

مقالات پژوهشی

بررسی موارد قصور پزشکی منجر به فوت مطرح شده در جلسات کمیسیون پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور از ابتدای سال ۱۳۷۴ لغایت ۱۳۷۸

دکتر حسن توفیقی

متخصص پزشکی قانونی و استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر جلال شیرزاد

متخصص پزشکی قانونی

دکتر مسعود قادی پاشا

متخصص پزشکی قانونی و مدیر مرکز پزشکی قانونی استان اصفهان

چکیده

زمینه: قصور پزشکی منجر به فوت یکی از مسائل مهم قانونی در رشته پزشکی می باشد که اغلب همکاران در این زمینه اطلاعات کم یا ناقص دارند. از طرفی در جامعه پزشکی ایران هیچگونه مطالعه مدونی در این خصوص انجام نگرفته است. هدف عمده از این مطالعه تعیین فراوانی انواع قصور در پرونده های منجر به فوت می باشد. روشها: این مطالعه به صورت مقطعی در فاصله زمانی ۵ سال بین سالهای ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۸ انجام گرفته است. محل بررسی، پرونده های مطرح شده در کمیسیونهای پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور بوده است. متغیرهای بررسی شده شامل: سن، جنس، محل انجام اقدامات درمانی، اقدامات درمانی پرخطر، نوع قصور و نوع تخصص پزشکی می باشد.

یافته ها: از میان ۲۳۰۷ پرونده موجود ۸۸۴ مورد شکایت از گروه درمان بوده است که ۳۲۶ مورد، پرونده های منجر به فوت بوده اند. در بین این ۳۲۶ پرونده، بعد از بررسیهای همه جانبه در ۱۷۳ مورد، قصوری در امر درمان رخ داده بود. بیشترین میزان شکایت در این ۳۲۶ پرونده از پزشکان و در رده بعدی از بیمارستان (مسئول فنی) می باشد. شکایت در شش رشته تخصصی شایع تر از بقیه رشته ها بوده که به ترتیب شامل بیهوشی، جراحی عمومی، زنان و زایمان، داخلی، پزشکی عمومی و جراحی مغز و اعصاب می باشد.

نتیجه گیری: شایع ترین نوع قصور از نوع بی مبالائی و در رده بعدی عدم رعایت قوانین دولتی می باشد. شایع ترین نوع بی مبالائی در اکثر رشته های تخصصی عدم دقت در گرفتن شرح حال، معاینه و عدم توجه به علائم بالینی بیمار بوده است و در رده مسئولین فنی بیشترین قصور از نوع عدم رعایت نظامات دولتی می باشد. در عین حالی که بیشترین میزان شکایات از گروه پزشکی بوده است بیشترین میزان قصور در گروه مسئولین فنی بیمارستان مشاهده می شود.

واژگان کلیدی: قصور پزشکی، مرگ، خطاهای پزشکی

مطابق آمار در آمریکا شکایت از پزشکان از ۸ درصد در سال ۱۹۸۶ به ۲۷ درصد در سال ۱۹۹۰ رسیده است (۴).

همانطوریکه می دانیم پزشکان مسؤول خطاهای خود می باشند. بنابراین اگر غفلت و عدم مهارت و سهل انگاری آنان در درمان و عدم رعایت نظامات دولتی و موازین پزشکی باعث خسارت و ضرر بیماران گردد باید به جبران آن پردازند حتی اگر از حقوق متقابل خود و بیمار بی اطلاع باشد (۳).

در ایران، کل پرونده های ثبت شده در کمیسیون پزشکی قانونی تهران در سال ۱۳۷۴ به تعداد ۳۶۴ مورد بوده که موارد شکایت از کادر درمان ۱۳۴ مورد را شامل می شود. در سال ۱۳۷۶ تعداد کل پرونده ها ۳۹۹ مورد و میزان شکایت از کادر درمان ۱۸۶ مورد و همچنین در سال ۱۳۷۸ تعداد کل پرونده ها ۵۹۲ و تعداد کل شکایت از کادر درمانی ۲۹۹ مورد بوده است.

با توجه به آمارهای فوق متوجه می شویم که امروزه شکایت از کادر درمانی رو به افزایش می باشد که این خود یکی از انگیزه های مهم انجام این تحقیق می باشد.

مهمترین هدف ما در مطالعه حاضر، تعیین فراوانی انواع قصور منجر به فوت بدنال اقدامات درمانی و نهایتاً گشودن دریچه ای فراروی دیدگاه تیزبین اعضای محترم جامعه پزشکی پیرامون موضوع قصور پزشکی و قوانین و مقررات مربوط می باشد. ما معتقدیم اگر صاحبان حرف پزشکی از حقوق خود و بیماران مطلع باشند به شکل موثری در پیشگیری از ارتکاب قصور موفق خواهیم بود.

مواد و روشها

مطالعه از نوع مقطعی می باشد. روش کار در این تحقیق بدین صورت بوده که کلیه پرونده های مربوط به اقدامات درمانی منجر به فوت مطرح شده در جلسات کمیسیونهای پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور به مدت ۵ سال (از ۱۳۷۴ لغایت ۱۳۷۸) مورد بازبینی قرار گرفته، به تفکیک سن، جنس، محل انجام اقدامات درمانی، مرجع اقدام درمانی پرخطر، سابقه بیماری، وجود قصور و انواع آن و نوع تخصص پزشک مورد بررسی قرار گرفته است.

جمع آوری داده ها بر اساس فرم جمع آوری اطلاعاتی که موارد فوق در آن ذکر گردیده بود انجام گرفت. در انتها برای آنالیز نتایج از نرم افزار SPSS استفاده شد. لازم به ذکر است که محققین در کلیه مراحل تحقیق متعهد به اصول اخلاقی اعلامیه هلسینکی بوده اند.

تعداد زیادی از پزشکان و سایر افرادی که در امر درمان دخالت دارند از مسائل قانونی مربوط به این رشته بی اطلاع بوده، یا دارای اطلاعات ناقصی می باشند. از جمله مسائلی که برای همکاران در طول دوران طبابت ممکن است رخ بدهد قصور پزشکی است و یکی از جنبه های مهم آن قصور منجر به فوت می باشد یعنی به علت کوتاهی در این وظیفه سبب فوت بیمار شده اند. بنابراین فهمیدن علت بروز این نوع قصور از اهمیت بالایی برخوردار است.

کلمه قصور به معنای «کوتاهی کردن» می باشد و در رشته پزشکی قصور وقتی رخ می دهد که سه شرط زیر وجود داشته باشد:

۱. فرد باید، بیمار پزشک باشد. پزشک مسئولیت مراقبت پزشکی و درمانی وی را پذیرفته باشد.
۲. پزشک باید اعمالی انجام داده باشد که از نظر معیارهای پزشکی قابل پذیرش نباشد و یا اقدام به اعمالی کرده باشد که نباید انجام می شد.
۳. در نتیجه این اقدامات بیمار متحمل آسیب روانی، جسمی و مالی شده باشد.

بنابراین برای استقرار قصور این سه شرط، لازم است و به عنوان مثال اگر دو شرط اول و دوم باشد ولی فرد دچار ضرر نشود مسئله قابل پیگیری نیست (مگر اینکه پیگیری انتظامی از طرف سازمان نظام پزشکی یا وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی صورت گیرد). از طرفی خود قصور انواع مختلفی دارد که شامل موارد زیر می باشد:

۱. بی مبالایی
۲. بی احتیاطی
۳. عدم مهارت

۴. عدم رعایت قوانین دولتی

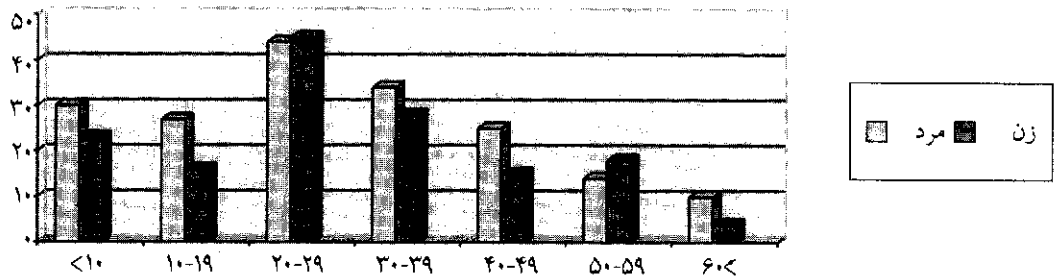
در بین اینها بی مبالایی شدیدترین نوع قصور محسوب می شود. یعنی فرد کاری را که باید انجام می داده، انجام نداده است. قصور از نوع بی احتیاطی یعنی اینکه فرد کاری را انجام داده که نباید انجام می داد از جمله عمل ختنه یا تزریق پنی سیلین در مطبی که هیچگونه امکانات احیاء قلب و عروق وجود ندارد (۲).

مسئله نارضایتی، شکایت و دادخواهی بیماران از پزشکان معالج به علت تخلفات و خطاهای تشخیصی و درمانی از مسائل مهم و مورد علاقه جامعه می باشد. امروزه علی رغم تلاشهای پزشکان و دندانپزشکان و سایر کارکنان بخش بهداشت و درمان و با وجود بهره وری از امکانات در دسترس، میزان نارضایتی و شکایت بیماران رو به افزایش نهاده است. این امر اگر چه از یک سو ریشه در عدم موفقیت پزشکان در برقراری رابطه با بیماران دارد ولی از سوی دیگر بدلیل خطاهای پزشکی می باشد که تقریباً عمده ترین دلیل داغاری علیه پزشکان در سالهای اخیر بوده است (۳).

نتایج

بیشترین شکایت مربوط به دهه سنی سوم و چهارم بوده، کمترین آن مربوط به دهه سنی هفتم به بالا می باشد که احتمالاً در سنین بالا به علت وجود بیماری های مختلف که در فوت دخیل می باشند، سبب می شود بستانگان شکایت کمتری در این موارد مطرح کنند (شکل ۱).

در این تحقیق از کل ۲۳۰۷ پرونده مطرح شده در جلسات کمیسیونهای پزشکی (در مدت ۵ سال)، ۳۲۶ مورد شکایت از کادر پزشکی متعاقب فوت بیمار بوده از این تعداد بعد از بررسیهای همه جانبه در ۱۷۳ مورد (۵۳/۱ درصد) قصور رخ داده بود و در ۱۵۳ مورد (۴۶/۹ درصد) هیچگونه قصوری رخ نداده بود.



شکل ۱. توزیع سنی و جنسی شکایت کنندگان در میان پرونده های مطرح شده در جلسات کمیسیونهای پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور سال ۷۴ لغایت ۷۸

محل انجام اقدامات درمانی به چهار قسمت عمده یعنی مطب، بیمارستان خصوصی، بیمارستان دولتی و درمانگاه تقسیم شده است (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع مکانی اقدامات درمانی منجر به فوت مطرح شده در جلسات کمیسیونهای پزشکی سازمان پزشکی قانونی به تفکیک وجود و عدم قصور پزشکی بین سالهای ۷۴ لغایت ۷۸

مطب	بیمارستان خصوصی	بیمارستان دولتی	درمانگاه	سایر موارد	
۵	۸۵	۷۵	۲	۱	وجود قصور
۷	۵۸	۷۵	۱۱	۲	عدم قصور
۱۲	۱۴۳	۱۵۰	۱۸	۳	جمع کل

یکی از اهداف این تحقیق ارتباط اقدامات درمانی پرخطر و وجود قصور و یا عدم آن و ارتباط با موارد منجر به فوت می باشد (جدول ۲). منظور از اقدامات درمانی پرخطر اقداماتی می باشد که در منابع مربوطه درصد موفقیت در درمان را کم گزارش می کنند مانند بیهوش کردن فردی که بیماریهای زمینه ای متعدد دارد و یا عمل جراحی جهت درمان خونریزی مغزی در فردی که صدمات متعدد دارد که نتیجه عمل چندان رضایت بخش نخواهد بود.

مطابق جدول فوق متوجه می شویم گرچه تعداد شکایات مطرح شده از بیمارستان دولتی نسبتاً بیش از بیمارستان خصوصی بوده است لیکن مواردی که قصوری در امر درمان رخ داده بوده در بیمارستان خصوصی بیش از بیمارستان دولتی بوده است (۵۹ درصد در برابر ۵۰ درصد). با توجه به اینکه در این مقاله فوت بیماران مورد بررسی قرار گرفته، لذا محل انجام اقدامات درمانی از نظر آماری بیشتر در بیمارستانها است.

جدول ۲. توزیع اقدامات درمانی پرخطر در موارد منجر به فوت مطرح شده در کمیسیونهای پزشکی سازمان پزشکی قانونی به تفکیک وجود و عدم قصور پزشکی بین سالهای ۷۴ لغایت ۷۸

وجود اقدامات درمانی پرخطر	عدم اقدامات درمانی پرخطر	جمع کل	
۴۶	۱۲۷	۱۷۳	وجود قصور
۶۴	۸۹	۱۵۳	عدم قصور
۱۱۰	۲۱۶	۳۲۶	تعداد کل پرونده ها

شکایت از بیمارستان دولتی بیش از بیمارستان خصوصی می باشد که احتمالاً ناشی از بیشتر بودن تعداد بیمارستانهای دولتی و پذیرش بیشتر بیماران در این بیمارستانها است. ولیکن میزان قصور نسبت به شکایت های ارجاع شده در بیمارستان های خصوصی بیشتر بوده است. شایع ترین نوع قصور در کلیه رشته های تخصصی از نوع بی مبالاتی است (مانند عدم دقت در گرفتن شرح حال، معاینه فیزیکی دقیق و توجه به علائم بالینی بیمار و خلاصه هر آنچه که در کتب آموزشی پزشکی تاکید شده است). در رده مسوولین فنی بیشترین قصور از نوع عدم رعایت نظامات دولتی بوده است که این ناشی از عدم اطلاع کافی این افراد از مسوولیت محوله می باشد.

همانطوریکه قبلاً ذکر شده است بیمارانی که در گروه پرخطر بوده اند میزان قصور کمتری در این افراد دیده شده بود. بنابراین در امر درمان، پزشکان محترم نباید صرفاً به خاطر اینکه بیمار پرخطر می باشد و شاید بعد از درمان به نتیجه نرسد و شکایتی بر علیه آنها تنظیم شود از درمان بیمار خودداری کنند. اگر کوتاهی و سهل انگاری صورت نگیرد هیچ مشکلی برای کادر درمان از جمله پزشک وجود نخواهد داشت در حالیکه عدم پذیرش بیمار خود قصور محسوب می شود.

در جمع بندی و با عنایت به نتایج بدست آمده می توان پیشنهادهای زیر را مطرح کرد:

۱. در مواردی که مرگ حین عمل جراحی و یا حین اقدامات درمانی بوده، حتماً جسد کالبد گشایی گردد.

۲. در کلاسهای بازآموزی باید در شناساندن وظایف محوله به کادر درمانی توجه لازم شود.

۳. دقت پزشکان محترم در گرفتن شرح حال دقیق، معاینه فیزیکی لازم، مشاوره لازم و اقدامات پاراکلینیک.

۴. برخورد مناسب با بیمار و همراهان وی.

۵. با توجه به اینکه در رشته بیهوشی شایعترین علت مرگ، هیپوکسی بوده لذا پیشنهاد می شود برای هر بیمار در حین عمل جراحی، متخصص بیهوشی حضور فعال داشته باشد.

۶. با توجه به بالا بودن قصور از نوع عدم تبحر در رشته زنان و زایمان بهتر است در برنامه های بازآموزی به این نکته توجه شود.

مراجع

1- Knight B. Simpson's Forensic Medicine. 11th ed. Arnold; 1997: 82-90.

۲. توفیقی ح. پزشکی قانونی. چاپ چهارم. تهران: ناشر سازمان پزشکی قانونی کشور، ۱۳۷۶.

3-Poloson GJ, Gee NJ. The Essentials of Forensic Medicine. 5th ed. Oxford: Pergamon Press; 1985: 105-15.

4-Gannon K. Mortality associated with anasesthesia. A Case review study. Foren Med. 1997; 46: 962-6.

انتظار ما بر این بوده در مواردی که قصوری در امر درمان رخ داده باشد، اقدام درمانی پرخطر نسبت به مواردی که قصور رخ نداده است کمتر باشد. با توجه به نتایجی که از این جدول بدست می آید از ۳۲۶ مورد که تحت بررسی قرار گرفته ۱۱۰ مورد دارای اقدام درمانی پرخطر بوده اند (۳۳۷ درصد) و ۲۱۶ مورد (۶۶۳ درصد) اقدام درمانی پرخطری وجود نداشته است. در بین ۱۱۰ پرونده ۴۷۸ درصد قصور در امر درمان رخ داده ولی ۵۸ درصد هیچگونه قصوری در امر درمان حادث نشده بود. در نتیجه در مواردی که قصوری رخ داده اقدام درمانی پرخطر کمتر بوده است. اقدامات درمانی پرخطر در رشته های تخصصی شایع این تحقیق به شرح زیر می باشد:

جراحی مغز و اعصاب ۷۴ درصد، جراحی عمومی ۴۱ درصد، داخلی ۳۷ درصد، بیهوشی ۲۴ درصد، زنان ۲۶ درصد، ارتوپدی ۲۳ درصد و پزشک عمومی ۱۹ درصد.

همچنین در این بررسی بیشترین شکایت از پزشکان و بعد بیمارستان (مسئول فنی) و در رده سوم از پرسنل پرستاری بوده است ولی میزان قصور به ترتیب در گروه مسوولین فنی بیمارستان، پرستار و پزشک مشاهده گردید. مهمترین بخش این رساله تحقیقاتی، بررسی میزان قصور در رشته های تخصصی مختلف بوده است.

با توجه به مجموع بررسی های بعمل آمده در کل پرونده های شکایت ارجاع شده به سازمان در طی ۵ سال (شکایت بدنبال فوت بیمار)، بیشترین شکایت از شش رشته تخصصی جراحی عمومی، بیهوشی، داخلی، زنان، جراحی مغز و اعصاب و پزشکی عمومی بوده، با توجه به آنالیز آماری از کل پرونده های بررسی شده در رشته های مختلف تخصصی، قصور پزشکی منجر به فوت در رشته های زیر به ترتیب شامل: بیهوشی ۷۹ درصد، جراحی عمومی ۵۷ درصد، زنان ۵۶ درصد، داخلی ۴۲ درصد، پزشکی عمومی ۳۹ درصد و جراح مغز و اعصاب ۳۴ درصد می باشد.

همانطوریکه قبلاً نیز گفته شد، قصور پزشکی به انواع بی احتیاطی، بی مبالاتی، عدم تبحر و عدم رعایت نظامات دولتی تقسیم شده است. شیوع آن در این تحقیق به شرح زیر می باشد: بی مبالاتی ۵۷ درصد، عدم رعایت نظامات دولتی ۲۵ درصد، عدم تبحر ۱۲ درصد، بی احتیاطی ۶ درصد.

در رشته بیهوشی شایع ترین علت فوت، چیزی جز عدم رعایت متعاقب اولیه به پزشک است که در این رشته شایع ترین علت فوت متعاقب هیپوکسی (۵۰ درصد) بوده است. لازم به ذکر است هیپوکسی اعلام شده در رشته بیهوشی بعلت عدم توجه به علائم بالینی بیمار در قبل و بعد از عمل و حین عمل جراحی می باشد. البته عدم وجود تجهیزات پیشرفته در اطاق عمل و کمبود پرسنل مجرب در ایجاد قصور در این رشته مؤثر بوده است. سرانجام اینکه در رشته زنان و زایمان در بررسی بعمل آمده عدم تبحر در این رشته تخصصی از دیگر رشته ها بیشتر می باشد.

بحث

در یک دید کلی ما متوجه می شویم بیشترین قصور در دهه سوم و چهارم بوده، کمترین آن در دهه هفتم به بالا می باشد. همچنین میزان