

بررسی یکصد شکایت پزشکی علیه تیم جراحی رسیده شده در سازمان نظام پزشکی مشهد

دکتر سیدضیاءالله حقّی*، دکتر حبیب‌الله اسماعیلی**، دکتر حمید عطاران***

چکیده:

زمینه و هدف: شکایات پزشکی معضلی است که گریبانگیر بسیاری از پزشکان در طول دوران طبابت آنان می‌گردد. هدف از مطالعه حاضر آشنا نمودن هر چه بیشتر پزشکان خصوصاً تیم جراحی مشتمل بر جراحان و متخصصین بیهوشی (به عنوان گروه‌های در معرض خطر) با این مقوله بوده است. مواد و روش‌ها: ابتدا آمار شکایات ثبت شده در سازمان نظام پزشکی مشهد طی یک دوره پنج ساله (۱۳۷۹-۱۳۸۳) بر حسب نوع رشته شغلی فرد مورد شکایت از دفاتر سازمان استخراج گردید، سپس ۱۰۰ پرونده شکایت علیه تیم جراحی که رسیدگی آنها به اتمام رسیده و مختومه شده بودند از آخرین پرونده به قبل انتخاب شدند و در مورد هر یک فرمی مشتمل بر اطلاعات مرتبط با بیمار، پزشک، بیماری، درمان، شکایت، و مرجع رسیدگی تکمیل گردید و با نرم‌افزار SPSS و با کمک جداول توزیع فراوانی و آزمون‌های ANOVA، Student's t، Chi-Square، Logistic و Regression، آنالیز آماری صورت گرفت.

یافته‌ها: طی دوره پنج ساله فوق ۱۰۵۷ شکایت به سازمان نظام پزشکی مشهد واصل گردیده بود که ۵۹۸ مورد (۵۶٪) علیه تیم جراحی بوده درحالی‌که ۱۳۸ مورد (۱۳٪) علیه سایر پزشکان بوده است (بقیه موارد شکایات علیه دندانپزشکان و کادر پیراپزشکی می‌باشد). در ۱۰۰ پرونده مورد مطالعه میانگین سن بیماران ۳۵/۴+۱۸/۲ سال بود و ۴۵ نفر مذکر بوده‌اند. ۴۰ مورد به صورت اورژانس تحت درمان قرار گرفته بودند. در ۶۱ پرونده ضایعه مورد شکایت از جمله عوارض شناخته شده بیماری یا درمان بوده و تنها در ۱۱ پرونده ضایعه وارده ناشی از سهل‌انگاری بوده است. در ۱۰۰ پرونده بررسی شده ۵۶ مورد آسیب عضوی و ۳۱ مورد مرگ و میر وجود داشت. فقط ۳۰٪ اجساد جهت اتوپسی ارجاع شده بودند. میانگین زمان بین اقدام درمانی و طرح شکایت ۶ ماه بوده است. نیمی از شکایات علیه بیمارستان‌های خصوصی می‌باشد. در ۷۷٪ شکایات کیفیت خدمات پزشکی ارائه شده صحیح و مناسب بوده است. متوسط زمان رسیدگی هر پرونده در نظام پزشکی مشهد ۹/۳+۷ ماه بوده است. نهایتاً ۹ پرونده به نفع شاکی خاتمه یافته است. متغیرهای غیر وابسته تعیین‌کننده محکومیت پزشک عبارت بودند از بروز ضایعه ناشی از سهل‌انگاری، و ارائه مراقبت‌های پزشکی زیر حد استاندارد.

نتیجه‌گیری: شکایت علیه جراحان و متخصصین بیهوشی ۴/۳ برابر سایر پزشکان می‌باشد. از آنجا که اغلب شکایات، در رابطه با عوارض شناخته شده بیماری یا درمان بوده و در اغلب موارد اقدام درمانی صورت گرفته صحیح بوده است، بنظر می‌رسد عدم توجه کافی بیمار از سوی پزشک و عدم ارائه توضیحات کافی در خصوص عوارض احتمالی اقدامات پزشکی نقش مهمی در طرح شکایت داشته، تلاش به منظور بهبود هر چه بیشتر کیفیت رابطه پزشک و بیمار به عنوان عاملی در جهت پیشگیری از بروز شکایات پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: سهل‌انگاری حرفه‌ای، قصور پزشکی، رضایت آگاهانه، خطای پزشکی، شکایت پزشکی

نویسنده پاسخگو: دکتر حمید عطاران

تلفن: ۰۵۱۱-۸۴۵۴۴۰۰

Email: hmdattaran@Yahoo.com

* استاد گروه جراحی قلب و توراکس، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، سازمان نظام پزشکی مشهد

** استادیار آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

*** متخصص جراحی عمومی، دادیار دادرسی انتظامی، سازمان نظام پزشکی مشهد

تاریخ وصول: ۱۳۸۴/۱۰/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۴/۱۲/۰۹

www.SID.ir

زمینه و هدف

شکایت بسیار متغیر و بعضاً تا چند سال نیز به طول می‌انجامد، اجرای مطالعه به روش آینده‌نگر امکان‌پذیر نبوده است.

جمعیت مورد مطالعه مشتمل بر جراحان کلیه رشته‌ها و متخصصین رشته بیهوشی می‌باشد که پرونده‌های شکایت از آنان پس از بررسی در سازمان نظام پزشکی مشهد و یا ارسال به هیئت عالی انتظامی نظام پزشکی تهران (به دلیل تجدید نظرخواهی) مختومه گردیده است. متخصصین بیهوشی از آنجا که جزو تیم جراحی بوده و در مراقبت از بیمار با جراح مشارکت دارند و شکایت از هر یک از آنان می‌تواند منجر به صدور رأی علیه دیگری نیز گردد، در این مطالعه گنجانده شده‌اند.

ابتدا با بررسی دفاتر سازمان نظام پزشکی مشهد آمار شکایات واصله ظرف پنج سال از ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۳ بر حسب رشته شغلی استخراج گردیده، سپس یکصد پرونده که مراحل رسیدگی آنها به اتمام رسیده و مختومه شده بودند و طی آنان از جراح یا متخصص بیهوشی شکایت شده بود انتخاب گردیدند (به ترتیب از آخرین پرونده مختومه به قبل).

در ابتدا فرم مخصوصی تهیه و متغیرهای مورد مطالعه در آن گنجانده شد و سپس با مطالعه کامل هر پرونده، یک فرم جهت آن تکمیل گردید.

متغیرهای در نظر گرفته شده در فرم به شش دسته به شرح زیر تقسیم‌بندی گردیدند:

۱- مشخصات فردی بیمار: مشتمل بر سن زمان درمان، جنس، نوع بیمه.

۲- اطلاعات مربوط به بیماری: مشتمل بر نوع بیماری اولیه، نحوه انتخاب پزشک (با میل خود یا اجباراً)، نوع مراجعه (اورژانس، غیر اورژانس)، مدت زمانی که بیمار تحت نظر پزشک مربوطه درمان می‌شده است، رابطه شاکای با بیمار، نحوه پیگیری بعد از عمل.

۳- اطلاعات مربوط به شکایت: مشتمل بر فرد یا افراد مورد شکایت (کادر پزشکی، کادر پرستاری، مسئولین بیمارستان)، مضمون شکایت شاکای، نوع ضایعه حاصله منجر به شکایت (بدون ضایعه، عارضه شناخته شده مرتبط با بیماری یا اقدام درمانی، عارضه غیر مرتبط با اقدام درمانی، ضایعات ناشی از سهل‌انگاری)، نتیجه ضایعه (آسیب یا نقص عضو بیمار،

به منظور پیشگیری از بروز دعاوی حقوقی صنفی علیه پزشکان در حله نخست باید این مقوله را کاملاً مورد شناسایی قرار داد و ابعاد مختلف آنرا از نظر آماری، گروه‌های در معرض خطر، زمینه‌های طرح شکایت، چگونگی رسیدگی به این قبیل دعاوی در مراجع مربوطه و غیره بررسی نمود. حسب گزارشات منتشر شده، سالیانه ۹۸ هزار مرگ ناشی از خطاهای پزشکی در آمریکا به وقوع می‌پیوندد.^۱ طی یک مطالعه آینده‌نگر بر روی بیماران بستری در سه بخش جراحی در آمریکا مشخص گردید که در مورد ۴۵/۸٪ بیماران یک یا چند خطای پزشکی به وقوع پیوسته که این خطاها در مورد ۲۱/۲٪ بیماران جدی و مخاطره‌آمیز بوده است. مؤلف این گونه نتیجه‌گیری کرده است که پنج عامل در حرفة جراحی وجود دارد که مانع از بهبود کیفیت می‌گردد: ۱- اطلاعات ناکافی در مورد میزان بروز حوادث ناخواسته ۲- ناکافی بودن دستورالعمل‌های اجرایی پزشکی و ضعف در آنالیز نتایج حاصله ۳- وجود فرهنگ سرزنش و ملامت فرد خاطی ۴- ضرورت جبران خسارت بیمار آسیب دیده ۵- دشواری بیان واقعیات به بیماران.^۲

با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی بین جوامع مختلف و همچنین تفاوت در سیستم‌های رسیدگی به این قبیل شکایات، مطالعات انجام شده در سایر کشورها گرچه می‌تواند به عنوان الگو مورد استفاده قرار گیرد، معهداً قابل تعمیم به جامعه ما نمی‌باشد و ضروری است ابعاد مختلف موضوع در شرایط خاص اجتماعی ما مورد مطالعه قرار گیرد. با در نظر گرفتن مطالب فوق، هدف از مطالعه حاضر عبارت است از آشنایی بیشتر جراحان و متخصصین بیهوشی (به عنوان گروه‌های در معرض خطر) با موازین حقوقی صنفی و حرفه‌ای و زمینه‌های طرح شکایات پزشکی و عوامل خطر ساز در این رابطه به منظور پیشگیری از درگیر شدن در این قبیل دعاوی.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش توصیفی - تحلیلی و گذشته‌نگر انجام شده است. لازم به ذکر است از آنجا که بررسی پرونده‌های شکایات پزشکی پس از مختومه شدن آنها مدنظر بوده و زمان صدور رأی نهایی پس از طرح

عوامل خطر با کمک آزمون Logistic Regression انجام شد.

یافته‌ها

با بررسی شکایات ثبت شده در سازمان نظام پزشکی مشهد طی یک دوره ۵ ساله (سال‌های ۷۹ لغایت پایان ۸۳) مشخص می‌گردد که از ۱۰۵۷ مورد شکایت به ثبت رسیده، ۵۹۸ مورد (۵۶٪) مربوط به شکایت از جراحان یا متخصصین بیهوشی بوده درحالی‌که ۱۳۸ مورد (۱۳٪) شکایات علیه متخصصین رشته‌های غیر جراحی بوده است. در این میان رشته‌های زنان و مامایی، ارتوپدی، جراحی عمومی و شاخه‌های فوق تخصصی آن هر یک به ترتیب با ۱۹۴ مورد، ۱۴۰ مورد و ۱۰۶ مورد بیشترین آمار شکایات را در بین جراحان به خود اختصاص داده‌اند (نمودار شماره ۱). در مطالعه یکصد پرونده انتخاب شده نتایج زیر به دست آمد.

فوت بیمار یا جنین وی، بهبودی نهایی و رفع عارضه)، تاریخ عمل جراحی، فاصله زمانی اقدام درمانی تا بروز ضایعه منجر به شکایت، فاصله زمانی اقدام درمانی تا طرح شکایت، نحوه درمان بعد از بروز ضایعه (توسط پزشک اول، توسط سایر پزشکان با ارجاع از سوی پزشک اول، توسط سایر پزشکان با مراجعه خود بیمار)، طرح شکایت در سایر مراجع (نظیر دادگستری، اداره نظارت بر درمان، سازمان تعزیرات حکومتی، استانداری و غیره).

۴- مشخصات فردی پزشک: مشتمل بر جنس، رشته تخصصی، رتبه علمی یا دانشگاهی، شماره نظام پزشکی.

۵- اطلاعات مربوط به درمان: مشتمل بر محل درمان (مطب، درمانگاه، بیمارستان خصوصی، بیمارستان دانشگاهی، بیمارستان خیریه، بیمارستان تأمین اجتماعی، بیمارستان بهداری، بیمارستان‌های نیروهای مسلح) نوع رابطه پزشک و بیمار (معالج، مشاور، بیهوشی دهنده)، نوع عمل جراحی انجام شده.

۶- اطلاعات مربوط به مرجع رسیدگی: مشتمل بر منبع ارجاع پرونده به نظام پزشکی (شاکای خصوصی، دادگستری، نظارت بر درمان، غیره)، نوع تخلف انتسابی (کیفری، انتظامی) مدت زمان رسیدگی در هیئت بدوی نظام پزشکی مشهد، تعداد کارشناسان، رأی هیئت بدوی، ارجاع به هیئت عالی نظام پزشکی تهران، مدت زمان رسیدگی در هیئت عالی، رأی هیئت عالی (تأیید، اصلاح یا ابطال رأی هیئت بدوی) و هویت معترض.

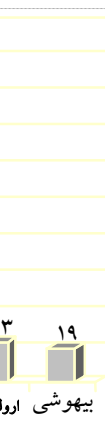
لازم به ذکر است علاوه بر متغیرهای فوق‌الذکر، متغیرهای متعدد دیگری در هر یک از بخش‌های شش‌گانه فوق در نظر گرفته شده بود که به دلیل عدم وجود اطلاعات مربوطه در پرونده‌ها، از موضوع مطالعه حذف گردیدند.

پس از تکمیل یکصد فرم مورد نظر، اطلاعات مندرج در آنان کدگذاری شده و به جداول نرم افزار SPSS منتقل گردید و سپس توصیف داده‌ها انجام شد. در توصیف داده‌ها از جداول توزیع فراوانی و شاخص‌های آماری استفاده گردیده و برای مقایسه در زیرگروه‌ها آزمون‌های ANOVA و Student's t و Chi-Square بکار گرفته شد. همچنین برای ارزیابی و مقایسه متغیرهایی که از پراکندگی نرمال برخوردار نبودند از آزمون‌های Nonparametric منجمله Mann-Whitney استفاده گردید. آنالیز Multivariate

نمودار ۱- تعداد شکایات ثبت شده از جراحان در سازمان نظام پزشکی مشهد طی سال‌های ۷۹ تا ۸۳ (۵ سال)

توزیع سنی

میانگین سنی یکصد بیماری که پرونده شکایات آنان مورد بررسی قرار گرفت ۳۵/۴ سال با انحراف معیار ۱۸/۲ سال بوده است. نما (Mode) در این گروه از بیماران ۱۸ سال بود. حداقل سن ۳ ماه و حداکثر ۸۳ سال بوده است. بیشترین تعداد بیماران شاکای در گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال و بعد از آن ۳۰ تا ۴۰ سال می‌باشد (نمودار شماره ۲).



میانگین سنی بیماران در مراجعات اورژانس، 29 ± 14 سال و در مراجعات غیر اورژانس 40 ± 19 سال بوده که اختلاف آنها از نظر آماری معنی دار است ($P < 0.05$).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مراجعین اورژانس و غیر اورژانس در رشته‌های مختلف جراحی

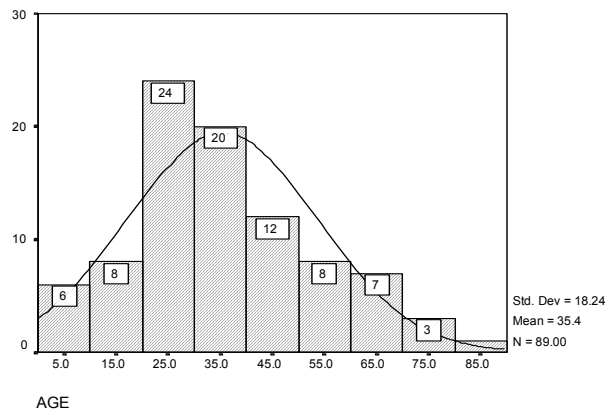
| رشته جراحی | مراجعه اورژانس | | مراجعه غیر اورژانس | |
|---------------|----------------|------|--------------------|------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| ارتوپدی | ۱۴ | ۳۵٪ | ۴ | ۶٪ |
| جراحی عمومی | ۱۰ | ۲۵٪ | ۱۶ | ۲۶٪ |
| زنان و مامایی | ۱۱ | ۲۷٪ | ۱۳ | ۲۱٪ |
| بیهوشی | ۲ | ۵٪ | ۵ | ۸٪ |
| ENT | ۰ | ۰٪ | ۱۱ | ۱۸٪ |
| ارولوژی | ۰ | ۰٪ | ۴ | ۶٪ |
| چشم | ۰ | ۰٪ | ۶ | ۱۰٪ |
| جراحی اعصاب | ۳ | ۴٪ | ۱ | ۱٪ |
| جمع | ۴۰ | ۱۰۰٪ | ۶۰ | ۱۰۰٪ |

نوع ضایعه منجر به شکایت

از یکصد پرونده در ۶۱ مورد ضایعه منجر به شکایت از عوارض شناخته شده مرتبط با بیماری و اقدام درمانی انجام شده برای بیمار بوده است. در ۱۴ مورد عارضه غیر مرتبط با بیماری یا اقدام درمانی بوده و در ۱۱ مورد ضایعه ناشی از سهل انگاری یا پزشکی بود. در ۱۳ مورد نیز علیرغم عدم وجود عوارض درمانی، طرح شکایت صورت گرفته بود که این موارد اغلب شامل تخلفات انتظامی بوده است.

لازم به ذکر است که منظور از عوارض شناخته شده، آن دسته از عوارضی بوده‌اند که بر اساس متون علمی در درصد شناخته شده‌ای از موارد اقدامات پزشکی بدون وجود شواهدی از سهل انگاری نیز به وقوع می‌پیوندد، نظیر عفونت زخم جراحی، مال یونیون شکستگی‌ها، نشت آناستوموز روده و نظایر آن. همچنین منظور از ضایعه ناشی از سهل انگاری، صدماتی هستند که نوعاً و در شرایط معمول در غیاب اهمال و بی‌مبالاتی فرد یا افرادی بروز نمی‌کنند، نظیر باقی گذاردن جسم خارجی در موضع جراحی، اقدام به جراحی در عضو سالم به جای عضو بیمار و مانند آنها.^۲

در هر یک از رشته‌های بیهوشی، زنان و مامایی، جراحی عمومی و شاخه‌های آن، و ارتوپدی به ترتیب $28/6\%$ ، $17/4\%$ ،



نمودار شماره ۲- پراکنندگی سنی بیماران در جمعیت مورد مطالعه

توزیع جنسی بیماران

از مجموع یکصد بیمار فوق، تعداد ۴۵ نفر مرد و ۵۵ نفر زن بوده‌اند. در رشته زنان و مامایی تمام مراجعین زن بوده و در مجموع سایر رشته‌ها ۴۱٪ بیماران را زنان تشکیل می‌داده‌اند.

نسبت شاکی با بیمار

در ۴۰ پرونده شکایت توسط خود بیمار طرح گردیده است. بعد از آن همسر بیمار (در ۳۰ مورد)، والدین بیمار (در ۱۶ مورد)، فرزندان بیمار (در ۸ مورد) و خواهر و برادر بیمار (در ۲ مورد) مطرح کننده شکایت علیه پزشک معالج بوده‌اند. در یک پرونده نیز شکایت از سوی فردی مطرح شده بود که درگیر یک دعوی حقوقی علیه بیمار بوده است. در رشته زنان و مامایی طرح شکایت در ۷۱٪ موارد توسط همسر بیمار صورت گرفته است. همچنین از مجموع ۵۵ بیمار زن در کلیه رشته‌های تخصصی، در ۵۳٪ موارد طرح شکایت از سوی همسر آنان صورت گرفته است.

نوع مراجعه

از مجموع یکصد بیمار فوق، در ۴۰ مورد اقدام درمانی انجام شده به شکل اورژانس صورت گرفته و در ۶۰ مورد جنبه غیر اورژانس داشته است. در رشته‌های ارتوپدی و جراحی اعصاب بیشتر بیماران به صورت اورژانس مراجعه کرده‌اند (۷۷٪ بیماران ارتوپدی و ۷۵٪ بیماران جراحی اعصاب). در سایر رشته‌ها بیشتر مراجعات جنبه غیر اورژانس داشته است (جدول شماره ۱).

۱۵/۴٪ و ۵/۵٪ از ضایعات منجر به شکایت، ناشی از سهل‌انگاری بوده است.

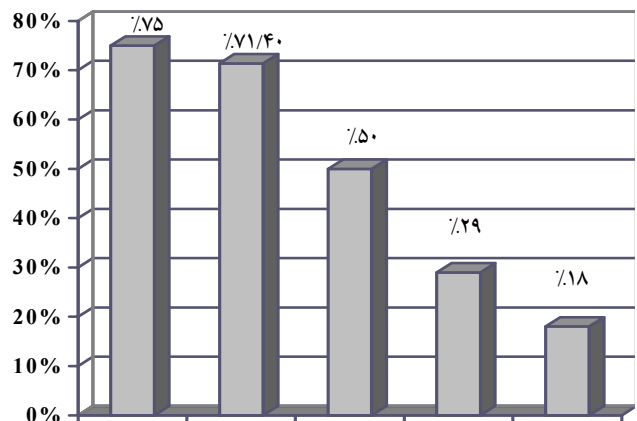
نتیجه ضایعه مورد شکایت

در مجموع یکصد پرونده مذکور، ۵۶ مورد آسیب جسمانی یا نقص عضو بوجود آمده که از این تعداد نهایتاً ۱۶ مورد بدون عوارض دراز مدت بهبود یافته و ۴۰ مورد دچار عارضه یا نقص عضو دائم شده‌اند.

همچنین از یکصد پرونده فوق مجموعاً ۳۱ نفر در ۳۰ پرونده (شامل ۲۵ مورد خود بیمار و ۶ مورد نوزاد یا جنین بیمار) فوت کرده‌اند. میزان پرونده‌های منجر به فوت بیمار در کل شکایات هر رشته تخصصی مطابق نمودار شماره ۳ است. میانگین سنی بیماران فوت شده بدون احتساب ۶ مورد پری ناتال، ۴۱ سال با انحراف معیار ۲۲ سال بوده است.

در ۱۵ پرونده دیگر به دلیل عدم وجود ضایعه یا جزئی بودن آن، نقص عضو یا آسیب جسمانی قابل ذکری به وجود نیامده است.

نمودار ۳- میزان فراوانی پرونده‌های منجر به فوت در کل شکایات هر رشته تخصصی جراحی



اتوپسی در موارد فوت

از مجموع فوت شدگان در یکصد پرونده شکایات پزشکی، تنها ۳۰٪ آنان جهت کالبد گشایی و تعیین علت دقیق مرگ به مرکز پزشکی قانونی ارجاع شده و در ۷۰٪ موارد جواز دفن

توسط پزشک معالج صادر گردیده است. میزان ارسال جسد جهت کالبدشکافی در فوت شدگان رشته جراحی عمومی (بدون احتساب شاخه‌های فوق تخصصی) ۴۴/۴٪، رشته زنان و مامایی ۴۳٪ و رشته بیهوشی ۴۰٪ بوده است. هیچیک از فوت شدگان سایر رشته‌ها جهت کالبد شکافی معرفی نشده‌اند. میزان اتوپسی در فوت شدگانی که شاکیان مربوطه مستقیماً در نظام پزشکی طرح شکایت کرده‌اند ۱۵/۴٪ و در مواردی که پرونده جهت رسیدگی از سوی مراجع دیگر (نظیر دادگستری یا اداره نظارت بر درمان) به نظام پزشکی ارجاع شده ۴۱/۲٪ بوده است. همچنین میزان ارسال جسد به منظور کالبد شکافی از سوی پزشکان عضو هیئت علمی فقط ۱۳/۳٪ و غیر هیئت علمی ۴۶/۷٪ بوده است که این تفاوت‌های از نظر آماری معنی‌دار بوده است ($P < 0.05$).

فاصله زمانی اقدام درمانی تا بروز ضایعه منجر به

شکایت

میانگین فاصله زمانی اقدام درمانی انجام شده توسط پزشک تا بروز ضایعه منجر به شکایت ۱/۶ ماه با انحراف معیار ۳/۴ ماه بوده است. حداقل این زمان صفر (بروز ضایعه حین انجام اقدام درمانی) و حداکثر آن ۲/۵ سال بوده است. میانه کمتر از یک روز بوده است. این فاصله زمانی در موارد زیر از نظر آماری تفاوت‌های معنی‌داری ($P < 0.05$) داشته است. مراجعات اورژانس در مقابل غیر اورژانس (۲ ماه در برابر ۱ ماه)، عوارض شناخته شده اقدام درمانی در مقابل ضایعه ناشی از سهل‌انگاری (۱/۴ ماه در برابر ۰/۱ ماه)، پرونده‌های منجر به محکومیت در برابر پرونده‌های منتهی به تبرئه پزشک (۰/۱ ماه در برابر ۱/۹ ماه).

فاصله زمانی اقدام درمانی تا طرح شکایت

میانگین فاصله زمانی اقدام درمانی تا طرح شکایت ۶ ماه با انحراف معیار ۸/۵ ماه بوده است. میانه ۳ ماه و نما ۱ ماه بوده است. حداقل این زمان ۱ روز و حداکثر آن ۴ سال بوده که هر دو مربوط به رشته زنان و مامایی بوده است. با توجه به خطای معیار معادل ۰/۸۷ میانگین فاصله زمانی اقدام درمانی تا طرح شکایت در کل جامعه جراحان و متخصصین بیهوشی شاغل در مشهد با ضریب اطمینان ۹۵٪ بین ۴/۳ ماه تا ۷/۸ ماه محاسبه می‌گردد. این فاصله زمانی در موارد زیر از نظر آماری اختلافات معنی‌داری داشته است ($P < 0.05$):

مقابل ۳۳/۳٪ شکایات از پزشکان زن جنبه انتظامی داشته است.

جدول شماره ۲- مقایسه درصد فراوانی انجام اقدام درمانی منجر به شکایت در بیمارستان‌های آموزشی و خصوصی بر حسب نوع رشته

| جمع | سایر مراکز | مراکز خصوصی | مراکز آموزشی | |
|------|------------|----------------|-----------------|------------------------|
| ٪۱۰۰ | ٪۲۹/۴ | ٪۵۳ | ٪۱۷/۶ | جراحی ارتوپدی |
| ٪۱۰۰ | ٪۷/۴ | ٪۵۸ | ٪۳۴/۶ | جراحی عمومی و فوق تخصص |
| ٪۱۰۰ | ٪۳۳ | ٪۴۶ | ٪۲۱ | زنان و مامایی |
| ٪۱۰۰ | ۰ | ٪۴۳ | ٪۵۷ | بیهوشی |
| ٪۱۰۰ | ٪۱۰ | ٪۶۳ | ٪۲۷ | ENT |
| ٪۱۰۰ | ٪۵۱ | ٪۳۳ | ٪۱۶ | چشم |
| ٪۱۰۰ | ٪۲۵ | ٪۲۵ | ٪۵۰ | جراحی اعصاب |

نوع اقدام درمانی

در ۷۵ مورد از یکصد پرونده فوق، نوع اقدام درمانی، جراحی بوده است. در ۱۴ مورد اقدامات مداخله‌ای غیر جراحی (نظیر آندوسکوپی، گچ‌گیری، زایمان طبیعی، تزیقات داخل مفصلی) و در ۱۰ مورد اقدامات غیر مداخله‌ای نظیر تجویز دارو توسط جراح انجام شده بوده است. نوع اقدام درمانی در رشته گوش و حلق و بینی ۸۱٪، رشته جراحی عمومی و فوق تخصصی ۷۷٪ و رشته‌های ارتوپدی و زنان هر یک ۶۶٪ موارد به صورت مداخله جراحی بوده است.

عضویت هیئت علمی

در یکصد پرونده فوق‌الذکر مجموعاً از ۴۰ پزشک عضو هیئت علمی و ۵۶ پزشک غیر هیئت علمی شکایت شده است. در ۴ مورد نیز صرفاً از دستیار تخصصی شکایت شده بود. اقدامات درمانی انجام شده توسط اعضاء هیئت علمی در ۴۳/۶٪ موارد در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه بوده و در ۹۲/۵٪ موارد مشتمل بر عمل جراحی بوده است. این ارقام در پزشکان غیر هیئت علمی به ترتیب ۱۳٪ و ۶۶/۷٪ بوده که

مراجعه‌کن به بیمارستان خصوصی در مقابل دولتی (۷ ماه در مقابل ۵ ماه)، اقدامات درمانی منجر به فوت در مقابل نقص عضو (۲ ماه در برابر ۸ ماه)، اقدامات درمانی غیر جراحی در مقابل جراحی (۲ ماه در برابر ۷/۳ ماه)، شکایات منجر به محکومیت در مقابل شکایات منجر به تبرئه پزشک (۱/۴ ماه در برابر ۶/۲ ماه).

طرح شکایت در سایر مراجع

در ۵۰ مورد شکایت تنها در سازمان نظام پزشکی مطرح شده بود. در ۳۲ پرونده علاوه بر سازمان نظام پزشکی شکایت در دادگستری نیز مطرح بود. همچنین در ۱۷ پرونده شکایت به اداره نظارت بر درمان و در ۹ پرونده در سایر مراجع نظیر استانداری، سازمان تعزیرات حکومتی، سازمان بازرسی کل کشور و غیره نیز مطرح گردیده بود (با توجه به اینکه در برخی پرونده‌ها طرح شکایت در چند مرجع صورت گرفته است، مجموع اعداد فوق بیش از ۱۰۰ می‌باشد).

محل انجام اقدام درمانی

محل انجام اقدام درمانی در یکصد پرونده شکایت فوق به صورت زیر بوده است: ۵۸ مورد بخش خصوصی شامل ۷ مورد در مطب خصوصی، ۱ مورد درمانگاه، ۵۰ مورد بیمارستان‌های خصوصی (مشمول بر ۲۱ مورد بیمارستان‌های خیریه)، و ۴۰ مورد بخش دولتی شامل ۲۸ مورد بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشکده پزشکی و ۱۲ مورد سایر بیمارستان‌ها (تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح و غیره). در ۲ مورد محل درمان در پرونده مشخص نبود. محل درمان در رشته‌های مختلف مطابق جدول ۲ است.

جنسیت پزشک

در یکصد پرونده فوق مجموعاً ۸۱ پزشک مرد و ۲۲ پزشک زن مورد شکایت قرار گرفته بودند. از ۲۲ پزشک زن، ۱۸ نفر در رشته جراحی زنان و مامایی اشتغال داشتند. از جمله تفاوت‌های حائز اهمیت از نظر آماری بین پزشکان زن و مرد این بود که ۱۶/۵٪ شکایات از پزشکان مرد در

اختلاف بین این دو گروه پزشکان از این لحاظ معنی‌دار است ($P < 0.05$).

اقدام درمانی صحیح و اصولی

در ۷۷ مورد از پرونده‌های مورد بررسی اقدام درمانی انجام شده توسط پزشک معالج بر اساس نظریات کارشناسی پرونده در حد استاندارد متعارف، صحیح و اصولی بوده است. در مقابل در ۲۱ پرونده شواهدی از سهل‌انگاری در عملکرد پزشک مشهود می‌باشد.

قابل ذکر است در اغلب دعاوی قصور پزشکی تعیین موارد اختصاصی استاندارد مراقبت از بیمار توسط کارشناسان پزشکی تعیین می‌گردد.^۲ غالباً اعتقاد بر این است که معیار قصور پزشکی رفتار یک پزشک متعارف از همان گروه و رده و با همان توان علمی و مهارت و آگاهی با در نظر گرفتن شرایط خاصی که پزشک مورد شکایت در آن قرار گرفته است، می‌باشد^۴ و چنانچه پزشک مطابق با چنین روبه‌ای عمل کرده باشد، صرفاً بدین خاطر که مقام صاحب نظری وجود دارد که نقطه نظر مخالفی اتخاذ خواهد کرد، مقصر شناخته نمی‌شود.^۵ برای اینکه یک روش درمانی، در حد مراقبت استاندارد تلقی شود کافی است که توسط یک دانشکده پزشکی معتبر تأیید گردد.^۲

شیوع عملکرد پایین‌تر از حد استاندارد متعارف در پرونده‌های شکایتی رشته‌های مختلف به شرح زیر بوده است: بیهوشی ۵۷٪، چشم و اورولوژی هر یک ۳۳٪، جراحی عمومی ۳۰٪ (شاخه‌های فوق تخصصی آن ۰٪)، زنان و مامایی ۲۱٪، گوش و حلق و بینی ۲۰٪، ارتوپدی ۵/۵٪، انسیدانس اقدام درمانی توأم با سهل‌انگاری در پزشکان مرد ۱۹/۵٪ و در پزشکان زن ۲۸/۵٪ بوده است. همچنین انسیدانس اقدام درمانی پایین‌تر از حد استاندارد متعارف در پزشکان عضو هیئت علمی ۱۵٪ و در غیر هیئت علمی ۲۳/۶٪ بوده است.

ارجاع کننده به نظام پزشکی

در ۵۹ مورد رسیدگی به پرونده با شکایت شاکسی خصوصی آغاز شده است و در ۴۱ مورد دیگر با اعلام تخلف از سوی مراجع قضایی و اداری (مشمول بر ۲۳ مورد از سوی دادگستری و ۱۴ مورد از سوی اداره نظارت بر درمان) پرونده به جریان افتاده است. در پرونده‌هایی که از طرف مراجع قضایی یا اداری ارجاع شده در

مقایسه با پرونده‌هایی که توسط شاکسی خصوصی مطرح گردیده است تفاوت‌های معنی‌دار زیر به چشم می‌خورد: شیوع بیشتر فوت بیمار، بالاتر بودن فراوانی شکایت از پزشکان شاغل در بیمارستان‌های آموزشی، شیوع بیشتر اقدامات درمانی توأم با سهل‌انگاری، کمتر بودن میزان انصراف شاکسی از پیگیری پرونده و اعلام رضایت وی، بالاتر بودن میزان محکومیت پزشک در هیئت بدوی انتظامی به میزان ۱۰ برابر.

نوع تخلف انتسابی

در ۸۰ مورد از یکصد پرونده بررسی شده تخلف نسبت داده شده به مدعی علیه صرفاً جنبه کیفری داشته است. در ۱۲ مورد شکایت فقط جنبه انتظامی داشته و در ۸ پرونده قصور انتسابی دارای هر دو بعد انتظامی و کیفری بوده است.

مدت زمان رسیدگی در هیئت بدوی

حداقل زمان رسیدگی به پرونده در هیئت بدوی انتظامی نظام پزشکی مشهد در یکصد پرونده بررسی شده ۲ ماه و حداکثر آن ۴ سال و ۹ ماه بوده است. میانگین زمان رسیدگی ۹/۳ ماه با انحراف معیار ۷ ماه می‌باشد. میانه و نما در این شاخص هر کدام ۸ ماه می‌باشد.

رأی هیئت بدوی

در یکصد پرونده فوق مجموعاً ۹۱ پرونده به صدور رأی منجر شده و در ۸ پرونده دیگر قبل از صدور رأی هیئت بدوی شاکسی رضایت داده است. یک پرونده نیز به دلیل گذشت زمان بیش از یک سال از بروز عارضه قابل رسیدگی نبوده است (مطابق تبصره ۱ ماه ۳۳ آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته مصوب ۷۸/۴/۳۰ هیئت وزیران). در ۸۲ پرونده (۹۰٪ آراء صادره) رأی بر براءت و در ۹ پرونده (۱۰٪ آراء صادره) رأی بر محکومیت مدعی علیه صادر شده است. در مجموع این ۹ پرونده ۱۴ پزشک (مشمول بر ۶ دستیار تخصصی)، ۴ پرستار و ۲ مسئول بیمارستانی مقصر شناخته شده‌اند. در پرونده‌هایی که به صدور رأی منجر شده است، درصد قصور و براءت اعلام شده در رشته‌های مختلف به شرح جدول ۳ است.

(۳۶/۴٪ موارد) رأی هیئت بدوی اصلاح شده است. نوع اصلاح رأی در ۲ پرونده اعمال یا تشدید مجازات و در ۱ پرونده تخفیف مجازات بوده است. در ۱ مورد باقیمانده نیز برای برخی متهمین پرونده تخفیف مجازات و برای برخی دیگر تشدید مجازات اعمال شده است.

رضایت شاکی

در ۱۱ مورد شاکی نهایتاً از پیگیری شکایت خود صرفنظر نموده و اعلام رضایت کرده است که از این تعداد ۸ مورد قبل از صدور رأی بدوی بوده و در ۳ مورد دیگر هیئت بدوی نیز رأی خود را صادر کرده بوده است (۱ مورد قصور و ۲ مورد برائت). بیشترین درصد ختم پرونده با رضایت شاکی در رشته گوش و حلق و بینی بوده بطوریکه ۲۷/۳٪ شکایات این رشته با رضایت شاکی فیصله پیدا کرده است. در ۱۱ پرونده فوق در یک مورد پزشک مورد شکایت زن و در ۱۰ مورد مرد بوده است. بدین ترتیب میزان حل و فصل پرونده با اخذ رضایت شاکی در پزشکان مرد ۱۲/۳٪ و در پزشکان زن ۴/۵٪ بوده که البته این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نبوده است. ۱۳/۵٪ مواردی که بیمار پزشک معالج را با میل خود انتخاب کرده نهایتاً به رضایت شاکی منجر شده و ۸/۳٪ مواردیکه بیمار اجباراً به پزشک معالج رجوع نموده با رضایت شاکی خاتمه یافته است که اختلاف از نظر آماری معنی دار نبوده است. بیشترین درصد حل و فصل پرونده با رضایت شاکی در مواردی بوده که شاکیان پرونده فرزندان بیمار بوده‌اند. همچنین مواردی که بیمار فقط به نظام پزشکی شکایت کرده نهایتاً در ۱۸٪ موارد رضایت داده در حالیکه مواردی که در سایر مراجع نیز طرح شکایت کرده است تنها در ۴٪ موارد اعلام رضایت نموده که این اختلاف از نظر آماری معنی دار است.

بحث و نتیجه‌گیری

ملاحظه می‌گردد تعداد شکایات طرح شده علیه تیم جراحی در نظام پزشکی مشهد ۴/۳ برابر تعداد شکایاتی است که علیه متخصصین رشته‌های غیر جراحی مطرح گردیده است، که این موضوع با توجه به ماهیت تهاجمی اقدامات جراحی قابل توجیه است. در مطالعه مشابهی بر روی ۳۴۶ پرونده شکایت از شاغلین حرف پزشکی که طی سال ۱۳۷۸ در واحد کمیسیون‌های سازمان پزشکی قانونی کشور در تهران مورد بررسی قرار گرفته است نیز ۵۸/۶٪ شکایات علیه تیم جراحی (جراح یا متخصص بیهوشی) بوده درحالیکه فقط ۸/۴٪

جدول شماره ۳- درصد فراوانی قصور و برائت اعلام شده از سوی هیئت بدوی انتظامی بر حسب رشته تخصصی

| نوع رشته | ارتوپدی | جراحی عمومی و فوق تخصصی | زنان و مامایی | بیهوشی |
|----------|---------|-------------------------|---------------|--------|
| قصور | ۶٪ | ۹/۵٪ | ۱۳٪ | ۳۷/۵٪ |
| برائت | ۹۴٪ | ۹۰/۵٪ | ۸۷٪ | ۶۲/۵٪ |

(در رشته‌های گوش و حلق و بینی، ارولوژی، چشم و جراحی اعصاب در تمام پرونده‌ها رأی به برائت صادر شده است).

پس از تحلیل چند متغیره عوامل خطر به روش Logistic Regression متغیرهای مستقل تعیین کننده محکومیت پزشک عبارت بودند از:

۱- بروز ضایعات ناشی از سهل‌انگاری با نسبت شانس‌های

۷۹

۲- ارائه مراقبت‌های پزشکی زیر حد استاندارد با نسبت

شانس‌های ۶۴

ارجاع به هیئت عالی انتظامی

در ۱۱ مورد (۱۲٪) از ۹۱ پرونده‌ای که منجر به صدور رأی شده است، به دنبال تجدید نظر خواهی و اعتراض به رأی، پرونده جهت رسیدگی در هیئت عالی انتظامی به سازمان نظام پزشکی تهران ارجاع شده است. رأی هیئت بدوی انتظامی نظام پزشکی مشهد در ۹ مورد از ۱۱ پرونده فوق برائت و در ۲ مورد قصور مدعی علیه بوده است که در ۹ پرونده اول شاکی به رأی اعتراض کرده و از ۲ پرونده دیگر در یک مورد پزشک و در مورد دیگر هر دو طرف پرونده به رأی صادره اعتراض کرده‌اند. بیشترین درصد اعتراض، در پرونده‌های مربوط به رشته بیهوشی بوده است بطوریکه ۴۳٪ آراء صادره در ارتباط با پرونده‌های بیهوشی، مورد تجدید نظر خواهی واقع شده است.

مدت زمان رسیدگی و رای هیئت عالی انتظامی

تهران

در ۱۱ پرونده ارجاع شده به تهران حداقل زمان رسیدگی در هیئت عالی انتظامی ۷ ماه و حداکثر آن ۶ سال و ۸ ماه بوده است. متوسط زمان رسیدگی ۲ سال و ۵ ماه با انحراف معیار ۲۲ ماه بوده است.

از ۱۱ پرونده ارجاع شده به هیئت عالی انتظامی در ۷ مورد (۶۳/۶٪ موارد) رأی هیئت بدوی عیناً تایید شده و در ۴ مورد

پرونده‌ها مربوط به شکایت از پزشکان متخصص سایر رشته‌ها بوده است.^۶ در مطالعه انجام شده بر روی شکایات علیه پزشکان در کشور عربستان سعودی طی سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۳ نیز شکایات واصله علیه جراحان و متخصصین بیهوشی ۳ برابر متخصصین رشته‌های غیر جراحی بوده است.^۷

در مطالعه حاضر بیشترین شکایات از متخصصین زنان و زایمان و پس از آن ارتوپدی صورت گرفته است که مشابه یافته‌های مطالعه انجام شده در کشور اسپانیا است. در گزارش مذکور از اسپانیا اشاره گردیده که بیشتر شکایات علیه متخصصین رشته‌های زنان و زایمان، ارتوپدی، جراحی پلاستیک، بیهوشی، جراحی اعصاب و چشم پزشکی صورت می‌گیرد.^۸ در کشور عربستان نیز اغلب شکایات از متخصصین زنان و زایمان و پس از آن جراحی عمومی بوده است.^۷

همانطور که اشاره گردید در اغلب پرونده‌ها، ضایعه منجر به شکایت از جمله عوارض شناخته شده مرتبط با بیماری یا اقدام درمانی بوده است و تنها در ۱۱٪ موارد ضایعه‌ای ناشی از سهل‌انگاری پزشک به وقوع پیوسته است. این مطلب تأکیدی است بر ضرورت توجیه کردن بیمار قبل از انجام اقدامات درمانی، چرا که در این صورت ذهن بیمار از قبل با احتمال بروز برخی عوارض آشنا شده و در صورت وقوع چنین عوارضی ضمن پذیرفتن آن و همکاری در ادامه درمان، از طرح شکایات بیهوده و اتلاف اوقات طرفین پیشگیری می‌شود. در مطالعه انجام شده در نظام پزشکی تهران در پاسخ به این سؤال که «آیا قبلاً در مورد پی‌آمدهای بیماری و درمان از پزشک معالج اطلاعات لازم را دریافت کرده‌اید؟» ۶۴/۵٪ شاکیان ابراز کرده‌اند که هیچگونه اطلاعی در مورد تبعات بیماری یا درمان از پزشک دریافت نکرده‌اند و تنها ۷/۸٪ از بیماران اطلاعات لازم را قبل از درمان دریافت داشته‌اند.^۹

در مطالعه حاضر در ۷۷٪ پرونده‌ها اقدام درمانی پزشک در حد استاندارد متعارف صحیح و اصولی بوده است. در مطالعه دانشگاه هاروارد در سال ۱۹۸۳ مشخص گردید که ۸۰٪ شکایات از پزشکان در مواردی صورت گرفته که اقدامات پزشکی صحیح و مناسب بوده است. همچنین اشاره گردیده که در سال ۱۹۹۸ از هر ۶ مورد اقامه دعوی تحت عنوان سهل‌انگاری حرفه‌ای، در ۵ مورد طبابت صحیح صورت گرفته بوده است.^{۱۰} بنابراین روشن است ارائه مراقبت‌های

پزشکی استاندارد و به دور از سهل‌انگاری به تنهایی برای مصونیت پزشک در قبال شکایات پزشکی کافی نبوده و برای کاهش بیشتر این احتمال، باید به اصلاح سایر عوامل مؤثر در طرح شکایت خصوصاً عوامل رفتاری پرداخت.

اخذ رضایت همسر تنها در موارد معدودی از جمله بستن لوله رحم، سقط جنین و پیوند اعضاء ضروری دانسته شده است.^{۱۱} معهداً با عنایت به اینکه بر اساس مطالعه حاضر در بیش از نیمی از بیماران زن، طرح شکایت از سوی همسر آنان صورت گرفته است مناسب است هنگام برنامه‌ریزی درمانی در مورد بیماران زن، همسر بیمار نیز در جریان روند کامل اقدامات پزشکی و نتایج حاصله و عوارض احتمالی قرار داده شود.

هر مرگی که در حدوث آن بدون توجه به فاصله زمانی، احتمال دخالت هرگونه اعمال جراحی یا بیهوشی و یا اقدامات تشخیصی وجود داشته باشد، باید به پزشکی قانونی گزارش شود.^{۱۲} معهداً در مطالعه حاضر تنها ۳۰٪ اجساد جهت کالبدگشایی ارجاع شده‌اند که این میزان در اعضاء هیئت علمی دانشگاه کمتر نیز بوده است. در اینجا اشاره به این نکته ضروری است که در اغلب موارد پزشک به دلیل نگرانی از اینکه کالبد شکافی ممکن است نتایج مضر بر علیه وی در صورت طرح شکایت در برداشته باشد از ارسال جسد برای اتوپسی اکراه دارد. مطالعات در انگلستان نشان می‌دهد در اینگونه موارد علل فوت اعلام شده پس از انجام اتوپسی در سه گروه اصلی قرار می‌گیرند: آمبولی حاد ریه، بیماری حاد قلبی عروقی، و Overdose یا تداخل دارویی. در این مطالعات هیچگونه ارتباط مهمی بین نتایج اتوپسی و نتیجه نهایی پرونده‌های قصور پزشکی مشاهده نگردید (مطالعه حاضر نیز مؤید این مطلب است). بالعکس در ۲۰٪ پرونده‌های بررسی شده طی مطالعه فوق در انگلستان، نتایج اتوپسی به نفع پزشک مورد شکایت بوده است. اصولاً تشخیص قصور پزشکی بر مبنای ارائه مراقبت پزشکی خارج از موازین استاندارد داده می‌شود و نه بر اساس صحت تشخیص بالینی و بنابراین یافته‌های اتوپسی نمی‌تواند مبنای اصلی مجادلات قضایی طرفین پرونده قرار گیرد.^{۱۳} بطور مثال در موارد مرگ زیر بیهوشی عمومی اغلب هیچ علامتی دال بر قصور کادر بیهوشی را در اتوپسی نمی‌توان یافت ولی انجام آن در تشخیص بیماری‌های زمینه‌ای ناشناخته و تعیین میزان شدت بیماری‌های زمینه‌ای شناخته شده متوفی و غالباً

پیشگیری یا کاهش حوادثی بپردازیم که منجر به شکایت می‌گردد. تلاش در جهت کاهش صدمات پزشکی علاوه بر توجه به وضعیت بیماران سه علت دیگر نیز دارد.

- بهبود دیدگاه عمومی نسبت به مراقبت‌های پزشکی
- کاهش احتمال دعاوی قصور پزشکی
- کاهش هزینه‌های تحمیل شده به سیستم بهداشتی درمانی ناشی از آسیب دیدن بیماران.^{۱۶}

واضح است که انگیزه قوی جهت ارتقاء ایمنی بیماران وجود دارد، چرا که آسیب دیدن بیماران برخلاف هدف اصلی طبابت است. پیشرفت در این مسیر زمانی حاصل می‌شود که بجای جستجو جهت یافتن یک فرد مقصر، چگونگی عملکرد متقابل سیستم‌های متفاوت و پیچیده‌ای که اساس مراقبت‌های بهداشتی مدرن را تشکیل می‌دهند مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد.^{۱۷}

برائت کادر معالج، به خصوص کادر بیهوشی کمک کننده است.^{۱۴}

بر اساس برخی مطالعات، پزشکان زن نسبت به پزشکان مرد کمتر مورد شکایت قرار می‌گیرند که علت آن احتمالاً توانایی بیشتر در برقراری ارتباط صحیح با بیمار است. معهداً چنانچه مورد شکایت قرار گیرند احتمال تبرئه شدن آنها کمتر است، چرا که احتمالاً پرونده‌های آنان از پیچیدگی بیشتری برخوردار است و صدمات حاصله از خطاهای آنان شدیدتر از پزشکان مرد است.^{۱۵} مطالعه حاضر نیز مؤید همین مطلب است.

در پایان ذکر این نکته ضروری است که آنچه می‌تواند نگرانی‌ها را در خصوص سهل‌انگاری در حیطة مراقبت‌های پزشکی کاهش دهد این است که بجای تمرکز و توجه روی پیامد نهایی که همان پرونده‌های قصور پزشکی است، ما باید به

Archive of SID

Abstract:

Analysis of 100 Malpractice Claims Against Surgical Team Judged at Mashad Medical Council

Haghghi Z. MD^{}, Esmaeeli Ph. D^{**}, Attaran H. MD^{***}*

Introduction & Objective: Many physicians are afflicted with malpractice claims dilemma during their course of practicing medicine. The purpose of this study is acquainting surgical team including surgeons and anesthesiologist (as the high risk group) with different aspects of this matter.

Materials & Methods: First, all malpractice claims received by Medical Council of Mashhad during 1999 through 2003 were classified according to defendant's speciality. Then data about patient, physician, disease, management, litigation, and judicial authority were obtained from the latest 100 malpractice claims settled at Medical Council of Mashhad in which surgeon or anesthesiologist was sued. Data were analyzed by SPSS software using frequency distribution charts, ANOVA, Student's t, chi-square, and Logistic Regression tests.

Results: In 1057 lawsuits during a five years period (1999-2003) 56% were against surgical team, while only 13% were against other physicians (the remaining were against dentists and paramedical workers). In 100 cases studied, mean age of patients was 35.4 ± 18.2 years; 45 cases were male; 40 cases were managed as an emergency; 61% of adverse events leading to litigation were known complications of disease or treatment and only 11% were due to negligence. There were 56 morbidities and 31 mortalities leading to litigation. Only 30% of dead patients were referred for autopsy. The mean time between treatment and litigation was 6 months. Half of litigations were against private hospitals, and most were about surgical procedures (75%). In 77% of litigations the quality of medical care was proper. Mean investigation time at Mashad Medical Council was 9.3 ± 7 months. Nine lawsuits ended in favour of plaintiff. Independent risk factors of defendant's incrimination were occurrence of adverse event due to negligence, and substandard quality of medical care.

Conclusions: Malpractice claims are 4.3 times more common against anesthesiologists and surgeons than internists. Since most of litigations are about accepted complications and in most cases proper management were performed, it seems likely that improving physician - patient relationship will decrease number of malpractice claims against surgeons.

***Key Words: Professional Misconduct, Malpractice, Informed Consent, Surgical Error,
Medical Negligence, Medical Litigation***

^{*} *Chairman of Cardiothoracic Surgery, Mashad University of Medical Sciences and Health Services, Mashad, Iran*

^{**} *Chairman of Biostatistics, Mashad University of Medical Sciences and Health Services, Mashad, Iran*

^{***} *Corresponding Author: General Surgeon, Mashad Legal Medicine Organization, Mashad, Iran*

References:

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a safer health system. Washington, DC: National Academy press; 2000: 1.
2. Krizek TJ. Surgical error. Arch surg 2000; 135(3): 1359-66.
3. Will SC, Nagan J. Legal medicine for the surgeon. Way L.W, Doherty GM. Current surgical diagnosis and treatment 11th edition; California; Lange; 2003: 72-85.
4. عباسی، محمود. مجموعه مقالات حقوق پزشکی، تهران: انتشارات حقوقی؛ ۱۳۷۷. ج ۳. ص. ۱۴۳.
5. بنت، بلیندا. حقوق و پزشکی. ترجمه محمود عباسی. تهران: انتشارات حقوقی؛ ۱۳۷۷. ج ۳. ص. ۷۲.
6. عمونئی محمود، سلطانی کامران، کاهانی علیرضا، نجاری فارس، روحی ملیندا. بررسی موارد قصور پزشکی ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۷۸. مجله علمی پزشکی قانونی ۱۳۷۹؛ ۲۱: ۲۳-۱۵.
7. Alsaddique A. Medical liability: The dilemma of litigations. Saudi Med J 2004; 25 (7): 901-905.
8. Trilla A, Bruguera M. Spain: avoiding lawsuits. The Lancet 2000; 356 (9237): 1266-7.
9. زالی محمدرضا. مبانی نوین ارتباط پزشک و بیمار. تهران: فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران؛ ۱۳۷۷: صفحات ۴۵، ۴۱۰ و ۵۰۸ تا ۵۱۹.
10. Tracy TF, Crawford LS, Krizek TJ, Chapel W, Kern A. When medical error becomes medical malpractice. Arch surg 2003; 138(4): 447-454.
۱۱. آیت الله خمینی روح الله. تحریر الوسیله، ج ۲: کتاب النکاح. قم: نشر اسلامی؛ ۱۳۶۳: ص ۲۴۲.
۱۲. نایت، برنارد. پاتولوژی قانونی. ترجمه و تکثیر سازمان پزشکی قانونی کشور. تهران؛ ۱۳۷۸. ص. ۳۴۸.
13. Bove KE, Iery C. The role of the autopsy in medical malpractice cases: a review of 99 appeals court decisions. Arch Pathol Lab Med 2002; 126(9): 1023-31.
14. Knight B. Simpson's Forensic Medicine, 11th Ed 1997.
15. Fielding SL. The practice of uncertainty: Voices of physicians and patients in medical malpractice claims. Soc Sci Med 2000; 51(8): 1135-1138.
16. Lang NP. Professional liability, patient safety , and first do no harm. Am J of Surg 2001; 182(6): 537-541.
17. Spencer FC. Human error in hospitals and industrial accidents: current concepts. J Am coll surg 2000; 191(4): 410-418.