

بررسی پرونده های شکایت از قصور پزشکی در رشته بیهوشی ارجاع شده به کمیسیون سازمان پزشکی قانونی کشور در شش ساله منتهی به اسفند ۱۳۷۸ (ابتدای سال ۱۳۷۳ تا پایان ۱۳۷۸)

دکتر علی محفوظی

متخصص بیهوشی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران - رئیس سازمان پزشکی قانونی کشور

دکتر فخرالدین تقدسی نژاد

عضو هیئت علمی گروه پزشکی قانونی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر حسن عابدی خوراسگانی

متخصص پزشکی قانونی

چکیده

امروزه علی رغم تلاش جامعه پزشکی و کادر بهداشتی و درمانی و نیز پیشرفت تکنولوژی درمانی، میزان نارضایتی و شکایت بیماران، رو به افزایش نهاده است. این امر گرچه از یک سو بدلیل خطاهای پزشکی می باشد ولی از سوی دیگر ریشه در عدم موفقیت پزشکان در برقراری ارتباط با بیماران دارد که عمده ترین دلیل اقامه دعاوی بر علیه پزشکان در سالهای اخیر بوده است. از ابتدای سال ۱۳۷۳ تا پایان ۱۳۷۸ در کمیسیون پزشکی قانونی تهران، ۱۲۶۶ پرونده مربوط به شکایت از قصور پزشکی مورد بررسی قرار گرفته است که در ۱۲۷ مورد (۱۰ درصد) به نحوی کادر بیهوشی درگیر بوده است، در ۹۵ پرونده هائی که قصور تایید گردید، متخصص بیهوشی با ۸۴ مورد و پزشک معالج با ۴۳ مورد و مدیریت بیمارستان با ۲۶ مورد، رتبه های اول تا سوم مقصرین را به خود اختصاص داده اند. بیشترین تعداد شکایت بدنال فوت بیمار (۱۱۴ مورد) بوده است.

کلمات کلیدی: قصور پزشکی - بیهوشی

مقدمه

می شود. گزارشهای بین المللی درباره فراوانی شکایت از پزشکان معالج در کشورهای مختلف حاکی از این واقعیت است، که متاسفانه با وجود پیشرفتهای قابل ملاحظه علمی و حضور تکنولوژی نوین در عرصه خدمات تشخیصی و درمانی، میزان شکایات سیر صعودی داشته است (۱).

در آمریکا در سال ۱۹۷۰ حدود ۴-۳ درصد از پزشکان مورد شکایت واقع شدند که این رقم در سال ۱۹۸۰ به بیست درصد و در سال ۱۹۹۰ به بیست و پنج درصد رسید. در انگلستان در سال ۱۹۷۸ یکهزار شکایت از شش میلیون بیمار بستری و نوزده میلیون بیمار سرپائی، ثبت شده است (۶). در سازمان پزشکی قانونی ایران در سال ۱۳۷۶، ۱۸۴ مورد شکایت از قصور پزشکی مورد بررسی قرار گرفته که در سال ۱۳۷۸ به ۲۸۹ مورد، افزایش یافته است.

امروزه تخصصی شدن امور پزشکی و معضلات مالی و اجتماعی، منجر به زوال روابط مشفقانه، بین پزشک و بیمار گردیده است. اگرچه ازدیاد افراد بیمه شده و افزایش آگاهی این اشخاص از حقوق خود، ازجمله علل افزایش و سیر صعودی شکایت بر علیه پزشکان، در سالهای اخیر بوده، ولی عدم موفقیت پزشکان در برقراری ارتباط مطلوب با بیماران، از علل اصلی طرح دعاوی مذکور می باشد. علی رغم تمام زحمات پزشکان و کادر پزشکی در ارائه خدمات به بیماران و نیز علی رغم تقدس خاص این رشته، متاسفانه روز به روز به میزان شاکیان افزوده می شود که این مهم در آینده نه چندان دور، باعث رکود ویژه ای در بخش خدمات این قشر متخصص

روش بررسی

این تحقیق از نوع مطالعات توصیفی و بصورت مقطعی^۲ انجام شده است که در آن کل پرونده هائی که موضوع آن شکایت از قصور پزشکی رشته بیهوشی است و در کمیسیون پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور از ابتدای سال ۱۳۷۳ تا پایان سال ۱۳۷۸ مطرح گردیده، مورد بررسی قرار گرفته است.

کلیه پرونده های بررسی شده در کمیسیون پزشکی قانونی مربوط به قصور بیهوشی، مورد بازنگری قرار گرفته و اطلاعات موجود در آن بر اساس فرم جمع آوری اطلاعات ثبت شد. با توجه به رای صادره در کمیسیون، میزان قصور یا برائت کادر درمانی به تفکیک پزشک معالج، متخصص بیهوشی، دستیاران، تکنسین بیهوشی، پرستار *Recovery* و سرویس پرستاری و نیز کادر اداری و مدیریت بیمارستان، مشخص گردید. علت فوت یا صدمات ناشی از بیهوشی و تاثیر بیماری زمینه ای یا عامل پذیرش در ایجاد آنها ثبت گردید. برای تجزیه و تحلیل نتایج از نرم افزار *SPSS* استفاده شد.

بحث و نتایج

با توجه به اینکه سیر رسیدگی به پرونده در مراجع قضایی طولانی است و از طرفی پرونده ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی، بعد از طی مراحل بررسی و جمع آوری اطلاعات، در نوبت کمیسیون قرار میگیرد. لذا بررسی های کوتاه مدت ماهیانه، فصلی و حتی سالانه پرونده های کمیسیون از ارزش آماری و اطمینان قابل قبولی برخوردار نمی باشد. به طور مثال از ۳۶ پرونده شکایت از قصور پزشکی در سال ۱۳۷۳ که کادر بیهوشی مورد اتهام بوده است، تاریخ ارجاع شکایت از مراجع قضایی به سازمان پزشکی قانونی در ۱۶ مورد مربوط به سالهای قبل از آن بوده است. بررسی و تحقیق در زمینه مذکور با این فاصله زمانی در ایران برای اولین بار صورت می گیرد.

از ابتدای سال ۱۳۷۳ تا پایان سال ۱۳۷۸ هجری شمسی در کمیسیون سازمان پزشکی قانونی کشور ۲۸۰۵ پرونده مورد بررسی قرار گرفت که ۱۲۶۶ مورد آن (۴۵/۱۳ درصد) مربوط

نقش و دخالت بیهوشی و متخصص بیهوشی در بخشی از مرگهای در حین جراحی و بعد از عمل جراحی، قابل انکار نمی باشد. متخصصین بیهوشی پس از ورود بیمار به اتاق عمل، او را کاملاً تحت نظر گرفته و آنها هستند که باید اجازه شروع عمل را به جراح بدهند و در صورت وجود یا بروز خطر از شروع یا ادامه جراحی جلوگیری کنند. متخصصین بیهوشی باید قبل از عمل بیمار را معاینه و نتیجه آزمایشات بالینی و آزمایشگاهی او را بررسی و ثبت کنند. بیمار از بدو ورود به اتاق عمل تا زمانی که به بیداری کامل دست یابد، تحت نظر متخصص بیهوشی است که در صورت مشاهده هرگونه عارضه ای، باید اقدامات لازم را انجام دهد.

این مسائل به خوبی حکایت از مسئولیت نسبتاً سنگین متخصصین بیهوشی دارد در عین حال شکایت و اقامه دعوی بر علیه پزشکان متخصص بیهوشی و جراحان به حدی است که در اکثر کتب تخصصی رشته بیهوشی و پزشکی قانونی، یک فصل جداگانه را به خود اختصاص داده است. علی رغم اینکه شکایات مربوط به بیهوشی ۳-۴ درصد کل شکایات پزشکی را تشکیل میدهد، غرامت پرداختی در این زمینه متجاوز از ده درصد کل غرامت مربوط به قصور پزشکی را شامل می شود. بهر حال علاوه بر عللی که قبلاً به آن اشاره شد، خطاهای درمانی^۱ و قصور پزشکی، نیز عامل شکایت و اقامه دعوی می باشد (۲).

در برخورد با موارد قصور پزشکی باید به نکات ذیل توجه شود:

۱- پزشک هر قدر واجد معلومات عالی و اطلاعات کافی و تجربه در رشته تخصصی خود باشد و در درمانهایی که انجام می دهد، دارای حسن نیت و اخلاق حسنه پزشکی بوده و نظامات و مقررات مربوطه را رعایت نماید، باز هم ممکن است در بعضی از موارد، دچار عدم موفقیت در معالجه بیماران خود گردد.

۲- قصور پزشکی به هر صورتی که باشد، امری نسبی است. چه بسا پزشکان متبحر در موردی مرتکب قصور می شوند که پزشکان دیگر آن را به سادگی انجام می دهند. از طرفی نمی توان توقع داشت که همه پزشکان از معلومات یکسان و در سطح بالا، برخوردار باشند.

(۳۳/۱ درصد)، علت پذیرش بیمار عامل موثر در ایجاد عوارض یا مرگ تشخیص داده شده، در ۳۳ مورد (۲۵/۲ درصد) بیماری زمینه ای قلبی و در ۱۳ مورد (۱۰/۲ درصد) عوارض بیهوشی، موثر دانسته شده است. براساس مراجع، علت مرگ در اکثریت موارد، مرگ همراه با بیهوشی عامل پذیرش بیمار است و در مواردی که عامل پذیرش خود کشنده نباشد بیمار ممکن است یک بیماری شدید همراه بویژه بیماری ایسکمیک قلبی داشته باشد. در بعضی موارد علت مرگ، یک بیماری تشخیص داده نشده قلبی است و بخصوص در این موارد، انجام اتوپسی ارزش پیدا می کند (۴).

در این مطالعه اکثریت قریب به اتفاق مواردی که قصور صورت گرفته، بیمار در جریان بیهوشی یا اتاق *Recovery* بعلت عدم توجه کادر بیهوشی و پرستار مسئول *Recovery* دچار *Hypoxia* شده و بعد از آن وارد یک سیکل معیوب گشته و در نهایت منجر به فوت یا ایجاد عارضه در بیمار گردیده است. در ۸۷ مورد (۶۸/۵ درصد) از ۱۲۷ پرونده، کادر بیهوشی مقصر شناخته شده که در ۸۴ مورد (۶۶/۱ درصد) متخصص بیهوشی، جزو مقصرین می باشد، یعنی تقریباً تمام مواردی که کادر بیهوشی مقصر شناخته شده، متخصص بیهوشی قصور داشته است. قصور دستیار بیهوشی تنها در ۷ پرونده (۵/۵ درصد) و تکنسین بیهوشی در ۶ مورد (۴/۷ درصد) محرز گردیده است.

بررسی در کشورهای پیشرفته نشان داده که بیشترین علت خطا در مرگهای بدنال بیهوشی، کم تجربگی دستیار بیهوشی و عدم مراقبت و دقت وی و تکنسین بیهوشی است (۳). پزشک معالج در ۴۳ پرونده (۳۳/۹ درصد)، دستیاران وی در ۶ مورد (۴/۷ درصد)، پرستار ریکاوری در ۶ مورد (۴/۷ درصد)، سرویس پرستاری هم ۶ پرونده، مدیریت اتاق عمل در ۵ مورد (۳/۹ درصد) و مدیریت بیمارستان در ۲۴ مورد (۱۸/۹ درصد)، مقصر شناخته شده اند.

تقریباً تمامی موارد تخلف مدیریت بیمارستان، عدم رعایت نظامات دولتی است که اکثریت آن بعلت بکارگیری افراد فاقد صلاحیت علمی و کاری در اتاق عمل و بعد از آن کمبود امکانات فنی در اتاق عمل و عدم توجه مدیریت بیمارستان، به آن می باشد. استفاده از تکنسین یا دستیار بیهوشی، برای انجام بیهوشی عمومی بدون حضور متخصص و با اطلاع و آگاهی مدیریت بیمارستان، اصلی ترین و مهمترین تخلف

به شکایت از قصور کادر پزشکی می باشد، از ۱۲۶۶ پرونده شکایت از قصور پزشکی که در طی شش سال مذکور در کمیسیون کارشناسی شده، در ۱۳۰ مورد به نحوی کادر بیهوشی درگیر بوده است. یک پرونده کمیسیون مجدد از سال ۱۳۷۲ و دو مورد که بدون انجام بیهوشی، متخصص بیهوشی جزء متهمین قرار گرفته بود، از بررسی حذف گردید. لذا در ۱۲۷ مورد (۱۰ درصد) شکایت از قصور پزشکی طی شش سال مذکور، کادر بیهوشی اعم از متخصص، دستیار و تکنسین مورد اتهام بوده اند. در آمریکا طبق بررسیهای انجام گرفته، شکایت از بیهوشی ۳-۴ درصد کل شکایات پزشکی را تشکیل می دهد (۲).

در یک بررسی در بیمارستانی دانشگاهی در پاریس، از ۷۸۹ مورد شکایت مربوط به جراحی، ۴۱ مورد آن (۵/۲ درصد) مربوط به بیهوشی بوده است (۵).

در ۱۲۷ پرونده موردنظر، ۷۰ نفر (۵۵/۱ درصد) از بیماران مذکر و ۵۷ نفر (۴۴/۹ درصد)، مونث بودند. ۱۱۴ بیمار (۸۹/۸ درصد) هنگام اقامه شکایت در قید حیات نبوده و ۱۳ نفر (۱۰/۲ درصد) زنده بوده اند که دو نفر آنها بهبودی کامل و ۱۱ نفر بهبودی نسبی، داشته اند. ۳۳ مورد (۱۸/۱ درصد) بیهوشی و جراحی، بصورت اورژانس انجام گرفته که همگی منجر به فوت شده است. در ۴۵ مورد هنگام پذیرش شرح حالی از یک بیماری قلبی داده شده است.

برای ۱۲۰ بیمار (۹۴/۵ درصد)، بیهوشی عمومی و برای ۷ بیمار (۵/۵ درصد)، بیهوشی بصورت *Epidural* انجام شده است. از ۱۱۴ بیمار فوت شده در ۶۳ مورد (۵۵/۳ درصد) اتوپسی انجام شده و در ۵۱ مورد (۴۴/۷ درصد) اتوپسی صورت نگرفته است. عدم انجام اتوپسی، تصمیم گیری در مورد علت فوت و وجود یا عدم وجود قصور توسط کمیسیون را دچار مشکل نموده است و اغلب علت اصلی فوت نامشخص بیان شده است. اتوپسی اگرچه در اثبات، قصور کادر بیهوشی چندان کمک کننده نیست و اغلب هیچ علامتی دال بر قصور کادر بیهوشی را در آن نمی توان یافت ولی در تشخیص بیماریهای زمینه ای ناشناخته و تعیین میزان شدت بیماریهای زمینه ای شناخته شده، متوفی و غالباً برائت کادر معالج، بخصوص کادر بیهوشی کمک کننده است (۳). در ۳۷ مورد (۲۹/۱ درصد)، قصور ۱۰۰ درصد رخ داده و عامل اصلی در ایجاد مرگ یا عوارض، قصور تعیین شده است. در ۴۲ مورد

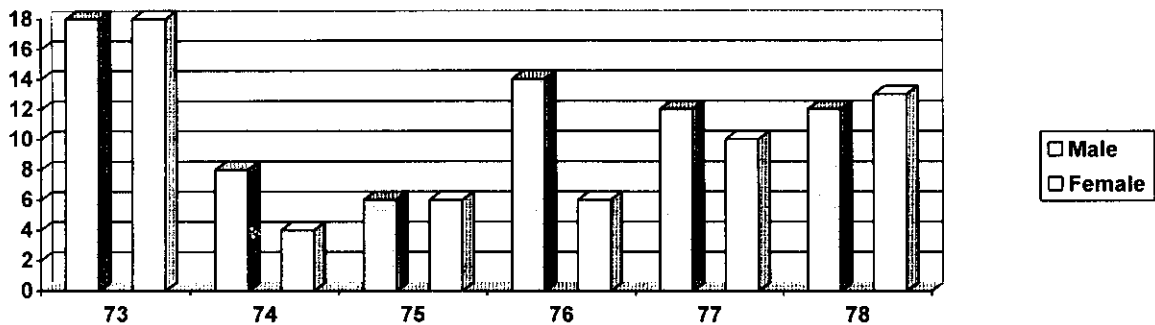
۲- با توجه به فعالیت زیاد شرکتهای بیمه در کشورهای غربی، اکثراً شکایت از قصور با توجه دقیق به روند درمانی می باشد ولی در کشور ما ممکن است فردی صرفاً با تحریک اقوام و اطرافیان و یا حتی پزشکان دیگر، اقدام به شکایت کند که بدون هیچ مبنای علمی می باشد.

۳- در بسیاری از موارد، متخصص بیهوشی بیمه بوده ولی دستیار و تکنسین و یا پرستار بیمه نمی باشند و بعد از احراز قصور، متخصص بیهوشی، قصور را تماماً تقبل می نماید. این موضوع با توجه به دولتی بودن شرکتهای بیمه و عدم پیگیری و کارشناسی های دقیق در بیمه، پیگیری نمی شود.

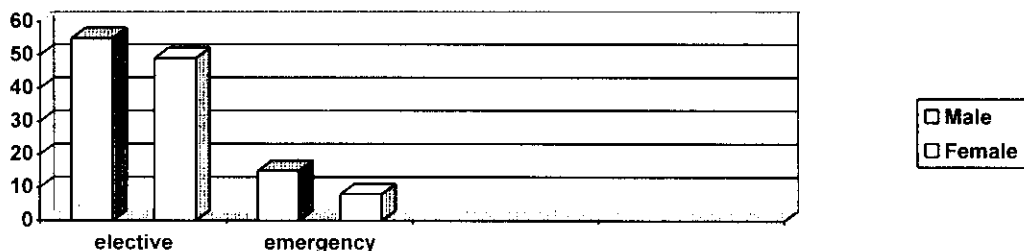
دست آخر اینکه گرچه موارد مذکور همگی می توانند، عواملی مخدوش کننده در نتایج این تحقیق باشند ولی نباید از مشکلات موجود در سیستم آموزش و بهداشت و درمانی غافل شد.

مدیریت بیمارستان بوده است در پایان لازم است چند نکته مورد تاکید قرار گیرد:

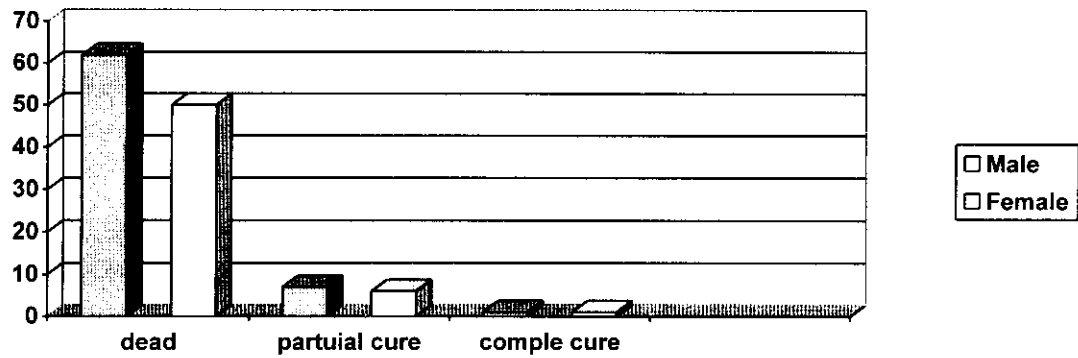
۱- در کتب و مقالات خارجی، اغلب مطالعات و تحقیقات روی مرگهای ناشی از بیهوشی، یا بدنبال دریافت بیهوشی در یک مکان و زمان خاص است و آمار ارائه شده، بیانگر کل مرگهای یک منطقه است و در مواردی که بیمارستان خاصی مدنظر نبوده، شکایت ارائه شده به یک مرکز قضائی، مورد استناد قرار گرفته است. اما این مطالعه صرفاً بر روی شکایاتی انجام شده که از گوشه و کنار کشور جهت اخذ تصمیم نهایی به کمیسیون ارجاع می شوند. از طرفی با توجه به اینکه مراجع دادخواهی در ایران متعدد می باشند ممکن است فردی به سازمان نظام پزشکی شکایت برده و مسئله همانجا خاتمه یابد. به طور نمونه ۲۲ پرونده از ۱۲۷ پرونده مورد مطالعه در این تحقیق از طرف دایره نیابت و یا مستقیماً از دادگاههایی بجز استان تهران، به کمیسیون ارجاع شده است.



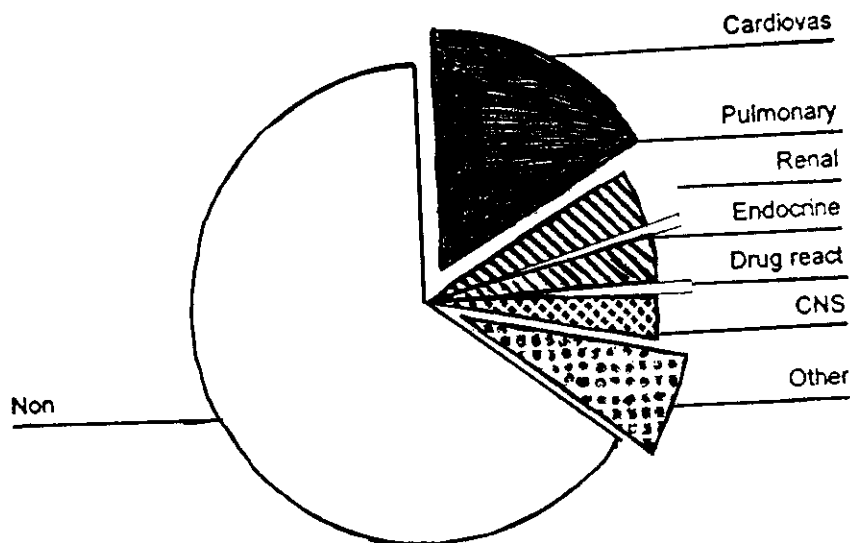
نمودار ۱ - فراوانی شکایت از قصور کادر بیهوشی طی سالهای ۷۳ الی ۷۸ به تفکیک جنس



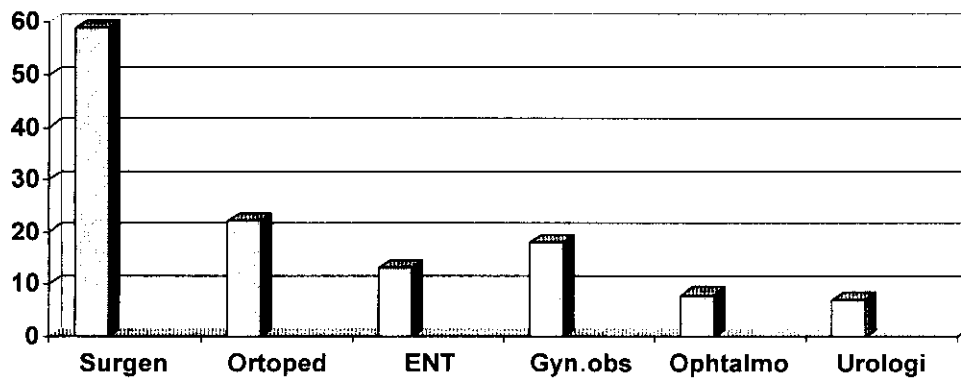
نمودار ۲ - فراوانی نوع جراحی انجام شده در پرونده های شکایت از قصور کادر بیهوشی



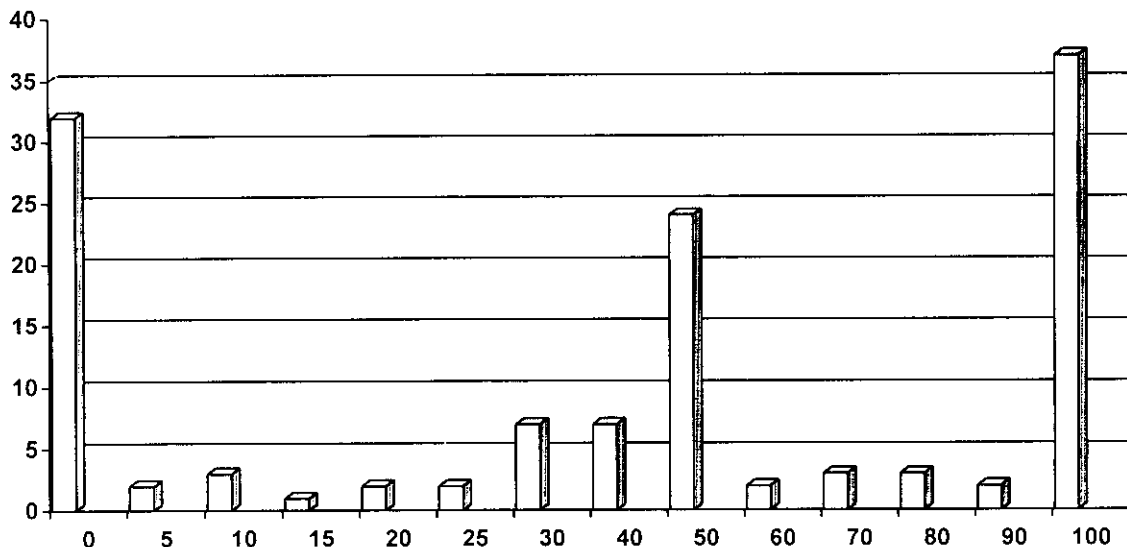
نمودار ۳ - وضعیت بیماران هنگام ترخیص از بیمارستان، به تفکیک جنس، در پرونده های شکایت از قصور کادر بیهوشی.



نمودار ۴ - نوع بیماری زمینه ای در صاحبان پرونده های شکایت از قصور کادر بیهوشی



نمودار ۵ - فراوانی پزشکان معالج در پرونده های شکایت از قصور کادر پزشکی



نمودار ۶ - فراوانی نسبی میزان قصور بر حسب درصد در پرونده های شکایت از قصور کادر بیهوشی

تخصص	جراح عمومی	ارتوپد	زنان و زایمان	گوش و حلق و بینی	چشم پزشکی	اورولوژی	جمع
تعداد	۵۹	۲۲	۱۹	۱۳	۸	۶	۱۲۷
درصد فراوانی	۴۶/۵	۱۷/۳	۱۵	۱۰/۲	۶/۳	۴/۷	۱۰۰

جدول ۱ - توزیع فراوانی نسبی مطلق پزشکان معالج به تفکیک رشته تخصصی در پرونده های شکایت از قصور کادر بیهوشی

فرد متهم	قصور		عدم قصور		جمع
	تعداد	درصد فراوانی	تعداد	درصد فراوانی	
پزشک معالج	۴۳	۳۳/۹	۸۴	۶۶/۱	۱۲۷
دستیار بیهوشی	۷	۵/۵	۱۲۰	۹۴/۵	۱۲۷
سایر دستیاران	۶	۴/۷	۱۲۱	۹۵/۳	۱۲۷
تکنسین بیهوشی	۶	۴/۷	۱۲۱	۹۵/۳	۱۲۷
پرستار ریکاوری	۶	۴/۷	۱۲۱	۹۵/۳	۱۲۷
سرورس پرستاری	۶	۴/۷	۱۲۱	۹۵/۳	۱۲۷
مدیریت اتاق عمل	۵	۳/۹	۱۲۲	۹۶/۱	۱۲۷
مدیریت بیمارستان	۲۴	۱۸/۹	۱۰۳	۸۱/۱	۱۲۷
سایر موارد	۹	۷/۱	۱۱۸	۹۲/۹	۱۲۷
متخصص بیهوشی	۸۴	۶۶	۴۳	۳۳/۹	۱۲۷

جدول ۲ - توزیع فراوانی نسبی و مطلق متهمین به قصور در پرونده های شکایت از قصور کادر بیهوشی

منابع

- 1 _ Dripps Robert D; *Introduction of Anesthesia, chop 6, 6th Ed.*
 - 2 _ Miller R.D.; *Basics of Anesthesia, chop 1, 1994.*
 - 3 _ Bernard Knight CBE; *Simpson's Forensic Medicine, 11th Ed 1997.*
 - 4 _ Davidj, Gee & Alen A., Watson; *Lecture Notes on Forensic Medicine, 4th Ed 1991.*
 - 5 _ Lienhart A. & Chigot JP; *Claims related to anesthesia at the University Hospitals of Paris, Anesthesia Reanim* 1996, 15(2) 215-9.
- ۶ - کاهانی - ع و سنجایی شیرازی - ج: بررسی خطاهای پزشکی در رشته تخصصی بیهوشی از سلسله کنفرانسهای تخصصی، سازمان پزشکی قانونی کشور اردیبهشت ۱۳۷۹.