marianne Vael.

"We verifiëren nu het diploma van de sollicitant bij 'de bron': het instituut waarin hij de opleiding genoot. Onze leidraad bij het selectiegesprek is het selectieprofiel dat we op basis van de functiebeschrijving uitwerkten. We voerden één scoringsschaal in voor alle evaluaties in UZ Leuven. Die schaal gebruiken we dus zowel op het moment van de selectie, als bij de intake en de latere functioneringsgesprekken. Door één schaal te gebruiken kunnen we de beoordelingen in heel UZ Leuven met elkaar vergelijken. De verslagen van onze selectiegesprekken kregen een privacyclausule. En ze beschrijven nu ook de persoonlijke en vaktechnische vaardigheden van de sollicitant. We schakelen de lijnverantwoordelijken in als coselecteur

en leiden hen op om de vaktechnische vaardigheden te toetsen."

Competentiemanagement

"Ons opleidingsaanbod heeft wat te bieden aan al de UZ Leuven-medewerkers, van alle disciplines en scholingsgraden. Ook de mensen die klassiek weinig bijscholingskansen krijgen, zoals logistieke medewerkers en zorgkundigen", zegt Marianne Vael.

Het opleidingsprogramma voor het academiejaar 2009-2010 brengt meer dan 150 thema's, waarvan liefst 42 totaal nieuwe." Een greep uit het nieuwe aanbod? Marianne Vael: "Algemene vaardigheden, zoals literatuuronderzoek. Persoonlijke vaardigheden, zoals omgaan met agressief en assertief gedrag. Klinische thema's, zoals hypnotherapie. Leidinggevende thema's, zoals arbeidsrecht en sociaal overleg. En computervaardigheden, zoals elektronisch voorschrijven. Maar we organiseren ook lunchseminaries om de resultaten van wetenschappelijk onderzoek voor te stellen. Ik denk aan het onderzoek naar de relatie tussen de verpleegkundige staf en de patiëntveiligheid in acute ziekenhuizen. Daarnaast organiseren we samen met de KH Leuven ruim vijftien posthogeschoolvormingen en specialisatieopleidingen, zoals de opleiding tot operatieverpleegkundige. Ten slotte geven we ook opleidingen op maat van diensten of afdelingen, over efficiënt telefoneren bijvoorbeeld."



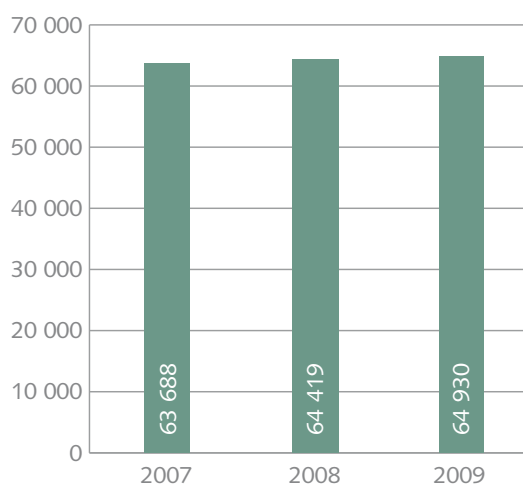


05

UZ LEUVEN IN GIJFERS

UZ Leuven 'in cijfers'

Aantal gehospitaliseerde patiënten 2007-2009



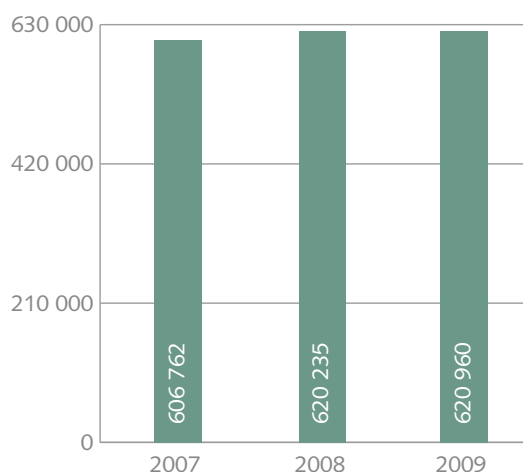
Gehospitaliseerde patiënten

De jongste jaren blijft het aantal opnames of gehospitaliseerde patiënten toenemen tot 64 930 in 2009. Tegenover 2008 werden 511 meer opnames genoteerd (+0,8%). De gemiddelde verblijfsduur daalde lichtjes. In 2009 bedroeg de verblijfsduur in de acute zones gemiddeld iets meer dan zeven dagen (7,22 dagen). Ongeveer een derde (36%) van de spoedgevallen werd uiteindelijk effectief opgenomen in het ziekenhuis. De fractie geplande opnames bleef stabiel (68%) in vergelijking met 2008.

Het aantal daghospitalisaties voor onder meer medische dagbehandelingen zoals chemotherapie, dialyse en pijntherapie, bleef min of meer stabiel: in 2009 noteerde UZ Leuven 102 009 daghospitalisaties, een zeer lichte daling (-0,4%) tegenover 2008 en een lichte stijging tegenover 2007 (+0,4%).

De jongste jaren steeg het aantal bevallingen lichtjes; in 2009 noteerde UZ Leuven gemiddeld 6 bevallingen per dag (2 286 in totaal).

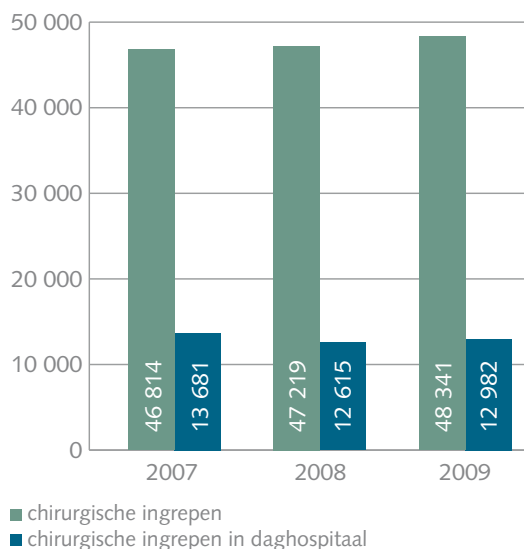
Aantal consultaties 2007-2009



Consultaties

Het aantal consultaties nam toe tegenover 2007 en 2008. In 2009 bedroeg het totale aantal 620 960. Elke werkdag vonden gemiddeld 2 500 consultaties plaats, verspreid over de verschillende campussen van UZ Leuven (Gasthuisberg, Lubbeek, Pellenberg, Sint-Pieter en Sint-Rafaël).

Aantal chirurgische ingrepen 2007-2009



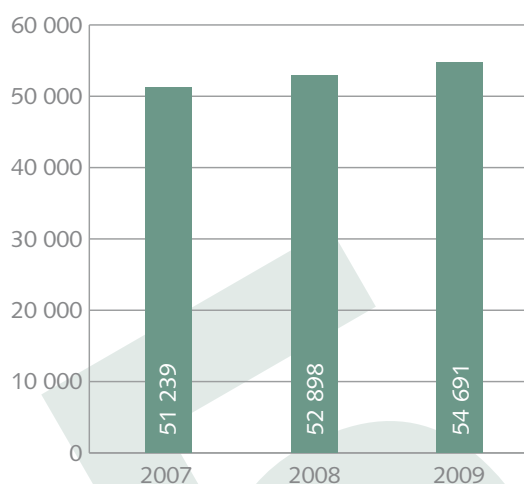
Chirurgische ingrepen

Het aantal chirurgische ingrepen blijft jaar na jaar stijgen. In 2009 werden er 1 122 operaties meer uitgevoerd, een stijging van 2,4% tegenover 2008. In vergelijking met 2007 steeg het aantal ingrepen met 3,3%.

Per werkdag werden er in 2009 gemiddeld 193 ingrepen uitgevoerd, waarvan 50 in het chirurgisch dagcentrum. Het aantal operaties in het chirurgisch dagcentrum kende een stijging van 2,9% tegenover 2008. De huidige capaciteit van het chirurgisch dagcentrum is quasi volledig benut.

De helft van alle ingrepen situeerde zich in de disciplines orthopedie, oogziekten, abdominale heelkunde, traumatologie, neus-keel-oren, gelaats- en halschirurgie.

Aantal spoedopnames 2007-2009



Stijging aantal spoedopnames

Het aantal spoedopnames steeg in 2009 aanzienlijk. 54 691 patiënten werden opgenomen op de spoed-gevallendienst, een stijging van 3,4% tegenover 2008 en een stijging van 6,7% tegenover 2007. Het urgentieteam past sinds 2009 het triagesysteem toe om in de toenemende stroom van binnenkomende patiënten de meer van de minder kritieke te onderscheiden.

Aantal transplantaties volgens type

TYPE TRANSPLANTATIE	2007	2008	2009
levertransplantatie	63	62	60
dunne darmtransplantatie	3	2	0
niertransplantatie	135	140	148
nier-pancreastransplantatie	2	5	4
harttransplantatie	27	20	23
(hart)longtransplantatie	53	49	48
TOTAAL	283	278	283

Transplantaties

In 2009 werden 283 transplantaties uitgevoerd. Een vergelijkbaar aantal met dat van 2008 en 2007. Niertransplantaties werden het meest uitgevoerd (148 in 2009), gevolgd door lever- (60) en (hart-) longtransplantaties (48). In 2009 werd geen dunne darmtransplantatie uitgevoerd tegenover 3 in 2007 en 2 in 2008.

Medisch-technische interventies en onderzoeken ‘in cijfers’

Radiotherapie

2 548 patiënten werden in 2009 behandeld met een vorm van radiotherapie, de meeste met externe radiotherapie. In vergelijking met 2008 houdt dit een stijging in van 11,5%.

Het aantal patiënten dat behandeld werd met brachytherapie (inwendige bestraling van gezwellen) is klein, maar neemt aanzienlijk toe (+ 37%).

Nucleaire geneeskunde

Het totale aantal onderzoeken binnen nucleaire geneeskunde steeg met 9,9% tegenover 2008.

Het aantal PET-onderzoeken steeg met 11% tot 2 715 en het aantal conventionele onderzoeken steeg met 3% tot 12 685.

Dialyse

Het aantal uitgevoerde nierdialyses in het dialysecentrum steeg met 7% van 21 817 naar 23 415 (= 94 per werkdag). Het gaat in hoofdzaak om chronische dialyses, slechts 1,5% zijn acuut. De autodialyses namen af van 995 naar 812.

Radiologie

Het totale aantal onderzoeken bedroeg 539 706, een stijging van 2% tegenover 2008. Gemiddeld werden er in UZ Leuven 1 479 radiologische onderzoeken per werkdag uitgevoerd. In 2009 werden 23 112 MRI-onderzoeken en 46 792 CT-onderzoeken uitgevoerd.

Functiemetingen

Het aantal bezoeken aan de functiemetingen voor onder meer cardiologie, pneumologie en neurofysiologie is vrij stabiel de jongste 2 jaar: 80 044 in 2008 en 79 956 in 2009.

Laboratoriumonderzoeken

In 2009 werden 12 113 711 laboratoriumtesten uitgevoerd. Dit betekent gemiddeld 33 188 testen per werkdag. Voor het globale pakket aan laboratoriumtesten noteerde UZ Leuven een stijging van 3,7% tegenover 2008.

UZ Leuven-medewerkers 'in cijfers'

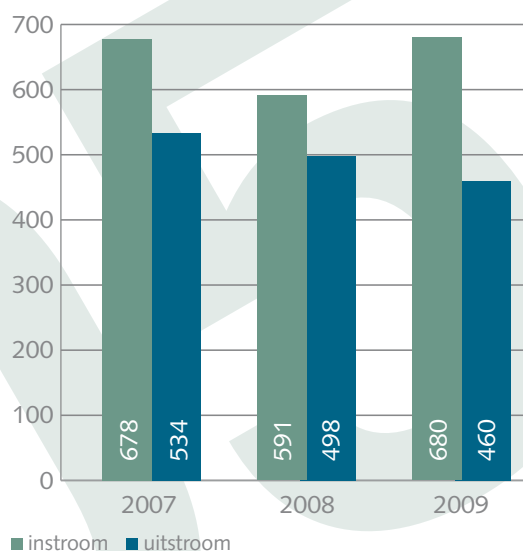
Totale personeelsbestand 2005-2009



Aantal medewerkers

In 2009 telde UZ Leuven gemiddeld 8 422 personeelsleden of 6 130 voltijds equivalenten. Het totale aantal personeelsleden (medische en niet-medische functies) steeg tegenover 2005 met 8,4% of uitgedrukt in voltijds equivalenten met 7%.

In- en uitstroom UZ Leuven-personeelsleden (niet-medisch) 2007-2009



In- en uitstroom

In 2009 verwelkomde UZ Leuven 680 nieuwe medewerkers in niet-medische functies. 460 niet-medische personeelsleden verlieten het ziekenhuis om verschillende redenen zoals pensionering, arbeidsongeschiktheid, loopbaanonderbreking en andere verlofregelingen, (vrijwillig) ontslag, overlijden, ...

De instroom in 2009 (680) evenaarde het instroomcijfer van 2007 (678). UZ Leuven kende in 2008 een lager instroomcijfer van 591 nieuwe medewerkers. Wat de uitstroom betreft, noteerde UZ Leuven de afgelopen jaren een dalende trend.

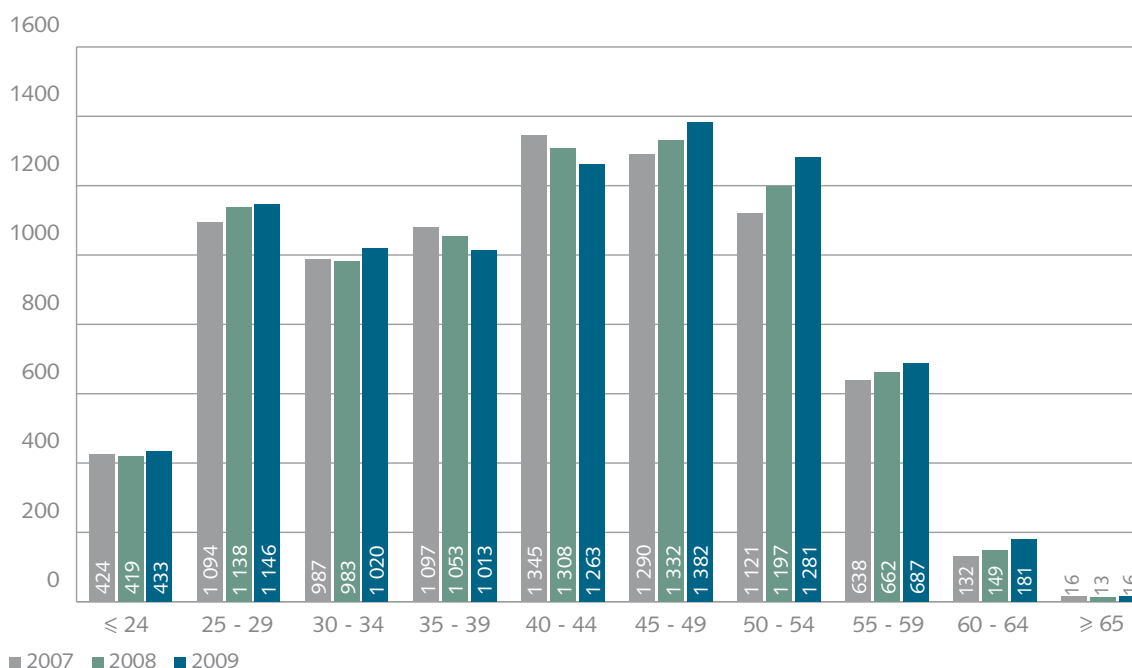
Leeftijdsverdeling totale personeelsbestand

In 2009 waren 433 medewerkers (5,1%) jonger dan 24 jaar, 181 (2,1%) situeerden zich in de leeftijds-categorie 60-64 jaar. Het grootste aantal personeels-leden was tussen de 45 en 49 jaar oud, nl. 1 382 (16,4%). Daarop volgt de categorie 50-54 jaar met 1 281 medewerkers of 15,2%. De derde grootste leeftijdsgroep was de groep 40-44 jarigen met 1 263 medewerkers (14,9%). In 2009 bedroeg de gemiddelde leeftijd 41 jaar.

In 2007 bevonden de meeste personeelsleden zich nog in de categorie 40-44 jaar. Sinds 2008 noteerde UZ Leuven een verschuiving naar de categorie 45-49 jaar, wat aangehouden werd in 2009.

Langs de andere kant noteerde UZ Leuven een stijging van respectievelijk 4% in de categorie 30-34 jaar, 1% in de categorie 25-29 jaar en 3% in de leeftijdsgroep jonger dan 24 jaar.

Leeftijdsverdeling totale personeelsbestand 2005-2009



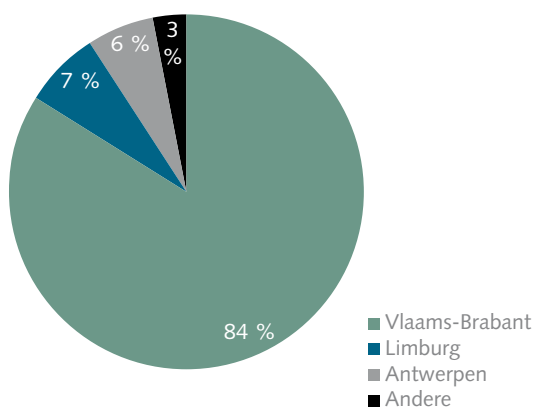
Mannen en vrouwen

De vrouwen zijn het meest vertegenwoordigd in het totale personeelsbestand van UZ Leuven. In 2009 was 74,39% van de medewerkers vrouwelijk. Dit is stabiel tegenover 2008 en 2007.

Voltijds en deeltijdse tewerkstelling

In 2009 werkte 53,5% van alle UZ Leuven-medewerkers deeltijds en 46,5% voltijds. Het aantal deeltijdse krachten ten opzichte van het totale personeelsbestand steeg de laatste vijf jaar met bijna 2%.

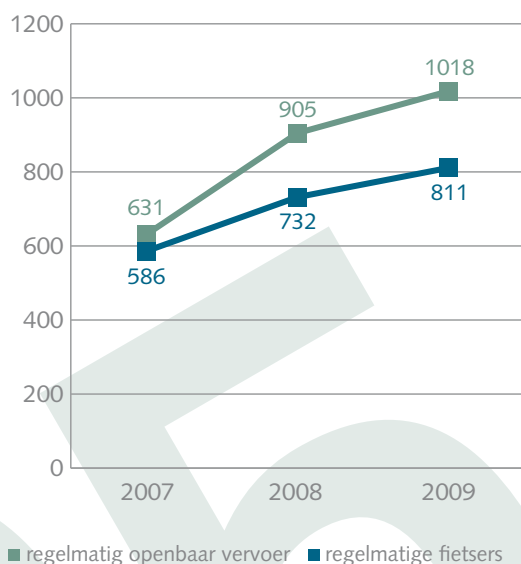
Woonplaats totale personeelsbestand 2009



Woonplaats

De meeste personeelsleden wonen in de provincie Vlaams-Brabant, nl. 84%. Daarop volgt de provincie Limburg (7%) en de provincie Antwerpen (6%).

Woon-werkverkeer totale personeelsbestand 2007-2009



Woon-werkverkeer

In 2009 kwam 21,4% van de UZ Leuven-medewerkers op regelmatige basis met de fiets of met het openbaar vervoer (bus en/of trein) naar het werk. In vergelijking met 2007 betekent dit een stijging van 6,55%.

In 2007 nam 7,15% van de personeelsleden de fiets; in 2009 bedroeg dit 9,5%, een aanzienlijke stijging over een periode van 2 jaar.

In 2009 nam 11,93% van het totale personeelsbestand het openbaar vervoer tegenover 7,7% in 2007.

Sinds januari 2007 biedt UZ Leuven aan zijn werknemers een fietsvergoeding aan. Enkele maanden later, vanaf juni 2007, volgde kosteloos openbaar vervoer. De promotie van het gebruik van duurzame vervoersmiddelen werpt duidelijk vruchten af.

Samenstelling bestuurscomité (juni 2010)

Binnen de K.U.Leuven is UZ Leuven een autonome organisatie voor gezondheidszorg. De beheersbevoegdheid van het ziekenhuis is door de universiteit gedelegeerd aan een apart orgaan, het bestuurscomité. Het comité is bevoegd voor alle aangelegenheden inzake de exploitatie van UZ Leuven, ook de medische en medisch-technische diensten.

Voorzitter

prof. dr. Guy Mannaerts

Leden

- prof. dr. Filip Abraham
- prof. dr. Norbert Blanckaert
- prof. dr. Minne Casteels
- Hugo Casteleyn
- prof. dr. Herman Daems
- prof. dr. ir. Koen Debackere
- Marie-Dominique De Jaegere
- prof. dr. Paul De Leyn
- Willy Duron
- prof. dr. Johan Kips
- prof.dr. Wim Robberecht
- prof. dr. Paul Rutgeerts
- prof. dr. Dirk Vlasselaers
- dr. ir. Ludo Verhoeven
- Walter Vandenbempt
- prof. dr. Mark Waer

Secretaris-verslaggever

Jan Verhaeghe

Woont de vergadering bij

Jozef De Cuyper, regeringscommissaris

Samenstelling directiecomité (juni 2010)

Het directiecomité is verantwoordelijk voor de uitvoering van het beleid en het dagelijkse bestuur van UZ Leuven.

Voorzitter

prof. dr. Johan Kips, gedelegeerd bestuurder

Leden

- Lon Holtzer, directeur verpleging en patiëntenbegeleiding
- prof. dr. Katrien Kesteloot, financieel directeur
- prof. dr. Jozef Peuskens, algemeen directeur UPC K.U.Leuven, campus Kortenberg
- prof. dr. Frank Rademakers, hoofdgeneesheer
- dr. Wim Tambeur, operationeel directeur
- Paul Timmermans, logistiek directeur
- Marianne Vael, personeelsdirecteur
- Nancy Vansteenkiste, operationeel directeur
- Jan Verhaeghe, algemeen secretaris



CoolFlow™

Reynolds Wehrman
a Johnson & Johnson company



CLR







UZ
Leuven

Herestraat 49
B - 3000 Leuven

www.uzleuven.be
tel. +32 16 33 22 11

UNIVERSITY HOSPITALS LEUVEN