

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

3558

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de gevolgen en de lessen van de Klebsiëlla-infectie in het Maasstad ziekenhuis* (ingezonden 4 augustus 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 7 september 2011).

Vraag 1

Deelt u de mening dat indien patiënten overlijden of schade hebben oplopen als gevolg van verwijtbaar handelen van het Maasstad ziekenhuis, het ziekenhuis de kosten van de letselschadezaak moet vergoeden zodat de patiënt, de familie of nabestaanden recht wordt gedaan? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 1

In zijn algemeenheid is mijn standpunt bij letselschade het volgende. Het heeft mijn voorkeur dat in die gevallen die zich daarvoor lenen, tot een buitengerechterlijke overeenstemming wordt gekomen. Het vergt echter een onafhankelijk rechterlijk oordeel om te constateren of sprake is van verwijtbaar handelen. Onderdeel van dit rechterlijk oordeel kan zijn een veroordeling tot betaling van de proceskosten van degene die de juridische zaak heeft aangespannen. Met andere woorden het is aan de rechter om te bepalen of en welke kosten het ziekenhuis moet vergoeden. Dit is in lijn met mijn beleid tot de klachten- en geschillenbehandeling uit mijn wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz).

Vraag 2

Is het waar dat de directeur van het ziekenhuis een salaris van € 391 000 heeft ontvangen in 2010? Is het waar dat dit salaris onder andere bestond uit een bonus van ruim € 90 000? Hoe beoordeelt u het niveau van dit salaris in zijn algemeenheid? En hoe in relatie tot zijn functioneren als bestuurder van het Maasstad ziekenhuis? Kunt u uitleggen waarom deze directeur deze bonus verdiende?

Antwoord 2

Nee, dit is niet waar. Hij verdient veel, te veel volgens de eigen Zorgbrede Governancecode, maar het beeld dat u schetst, doet onrecht aan de werkelijkheid. U geeft namelijk het zogenaamde super-bruto aan, dat is het

bruto-inkomen plus alle werkgeverslasten. Een faire vergelijking wordt verkregen door uit te gaan van het bruto-inkomen.

In het jaarverslag is daarover het volgende vermeld: het bruto-inkomen (inclusief vakantiegeld, eindejaarsuitkering en andere vaste toelagen) over heel 2010 bedraagt € 238 136. Daarbovenop heeft hij in 2010, op grond van de resultaten over 2009, een bonus gekregen van bruto € 90 000. Het totale bruto-inkomen in 2010 komt daardoor uit op € 328 136.

De inkomensafspraken uit 2004 met hem zijn dan ook niet gebaseerd op een regeling uit de zorgsector (NVZD-regeling, NVTZ-regeling dan wel BBZ) maar op een advies van de Hay Group. Dat gaat uit van een te hoog basissalaris en een niet in de zorg passende bonusmogelijkheid van maximaal 40%.

Vraag 3

Wat is uw oordeel over het functioneren van de Raad van Toezicht in relatie tot dergelijke exorbitante beloningen?

Antwoord 3

Zoals ik in mijn antwoord op vraag 2 heb geschreven, vind ik dat de Raad van Toezicht op het punt van de honorering van de bestuursvoorzitter in 2004 een verkeerd referentiekader heeft gekozen en daardoor een te ruime afspraak heeft gemaakt. Ook heeft de raad verzuimd om op dit punt de signalen op te pikken uit de maatschappelijke discussie, de Zorgbrede Governance Code uit 2005 en de vernieuwde Zorgbrede Governance Code 2010.

Vraag 4

Wat vindt u van de beloningen van de Raad van Toezicht waarvan de voorzitter per vergadering circa € 2800 opstrijkt en bijna het dubbele krijgt ten opzichte van de andere toezichthouders die 10% boven het aanvaarde maximum zitten, terwijl het slechts om een middelgroot ziekenhuis gaat?

Antwoord 4

De beloningen van de Raad van Toezicht moeten voldoen aan de Zorgbrede Governancecode en de adviesregeling van de NVTZ.

Vraag 5

Welk salaris krijgt prof E. als interimbestuurder per dag dat hij werkt voor het Maasstadziekenhuis? Hoeveel dagen werkt hij voor het Maasstad ziekenhuis? Hoeveel zit zijn inkomen boven de Balkenendenorm? Wat is uw oordeel hierover?

Antwoord 5

De verantwoording van het inkomen van de interimbestuurder zal plaatsvinden in het jaarverslag over 2011. Dat zal medio 2012 verschijnen.

Vraag 6

Bent u van oordeel dat als directeur met een salaris van ruim € 391 000 gedwongen wordt op te stappen vanwege onvoldoende functioneren, dit niet gepaard mag gaan met een gouden handdruk, mede gezien de grote morele verontwaardiging die er heerst over zijn salaris, en hij zeker niet meer dan € 75 000 vertrekpremie zou mogen ontvangen? Bent u bereid erop toe te zien dat dit inderdaad ook niet gebeurt? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 6

Ik ben van mening dat iedereen zich aan gemaakte afspraken moet houden, tenzij gewijzigde omstandigheden het verantwoord maken om daar op terug te komen. Dat moet dan, in het uiterste geval, wél voor een rechter overeind kunnen blijven. Noch ik, noch collega-bewindslieden hebben een instrument om te kunnen ingrijpen in bestaande arbeidsvoorwaarden.

Zoals ik in de bovenstaande antwoorden al heb geschreven, vind ik dat de afspraken over het inkomen van de inmiddels vertrokken bestuursvoorzitter te hoog waren. In 2004, bij het aangaan van het contract, was echter een vergoeding van één jaarsalaris niet ongebruikelijk, hoewel we daar inmiddels anders over denken. De bestuursvoorzitter is sinds 2004 werkzaam. De Raad van Toezicht maakt een afweging door – naast de gemaakte afspraken – ook

zijn hele loopbaan bij het Maasstadziekenhuis mee te nemen bij het einde van zijn arbeidsovereenkomst.

Bij de Kamer ligt inmiddels een wetsvoorstel om de inkomens van bestuurders in de publieke en de semipublieke sectoren te normeren, TK-dossier 32 600. Daarin is ook de ontslagvergoeding gemaximeerd op € 75 000. Na inwerkingtreding van die wet zullen in nieuwe arbeidscontracten met zorgbestuurders dus niet meer dit soort ontslagvergoedingen kunnen voorkomen.

Vraag 7

Is de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) tijdig op de hoogte gesteld van de problemen? Had zij eerder weet moeten hebben van hetgeen zich afspeelde in het Maasstad ziekenhuis? Zo ja, kunt u dit toelichten?

Antwoord 7

De IGZ is niet eerder dan op 31 mei 2011 geïnformeerd over de Klebsiëlla-uitbraak. Dit geschiedde door een melding van het Maasstad ziekenhuis zelf. Op dat moment was de uitbraak al omvangrijk. Daarom had de inspectie eerder hiervan op de hoogte willen zijn. De IGZ had door eerdere betrokkenheid extra maatregelen kunnen nemen waaronder externe bijstand bij het bestrijden van de uitbraak. Ook was het toezicht op het naleven van de algemene voorzorgsmaatregelen dan eerder mogelijk geweest. De IGZ doet onderzoek naar de inhoudelijke en bestuurlijke aanpak van deze crisis en komt in oktober met een tussentijds rapport.

Vraag 8

Heeft de IGZ voldoende adequaat gehandeld? Zo ja, kunt u dit toelichten?

Antwoord 8

Ja. De IGZ heeft in aansluiting op de melding over de uitbraak haar zorg uitgesproken over de ernst daarvan, de Raad van Bestuur met klem verzocht verdere ontwikkelingen consequent aan de IGZ te melden en dagelijks over de bevindingen van het zogenaamde «Outbreakteam» te rapporteren. De IGZ heeft op dat moment geen onderzoek uitgevoerd naar hoe een en ander tot dat moment was verlopen vanuit de opstelling dat het ziekenhuis eerst alle energie moest richten op het behandelen en tot stilstand brengen van de uitbraak.

Op 23 juni 2011 heeft de inspectie een spoedbezoek gebracht aan het ziekenhuis omdat de gegevens die het ziekenhuis aan de IGZ verstrekte in onvoldoende mate wezen op de noodzakelijke urgente en adequate aanpak van de uitbraak. De dringende aanbevelingen van de IGZ om de bestrijding van de uitbraak te verbeteren zijn vervolgens alle door de Raad van Bestuur overgenomen.

Bij een daaropvolgend inspectiebezoek op 12 juli 2011 heeft de IGZ op grond van al haar bevindingen de Raad van Bestuur opdracht gegeven om per direct een plan van aanpak te maken. Daarin moest worden beschreven op welke wijze het ziekenhuis het infectiepreventiebeleid zou gaan verbeteren en borgen. Dit plan is op 27 juli 2011 aan de IGZ gezonden.

Omdat op 20 juli 2011 bleek dat de (waarnemend) bestuurder niet per direct in staat was om de berichtgeving in de media over vier nieuwe besmettingen adequaat te kunnen beantwoorden, heeft de inspectie nog diezelfde dag een onaangekondigd bezoek aan het ziekenhuis gebracht. Daarbij is onder meer door de IGZ aangegeven dat zij zich grote zorgen maakte over de patiëntveiligheid. Dit als gevolg van onvoldoende bestuurlijke daadkracht en onvoldoende transparantie. Op basis daarvan heeft de IGZ verscherpt toezicht ingesteld.

Vraag 9

Wat is uw oordeel over het voorstel om, zoals bijvoorbeeld in het Maasstad ziekenhuis het geval lijkt te zijn, indien door interne twisten en gebrek aan regie een ziekteverwekker vrij spel heeft in een zorginstelling, een multidisciplinair interventieteam in te zetten om de uitbraak te bestrijden? Zo nee, waarom niet? Zo ja, bent u bereid in samenwerking met instanties als de IGZ, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en de Stichting Werkgroep Infectie Preventie, een dergelijk team op te zetten en een

wettelijke basis te creëren voor de doorzettingsmacht? Wilt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 9
Zie bij vraag 11.

Vraag 10
Welke rol spelen infecties en situaties, zoals die voorkomen in het Maasstad ziekenhuis, bij het aantal vermijdbare sterfgevallen in ziekenhuizen dat eerder toe dan af blijkt te nemen?¹ Erkent u dat het bestrijden van infecties essentieel is bij het terugdringen van het aantal vermijd- en verwijtbare sterfgevallen in de zorg? Hoe staat het met het beleidsvoornemen nummer één om het aantal postoperatieve infecties in ziekenhuizen terug te dringen?²

Antwoord 10
Ziekenhuisinfecties zijn een belangrijke oorzaak van vermijdbare schade en sterfte in ziekenhuizen. Niet voor niets zijn de onderwerpen «Voorkomen van postoperatieve wondinfecties» en «Voorkomen van lijnsepsis en behandeling van ernstige sepsis» twee van de tien thema's uit het landelijke VMS-veiligheidsprogramma. Naast een herhaling van het onderzoek naar totale schade en sterfte zal aan het einde van het programma ook per thema gemeten worden welke resultaten er zijn bereikt.

Vraag 11
Deelt u de mening dat het oprukken van infecties door multiresistente ziekteverwekkers als MRSA, Oxa-48 Klebsiëlla, EHEC en TBC een bedreiging van de volksgezondheid vormt die systematisch en planmatig moet worden bestreden? Zo nee, waarom niet? Zo ja, bent u bereid om een nationale campagne ter bestrijding van multiresistente ziekteverwekkers in het leven te roepen, zoals eerder ook infectieziekten planmatig zijn aangepakt met een rijksvaccinatieprogramma? Wilt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 11
De IGZ doet momenteel een uitgebreid onderzoek naar de uitbraak in het Maasstad ziekenhuis. In uw vraag heeft u het over «interne twisten» en een «gebrek aan regie», of dit het geval was zal blijken uit het onderzoek van de IGZ.
Er gebeurt al veel in de humane zorg om de resistentie verspreiding en ontwikkeling tot een minimum te beperken. Zo zijn er de richtlijnen van de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB) die zich richten op het terughoudend voorschrijven van antibiotica en de richtlijnen van de Werkgroep Infectiepreventie(WIP). De WIP stelt richtlijnen op ten behoeve van infectiepreventie. Voorbeelden hiervan zijn de MRSA-richtlijn en de richtlijn bijzonder resistente micro-organismen (BRMO). Bovengenoemde richtlijnen worden opgesteld door de beroepsgroepen en worden door de IGZ gezien als professionele standaarden. De IGZ houdt toezicht op het juiste gebruik van de richtlijnen.
Los van de uitbraak in het Maasstad ziekenhuis is de toenemende antibiotica-resistentie een punt van zorg. Daarom zal er samen met de beroepsgroepen worden gekeken of de huidige richtlijnen en protocollen aangescherpt moeten worden en of aanvullende maatregelen noodzakelijk zijn. Daarnaast werk ik aan een inventarisatie van de huidige humane maatregelen om zo te inventariseren waar veranderingen of toevoeging van maatregelen nodig en nuttig zijn. Tijdens het Algemeen Overleg wat ik op 26 mei 2011 met uw Kamer voerde heb ik toegezegd u hier dit jaar per brief van de op de hoogte te stellen.

¹ Monitor zorggerelateerde schade 2008. Dossieronderzoek in ziekenhuizen. Nivel en EMGO+Instituut 2010.

² Voorkom schade, werk veilig. Veiligheidsprogramma 2008.