

Postprint version : 1.0

Journal website : <https://www.venvn.nl/afdelingen/oncologie/commissies/commissie-oncologica/>

This is a Nivel certified Post Print, more info at nivel.nl

Levensbedreigende behandelingen: inzicht in morele spanningen onder verpleegkundigen

Suzanne A.M. Arends^a, Milou Steenbergen^b, Anneke L. Francke^{a,c}, Irene P. Jongerden^a

^a Amsterdam UMC, locatie VUmc

^b UMC Utrecht

^c Nivel, Amsterdam UMC, locatie VUmc

In hoeverre ervaren verpleegkundigen morele spanning bij het uitvoeren van mogelijk levensverlengende behandelingen bij volwassen patiënten in het ziekenhuis? Maakt het uit of ze betrokken zijn bij de besluitvorming rond deze behandeling? De auteurs onderzochten deze vragen.

In het kort

Verpleegkundigen zijn vaak betrokken bij mogelijk levensverlengende behandelingen van volwassen patiënten in het ziekenhuis. Bij de beslissing om te starten, door te gaan of af te zien van een dergelijke behandeling zijn verpleegkundigen nog onvoldoende betrokken. Zij ervaren morele spanning wanneer zij niet betrokken zijn geweest bij de beslissing over een levensverlengende behandeling, maar deze wel moeten uitvoeren. Dit geldt vooral als ze twijfels hebben over de beslissing. De morele spanningen uiten zich in gevoelens van machteloosheid en frustratie. We adviseren de rol van verpleegkundigen

In het ziekenhuis zijn verpleegkundigen vaak betrokken bij mogelijk levensverlengende behandelingen van volwassenen met een korte levensverwachting, zoals patiënten met eindstadium kanker of hartfalen (Austin et al., 2017; Piers et al., 2012; van der Horst, 2014). Behandelingen zoals chemotherapie, operatie of sondevoeding kunnen het leven verlengen, maar hebben vaak ook schadelijke bijwerkingen die de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden (Epstein et al., 2017; Etkind et al., 2017; Legare et al., 2013; Pieterse et al., 2019; Sepúlveda et al., 2002; Shrestha et al., 2019).

Wie beslist?

Om een goede beslissing te nemen over wel of niet (door)behandelen, is het belangrijk dat gezamenlijke besluitvorming plaatsvindt tussen patiënten, naasten en betrokken zorgprofessionals. Ook verpleegkundigen spelen hierbij een belangrijke rol: door hun frequente contact met patiënt en familie beschikken zij vaak over relevante informatie (Albers et al., 2014). Toch worden in de praktijk beslissingen veelal genomen door een arts, mogelijk samen met een patiënt; verpleegkundigen worden nog onvoldoende betrokken in dit proces (Arends et al., 2022; Bos-van den Hoek et al., 2021; Tariman, 2016).

Moreel dilemma

Als verpleegkundigen een behandeling moeten uitvoeren die naar hun mening zinloos is of niet past bij de voorkeur van een patiënt, kan dit leiden tot morele spanningen (Wiegand & Funk, 2012). Morele spanning kan worden beschreven als een negatieve ervaring die spanning met zich meebrengt en die gerelateerd is aan een moreel dilemma (Morley et al., 2019). Dergelijke spanningen ontstaan wanneer verpleegkundigen zorg moeten leveren die ze niet zien als beste optie of die niet aansluit bij de wensen van een patiënt (Mehlis et al., 2018). Verpleegkundigen die morele spanningen ervaren, kunnen te maken krijgen met negatieve emoties of burn-out klachten (McAndrew et al., 2018; Oh & Gastmans, 2015). Als gevolg hiervan kunnen verpleegkundigen zelfs besluiten om het beroep te verlaten (Huffman & Rittenmeyer, 2012; Lusignani et al., 2017).

Meer inzicht

Het doel van deze studie was om inzicht te krijgen in morele spanningen die verpleegkundigen ervaren rondom levensverlengende behandelingen van volwassen patiënten in het ziekenhuis. Daarnaast wilden we inzicht krijgen in hoeverre het ervaren van morele spanningen wordt veroorzaakt doordat verpleegkundigen niet betrokken zijn bij de besluitvorming over de levensverlengende behandeling.

Methode

We hebben een kwalitatieve studie uitgevoerd tussen oktober 2018 en juni 2020. We hielden semi-gestructureerde interviews met verpleegkundigen die werkzaam zijn in een ziekenhuis. Ieder interview startte met de vraag om een beschrijving te geven van een recente casus van een patiënt met een korte levensverwachting die een levensverlengende behandeling kreeg. Vervolgens vroegen we door naar ervaringen die gerelateerd zijn aan morele spanningen. Dit deden we zonder morele spanningen als zodanig te benoemen. Alle interviews werden opgenomen en getranscribeerd. De interviews werden geanalyseerd middels thematische analyse (Braun & Clarke, 2006).

Bevindingen

In totaal hebben we 23 interviews gehouden met verpleegkundigen die werkzaam zijn in de kliniek of polikliniek (Tabel 1). Deelnemende verpleegkundigen beschreven verschillende levensverlengende behandelingen waarbij ze betrokken waren, zoals het toedienen van antibiotica, bloedtransfusies, sondevoeding, operaties, chemotherapie en immunotherapie. Analyse van de interviews heeft geleid tot vier thema's:

[Tabel 1]

Thema 1: de behoefte om betrokken te zijn bij beslissingen over levensverlengende behandelingen

De mate waarin verpleegkundigen zich betrokken voelden in de besluitvorming varieerde van geheel niet betrokken tot zeer betrokken. Verpleegkundigen gaven aan dat zij vinden dat ze een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het besluitvormingsproces. Zij zien het delen van waardevolle informatie en het ondersteunen van patiënten als onderdeel van hun rol.

‘Als verpleegkundige kun je een bijdrage hebben, omdat jij degene bent die de patiënt gedurende de dag observeert. De arts observeert de patiënt voor twee minuten en dat is het. Zij [artsen] bekijken de bloeduitslagen, maar wij [verpleegkundige] observeren de hele dag hoe een patiënt zich voelt.’

Verpleegkundige, kliniek

Thema 2: twijfels over de beslissing van levensverlengende behandelingen

Verpleegkundigen gaven aan dat zij soms twijfelen over de mate waarin de wens van de patiënt aansluit bij de beslissing. Verder benoemden verpleegkundigen ook dat zij twijfels hebben over de mate waarin de levensverlengende behandeling de beste optie is. De twijfels namen toe wanneer verpleegkundigen opmerkten dat de kwaliteit van leven van een patiënt nadelig werd beïnvloed door pijn of bijwerkingen.

‘Het moment waarop ik zie dat iemand twee tot drie keer per week met een ambulance vervoerd moet worden, iemand die alleen in bed kan liggen... Dat is wanneer ik iemand zie lijden. Als je niet echt meer iets kan doen, als je te moe bent om iets te doen en een bloedtransfusie niet helpt, dan is het genoeg voor mij.’

Verpleegkundig specialist, polikliniek

Thema 3: het ervaren van morele spanningen

Verpleegkundigen voelden zich machteloos wanneer zij zich niet gehoord voelden in het besluitvormingsproces of wanneer zij geconfronteerd werden met negatieve uitkomsten van een behandeling. Daarnaast uitten ze gevoelens van frustratie wanneer ze hun eigen morele waarden niet terugzagen in de uiteindelijke beslissing of wanneer artsen onrealistische verwachtingen creëerden bij de patiënten.

‘Dus ik heb de behandeling uitgevoerd, maar ik denk dat het mij een gevoel van machteloosheid gaf en het gevoel dat ik een behandeling zou uitvoeren waar ik niet achter sta, wat echt tegen mijn gevoel in ging.’

Verpleegkundige, kliniek

Thema 4: negatieve consequenties voor patiëntenzorg

Verpleegkundigen gaven aan dat machteloosheid en frustratie ervoor zorgden dat zij geen optimale patiëntenzorg konden bieden. Dit uitte zich bijvoorbeeld in ziek melden vanwege het niet gehoord voelen in de besluitvorming. Verder waren er verpleegkundigen die aangaven dat zij wel eens geweigerd hebben om een behandeling uit te voeren waar zij niet achter stonden. Ook werd genoemd dat verpleegkundigen wel eens de arts hebben gevraagd om de beslissing te heroverwegen, voordat zij de behandeling zouden gaan starten.

‘Op het moment dat dit [behandeling van de patiënt] gewoon geen nut meer had, heb ik tegen de arts-assistent gezegd van: luister, ik heb moeite om hier nog vocht toe te dienen en ik stop er mee.’

Verpleegkundige, kliniek

Conclusie

Verpleegkundigen in ziekenhuizen ervaren morele spanningen wanneer zij levensverlengende behandelingen van patiënten met een korte levensverwachting moeten uitvoeren, maar niet betrokken zijn bij de beslissing. De morele spanningen uit zich in gevoelens van machteloosheid en frustratie.

Aanbevelingen

Het is belangrijk om verpleegkundigen te betrekken bij beslissingen over mogelijk levensverlengende behandelingen. Dit kan een positieve bijdrage hebben op de kwaliteit van de beslissing en ook morele spanningen bij verpleegkundigen verminderen. Verpleegkundigen kunnen ondersteund worden in hun rol binnen het besluitvormingsproces middels trainingen. Verschillende trainingsmaterialen zijn hiervoor ontwikkeld en vrij beschikbaar via Palliaweb: www.palliaweb.nl/onderwijsmaterialen/training-passendezorg.

Referenties

- Albers, G., Francke, A. L., de Veer, A. J., Bilsen, J., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2014). Attitudes of nursing staff towards involvement in medical end-of-life decisions: a national survey study. *Patient Educ Couns*, 94(1), 4-9. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.09.018>
- Arends, S. A. M., Thodé, M., De Veer, A. J. E., Pasma, H. R. W., Francke, A. L., & Jongerden, I. P. (2022). Nurses' perspective on their involvement in decision-making about life-prolonging treatments: A quantitative survey study. *J Adv Nurs*. <https://doi.org/10.1111/jan.15223>
- Austin, C. L., Saylor, R., & Finley, P. J. (2017). Moral distress in physicians and nurses: Impact on professional quality of life and turnover. *Psychol Trauma*, 9(4), 399-406. <https://doi.org/10.1037/tra0000201>
- Bos-van den Hoek, D. W., Thodé, M., Jongerden, I. P., Van Laarhoven, H. W. M., Smets, E. M. A., Tange, D., Henselmans, I., & Pasma, H. R. (2021). The role of hospital nurses in shared decision-making about life-prolonging treatment: A qualitative interview study. *J Adv Nurs*, 77(1), 296-307. <https://doi.org/10.1111/jan.14549>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Epstein, R. M., Duberstein, P. R., Fenton, J. J., Fiscella, K., Hoerger, M., Tancredi, D. J., Xing, G., Gramling, R., Mohile, S., Franks, P., Kaesberg, P., Plumb, S., Cipri, C. S., Street, R. L., Jr., Shields, C. G., Back, A. L., Butow, P., Walczak, A., Tattersall, M., Venuti, A., Sullivan, P., Robinson, M., Hoh, B., Lewis, L., & Kravitz, R. L. (2017). Effect of a Patient-Centered Communication Intervention on Oncologist-Patient Communication, Quality of Life, and Health Care Utilization in Advanced Cancer: The VOICE Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol*, 3(1), 92-100. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.4373>
- Etkind, S. N., Bone, A. E., Gomes, B., Lovell, N., Evans, C. J., Higginson, I. J., & Murtagh, F. E. M. (2017). How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Med*, 15(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0860-2>
- Huffman, D. M., & Rittenmeyer, L. (2012). How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 24(1), 91-100. <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2012.01.004>
- Legare, F., Guerrier, M., Nadeau, C., Rheume, C., Turcotte, S., & Labrecque, M. (2013). Impact of DECISION + 2 on patient and physician assessment of shared decision making implementation in the context of antibiotics use for acute respiratory infections. *Implement Sci*, 8, 144. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-144>
- Lusignani, M., Gianni, M. L., Re, L. G., & Buffon, M. L. (2017). Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. *J Nurs Manag*, 25(6), 477-485. <https://doi.org/10.1111/jonm.12431>

- McAndrew, N. S., Leske, J., & Schroeter, K. (2018). Moral distress in critical care nursing: The state of the science. *Nurs Ethics*, 25(5), 552-570. <https://doi.org/10.1177/0969733016664975>
- Mehlis, K., Bierwirth, E., Laryionava, K., Mumm, F. H. A., Hiddemann, W., Heußner, P., & Winkler, E. C. (2018). High prevalence of moral distress reported by oncologists and oncology nurses in end-of-life decision making. *Psychooncology*, 27(12), 2733-2739. <https://doi.org/10.1002/pon.4868>
- Morley, G., Ives, J., Bradbury-Jones, C., & Irvine, F. (2019). What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics*, 26(3), 646-662. <https://doi.org/10.1177/0969733017724354>
- Oh, Y., & Gastmans, C. (2015). Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nurs Ethics*, 22(1), 15-31. <https://doi.org/10.1177/0969733013502803>
- Piers, R. D., Van den Eynde, M., Steeman, E., Vlerick, P., Benoit, D. D., & Van Den Noortgate, N. J. (2012). End-of-life care of the geriatric patient and nurses' moral distress. *J Am Med Dir Assoc*, 13(1), 80.e87-13. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.12.014>
- Pieterse, A. H., Stiggelbout, A. M., & Montori, V. M. (2019). Shared Decision Making and the Importance of Time. *JAMA*, 322(1), 25-26. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.3785>
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*, 24(2), 91-96. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00440-2](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00440-2)
- Shrestha, A., Martin, C., Burton, M., Walters, S., Collins, K., & Wyld, L. (2019). Quality of life versus length of life considerations in cancer patients: A systematic literature review. *Psychooncology*, 28(7), 1367-1380. <https://doi.org/10.1002/pon.5054>
- Tariman, J. D., Mehmeti, E., Spawn, N., McCarter, S.P., Bishop-Royse, J., Garcia, I., Hartle, L., Szubski, K. (2016). Oncology Nursing and Shared Decision Making for Cancer Treatment. *Clin J Oncol Nurs* (20 (5)), 560-563.
- van der Horst, H. (2014). Over(-)behandelen. *Huisarts en wetenschap*, 57(8), 438-438. <https://doi.org/10.1007/s12445-014-0224-5>
- Wiegand, D. L., & Funk, M. (2012). Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nurs Ethics*, 19(4), 47

Tabellen

Tabel 1 Demografische gegevens

Functie	N (%)
Verpleegkundigen	15 (65.2%)
Verpleegkundig specialist	8 (34.8%)
Geslacht	
Vrouw	19 (82.6%)
Man	4 (17.4%)
Leeftijdscategorie	
20 - 30	4 (17.4%)
31 - 40	3 (13%)
41 - 50	7 (30.4%)
> 50	9 (39.1%)
Werkervaring	
1 – 9 years	11
≥ 10	12
Type ziekenhuis	
Universitair ziekenhuis	14
Perifeer ziekenhuis	9
Setting	
Kliniek	12
Polikliniek	11
Specialisme	
Oncologie	9
Haematologie	4
Cardiologie	3
Geriatric	3
Interne geneeskunde	1
Chirurgie	3