

VOORAL BIJ ERNSTIGE GEVOLGEN OP MEDISCH EN LEGAAL VLAK

Betrekken artsen verpleegkundigen in levenseindebeslissingen?

Door Els Inghelbrecht, Johan Bilsen, Freddy Mortier en Luc Deliens

Artsen betrekken verpleegkundigen selectief in het nemen van medische beslissingen aan het levenseinde met een mogelijk of zeker levenskortend effect. Verpleegkundigen worden vooral betrokken bij patiënten bij wie artsen waarschijnlijk communicatiemoeilijkheden ondervinden en bij beslissingen met ernstige gevolgen op zowel menselijk als legaal vlak.



In Vlaanderen wordt in 39% van de sterfgevallen het overlijden voorafgegaan door een MBL, voluit 'medische beslissing aan het levenseinde met een mogelijk of zeker levensverkortend effect'. Daaronder vallen zowel niet-behandelbeslissingen en beslissingen om de pijn- en/of symptoombestrijding op te drijven met een mogelijk levensverkortend effect, als beslissingen om een middel toe te dienen met het expliciete doel het levenseinde van de patiënt te bespoedigen. Als dat laatste gebeurt op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt, spreken we van euthanasie.

De hoofdverantwoordelijken voor medische beslissingen zijn artsen samen met de patiënt en/of zijn naasten. Vaak is de betrokkenheid van andere zorgverleners, zoals verpleegkundigen, onvermijdelijk en onmisbaar om een kwalitatief hoogstaand levenseinde te verzekeren². Verpleegkundigen dragen dagelijks zorg voor terminaal zieke patiënten en zijn vaak goed geïnformeerd over de situatie, noden en wensen van de patiënt.

Niettemin hebben studies uitgewezen dat artsen verpleegkundigen niet altijd betrekken bij het besluitvormingsproces rond MBL's^{3,5}. Toch wordt hen vaak, als dichtste medewerkers van de arts, de uitvoering van opdrachten toevertrouwd, inclusief de toediening van levensbeëindigende middelen^{3,4,6}. Dat plaatst verpleegkundigen in een bijzonder kwetsbare positie. De toediening van levensbeëindigende middelen door verpleegkundigen is immers wettelijk niet toegelaten.

BETROKKENHEID VERPLEEGKUNDIGEN OPTIMALISEREN

In het verleden is nagegaan hoe de participatie van verpleegkundigen aan het besluitvormingsproces gerelateerd is aan de sociale of professionele kenmerken van artsen.⁷ Anderen onderzochten welke verpleegkundigen deelnemen aan de toediening van levensbeëindigende middelen⁸. Voor zover wij weten

werd nog nooit onderzocht of artsen bij bepaalde soorten patiënten vaker met verpleegkundigen overleggen of hen vaker de toediening van levensbeëindigende middelen delegeren. We weten ook niet of het type levenseindebeslissing waarover het gaat een invloed heeft.

Door de studie van een representatieve steekproef van geregistreerde sterfgevallen kunnen we deze verbanden onderzoeken over heel Vlaanderen, en dit over de verschillende zorgsettings heen. Deze gegevens kunnen bijdragen tot het ontrafelen van het onderliggende mechanisme dat het betrekken van verpleegkundigen door artsen bepaalt. Die kennis zou toelaten de betrokkenheid van verpleegkundigen in de besluitvorming te optimaliseren.

Op die manier wordt alle patiënten, ongeacht wie ze zijn en ongeacht welke beslissing bij hen genomen wordt, een beter levenseinde verzekerd. Wat betreft de toediening van levensbeëindigende middelen laten deze gegevens toe de kwetsbaarheid van sommige groepen patiënten en van de verpleegkundigen zelf die de middelen toedienen, in kaart te brengen.

“De toediening van levensbeëindigende middelen door verpleegkundigen is wettelijk niet toegelaten”

Les médecins impliquent-ils le corps infirmier dans les décisions de fin de vie?

- Le corps infirmier joue un rôle important dans la prestation de soins appropriés en fin de vie. Les auteurs de l'étude ont cherché à savoir si les médecins consultent le personnel infirmier lors de la prise de décisions médicales en fin de vie impliquant un possible ou certain abrègement de la vie pour le patient et s'ils délèguent au corps infirmier l'administration des produits euthanasiques. Dans ce contexte, les chercheurs voulaient cerner quelles sont les caractéristiques des patients et des décisions médicales en fin de vie qui exercent une influence sur l'implication ou non du personnel infirmier.
- L'étude a montré que les médecins consultent le plus fréquemment un membre du personnel infirmier dans les maisons de repos, ensuite dans les hôpitaux et le moins souvent lors des prises en charge au domicile du patient. Dans tous ces lieux, la consultation est plus fréquente quand ils ont l'intention d'abrèger la vie du

patient. Dans les institutions, le personnel infirmier est aussi plus souvent consulté dans le cas de décisions médicales en fin de vie concernant les patients au niveau d'études moins élevé que lors de celles ayant trait à des patients au niveau d'études supérieur. Ce lien a aussi été mis en évidence plus spécifiquement lors de l'administration d'euthanasiques. En outre, le corps infirmier doit plus fréquemment administrer ces produits dans une institution qu'à domicile.

- Ces constatations soulèvent des questions quant à la perception qu'a le médecin du rôle du personnel infirmier dans les soins en fin de vie, mais aussi sur les compétences des médecins dans la communication vers tous les patients. Elles pointent l'existence probable d'inégalités sociales en fin de vie. Des formations et des directives destinées aux corps médical et infirmier sont dès lors nécessaires pour garantir des soins optimaux en fin de vie pour tous les patients.



Els Inghelbrecht

is psycholoog-criminoloog en doctoraatsstudent aan de Onderzoeksgroep Zorg rond het Levenseinde, Faculteit Geneeskunde en Farmacie, Vrije Universiteit Brussel

els.inghelbrecht@vub.ac.be



Johan Bilsen

is professor aan de VUB (Verpleegen Vroedkunde, Gerontologie en Management in de Gezondheidszorg) en verbonden aan de Onderzoeksgroep Zorg rond het Levenseinde.

Tabel 1. Kenmerken van sterfgevallen, voorafgegaan door een medische beslissing aan het levenseinde (MBL) in een instelling en thuis, in Vlaanderen, 2001

Het betreft gewogen percentages, aangepast aan stratificatie en gewogen voor vertekeningen door non-respons in vergelijking met alle sterfgevallen in Vlaanderen, 2001.

¹ Vijf sterfgevallen vonden niet thuis of in een instelling plaats. Eén overlijden had een ontbrekende waarde voor plaats van overlijden.

² Fisher's exact test.

³ Eén antwoord ontbrak.

⁴ Niet opgenomen in de significantietest.

Patiëntkenmerken	Alle MBL's ¹ (n = 1.354)	Instelling (n = 878)	Thuis (n = 470)	P ²
Geslacht				<0,001
Vrouwelijk	50,6	53,6	40,4	
Mannelijk	49,4	46,4	59,6	
Leeftijd³				<0,001
≤ 80	54,9	51,1	68,0	
>80	45,1	48,9	32,0	
Opleiding				<0,001
Basisopleiding of lager	44,0	47,4	33,0	
Lager en hoger middelbaar	29,5	27,3	37,2	
Hogeschool of universiteit	5,0	4,5	6,9	
Onbekend ⁴	21,5	20,9	23,0	
Doodsoorzaak				<0,001
Kankers	42,9	35,2	69,9	
Cardiovasculaire ziekten	18,8	21,0	11,5	
Ziekten van het ademhalingsstelsel	9,5	11,2	3,7	
Ziekten van het zenuwstelsel (incl. CVA)	12,8	14,5	7,1	
Andere	16,0	18,2	7,8	

STEEKPROEF VAN 5.005 OVERLIJDENSATTESTEN

In 2001 werd een retrospectief sterfgevallenonderzoek uitgevoerd in Vlaanderen. Op basis van de waarschijnlijkheid dat een MBL het overlijden van de patiënt voorafging, werd een gestratificeerde steekproef getrokken van alle sterfgevallen 1 jaar of ouder. In totaal werden 5.005 overlijdensattesten getrokken. Een anonieme vragenlijst over mogelijke MBL's bij de betrokken patiënt werd opgestuurd naar de arts die het overlijdensattest ondertekend had. Een complexe mailingprocedure garandeerde de anonimiteit van de arts en de patiënt. Die procedure werd goedgekeurd door de Orde der Geneesheren en geleid door een advocaat. De studie zelf werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van de Vrije Universiteit Brussel. Meer details over het onderzoeksopzet staan elders uitvoerig beschreven^{1,9}. Tijdens de uitvoering van deze studie was euthanasie nog niet gelegaliseerd, maar de wetgeving was volop in ontwikkeling.

MBL BIJ 39% STERFGEVALLEN

Het eerste deel van de vragenlijst peilde naar de genomen MBL's. Het woord 'euthanasie' werd niet vermeld om mogelijke begripsverwarring en emotionele bijklank te vermijden. De medische praktijken werden neutraal beschreven en geclassificeerd in drie groepen: niet-behandelbeslissingen, opdrijven van pijn/symptombestrijding en medisch begeleid sterven. In het geval van de toediening van levensbeëindigende middelen werd tevens gevraagd wie het middel toegediend heeft. 'Een verpleegkundige' was een mogelijke antwoordcategorie. In het tweede deel van de vragenlijst werd verder ingegaan op de besluitvorming. Daarin werd onder andere gepeild of de arts overlegd had over de beslissing waarbij 'één of meer verpleegkundigen' een antwoordcategorie was. Op

“Voor een MBL consulteerden artsen vaker een verpleegkundige in een instelling dan in de thuiszorg”

het einde van de studie werd informatie van de overleden patiënt afkomstig van het overlijdenscertificaat gekoppeld aan de vragenlijsten.

De respons van de artsen was 59% (n = 2.950). In 38,5% van alle sterfgevallen in Vlaanderen (n = 1.354) werd het overlijden voorafgegaan door ten minste één MBL: een niet-behandelbeslissing werd in 14,6% gerapporteerd, het opdrijven van pijn/symptombestrijding in 22,1% en medisch begeleid sterven in 1,8% van alle sterfgevallen¹. Van alle 1.354 sterfgevallen die voorafgegaan zijn door een MBL, vonden er 878 (77,1%) plaats in een instelling en 470 (22,5%) thuis. In tabel 1 worden de kenmerken van die sterfgevallen gepresenteerd.

Alvorens een MBL te nemen, consulteerden artsen vaker een verpleegkundige in een instelling (67,8%) dan in de thuiszorg (39,0%) (zie tabel 2). In beide settings was de frequentie van overleg het hoogst voor die sterfgevallen die voorafgegaan werden door het gebruik van levensbeëindigende middelen (respectievelijk 74,1% en 47,9% voor instelling en thuis). Overleg kwam minder vaak voor bij niet-behandelbeslissingen (70,9% en 44,5%) en was het laagst wanneer pijn- en/of symptombestrijding werd opgedreven (64,8% en 35,2%). De gevonden verschillen



Freddy Mortier

is hoogleraar Ethiek aan de Universiteit Gent, en verbonden aan het Bioethics Institute Ghent.



Luc Deliens

is deeltijds professor aan de VUB en voorzitter van de Onderzoeksgroep Zorg rond het Levenseinde en deeltijds hoogleraar Palliatieve Zorg aan het VU medisch centrum in Amsterdam.



Verpleegkundigen dienden vaker levensbespoedigende middelen toe binnen een instelling dan in de thuiszorg.

voor beide settings naargelang het type MBL was statistisch niet significant.

In tabel 2 zien we verder dat in die gevallen waar de arts het uitdrukkelijke doel had het levenseinde te bespoedigen, verpleegkundigen vaker de middelen toedienden binnen een instelling (66,9%) dan in de thuiszorg (30,0%). Binnen een instelling dienden verpleegkundigen middelen vaker toe bij levensbeëindiging zonder verzoek (68,7%) dan in geval van euthanasie (47,7%). Het verschil was echter

niet statistisch significant. In de thuiszorg waren er ook geen verschillen op basis van uitdrukkelijk verzoek van de patiënt. Daar dienden verpleegkundigen in 32,7% van de euthanasiegevallen en in 28,8% van levensbeëindiging zonder verzoek de middelen toe. Wat betreft verbanden met patiënt- en MBL-kenmerken, werden voor de thuisgevallen geen verbanden gevonden. In instellingen dienden verpleegkundigen levensbeëindigende middelen vaker toe aan patiënten met een lagere opleiding (middelbaar of

Tabel 2. Betrokkenheid van verpleegkundigen in medische beslissingen aan het levenseinde (MBL's) in een instelling en thuis

	n	Instelling Verpleegkundige geconsulteerd % ¹	n	Thuis Verpleegkundige geconsulteerd % ¹
Alle MBL's²	878	67,8	470	39,0
- Oprijven van pijn/ symptoombestrijding	519	64,8	325	35,2
- Niet-behandelbeslissing	323	70,9	107	44,5
- Medisch begeleid sterven	36	74,1	38	47,9
- Euthanasie ³	4	100,0	12	41,1
- Levensbeëindiging zonder expliciet verzoek	32	71,7	26	50,9
	n	Verpleegkundige toediening van middelen %*	n	Verpleegkundige toediening van middelen %*
Medisch begeleid sterven²	36	66,9	38	30,0
- Euthanasie ³	4	47,7	12	32,7
- Levensbeëindiging zonder expliciet verzoek	32	68,7	26	28,8

Ontbrekende waarnemingen:
MBL's: Instelling: 56 gevallen;
Thuis: 32 gevallen.
Oprijven van pijn/symp-
toombestrijding: Instelling:
48 gevallen; Thuis: 31 gevallen.
Niet-behandelbeslissing:
Instelling: 8 gevallen; Thuis:
1 geval.

¹ Het betreft gewogen per-
centages, aangepast aan
stratificatie en gewogen voor
vertekingen door non-
respons.

² Verschillen tussen een type
beslissing t.o.v. de andere
types werden getoetst a.d.h.v.
de Fisher's exact test. Er
werden geen statistisch signi-
ficante verschillen gevonden.

³ Bij 1 thuisoverlijden heeft
de patiënt de levensbeëin-
digende middelen zelf
toegeediend.

Tabel 3. Patiënt- en MBL-kenmerken gerelateerd aan de betrokkenheid van verpleegkundigen in de besluitvorming van medische beslissingen aan het levenseinde (MBL's) in een instelling en thuis

	Instelling (n=822)			Thuis (n=438)				
	n	Verpleegkundige geconsulteerd % ¹	P ²	OR (95% CI) ³	n	Verpleegkundige geconsulteerd % ¹	P ²	OR (95% CI) ³
Patiëntkenmerken								
Geslacht			0,408				0,178	
Vrouwelijk	436	69,2			159	44,2		
Mannelijk	386	66,3			279	35,4		
Leeftijd			0,601				0,119	
≤ 80	444	66,9			326	35,6		
>80	378	68,7			112	46,8		
Opleiding ⁴			0,011				0,425	
Geen hogere opleiding	602	68,9		2,95 (1,49-5,84)	309	38,3		
Hogere opleiding	38	47,4			26	50,0		
Plaats van overlijden			0,001					
Rusthuis	263	76,4		1,70 (1,15-2,52)				
Ziekenhuis	559	64,4						
Doodsoorzaak			0,136				0,252	
Kankers	417	64,5			372	36,4		
Geen kankers	405	69,8			66	44,6		
Patiënt competent			0,775				0,267	
Ja	197	69,1			181	36,7		
Nee	582	70,3			219	44,6		
Kenmerken van de beslissing								
Type van MBL			0,155				0,290	
Niet-behandelbeslissing	323	70,9			107	44,5		
Opdrijven van pijn/ symptoombestrijding	519	64,8			325	35,2		
Medisch begeleid sterven	36	74,1			38	47,9		
Levensverkortende intentie			<0,001				0,009	
Ja	289	76,9		2,05 (1,41-2,99)	155	50,0		2,04 (1,19-3,49)
Nee	533	62,6			283	32,7		
Ingeschatte duur waarmee het leven verkort is			0,210				0,850	
Minder dan een week	687	68,9			350	42,2		
Eén week of meer	101	75,2			61	39,4		

lager) dan aan patiënten met een hogere opleiding (hogeschool of universiteit) (74,1% v. 20%; p=,037). Omwille van de lage aantallen van medisch begeleid sterven werd hiervoor geen logistische regressie analyse uitgevoerd.

Bij sterfgevallen die voorafgegaan werden door een MBL in instellingen (zie tabel 3) hebben verpleegkundigen drie keer meer kans geconsulteerd te worden bij patiënten met een lagere opleiding (middelbaar of lager) dan bij patiënten met een hogere opleiding (hogeschool of universiteit). Ze hebben bijna twee keer meer kans geconsulteerd te worden indien ze werkzaam zijn in een rusthuis dan in een ziekenhuis, en twee keer meer kans indien de arts een levensverkortende intentie had dan wanneer de arts die niet had. Voor de sterfgevallen thuis hebben verpleegkundigen twee keer meer kans geconsulteerd te worden wanneer de arts de intentie had het levenseinde van de patiënt te versnellen in vergelijking met wanneer de arts deze intentie niet had.

MEEST OVERLEG IN RUSTHUIZEN

Deze studie toont aan dat verpleegkundigen het meest door artsen geconsulteerd worden in rusthuizen, gevolgd door ziekenhuizen en het minst in de thuiszorg. Dat kan verklaard worden door het ontbreken van een systematische overlegcultuur tussen huisartsen en verpleegkundigen in de thuiszorg, maar ook door het organisatorisch

¹ Het betreft gewogen percentages, aangepast aan stratificatie en gewogen voor vertekeningen door non-respons.

² Fisher's exact test. Statistisch significante verschillen zijn in vet gedrukt.

³ Multivariate test a.d.h.v. een logistische regressie. Enkel significante OR's worden gepresenteerd: OR betekent odds ratio; CI, betrouwbaarheidsinterval. ORs > 1,00 betekenen dat verpleegkundige consultatie meer plaats vindt in de aangegeven categorie.

⁴ Geen hogere opleiding: middelbaar onderwijs en lager; Hogere opleiding: hogeschool en universiteit.

werken van thuisverpleegkundigen in het algemeen^{3,4}. Bovendien nemen de informele zorgverleners vaak een deel van de taak van verpleegkundigen op.

In rusthuizen is er meer overleg dan in ziekenhuizen. In het eerste geval werken de verpleegkundigen en andere zorgverleners heel zelfstandig, en dit vaak in teams waarvan de huisarts geen deel uitmaakt. In ziekenhuizen daarentegen fungeert de arts als spilfiguur en leider binnen het team. Verpleegkundigen werken er volledig onder de verantwoordelijkheid van de artsen. Bovendien kan de aanwezigheid van collega-artsen binnen ziekenhuizen ervoor zorgen dat de artsen vaker met hen dan met verpleegkundigen overleggen¹⁰.

Hoewel er een systematische overlegstructuur binnen ziekenhuizen bestaat, maken artsen dus niet altijd gebruik van de inbreng van verpleegkundigen in levenseindebeslissingen, ook al zijn verpleegkundigen spilfiguren in het leveren van informatie over onder andere de gezondheidsstatus van de patiënt¹¹ en ook al hebben zij duidelijke visies over MBL's^{8,12}.

VERPLEEGKUNDIGEN IN ONZEKERE POSITIE

Opvallend is de frequentie waarmee verpleegkundigen betrokken zijn bij de toediening van levensbeëindigende middelen. In de thuiszorg hebben

“In instellingen zijn de verpleegkundigen bemiddelaars die de kloof tussen patiënt en arts verkleinen

verpleegkundigen in een derde van de gevallen de middelen toegediend, een praktijk die illegaal is. Misschien zorgen de privacy van het thuismilieu, het ontbreken van sociale controle en de mindere beschikbaarheid van een arts, voor een milieu waarin verpleegkundigen zich minder geremd of meer genoodzaakt voelen om levensbeëindigende middelen toe te dienen. In ziekenhuizen en rusthuizen ligt de toediening van levensbeëindigende middelen door verpleegkundigen procentueel nog hoger. In instellingen is het echter zo dat taken gewoonlijk gedelegeerd worden naar verpleegkundigen die er continu aanwezig zijn. Dat dergelijke doorslaggevende beslissingen gedelegeerd worden aan verpleegkundigen is ethisch en juridisch zorgwekkend. Verpleegkundigen bevinden zich legaal op zijn minst in een onzekere positie.

INTENTIE BESLISSING BELANGRIJK

Bij de beïnvloedende factoren op het consulteren van verpleegkundigen vonden we geen verschillen naargelang het type beslissing dat de arts nam. Zo zijn er geen verschillen tussen het stopzetten van een behandeling of het toedienen van pijn- en/of symptoombestrijdende middelen, maar wel volgens de levensverkortende intentie die de arts had met de beslissing. Wanneer de arts de intentie heeft om het levenseinde van de patiënt te bespoedigen, consulteert hij vaker een verpleegkundige. Een

dergelijke beslissing is ingrijpend, en mogelijks ondervinden artsen dan wel de behoefte tot overleg en steun van andere verzorgers - vooral van verpleegkundigen die de dichtste zorgverleners van de patiënt zijn. Het is ook mogelijk dat artsen een situatie van 'gedeelde verantwoordelijkheid' beogen, of hun onzekerheden willen reduceren, vooral in de gevallen die legaal en ethisch delicaat zijn.

OPLEIDING PATIËNT SPEELT ROL

In instellingen vinden we ook dat de opleiding van de patiënt een rol speelt in het al dan niet betrekken van verpleegkundigen. Literatuur heeft aangetoond dat patiënten met een hogere opleiding meer communicatievaardigheden hebben en ook meer vertrouwen op overleg met hun arts. Bovendien zouden artsen meer uitleg geven aan beter opgeleide patiënten¹³. Algemeen zouden artsen een beter contact hebben met hoger opgeleide patiënten. Op die manier ondervinden de artsen minder nood aan overleg met verpleegkundigen en aan het delegeren van taken, inclusief het toedienen van levensbeëindigende middelen. Het is ook aannemelijk dat minder goed opgeleide patiënten een bepaalde afstand ervaren tot

In de thuiszorg hebben verpleegkundigen in een derde van de gevallen de middelen toegediend, een praktijk die illegaal is.



hun arts en het moeilijk hebben om hem hun noden en wensen te communiceren. Ze voelen zich misschien beter in staat te praten met hun meer persoonlijke verzorgers die - letterlijk - dicht bij hen staan. Verpleegkundigen zijn dan de bemiddelaars die de kloof tussen patiënt en arts verkleinen⁸. Dit verband vonden we niet terug in de thuiszorg. Huisartsen werken er over het algemeen alleen en kunnen er niet altijd betrouwen op de assistentie van andere zorgverleners. Ze zijn meer genoodzaakt om te communiceren met al hun patiënten, ongeacht hun opleidingsniveau. Mogelijk zijn huisartsen ook beter opgeleid dan specialisten in een meer persoonsgerichte geneeskunde en in communicatievaardigheden.

BETROUWBARE DATA

Deze studie presenteert betrouwbare data voor Vlaanderen, over verschillende settings heen en voor de verschillende MBL's. Zij beperkt zich niet tot één bepaalde zorgafdeling of setting, of tot één bepaalde beslissing, zoals euthanasie. Het is ook de eerste keer dat nagegaan wordt welke patiënt- en MBL-kenmerken een rol spelen in de betrokkenheid van verpleegkundigen bij overleg en in het toedienen van levensbeëindigende middelen. De sluitende garanties op anonimiteit hebben vermoedelijk bijgedragen tot goede rapportage vanwege de artsen.

Deze studie is wel beperkt tot de percepties van de artsen. Onderzoek heeft aangetoond dat artsen en verpleegkundigen hun betrokkenheid in de besluitvorming anders kunnen percipiëren¹⁴⁻¹⁵. Bovendien is de betrokkenheid van verpleegkundigen slechts in beperkte mate onderzocht. Hun betrokkenheid omvat meer dan de participatie in overleg en de



Verpleegkundigen worden het meest door artsen geconsulteerd in rusthuizen, gevolgd door ziekenhuizen en het minst in de thuiszorg.

toediening van levensbeëindigende middelen^{6,17}. Ten slotte werd deze studie uitgevoerd voordat de euthanasiewetgeving in voege trad. Het is mogelijk dat de huidige wetgeving, waarin expliciet vermeld staat dat een verzoek om euthanasie dient besproken te worden met de betrokken verpleegkundigen en dat het uitgevoerd dient te worden door de arts, een invloed heeft op de betrokkenheid van verpleegkundigen.

OPTIMALE LEVENSEINDEZORG

Deze studie roept vragen op over hoe artsen de rol van verpleegkundigen in levenseindebeslissingen zien en over hun eigen vaardigheden te communiceren met alle patiënten, ongeacht hun opleidingsniveau. Zij herinnert aan het bestaan van sociale ongelijkheden op meerdere vlakken van de medische zorg, inclusief de levenseindezorg. Deze aspecten moeten verder aan de orde gesteld worden opdat optimale levenseindezorg kan gegarandeerd worden. Zowel opleidingen die zich focussen op communicatie in MBL's als richtlijnen die verantwoordelijkheden verdelen en communicatie optimaliseren – gericht op artsen en verpleegkundigen – lijken gepast. 🌱

“Deze studie herinnert aan het bestaan van sociale ongelijkheden op meerdere vlakken van de medische zorg, inclusief de levenseindezorg”

- 1 Van der Heide A, Deliens L, Faisst K, et al., End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet*, 2003. 362:345-50.
- 2 Faber-Langendoen K, Karlawish JH, Should assisted suicide be only physician assisted? *Ann Intern Med*, 2000. 132:482-7.
- 3 Muller MT, Pijnenborg L, Onwuteaka-Philipsen BD, Van der Wal G, Van Eijk JT, The role of the nurse in active euthanasia and physician-assisted suicide. *J Adv Nurs*, 1997. 26:424-30.
- 4 Bilsen JJ, Vander Stichele RH, Mortier F, Deliens L, Involvement of nurses in physician-assisted dying. *J Adv Nurs*, 2004. 47:583-91.
- 5 Benbenishty J, Ganz FD, Lippert A, et al., Nurse involvement in end-of-life decision making: the ETHICUS Study. *Intensive Care Med*, 2006. 32:129-32.
- 6 Asch DA, The role of critical care nurses in euthanasia and assisted suicide. *N Engl J Med*, 1996. 334:1374-9.
- 7 Cardoso T, Fonseca T, Pereira S, Lencastre L, Life-sustaining treatment decisions in Portuguese intensive care units: a national survey of intensive care physicians. *Crit Care*, 2003. 7:R167-75.
- 8 Asch DA, DeKay ML, Euthanasia among US critical care nurses. Practices, attitudes, and social and professional correlates. *Med Care*, 1997. 35:890-900.
- 9 Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, Deliens L, Factors related to the involvement of nurses in medical end-of-life decisions in Belgium: A death certificate study. *Int J Nurs Stud*, 2008. 45:1022-31.
- 10 Meier DE, Emmons CA, Wallenstein S, Quill T, Morrison RS, Cassel CK, A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *N Engl J Med*, 1998. 338:1193-1201.
- 11 Van der Arend AJ, An ethical perspective on euthanasia and assisted suicide in The Netherlands from a nursing point of view. *Nurs Ethics*, 1998. 5:307-18.
- 12 Van Bruchem-Van de Scheur A, Van der Arend A, Spreuwenberg C, Van Wijmen F, Ter Meulen R, De rol van verpleegkundigen bij medische beslissingen aan het levenseinde: verslag van een landelijk onderzoek naar betrokkenheid en praktijken. *De Tijdstroom*, 2004.
- 13 Willems S, De Maesschalck S, Deveugle M, Derese A, De Maeseneer J, Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns*, 2005. 56:139-46.
- 14 Ferrand E, Lemaire F, Regnier B, et al., Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. *Am J Respir Crit Care Med*, 2003. 167:1310-5.
- 15 Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL, Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med*, 2003. 31:956-9.
- 16 De Bal N, Dierckx de Casterlé, De Beer T, Gastmans C, Involvement of nurses in caring for patients requesting euthanasia in Flanders (Belgium): A qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 2006. 43:589-99.
- 17 Dierckx de Casterlé V, Verpoort C, De Bal N, Gastmans C, Nurses' views on their involvement in euthanasia: a qualitative study in Flanders (Belgium). *J Med Ethics*, 2006. 32:187-92.