

بررسی پرونده های شکایت از قصور پزشکی در رشته تخصصی ارتوپدی در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران طی سالهای ۱۳۷۷-۱۳۸۲

دکتر سیدشهاب الدین صدر* - دکتر محمد حسن قدیانی** - دکتر علی اصغر باقرزاده***

* متخصص فیزیولوژی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه فیزیولوژی

** متخصص بیماری های داخلی، استادیار سازمان پزشکی قانونی کشور

*** پزشک عمومی

چکیده

زمینه و هدف: امروزه علی رغم پیشرفت های متعدد علمی و تکنولوژیک در تشخیص و درمان بیماری ها روند شکایت از پزشکان و کادر معالج رو به افزایش است. افزایش جمعیت، افزایش تعداد پزشکان، افزایش آگاهی جامعه و استفاده از ابزارهای تشخیصی و درمانی پیچیده تر از علل مهم این روند رو به رشد هستند و در این میان کاهش روابط سنتی میان پزشک و بیمار بیشتر به این موضوع دامن می زند. هدف از این مطالعه بررسی علت و انگیزه های شکایت، میزان و نوع قصور انجام شده و در آخر ارایه راه حل برای کاهش قصور پزشکان می باشد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی تحلیلی به صورت گذشتہ نگر با بررسی پرونده های شکایت از قصور پزشکی در رشته تخصصی ارتوپدی طی سال های ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۲ در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران انجام شده است.

یافته ها: طی این مدت از بین ۹۶۵ پرونده شکایت از قصور پزشکی مورد (۲۰/۳۱٪) به این رشته اختصاص داشته و از ۱۵ مورد در سال ۱۳۷۷ به ۳۹ مورد در سال ۱۳۸۲ افزایش یافته است. در ۶۰/۷۲٪ پرونده ها رأی برائت و در ۳۹/۲۸٪ رأی قصور صادر گردیده است. ۵۴/۵۹٪ پرونده ها به مراکز خصوصی و ۱۷/۸۶٪ به مراکز دولتی غیر دانشگاهی و ۲۱/۹۴٪ به مراکز دانشگاهی و ۵/۶۱٪ به مراکز خیریه مربوط بودند؛ ولی میزان قصور در مراکز خصوصی ۵۲/۳۴٪، در مراکز دولتی غیر دانشگاهی ۲۲/۸۶٪ و در مراکز دانشگاهی ۲۰/۹۳٪ و در مراکز خیریه ۳۶/۳۶٪ بود. ۹/۰۹٪ از موارد قصور به دنبال نقص عضو و کاهش کارآئی اتفاق افتاده بود.

نتیجه گیری: بهبود مناسبات پزشک و بیمار، رعایت اخلاق پزشکی، کاهش روابط مالی میان پزشک و بیمار، افزایش دانش و مهارت های علمی و فنی پزشکان، توجیه مناسب بیماران قبل از انجام فرآیندهای تشخیصی یا درمانی و ارتقای سطح فنی و تجهیزاتی مراکز درمانی در کاهش قصور و شکایت تأثیر بسزایی دارد.

واژگان کلیدی: شکایت بیمار، پزشک، خطای پزشکی، ارتوپدی، پزشکی قانونی

پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۶/۳

وصول مقاله: ۱۳۸۶/۴/۱۲

نویسنده پاسخگو: آدرس خ ولیعصر (عج) - خ زرتشت غربی - پلاک ۹۴ - نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری - طبقه ۴
bagherzadeh37648@yahoo.com

مقدمه

را شروع نماید. اگر به این وظایف عمل نشود، قصور پزشکی محسوب می شود. لازم به ذکر است که گاهی با انجام تمام این اقدامات، پزشک به تشخیص صحیح نمی رسد یا درمان به نتیجه مطلوب ختم نمی گردد. هرگاه این عدم تشخیص یا عدم پاسخ به درمان مطابق با موازین علمی و فنی باشد، خطأ و قصور پزشکی محسوب نمی شود (۱). اگر بر اثر قصور پزشکی شخص متحمل زیان یا آسیب شود می تواند ادعای به وقوع پیوستن قصور در مورد خویش را داشته باشد (۲).

هیچ شخص یا سیستمی از خطأ مبری نیست. علی رغم بهترین تلاش ها و کوشش های پزشکان و پرستل پزشکی امکان رخ دادن خطأ

هرگاه پزشک هر کدام از مراحل تشخیص و درمان اعم از معاینه دقیق، تشخیص به موقع، درمان ها و جراحی های صحیح، پیگیری و مشاوره و راهنمایی های لازم را طبق موازین علمی و فنی پزشکی انجام نداده باشد، مرتكب قصور پزشکی گردیده است. توضیح اینکه پزشک موظف است در برخورد با بیمار کلیه اقدامات تشخیصی اعم از گرفتن شرح حال کامل یا معاینات فیزیکی، استفاده از آزمایش های کلینیکی و پاراکلینیکی و در صورت نیاز مشورت با همکاران دیگر را انجام دهد و در نهایت بعد از تشخیص صحیح، درمان

یا اقدام درمانی. به عنوان نمونه بیماری که کیست استخوانی داشته است و پزشک قبل از انجام فیزیوتراپی درخواست گرافی نداده و لذا باعث شکسته شدن گردن استخوان ران حین فیزیوتراپی شده است؛ یا بیماری که بعد از عمل جراحی دچار آمویلی ریه شده است و پزشک توجه کافی به حال عمومی بیمار ننموده و مشاوره‌های لازم با متخصصین دیگر جهت تشخیص و درمان آمویلی ریه انجام نداده است که باعث مرگ بیمار شده است. از نمونه دیگر می‌توان به این مورد اشاره کرد: بیماری که مشکل عصب سیاتیک داشته است ولی به علت نگرفتن نوار عصبی- عضلانی قبل از عمل، بیمار مدعی شده که این مشکل در حال حاضر تشدید شده است؛ یا اقدام جراح به عمل جراحی بیمار مبتلا به هموفیلی، بدون انجام آزمایش زمان سیلان و انعقاد خون و خسارت یا تلف شدن بیمار در جریان این موضوع؛ نیز عدم ارجاع و معرفی بیمار مبتلا به پارگی تاندون به جراح توسط پزشک عمومی.

(ب) بی‌احتیاطی: انجام فعلی که از نظر علمی و اصول پزشکی نبایست انجام پذیرد، ولی در اثر سهل‌انگاری انجام می‌یابد. مانند به جا ماندن گاز، سوزن و وسایل جراحی در شکم یا اندام‌ها، جراحی پای راست به جای شکستگی پای چپ، عمل جراحی بی مورد برای بلند کردن قد روی فردی که قد وی متناسب بوده است و بیمار متعاقب آن دچار نقص عضو شدید شده است؛ یا مرخص کردن بیماری که دچار شکستگی متعدد بوده و می‌بایست چند روز بعد از جا اندازی و گچ گیری تحت نظر و بستری می‌شد.

(ج) عدم مهارت: شامل مواردی است که پزشک تحریر علمی و فنی لازم برای انجام آن کار بخصوص را نداشته باشد؛ که خود بر ۲ نوع است:

۱ - عدم مهارت علمی: مانند عدم اطلاع از روش تجویز یا دوزاز یک دارو به طور مثال در بیماری که نارسایی پیشرفت‌های کلیوی داشته است، پزشک برای پیشگیری از ایجاد عفونت بعد از جراحی از داروی جنتامایسین و سفاژولین استفاده کرده است، که از نظر علمی برای بیماری که دچار عارضه مزمن نارسایی کلیه می‌باشد، تجویز این دارو نیاز به تعدیل دوز دارو دارد و عدم تعدیل دوز دارو می‌تواند در تسریع بیماری مؤثر باشد؛ یا پزشکی که از تعییه پیچ و پلاک داخلی برای شکستگی چند قطعه‌ای توان با زخم باز استفاده کرده بود که این عمل باعث عفونت شدید پا شده بود؛ یا در بیماری که دچار انحراف زانو و کوتاهی مختصر همان اندام از دوران کودکی بوده است، پزشک ابتدا بیمار را تحت عمل جراحی اصلاح کوتاهی و سپس تحت عمل جراحی اصلاح انحراف محور اندام قرار داده بود که این کار از نظر علمی اشتباه بوده، می‌بایست ابتدا عمل جراحی اصلاح محور و سپس عمل جراحی اصلاح کوتاهی انجام می‌گرفت.

۲ - عدم مهارت عملی: مانند آتل‌گیری غلط منجر به نکروز عضو و یا به کار گرفتن پلاک نامناسب در شکستگی‌های قسمت‌های مختلف اندام، عدم طرح درمانی انتخابی با توجه به سن بیمار و نوع مفصل انتخاب شده در نکروز آوسکولا، و یا بیماری که به علت بیماری

و اشتباه وجود خواهد داشت (۳).

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 شکایات سیر صعودی داشته است (۴).

در سال‌های اخیر میزان شکایت از خطاهای پزشکی در کشورهای غربی افزایش قابل توجهی یافته است. در حال حاضر، پزشکان نمی‌توانند مطمئن باشند که هیچ گاه با یک ادعای قصور مواجه نخواهند شد. در برخی از کشورهای پیشرفت‌هه تعداد زیادی از بیماران برای پیگرد قانونی آمادگی دارند. در پرونده‌های قصور، براساس حقایق و شرایط هر مورد تصمیم گرفته خواهد شد. در نتیجه اشتباهات مشاهه یا ظاهراً یکسان لزوماً همگی قصور محسوب نمی‌شوند. همچنین رأی صادره ممکن است به اهمیتی که قاضی به شهادت شهود می‌دهد، بستگی داشته باشد (۵).

برای قضاوت نمودن در مورد اینکه فردی مرتکب قصور شده است یا خیر، باید به نکات زیر توجه شود:

۱ - فرد باید بیمار پزشک باشد و به عنوان مثال پزشک مسؤولیت مراقبت پزشکی و درمان وی را پذیرفته باشد.

۲ - پزشک باید اعمالی انجام داده باشد که از نظر معیارهای پزشکی قابل پذیرش نبوده‌اند و یا به طور شایع تر اعمالی را که به عنوان اقدامات پذیرفته شده پزشکی باید انجام شوند، انجام نداده باشد (رعایت موازین علمی و فنی نشده باشد).

۳ - در نتیجه انجام عملی که نباید انجام می‌شد و یا انجام ندادن کاری که باید انجام می‌گرفت، بیمار متحمل آسیب شده باشد.

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

۱ - پزشک هرقدر واجد معلومات عالی و اطلاعات کافی و تبحر در رشته تخصصی خود باشد و در درمان‌هایی که انجام می‌دهد دارای حسن نیت و اخلاق حسنی باشد و نظمات 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 یک امر نسبی است. چه بسا پزشکان متبحر در موردی مرتکب قصور می‌شوند که پزشکان دیگر آن را به سادگی انجام می‌دهند. از طرفی نمی‌توان انتظار داشت که همه پزشکان از معلومات یکسان در سطح بالا برخوردار باشند (۷).

تقسیم‌بندی انواع خطاهای صورت گرفته:

(الف) بی‌مبالغی: شامل ترک فعلی است که از نظر علمی و فنی انتظار انجام آن از پزشک می‌رود، ولی بر اثر غفلت انجام نمی‌یابد. مانند عدم تدارک و تمهیبدات لازم از قبیل آزمایش‌ها، گرافی‌ها و مشاوره‌های لازم و اخذ شرح حال و معاینه دقیق قبل از عمل جراحی

روش جمع آوری داده ها بر اساس پرسشنامه و استفاده از اطلاعات موجود در پرونده های موجود در کمیسیون پزشکی اداره کل پزشکی قانونی استان تهران می باشد. پرسشنامه شامل سن بیمار، جنس بیمار، تحصیلات بیمار، شغل بیمار، علل قصور، نوع مرکز درمانی، علت و انگیزه شکایت، نوع جراحی، نحوه کسب اطلاع از قصور، بیماری زمینه ای، محل آسیب وارده و میزان ارش تعیین شده بوده است.

روش کار به این صورت بوده است که کلیه پرونده های بررسی شده در کمیسیون پزشکی اداره کل پزشکی قانونی استان تهران مربوط به قصور متخصصین ارتوپدی طی سال های ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۲ مورد بازنگری قرار گرفته و اطلاعات موجود در آنها بر اساس پرسشنامه جمع آوری و ثبت شده است. با توجه به رأی صادره، میزان قصور یا برائت و یا رضایت و مختومه شدن پرونده جراح ارتوپد مشخص گردیده است.

و همچنین مرگ یا علت نقص عضو و صدمات ناشی از قصور پزشک متخصص ارتوپدی نیز بررسی شده است.

از جهت رعایت اخلاق پزشکی و محترمانه بودن پرونده ها، بررسی بر روی پرونده ها در محل اداره کل پزشکی قانونی استان تهران انجام شده و از نام و نام خانوادگی شاکی و آدرس آنها استفاده نشده است. در انتهای برای آنالیز نتایج از نرم افزار SPSS استفاده شد. به این ترتیب که پس از جمع آوری داده ها اطلاعات به صورت Code Sheet درآمد و توسط نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و در مورد متغیرهای کیفی، درصد فراوانی ذکر گردید.

لازم به ذکر است که پرونده های قصور پزشکی به تفکیک وجود نداشت، لذا این پرونده ها ابتدا از میان کلیه پرونده های بررسی شده در کمیسیون پزشکی قانونی تفکیک شد و آنگاه مورد بررسی قرار گرفت و سپس پرونده های مربوط به قصور پزشکی در رشته ارتوپدی تفکیک شده، وارد مطالعه گردید.

یافته ها

از ابتدای سال ۱۳۷۷ تا پایان سال ۱۳۸۲ هجری شمسی در کمیسیون پزشکی اداره کل پزشکی قانونی استان تهران تعداد ۹۶۵ مورد شکایت از قصور پزشکی مطرح و بررسی شده است. از ۹۶۵ پرونده شکایت از قصور پزشکی که در طی سال مذکور در کمیسیون کارشناسی شده در ۱۹۶ مورد (۲۰/۳۱٪) به نحوی جراح ارتوپد درگیر بوده است. از ۱۹۶ پرونده شکایت ارتوپدی کمترین، کمترین پرونده مربوط به سال ۱۳۷۷ با ۱۵ مورد (۱۲/۶٪) و بیشترین پرونده به سال ۱۳۸۰ با ۵۰ مورد (۲۹/۰۶٪) بوده است (نمودار ۱).

از لحاظ فراوانی جنسیت صاحبان پرونده ها، ۷۰/۹۱٪ مرد و ۲۹/۰۹٪ زن، که از میان این افراد ۷۰/۹۲٪ متأهل و بقیه مجرد بودند. از لحاظ توزیع سنی صاحبان پرونده ها، ۳۴ مورد (۱۷/۳۵٪) بین سنین بدو تولد تا ۲۰ سالگی، ۱۰۳ مورد (۵۲/۵۵٪) بین سنین ۲۱ تا ۴۰ سالگی، ۳۶ مورد (۱۸/۳۷٪) بین سنین ۴۱ تا ۶۰ سالگی و

فلج اطفال تحت عمل جراحی روی مفصل رانی - لگنی و گذاشتن یک عدد پین بلند فلزی در مفصل فوق قرار گرفته ولی پس از مدتی بیمار متوجه خون در ادرار شده است.

(د) عدم رعایت نظمات دولتی: عدم توجه به آیین نامه ها، بخش نامه ها و دستور العمل های مقامات بالاتر اداری، نظام پزشکی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ مانند نفرستادن نسوج خارج شده از بدن پس از انجام عمل جراحی جهت آزمایش بافت شناسی و آسیب شناسی؛ عدم پذیرش بیمار اورژانسی و انجام ندادن اقدامات اولیه برای وی؛ انجام جراحی ها در مراکز غیر مجهز و یا در مطب؛ همکاری نکردن تنگاتنگ جراح عروق با جراح ارتوپد در مواردی از شکستگی که همراه با آسیب عروقی بوده باشد و یا انجام عمل جراحی ارتوپدی پیچیده توسط جراح عمومی.

(ه) مركب: شامل مواردی است که دو یا چند قصور از حالات چهار گانه مذکور به صورت ترکیبی اتفاق افتاده باشد. مانند انجام غلط و نادرست یک عمل جراحی در مطب که طبق نظمات دولتی، پزشک مجاز به انجام آن عمل در مطب نمی باشد (۸).

لازم به ذکر است، اعلام نوع خطای نفسی میزان قصور یا خطای را تعیین نمی کند یا به عبارتی، موارد فوق تعیین کننده درصد معینی از خطای نامی باشد و نام عمومی قصور و یا خطای را برای همه این موارد به کار می بینیم و برای مراجع قضایی همه این اصطلاحات یک معنی می دهد و آن خسارت مالی یا جانی بیمار است که به عهده پزشک معالج است؛ مگر آنکه پزشک قانونی این اصطلاحات را معنی دار کند یعنی با مطالعه پرونده بالینی و معاینه بیمار و توضیحات لازم از شاکی و پزشک معالج، میزان قصور را تعیین کند که معمولاً به صورت درصد تعیین می گردد (۸).

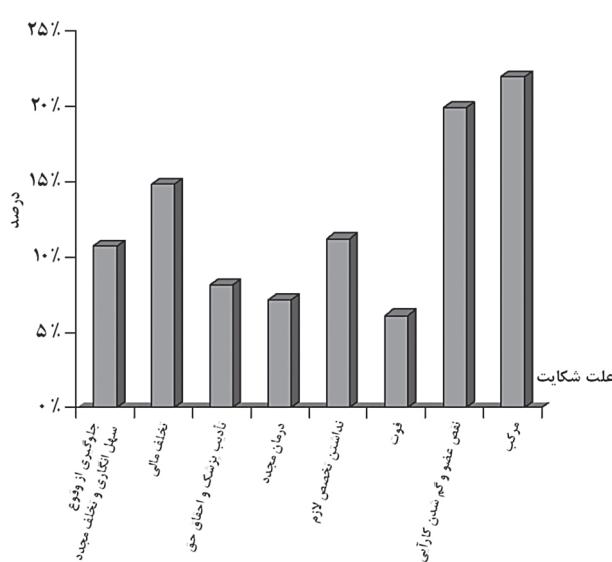
این مطالعه با هدف بررسی و شناسایی انگیزه شکایت بیماران از جراحان ارتوپدی، علل، نوع و میزان خطایها و قصور پزشکی در مراکز درمانی توسط این پزشکان در تهران انجام شده است. مطالعه در مورد آن دسته از بیمارانی که خود یا بستگان آنها اقدام قانونی بر علیه پزشک معالج خود به عمل آورده اند معلوم می دارد که مسئله تخلفات پزشکی، شکایت و دادخواهی بیماران و درخواست غرامت از طرف آنها، پزشکان و جامعه پزشکی کشور را با بحرانی فراینده مواجه ساخته است. به نحوی که سایر سازمان های اجتماعی نیز علاقمند به بررسی و مطالعه آن می باشند و به تدریج توجه محققین نیز به این موضوع جلب شده است.

روش بررسی

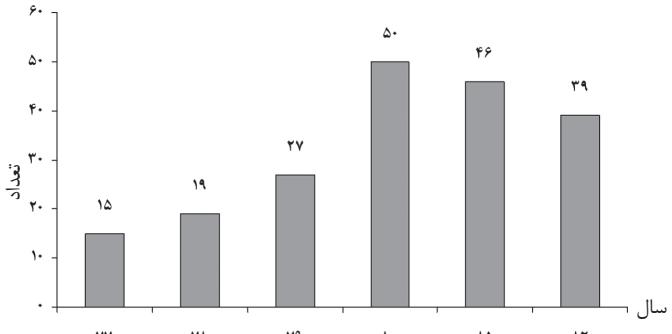
نوع مطالعه به صورت تحلیلی، توصیفی و گذشتہ نگر می باشد؛ که در آن کل پرونده های شکایت از قصور پزشکی رشته ارتوپدی در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران از ابتدای سال ۱۳۷۷ تا پایان سال ۱۳۸۲ مورد بررسی قرار گرفته است.

شاكى رضایت داده يا پرونده مختومه شده است (جدول ۱). در بررسی نوع مرکز درمانی که در آن بیمار تحت مداوا قرار گرفته است، مشخص گردید که در ۴۳ مورد (۲۱/۹۴٪) مرکز دانشگاهی، ۲۵ مورد (۱۷/۸۶٪) مرکز دولتی غیر دانشگاهی، ۱۰۷ مورد (۵۴/۵۹٪) مرکز خصوصی و در ۱۱ مورد (۵/۶۱٪) مرکز خیریه بوده است که از ۴۳ مورد پرونده شکایت مربوط به مراکز دانشگاهی، ۳۴ مورد (۷۹/۰۷٪) رأی برائت و ۹ مورد (۲۰/۹۳٪) رأی قصور، از ۳۵ مورد پرونده شکایت مربوط به مراکز دولتی غیردانشگاهی، ۲۷ مورد (۷۷/۱۴٪) رأی برائت و ۸ مورد (۲۲/۸۶٪) رأی قصور، از ۱۰۷ مورد پرونده شکایت مربوط به بخش خصوصی، ۵۱ مورد (۴۷/۶۶٪) رأی برائت و در ۵۶ مورد (۵۲/۳۴٪) رأی قصور و همچنین از ۱۱ مورد پرونده شکایت مربوط به بخش خیریه در ۷ مورد (۶۳/۶۴٪) رأی برائت و ۴ مورد (۳۶/۳۶٪) رأی صادر گردیده است.

در بررسی علت و انگیزه شکایت مشخص گردید که در ۲۹ مورد علت و انگیزه شکایت خسارت مالی بوده و شاكى برای دریافت خسارت مالی شکایت نموده است و در ۲۱ مورد جلوگیری از وقوع سهلانگاری و تخلف مجدد، در ۱۶ مورد تأدیب پزشک و احراق حق، در ۱۴ مورد درخواست درمان مجدد، در ۲۲ مورد نداشتن تخصص لازم، در ۱۲ مورد فوت، در ۳۹ مورد نقص عضو و کم شدن کارآیی و در ۴۳ مورد ترکیبی از عوامل فوق علت و انگیزه شکایت بوده است (نمودار ۲). از جهت بررسی نوع جراحی‌های انجام شده روی بیماران مشخص شد که در ۱۲۱ مورد (۶۱/۷۳٪) جراحی‌ها به صورت اورژانس و در ۷۵ مورد (۳۸/۲۷٪) جراحی‌ها به صورت الکتیو صورت گرفته است



نمودار ۲ - فراوانی علت و انگیزه شکایت از پزشک در پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته ارتقای



نمودار ۱ - فراوانی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته ارتقای

در سن بالاتر از ۶۱ سال قرار گرفتند. از لحاظ بررسی میزان تحصیلات، مورد (۱۷/۷۳٪) بیسواد، ۸۷ مورد (۴۴/۳۹٪) افراد با تحصیلات ابتدایی و راهنمایی و همچنین تحصیلات ناچص دوران دبیرستان، ۵۲ مورد (۲۶/۵۳٪) افراد دیپلمه و ۳۴ مورد (۱۱/۳۵٪) افراد با تحصیلات دانشگاهی بودند. از لحاظ شغل ۲۹ مورد (۱۴/۷۹٪) بیکار، ۳۲ مورد (۱۶/۳۳٪) خانه دار، ۳۵ مورد (۱۷/۸۶٪) محصل و دانشجو، ۴۱ مورد (۲۰/۹۲٪) کارمند و ۵۹ مورد (۳۰/۱٪) افراد با شغل آزاد بوده‌اند.

از مجموع ۱۹۶ پرونده شکایت از قصور پزشکی در رشته ارتقای در ۱۰۴ پرونده (۵۳/۰۶٪) پزشک تبرئه گردیده و در ۷۷ پرونده (۳۹/۲۸٪) مقص شناخته شده است. در ۱۵ پرونده دیگر (۷/۶۶٪)

جدول ۱ - توزیع فراوانی برائت و قصور پزشک همچنین رضایت شاكى و مختومه شدن پرونده در پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته ارتقای در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران به تفکیک سال از ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۲

سال	بررسی	برائت	قصور	رضایت شاكى و مختومه شدن پرونده
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۳۷۷	۱۳۷۷	۶۰	۳۳/۳۳	۱
-	-	۴۷/۴۷	۹	۵۲/۶۳
۱۳۷۸	۱۳۷۸	۱۰	۴۷/۴۷	۹
۱۳۷۹	۱۳۷۹	۱۴	۴۴/۴۴	۱۲
۱۳۸۰	۱۳۸۰	۲۲	۴۲	۲۱
۱۳۸۱	۱۳۸۱	۲۵	۳۹/۱۳	۱۸
۱۳۸۲	۱۳۸۲	۲۴	۳۰/۷۷	۱۲

طرح دعاوی مذکور می باشد. علیرغم تمام زحمات پزشکان و کادر پزشکی در ارایه خدمات به بیماران و نیز علی رغم تقدس خاص این رشته، متأسفانه روز به روز به میزان شاکیان افزوده می شود که این مهم در آینده نه چندان دور می تواند باعث رکود ویژه ای در ارایه خدمات این قشر متخصص شود. گزارش های بین المللی 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 شکایت سیر صعودی داشته است.^(۴)

نارضایتی، شکایت و دادخواهی بیماران از پزشکان معالج به علت تخلفات و خطاهای تشخیصی و درمانی از مسایل مهمی می باشد که همواره در بخش های بهداشت و درمان مورد بحث قرار می گیرد. امروزه علیرغم تلاش های پزشکان و دندان پزشکان و سایر کارکنان بخش بهداشت و درمان وجود امکانات وسیع، میزان نارضایتی و شکایت بیماران رو به افزایش نهاده است.^(۹)

شکایت از مراکز درمانی یا رضایت حاصل از آن، دو سوی یک مسئله هستند. در دهه گذشته جوامع مختلف مطالعات زیادی را با اعمال روش های متفاوت در مورد رضایت بیماران انجام داده اند که نتایج حاصله یکسان بوده است و معلوم می دارد که ۷۰-۹۰٪ مردم از نحوه ارایه خدمات تشخیصی و درمانی رضایت دارند. یک محقق انگلیسی به نام Klein در سال ۱۹۷۳ نشان داد که در مقابل یک شکایت کتبی، یکصد شکایت شفاهی و در مقابل هر شکایت شفاهی چهار بیمار نارضی وجود دارد؛ بنابراین در مقابل هر شکایت کتبی چهارصد بیمار نارضی وجود دارد.^(۱۰)

در مطالعه ای که دکتر علی نوبخت حقیقی و همکاران در زمینه بررسی علل شکایت بیمار از پزشک معالج انجام داده اند، ۱۴۱ پرونده شکایت ارجاع شده به سازمان نظام پزشکی که تاریخ شکایت آنان از سال ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۵ بود، مورد بررسی قرار گرفته است. مطابق یافته های این پژوهش که تدوین آن بر اساس پرسشنامه های باز و بسته بود، شایعترین علل شکایت عبارتند از: خدمات جسمانی (۲۶٪)، قصور و سهل انگاری (۲۳٪)، فوت بیمار (۲۲٪)، عمل جراحی ناموفق (۱۸٪) و تشخیص غلط (۱۰٪). در ۳۴٪ اطلاع از چگونگی وقوع حادثه توسط سایر پزشکان به بیمار اعلام شده است. اهمیت جبران ضرر مالی برای جلب رضایت شاکی در ۵٪ موارد زیاد، در ۱۰٪ متوسط و در ۲۳٪ کم بوده است. و همچنین ۹۰٪ ابراز کرده اند که هیچ گونه اطلاعی در مورد تبعات بیماری یا درمان از پزشکان معالج دریافت نکرده اند.^(۱۱)

در یک بررسی دیگر انجام شده در موارد قصور پزشکی ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی، از میان ۶۱۵ مورد پرونده ارجاعی، در ۱۸۰ مورد قصور کادر پزشکی اثبات گردیده، که از این تعداد ۳۰ مورد مربوط به مراکز دانشگاهی و ۱۵۰ مورد مربوط به مراکز غیردانشگاهی بوده است؛ همچنین بیاحتیاطی و سهل انگاری، بیشترین میزان علت

که از ۱۲۱ پرونده شکایت مربوط به جراحی اورژانس، در ۴۸ مورد (۳۹٪/۶۷٪) رأی قصور و در ۷۳ مورد (۳۳٪/۶۰٪) رأی براحت و از ۷۵ پرونده شکایت مربوط به جراحی الکتیو، در ۲۹ مورد (۶۷٪/۳۸٪) رأی قصور و در ۴۶ مورد (۳۳٪/۶۱٪) رأی براحت صادر گردیده است.

در بررسی پرونده های شکایت مشخص شد که در ۳۲ مورد (۳۳٪/۱۶٪) از پرونده ها، بیماری زمینه ای در ایجاد خدمات وارد یا فوت تأثیر داشته است و تقسیم پزشک بسیار کم بوده است و در بیشتر موارد پزشک اصلاً مقصراً نبوده است. (بیماری زمینه ای مانند فلچ مادرزادی، استئوآرتیت، پوکی استخوان، وجود کیست های استخوانی، ژنوارووم و ...)

همچنین ۶۳ نفر (۱۴٪/۳۲٪) از شاکیان اعلام داشته اند که با مراجعه به پزشکان و متخصصان دیگر از انجام قصور مطلع شده و دست به شکایت زده اند شکایت بر اثر تحریک پزشکان و همکاران دیگر بوده است.

در بررسی علل قصور معلوم گردید که در ۱۰ مورد (۱۳٪/۳۱٪) بی مبالغه، در ۷ مورد (۹٪/۱٪) بیاحتیاطی، در ۲۴ مورد (۲٪/۳۱٪) عدم مهارت، در ۳ مورد (۹٪/۳٪) عدم رعایت نظمات دولتی و در ۳۳ مورد (۹٪/۴۲٪) جمع بین ۲ یا ۳ عامل فوق الذکر (مرکب) بوده است. از ۷۷ مورد پرونده شکایت که پزشک مقصراً شناخته شده است، در ۷ مورد (۹٪/۰٪) بیمار فوت کرده است و در ۷۰ مورد (۹٪/۹۰٪) دچار نقص عضو و کم شدن کارآیی شده است.

از این ۷۷ پرونده در ۳۴ مورد (۱۶٪/۴۴٪) میزان ارش کمتر از ۵٪ دیه کامل انسان، در ۱۷ مورد (۸٪/۲۲٪) از ۶٪ تا ۱۰٪ دیه کامل انسان، در ۱۳ مورد (۸٪/۱۶٪) از ۱۱٪ تا ۲۰٪ دیه کامل از ۲۱٪ الی ۴۰٪ و در ۴ مورد (۵٪/۱۹٪) بیشتر از ۴۱٪ دیه کامل انسان تعیین شده است.

در بررسی پرونده های شکایت از نظر محل آسیب در ۱۲۵ مورد (۷۷٪/۶۳٪) محل آسیب اندام تحتانی و لگن، ۶۲ مورد (۴٪/۳۱٪) اندام فوقانی و شانه و در ۹ مورد (۹٪/۴٪) ستون مهره های بوده است. و همچنین در پرونده هایی که پزشک مقصراً شناخته شده، از مجموع ۷۷ مورد در ۵۳ مورد (۶۸٪/۸٪) محل آسیب اندام تحتانی و لگن، ۲۲ مورد (۵٪/۲۸٪) اندام فوقانی و شانه و در ۲ مورد (۶٪/۲٪) مهره های کمری محل آسیب وارد بوده است.

بحث

امروزه تخصصی شدن امور پزشکی و معضلات مالی و اجتماعی، منجر به زوال روابط سنتی بین پزشک و بیمار گردیده است. گرچه افزایش جمعیت، افزایش تعداد پزشکان، از دید افراد بیمه شده و افزایش آگاهی اشخاص از حقوق خود از جمله علل افزایش و سیر صعودی شکایت بر علیه پزشکان در سالهای اخیر بوده، ولی عدم موفقیت پزشکان در برقراری ارتباط با بیماران از علل اصلی

انگاری مجدد بوده و سپس دریافت دیه و خسارت مالی با $\frac{۳۴}{۴}\%$ و مجازات قانونی پزشک $\frac{۱۶}{۸}\%$ گزارش شده است و در آخر نیز بیشترین میزان شکایت از مراکز خصوصی با $\frac{۴۵}{۶}\%$ عنوان شده بود (۸).

در مطالعه حاضر مشاهده می کنیم که مجموع شکایت‌های رسیده در رشتہ تخصصی ارتوپدی از ۱۵ پرونده در سال ۱۳۷۷ به ۳۹ پرونده در سال ۱۳۸۲ رسیده است که البته به صورت خطی نیست و ما در سال ۱۳۸۰ با ۵۰ پرونده، بیشترین آمار را داریم ولی این افزایش تدریجی در نتایج سایر مطالعات نیز مشاهده می‌شود (نمودار ۱).

شاید رشد جمعیت، افزایش مراجعات و افزایش اطلاعات عمومی پزشکی همچنین عدم توجه به مبانی و اصول اخلاق پزشکی مانند تحریک توسعه سایر پزشکان و همکاران دیگر بتواند قسمتی از این افزایش را توجیه کند؛ اما به هر حال علل این افزایش در مطالعات آینده می‌تواند مورد بررسی دقیق‌تر قرار گیرد تا جامعه پزشکی کشورمان بتواند از نتایج آن در جهت توقف روند افزایش شکایات (خصوصاً در رشتہ جراحی ارتوپدی) که مورد بحث این مطالعه است استفاده کند و یا حتی آن را کاهش دهد. زیرا تأثیر روانی افزایش شکایت پزشکی همه متخصصین را در برمی‌گیرد و منحصر به پزشکان مورد شکایت نمی‌باشد (۱۳).

در بررسی ها مشخص گردید که در $\frac{۵۳}{۰}\%$ از پروندها پزشک تبرئه گردید و در $\frac{۳۹}{۲}\%$ پروندها پزشک مقصراً شناخته شده است و با توجه به جدول شماره یک طی شش سال بررسی انجام شده، تغییر زیادی در روند موارد قصور اثبات شده به نظر نمی‌رسد. با توجه به نتایج دیگر مطالعات که نشان از روند رو به رشد شکایت طی سالهای اخیر دارند، شاید بتوان این‌گونه نتیجه گرفت که دلیل افزایش شکایات، افزایش قصور پزشکان نبوده و همانگونه که ذکر گردید افزایش مراجعات، افزایش اطلاعات عمومی پزشکی، بالا رفتن سطح توقعات درمانی بیماران، سودجویی و تحریک توسط پزشکان و همکاران دیگر و ... از عوامل سیر صعودی به شمار می‌روند.

همچنین در مطالعه مشخص گردید که $\frac{۷}{۶}\%$ از پروندها با رضایت شاکی مختومه اعلام شده است که به نظر می‌رسد پزشک بعد از مطلع شدن از قصور انجام یافته توسط خودش (برای حفظ آبرو و جایگاه شغلی) و یا اینکه پروندهای از اثبات قصور ایشان در پزشکی قانونی وجود نداشته باشد، حاضر به دادن خسارت مالی و یا قول درمان مجدد بدون عیب و نقص را به شاکی داده است و در نهایت رضایت شاکی را جلب کرده و مانع از ادامه رسیدگی به پرونده خودش شده است.

در این مطالعه بیشترین شکایت با $\frac{۵۴}{۵}\%$ از مجموع شکایات و بیشترین میزان قصور ثابت شده مربوط به مراکز خصوصی می‌باشد که به نظر می‌رسد مهم‌ترین عامل آن هزینه درمان بالاتر باشد. و همچنین بیشترین رای برائت و کمترین رأی قصور مربوط به مراکز دانشگاهی می‌باشد که دلیل آن حضور اعضای هیأت علمی، داشتن اطلاعات تازه‌تر و پیگیری و انجام علمی کلیه مراحل از تشخیص تا درمان در این

قصور را به خود اختصاص داده است (۱۰۹ مورد) و در $\frac{۳۰}{۰}\%$ موارد دو نوع خطای پزشکی با هم مطرح بوده است. همچنین بر اساس داده‌ها در رشتہ‌های جراحی، مواردی که جلب توجه می‌نمود، اشکال در تکنیک‌های جراحی و عدم اطلاع جراحان از اعمال جراحی نوین پزشکی بوده است و در رشتہ‌های مثل بیهوشی که موجبات قصور پزشکی را فراهم نموده بود، بیهوش نمودن چند بیمار در اتفاق‌های مختلف، یا چک نکردن امکانات قبل از عمل جلب توجه می‌کرد و در رشتہ‌های غیرجراحی و اطفال و یا طب عمومی، عدم توجیه کافی بیماران و عدم از اقدام به درمان و عدم وجود ارتباط صحیح بین همکاران و عدم اطلاع از آیین‌نامه‌های نظام پزشکی عامل طرح شکایت بوده است. در آخر اشکال در مدیریت سیستم نظارتی بیمارستان‌ها و عدم اجرای بخش‌نامه‌های وزارتی و نظمات دولتی نیز عامل مشترک خذشدار شدن رابطه پزشکان با بیماران و همراهان آنها و طرح دعاوی بر علیه آنها بوده است (۱۲).

در مطالعه‌ای که در مورد بررسی علل شکایت بیمار از پزشک معالج در مراجعه کنندگان به سازمان نظام پزشکی کل کشور در رشتہ ارتوپدی طی سالهای ۷۵ گرفته است الی ۸۰ انجام شده است، تعداد ۳۳۹ پرونده مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج آن در مورد علت شکایت به این صورت بود که $\frac{۱۰}{۰}\%$ علت شکایت مربوط به فوت $\frac{۲۳}{۰}\%$ صدمات جسمانی، $\frac{۲۷}{۴}\%$ عمل جراحی ناموفق، $\frac{۱۰}{۳}\%$ مرکب و مابقی به علت دریافت هزینه زیاد، سهل انگاری و تشخیص غلط بوده است. در نتایج این مطالعه درباره انگیزه شکایت، در $\frac{۳۰}{۱}\%$ انگیزه شکایت، احراق حق، $\frac{۴۵}{۷}\%$ خسارت جانی، $\frac{۱۲}{۰}\%$ خسارت مالی، $\frac{۷}{۸}\%$ مرکب و مابقی پیگیری قانونی و درمان مجدد ذکر شده بود. و همچنین در این مطالعه در مورد نوع مرکز درمانی، $\frac{۶۴}{۱}\%$ شکایتها مربوط به مرکز دولتی و $\frac{۳۵}{۰}\%$ شکایت مربوط به مراکز خصوصی بود (۱).

در یک نگاه با کنار هم قرار دادن مطالعه حاضر با مطالعه فوق الذکر به این نتیجه مرسیم که حجم زیادی از پروندهای شکایت از رشتہ ارتوپدی در سازمان نظام پزشکی رسیدگی شده و به مراجع قانونی و سازمان پزشکی قانونی ارجاع نشده است و فقط مقدار کمی از پروندهای شکایت در سازمان پزشکی قانونی رسیدگی شده است.

در مطالعه‌ای دیگر که بر روی پروندهای شکایت از قصور پزشکی در رشتہ جراحی عمومی در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران در طی سالهای ۱۳۷۷ الی ۱۳۸۲ انجام شده است از ۱۲۵ پرونده شکایت از جراح عمومی در $\frac{۶۰}{۰}\%$ پزشک تبرئه و در $\frac{۶۵}{۰}\%$ مورد $\frac{۵۲}{۰}\%$ پزشک مقصراً شناخته شده است و از ۱۶۵ مورد قصور، $\frac{۳۷}{۰}\%$ میزان قصور کمتر از $\frac{۵۰}{۰}\%$ و $\frac{۱۱}{۰}\%$ مورد $\frac{۱۷}{۰}\%$ برابر $\frac{۵۰}{۰}\%$ و بقیه بیشتر از $\frac{۵۰}{۰}\%$ بوده است. بیشترین علت قصور به صورت منفرد با $\frac{۳۲}{۰}\%$ مربوط به عدم مهارت و سپس بی‌احتیاطی با $\frac{۲۰}{۰}\%$ و بی‌ambilانی با $\frac{۷}{۶}\%$ و عدم رعایت نظمات دولتی با $\frac{۲}{۰}\%$ در ردیف‌های قرار گرفته بود در ضمن $\frac{۳۶}{۰}\%$ به صورت مرکب گزارش شده بود. همچنین بیشترین انگیزه شکایت در این مطالعه با $\frac{۴۸}{۰}\%$ جلوگیری از سهل-

۴۰٪ دیه کامل انسان بود و در مابقی پرونده ها ارش در نظر گرفته شده بین ۱۱ الی ۴۰٪ دیه کامل انسان تعیین شده است. این مطالعه نشان می دهد، اگر چه تعداد پرونده های شکایت در رشته ارتوپدی و همچنین قصور اثبات شده به دنبال آن نیز زیاد می باشد ولی اکثر موارد قصور نسبی بوده و میزان ارش در نظر گرفته شده اندک می باشد. به طوری که در ۴۴/۱۶٪ یعنی تقریباً نیمی از پرونده های قصور کمتر از ۵٪ دیه کامل انسان، برای پزشک ارش در نظر گرفته شده است.

در پایان بررسی ها مشخص شده است که در بیشتر موارد قصور اثبات شده، قصور نسبی بوده است و این نشان می دهد که عوامل بسیار دیگری از جمله بیماری زمینه ای، کادر بیمارستان و مسؤول فنی و مدیریت بیمارستان، کارورزان و دستیاران و عوامل دیگر جراحی از جمله برخی جراحان عروق و تجهیزات و امکانات و ... در شکایت از این رشته تأثیر دارند ولی با این حال نوک پیکان اتهامات معمولاً به طرف جراحان ارتوپدی می باشد.

در پایان این بحث چند نکته قابل ذکر است اول اینکه با یک نگاه دقیق و تیزبینانه و علمی مشخص می گردد که تفاوت های مهمی در برخی از ویژگی های جراحانی که مرتكب خطاهای مکرر شده اند با جراحانی که کمتر دچار خطا شده اند و یا فاقد خطا بوده اند وجود دارد. به عنوان مثال تعداد افرادی که فلوشیپ یا بورد تخصصی دارند در بین جراحان پرخطا کمتر از جراحان کم خطاست؛ و به علاوه جراحان پرخطا به میزان کمتری عضو انجمن های تخصصی بوده و یا وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی هستند. همچنین علایق مذهبی در جراحان پرخطا کمتر است (۱۴).

با این حال بررسی بر روی کیفیت ارایه خدمات نشان می دهد که هیچ تفاوتی در کیفیت ارایه خدمات بین گروهی از متخصصین که تجربه قبلی شکایت داشته اند با گروهی که ساقه خطای پزشکی ندارند، وجود نداشته است (۱۵).

دوم اینکه با توجه به فعالیت زیاد شرکت های بیمه در کشورهای غربی، معمولاً شکایت از قصور با توجه به روند درمانی می باشد؛ ولی در کشور ما ممکن است فردی صرفاً به تحریک اقوام و اطرافیان و یا حتی پزشکان دیگر اقدام به شکایت کند که ممکن است هیچ مبنای علمی نداشته باشد و باعث صرف وقت و هزینه بسیار برای فرد شاکی و سازمانهای رسیدگی کننده شود (۸).

نتیجه گیری

با توجه به دستاوردهای این مطالعه پیشنهادهایی در خصوص کاهش شکایات و افزایش رضایتمندي مردم از خدمات پزشکی مطرح می گردد:

۱. با توجه به روند رو به رشد جمعیت، افزایش تعداد پزشکان متخصص و اینکه تعدادی از شکایات از طریق سازمان نظام پزشکی بررسی می شود، باید مطالعات گستره تر و جامع تری صورت گیرد تا

مراکز می باشد.

شاید این نتایج بیانگر این امر باشد که بر خلاف باور عمومی، کیفیت ارایه خدمات در مراکز دولتی با مراکز خصوصی تفاوت چندانی ندارد که البته اثبات این امر مطالعه های مستقل می طلبد. با توجه به نمودار ۳ مشاهده می کنیم که بیشترین علت قصور به صورت منفرد به ترتیب عدم مهارت، بی مبالغاتی، بی احتیاطی و عدم رعایت نظمات دولتی بوده است. آنچه در این مطالعه به دست می آید، آن است که می توان عدم مهارت و عدم رعایت موازین علمی و فنی را که حدوداً ۱/۳ موارد قصور را تشکیل می دهد با برگزاری دوره های بازآموزی و همکاری بیشتر با انجمن های علمی - پژوهشی و تمھیداتی دیگر از این دست تا حد امکان اصلاح نمود. به کار بستن تمھیداتی مانند ساماندهی بهتر امر درمان، کاستن از تراکم و تعداد زیاد مراجعه کنندگان به بیمارستان های دولتی با افزایش آنها و افزایش سطح پوشش بیمه ها در امر درمان و تشدید جرایم و مجازات ها، همچنین رعایت بیشتر اخلاق پزشکی می تواند در کاهش بی مبالغاتی و بی احتیاطی مؤثر باشد.

با مشاهده نمودار ۲ در مورد علت و انگیزه های شکایت متوجه می شویم که شاید بتوان با برخورد همراه با صداقت، تعهد و تواضع و نیز از این توضیحات لازم علمی و منطقی به بیمار یا اولیای او از وقوع شکایات تا حد قابل توجهی کاست و همچنین با افزایش توانایی های پزشکان در ارتباط با بیمار چه در دوران تحصیل و چه پس از آن از طریق برگزاری کارگاه های آموزشی و توجه بیشتر به موازین اخلاقی و شرعی، دخالت نکردن در رشته ای که تخصص لازم و کافی را ندارند، می تواند در کاهش شکایات تأثیر قابل ملاحظه ای داشته باشد.

در این قسمت ذکر این نکته نیز مفید است که با کنار هم قرار دادن نتایج، بررسی نوع مراکز درمانی و بررسی نوع جراحی مشخص می شود که از جمیع ۷۷ مورد پرونده قصور ثابت شده، ۳۸ مورد مربوط به بیمارانی است که در مراکز خصوصی و خیریه به صورت اورژانس مورد عمل جراحی قرار گرفته اند (اورژانس خصوصی) و ۲۲ مورد مربوط به بیمارانی است که در مراکز خصوصی و خیریه به صورت الکتیو مورد عمل جراحی قرار گرفته اند. مابقی یعنی ۷ مورد به صورت الکتیو و ۱۰ مورد به صورت اورژانس در مراکز دولتی و دانشگاهی مورد عمل جراحی قرار گرفته اند، با بررسی های انجام شده، بیشتر شکایت به دلیل مبالغه سنگینی است که از بیماران دریافت شده یا به علت هماهنگی برخی آمبولانس ها با این مراکز خصوصی جهت انتقال بیماران به این مراکز بیان شده است و همچنین بیشترین موارد علت شکایت در زمینه نداشتن تخصص لازم مربوط به این بیمارستان ها بوده است که جراحان عمومی، جراحی ارتوپدی انجام داده اند.

با مراجعه به نمودار ۴ مشخص می شود که حدوداً ۲/۳ از پرونده ها (۶۶/۲۴٪) میزان ارش کمتر از ۱۰٪ دیه کامل انسان تعیین شده است و در ۵/۱۹٪ از پرونده ها میزان ارش در نظر گرفته شده بالای

۱۵. عدم تضمین صد درصد معالجه و بهبودی پس از عمل، از سوی جراح ارتوپد به بیمار و همراهان وی
۱۶. مطالعه مستمر و داشتن اطلاعات نوین و بهروز پزشکی
۱۷. استفاده از سکوت و تواضع در موقع بحران روحی بیمار و اطرافیان او و دفاع در زمان مناسب
۱۸. عدم دخالت در سایر رشته‌های غیرمرتبط با تخصص و انجام مشاوره‌ها و مراقبت‌های لازم پزشکی
۱۹. حفظ شأن و احترام سایر همکاران در نزد بیمار و اطرافیان وی.
۲۰. انتخاب صحیح بیمار و تکمیل پرونده بالینی و شرح عمل و معاینه کامل و گرفتن شرح حال کامل.
۲۱. آگاه نمودن بیمار و اطرافیان وی از عوارض احتمالی و حتی غیرقابل پیش‌بینی فرآیندهای تشخیصی و درمانی قبل از هرگونه اقدام و احترام به شأن و شخصیت بیمار.
۲۲. ارایه آگاهی‌های لازم به بیماران و اولیای آنها در مورد پذیرش بسیاری از عواقب و عوارض جراحی، درمان و فرآیندهای تشخیصی، توسط پزشکان، رسانه‌های عمومی و دست‌اندرکاران امر درمان جامعه
۲۳. تعیین تعریفه واقعی برای فرآیندهای تشخیصی و درمانی و افزایش سهم سرانه سلامت در آخر لازم به ذکر است که باید به بعد مثبت پدیده شکایت بیماران از جامعه بهداشت و درمان نیز واقف باشیم و اینکه این مسئله می‌تواند به عنوان یک دریچه اطمینان در جهت افزایش کیفیت خدمات درمانی، افزایش دقت و توجه پزشکان، افزایش دانش آنها و بالا رفتن کیفیت مهارت‌های جدید عمل نماید و تذکری است برای ایجاد رفتار بهتر و صمیمانه‌تر با بیماران، کاستن از هزینه‌های سنگین تشخیصی و درمانی و در نهایت حفظ و ارتقای قداست جامعه پزشکی کشورمان. ... إن شاء الله
- میزان قصور با دقیق بالاتری در این زمینه به دست آید
۲. انجام مطالعه در زمینه‌های مختلف مرتبط با این موضوع از قبیل میزان تأثیر شکایت در کیفیت خدمات ارایه شده، افزایش یا عدم افزایش موارد قصور طی سال‌های اخیر، میزان تناسب افزایش یا کاهش تعداد شکایت‌های با افزایش یا کاهش موارد قصور و ...
۳. برگزاری دوره‌های بازآموزی مداوم، تشکیل انجمن‌های علمی تخصصی و اقداماتی از این قبیل در جهت افزایش سطح علمی و مهارتی جراحان و پزشکان
۴. افزایش پوشش بیمه در سطح جامعه
۵. کاستن از تراکم بیماران مراجعه کننده به مراکز دولتی با افزایش تعداد این مراکز و به دنبال آن کاهش خطای پزشکی در این مراکز
۶. انجام تعداد معقول جراحی و ویزیت بیمار در یک روز و استراحت کافی جراح، قبل از عمل، جهت کاهش سهولانگاری (بی‌بالاتی و بی‌احتیاطی)
۷. افزایش نظارت‌های قانونی و مستمر بر بیمارستان‌ها
۸. ارتقاء سطح فنی و تجهیزاتی بیمارستان‌ها
۹. تشدید جرایم و مجازات‌ها خصوصاً در برخورد با بیمارستانها و یا پزشکانی که قصورهای متعدد دارند
۱۰. افزایش توانمندی دستیاران رشته تخصصی ارتوپدی
۱۱. برگزاری کارگاه‌های آموزشی در جهت آموزش روش‌های صحیح ارتباط پزشک با بیمار و اولیای او
۱۲. احیای اخلاق پزشکی و اسلامی در امر آموزش پزشکی و همچنین سطوح ارایه خدمات بهداشتی
۱۳. چاره‌اندیشی وسیع و همه‌جانبه برای رفع معطل فقر و گسترش عدالت و رفاه اجتماعی در جامعه
۱۴. توجیه جراحان ارتوپد در مورد اخذ رضایت و برائت‌نامه کتبی و آشنا کردن همراهان بیمار با موضوع عمل در موارد خطر

منابع

- principles of safe practice. Dripps RD, Eckenhoff JE, Vandam LD, eds. New Engl J Med. 1973; 289: 51.
- 5) Polson GJ, Gee MJ. The essential of forensic medicine, 4th ed, 1985 pergamon press, oxford.
- 6) Davidj G, Alen A. Watson; Lecture Notes on Forensic medicine, 4th Ed 1991.
- (7) عابدی خوراسگانی مح، بررسی پروندهای شکایت از قصور پزشکی رشته بیهوشی در یک دوره شش ساله رسیدگی در کمیسیون سازمان پزشکی قانونی کشور طی سالهای ۱۳۷۸-۱۳۷۳، پایان نامه دریافت دکترای تخصصی رشته پزشکی قانونی، دانشگاه
- (1) جعفری نسب م ت، پایان‌نامه، بررسی علل شکایت از پزشک معالج در مراجعه کنندگان به سازمان نظام پزشکی کشور در رشته ارتوپدی طی سالهای ۱۳۸۰-۱۳۷۵؛ پایان نامه دکترای عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۴.
- 2) Maurice Blackburn Cashman Lowyers. Medical Negligence, 2005. [<http://www.mauriceblackburncashman.com/a/area/medical>] Available from URL.
- 3) Australian Family physician. Vol 34. No. 8. August 2005.
- 4) McPeek B, kitz RJ. Introduction of anesthesia: the

- موارد قصور پزشکی ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۷۸. مجله علمی پزشکی قانونی. ۱۳۷۹ سال ششم، شماره ۲۳: ۱۵-۲۱.
- 13) Sloan FA, Whett en G, Githens PB, et al. Effects of the treatment on medical malpractice limitation and other birth outcomes. Medical care 1995; 33 (7): 400-14.
- 14) Adamson TE, Baldwin DC, Sheehan TJ, et al. Characteristics of surgeons with high and low malpractice rates. West J ned. 1977; 166 (1): 37-44.
- 15) Entman SS, Glass CA, Hickson GB, et al. The relationship between malpractice claims history and subsequent obstetric cure. JAMA. 1994; 272 (20): 1588-91.
- علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۸.
- ۸) حیدری م، بررسی پرونده های شکایت از قصور پزشکی رشته جراحی عمومی در یک دوره شش ساله رسیدگی در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران طی سالهای ۱۳۷۷-۱۳۸۲ ، پایان نامه دکترای عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۵.
- 9) Monrad A. Malpractice. Quality assurance. Health care, 1991; 3(1): 21-39.
- 10) Kelin R. Complains Against Doctors. A study in professional accountability. 18 ted. London: Charles Knight. 1973: p. 14.
- ۱۱) نویخت ع، زالی م، مهدوی م، نوروزی آ. بررسی علل شکایت بیمار از پزشک معالج در مراجعه کنندگان به سازمان نظام پزشکی تهران. مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۷۹، ۲۵۹، ۱۸: ۳۰۲ تا ۳۰۹.
- ۱۲) عمومی م، سلطانی ک، کاهانی ع، نجاری ف، روحی م. بررسی