

Vergaderjaar 2008–2009

## 31 700 XVI

## Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2009

### Nr. 14

### VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 13 oktober 2008

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 23 september 2008 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en staatssecretaris Bussemaker van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 september 2008 over reanimatie in verpleeg- en verzorgingshuizen (31 200-XVI, nr. 187).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

**Voorzitter: Timmer**

**Griffier: Teunissen**

### Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): In augustus verschenen er alarmerende berichten in de krant over een verzorgingshuis in Amersfoort. Dit tehuis had besloten om over te gaan tot een «nee, tenzij»-systeem voor reanimatie van bewoners, omdat men vond dat het reanimatiebeleid veranderd en afgestoft moest worden. De VVD is er een groot voorstander van dat de tehuizen hier goed over nadenken. Vervolgens had het verzorgingshuis samen met de cliëntenraad besloten dat een «nee, tenzij»-systeem een prima idee zou zijn, wat betekent dat mensen niet gereanimeerd worden, tenzij zij expliciet hebben aangegeven dat dat wel moet gebeuren. Ik wil eerst aangeven waar de VVD staat en dan heb ik een paar vragen over de brief van de staatssecretaris, die zij op ons verzoek heeft geschreven. De VVD vindt het heel belangrijk dat zorginstellingen goed nadenken over reanimatie. Wij vinden het belangrijk dat artsen daarover regelmatig met de patiënt spreken en zeker met patiënten voor wie reanimatie wel eens aan de orde zou kunnen zijn. In verzorgings- en verpleeghuizen moet over reanimatiebeleid gesproken worden, ook met de bewoners. Dat vinden wij een goede zaak. Beslissingen over reanimatie kunnen alleen genomen worden in onderlinge gesprekken tussen de behandelaar en de cliënt. Dat moet altijd een arts zijn en daar is de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) ook heel duidelijk over. Alleen een arts kan er een besluit over nemen na onderling overleg met zijn cliënt.

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) en Sap (GroenLinks).  
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

Het kan nooit zo zijn dat een verzorgingshuis zo'n beleid heeft, want een verzorgingshuis heeft geen behandelende functie. Alle patiënten die daar verblijven, hebben hun eigen huisarts. Het kan wel zo zijn dat zo'n verzorgingshuis aan de artsen vraagt om hierover met hun cliënten te spreken.

Wij zijn er voor om nooit een «nee, tenzij»-systeem te hanteren, want men moet ervan uitgaan dat er op medische gronden een beslissing wordt genomen en dat mensen altijd gereanimeerd moeten worden, indien zij daarover niets hebben aangegeven. Dat is ook het algemene uitgangspunt geweest in de WGBO. Gelukkig hebben nu ook de verpleeghuisartsen en Actiz, de koepelorganisatie voor zorgondernemers, bepaald dat alleen in onderling overleg tussen arts en cliënt een beslissing genomen kan worden. Het is alleen maar goed dat er actief naar gevraagd en over gesproken wordt.

De brief van de staatssecretaris is op een punt onduidelijk. In de eerste alinea schetst zij een algemeen beeld. Op een gegeven moment geeft zij aan dat ja of nee alleen een beslissing kan zijn die genomen wordt door de individuele arts, de behandelaar en zijn cliënt. In de tweede alinea zegt zij dat: «De directie van een zorginstelling kan daarover stappen nemen en spreekt erover met de cliëntenraad.» Een cliëntenraad is geen vertegenwoordiger van individuele patiënten. Ik wil graag dat de staatssecretaris op dit punt duidelijkheid verschaft en eigenlijk expliciet uitspreekt dat de beslissing over wel of niet reanimeren uiteindelijk alleen genomen kan worden als een patiënt en een behandelaar daarover in gezamenlijkheid tot overeenstemming zijn gekomen.

Ik zou graag willen dat de staatssecretaris ook andere zorginstellingen dan waar enkel ouderen verblijven, oproept of aanspoort om dit soort gesprekken over reanimeren actief te voeren en om de beslissing van individuele patiënten wanneer deze kenbaar is gemaakt, na te leven. In eerdere debatten over de euthanasiewetgeving is heel vaak gebleken dat mensen actief aangeven niet gereanimeerd te willen worden, maar dat in de praktijk daar geen gehoor aan wordt gegeven. Dat is eigenlijk weer de tegenovergestelde situatie.

Wij vinden een leeftijdsgrens te allen tijde ondenkbaar en gelukkig is de staatssecretaris dat met ons eens, zo blijkt uit de brief.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Als een van de eerste reacties op het niet reanimeren beleid in het St. Pieters en Bloklands Gasthuis (PBG) sprak een mevrouw over een opruimmentaliteit of over een opruimbeleid. Snoeihard, maar na bestudering van de materie niet geheel onterecht. Ook is mijn fractie van mening dat de staatssecretaris opnieuw, na een debat over de embryoselectie, de impact en maatschappelijke onrust rondom een onderwerp onderschat en dat haar lauwe en laconieke reactie misplaatst is. Opnieuw wordt de impact van een ethische kwestie onderschat. Ergo, de staatssecretaris meent dat het verzorgingshuis het niet-reanimerenbeleid op een ongelukkige wijze zou hebben gecommuniceerd. Voorzitter, er is hier geen sprake van zoiets als een communicatieprobleem. Er is terechte onrust over de onbestaanbare wijziging van beleid of bedoelt de staatssecretaris soms dat ouderen met andere gekozen woorden een niet reanimatiebeleid opgedrongen moeten krijgen? Gerry van der List schreef terecht in de Elsevier de volgende woorden. Ik citeer: «Het gasthuis zegt dus dat van reanimatie wordt afgezien, omdat een gereanimeerd leven mogelijk minder waard is dan de dood. En met deze absurde redenering roetsjte het razendsnel van een hellend vlak een morele afgrond in.» Ik zou het niet treffender kunnen zeggen. In het Algemeen Dagblad zegt mevrouw Draijer van de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen (NVVA) en ik citeer: «Verpleeghuizen zijn meestal een eindstation, maar een verzorgingshuis is van een heel andere orde. Daar wonen nog veel vitale ouderen.» De staatssecretaris stelt in de laatste alinea van haar brief dat verzorgingshuizen vooral goed moeten commu-

nieren en uit moeten leggen wat de kans op behoud van leven na reanimatie zal zijn. Het gaat niet over kwaliteit. Noch de staatssecretaris, noch de verzorgingshuizen gaan over de kwaliteit van leven. Alleen de mensen zelf gaan daarover. Mevrouw Van Drenth van de Nederlandse Hartstichting zegt en ik citeer: «Als ik in de supermarkt loop en ik zie een 90-jarige een hartstilstand krijgen, dan zal ik meteen beginnen met reanimeren. Wie ben ik om dat niet te doen, ook al is de man 90 jaar? Misschien wil hij zijn kleinkind nog zien afstuderen.» Wat gebeurt er straks nu u niet heeft gehandeld in deze discussie, mevrouw Bussemaker, als een oudere daadwerkelijk valt in een supermarkt? Laat maar liggen? Uit onderzoek van het Academisch Medisch Centrum (AMC) is volgens de Nederlandse Hartstichting gebleken dat 89% van de overlevenden na reanimatie nog zelfstandig kan functioneren, zelfs mensen van boven de 70 jaar. Dus voorzitter, waar hebben wij het over? Wij hebben het over een discussie met een bedenkelijk kantje. Hebben de verzorgingshuizen ook maar iets van een financieel belang bij doorstroming? Ik ga vandaag niet weg zonder een antwoord op die vraag.

Het is de staatssecretaris niet gebleken dat de zorgmedewerkers in verzorgingshuizen onvoldoende weten hoe te handelen in acute situaties. Laat ik die vraag dan anders stellen. Kunnen alle verpleegkundigen in verzorgingshuizen reanimeren? Zo nee, waarom niet? Wanneer personeel niet is opgeleid om te reanimeren en iemand krijgt een hartstilstand, heeft die bewoner dan zoiets als domme pech? De staatssecretaris stelt dat instellingen, zodra helder is wat hun bewoners willen, ervoor zorg moeten dragen dat hun zorgmedewerkers hiertoe bekwaam zijn. Dan pas, en hoe is het dan nu? Kunnen wij de absurde conclusie trekken dat deze discussie afdwaalt van het eigenlijke probleem, namelijk een tekort aan personeel, te weinig zorgmedewerkers die kunnen reanimeren en te weinig reanimatieapparatuur? Wat moeten verpleegkundigen doen die wel een diploma hebben voor reanimatie? Zij voelen zich verplicht om te reanimeren als het geval zich voordoet, maar zij werken in een huis met een niet-reanimerenbeleid.

Het zou van belang kunnen zijn om over het reanimatiebeleid de bewoner bij opname te informeren, zodat deze een ander huis kan kiezen als men het daarmee niet eens is. Het zou mooi zijn als mensen die keuze zouden hebben, maar de praktijk leert echter dat mensen al blij mogen zijn als er ergens plek is in een huis in de buurt van de familie.

Kunnen zij zomaar opgescheept worden met een beleid waar zij het fundamenteel mee oneens zijn en dat handelt over hun eigen leven? Klopt het dat er verzorgingshuizen zijn die een «nee, tenzij» of zelfs een «nee»-beleid voeren zonder dat de bewoners daarvan op de hoogte zijn?

Uit een onderzoek onder 65-plussers is gebleken dat ouderen die moesten beslissen om, wanneer zij in coma zouden liggen zonder kans op herstel, langdurig sondevoeding te krijgen, dit lieten vastleggen in een wilsverklaring. Toen zij een jaar later opnieuw werden ondervraagd over deze vitale levenskwesaties, bleek dat ongeveer een derde van de mensen van mening was veranderd. Betekent dit nu dat het «nee, tenzij» of «ja, tenzij» reanimatiebeleid meerdere keren per jaar gecontroleerd en aangepast wordt? Het blijkt dat een derde van de mensen er een jaar later anders over denkt.

Wij kennen nu de situatie dat als mensen niet gereanimeerd willen worden, zij dat op een kaartje schrijven en op hun borst hangen. Wij moeten niet toe naar een situatie waarin ouderen met briefjes gaan rondlopen met de tekst «reanimeer mij wel».

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik heb een vraag over de communicatie, omdat u deze eerder in een spoeddebat ook stelde. U hebt kritiek op het feit dat de staatssecretaris zegt dat er goed over gecommuniceerd moet worden. Vindt u niet dat mensen het recht hebben om te weten wat reanimatie is en wat de consequenties zouden kunnen zijn, zodat zij een

daadwerkelijke keuzevrijheid hebben? Of moet ik aan uw laatste opmerking verbinden dat die keuzevrijheid op voorhand al helemaal niet bestaat? Dat mensen altijd gereanimeerd moeten worden, of zij dat nu wel of niet willen?

Mevrouw **Agema** (PVV): Zo ligt het niet en volgens mij heb ik dat duidelijk uitgelegd. In eerste instantie moet er altijd duidelijk gecommuniceerd worden. Mensen moeten een keuze hebben. Wij zijn duidelijk voorstander van «ja, tenzij». Iemand geeft duidelijk aan wanneer hij niet gereanimeerd wil worden. Daar zullen wij ons dan bij neerleggen.

Waar het wel om gaat bij de communicatie is dat er volgens de staatssecretaris onrust ontstaan zou zijn door een onzorgvuldige communicatie. Dat is niet het geval. Mensen zijn onrustig, boos en ook verdrietig vanwege de inhoud en de impact van de verandering van het beleid van wel reanimeren, tenzij men dat niet wil, naar niet reanimeren, terwijl wordt aangegeven dat men dat wel wil. Dat is een glijdende schaal. Daar zijn de mensen boos over en dat veroorzaakt de onrust. Dat staat los van communicatie. Je kunt je best doen om dat op zo goed mogelijke wijze te communiceren, maar het blijft een verwerpelijk voorstel.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. In eerste instantie begreep ik ook niet dat de keuzevrijheid aan de patiënt was. Ik ben blij dat dat nu helder is. Ik hoorde mevrouw Agema op het laatst ook zeggen dat er geen penningen moeten komen. Op het moment dat je keuzevrijheid biedt, moet men naar een systeem toe waarin je als oudere helder maakt dat je niet gereanimeerd wilt worden. Hoe wilt u hieraan vorm geven?

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat is precies zoals het nu ook is. Bij een «ja, tenzij»-beleid komt het nu voor dat er mensen zijn die niet gereanimeerd willen worden. Daarvoor zijn penningen beschikbaar. Ik vind het goed dat mensen dat zelf aangeven. Ik wil niet de andere kant op dat men moet aangeven dat men wel gereanimeerd wil worden. Dat lijkt mij een verschrikkelijke verandering.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Enkele weken geleden stond er een verzorgingshuis in de krant. Hierover hebben wij al gesproken. Onbedoeld heeft dit een wezenlijke discussie doen losbarsten. Mijn fractie is van mening dat de beslissing over wel of niet gereanimeerd willen worden altijd een individuele afweging hoort te zijn, al of niet samen met de familie of mantelzorgers. Er is een richtlijn nodig als steun in de rug voor professionals, maar enkel en alleen in het geval dat men de wens van de bewoner niet kent. Sectorale afspraken zoals het «nee, tenzij»-beleid, doen mijn fractie vermoeden dat het in de praktijk erg tegenvalt met die individuele beslissingen van bewoners. Als het de gewoonste zaak is dat mensen individueel beslissen, waarom zijn er dan sectorale afspraken nodig? Sectorale beleidsafspraken zoals het «nee, tenzij»-beleid, staan op gespannen voet met de individuele benadering die de PvdA voorstaat. Wij vragen ons af of de verpleeghuisartsen niet de verkeerde route hebben gekozen toen er in het veld de vraag kwam naar een richtlijn. Had men zich niet moeten afvragen hoe dat kwam? Had men zich in de beroepsgroep niet hard moeten maken voor het meer uitvoeren van een beleid waarin er gesproken wordt met patiënten in plaats van te handelen volgens een richtlijn? Trapt de staatssecretaris met haar vraag aan de professionals nu niet in dezelfde valkuil? Denkt ook zij het gebrek aan communicatie met bewoners of met cliënten te kunnen ondervangen door een volgende richtlijn van de professionals te vragen?

Hoe dan ook, in het geval niet bekend is wat de bewoner wil, moet de professional toch kunnen handelen. Ik begrijp het wel en vandaar die richtlijn. Wat de PvdA betreft, kan dat slechts in uitzonderingen het geval zijn, namelijk alleen wanneer de behandelend arts nog niet heeft kunnen

spreken met een bewoner. Dus voorzitter, wat ons betreft zitten er aan de periode dat men nog niet weet wat de bewoner wil, wel grenzen.

De eerste weken dat de bewoner in een instelling zit, zijn emotioneel bewogen. Mensen moeten wennen en het afscheid van hun oude huis verwerken. Ik begrijp goed dat je in die eerste weken niet wilt spreken over zaken als leven en dood. Daarna getuigt het van respect en een waardige benadering dat de behandelend arts met de bewoners spreekt over de beslissing om wel of niet gereanimeerd te willen worden. Die beslissing hoort in elk zorgplan thuis. Mijn fractie wil weten of de staatssecretaris van plan is een termijn te stellen aan de periode waarbinnen zorghuizen en huisartsen met hun cliënt hebben gesproken.

Dan de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De Inspectie heeft in het betreffende huis in Amersfoort geen ongeregelde heden kunnen vaststellen behalve de genoemde slechte communicatie. Voorzitter, u zult na het voorgaande begrijpen dat daarvan mij de haren te berge zijn gerezen. Het uitgangspunt is dat er individueel wordt gecommuniceerd en dat is toch echt iets anders dan informeren. Dit is het eerste punt van de richtlijnen van de NVVA en ook punt een in het «nee, tenzij»-beleid. Als de instelling dat nu niet gedaan heeft, en ik heb de invulbriefjes met ja of nee reanimeren gewoon gezien, hoe kan de Inspectie dan met droge ogen zeggen dat het alleen een communicatiefout was? De kern van het beleid was nu juist de communicatie met cliënten. Voorzitter, daarom de volgende vraag. Is de staatssecretaris bereid een gesprek te voeren met de Inspectie om dit uiterst pijnlijke misverstand op te lossen? Wil de staatssecretaris de Kamer met een brief over de uitkomsten van dit gesprek op de hoogte brengen?

De PvdA wil van de staatssecretaris weten of zij bij het verzoek voor nieuwe richtlijnen heeft nagedacht over de gevolgen van het scheiden van wonen en zorg voor het volledige pakket. Graag een reactie van de staatssecretaris.

Tot slot, voorzitter. De PvdA vindt dat men moet stoppen met te spreken over het «ja, mits» of «nee, tenzij»-beleid. Wij vinden het beter voortaan te spreken over het eigen beslissingenbeleid, zodat de medewerkers zich gaan realiseren dat men eigenlijk niet weet wat de beslissing van de bewoners zou zijn en door iedereen in de organisatie wordt aangedrongen op een gesprek met de cliënt uit respect voor de bewoner en ter onderbouwing van het eigen professionele handelen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter, betekent het laatste voorstel van de PvdA dat zij het «ja, tenzij»-beleid of het «nee, tenzij»-beleid op gelijke voet schaart?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): U hebt mij ongelooflijk helder horen zeggen dat het wat mij betreft gaat over individuele beslissingen van cliënten. Dat komt op de allereerste plaats. Er kunnen situaties zijn dat professionals niet weten wat de cliënt wil dat er gebeurt, namelijk wel of niet reanimeren. Dat zijn wat ons betreft uitzonderingen. Slechts in die uitzonderingsgevallen is een professionele richtlijn nodig.

De staatssecretaris heeft aan de professionals gevraagd om de richtlijn te herzien en deze uit te breiden met een discussie met de huisartsen. Wat mij betreft wordt hier ook de Nederlandse Hartstichting bij betrokken, want die heeft er inderdaad heel andere opvattingen over. Ik denk niet dat het aan de politici is zich te mengen in de discussie van professionals. Maar het gaat erom dat er veel te gemakkelijk wordt gesproken over sectorale afspraken, terwijl eigenlijk de sectorale afspraak is dat elke bewoner binnen de kortste keren een gesprek heeft met de behandelend arts, waarin wordt bepaald wat het beleid zal zijn.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik vroeg u in het kader van uw voorstel voor het eigen beslissingen beleid of u daarmee «ja, tenzij» en «nee, tenzij» op een lijn schaarst.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dat is in alle eerlijkheid een bizarre vraag als u mijn reddenstrend volgt. Wij vinden namelijk dat er geen sectorale afspraken moeten zijn. In alle eerlijkheid moet het niet uitmaken of je nu thuis woont – vandaar ook mijn vraag over het scheiden van wonen en zorg– of in een verpleeg- of verzorgingshuis of dat je op straat neervalt, ook al ben je 90 jaar. In principe moet iemand nagedacht hebben over wat men wil. Ik kan mij ook voorstellen dat je dat in een thuissituatie minder snel doet, maar als je in een instelling woont, dan vind ik dat de instelling daarover afspraken moet hebben gemaakt met de bewoners. Ik kan mij ook voorstellen dat in principe de professionals, en zo staat het overigens ook in de richtlijn van de NVVA, uiteindelijk niet meer verantwoord kunnen reanimeren omdat de gevolgen voor de cliënt vervolgens niet meer te verantwoorden zouden zijn. Dat is ook een individuele afweging voor de cliënt.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik zou mevrouw Wolbert het volgende willen vragen. Ik begrijp het punt van de individuele beslissing. Daar zal ik straks ook wat over zeggen. Toch denk ik dat voor het inzicht in de situatie op het moment dat de zaak toeslaat, de mening van de professional van grote betekenis kan zijn. Die component zou ik toch nog even besproken willen zien.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dat begrijp ik heel goed. Natuurlijk zijn er richtlijnen nodig als ruggensteun voor de professional. Richtlijnen zijn iets anders dan een sectoraal beleid. Daar hebben wij het nu over, over een «nee, tenzij»-beleid in verpleeghuizen. Dat betekent dus in dat geval en dat wil ik toch wel even gezegd hebben, dat wij niet zitten te wachten op een uitspraak dat men heeft gehandeld volgens de «nee, tenzij»-richtlijn. Dat kan toch niet zo zijn. Je kunt hooguit zeggen dat wij de cliënt niet hebben kunnen spreken om die en die reden, dus zijn wij teruggefallen op de optie van het «nee, tenzij»-beleid of de richtlijn. Het allereerste uitgangspunt moet zijn dat het een beslissing is die genomen wordt in een gesprek tussen de arts en cliënt. Vervolgens is het altijd zo dat als het onbekend is, de professional moet handelen conform de door de professionals vastgestelde richtlijnen. Het is niet aan ons als politici, dat zegt de staatssecretaris heel goed, om ons in die professionele discussie te mengen. Dat moeten wij overlaten aan professionals. Het gaat mij om het punt dat wij nu praten over een «nee, tenzij» en een «ja, mits»-beleid, terwijl ik denk dat het uitgangspunt van het beleid is dat wij het hier over individuele beslissingen hebben.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Mijn worsteling met de positie van mevrouw Wolbert is of je de patiënt of cliënt daarmee in feite niet overvraagt. Zij vragen zich af: hoe intens of fataal is dat wat er met mij gebeurt? Dat laat je toch al gauw, ook in die beslissing vooraf, aan het inzicht van de medicus ter plekke over. Hoe moet je daarmee omgaan?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dat denk ik ook. Dat is ook precies wat er moet gebeuren in een gesprek tussen een behandelend arts en een cliënt of een bewoner, namelijk dat er over en weer gesproken wordt over de kansen. Een cliënt of bewoner moet inderdaad goed geïnformeerd worden over de gevolgen van reanimatie. Het is ook de verantwoordelijkheid van iedereen, ook van ons. Je kunt niet zeggen dat je geen beslissing kunt nemen en dat u, dokter, dat dan maar moet doen. Ik vind dat je in alle oprechtheid dat gesprek moet voeren.



Als mensen uiteindelijk niet willen beslissen, dan blijft er niets anders over dan dat de behandelend arts een beslissing neemt in de situatie zoals die op dat moment is en zoals de gezondheidstoestand van de cliënt is. Dat mag nooit het eerste punt van beleid zijn. Dat probeer ik te zeggen over het «ja, tenzij» en «nee, mits»-beleid.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): De keuze van de patiënt staat voor ons ook voorop. Tegelijkertijd vind ik dat er een richtlijn moet komen, waarin een aantal zorgvuldigheidseisen opgenomen wordt naast de herkenbaarheid door middel van een band om je arm of ketting aan je hals, als een patiënt ervoor heeft gekozen om niet gereanimeerd te willen worden. Er moet wel een richtlijn voor het reanimatiebeleid komen met een aantal zorgvuldigheidseisen dat doorlopen moet worden naast de keuze van de patiënt. Als ik goed naar mijn collega van de PvdA luister, dan pleit zij toch ook voor die richtlijn. Ik wil zeker weten of dat toch het geval is.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Die richtlijn ligt er gewoon. Punt één in de richtlijn voor de NVVA is dat er eerst een gesprek tussen de behandelend arts en cliënt is. Ik heb ernstige twijfel over het feit of dit het uitgangspunt is bij het beleid in alle verzorgings- en verpleeghuizen. Anders was de discussie niet zo hoog opgelaaid en toevallig heb ik deze zomer in mijn privésituatie een aantal malen te maken gehad met deze situatie. Ik heb gewoon geconstateerd dat het geen standaardbeleid is dat er een individueel gesprek plaatsvindt met bewoners of cliënten. Men verwijst ernaar dat men hier een «nee, tenzij»-beleid heeft. Voorzitter, dat vind ik nu precies de omgekeerde wereld.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Mijn punt is ook precies dat als een cliënt daarvoor heeft gekozen en er een gesprek heeft plaatsgevonden, je dat helder en duidelijk neerlegt.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Helder en duidelijk neerleggen en vervolgens grenzen stellen aan hoe lang een instelling mag beweren dat men de cliënt niet heeft kunnen spreken. Het kan niet zo zijn in mijn beleving dat je ergens drie maanden woont en dat er nog geen gesprek heeft plaatsgevonden over het al dan niet reanimeren. Dat kan in mijn beleving niet zo zijn. Als er in die situaties wordt teruggevallen op het feit dat men het individuele gesprek niet hoeft te voeren, want er is toch een «nee, tenzij»-beleid, dan vind ik dat wij aan de verkeerde kant van de streep staan. Ik ben er zo fel op omdat wij in verzorgingshuizen met ouderen altijd op een glijdende schaal zitten. Overal in Nederland wordt fors gediscussieerd over wel of niet achter gesloten deuren opvangen van mensen, terwijl wij het in verpleeg- of verzorgingshuizen allemaal normaal vinden dat er een tiptoetssysteem bij de deur zit en mensen gewoon worden opgesloten, om maar eens wat te noemen. Ik ben wel heel scherp op dit punt, omdat ik vind dat in het ouderenbeleid de schaal sneller glijdt dan in alle andere takken van sport.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): U bent heel scherp. U bent tegen een sectoraal beleid. U zegt zelf een aantal malen in uw antwoord dat het gaat om ouderen. Daar waar ouderen zijn, moet dit gesprek plaatsvinden, of dat nou is in een instelling, in een verpleeghuis, in een verzorgingshuis of in een thuissituatie. In die zin pleit u zelf voor sectoraal beleid, namelijk met ouderen moet dat gesprek plaatsvinden en met alle anderen niet. Ik voeg hier een korte vraag aan toe. Hebben mensen ook het recht om te zeggen dat zij deze beslissing aan de arts overlaten op het moment dat het zich voordoet en zij het zelf niet kunnen beoordelen?.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Natuurlijk hebben mensen dat recht. Dat is ook de reden en dat begrijp ik heel goed, waarom de professionals iets meer

steun nodig hebben in de vorm van een richtlijn. Ik heb in de eerste reacties toen dit deze zomer speelde, gezegd dat het wat de PvdA betreft niet mag uitmaken waar je woont of hoe oud je bent als het gaat over de beslissing om wel of niet gereanimeerd te worden. Daarom stel ik ook aan de staatssecretaris de vraag om erop te letten hoe men het gaat doen, als straks het volledige pakket thuis bestaat en wonen en zorg gescheiden worden. Wat mij betreft is het wat minder gemakkelijk dan het lijkt.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): In uw eerdere antwoorden heeft u steeds gefocust op ouderen, terwijl u nu zegt dat dit verhaal eigenlijk voor iedereen geldt. Elke huisarts in Nederland moet van zijn patiënten weten of zij wel of niet gereanimeerd willen worden. Hij moet in ieder geval hebben vastgelegd dat hij daar een keer over gesproken heeft.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Daar heb ik natuurlijk ook over nagedacht. Hoe gaat het dan als straks alle ouderen thuis wonen? Er zit wel een verschil tussen mensen die in een verpleeghuis wonen en mensen die thuis wonen. Misschien straks steeds minder, maar het is in ieder geval zo dat het voor de hand ligt dit soort gesprekken te voeren met mensen die een kwetsbare of fragiele gezondheid hebben. Het ligt meer voor de hand om dit gesprek met ouderen of kwetsbaren te voeren dan met mij. Laat ik het zo zeggen. Ik ben het met u eens dat dat niet gemakkelijk zal zijn. Je weet in ieder geval zeker dat, als je verantwoordelijk bent voor het behandelend beleid in verpleeg- en verzorgingshuizen, je in ieder geval dat gesprek gevoerd moet hebben.

Als je zegt dat ik over ouderen praat, dan zeg ik dat daar toevallig ouderen wonen. Je weet in ieder geval dat je in verpleeg- en verzorgingshuizen te maken hebt met een groep mensen waar een dergelijk gesprek meer voor de hand ligt dan met andere bewoners in Nederland. In ieder geval ben je als instelling die zorg aanbiedt, verantwoordelijk voor het beleid in je instelling en alleen daarom al zou je het moeten weten.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. Zorgvuldigheid is bij het reanimatiebeleid van groot belang, zowel in de communicatie tussen cliënt en behandelend arts als in de communicatie naar verzorgenden en verpleegkundigen over de wensen van de cliënt. Een duidelijke richtlijn waarover geen misverstanden kunnen ontstaan, is volgens mij noodzakelijk, zodat de wens van de cliënt daadwerkelijk vervuld wordt en er geen onzekerheid bestaat bij de verzorgenden en verpleegkundigen. Ik krijg vaak te horen dat verpleegkundigen bang zijn dat zij strafrechtelijk vervolgd kunnen worden. Juist om al die onzekerheden, onduidelijkheid en angst is het nodig dat er een richtlijn komt voor het reanimatiebeleid. Als eerste is het cruciaal dat de behandelend arts de cliënt goed informeert over de kwaliteit van het leven na reanimatie. Dit is per persoon verschillend en kan niet op grond van leeftijd of ziekte vastgesteld worden. Een arts dient per cliënt de afweging te maken of reanimatie medisch gesproken een zinvolle behandeling is. Alleen dan kan de cliënt een goede afweging maken en zijn of haar wensen ten aanzien van reanimatie vast laten leggen in het zorg- en leefplan. Tevens moet er bij verandering in de gezondheid van de cliënt regelmatig met de cliënt bekeken worden in hoeverre de nieuwe gezondheidssituatie de kwaliteit van het leven na reanimatie verandert, zodat eventueel de wens aangepast kan worden in het zorg- en leefplan. Voorop blijft staan dat de wens van de cliënt leidend is. Zorgvuldigheid is, zoals gezegd, in deze kwestie van groot belang. Het gaat om mensenlevens. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) stelt voor om naast opname van de keuze van de cliënt in het zorgen leefplan, de cliënt ook een zichtbaar SOS-armbandje te laten dragen. Een ander alternatief is de niet-reanimerenpenning van de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens-einde (NVVE), een ketting waarmee de cliënt aangeeft dat hij of zij niet



gereanimeerd wil worden. D66 vindt dit een goed initiatief. Voor de verzorgenden en verpleegkundigen is direct duidelijk wie er wel en wie niet gereanimeerd wil worden. Als de cliënt wel gereanimeerd wil worden, kan er ook direct gehandeld worden, waardoor de kansen voor de cliënt verhoogd worden. Voor de cliënt is bijvoorbeeld het dragen van de niet-reanimerenpenning een bewuste en duidelijke keuze. Mogelijke misverstanden over de wens van de cliënt worden op deze manier uitgesloten. Meerdere initiatieven zijn denkbaar. Ik denk dat het veld zelf de beste manieren kan bedenken om de wens van de cliënt zichtbaar te maken, om ook de onzekerheid bij de verpleegkundigen weg te nemen zodat ook de zekerheid bij de verzorgenden en verpleegkundigen nogmaals gewaarborgd is. Hoe staat de staatssecretaris daar tegenover? De positie van D66 zal geen verrassing zijn. Mijn fractie staat voor keuzevrijheid en wil iedereen in staat stellen zelf te beslissen of hij of zij gereanimeerd wil worden. Welke keuze men ook maakt, wij hebben hier respect voor. De aankondiging van de NVVA om deze richtlijn met huisartsen opnieuw ter discussie te stellen, heeft de steun van D66. De NVVA stelt op 10 september op haar website dat zij nog zoeken naar de financiering van dit project. Is de staatssecretaris bereid bij te dragen aan het mogelijk maken van dit project en om te komen tot een richtlijn? Zo ja, hoe gaat de staatssecretaris dit invullen? Zo nee, waarom niet? Kan de secretaris hierop reageren?

Ten slotte, voorzitter, moet er constant gewerkt worden aan de kennis en kunde van de verzorgenden en verpleegkundigen op het gebied van onder andere reanimatie. De verzorgenden en verpleegkundigen moeten op de hoogte zijn van het reanimatiebeleid binnen de instelling. Dit beleid moet tijdig en duidelijk gecommuniceerd worden. Een duidelijk en goed reanimatiescholingsbeleid zou onderdeel moeten zijn van het reanimatiebeleid. D66 staat voor keuzevrijheid en bij een heel zorgvuldig en helder beleid kan de keuze van de cliënt voorop staan.

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Voorzitter. Afgelopen zomer bereikte ons via de media het bericht dat een verzorgingshuis in Amersfoort besloten had om mensen ouder dan 70 jaar, niet meer te reanimeren. Dat bericht zorgde voor veel commotie en resulteerde in het verzoek aan de staatssecretaris om een brief. Gelukkig, zo blijkt uit de brief van de staatssecretaris, was het krantenbericht qua leeftijdscriterium te kort door de bocht geformuleerd. Uit de brief en de beantwoording van vragen blijkt dat de leeftijd van 70 jaar op ongelukkige wijze binnen de instelling is gecommuniceerd. Er is gelukkig geen sprake van algemeen instellingsbeleid op basis van leeftijd. Leeftijd zou ook voor het CDA geen criterium mogen zijn.

Voorzitter, in dit algemeen overleg is er ruimte om in de breedte van het onderwerp nog een aantal dingen te zeggen. Laat ik beginnen met het volgende. Naar de mening van de CDA-leden is het niet de beslissing van de instelling of iemand gereanimeerd wordt. De keuze is aan de persoon zelf. Hoe de instellingen dit oppakken en in beleid vastleggen, is een tweede. Wij hechten, voorzitter, groot belang aan een goede en zorgvuldige communicatie hierover met betrokkenen. Instellingen moeten het gesprek durven aangaan met bewoners en hun verwanten. Niet alleen moet het beleid met betrekking tot reanimatie vanaf het begin helder zijn voor de bewoners, maar ook moet het gesprek zodanig open plaatsvinden dat bewoners kunnen aangeven dat zij niet of juist wel gereanimeerd willen worden. In deze open sfeer kan een eerlijke afweging plaatsvinden. Deze optimale vorm van keuzevrijheid is van onschatbare waarde. Als er eenmaal een reanimatiebeleid is vastgesteld, is het van groot belang dat dit ook met de nieuwe bewoners goed wordt gecommuniceerd door een deskundige medewerker op dit gebied en dat betrokkene de tijd krijgt een afgewogen besluit te nemen over deze belangrijke materie. Mevrouw Wolbert zei hier al het een en ander over. Ook is het van belang

dat gedurende een verblijf in een instelling er ruimte wordt gegeven om het besluit al of niet aan te passen op basis van de situatie of veranderde inzichten van betrokkene. Ik ontvang hierop graag een reactie van staatssecretaris.

Wij zijn hier vandaag niet bijeen om de staatssecretaris een pasklare oplossing te geven en ook niet om aan te geven wanneer er wel of niet gereanimeerd moet worden. De arts heeft terecht een belangrijke rol in de uiteindelijke besluitvorming. Dit onderschrijven wij. De richtlijnen Medisch Handelen worden ook door de artsen opgesteld. Wij stellen het op prijs dat de NVVA en geriateren samen met de huisartsen de richtlijn die nu geldt in verpleeghuizen, opnieuw ter discussie stelt. Wij stellen dit op prijs, niet alleen omdat er een gesprek gestart wordt, maar ook omdat de nieuwe richtlijn ontwikkeld wordt voor zowel de verzorgings- als verpleeghuizen. In deze richtlijn zou bijvoorbeeld ook opgenomen kunnen worden wat er vastgelegd moet worden met betrekking tot de dossiervorming. Voorzitter, wij moeten beseffen dat mensen er over het algemeen van uitgaan dat de zorgverlener altijd helpt. Juist daarom is het van belang dat er over dit onderwerp goed gecommuniceerd wordt. Hoe is het duidelijk wie van de bewoners nu wel of niet gereanimeerd wil worden? Dat is zeker van belang, omdat het een kwestie van minuten is waarbinnen gehandeld moet worden. Kan de staatssecretaris hierop reageren? Zoals ik in mijn inleiding al zei, lag het verhaal in de pers over het leeftijds criterium toch iets anders dan de staatssecretaris nu in haar brief nuanceert. Als alle aandacht van de media ertoe heeft geleid dat artsen kritisch naar de richtlijn zullen kijken, als verpleeg- en verzorgingshuizen het gesprek met hun bewoners en verwanten open durven aangaan, als de keuzevrijheid duidelijk in het beleid wordt vastgelegd, dan is er toch uit de commotie iets positiefs naar voren gekomen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik schrik eigenlijk. Het beeld dat u oproept, is dat vooral verpleeg- en verzorgingshuizen het beleid mogen hebben dat blijkbaar deze belangrijke gesprekken niet gevoerd hoeven te worden tussen behandelaar en patiënt, maar dat dat in collectiviteit kan gebeuren, zeker wanneer u ook nog zegt dat er met een deskundige medewerker gesproken moet worden. De WGBO is volkomen helder op dit punt. Dat kan namelijk alleen door een arts en verpleegkundigen hebben daar geen positie in anders dan dat zij de arts er op moeten wijzen wanneer hij dat gesprek niet voert. Ik wil graag helderheid van u of het CDA vindt dat er een individueel gesprek moet plaatsvinden tussen een behandelaar, arts en een patiënt.

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Ik heb in mijn verhaal alleen gezegd dat de informatie door een deskundige medewerker gegeven moet worden. Bij het intakegesprek als je binnenkomt in een verzorgingshuis, hoeft niet meteen met een checklistje vastgesteld te worden of er een antwoord op die vraag kan komen. Het gesprek over de situatie van de cliënt moet natuurlijk door de betrokken arts plaatsvinden en dat kan de huisarts zijn of de verpleeghuisarts.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik stel toch vast dat het CDA hier afwijkt van de wet. De wet is volkomen helder. Dit is primair een gesprek van de arts die het initiatief hoort te nemen. De arts moet het initiatief nemen om het gesprek te voeren en niet de instelling.

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Over het besluit. Dat ben ik helemaal met u eens.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik hoor mijn collega van het CDA zeggen dat zij de keuzevrijheid van groot belang vindt. De patiënten moeten primair aangeven wat zij wel of niet willen. Op het moment dat iemand moet

worden gereanimeerd en het is niet duidelijk of de patiënt dit wel of niet wil, en zelfs als er een penning aanwezig is, kunnen zij toch die keuze niet maken vanwege de angst die nadrukkelijk aanwezig is. Hoe wil het CDA dan het probleem verhelpen dat de penning als niet reanimeren wordt gezien?

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Ik ga ervan uit dat straks goed vastligt wat de cliënt wil, natuurlijk in overleg met de arts. De beslissing moet vastliggen en daar moet naar gehandeld worden. Natuurlijk moet het in het dossier vastliggen. Dat is nu niet het geval en daar is de commotie over ontstaan. Het enkel vastleggen van de beslissing in het dossier is waarschijnlijk onvoldoende om binnen enkele minuten adequaat op te kunnen treden en dat er wordt gehandeld conform de wens van de cliënt.

De heer **Van Gerven** (SP): Is het CDA nu voor een «ja, tenzij» of een «nee, tenzij»-beleid? U hebt zeer fors gereageerd in de pers, met name over de leeftijdsdiscriminatie. Wij zijn het er allemaal over eens dat dat niet toegestaan is. Waar staat het CDA precies?

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Het CDA staat ervoor dat de cliënt de keuze maakt. Dat is niet «ja, tenzij» of «nee, tenzij». Als de cliënt heeft gekozen of hij wel of niet gereanimeerd wil worden, dan ligt vast wat er gebeurt. Klaar uit.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat is een uitkomst van een proces tussen arts en betrokkene. Daar zijn wij het allemaal over eens. Daar gaat toch nog een algemeen beleid aan vooraf. Het «ja, tenzij» of «nee, tenzij» is wel degelijk als uitgangspunt iets anders dan uiteindelijk de individuele afweging. Die kan alle kanten opgaan. Daar treden wij niet in. Vindt u dat het algemene uitgangspunt «ja, tenzij» of «nee, tenzij» moet zijn?

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): in zijn algemeenheid wordt er in principe gereanimeerd, tenzij de cliënt het anders heeft vastgelegd. Wij gaan er straks van uit dat in verzorgings- en verpleeghuizen, want daar praten we hier vandaag over, expliciet is vastgelegd wat de cliënt zelf wenst. En dan ligt het gewoon vast.

De heer **Van Gerven** (SP): Misschien mag ik het nog een keer proberen, want u verwoordt ook wat de staatssecretaris aangeeft, namelijk dat er een afweging moet komen die de bewoner maakt met de arts. Dat moet in alle vrijheid gebeuren. Dan kun je nog wel een algemeen uitgangspunt hebben en dat kan zijn, scherp gesteld, «ja, tenzij» of «nee, tenzij». Waar staat het CDA?

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Als er niets is, dan is het natuurlijk «ja, tenzij».

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Het viel mij op dat u zei: als verpleeg- en verzorgingshuizen durven te spreken met de bewoners. Waarom zouden zij dat nu niet durven?

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Ik denk dat bij dit soort moeilijke onderwerpen er vaak lang gewacht wordt voordat er intensief over wordt gesproken. Ik weet niet of u uit de sector komt. Bij dit soort zaken duurt het lang voordat dit open en intensief met de mensen besproken wordt. Ik heb zelf ontelbare lezingen gehouden in Noord-Holland over vragen over het levenseinde. Ik heb die ervaring gewoon, zowel met de verzorgenden als met de huizen. Het is gewoon waar.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dat betekent dus dat, als ik de staatssecretaris zou vragen een termijn te stellen waarbinnen een verpleeg- of verzorgingshuis met zijn bewoners moet hebben gesproken, dat door u gesteund zou worden?

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Nu heeft u het even over de individuele keuze. Dat moet gewoon in ieder huis gebeuren.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik heb het over het feit dat u zegt dat verpleeg- en verzorgingshuizen het moeilijk vinden om dit gesprek te voeren en het op de lange baan schuiven. Ik heb de staatssecretaris gevraagd om ervoor te zorgen dat de termijn niet alsmaar langer wordt en dat daar paal en perk aan wordt gesteld. Ik vraag u of u dat steunt.

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): U zegt tegen mij: u schuift het op de lange baan. Dat zijn uw woorden en dat heb ik niet gezegd. Ik heb gezegd dat ze het moeilijk vinden. Het gaat erom of je collectief met de mensen over deze materie praat, informeert en communiceert, of dat je een individueel gesprek hebt met elke bewoner. Dat moet wat mij betreft op de zeer korte termijn gebeuren. De rest moet gewoon gebeuren.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het is toch eigenlijk te gek voor woorden dat het CDA nu voorstelt om van iedereen in een verpleeg- of verzorgingshuis vast te leggen wat die persoon wil op het moment dat er zoiets gebeurt als een hartstilstand. Dat kan natuurlijk helemaal niet. Wilt u iedereen of mensen die het nog niet weten, daartoe gaan dwingen? Daarbij komt dat uit het onderzoek blijkt dat een derde van de mensen een jaar later heel anders over dat soort dingen denkt dan een jaar eerder. Dat haalt toch ook uw standpunt onderuit?

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): U hebt kennelijk niet goed naar mij geluisterd. Ik heb juist gezegd dat het met de mensen gecommuniceerd moet worden en dat ze de ruimte moeten hebben om erover na te denken voordat zij een besluit nemen. Tijdens hun verblijf moet er ruimte zijn om het besluit bij te stellen. Dat heb ik letterlijk gezegd, dus als u geluisterd had, had u het antwoord al geweten.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik heb heel goed geluisterd. U wilt dat iedereen daarover geconsulteerd wordt. Als men uitgaat van «ja, tenzij», dan hoeft dat natuurlijk helemaal niet. Dan zijn het alleen de mensen die het niet willen en dat uit eigen wil kenbaar maken. Dan hoeft je niet alles van iedereen vast te leggen wat u wilt. U wilt dat mensen gaan nadenken over een situatie die zich aandient, waarover zij een jaar later anders denken en waarover zij, als het eenmaal gebeurd is, helemaal anders over denken.

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): U hebt duidelijk mijn antwoord gehoord. In het dossier moet duidelijk vastgelegd worden wat de mensen willen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter, het wel of niet reanimeren van mensen in een verpleeg- of verzorgingshuis is een zaak van levensernst. Ieder mens en alles wat in de natuur leeft, heeft de drang om te overleven, afgezien van bekende uitzonderingen op dit normale patroon. Dat zou ertoe moeten leiden om in principe tot het uiterste te gaan bij het reanimeren of in ieder geval dat te proberen of te overwegen.

Moet dit tot elke prijs, koste wat het kost? Nee, want er kunnen inderdaad medische grenzen zijn. De medische wenselijkheid kan zeer ter discussie staan. Is het medisch mogelijk en verantwoord en wat is het hoogst-waarschijnlijke niveau daarna? Ook in de optie van de SGP-fractie kunnen medische redenen aanleiding zijn om van reanimatie af te zien. Is de

beslissing daarover nu geheel en uitsluitend aan de patiënt of cliënt? Bij interruptie heb ik laten merken dat ik daar nogal wat moeite mee heb in die zin dat men daarmee de patiënt of cliënt misschien overvraagt. Waar blijft nou het inzicht, naar eer en geweten bepaald, van de professional? En hoe geef je dat nou een plek? Als je dat hele complex inricht, komt mijn fractie tot de conclusie dat je het principe moet hebben dat er wordt gereanimeerd, tenzij. Er kunnen inderdaad contra-indicaties zijn en die zijn er qua doelgroepen waarschijnlijk meer in het verpleeghuis dan in het verzorgingshuis. Zo is het in onze gedachten dat in een verpleeghuis minder vaak wordt gereanimeerd dan in een verzorgingshuis. Onze fractie heeft problemen met standaardiseren. Onze fractie heeft zeer de wenkbrouwen gefronst toen aanvankelijk het bericht over Amersfoort naar buiten kwam. Later is dat gelukkig wat genuanceerd. Niet reanimeren als uitgangspunt voor bepaalde categorieën is te kort door de bocht. Er moet wat ons betreft sprake zijn van het «ja, tenzij»-beleid. In de tweede plaats gaat het erom voor het reanimeren heldere afspraken te maken over de in acht te nemen lichamelijke conditie van betrokkene en niet over de leeftijd. Wij vinden een leeftijdsgrens van 70 jaar, als zou dat een zinvol onderscheid opleveren, helemaal verkeerd. Wij weten met elkaar dat een 80-jarige die nog kerngezond is, betere perspectieven heeft dan een 60-jarige die helaas, om welke reden dan ook, heel zwak is. Dat moet verdisconteerd worden en daarom moet men naar een medisch onderscheid toe en niet naar een geobjectiveerd onderscheid als bijvoorbeeld leeftijd. Wie zijn wij eigenlijk, als wij die gedachte al een plaats zouden geven, om te denken dat wij, verwaand als wij zijn, kunnen oordelen over de zinvolheid van iemands verdere leven? Dat is niet aan ons. Probleempunt bij de discussie over de situatie in verzorgingshuizen is nog wel dat veelal in een verzorgingshuis de eigen huisarts de cruciale rol speelt en de directie van het verzorgingshuis daar niet zonder meer tussen kan komen. Daarover moeten heldere afspraken gemaakt worden en hiervoor moeten de protocollen klaar liggen. Het verschaffen van duidelijke informatie is natuurlijk van groot belang. Het gaat altijd om een noodprocedure, die helaas niet altijd meer baat. Dat neemt niet weg dat, ook al zijn de slagingspercentages somber, men niet te gemakkelijk mag veronderstellen dat iemand niet meer gereanimeerd wil worden. Ook als de persoon in kwestie zelf beslist over wat er moet gebeuren in een bepaalde situatie, vindt mijn fractie dat een arts, een professional, naar eer en geweten een zekere eigen ruimte heeft om te beslissen over wat er gebeurt in de situatie die hij aantreft. De penning of het bandje om de arm is niet bepalend, maar uiteindelijk is dat de medische situatie. Ik vind dat de staatssecretaris niet al te afwachtend moet doen – ik zeg niet dat zij dat doet, maar het is een algemene lijn – maar moet toezien op het deugdelijk tot stand komen van een minimum aan noodzakelijke afspraken.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Als je al die zorgvuldigheidseisen stelt en je hebt een richtlijn opgesteld, zoals u en ik verzocht hebben, dan vind ik dat er op een gegeven moment een niet-reanimeerpenning moet komen als dat de wens van een patiënt is, ook na herhaaldelijke gesprekken. Dan kan het niet zo zijn dat in een situatie dat er gereanimeerd moet worden, wordt voorbijgegaan aan de penning.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Dat is inderdaad een hele principiële vraag. U redeneert vanuit het zelfbeschikkingsrecht van mensen. Zo kennen wij elkaar. Dat is voor mij niet het enige – natuurlijk niet onbelangrijk – maar het inzicht van de professional, de medicus, het vertrouwen dat je aan hem of haar geeft, is ook cruciaal. Hij of zij moet ook een inschatting maken vanuit de eed die afgelegd is om zo lang mogelijk te gaan voor het behoud van leven. Natuurlijk zijn er allerlei mitsen en maren aan

verbonden, dat zie ik ook wel. Die nuance wil ik daarbij wel aanbrengen, dat is een verschil tussen uw en mijn benadering. Dat klopt.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Nu het stof van de heftige discussie over het reanimatiebeleid in augustus wat is neergedaald, is het goed om in een algemeen overleg stil te staan bij het reanimatiebeleid in verpleeg- en verzorgingshuizen. Het uitgangspunt van de ChristenUnie is dat het niet aan de overheid is om te bepalen of het beleid moet uitgaan van «ja, tenzij» of «nee, tenzij». Het gaat om medische afwegingen die een arts in overleg met de cliënt moet maken. Als verpleeg- en verzorgingshuizen het reanimatiebeleid stoelen op generieke uitspraken als «wij reanimeren altijd » of «wij reanimeren niet», dan is er iets grondig mis. De behandelend arts zal aan de hand van de medische voorgeschiedenis en de actuele situatie van de cliënt, een patiënt, een inschatting moeten maken over de haalbaarheid en de te verwachten uitkomsten van reanimatie en dit moeten bespreken met betreffende cliënt. Deze persoonlijke beoordeling en afweging zijn van het grootste belang. Betreft het een tijdelijke opname voor revalidatie? Gaat het om ernstige somatische problematiek bij iemand die wordt opgenomen? Het zou heel bizar zijn als een verpleeghuis patiënten, die tijdelijk revalideren, niet zou reanimeren. Het is ook minstens zo kwalijk dat aan bijvoorbeeld patiënten met een ernstige somatische problematiek, meer schade en lijden wordt toegebracht dan dat er wordt opgelost door reanimatie. Men moet weten wanneer er behandeld en gereanimeerd moet worden en men moet weten wanneer de zorg zich enkel moet richten op bijvoorbeeld pijnbestrijding en verzorging. Dan pas is er sprake van goede zorg.

Nu er ook in verzorgingshuizen steeds meer kwetsbare ouderen wonen, willen verzorgingshuizen beleid gaan ontwikkelen voor reanimatie. Dat is belangrijk. Het vaststellen van een reanimatiebeleid is in een verzorgingshuis lastiger dan in een verpleeghuis. Omdat de verpleeghuisarts tegelijk de behandelend arts is van de patiënt, kunnen er duidelijke afspraken worden gemaakt. Daar komt bij dat de relatie tussen de directie van een verpleeghuis en de verpleeghuisartsen veel eenduidiger is dan de relatie tussen huisartsen en de directies van verzorgingshuizen. De huisarts is dan verantwoordelijk voor het medische beleid, terwijl de directie van een verzorgingshuis garant moet staan voor de woon- en zorgfunctie van de instelling.

De staatssecretaris spreekt in haar brief over de mogelijke herziening van een richtlijn die door de NVVA is aangekondigd. Wat kunnen wij van deze herziening precies verwachten en wat houdt deze herziening in? Het lijkt de ChristenUnie goed dat er in elk verpleeg- en verzorgingshuis een protocol bestaat waarin vastgelegd wordt hoe procedures verlopen en welke zorgvuldigheidseisen van kracht zijn. Belangrijke momenten zijn de intake, de communicatie, maar ook de rol van het zorg-, leef- en behandelplan dat aan de orde is. Zal de herziene richtlijn hierop aansturen? Wat is de rol van de staatssecretaris in het bewaken van de kwaliteit van de zorg als het om reanimatie gaat?

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Bij het bekend worden van het nieuws over de reanimatiestop bij het PBG te Amersfoort, was mijn eerste reactie dat ik mij kan voorstellen, dat de mensen zich rot schrikken. Mensen moeten er in principe van uit kunnen gaan dat de best mogelijke zorg wordt geboden zonder onderscheid des persoons onafhankelijk van hoe oud iemand is. Terecht leidde dat tot beroering. Niet relevant is de leeftijd, maar de medische zinvolheid van het reanimeren. Het moet een individuele afweging zijn tussen arts en patiënt. Het handelen van het verzorgingshuis was ongelukkig, maar ongetwijfeld met de beste bedoelingen. Het gelukkige is dat dit onbedoelde beleid geleid heeft tot een debat over de voors en tegens van reanimatie in een



verzorgingshuis. Wij moeten ons vandaag bezinnen op drie mogelijkheden. Op de eerste plaats laten wij in het midden of het een «ja, tenzij» of «nee, tenzij» wordt. Dit is eigenlijk het standpunt van de staatssecretaris. Op de tweede plaats is het «nee, tenzij» en de derde mogelijkheid is «ja, tenzij». De staatssecretaris schrijft in haar brief dat het niet aan de overheid is om te beslissen of het reanimatiebeleid «ja, tenzij» of «nee, tenzij» moet zijn. Dit ligt bij de medische beroepsgroep.

De SP vindt dat de overheid hier wel degelijk stelling in moet nemen, want het is goed dat dat uitgangspunt in het land overal hetzelfde is, in welk verzorgings- of verpleeghuis je ook verblijft. Dat maakt in principe wat de SP betreft niets uit. Bij euthanasie laten we het ook niet over aan de beroepsgroep, maar is er landelijk beleid vastgesteld. De toepassing is uiteraard aan de beroepsgroep. Er is een verschil tussen enerzijds het beleid en anderzijds de toepassing. De toepassing is mensenwerk en kan van geval tot geval verschillen. Het is ook zo dat in het intermenselijk verkeer tussen arts en patiënt een ogenschijnlijk gelijke situatie niet altijd tot dezelfde beslissing leidt. Is het niet zo dat de staatssecretaris het feitelijk heeft over de toepassing van het beleid, dat inderdaad kan leiden tot «ja, tenzij» of «nee, tenzij» in een individuele situatie? Er is een duidelijk standpunt gewenst wat de SP betreft.

Bij de verpleeghuizen is tot op heden de richtlijn niet reanimeren, tenzij. Dat is eigenlijk een pragmatisch standpunt gebaseerd op het gegeven dat bij de meeste patiënten die daar verblijven, reanimeren op medische gronden zinloos is. Is echter dat gegeven, dat het voor weinig cliënten zinvol is, een reden om uit te gaan van het «nee, tenzij»-principe? De SP vindt van niet, want als er kans is op succes en de patiënt heeft geen non-reanimatieverklaring, dan ligt reanimatie voor de hand. Dat is ook het uitgangspunt van de arts: helpen, tenzij. Mensen zo lang mogelijk een zo menswaardig mogelijk leven bieden. Waarom een «ja, tenzij»? Dit geeft de mensen allereerst het vertrouwen dat een arts of een hulpverlener in noodsituaties al het mogelijke zal doen om hulp te bieden. Iedereen heeft recht op hulp in nood. Hoogleraar Miel Ribbe heeft het heel goed verwoord. Het «ja, tenzij»-principe dwingt artsen tot een actievere opstelling dan «nee, tenzij». Dat is heel erg belangrijk bij deze problematiek. Men moet het gevoel dat bij veel ouderen leeft dat zij overbodig zijn of te duur voor de samenleving, niet onderschatten. Er mag geen twijfel over zijn dat de samenleving de ouderen en zieken ook in het verpleeg- of verzorgingshuis alle hulp wil bieden die er nodig is. Het gevoel dat een groep in de samenleving collectief wordt afgeschreven, mag op geen enkele wijze voet aan de grond krijgen.

Er is nog een reden om te kiezen voor «ja, tenzij». Het «nee, tenzij» kan voor intramurale instellingen reden zijn om personeel niet te scholen in de reanimatie. Ik citeer uit een folder van een verzorgingshuis: «De keuze van ons voor dit «nee, tenzij»-beleid betekent dat onze medewerkers niet geschoold worden in het geven van reanimatie. Ook is in de dienstencentra geen speciale reanimatieapparatuur aanwezig. Het beleid houdt echter geen strikt verbod op reanimatie in. Op deze manier willen wij de kwaliteit van leven van onze cliënten bewaken.» Ik wil hierop graag een reactie van de staatssecretaris.

De SP is voorstander van ja. Hoe het principe in de praktijk wordt toegepast, is van wezenlijk belang. Het mag nooit een collectieve zaak zijn of collectief geregeld worden door de instelling. Het is een individuele kwestie van arts, patiënt en diens naasten. Het moet een keuze zijn op basis van adequate informatie. «Informed consent» om het eens duur te zeggen.

Als we uitgaan van het «ja, tenzij»-principe, dienen alle medewerkers in een bejaarden- of verzorgingshuis te kunnen reanimeren. Hierop moet worden toegezien. Vindt de staatssecretaris dat ook?

Tot slot voorzitter, wat gaat de staatssecretaris ondernemen om het reanimeren in alle verzorgings- en verpleeghuizen mogelijk te maken? Onder-

schrijft de staatssecretaris de drie gouden regels van Ribbe? Ik wil deze toch even noemen. Hij zegt dat het heel simpel is. Op de eerste plaats goede voorlichting aan patiënt en familie zonder de patiënt in een richting te sturen, op de tweede plaats dient een instelling goede reanimatie-apparatuur voorhanden te hebben en op de derde plaats moeten de hulpverleners het reanimatieprotocol kennen en daarin getraind worden.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik ben het eens met de heer Van Gerven als hij zegt dat als de cliënt geen keuze heeft gemaakt en er geen gesprek is geweest met de cliënt, dat je dan wel moet reanimeren. Vervolgens zeg ik, stel dat al die gesprekken gevoerd zijn, ook bij een nieuw medisch probleem, en een patiënt blijft kiezen voor niet reanimeren, mag daar wat u betreft aan getornd worden?

De heer **Van Gerven** (SP): In principe dient dat gerespecteerd te worden. De arts moet een eigen afweging maken. Daar dient enige ruimte te blijven, maar in principe is het antwoord ja.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): U eindigt uw inbreng met de drie vuistregels van Ribbe. Hebben mensen in uw ogen het recht om gereanimeerd te worden? Daarmee bedoel ik dat het uitgangspunt van het «ja, tenzij»-systeem is dat je mensen reanimeert. Soms is sprake van een overmacht-situatie, ook in een verzorgings- of verpleeghuis, of op straat of als je ergens een hartstilstand krijgt waar geen arts in de buurt is. Vindt u dat daar ruimte voor moet blijven of moet overal op elke hoek van de straat een apparaat hangen en moet iedereen in Nederland kunnen reanimeren? Is er dus een recht?

De heer **Van Gerven** (SP): We hebben het nu over de verpleeg- en verzorgingshuizen. Ik wil deze bij elkaar nemen, want ik denk dat het onderscheid eigenlijk arbitrair is. Het uitgangspunt is dan «ja, tenzij». Dat geldt in het hele land, dus ook als je buiten het verzorgingshuis bent. De situatie buiten het verzorgings- of verpleeghuis is natuurlijk een andere dan waar wij het nu hier over hebben. Nu hebben wij het over wat het beleid moet zijn van de instellingen en wat het beleid moet zijn van de artsen of hulpverleners. Wij vinden dat het niet aan de instelling is om te zeggen wat het moet worden. Wij moeten gewoon landelijk afspreken dat het is «ja, tenzij», omdat dan de samenleving weet dat onder alle omstandigheden er maximale inspanningen worden gepleegd om mensen zo goed mogelijk te helpen. Vervolgens dient er goed beleid te zijn in de instellingen dat er gesproken wordt tussen arts en bewoner over wat men op dat terrein wil. Het is toch een relevante vraag bij mensen die in dergelijke instellingen verblijven. Dat moet eigenlijk direct bij opname in een instelling of huis besproken worden.

### **Antwoord van de bewindslieden**

Staatssecretaris **Bussemaker**: Dank u wel, voorzitter. Ik denk dat de Kamer in het algemeen de ingewikkeldheid van de kwestie goed heeft verwoord, maar ook heeft aangegeven wat daarin de rol van de overheid is. De overheid dient hierbij naar mijn idee terughoudend te zijn. Mevrouw Willemse zei ook, en daar was ik blij mee, dat zij geen pasklare antwoorden van mij verwacht, omdat ik niet moet willen beslissen en u naar mijn idee niet met mij moet willen beslissen wat er in elk individueel geval gebeurt.

Mevrouw Koşer Kaya had het over het grote belang van zorgvuldigheid. Hier herken ik mijzelf in. Zorgvuldigheid dient hierbij voorop te staan. Mijn brief die de Kamer eerder heeft gekregen, is gericht op zorgvuldigheid. Daarin kan geen onduidelijkheid bestaan over wie uiteindelijk beslist. Dat zeg ik richting mevrouw Van Miltenburg en mevrouw Wolbert. De cliënt

beslist. De cliënt beslist in overleg met de arts en niemand anders, wat de richtlijnen ook bepalen. Zijn of haar keus gaat altijd boven de keus die een beroepsgroep maakt. Dat betekent dat de overheid terughoudend moet zijn.

Ik ben het ook niet met de heer Van Gerven eens. Hij wil dat ik meer stuur en aangeef dat het «ja, tenzij» moet zijn. Dat is niet aan mij. Ik ben het wel met hem eens dat er bij twijfel gereanimeerd moet worden. Als je niet weet wat iemand wil, dan is er maar één keus: reanimeren. Een andere keus is er niet. Daarmee willen wij de kern van het beleid vastleggen, waarbij voorop moet staan dat niet de overheid beslist, maar dat de overheid ondersteunend moet zijn voor de medische beroepsgroepen die dat moeten doen. Mevrouw Wiegman zei dat terecht. Niet de overheid, maar de beroepsgroepen en de wetenschappelijke verenigingen moeten de lijn uitzetten, maar de uiteindelijke keuze om «wel te reanimeren, tenzij» of «niet te reanimeren, tenzij», is wat is afgesproken tussen patiënt en de behandelend arts.

Richting mevrouw Wolbert zeg ik dat sectorale afspraken nooit boven individuele afspraken kunnen gaan. Richting mevrouw Agema zeg ik dat dat betekent dat er geen sprake kan zijn van verplichte reanimatie. Bij twijfel wordt wel gereanimeerd. Als iemand duidelijk aangeeft dat hij of zij dat niet wil, gaat dat voor.

Tegen de heer Van der Vlies zeg ik dat er geen sprake kan zijn van standaardiseren, want ook hier geldt de individuele keuze.

Richting de woordvoerders van D66 en CDA zeg ik dat het nooit op grond van leeftijd kan gebeuren, want ook hier dient de individuele situatie voorop te staan. Mevrouw Willemse en enkele andere leden van de commissie, heeft aangegeven dat communicatie niet genoeg benadrukt kan worden. Ik was dus wel blij met het initiatief van het betrokken verzorgingshuis waar het uiteindelijk allemaal om begonnen is, om heldere afspraken te maken met cliënten en hun familieleden. Laten wij niet vergeten in alle commotie die is ontstaan, dat dat wel is wat zij wilden doen. Afspraken maken met bewoners en hun familieleden over wat zij moeten doen in de situatie dat de cliënt in levensgevaar komt. En dat gesprek moet, zoals mevrouw Willemse heeft gezegd, terecht in een open sfeer plaatsvinden met een eerlijke afweging. Daar moet dat gesprek plaatsvinden.

Ik ben het ook met de heer Van Gerven eens dat er geen enkele indruk mag ontstaan of bestaan bij mensen dat ze eigenlijk geen keus hebben en dat ze het niet waard zouden zijn om gereanimeerd te worden. Dat luistert nauw en dat vraagt veel van de professional. Dat vraagt heel veel van beslissingen die worden genomen, zeker in een langdurige zorg waar je met kwetsbare mensen werkt. Die voorlichting zoals mevrouw Agema terecht zei, is van heel groot belang. Hoe de voorlichting er ook uitziet, het blijft een individuele keuze.

Er is gememoreerd dat er op dit moment een richtlijn van verpleeghuisartsen is die uitgaat van «nee, tenzij». Die is gericht op verpleeghuizen. In zorginstellingen waarin met iedere bewoner het beleid besproken is, kiest uiteindelijk ongeveer de helft van de bewoners voor wel reanimeren en de andere helft kiest dat niet. Ook nu betekent dat niet dat het uitgangspunt van de beroepsgroep is dat het altijd vanzelfsprekend wordt opgevolgd. Er moet een individuele keuze zijn en die wordt, voor zover ik kan beoordelen, ook gemaakt. De heer Van Gerven had een ander voorbeeld. Dat vind ik buitengewoon zorgelijk als dat zo zou zijn. Dat mag absoluut niet gebeuren. Als de heer Van Gerven mij daar informatie over zou kunnen en willen geven, dan ontvang ik die graag. Ik concludeer uit deze cijfers niet in algemene zin dat daarmee te gemakkelijk wordt omgegaan.

Het debat over het verzorgingshuis waar het allemaal om begonnen is, het PBG, heeft deze richtlijnen ter discussie gesteld omdat er op dit moment alleen de richtlijn voor verpleeghuizen is. U hebt zelf al gesteld dat in verzorgingshuizen huisartsen medisch verantwoordelijk zijn. Daar is

dus geen sprake van een algemene richtlijn. De constatering van het betrokken verzorgingshuis is dat bij hen, zoals bij veel verzorgingshuizen, de zorgzwaarte van mensen zwaarder moet zijn. Ik ben het in die zin niet met mevrouw Agema eens die een heel principieel onderscheid maakte tussen verpleeg- en verzorgingshuizen. Ik deel wel de opvatting van mevrouw Wiegman, die benadrukte dat er in verzorgingshuizen zwaardere zorg komt. Actiz stelt bijvoorbeeld dat zij om die reden steeds minder over verzorgings- c.q. verpleeghuizen spreekt, maar steeds meer over zorghuizen. Je ziet dat deze meer naar elkaar toegroeien. Het is daardoor logisch dat dit soort vragen ook in verzorgingshuizen meer gesteld worden.

De richtlijn voor de beroepsgroep, en dat zeg ik ook tegen mevrouw Van Miltenburg, heeft als functie om als leidraad te dienen. De richtlijn moet houvast bieden bij hoe om te gaan met een vraagstuk of procedure en is dus nooit dwingend, maar kan wel dienen als uitgangspunt. Bij gebrek aan een richtlijn voor verzorgingshuizen is door het verzorgingshuis de richtlijn voor verpleeghuizen als uitgangspunt genomen. Dat is nu het cruciale punt van discussie, dat door mevrouw Wiegman ook goed verwoord wordt. De discussie richt zich op de vraag of deze richtlijn wel past in verzorgingshuizen en dat de richtlijn zich meer moet richten op de kans van een goede kwaliteit van leven in plaats van op de leeftijdsgrens. Ik kan niet anders zeggen dan dat ik vind dat een nieuwe richtlijn zich veel meer moet richten op de kansen op goede kwaliteit en op de uiteindelijke individuele voorkeur van bewoner of cliënt. Leeftijd mag daarbij geen rol spelen. Dat was het ongelukkige wat bij het betreffende verzorgingshuis gebeurde, want daar was het gekoppeld aan leeftijd. Een richtlijn kan nooit gekoppeld zijn aan leeftijd. De richtlijn moet procedureel helpen om patiënten en familie in overleg met de arts in de gelegenheid te stellen om een zorgvuldige afweging te maken. Een richtlijn biedt houvast bij ethische kwesties, maar kan nooit over de uitkomst gaan. Deze gaat over de procedure, de zorgvuldigheid, maar het gaat nooit over de uitkomst in een individueel geval. Deze kan in elk individueel geval anders zijn. Ook bij andere medisch ethische kwesties stellen wij nooit de uitkomst centraal, maar het zorgvuldige proces dat aan een besluit vooraf moet gaan. Mevrouw Wiegman vroeg wat men kan verwachten. Wat mij betreft precies wat zij zei, namelijk duidelijker procedures, dat er gesprekken gevoerd worden en wanneer deze gevoerd worden. Dat zullen de verpleeghuisartsen samen met de huisartsen gaan doen. Ik denk dat het wenselijk is dat zij komen tot een eenduidige richtlijn voor cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen, om hen dat houvast te bieden, zonder dat ik nu al zeg dat die richtlijn uit moet gaan van «ja, mits» of «nee, tenzij». Misschien kan ook de conclusie zijn dat er een richtlijn komt waarin helemaal geen gebruik meer wordt gemaakt van die begrippen, maar wel van zorgvuldige procedure-eisen. Ook moeten er momenten zijn waarop met de patiënt besproken wordt wat hij of zij wil. Dan moet duidelijk zijn welke vragen en elementen, zoals de medische situatie je daarbij een rol laat spelen. Een leeftijdsgrens kan daarbij nooit aan de orde zijn. Daarbij is de suggestie die mevrouw Koşer Kaya deed interessant, om met een signaal te werken voor bewoners die een duidelijke opvatting hebben. Prima voor wie dat wil om met een polsbandje of penning te werken. Dat zou dan wel vooral gelden, en dat vroeg ook mevrouw Wolbert, voor situaties buiten verpleeg- en verzorgingshuizen. Je mag aannemen dat in de meeste verpleeg verzorgingshuizen de verpleegkundigen en verzorgenden weten wat iemand wil. Om daar geen misverstand over te laten bestaan, kan het daar ook. Terecht is ook gevraagd het volledige pakket thuis en het scheiden van wonen en zorg. De mensen hebben wel een indicatie, maar hoeven niet in een instelling te verblijven. Dan is het wel van groot belang dat de huisarts weet wat de cliënt wil, maar de huisarts zal er niet altijd bij zijn. Ook daar geldt, afhankelijk van de overtuiging van de cliënt, dat de één dit een

belangrijker punt vindt dan de ander. Men kan er voor kiezen om met een kaartje, polsbandje of penning aan te geven wat je wilt.

Wij moeten er wel voor oppassen, en ik weet niet of het ook wenselijk is, dat wij alle Nederlanders gaan vragen of zij wel of niet gereanimeerd willen worden. Bij mensen die in een instelling verblijven, is er natuurlijk een reden om te veronderstellen dat ze in een kwetsbare positie zitten. De kans dat er iets gebeurt, is dan wel degelijk aanwezig. Ik vraag me af of wij geen onrust zaaien om dat aan iedereen te vragen, waar die grens dan moet liggen. Bij een volledig pakket thuis is het redelijk dat er wel bij te betrekken, want dat gaat over mensen met een indicatie. Ik zou het debat voorlopig niet verder willen verbreden dan dat het gesprek wordt gevoerd met degenen met een indicatie.

Richting de heer Van Gerven heb ik al gezegd dat ik niet een groep collectief wil afschrijven. Het blijft een individuele keuze. Ik ben het met de uitgangspunten van Ribbe eens dat het een individuele keuze is. Er moet goede reanimatieapparatuur zijn en medewerkers moeten getraind worden. Daarover waren ook door mevrouw Agema en mevrouw Koşer Kaya vragen gesteld.

In het verzorgingshuis werken met name verzorgenden, die leren reanimeren in het kader van de opleiding voor de bedrijfshulpverlening. Naar mevrouw Koşer Kaya kan ik melden dat het opgenomen wordt. Het betekent in de praktijk dat niet elke medewerker hoeft te kunnen reanimeren, maar dat er in iedere dienst minimaal een verzorger aanwezig moet zijn die het kan. Er moet altijd iemand aanwezig zijn die het kan, maar niet iedereen hoeft het te kunnen.

Vervolgens is ook gevraagd wat de mogelijkheden zijn voor een gesprek. Mevrouw Wolbert vroeg welke termijn ik stel aan het laten vastleggen van het gesprek tussen zorgverlener en cliënt. Dat kan gebeuren in het zorgplan. Als straks de algemene maatregel van bestuur voor het zorgplan er is, dan zult u zien dat daar een termijn van zes weken voor is gesteld. Ik ben niet van plan om specifiek op dit punt aanvullende eisen te gaan stellen. Het moet onderdeel zijn van het zorgplan.

Richting mevrouw Agema, mevrouw Willemse en mevrouw Koşer Kaya zeg ik erbij dat dat natuurlijk wel aangepast kan worden. Er kan sprake zijn van een nieuwe situatie of een andere wens. Als een bewoner of cliënt tot een andere conclusie is gekomen en wil overstappen van het een naar het ander, dan moet dat altijd gebeuren. Zo'n zorgplan zou ook aangepast worden bij een verslechtering van de situatie of een indicatie. Dan is dit ook een moment om die vraag mee te nemen.

Mevrouw Wolbert vroeg ook of ik de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) duidelijk kan maken dat er met invulbriefjes niet tegemoet wordt gekomen aan de individuele afspraak. Als je kijkt naar wat er aan het proces vooraf is gegaan, dan is dat zorgvuldiger verlopen dan dat er alleen briefjes zijn ingevuld bij het PBG, want men wilde gesprekken voeren met individuele bewoners. Allereerst is gesproken met de cliëntenraad. Vervolgens is er gesproken met alle cliënten en hun familie. Vervolgens konden de bewoners na een brief van de zorginstelling, aangeven wat zij wilden en dat moest op schrift gesteld worden. Dat lijkt mij ook wel de weg die begaan moet worden als je uiteindelijk een keuze maakt. Daarin beslist de individuele cliënt. Dat is ook de conclusie die de IGZ hierbij getrokken heeft.

Dan vroeg mevrouw Wiegman naar mijn rol bij het bewaken van de kwaliteit van zorg bij reanimatiebeleid. Ik zie erop toe dat het individuele belang en het collectieve belang van cliënten in het kader van de kwaliteit van zorg goed worden geborgd. De overheid ziet toe op het maken van afspraken tussen partijen hierover of dwingt de afspraken af. De overheid moet er ook voor zorgen dat er randvoorwaarden zijn waarbinnen die afspraken gemaakt worden. Dat valt eigenlijk onder het algehele kwaliteitsbeleid. Het IGZ ziet toe op instellingen en bekijkt of instellingen hier verantwoord mee omgaan.

Mevrouw Koşer Kaya vroeg nog naar de financiering van de richtlijn. Dat is primair de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep zelf. Dat zit verdisconteerd in de zorgrichtlijnen. Dat lijkt mij allereerst iets wat binnen de sector zelf moet gebeuren.

Tot slot een reactie op mevrouw Agema. Mevrouw Agema zei dat 89% van personen na reanimatie thuis kan wonen. Dat zou blijken uit onderzoek van het AMC. Ik heb correspondentie gewisseld met onderzoeker Sophia de Rooij, die gepromoveerd is op de kwaliteit van leven van ouderen boven de 80 jaar na behandeling op de intensive care. Zij heeft mij gegevens gestuurd uit het onderzoek van het AMC. Daaruit blijkt, en dat relateert het hele debat, dat 15% van alle reanimaties, jong, oud, dik, dun, even los van de gezondheidssituatie, succesvol is. Slechts 15%. Die 15% belandt dan op de intensive care. Van mensen die ouder zijn dan 80 jaar en met een acute aandoening naar de intensive care gaan, is na een jaar nog 10% in leven. Ook dat ter relativering. Haar conclusie, en dat is ook mijn conclusie, is dus dat het niet gaat over wat zij noemt de kalenderleeftijd, maar dat de kans vooral afhangt van de biologische en medische situatie. Je zou kunnen zeggen dat de lichamelijke status aanwijst of na reanimatie of een acute aandoening, mensen nog kans op een kwalitatief goed leven hebben. De uiteindelijke conclusie daarvan bevestigt alleen maar wat ik ook in mijn brief heb geschreven, namelijk dat van belang is om op voorhand de keuze te bespreken voor reanimatie aan de hand van de te verwachten kwaliteit van leven, het succes van de reanimatie en op grond van persoonlijke voorkeuren van mensen, die daar individuele opvattingen over kunnen hebben.

Voorzitter, dit is de lijn die ik in mijn brief uiteen heb gezet. Ik heb met zeer veel belangstelling naar uw inbreng geluisterd. Ik geloof dat wij dit standpunt nu door de sector moeten laten ontwikkelen, waarmee wij ons niet te veel moeten bemoeien en waar wij nu niet te veel bovenop moeten zitten. Ik heb de indruk dat het algemene standpunt breed gedeeld wordt in de sector, door de IGZ, de klinisch geriaters en de cliëntenorganisaties. Zij zijn er allemaal van overtuigd dat het van het grootste belang is om met individuele bewoners afspraken te maken en dat dat zeer zorgvuldig moet gebeuren op basis van vertrouwen en uitgangspunten van goede zorg. Er mag nooit een andere keuze gestimuleerd of opgelegd worden om mensen niet te reanimeren, omdat dat gemakkelijker of goedkoper zou zijn, zoals de heer Van Gerven zei. Het moet altijd een individuele keuze zijn die in de grootst mogelijke zorgvuldigheid en in overleg met de professionals gemaakt moet worden.

### **Nadere gedachtewisseling**

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Voorzitter. Ik blijf een dubbele boodschap horen bij de staatssecretaris. Ik ben blij dat zij aangeeft dat het echt de keuze van de behandelaar en de cliënt is. De staatssecretaris zegt ook in reactie op de opmerking van de heer Van Gerven, het is niet aan mij om te vertalen of het een «ja, tenzij» of een «nee, tenzij»-beleid moet zijn, maar bij twijfel moet het wel gebeuren. Daarmee geeft zij volgens mij aan dat het «nee, tenzij»-beleid helemaal niet bestaat. Dat gaat er namelijk van uit dat in een instelling die dat beleid hanteert, als men het niet weet en iemand heeft niet expliciet aangegeven dat hij het wel wil, dat het niet gebeurt. Ik wil toch helderheid op dit punt dat het «nee, tenzij»-beleid, zoals dat geformuleerd was en in de pers bleek in andere huizen zeker te worden nageleefd, echt niet kan, want er moet een beslissing onderliggen van de patiënt. Anders kun je niet weten wat hij wil, dan is er twijfel, en dan moet het niet gebeuren. Ik ben het ermee eens dat wij niet aan alle Nederlanders moeten vragen of zij wel of niet gereanimeerd willen worden. Ik wil van de staatssecretaris horen dat als Nederlanders van welke leeftijd dan ook, hebben aangegeven door middel van het dragen van een penning of een bandje dat zij niet gereanimeerd willen



worden, het dan ook niet moet gebeuren. Daarmee gebeuren nog heel vaak rare dingen. In tegenstelling tot in de ouderenzorg gaat het bij jonge mensen vaak verkeerd om mis.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Ik heb nooit gezegd dat mensen onder dwang gereanimeerd zouden moeten worden. Ik wil de woorden van de staatssecretaris rechtzetten. Ik heb ook geen principieel onderscheid gemaakt tussen verpleeg- en verzorgingshuizen. Ik heb slechts het standpunt van mevrouw Draijer van de NVVA aangehaald dat verpleeghuizen meestal een eindstation zijn, maar dat er in verzorgingshuizen nog veel vitale ouderen wonen.

Ik heb nog geen antwoord gekregen op mijn vraag of verzorgingshuizen ook maar iets van een financieel belang hebben bij doorstroming. Dat wil ik per se nog weten.

Ik vind het goed dat de staatssecretaris heeft geantwoord dat al het personeel moet kunnen reanimeren of dat er tenminste een verpleegkundige aanwezig is die dat kan. De vraag is of dat ook zo is. Ik wil de staatssecretaris vragen een keer te inventariseren of het wel überhaupt zo is dat er voldoende mensen zijn in verpleeg- en verzorgingshuizen die kunnen reanimeren. Wat moet een verpleegkundige doen die een diploma heeft voor reanimatie bij «nee, tenzij», terwijl zij dat zelf wel zou willen? Ik heb ook nog gevraagd of er verzorgingshuizen zijn die niet overleggen, maar wel een «nee»-beleid voeren.

Ik heb nog een vraag die ik in eerste termijn niet gesteld heb. Ik heb hier een voorbeeld uit het Medisch Contact van een huisartsenpraktijk die een defibrillator heeft aangeschaft. Men heeft deze eenmalig gebruikt voor reanimatie. De accu was nog geschikt, maar bepaalde pads, die eenmalig gebruik kunnen worden, moesten opnieuw aangeschaft worden voor de prijs van € 63. Die kosten zitten niet in het vergoedingenpakket. Het zou toch niet zo moeten zijn dat mensen uiteindelijk niet gereanimeerd worden omdat de pads niet vergoed worden. Ik zou graag van de staatssecretaris horen dat dit allemaal goed in orde komt en dat mensen in ieder geval gereanimeerd kunnen worden zonder dat er allerlei verzekeringspraatjes bij gehaald worden.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Mee eens. De professionals zijn nu aan zet. Ik ben blij dat ik de staatssecretaris zich hoor afvragen of we wel bij de herziening van de richtlijnen straks toe moeten naar een «nee, tenzij» of een «ja, mits»-beleid, maar dat de medische overwegingen daarbij een belangrijke rol spelen. Er zit gewoon toch een soort kronkel in het denken. Dat ben ik met mevrouw Van Miltenburg eens. Wij zeggen steeds dat de basis de individuele beslissing is in een persoonlijk gesprek met de behandelend arts. Als iemand zegt dat men het niet wil, dan is het duidelijk. Dan hoeven we het daar verder niet meer over te hebben. Wij hebben eigenlijk allemaal gezegd dat er bij twijfel, als het niet helder is, wel gereanimeerd moet worden. Dat verhoudt zich gewoon niet tot een soort van beroepsrichtlijnen van verpleeghuizen die zeggen dat er bij twijfel niet wordt gereanimeerd. Dat is een lastige spagaat. Daar kwam de staatssecretaris in haar antwoord niet op terug.

Laten wij alsjeblieft stoppen met het «nee, tenzij» of «ja, mits»-beleid en vaststellen dat er een beleid is op basis van een persoonlijke beslissing. Dat is het beleid in Nederland. Dat wil ik herhalen, want de staatssecretaris spreekt zichzelf een beetje tegen in dit gesprek. Ik snap hoe moeilijk het is en ik begrijp ook dat er tegenstrijdigheden zijn. Ik constateer dat het goed is om de professionals aan het woord te laten. Ik ben blij dat u zich afvraagt of wij niet van dit sectorale beleid af moeten.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. Ik dank de staatssecretaris voor de antwoorden. De keuze is aan de cliënt met alle waarborgen die daar omheen geformuleerd worden zoals een zorgplan, alle zorgvuldigheids-

eisen en een professionele invulling. Vervolgens blijkt dat de staatssecretaris ook positief aankijkt tegen het polsbandje of penning. Ik vind het geweldig. Die keuze impliceert wel dat op het moment dat de zorgvuldigheidseisen en die plannen en alles wat daar omheen zit, gewaarborgd zijn, de keuze dan leidend zou moeten zijn. Er loopt nu al een groep mensen met zo'n penning rond. Je ziet in de praktijk dat die keuze niet gerespecteerd wordt om allerlei redenen. Ik heb al aangegeven dat de angst groot is.

Straks komt er een nieuwe richtlijn die door de professionals is ingevuld. Dan wil ik wel dat de keuzevrijheid richtinggevend is. Zo niet, dan hebben we het niet over een keuze, maar over het beslissen voor de cliënt wat het zou moeten zijn. Als de keuze gemaakt wordt, moet deze gerespecteerd worden. Hoe gaat de staatssecretaris dit vastleggen?

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Dank aan de staatssecretaris voor de antwoorden. Heeft de staatssecretaris al met de beroepsgroep overlegd over de termijn waarop zij denken dat die nieuwe richtlijn er kan zijn? Zorgt de beroepsgroep er ook voor dat er in de tussentijd, waarin er een soort vacuüm bestaat, duidelijkheid is over het feit dat de keuze van de cliënt voorop moet staan?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik wil de staatssecretaris dank zeggen voor de beantwoording. Ik vind dat wij op een inhoudelijke en prudente wijze deze toch bijzondere problematiek bespreken.

Ik zet even wat streepjes onder trefwoorden die mij aanspreken: zorgvuldigheid, geen standaardisering, geen leeftijds criterium, een goede communicatie en voorlichting, de medische conditie is doorslaggevend. Ja, dat vind ik ook en ik ga niet op de stoel zitten van de professie. De sector moet het in hoge mate zelf uitrollen. Mijn fractie zou alles overwegend toch liever bij het beginsel «ja, tenzij» dan bij «nee, tenzij» uitkomen vanwege onze invalshoek van het leven.

Ik ben vergeten wie in een interruptie heeft gesproken over of er een recht op reanimeren bestaat. Dat is er dus niet. Is er wel een recht op niet reanimeren als je dat zelf besloten hebt? Stel nu dat het toch anders gaat.

Moeten professionelen dan juridische consequenties vrezen? Ik vind dat een hamvraag waarop ik een antwoord wil hebben.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ook van mijn kant een woord van dank en waardering voor de beantwoording door de staatssecretaris. Ook mijn vragen over de richtlijn en wat men daar precies van kan verwachten, zijn duidelijk beantwoord.

Ik ga ervan uit dat de NVVA rekening houdt met de verschillen in de verantwoordelijkheden tussen verpleeg- en verzorgingshuizen en dat dit voldoende tot uitdrukking komt in de richtlijn. Ik ben nog wel even benieuwd naar de termijn waarop een en ander geregeld zou zijn. Het zou ontzettend jammer zijn als wij hier regelmatig als Kamer terugkomen om over incidenten te spreken. Het zou veel mooier zijn om regelmatig over reanimatiebeleid te spreken en gewoon eens te kijken naar hoe het verloopt en of de richtlijn inmiddels gereed is en hoe deze wordt toegepast.

De staatssecretaris heeft gezegd om bij twijfel te reanimeren. Ik denk dat het goed is om toch de verantwoordelijkheid die artsen hebben, te onderstrepen op grond van de eed die zij hebben afgelegd.

Collega Van der Vlies roerde zojuist de kwestie aan hoe het nu precies zit met het recht op reanimeren en het recht op niet reanimeren. Ik denk dat het goed is dat uit te zoeken, maar ik kan mij voorstellen dat er geen behoefte is om dingen tegen elkaar uit te spelen, juist vanwege de verantwoordelijkheid die een arts hierin ook moet blijven hebben.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter, ik heb nog drie punten. Allereerst het «ja, tenzij»-principe. De staatssecretaris heeft echt gezegd dat als we het niet weten, men moet reanimeren. Dan is dat het uitgangspunt en dat is het «ja, tenzij»-principe. Dat zegt overigens de Inspectie ook. Dat bij elkaar niet en ik snap niet dat men steeds zegt dat er volstrekt individuele vrijheid is om het wel of niet te reanimeren af te wegen in een gesprek met de arts of hulpverlener.

Het tweede is dat ik blij ben dat de staatssecretaris de regels van Ribbe onderschrijft. Zij zegt dat niet iedereen hoeft te kunnen reanimeren. Ik vind dat principieel juist. Als je verzorgende of verpleegkunde bent en je werkt met mensen, dan moet je toch in staat zijn om te reanimeren. Dat hoort ook bij de opleiding en zeker in de setting van een verpleeg- of verzorgingshuis. Ik zou dat willen oprekken tot alle mensen die met mensen werken.

Het derde punt is dat de staatssecretaris zei – ik vat het even in mijn eigen woorden samen – dat als het verzorgingshuis een brief had gestuurd met daarin niet bijvoorbeeld de leeftijdsgrens enzovoorts, maar de keuze min of meer objectief of wat neutraler had voorgelegd, dat dan een goede handelwijze zou zijn geweest. Ik denk dat dat niet zo is, want dan ga je het toch weer collectief proberen te regelen. De instelling is verplicht ervoor te zorgen dat het gesprek plaatsvindt, maar het moet niet via collectief verzonden briefjes gaan. Dan gaat het mis en kan er een bepaalde druk ontstaan. Dat moeten wij niet willen. Er moet gewoon een gesprek plaatsvinden, maar dat moet op een andere manier geregeld worden dan het PBG gedaan heeft.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Voorzitter. Om te beginnen bij het ingewikkelde van bij twijfel reanimeren en het «ja, tenzij» of «nee, tenzij»: ik ga er niet over en dat blijf ik ook zeggen. De beroepsgroep is nu aan zet. Ik wil wel aan u meegeven dat het onderscheid tussen «nee, tenzij» en «ja, mits» niet het meest heldere en hanteerbare vertrekpunt is voor de toekomst. Dat zeg ik met terughoudendheid, want ik ben niet degene die daarover gaat. Misschien helpt het als ik de handreiking reanimatie voorlees van de NVVA. Over de verplichting om te reanimeren heeft ook de heer Van der Vlies een vraag gesteld. Hier staat in: «In het algemeen bestaat er een hulpverleningsplicht in het geval dat iemand in levensgevaar verkeert, artikel 450 Wetboek van Strafrecht. Deze verplichting vervalt uiteraard als een reanimatiepoging geen of een te geringe kans van slagen heeft of als duidelijk is dat betrokkene niet gereanimeerd wil worden.» Daaruit mag u zelf de conclusie trekken of dit nu «nee, tenzij» of «ja, mits» is of afhankelijk van de situatie bij verpleeghuisbewoners, want daar hebben we het nu over. Dit is een algemene formulering. Daar zitten precies de elementen in die hier ook genoemd zijn. Allereerst gaat het erom of betrokkene zelf heeft aangegeven wat hij of zij wil. Vervolgens speelt de medische situatie een rol. Wat is de kans op kwaliteit van leven? Ik ben bereid om met de beroepsgroep daar nog een keer overleg over te voeren en dit punt mee te nemen. Daar zijn ook een paar andere vragen over gesteld.

Er zit ook een ingewikkelde juridische kwestie aan vast, zoals ook de heer Van der Vlies terecht zei. Er is geen recht op reanimeren. Er bestaat wel een hulpverleningsplicht voor artsen. In die zin is er recht op niet reanimeren. Als je iets bij je draagt, moet daarnaar gekeken worden. Stel dat daar niet naar gekeken wordt, en je komt er met ernstig verlies van kwaliteit van leven uit, ga je dan degene die jou misschien in leven heeft proberen te houden, voor de rechter slepen? Dat zijn elementen waar ik nu het debat niet over wil voeren, maar dit zijn vragen die ik meeneem naar de beroepsgroep. Daarom is de beroepsgroep bezig met richtlijnen, waarbinnen de zorgvuldigheid voorop gesteld moet worden over het proces dat men voert om tot een besluit te komen.

Richting mevrouw Willemse, ik wil graag overleggen met de beroepsgroep. Ik kan geen termijn noemen. Net zoals bij andere richtlijnen die in ontwikkeling zijn, denk aan de embryodiscussie, bepaal ik niet wanneer de richtlijn klaar is. De beroepsgroep bepaalt dat. Ik denk wel dat men meer doordrongen is van het grote belang om hierover het gesprek te voeren en dat het er bij helpt om in tussentijd zo min mogelijk incidenten te krijgen. Ik kan het nooit helemaal garanderen.

Mevrouw Wiegman vroeg ook naar de termijnen en de verantwoordelijkheid van de artsen. Daar heb ik op geantwoord.

De heer Van Gerven en mevrouw Agema vroegen of ik wil monitoren of mensen nu wel of niet kunnen reanimeren. De verzorgenden leren reanimeren in het kader van de bedrijfshulpverlening. In het kader van allerlei veiligheidsbeleid, bijvoorbeeld evacuatie en brandveiligheid, is gesteld dat er in iedere dienst een bedrijfshulpverlener moet zijn. Dat is wettelijk geregeld. Er moet altijd een bedrijfshulpverlener zijn die kan reanimeren. Ik ben niet geneigd, zeg ik richting mevrouw Agema, om dat allemaal weer bij te gaan houden want dat levert enorme bureaucratische lasten op. Ik heb uitgelegd hoe de controle hierop is georganiseerd. Dit is geen ander onderdeel dan overige onderdelen van zorg en veiligheid bij zorginstellingen.

Mevrouw Agema vroeg mij nog of er een financieel belang is bij doorstroming. Zij bedoelde eigenlijk of tehuizen er belang bij hebben om mensen tegen hun wil te laten sterven. Dat belang is er niet en zeker niet bij de invoering van de zorgzwaartepakketten. Dan is er eerder een prikkel om mensen met zwaardere zorg, en dat zijn vaak de oudste bewoners, zo lang mogelijk in leven te houden. Het lijkt mij dat prikkel de goede kant op staat. U vroeg ook nog of er instellingen zijn die een «nee, tenzij» uitvoeren. We gaan het nu over die discussie hebben en dat moet de beroepsgroep doen. Ik heb er het volste vertrouwen in dat de professionals dat goed zullen uitvoeren.

Ik weet niet of het bedrag van €63 voor een pad verzekerd is, maar ik mag toch aannemen dat op het totale budget van verzorgings- en verpleeghuizen een pad van een reanimatieapparaat niet zo duur is dat dit een rol mag spelen. Dat zou enorm veel bureaucratie met zich meebrengen.

De heer **Van Gerven** (SP): Toch nog over die «ja, tenzij». Dat de beroepsgroep werkt aan het aanpassen van de richtlijn over wanneer het zinvol is om te reanimeren, dat is een andere discussie dan het algemene uitgangspunt. Dat wordt steeds met elkaar verward. Als het niet duidelijk is of iemand gereanimeerd wil worden, dan is de inzet van de hulpverlener om te reanimeren. De verzorgende kan heel moeilijk afwegen hoe groot de kans is dat reanimatie succesvol is. Die gaat gewoon aan de slag. Dat is toch een ander punt dan het percentage dat effectief is, ja of nee. Dat is een andere discussie.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik heb u net voorgelezen dat er een verplichting bestaat bij reanimeren. Die verplichting vervalt als een reanimatiepoging geen of een te geringe kans van slagen heeft. Bij twijfel moet je reanimeren. Ik denk dat wij ook een beetje de situatie in ogen-schouw moeten nemen. Ik weet niet of wij ermee gediend zijn om bij iemand van 98 jaar die zeer zwak en kwetsbaar is, de eerste reactie reanimeren is. Het uitgangspunt is dat je bij twijfel en als je het niet weet, wel reanimeert.

Ik refereerde vooral aan de situatie zoals bij het volledige pakket thuis, waar mensen thuis wonen en ook nog zoveel thuis kunnen. Ik denk dat wij als overheid niet voor elke individuele situatie een mal moeten willen maken. Dan maken wij het straks alleen maar erger als er geen enkele afweging in de praktijk meer mogelijk is. Het uitgangspunt moet wel zijn dat de bewoner of de cliënt altijd moet beslissen. Dat zou vooral gelden als hij of zij aangeeft om absoluut gereanimeerd te willen worden. Daar

moet naar geluisterd worden. Als hij of zij aangeeft dat niet te willen, dan moet daar naar geluisterd worden. Ik denk niet dat wij de samenleving en het zorgveld beter maken door nu hier precies alle zorgverleners tot in de kleinste details op te dragen wat zij moeten doen. Zij moeten wel zorgvuldige processen voeren.

Mevrouw **Agema** (PVV): De reden waarom ik vroeg naar het personeel, is dat het prima is als er een heleboel personeelsleden kunnen reanimeren, maar is er dan voldoende reanimatieapparatuur? Zijn er genoeg mensen die daarmee om kunnen gaan?

Mijn tweede vraag was en daar wil ik absoluut duidelijkheid over, over verzorgingshuizen die een «nee»-beleid zouden voeren. Ik heb een kopie uit een dossier gekregen. In het dossier staat duidelijk NBNR. Dat betekent niet behandelen niet reanimeren. Deze persoon is daar zelf niet van op de hoogte. Dat vind ik bijzonder kwalijk. Daarom heb ik u een aantal malen gevraagd of u ook zicht heeft op verpleeghuizen die zonder overleg overgegaan zijn op «nee, tenzij» of op «nee»?

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): De staatssecretaris wil niet iets zeggen over «ja tenzij» of «nee, tenzij», maar wil zij dan wel iets zeggen over het feit dat een raad van bestuur van een zorginstelling, dus niet de arts maar de raad van bestuur, zegt dat zij een «ja, tenzij» of «nee, tenzij»-beleid hebben. Ik neem toch aan dat de staatssecretaris een dergelijke beslissing die wordt genomen door de raad van bestuur, afwijst.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Dat kan nooit een raad van bestuur of raad van toezicht zijn die dat algemeen bepaalt. Dat moet altijd in een gesprek tussen cliënt en professionals plaatsvinden. Daar dient het zorgplan voor. Dat is ook mijn antwoord aan mevrouw Agema. Precies om die reden gaan wij een zorgplan verplicht stellen, omdat wij willen dat er in goed overleg tussen cliënt en professional, luisterend naar de cliënt en in overleg en samenspraak met de cliënt, algemene zorgafspraken gemaakt worden. Ik ga voor reanimatie daarop geen uitzondering maken, want er zijn veel aspecten die daarbij aan de orde moeten komen.

Ten slotte de vraag van mevrouw Agema. Verzorgenden leren reanimeren in het kader van de bedrijfshulpverlening en er is dus altijd iemand aanwezig die het kan. Ik mag ervan uitgaan dat een zorginstelling die goede zorg levert, de apparatuur in huis heeft. Als dat niet zo is, zal dat bij een bezoek van de Inspectie, en de Kamer weet dat die tegenwoordig ook onverwacht komt en onherkenbaar, geconstateerd worden.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Over het recht om niet gereanimeerd te worden wil ik meer helderheid van de staatssecretaris ontvangen dan nu het geval is, en zeker in relatie tot artikel 11 van de Grondwet. Dat is cruciaal voor het zelfbeschikkingsrecht. De praktijk blijkt weerbarstiger dan men denkt. Verplegers zijn bang om reanimatie na te laten vanwege juridische consequenties, dan wel strafrechtelijke vervolging of schade-loosstelling. Daarover moet helderheid overkomen.

De **voorzitter**: in mijn beleving heeft de staatssecretaris net gezegd dat zij dit mee gaat nemen in het overleg met de beroepsgroep. Ik denk dat mevrouw Wolbert de vraag kan stellen en dan kan de staatssecretaris in een keer antwoorden en dan sluiten we af.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik ben blij dat er meer mensen verbaasd zijn over het optreden van de Inspectie bij dit verzorgingshuis. Het gaat mij niet om de rel, maar ik heb me er echt over verbaasd dat de Inspectie zei dat er niets aan de hand was en dat het een communicatiefout was. Mij ging het erom dat over de ruggen van de mensen heen werd gesproken.

U kunt dan zeggen dat er beleid is uitgesproken, maar ik heb mij echt verbaasd over de houding van de Inspectie in deze zaak. Maar dat terzijde. Ik heb eraan geërgerd dat over de hoofden van de mensen die zich zorgen maken over dit punt heen een soort discussie tussen professionals wordt gevoerd, het liefst in de kranten. Daarbij gaat het onder andere over de houding van de Nederlandse Hartstichting en de verpleeghuisartsen. De Hartstichting zegt dat het reanimeren te somber wordt afgebeeld, want er komen een heleboel mensen goed uit. Als u deze professionals nu aan het woord laat, kunt u er dan op aandringen dat ze gewoon een publieksvoorlichting of een versie maken, zodat mensen gewoon weten wat de professionals met elkaar bedacht hebben. Als je zo dapper bent om in de kranten onrust te zaaien, vind ik dat je ook zo dapper moet zijn om dit weer in een rustig vaarwater te brengen.

Staatssecretaris **Bussemaker**: Ik denk dat professionals in de zorg nooit met elkaar uitgesproken zijn en met elkaar op allerlei manieren het debat zoeken. Dat is misschien maar goed ook. Daar worden wij met elkaar ook veel wijzer van. Ik denk dat zij hierover ook het debat met elkaar zullen blijven zoeken. Daarmee ga ik mij niet bemoeien.

Ik heb al gezegd dat ik met de beroepsgroep ga praten en dat ik het van belang vind om in het zorgplan afspraken op te nemen. Mensen moeten wel weten, en daarom heb ik hier ook de cijfers genoemd uit het onderzoek van het UMC, wat de kans is. Dat moeten wij ook wel onder ogen zien. Laten we niet doen alsof wij de maakbaarheid van het lichaam hier kunnen regelen en dat als wij op een knop drukken, iedereen dan in de goede kwaliteit en gezondheid kan blijven leven.

De **voorzitter**: Ik dank de staatssecretaris en de ambtelijke ondersteuning. Ik dank de mensen op de publieke tribune en ik sluit deze vergadering van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Smeets

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Teunissen