

Resultaten van het eerste landelijke onderzoek

De rol van verpleegkundigen bij euthanasie en hulp bij zelfdoding

Eind vorig jaar werden de resultaten gepresenteerd van een onderzoek naar de rol van verpleegkundigen bij medische beslissingen rond het levenseinde in ziekenhuizen, verpleeghuizen en de thuiszorg. In deze bijdrage beschrijven de onderzoekers de rol van verpleegkundigen bij euthanasie en hulp bij zelfdoding, met name bij het verzoek, de besluitvorming, de uitvoering en de nazorg.

Met de oprichting van de Regionale toetsingscommissies euthanasie in 1998 was er discussie of daarin ook een verpleegkundige zitting moest krijgen. Toenmalig Minister Borst besloot van niet, maar naar aanleiding van Kamervragen zegde ze wel toe onderzoek te laten doen naar de rol van verpleegkundigen bij medische beslissingen rond het levenseinde. Dit onderzoek werd, in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), uitgevoerd door het Instituut voor Gezondheidsethiek van de Universiteit Maastricht. In dit artikel worden resultaten uit dit onderzoek beschreven ten aanzien van de rol van verpleegkundigen bij euthanasie/hulp bij zelfdoding, waarna conclusies getrokken en de resultaten bediscussieerd worden. Vooraf wordt beknopt aandacht geschonken aan de vraagstelling, de typen medische

beslissingen, methoden van onderzoek en begripsomschrijvingen voor het onderzoek als geheel.

Het onderzoek

Vraagstelling

De vraagstelling van het onderzoek luidde: wat is de rol van verpleegkundigen bij medische beslissingen rond het levenseinde en de uitvoering daarvan in ziekenhuizen, verpleeghuizen en de thuiszorg, welke is hun verantwoordelijkheid in deze, welke opvattingen leven dienaangaande onder verpleegkundigen, welke knelpunten doen zich voor en hoe kunnen die worden opgelost?

Typen medische beslissingen

Het onderzoek richtte zich op de volgende zes typen medische beslissingen:

- een verzoek tot euthanasie;
- een verzoek om hulp bij zelfdoding;
- levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek;
- pijn- en andere symptoombestrijding met de dood als nevenbedoeling;
- het niet instellen of staken van handelingen die naar heersend medisch inzicht kansloos of zinloos zijn;
- het niet kunstmatig toedienen van vocht en voeding.

Methoden van onderzoek

Het onderzoek bestond uit twee delen: een kwalitatief (voor)onderzoek en een kwantitatief (hoofd)onderzoek. Het doel van het kwalitatieve onderzoek was om de praktijk te verkennen. Dit omdat er nog weinig onderzoek is gedaan naar de rol van verpleegkundigen bij medische beslissingen rond het levenseinde. Er werd door 56 verpleegkundigen/verzorgenden IG deelgenomen aan een individueel en/of groepsinterview. In de ziekenhuis- en thuiszorgsector konden alleen verpleegkundigen deelnemen aan het onderzoek. In de verpleeghuissector konden ook verzorgenden IG deelnemen omdat in deze sector weinig verpleegkundigen werkzaam zijn aan het bed van de patiënt. Daarnaast werden 9 niet-verpleegkundigen geïnterviewd, waaronder SCEN-artsen¹, juristen en beleidsmakers. De resultaten van het kwalitatieve onderzoek vormden een belangrijke bron voor de ontwikkeling van de vragenlijst voor het kwantitatieve onderzoek. Uit het kwalitatieve onderzoek bleek dat onder verpleegkundigen een eenduidige begripsinterpretatie ontbrak ten aanzien van de volgende drie typen medische beslissingen: levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek; het niet instellen of staken van handelingen die naar heersend medisch inzicht kansloos of zinloos zijn; het niet kunstmatig toedienen van vocht en voeding. Dit leidde tot het besluit om het kwantitatieve onderzoek te concentreren op drie medische beslissingen, namelijk: een verzoek tot euthanasie, een verzoek om hulp bij zelfdoding, en pijn- en andere symptoombestrijding met de dood als nevenbedoeling. In totaal werden 1509 respondenten aangemeld voor het kwantitatieve onderzoek. Deze kregen een vragenlijst toegestuurd. Er werden 1238 vragenlijsten teruggestuurd (82,0%). 1179 vragenlijsten bleken geschikt voor analyse (78,1%).

Tabel 1 Zorgverlener(s) met wie de patiënt als eerste sprak over euthanasie/hulp bij zelfdoding of uitingen in die richting deed

	Ziekenhuizen n=381 %	Thuiszorg n=278 %	Verpleeghuizen n=140 %	Totaal n=799 %
▪ Arts (specialist, huisarts, verpleeghuisarts)	23,4	62,2	22,9	36,8
▪ Arts + verpleging	22,3	8,3	21,4	17,3
▪ Verpleging	45,1	22,3	44,3	37,0
▪ Overig	3,7	-	2,8	2,3
▪ Onbekend	5,5	7,2	8,6	6,6

Tabel 2 Rol van verpleegkundigen in het besluitvormingsproces

	Ziekenhuizen n=359 %	Thuiszorg n=267 %	Verpleeghuizen n=128 %	Totaal n=754 %
▪ Overleg tussen arts en verpleegkundige	78,8	41,2	81,3	65,9
▪ Geen overleg tussen arts en verpleegkundige	14,2	49,8	10,9	26,2
▪ Onbekend	7,0	9,0	7,8	7,8

Begripsomschrijvingen euthanasie en hulp bij zelfdoding

Bij euthanasie is sprake van handelen (1) dat het leven opzettelijk beëindigt, (2) door een ander dan de patiënt, (3) op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt.

Bij hulp bij zelfdoding is sprake van handelen (1) dat het leven opzettelijk beëindigt, (2) door de patiënt, (3) op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt.

Het onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding betreft een verschil in uitvoering (zie (2)). Bij euthanasie worden de middelen toegediend door iemand anders dan de patiënt, bij hulp bij zelfdoding neemt de patiënt de door de arts voorgeschreven middelen zelf in. In het onderzoek worden euthanasie en hulp bij zelfdoding steeds gezamenlijk benoemd. Aan het onderzoek konden geen nauwkeurige cijfers worden ontleend wat betreft het aantal gevallen van euthanasie en het aantal gevallen van hulp bij zelfdoding. Dit komt onder meer doordat de verpleegkundige in de thuiszorgsector vaak niet aanwezig was bij de uitvoering, waardoor het zicht ontbrak op de methode van uitvoering. Een indicatie van de verhouding tussen het aantal gevallen euthanasie, hulp bij zelfdoding en de combinatie daarvan is: 93,9 procent van de gevallen euthanasie, 2,5 procent hulp bij zelfdoding, 1,2 procent combinatie van beide en 2,5 procent onbekend.

Het verzoek tot euthanasie/hulp bij zelfdoding

In minder dan de helft van de gevallen was

de verpleegkundige de eerste zorgverlener met wie de patiënt sprak over euthanasie/hulp bij zelfdoding of uitingen in die richting deed. In de ziekenhuissector ging het om 45,1 procent van de gevallen waarin de patiënt als eerste met de verpleegkundige sprak, op de voet gevolgd door de verpleeghuissector met 44,3 procent (zie tabel 1).

In de thuiszorgsector lag dit percentage beduidend lager met 22,3 procent. In de ziekenhuis- en verpleeghuissector uitte een niet gering deel van de patiënten het verzoek tegelijkertijd aan arts en verpleegkundige, bijvoorbeeld tijdens het visitelopen.

De drie meest genoemde (elkaar soms overlappende) redenen waarom de patiënt als eerste met de verpleging sprak over euthanasie/hulp bij zelfdoding zijn:

- verpleging heeft vertrouwensband met patiënt;
- verpleging heeft meer contact met patiënt dan arts;
- onvoldoende vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt ten aanzien van het onderwerp euthanasie/hulp bij zelfdoding.

Het besluitvormingsproces

In de ziekenhuis- en verpleeghuissector werd meestal overlegd tussen arts en verpleegkundige in het kader van de besluitvorming, namelijk in respectievelijk 78,8 procent en 81,3 procent van de gevallen (zie tabel 2).

In de thuiszorgsector daarentegen werd in minder dan de helft van de gevallen (41,2%) overlegd tussen arts en verpleegkundige. Als

de verpleegkundige een rol had in het besluitvormingsproces dan betekende dit dat de verpleegkundige gevraagd en/of ongevraagd haar mening aan de arts te kennen gaf. Het ging daarbij om een inhoudelijke bijdrage aan de besluitvorming van de arts.

Als de verpleging geen rol had in het besluitvormingsproces, dan werden daarvoor verschillende redenen genoemd. De vier meest genoemde redenen zijn: het verzoek was voor iedereen zo invoelbaar dat geen overleg nodig was (10,3%); het was de wens van de patiënt (8,5%); de arts was van mening dat euthanasie/hulp bij zelfdoding een zaak is tussen arts en patiënt (7,3%); gebrek aan samenwerking tussen arts en verpleging (4,5%).

Als arts en verpleegkundige overlegden in het kader van de besluitvorming dan ging het initiatief daartoe meestal uit van de arts. Over alle sectoren ging het daarbij om 67 procent van de gevallen. In 29,3 procent van de gevallen nam de verpleegkundige het initiatief tot contact met de arts.

De uitvoering

In de ziekenhuis- en verpleeghuissector was in het overgrote deel van de gevallen, respectievelijk in minstens 92,4 procent en 85 procent, een verpleegkundige aanwezig bij de uitvoering. In de thuiszorgsector was dit eerder uitzondering (13,3%) dan regel. Als verpleegkundigen aanwezig waren bij de uitvoering nam het overgrote deel van hen een begeleidende taak op zich jegens de patiënt (85,6%) en naasten (92,1%). In ongeveer de helft van

de gevallen (53,7%) had de verpleegkundige een taak rond het toedienen van de euthanatica, waarbij het ging om een breed scala aan taken. De vijf meest genoemde handelingen zijn:

- aanreiken van euthanatica aan arts (23,9%);
- controleren of arts handelingen juist verrichtte (20,0%);
- aanprikken van infuuszak met euthanatica (13,2%);
- aanwijzingen aan arts geven over aanprikken van infuuszak met euthanatica (11,7%);
- verwisselen van infuuszak met euthanatica (6,3%).

Als wordt gekeken naar het daadwerkelijk toedienen van euthanatica, dan hadden 22 verpleegkundigen in de ziekenhuissector (15,4%) daarin een rol. In 11,9 procent van de gevallen diende de verpleegkundige samen met de arts de euthanatica toe en bij 3,5 procent was de verpleegkundige de enige persoon die de euthanatica toediende. In de thuiszorgsector werden in 8,3 procent van de gevallen de euthanatica toegediend door arts en verpleegkundige en in de verpleeghuissector was dit 2,6 procent (zie tabel 3). Over de drie sectoren gezamenlijk ging het om 12,2 procent van de gevallen (25 uit 205) waarin de verpleegkundige de euthanatica toediende, al dan niet samen met de arts. Het toedienen van euthanatica door verpleegkundigen kwam op verschillende manieren tot stand, zoals: arts vroeg het aan verpleegkundige; verpleegkundige bood arts hulp aan en/of nam handeling over omdat arts onhandig

was; verpleegkundige wilde emotionele steun aan arts bieden; verpleegkundige handelde uit automatisme. Verpleegkundigen (n = 24) omschreven hun ervaring met het toedienen van euthanatica als volgt (drie meest genoemde ervaringen):

- 54,2 procent vond het gebruikelijke verpleegkundige handelingen, ook al ging het hier om euthanasie/hulp bij zelfdoding;
- 45,8 procent vond dat de medewerking onder verantwoordelijkheid van de arts viel;
- 16,7 procent vertrouwde erop dat het handelen geen nadelige juridische gevolgen zou hebben.

De nazorg

In de ziekenhuissector werd, als tot uitvoering van euthanasie/hulp bij zelfdoding was gekomen, in 30,5 procent van de gevallen op enigerlei wijze nazorg verleend door verpleegkundigen. In de thuiszorg- en verpleeghuissector werd aanzienlijk vaker nazorg geboden door verpleegkundigen, namelijk in respectievelijk 80,3 procent en 78,8 procent van de gevallen (zie tabel 4).

Indien nazorg door verpleegkundigen werd verleend, dan werd daaraan op verschillende wijze invulling gegeven. In de ziekenhuissector vond in 40 procent van de gevallen een persoonlijk gesprek plaats op de afdeling, na uitnodiging. In de verpleeghuissector was dit in 63,5 procent van de gevallen aan de orde. In deze sector was het ook gebruikelijk de uitvaart bij te wonen (73,0%) en werd in 46 procent van de gevallen de herdenkingsdienst in de instelling bijgewoond. In de thuiszorgsector werden in 90,1 procent van de gevallen één of meer huisbezoeken gebracht.

Als de verpleging geen nazorg verleende betekende dit niet dat in het geheel geen nazorg werd geboden. In een aantal gevallen hadden de arts en/of soms een andere zorgverlener een nazorggesprek met de nabestaanden.

Conclusies en discussie

Verzoek

Tot nu toe werd aangenomen dat de patiënt vaak als eerste contact zoekt met de verpleegkundige inzake het bespreken van een (mogelijk) verzoek tot euthanasie/hulp bij zelfdoding. In dit onderzoek wordt deze gedachte voor een deel weerlegd. In 37 procent van de gevallen bespreekt de patiënt het verzoek als eerste met de verpleegkundige. Een verklaring kan zijn dat de patiënt weet dat een eventueel

Tabel 3 Het toedienen van euthanatica

	Ziekenhuizen n=143 % (aantal)	Thuiszorg n=24 % (aantal)	Verpleeghuizen n=38 % (aantal)	Totaal n=205 % (aantal)
▪ Arts	83,2 (119)	87,5 (21)	89,5 (34)	84,9 (174)
▪ Arts en patiënt	-	-	5,3 (2)	1,0 (2)
▪ Patiënt	1,4 (2)	4,2 (1)	2,6 (1)	2,0 (4)
▪ Arts en verpleegkundige	11,9 (17)	8,3 (2)	-	9,3 (19)
▪ Verpleegkundige	3,5 (5)	-	-	2,4 (5)
▪ Anesthesieverpleegkundige	-	-	2,6 (1)	0,5 (1)

Tabel 4 Het verlenen van nazorg aan nabestaanden door verpleegkundigen

	Ziekenhuizen n=262 %	Thuiszorg n=264 %	Verpleeghuizen n=80 %	Totaal n=606 %
▪ Nazorg verleend door verpleegkundige	30,5	80,3	78,8	58,6
▪ Geen nazorg verleend door verpleegkundige	63,7	15,2	11,3	35,6
▪ Onbekend	5,7	4,5	10,0	5,8

verzoek uiteindelijk door de arts moet worden uitgevoerd en dat hij deze daarom als eerste benadert. Een andere verklaring ligt mogelijk in de vertrouwensrelatie van de patiënt met de arts respectievelijk de verpleegkundige. De patiënt heeft vaak een (langere) periode van (veelal vertrouwelijk) contact achter de rug met de arts en zal mogelijk dientengevolge de arts als eerste in kennis stellen. De vertrouwensrelatie met de verpleegkundige zou wel eens minder groot kunnen zijn vanwege frequente wisselingen in verpleegkundig personeel. De toename van het aantal parttime werkende verpleegkundigen draagt niet bij aan het creëren van een vertrouwensband met de patiënt.

Het valt op dat in een niet gering aantal gevallen het niet ging om de keuze 'óf met de arts - óf met de verpleegkundige', maar dat de patiënt het verzoek gelijktijdig met arts en verpleegkundige besprak. Dit is opmerkelijk omdat, gezien de intimiteit en gevoeligheid van het onderwerp, verwacht zou mogen worden dat de patiënt erover spreekt met één zorgverlener. Een verklaring voor de ziekenhuis- en verpleeghuissector, waar dit het meeste voorkwam, kan de werkwijze in deze sectoren zijn: de patiënt weet dat arts en verpleegkundige tijdens het visitelopen speciaal voor hem/haar tijd hebben ingeruimd en maakt daarvan gebruik. Niet duidelijk is geworden of de patiënt er in het bijzijn van medepatiënten over spreekt of dat de patiënt om een aparte ruimte vraagt zodat een vertrouwelijk gesprek mogelijk is.

Besluitvorming

Tot heden werd veelal in algemene termen gesproken over 'de rol van verpleegkundigen bij euthanasie.' Uit dit onderzoek blijkt dat specificatie per sector noodzakelijk is. Er werd een groot verschil aangetroffen tussen enerzijds de thuiszorgsector en anderzijds de ziekenhuis- en verpleeghuissector als het gaat om de rol van verpleegkundigen met name in het besluitvormingsproces. De verpleegkundige in de thuiszorgsector is aanzienlijk minder betrokken in het besluitvormingsproces dan de verpleegkundige in beide andere sectoren. Deze verschillen houden waarschijnlijk verband met de organisatiestructuur van instellingen. In de ziekenhuis- en verpleeghuissector bestaat veelal een aantal overlegvormen tussen arts en verpleegkundige, nog afgezien van het gegeven dat men elkaar vaak tegenkomt in de

wandelgangen. In de thuiszorgsector is doorgaans sprake van een andere samenwerkingsrelatie. De arts werkt veelal solistisch en arts en verpleegkundige treffen elkaar vaak niet op hetzelfde moment bij de patiënt. Ook de grootschaligheid en de daarmee soms gepaarde gaande ondoorzichtigheid van thuiszorgorganisaties kan ertoe bijdragen dat in een aantal gevallen geen of onvoldoende overleg plaatsvindt tussen arts en verpleegkundige.

Een interessante uitkomst is dat het zeker niet altijd aan de arts lag als de verpleegkundige geen rol had in het besluitvormingsproces. Uit dit onderzoek blijkt dat oorzaken evenzeer liggen aan de zijde van de verpleegkundige en van de patiënt. Als de verpleegkundige aangeeft dat geen overleg nodig is omdat het verzoek voor iedereen zo invoelbaar is, dan zal dat ertoe leiden dat de verpleegkundige zelf ook geen overleg zoekt met de arts. In een aantal gevallen was het de wens van de patiënt om de verpleegkundige er niet bij te betrekken. Het is denkbaar dat de patiënt een privacygevoelig onderwerp als euthanasie/hulp bij zelfdoding zoveel mogelijk in besloten kring wil houden. Een andere reden kan zijn dat de patiënt (nog) geen vertrouwensband voelt met een verpleegkundige vanwege de wisselende verpleegkundigen die zorg verlenen. Als de verpleegkundige het initiatief tot over-

leg met de arts zou afwachten zou er vermoedelijk minder overleg plaatsvinden. De verpleegkundige nam in 29,3 procent van de gevallen het initiatief tot overleg met de arts. Wellicht zijn verpleegkundigen zich er in toenemende mate van bewust dat zij een belangrijke informatiebron kunnen zijn voor de arts. Dit is een positieve ontwikkeling die getuigt van een professionele werkhouding.

Uitvoering

In ongeveer de helft van de gevallen (53,7%) had de verpleegkundige een taak rond het toedienen van de euthanatica. Het ging daarbij om diverse taken. Een opmerkelijk resultaat is dat 20 procent van de verpleegkundigen, die aanwezig waren bij de uitvoering de arts controleerde op het juist verrichten van de handelingen. Hoewel de verpleegkundige hier formeel geen taak heeft, spreekt daaruit 'zorg' van de verpleegkundige voor een goed verloop. Bovendien is zij vaak meer deskundig in het verrichten van handelingen rond infusie en zal zij als vanzelf een oogje in het zeil houden. Een ander opmerkelijk resultaat is dat het geen uitzondering bleek dat de arts mogelijk een probleem had met het aanprikken van de infuuszak. In een aantal gevallen gaf de verpleegkundige instructies aan de arts dienaangaande. In andere gevallen prikte de verpleegkundige de infuuszak aan, waarna de

arts het infuus openzette. In deze laatste gevallen handelt de verpleegkundige op het randje van het aanvaardbare door wel de infuuszak aan te prikken of pomp in te stellen, maar niet

INHOUD VAN HET BOEK

In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport deden medewerkers van de Universiteit Maastricht onderzoek naar het handelen, de verantwoordelijkheid en de opvattingen van verpleegkundigen ten aanzien van verschillende typen medische beslissingen rond het levenseinde.

In het boek 'De rol van verpleegkundigen bij medische beslissingen rond het levenseinde' wordt verslag gedaan van het onderzoek. Daarbij wordt een gedetailleerd beeld geschetst van de betrokkenheid van verpleegkundigen bij medische beslissingen rond het levenseinde en indirect ook van het functioneren van instellingen en het handelen van artsen. Er worden vergelijkingen gemaakt tussen de diverse zorgsectoren en er worden knelpunten met betrekking tot communicatie en samenwerking gesignaleerd. Andere thema's die aan de orde komen zijn: gewetensbezwaren, instellingsrichtlijnen en de taken, rechtspositie en scholingsbehoeften van verpleegkundigen.

Het boek bevat de volgende hoofdstukken.

- 1 Aanleiding en opdracht tot het onderzoek
- 2 Methoden van onderzoek
- 3 Euthanasie/hulp bij zelfdoding
- 4 Pijn- en andere symptoombestrijding met de dood als nevenbedoeling
- 5 Het niet instellen of staken van behandelingen die naar heersend medisch inzicht kansloos of zinloos zijn
- 6 Het niet kunstmatig toedienen van vocht of voedsel
- 7 Het verzoek tot euthanasie/hulp bij zelfdoding
- 8 Het besluitvormingsproces
- 9 De uitvoering
- 10 De nazorg en andere resultaten
- 11 Pijn en andere symptoombestrijding met de dood als nevenbedoeling
- 12 Conclusies op hoofdlijnen
- 13 Aanbevelingen

de vloeistofstroom met euthanatica op gang te brengen. Althans, als de grens tussen toedienende en niet-toedienende handelingen getrokken wordt bij het moment dat de euthanatica het lichaam van de patiënt kunnen binnenstromen, hetgeen in dit onderzoek inderdaad als grens werd gesteld.

Hoewel het toedienen van euthanatica is voorbehouden aan de arts komt in dit onderzoek naar voren dat in 12,2 procent van de gevallen verpleegkundigen toedienende handelingen op zich nemen. Dit wordt soms in de hand gewerkt door onervarenheid van de arts met name inzake de omgang met het infuus. De verpleegkundige kan zich dan gedrongen voelen of genoodzaakt zien het infuus in goede banen te leiden, wellicht mede met het oog op het belang voor de patiënt en/of naasten. Het gaat hier om een handelen waartoe de verpleegkundige niet bevoegd is omdat het geen normaal medisch handelen betreft, dat bovendien strafbaar is in de zin van de wet.

De motivering die verpleegkundigen aandroegen voor het toedienen van euthanatica is opvallend te noemen:

- 54,2 procent van de verpleegkundigen be-riepen zich op het gebruikelijke, alledaagse karakter van dergelijke (infusie)handelingen. Zij koppelden daarmee de toedienende handeling los van het uiteindelijke doel/effect van de handeling;
- 45,8 procent van de verpleegkundigen was van mening dat hun handelen onder verantwoordelijkheid van de arts viel. Deze uitkomst, die duidt op een (verouderde) verlengde arm constructie, is bijzonder te noemen gezien de toenemende professionalisering van het verpleegkundige beroep, waarbij de verpleegkundige wordt geacht zelfstandig verantwoordelijkheid te dragen voor het eigen handelen.

Nazorg

Wat betreft het bieden van nazorg door de verpleging aan nabestaanden bestaan aanzienlijke verschillen tussen de sectoren. In de ziekenhuissector was het niet ongebruikelijk dat de verpleegkundige de nabestaande(n) voor het laatst zag als zij de verpleegafdeling verliet(en) na het overlijden van de patiënt. Het lage percentage nazorg in deze sector heeft waarschijnlijk te maken met het ontbreken van beleid terzake, hetgeen mogelijk weer is gerelateerd aan het vluchtiger contact

tussen verpleegkundigen en naasten. In de thuiszorgsector werd het bieden van nazorg veelal vormgegeven door het afleggen van één of meerdere huisbezoeken, hetgeen waarschijnlijk deels ook preventief van aard is in de zin dat men tijdig kan inspringen bij eventuele problemen. In de verpleeghuissector houdt het bijwonen van de uitvaart (frequent) en het bijwonen van een herdenkingsdienst in de instelling wellicht verband met het gegeven dat de verpleegkundige in deze sector vaak een langdurige zorgrelatie heeft met patiënt en met de naasten. Het bieden van nazorg kan voor de nabestaanden een stuk rouwverwerking betekenen en voor verpleegkundigen kan het napraten met nabestaanden deel uitmaken van de eigen verwerking. ■

Drs. G.G. van Bruchem-van de Scheur, verplegingswetenschapper, is als onderzoeker verbonden aan het Instituut voor Gezondsethiek en de Sectie Gezondsethiek en Wijsbegeerte van de Universiteit Maastricht.

Dr. A.J.G. van der Arend, gezondheidsethicus, is als universitair docent verbonden aan de Sectie Gezondsethiek en Wijsbegeerte van de universiteit Maastricht.

In volgende artikelen worden andere thema's uit het onderzoek behandeld, zoals kennis en opvattingen van verpleegkundigen ten aanzien van euthanasie/hulp bij zelfdoding.

Noot

1 SCEN staat voor Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland. SCEN-artsen treden op als onafhankelijk consulent bij een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding.

Literatuur

Ada van Bruchem-van de Scheur, Arie van der Arend, Cor Spreeuwenberg, Frans van Wijmen, Ruud ter Meulen (2004). *De rol van verpleegkundigen bij medische beslissingen rond het levenseinde. Verslag van een landelijk onderzoek naar betrokkenheid en praktijken*. De Tijdstroom, Utrecht, 2004. (ISBN 90 5898 075 8).