

We don't want to think about it

Peter Hutten-Czapski, MD[1]

[1]*Scientific Editor, CJRM, Haileybury, ON, Canada*

Correspondence to: Peter Hutten-Czapski, phc@orpc.ca

We may aspire to be Dr House (in parts!), but in reality, we diagnose badly. I think everyone admits that we are human and prone to error. However, it is hard to admit how really bad we are at it. We really do not want to think about our thinking. At the last Rural and Remote conference, a plenary speaker and expert on meta-cognition, Dr Pat Croskerry, had his talk, 'Teaching the Scarecrow' stalled, if not derailed, by the audience's incredulity at his assertions.

Medical error is the third most common cause of death. Can't be so, can it? One in ten diagnoses is incorrect, and not for the fact that the information was incomplete at the time? Not me. There must be something wrong with the definitions used in the studies. They are American studies, right?

If you looked for it though, there was plenty of additional evidence later in the conference. Teri Price's talk on the not-for-profit 'Greg's wings' is based on a patient where there was a delay of over 400 days from the chance finding of epididymis thickening to the treatment of testicular cancer. It shows, despite good intentions, how badly we can follow through.

Dr Shirley Lee presented, 'Is no news good news' and reaffirmed that misdiagnosis is the primary thing we get sued for. We may not get sued often, but it is all in the Venn diagram of the larger errors that people suffer, but may not take us to court or to the college over.

It is not that we intend to fail. Luckily we, and our patients, often get second chances. However, without thinking about thinking, we will continue to rule out acute coronary syndrome (ACS) and ignore the evidence for pericarditis. Without looking at, and making our recall systems more robust, we continue to risk fumbling the follow-up of the shadow on the chest X-ray.

To think that we ourselves are above average, is a terrible bias to succumb to. To simply aspire to be better is not enough, as thinking harder, in the same way, will not make us better. We need to think better to better avoid the traps and biases that we as humans suffer. We should want to not need a second chance. We need to design follow-up systems that are more robust the first time. Our patients deserve no less.

Access this article online

Quick Response Code:

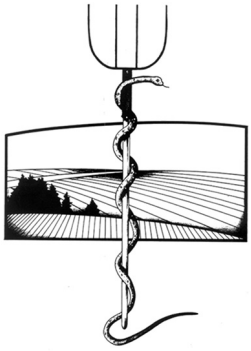
Website: www.cjrm.ca

DOI: 10.4103/CJRM.CJRM_32_19

This is an open access journal, and articles are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 License, which allows others to remix, tweak, and build upon the work non-commercially, as long as appropriate credit is given and the new creations are licensed under the identical terms.

For reprints contact: reprints@medknow.com

How to cite this article: Hutten-Czapski P. We don't want to think about it. Can J Rural Med 2019;24:71-2.



Peter Hutten-Czapski, MD[1]

[1]*Rédacteur Scientifique JCMR, Haileybury (Ont.), Canada*

Correspondance: Peter Hutten-Czapski, phc@srpc.ca

Nous ne voulons pas y penser

Peut-être aspirons-nous être le Dr House (en partie!), mais en réalité nous sommes de bien mauvais diagnostiqueurs. Je pense que nous admettons tous que nous sommes humains et que nous faisons des erreurs. Il est cependant difficile d'admettre à quel point nous sommes médiocres. Nous refusons de réfléchir à ce que nous pensons. Au dernier sommet sur la médecine en régions rurales et éloignées, l'incrédulité du public à l'égard des affirmations du Dr Pat Croskerry, conférencier et expert en métaconnaissance a fait caler, sinon dérailler sa présentation «*Teaching the Scarecrow*».

L'erreur médicale se classe au troisième rang des causes les plus fréquentes de décès. C'est impossible, non? Un diagnostic sur dix est erroné, et pas parce que l'information était incomplète à ce moment-là? Pas moi. Il doit y avoir quelque chose qui cloche avec les définitions utilisées dans les études. Ce sont des études américaines, n'est-ce pas?

Si on les cherchait, les preuves additionnelles abondaient durant le sommet. La présentation de Teri Price sur l'organisme à but non lucratif «*Greg's wings*» parlait d'un patient pour lequel il y a eu un délai de plus de 400 jours entre la découverte fortuite d'un épaississement de l'épididyme et le traitement du cancer des testicules. Cela montre que, malgré toutes nos bonnes intentions, nous sommes épouvantables pour aller jusqu'au bout.

La Dre Shirley Lee a présenté «*Is no news good news*» et a réitéré le fait que les erreurs de diagnostic sont la principale cause de poursuites judiciaires contre les médecins. Peut-être que les poursuites ne sont pas fréquentes, mais tout est dans le diagramme de Venn des erreurs plus graves que les personnes subissent, mais qui ne nous font pas aboutir devant les tribunaux ni devant le collège.

Ce n'est pas que nous avons l'intention d'échouer. Heureusement, nous, et nos patients, avons souvent le luxe d'une deuxième chance. Cependant, si on ne pense pas à penser, nous allons continuer à éliminer le SCA et à ignorer les signes de péricardite. Si on n'examine pas, et ne haussons pas la robustesse de notre système de rappel, nous continuons de risquer de cafouiller dans le suivi de l'ombre sur la radiographie.

Penser que nous sommes nous-mêmes au-dessus de la moyenne est un terrible préjugé auquel nous succombons. Aspirer faire mieux ne suffit pas, puisque réfléchir sérieusement ne nous permettra pas de nous améliorer. Nous devons réfléchir mieux afin de mieux éviter les pièges et préjugés qui se dressent devant nous, les humains. Nous devons aspirer à ne pas avoir besoin d'une deuxième chance. Nous devons concevoir des systèmes de suivi qui sont plus robustes dès la première fois. Nos patients ne méritent rien de moins.

Financial support and sponsorship: Nil.

Conflicts of interest: There are no conflicts of interest.

© 2019 Society of Rural Physicians of Canada | Published by Wolters Kluwer - Medknow