

شکایات قصور پزشکی در رشته زنان و زایمان ارجاع شده به کمیسیون پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور طی سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱؛ علل و روش‌های پیشگیری از آن

دکتر میترا اخلاقی *

متخصص پزشکی قانونی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر حسن توفیقی زواره

متخصص پزشکی قانونی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر فاطمه صمدی

متخصص پزشکی قانونی

چکیده

زمینه: امروزه علی‌رغم تلاش جامعه پزشکی، کادر بهداشتی درمانی و پیشرفت تکنولوژی درمانی، میزان ناراضی‌ت و شکایت بیماران رو به افزایش است. این امر اگرچه از یک سو می‌تواند ناشی از خطاهای پزشکی باشد ولی از سوی دیگر ریشه در عدم موفقیت پزشکان در برقراری ارتباط با بیماران دارد که تقریباً عمده‌ترین دلیل اقامه دعوی بر علیه پزشکان در سال‌های اخیر بوده است.

روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بود و پرونده‌های شکایتهای مربوط به رشته تخصصی زنان و زایمان که در سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ در کمیسیون پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور مورد بررسی قرار گرفته بودند مورد تجزیه و تحلیل واقع شد. برای تحلیل نتایج از نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: از ۷۶۸ پرونده مربوط به شکایت از قصور پزشکی، ۹۷ مورد (۱۲/۶۳ درصد) مربوط به شکایت از قصور پزشکی رشته زنان و زایمان بود. از کل این پرونده‌ها در ۴۱ مورد، قصور در امر درمان رخ داده بود. بیشترین قصور در ۳۶ مورد (۳۷/۱۱ درصد) مربوط به پزشکان معالج بود و بیشترین نوع قصور آنها از نوع عدم تبصر بود. در درجه بعدی قصور کادر مامائی در ۹ مورد (۹/۲۸ درصد) محرز گردید که بیشترین علت خطای آنها عدم مراقبت و دقت کافی در کنترل بیماران بود. بیشترین شکایات مربوط به فوت بیمار ۴۳ نفر (۴۴/۳۳ درصد)، شامل ۲۳ نوزاد، ۱۷ زن باردار و ۳ زن غیرباردار بود. از نظر حقوقی شایعترین نوع قصور از نوع عدم تبصر و در درجه بعدی بی‌مبالائی بود. از کل پرونده‌های بررسی شده در این مطالعه بیشترین میزان شکایت در ۳۸ مورد (۳۹/۸ درصد) از مراکز خصوصی بود. از کل موارد قصور تأیید شده میزان قصور مراکز دانشگاهی کمتر از مراکز درمانی دیگر بود.

نتیجه‌گیری: به متخصصین زنان و زایمان توصیه می‌شود ضمن حسن رفتار با بیمار و همراهان وی قبل از هر گونه اقدام درمانی بیمار را از عوارض احتمالی و غیرقابل پیش‌بینی آگاه نمایند و مشاوره‌های لازم پزشکی و حداکثر مراقبتهای لازم قبل و بعد از عمل جراحی را انجام دهند. علاوه بر این باید مسائل قانونی به پزشکان آموزش داده شود.

واژگان کلیدی: قصور پزشکی، زنان و زایمان، بارداری، فوت، نقص عضو

مقدمه

امروزه تخصصی شدن امور پزشکی و معضلات مالی و اجتماعی منجر به زوال روابط سنتی معمول بین پزشک و بیمار گردیده است. اگرچه ازدیاد جمعیت و ازدیاد افراد بیمه شده و افزایش آگاهی اشخاص از حقوق خود از جمله علل روند رو به افزایش شکایت علیه پزشکان در سالهای اخیر بوده است، ولی عدم موفقیت پزشکان در برقراری ارتباط صحیح با بیماران از علل اصلی طرح دعوی مذکور می باشد. علی‌رغم تمام تلاش‌های پزشکان و کادر پزشکی در ارائه خدمت به بیماران و نیز علی‌رغم تقدس خاص این رشته، متأسفانه روز به روز بر میزان شکایتها افزوده می‌شود که این مهم در آینده نه چندان دور می‌تواند باعث رکود ویژه‌ای در بخش خدمات این قشر متخصص باشد (۱، ۲).

گزارشهای بین‌المللی درباره فراوانی شکایت از پزشکان معالج در کشورهای مختلف حاکی از این واقعیت است که متأسفانه با وجود پیشرفتهای قابل ملاحظه علمی و حضور تکنولوژی نوین در عرصه خدمات تشخیصی و درمانی میزان شکایتها سیر صعودی داشته است.

پیشرفتهای رشته تخصصی زنان و زایمان تا آنجا انتظارات جامعه بشری را افزایش داده که حتی میزان بروز کم حوادث و مرگ و میر و عوارض از هیچ پزشک و پرسنل کادر پزشکی در این رشته از نظر افکار عمومی جامعه قابل قبول نیست. در این رشته تخصصی از پزشکی به ویژه در زمینه مامایی امکان بروز خطا و قصور ناشایع نیست؛ یعنی با اندک تخطی از موازین علمی ممکن است عوارض خطیر و مرگباری پیش آید. زیرا در همه رشته‌های پزشکی طبیب فقط با خود بیمار سر و کار دارد در حالیکه در مامایی نه تنها مادر بلکه جنین یا نوزاد او که موجود ظریف و لطیف و شکننده‌ای است هم در معرض خطر قرار دارد (۳، ۴).

این مسایل به خوبی حکایت از مسؤولیت سنگین متخصصین رشته زنان و زایمان دارد. در عین حال شکایت و اقامه دعوی بر علیه پزشکان و جراحان به حدی است که در اکثر کتب تخصصی و پزشکی قانونی فصل جداگانه‌ای را به خود اختصاص داده است. به هر حال علاوه بر عللی که قبلاً به آن اشاره شد، خطاهای درمانی (Malpractice) و قصور پزشکی نیز از جمله علل شکایت و اقامه دعوی می‌باشند.

قصور پزشکی چنین تعریف می‌شود: «تخلف از الزامات خاص که حرفه و شغل پزشکی بر عهده پزشک گذاشته است». در زمینه پزشکی قصور وقتی رخ می‌دهد که ۳ شرط زیر وجود داشته باشد:

۱- فرد باید، بیمار پزشک باشد و پزشک مسؤولیت مراقبت پزشکی و درمانی وی را پذیرفته باشد.

۲- پزشک باید اعمالی را انجام داده باشد که از نظر معیارهای پزشکی قابل پذیرش نبوده و یا به طور شایعتر اعمالی را که به عنوان

اقدامات پذیرفته شده پزشکی باید انجام شوند، انجام نداده باشد.

۳- در نتیجه اعمالی که نباید انجام می‌شد و یا انجام ندادن کاری که باید انجام می‌گرفت، بیمار متحمل آسیب شده باشد (۵، ۶).

برای استقرار قصور وجود این ۳ شرط لازم است و به عنوان مثال اگر دو شرط اول و دوم وجود داشته باشد ولی فرد دچار ضرر نشود مسأله قابل پیگیری نیست (مگر اینکه پیگیری انتظامی از طرف سازمان نظام پزشکی یا وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی صورت گیرد). به طور کلی در برخورد با قصور باید به نکات زیر توجه نمود:

۱- پزشک هر قدر واجد معلومات عالی و اطلاعات کافی و تبحر در رشته تخصصی خود باشد و در درمانهایی که انجام می‌دهد دارای حسن نیت و اخلاق حسنه پزشکی باشد 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 صورت که باشد یک امر نسبی است. چه بسا پزشکان متبحر که در موردی مرتکب قصور می‌شوند ولی پزشکان دیگر آن را به سادگی انجام می‌دهند. از طرفی نمی‌توان توقع داشت که همه پزشکان از معلومات یکسان برخوردار باشند.

۳- در ارزیابی قصور پزشکی، اصل بر میزان پیشرفت علم در آن رشته خاص با در نظر گرفتن زمان و شرایط خاصی که خطای پزشکی در آن شرایط روی داده است، گذاشته شده است، بطوری که شرایط مکانی دوری از مرکز، عدم وجود امکانات لازم برای معالجه، نبودن پرستار و پزشک همکار و وضعیت خاص بیمار هم در نظر گرفته می‌شوند (۷).

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بود و پرونده‌های مطروحه در زمینه زنان و زایمان از نظر علت و نوع شکایت (فوت، عارضه جانبی، خسارت مادی)، وضعیت بیمار هنگام اقامه شکایت، مرکز ارائه خدمات درمانی، بیماری زمینه‌ای شناخته شده قبل از پذیرش و نظریه کارشناسی از طرف کمیسیون پزشکی قانونی مبنی بر احراز قصور، نوع آن از لحاظ حقوقی و فرد یا افراد قاصر مورد بررسی قرار گرفتند.

جمع‌آوری داده‌ها بر اساس اطلاعات به دست آمده از بررسی پرونده‌های قصور پزشکی در رشته زنان و زایمان ارجاع شده به کمیسیون پزشکی قانونی انجام گرفت. در انتها برای تحلیل نتایج از نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد.

نتایج

کل پرونده‌های قصور پزشکی مطرح شده در کمیسیون پزشکی قانونی طی دو سال (۱۳۸۱-۱۳۸۰) ۷۶۸ مورد بود و ۹۷ پرونده

خصوصی ۱۴ مورد (۳۴/۱۵ درصد) و برابر بود. میزان قصور مراکز دانشگاهی ۱۳ مورد (۳۱/۷۱ درصد) و کمتر از مراکز درمانی دیگر بود ولی این اختلاف در حد چشمگیری نبود به طوری که میزان قصور در تمام مراکز درمانی در طی این بررسی دو ساله تقریباً یکسان بود. در ۱۴ مورد از کل موارد فوت در این مطالعه بیماری زمینه‌ای دخالت داشت که شایعترین آن پره‌اکلامپسی بود و در ۶ مورد منجر به فوت خانم باردار شده بود. در این مطالعه در یک مورد نقص عوامل فنی و تجهیزات در بروز ضایعه نقش داشت.

بحث

بخش‌های اورژانس، زایمان، رادیولوژی و پاتولوژی بیشترین دپارتمان‌های بیمارستانی درگیر در شکایت از نظر قصور پزشکی هستند (۸). در این بررسی نیز میزان شکایت از کادر پزشکی در رشته زنان و زایمان ۱۲/۶۳ درصد بود که هم‌سو با تحقیق انجام شده در مکزیک در سال‌های ۲۰۰۱-۱۹۹۶ است و براساس نتایج آن شکایت از این رشته ۱۴/۵ درصد کل موارد شکایت علیه پزشکان را تشکیل می‌داد (۹).

در تحقیق انجام شده در سال‌های ۱۹۹۸-۱۹۹۶ در اسپانیا تنها ۱/۲ درصد طرح دعوی پزشکی مربوط به این رشته بود (۱۰). از علل بیشتر بودن شکایت در رشته زنان و زایمان می‌توان به ماهیت رشته که بیشتر از روشهای جراحی تشکیل شده است، کار سخت‌تر و موارد زیاد توآلید، کمبود فضا، امکانات و پرسنل ناکافی اشاره نمود (۱۳-۱۱). متخصصین این رشته معمولاً با زنان سالم سر و کار دارند و خطر حرفه‌ای و زایمان خیلی بالا در این رشته زیاد است و اشتباه و قصور می‌تواند منجر به عوارض جدی گردد (۱۴).

مانند این تحقیق که قسمت اعظم شکایات مربوط به بارداری بود (۷۸/۳۵ درصد)، در بررسی انجام شده در مکزیک در سال‌های ۱۹۹۸-۱۹۹۶ هم از بین ۶۳۵ مورد شکایت علیه پزشکان در این رشته ۶۰ درصد موارد مربوط به رشته بارداری و ۴۰ درصد مربوط به بیماری‌های زنان بود (۱۲). همچنین در بررسی ۵۰۰ پرونده در آتلانتا، ۲۹۴ مورد شکایت از زایمان و ۲۰۶ مورد مربوط به بیماری‌های زنان بود (۱۵).

به علت توقع بالای والدین از پرسنل بهداشتی برای مانیتور حوادث و عوارض ناخواسته و دخالت مناسب برای جلوگیری از آسیب، کادر بهداشتی شاغل در بخش پری‌ناتال مستعد شکایت هستند (۱۶). در این بررسی هم شایعترین علت طرح شکایت، فوت نوزاد (۲۳/۷۱ درصد) و عارضه جانبی در نوزاد (۱۹/۵۱ درصد) بود. مانیتورینگ ناکافی جنین، تجویز بی‌احتیاط اکسی‌توسین و نارسایی در تشخیص حاملگی پرخطر از قبیل نارسسی، حاملگی طول کشیده^۱

(۱۲/۶۳ درصد) آن مربوط به رشته تخصصی زنان و زایمان بود. از میان ۹۷ پرونده، ۲۱ مورد (۲۱/۶۵ درصد) مربوط به بیماری‌های زنان و ۷۶ مورد (۷۸/۳۵ درصد) مربوط به بارداری بود.

در ۴۴/۳۳ درصد موارد شکایت به دلیل فوت بیمار، ۳۵/۰۵ درصد موارد به دلیل ایجاد عارضه جانبی و ۲۰/۶۲ درصد موارد به دلیل خسارت مادی بود. در بین موارد فوت، شایعترین علت شکایت (۲۳/۷۱ درصد موارد) فوت نوزاد بود و شایعترین انگیزه طرح دعوی علیه کادر پزشکی به دلیل ایجاد عارضه جانبی و پیدایش عوارض ناخواسته در نوزاد بود که به ترتیب شیوع آسیب شبکه بازویی، شکستگی استخوانی و اختلالات مغزی در رتبه‌های اول تا سوم قرار داشتند. بنابراین بیشترین نوع شکایت مربوط به فوت یا ایجاد عارضه جانبی در نوزاد و در درجه دوم مربوط به فوت و خسارت مادی خانم باردار بود. پس در مجموع بیشترین شکایت در مطالعه انجام شده، فوت به ویژه فوت در نتیجه اقدامات زایمانی و در زمینه بیماری‌های زنان هم شایعترین علت شکایت، نازایی و سپس آسیب‌های عروقی و عصبی بود.

از مجموع ۹۷ پرونده شکایت، در ۴۱ مورد (۴۲/۲۷ درصد) قصور تأیید شد که ۲۰ مورد آن مربوط به سال ۱۳۸۰ و ۲۱ مورد آن مربوط به سال ۱۳۸۱ بود. در ۷ مورد قصور تأیید شده رشته زنان، اقدامات درمانی از نوع غیر اورژانسی و از ۳۴ مورد قصور تأیید شده بارداری، ۱۶ مورد (۴۷/۰۵ درصد) زایمان به روش طبیعی و در ۱۸ مورد (۵۲/۹۵ درصد) زایمان به روش سزارین بود.

از کل پرونده‌های مورد بررسی بیشترین قصور در ۳۶ مورد (۳۷/۱۱ درصد) مربوط به پزشکان معالج و بیشترین نوع قصور آنها از نوع عدم تبحر بود. در رتبه بعدی قصور کادر مامائی در ۹ مورد (۹/۲۸ درصد) محرز گردید که بیشترین علت خطای آنها عدم مراقبت و دقت کافی در کنترل بیمار بود. در رتبه سوم کادر بیهوشی در ۴ مورد (۴/۱۲ درصد) مرتکب قصور شده بودند.

از لحاظ حقوقی در ۴۱ پرونده ای که قصور در آنها تأیید شده بود در ۲۹ مورد تنها یک نوع قصور و در ۱۲ مورد بیش از یک نوع قصور تشخیص داده شده بود که شایعترین نوع قصور عدم تبحر با ۲۲ مورد، بعد از آن بی‌مبالائی با ۱۸ مورد، بی‌احتیاطی با ۸ مورد و در درجه چهارم عدم رعایت نظامات دولتی با ۵ مورد قرار داشتند. بیشترین میزان عدم تبحر مربوط به مراکز خصوصی و کمترین مربوط به مراکز دانشگاهی بود. بیشترین میزان بی‌مبالائی مربوط به مراکز دانشگاهی بود.

کمترین میزان شکایات از مراکز دانشگاهی بود و تعداد موارد شکایت از مراکز دانشگاهی در سال ۸۱ نسبت به سال ۸۰ کاهش قابل ملاحظه‌ای داشت و تقریباً نصف شده بود. بیشترین میزان شکایات از مراکز خصوصی بود و تعداد موارد شکایت از مراکز خصوصی در سال ۸۱ نسبت به سال ۸۰ تقریباً دو برابر شده بود. از ۴۱ مورد قصور اثبات شده در این مطالعه میزان قصور مراکز دولتی غیردانشگاهی و مراکز

- آموزش مداوم و تربیت پرستاران زنده پری‌ناتال،
- آموزش و کنترل و نظارت دقیق بر عملکرد پرسنل جوان و
انجام اقدامات جراحی در بیماران پرخطر توسط افراد فوق تحت
نظارت اساتید مجرب،
- برگزاری سمینارهای آموزش مداوم در رشته تخصصی زنان و
زایمان (۲۴)،

- شناسایی بیماران پرخطر و مراقبت پری‌ناتال دقیق آنها،
- بهبود کیفیت و استاندارد زایمان از طریق برگزاری کمیته‌های
ارزیابی مرگ و میر مادران و به ویژه مرگ پری‌ناتال،
- پیشرفت و تسهیل آموزش بهداشت به زنان باردار و بستگان
آنها،

- سندسازی دقیق، تکمیل پرونده بالینی، ثبت مشاوره‌ها، گزارش
پیشرفت بیماری، دستورات پزشک و گزارش پرستاری با دقت تمام
و مکتوب کردن گزارش آنچه به بیمار گفته شده و کسب رضایت
آگاهانه از وی (۲۶، ۲۵)،

- تغییر و تحول در ساختار آموزش پزشکی و آگاه کردن
دانشجویان پزشکی از همان سال‌های اول با موارد اشتباهات پزشکی
و نحوه جلوگیری و برخورد با آنها (۲۷)،
- سخت‌گیری در پرداخت غرامت از طرف بیمه گذاران در موارد
مسئولیت حرفه‌ای در صورتی که تکرار موارد قصور تأیید شود.

مراجع

- ۱- قشلاقی ف. راه‌های پیشگیری از قصور پزشکی. چاپ اول، اصفهان، انتشارات فرهنگ مردم، ۱۳۸۰: صص ۱۳۷-۱۴۳.
- ۲- شجاع‌پور، کاتوزیان س. مسئولیت مدنی ناشی از خطای شغلی پزشکی. چاپ اول، انتشارات فردوسی، تهران، ۱۳۷۳.
- 3- Rain KG, Berco Witz RS, Barbieri RL. Kistner Gynecology; Chap 2.
- 4- Hecker N, More G. Essentials of Obstetrics & Gynecology. 3th ed. Chap 2.
- 5- Polson DJ, Gee MG. The Essentials of Forensic Medicine. Chap 19-22. 5th ed. Oxford; 1985.
- 6- Knight B. Simpson. Forensic Medicine. 11th ed, 1997.
- ۷- عباسی م. مجموعه مقالات حقوق پزشکی. چاپ دوم، انتشارات حقوقی. تهران، ۱۳۸۳: صص ۶۷-۸۲.
- 8- Bartlett EE. Physician's cognitive errors & their liability consequencey. J Health Risk Manag 1998 Fall; 18(4): 62-9
- 9- Tena Tamayo C, Ahued Ahued JR. Recommendations to improve quality of obstetrics care. Ginec Obstet Mex 2003 Aug; 71: 409-420
- 10- Morales Ramrez JJ, Saucedo Gonzalez LF. Most of the complaints in gynecology & obstetrics

یا حاملگی چندقلویی از جمله علل منجر به شکایت هستند (۱۷).
در تحقیقی که در نروژ طی سال‌های ۲۰۰۰-۱۹۹۳ انجام شد ۷۰ مورد
شکایت از متخصصین زنان و زایمان صورت گرفته بود که ۳۸ مورد
آن مربوط به فوت نوزاد و ۱۷ مورد صدمه مغزی نوزاد بود که در اکثر
موارد تفسیر غلط از علایم دیسترس جنینی یا انجام تأخیری سزارین
منجر به بروز حوادث فوق شده بود (۱۸).

از کل موارد فوت در این مطالعه در ۱۴ مورد بیماری زمینه‌ای
دخیل بود که شایعترین آن پره‌اکلامپسی بود و در ۶ مورد منجر به
فوت خانم باردار شده بود. این موضوع نشانه اهمیت ویژه مراقبت‌های
پری‌ناتال است. در تحقیق انجام شده شایعترین انگیزه شکایت در
مورد بیماری‌های زنان، نازایی بود، در حالی که در تحقیق سال‌های
۱۹۸۴-۱۹۹۴ در انگلستان شایعترین علت شکایت در زمینه زنان
نارسایی در انجام ناباروری بود (۱۹). در این تحقیق بیشترین میزان
بی‌مبالاتی مربوط به مراکز دانشگاهی بود.

در تحقیق مشابه در هند در طی سال‌های ۱۹۹۳-۱۹۸۳ مشاهده
گردید که ۲۵ درصد اورژانس‌های زایمان بدون مشاوره با استاد و ۴
درصد مرگ مادران به دلیل تأخیر در انجام سزارین بود. همچنین در
تعطیلات و آخر هفته به دلیل پرسنل ناکافی و کاهش در دسترس بودن
سرویس‌ها، مرگ و میر بیشتر بود (۲۱، ۲۰). در مطالعه‌ای که در سال
۱۳۷۸ بر روی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته زنان و
زایمان صورت گرفت شایعترین نوع قصور از نظر حقوقی، بی‌مبالاتی
بود.

بنابراین به طور کلی اشتباه در تشخیص، برداشتن بافت اشتباه،
درمان نامناسب و از همه مهمتر رفتار و برخورد نامناسب با بیمار از
علل عمده طرح شکایت هستند (۱۰، ۸). در تحقیق انجام شده در
مکزیک طی سال‌های ۲۰۰۱-۱۹۹۶ هم در ۷۶ درصد موارد منجر به
شکایت، عدم موفقیت در برقراری ارتباط مناسب پزشک و بیمار نقش
داشته است (۹).

در تحلیل بیش از ۵۰۰ پرونده در انگلستان طی سال‌های
۱۹۸۴-۱۹۹۴ مهم‌ترین انگیزه‌های شکایت در ۴۶ درصد موارد
بدرفتاری کادر پزشکی، ۱۹ درصد مراقبت ناکامل، ۱۲ درصد اشتباه در
قضاوت و ۹ درصد عدم تبحر بود.

پیشنهادها

در پایان با توجه به انگیزه‌های شکایت علیه پزشکان در این رشته
راهکارهای ذیل جهت کاهش اقامه دعوی پیشنهاد می‌گردد:
- بهبود روابط بین پزشک و بیمار، چرا که بیمارانی که پزشک
خود را مراقب و نگران سلامتی خویش می‌بینند حتی در صورت بروز
حوادث ناخواسته و ناگوار اقدام به شکایت نخواهند کرد (۲۲).
- آشنایی پزشکان با دانش روز و مطالعه مستمر و استفاده از
تجارب همکاران و آموزش وجوه قانونی اقدامات پزشکی (۲۳)،

- care are generated by perceptions stemming from unavoidable results. *Ginecol Obstet Mex* 2001 Mar; 69: 108-17
- 11- Holman HE. Malpractice risk prevention for primary care physicians. *Am J Med Sci* 2002 Oct; 324(4): 212-9
 - 12- Saucedo Gonzales LF, Tinoco Jaramilb G. Lawsuits against gynecologists – obstetricians in the national commission of medical Arbitration. *Ginecol Obstet Mex* 2001 Dec; 69: 487-91
 - 13- Soutoul JH, Chazara G. The medicolegal risk in obstetrics: What has been learned from studying 340 files on accidents. *J Gynecol Obstet Boil Reprod* 1982; 11(2): 285-300
 - 14- Marek Z. Medical errors in obstetrics. *Ginecol Ped* 1984 Aug; 55(8): 545-52
 - 15- Ward CJ. Analysis of 500 obstetric & gynecologic malpractice claims. *Am J Obstet Gynecol* 1991 Aug; 165 (2): 298-304
 - 16- Verklan MT. Malpractice & The Neonatal Intensive Care Nurse. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004 Jan-Feb; 33(1): 116-23
 - 17- Nocon JJ, Coolman DA. Perinatal Malpractice; Risks & Prevention. *J Reprod Med* 1987 Feb; 32(2): 83-90
 - 18- Hlmboe J, Molne K. Incidents connected to pregnancy & labor. *Tidsskr Nor Laegeoren* 2001 Nov 10; 121 (27): 3185-7
 - 19- Lynch C, Coker A. A clinical analysis of 500 medicolegal claims evaluating the causes & assessing the potential benefit of alternative dispute resolution. *J Obstet Gynecol* 1996 Dec; 103(2): 1236-42
 - 20- Bhatt RV. Professional responsibility in maternity care; role of medical audit. *Int J Gynecol Obstet* 1989 Sep; 30(1): 47-50
 - 21- Hamilton P, Restrepo E. Weekend birth & higher neonatal mortality. *Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003 Nov-Dec; 32(6): 724-33
 - 22- Lichtstein DM, Materson BJ. Reducing the risk of malpractice claims. *HOSP Pract* 1999 Jul 15; 34(7): 69-72
 - 23- Scharf A, Steinborn A. Risk management in gynecology & obstetrics. *Bull Soc Sci Med Grand Duche Luxemb* 1999; (3): 41-51
 - 24- Nesbitt TS. Risk management in obstetric care for family physicians. *J An Board Fam Pract* 2003 Nov-Dec; 16(6): 471-7
 - 25- Greenwald LM, Mondor M. Malpractice & the perinatal nurse. *J Perinat Nurs* 2003 Apr-Jun; 17(2): 101-9
 - 26- Coy K, Stratton R. Avoiding your greatest fear-malpractice. *J Okla Dent Assoc* 2002 Fall; 33(2): 18-27
 - 27- Al-Assaf, Bonpus LJ. Preventing errors in health care. *Hosp Top* 2003 summer; 81(3): 5-12