

مجله علمی پزشکی قانونی / سال ۱۰، شماره ۳۴، تابستان ۱۳۸۳: ۱۱۰-۱۰۵

اتهامات قصور در حرفه پزشکی، سناریوی هندی یک مشکل جهانی

دکتر ب. ر. شارما

بخش پزشکی قانونی و سم شناسی، بیمارستان و کالج پزشکی دولتی چندیگر، هندوستان

دکتر مانیشا گوپتا

بخش پزشکی قانونی و سم شناسی، بیمارستان و کالج پزشکی دولتی چندیگر، هندوستان

چکیده

قصور، به عنوان یک تخلف، نقض وظیفه ای است که از ترک فعلی ناشی می شود که یک فرد عاقل انجام می دهد یا به دلیل انجام فعلی ایجاد می شود که یک فرد محتاط و عاقل انجام نمی دهد (۱). این پدیده جلوه های متعددی دارد. ممکن است قصور فعال یا انفعالی، حاشیه ای، مقایسه ای، همزمان، ارادی یا از روی بی مبالاتی باشد. امروزه یافتن اتهامهای قصور که علیه پزشکان به صورت مکتوب یا الکترونیکی مطرح می شوند غیرعادی نیست. این مقاله وجوه گوناگون قصور، جنبه های حقوقی آن و مدافعات یک پزشک در محاکمه به دلیل قصور را بررسی می کند.

پست الکترونیک: drbrsharma@yahoo.com

پزشک این احتمالات را در حداقل میزان حفظ کند. اگر او چنین کرده باشد، هر صدمه ای که رخ بدهد، هرچند جدی باشد، قابل پیشگیری و شکایت نیست.»

طبق یک نظریه «یک تشخیص اشتباه به معنای قصور نیست. این نکته به طور یقین اثبات شده است که پزشک را نباید فقط به این دلیل مقصر دانست که یکی از احتمالات خطر ذاتی یک عمل رخ داده است یا به این دلیل که به بیمار در مورد همه خطرات ناشی از یک سیر درمان پیشنهادی هشدار نداده است.»

به طور مستند ثابت شده است که «اتهام قصور حرفه ای علیه یک پزشک جدی است. سطح آن با سطح قصور یک راننده تفاوت دارد. عواقب آن هم جدی تر است چون بر جایگاه شغلی و شهرت یک پزشک تأثیر می گذارد و به همین دلیل مسؤولیت اثبات قصور بسیار سنگین تر است. یک پزشک را نباید فقط به دلیل بروز یک اشتباه یا حادثه غیر منتظره یا خطا در قضاوت، مقصر دانست. او تنها هنگامی مقصر است که سطح استاندارد مراقبت پایین تر از استاندارد مراقبت یک پزشک با کفایت در رشته او باشد، تا آن حد که برای کار او هیچ عذری وجود نداشته باشد (۵).»

علاوه بر آن، «نقص» کلامی است که اهمیت کاربرد آن گسترده تر از کلمه «قصور» است. یک ترک فعل، که شاید در حد قصور نباشد، ممکن است یک نقص باشد. به همین دلیل قصور در ارائه خدمت جدی تر از نقص در ارائه خدمت است (۶).»

قصور جنایی (جزایی)

جنایی بودن ناشی از ریسک کردن یا انجام یک عمل از روی بی ملاحظگی و بی تفاوتی نسبت به عواقب آن است. این قصور جدی و قابل مجازات است یعنی عدم احتمال مراقبتها یا عدم رعایت آن احتیاطاتی که با توجه به شرایط، اعمال یا رعایت آنها وظیفه ضروری فرد بوده است. عجله قابل سرزنش در اقدام با آگاهی از اینکه وقوع پیامدهای ناگوار محتمل است قابل پیگیری است. از سوی دیگر، بسیاری از قضاوتها از سوی دادگاهها و محاکم حاکی از آن هستند که باید در ارتباط با قصور یا بی ملاحظگی پیش از تشکیل یک پرونده قصور جنایی، وجود نیت مجرمانه را اثبات کرد. دادگاه عالی کرالا (Kerala) در یک حکم (۷)، در عین حفظ ضوابط بند ۳۰۴ A قانون جزای هند اعلام کرد که بند ۳۰۴ A مجازات قصور یا بی ملاحظگی منجر به مرگ را که معادل قتل قابل مجازات نیست، تعیین می کند. عملی که باعث مرگ می شود لزوماً نباید از روی بی ملاحظگی صورت گرفته باشد. کافی است که مرگ ناشی از قصور متهم باشد. برای اثبات قصور منجر به مرگ باید نتیجه مستقیم آن قصور باشد، آن عمل باید در کمترین فاصله با وقوع مرگ صورت گرفته باشد و هیچ عامل برتر یا مداخله ای در این فاصله وجود نداشته باشد.

مقدمه

قصور حرفه ای در کار پزشکی را که به آن قصور پزشکی، خطای پزشکی یا اشتباه پزشکی هم می گویند به صورت فقدان مراقبت عاقلانه و مهارت یا قصور عمدی از طرف پزشک در درمان یک بیمار است که موجب وارد شدن صدمه جسمی یا مرگ فرد تحت درمان شود. این تعریف شامل هر دو مورد «انجام فعل» و «ترک فعل» می شود.

فرض قانونی در مورد یک پزشک آن است که وی دارای درجه قابل قبولی از مهارت، دقت و دانش در درمان بیماران خویش است و در حداکثر توانایی و قضاوت خود از آنها استفاده می کند. درجه مهارت، دقت و دانش بستگی به آن دارد که او یک پزشک عمومی یا یک پزشک متخصص باشد. استاندارد دقتی که در مورد یک پزشک بر مبنای آن قضاوت خواهد شد مشابه فردی در همان حد از تخصص، دانش و مهارت است (۲). اما یک اشتباه در تشخیص یا درمان معادل قصور نیست، مشروط بر آنکه پزشکی با حداکثر توانایی و حسن نیت خویش، دقت و مهارت لازم را اعمال کرده باشد. گرچه قانون در مورد حرفه پزشکی بسیار با ملاحظه عمل می کند، تعداد موارد اتهام قصور حرفه ای همواره در حال افزایش است. طرح شکایت علیه پزشک به اتهام قصور حرفه ای هم در محاکم مدنی و هم در محاکم جزایی امکان پذیر است. به همین دلیل موارد قصور بر مبنای این امکان به دو دسته قصور مدنی (حقوقی) و قصور جزایی (جنایی) تقسیم می شوند. در هندوستان، قصور از طرف شورای پزشکی (نظام پزشکی) هم قابل پیگیری است. به همین دلیل امروزه پزشکان باید از روی احتیاط نسبت به جنبه های حقوقی و اقدامهای پیشگیرانه در مورد چنین اتهاماتی آگاهی پیدا کنند.

جنبه های حقوقی

دیدگاه مدرن در مورد قصور را لرد دنینگ (۳) چنین بیان کرد: «در جاده یا در یک کارخانه، اگر همه به اندازه کافی دقت داشته باشند و احتیاط کنند نباید حادثه ای به وجود بیاید. اما در یک بیمارستان، هنگامی که فردی بیمار بود و برای مداوا می آمد، فرقی نمی کرد که چقدر دقت می شد، همواره خطر وجود دارد و از نظر قانونی نادرست و بد است که بگوییم چون اتفاق ناگواری افتاده است بیمارستان و پزشکان مسؤول و مقصرند. در واقع این موضوع برای جامعه یک فاجعه است. معنایش این است که پزشکان، به جای درمان بیمار، همواره باید مراقب باشند که کسی از پشت به آنان خنجر نزند (مثلاً شکایت به اتهام قصور). در اغلب اشکال درمانی پزشکی احتمال خطر ذاتی وجود دارد. تنها چیزی که می توان انتظار داشت آن است که

صورت نخواستی قرار گرفته بود. چند دقیقه بعد، فشار خون افت کرد و حتی پس از انجام عملیات کامل احیا، در عرض ده دقیقه، بیمار فوت کرد. این مورد طبق بند ۳۰۴ A قانون جزای هند ثبت و بررسی شد. دادستانی در خصوص قصور جنایی پزشکی به دلیل عدم انجام آزمون حساسیت به گزیلوکائین و اینکه وی متخصص بیهوشی نبوده است، طرح دعوی کرد. دادگاه عالی کارناتاكا (Karnataka)، با رد اتهام طبق بند ۳۰۴ A قانون جزای هند، حکم کرد که «با توجه به عدم انجام معاینه پس از مرگ، هیستوپاتولوژی و غیره، نمی توان احتمال سایر علل مرگ را منتفی دانست. مرگ روی تخت عمل جراحی خود به خود برای اثبات بی ملاحظگی یا قصور از جانب متهم کافی نیست. بی ملاحظگی و قصور یکسان نیستند. قصور را نمی توان به معنای بی ملاحظگی تلقی کرد. درجات متفاوتی از بی ملاحظگی یا قصور وجود دارند. باید دریافت که بی ملاحظگی در چنان حدی، یعنی با توجه به آگاهی از احتمال بروز آسیب در نتیجه این درجه از بی ملاحظگی، به معنای خطرناک بودن اقدام مورد بحث است. جنایی بودن ناشی از ریسک کردن یا انجام عملی از روی بی ملاحظگی یا بدون توجه به عواقب آن است. مرگ بیمار یک اتفاق ناخوشایند بوده است. نمی توان گفت که متهم اصلاً اقدامات مناسب، احتیاطی و معقول را انجام نداده است. عواقب این عمل پیش بینی نشده و غیر قابل پیش بینی بودند....»

در این قضاوت تأکید شده است که مرگ ناگوار فرد نباید موجب اشتباه شود. آنچه باید دید آن است که آیا متهم یک درمان مناسب، منصفانه و معقول برای فرد متوفی انجام داده است یا نه. اگر چنین باشد اما مرگ اتفاق افتاده باشد، نمی توان مرگ را ناشی از یک بی ملاحظگی یا قصور خیالی از سوی متهم دانست. دادستان آگاه مدعی شد که پزشک باید یک آزمون حساسیت انجام می داده است. احتمال شوک ناشی از تزریق این مقدار گزیلوکائین (۱/۲ سانتیمتر مکعب) چیزی در حدود یک در ده هزار است. چون در هر ده هزار مورد یکی منجر به عواقب فاجعه آمیز می شود، به معنای آن نیست که انجام ندادن آزمون حاکی از بی ملاحظگی با قصور پزشک بوده است. نتیجه منفی چنین آزمونی ضامن عدم بروز عواقب ناگوار نخواهد بود.

اینکه پزشک متخصص بیهوشی نبوده است به معنای آن نیست که دارندگان مدارکی چون MBBS، FRCS و DGO صلاحیت انجام بیهوشی را ندارند. بنابراین شکایت در مورد متخصص بیهوشی نبودن پزشک قابل رسیدگی نیست (۹).

اما در موردی که یک زن سالم ۲۸ ساله تحت عمل توبکتومی لاپاراسکوپیک قرار گرفته و در حین عمل فوت کرده بود، دادگاه عالی راجستان، با استناد به بند ۳۰۴ A، IPC چنین نظر داد: «هرگاه توبکتومی لاپاراسکوپیک انجام می گیرد، چه در یک بیمارستان بزرگ چه در بیمارستانهای کوچک یا در درمانگاههای توبکتومی لاپاراسکوپیک، یک متخصص بیهوشی با مدرک MD در بیهوشی و

وظیفه اثبات

در مورد یک قصور پزشکی، معمولاً گفته می شود که در اثر اشتباه در درمان یا ترک فعل، صدمه یا آسیبی به فرد وارد شده است. اما در حالت رضایت آگاهانه، حتی در جایی که اشتباه یا ترک فعلی واقع شده باشد (مثلاً در جایی که مداوای دارای پیامدهای عینی قابل پیش بینی باعث صدمه به فرد می شود) می توان فرآیند اقامه دعوی را آغاز کرد. در این مورد شکایت بیمار آن نیست که درمان با قصور یا اهمال صورت گرفته است بلکه اگر به وی اطلاعات کافی و جامع در مورد خطرات و یا راه حلهای دیگر داده می شد او این شیوه درمان را نمی پذیرفت و صدمه نمی دید (قانون «تسبیب»). اما در واقع هر بیمار دچار یک معلولیت جدی ناشی از مداوای یک بیماری، شهادت خواهد داد که اگر از خطرهای احتمالی آگاه بود از پذیرفتن این شیوه مداوا امتناع می کرد. بنابراین، یک نظریه دیگر که اغلب از آن طرفداری می شود چیزی است که به نام «قاعده بیمار محتاط» می شناسیم، یعنی تصمیم یک فرد محتاط در موقعیت یک بیمار در صورت اطلاع کافی از همه احتمالات خطر معقول، به همین دلیل وظیفه اثبات قصور بر عهده کسی است که اتهام قصور را مطرح می کند. شاکي باید ادعای خود در مورد قصور را علیه پزشک اثبات کند و پزشک موظف نیست ثابت کند که با دقت و مهار کافی کار خود را انجام داده است.

اما شرایط خاصی وجود دارند که در آنها شاکي نباید قصور پزشک را ثابت کند و استنباط وقوع قصور بر مبنای واقعیات موجود در هر مورد صورت می گیرد که مطابق با شعار «احتیاجی به توضیح نیست» است.

اصول این شعار عبارتند از:

- ماهیت صدمه یا آسیب بر مبنای فهم عام یا استنباط براساس شواهد کارشناسی چنان است که بدون قصور امکان وقوع ندارد.
- متهم باید تنها فرد کنترل کننده کاربرد ابزار یا شرایط موجود در هنگام وقوع جرم باشد.
- شاکي نباید نقشی در ایراد صدمه یا آسیب به خود داشته باشد.

برخی از قضاوتهای مهم

۱- مرگ روی تخت عمل جراحی

در یک قضاوت، نظر دادگاهی آن بود که «در هنگام وقوع مرگ بیمار در چهار دیواری اتاق عمل، که بستگان بیمار به آن دسترسی نداشته باشند، مسئولیت توضیح وقایع درون اتاق عمل بر عهده پزشکان است. وظیفه پزشکان است که علت مرگ بیمار را، که آنان مسئول آن معرفی شده اند، اثبات یا رد کنند» (۸). اما، در یک مورد دیگر یک زن ۲۲ ساله در ماه هشتم بارداری توسط متخصص زایمان برای ایجاد بیحسی به منظور انجام عمل سزارین مورد تزریق گزیلوکائین به

که «چون مدرک پرستار فوق به تأیید شورای ایالتی کرا لا نرسیده بود، او یک «پرستار» نبوده و به همین دلیل صلاحیت انجام تزریق را نداشته است. بنابراین رفتار او قصور تلقی شده و بیمارستان نیابتاً مسؤول پرداخت غرامت مدعی است.»

۴ - مسؤولیت نیابتی

مسأله دیگر در خصوص مسؤولیت نیابتی اداره کنندگان بیمارستان در مورد قصور پرسنل استخدام شده توسط آنان، مسأله دیگر محل نزاع و مورد تردید نیست. کسانی که یک بیمارستان را اداره می کنند از نظر قانونی وظیفه ای همانند پزشک دارند. هرگاه بیماری را برای مداوا می پذیرند، باید دقت و مهارت کافی و قابل قبولی را برای درمان بیماری او اعمال کنند. البته مقامات بیمارستان نمی توانند خودشان این کار را بکنند بلکه از طریق کارکنانی که استخدام کرده اند این کار را انجام می دهند و اگر کارکنان مرتکب قصور در ارائه درمان شوند به اندازه هرکس دیگری که افراد دیگری را برای انجام این وظایف خویش استخدام می کند، مسؤول خواهند بود (۱۵).

۵ - غیرپزشکی که در حرفه پزشکی کار می کند

«اگر کسی بدون داشتن صلاحیت لازم یا ثبت نام مطابق قانون شورای پزشکی مصوب سال ۱۹۵۶ هـ، اقدام به طبابت کند به مجازات زندان یا جریمه نقدی یا هر دو محکوم می شود. چون متهم به عنوان پزشک در شورای همیوپاتی ثبت نام کرده بود، قانوناً حق مداخله در هیچ زمینه دیگری از پزشکی (غیر از همیوپاتی) را نداشت، چون به اعتراف خودش، در هیچ زمینه دیگری صلاحیت ندارد.» حکم دادگاه عالی این بود که: «رفتار وی (یعنی اقدام به طبابت غیر همیوپاتیک) معادل قصور قابل مجازات است. (۱۶).»

۶ - وظایف در برابر بیمار

دریافت حق الزحمه برای درمانی که به بیمار ارائه نشده است یقیناً معادل نقص در ارائه خدمت یک پزشک خواهد بود (۱۷). یک پزشک نمی تواند ادعا کند که مسؤولیت وی در لحظه ای که عمل (جراحی) را انجام داد به پایان می رسد و پس از عمل مسؤولیتی بر عهده او نیست. در واقع او اخلاقاً موظف به مراقبت است، زیرا او بیش از هر کسی دیگری در مورد نیازهای بیمار خود اطلاع دارد (۱۸). هرگاه نمونه ای برای یک آزمون گرفته می شود و هزینه آن دریافت می شود، تلویحاً به معنای آن است که ارائه گزارش نتیجه آزمون تکمیل «خدمت» مورد نظر خواهد بود. بدون ارائه گزارش، «خدمت» مورد نظر کامل یا تمام شده تلقی نخواهد شد. این وظیفه قطعی بیمارستان مذکور است که از انتقال نمونه به آزمایشگاه و ارائه گزارش نتیجه آزمون به بیمار اطمینان حاصل کند. انجام ندادن این کار، نه یک بار بلکه دو بار (در حالی که هر بار مبلغی از بیمار به این دلیل گرفته شده است) نقص در ارائه خدمت نیست بلکه از لحاظ انسانی

امکانات احیا مانند انتوباسیون تراشه، فیبریلاتور، تجهیزات مونیتورینگ قلبی و غیره باید در دسترس باشند. این موارد در همه اعمال توبکتومی لاپاراسکوپیک، با توجه به ماهیت حساس این عمل، باید اجباری باشند (۱۰).»

۲ - اسفنجهای، ابزارها و چیزهای دیگر باقیمانده در حفره شکمی

در یک مورد عمل سزارین، که در آن یک اسفنجه در شکم بیمار جا گذاشته شده بود و برای برداشتن آن باید عمل دیگری صورت می گرفت، حکم این بود که: «شمارش اسفنجهای و وظیفه پرستار اسکراب است نه پزشکی که عمل جراحی را انجام می دهد. قصور از جانب پرستار اسکراب در شمارش اسفنجهای منجر به بروز مشکل شده است. بیمارستان، به عنوان کارفرما، نیابتاً مسؤول پرداخت غرامت به مدعی است. هیچ نقصی در کار پزشک در زمینه انجام عمل سزارین وجود ندارد (۱۱).»

اما، «مسؤولیت جراح در مورد کارهای انجام گرفته یا انجام نگرفته در اتاق عمل موضوع مورد بحث است. در آنچه به موارد «سواب» و «فورسپس» های جا مانده در بدن بیمار در پایان یک عمل جراحی شکمی مشهود است، یک خطر واقعی و جدی برای بیمار وجود دارد، مسؤولیت جراح به دلیل قصور در این موارد هرگز مورد تردید نیست (۱۲).»

در یک مورد دیگر که در آن یک گاز ۱۰ اینچ مربعی پس از یک عمل سزارین در شکم بیمار جا مانده بود، دادگاه جراح را به دلیل قصور گناهکار دانست زیرا احتیاط خاصی برای احتمال نادیده گرفته شدن گاز باقی مانده در شکم، اعمال نکرده و کاملاً به شمارش پرستار متکی بود (۱۳).»

۳ - کارکنان بی صلاحیت (پرستاران)

در پرونده بیمارستان اسپرینگ میروز و اند کمیسون ملی علیه هارجوت اتوالیا (۱۴)، کمیسون ملی حکم کرد که «مطابق قانون ثبت نام حرفه ای پرستاران، مصوب سال ۱۹۳۲ در پنجاب، «پرستار» یعنی «فردی دارای مدرک پرستاری از یک مؤسسه رسمی معتبر در این زمینه که مورد تأیید شورا یا ثبت شده در بند (۲) ماده ۱۴ است.»

طبق بخش ۲ قانون ثبت نظام پرستاری دهلی، «یک پرستار که در هر ایالت یا قلمرو متحد در هند طبق قانون ثبت نام پرستاران، ثبت نام کرده باشد، یک پرستار رسمی است. چون پرستار مورد بحث یک پرستار رسمی نبود، روشن است که قصور از جانب بیمارستان به دلیل استخدام وی صورت گرفته است. او نباید مسؤول مراقبت از بیمارانی می شد. در هر حالتی پرستار باید یک پرستار دارای صلاحیت و رسمی باشد و هرگز عنوان پرستار نباید در مورد یک فرد فاقد صلاحیت به کار رود.»

در پرونده ا.م. متیو علیه مدیر بیمارستان کارونا هم حکم آن بود

یک قصور جدی تلقی می شود (۱۹).

۷ - درمان اورژانس (اضطراری)

«در این مورد تردیدی نیست که حفظ حیات انسان از هر چیزی مهمتر است زیرا هنگامی که حیات از دست رفت برقراری مجدد «حالت موجود پیشین» ممکن نیست. بیمار، چه فردی بیگناه باشد چه یک مجرم مستوجب مجازات، حفظ جان وی وظیفه مسؤولین سلامت جامعه است.

تردید نداریم که باید به پزشکان اطمینان داد این ترسها (از بازخواست شدن از سوی مقامهای قضایی و انتظامی)، حتی اگر مبنایی هم داشته باشند، نباید آنها را از انجام وظیفه حرفه ای خود برای نجات زندگی انسان و انجام هر کاری که لازم است بازدارند. اما امیدواریم که پلیس، قضات و مقامهای قضایی، دادگاهها و هرکس دیگری که دخیل است، همواره به یاد داشته باشند که در حرفه پزشکی انسان را نباید به منظور بازپرسی یا هر هدف دیگری بی جهت آزار داد و در تحقیقات در پاسگاه پلیس شکنجه کرد و تا حد امکان باید از این کار احتراز شود.» این حکم دادگاه عالی در پرونده پارماناندا کاتارا علیه اتحادیه هند بود (۲۰).

در پرونده دکتر ت. ت. تیمز علیه الیزا (۲۱)، دادگاه عالی کارال حکم کرد که «هرگاه یک جراح یا پزشک اظهار می دارد که بیمار به انجام عمل جراحی یا درمان توصیه شده توسط وی رضایت نداد، مسؤولیت اثبات اینکه عدم انجام جراحی یا درمان ناشی از رضایت ندادن بیمار بوده است، به عهده خود او می باشد. جراحی که یک عمل اورژانس را انجام نداد باید با شواهد قابل قبول اثبات کند که بیمار فوت شده در اثر عمل نشدن، نه تنها در مرحله اول، بلکه حتی پس از اطلاع یافتن از عواقب خطرناک عمل نشدن، به انجام عمل رضایت نداده است.»

۸ - شکایتهای کاذب و ایذایی

در پرونده صندوق مشترک مورگانی استنلی علیه کارتیک داس (۲۲)، نظر دادگاه عالی این بود که «یک تمایل فزاینده از جانب شکات به زیاده روی در طرح دعاوی پر مخاطره و ایذایی و ماجراجویی وجود دارد که فوراً (مصرف کننده) تابع آن است. ما فکر می کنیم که این تمایل باید مهار شود.

در پرونده بریج موهان خرا علیه دکتر ن. ه. بانکا (۲۳)، کمیسیون ملی در عین رد ادعای خسارت به مبلغ حداکثر ۱۰۰۰۰ روپیه چنین نظر داد: «با توجه به گزارش بودن مبلغ خسارت مورد درخواست، این شکایت باید موجب پدید آمدن تنش شدید برای پزشکان دخیل در ماجرا شده باشد، ذهن آنان را مشوش کرده باشد، اعتماد آنان به دانش و مهارت حرفه ای خود را متزلزل ساخته باشد و مانع اشتغال آنان به کار خودشان باشد و به همین دلیل مستحق دریافت غرامت هستند.» اما دادگاه دهلی حکم کرد که «طرح شکایت جدی علیه یک

متخصص در هر صورت به معنای بدنام کردن وی تلقی نمی شود. اختلاف عقیده ای که بر مبنای آن شاکی ادعای قصور از طرف متشاکیان را مطرح کرده است به معنای بدنام کردن آنان نیست. طرح یک شکایت یا بحث در مورد حسن نیت در درمان ارائه شده مشمول حکم بدنام کردن نیست (۲۴).»

مدافعات یک پزشک در یک پرونده قصور:

- ۱- فقدان وظیفه در مورد بیمار،
- ۲- رفع مسؤولیت مطابق با معیارهای رایج،
- ۳- اتفاق بد به جای قصور، که به عنوان اتهام طرح شده است،
- ۴- اشتباه در قضاوت،
- ۵- «تصمیم دادگاه»، یعنی، در خصوص این مورد قبلاً دادگاه دیگری تصمیم گرفته است و بنابراین قابل طرح در یک دادگاه دیگر نخواهد بود،
- ۶- «دوره محدودیت» دو ساله به پایان رسیده است،
- ۷- قصور معین (یعنی قصور همزمان بیمار علاوه بر قصور پزشک) منجر به تأخیر در بهبود یا آسیب دیدن بیمار و قصور هر دو طرف منجر به صدمه دیدن بیمار شده باشد. در چنین مواردی در پرونده قصور پزشکی علیه پزشک در چنین مواردی، بیمار ممکن است کاملاً یا به صورت نسبی شکست بخورد، چون ادعای وی علیه پزشک به دلیل هر آسیب وارد شده پذیرفته نمی شود. اما از پزشک انتظار می رود که احتمال آسیب دیدن بیمار به واسطه عمل خودش را پیش بینی کرده و به او هشدار بدهد.

پزشکی دفاعی: تا چه حد قابل توجیه؟

هر آزمون یا شیوه درمانی که با هدف اولیه نجات پزشک از تهدید اتهام قصور پزشکی قانونی یا طرح شکایت تحت عنوان قصور پزشکی، از سوی پزشک انجام می گیرد اصطلاحاً «پزشکی دفاعی» نامیده شده است. همه دست اندرکاران آن را محکوم کرده اند و نباید به آن متوسل شد، زیرا منجر به استفاده بیش از حد از امکانات درمانی و اقامت غیر ضروری در بیمارستان می شود و سرانجام توانایی مالی بیمار یا بستگان را تحلیل می برد و بی جهت به هزینه های بهداشتی درمانی کشور اضافه می شود.

نتیجه گیری

- به عنوان نتیجه گیری نویسندگان مایلند بر احتیاطهای لازم برای احتراز کردن از اتهام قصور (پزشکی) تأکید کنند:
- ۱- درمان بیمار را تضمین نکنید.
 - ۲- سوابق پزشکی را به صورت صحیح و کامل حفظ کنید.
 - ۳- از بیمار رضایت آگاهانه مناسب بگیرید.
 - ۴- درجه معقولی از دقت و مهارت همواره باید اعمال شود.

- III (1996) CPJ 605.
- 9- Dr. Krishna Prasad Vs State of Karnataka: (1998) ACJ 393.
- 10-Rajmal Vs State of Rajasthan and Anr: II (1996) ACJ 1166.
- 11-A. Varghese Vs D.B. Dr. V. Varghese & Ors I (1997) CPR 310.
- 12-Collins Vs Hertfordshire, Country Council, AER 1947 (1) 633, 80.
- 13-Urry Vs Bierer: CPJ 1992 (II) 764, 88.
- 14-Spring Meadows Hospital & Anr Vs Harjot Ahluwalia; JT 1998 (2) S.C. 620.
- 15-Joseph & Ors Vs Dr. G. Moonjely & Ors: I (1995) ACJ 253.
- 16-Poonam Verma Vs A. Patel & Ors: II (1996) CPJ I (SC).
- 17-R.M. Joshi Vs Dr. P. B. tahi Iramani: III (1993) CPJ 1265.
- 18-B. S. Hegde Vs Dr. S. Battacharya: II (1992) CPJ 449.
- 19-Mayo Hospital Vs Sunil Tiwari: 1997 (3) CPR 574.
- 20-Parmananda Katara Vs Union of India & Ors: II (1989) ACJ 100.
- 21-Dr T.T. Thames Vs Elisa & Ors: 1987 (1) ACJ 192.
- 22-Morgan Stanely Mutual fund Vs Kartik Das & Ors: II (1994) CPJ 7.
- 23-Brij Mohan Khera Vs Dr N.H. Banka: I (1995) C PJ99.
- 24-M.L. singhal Vs Dr P. Mathur & Anr: Air 1996 Delhi 261.

- ۵- تشخیص خود را با آزمونهای آزمایشگاهی مناسب و لازم تأیید کنید.
- ۶- هر جا که لازم است ایمن سازی را توصیه کنید.
- ۷- پیش از تزریق داروهایی که احتمال ایجاد واکنش آنافیلاکتیک دارند آزمون حساسیت انجام دهید.
- ۸- انجام هیچ اقدامی را فراتر از حد مهارت خود بر عهده نگیرید.
- ۹- پیش از تزریق به شیوه مناسب از نام دارو و ماهیت آن آگاهی پیدا کنید.
- ۱۰- از نظر دانش پزشکی خود را به روز نگاه دارید.
- ۱۱- در موارد مرگ روی تخت عمل جراحی، پلیس را برای انجام تحقیقات پزشکی قانونی متناسب با مورد در جریان قرار دهید.
- ۱۲- از توانایی حرفه ای پزشکان دیگر انتقاد و آنها را محکوم نکنید.

مراجع

- 1- Poonam Verma Vs Ashwin Patel & Ors. 11 (1996) CPJII (SC).
- 2- Mc. Nair. Judge; in Bolam Vs Friem Hospital Management committee.
- 3- Lord Demming in Hatcher vs Black CPJ 1992 (II) 764.
- 4- S.K. Kumawat & Another Vs Dr (Smt) Sunil Jain and Ors: II (1994) CPJ 90.
- 5- C. Oswal Vs S.K. Memorial Hospital & Ors: I (1995) CPJ 42.
- 6- J.M.L. Padiya Vs Dr P. Trivedi & Ors: I (1997) CPJII.
- 7- In Dr. V. Rugmini Vs State of Kerala & Ors: 1987 CRI J 200.
- 8- Arunaben D.K. & Ors Vs Navdeep cliinic & Ors: