

مقاله اصیل

بررسی فراوانی قصور متخصصان طب اورژانس ارجاعی به پزشکی قانونی استان فارس از سال

۹۲ تا ۹۸

علیرضا درودچی^۱، محمد زارع نژاد^۲، نوید کلانی^۳، فرناز رنجبر^۴، ناصر حاتمی^۴، اسماعیل رعیت دوست^{۵*}^۱پزشکی قانونی فارس، مرکز تحقیقات سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران.^۲مرکز تحقیقات سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران.^۳مرکز تحقیقات مولفه های اجتماعی نظام سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.^۴کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.^۵گروه طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

* نویسنده مسئول: اسماعیل رعیت دوست. استادیار و متخصص طب اورژانس دانشگاه علوم پزشکی جهرم. تلفن ۰۰۹۱۷۷۳۹۶۰۱۴. پست الکترونیک: e.rayat.dost@gmail.com

دریافت: خرداد ۹۹؛ پذیرش: مرداد ۱۴۰۰

چکیده

مقدمه: افزایش خطاهای پزشکی به یک نگرانی عمومی در میان سیاستگذاران سلامت تبدیل شده است. با توجه به اهمیت آگاهی از علل وقوع خطاهای پزشکی و پیشگیری از تداوم آنها علی الخصوص در بخش اورژانس، لذا این مطالعه بررسی فراوانی قصور متخصصان طب اورژانس ارجاعی به پزشکی قانونی استان فارس از سال ۹۲ تا ۹۸ انجام شد. **روش کار:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی و بر اساس تحلیل دوباره داده ها انجام گرفت. جمعیت مورد مطالعه شامل کلیه قصور ارجاعی به دفتر کمیسیون پزشکی اداره کل پزشکی قانونی استان فارس با موضوع شکایت از متخصصان طب اورژانس طی سال های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۸ بود. روش جمع آوری داده ها بر اساس چک لیست و استفاده از اطلاعات موجود در پرونده های موجود در کمیسیون پزشکی اداره کل پزشکی قانونی استان فارس صورت گرفت. چک لیست شامل سن بیمار، تحصیلات بیمار، شغل بیمار، بیماری زمینه ای، علل قصور، نوع مرکز درمانی، علت و انگیزه شکایت، نوع خدمت ارائه شده، نحوه کسب اطلاع از قصور، محل آسیب وارده، نوع آسیب وارده و میزان ارش تعیین شده میباشد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۲۱ و با استفاده از آمارهای توصیفی انجام شد. **یافته ها:** از تعداد ۹۲ پرونده، ۹۱ پزشک مرد ۹۸/۹٪ و ۱ نفر پزشک زن ۱٪ بودند. بیشترین فراوانی صدور رأی در سال های ۱۳۹۸ با ۴۰ رأی ۴۳/۵٪ و سال ۱۳۹۷ با ۲۸ رأی ۳۰/۴٪ بوده است. ۵۴ نفر ۵۸/۷٪ از افراد شاکی فوت نموده اند و ۱۹ نفر ۲۰/۷٪ دچار نقص عضو شده بودند. همچنین میزان افراد شاکی در حال بهبودی ۱۱ نفر ۱۲/۰٪ و بهبود یافته ۶ نفر ۶/۵٪ بوده است. از ۹۲ پرونده مورد بررسی، (۸۳/۷٪) ۷۷ پرونده نهایتاً تبرئه شده و (۱۶/۳٪) ۱۵ پرونده نیز به محکومیت افراد ختم گردیده است. بیشترین فراوانی قصور تأیید شده، قصور بی مبالاتی (۹/۸٪) و بی احتیاطی (۲/۲٪) بوده است. **نتیجه گیری:** نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که بیشترین علت قصور پزشکی متخصصان طب اورژانس از نوع بی مبالاتی می باشد. لذا پیشنهاد می شود با برگزاری کارگاه های آموزشی جهت متخصصان طب اورژانس، باعث کاهش این نوع مبالاتی ها شویم.

کلمات کلیدی: طب اورژانس، قصور، پزشکی، شکایت

۱. مقدمه

روبرو ساخته است (۳). 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. افزایش خطاهای پزشکی به یک نگرانی عمومی در میان سیاست گزاران سلامت تبدیل شده است. مطابق آمار در کشور آمریکا، شکایت از پزشکان از ۰ درصد در سال ۱۹۸۶ به ۲۷ درصد در سال ۱۹۹۰ رسیده است (۴). مطالعه دیگری که در این کشور انجام شده نشان می دهد که هر ساله حدود ۹۸۰۰۰ نفر به دلیل اشتباهات پزشکی فوت می کنند (۵). از طرف دیگر در کشور ما طبق

بخش اورژانس یکی از مهم ترین بخش های بیمارستان است که عملکرد آن می تواند تأثیر فراوانی بر عملکرد سایر بخش های بیمارستان و رضایت بیماران داشته باشد (۱). این بخش به لحاظ حساسیت باید از نظر ساختاری و فرآیند های ارائه خدمت، به شکل علمی و مبتنی بر شواهد طراحی و سازماندهی شوند تا با اعمال مدیریت کارآمد، عملکرد مناسبی در ارائه خدمات مطلوب به بیماران داشته باشد (۲). اولین تجربه مردم از بیمارستان اغلب به بخش اورژانس مربوط می شود و از آنجا که به درمان و مراقبت خاص و فوری نیازمند هستند، درک مشکل بیماران در این بخش در جهت رضایت آن ها امری ضروری است. در دهه های اخیر عواملی نظیر رشد جمعیت، افزایش بروز آسیب های عمدی و غیر عمدی و سوء مصرف مواد، بخش های اورژانس بیمارستان ها را با تراکم مراجعه کنندگان

صحيح اپيدميولوژيك قصور در هر منطقه جغرافيايى دارد. شكي نيست كه دعاوى قصور پزشكي، چه موفقيت آميز باشد و چه نباشد، مشكلات اساسى براى پزشكان بخش اورژانس و به طور كلي براى سيستم بهداشتى ايجاد مى كند كه بايد با روشى منطقي و مؤثر برطرف شود. لذا با توجه به آنچه گفته شد هدف از انجام اين مطالعه بررسي فراوانى قصور متخصصان طب اورژانس ارجاعى به پزشكي قانونى استان فارس از سال ۹۲ تا ۹۸ مى باشد.

۲. روش كار

مطالعه حاضر از نوع توصيفى و بر اساس تحليل دوباره داده ها انجام گرفت. جمعيت مورد مطالعه شامل كليه قصور ارجاعى به دفتر كميسيون پزشكي اداره كل پزشكي قانونى استان فارس با موضوع شكايات از متخصصان طب اورژانس طى سال هاى ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۸ بود. شرايط ورود به مطالعه شامل: شكايات بايد در بازه زمانى سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۸ ارجاع داده شده به پزشكي قانونى استان فارس، شكايات در زمينه اورژانس توسط پزشك طب اورژانس صورت گرفته باشد، پرونده شكايات بايد در كميسيون بررسي شكايات مورد بررسي قرار گرفته شده باشد، معيارهاى ورود به مطالعه بودند. پرونده هاى كه در زمينه هاى غير مرتبط با رشته طب اورژانس مى باشد و يا پرونده هاى ناقص از مطالعه خارج شدند. ملاحظات اخلاقى طبق بيانیه هلسينكى در اين مطالعه رعايت شد. در اين مطالعه نام و نام خانوادگى پزشكان در پرسشنامه ذكر نشد. همچنين اين مطالعه در كميته اخلاق دانشگاه علوم پزشكي جهرم با كد اخلاق (IR.JUMS.REC.1399.073)، به تصويب رسيد. روش جمع آورى داده ها بر اساس چك ليست و با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده هاى موجود در كميسيون پزشكي اداره كل پزشكي قانونى استان فارس صورت گرفت. چك ليست مورد مطالعه شامل: سن بيمار، تحصيلات بيمار، شغل بيمار، بيمارى زمينه اى، علل قصور، نوع مركز درمانى، علت و انگيزه شكايات، نوع خدمت ارائه شده، نحوه كسب اطلاع از قصور، محل آسيب وارده، نوع آسيب وارده و ميزان ارش تعيين شده ميباشد. تجزيه و تحليل اطلاعات با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۲۱ و با استفاده از آمارهاى توصيفى انجام شد.

۳. يافته ها

در اين مطالعه تعداد ۹۲ پرونده رشته تخصصى طب اورژانس مورد بررسي قرار گرفتند. از تعداد ۹۲ پرونده، ۹۱ پزشك مرد ۹۸٪ و ۱ نفر پزشك زن ۱٪ بودند. همچنين از تعداد ۹۲ افراد شاكى، ۶۵ نفر مرد ۷۰٪ و ۲۷ نفر زن ۲۹٪ بودند (جدول ۱).

يكى ديگر از متغيرهاى بررسي شده در اين مطالعه، فراوانى افراد شاكى از نظر سنى بود كه از سنين زير ۲۰ سال الى بالای ۸۰ سال به عنوان شاكى به مراجع قضايى مراجعه نموده بودند. در اين ميان افراد با سن ۳۱-۴۰ سال بيشترين افراد جهت مراجعه و شكايات قصور پزشكي بودند. از ميان ۹۲ نفر شاكى پرونده هاى قصور پزشكي، اكثريت افراد شاكى، متأهل ۶۳٪ بودند. غالب افراد شاكى داراى سطح تحصيلات ديپلم و زير ديپلم بودند و كمترين فراوانى مربوط به سطح تحصيلات كارشناسى ارشد بود. فراوانى افراد با سطح تحصيلات كارشناسى ارشد، ۳٪ بوده است. محل سكونت اغلب افراد شيراز بوده است ۷۵٪ پس از آن شهرستان فسا

اصول پزشكي، انجام هرگونه اقدام درمانى حتى اقدام فوق تخصصى براى هر پزشكي ولو پزشك عمومى به شرط داشتن تبحر لازم، مجاز شمرده مى شود (۶). چنانچه خطاهائى پزشكي تداوم داشته باشد منجر به بروز عوارض متعدد و تحميل هزينه هاى بيشتر به منظور جبران اين خطاها مى شود. توجيه نشدن كاركنان و پزشكان در مورد خطاهائى كه مرتكب مى شوند باعث ايجاد و تداوم فرايندهاى كارى اشتباه مى گردد (۷، ۸). در اين ميان، خطاهائى پزشكي رخ داده در بخش اورژانس اهميت زيادى مى يابد. پزشكان بخش اورژانس بايد تصميم گيرى سريعى را، اغلب بر اساس اطلاعات ناقص يا غلط، در محيطى عموماً شلوغ و پر استرس در پنجره زمانى كوتاهى انجام دهند (۹). اين شرايط ممكن است منجر به وقوع خطاهائى پزشكي شود. اين در حالى است كه پزشكان بخش اورژانس با توجه به شرايط اورژانسي و وخيم بيماران، مجبور به اتخاذ تصميم گيرى هاى پر ريسكى در درمان بيماران هستند، ترس از وقوع قصور پزشكي مى تواند مانعى ذهنى براى پزشك شاغل در بخش اورژانس براى اقدام به روش هاى درمانى گاه تهاجمى و شايد مؤثر تر باشد (۱۰). اگرچه كارهايى كه در زمينه استدلال بالينى انجام شده، بخشى از عملكردهائى شناختى پزشك را نشان داده است، اما در محلى مانند اورژانس و در برخورد با بيماران شديد بد حال، فاكترهاى ديگرى وجود دارند كه به وقوع خطاى پزشكي منجر مى گردند. عدم اطمينان دوباره تعامل بين فرايندهاى شهودى و تحليلى، و عدم شفافيت در مورد زمان و چگونگى انتخاب كدام فرايند ممكن است بر تصميم گيرى حاكم شود. ويژگى هاى شخصى پزشك از جمله عدم آگاهى از استدلال بالينى يا عدم دانش و تجربه كافى نيز خود مى تواند عامل اصلى وقوع خطاى پزشكي باشد (۱۱). با توجه به اينكه درصد بالايى از دعاوى خطاى پزشكي مطرح شده بر عليه پزشكان شاغل در بخش اورژانس بوده است. ۲/۳ اين رشته سهم بسيار مؤثر و قابل توجهى در سيستم مراقبت هاى بهداشتى دارد. پس خطاى پزشكي به عنوان چالش مهمى در برابر ايمنى مراقبت هاى ارائه شده در بخش اورژانس مطرح است كه نيازمند مطالعات دقيقى براى تشخيص، اندازه گيرى و ارزيابى خطاى پزشكي است (۱۲). قصور پزشكي انواع مختلفى دارد. بى مبالاى شايعترين نوع قصور بوده و به معنى غفلت پزشكي از اعمالى است كه انجام آن ضرورى بوده. بى احتياطى نوع ديگرى از قصور به معنى ترك عملى است كه از روى اهمال و سهل انگارى و فراموشى سر بزند. در واقع يعنى اينكه فرد كارى را انجام داده كه نبايد انجام ميداد. بى مهارتى نيز به معنى ناتوانى در انجام امورى است كه توانايى يا كارآيى خاصى لازم دارد و ميتواند ناشى از تازه كارى، كم تجربگى يا عدم بهره از دانش پزشكي لازم باشد (۱۳). در جامعه پزشكي به طور كلي توافق بر اين موضوع وجود دارد كه قصور پزشكي باعث پرهزينه و ناكارآمد شدن نظام سلامت مى شوند (۱۴). هزينه هاى دادرسي به اين قصور مى توانند از ۲٪ تا ۱۰ درصد هزينه هاى مراقبت هاى بهداشتى متغير باشند، در حالى كه همراه اين هزينه ها، هزينه آزمائشات و روش هاى غير ضرورى به هزينه هاى بهداشت و درمان افزوده مى شود (۱۵-۱۷). شناخت اينكه هر كدام از انواع اين قصور چه سهمى از كل شكايات رخ داده را بر عهده دارند مى تواند به ارائه راه كار هاى براى جلوگيرى از قصور كمك كند. در برخى موارد نياز به برنامه هاى آموزشى براى پزشكان مى باشد. در حالى كه برخى ديگر از انواع قصور با تغييرات سازمانى از نظر زمان كارى و شيفت هاى پزشكان رفع شدى خواهد بود. يافتن همه اين موارد نياز به درك

نوع قصور	فراوانی مطلق (تعداد)	فراوانی نسبی (درصد)
بی‌مبالاتی	9	9/8
بی‌احتیاطی	2	2/2
اعلام نشده	2	88
مجموع	92	100%

جدول ۳. فراوانی نوع قصور

۴. بحث

در مطالعه حاضر فراوانی قصور متخصصان طب اورژانس ارجاعی به پزشکی قانونی استان فارس از سال ۹۲ تا ۹۹ بررسی شد و در مجموع ۹۲ پرونده بسته شده شناسایی شد؛ اما احتمالاً وقوع واقعی قصور پزشکی در بخش های اورژانس با این عدد متفاوت باشد؛ زیرا جدا از قصوری که اصلاً از آنها شکایتی ایراد نمی شود، اطلاعات ثبت شده در نظام پزشکی قانونی به دلیل تاخیر در فاصله وقوع حادثه تا ایراد شکایت و ایراد شکایت تا صدور رای نهایی به سادگی قابل بررسی نیست. با این حال ما دریافتیم که از ۹۲ پرونده مورد بررسی، ۷۷ (۸۳/۷٪) پرونده نهایتاً تبرئه شده و ۱۵ (۱۶/۳٪) پرونده نیز به محکومیت افراد ختم گردیده است. این نتایج نشان می دهد درصد کمی از شکایات انجام شده علیه پزشکان واقعاً نشان دهنده وقوع قصور پزشکی هستند. همانند مطالعه ما که درصد کمی از شکایات واقعاً به نفع شاکی بود، Wong و همکاران نشان دادند که هیئت منصفه در ۶/۹۲ درصد موارد (۴۷۷ مورد از ۵۱۵) به نفع متهم پزشک حکم صادر کرد. ۴/۰۷ موارد باقیمانده ۳۸/۵۱۵ حکم هیئت منصفه به نفع شاکی بود (۱۸). Karcz و همکاران نیز نشان دادند ۷۵٪ کل ادعاهای مختومه به نفع پزشک بوده است (۱۹). اما پورعلی و همکاران (۲۰) نشان دادند که از کل ۸۲ مورد شکایت پزشکی صورت گرفته در نهایت در ۵۳٪ ۶۳/۸۲ مورد قصور پزشکی رخ داده بود. علت این تفاوت می تواند به دلیل تفاوت در نوع شکایات انجام شده در مطالعه آنها باشد.

با این حال نکته ای که سیستم بهداشتی را دچار مشکل می کند این موضوع است که روند قضاوت و بررسی تمامی این پرونده ها، چه به نفع شاکی چه به نفع پزشک، می تواند زمان و هزینه بر باشد. برخلاف مطالعاتی که در برخی کشور های دیگر انجام شده، در مطالعه ما اطلاعات دقیقی در مورد هزینه شکایات، روند قضاوت آنها و دیه نهایی مشخص نبود. اما مطمئناً همانند تمام مطالعات دیگر این شکایات با هزینه های قابل توجه دادرسی و غرامت ها همراه بوده است. Wong و همکاران (۱۸) متوسط غرامت آن ۸۱۶۹۰۹ دلار را در بررسی پرونده های بزرگسالان ارجاعی به دادگاه های آمریکا در ارتباط با شکایات علیه پزشکان بخش اورژانس یافتند. در حالی که Glerum و همکاران (۲۱) در همان بازه، به طور متوسط ۳۱۹،۵۱۳ دلار غرامت را برای پرونده های اطفال بیان کردند. این در حالی است که حتی با در نظر گرفتن دیه کامل (حدود ۴۸۰ میلیون تومان، حدود ۱۹۰ هزار دلار) به نظر می رسد مبالغ غرامت در ایران کمتر باشد.

در مطالعه حاضر، بیشترین فراوانی قصور تائید شده، قصور بی‌مبالاتی (۹/۸٪) و بی‌احتیاطی (۲/۲٪) بوده است. این تقسیم بندی قصور

۷/۶٪، چهارم ۶/۵٪ بیشترین مقادیر فراوانی را به خود اختصاص داده بودند. در جدول ۴-۵ فراوانی افراد از نظر سال صدور رأی ذکر گردیده است. بیشترین فراوانی صدور رأی در سال های ۱۳۹۸ با ۴۰ رأی ۴۳/۵٪ و سال ۱۳۹۷ با ۲۸ رأی ۳۰/۴٪ بوده است.

۵۴ نفر ۵۸/۷٪ از افراد شاکی فوت نموده اند و ۱۹ نفر ۲۰/۷٪ دچار نقص عضو شده بودند. همچنین میزان افراد شاکی در حال بهبودی ۱۱ نفر ۱۲/۰٪ و بهبود یافته ۶ نفر ۶/۵٪ بوده است. شایان ذکر است که وضعیت ۲ نفر ۲/۲٪ از افراد شاکی در پرونده ذکر نشده بود (جدول ۲).

از نظر نوع کمیسیون، غالب موارد نوع اول استانی (۷۸/۳٪) و پس از آن کمیسیون مجدد (۲۱/۷٪) بوده است.

در اغلب پرونده های مطرح شده، تعداد ۳ نفر به عنوان متشاکی مطرح شده بود که شامل ۷۸/۳٪ از پرونده های بررسی شده بودند. در این مطالعه، از ۹۲ پرونده مورد بررسی، ۷۷ (۸۳/۷٪) پرونده نهایتاً تبرئه شده و ۱۵ (۱۶/۳٪) پرونده نیز به محکومیت افراد ختم گردیده است. اکثریت مرکز درمانی وقوع قصور پزشکی در این مطالعه، بیمارستان دولتی با فراوانی ۸۸ نفر ۹۵/۷٪ بود. بیشترین فراوانی نوع مراجعه به مراکز درمانی، نوع اورژانس با فراوانی (۹۱/۳٪) ۸۷ بوده است. بیشترین فراوانی محل فوت در موارد شکایت از قصور پزشکی، مربوط به فوت در بیمارستان ها (۳۰/۶٪) ۳۴ بوده است. بیشترین فراوانی قصور تائید شده، قصور بی‌مبالاتی (۹/۸٪) و بی‌احتیاطی (۲/۲٪) بوده است (جدول ۳).

جنسیت	فراوانی مطلق (تعداد)	فراوانی نسبی (درصد)
پزشک		
مرد	91	98/9
زن	1	1/1
مجموع	92	100
فرد شاکی		
مرد	65	70/7
زن	27	29/3
مجموع	92	100

جدول ۱. فراوانی پزشکان و افراد شاکی از نظر جنسیت

وضعیت جسمانی	فراوانی مطلق (تعداد)	فراوانی نسبی (درصد)
فوتی	54	58/7
نقص عضو	19	20/7
در حال بهبودی	11	12/0
بهبود یافته	6	6/5
اعلام نشده	2	2/2
مجموع	92	100%

جدول ۲. فراوانی افراد شاکی از نظر وضعیت جسمانی

۶. نتیجه گیری

نتایج مطالعه ما نشان داد در نسبت کمی از شکایات انجام شده علیه پزشکان طب اورژانس، واقعا قصور پزشکی رخ داده است؛ اما همین درصد پایین ممکن است بسیار کشنده بوده باشد. در مطالعه ما نوع قصور غالبا بی مبالاتی و بی احتیاطی بوده است که ضرورت شناسایی عوامل فردی که باعث بروز این قصور ها شده است را نشان می دهد.

۷. تقدیر و تشکر

از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان پیمانیه شهرستان جهرم بابت همکاری در اجرای این مطالعه سپاسگزاری می شود.

۸. سهم نویسندگان

همه ی نویسندگان این مقاله در تمامی مراحل اجرای این مطالعه مشارکت داشتند.

۹. تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

۱۰. منابع مالی

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شده است.

۱۱. ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی طبق بیانیه هلسینکی در این مطالعه انجام شد. این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جهرم با کد اخلاق (IR.JUMS.REC.1399.073)، به تصویب رسید.

مراجع

1. Hemmati F, Mahmoudi G, Dabbaghi F, Fatehi F, Rezazadeh E. The factors affecting the waiting time of outpatients in the emergency unit of selected teaching hospitals of Tehran. *Electronic J Gen Med*. 2018;15(4).
2. Godwin SA, Burton JH, Gerardo CJ, Hatten BW, Mace SE, Silvers SM, et al. Correction: Correction to 'Clinical Policy: Procedural Sedation and Analgesia in the Emergency Department' [Annals of Emergency Medicine 63 (2014) 247-258. e18]. *Annals of emergency medicine*. 2017;70(5):758.
3. Anandalwar SP, Scholer AJ, Ninan G, Oliver JB, Christian D, Eloy JA, et al. Dissecting malpractice in pancreaticoduodenectomy cases. *Journal of Surgical Research*. 2017;212:48-53.
4. Jena AB, Chandra A, Lakdawalla D, Seabury S. Outcomes of medical malpractice litigation against US physicians. *Archives of internal medicine*.

در مطالعات خارجی انجام نمی شود. تنها مطالعه ای که قصور در پزشکان طب اورژانس ایرانی را بررسی کرده بود مطالعه پورعلی و همکاران (۲۰) بود که از کل ۸۲ مورد شکایت پزشکی علیه پزشکان طب اورژانس در نهایت در (۶۳/۸٪) ۵۳ مورد قصور پزشکی رخ داده بود. بیشترین علت قصور در مطالعه آنها با فراوانی ۲۷ مورد ۹/۵۰٪ خطای انسانی گزارش گردید که با مطالعه ما همخوانی دارد. در بین خطاهای انسانی، خطا در تشخیص ۲/۴۸٪ و خطا در درمان ۳/۳۳٪ مهمترین علل را به خود اختصاص دادند. در مطالعه پورعلی و همکاران (۲۰) خطاهای پزشک منجر به مرگ ۲۸/۵۲٪ بیمار و صدمه جدی در (۳/۱۱٪) ۶ بیمار شده بود. در مطالعه حاضر ۵۴ نفر ۵۸/۷٪ از افراد شاکی فوت نموده اند و ۱۹ نفر ۲۰/۷٪ دچار نقص عضو شده بودند. همچنین میزان افراد شاکی در حال بهبودی ۱۱ نفر ۱۲/۰٪ و بهبود یافته ۶ نفر ۶/۵٪ بوده است. به نظر می رسد نتایج ما با نتایج پورعلی و همکاران از نظر درصد خطاهای پزشک منجر به مرگ همخوانی داشته باشد. Wong و همکاران (۱۸) مرگ رایج ترین سطح شدت ذکر شده در دعاوی مختومه ۳۸/۵٪ و شکایات منجر به پرداخت غرامت ۴۲/۸٪ بود. Glerum و همکاران (۲۱) نیز نشان دادند در رده سنی مربوط به اطفال (۰ تا ۱۷ سال) انجام دادند. از ۷۲۸ دعوی مختومه، ۲۲۰ مورد شامل مرگ بیمار ۳۰٪ بود. در مطالعه Wu و همکاران (۲۲) از تمامی قصور تایید شده، ۵ مورد ۷۱/۴٪ فرد فوت شده و ۲ مورد ۲۸/۶٪ فرد به شدت مجروح شده بودند.

در مطالعه ما سن پزشک بررسی نشد اما Carlson و همکاران (۲۳) نشان دادند که افزایش تعداد کل سالهای طبابت (نسبت شانس تعدیل شده ۱/۰۴٪؛ ۹۵٪ فاصله اطمینان ۱/۰۲٪ تا ۱/۰۶٪) و حجم ویزیت بالاتر (نسبت شانس تنظیم شده ۱/۰۹٪ در ۱۰۰۰ بازدید؛ ۹۵٪ فاصله اطمینان ۱/۰۵٪ تا ۱/۱۲٪) با شکایت بیشتر علیه پزشکان طب اورژانس ارتباط داشت. در مطالعه ما از تعداد ۹۲ پرونده، ۹۱ پزشک مرد ۹۸/۹٪ و ۱ نفر پزشک زن ۱/۱٪ بودند. این درصد بالای پزشکان مرد می تواند به این علت باشد که شاید اغلب پزشکان رشته طب اورژانس مرد باشند. اما اطلاعات رسمی در این مورد وجود ندارد. در مطالعه پورعلی و همکاران (۲۰) نیز ۸۹/۲٪ پرونده های مورد بررسی علیه پزشکان مرد بود. در مطالعه ما بیشترین فراوانی قصور تأیید شده، قصور بی مبالاتی (۹/۸٪) و بی احتیاطی (۲/۲٪) بوده است که به فاکتور های خطای فردی پزشک اشاره دارد. طبق مطالعات انجام شده خطاهای در تشخیص بزرگترین منبع خطای شناسایی شده در طب اورژانس است و تقریباً نیمی از ادعاهایی که برای آنها غرامت پرداخت شده مربوط به تشخیص نادرست بوده است (۲۴). شرح حال کافی و معاینه فیزیکی کافی، درخواست و تفسیر آزمایش های تشخیصی مناسب و انجام مشاوره های به موقع و لازم مواردی است که به عنوان زمینه های بالقوه برای بهبود روند تشخیصی برای بیماران در بخش اورژانس شناخته شده است (۲۵).

۵. محدودیت های مطالعه

مطالعه ما بسیاری از متغیر های ضروری مانند فواصل زمانی شکایات و غرامت های پرداخت شده را بررسی نکرد. تحقیقات آینده باید با هدف شناسایی دقیق تر علل وقوع قصور در طب اورژانس انجام شود و تمرکز خود را بر جنبه هایی از مراقبت از بیمار بگذارد که بیشتر ممکن است بیماران را دچار آسیب جدی کند.

14. Carver N, Hipskind JE. Medical error. In StatPearls [Internet] 2019 May 15. StatPearls Publishing. .
15. Wu K-H, Yen Y-L, Wu C-H, Hwang C-Y, Cheng S-Y. Learning from an analysis of closed malpractice litigation involving myocardial infarction. *Journal of forensic and legal medicine*. 2017;48:41-5.
16. Zengin S, Al B, Yavuz E, Şen C, Cindoruk Ş, Yıldırım C. Patient and relative complaints in a hospital emergency department: a 4-Year analysis. *Tr J Emerg Med*. 2012;12(4):163-8.
17. Gurley KL, Wolfe RE, Burstein JL, Edlow JA, Hill JF, Grossman SA. Use of physician concerns and patient complaints as quality assurance markers in emergency medicine. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2016;17(6):749.
18. Wong KE, Parikh PD, Miller KC, Zonfrillo MR. Emergency Department and Urgent Care Medical Malpractice Claims 2001–15. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2021;22(2):333.
19. Karcz A, Korn R, Burke MC, Caggiano R, Doyle MJ, Erdos MJ, et al. Malpractice claims against emergency physicians in Massachusetts: 1975–1993. *The American journal of emergency medicine*. 1996;14(4):341-5.
20. Pourali M, Shojaee M, Amini A, Alimohammadi H, Hatamabadi H. 82 Cases of Medical Lawsuit against Emergency Medicine Specialists; a case study. *Iranian Journal of Emergency Medicine*. 2015;2(3):122-6.
21. Glerum KM, Selbst SM, Parikh PD, Zonfrillo MR. Pediatric malpractice claims in the emergency department and urgent care settings from 2001 to 2015. *Pediatric emergency care*. 2021;37(7):e376-e9.
22. Wu K-H, Wu C-H, Cheng S-Y, Lee W-H, Kung C-T. Analysis of closed malpractice medical claims against Taiwanese EDs: 2003 to 2012. *The American journal of emergency medicine*. 2014;32(9):990-6.
23. Carlson JN, Foster KM, Pines JM, Corbit CK, Ward MJ, Hydari MZ, et al. Provider and practice factors associated with emergency physicians' being named in a malpractice claim. *Annals of emergency medicine*. 2018;71(2):157-64. e4.
- 2012;172(11):892-4.
5. Wang Z, Li N, Jiang M, Dear K, Hsieh C-R. Records of medical malpractice litigation: a potential indicator of health-care quality in China. *Bulletin of the World Health Organization*. 2017;95(6):430.
6. Daniels AH, Ruttiman R, Eltorai AE, DePasse JM, Brea BA, Palumbo MA. Malpractice litigation following spine surgery. *Journal of Neurosurgery: Spine*. 2017;27(4):470-5.
7. Donnelly MJ. Medical Malpractice: Analysis of Factors Driving Litigation and Insight into Reducing Risk. *Complications of Female Incontinence and Pelvic Reconstructive Surgery*: Springer; 2017. p. 15-23.
8. Stimson C. Hospital Risk Management and the US Legal System: An Introduction to US Medical Malpractice Tort Law. *Risk Management in Medicine*: Springer; 2016. p. 69-76.
9. Choudhry A, Younis M, Sohail A, Choudhry A, Abd-Rabu R, Crye M, et al. Medical Malpractice in Bronchoscopy: Failure to Diagnose and Treat Remains the Top Reason for Litigation. A72 ADVANCES IN INTERVENTIONAL PULMONARY: American Thoracic Society; 2019. p. A2363-A.
10. Jafari nasab MT. Investigating the causes of complaints from the treating physician in the patients referred to the medical system organization in the field of orthopedics during the years 1996-2001. General PhD Thesis, Tehran University of Medical Sciences, . 2005.
11. McMichael BJ, Van Horn RL, Viscusi WK. Sorry is never enough: how state apology laws fail to reduce medical malpractice liability risk. *Stan L Rev*. 2019;71:341.
12. Choudhry AJ, Haddad NN, Martin M, Thiels CA, Habermann EB, Zielinski MD. Medical malpractice in bariatric surgery: a review of 140 medicolegal claims. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2017;21(1):146-54.
13. Delice O, Tekin E, Yılmaz S. Defensive Medicine in the Emergency Department: A Cross-sectional Study from the Perspective of Emergency Medical Specialists. *Eurasian Journal of Emergency Medicine*. 2019;18(4):178.

24. Brown TW, McCarthy ML, Kelen GD, Levy F. An epidemiologic study of closed emergency department malpractice claims in a national database of physician malpractice insurers. *Academic Emergency Medicine*. 2010;17(5):553-60.
25. Kachalia A, Gandhi TK, Puopolo AL, Yoon C, Thomas EJ, Griffey R, et al. Missed and delayed diagnoses in the emergency department: a study of closed malpractice claims from 4 liability insurers. *Annals of emergency medicine*. 2007;49(2):196-205.

Original Article

Evaluation of Medical negligence of Emergency Department specialists referred to Forensic Medicine in Fars Province from 2012 to 2019

Alireza Doroudchi¹, Mohammad Zarenezhad², Navid Kalani³, Farnaz Ranjbar⁴, Naser Hatami⁴, Esmaeal Rayat Dost^{5*}

¹Legal Medicine Research Center, Legal Medicine Organization, Tehran, Iran.

²Legal Medicine Research Center, Legal Medicine Organization, Tehran, Iran.

³Research center for social Determinants of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

⁴Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

⁵Department of Emergency Medicine, Jahrom University of Medical sciences, Jahrom, Iran.

*Corresponding author: Esmaeil Rayat Dost. Department of Emergency Medicine, Jahrom University of Medical sciences, Jahrom, Iran. Email: e.rayat.dost@gmail.com.

Received Date: July 2021; Accept Date: August 2021

Abstract

Introduction: The rise of medical errors has become a public concern among health policymakers. Due to the importance of knowing the causes of medical errors and preventing their continuation, especially in the emergency department, so this study was conducted to investigate the frequency of negligence of emergency medicine specialists referred to forensic medicine in Fars province from 2012 to 2019. **Methods:** The present study was a descriptive study based secondary data analysis. The study population included all negligence referred to the office of the Medical Commission of the General Directorate of Forensic Medicine of Fars Province with the subject of complaints from emergency medicine specialists during the years 2012 to 2020. The method of data collection is based on a questionnaire and the use of information in the files of the Medical Commission of the General Directorate of Forensic Medicine of Fars Province. Data collection form including patient's age, patient's education, patient's occupation, underlying illness, causes of negligence, type of treatment center, cause and motive of complaint, type of service provided, how to obtain information about negligence, location of injury, type of injury and amount of injury is. Data analysis was performed using SPSS software version 21 and descriptive Statistics. **Results:** Out of 92 cases, 91 were male physicians (98.9%) and 1 was a female physician (1.1%). The highest frequency of voting was in 1398 with 40 votes (43.5%) and in 1397 with 28 votes (30.4%). 54 (58.7%) of the complainants died and 19 (20.7%) had disabilities. Also, the number of complainants was improving 11 (0.12%) and improved 6 (6.5%). Of the 92 cases reviewed, 77 (83.7%) were finally acquitted and 15 (16.3%) were convicted. The highest frequency of confirmed negligence was negligence 9 (9.8%) and negligence 2 (2.2%). **Conclusion:** The results of this study indicated that the most common cause of medical malpractice in emergency medicine specialists is negligence. Therefore, it is suggested to reduce this type of negligence by holding training workshops for emergency medicine specialists.

Key words: Emergency Medicine, Negligence, Medicine, Complaints