

# Kontakt interpersonalny lekarz-pacjent

(Relacja z pacjentem wg. EBM)

klucz do zapobiegania roszczeniom?

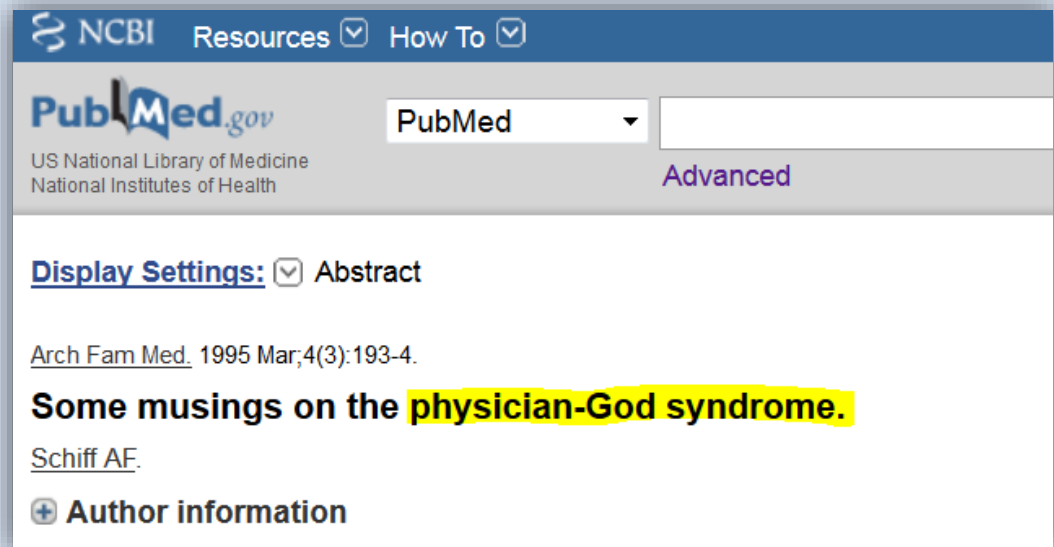
---

Dr hab. Wojciech FELESZKO

WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

# WSTĘP

Problem komunikacji w medycynie jest globalny  
*„Syndrom Boga”*



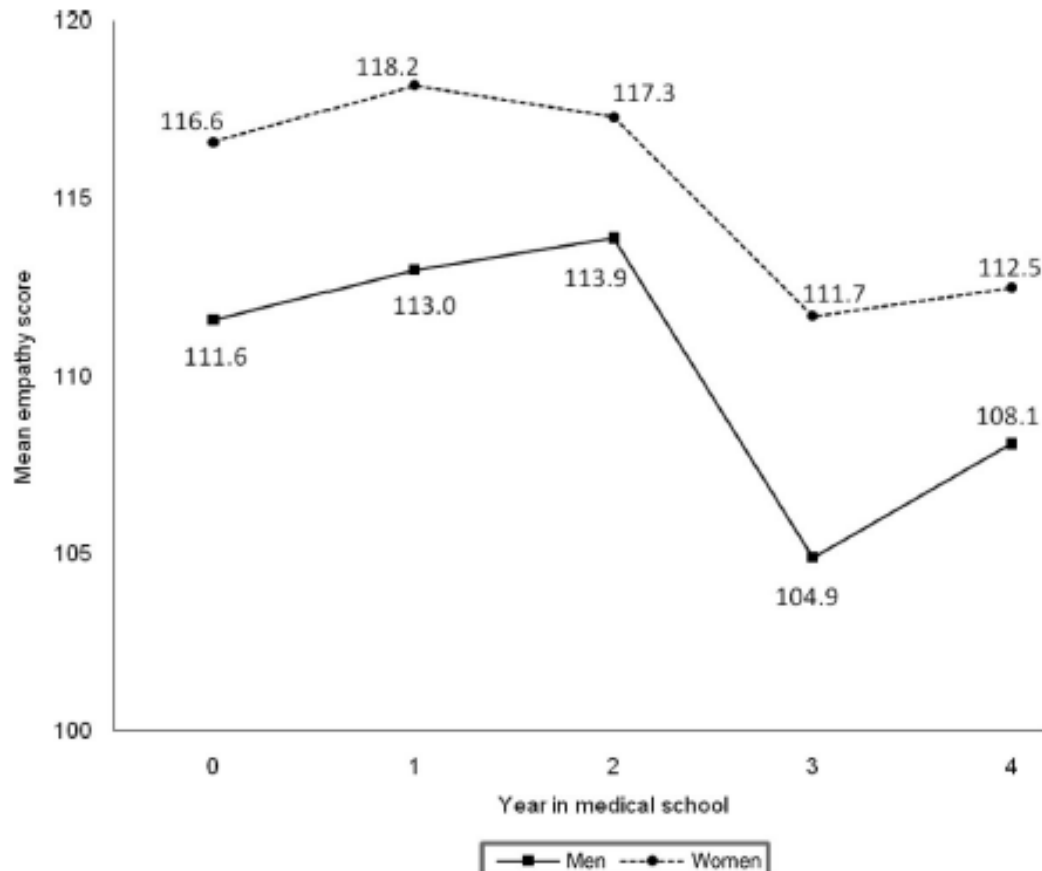
# Empatia u studentów medycyny

## The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School

Mohammadreza Hojat, PhD, Michael J. Vergare, MD, Kaye Maxwell, George Brainard, PhD, Steven K. Herrine, MD, Gerald A. Isenberg, MD, Jon Veloski, MS, and Joseph S. Gonnella, MD

Acad Med. 2009; 84:1182–1191.

Empathy





Jeżeli nie popełnię błędu ...  
... będę dobrym lekarzem...



## The Relationship Between Malpractice Claims History and Subsequent Obstetric Care

Stephen S. Entman, MD; Cheryl A. Glass, MSN; Gerald B. Hickson, MD; Penny B. Githens, MS; Kathryn Whetten-Goldstein, PhD, MPH; Frank A. Sloan, PhD

JAMA. 1994;272(20):1588-1591. doi:10.1001/jama.1994.03520200044033.

Text Size: A A A

# Prawidłowa opieka ginekologiczna a ryzyko

## Wnioski:

To nie błędy lekarskie  
prowadzą do pozwu (wojny)

Wiele pozwów

17

0

2

\* Analiza danych pacjentek ginekologicznych na Florydzie 1977-83

# Patient Complaints and Malpractice Risk

Gerald B. Hickson, MD  
Charles F. Federspiel, PhD  
James W. Pichert, PhD  
Cynthia S. Miller, MSSW  
Jean Gauld-Jaeger, MS  
Preston Bost, PhD

**Context** A small number of physicians experience a disproportionate share of malpractice claims and expenses. If malpractice risk is related in large measure to factors such as patient dissatisfaction with interpersonal behaviors, care and treatment, and access, it might be possible to monitor physicians' risk of being sued.

**Objective** To examine the association between physicians' patient complaint records and their risk management experiences.

**Design, Setting, and Participants** Retrospective longitudinal cohort study of 645 physicians in a large US medical group between January 1992

**JAMA**®

June 12, 2002—Vol 287, No. 22

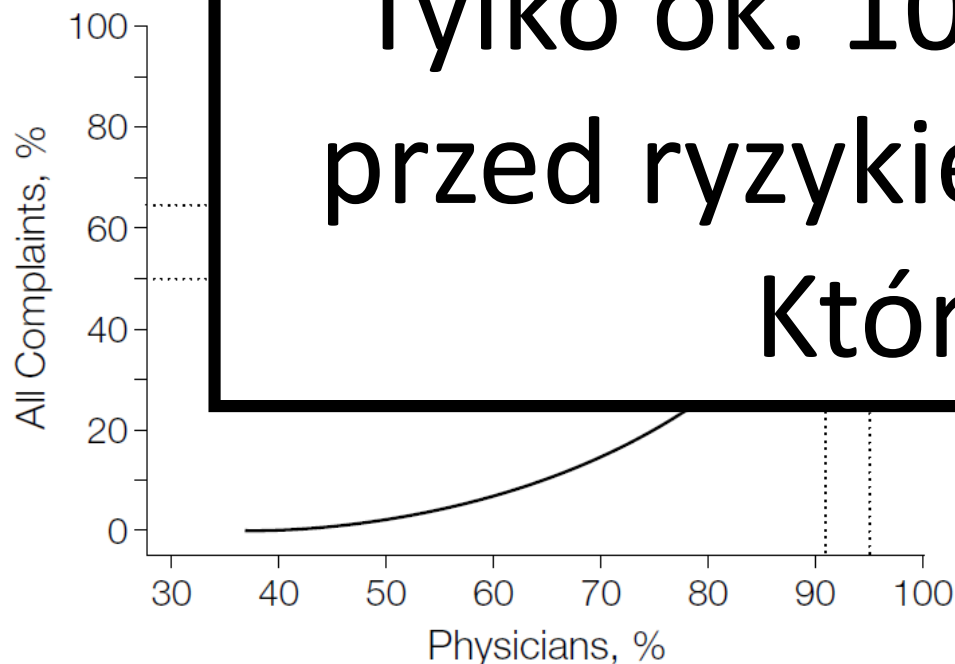
The Journal of the American Medical Association

Analizowano dane 645 lekarzy  
różnych specjalności

## Wnioski:

Tylko ok. 10% z nas stoi  
przed ryzykiem roszczeń.

Którzy ?



KTÓRZY ...?

# Patient Complaints and Malpractice Risk

Gerald B. Hickson, MD  
Charles F. Federspiel, PhD  
James W. Pichert, PhD  
Cynthia S. Miller, MSSW  
Jean Gauld-Jaeger, MS  
Preston Bost, PhD

**Context** A small number of physicians experience a disproportionate share of malpractice claims and expenses. If malpractice risk is related in large measure to factors such as patient dissatisfaction with interpersonal behaviors, care and treatment, and access, it might be possible to monitor physicians' risk of being sued.

**Objective** To examine the association between physicians' patient complaint records and their risk management experiences.

**Design, Setting, and Participants** Retrospective longitudinal cohort study of 645 general and specialist physicians in a large US medical group between January 1992 and March 1998, accounting for 2546 physician-years of care.

**Main Outcome Measures** Computed rates of all unsolicited patient complaints.

Analizowano dane 645 lekarzy  
różnych specjalności

**JAMA**<sup>®</sup>

The Journal of the American Medical Association

June 12, 2002—Vol 287, No. 22

## POZWY

Chirurdzy

Nie-Chirurdzy

62%

32%

Ryzyko procesu nie ma związku z  
doświadczeniem czy sposobem  
leczenia

## Patient Complaints and Malpractice Risk

Gerald B. Hickson, MD  
Charles F. Federici, PhD  
James W. Pichert, PhD  
Cynthia S. Miller, MSSW  
Jean Gauld-Jaeger, MS  
Preston Bost, PhD

**Context** A small number of physicians experience a disproportionate share of malpractice claims and expenses. If malpractice risk is related in large measure to factors such as patient dissatisfaction with interpersonal behaviors, care and treatment, and access, it might be possible to monitor physicians' risk of being sued.

**Objective** To examine the association between physicians' patient complaint records and their risk management experiences.

**Design, Setting, and Participants** Retrospective longitudinal cohort study of 645 general and specialist physicians in a large US medical group between January 1992 and March 1998, accounting for 2546 physician-years of care.

**Main Outcome Measures** Computerized records of all unsolicited patient complaints were recorded by the medical center's patient affairs office, coded to characterize the nature of the problem and alleged offender, and compared with each physician's risk management records for the same period.

**Results** Both patient complaints and risk management events were higher for surgeons than nonsurgeons. Specifically, 137 (32%) of the 426 nonsurgeons had at least 1 risk management file compared with nearly two thirds (137 [63%] of 219) of all surgeons ( $\chi^2 = 54.7$ ,  $P < .001$ ). Both complaint and risk management data were positively correlated with physicians' volume of clinical activity. Logistic regression revealed that risk management file openings, file openings with expenditures, and lawsuits were significantly related to total numbers of patient complaints, even when data were adjusted for clinical activity. Predictive concordance of specialists' malpractice

(Reprinted) JAMA, June 12, 2002—Vol 287, No. 22

**JAMA**<sup>®</sup>

The Journal of the American Medical Association

# Wnioski: Błędy w komunikacji – relacji lekarz-pacjent prowadzą do wojny

przeciwko lekarzom  
(kompetencje  
społeczne?, empatia ?)

mented in interviews with families who sued their physicians.<sup>7,10,11</sup> In the present study, the total number of patient complaints, not any particular type, predicted risk management outcomes. Subsidiary logistic regression analyses



# Levinson W., JAMA 1997

---

ARTICLE | February 19, 1997

## **Physician-Patient Communication The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons**

Wendy Levinson, MD; Debra L. Roter, DrPH; John P. Mullooly, PhD; Valerie T. Dull, PhD; Richard M. Frankel, PhD

*JAMA*. 1997;277(7):553-559. doi:10.1001/jama.1997.03540310051034.

Text Size: **A** A A

# Physician-Patient Communication The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons

Wendy Levinson, MD; Debra L. Roter, DrPH; John P. Mullooly, PhD; Valerie T. Dull, PhD; Richard M. Frankel, PhD

JAMA. 1997;277(7):553-559. doi:10.1001/jama.1997.03540310051034.

Text Size: A A A

Nagrano na video  
ok 100 rozmów  
(lekarz-pacjent)

59 internistów i POZ  
65 chirurgów/ortopedów



2 grupy  
lekarzy:

„0”  
pozwu

> 2  
pozwu

I. bez procesu sądowego

II. Co najmniej 2 procesy

## Physician-Patient Communication The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons

Wendy Levinson, MD; Debra L. Roter, DrPH; John P. Mullooly, PhD; Valerie T. Dull, PhD; Richard M. Frankel, PhD

JAMA. 1997;277(7):553-559. doi:10.1001/jama.1997.03540310051034.

Text Size: A A A

Widzowie  
oceniaли:

- Profesjonalizm Zawodowy
- Zdolność do tłumaczenia
- Zachęty do mówienia
- Uśmiech i poczucie humoru

Lekarze z  
> 2  
pozwami

Lekarze  
bez pozwu

# Physician-Patient Communication The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons

Wendy Levinson, MD; Debra L. Roter, DrPH; John P. Mullooly, PhD; Valerie T. Dull, PhD; Richard M. Frankel, PhD

JAMA. 1997;277(7):553-559. doi:10.1001/jama.1997.03540310051034.

Text Size: A A A

Le  
pc  
**Wnioski:**

Czas jest istotnym  
czynnikiem.

Poczucie humoru też !

mówienia

Brak **JAKICHKOLWIEK RÓŻNIC** w jakości informacji medycznej

## Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history

Nalini Ambady, PhD, Debi LaPlante, MA, Thai Nguyen, BA, Robert Rosenthal, PhD,  
Nigel Chaumeton, PhD, and Wendy Levinson, MD, Boston, Mass, Riverside, Calif, and Toronto, Ontario, Canada

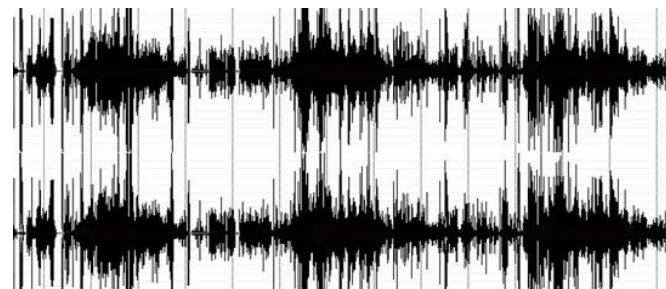
---



## Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history

Nalini Ambady, PhD, Debi LaPlante, MA, Thai Nguyen, BA, Robert Rosenthal, PhD,  
Nigel Chaumeton, PhD, and Wendy Levinson, MD, Boston, Mass, Riverside, Calif, and Toronto, Ontario, Canada

NAGRANIE (Fragment)  
Rozmowy (lekarz chirurg-  
pacjent)



40 sek.  
Przefiltrowany  
dźwięk – poddano  
ocenie

„0”  
pozwu

I. bez pozwu

> 2  
pozwy

II. > 2 pozwy

## Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history

Nalini Ambady, PhD, Debi LaPlante, MA, Thai Nguyen, BA, Robert Rosenthal, PhD, Nigel Chaumeton, PhD, and Wendy Levinson, MD, Boston, Mass, Riverside, Calif, and Toronto, Ontario, Canada

### Słuchacze oceniali:

Intonację, ton i  
rytm wypowiedzi:

- empatia
- serdeczność
- niechęć
- budzenie lęku
- skłonność do dominacji

### Surgeons' tone of voice: A clue to *(Surgery 2002;132:5-9.)* malpractice history

Nalini Ambady, PhD, Debi LaPlante, MA, Thai Nguyen, BA, Robert Rosenthal, PhD, Nigel Chaumeton, PhD, and Wendy Levinson, MD, Boston, Mass, Riverside, Calif, and Toronto, Ontario, Canada

Nie znano wykształcenia, kompetencji, doświadczenia,  
Nie znali nawet słów!

## Wnioski:

Serdeczność i sympatia do  
pacjenta się opłaca.

sposób  
rozmowy

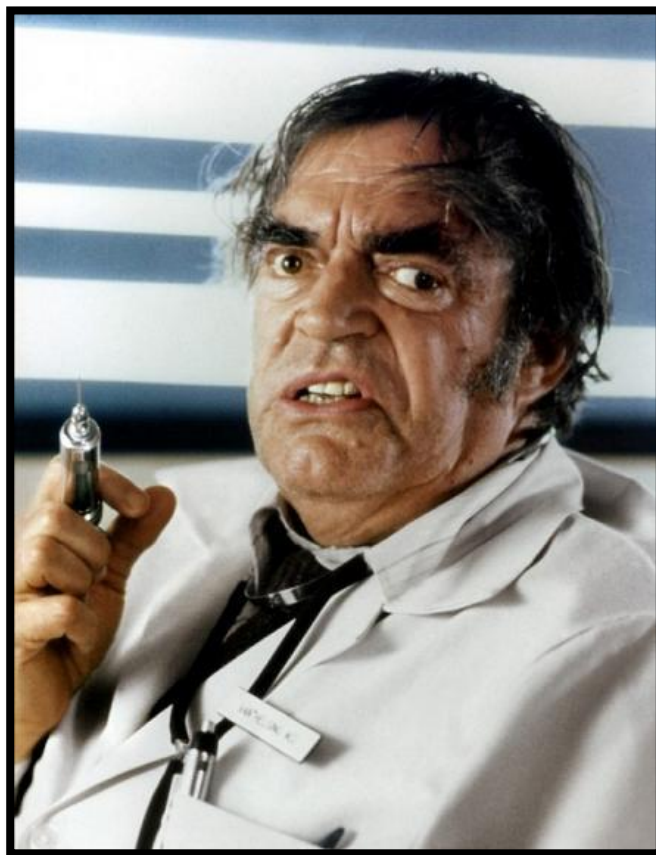
- Wzbudzali  
lęk

żartobliwy  
ton

- Sympatia w  
głosie



...jeżeli będę miłszy to i tak wyniki leczenia NIE będą lepsze...



## Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients

Mohammadreza Hojat, PhD, Daniel Z. Louis, MS, Fred W. Markham, MD.  
Richard Wender, MD, Carol Rabinowitz, and Joseph  
Acad Med. 2011;86:359-364.  
First published online January 18, 2011  
doi: 10.1097/ACM.0b013e3182086fe1

891 pacjentów z cukrzycą

+

29 internistów/diabetologów

(ocena empatii testem Jeffersona)

		Liczba (%) pacjentów a poziom empatii lekarza		
Patient outcome		WYSOKA	ŚREDNIA	NISKA
Dobra kontrola	Hemoglobin A1c <sup>+</sup>			
	<7.0%			163 (40)
Zła kontrola				(34)
	≥7.0%			
	>9%			
	LDL			
	<			
	W			
	>130			(4)

Większa empatia i lepsza komunikacja

=

↑ wyniki leczenia i  
↓ powikłań

Original Article

**Relationship between patient complaints and surgical complications**

H J Murff<sup>1,2</sup>, D J France<sup>1,3</sup>, J Blackford<sup>4</sup>, E L Grogan<sup>5</sup>, C Yu<sup>6</sup>, T Speroff<sup>1,3</sup>, J W Pichert<sup>7</sup>,  
G B Hickson<sup>7</sup>

16.730 przyjęć  
do oddziału chirurgii

**Skarga pacjenta  
(0.9% przypadków)**

**Pacjenci nie skarżyli się**

**Wnioski:**

**Dobra relacja to lepsze  
wyniki profesjonalne**

**Lepsza opieka i  
komunikacja = mniej  
powikłań**



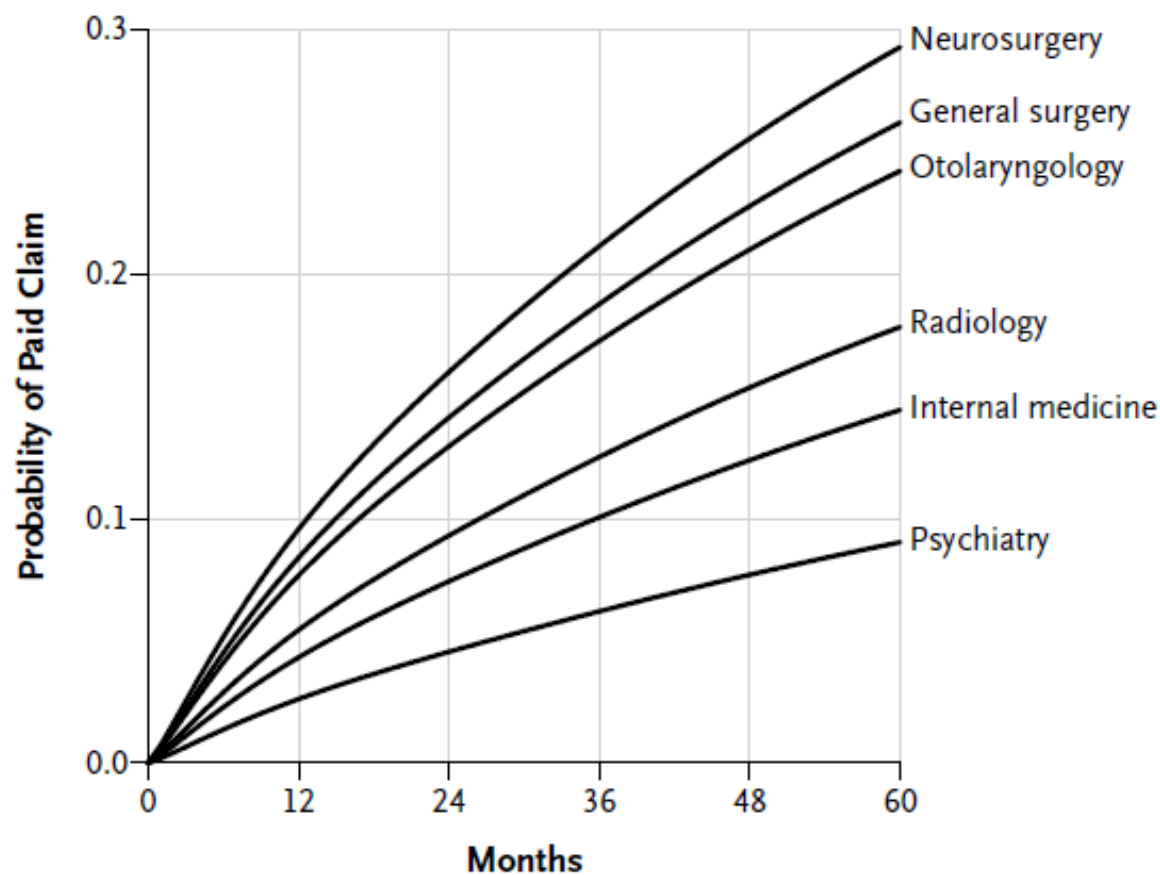
SPECIAL ARTICLE

## Prevalence and Characteristics of Physicians Prone to Malpractice Claims

David M. Studdert, L.L.B., Sc.D., Marie M. Bismark, M.B., Ch.B., L.L.B., Michelle M. Mello, J.D., Ph.D., Harnam Singh, Ph.D., and Matthew J. Spittal, Ph.D.

N Engl J Med 2016; 374:354-362 | [January 28, 2016](#) | DOI: 10.1056/NEJMsa1506137

### B Predicted Probability of Paid Claim According to Selected Specialty





No. of previous paid claims

&lt;0.001

1

reference

2

1.97 (1.86–2.07)

3

3.11 (2.84–3.41)

4

4.19 (3.62–4.85)

5

6.09 (4.92–7.55)

≥6

12.39 (8.69–17.65)

Specialty

&lt;0.001

Internal medicine

reference

Neurosurgery

2.32 (1.77–3.03)

Orthopedic surgery

2.02 (1.70–2.40)

General surgery

2.01 (1.65–2.46)

Plastic surgery

1.95 (1.60–2.37)

Obstetrics and gynecology

1.89 (1.58–2.25)

Otolaryngology

1.83 (1.59–2.10)

Urology

1.59 (1.35–1.87)

Ophthalmology

1.37 (1.18–1.59)

Radiology

1.27 (1.13–1.44)

Other specialties

1.18 (1.06–1.32)

Emergency medicine

1.06 (0.94–1.19)

Cardiology

1.05 (0.86–1.29)

Anesthesiology

0.95 (0.82–1.10)

General practice or family medicine

0.91 (0.83–1.01)

Neurology

0.81 (0.65–1.01)

Pediatrics

0.71 (0.59–0.85)

Psychiatry

0.60 (0.43–0.82)

## SPECIAL ARTICLE

# Prevalence and Characteristics of Physicians Prone to Malpractice Claims

David M. Studdert, L.L.B., Sc.D., Marie M. Bismark, M.B., Ch.B., L.L.B., Michelle M. Mello, J.D., Ph.D., Harnam Singh, Ph.D., and Matthew J. Spittal, Ph.D.

N Engl J Med 2016; 374:354-362 | [January 28, 2016](#) | DOI: 10.1056/NEJMsa1506137

Sex		<0.001
Female	reference	
Male	1.38 (1.30–1.46)	
Age		<0.001
25–34 yr	0.33 (0.18–0.61)	
35–44 yr	0.92 (0.87–0.98)	
45–54 yr	0.99 (0.95–1.03)	
55–64 yr	reference	
Resident		0.003
No	reference	
Yes	0.68 (0.53–0.88)	
Trained in the United States		<0.001
Yes	reference	
No	1.12 (1.06–1.17)	
Rurality of practice location		0.89
Metropolitan	reference	
Large rural city	1.02 (0.95–1.09)	
Small town or rural area	0.99 (0.89–1.12)	



Czy jesteśmy bezradni ?



# Co to jest „dobra komunikacja ?”

## Doctor-Patient Communication and Medical Malpractice: Implications for Pediatricians

WENDY LEVINSON, MD

pediatric annals



Contents lists available at [SciVerse ScienceDirect](#)

Paediatric Respiratory Reviews



Mini-Symposium: Consultation Skills

Communication in the initial paediatric consultation

Jan van Dalen\*, Valerie van den Eertwegh

Skillbath, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Universiteitssingel 50, P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht, the Netherlands

1. Daj pierwszeństwo emocjom, to nie kosztuje  
CZASU [Roter DL et al. JAMA 1997;277:350–6]
2. Zainwestuj w początek
3. Przyjmij perspektywę pacjenta
4. Okaż empatię [Frankel RM, Stein T. J Pract Manage 2001;16:184–91.]
5. Ważny jest koniec wizyty (edukuj, daj podjąć decyzję)

# Zainwestuj w początek....

---



# Zainwestuj w początek....

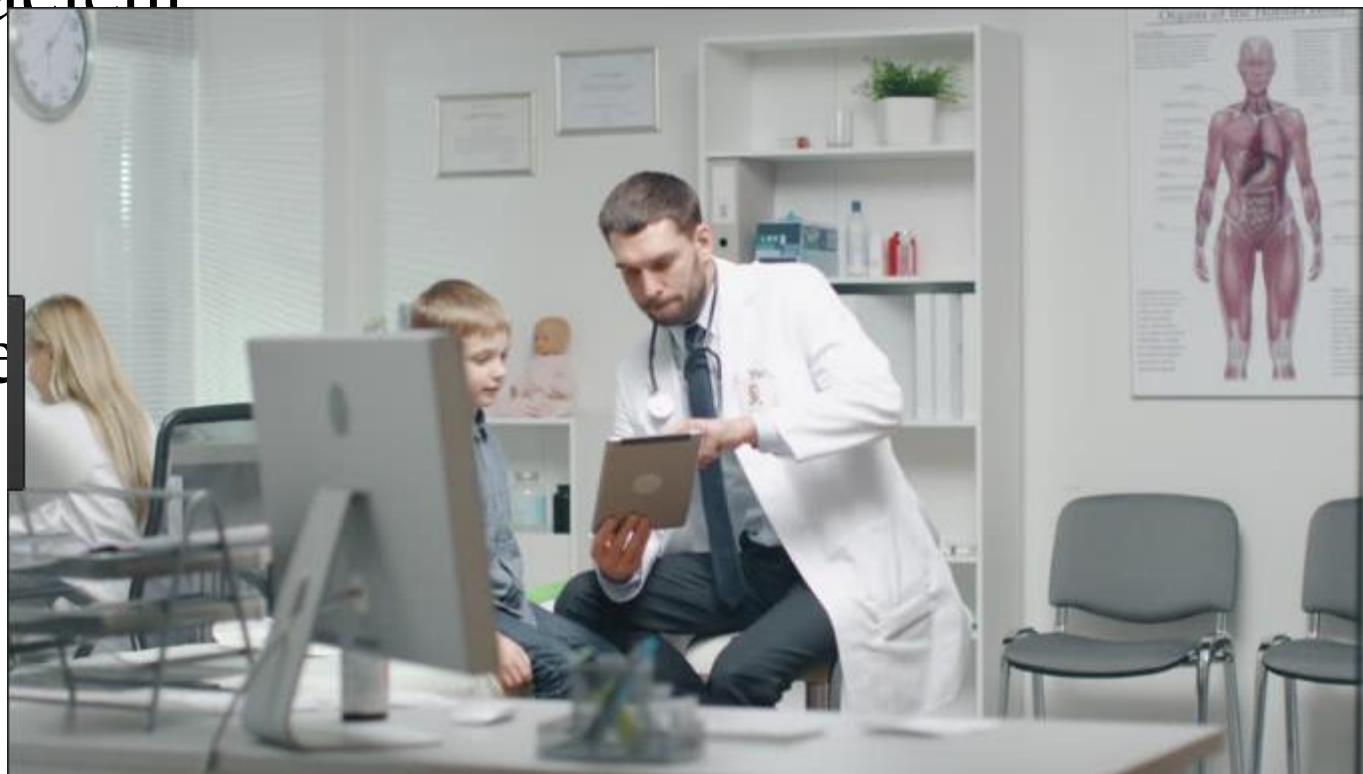
---

1. Przedstaw się (imię, nazwisko, funkcja !)
2. Zwracaj się do pacjenta po imieniu lub tytule.
3. Przeproś/podziękuj za oczekiwanie
4. Zrób małą uwagę natury ogólnej lub społecznej, dla otwarcia rozmowy
5. Rozpocznij pytaniami otwartymi:  
*„W czym mogę dzisiaj być pomocnym ?”*  
*„Co Panią sprowadza do ..”*
6. Powtórz/sparafrazuj główne dolegliwości (pętla komunikacyjna)

# Umiejętności do ćwiczenia...

---

- Zadawaj pytania otwarte
- Zapytaj o rzeczy nie-medyczne
- Staraj się zrozumieć myśli i emocje z którymi przyszedł pacjent
- Rekapituluj
- Podtrzymuj komputer be



# Okaż empatię...

---

- Wykorzystaj możliwość do zrobienia empatycznej uwagi:  
*„...ta sytuacja napędziła Państwa stracha...?”*
- Zwróć uwagę na wyraz twarzy, dotyk

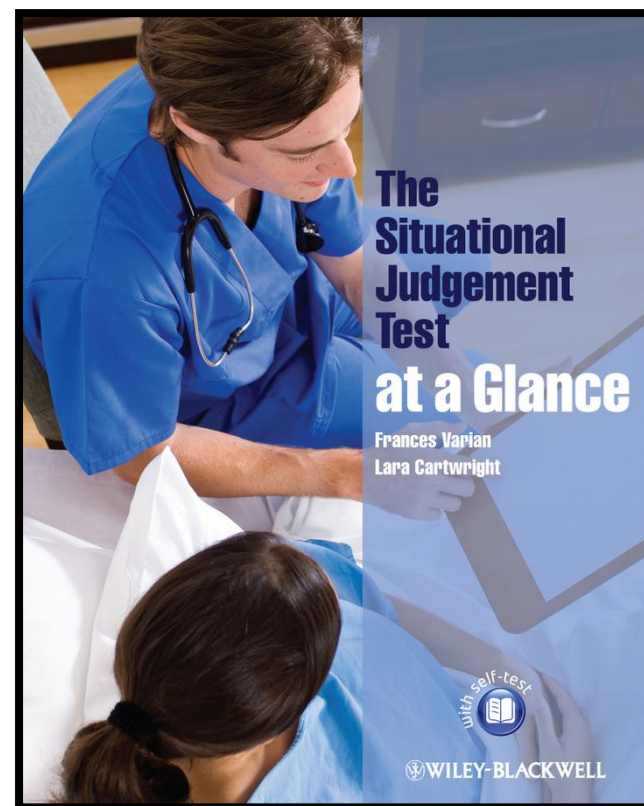
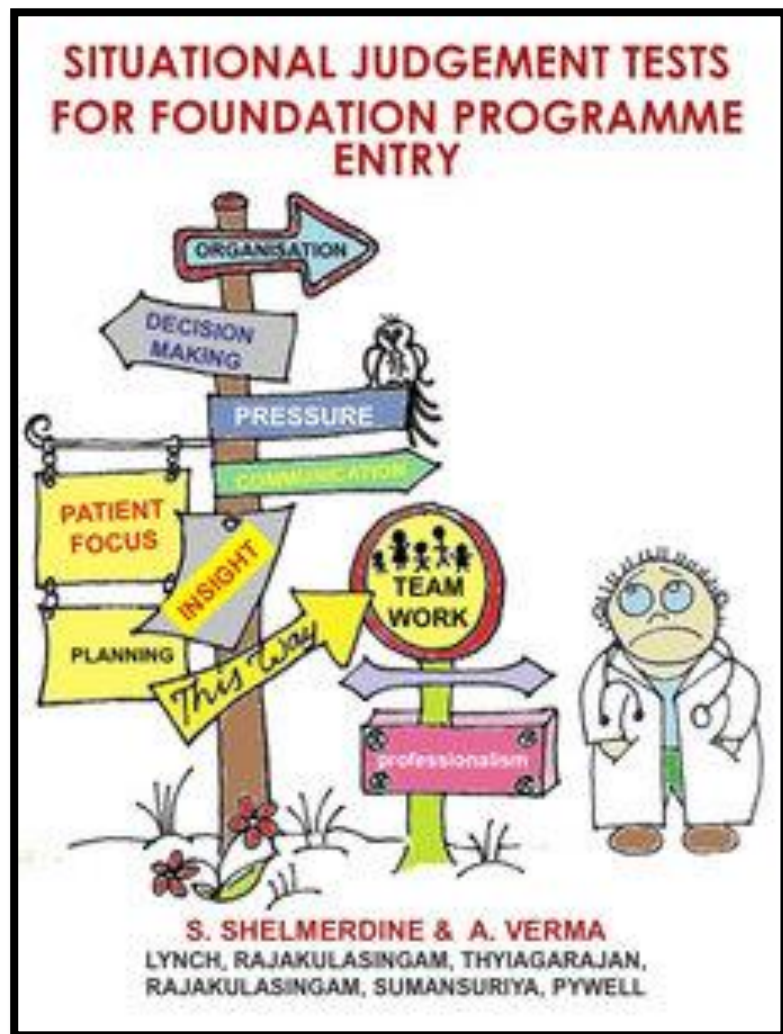
# Zainwestuj w końcówkę ...

---

- Weź pod uwagę styl życia pacjenta
- Przedstaw alternatywne metody leczenia i zaproponuj wybór
- Sprawdź zrozumienie, prosząc, żeby pacjent/rodzic powtórzył zalecenia
- **Zapytaj czy są jakieś pytania**

# Jak nauczać dobrej komunikacji ?

## Testy na ocenę sytuacji (SJT)



Jesteś rezydentem w gabinecie lekarza POZ.

Matka 15-latka prosi o wykonanie testu na HIV, gdyż podejrzewa, że syn jest homoseksualistą. Chłopiec zaprzecza w gabinecie, i z wywiadu zebranego od niego przez pielęgniarkę przed wizytą nie wynikało, żeby był aktywny seksualnie.

- A. Zbierz wywiad dotyczący współżycia
- B. Daj matce ulotki informujące o drogach przenoszenia HIV i zaproś ponownie, jeżeli miałyby dodatkowe pytania
- C. Wyjaśnij, że w tak młodym wieku HIV jest mało prawdopodobny
- D. Uzyskaj zgodę chłopca na badanie
- E. Wyjaśnij matce, że jest nadwrażliwa
- F. Poproś matkę o pozostawienie z dzieckiem sam na sam
- G. Wyjaśnij, że dowiedziałeś się, że chłopiec nie ma dziewczyny, dlatego raczej nie jest zakażony HIV. Jeżeli ją to jednak niepokoi, to wykonasz badanie
- H. Powiedz matce, że „nie ma nic złego w byciu gejem” i że powinna zaakceptować syna takim jakim jest, bo dzięki temu będzie szczęśliwy w życiu



Jesteś rezydentem w gabinecie lekarza POZ.

Matka 15-latka prosi o wykonanie testu na HIV, gdyż podejrzewa, że syn jest homoseksualistą. Chłopiec zaprzeczaww gabinecie, i z wywiadu zebranego od niego przez pielęgniarkę przed wizytą nie wynikało, żeby był aktywny seksualnie.

**A. Zbierz wywiad dotyczący współżycia**

**B. Daj matce ulotki informujące o drogach przenoszenia HIV i zaproś ponownie, jeżeli miałyby dodatkowe pytania**

C. Wyjaśnij, że w tak młodym wieku HIV jest mało prawdopodobny

D. Uzyskaj zgodę chłopca na badanie

E. Wyjaśnij matce, że jest nadwrażliwa

**F. Poproś matkę o pozostawienie z dzieckiem sam na sam**

G. Wyjaśnij, że dowiedziałeś się, że chłopiec nie ma dziewczyny, dlatego raczej nie jest zakażony HIV. Jeżeli ją to jednak niepokoi, to wykonasz badanie

H. Powiedz matce, że „nie ma nic złego w byciu gejem” i że powinna zaakceptować syna takim jakim jest, bo dzięki temu będzie szczęśliwy w życiu

## Scenariusz 17

---

Jeden z twoich pacjentów chciałby się dowiedzieć, jakie są wyniki posiewu płynu z opłucnej pobranego kilka dni temu. Sprawdzasz w systemie szpitalnym i znajdujesz komunikat „wynik w opracowaniu”. Dzwonisz do laboratorium, gdzie dowiadujesz się, że nie dotarł tam żaden materiał do badania.

Co robisz? Uszereguj odpowiedzi od bardzo dobrej do nieodpowiedniej (1 – bardzo dobra, 5 – nieodpowiednia).

- A. Mówisz pacjentowi, że próbki zaginęły, przepraszasz go za to i pytasz, czy zgadza się na drugie pobranie materiału.
- B. Mówisz pacjentowi, że jeszcze nie ma wyników.
- C. Mówisz pacjentowi, że sprawdzisz i wrócisz, jak tylko się dowiesz. Potem informujesz ordynatora, że próbka jeszcze nie dotarła do laboratorium i pytasz, co powinienś zrobić.
- D. Mówisz pacjentowi, że trzeba wykonać więcej testów, w związku z czym należy ponownie nakłuć opłucną i pobrać płyn do badania. Następnie osobiście zanosisz próbkę do laboratorium, żeby mieć pewność, że nie zaginie, i prosisz o wykonanie badania z drugiej próbki.
- E. Mówisz pacjentowi, że za chwilę wrócisz z informacją, a następnie prosisz technika z laboratorium o odszukanie oryginalnej próbki wśród tych, które dotarły do laboratorium.

## Właściwa kolejność odpowiedzi: E, C, A, B, D

### Wyjaśnienie

1. Najrozsądniej najpierw sprawdzić, czy próbka na pewno nie dotarła do laboratorium, dlatego opcja E jest najlepsza.
2. Zanim poinformujesz pacjenta, że jego próbka zaginęła, powinieneś zwrócić się z tym do ordynatora (opcja C), ma on bowiem zapewne doświadczenie w takich sytuacjach, a poza tym może wywrzeć presję na pracownikach laboratorium, a także rozważyć sensowność wykonania drugiej punkcji lub zaproponować inny nieinwazyjny test. Może też uznać, że powinien sam porozmawiać z pacjentem o tej delikatnej sprawie (niekiedy ranga rozmówcy ma duże znaczenie!). Przedtem jednak sam sprawdź, czy na pewno próbka nie dotarła do laboratorium.
3. Rozsądna jest również opcja A, ponieważ jesteś szczery i uczciwy wobec swojego pacjenta (przepraszasz go i prosisz o zgodę na ponowne przeprowadzenie punkcji). W większości przypadków po odpowiednio przeprowadzonej rozmowie z pacjentem nie będzie miał on nic przeciwko powtórzeniu zabiegu. Nawet gdyby pacjent miał jednak pretensje, pokazałeś, że potrafisz się zachować profesjonalnie.
4. Opcje B i D nie są właściwe, gdyż nie świadczą o profesjonalizmie. Opcja B jest małym kłamstwem, dzięki któremu jednak możesz zyskać na czasie i przemyśleć to, w jaki sposób zakomunikujesz pacjentowi prawdę. Z tego względu opcja ta jest nieco lepsza niż opcja D, w której prosisz o zgodę na dalsze testy, co jest usprawiedliwieniem dla kłamstwa. Chcesz jednak wykonać badanie pod fałszywym pretekstem, co świadczy o twojej nierzetelności oraz naraża cię na pytania ze strony pacjenta, który jest zaniepokojony i może sądzić, że dzieje się coś bardzo niedobrego. Zamiar wykonania badania inwazyjnego obarczonego ryzykiem wystąpienia powikłań bez otwartej dyskusji z przełożonymi i kolegami specjalistami jest absolutnie niewłaściwy.

You see a 50 year old man with advanced lung cancer to discuss treatment options. After hearing about the benefits and burdens of chemotherapy he decides to decline treatment and says he has thought this through very carefully. His wife is shocked and requests you to ignore "the foolish man".

*Rank in order the following actions in response to this situation (1= most appropriate; 5= least appropriate).*

- A** Explain to the patient that you will need to take into account the views of his family
- B** Explain to his wife that he does actually have the right to refuse treatment.
- C** Document in the notes all that has been explained during the consultation
- D** Empathise with his wife as this must be a difficult time for them both
- E** Ignore the wishes of the patient as no rational person you have ever come across declines treatment!



**D Empathise with his wife as this must be a difficult time for them both**

This is the best overall option. The lives of both husband and wife have been turned upside down by recent events. They need support through this difficult time

**B Explain to his wife that he does actually have the right to refuse treatment**

Adult competent patients have the right to decide how much weight to attach to the benefits, burdens, risks and the overall acceptability of any treatment. They have the right to refuse treatment even where refusal may result in harm to themselves or in their own death

**C Document in the notes that all has been explained during the consultation**

It is good medical practice to keep clear. Accurate and legible records of decisions made and information given to patients

**A Explain to the patient that you will need to take into account the views of his family**

Not true (see B above)

**E Ignore the wishes of the patient as no rational person you have ever come across declines treatment**

Doctors are legally bound to respect a patient's decision

During a very busy shift, the relatives of a recently deceased patient want to see you to discuss “things”. What do you do?

*Choose the **THREE** most appropriate actions to take in this situation*

- A** Ask a nurse to talk to the relatives to get an understanding of the type of “things” that they want to discuss so that you can be fully prepared when you see them
- B** Tell the nurse to let the relatives know that you are aware they are waiting, that you are busy right now but that if they go home you will call them as soon as you are free
- C** Ask one of your juniors to talk to the relatives, to let them know that you cannot see them because you are busy and for them to deal with any queries
- D** Tell the nurse that you will grant the relatives 5 minutes only as you are busy
- E** Inform your Registrar that you need to see the relatives and ask him whether he can cover for you
- F** Tell the nurse to send the relatives to PALS as your involvement with the patient is over
- G** Tell the nurse to find an excuse to send the relatives home as the patient is dead and the matter is therefore less important than the patients that you are currently dealing with

**A Ask a nurse to talk to the relatives to get an understanding of the type of “things” that they want to discuss so that you can be fully prepared when you see them.**

You are using another team member appropriately; the nurse is already with the relatives and it makes sense that you may want to know more about the relatives' request in order to ensure that you can have the relevant information ready when you do meet with them eventually.

**B Tell the nurse to let the relatives know that you are aware they are waiting, that you are busy right now but that if they go home you will call them as soon as you are free**

This may be a little inconvenient for the relatives as they would obviously prefer to get answers straight away. But you are being honest with them and there is a feeling that you want to get their queries resolved even if it is only on the phone

**E Inform your Registrar that you need to see the relatives and ask him whether he can cover for you.**

Talking to your Registrar may help you to identify a good way around the problem. Also, if you need to go and see the relatives, then this option will make the Registrar aware of the situation and the team will be able to deal with your temporary absence

