

# Jaarverslag 2011

Integraal Kankercentrum Nederland

juli 2012



---

# Jaarverslag 2011

## Integraal Kankercentrum Nederland

Auteur  
A.J. Scholl

Versie 1.0



# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>IKNL</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Verslag Raad van Toezicht</b>	<b>7</b>
2.1	Algemeen	7
2.2	Samenstelling Raad van Toezicht per 31-12-2011	7
2.3	Honorering	8
2.4	Verslag van de Raad van Toezicht	8
<b>3</b>	<b>Verslag Raad van Bestuur</b>	<b>10</b>
3.1	Doelstelling organisatie	10
3.2	Financiering IKNL	10
3.3	Speerpunten	10
3.3.1	Tumorfocustgroepen Oncologische Zorg	10
3.3.2	ICT Backbone	10
3.3.3	Expertisecentrum voor palliatieve zorg	11
3.3.4	Cancer Information Centre	11
3.3.5	Organisatie Oncologische Zorg	12
3.4	Cijfers	13
3.5	Interne organisatie	16
3.5.1	De sector Registratie en Onderzoek	16
3.5.2	De sector Kennis en Kwaliteit	16
3.5.3	De sector Netwerken	16
3.6	Ondernemingsraad	17
3.7	Personeelsformatie	17
3.8	Salariëring bestuurder	17
B1	Algemene gegevens	19
B2	Huidige en nevenfuncties van de leden van de Raad van Toezicht in 2011	20

---

## 1 IKNL

Per 1 januari 2011 zijn de regionale integrale kankercentra bestuurlijk gefuseerd tot een nieuwe organisatie: het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). De bedoeling is met deze organisatie landelijke regie te combineren met het behoud van de belangrijke regionale functie van een integraal kankercentrum. Vanzelfsprekend gebeurt dit in nauwe interactie met onze doelgroep, de zorgverleners.

De statuten van de regionale ikc's zijn aangepast, waarbij is vastgelegd dat bestuur en toezicht van de regionale centra per 01-01-2011 worden uitgevoerd door IKNL. Als bestuurder van IKNL is benoemd de heer N.M.H. Hoefsmit. Voorts is per 01-01-2011 een Raad van Toezicht IKNL in functie getreden onder voorzitterschap van mw. dr. M. Bussemaker.

Voor u ligt het jaarverslag van IKNL, de zeven integrale kankercentra (ikc's) en de Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC). De integrale kankercentra zijn niet juridisch gefuseerd en leveren in 2011 per stichting een jaarrekening. De VIKC is per 1 oktober 2011 opgeheven en levert daarom nog een jaarrekening 2011 waarin de liquidatie is verwerkt.

## 2 Verslag Raad van Toezicht

### 2.1 Algemeen

De leden van de Raad van Toezicht van IKNL worden op persoonlijke titel benoemd conform de Zorgbrede Governancecode de dato 1 januari 2010. Weliswaar is IKNL geen zorgorganisatie in de zin van deze Code. Maar omdat IKNL werkzaam is in het domein en ten behoeve van zorgorganisaties, worden waar mogelijk de principes en bepalingen van de Code overgenomen.

De taken en bevoegdheden van de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur van IKNL zijn geborgd in de statuten, conform het Raad van Toezicht/Raad van Bestuur model. De intentie van de leden van de Raad van Toezicht is om dienstbaar te zijn aan de maatschappelijke doelstelling van IKNL en als zodanig te handelen.

De Raad van Toezicht heeft de volgende taken en bevoegdheden tot zijn verantwoordelijkheid:

- het zorg dragen voor een goed functionerende Raad van Bestuur; door benoeming, beoordeling en ontslag van de Raad van Bestuur
- het zorg dragen voor een goed functionerend intern toezicht; door benoeming, beoordeling en ontslag van (leden van) de Raad van Toezicht
- het functioneren als adviseur en klankbord voor de Raad van Bestuur
- het houden van integraal toezicht op het beleid van de Raad van Bestuur en de algemene gang van zaken in de instelling
- het houden van toezicht op de kwaliteit van de activiteiten van IKNL en de door de organisatie verrichte werkzaamheden
- het goedkeuren van strategische beslissingen van de Raad van Bestuur
- het goedkeuren van de begroting en de jaarrekening
- beslissen over de aanstelling van de accountant.

Eenmaal per jaar wordt in een vergadering van de Raad van Toezicht het functioneren van de Raad van Toezicht en van de Raad van Bestuur geëvalueerd. In de evaluatie wordt tevens de relatie tussen de Raad van Toezicht en het bestuur betrokken. De voorzitter voert een jaargesprek met de bestuurder en betreft daarin tevens de uit de evaluatie van de Raad van Toezicht voortkomende aandachtspunten.

### 2.2 Samenstelling Raad van Toezicht per 31-12-2011

Naam:	Functie:
Mevr. dr. M. Bussemaker	voorzitter
Drs. E.A.R.J. Lohman	vice voorzitter
Prof. dr. B. Löwenberg	lid
Mevr. L.J.M. Klaasse-van Remortel	lid
Drs. J. Hendriks	lid

## 2.3 Honorering

De Raad van Toezicht stelt het honorarium van de leden vast. Dit honorarium is gebaseerd op advies van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen en zal nimmer hoger zijn dan de vigerende norm. Het honorarium kan tweejaarlijks worden aangepast.

De leden van de Raad van Toezicht ontvangen, op basis van complexiteit en impact van 4 – 5 en budgetklasse 25 tot 30 mln een vaste vergoeding per jaar van € 7.000,=. De voorzitter ontvangt een vergoeding van € 10.000,=. De reiskosten worden vergoed à € 0,19 per kilometer en de overige onkosten worden op declaratiebasis vergoed.

## 2.4 Verslag van de Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht legt in dit jaarverslag extern verantwoording af over zijn handelen door verslag te doen van zijn werkzaamheden. Hij verschaft daarbij inzicht op welke wijze de stichting aan 'good governance' vorm geeft. In 2011 heeft de Raad zich in alle vier vergaderingen intensief beziggehouden met de ontwikkeling van de nieuwe organisatie, IKNL.

Na de eerste kennismaking tussen de leden van de Raad van Toezicht is in de vergaderingen vooral gesproken over de reorganisatie van de regionale kankercentra, de opheffing van de Vereniging Integrale Kankercentra (VIKC) en de visie van IKNL voor de komende jaren. De RvT heeft bij elke vergadering naast de organisatorische en financiële onderwerpen een thema besproken ter verdieping.

In 2011 is besloten om de regionale stichtingen in tact te laten vanwege financiële afspraken met de Nederlandse Zorg autoriteit (NZa). Afspraak met NZa is om de financiering van de regionale kankercentra in 2011 te laten doorlopen.

De Raad van Toezicht heeft nauw contact onderhouden met de Raad van Bestuur inzake het Integraal Kankercentrum Zuid. Het IKZ heeft in 2010 besloten niet te fuseren met de andere integrale kankercentra. De samenwerking tussen IKZ en IKNL heeft in 2011 veel aandacht gekregen vanwege opheffing van de VIKC, het verantwoordelijkheidsvraagstuk van de Nederlandse kankerregistratie en een kort gedingprocedure. De Raad van Toezicht heeft de Raad van Bestuur in het moeizame samenwerkingsproces waar nodig en mogelijk geadviseerd en ondersteund

De Raad van Bestuur heeft in 2011 twee maal met een delegatie van de ondernemingsraad gesproken om te informeren over het proces van de reorganisatie. De conclusie is dat de OR heel coöperatief is geweest in het reorganisatietraject. De Raad was onder de indruk van de flexibiliteit, kennis en inzet van de OR-leden. Eind 2011 zijn verkiezingen geweest voor de OR. De Raad van Toezicht zal ook het komende jaar meermaals met de OR in gesprek gaan.

De Raad van Toezicht heeft kennis gemaakt met de MT leden van IKNL. Het MT heeft in diverse vergaderingen uiteen gezet waar de ambities en uitdagingen van de verschillende sectoren liggen.

Diverse keren is de visie van de organisatie door de Raad van Bestuur ter tafel gekomen. De discussie hieromtrent betrof de vraag of IKNL faciliterend blijft of normerend moet worden. Dit heeft consequenties voor de positie en de waarde van IKNL. De Raad van Bestuur heeft in 2011 vijf speerpunten benoemd; cancer information center, expertisecentrum palliatieve zorg, ICT backbone, focusgroepen oncologische zorg en organisatie oncologische zorg. Daarnaast wordt cancer survivalship een belangrijk thema.



---

De Raad heeft goedkeuring gegeven aan de jaarrekeningen 2010 van de regionale kankercentra, VIKC en IKNL. Tevens heeft de Raad de begroting 2011 geaccordeerd. Deze begroting bestond uit de begrotingen van alle regionale stichtingen, VIKC en IKNL. Ook heeft de Raad de begroting voor 2012 goedgekeurd.

Mevr. dr. M. Bussemaker  
Voorzitter Raad van Toezicht

## 3 Verslag Raad van Bestuur

### 3.1 Doelstelling organisatie

IKNL is het kennis- en kwaliteitsinstituut voor professionals in de oncologische en palliatieve zorg. IKNL staat voor een integrale aanpak van de zorgketen; van diagnostiek tot revalidatie of stervensfase. Op basis van gegevens, kennis en ervaring adviseert en levert IKNL producten en diensten die bijdragen aan het verder verbeteren van de zorg rond kanker. IKNL stimuleert samenwerkingsverbanden in de oncologische en palliatieve zorg en bevordert de kwaliteit in de hele zorgketen. Het uiteindelijke doel is dat alle patiënten toegang hebben tot optimale oncologische zorg in alle fasen van hun ziekte.

### 3.2 Financiering IKNL

In 2011 is besloten om de regionale stichtingen in tact te laten vanwege financiële afspraken met de NZa. De financiering loopt vanaf 2012 niet meer via de regionale stichtingen maar via een instellingssubsidie IKNL voor de palliatieve en oncologische zorg. In 2011 zijn de voorbereidingen hiervoor getroffen.

### 3.3 Speerpunten

Relevant voor de dienstverlening van IKNL is de toegenomen focus op de kwaliteit van de oncologische en palliatieve zorg, de introductie van marktwerking tussen de ziekenhuizen, de toegenomen participatie van patiënten en transparantie in de zorg. De vorming van een landelijke organisatie geeft een impuls aan de ontwikkeling van het kennis en kwaliteitsdenken in oncologisch en palliatief Nederland. In 2011 heeft IKNL vijf speerpunten gekozen, dat met de stakeholders verder is en wordt ontwikkeld:

#### 3.3.1 Tumorfocusgroepen Oncologische Zorg

De medische inhoudelijke ontwikkeling rondom een tumorsoort is het beste gebaat bij een landelijke en multidisciplinaire aanpak van de onderwerpen op kwaliteitsgebied, een Tumor focusgroep.

Binnen een focusgroep zullen de volgende activiteiten plaatsvinden:

- actueel houden van richtlijnen
- ontwikkelen van het medisch beslismodel in de behandeling van de tumor
- ontwikkelen en bijhouden van de set van proces en outcome indicatoren voor het monitoren van het behandelproces en de uitkomst
- adviseren over de dataset voor het oncologisch zorgdossier
- organiseren van multidisciplinaire auditing vanuit de beroepsgroepen
- ziekenhuizen en beroepsgroepen adviseren over verbetering van de kwaliteit van de zorg
- richting geven aan het wetenschappelijk onderzoek door aan te geven waar de hiaten in kennis om te komen tot evidence based behandelprotocollen
- ontwikkelen van multidisciplinaire kwaliteitscriteria aan ziekenhuizen en professionals
- het leggen van een verbinding met de patiëntenverenigingen.

In 2011 is een proces in gang gezet om de consultantdiensten te moderniseren, door het toepassen van videoconferencing en meer maatwerk te maken voor de vragende ziekenhuizen

#### 3.3.2 ICT Backbone

In de afgelopen jaren is de focus van het veld ook meer gericht op de kwaliteitsinformatie van behandelingen. De vraag ontstaat naar steeds meer objectieve informatie vanuit het zorgproces om het zorgproces te kunnen monitoren. Beroepsbeoefenaren gaan hun handelen auditeren en ziekenhuizen willen

inzicht krijgen in hun zorgpakket. Gestreefd moet worden naar een bronregistratie in het systeem van de zorgverlener en automatische koppelingen naar de verschillende databases. De Nederlandse kankerregistratie (NKR) heeft als doelstelling de kwaliteit van zorg te ondersteunen en is als database geschikt voor het vastleggen van de oncologische kwaliteitsinformatie.

Voor het opwaarderen van de NKR als centrale database voor oncologische informatie over behandelingen en de resultaten zal een koppeling gemaakt moeten worden vanuit de behandeling van de individuele patiënt naar de invoer in de NKR. Voor de toekomst moet uitgegaan worden van geautomatiseerde koppelingen, waarbij de nadruk komt te liggen op landelijke standaarden en coderingen en validatie van de gegevensstromen. Daarnaast moet de database verrijkt worden met informatie uit andere bronnen om bijvoorbeeld casemixcorrecties te doen. Om dit te kunnen bereiken heeft IKNL in 2011 stappen gezet om een nieuw moderne database GRA2 te ontwikkelen.

IKNL zal in deze context een voorwaardenscheppende rol spelen, zodat er een gegevensinfrastructuur kan gaan ontstaan, die voor meerdere doeleinden te gebruiken is. Dit is benchmarking, auditing, visitatie, ketenvormingen en /-informatie, decision support van het MDO/consulentschap en doelmatigheidsstudies. IKNL heeft hiervoor in 2011 de volgende acties uitgezet:

- overleg met de DICA/SONCOS om te komen tot een geïntegreerd model van gestructureerde kwaliteitsbewaking en auditing voor de beroepsgroepen
- het ontwikkelen van een decision support model om het toepassen van de richtlijnen te bevorderen en kennis te vergaren over afwijkende behandelingen en haar outcome. Dit project wordt gedaan met een aantal grote ziekenhuizen, Nictiz en Phillips.

### 3.3.3 Expertisecentrum voor palliatieve zorg

In 2011 is het advies over de ondersteuningsstructuur palliatieve zorg aangeboden aan de staatssecretaris VWS. In deze notitie wordt uitgegaan van een ondersteuningsstructuur voor de palliatieve zorg bestaande uit kenniscentra, een expertisecentrum en netwerk coördinatoren in het palliatieve netwerk. IKNL heeft aangegeven de functie van het landelijke expertisecentrum te willen invullen. De hoofdtaken zijn het aanbieden van consulentdiensten palliatieve zorg en deskundigheidsbevordering.

De belangrijkste ontwikkeling is een verbinding te leggen met de kenniscentra en afspraken te maken over het ontwikkelen van kennis en behandelprotocollen. Deze kunnen dan vervat worden in richtlijnen. De uitdaging bestaat om deze richtlijnen ook te onderbouwen met wetenschappelijk onderzoek.

Op dit moment bestaat er weinig eenvormigheid in de organisatie en werking van de consulentdiensten palliatieve zorg. Nu IKNL een landelijke organisatie is bestaat de mogelijkheid om structuur aan te brengen in het functioneren van de consulentdiensten. Met dit traject is in 2011 in overleg met de betrokken zorgprofessionals als (wijk)verpleegkundigen, huisartsen en medisch specialisten een begin gemaakt.

Met de netwerken en netwerkcoördinatoren werd in 2011 op regionaal niveau contacten onderhouden opdat voldoende inzicht ontstaat in de inhoudelijke vraagstukken en de mogelijkheden van deskundigheidsbevordering tijdig kunnen worden aangeboden.

### 3.3.4 Cancer Information Centre

De NKR is een database met voornamelijk epidemiologische informatie van tumoren. Per jaar worden alle nieuwe gevallen van maligne tumoren geregistreerd en gedurende het behandeltraject vervolgd.

Voor het goed kunnen functioneren van de deelmarkt oncologie in de gezondheidszorg is het noodzakelijk dat er objectieve informatie is over het functioneren van de markt. Dit is toe te splitsen op de medische en zorginhoudelijke kant, de auditing en benchmarking en de bedrijfsmatige analyses.

Voor het wetenschappelijk onderzoek is een goede landelijke database van levensbelang. De huidige database wordt verrijkt met andere informatie uit het zorgproces als comorbiditeit en gedetailleerde behandelingsinformatie om beter in te kunnen spelen op de huidige wetenschappelijke vragen. Hier wordt een ontwikkeling gezien van klinisch vergelijkend onderzoek naar meer populatie gebonden onderzoeksmethodieken. In Engeland en de USA is dit de nieuwe trend. Het is een alternatief voor langdurige en kostbare vergelijkende onderzoeken. De NKR nieuwe stijl vormt dan een betrouwbare basis voor dit onderzoek.

Doelmatigheid wordt een steeds belangrijker deel in de richtlijnontwikkeling en is interessant voor beleidsmakers in de zorg. Door de toenemende vraag naar meer transparantie is er behoefte aan objectieve informatie om de kwaliteit van zorg en het zorgproces in beeld te brengen. Bestaat de huidige werkwijze nu nog veel als de zorgverlener, die zijn eigen informatie publiceert, in de toekomst is dit niet houdbaar. Patiënten en derden zullen steeds meer objectieve informatie willen hebben en IKNL kan deze informatie vanuit de NKR leveren.

IKNL heeft met de reorganisatie in 2011 de eerste stappen gezet om een sterke onderzoeksgroep op te zetten voor het produceren van landelijke monitors, het ondersteunen van wetenschappelijk onderzoek door derden, het maken van eigen analyses over de relevante ontwikkelingen in de oncologische en palliatieve zorg. De onderzoeksgroep heeft goede contacten met en werkt samen met de belangrijkste onderzoekscentra in de academie en de grote algemene ziekenhuizen.

### 3.3.5 Organisatie Oncologische Zorg

Door de focus op kwaliteitsindicatoren van de beroepsverenigingen in de oncologische zorg zijn er kwalitatieve en kwantitatieve grenzen bepaald waaraan een ziekenhuis of medisch specialist moet voldoen. Dit heeft gevolgen voor het zorgpakket van een ziekenhuis. Uiteindelijk wil iedere zorgaanbieder verantwoorde zorg aanbieden, maar alle oncologische patiënten naar een centrum ziekenhuis verwijzen is op theoretische gronden wel mogelijk maar in de praktijk moeilijk uitvoerbaar. Daarom wordt er gezocht naar andere samenwerkingsvormen om de patiënt een verantwoord zorgtraject te kunnen aanbieden, maar waar voor deelprocessen in de behandeling gebruik wordt gemaakt van ieder zijn eigen competenties. In een regio van ziekenhuizen en eerste lijn zullen in de toekomst gestructureerde afspraken moeten worden gemaakt rondom de integrale behandeling van de patiënt. De focus moet meer gaan liggen op de ketenverantwoordelijkheid dan de eigen verantwoordelijkheid.

IKNL heeft een sterke positie in de regio en wil inzetten ter versterking van de oncologische zorgketens. De vrijblijvendheid moet veranderen zodat er regionaal met de medisch specialisten en ziekenhuizen afspraken worden gemaakt ter invulling van de ketenverantwoordelijkheid. IKNL heeft in 2011 met regionale zorgaanbieders stappen gezet om te kijken naar een keten. Het thema concentratie en spreiding probeert IKNL samen met instellingen in een regio vorm te geven.

De eerste lijn en met name de huisarts heeft in de oncologische zorg nog een beperkte rol. Dit terwijl hij wel direct betrokken kan worden in de gehele keten van behandeling. Dit gaat van vroegdiagnostiek, de oncologische behandeling in de tweede lijn tot de periode van nazorg en palliatie. De huisartsen hebben voor 2011 de oncologische zorg als aandachtspunt benoemd en we gaan ervan uit dat vanuit hun ambitie hun betrokkenheid kan worden vergroot.

### 3.4 Cijfers

In 2011 zijn er ongeveer 103.500 registraties van kankerpatiënten verricht. Dat zijn zowel incidenties uit 2011 als nog uit 2010.

Onderzoekers, klinici en andere kunnen een aanvraag bij IKNL indienen voor gegevens uit de NKR. In 2012 zijn 329 gegevensaanvragen in behandeling geweest bij de landelijke Commissie van Toezicht NKR.

In 2011 deed het IKNL trialbureau voor 2460 nieuwe patiënten het lokaal datamanagement. De patiënten werden met name in KWF-gesubsidieerde klinische onderzoeken geïnccludeerd: 2112 patiënten. De overige inclusies (348) zijn patiënten in contract-studies (commercieel en investigator initiated). Het aantal inclusies in 2011 liep terug ten opzichte van 2010. Het aantal inclusies in contract-studies is zelfs gehalveerd, vooral omdat er minder studies door farmaceuten werden uitgezet.

Er waren 21 inkluderende klinische onderzoeken waarvoor in 2011 centraal datamanagement is gedaan: 9 daarvan zijn door KWF (mede-)gesubsidieerd, 12 studies zijn door andere partijen (commercieel en niet-commercieel) gefinancierd. Daarnaast zijn er werkzaamheden verricht voor studies waarvan de inclusie gesloten is. Het gaat om 4 KWF-gesubsidieerde studies en 6 studies die door andere partijen (commercieel en niet-commercieel) worden gefinancierd.

IKNL had in 2011 462 consulenten die verspreid over het land in de ziekenhuizen consulten oncologische zorg verleenden.

Tabel 3.1

Aantal en percentage besprekingen per discipline

<b>Bespreking</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Algemene oncologie	78	94
Hematologie	59	79
Gynaecologie	54	72
Long	18	24
Urologie	15	14
Mamma	3	
GE	2	

Het aantal patiënten dat heeft meegedaan aan het revalidatieprogramma Herstel & Balans in 2011 is 2.406. In 2010 was dit aantal vergelijkbaar (2.486 deelnemers). Het programma bevordert de beschikbaarheid en kwaliteit van revalidatiezorg voor patiënten met kanker in Nederland. IKNL is een van de samenwerkingsorganisaties in dit programma.

Het aantal palliatieve consulent teams per 31-12-2011 was 21, verspreid over Nederland. Medio 2011 waren er 25 teams. In de regio Leiden zijn twee teams gefuseerd, alsook in regio Twente. In de regio Nijmegen zijn vijf teams geïntegreerd naar drie teams. Per 31-12-2011 waren er in totaal 204 consulenten. Onderstaand overzicht geeft de ontwikkeling van het aantal consulten palliatieve zorg weer.

Tabel 3.2

aantal consulents per regio

Regio	consulents	prognose	verschil	consulents	consulents	consulents
	2011	2011	t.o.v. 2010	2010	2009	2008
<b>Amsterdam</b>	755	755	-168	923	881	<b>747</b>
<b>Maastricht</b>	809	809	42	767	755	<b>793</b>
<b>Utrecht</b>	676	676	-45	721	653	<b>622</b>
<b>Groningen-Enschede</b>	808	808	-21	829	813	<b>884</b>
<b>Nijmegen</b>	1046	1046	-220	1266	1236	<b>1212</b>
<b>Rotterdam</b>	757	757	23	734	824	<b>748</b>
<b>Leiden</b>	749	749	-44	793	600	<b>533</b>
<b>IKZ</b>	512	512	-14	526	597	<b>446</b>
<b>Landelijk</b>	<b>6112</b>	<b>6112</b>	<b>-447</b>	6559	<b>6359</b>	<b>5985</b>

Tabel 3.3

Aantal symposia en thema-avonden en cursussen

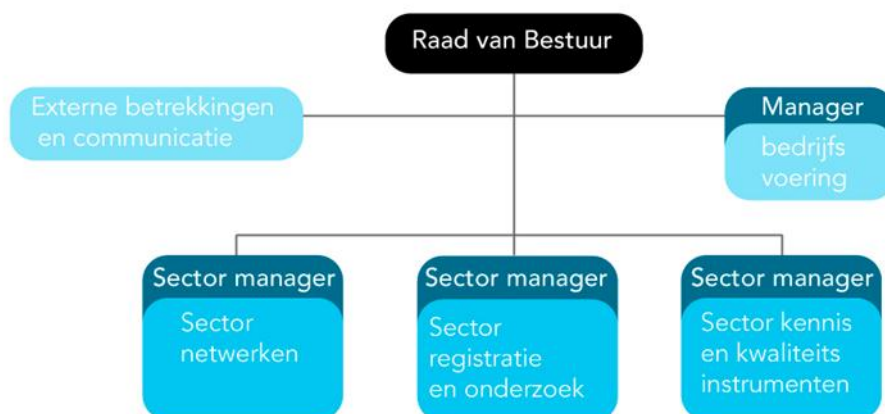
Regio		Symposia	Thema-avonden	Cursussen
<b>Amsterdam</b>	aantal activiteiten	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>18</b>
	aantal deelnemers	<b>164</b>	<b>240</b>	<b>281</b>
<b>Leiden</b>	aantal activiteiten	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>7</b>
	aantal deelnemers	<b>104</b>	<b>228</b>	<b>170</b>
<b>Rotterdam</b>	aantal activiteiten	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>14</b>
	aantal deelnemers	<b>567</b>	<b>644</b>	<b>503</b>
<b>Nijmegen</b>	aantal activiteiten	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>10</b>
	aantal deelnemers	<b>52</b>	<b>181</b>	<b>291</b>
<b>Utrecht</b>	aantal activiteiten	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>17</b>
	aantal deelnemers	<b>168</b>	<b>22</b>	<b>250</b>
<b>Maastricht</b>	aantal activiteiten	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
	aantal deelnemers	<b>790</b>	<b>20</b>	<b>45</b>
<b>Enschede/Groningen</b>	aantal activiteiten	<b>3</b>	<b>23</b>	<b>11</b>
	aantal deelnemers	<b>205</b>	<b>1357</b>	<b>154</b>
<b>Landelijke bijeenkomsten</b>	aantal activiteiten	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>nvt</b>
	aantal deelnemers	<b>504</b>	<b>17</b>	<b>nvt</b>

---

Het afgelopen heeft IKNL op het vlak van deskundigheidsbevordering vele symposia, thema-avonden en cursussen georganiseerd. Veelal lokaal georganiseerd inspelend op de vragen die er regionaal speelden. Dit verklaart deels het diverse aanbod. Voor 2012 staat een harmonisatie van het aanbod in de verschillende regio's gepland.

### 3.5 Interne organisatie

IKNL is een organisatie van ongeveer driehonderdtachtig medewerkers verspreid over acht locaties in Nederland. Om de doelstelling van IKNL te kunnen invullen, heeft IKNL zich georganiseerd in drie sectoren.



#### 3.5.1 De sector Registratie en Onderzoek

IKNL registreert hoe vaak kanker voorkomt, bij welke mensen, wat de beste behandeling is en hoe de prognose is. Deze gegevens vormen de Nederlandse Kankerregistratie (NKR) en geven inzicht in de aard en omvang van het kankervraagstuk in Nederland: [www.cijfersoverkanker.nl](http://www.cijfersoverkanker.nl). De sector Registratie en Onderzoek beheert de NKR en beantwoordt onderzoeksvragen op het gebied van epidemiologie en kwaliteit van de zorg. We doen ook eigen onderzoek op deze gebieden. Het klinisch onderzoek ondersteunen we met datamanagement om participatie aan trials door specialisten in ziekenhuizen te bevorderen.

#### 3.5.2 De sector Kennis en Kwaliteit

De zorg voor patiënten met kanker kan altijd beter. Bij de zorg zijn meerdere zorgverleners, afdelingen en organisaties betrokken. De sector Kennis en Kwaliteit ontwikkelt, implementeert en evalueert diensten, producten en instrumenten om de organisatie van oncologische en palliatieve zorg te vergelijken en te verbeteren zoals zorgpaden, systemen voor gegevensuitwisseling en werkmethode voor verpleegkundigen en verzorgenden. De adviseurs van de sector Kennis en Kwaliteit stellen samen met de beroepsverenigingen van medisch specialisten richtlijnen op voor de diagnose en behandeling van kanker. De informatie stellen we beschikbaar via [www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl) en [www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl).

#### 3.5.3 De sector Netwerken

De sector Netwerken adviseert medisch specialisten, zorginstellingen en bestuurders in de zorg over het verder verbeteren van het totale zorgproces; van diagnose tot nazorg. IKNL kijkt zowel naar de inhoud als naar de organisatie van de zorg. De adviseurs van de sector Netwerken zijn het aanspreekpunt binnen een regio voor alle zaken die betrekking hebben op oncologische en palliatieve zorg. We geven ziekenhuizen informatie over hun prestaties en waar ruimte voor verbetering is. We bevorderen het gebruik van kwaliteitsinstrumenten, voeren innovatieve projecten uit op het gebied van kwaliteitssystemen en ondersteunen verschillende vormen van samenwerking binnen en tussen zorginstellingen.



### 3.6 Ondernemingsraad

Het belangrijkste thema in de overlegvergaderingen van de bestuurder met de ondernemingsraad betrof de voortgang van de reorganisatie. De OR heeft een positief advies uitgebracht over de vorming van de afdeling communicatie en het functiegebouw voor de hele IKNL organisatie. Eveneens is een positief advies uitgebracht over de harmonisatie arbeidsvoorwaarden en persoonlijke regelingen.

De ondernemingsraad is coöperatief geweest in het reorganisatietraject. De OR heeft maandelijks overleg met de bestuurder en/of manager bedrijfsvoering. Eind 2011 hebben verkiezingen plaatsgevonden voor de OR.

### 3.7 Personeelsformatie

De personeelsbezetting op jaarbasis bedroeg fte. Begroot was fte. Het aantal medewerkers per 31-12-2011 bedroeg 444. Het ziekteverzuim in 2011 was 4,35 % (excl. zwangerschap). De gemiddelde ziekmeldingsfrequentie was 0,94. De gemiddelde ziekte duur 110,93 dagen.

Tabel 3.2 Verzuimcijfers IKNL

Locatie	# med	Gem verzuim (excl.vangnet)	Gem meldings- frequentie	Gem ziekte duur in dagen
Maastricht	33	8,90	1,15	34,40
Groningen/E	95	5,50	1,20	25,70
Rotterdam	59	4,30	1,45	11,30
Utrecht	41	2,04	0,85	4,00
Utrecht/VIKC	11	1,89	1,27	5,00
Leiden	72	1,16	0,00	365,00
Amsterdam	71	7,54	0,07	411,00
Nijmegen	62	3,46	1,53	31,00
	444	4,35	0,94	110,93

### 3.8 Salariëring bestuurder

Omdat sprake is van slechts één bestuurder en diens vergoeding een bepaald grensbedrag niet overschrijdt, wordt het salaris van de bestuurder niet nader vermeld in het jaarverslag. Dit is conform algemeen aanvaarde grondslagen voor de verslaglegging in Nederland. Het salaris is vastgesteld aan de hand van de NVZD-adviesregeling.



# B1 Algemene gegevens

## **Naam en vestigingsplaats**

De Stichting Integraal Kankercentrum Nederland

Zij is opgericht bij notariële akte d.d. 31 december 2010

IKNL is gevestigd aan de Catherijnesingel 55, 3511 GH te Utrecht, welke tevens de statutaire vestigingsplaats is.

Accountant

BDO

Bestuurder vanaf 1 januari 2010

N.H.M. Hoefsmit MBA, arts

Kamer van Koophandel

Ingeschreven bij Kamer van Koophandel te Utrecht onder nummer 30284694

## B2 Huidige en nevenfuncties leden Raad van Toezicht

Dr. M. Bussemaker

- Lid College van Bestuur Universiteit van Amsterdam en Hogeschool van Amsterdam (rector Hogeschool van Amsterdam)
- Kroonlid SER
- Lid bestuur Meer dan Voetbal (KNVB)
- Lid Raad van Toezicht en Raad van Commissarissen Koninklijke Nederlandse Toeristenbond ANWB
- Lid bestuur Indisch Herinneringscentrum

Drs. E.A.R.J. Lohman

- Voorzitter Raad van Toezicht Cordaan
- Commissaris Arbo Unie

Prof. Dr. B. Löwenberg

- Hoogleraar Hematologie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- Scientific Advisory Board VUmc Cancer Center Amsterdam
- Redactie New England Journal of Medicine (Boston)
- Scientific Advisory Board, Lund Strategic Center for Stem Cell Biology and Cell Therapy, Lund University, Zweden
- Advisory Board for Cell-based Therapy (CTC), Hemocenter, University Sao Paulo
- External Scientific Advisory Board Tumorzentrum Ludwig Heilmeyer-Comprehensive Cancer Center Freiburg
- Chair Scientific Committee, European School of Hematology, Parijs
- Voorzitter International Scientific Advisory Board Biobanking and Biomolecular Resources Research Infrastructure Nederland (BBMRI-NL)
- Executive Committee, European School of Hematology, Parijs
- Bestuur Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
- Bestuur Josephine Nefkens Stichting voor Kankeronderzoek
- Bestuur Josephine Nefkens Stichting voor Ontwikkelingshulp
- Comité van Aanbeveling Daniel den Hoed
- Adviseur Stichting Patiënten Contactgroep Leukemie
- Raad van Advies De Vruchtenburg (centrum voor ondersteuning van mensen met kanker)
- Advisory Board, Stichting CORPUS, Museum Reis door de mens, een combinatie van educatie, informatie en entertainment
- Lid van de jury Prof. dr. P. Muntendamprijs KWF Kankerbestrijding
- Redactielid The New England Journal of Medicine
- Redactielid Up-to-date, sectie redacteur leukemie
- Redactielid The Oncologist, sectie redacteur hematologische maligniteiten
- Redactielid Current Opinion in Hematology
- Redactielid Cytokines and Molecular Therapy
- Redactielid Cancer Therapy and Control
- Redactielid International Journal of Hematology
- Redactielid Hem-Onc
- Redactielid European Haematology
- Redactielid The Netherlands Journal of Medicine
- Redactielid Chief Editor of Frontiers in Hematology Oncology

L. Klaasse – van Remortel

- Lid/secretaris Raad van Toezicht Kankerscreening Limburg
- Plaatsvervangend lid Commissie Ziekenhuizen College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen
- Lid Presidium Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Limburg

- 
- Lid commissie Actualisatie Advies Gezondheidsraad inzake Radiotherapie
  - Voorzitter Directieoverleg Zelfstandige Radiotherapeutische Centra
  - Lid Directiegroep 14 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
  - Lid Nederlandse Verenigingen van Ziekenhuisdirecteuren

Drs. J. Hendriks

- Voorzitter Raad van Bestuur Stichting Bronovo-Nebo
- Lid Raad van Bestuur International Health Policy and Management Institute, Washington D.C., USA
- Lid Raad van Advies Studiecentrum Bedrijf en Overheid
- Lid Raad van Toezicht Eerste Lijnsondersteuning Amsterdam
- Lid Bestuur Platform Zorginstellingen Grote Steden
- Bestuurslid op voordracht van Zorgverzekeraars Nederland van het landelijk Centrum voor het meten van Klantervaringen in de Zorg, CKS
- Lid Bestuursadviescommissie NVZ Onderwijs en Opleidingen
- Lid Begeleidingscommissie ZonMw Evaluatie Zorgverzekeringswet
- Lid Stuurgroep Academische Werkplaats Ouderenzorg LUMC