



**Netwerk  
Palliatieve Zorg  
Zuidoost Brabant**

# **Rouw en nazorg na overlijden**

## **Regio Zuidoost Brabant**

Een verkenning naar de behoeften aan - en de mogelijkheden van- zorg voor naasten na het overlijden van een dierbare.



Datum: januari 2013  
Student-Onderzoeker: Milou Caro van Keulen, medische psychologie  
Begeleiding: Marije Brüll, Netwerk Palliatieve Zorg Zuidoost Brabant

Netwerk Palliatieve Zorg Zuidoost Brabant  
P.C. Hooftlaan 14, Eindhoven  
040-2380726  
[m.brull@stichtingkoh.nl](mailto:m.brull@stichtingkoh.nl)  
[www.netwerkpalliatievezorg.nl/zuidoostbrabant](http://www.netwerkpalliatievezorg.nl/zuidoostbrabant)

## Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
1. Nazorg na overlijden.....	4
2. Definitie bepaling.....	5
3. Onderzoek naar de behoeften van nabestaanden.....	8
4. Nazorg in de regio Zuidoost Brabant.....	10
5. Conclusies en aanbevelingen.....	12
Bronnen.....	14
Bijlage 1. Aandachtspunten voor het evaluatiegesprek bij de nazorg voor naasten.....	15

## Inleiding

Jaarlijks sterven in Nederland tussen de 135.000 en 140.000 personen. In 2012 zijn 140.716<sup>1</sup> personen overleden. In de regio Zuidoost Brabant sterven ongeveer 5850 mensen per jaar<sup>2</sup>. Dit aantal zal in de komende jaren fors toenemen.

Bijna al deze mensen laten een groep familie en vrienden achter, de nabestaanden. Vaak zoeken deze nabestaanden steun bij elkaar om het verlies van de overledene te verwerken. Ze gaan door een rouwproces wat ze na verloop van tijd afsluiten. Echter, bij niet alle nabestaanden verloopt het rouwproces even goed. Sommige mensen kunnen bijvoorbeeld niet accepteren dat hun partner is overleden, blijven ontkennen of worden depressief. Er zijn ook mensen die helemaal alleen achterblijven, zonder steun van familie en vrienden. Voor deze mensen is het soms nodig om hulp te zoeken. Zij kunnen na het overlijden van een dierbare nazorg krijgen in de vorm van bijvoorbeeld rouwbegeleiding.

Maar wat zijn nou precies de behoeften van nabestaanden na het overlijden van een dierbare? In opdracht van het Netwerk Palliatieve Zorg Zuidoost Brabant is dit nader onderzocht.

In dit onderzoek wordt deze vraag met behulp van verschillende studies uitgelicht. Eerst worden de begrippen nazorg, rouw, rouwbegeleiding en rouwtherapie zorgvuldig toegelicht. Vervolgens komen verschillende studies aan bod over rouwbegeleiding en de behoeften aan nazorg die nabestaanden kunnen hebben. Hierna wordt dieper ingegaan op de nazorg die wordt aangeboden in de regio Zuidoost Brabant. Er wordt bekeken of dit aanbod aansluit bij de behoeften van nabestaanden. Als laatste komt de conclusie aan bod.

Patiënten kunnen al gevoelens van rouw ervaren op het moment dat zij te horen krijgen dat zij niet meer beter worden. Dit geldt ook voor de naasten van deze patiënt. Ook hier kan begeleiding door professionals een belangrijke toegevoegde waarde bieden zowel tijdens het ziekteproces als de periode na overlijden. Echter, deze vorm van zorg wordt in deze rapportage buiten beschouwing gelaten. Onderliggende rapportage richt zich specifiek op rouw en de zorg voor naasten *na* het overlijden van een dierbare.

---

<sup>1</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen 24-01-2012

<sup>2</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen 2-10-2012

## 1. Nazorg na overlijden

### Het belang van nazorg

In de definitie van palliatieve zorg door de Wereld Gezondheid Organisatie (WHO) komt het belang van nazorg naar voren. De definitie luidt als volgt:

*'Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.'*

Bij palliatieve zorg:

- is niet genezing van de patiënt het doel, maar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven, waardoor het ziekteverloop mogelijk positief beïnvloed kan worden;
- is de dood een normaal, natuurlijk proces dat niet vertraagd of versneld wordt;
- is er aandacht voor lichamelijke en psychische klachten;
- worden de psychologische en spirituele aspecten in de zorg geïntegreerd benaderd;
- is er emotionele ondersteuning voor de patiënt en diens naasten om zo actief mogelijk te leven;
- is er emotionele ondersteuning voor de naasten om te leren omgaan met de ziekte van de patiënt en de eigen rouwgevoelens;
- wordt, indien nodig, vanuit een team zorgverleners gewerkt, zodat aan alle noden van patiënten en naasten tegemoet kan worden gekomen, indien nodig ook na het overlijden van de patiënt (ondersteuning verliesverwerking)

Palliatieve zorg behelst dus meer dan alleen goede zorg voor de patiënt en zijn naasten tijdens ziekte en sterven. In de definitie van palliatieve zorg door de WHO wordt nadrukkelijk ook aandacht gevraagd voor rouw en nazorg. Naasten moeten dus ook, vanaf het moment dat een patiënt te horen heeft gekregen dat de ziekte niet meer te genezen zal zijn, gezien en gehoord worden door hulpverleners. De zorg voor naasten moet vanaf het begin een onderdeel zijn van de palliatieve zorg.

Bovenstaande wordt ondersteund door het 'nieuwe' zorgmodel van Lynn en Adamson: van cure naar care (figuur 1, 2003) welk gedachtegoed in 2007 ook in Nederland is overgenomen. Waar de afgelopen jaren de palliatieve terminale zorg pas ingezet werd als er geen medische, op genezing gerichte behandeling (cure) meer mogelijk was, is er nu veel meer sprake van een geleidelijke overgang van curatieve naar palliatieve zorg. Het nieuwe zorgmodel besteedt uitdrukkelijk aandacht aan nazorg, daar waar dit in het traditionele zorgmodel buiten beeld bleef.



Bron: Figuur van Lynn en Adamson (2003) in VWS (2007)

Figuur 1

## 2. Definitiebepaling

### Wat is rouw?

Rouw is het geheel van lichamelijke, emotionele, cognitieve, spirituele en gedragsmatige reacties die optreden na het verlies van een persoon met wie een betekenisvolle relatie bestond. Vaak weten nabestaanden niet welke reacties kunnen volgen op het verlies van een dierbare. Bij rouw en verliesverwerking kan zich een breed scala van reacties voordoen. Rouw is niet alleen droefheid en depressie. Het is een scala van gevoelens van angst, agressie, schuld, verwarring, maar ook opluchting. Het kan doordringen in elk domein van het leven: de werksituatie, de relaties met anderen en het beeld dat men van zichzelf heeft. Ongeveer elke emotie kan opkomen, ook emoties die men bij zichzelf voorheen niet kende en vreemd lijken in de context van verlies. Wat vaak moeilijk is aan de emoties, is de ongewone intensiteit waarmee ze opkomen, waardoor mensen bang zijn gek te worden. De duur van de periode van rouw kan sterk wisselend zijn. Verliesverwerking wordt beschreven als een actief proces, waarin vier rouwtaken voor nabestaanden centraal staan:

1. De werkelijkheid van het verlies onder ogen zien.
2. De pijn van het verlies ervaren.
3. Zich aanpassen aan het leven zonder de overledene.
4. De draad weer oppakken.

Verwerken is niet vergeten. Het rouwproces is voltooid als de vier taken zijn vervuld. Het is onmogelijk een precieze tijdsduur voor een rouwproces te omschrijven. Een goede afloop van het rouwproces is moeilijk te bepalen. Het bevat minstens de drie volgende aspecten, die nauw met elkaar in verband staan:

1. Men voelt zich de meeste momenten opnieuw 'goed' in het leven en men kan weer genieten van alledaagse dingen.
2. Men kan opnieuw de problemen van het leven aan.
3. Men wordt minder in beslag genomen door het verdriet.

Belangrijk is te beseffen dat rouwen niet iets is dat pas begint na het sterven van een dierbaar iemand. Het kan direct na het stellen van de fatale diagnose aanvangen.

**Anticiperende rouw** is een vorm van rouw die kan voorkomen als de tijd het toelaat op de dood van een dierbare te anticiperen.

Deze vorm van rouw kan worden ervaren vanuit twee verschillende perspectieven: het perspectief van de patiënt die rouwt om alles wat hij verliest aan gezondheid en het perspectief van diegene die zorg dragen voor hem (familie, vrienden en zorgverleners).

### Beïnvloedende factoren

Factoren die invloed hebben op verliesverwerking zijn te onderscheiden naar kenmerken van de nabestaande, de periode van ziekte en overlijden, en de periode na het overlijden.

#### *Kenmerken van de nabestaande*

##### leeftijd

Een factor die van invloed is op de rouwverwerking is leeftijd. Hoewel kinderen en jeugdigen voor dezelfde rouwtaken staan als volwassenen zijn zij meestal niet in staat om lang achter elkaar te rouwen en minder geneigd om gevoelens met anderen te delen. Zij gaan sneller dan volwassenen over tot hervatting van het dagelijks leven, waardoor ouders soms niet herkennen dat er wel degelijk sprake is van een rouwproces. Kinderen en jeugdigen hebben ook vaak de neiging om ouders te sparen. Verliesverwerking vindt veelal plaats achter gesloten deuren en wordt verbrokken over de tijd. Daardoor kunnen kinderen en jeugdigen ook langduriger de gevolgen ervaren.

### geslacht

Een andere factor die invloed heeft op de rouwverwerking is geslacht. Mannen en vrouwen verwerken verdriet op een verschillende manier. Bij partnerverlies heeft de gezondheid van mannen meer te lijden dan die van vrouwen. Het verlies van emotionele en sociale steun, die mannen gewend waren meer bij de partner te zoeken dan bij anderen, wordt als één van de verklaringen genoemd.

### aanwezige lichamelijke of psychische problemen

Verliesverwerking wordt bemoeilijkt door al aanwezige lichamelijke of psychische problemen. Te denken valt aan ziekte van de nabestaande, eerdere psychiatrische problematiek, tentamen suïcide (poging tot zelfmoord) of middelenmisbruik. Alertheid is ook gewenst bij copingproblemen in eerdere crisissituaties en bij eerdere of gelijktijdige verlieservaringen, ook op het gebied van werk, gezondheid, relaties, financiën of huisvesting, zeker als deze door de nabestaande als traumatisch ervaren zijn c.q. worden.

### relatie met de overledene

Ook de relatie met de overledene heeft invloed op het rouwproces. Als er sprake was van een afhankelijke relatie met de overledene, dan is er een verhoogd risico op gecompliceerde rouw. Dit kan ook het geval zijn als negatieve gevoelens in de relatie met de overledene op de voorgrond stonden of als de relatie niet erkend werd (bijvoorbeeld een buitenechtelijke relatie).

### *De periode van ziekte en overlijden*

Naarmate de periode van ziekte voorafgaand aan het overlijden langer duurt, kunnen nabestaanden zich beter voorbereiden op het verlies. Er is minder risico op problemen met de verliesverwerking, indien er anticiperend gerouwd kan worden. Als deze periode echter gepaard gaat met overbelasting, verhoogt dit de kans op gecompliceerde rouw. Dit is ook het geval als er in de terminale fase sprake was van ernstige symptomen, vooral wanneer de nabestaanden ontevreden zijn over de geboden zorg.

Komt het overlijden voortijdig, zoals bij het verlies van een kind of onverwacht (zoals bij zelfdoding of een ongeval) of hebben nabestaanden de overledene niet meer kunnen zien, dan zijn meer verwerkingsproblemen te verwachten. Het ontbreken van de mogelijkheid tot anticiperende rouw zou hierbij een rol kunnen spelen.

Problemen met verliesverwerking zijn eveneens te verwachten als het overlijden door de nabestaanden als traumatisch werd ervaren, bijvoorbeeld doordat sprake was van vermindering, ernstige cachexie of zelfdoding. Ook als men geen afscheid heeft kunnen nemen van de overledene of niet tevreden is over het afscheid, kan dit de verliesverwerking compliceren.

Euthanasie is in deze context geen risicofactor gebleken: vaak kan men dan juist goed afscheid nemen.

### *De periode na het overlijden*

Verliesverwerking kan gecompliceerd worden als bronnen van praktische of emotionele steun ontbreken, maar ook indien de nabestaande onvoldoende steun ervaart van het wel aanwezige sociale netwerk. Het kan ook zijn dat de nabestaande zich niet in staat voelt om het verdriet met naasten te delen.

Als er ten gevolge van ziekte of overlijden ernstige problemen ontstaan met financiën, huisvesting of werk kan dit de verliesverwerking bemoeilijken. Dit is ook het geval als zich in de periode van rouw nieuwe verlieservaringen voordoen.

### **Wat is rouwbegeleiding**

Rouwbegeleiding is erop gericht om de nabestaande meer zicht te geven op het eigen rouwproces. Het biedt de nabestaande gelegenheid zijn verhaal te vertellen, gevoelens, 'vreemde' reacties of (suïcidale) gedachten te verwoorden, de tijd te nemen voor verliesverwerking en te leren omgaan met vervelende reacties en juridische of financiële nasleep van het overlijden. Onzekerheid over hoe men moet omgaan met de reacties van anderen kan ook een rol spelen. Voor nabestaanden kan het een geruststelling zijn te horen dat dergelijke reacties bij normale rouw horen. Soms is men bang niet meer uit het rouwproces te zullen komen en kan men zich nauwelijks voorstellen weer een normaal dagelijks leven te krijgen. Informatie over het normale verloop van rouwprocessen is ook beschikbaar in de vorm van brochures of websites. Het delen van ervaringen kan door nabestaanden als helpend ervaren worden. Lotgenotencontact kan op verschillende manieren vorm krijgen. Soms komt het contact met een andere nabestaande min of meer toevallig tot stand. Soms wordt hulp gezocht in een lotgenotencontactgroep, al dan niet professioneel begeleid.

### **Wat is psychotherapie/rouwtherapie**

De landelijke richtlijn rouw (Keirse, Kuyper, 2010) beschrijft psychotherapie als een behandeling die bij gecompliceerde rouw een positief effect kan hebben. Afhankelijk van de aard van de problemen met verliesverwerking, de voorkeur van de nabestaande en het referentiekader van de psychotherapeut kan de behandeling verschillende vormen aannemen.

Bij cognitieve gedragstherapie leert de nabestaande anders met verliesverwerking en het rouwproces om te gaan door zich geleidelijk aan bloot te stellen aan de pijn van het verlies. Schrijfp opdrachten, zoals een (afscheid-)brief of dagboek, en afscheidsrituelen kunnen daarbij behulpzaam zijn.

De cliëntgerichte of ervaringsgerichte psychotherapie is minder directief; hier ligt het accent op het volgen van het rouwproces dat de nabestaande doormaakt.

Verliesverwerking wordt actief bevorderd door de cliënt op zodanige wijze op dit proces te laten reflecteren en ermee te confronteren, dat de nabestaande een manier vindt om het verlies een plaats in het leven te geven. Als bij meerdere personen in een gezin sprake is van gecompliceerde rouw of als gezinsfactoren problemen met verliesverwerking in stand houden, is gezinstherapie te overwegen.

### 3. Onderzoek naar de behoeften van nabestaanden

Naasten krijgen na het overlijden vaak nog te maken met een heleboel zorgtaken en gevoelens in de laatste levensfase. Maar over hoe het hen daarna – na het overlijden – vergaat, is nog weinig bekend. Er is tot nu toe nog erg weinig onderzoek gedaan naar de concrete behoeftes die nabestaanden hebben na het verlies van een naaste. Hieronder worden drie onderzoeken, die hierover in meer of mindere mate iets over melden, besproken.

Een onderzoek van Milberg et al. (2008) onderzocht een specifieke vorm van rouwbegeleiding, namelijk het nazorggesprek. Het doel van deze studie was het exploreren van behoeften en verwachtingen van naasten ten aanzien van het nazorggesprek door een palliatief team. De studiepopulatie bestond uit naasten van patiënten.

46% van de patiënten gaf aan behoefte te hebben aan een nazorggesprek. Het meest gewenste tijdstip (34%) was 2 tot 6 weken na het overlijden van de patiënt. De meeste naasten (39%) gaven de voorkeur aan een huisbezoek, 22% gaf de voorkeur aan een bezoek op de afdeling en 21% vond een telefonisch gesprek voldoende.

Naasten vonden dat de hulpverlener die het nazorggesprek voert, goed moet kunnen luisteren. Steeds opnieuw het verhaal kunnen vertellen bleek belangrijk voor hen. Daarnaast moet de hulpverlener iemand zijn die de patiënt en de naasten kent en betrokken is geweest bij de zorg voor de patiënt, bij voorkeur de hulpverlener die bij het overlijden aanwezig was. De naasten benoemden drie doelen voor het nazorggesprek:

1. Gevoelens van schuld verwoorden.
2. Troost ervaren bij gevoelens van eenzaamheid.
3. Erkend worden als individu met verdriet en de positieve dingen die ze gedaan hebben voor de patiënt erkennen.

Naasten willen praten over het verloop van de ziekte, maar ook over wie de patiënt was, het omgaan met het verlies en hoe anderen dit doen. Daarnaast gaven naasten aan behoeften te hebben om te praten over hoe zij nu verder moeten gaan en over de keuzes die ze daarbij moeten maken.

Het nazorggesprek biedt professionals de mogelijkheid zicht te krijgen op de beleving van rouw van de nabestaanden en het bespreken van wensen en mogelijkheden ten aanzien van de ondersteuning.

In het onderzoek van de Groot (2011) werd gekeken naar de behoefte naar en het gebruik van diverse rouwinterventies door nabestaanden. Uit het onderzoek bleek dat veel personen die behoefte hadden aan nazorg na een verlies, deze hulp niet ontvingen. Hierdoor lijdten ze onnodig veel. Ook maken veel mensen gebruik van interventies die voor hen niet effectief lijken te zijn, interventies die niet goed aansluiten op hun hulpbehoeften. Het klachtenniveau van de nabestaande sloot dan niet aan op het niveau van hulpverlening. De studie bekeek ook de effecten van sociale steun. Uit de resultaten bleek dat niet de hoeveelheid sociale steun die nabestaanden ontvangen van belang is, maar de mate waarin deze steun voldoet aan de behoeften.



Het Nivel heeft in 2010 een vragenlijst ontwikkeld, een zogenaamde CQ-index, voor het meten van de kwaliteit van de palliatieve zorg vanuit gebruikersperspectief. Zowel zorgverleners, patiënten als naasten benoemden aspecten die volgens hen cruciaal waren voor goede palliatieve zorg, waartoe ook de nazorg wordt gerekend. Veelal waren dat ook aspecten die in de, eerder, bestudeerde literatuurstudie naar voren kwamen.

Door nabestaanden werden de volgende aspecten en verbeteringen genoemd:

- Informatie over de mogelijkheden van nazorg na overlijden (bijvoorbeeld in de vorm van een sociale kaart).
- Afscheid- en of evaluatiegesprek.
- Minder lange wachttijden.
- Duidelijkheid geven over prognose.
- Afstemming van de zorg en meer kijken naar de wensen en behoeften van patiënten en nabestaanden.
- Meer menselijke houding van sommige zorgverleners.

Daarnaast geven ze een gemiddeld cijfer van 8,1 voor de 'begeleiding van de nabestaande *voor* het overlijden van de patiënt' en een gemiddeld cijfer van 7,4 voor de 'begeleiding *na* het overlijden van de patiënt'. Als verbeteringspunt noemden de nabestaanden onder meer het ontvangen van informatie over de mogelijkheden van nazorg na het overlijden van een dierbare.

## 4. Nazorg in de regio Zuidoost Brabant

Nazorg wordt aangeboden voor zowel volwassenen als kinderen door:

- Particuliere praktijken
- Inloophuizen en ontmoetingsgroepen
- Diensten uitvaartverzorging
- (vrijwillige) Organisaties en instellingen die (palliatieve) zorg verlenen
- Landelijke en lokale steunpunten

In de regio Zuidoost Brabant zijn veel particuliere praktijken (zelfstandigen) gehuisvest die enige vorm van rouwbegeleiding aanbieden. Deze praktijken maken gebruik van uiteenlopende behandelingen, waardoor de nabestaande ruime keuze heeft. Voor deze begeleiding betaald de klant een vooraf afgesproken bedrag. Sommige verzekeringen vergoeden (een deel van) deze kosten. Ook werkgevers en uitkerende instanties kunnen bereid zijn de kosten van de begeleiding te vergoeden.

Zuidoost Brabant kent twee inloophuizen. De inloophuizen bieden een laagdrempelige ontmoetingsplaats voor onder meer nabestaanden; een luisterend oor, deelname aan activiteiten met lotgenoten, informatiebijeenkomsten.

Uitvaartverzorgers bieden vooral diensten met betrekking tot praktische zaken na het overlijden van een naaste, zoals opzegdiensten. Ook organiseren zij herdenkingsbijeenkomsten.

De diverse vrijwillige thuiszorgorganisaties zijn betrokken bij de palliatieve zorg en vervullen ook een rol bij de zorg na overlijden. Coördinatoren en betrokken vrijwilligers gaan vaak naar de begrafenis/crematie van de overledene. Verder vindt altijd een evaluatiegesprek plaats waarbij de zorg wordt geëvalueerd en oor is voor het verhaal van de nabestaanden. Sommige vrijwilligers brengen, op eigen initiatief, een bezoek aan de nabestaanden.

Voor de zorgorganisaties in de regio (veelal AWBZ-gerelateerd of via de zorgverzekeringswet) ontbreekt het aan structurele financiële middelen om nazorg aan te bieden aan de nabestaanden van overleden cliënten. Het bieden van nazorg is hiermee onder meer afhankelijk van het beleid en de motivatie van de instelling.

De **ziekenhuizen** in de regio Zuidoost Brabant organiseren herdenkingsbijeenkomsten en bieden daarnaast de nabestaanden de mogelijkheid vragen te stellen aan verpleegkundigen en artsen die de patiënt hebben behandeld voor overlijden. Vaak dient hier het initiatief te komen van de nabestaanden zelf.

Ook de meeste zorginstellingen (**verpleeg- en verzorgingshuizen**) organiseren voor de nabestaanden van overleden patiënten herdenkingsbijeenkomsten. Veel van deze instellingen nemen na het overlijden zelf (telefonisch) contact op met de nabestaanden om te vragen hoe zij het proces rondom het overlijden en ná het overlijden (hebben) ervaren. Dit gesprek vindt meestal plaats in de periode direct na de uitvaart tot ongeveer 6 weken na het overlijden. Hierbij wordt dan ook gevraagd aan nabestaanden of zij behoefte hebben aan een persoonlijk nazorggesprek.

Het aanbod van **thuiszorgorganisaties** is divers. Een nazorggesprek door thuiszorgorganisaties is minder vanzelfsprekend en vaak afhankelijk van de professional zelf. Sommige organisaties bieden een nazorggesprek aan en financieren dit via AIV-gelden (Advies-Instructie-Voorlichting). Anderen gebruiken het moment waarbij het dossier bij de cliënt thuis wordt opgehaald als moment voor een nazorggesprek.

Om een idee te krijgen van de (vormen van) nazorg die wordt aangeboden in de regio Zuidoost Brabant is een overzicht ontwikkeld en op de website van het Netwerk geplaatst. Het overzicht is tot stand gekomen door onderzoek via het internet, bezoek aan websites van de verschillende organisaties, informatieaanvraag via e-mail en telefonisch contact.

## 5. Conclusies en aanbevelingen

### Conclusies

Bij het schrijven van dit verslag werd duidelijk dat er niet veel onderzoek is gedaan naar de behoeften van nabestaanden na het overlijden van een naaste. Onderzoek op dit gebied is echter wel erg belangrijk. Om het aanbod van rouwbegeleiding ook daadwerkelijk te laten aansluiten bij behoeften van de nabestaanden is het belangrijk te onderzoeken wat naasten nu precies wensen.

Ook is het van belang dat er wordt gekeken naar het klachtenniveau van de nabestaanden en dat er aan de hand daarvan wordt gezocht naar geschikte hulp. Uit voorgaande onderzoeken blijkt dat er een verband is tussen het klachtenniveau en het niveau van hulpverlening.

Bij het zoeken naar geschikte hulp moet tevens rekening worden gehouden met de mate van sociale steun die de persoon ontvangt van zijn omgeving. Hier zou eventueel een korte vragenlijst voor ontwikkeld kunnen worden. Het is daarbij belangrijk dat deze steun voldoet aan de behoeften van de nabestaanden. Soms heeft een persoon genoeg aan de sociale steun van de omgeving, in andere gevallen zijn andere vormen van begeleiding nodig.

Een onjuiste koppeling van klachtenniveau en hulpverleningsniveau zorgt ervoor dat de nabestaande niet de hulp krijgt die voor hem of haar nuttig is. Dit heeft nadelen voor de persoon zelf maar natuurlijk ook voor onder meer de kosten van de gezondheidszorg.

Nabestaanden willen na het verlies van een naaste vooral blijven praten over dit verlies. Als nabestaanden een tekort aan emotionele steun ontvangen van hun sociale omgeving zullen ze op zoek gaan naar hulpinterventies om daar hun verhaal kwijt te kunnen.

Wat blijkt is dat nabestaanden niet altijd op zoek gaan naar de voor hen meest geschikte hulp en vaak ook niet weten waar men welke hulp kan verkrijgen. Het zou daarom goed zijn om met nabestaanden na het overlijden van een naaste een kort gesprekje te voeren om te kijken wat de behoeften zijn en om bij die behoeften passende interventiemiddelen te zoeken. Tot nu toe ontbreekt zulke hulp over het algemeen in Nederland. Ondanks dat er genoeg aanbod is en er veel verschillende soorten rouwbegeleiding zijn, is er geen instantie die er voor zorgt dat de naaste aan de juiste hulp wordt gekoppeld. Hierbij is het uiteraard belangrijk dat eerst wordt nagevraagd of de nabestaande behoefte heeft aan een dergelijk nazorggesprek.

Nazorg in de regio wordt vooral geboden door eenmalige (evaluatie)gesprekken, herdenkingsdiensten, rouwgroepen en individuele coachingsgesprekken. In een aantal organisaties moet het initiatief van de nabestaanden zelf komen om hulp te vragen of te zoeken. Veel nabestaanden die hulp nodig hebben, nemen echter niet zelf het initiatief om daadwerkelijk hulp te zoeken. Wanneer organisaties structureel een nazorggesprek aanbieden zouden veel nabestaanden hierbij geholpen zijn. Door middel van het nazorggesprek wordt gekeken of er hulp nodig is, en welke hulp dan het meest geschikt zou zijn.

Op basis van bovengenoemde signalen en knelpunten is het aan te bevelen richtlijnen op te stellen ten aanzien van nazorggesprekken door zorgorganisaties. Een richtlijn vermeldt wie dit soort gesprekken zou moeten voeren (bijvoorbeeld coördinerend verpleegkundige, betrokken verzorgende, arts of geestelijk verzorger), in welke vorm (huisbezoek, telefonisch contact), op welk moment het contact het meest geschikt is en wat de inhoud zou moeten zijn.

Randvoorwaarde voor een goede nazorg is de financiering.

Het ontbreken van een aantal financiële prikkels voor het bieden van goede nazorg staan haaks op belangrijke uitgangspunten van de palliatieve zorg, zoals verantwoorde kwaliteit, laagdrempeligheid van de zorg en het bieden van emotionele ondersteuning voor de naasten. Het ontbreken van financiële middelen maakt dat het bieden van wel of geen nazorg afhankelijk is van het beleid en de motivatie van de betreffende organisatie.

### **Aanbevelingen**

Naar aanleiding van bovenstaande conclusies kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan:

- Er dient meer onderzoek plaats te vinden naar de daadwerkelijke behoeften aan ondersteuning van nabestaanden na het overlijden van een dierbare.
- Een goede toegankelijkheid en voldoende capaciteit van nazorg in de regio. Daarbij moeten voldoende keuzemogelijkheden worden geboden. Nabestaanden moeten, desgewenst, worden begeleid bij deze keuze. Om nabestaanden hierbij te ondersteunen is het belangrijk dat:
  - Elke zorgorganisatie, betrokken bij patiënt en naasten, conform richtlijnen een (telefonisch) nazorggesprek aanbiedt en signalen en behoefte aan steun worden ontvangen. Een voorbeeld van aandachtspunten bij het nazorggesprek is opgenomen als bijlage 1.
  - Zorgverleners op de hoogte zijn van het aanbod van nazorg in de regio.
  - De ondersteuning aansluit bij datgene wat de naasten van belang vinden.
- Er dient een actueel overzicht te zijn van het aanbod van nazorg in de regio.
- De nazorg (coaching en begeleiding wordt hierbij buiten beschouwing gelaten) is nadrukkelijk onderdeel van de totale zorg en kwaliteit voor patiënten en naasten. Belangrijk hierbij is dat organisaties die palliatieve zorg verlenen hiertoe ook financieel gefaciliteerd worden om de zorg op adequate wijze af te ronden. De mogelijkheden hiertoe dienen nader geëxploreerd te worden. Hierbij zullen de voordelen van het aanbieden van deze gesprekken (op lange termijn) ten opzichte van het risico op psychische en fysieke gezondheidsproblemen na het overlijden en de hiermee gepaard gaande kosten, inzichtelijk moeten worden gemaakt.

## Bronnen

Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen

Claessen S., Francke A., Sixma H., Brandt H., Putten M. van der, Veer A. de, & Deliëns L. (2009).

*Op weg naar een CQ-index Palliatieve Zorg: meetinstrumentontwikkeling.*  
Utrecht; Nivel.

Groot L. de (2011).

*Ondersteuning bij verliesverwerking vanuit het oogpunt van de nabestaande.*  
Utrecht: Universiteit Utrecht, Capaciteitsgroep Klinische Psychologie

Groot A. de, Francke A., Willems D.

*Kwaliteit van palliatieve zorg: behoeften van terminale patiënten en naasten.*  
Verpleegkunde 2000; 15: 91-103.

Milberg A., Olsson E., Jakobsson M., & Friedrichsen M. (2007).

*Family members perceived needs for bereavement follow-up.*  
Journal of Pain and Symptom Management, 35, 58-59.

Mulder, M. (RIVM).

*Sterftecijfer per gemeente 2005-2009.*

Bilthoven: RIVM, Nationale Atlas Volksgezondheid

Rouw: landelijke richtlijn, Versie 2.0. (2010).

Utrecht: Integraal Kankercentrum Nederland

## **Bijlage 1**

### ***Aandachtspunten voor het evaluatiegesprek bij de nazorg voor naasten***

- Verleen een telefonisch nazorggesprek of verricht een huisbezoek na 2-6 weken.
  - Informeer in dit gesprek hoe het gaat en beantwoord vragen die de nabestaande heeft.
  - Geef informatie over het stervensproces.
  - Behandel alles vertrouwelijk.
  - Doe navraag naar de ervaring van de naasten en biedt een luisterend oor.
  - Rapporteer gemaakte afspraken.
  - Geef zo nodig informatie over lotgenotencontact.
  - Spreek zo nodig een datum af voor een vervolgspraak.
- Geef naasten als ze dit willen informatie over rouwverwerking en de verschillende fasen in een rouwproces.
- Verwijs nabestaanden, als dit aan de orde is, door naar organisaties of professionals voor rouwverwerking.
- Verwijs naasten, als dit aan de orde is, naar organisaties voor praktische hulp, bijvoorbeeld erfeniszaken, financiën en dergelijke.