

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

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 گذشته 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 ۱۹۶ 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 فوت بیمار و مابقی به دنبال نقص عضو و کاهش کارایی 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، توجه 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، خطا 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 خطا مبری نیست. علی رغم بهترین تلاش ها و کوشش های پزشکان و پرسنل پزشکی امکان رخ دادن خطا

هرگاه پزشک هرکدام 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، مرتکب 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 آمبولی ریه شده است و پزشک توجه کافی به حال عمومی بیمار ننموده و مشاوره‌های لازم با متخصصین دیگر جهت تشخیص و درمان آمبولی 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 نگرستن 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 نبایستی 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 بی‌مورد 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 تبحر 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 دوزاژ یک دارو به طور مثال در بیماری که نارسایی پیشرفته کلیوی داشته است، پزشک برای پیشگیری از ایجاد عفونت بعد از جراحی از داروی جنتامایسین و سفازولین 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 تعبیه پیچ و پلاک داخلی برای شکستگی چند قطعه‌ای توأم 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 آواسکولار، 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 پیشرفته 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 مشابه 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 مسئولیت 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 شایع‌تر 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 (۶).

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

۱ - پزشک هر قدر واجد معلومات عالی و اطلاعات کافی و تبحر در رشته تخصصی خود باشد و در درمان‌هایی که انجام می‌دهد دارای حسن نیت و اخلاق حسنه باشد و نظامات و مقررات مربوطه را رعایت نماید، باز هم ممکن است در بعضی از موارد دچار عدم موفقیت در معالجه بیماران خود گردد.

۲ - قصور پزشکی به هر 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) بی‌مبالاتی: 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 تمهیدات 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 سالهای 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 مخومه 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 محرمانه 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 انتها 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 شش 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 الی ۴۰ سالگی، ۳۶ مورد (۱۸/۳۷٪) بین سنین ۴۱ الی 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 نظامات دولتی: عدم توجه به آیین نامه ها، بخشنامه ها و دستورالعمل 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) مرکب: شامل مواردی است که دو یا چند قصور از حالات چهارگانه مذکور به صورت ترکیبی اتفاق افتاده باشد. مانند انجام غلط و نادرست یک عمل جراحی در مطب که طبق نظامات دولتی، پزشک مجاز به انجام آن عمل در مطب نمی باشد (۸).

لازم به ذکر است، اعلام نوع خطا فی نفسه میزان قصور یا خطا را تعیین نمی کند یا به عبارتی، موارد فوق تعیین کننده درصد معینی از خطا نمی باشد و نام عمومی قصور و یا خطا را برای همه این موارد به کار می بریم و برای مراجع قضایی همه این اصطلاحات یک معنی می دهد و آن خسارت مالی و 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 خطاها 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 مسأله تخلفات پزشکی، شکایت و دادخواهی بیماران و درخواست غرامت از طرف آنها، پزشکان و جامعه پزشکی کشور را با بحرانی فزاینده 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.

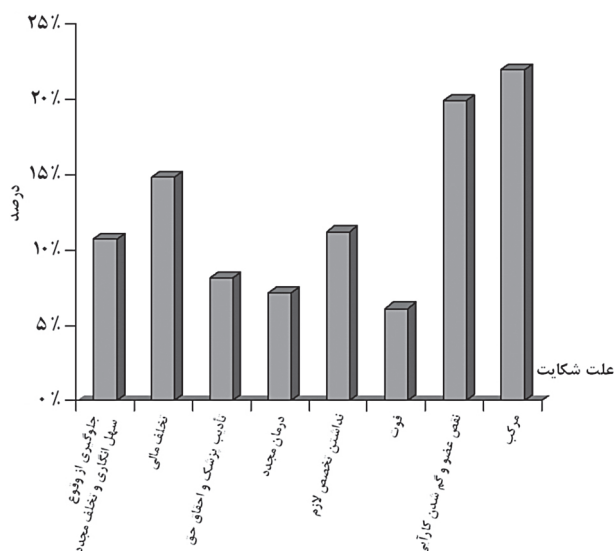
روش بررسی

نوع مطالعه به صورت تحلیلی، توصیفی و گذشته 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.

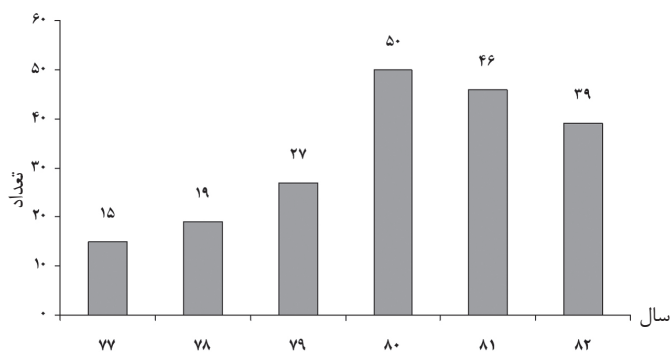
شاکی رضایت داده یا پرونده مختومه شده است (جدول ۱).
در بررسی نوع مرکز درمانی که در آن بیمار تحت مداوا قرار گرفته است، مشخص گردید که در ۴۳ مورد (۲۱/۹۴٪) مرکز دانشگاهی، ۳۵ مورد (۱۷/۸۶٪) مرکز دولتی غیر دانشگاهی، ۱۰۷ مورد (۵۴/۵۹٪) مرکز خصوصی و در ۱۱ مورد (۵/۶۱٪) مرکز خیریه بوده است که از ۴۳ مورد پرونده شکایت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

در بررسی علت و انگیزه شکایت مشخص گردید که در ۲۹ مورد علت و انگیزه شکایت خسارت مالی بوده و شاکی برای دریافت خسارت مالی شکایت نموده است و در ۲۱ مورد جلوگیری از وقوع سهل انگاری و تخلف مجدد، در ۱۶ مورد تأدیب پزشک و احقاق 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 کارایی 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 ارتوپدی



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

۲۳ مورد (۱۱/۷۳٪) در سن بالاتر از ۶۱ سال قرار گرفتند. از لحاظ بررسی میزان تحصیلات، ۲۳ مورد (۱۷/۷۳٪) بیسواد، ۸۷ مورد (۴۴/۳۹٪) افراد با تحصیلات ابتدایی و راهنمایی و همچنین تحصیلات ناقص 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 ارتوپدی در ۱۰۴ پرونده (۵۳/۰۶٪) پزشک تبرئه گردیده و در ۷۷ پرونده (۳۹/۲۸٪) مقصر شناخته شده است. در ۱۵ پرونده دیگر (۷/۶۶٪)

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

سال بررسی	براءت		قصور		رضایت شاکی و مختومه شدن پرونده	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۳۷۷	۹	۶۰	۵	۳۳/۳۳	۱	۶/۶۷
۱۳۷۸	۱۰	۵۲/۶۳	۹	۴۷/۳۷	-	-
۱۳۷۹	۱۴	۵۱/۸۵	۱۲	۴۴/۴۴	۱	۳/۷
۱۳۸۰	۲۲	۴۴	۲۱	۴۲	۷	۱۴
۱۳۸۱	۲۵	۵۴/۳۵	۱۸	۳۹/۱۳	۳	۶/۵۲
۱۳۸۲	۲۴	۶۱/۵۴	۱۲	۳۰/۷۷	۳	۷/۶۹

طرح دعاوی مذکور می باشد. علیرغم تمام زحمات پزشکان و کادر پزشکی در ارائه 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 ارائه 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 پیشرفت های 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 بخشهای بهداشت و درمان مورد بحث قرار می گیرد. امروزه علیرغم تلاش های پزشکان و دندان پزشکان و سایر کارکنان بخش بهداشت و درمان و 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 مسأله هستند. در دهه گذشته جوامع مختلف مطالعات زیادی را با اعمال روشهای متفاوت در مورد رضایت بیماران انجام داده اند که نتایج حاصله یکسان بوده است و معلوم می دارد که ۹۰-۷۰٪ مردم از نحوه ارائه 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 ناراضی وجود دارد؛ بنابراین در مقابل هر شکایت کتبی چهارصد بیمار ناراضی 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: صدمات جسمانی (۲۶٪)، قصور و سهل انگاری (۲۳٪)، فوت بیمار (۲۲٪)، عمل جراحی ناموفق (۱۸/۴٪) و تشخیص غلط (۱۰/۶٪). در ۳۴/۸٪ اطلاع از چگونگی وقوع حادثه توسط سایر پزشکان به بیمار اعلام شده است. اهمیت جبران ضرر مالی برای جلب رضایت شاکی در ۵۲٪ موارد زیاد، در ۱۰/۷٪ متوسط و در ۲/۳۷٪ کم بوده است. و همچنین ۹۰/۴٪ 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 بی احتیاطی 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 (۶۰/۳۳٪) رأی براءت و از ۷۵ پرونده شکایت مربوط به جراحی الکتیو، در ۲۹ مورد (۳۸/۶۷٪) رأی قصور و در ۴۶ مورد (۶۱/۳۳٪) رأی براءت صادر گردیده است.

در بررسی پرونده های شکایت مشخص شد که در ۳۲ مورد (۱۶/۳۳٪) از پرونده ها، بیماری زمینه ای در ایجاد صدمات وارده یا فوت تأثیر داشته است و تقصیر پزشک بسیار کم بوده است و در بیشتر موارد پزشک اصلاً مقصر نبوده است. (بیماری زمینه ای مانند فلج مادرزادی، استئوآرتریت، پوکی استخوان، وجود کیست های استخوانی، ژنواروم و ...)

همچنین ۶۳ نفر (۳۲/۱۴٪) 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٪) بی مبالائی، در ۷ مورد (۹/۱٪) بی احتیاطی، در ۲۴ مورد (۳۱/۲٪) عدم مهارت، در ۳ مورد (۳/۹٪) عدم رعایت نظامات دولتی و در ۳۳ مورد (۴۲/۹٪) جمع بین ۲ یا ۳ عامل فوق الذکر (مرکب) بوده است.

از ۷۷ مورد پرونده شکایت که پزشک مقصر شناخته شده است، در ۷ مورد (۹/۰۹٪) بیمار فوت کرده است و در ۷۰ مورد (۹۰/۹۱٪) دچار نقص عضو و کم شدن کارآیی شده است.

از این ۷۷ پرونده در ۳۴ مورد (۴۴/۱۶٪) میزان ارش کمتر از ۵٪ دیه کامل انسان، در ۱۷ مورد (۲۲/۸٪) از ۶٪ تا ۱۰٪ دیه کامل انسان، در ۱۳ مورد (۱۶/۸۸٪) از ۱۱ الی ۲۰٪، در ۹ مورد (۱۱/۶۹٪) 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 (۶۳/۷۷٪) محل آسیب اندام تحتانی و لگن، ۶۲ مورد (۳۱/۶۴٪) اندام فوقانی و شانه و در ۹ مورد (۴/۵۹٪) ستون مهره ای بوده است. و همچنین در پرونده هایی که پزشک مقصر شناخته شده، از مجموع ۷۷ مورد در ۵۳ مورد (۶۸/۸۳٪) محل آسیب اندام تحتانی و لگن، ۲۲ مورد (۲۸/۵۷٪) اندام فوقانی و شانه و در ۲ مورد (۲/۶٪) مهره های کمری محل آسیب وارده 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، ازدیاد افراد بیمه شده و افزایش آگاهی اشخاص از حقوق خود از جمله علل افزایش 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 ۳۴/۴٪ و مجازات قانونی پزشک ۱۶/۸٪ گزارش شده است و در آخر نیز بیشترین میزان شکایت از مراکز خصوصی با ۴۵/۶٪ عنوان شده بود (۸).

در مطالعه حاضر مشاهده می‌کنیم که مجموع شکایات رسیده در رشته 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 توسط 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 رشته 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 بررسی‌ها مشخص گردید که در ۵۳/۰۶٪ از پرونده‌ها پزشک تبرئه گردید و در ۳۹/۲۸٪ پرونده‌ها پزشک مقصر 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 ۷/۶۶٪ از پرونده‌ها 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 ۵۴/۵۹٪ 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 رای قصور مربوط به مراکز دانشگاهی می‌باشد که دلیل آن حضور اعضای هیأت علمی، داشتن اطلاعات تازه-تر و پیگیری و انجام علمی کلیه مراحل از تشخیص تا درمان در این

قصور را به خود اختصاص داده است (۱۰۹ مورد) و در ۳۰٪ موارد دو نوع خطای پزشکی با هم مطرح بوده است. همچنین بر اساس داده‌ها در رشته‌های جراحی، مواردی که جلب توجه می‌نمود، اشکال در تکنیک‌های جراحی و عدم اطلاع جراحان از اعمال جراحی نوین پزشکی بوده است و در رشته‌ای مثل بیهوشی که موجبات قصور پزشکی را فراهم نموده بود، بیهوش نمودن چند بیمار در اتاق‌های مختلف، یا چک نکردن امکانات قبل از عمل جلب توجه می‌کرد و در رشته‌های غیرجراحی و اطفال و یا طب عمومی، عدم توجه کافی بیماران قبل 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 نظامات دولتی نیز عامل مشترک خدشه‌دار شدن رابطه پزشکان با بیماران و همراهان آنها و طرح دعوی بر علیه آنها بوده است (۱۲).

در مطالعه‌ای که در مورد بررسی علل شکایت بیمار از پزشک معالج در مراجعه‌کنندگان به سازمان نظام پزشکی کل کشور در رشته 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 ۱۰٪ علت شکایت مربوط به فوت ۲۳٪ صدمات جسمانی، ۲۷/۴٪ عمل جراحی ناموفق، 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 ۳۰/۱٪ انگیزه شکایت، احقاق حق؛ ۴۵/۷٪ خسارت جانی؛ ۱۲٪ خسارت مالی؛ ۷/۸٪ مرکب و مابقی پیگیری قانونی و درمان مجدد ذکر شده بود. و همچنین در این مطالعه در مورد نوع مرکز درمانی، ۶۴/۱٪ شکایت‌ها مربوط به مراکز دولتی و ۳۵٪ شکایت مربوط به مراکز خصوصی بود (۱).

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

در مطالعه‌ای دیگر که بر روی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته 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 ۶۰ پرونده (۴۸٪) پزشک تبرئه و در ۶۵ پرونده (۵۲٪) پزشک مقصر شناخته شده است و از ۱۶۵ مورد قصور، ۳۷ مورد (۵۶/۹٪) میزان قصور کمتر از ۵۰٪ و ۱۱ مورد (۱۷٪) برابر ۵۰٪ و بقیه بیشتر از ۵۰٪ بوده است. بیشترین علت قصور به صورت منفرد با ۳۲/۳٪ مربوط به عدم مهارت و سپس بی‌احتیاطی با ۲۰٪ و بی‌مبالاتی با ۷/۶٪ و عدم رعایت نظامات دولتی با ۳/۲٪ در ردیف‌های بعدی قرار گرفته بود در ضمن ۳۶/۹٪ به صورت مرکب گزارش شده بود. همچنین بیشترین انگیزه شکایت در این مطالعه با ۴۸/۸٪ جلوگیری از سهل-

مراکز می باشد.

شاید این نتایج بیانگر این امر باشد که بر خلاف باور عمومی، کیفیت ارائه خدمات در مراکز دولتی با مراکز خصوصی تفاوت چندانی ندارد که البته اثبات این امر مطالعه ای مستقل می طلبد.

با توجه به نمودار ۳ مشاهده می کنیم که بیشترین علت قصور به صورت منفرد به ترتیب عدم مهارت، بی مبالایی، بی احتیاطی و عدم رعایت نظامات دولتی بوده است. آنچه در این موارد از 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 تمهیداتی دیگر از این دست تا حد امکان اصلاح نمود. به کار بستن تمهیداتی 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، و همچنین رعایت بیشتر اخلاق پزشکی می تواند در کاهش بی مبالایی 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 ارائه 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 جمع 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 مبالغ 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 در 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

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 مرتکب 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 بورده 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 ارائه خدمات نشان می دهد که هیچ تفاوتی در کیفیت ارائه خدمات بین گروهی از متخصصین که تجربه قبلی شکایت داشته اند با گروهی که سابقه 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 سازمان های رسیدگی کننده شود (۸).

نتیجه گیری

با توجه به دستاوردهای این مطالعه پیشنهادهایی در خصوص کاهش شکایات و افزایش رضایتمندی 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 گسترده تر و جامع تری صورت گیرد تا

۱۵. عدم تضمین صد در صد معالجه و بهبودی پس از عمل، از سوی جراح ارتوپد به بیمار و همراهان وی
۱۶. مطالعه مستمر و داشتن اطلاعات نوین و به روز 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. ارزیابی آگاهی‌های لازم به بیمار 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 تعرفه 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 مسأله 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. این شاء ...
- میزان قصور با دقت 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 ارائه شده، افزایش یا عدم افزایش موارد قصور طی سال‌های اخیر، میزان تناسب افزایش یا کاهش تعداد شکایات 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 سهل‌انگاری (بی‌مبالاتی 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 پزشکیانی 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 ارائه خدمات بهداشتی
۱۳. چاره‌اندیشی وسیع و همه‌جانبه برای رفع معضل فقر و گسترش عدالت و رفاه اجتماعی در جامعه
۱۴. توجیه جراحان ارتوپد در مورد اخذ رضایت و براءت‌نامه کتبی و آشنا کردن همراهان بیمار با موضوع عمل در موارد خطر

منابع

- (۱) 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) McPeck B, kitz RJ. Introduction of anesthesia: the 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.
- (۷) عابدی خوراسگانی م ح، بررسی پرونده‌های 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

- موارد قصور پزشکی ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۷۸. مجله علمی پزشکی قانونی. ۱۳۷۹ سال ششم، شماره ۲۱: ۱۵-۲۳.
- 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) A damson 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 و، 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 ۱۳۸۲-۱۳۷۷، 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) نوبخت 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؛ ۱۸، ۲۵۹ تا ۳۰۲.
- ۱۲) عموئی م، سلطانی ک، کاهانی ع، نجاری ف، روحی م. بررسی