

اظهار خطای پزشکی

فریبا اصغری*، ندا یاوری^۱

چکیده

حرفه پزشکی هرگز خالی از خطا نبوده و نیست. جامعه پزشکی موظف است میزان خطا را به حداقل ممکن برساند و همچنین برای حفظ اعتماد عموم مردم و بیماران به جامعه پزشکی حقوق ایشان را در بروز خطا رعایت نماید. صرف‌نظر از این که یک خطای پزشکی چرا و چگونه رخ می‌دهد، موضوع مهمی که این جا مطرح می‌شود این است که وظیفه اخلاقی یک پزشک در برابر بیمار در زمان وقوع خطای پزشکی چیست.

در این مقاله ابتدا تعریفی از خطای پزشکی ارائه شده و به بررسی شیوع و علل وقوع آنها در کشورهای مختلف می‌پردازیم. در ادامه به بررسی اخلاق توصیفی و اخلاق هنجاری در موضوع رویکرد به خطای پزشکی پرداخته و به موانع اظهار خطای پزشکی اشاره خواهد شد. در نهایت نکات عملی مهم در اظهار خطای پزشکی و لزوم ایجاد تغییرات فرهنگی در سیستم‌های درمانی جهت تسهیل این امر و تبدیل آن به فرصتی برای آموزش و تجربه اندوزی توضیحاتی داده شده است.

بنابر اصل احترام به استقلال فردی بیمار و نیز سودرسانی به وی، پزشک موظف است بروز خطا را به او اظهار نماید. جهت حمایت و ترغیب پزشکان به چنین اقدامی تعبیه رویکردی سیستمی به خطای پزشکی و ایجاد فضایی به دور از قضاوت و سرزنش در مراکز ارائه خدمات سلامت موثر و لازم به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: خطای پزشکی، اظهار خطا، رویکرد سیستمی

۱- مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

همه ما جمله «انسان جایز الخطاست» را بارها شنیده ایم و به کار برده ایم. در پس این جمله که شاید امروزه بیشتر به عنوان ابزاری برای توجیه خطاها و کوتاهی ها به کار می رود، پشتوانه محکمی از استدلالات عقلی و شواهد تجربی مبنی بر خطاپذیری انسان در دریافت اطلاعات، قضاوت و تجزیه و تحلیل اطلاعات و نیز انجام مهارت‌هایش وجود دارد. بروز خطا در پزشکی نیز غیر قابل اجتناب است و این به دلیل پیچیدگی دانش پزشکی، عدم قطعیت پیش-گویی‌های بالینی، محدودیت زمانی در تصمیم‌گیری در اقدامات پزشکی و نیاز به تصمیم‌گیری علیرغم دانش ناکافی و غیر قطعی است [۱، ۲].

سایر دلایل بروز خطا که در مطالعات نشان داده شده اند عبارتند از:

(الف) عوامل تنش‌زا برای پزشک مثل بی‌خوابی

(ب) عواملی مربوط به مراقبت از بیمار مثل کثرت وظایف

(ج) ویژگی‌های خاص هر بیمار و دشواری‌های مربوط به آن

(د) ویژگی‌های شخصی پزشک مثل بی‌تجربه بودن [۳]

از سوی دیگر براساس مطالعات انجام شده، بیماران به عنوان اهداف نهایی سیستم درمانی، مایلند از وقوع هر نوع اشتباهی در طی روند درمانی خود آگاهی یابند. چرا که معتقدند وجود اطمینان از شفاف بودن روابط بین بیمار و سیستم درمانی می‌تواند تا حد زیادی احساس اعتماد بین آن دو را افزایش داده و به حصول نتایج بهتر از خدمات صورت گرفته کمک نماید [۴، ۵].

به این مثال توجه کنید:

«خانم ۳۵ ساله‌ای با شکایت از وجود یک دوره قاعدگی طولانی همراه با احساس خستگی شدید به پزشک خانوادگی‌اش مراجعه می‌کند. در این زمان پزشک متوجه خطای خود می‌شود: بیمار مذکور از مدت‌ها پیش با تشخیص هیپوتیروئیدی تحت درمان با دوز ۰/۲ mg/day لووتیروکسین بوده است. دو ماه پیش پزشک برای ارزیابی میزان پاسخ به درمان سطح TSH سرم بیمار را اندازه‌گیری کرده و با توجه به افزایش سطح TSH تصمیم به افزایش دوز دارو گرفته بود. اما در حالی که در ذهن خود مشغول

تبدیل میکروگرم به میلی‌گرم بود، به اشتباه در نسخه بیمار ۲۵ میکروگرم لووتیروکسین را تجویز نمود که حدوداً یک دهم دوز اولیه دارو بود. به همین دلیل بیمار دچار علائم بالینی مذکور شده بود [۴].»

اگرچه این پزشک و هزاران پزشک دیگری که روزانه در سرتاسر جهان دچار خطاهای گوناگون ناخواسته در حرفه خود می‌شوند، قصد گمراه کردن بیمار را ندارند، اما این پرسش همیشه در ذهن آنها مطرح می‌شود:

وظیفه اخلاقی و قانونی پزشک خطاکار در مواجهه با بیمار چیست؟

آنچه ما در این مقاله در پی آن هستیم بیان وظیفه اخلاقی پزشک در برابر بیمار در زمان وقوع خطای پزشکی قابل پیشگیری است. این مقاله در نظر دارد اظهار خطای پزشکی به بیمار را از جنبه‌های اخلاقی و اجرایی مورد بحث و بررسی قرار دهد.

خطای پزشکی

معانی متفاوتی برای خطای پزشکی وجود دارد. عده‌ای آن را به کل عوارض مرتبط با اقدامات پزشکی تعبیر نموده‌اند و برخی آن را به بخشی از اتفاقات ناخواسته پزشکی که قابل پیشگیری باشند، اطلاق نموده‌اند [۶].

انستیتو پزشکی آمریکا خطا را «کوتاهی در اجرای کامل اقدامات برنامه‌ریزی شده و یا استفاده از روشی اشتباه برای رسیدن به یک هدف» تعریف کرده است [۷]. Wu و همکارانش خطای پزشکی را «انجام یا عدم انجام اقدامی که پتانسیل ایجاد صدمه برای بیمار دارد و این اقدام یا عدم اقدام در قضاوت توسط همکاران خبره، اشتباه قلمداد می‌شود» تعریف نموده‌اند. این تعریف شامل بیماری‌های درمان‌ناپذیر، عوارض غیر قابل پیش‌بینی متعاقب برخی اقدامات درمانی لازم و نیز مواردی که خطا بودن آنها مورد توافق عمومی مستدل و منطقی نیست نمی‌شود. همچنین عوارض منفی که در نتیجه اقدامات عمدی یا غیر مسؤولانه پرسنل پزشکی برای بیمار حاصل می‌شود نیز در این تعریف نمی‌گنجد [۸، ۱].

در این مقاله نیز ما تنها به خطاهای قابل پیشگیری اشاره می‌کنیم و بررسی ما اقدامات غیر مسؤولانه و اتفاقات

شده بود [۱۵].

میزان بروز خطای پزشکی در مراقبت های سرپایی به دقت برآورد نشده است. در مطالعه نیویورک و استرالیا، ۹-۸٪ عوارض ناخواسته پزشکی ثبت شده، در درمانگاه های سرپایی رخ داده بودند [۱۶].

از میزان بروز صدمات ناخواسته پزشکی و خطاهای پزشکی در ایران آمار دقیقی در دست نیست. همچنین به علت فقدان سیستم ثبت اطلاعات، در مورد این که روند بروز خطای پزشکی در طول سال های متمادی چه سیری داشته است آمار صحیحی موجود نمی باشد. با این همه بعید به نظر می رسد که شیوع خطای پزشکی در کشور ما از وضعیت مطلوب تری نسبت به نظام سلامت کشورهای غربی برخوردار باشد.

انواع خطای پزشکی

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۴ به منظور تقسیم بندی علل وقوع خطاهای پزشکی توسط روبرسون در آمریکا انجام گرفت، مشخص شد بیشترین خطاهای صورت گرفته- (۱۹٪)، خطاهای تکنیکی بودند. ۴/۱۰٪ از کل خطاهای صورت گرفته مربوط به درخواست آزمایش برای بیمار (اعم از درخواست آزمایش اشتباه و عدم بررسی نتایج آزمایش های درخواست شده یا خطاهای آزمایشگاهی مثل گم کردن نمونه یا استفاده از برچسب اشتباه بر روی نمونه) و ۷/۱۳٪ از آنها مربوط به تجویز نامناسب دارو برای بیمار (اعم از اشتباه در دوزاژ دارو یا تجویز دارویی که بیمار نسبت به آن آلرژی دارد) رخ داده بود. ۱۰٪ دیگر از خطاها شامل اشتباهات در برنامه ریزی برای جراحی بیمار (از جمله عدم اطمینان از کامل بودن مطالعات پیش از عمل و اشتباه در قضاوت مثل انجام عمل جراحی علی‌رغم وجود خطر بالا برای بیمار) بود. سایر خطاهای صورت گرفته عبارت بودند از: خطاهای مربوط به تجهیزات از قبیل عدم دسترسی به تجهیزات یا استفاده از وسایل غیر استاندارد) ۴/۹٪ موارد، خطای مربوط به مراقبت های پس از جراحی (۵/۸٪ موارد)، خطای مربوط به انجام جراحی برای فرد، عضو یا سمت غیر مورد نظر (۶٪ موارد)، خطاهای دارویی در خلال جراحی (۴٪ موارد)، و خطاهای ارتباطی با بیمار و

ناخواسته غیر قابل پیش بینی را شامل نمی‌شود.

در سال ۱۹۹۹ انستیتو پزشکی آمریکا گزارشی به نام «انسان جایز الخطاست» منتشر کرد که براساس این گزارش سالانه ۹۸۰۰۰ - ۴۴۰۰۰ نفر در بیمارستان های آمریکا به دلیل خطای پزشکی فوت می‌کنند و به بیش از یک میلیون بیمار آسیب جدی وارد می‌شود. خطای پزشکی پنجمین علت مرگ در آمریکا است و سالانه ۲۹ میلیارد دلار هزینه در بر دارد [۹].

مطالعه بررسی طبابت بالینی هاروارد در اواسط دهه ۱۹۸۰ نشان داد که ۳/۳٪ بیماران آمریکا در بیمارستان دچار صدمه ناخواسته پزشکی می‌شوند [۱۰]. مطالعه بررسی کیفیت مراقبت های سلامتی استرالیا در اواسط دهه ۱۹۹۰ نشان داد که ۱۶٪ افرادی که در بیمارستان پذیرش می‌شوند، دچار حوادث ناخواسته پزشکی می‌گردند [۱۱]. در هر دو مطالعه مذکور نیمی از صدمات ناخواسته قابل پیشگیری بوده است [۱۰، ۱۱]. در مطالعه ای که در بیمارستان های کانادا انجام گرفت، نشان داده شد، از هر ۱۰۰۰ پذیرش بیمارستانی ۷/۳٪ دچار حادثه ناخواسته پزشکی می‌شوند که ۹/۳۶٪ قابل پیشگیری بوده و از میان حوادث قابل پیشگیری ۹٪ منجر به فوت بیمار می‌گردد. همچنین مطالعه مزبور نشان داد که حوادث ناخواسته پزشکی در بیمارستان های آموزشی به طور معنی داری بیش از بیمارستان های غیر آموزشی است [۱۲، ۱۳].

در سال ۱۹۹۹، Zinner و همکارانش بیش از ۱۵ هزار پرونده از بیماران جراحی شده را در Utah و Colorado بررسی کردند. براساس این مطالعه ۳٪ از این بیماران دچار عوارض منفی پس از عمل جراحی شده اند که این عوارض در دو سوم از موارد قابل پیشگیری بوده است [۱۴]. در مطالعه آقای Wu و همکاران ۹۰٪ پرسنل درمانی مورد بررسی، تجربه یک خطای پزشکی با عارضه ناخواسته جدی را داشتند که ۳۱٪ آنها منجر به مرگ بیمار شده بودند [۱]. در مطالعه‌ای که بطور همزمان در دو بیمارستان در آمریکا و فنلاند انجام شد، ۴۵٪ از متخصصان گوش و حلق و بینی اذعان داشتند که در طول ۶ ماه گذشته مرتکب حداقل یک مورد خطای پزشکی درکار خود شده بودند که ۳۷٪ موارد باعث آسیب جدی به بیمار

سایر همکاران (۴٪ موارد) [۱۵].

در یک تقسیم بندی دیگر خطاهای پزشکی به دو نوع خطاهای شخصی و خطاهای سیستمی تقسیم می‌شوند. خطاهای فردی به طور اولیه ناشی از کوتاهی شخص پزشک مثلاً در زمینه فقدان اطلاعات، مهارت یا توجه و تمرکز کافی می‌باشد، اما در خطاهای سیستمی، کل سیستم درمانی مسؤول بروز خطا هستند (مثل در دسترس نبودن مدارک پزشکی، وجود برچسب اشتباه بر روی داروها و...) [۸].

مواجهه اخلاقی با خطای پزشکی

از آنجا که بیماران برای تأمین سلامتی خود به پزشک اعتماد می‌کنند و خود را به دست وی و توصیه های او می‌سپارند، پزشک در مقابل این اعتماد مسؤول است تا هر اقدامی که حداکثر سودرسانی برای بیمار را تأمین می‌کند انجام دهد [۱۷]. در واقع در قبال اعتمادی که عموم مردم و بیماران به طور خاص به جامعه پزشکی برای فراهم آوردن سلامتی و مدیریت بهداشت و درمان مردم نموده‌اند، جامعه پزشکی اخلاقاً خود را متعهد می‌داند که در جهت سودرسانی به مردم و نیز حفظ این اعتماد از طریق صداقت در بیان اطلاعات حداکثر تلاش خود را بنماید.

اظهار خطای پزشکی احترام به استقلال فردی بیمار و سلامت وی است و امکان اخذ رضایت آگاهانه از بیمار را برای درمان صدمه ناشی از خطا فراهم می‌آورد [۷]. به لحاظ اخلاقی همان طور که بیماران محق به دریافت اطلاعات قبل از انجام یک اقدام درمانی یا تشخیصی هستند، مسلماً حق دارند که از نتایج انجام آن اقدام هم مطلع شوند [۱۸، ۱۹]. نکته دیگر این‌که وقوع خطا ضرورتاً کوتاهی و رفتار غیر اخلاقی محسوب نمی‌شود، اما عدم اظهار آن می‌تواند این گونه باشد [۲۰]، چرا که پنهان کردن اطلاعات از بیمار و کوتاهی در اظهار خطا به بیمار نوعی فریب‌کاری محسوب می‌شود و باعث کاهش اعتماد جامعه به پزشکان می‌گردد [۶، ۱۷]. بدون اظهار درست و کامل خطا، اخذ رضایت آگاهانه از او جهت جبران صدمات وارد شده امکان پذیر نیست و بعلاوه پرداخت غرامت منطقی در قبال خساراتی که از خطای پزشکی ناشی شده میسر نمی-

باشد [۱۷، ۲۱]. کد اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا درباره تعهد پزشک در بروز خطا به وضوح بیان می‌دارد: «در موقعیت هایی که ممکن است خطای پزشک اتفاق افتد و منجر به عوارض پزشکی قابل توجهی برای بیمار شده باشد، پزشک اخلاقاً موظف است بیمار را از تمامی واقعیات لازم برای فهم خطای رخ داده مطلع سازد [۲۲]». در این کد یک راه گریز برای پزشکان وجود دارد و آن تفسیر از «قابل توجه بودن» خطا و لزوم اظهار خطا است [۱]. پزشکان ممکن است خطای خود را قابل توجه ندانسته و یا شدت ضایعه را به قدر کافی برای لزوم اظهار خطا برآورد نکنند. همچنین ملاحظات مربوط به احتمال افزایش اضطراب در بیمار و سردرگمی او با دادن اطلاعات پیچیده، ممکن است توجه دیگری برای عدم اظهار خطا باشد. این موقعیت که نوعی «مصونیت درمانی» محسوب می‌گردد، امروزه غالباً بی اعتبار دانسته می‌شود [۶]، چرا که هر چند پزشکان ممکن است در مورد اظهار خطا نگران مضطرب شدن بیمار باشند، حفاظت از بیمار در قبال چنین اضطرابی دلیل بر احتراز از اظهار نمی‌باشد و در صورت بیان با دقت و ظرافت، بیماران قادر خواهند بود که حتی خبرهای بسیار بدتر را تحمل کنند [۱۹].

جدول ۱ سودمندی های اظهار خطای پزشکی و زیان های بالقوه آن را برای پزشکان و بیماران نشان می‌دهد [۷]. ارزیابی و تعادل بین سودمندی‌ها و صدماتی که برای اظهار در هر موقعیت پیش‌بینی می‌شود، راهنمای خوبی برای تعیین میزان و نحوه اظهار خطا به بیماران ارائه می‌دهد. مطالعه witman و همکاران نشان داد که ۹۸٪ بیماران مایلند خطاهای پزشکی حتی خطاهای کوچک اظهار شود [۵]. در مطالعه‌ای دیگر ۸۸٪ بیماران اظهار داشتند می‌خواهند همه چیز را درباره خطای رخ داده بدانند [۲۳]. در مطالعه Hignorani و همکاران بر روی بیماران چشم، تنها ۶۰٪ پزشکان مایل به اظهار نمودن خطا بودند در حالی که ۹۲٪ از بیماران تمایل داشتند کلیه اطلاعات مربوط به بروز خطا به آنها داده شود [۲۴].

در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۳ در آمریکا انجام گرفت، نشان داده شد با وجود این که بیماران مایل به دریافت

جدول ۱ - سودمندی های اظهار خطای پزشکی و زیان های بالقوه آن [۷]

پزشکان	بیماران
سودمندی های بالقوه اظهار خطای پزشکی	سودمندی های بالقوه اظهار خطای پزشکی
<ul style="list-style-type: none"> ☒ احساس آرامش از قرار به خطا ☒ احتمال دریافت مغفرت و بخشش ☒ تقویت رابطه پزشک و بیمار ☒ کاهش احتمال شکایت قانونی از پزشک ☒ آموزش و بهبود در طبابت شخصی ☒ ارتقاء دانش و آگاهی از خطای ناشی از سیستم ارائه خدمات سلامت ☒ پیشگیری از خطاهای آینده از همان دست یا خطاهای مشابه ☒ یادگرفتن از خطای سایر پزشکان 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ امکان درمان مناسب و به موقع برای اصلاح آسیب ایجاد شده در اثر خطا ☒ امکان اخذ رضایت آگاهانه از بیمار برای اصلاح آسیب ایجاد شده ☒ پیشگیری از نگران شدن بی مورد بیمار در مورد دلیل وقوع آسیب ایجاد شده ☒ امکان کسب غرامت مناسب بیمار در مورد آسیب ایجاد شده ☒ حفاظت از حقوق بیمار و ایجاد تصور صحیح درباره محدودیت های پزشکی ☒ ارتقاء اعتماد و احترام به پزشک
صدمات بالقوه اظهار خطای پزشکی	صدمات بالقوه اظهار خطای پزشکی
<ul style="list-style-type: none"> ☒ اظهار خطای پزشکی ممکن است دیسترس عاطفی شدیدی برای پزشک باشد، به ویژه اگر بیمار عصبانی یا افسرده گردد. ☒ ممکن است احتمال شکایت به دادگاه را افزایش دهد و یا تخلف در پرونده حرفه ای وی ثبت شود. ☒ ممکن است باعث کاهش ارجاع بیماران، اعتبار پزشک و کاهش احتمال تمدید قرارداد کاری با وی گردد. ☒ ممکن است شهرت حرفه ای، احترام و موفقیت پزشک در میان همکاران کاهش یابد. 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ ممکن است باعث اضطراب و نگرانی شود و یا جرأت بیمار را در پیگیری مراقبت های پزشکی کم کند. ☒ ممکن است ایمان و اعتقاد بیمار به توانمندی پزشک را از بین ببرد. ☒ ممکن است در بیمار ایجاد تصور غلط از پزشکی شود. ☒ ممکن است باعث از بین رفتن استقلال فردی بیمار شود.

نموده بود، ۱۷٪ پزشکان اظهار داشتند تنها خطا را زمانی به خانواده بیمار اطلاع می‌دهند که از آنها به‌طور مستقیم در این باره پرسیده شود و ۳٪ آنها خانواده بیمار را با گفتن این که هیچ کاری برای پیشگیری از وقوع این حادثه قابل انجام نبود، فریب می‌دهند [۲۷]. در مطالعه Wu و همکاران نیز فقط ۵۴٪ کارورزان و دستیاران خطا را به اساتید خود و تنها ۲۴٪ آنها خطایشان را به بیمار یا خانواده وی ابراز کرده بودند [۱]. در مطالعه ای دیگر که به صورت بحث گروهی با بیماران و پزشکان انجام شد، بیماران می‌خواستند که تمام خطاهای آسیب‌زا به اطلاعشان رسانده شود، اما پزشکان معتقد بودند در مورد خطاهای با صدمه جزئی و مواردی که بیمار احتمالاً مایل به دانستن نیست، اخلاقاً می‌توان از اظهار نظر صرف نظر کرد [۲۸].

اطلاعات دقیق در مورد خطای اتفاق افتاده و علت وقوع آن و روش جلوگیری از بروز عوارض بعدی و تکرار آن می‌باشند، اکثر پزشکان تنها به ذکر نتیجه منفی ایجاد شده می‌پردازند و معمولاً از بیان وقوع خطا و علت آن اجتناب می‌کنند. همچنین در حالی که بیماران خواستار وجود یک حمایت روحی روانی از سوی پزشک خطاکار و شنیدن معذرت خواهی او بودند، پزشکان نگران احتمال مواجه شدن با پیگیری های قانونی از سوی بیمار در صورت انجام این اقدام بوده و به این جهت خود در جستجوی منبعی برای تأمین آرامش روحی و عاطفی بودند [۲۵].

نتایج مطالعه ای که براساس شرح حال فرضی انجام شده بود، نشان داد که یک سوم پزشکان، بیماران را با ارائه اطلاعات ناکافی یا گمراه کننده، فریب می‌دهند [۲۶]. در مطالعه دیگری که آن هم براساس شرح حال فرضی انجام شده بود و طبق آن بیمار به علت خطای پزشک فوت

موانع اظهار خطا

شرم، ترس از بی‌عرضه قلمداد شدن، نگرانی درباره پیگیری های قانونی، نگرانی در مورد سلامت بیمار و بسیاری افکار و احساسات در زمان وقوع خطای پزشکی به ذهن پزشک هجوم می‌آورد [۷]. در مطالعه ای که بر روی دستیاران و کارورزان انجام شده بود، ۸۱٪ بر اثر خطای پزشکی دچار احساس پشیمانی، ۷۹٪ دچار عصبانیت، ۷۲٪ دچار احساس گناه و ۶۰٪ دچار احساس بی‌کفایتی شده بودند [۱]. غصه و اندوه شدید نیز احساس شایعی در پزشکان به دنبال بروز خطای پزشکی است [۲۹]. یکی از مهمترین موانع اظهار خطا این است که بیماران و پزشکان معمولاً خطای پزشکی را مساوی سهل‌انگاری و کوتاهی می‌دانند [۳۰، ۱۴]. بنابراین پزشکان به دلیل نگرانی از شکایت قانونی بیمار از اظهار آن خودداری می‌کنند [۱۷].

شاید بتوان مهمترین مانع اظهار خطا را ترس از شکایت به مراجع قانونی عنوان کرد. بسیاری از پزشکان تردید دارند که آیا تأمین منافع بیمار از طریق اظهار خطا ارزش تحمل مشکلات ناشی از شکایت قانونی احتمالی علیه آنها و تهدید وضعیت شغلی و معاشی آنها را دارد یا نه؟ با این وجود انجمن پزشکی آمریکا اظهار می‌کند که نگرانی به دلیل وقوع پیگیری قانونی علیه پزشک نباید مانعی برای صداقت پزشک نسبت به بیمار شود [۸].

نگرانی از خدشه دار شدن آبرو و از دست دادن احترام در بین همکاران هم عامل دیگری است که اظهار خطاهای پزشکی را بسیار دشوارتر می‌کند. برای غلبه بر این مانع لازم است خطاهای پزشکی به عنوان بخش تفکیک ناشدنی از فعالیت های حرفه‌ای قلمداد شده و ضمن ارائه دستورالعمل‌هایی برای راهنمایی نحوه مواجهه پزشک با خطای خود، با ارائه حمایت های عاطفی از پزشک به حفظ اعتماد به نفس و پیشرفت حرفه‌ای او کمک شود [۸]. مطالعه آقای Mazor و همکاران نشان داد که بیان حقیقت باعث پاسخ احساسی بهتر، اعتماد و رضایت بیشتر بیمار نسبت به پزشک می‌شود [۳۱]. هر چه رابطه پزشک و بیمار ضعیفتر باشد و بیان اطلاعات به بیمار ناکافی‌تر باشد، احتمال طرح شکایت قانونی توسط بیمار یا خانواده‌اش بیشتر می‌شود [۱۷]. مصاحبه با خانواده‌هایی که از پزشک

شکایت کرده بودند نشان می‌دهد که اغلب بیماران از عدم صداقت پزشک و بیمارستان و عدم عذرخواهی آنها ناراحت بودند [۷]. یک بیمارستان بزرگ در امریکا که سیاست اظهار فعالانه خطای پزشکی به بیمار را دنبال می‌کند، در گزارش هفت ساله عملکرد خود کاهش در شکایت های پزشکی را گزارش کرده است [۳۲]. به نظر می‌رسد آنچه برای بیماران مهمتر است بیان صادقانه اطلاعات خطای رخ داده و عذرخواهی است تا جبران مالی خسارت وارده به او. به عبارت دیگر بیماران با اظهار خطای رخ داده احساس بهتری از اعاده حق خود خواهند داشت و احتمال پیگیری قانونی کاسته خواهد شد [۵، ۸، ۳۳-۳۵].

وجود برخی باورهای غلط نسبت به پزشکان نیز آنها را در اظهار خطاهای پزشکی با چالش های جدی مواجه می‌سازد. در اکثر جوامع پزشکان در بین مردم به عنوان افرادی کامل و خطاناپذیر معرفی شده‌اند [۱۸]. حتی ارزیابی اساتید از عملکرد دستیاران براساس فرهنگ ایده آل «طبابت عاری از خطا» می‌باشد [۷]. علاوه بر این پزشکان در اکثر جوامع به عنوان عوامل حفظ و صیانت از سلامتی افراد معرفی شوند. با این نگاه پذیرش و اعتراف به خطای پزشکی می‌تواند به معنای ناتوانی در انجام وظیفه و در حقیقت یک نقص شخصیتی قلمداد گردد. وجود فضای رقابتی در جوامع پزشکی و ترس از تحقیر و مؤاخذه شدن توسط همکاران هم تأثیر منفی بر نحوه مواجهه پزشکان با خطاهای حرفه‌ای دارد. البته این که خطای واقع شده چقدر قابل پیش بینی یا قابل انتظار بوده است هم، در اظهار آن توسط پزشک نقش مهمی دارد. به عنوان مثال ناتوانی در تشخیص یک شکستگی همراه با جابجایی در گرافی بیمار، احساسات منفی شدیدتری را در مقایسه با غفلت از یک شکستگی مویی شکل بر می‌انگیزد [۳].

پس از وقوع خطای پزشکی احساسات برانگیخته شده در بیمار از یک سو و بی‌تمایلی پزشک به اظهار خطا از سوی دیگر می‌تواند باعث عکس العمل های غیر منطقی شود. مثلاً بعضی از پزشکان با انتساب همه وقایع به خواست خداوند سعی می‌کنند بر عذاب وجدان و احساس گناه خود فائق آیند. دسته دیگر به محض احساس کوچکترین

سازمانی رویکرد به خطای پزشکی باعث وحدت رویه و اتفاق نظر پزشکان بالینی، مسئولین بخش های بیمارستانی و وکیلان در مورد این که در چه مواردی اظهار خطا ضرورت دارد و نحوه اظهار خطا به چه صورت باشد، می-گردد.

رویکرد عملی به اظهار خطای پزشکی

اظهار خطای پزشکی باید با توجه به فرهنگ و قومیت بیمار صورت گیرد. آگاهی از ویژگی های و باورهای قومی بیمار، برای اظهار خطا به گونه ای که هنجاری های فرهنگی آنها رعایت گردد، بسیار مهم است، اما این امر نباید به عنوان توجیهی برای عدم اظهار خطا به بیمار یا خانواده وی استفاده شود [۱۷]. اطلاعات باید به گونه ای به بیمار داده شود که نگرانی های بی مورد او را به حداقل برساند و همین طور مبتنی بر حقایق باشد [۱۷].

برای اظهار خطا رعایت موارد زیر توصیه می گردد [۶]:

- بیمه گر مسئولیت پزشکی خود را مطلع سازید و از آنها که می توانند در بیان خطا به شما یاری دهند (مانند مدیر بخش و ...) کمک بگیرید.
 - به محض مطلع شدن از وقوع خطای پزشکی آنچه درباره خطا می دانید با تاکید بر آنچه اتفاق افتاده و عواقب احتمالی آن برای بیمار اظهار کنید.
 - در بیان خطا پیش قدم شوید و منتظر سؤال بیمار نمانید.
 - برای مراقبت و جبران صدمه ایجاد شده برای بیمار و پیشگیری از وقوع مجدد آن برنامه ریزی کنید.
 - پیشنهاد ملاقات با خانواده بیمار را به وی بدهید.
 - کلیه مباحث و اظهارات مطرح شده را در پرونده بیمار مکتوب نمایید.
 - به بیمار پیشنهاد ملاقات بعدی را بدهید.
 - آمادگی ابراز احساس شدید از طرف بیمار را داشته باشید.
 - مسئولیت عواقب خطای خود را بپذیرید اما از سرزنش خود بپرهیزید.
 - عذر خواهی و ابراز تأسف کنید.
- مهم است در مورد این که چه اقدامی برای پیشگیری از وقوع مجدد چنین خطایی صورت خواهد گرفت به بیمار

اتهام خطا، موضع دفاعی به خود گرفته و به طور کامل از خود سلب مسئولیت می نمایند. بدترین واکنش پناه بردن به الکل و مواد مخدر برای رهایی از احساسات ناخوشایند و آزار دهنده است [۳].

در مجموع باید پذیرفت در هر اقدام پزشکی، خطای پزشک به عنوان یک انسان با همه محدودیت های انسانی اش محتمل است. هر چند باید با پیش بینی و فراهم کردن کلیه شرایط لازم، احتمال وقوع خطا را به حداقل ممکن رساند، اما داشتن انتظارات غیر واقعی از پزشکان هم می تواند باعث عکس العمل غیر منطقی پزشکان و سایر کارکنان سیستم سلامت با مسأله خطای پزشکی شود.

از سوی دیگر به نظر می رسد اظهار صادقانه خطای پزشکی، به پزشک کمک می کند تا در مورد محدودیت های طبیعی خود منطقی تر فکر کند و فشار ناشی از توقعات بالا و فوق بشری را از دوش او برمی دارد. همچنین این اقدام به بیمار کمک می کند تا نسبت به موقعیت فعلی خود آگاهی پیدا کرده و شرایط مناسب برای دریافت خسارت به شکل مسالمت آمیز و نه از راه طرح شکایت قانونی را فراهم سازد [۳۳].

چه مواردی از خطا باید اظهار گردد؟

کالج پزشکان آمریکا و جامعه متخصصان داخلی آمریکا اظهار خطا را زمانی ضروری می دانند که ربطی به سلامت بیمار داشته باشد. انجمن پزشکی آمریکا اظهار خطا را زمانی توصیه می کند که باعث عارضه پزشکی قابل توجهی شده باشد [۸]. موسسه ملی ایمنی بیمار آمریکا نیز آستانه اظهار خطا را وقوع صدمه برای بیمار می داند. بعضی معتقدند که در مواردی که اظهار خطا به بیمار منجر به کاهش استقلال فردی وی می شود، صرف نظر کردن از ارائه اطلاعات به وی منطقی است [۱۷]. با این حال هیچ یک از موارد نامبرده مشخص نکرده اند که چه کسی وجود این معیارها را تعیین می کند. هر نوع تصمیم گیری برای امتناع از اظهار خطای پزشکی باید توجیه منطقی داشته باشد که این توجیه برای یک پزشک بی طرف یا در صورت امکان یک کمیته اخلاقی قابل قبول باشد [۳۶].

در مجموع، سازماندهی فرایند اظهار خطا و وجود راهنمای

بیماران به معنای نفی مسئولیت‌های شخصی کارکنان سیستم سلامت نیست، بلکه به دلیل افزایش توجه کل تیم به بالا بردن کیفیت ارائه خدمات، حس مسئولیت پذیری در تک تک افراد نیز افزایش می‌یابد [۴۰].

متأسفانه تاکنون نظام سلامت در اغلب کشورها با رویکردی فردی به خطاهای پزشکی در حد سرزنش و جریمه فرد خطاکار توجه داشته و به رویکرد سیستمی به مسأله خطا و حمایت از ابراز خطا برای به دست آوردن برآورد صحیحی از خطاهای پزشکی و اقدام برای جلوگیری از بروز آنها توجهی نشان نداده است [۲۱، ۴۱، ۴۲].

با مخفی ماندن خطاهای رخ داده، علاوه بر تضییع حق بیمار، هیچ اقدامی در جهت جلوگیری از بروز مجدد خطا صورت نخواهد گرفت. برای این که پرسنل کادر پزشکی خطا را ابراز و گزارش کنند، ایجاد تغییرات فرهنگی ضروری به نظر می‌رسد [۳۸]. بهترین راهکار، راهکاری است که در فضائی بدور از قضاوت و سرزنش از بیان حقیقت در رابطه با خطای صورت گرفته، حمایت می‌کند و پزشکان را ترغیب به وارد شدن در فرآیند سازمانی بیان حقیقت می‌نماید [۴۳].

در بیمارستان‌های آموزشی، مسئولیت پذیری کل سیستم ارائه خدمات در قبال خطای رخ داده علاوه بر تأثیر در کاهش میزان خطا، باعث استفاده از خطاها به عنوان منبع آموزشی برای سایر همکاران خواهد شد. بهتر است اساتید به جای مشاهده و سکوت در برابر خطای دستیاران خود، به طور فعال آنها را در تشخیص و تشریح خطا و همین‌طور اظهار خطا به بیمار یاری دهند [۷].

متأسفانه در جلسات گزارش خطا و گزارش مرگ و ناتوانی^۱ به علت فقدان بحث بر روی جنبه‌های مهمی همچون ابعاد احساسی خطای پزشکی و یا جنبه‌های مرتبط با سیستم ارائه خدمات که منجر به بروز این خطا شده است، دستیاران دچار احساس افسردگی و سرخوردگی می‌شوند [۷]. برای اصلاح این روند لازم است، استادان در ایجاد فضای آموزشی مثبت و حمایت‌کننده در مورد خطای دستیاران بکوشند. به این منظور

اطلاع دهید. بیمار و خانواده اش در صورتی که اطمینان یابند مراقبت‌های پزشکی در اثر این تجربه بهبود خواهند یافت ممکن است خطای صورت گرفته را بپذیرند [۶].

دکتر Wu در رابطه با نحوه اظهار خطای پزشکی می‌گوید: «ابتدا به سادگی بیان کن که مرتکب خطایی شده‌ای. سپس با عباراتی که در حد فهم مخاطب باشند، رویداد را با تمام جزئیات شرح بده. سپس تأسف شخصی خود را از وقوع خطا ابراز و از او معذرت خواهی کن. سعی کن طرح سوال یا ابراز نگرانی‌های بیمار را برانگیزی و سپس به تک تک آنها پاسخ دهی. به بیمار اطمینان بده که تمام تلاش خود را برای جبران خطای صورت گرفته و بهبود وضعیت او انجام خواهی داد [۳۵].»

ایجاد فرهنگ و فضای مناسب برای اظهار خطای بیمار

در بسیاری موارد، پزشکان از این که با اظهار خطای خود مورد سرزنش همکاران قرار گیرند و یا همکارانشان از ارجاع بیماران به وی خودداری نمایند و در مجموع وجهه شغلی خود را از دست دهند، نگرانند.

باید پذیرفت در بروز خطای پزشکی همیشه پزشک به تنهایی مقصر نیست و بسیاری عوامل زمینه‌ای در بروز خطا توسط پزشک مؤثر می‌باشند. این عوامل طیف وسیعی را از عدم هماهنگی‌های بین پرسنل درمانی با یکدیگر تا تأثیر شرایط فیزیکی یا نامناسب کار که منجر به خستگی و عدم تمرکز و بی‌حوصلگی پزشک می‌شود شامل می‌شوند. در حقیقت در بروز خطا زنجیره‌ای از عوامل مختلف دخیل هستند که در این زنجیره عموماً پزشک یا پرستار حلقه آخر هستند. بنابر این برای کاهش میزان احتمال بروز خطا و نیز برای احقاق حق بیمار در ارائه اطلاعات مربوط به خطای رخ داده، باید کل سیستم ارائه دهنده خدمات، مسئولیت خطا را بپذیرد و با رویکردی سیستمی با مسأله خطای پزشکی مواجه شود. در این حالت پزشکان به دلیل حمایت سیستم، ترغیب به اظهار خطا خواهند شد [۳۷، ۳۸] و با اظهار خطا سیستم خواهد توانست تمام موارد خطا، را شناسایی و مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و تدابیری برای پیشگیری از موارد مشابه بیاندیشد [۳۹]. البته پذیرش رویکرد سیستمی در درمان

¹ Mortality and morbidity report

الف) بی تفاوتی از کنار مسأله بگذرد و یا منتظر بماند تا پزشک دیگری خطای صورت گرفته را برای بیمار فاش کند.

ب) پزشک خاخی را برای اظهار خطا به بیمار ترغیب نماید.

ج) موضوع را مستقیماً با بیمار در میان گذارد.

د) جلسه ای به منظور بحث و بررسی در رابطه با خطا با حضور پزشک خاخی و بیمار ترتیب دهد [۳۵].

در جامعه پزشکی این که پزشکان بیمار را از خطای صورت گرفته توسط همکارانشان مطلع کنند نقص آشکار شخصیت و منش پزشکی محسوب می‌شود. پزشکان به طور معمول احساس می‌کنند که از آنجا که همگی آنها جایز الخطا هستند باید از همکار خود حمایت کنند و خطای یکدیگر را افشا نکنند [۴۵].

در دنیای ایده آل اخلاقی، پزشک وظیفه دارد با پزشک مسؤول خطا تماس بگیرد و با وی در خصوص موضوع صحبت کند و از وی بخواهد خطای رخ داده را به اطلاع بیمار برساند و یا در جلسه ای که با حضور او و بیمار برگزار خواهد شد برای بحث و تبادل نظر در خصوص خطای روی داده شرکت نماید [۶، ۲۲، ۳۵، ۴۵]. در مواردی که پزشک اول می‌پذیرد خطا صورت گرفته اما با هیچ یک از روش‌های اظهار آن موافقت نمی‌کند، پزشک دوم اخلاقاً موظف است به او بگوید که به حکم وظیفه اخذ رضایت آگاهانه، بیمار را از بروز خطا آگاه خواهد کرد [۲۲، ۴۵]. در مواقعی که دانشجو شاهد خطای پزشکی در بخش است و بیمار از وی در مورد احتمال خطا می‌پرسد دانشجو موظف است به موقعیت پیچیده ای که دارد توجه داشته باشد و بین منافع بیمار (شامل توجه به اتونومی بیمار و سلامت او) و در نظر داشتن نقش دانشجو در سیستم ارائه خدمات و این که پزشک مسؤول درمانگر بیمار نیست و باید به حفظ رابطه پزشک مسؤول و بیمار احترام بگذارد، تعادل برقرار نماید. نقش دانشجو اظهار خطای صورت گرفته نیست بلکه از طریق بیان نگرانی بیمار به پزشک مسؤول تسهیل کننده رابطه درمانی موثر بین آن دو خواهد بود [۴۶].

اقدامات متفاوتی از بحث دوستانه و به دور از قضاوت در مورد خطای رخ داده تا بیان ساده و روان احساسات دستیار و هم دردی با او در مورد احساسی که از خطای پزشک پیدا کرده است، می‌تواند صورت گیرد [۷]. برای اظهار خطای پزشکی استادان بهترین الگوی رفتاری برای دستیاران خود هستند و دستیاران با مشاهده بیان حقیقت خطا توسط استادان خود ترغیب به الگو برداری رفتاری از ایشان می‌شوند.

در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۱ در انگلیس انجام شد، یک خطای پزشکی فرضی برای دانشجویان پزشکی توضیح داده شد و از آنها خواسته شد با فرض این که آنها مرتکب این خطا شده اند بگویند در هنگام طرح مسأله انتظار دارند چه پاسخی را از سوی اساتید خود دریافت نمایند؟ پاسخ اکثر دانشجویان به این مضمون بود:

«من از توجه شما قدردانی کرده و احساسات شما را می‌فهمم. این احساسات غیر طبیعی و غیر معمول نیستند. در حقیقت آنها بازگوکننده صداقت و احساس همدردی شما با بیمار است. شما باید بدانید که مسؤولیت پذیری می‌تواند بخش مهمی از یادگیری از یک خطا یا اشتباه باشد. من مایلم که در جلسه ای با هم به مرور آنچه اتفاق افتاده پردازیم و از آن درس بگیریم» [۴۴].

رویکرد به خطای پزشکی همکاران

در بعضی مواقع پزشک مسؤولیت درمان بیماری را به عهده دارد که در اثر خطای پزشک دیگری دچار صدمه شده است و در این معضل اخلاقی قرار می‌گیرد که موظف است در قبال این خطا چه تصمیمی بگیرد. مسلماً براساس مسؤولیت درمانی که در قبال بیمار دارد. موظف است تصمیمی که منجر به بهترین نتیجه برای بیمار می‌گردد را اتخاذ نماید. بیمار برای رضایت به درمان و پیگیری های درمانی لازم است از حقیقت آسیب روی داده مطلع شود. اما باید به حفظ احترام پزشک اول و نیز حفظ اعتماد بیمار به جامعه پزشکی نیز توجه لازم را داشته باشد [۴۵]. در شرایطی که پزشکی شاهد خطای همکار خود در حین مراقبت از بیماری می‌شود، انتخاب های متعددی را در پیش روی دارد:

خطا ممکن است آسیب‌های بیشتری به سلامتی وی وارد نماید و یا به واسطه مطلع شدن از منبع دیگری غیر از پزشک مسؤول، رابطه پزشک و بیمار مخدوش شده و حس اعتماد بیمار به پزشک و جامعه پزشکی از بین برود. بنابر اصل احترام به استقلال فردی بیمار و نیز سودرسانی به وی، پزشک موظف است بروز خطا را به او اظهار نماید. اما نکته مهمی که نباید از نظر دور داشت این است که جهت حمایت و ترغیب پزشکان به چنین اقدامی تعبیه رویکردی سازمانی به خطای پزشکی و ایجاد فضایی به دور از قضاوت و سرزنش در مراکز ارائه خدمات سلامت موثر و لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

نتیجه گیری

حرفه پزشکی هرگز خالی از خطا نبوده و نیست. از طرف دیگر جامعه پزشکی موظف است میزان بروز خطا را به حداقل ممکن برساند و همچنین برای حفظ اعتماد عموم مردم و بیماران به جامعه پزشکی حقوق ایشان را در بروز خطا رعایت نماید. به این منظور لازم است اطلاعات مربوط به خطای رخ داده را به بیمار اظهار نماید. از آنجا که بروز خطای پزشکی برای پزشک هم استرس شدیدی ایجاد خواهد کرد و ابراز آن به بیمار فشار مضاعفی برای وی خواهد بود، اغلب پزشکان با غیر قابل پیش بینی بودن، بروز خطا را برای خود توجیه می‌کنند و از اظهار آن به بیمار خودداری می‌کنند. از طرف دیگر مطلع نشدن بیمار از

مآخذ

1. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes?. *JAMA* 1991; 265: 2089-94.
2. Schenkel SM, Khare RK, Rosenthal MM, et al. Resident perceptions of medical errors in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2003; 10:1318-24.
3. Harrington MBC. Dealing with Mistakes. Uniformed Services Academy of Family Physicians. URL: http://www.usafp.org/Fac_Dev/Teaching_Topics/Dealing%20with%20Resident%20Mistakes/Dealing-with-Mistakes.html (access: March 2006).
4. Brazeau C. Disclosing the Truth About a Medical Error. American Family Physician, 1999. URL: <http://www.aafp.org/afp/990901ap/curbside.html> (access: March 2006).
5. Witman AB, Park DM, Hardt <http://www.news-medical.net/?id=3795> in SB. How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting. *Arch Intern Med*. 1996 9-23; 156: 2565-9.
6. Hebert PC, Levin AV, Robertson G. Bioethics for clinicians: 23. Disclosure of medical error. *CMAJ*. 2001; 164: 509-13.
7. Hevia A, Hobgood C. Medical error during residency: to tell or not to tell. *Ann Emerg Med*. 2003; 42: 565-70.
8. Wu AW, Cavanaugh TA, McPhee SJ, et al. To tell the truth: ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. *J Gen Intern Med*. 1997; 12: 770-5.
9. Institute of medicine. To Err is Human: Building A Safer Health System. National Academy of Sciences. URL: <http://www.iom.edu/Object.File/Master/4/117/0.pdf> (access: March 2006).
10. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1997; 324: 370-6.
11. Wilson RM, Harrison BT, Gibberd RW, et al. An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study. *The Medical Journal of Australia*. 1999; 170: 411-415.
12. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ*. 2004; 170: 1678-1686.
13. Wu AW. Handling hospital errors: is disclosure the best defense? *Ann Intern Med*. 1999; 131: 970-2.
14. Kowalczyk BL. Survey examines medical errors: First detailed look at frequency, type in a key specialty. The New York Times Company. URL: http://www.boston.com/business/articles/2004/08/03/survey_examines_medical_errors/ (access: March 2006).
15. News Medical Net. 45% of specialists admit having made a recent medical error. News-Medical.Net published: 3-Aug-2004. URL:

- <http://www.news-medical.net/?id=3795> (access March 2006).
16. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, et al. Epidemiology of medical error. *BMJ*. 2000;320:774-777.
 17. Pernal-Wallag MS. Patient Safety Toolkit: Disclosure Chapter. THE UNIVERSITY OF MICHIGAN. URL: <http://www.med.umich.edu/patientsafetytoolkit/overview.htm#dc> (access: June 2005).
 18. Schwappach DB, Koeck CM. What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors. *Int J for Quality in Health Care* 2004; 16: 317-326.
 19. Hebert PC. Patients must be told of unintended injuries during treatment. *BMJ*. 1999; 318: 1762.
 20. American College of Physicians. Ethics manual, Fourth edition. *Ann Intern Med* 1998; 128: 576-94.
 21. Kalra J, Massey KL, Mulla A. Disclosure of medical error: policies and practice. *J of Royal Society of Med*. 2005; 98: 307-309.
 22. ACP's Ethics and Human Rights Committee and the Center for Ethics and Professionalism.. Must you disclose mistakes made by other physicians?. American College of Physicians. URL: <http://www.acponline.org/journals/news/nov03/mistakes.htm> (access: March 2006).
 23. Hobgood C, Peck CR, Gilbert B, et al. Medical errors-what and when: what do patients want to know?. *Acad Emerg Med* 2002 Nov; 9: 1156-61.
 24. Hingorani M, Wong T, Vafidis G. Patients' and doctors' attitudes to amount of information given after unintended injury during treatment: cross sectional, questionnaire survey. *BMJ* 1999; 318: 640-1.
 25. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, et al. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA*. 2003; 289: 1001-7.
 26. Novack DH, Detering BJ, Arnold R, et al. Physicians' attitudes toward using deception to resolve difficult ethical problems. *JAMA*. 1989; 261: 2980-5.
 27. Sweet MP, Bernat JL. A study of the ethical duty of physicians to disclose errors. *J Clin Ethics* 1997; 8: 341-8.
 28. Brett AS. Attitudes on Disclosure of Medical Errors. *Journal Watch (General)*. 2003. URL:<http://www.medscape.com/viewarticle/451578> (access: March 2006).
 29. Christensen J, Levinson W, Dunn P. The heart of darkness: The impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med* 1992; 7: 424-31.
 30. Kerr M. Medical Error Disclosure: Easier Said than Done. *Caring for the Ages*, American Medical Directors Association. URL: <http://www.amda.com/caring/may2003/mederrors.htm> (access: March 2006).
 31. Mazor KM, Simon SR, Yood RA, et al. The Effects of Telling Patients about Medical Errors. *Annals of Internal Med*. 2004; 140(6): 1-17.
 32. Kraman SS, Hamm G. Risk management: extreme honesty may be the best policy. *Ann Intern Med*. 1999; 131: 963-7.
 33. Shapiro RS, Simpson DE, Lawrence SL, et al. A survey of sued and nonsued physicians and suing patients. *Arch Intern Med*. 1989; 149: 2190-6.
 34. Adamson TE, Tschann JM, Gullion DS, et al. Physician communication skills and malpractice claims - a complex relationship. *West J Med*. 1989; 15: 356-60.
 35. Study Recommends Disclosing Medical Mistakes To Patients. P\SL Consulting Group. URL: <http://www.docguide.com/dg.nsf/PrintPrint/C0C29A7870B3919385256562004F8BDE> (access: March 2006).
 36. University of Washington School of Medicine. Ethics in Medicine: Mistakes. University of Washington. URL: <http://depts.washington.edu/bioethx/topics/mistakes.html> (access: March 2006).
 37. Lamb R. Open disclosure: the only approach to medical error. *Qual Saf Health Care*. 2004; 13: 3-5.
 38. Firth-Cozens J. Barriers to incident reporting. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 7.
 39. Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *J Eval Clin Pract* 1999; 5: 13-21.
 40. Liang BA. A system of medical error disclosure. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 64-8.
 41. Volpp KG, Grande D. Residents' suggestions for reducing errors in teaching hospitals. *N Engl J Med* 2003; 348: 851-5.
 42. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000; 320: 726-7.
 43. Cantor MD. Telling patients the truth: a systems approach to disclosing adverse events. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 7-8.
 44. No authors listed. Medical errors and medical culture. *BMJ* 2001; 322: 1236-7.
 45. Banja J. Should doctors reveal one another's errors to patients? URL: <http://ethics.emory.edu/news/archives/000095.html> (access: June 2005).
 46. Lee SK, Cowie SE. medical students and remediation of error. *JAMA* 2001; 286:1082-3.