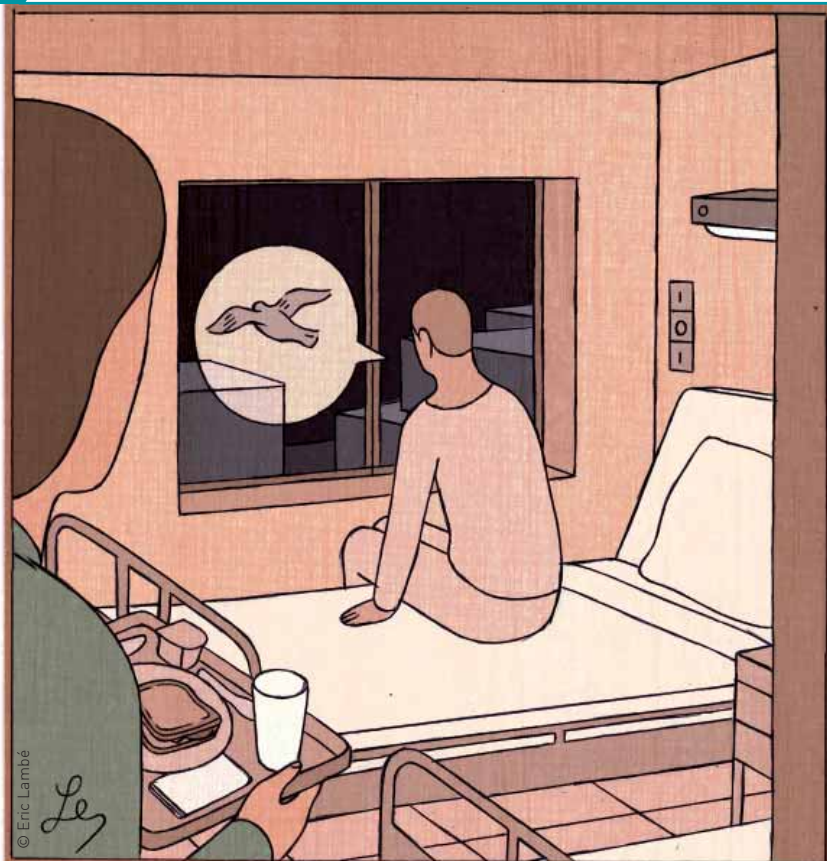


EEN LITERATUURVERZICHT

Verpleegkundigen zijn vaak intensief betrokken bij de zorg voor stervenden en hun familie. Zij bevinden zich in een unieke positie om de ervaringen van mensen die om euthanasie verzoeken te kennen. Deze praktijkervaring is onmisbaar voor de debatvoering over euthanasie alsook voor het opstellen van praktijkrichtlijnen hierover.



Houding van verpleegkundigen ten aanzien van euthanasie

DOOR NELE DE BAL, BERNADETTE DIERCKX DE CASTERLÉ, CHRIS GASTMANS EN CHARLOTTE VERPOORT

Chris Gastmans

is hoogleraar, hoofddocent Medische Ethiek, Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht, Faculteit Geneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven.

Via de elektronische databanken Medline, Bioethicsline en Cinahl worden artikels, gepubliceerd in het Nederlands, Duits, Frans of Engels, systematisch bestudeerd. Er wordt gezocht onder een combinatie van volgende trefwoorden: euthanasia, nursing, attitudes, views, opinions en characteristics. Gebruikmakend van de sneeuwbalmethode wordt de zoektocht vervolledigd. De steekproef van de publicaties moet bestaan uit verpleegkundigen en het onderzoek moet zich richten op de houding van verpleegkundigen ten aanzien van euthanasie en/of de legalisering hiervan.

Enkel literatuur gepubliceerd tussen 1990 en 2002 wordt grondig bestudeerd. Voor zover wij weten, wordt vóór 1990 geen significant empirisch artikel gepubliceerd over dit onderwerp. Bovendien is de visie ten aanzien van euthanasie onderhevig aan de tijdsgeest. Zo is het belangrijk op te merken dat alle artikels de houding van verpleegkundigen beschrijven op het ogenblik dat in geen van de settings euthanasie legaal was. Mogelijk zijn de resultaten van deze studies dan ook moeilijk vergelijkbaar met resultaten van later onderzoek in settings waar euthanasie sinds 2002 gelegaliseerd is, zoals in Nederland en België.

Om geïncludeerd te worden in het literatuuroverzicht dient euthanasie in de studies als volgt gedefinieerd te worden: het opzettelijk levensbeëindigend handelen op het verzoek van de patiënt door een ander dan de patiënt¹. De patiënt dient meerderjarig, wilsbekwaam en terminaal ziek te zijn. Vijftien publicaties worden in aanmerking genomen: acht kwantitatieve studies^{2-8,14}, vijf kwalitatieve studies⁹⁻¹³, een review¹⁶ en een beschouwend artikel m.b.t. een aantal kwantitatieve onderzoeken¹⁵. De settings betreffen: Australië, Canada, Finland, Israël, Japan, Nederland en de Verenigde Staten van Amerika. Tabel 1a/1b biedt een overzicht van de kenmerken van de verschillende onderzoeken.

>>>

>>> Tabel 1a.

OVERZICHT KWANTITATIEVE ONDERZOEKSARTIKELS							
ONDERZOEK	DESIGN & GEGEVENS-VERZAMELING	ANALYSE	STEEKPROEF	SETTING (land)	SETTING (specialiteit)	BETROUWBAARHEID	VALIDITEIT
Asai et al., 2001	<ul style="list-style-type: none"> • Post-enquête • Zelf samengestelde vragenlijst gebaseerd op de versie van Kuhse & Singer 	<ul style="list-style-type: none"> • Ongepaarde t-test • 95% BI • Chi²-test • Logistische regressie 	<ul style="list-style-type: none"> • n = 903, waarvan 659 artsen en 244 verpleegkundigen • RR verpleegkundigen = 68% (145/217) • Niet gerandomiseerd • Leden Palliative Care Association 	Japan	Palliatieve zorg	?	<ul style="list-style-type: none"> • Vertaling en hervertaling vragenlijst • review door auteur oorspronkelijke vragenlijst
Kitchener, 1998	<ul style="list-style-type: none"> • Post-enquête • Zelf samengesteld 	<ul style="list-style-type: none"> • Percentages • 95% BI • Chi²-test • Logistische regressie 	<ul style="list-style-type: none"> • n = 2000 • RR = 61% (1218/2000) • Gerandomiseerd • Register samengesteld door Verpleegkundige Raad 	Australië (Capital Territory)	Thuiszorg, intensieve zorg, ouderenzorg, oncologie, palliatieve zorg, psychiatrische zorg, andere	?	?
Kuhse & Singer, 1993	<ul style="list-style-type: none"> • Post-enquête • Zelf samengesteld 	<ul style="list-style-type: none"> • Aantallen & percentages 	<ul style="list-style-type: none"> • n = 1942 • RR = 49% (943/1942) • Gerandomiseerd • Leden Verpleegkundige Raad 	Australië (Victoria)	Gemengd (niet gespecificeerd)	?	?
Musgrave et al., 2001	<ul style="list-style-type: none"> • Correlatieel • Zelf samengestelde vragenlijst • Attitude van verpleegkundige t.a.v. geassisteerd overlijden door arts: 4 vignetten 	<ul style="list-style-type: none"> • Aantallen & percentages • Gemiddelden • Chi²-test • Power analyse 	<ul style="list-style-type: none"> • n = 123, waarvan 71 werkzaam op oncologie en 52 op kraamafdeling • RR = onbekend • Niet gerandomiseerd 	Israël	<ul style="list-style-type: none"> • Oncologie • Kraamafdeling-verpleegkunde 	Test-herstest betrouwbaarheid bij wijkverpleegkundigen: X waarden: vignette 1: 0.75 vignette 2: 0.87 vignette 3: 0.59 vignette 4: 0.64	<ul style="list-style-type: none"> • Vertaling en hervertaling vragenlijst • review door auteur oorspronkelijke vragenlijst
Musgrave & Soudry, 2000	<ul style="list-style-type: none"> • Correlatieel • Driedelige zelf samengestelde vragenlijst (Likert-schaal) 	<ul style="list-style-type: none"> • Beschrijvende statistiek • Spearman's rangcorrelatie-coëfficiënt • Chi²-test 	<ul style="list-style-type: none"> • n = 200 • RR = 69% (139/200) • Niet gerandomiseerd • Deelnemers internationaal congres 	Israël, maar met deelnemers uit 27 landen	Verpleegkundigen-vroedvrouwen	/ (tijdsgebrek)	<ul style="list-style-type: none"> • Inhoudsvaliditeit
Richardson, 1994	<ul style="list-style-type: none"> • Post-enquête • Zelf samengestelde vragenlijst (Likert-schaal) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aantallen & percentages • Enkelvoudige variantie-analyse 	<ul style="list-style-type: none"> • n = 200 • RR = 74% (148/200) • Gerandomiseerd • Leden Oncology Nurses Society 	Verenigde Staten van Amerika	Oncologie	Interne consistentie Cronbach's alpha = 0.89	?
Tanida et al., 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Post-enquête • Zelf samengestelde vragenlijst gebaseerd op de versie van Kuhse & Singer 	<ul style="list-style-type: none"> • Percentages • 95% BI • Chi²-test 	<ul style="list-style-type: none"> • n = 244 • RR = 67% (145/217) • Leden Palliative Medicine Association 	Japan	Palliatieve zorg	?	<ul style="list-style-type: none"> • Vertaling en hervertaling vragenlijst • Review door auteur oorspronkelijke vragenlijst
Young et al., 1993	<ul style="list-style-type: none"> • Post-enquête • Attitude van verpleegkundige t.a.v. geassisteerd overlijden door arts: 4 vignetten 	<ul style="list-style-type: none"> • Aantallen & percentages • Gemiddelden • Chi²-test 	<ul style="list-style-type: none"> • n = 2000 • RR = 61% (1210/2000) • Gerandomiseerd • Leden Oncology Nursing Society 	Verenigde Staten van Amerika	Oncologie	?	<ul style="list-style-type: none"> • Inhoudsvaliditeit: panel • Face-validiteit: pilootstudie

RR = response rate, n = aantal, ? = niet vermeld, BI = betrouwbaarheidsinterval

>>>

>>> Tabel 1b.

OVERZICHT KWALITATIEVE ONDERZOEKSARTIKELS							
ONDERZOEK	DESIGN	GEGEVENS-VERZAMELING	ANALYSE	STEEKPROEF	SETTING (land)	SETTING (specialiteit)	KWALITEIT (TRUSTWORTHINESS)
Kuuppelomäki, 2000	• Exploratief	• Semi-gestructureerde diepte-interviews	Inhoudsanalyse	• n = 71 ↳ 32 patiënten ↳ 13 familieleden ↳ 13 verpleegkundigen ↳ 13 artsen	Finland	Oncologie ↳ 2 ziekenhuizen ↳ 4 gezondheidscentra	• Triangulatie: ja • Member check: ? • Peer debriefing: ? • Pre-test interviewmethode • Verbatim transcriptie opgenomen interviews • Dataverzameling en -analyse door dezelfde onderzoeker
Matzo & Schwarz, 2001	• Exploratief	• Geschreven commentaren op vragenlijst uit cross-sectionele studie	Inhoudsanalyse	• n = 110 • Zelf geselecteerde steekproef • Leden Oncology Nurses Society	Verenigde Staten van Amerika	Oncologie	• Triangulatie: ? • Member check: ? • Peer debriefing: ?
McInerney & Seibold, 1995	• Exploratief • Grounded Theory	• Semi-gestructureerde interviews	Grounded Theory	• n = 10 • Verpleegkundigen die overgangscursus volgden	Australië	Oncologie, neonatale zorg, palliatieve zorg, intensieve zorg, cardiologie, geriatrie, nierdialyse, kraamafdeling	• Triangulatie: ? • Member check: ? • Peer debriefing: ? • Verbatim transcriptie opgenomen interviews • Saturatie: ja
The, 1997	• Antropologisch	• Interviews • Participerende observatie	Etnografie	• n = ?	Nederland	Pneumologie	• Triangulatie: ja • Member check: ja • Peer debriefing: ja • Bracketing • Verbatim transcriptie opgenomen interviews
Young & Ogden, 2000	• Exploratief	• Antwoorden op open vraag aan einde van vragenlijst	Inhoudsanalyse Inductief	• n = 22 • Zelf geselecteerde steekproef • Leden Association of Nurses in AIDS care	Canada	Hiv-/aidszorg	• Triangulatie: ? • Member check: ? • Peer debriefing: ?



Nele De Bal

is gegradueerd verpleegkundige, licentiaat in de Medisch-Sociale Wetenschappen, wetenschappelijk medewerker, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap / Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht, Faculteit Geneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven.

Een overzicht wordt geboden van de bevindingen die in de studies naar voren komen. Hierbij wordt stilgestaan bij:

- 1) het percentage verpleegkundigen dat pro of contra euthanasie is en de argumenten die zij hanteren om hun standpunt te onderbouwen;
- 2) de houding van verpleegkundigen t.a.v. hun medewerking bij euthanasie;
- 3) de factoren die van invloed zijn op hun meningvorming, en
- 4) relevante bemerkingen van verpleegkundigen.

PRO OF CONTRA

Heel wat studies gaan na of verpleegkundigen vinden dat euthanasie gelegaliseerd moet worden en/of zij euthanasie ethisch aanvaardbaar vinden. Daarbij zit een grote range op de vermelde

percentages. Deze spreiding kan onder andere worden verklaard door de samenstelling van de steekproef. Bepaalde kenmerken van de participanten blijken impact te hebben op de visie ten aanzien van euthanasie (cf. infra). Het percentage verpleegkundigen dat pro legalisering is, varieert van 14%^{2,3} over 47%⁴, 62%⁵, 63%⁶ en 78%⁷. Het percentage verpleegkundigen dat euthanasie als ethisch verantwoord beschouwt, bedraagt in de respectievelijke studies 23%^{2,3}, 31%⁸, 62%⁹ en 70%⁵.

ARGUMENTEN PRO

Argumenten die worden gebruikt om het standpunt pro euthanasie en/of de legalisering ervan te funderen, hebben betrekking op de kwaliteit van leven, respect voor autonomie en onvrede met de huidige situatie.

Het recht op een waardige dood – als een aspect van kwaliteit van leven – komt in verschillende studies aan bod als een argument ter verantwoording van euthanasie. Uit de studie van Kuuppelomäki⁹ blijkt dat de hopeloze en uitzichtloze situatie, waarin de patiënt niet langer in staat is om zijn leven op een humane wijze voort te zetten, het belangrijkste argument ter verantwoording van euthanasie is. Bij het specificeren van het begrip hopeloze situatie, wordt vaak verwezen naar een situatie van afhankelijkheid en ernstige pijn. Velen vinden het lijden van de patiënt moreel onverantwoord en vinden dat niemand een pijnlijke dood mag sterven¹⁰. De wens om de patiënt te verlossen van ondraaglijke pijn en hierdoor bij te dragen aan een milde dood, leidt tot begrip voor euthanasie¹¹.

>>>



Het recht op een waardige dood komt in verschillende studies aan bod als een argument ter verantwoording van euthanasie.

// Vele verpleegkundigen onderstrepen het belang van de individuele wil van de patiënt en diens recht te beslissen over zijn eigen leven //

>>> Daarnaast onderstrepen vele verpleegkundigen het belang van de individuele wil van de patiënt en diens recht te beslissen over zijn eigen leven⁹. In de studie van Young & Ogden¹² wordt erop gewezen dat respect voor de autonomie van het individu aanleiding kan geven tot een ambivalente houding ten aanzien van euthanasie. Sommige verpleegkundigen uit deze studie kunnen persoonlijk niet achter euthanasie staan, maar vinden toch dat een individuele patiënt hierover mag beslissen¹². De mogelijkheid om een beroep te doen op het gewetensbezwaar leidt ertoe dat sommige verpleegkundigen zich niet verzetten tegen de legalisering van euthanasie, hoewel ze er persoonlijk nooit aan zouden meewerken¹⁰.

Ten slotte zijn heel wat verpleegkundigen pro legalisering vanuit de onvrede met de huidige situatie. Zo wordt gesteld dat, zolang er een schaduw van repercussie op rust, de praktijk van euthanasie niet openlijk naar buiten kan worden gebracht. Angst voor sancties houdt de praktijk verborgen en verhindert verpleegkundigen om raad en steun bij collega's te zoeken¹⁰. Deze verborgen praktijk is een onveilige situatie voor zowel hulpverlener als patiënt: voor de hulpverlener vanwege de strafbaarheid van euthanasie; voor de patiënt omdat het illegale karakter ervoor zorgt dat euthanasie vaak op een weinig humane wijze plaatsvindt¹². Velen vinden vanuit deze achtergrond dat de legalisering van euthanasie potentiële misbruiken kan doen afnemen¹¹.

/// ARGUMENTEN CONTRA

Evenals de voorstanders van euthanasie, pleiten ook tegenstanders ervan voor het streven naar een milde dood. Deze milde dood moet volgens hen worden bereikt via het maximaal verzekeren van comfort, verzorging en adequate pijnbestrijding¹¹. Het primaire doel van hulpverleners bestaat er niet in het leven te beëindigen, maar ongemak te verlichten¹⁰. Velen voelen zich bereid de pijnmedicatie op te drijven tot gelijk welk niveau – indien het comfort van de patiënt dit vereist – maar willen niet meewerken aan het intentioneel doden van de patiënt¹⁰. De onmiddellijkheid en zekerheid van de dood, verbonden aan euthanasie, blijken een drempel voor het geweten te zijn. Daarnaast is de maakbaarheid van de dood bevreemdend. Het onderzoek van The¹³ in Nederland geeft aan dat euthanasie – vanwege het feit dat er heel wat geregeld, ingelicht en ondertekend moet worden – het karakter van een zakelijke procedure krijgt eerder dan van een sterfbed. Dit wordt versterkt door de als bedreigend ervaren controle van justitie¹³.

Tevens heerst er een geloof in de groeiende mogelijkheden van de palliatieve zorg. Verpleegkundigen zijn ervan overtuigd dat deskundige palliatieve zorgverlening de laatste dagen draaglijk kan maken. Dit draaglijk maken is belangrijk, aangezien de patiënt vaak niet aan het leven maar aan het lijden wil ontsnappen¹². De weinige tijd die de patiënt nog rest, kan uitermate waardevol zijn voor het afronden van het leven.

Een derde groep argumenten contra euthanasie heeft betrekking op religieuze en morele bezwaren. Zo heeft volgens sommige verpleegkundigen de mens niet het recht om te beslissen over de lengte van het leven en het tijdstip van de dood¹⁰. Dit tijdstip is voor elke mens voorbestemd.



Bernadette Dierckx de Casterlé

is hoogleraar, hoofddocent Verpleegkundige Ethiek, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Faculteit Geneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven.

bernadette.dierckxdecasterle@med.kuleuven.be

>>>

>>> De dood is een gevecht, inherent aan het leven, dat tot op het einde moet worden gestreden¹². Het leven ligt in Gods handen en het verhaasten van de dood staat gelijk aan moord⁹.

Een laatste cluster argumenten wil potentieel misbruik tegengaan. Velen zijn bezorgd dat een euthanasiewet de doos van Pandora zal openen en zal escaleren tot het uitvoeren van euthanasie zonder dat de patiënt erom verzocht heeft¹¹. Tevens wordt gevreesd voor het inroepen van financiële argumenten bij beslissingen over het levenseinde. Euthanasie kan als een goedkopere optie dan palliatieve zorg worden beschouwd. Dit houdt mogelijk het risico in van economische druk op de stervende patiënt¹⁰⁻¹².

Verpleegkundigen jonger dan 40 jaar zijn meer pro legalisering en meer bereid tot medewerking bij euthanasie dan verpleegkundigen ouder dan 40 jaar

BETROKKENHEID BIJ EUTHANASIE

Een aantal onderzoeken vermeldt het percentage verpleegkundigen dat bereid is om – indien dit legaal zou zijn – betrokken te zijn bij euthanasie. Hierbij wordt niet verduidelijkt om welk(e) aspect(en) van betrokkenheid het gaat. De percentages variëren van 14%² tot 23%⁸ en 65%⁷. Opmerkelijk is dat het percentage verpleegkundigen dat bereid is medewerking te verlenen, lager is dan het percentage dat euthanasie ethisch aanvaardbaar vindt.

Blijkbaar bestaat er een spanningsveld tussen het zich ethisch kunnen verzoenen met euthanasie en de actieve betrokkenheid erbij.

Vier onderzoeken vermelden iets over de bereidheid om tijdens de uitvoering van euthanasie bij de patiënt te blijven. Volgens Musgrave & Soudry⁵ is 64% van de verpleegkundigen hiertoe bereid. Uit het onderzoek van Musgrave et al.⁶ blijkt dat deze bereidheid hoger is wanneer men als verpleegkundige een langdurige relatie met de patiënt heeft.

Volgens The¹³ heeft dit te maken met het feit dat euthanasie een groeiproces en een emotionele ontwikkeling vergt. De verpleegkundige moet kunnen toelevens naar en wennen aan de gedachte

dat er euthanasie bij een bepaalde patiënt zal worden uitgevoerd¹³. Een aantal verpleegkundigen dat zich niet weet te verzoenen met euthanasie, is toch bereid om bij de patiënt te blijven tijdens de uitvoering ervan.

Hieruit blijkt de bereidheid om de eigen overtuiging opzij te zetten om professioneel in te spelen op de noden van de patiënt⁴. Het percentage verpleegkundigen dat bereid is het euthanaticum toe te dienen, schommelt van 14%³ tot 16%⁶, 17%⁴ en 36%⁵.

GELOOFSOVERTUIGING EN ATTITUDE

De zes studies^{4-8,14} die het verband nagaan tussen de geloofsovertuiging van verpleegkundigen en hun visie t.a.v. euthanasie, zijn unaniem over het feit dat deze relatie statistisch significant ($p < 0.05$) is. Hoe sterker men een geloof belijdt, hoe meer men contra euthanasie en de legalisering ervan is⁵⁻⁸. Tevens blijkt dat naarmate religie een belangrijker plaats in het leven inneemt, men minder bereid is bij de patiënt te blijven tijdens de uitvoering en men minder bereid is de uitvoering van euthanasie op zich te nemen⁵. Uit het onderzoek van Musgrave et al.⁶ komt evenwel naar voren dat een groot aantal religieus geïnspireerde verpleegkundigen, dat contra euthanasie is, toch bereid is om bij de patiënt te blijven tijdens de uitvoering van de levensbeëindiging. Blijkbaar is men in staat om de eigen religieuze overtuiging tot op zeker niveau opzij te zetten om tegemoet te komen aan de noden van de patiënt.

VERPLEEGKUNDIGE SPECIALITEIT EN ATTITUDE

Twee studies^{6,14} gaan het verband na tussen verpleegkundige specialiteit en attitude t.a.v. euthanasie. De studie van Musgrave et al.⁶ gaat na of er een verschil in attitude bestaat tussen oncologie-verpleegkundigen en niet-oncologie-verpleegkundigen (meer bepaald vroedvrouwen). Hieruit blijkt dat niet-oncologie-verpleegkundigen significant ($p < 0,01$) meer voorstander zijn van legalisering van euthanasie dan oncologie-verpleegkundigen. >>>

¹ Het Belgisch Staatsblad. De Belgische euthanasiewet, 28 mei 2002.

² Asai A, Ohnishi M, Nagata SK, Tanida N, Yamazaki Y. Doctors' and nurses' attitudes towards and experiences of voluntary euthanasia: survey of members of the Japanese Association of Palliative Medicine. *Journal of Medical Ethics* 2001; 27: 324-330.

³ Tanida N, Asai A, Ohnishi M et al. Voluntary active euthanasia and the nurse: a comparison of Japanese and Australian nurses. *Nursing Ethics* 2002; 9: 313-322.

⁴ Young A, Volker D, Rieger

PT, Thorpe DM. Oncology nurses' attitudes regarding voluntary physician-assisted dying for competent terminally ill patients. *Oncology Nursing Forum* 1993; 20: 445-451.

⁵ Musgrave CF, Soudry I. An exploratory pilot nurse study of nurse-midwives' attitudes towards active euthanasia and abortion. *International Journal of Nursing Studies* 2000; 37: 505-512.

⁶ Musgrave CF, Margalith I, Goldsmid L. (2001). Israeli oncology and nononcology nurses' attitudes toward physician-assisted dying: a comparison study. *Oncology*

Nursing Forum; 28: 50-57.

⁷ Kuhse H, Singer P. Voluntary euthanasia and the nurse: an Australian survey. *International Journal of Nursing Studies* 1993; 30: 311-322.

⁸ Richardson DS. Oncology nurses' attitudes toward the legalization of voluntary active euthanasia. *Cancer Nursing* 1994; 17: 348-354.

⁹ Kuuppelma M. Attitude of cancer patients, their family members and health professionals toward active euthanasia. *European Journal of Cancer Care* 2000; 9: 16-21.

¹⁰ Matzo LM, Schwarz KJ. In their

own words: oncology nurses respond to patient requests for assisted suicide and euthanasia. *Journal of Applied Nursing Research* 2001; 14: 64-71.

¹¹ Mc Inerney F, Seibold C. Nurses' definitions of and attitudes towards euthanasia. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 22: 171-182.

¹² Young MG, Ogdin RD. The role of nurses in AIDS care regarding voluntary euthanasia and assisted suicide: a call for further dialogue. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31: 513-519.

¹³ The AM. 'Vanavond om 8 uur...' Verpleegkundige di-

lemma's bij euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.

¹⁴ Kitchener BA. Nurse characteristics and attitudes to active voluntary euthanasia: a survey in the Australian Capital Territory. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 28: 70-76.

¹⁵ Aranda S, Bence G, O'Conner M. Euthanasia: a perspective from Australia. *International Journal of Palliative Nursing* 1999; 5: 298-304.

¹⁶ Schwarz KJ. Assisted dying and nursing practice. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1999; 31: 367-373.

>>>

Charlotte Verpoort

is gegradueerd verpleegkundige, licentiaat in de Medisch-Sociale Wetenschappen, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Faculteit Geneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven.

De studie van Kitchener¹⁴ gaat de verschillen in attitude ten opzichte van wenselijkheid tot legalisering en bereidheid tot medewerking na in diverse verpleegkundige specialiteiten (thuiszorg, intensieve zorg, geriatrie, oncologie, palliatieve zorg, psychiatrie en andere). Uit dit onderzoek blijkt dat er een statistisch significant ($p=0,00001$) verschil in attitude bestaat tussen de disciplines. In elke discipline – met uitzondering van de palliatieve zorg (33%) – is de meerderheid pro legalisering van euthanasie en bereid tot medewerking bij euthanasie. Eveneens blijkt dat naarmate men meer contact met terminale patiënten heeft, men minder voorstander van legalisering is ($p<0,002$).

LEEFTIJD EN ATTITUDE

Kuhse & Singer⁷ brengen aan dat jongere verpleegkundigen meer pro legalisering zijn en meer bereid zijn tot medewerking bij euthanasie dan oudere verpleegkundigen. Er wordt evenwel geen significantietest uitgevoerd om dit verschil statistisch te onderbouwen. De studie van Kitchener¹⁴ bevestigt de bevindingen van Kuhse & Singer⁷. Verpleegkundigen jonger dan 40 jaar zijn meer pro legalisering en meer bereid tot medewerking bij euthanasie dan verpleegkundigen ouder dan 40 jaar. Dit verband tussen leeftijd en houding ten aanzien van euthanasie blijkt sterk significant ($p=0,00000$) te zijn.

NIET-SIGNIFICANTE VERBANDEN

Musgrave & Soudry⁵ geven aan dat er geen statistisch significant verband bestaat tussen de visie van verpleegkundigen t.a.v. euthanasie en het diploma, de werkervaring en de functie van de verpleegkundige. Ook de studie van Richardson⁹ bevestigt dat er geen significante relatie bestaat tussen de visie ten aanzien van euthanasie en het

diploma en de werkervaring van de verpleegkundige. De studie van Kitchener¹⁴ toont aan dat er geen statistisch significant verband bestaat tussen het geslacht van de verpleegkundige en de visie ten aanzien van euthanasie en ten aanzien van de betrokkenheid erbij als verpleegkundige.

// Verpleegkundigen vinden dat er meer moet worden gepraat over euthanasie en dat er meer nood is aan scholing in de palliatieve zorg //

BEMERKINGEN VAN VERPLEEGKUNDIGEN

Bepaalde onderzoeken^{7,10,11} laten aan verpleegkundigen de ruimte om aanvullende bemerkingen te geven. In de studie van Matzo & Schwarz¹⁰ en Kuhse & Singer⁷ heeft respectievelijk 25% en 56% van de verpleegkundigen gebruikgemaakt van deze mogelijkheid. Dit wijst op de wil van verpleegkundigen om zich te uiten over dit onderwerp. Bovendien geven verpleegkundigen expliciet aan dat ze vinden dat er over euthanasie moet worden gepraat en dat ze hun verhalen, visie en aanbevelingen met betrekking tot euthanasie kenbaar willen maken¹⁰. Verpleegkundigen vinden niet alleen dat er meer moet worden gepraat over euthanasie, ze vinden ook dat er meer nood is aan scholing in de palliatieve zorg^{10,11}. Veel verpleegkundigen hebben het gevoel dat pijn en ander lijden dé redenen zijn waarom een patiënt van het leven wenst verlost te worden. Heel wat verpleegkundigen zijn ervan overtuigd dat, als men deze symptomen kan beheersen, de meeste patiënten willen blijven leven¹⁰. Ten slotte vinden verpleegkundigen de inname van een algemeen standpunt ten aanzien van euthanasie moeilijk. Zo blijkt uit de studie van Mc Inerney & Seibold¹¹

dat de ontwikkeling van een persoonlijk moreel standpunt een dynamisch reflexief proces is, dat soms nog plaatsvindt tijdens de deelname aan het onderzoeksin-terview. De reden waarom het zo moeilijk is om tot dit standpunt te komen, heeft te maken met de complexiteit en contextualiteit van

euthanasie. Vaak spelen specifieke nuances, eigen aan een sterfensituatie, een rol in de houding die men als verpleegkundige in die unieke situatie aanneemt ten aanzien van euthanasie^{11,15}.

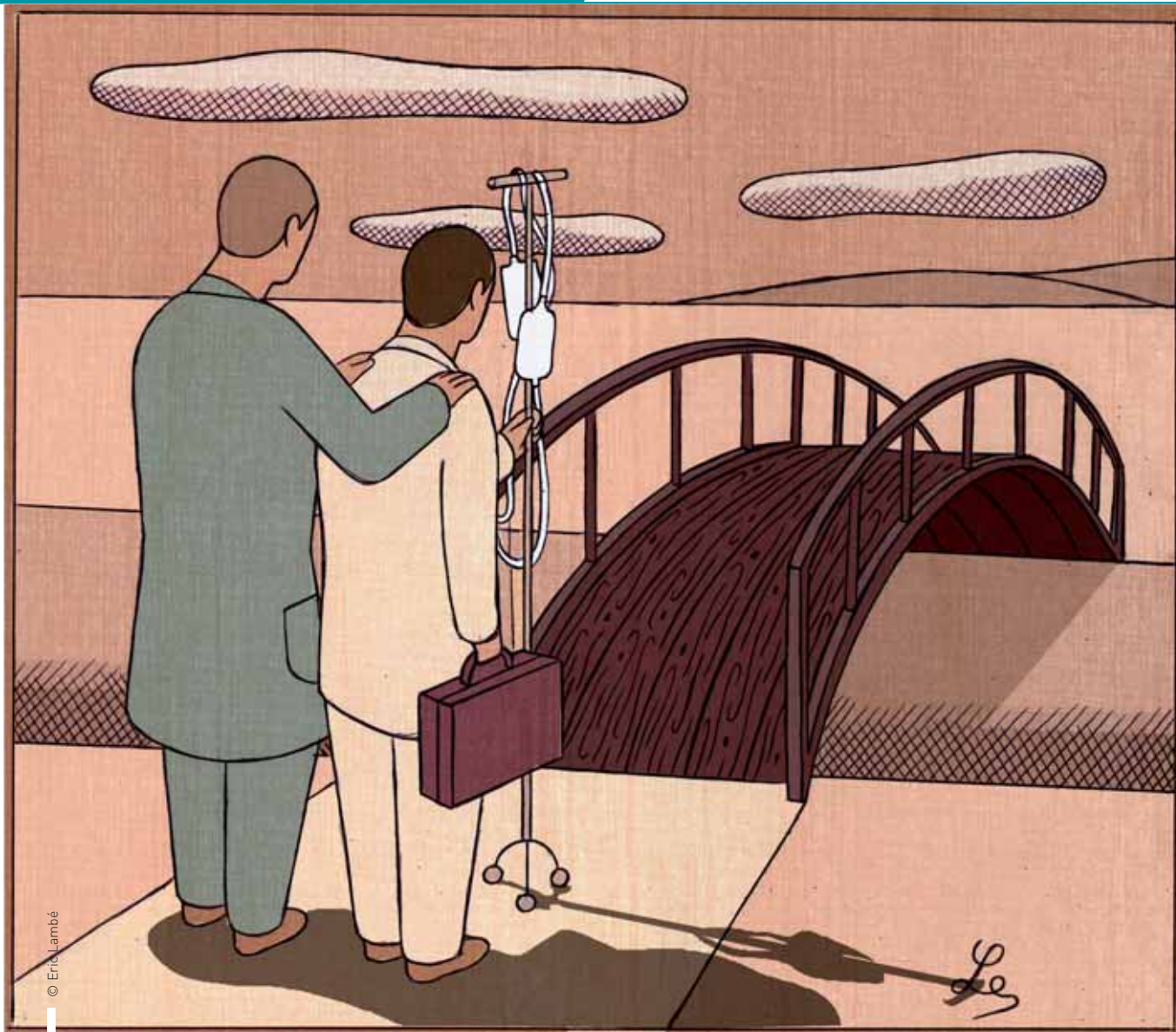
EEN DUIDELIJK VOOROPGESTELDE DEFINIËRING

Het empirisch onderzoek naar de visie van verpleegkundigen ten aanzien van euthanasie is vrij beperkt. Slechts vijftien onderzoekspublicaties kwamen in aanmerking. Een belangrijk struikelblok inzake inclusie blijkt de definiëring van euthanasie te zijn. In heel wat onderzoeken wordt geen duidelijke definitie vermeld of komt die niet overeen met de vooropgestelde. Om tot een zinvolle communicatie over euthanasie te komen, is eenduidigheid nochtans een noodzaak. In dit literatuuroverzicht wordt ambiguïteit uitgesloten door een duidelijk vooropgestelde definiëring.

AANVAARDBAAR OF ONAANVAARDBAAR

De voornaamste argumenten om euthanasie aanvaardbaar te vinden, hebben betrekking op kwaliteit van leven, respect voor autonomie en onvrede met de huidige situatie.

>>>



In de toekomst zullen verpleegkundigen steeds vaker met euthanasievragen geconfronteerd worden.

>>> Voorstanders van euthanasie vinden dat door de patiënt hierover autonoom te laten beslissen, men tot een zorg komt die meer tegemoetkomt aan de individuele noden van de patiënt over zijn levenseinde. Het niet te lenigen lijden van de patiënt is doorslaggevend om euthanasie aanvaardbaar te vinden en te kunnen ingaan op het verzoek van de patiënt. Dit lijden is een individueel gegeven dat zowel van lichamelijke als psychische aard kan zijn. De belangrijkste argumenten om euthanasie onaanvaardbaar te vinden, hebben betrekking op het recht op een milde dood, het geloof in de palliatieve zorg, religieuze bezwaren en het gevaar voor misbruik. Tegenstanders argumenteren dat via degelijke palliatieve zorg de patiënt een milde dood kan sterven. Zij vrezen tevens voor euthanasie als een financieel goedkopere oplossing in vergelijking met palliatieve zorg aan het levenseinde.

GEEN CATEGORISCHE STANDPUNTINNAME

Heel wat participanten hebben het moeilijk met een categorische standpuntinname ten aanzien van euthanasie. Dit houdt verband met de complexiteit en contextuele nuances eigen aan elke stervenssituatie. Hoewel de houding t.a.v. euthanasie vaak als een dichotomie in beeld gebracht wordt, kan deze niet accuraat beschreven worden door het gebruik van zwart-witvragen waarmee participanten gedwongen worden tot een pro- of contrastandpunt. Kwantitatief onderzoek is bijgevolg ontoereikend in deze mate-

rie en dient aangevuld te worden met degelijk kwalitatief onderzoek. Opmerkelijk is de bevinding dat het percentage verpleegkundigen dat euthanasie ethisch aanvaardbaar vindt, hoger ligt dan het percentage dat bereid was hieraan medewerking te verlenen. Blijkbaar bestaat er een spanningsveld tussen het zich ethisch kunnen verzoenen met euthanasie en de actieve betrokkenheid hierbij. Tevens opmerkelijk is dat een aantal verpleegkundigen dat zich niet kan verzoenen met euthanasie, zich wel in staat acht om op verzoek van de patiënt bij de uitvoering van euthanasie aanwezig te zijn.

“ **Angst voor sancties houdt de praktijk verborgen en verhindert verpleegkundigen om raad en steun bij collega’s te zoeken** ”

>>> Hieruit blijkt de bereidheid om de eigen overtuiging opzij te zetten om tegemoet te komen aan de noden van de individuele patiënt.

BELANGRIJKE INVLOEDEN

De visie ten aanzien van euthanasie vertoont een significant ($p < 0,05$) verband met de religie, leeftijd en verpleegkundige specialiteit van de verpleegkundige. Hoe meer religieus geïnspireerd men is, hoe meer men contra euthanasie is. Verder onderzoek dient na te gaan of de aard van de geloofsovertuiging en de mate waarin men praktiserend gelovig is, een rol speelt. Hoe ouder de verpleegkundige is, hoe minder men zich met euthanasie kan verzoenen.

De factor leeftijd kan gerelateerd zijn aan de grotere ervaring van oudere verpleegkundigen of aan het generatieverschil tussen oudere en jongere verpleegkundigen. Indien dit laatste doorslaggevend is, zal hun houding zich in de toekomst meer pro euthanasie worden. Hoe frequenter de verpleegkundige specialiteit wordt geconfronteerd met stervende personen (bv. palliatieve zorg verpleegkundigen), hoe terughoudender men staat ten opzichte van euthanasie. Bij legalisering van euthanasie zullen vooral deze verpleegkundigen er het meest frequent mee worden geconfronteerd. Het kan zijn dat verpleegkundigen die contra euthanasie zijn, zich meer geroepen voelen tot stervenszorg en omgekeerd dat de palliatieve zorgsector deze personen ook eerder aantrekt dan verpleegkundigen met een andere visie. Hoe dan ook zal het werken met stervende patiënten die vaak extreem lijden, de visie op euthanasie beïnvloeden.

VOORZICHTIGHEID GEBODEN

Deresultaten van de onderzoeken moeten met de nodige voorzichtigheid bekeken worden. Wat het kwantitatief onderzoek betreft, blijkt geen enkel gehanteerd instrument voldoende getest te zijn op betrouwbaarheid en validiteit. Ook in het kwalitatief onderzoek wordt weinig aandacht geschonken aan de kwaliteit (trustworthiness) van de data. De verschillende onderzoeken zijn moeilijk vergelijkbaar wegens het verschil in onderzoeksmethode en -design. De steekproeven worden niet steeds at random samengesteld, bestaan vaak uit een klein aantal participanten en beschrijven

factoren een belangrijke rol kunnen spelen in de standpuntinname t.a.v. een specifieke stervenssituatie, dienen de resultaten met de nodige omzichtigheid te worden bekeken. Ten slotte moet worden opgemerkt dat euthanasie op het ogenblik dat de onderzoeken plaatsvonden overal illegaal was. Het is bijgevolg niet uitgesloten dat participanten terughoudend waren in het uiten van hun opinies, vanuit een zekere schroom of voorzichtigheid. Verder onderzoek is aangewezen om de invloed van de tijdsgeest en veranderende wetgeving op de opinievorming van verpleegkundigen na te gaan.

// **Het is essentieel dat elke individuele verpleegkundige tot een duidelijk standpunt komt conform zijn/haar eigen waarden** //

diverse verpleegkundige specialiteiten. Bij het vergelijken van de onderzoeksresultaten moet de tijdsgeest in acht genomen worden. Hoogstwaarschijnlijk zijn de verpleegkundige en de publieke opinie t.a.v. euthanasie geëvolueerd tussen 1990 en 2002. Bovendien wordt de visie t.a.v. leven en dood en de autonomie van de patiënt in zekere mate bepaald door de context (land/setting) waarin het onderzoek plaatsvindt. De aard van de vraagstelling dient eveneens in acht genomen te worden. Heel wat onderzoekers maken gebruik van hypothetische vragen, waardoor participanten gedwongen worden te speculeren over hun houding. In het kwantitatief onderzoek wordt vaak gebruikgemaakt van zwart-witvragen. Dit laat evenwel weinig ruimte voor het uiten van een genuanceerd standpunt. Aangezien contextgerelateerde

EEN ONMISBARE STEM

In de toekomst zullen verpleegkundigen steeds vaker met euthanasievragen geconfronteerd worden. Het is bijgevolg essentieel dat elke individuele verpleegkundige tot een duidelijk standpunt komt conform zijn/haar eigen waarden. De opleiding van toekomstige verpleegkundigen kan hiertoe bijdragen, door de nodige aandacht te schenken aan de kwaliteitsvolle zorg rond het levenseinde. Tevens kan een ondersteunend forum geboden worden door een duidelijke profilering vanwege de verpleegkundige beroepsorganisaties. Als pleitbezorgers van de patiënt, zorgexperts en professionals die heel wat tijd aan het bed van de terminaal zieke patiënt doorbrengen, is de stem van de verpleegkundige onmisbaar bij beslissingen over het levenseinde. ○

LE PERSONNEL INFIRMIER FACE À L'EUTHANASIE

Les auteurs ont passé en revue la littérature traitant de la position du personnel infirmier face à l'euthanasie. De grandes divergences apparaissent entre les études en ce qui concerne le pourcentage de pour et de contre l'euthanasie. Les caractéristiques personnelles comme l'âge, la religion et la spécialité infirmière exercent une influence significative sur leurs opinions. Les arguments en faveur de l'euthanasie touchent à la qualité de la vie, au

respect de l'autonomie et au mécontentement par rapport à la situation actuelle. Les arguments contre l'euthanasie concernent le droit à une bonne mort, la foi en les soins palliatifs, les opinions religieuses et le risque d'abus. Le personnel infirmier souligne le besoin de formation plus poussée dans les soins palliatifs, sa difficulté à adopter un point de vue noir sur blanc et son souhait de faire connaître ses idées concernant l'euthanasie.