

Halbade uudiste edastamine patsientidele: tõerääkimise uuring Eesti arstide ja õdede seas

Kadri Simm^{1,2}, Reet Urban³, Külliki Seppel⁴, Jay Zameska¹, Dalia Dzaganija³, Liina Animägi³

Eesti Arst 2021;
100(10):544–554

Saabunud toimetusse:
26.03.2021
Avaldamiseks vastu võetud:
10.09.2021
Avaldatud internetis:
25.10.2021

¹ Tartu Ülikooli filosoofia ja semiootika osakond,
² Tartu Ülikooli eetikakeskus,
³ Tartu Tervishoiu Kõrgkool,
⁴ Tartu Ülikooli ühiskonnateaduste instituut

Kirjavahetajaautor:
Kadri Simm
kadri.simm@ut.ee

Võtmesõnad:
meditsiinkommunikatsioon,
halbade uudiste teatamine,
patsiendi autonoomia,
meditsiinieetika,
tõerääkimine

Taust ja eesmärgid. Tervishoiutöötajate hoiakud ja praktika halbade uudiste edastamisel patsientidele on meditsiinialajaloos muutunud. Alates 20. sajandi keskpaigast on patsiendi õigus saada teada teda ennast puudutavat meditsiinilist teavet kujunenud järk-järgult üheks meditsiinilise suhtluse eetika alustalaks. Uuringu eesmärk oli selgitada välja Eesti tervishoiutöötajate (arstid ja õed) seisukohad patsiendi teavitamisel tema tervisesesundiga seotud halbade uudistest. Selliseid uuringuid on maailmas – eelkõige arstide hulgas – korraldatud alates 1960. aastatest, Eestis toimus uuring esimest korda.

Metoodika. Veebipõhised küsitlused survey.ut.ee keskkonnas viidi läbi 445 tervishoiutöötaja (86 arsti ja 369 õde) hulgas ajavahemikul maist septembrini 2019. Andmeanalüüsiks kasutati SPSSi ja MS Exceli tarkvara. Küsimustikke oli võimalik täita nii eesti kui ka vene keeles.

Tulemused ja järeldused. Eesti tervishoiutöötajad austavad patsiendi õigust saada enda kohta käivat teavet ka siis, kui tegemist on raske ja keerulise juhtumiga, näiteks lõppstaadiumis ravimatu haigusega (sellega nõustus 92% vastanud arstidest, ükski ei eitanud). 36% õdedest vastas samuti jaatavalt ning 41% piirduks teabe jagamisega sellega, mida patsient ise küsib. Seega võib järeldada, et Eesti tervishoiutöötajad järgivad patsiendi autonoomiat austavat meditsiinkultuuri. Samas mõjutavad patsiendile antavat teavet mitmed asjaolud. Üldiselt ei võeta halbade uudiste edastamisel arvesse patsiendi sotsiaalset ega religioosset tausta, küll aga patsiendi arusaamisvõimet, emotsionaalset seisundit ja eelistusi. Arstide vastustest ei ilmnenu hoiakute ebasümmeetriat. Enamik vastanud tervishoiutöötajatest näeb vajadust selleletemalise koolituse järele.

Patsiendile tõese teabe edastamine on tänapäeval meditsiini- ja tervishoiueetika alus, ometi on see suhtluses patsiendiga suhteliselt uus teema. Enne 20. sajandi keskpaika peeti patsiendile kogu diagnoosi ja prognoosi edastamist (eriti raskete haiguste puhul) sageli lausa ebaeetiliseks, sest seda mõisteti patsiendi võimaliku kahjustamisena. Mittekahjustamise printsiip on aga meditsiinieetikas aukohal püsinud juba aastatuhandeid.

Seoses teadva nõusoleku ja isiku autonoomia esiletõusuga alates 20. sajandi keskpaigast on patsiendi õigus tutvuda teda puudutava meditsiinilise teabega kujunenud järk-järgult üheks meditsiinilise suhtluse eetika alustalaks (1). Diagnoosi kohta tõtt rääkides toetab arst otseselt patsiendi

autonoomiat, andes talle vajalikku teavet, mille põhjal saab patsient teha oma elu tuntavalt mõjutavaid otsuseid. Patsiendi soov teadmatusse jätmise kohta kuulub samuti autonoomsete otsuste hulka. Eestis reguleerib nn tõerääkimist ka võlaõiguseaduse 41. peatükk, milles kohustatakse tervishoiutöötajat teavitama patsienti tema tervisesesundist, võimalikest haigustest ja nendega kaasnevatest ohtudest ning tagajärgedest (2).

Seda, kui kiiresti on patsientidele nende haigust puudutava teabe rääkimise hoiakud muutunud, illustreerib eri ajal tehtud uuringute võrdlus. Alles 1961. aastal vastas 88% küsitatud USA onkoloogidest, et nad pigem ei ütle patsiendile kogu diagnoosi (3). Sama küsimustikuga 1979. aastal tehtud

uuringus eelistas juba 98% vastanutest öelda patsiendile kogu diagnoos ja prognoos (4). Hiljem on tõerääkimise praktika uurimine laienenud nii geograafilis-kultuuriliselt – näiteks on seda analüüsitud Norras (5), Itaalias (6), Kataris (7), Poolas (8) ja Lätis (9) – kui ka erialaselt, näiteks on teemat uuritud onkoloogias (10, 11), palliatiivses meditsiinis (12) ja õendusabis (13, 14).

Uuringud on kinnitanud, et patsiendile tõese teabe edastamine tema diagnoosi ja prognoosi kohta on konteksti- ning kultuuritundlik (15–18). Kuigi nõustatakse, et üldiselt peaksid tervishoiutöötajad rääkima tõtt, millest tulenevalt oleksid patsiendid põhjalikult informeeritud, on reaalsed olukorrad tihtipeale keerulised. Psühholoogiliselt raskete uudiste teatamine võib patsiendile tuua kaasa kannatusi, mille vältimine on omakorda tervishoiutöötaja eetiline kohustus. Mõned tervishoiutöötajad, kes tunnetavad patsientide ja nende perede vajadusi, võivad valida tõe varjamise.

On argumenteeritud, et tõerääkimisse ei saagi meditsiinis üheselt läheneda, sest sellist vastust, mis sobiks igale patsiendile, ei ole olemas (19). Näiteks ilmnes Iisraelis onkoloogiliste patsientide seas korraldatud uuringus, et 92% vastanutest oli rahul, et neid teavitati haigusega kaasnevatest halbadest uudistest, samas kui 6% oleks eelistanud, et halbu uudiseid oleks nende eest varjatud ja neid oleks edastatud vaid nende pereliikmetele (20). Pediaatrias või geriaatrias peetakse kohaseks suhtlemist, mis oleks täisealiste ja vastutusvõimeliste patsientide puhul ebaeetiline (ja vastu-pidi). Kultuurides, kus tervishoiutöötaja suhtluspartneriks on patsiendi pere ja lähedased, on suhtlemispraktika teistsugune kui isiku autonoomiale ning teadvale nõusolekule keskendunud kultuurides. Holistlik inimesekäsitus tervishoius, kus inimese kui terviku moodustavad tema enda määratud perekonnaliikmed ja lähedased, mõjutab teabe edastamise praktikast, aga see on muutumises ja arengusuundumusi on võimalik võrdlevate uuringutega selgitada.

Tervishoiutöötajate hoiakuid seoses patsiendile halbade uudiste teatamisega on viimase viiekümne aasta jooksul palju uuritud, küll ei ole seda kordagi tehtud Eestis. Kuigi kolme Eesti arsti anonüümitud vastused kaasati 1993. aastal (21) üleeuroopalisse uuringusse, puudub teema kohta laiem ülevaade. Eesti kontekst on uurimuse

eesmärke silmas pidades huvitav, sest meil on selja taga ajaloolise paternalistliku nõukogude meditsiini lugu, samas juba ka üsna pikaajaline iseseisvuse kogemus, millega on kaasnenud tänapäevase meditsiini- ja õenduseetika põhimõtetele tuginev tervishoiutöötajate koolitus.

Patsiendile halbade uudiste teatamist seostatakse sageli vaid diagnoosi ja ravi puudutava teabe edastamisega ning seda omakorda arstliku tegevuse ja vastutusega. Haigusega seotud andmete sisu ja ulatuse üle otsustab arst, kuid koostöö patsiendiga eeldab meeskonnatööd, mida ajalooliselt hierarhiline tervishoiusüsteem alati ei soodusta. Hiljutises uuringus Inglismaal selgus, et mida paremaks hindasid õed meeskonnatööd, seda vähem tõenäoliselt oli patsiendil etteheiteid seoses neile jagatud teabe järjepideva esitamisega (22). Eestis 2019. aastal korraldatud õdede eetilisi konflikte käsitlevas uurimuses järeldati ühe konfliktide põhjusena mittetoimivat meeskonnatööd, sh puudulikku teabevahetust ja endist paternalistlikku hoiakut (23). Ebatäielik teabevahetus meeskonnas, sh patsiendi ja tema lähedastega, võib mõjutada õdede hoiakut tõerääkimise suhtes (24). Hiinas tehtud uuringus (25) järeldati, et õdede koostööd mõjutab nii nende isiklik hoiak tõerääkimisse kui ka vanus: täieliku tõe rääkimist pooldavad nooremad õed kogevad ka paremat meeskonnatööd arstidega. Samas mõjutab tõerääkimise otsust hirm patsienti emotsionaalselt kahjustada, aga ka hirm sattuda meditsiinilise poleemika keskmesse ja arstide ebasoosingusse.

Käesoleva meditsiinieetika ja meditsiinisotsioloogia valdkonda paigutuva uurimistöö eesmärk oli selgitada Eesti tervishoiutöötajate hoiakuid seoses patsiendile tema tervist puudutavate halbade uudiste teatamisega ning uurida asjaolusid, mis võivad mõjutada patsiendile halbade uudiste edastamise otsust ja viisi. Uurisime normatiivsete meditsiinieetika printsiipide rakendamist Eesti tervishoiutöötajate hoiakutes ja nende muutumist, otsides vastust küsimustele, kui tähtis on kontekst, kas praktika on muutunud või võiks muutuda. Uuringu abil selgitati praegust olukorda, mille põhjal saab hiljem vaadelda uusi arengusuundumusi ja muutusi. Tulemused on tähtsad ka seepärast, et võimaldavad meil hinnata praegust olukorda Eesti tervishoius võrreldes teiste riikidega ning toetada vajaduse korral

tervishoiutöötajate ja patsientide suhtluse parandamisele suunatud abinõusid.

METOODIKA

Arstide ja õdede küsimustike koostamisel võeti aluseks teised teaduskirjanduses avaldatud sarnased uuringud (3, 4, 7), et tagada Eesti tulemuste võrreldavus laiemate üleilmsete suundumustega. Mõningaid küsimusi täpsustati Eesti konteksti arvestades. Anonüümsete küsimustike esimeses osas täpsustati vastajate demograafilist profiili, sh kutseala õpingute kohta, usklikkust ja kokkupuudet surevate haigetega. Küsitluse põhiosas uuriti vastajatelt valmisolekut patsientidele halbu uudiseid edasi anda ning asjaolusid, mis seda valmisolekut mõjutavad, ja nende muutumist aja jooksul.

Samuti uuriti arstide ja õdede hoiakut patsientide õiguste suhtes enda kohta teavet saada ning iseenda valmisolekut patsiendina halbu uudiseid saada. Nn hoiakulise (eba-) sümmeetria kindlakstegemiseks arstide puhul võrreldi kahte sisult sarnast küsimust: patsiendile suunatud küsimust „Kuidas Te hindate, kui ravimatu haigusega patsient küsib otse enda kohta käivat informatsiooni, kas tal on siis õigus teada täielikult kogu teda ennast puudutavat infot?“ ning enesekohast küsimust „Kui Te ise oleksite patsient, kas sooviksite halbu uudiseid (ravimatu, kaugelearenenud haigus) täies ulatuses teada saada?“.

Veebiküsimustik (survey.ut.ee keskkonnas) oli vastamiseks avatud 17.05.–31.09.2019. Suurem osa vastuseid laekus mõne nädala jooksul, kui uuringukutsed haiglatele edastati. Küsimustikule vastanud 86 arsti töötasid kolmes suurhaiglas: Tartu Ülikooli Kliinikum, Ida-Tallinna Keskhaiglas ja Ida-Viru Keskhaiglas. Õdede värbamiseks pöörduiti peale eeltoodud haiglate ka Eesti Õdede Liidu ja Eesti Pereõdede Ühingu poole, kokku vastas küsimustikule 369 õde. Vastamise määra on keeruline kindlaks teha, sest uurijatel ei olnud otseselt ligipääsu tervishoiutöötajate kontaktandmetele haiglates, vaid uuringukutse saatsid oma töötajate listidesse edasi haiglad ja erialaliidud ise. Uuringu taotlus kooskõlastati Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteega (luba 288/T-6, 17.12.2018).

Uuringu tulemuste analüüsimiseks kasutati andmeanalüüsi tarkvara SPSS ja MS Excel. Arvandmete esmaseks analüüsimiseks kasutati kirjeldavat statistikat, sage-

dused esitati protsentides. Taustatunnuste (sugu, vanus, usklikkus, kokkupuutumise sagedus surmaga) seoseid hinnangutega informatsiooni edastamise ja asjaoludega, mis mõjutavad edastatavat infot, hinnati Crameri V abil 95% usaldusvahemikuga. Seoseid on kirjeldatud protsentide abil, sümmeetria puhul on arvatud protsentide usaldusvahemikud.

TULEMUSED

Arstid (n = 86) esindasid kokku 23 eriala. Kõige rohkem oli vastajaid sisearstide, intensiivraviarstide, lastearstide, kirurgide ning naistearstide hulgas. Õdedest (n = 369) 27% töötas pere- või koduõena, 14% intensiivravi-, kiirabi-, erakorralise meditsiini või anesteesiaõena ja 3% onkoloogiaõena, ülejäänud 57% uuringus osalejat töötas erinevates statsionaarsetes haiglaosakondades. 86% arstidest ja 98% õdedest oli erialase hariduse omandanud Eestis (8% arstidest Ukrainas või Venemaal), väljaspool Eestit oli töökogemus 23%-l arstidest (eeskätt Soomes 9% ja Ukrainas 6%) ning 5,4%-l õdedest (Soomes, Venemaal, Norras). Vastanute demograafilised taustatunnused on esitatud joonisel 1.

Meesarstide hulgas oli rohkem venekeelsele küsimustikule vastajaid (38%, võrreldes 14%-ga naisarstide hulgas, p = 0,065), samuti oli meesarstide valim keskmiselt vanem (0% nooremad kui 35 aastat, 41% olid 56aastased või vanemad, naisarstide hulgas oli osakaal vastavalt 16% ja 27%, p = 0,102). Meesõdesid oli valimis seitse (2%), kellest kolm täitsid venekeelse küsimustiku. Tervikuna vastas õdede valimist 24% venekeelsele küsimustikule. Samas ei näita venekeelsele küsimustikule vastanute arv venelaste osakaalu, sest vene rahvusest vastajad võisid täita ka eestikeelse küsimustiku.

Arstidest vastajate usklikkus oli seotud nii vanuse (kuni 35aastaste hulgas pidas end usklikuks 0%, 36–55aastaste hulgas 24% ning 56aastaste ja vanemate hulgas 31%, p = 0,145) kui ka vastamise keelega (eestikeelsete hulgas 19%, venekeelsete hulgas 44%, p = 0,031). Samas ei olnud meeste ja naiste puhul selles osas erinevusi (p = 0,946). Nagu arstide puhul, oli ka end usklikuks pidavate õdede hulk tunduvalt suurem vene keelt eelistavate vastajate hulgas (67%) võrreldes eestikeelsete vastajate hulgaga (20%, p = 0,000). Vanuselisel oli end usklikuks pidavate õdede osakaal suurem

36–55aastaste seas (37%), kuni 35aastaste hulgas oli see 24% ning 56aastaste ja vanemate hulgas 28% ($p = 0,070$).

Arstid

Küsitluse kõik kümme küsimust kesken- dusedid patsiendi teavitamisele fookusega just halbade uudiste edastamisel. Küsi- musele „Kuidas Te hindate, kui ravimatu haigusega patsient küsib otse enda kohta käivat informatsiooni, kas tal on siis õigus teada täielikult kogu teda ennast puudu- tavat infot?“ vastas arstidest suurem osa (92%) jaatavalt ning mitte ükski arst ei vastanud eitavalt, ülejäänud ei osanud öelda (4%) või ei olnud sellise olukorraga kokku puutunud (4%). Veidi suurem kõhklejate osakaal oli üle 56aastaste vanuserühmas (12%) ja vene keeles vastanud arstide (8% vastas „ei tea“) seas. Küsimusele „Kui Te ise oleksite patsient, kas sooviksite halbu uudiseid (ravimatu, kaugelearenenud haigus) täies ulatuses teada saada?“ vastas jaatavalt suurem osa arste (73%).

Teise küsimusega, kus võis valida mitu vastusevarianti, taheti selgitada, kas patsiendile antav teave peab olema alati täielik või mis mõjutab tõenäo- kuse ulatust (vt joonis 2).

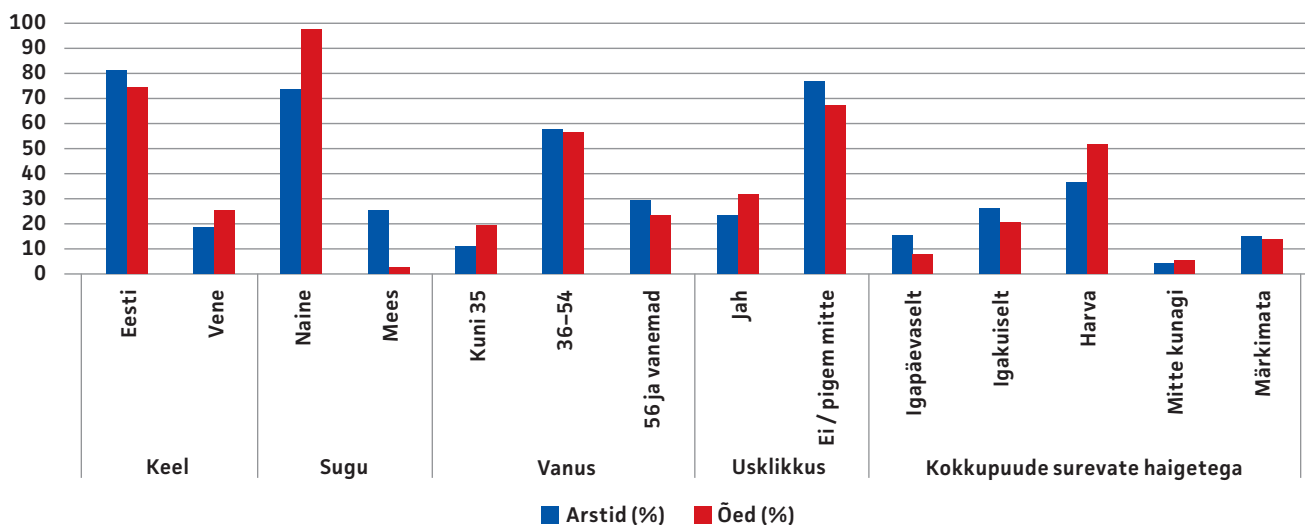
Arstidest 65% arvates peaks patsien- dile edastatav teave olema alati täielik ja hõlmama eranditult kogu tõde; 36% arvas, et teabe andmise ulatus sõltub patsiendi terviseseisundist ja prognoosi tõsidusest; 28% väljendas, et see sõltub patsiendi

soovist ja eelistustest; ning 14%, et patsiendi iseloomust. Eesti keeles vastanud arstide hulgas oli erandita tõe rääkimise eelistajaid märgatavalt rohkem kui vene keeles vasta- nute hulgas, kus toetati peaaegu sama palju arvamust, et see peaks sõltuma ka patsiendi terviseseisundist.

Arstide earühmade võrdluses esines märgatav dünaamika: 80% keskmise vanu- serühma arstidest leidis, et tõest teavet tuleb anda ilma eranditeta (ja erinevaid tingimusi pidas tähtsaks veerand), samas kui vanimas rühmas oli sellise väitega nõus vaid 41% ($p = 0,002$). Vanimas vanuse- rühmas oli rohkem (55%) neid, kes arvasid, et teabe sisu peaks sõltuma patsiendi terviseseisundist ja prognoosi tõsidusest, noorimast vanuserühmast nõustus sellega kaks kolmandikku ($p = 0,013$). Väitega, et teabe andmine peaks sõltuma eelkõige patsiendi soovist ja eelistustest, nõustus üle poole noorimast vanuserühmast ning veerand vanimast earühmast.

Ka arsti usklikkus mängis selle küsimuse puhul statistiliselt olulist rolli: ennast uskli- kuks pidavatest arstidest pidas tervislikku seisundit oluliseks kaalutluskohaks 58%, mitteusklikest 32% ($p = 0,044$).

Vastustest küsimusele „Millised asjaolud mõjutavad seda, kuidas annate patsiendile edasi halbu uudised (ravimatu lõppstaa- diumis haigus)?“ (vt joonis 3) ilmnes, et üle poole arstidest olid seisukohal, et patsiendi arusaamisvõime, patsiendi enda eelistused teabe detailsuse suhtes, emotsionaalne



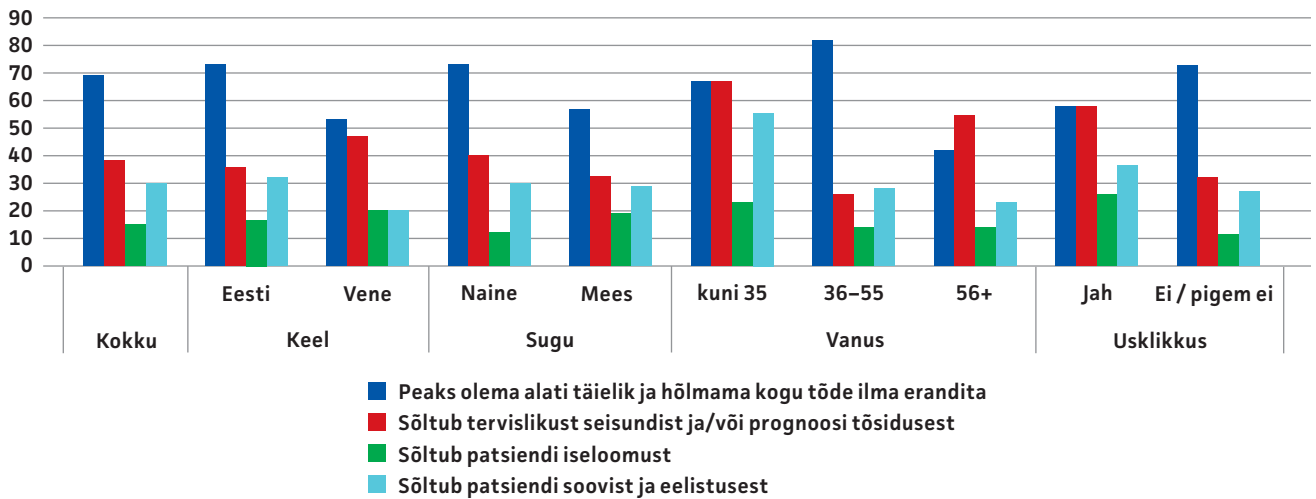
Joonis 1. Küsitluses osalenud arstide (n = 86) ja õdede (n = 369) jagunemine keele, soo, vanuse, usklikkuse ja kokkupuute alusel surevate haigetega.

seisund ning meditsiiniline teadlikkus mängivad halbade uudiste edastamisel tähtsat osa. Samuti oli enamik nõus, et patsiendi sotsiaalne staatus ja religioosne taust ei mõjuta teabe jagamist. Kui arvestada juurde ka need, kes konkreetsete kriteeriumite puhul vastasid „võib-olla“, siis osutus teabe edastamisel tähtsaks ka patsiendi emotsionaalne seisund (jah 44%, võib-olla 29%).

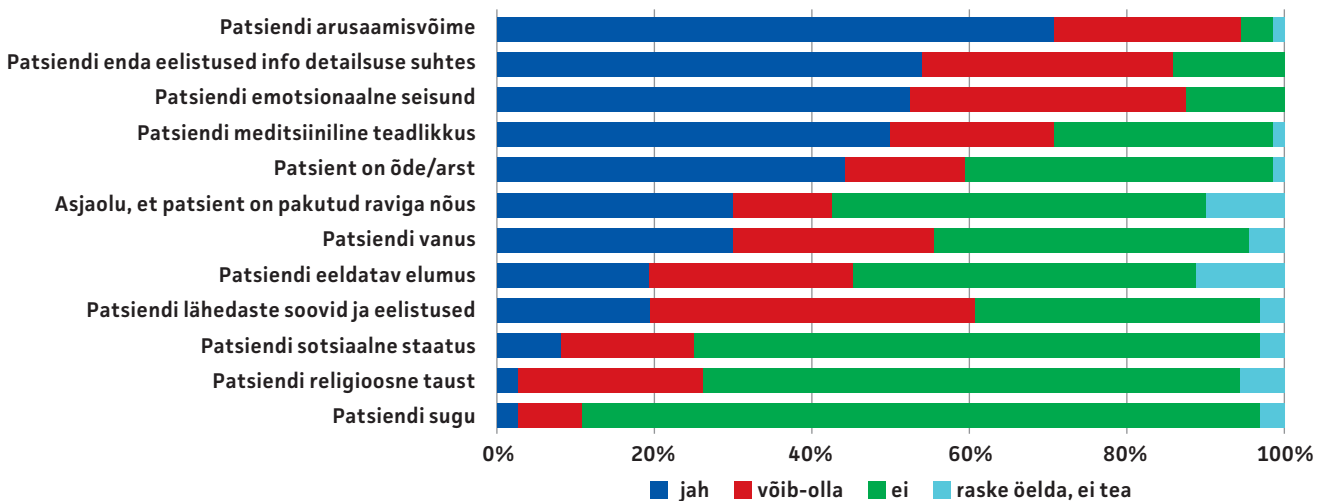
Oli ka kriteeriume, kus vastustes esines märgatavaid lahknevusi ja samas suurusjärgus toetati nii jah- kui ka ei-vastust. Näiteks 37% arstidest märkis, et asjaolu, kui patsient on ise arst või õde, mõjutab teavitamist, samas 33% märkis, et see ei loe (võib-olla 13%). Patsiendi lähedaste soovid ja eelistused mängisid või võisid mängida

oma osa (jah 16%, võib-olla 35%), samas 30% eitas seda. Patsiendi eeldatava elumuse puhul ütles 16%, et see mängib oma osa; 22% vastas „võib-olla“; samas 36% arvas, et see ei loe.

Naisarste iseloomustab võrreldes mees-tega tugevam veendumus, et teave peab alati olema täielik (vastavalt 73% ja 57%). Statistiliselt oluline erinevus ilmnis küsimuse puhul, millised on patsiendi enda eelistused teabe detailsuse suhtes. Seda pidas oluliseks 68% naisarstidest ja 28% meesarstidest (61% vastas „võib-olla“) ($p = 0,008$). Naisarstid pidasid meesarstidest olulisemaks ka patsiendi vanust, religioosset ja sotsiaalset tausta, aga ka arusaamisvõimet ja meditsiinilist teadlikkust, samuti asjaolu, et patsient ise on arst või õde.



Joonis 2. Arstide hinnang patsientidele teabe edastamist mõjutavate tegurite kohta keele, soo, vanuse ja usklikkuse alusel, % (n = 86).



Joonis 3. Patsientidele halbade uudiste edastamist mõjutavad asjaolud arstide hinnangul, % (n = 86).

Arstide hulgas erines oma hoiakutelt teistest kõige enam noorim vanuserühm võrreldes eriti keskmise vanuserühmaga (36–55). Noorimas rühmas oli rohkem neid, kes peavad teabe edastamisel tähtsaks patsiendi erinevaid tunnuseid (nt tervise seisund, arusaamisvõime, aga ka patsiendi eelistus), aga erinevused ei olnud statistiliselt olulised.

Ennast usklikuks pidavate arstide hulgas oli tugevam veendumus, et arvesse peaks võtma patsiendi iseloomu ja emotsionaalset seisundit, aga ka patsiendi soove ja eelistusi ning asjaolu, et patsient on raviga nõus.

Ainult Eestis õppinud ja töötanud ning mujal erialase hariduse saanud (14%) või mujal praktiseerinute (23%) vahel ei olnud hoiakutes suuri erinevusi. Patsiendi eelistusi teabe detailsuse suhtes pidasid ainult Eestis õppinud arstidest tähtsamaks 59%, mujal õppinutest 14%. Statistiliselt oluline erinevus ilmnis ainult küsimuses, kuivõrd peaks arvestama patsiendi arusaamisvõimet (Eestis hariduse saanutest 70%, mujal 86%, $p = 0,001$).

Arusaamad selle kohta, kuidas patsientidele halbu uudiseid edastada, pärinesid arstidel eelkõige praktilisest töökogemusest (80%) ning pea kolmandik (29%) viitas ka lähedaste ja sõprade haiguskogemusele. Kliinilisele arstiõppele viitas 28% ja prekliinilisele 7% (10% vastas „muu“). Peaaegu pooled ehk 41% arstidest olid oma kliinilise praktika jooksul (võrreldes arsti-praktika algusega) muutnud patsientidele halbadest uudistest teatamise põhimõtteid, samas kolmandik (33%) aga mitte või ei osanud öelda. Küsimusele „Kui tõenäoliseks peate seda, et tulevikus Te muudate oma patsientide halbadest uudistest informeerimise praktikat?“ vastas 41%, et nad seda kindlasti ei tee või siis pidasid seda ebatõenäoliseks, 29% pidas oma seisukohtade muutmist tulevikus võimalikuks.

Uurimuses analüüsiti ka hoiakute sümmeetriat. Kui patsiendile pigem ei räägita, aga ise soovitakse samas olukorras ikkagi teavet saada või vastupidi, on tegemist hoiakulise ebasümmeetriaga. Ilmnes, et Eesti arstidel seda ei esinenud, kuigi nii Poola kui ka Läti arstide puhul (8, 9) on täheldatud teavat ebasümmeetriat. 92% (95% usaldusvahemik (uv) 83–97%) arstidest, kes olid nõus sellega, et patsiendil on õigus enda kohta käivat infot täielikult saada, olid ise patsiendina samal arvamusel.

Kuuest arstist, kes kas ei osanud öelda või ei puutunud selle teemaga kokku, soovisid pooled (50%, 95% uv 19–81%) patsiendina saada täielikku teavet.

Valdav osa (78%) arstidest oli arvamusel, et oleks vaja erialast väljaõpet selle kohta, kuidas patsientidele halbadest uudistest teatada. Vaid üksikud arstid leidsid, et sellist õpet ei ole vaja. Vaba tekstina kommenteerisid arstid ise seda järgmiselt: „Suhtlemisõpetust (kõike selles osas – suhtlemist patsiendiga, tema lähedastega, kolleegidega, sh ka halbade uudiste teatamist) oleks meil kõigil palju rohkem vaja.“ Samuti nenditi: „See on väga oluline tööloik ja tihti olen õppinud vaid oma vigadest.“

Õed

Küsimusele, kas ravimatu haigusega patsiendil on õigus teada kogu tõe tema tervist puudutava teabe kohta, kui ta seda küsib, vastas täielikult jaatavalt 36% vastanutest. 41% leidis, et teavet tuleks jagada ulatuses, mida patsient ise küsib, ning 20% jättis küsimusele vastamata või ei osanud vastata. Eitavalt vastas 3%. Osa eitavalt vastanuid ja vastamata jätnuid põhjendas oma valikut seisukohaga, et haigusega seotud halbadest uudistest räägib patsiendile arst. See annab alust eeldada, et küsimust tõlgendati pigem oma igapäeva-praktikale tuginedes, mitte ei väljendatud oma arvamust patsiendi teabe saamise õiguse kohta.

Vanuserühmade võrdluses ilmnis selge dünaamika: mida nooremad olid vastajad, seda enam oldi veendumusel, et patsiendil on õigus alati ja täielikult saada teda puudutavat teavet. Statistiliselt oluline erinevus väljendus kuni 35aastaste (62% vastanutest) ja üle 56aastaste (24% vastanutest) vanuserühma vahel ($p = 0,000$). Vanemas vanuserühmas oli 66% arvamusel, et teavet on õigus saada selles ulatuses, mida patsient ise küsib.

Küsimusele „Kui Te ise oleksite patsient, kas sooviksite halbu uudiseid (ravimatu, kaugelearenenud haigus) täies ulatuses teada saada?“ vastas jaatavalt 82% uuringus osalejatest ja vaid 18% ei osanud öelda või andis eitava vastuse.

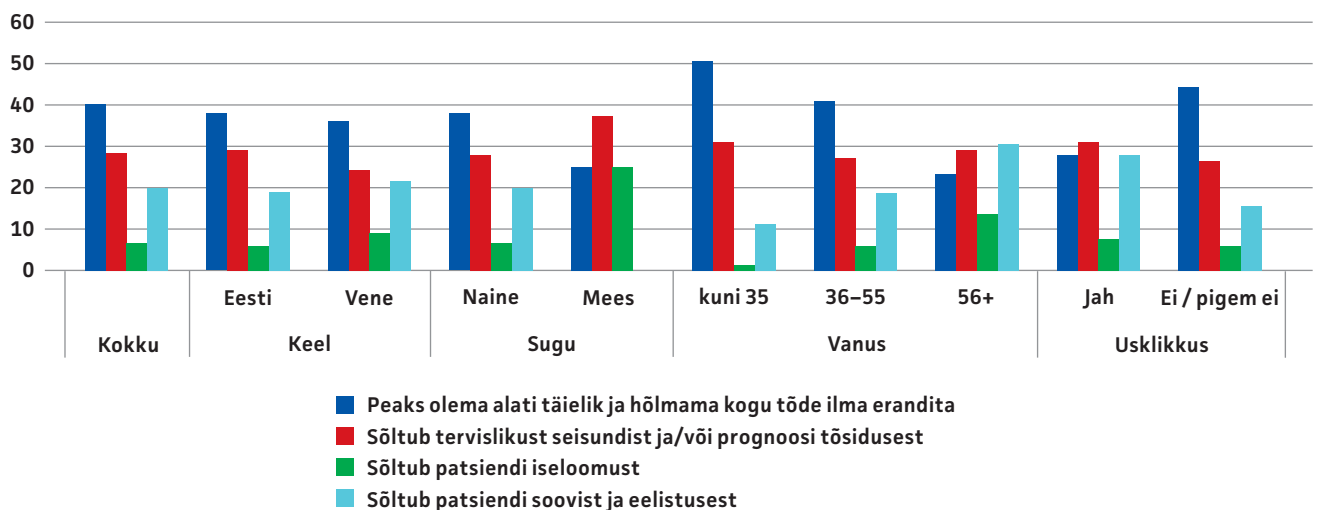
Küsimusele, millest sõltub patsientidele antav teave (vt joonis 4), vastas 40% kõiki-dest vastanutest, et patsiendiga suheldes peaks talle antav teave olema alati täielik ja hõlmama kogu tõe ilma erandita. Vanu-

serühmade võrdluses esines selle vastusevariandi valinutest statistiliselt oluline erinevus alla 35aastaste ja üle 56aastaste vahel, vastavalt andis sellise vastuse 51% ja 23% vastanutest ($p = 0,001$). Teiste vanuserühmade vastustes statistiliselt olulist erinevust ei esinenud.

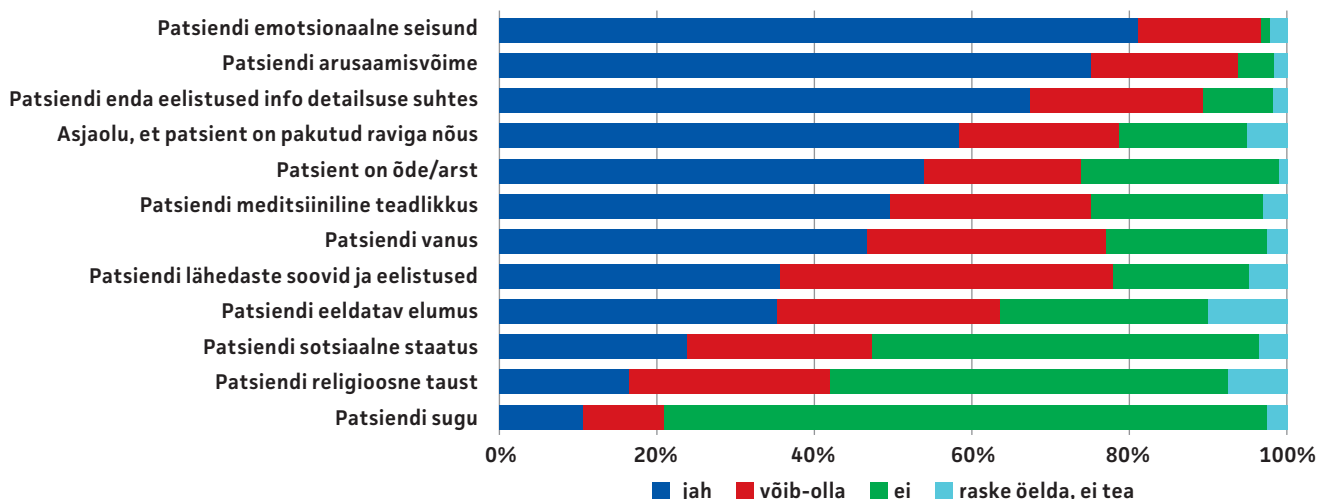
Üle 56aastastest arvas 30%, et patsiendile edastatav teave peaks sõltuma patsiendi soovist ja eelistustest, samas kui kõikidest vastanutest tervikuna oli sellel seisukohal 20%. Kõikidest vastanutest 30% arvates sõltub teabe edastamise ulatus patsiendi tervislikust seisundist ja prognoosi tõsidusest ning 7% arvates mõjutab teabe andmist patsiendi iseloom. Statistiliselt oluline erinevus ilmnis usklikte ja mitteusklike

õdede arvamus, kus 45% mitteusklikest ja vaid 28% usklikest vastajatest ($p = 0,019$) märkis, et patsiendile tuleb alati ilma eranditeta tõtt rääkida. Teiste vastusevariantide vahel usklikte ja mitteusklike vastustes statistiliselt erinevust ei ilmnunud. End usklikuks märkinud vastajatest 28% arvates peaks teabe andmine sõltuma patsiendi soovist ja eelistustest.

Järgnevalt sooviti teada, millised asjaolud mõjutavad patsiendile halbade uudiste edastamist (vt joonis 5). Õdede hinnangul on suurimad mõjutegurid patsiendi emotsionaalne seisund ja tema arusaamisvõime ning patsiendi enda eelistused teabe täpsuse suhtes. Ka patsiendi vanus ja tema nõusolek raviga võivad õdede arvates osutada teabe



Joonis 4. Õdede vastuste jagunemine küsimusele, kas patsiendile antav teave peaks hõlmama eranditult kogu tõde või millest sõltub teabe andmine (valida võis ühe variandi).



Joonis 5. Patsientidele halbade uudiste edastamist mõjutavad asjaolud õdede hinnangul.

jagamisel määravaks, samuti patsiendi lähedaste soovid ja eelistused. Kõige vähem mõjutasid halbade uudiste edastamist patsiendi sotsiaalne seisund, religioosus ja sugu.

Võrreldes arvamusi vanuserühmades, siis asjaolu, et patsient on pakutava raviga nõus, mõjutab halbade uudiste edastamist rohkem üle 56aastaste arvates võrreldes alla 35aastastega, vastavalt 73% ja 50% vastanutest ($p = 0,048$). Kuigi teiste arvamuste vahel vanuserühmiti statistiliselt olulist erinevust ei esinenud, eristus teisest 56aastaste ja vanemate earühm, kes arvestab kõikide mõjuteguritega rohkem kui nooremad vanuserühmad. Selgemalt eristusid näiteks arvestamine emotsionaalse seisundiga (92%), patsiendi enda eelistustega (83%), lähedaste eelistusega (70%), aga ka patsiendi sotsiaalse staatusega (54%).

Võrreldes vastajate rühmi, kellel oli erinev surmaga kokkupuutumise sagedus, ilmnes statistiliselt oluline erinevus vaid ühes arvamuses. Õdedest, kes puutusid surmaga kokku igapäevaselt, vastas 90%, et patsiendi sugu ei mõjuta halbade uudiste edastamist, samas kui 53% surmaga mitte kokkupuutunudest arvas, et sugu võib olla üks mõjutegur ($p = 0,002$). Võrreldes end usklikuks või mitteusklikuks pidavate õdede arvamusi, siis kuigi rühmade võrdluses statistiliselt olulist erinevust ei ilmnenud, arvestaks patsiendi lähedaste soovide ja eelistustega 43% usklike, samas kui 20% mitteusklike sellega ei arvestaks.

Enamiku vastanute (91%) arusaamad selle kohta, kuidas patsientidele halbu uudiseid edastada, pärinesid praktilisest töökogemusest ning 35% viitas ka lähedaste ja sõprade haiguskogemusele. Vaid 23% vastajatest märkis, et nende arusaamad pärinesid õe teooriaõppest, ja 29%, et õppeaegsest praktikast. Mitmed vastajad pidasid oma arusaamade ja hoiakute kujundamise aluseks tööalaselts läbitud vastavateemalisi täienduskoolitusi.

Üle poole vastanutest (70%) oli aja jooksul oma põhimõtteid patsientidele halbade uudiste teatamisel muutnud, ülejäänud ei olnud muutnud või ei osanud öelda. Vanuse kasvades suurenes nende vastajate hulk, kes olid oma põhimõtteid muutnud (üle 56aastaste hulgas rohkem kui 87%). Vastajatest 4% arvas, et tulevikus nad kindlasti muudavad tõe rääkimisega seotud

hoiakuid, 41% pidas muutmist tõenäoliseks ja 36% seda kindlasti ei tee või siis pidas seda ebatõenäoliseks. Erinevate uuritavate rühmade vastuste vahel statistiliselt olulisi erinevusi ei esinenud.

Enamik vastajatest leidis, et patsientidele halbade uudistest teatamiseks oleks vaja täienduskoolitust, samas oli ka neid (21%), kes leidsid, et vastavasisulist õpet ei ole vaja või ei osanud küsimusele vastata, põhjendades oma arvamust eelkõige sellega, et halbade uudiste edastaja on esmajoones arst. Suur osa neist, kes pidasid täienduskoolitust vajalikuks, põhjendasid seda vajadusega olla paremini ette valmistatud halva uudise saanud patsientidega suhtlemiseks ning küsimustele vastamiseks pärast seda, kui arst on halvad uudised edastanud.

ARUTELU

Uuringut kavandades sai pakutud hüpoteesiks, et Eesti võib nõukogude meditsiini kogemuse ning viimase paarikümne aasta lääne meditsiini põhimõtete koosmõjuna paikneda tervishoiutöötajate tõerääkimise hoiakutelt kusagil lääne ja ida vahepeal. Näiteks leiti 25 aasta taguses üleeuroopalises gastroenteroloogide uuringus, et kui Põhja-Euroopas öeldi vähidiagnoos patsiendile välja, siis Lõuna- ega Ida-Euroopas enamik arste seda ei teinud (21). See tähendab, et viimased enamasti küll uskusid patsiendi õigustesse, kuid siiski esines veendumusi ning praktikast, mis seadsid esikohale pigem patsiendi mittekahjustamise (halbade teadete edastamist peeti patsiendi kahjustamiseks).

Eesti uuringu tulemusena selgus, et valimi põhjal on patsiendi autonoomia ja sellel põhinev õigus teada tõe arstide seas väga tähtsal kohal ega erine tõenäoliselt märgatavalt näiteks meie lähiriikidest Soomest ja Rootsist. Võrdlus 2013. aastal Poolas tehtud uurimusega annab näiteks tulemuseks, et seal nõustub ainult 25% arstidest väitega, et alati on õige teatada patsiendile ravimatust haigusest. 38% vastas sellele eitavalt ning 37% arvas, et see sõltub patsiendi võimest haigusega hakkama saada (8). Ka Eesti arstid (36%) ja õed (30%) arvasid, et teabe andmise ulatust mõjutab patsiendi terviseseisund ja prognoosi tõsidus, samuti patsiendi enda soov ja eelistus teavet saada, kuigi täieliku eranditeta tõe rääkimise seisukohal oli 65% arstidest ning 40% õdedest.

Samas olid õed kahtlevad patsiendi õiguse suhtes saada alati ja täielikult kogu teda puudutavat teavet. Õe kutse-eesitaja küll rõhutab patsiendi autonoomsust ja sellega kaasnevat õigust teada tõde temaga toimuva kohta, kuid õed tõlgendavad seda tõenäoliselt rohkem patsiendiga koos tehtavate praktiliste tegevuste kaudu ning annavad teavet eelkõige patsiendi küsimustele vastamisega. Õdede seas oli täieliku tõerääkimise veendumus suurem nooremate, alla 35aastaste hulgas, mida võib seletada nii 21. sajandil muutunud ühiskondliku hoiakuga kui ka muutustega õeõppes. Tervishoiutöötajate religioosus võib siin samuti mõju avaldada: end usklikuks pidavad õed kaaluvad rohkem tõerääkimise ulatust ning arvestavad enam patsiendi eelistustega. Arste mõjutab halbade uudiste edastamisel kõige enam patsiendi arusaamisvõime, aga ka nende meditsiiniline teadlikkus, samas kui õed seavad esikohale pigem patsiendi emotsionaalse seisundi.

Õdede vastuseid patsientidele edastatava teabe kohta võis osaliselt mõjutada asjaolu, et vastates lähtuti teadmisest, et halbade uudiste edastamise eest vastutab eelkõige arst, mitte ei tuginetud isiklikule hoiakule ja kutseeetika põhimõtetele. Selline olukord võib omakorda kaasa tuua eetilisi dilemmasid enda veendumuste ja eetiliste põhimõtete ning reaalse praktika vahel, mis ilmnes ka varasemas uuringus õdedega tehtud intervjuude tulemustest (23). Mingil määral võib õdede hoiakuid mõjutada praktika, mille käigus on kogetud eetiliselt keerukaid suhtlusolukordi patsientide ja nende lähedastega pärast seda, kui arst on diagnoosist tuleneva halva teabe patsiendile osaliselt edastanud (24). Õde lähtub oma tegevuses patsiendi heaolu, sealhulgas emotsionaalse seisundi parandamise vajadusest ning see võib mõjutada ka tõerääkimist, sest arvestatakse eelkõige patsiendi meeoleolu. Patsiendil on küll õigus tõde teada, kuid samas on õel kohustus patsiendi eest hoolitsemisel minimeerida emotsionaalset kahju. Seetõttu võidakse tõerääkimisel lähtuda rohkem patsiendi esitatud küsimustest, mitte põhimõttelisest hoiakust, et patsient peab teadma täit tõde.

Kuigi paljud vastanutest olid oma teatamispraktikat karjääri jooksul muutnud (41% arstidest ja 70% õdedest), oli suur ka nende hulk, kes olid kindlad, et nad ei muuda tulevikus oma teatamispraktikat (41%

arstidest ja 36% õdedest), või pidasid seda ebatõenäoliseks. Õdede valimist ilmselt, et mida kõrgem vanus, seda suurem oli oma põhimõtteid muutnud vastajate osakaal. Tulemus on ootuspärane, sest patsiendi autonoomsus ja sellega seotud tõerääkimine on olnud õdede eetikakoolituse keskmes viimasel paarikümnel aastal. Samas peeti erialast väljaõpet selle kohta, kuidas halbu uudiseid edastada, siiski vajalikuks (78% arste ja 79% õdesid).

Vaba tekstina kommenteeriti seda näiteks järgmiselt: „See oleks lausa hädavajalik arstiõppe osa, sh ka vajalik arstidel endal mõistmaks, et alati ei pea ravima viimse veretilgani, vaid aeg-ajalt oleks mõistlik pakkuda ravist tingitud lõputu viirelemise asemel nt hospiitsi võimalusi“. Ilmnes ka suhtlemisoskuse koolituste teatav vastuolulisus: „Erialast koolitust on vaja, kuid arvan, et suhtlemisoskus on väga vähe õpitav.“ Kuna halbade uudiste edastamise ja tõerääkimise praktika kujuneb valdavalt välja tööpraktika jooksul, mitte kõrgkoolis eriala õppides, on tööalase täienduskoolituse vajadus igati loogiline.

Uuring andis meditsiinihariduse ja -eetika kontekstis olulise tulemuse: Eesti tervishoiutöötajate seas on patsiendi autonoomia austamine väga tähtsal kohal ning patsiendi eest ei varjata paternalistlikel eesmärkidel olulist teavet. Siit tõstatuvad aga järgmised tähtsad teemad, mille uurimiseks on vaja rakendada kvalitatiivseid meetodeid. Tänapäeva meditsiinieetika kontekstis on küsimus pigem „kuidas rääkida?“, mitte enam „kas rääkida?“. Olukorda kirjeldab uuringu arsti kommentaar: „Info peaks olema tõene, aga edastatud viisil ja määral, mis säilitab usu abisse ja valmisoleku abi vastu võtta“. Tema kolleeg lisas: „Positiivsete mõtete ja tunnete säilitamine peab jääma domineerima kogu riskide ja ohtude teavitamise juures“.

Ka Eestis on juba korraldatud koolitusi halbade uudiste edastamiseks patsiendile. Näiteks on rakendatud SPIKESi meetodit (halbade uudiste teatamise protokoll akronüüm), mis keskendub keerulise vestluse teadlikule ettevalmistamisele alates selle koha, osalejate, ajastuse valikust ning lõpetades eri suhtlustehnikate (mitteverbaalne suhtlemine, aktiivne kuulamine, peegeldamine jne) sobitamisega vestluse eri etappides.

Üks uuringu järeldusi on ka see, et rahvusvaheliste uuringute põhjal koos-

tatud küsimustikud ei pruugi enam väga hästi sobida konteksti, kus valitseb pea konsensuslik arusaam patsiendi autonoomia tähtsusest. On ka selge, et patsiendi autonoomia avaldub arsti-patsiendi suhtes ja raviprotsessis ka mitmes teises aspektis, mida uuring ei puudutanud.

Tõerääkimine halbade uudiste edastamisel on keeruline ja nüansseeritud, mitmete hallide aladega valdkond, kus sisalduvad ka pooltõed, osaline tõerääkimine, kahemõttelisused, tahtlikud möödarääkimised ning olukorrad, kui patsient ei taha kõike teada – seda spektrit on keeruline kvantitatiivse uuringuga hõlmata. Välja selgitamata on ka see, kuidas patsiendid ise soovivad teavet saada ning kas ja kuidas nad eelistavad kaasata sellesse protsessi oma lähedasi. Kuigi kvaliteetse tervishoiuteenuse kontekstis räägitakse tihti holistlikuma ja nüansseerituma lähenemise vajadusest, ei kogeta Eestis alati perekonna kaasamist inimese tervist puudutavate otsuste tegemisse (26, 27).

Uuringuga selgitati nii arstide kui ka õdede hoiakuid ning autorid peavad oluliseks rõhutada, et patsiendi perspektiivist vaadatuna mängivad mõlemad pooled tähtsat osa. See, kuidas patsiendiga suheldakse ning kuidas tervishoiutöötajad talle tähtsat teavet edastavad, kordavad ja tõlgendavad, on patsiendi kogemuses tervik.

Uuringul on võimalikke puudusi. Küsitlustele vastanute hulk ja andmete kogumise viis ei taga representatiivsust, seega ei saa teha üldistusi tervishoiutöötajatele (arstidele ja õdedele) tervikuna. Küsitluse ülesehitusel ja korraldusel püüti tagada võimalikult suur hõlmatus ning geograafiline (kolm suurhaiglat eri regioonides ja õed üle Eesti) ja keeleline (vastamise võimalus eesti ja vene keeles) varieeruvus. Mitme olulise küsimuse puhul olid vastused siiski üsna üksmeelsed ja seega saab teha järeldusi üldiste hoiakute kohta ning võrrelda mõningaid rühmi erinevate hoiakute alusel. Uuringus osalemine oli vabatahtlik ja veebipõhine, seega võis tulemustes oma osa mängida ka eneseselektioon – vastasid pigem need, kellele oli teema tähtis ja kes end internetis mugavamalt tundsid. Vastamast võisid hoiduda need, kes praegu valitsevat autonoomiakeskset suhtluskultuuri ei väärtusta või tajuvad lõhet meditsiinieetika ideaalide ning isikliku kogemuse vahel. Alarühmade võrdlemine oli mõnel juhul raskendatud, sest rühmad olid

kohati (nt erialad või venekeelsed naised) väga väikesed ning siis võrdlust ei tehtud.

JÄRELDUSED

Eesti tervishoiutöötajad austavad patsiendi õigust saada teavet oma tervises seisundi kohta ja seda ka siis, kui tegemist on raske ja keerulise juhuga, näiteks ravimatu lõppstaadiumis haigusega. Selle väitega nõustus 92% vastanud arstidest (ükski ei eitanud), 36% õdedest vastas samuti jaatavalt ning 41% piirduks teabe jagamisega sellega, mida patsient ise küsib. Võib järeldada, et Eesti tervishoiutöötajad järgivad tõerääkimisel patsiendi autonoomiat austavat meditsiinkultuuri. Samas mõjutavad tervishoiutöötajate hoiakuid patsiendile tõe rääkimisel nende endi religioossus ja vanus. Täieliku tõese teabe andmist mõjutab ka mitu patsiendipoolset asjaolu. Üldiselt ei mängi patsiendi sotsiaalne ega religioosne taust halbade uudiste edastamisel suurt osa, küll aga on tähtsad patsiendi arusaamisvõime, emotsionaalne seisund ja eelistused. Arstide puhul ei ilmnenu tõerääkimise hoiakutes ebasümmeetriat.

TÄNUAVALDUS

Autorid tänavad kõiki uuringus osalenud arste ja õdesid ning samuti artikli retsensente. Uurimistöö valmis Eesti Uuringute Tippkeskuse grandil toel (TK 145, Euroopa regionaalarengu fond).

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoritel puudub huvikonflikt.

SUMMARY

Communicating bad news to patients: truth-telling study amongst Estonian physicians and nurses

Kadri Simm^{1,2}, Reet Urban³, Külliki Seppel⁴, Jay Zameska¹, Dalia Dzaganija³, Liina Animägi³

Background and aims. Over the past half a century the medical tradition of telling patients the truth about their terminal diagnosis has changed considerably. While previously such truth-telling was perceived as harmful to the patient, and thus in violation of the ancient medical ethics principle of non-maleficence, the growing importance of informed consent and patient autonomy has significantly changed these

¹ Institute of Philosophy and Semiotics, University of Tartu,

² Centre for Ethics, University of Tartu,

³ Tartu Health Care College,

⁴ Institute of Social Studies, University of Tartu

Correspondence to: Kadri Simm kadri.simm@ut.ee

Keywords: truth-telling, patient autonomy, medical ethics, bad news, medical communication

practices. Research has shown that truth-telling practices are often culturally and geographically diverse. This study aimed at mapping, for the first time, Estonian physicians and nurses' attitudes and practices regarding truth-telling. Our hypothesis was that Estonian medical attitudes lie in-between the more autonomy-oriented US and Western-European trends and the more paternalistic tendencies of Southern and Central-Europe, as demonstrated by other research.

Methods. A web-based questionnaire with respondents from three large Estonian hospitals (in Tallinn, Tartu and Jõhvi) as well as from the members list of Estonian Union of Nurses and Family Nurses Association from May to September 2019. 455 respondents, 19% physicians (n = 86) and 81% nurses (n = 369).

Results and conclusions. Estonian medical professionals respect patients' rights to know truthful information about themselves, even if that truth pertains to terminal diagnosis. 92% of physicians agreed that patients have the right to know, none denied it. 36% of nurses also agreed fully, while 41% would limit their communication with patients to what patients themselves requested. Several criteria influence the information that the patient is given. Generally, a patient's social or religious background does not affect how bad news is communicated, but a patient's understanding, emotional state, and preferences do play a role. The results of the study confirm that Estonian medical workers' attitudes and practices of truth-telling align with those of medical workers in Northern and Western Europe. No asymmetrical attitudes to truth-telling were present for physicians. The majority of both physicians and nurses recognize the need for specialized training in communicating bad news.

KIRJANDUS / REFERENCES

1. Sisk B, Frankel R, Kodish E, Isaacson H. The truth about truth-telling in American medicine: a brief history. *Perm J* 2016;3:74–7.
2. Völaõigusseadus (26.09.2001). RT I 2001, 81, 487; viimati muudetud 23.05.2013. <https://www.riigiteataja.ee/akt/111062013009>.
3. Oken D. What to tell cancer patients: A study of medical attitudes. *JAMA* 1961;175:1120–8.
4. Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H, Morrow GR, Bennett JM. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA* 1979;241:897–900.
5. Loge JH, Kaasa S, Ekeberg Ø, Falkum E, Hytten K. Attitudes toward informing the cancer patient—a survey of Norwegian physicians. *Eur J Cancer* 1996;32A:1344–8.
6. Grassi L, Giraldi T, Messina E, Magnani K, Valle E, Cartei G. Physicians' attitudes to and problems with truth-telling to cancer patients. *Support Care Cancer* 2000;8:40–5.
7. Rodriguez Del Pozo P, Fins JJ, Helmy I, et al. Truth-telling and cancer diagnoses: physician attitudes and practices in Qatar. *Oncologist* 2012;17:1469–74.
8. Leppert W, Majkovicz M, Forycka M. Attitudes of Polish physicians and medical students toward breaking bad news, euthanasia and morphine administration in cancer patients. *J Cancer Educ* 2013;28:603–10.
9. Neiders I, Silve V, Silis V. Truth-telling and the Asymmetry of the Attitude to Truth-telling to Dying Patients in Latvia. In: Simm K, Lerner H, eds. *Medical Philosophy and Medical Ethics in the Nordic and the Baltic Countries*. *Studia Philosophica Estonica* 2013;6:2.
10. Shahidi J. Not telling the truth: Circumstances leading to concealment of diagnosis and prognosis from cancer patients. *Eur J Cancer Care* 2010;19:589–93.
11. Manicat-Emo A, Bankas D, Bradbury L, Espedido B. Truth-telling and an adolescent diagnosed with a malignant brain tumour: who are we protecting? *Can J Neurosci Nurs* 2010;32:36–40.
12. Hancock K, Clayton JM, Parker SM, et al. Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review. *Palliat Med* 2007;21:507–17.
13. Vivian R. Truth telling in palliative care nursing: the dilemmas of collusion. *Int J Palliat Nurs* 2006;12:341–8.
14. Tuckett AG. Registered nurses' understanding of truth-telling as practiced in the nursing-home: An Australian perspective. *Health Sociology Review* 2006;15:179–91.
15. Sarafis P, Tsounis A, Malliarou M, Lahana E. Disclosing the truth: a dilemma between instilling hope and respecting patient autonomy in everyday clinical practice. *Glob J Health Sci* 2013;20;6:128–37.
16. Gan Y, Zheng L, Yu NX, Zhou G, Miao M, Lu Q. Why do oncologists hide the truth? Disclosure of cancer diagnoses to patients in China: A multisource assessment using mixed methods. *Psychooncology* 2018;27:1457–63.
17. Muneer MS, Elhassan AE, Osman AM, et al. Breaking bad news from the doctors' perspective in a paternalistic society: the case of Sudan. *Tropical doctor* 2018;48:340–4.
18. Velan B, Ziv A, Kaplan G, et al. Truth-telling and doctor-assisted death as perceived by Israeli physicians. *BMC Med Eth* 2019;20:1–3.
19. Bergley A, Blackwood B. Truth-telling versus hope: A dilemma in practice. *Int J Nurs Pract* 2000;6:26–31.
20. Sapir R, Catane R, Kaufman B, et al. Cancer patient expectations of and communication with oncologists and oncology nurses: the experience of an integrated oncology and palliative care service. *Support Care Cancer* 2000;8:458–63.
21. Thomsen OO, Wulff HR, Martin A, Singer P. What do gastroenterologists in Europe tell cancer patients? *Lancet* 1993;341:473–6.
22. von Knorring M, Griffiths P, Ball J, Runesdotter S, Lindqvist R. Patient experience of communication consistency amongst staff is related to nurse-physician teamwork in hospitals. *Nurs Open* 2020;7:613–7.
23. Usberg G. Õdede kogemused eetiliste konfliktidega: kvalitatiivne uurimus. *Magistritöö*. Tartu Ülikool; 2019.
24. Testoni I, Wieser MA, Kapelis D, Pompele S, Bonaventura M, Crupi R. Lack of truth-telling in palliative care and its effects among nurses and nursing students. *Behav Sci* 2020;10:88.
25. Cheng Q, Duan Y, Wang Y, Zang Q, Chen Y. The physician-nurse collaboration in truth disclosure: from nurses' perspective. *BMC Nurs* 2021;20:38.
26. Gross L. Vähktõvega täisealise patsiendi lähedaste vajadused ja nende rahuldamine Eesti regionaalhaiglates. *Magistritöö*. Tartu Ülikool; 2009.
27. Uibu E. Patsiendi lähedaste vajadused ja nendega arvestamine täiskasvanute intensiivravis. *Magistritöö*. Tartu Ülikool; 2012.