

مقاله اصیل

گزارش ۸۲ مورد شکایت پزشکی از متخصصین طب اورژانس؛ یک مطالعه موردی

معصومه پورعلی، مجید شجاعی، افشین امینی، حسین علیمحمدی، حمیدرضا حاتم آبادی*

بخش اورژانس، بیمارستان امام حسین، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول: حمیدرضا حاتم آبادی، تهران، میدان امام حسین، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام حسین، بخش اورژانس. تلفن: ۰۰۹۸۹۱۲۳۸۶۱۶۸۳ ایمیل: hhatamabadi@yahoo.com

تاریخ دریافت: اردیبهشت ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: تیر ۱۳۹۴

خلاصه:

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، این مطالعه به گزارش توصیفی از ۸۲ مورد شکایت پزشکی متخصصین طب اورژانس پرداخته است. **روش کار:** مطالعه حاضر از نوع گزارش موارد بوده و به گزارش توصیفی از ۸۲ مورد شکایات پزشکی صورت گرفته از متخصصین طب اورژانس، نتیجه نهایی شکایت، پیامد نهایی بیمار، نوع خطای منجر به قصور، مدت زمان کامل رسیدگی به شکایت و رای نهایی کمیسیون پزشکی پرداخته است. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه بدون نام و به صورت خود اظهاری افراد مورد مطالعه جمع آوری شده است. **یافته ها:** داده های مربوط به ۸۲ فقره شکایت پزشکی از متخصصین طب اورژانس جمع آوری گردید. میانگین سنی پزشکان برابر $5/7 \pm 37/3$ سال بود (۸۹/۲ درصد مرد). از کل ۸۲ مورد شکایت پزشکی صورت گرفته در نهایت در ۵۳ (۶۳/۸ درصد) مورد قصور پزشکی رخ داده بود. شیوع شکایت پزشکی در شیفت شب به طور معنی داری بیشتر از عصر ($p=0/02$) و صبح ($p=0/01$) بود. بیشترین علت قصور با فراوانی ۲۷ مورد (۵۰/۹ درصد) خطای انسانی گزارش گردید ($p<0/001$). در بین خطاهای انسانی، خطا در تشخیص (۴۸/۲ درصد) و خطا در درمان (۳۳/۳ درصد) مهمترین علل را به خود اختصاص دادند. خطاهای پزشک منجر به مرگ ۲۸ (۵۲/۸ درصد) بیمار و صدمه جدی در ۶ (۱۱/۳ درصد) بیمار شده بود ($p<0/001$). **نتیجه گیری:** شیوع قصور پزشکی در مطالعه حاضر ۶۳/۸۵ درصد بدست آمد. بیشتر این خطاهای پزشکی در شیفت شب رخ داده بود. خطای انسانی با شیوع ۵۰/۹ درصدی اصلی ترین عامل بروز قصور پزشکی بود. در بین خطاهای انسانی، خطا در تشخیص و خطا در درمان بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود. این خطاها نهایتاً منجر به مرگ ۵۲/۸ درصد بیماران و صدمه جدی ۱۱/۳ درصد آنان گردیده بود.

واژگان کلیدی: قصور پزشکی؛ خطاهای پزشکی؛ پزشکان طب اورژانس

مقدمه:

ناشی از این اقدامات در بیماران گردیده است به طوری که از کل موارد شکایت از کادر درمانی در سالهای ۱۳۷۸-۱۳۷۴ بیشترین تعداد شکایت بعد از جراحان متعلق به پزشکان عمومی بوده است (۴). این میزان در سال های اخیر رو به افزایش بوده که توجه بیش از پیش مسئولین را در این زمینه می طلبد. چنانچه خطاهای پزشکی تداوم داشته باشد منجر به بروز عوارض متعدد و تحمیل هزینه های بیشتر به منظور جبران این خطاها می شود. توجیه نشدن کارکنان و پزشکان در مورد خطاهایی که مرتکب می شوند باعث ایجاد و تداوم فرایندهای کاری اشتباه می گردد (۵-۱۰). مطالعات متعددی در زمینه قصور پزشکی در سال های اخیر انجام شده است (۴، ۱۱، ۱۲). شیوع این پدیده در این پژوهش ها متغیر است که مهمترین دلیل آن تفاوت در ماهیت رشته های مختلف پزشکی و تفاوت در نوع فعالیت و وضعیت بالینی حاکم بر آنهاست. فوریت های پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت از اهمیت استراتژیک برخوردارند (۱۳). تخصصی تر شدن رشته طب و افزایش گستره دانش پزشکی منجر به توجه بیش از پیش به بحث فوریت

افزایش خطاهای پزشکی به یک نگرانی عمومی در میان سیاستگذاران سلامت تبدیل شده است (۲، ۱۰). مطابق آمار در کشور آمریکا، شکایت از پزشکان از ۸ درصد در سال ۱۹۸۶ به ۲۷ درصد در سال ۱۹۹۰ رسیده است (۱). مطالعه دیگری که در این کشور انجام شده نشان می دهد که هر ساله حدود ۹۸۰۰۰ نفر به دلیل اشتباهات پزشکی فوت می کنند (۲). در کشور ایران کل موارد شکایت از کادر درمانی ارجاعی به سازمان پزشکی قانونی تهران در سال ۱۳۷۴، ۱۳۴ مورد، در سال ۱۳۷۸، ۲۹۹ مورد، در سال ۱۳۸۳، ۸۲۳ مورد و در سال ۱۳۸۴، ۱۲۷۰ مورد بوده است (۳). از طرف دیگر در کشور ما طبق اصول پزشکی، انجام هرگونه اقدام درمانی حتی اقدام فوق تخصصی برای هر پزشکی ولو پزشک عمومی به شرط داشتن تبحر لازم، مجاز شمرده می شود. این مسأله منجر به افزایش انجام اقدامات پرخطر توسط پزشکان عمومی به خصوص انجام جراحی های زیبایی حتی در محدوده مطب ها شده است که بالطبع باعث افزایش عوارض و خسارات

های پزشکی شد و همین امر ایده ایجاد رشته طب اورژانس را در دنیا مطرح ساخت (۱۴). متخصصین طب اورژانس اولین گروه پزشکی هستند که در تعیین فرآیند صحیح درمان بیمار علی‌الخصوص بیماران نیازمند به مراقبت‌های ویژه پزشکی نقش دارند. بنابراین نقش موثر آنها در مدیریت اورژانس و همچنین مدیریت بحران در هنگام بروز سوانح بزرگ و حوادث اپیدمیکی غیرقابل انکار است. این در حالی است که شلوغی بخش‌های اورژانس دولتی ممکن است همراه با افزایش خطاهای پزشکی باشد. اما به دلیل نوبت بودن رشته طب اورژانس مطالعه‌ای در زمینه قصور پزشکی در بین متخصصین طب اورژانس انجام نشده است. لذا با توجه به اهمیت آگاهی از علل وقوع خطاهای پزشکی و پیشگیری از تداوم آنها، این مطالعه به گزارش توصیفی ۸۲ مورد شکایت پزشکی از ۸۳ نفر متخصص طب اورژانس پرداخته است.

روش انجام پژوهش:

طراحی مطالعه

مطالعه حاضر از نوع گزارش موارد بوده و به گزارش توصیفی از ۸۲ مورد شکایات پزشکی صورت گرفته از متخصصین طب اورژانس، نتیجه نهایی شکایت، پیامد نهایی بیمار، نوع خطای منجر به قصور، مدت زمان کامل رسیدگی به شکایت و رای نهایی کمیسیون پزشکی پرداخته است. جمع آوری داده‌ها به وسیله پرسشنامه‌ای با روایی و پایایی تایید شده صورت گرفت. پروتکل مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورد تایید قرار گرفت. تمامی پرسشنامه‌ها فاقد نام بوده و محرمانگی اطلاعات حفظ گردید. در تمامی طول مدت مطالعه محققین پایبند اصول معاهده هلسینکی بودند. در پژوهش حاضر متخصصین طب اورژانس به صورت داوطلبانه شرکت کرده و قبل از وارد شدن به مطالعه، توضیحات کافی در خصوص اهداف مطالعه به آنها داده شده و رضایت شرکت در پژوهش به صورت شفاهی از آنان اخذ گردیده است.

جامعه مورد مطالعه

در پژوهش توصیفی حاضر ۸۲ فقره شکایت از متخصصین طب اورژانس که در مراکز مختلف درمانی در سراسر کشور در حال فعالیت بودند مورد بررسی قرار گرفت. معیار ورود داشتن سابقه حداقل یک بار شکایت پزشکی از فرد مورد مطالعه بود. نمونه‌ها به صورت دسترس و از شرکت کنندگان در نهمین کنگره سراسری طب اورژانس سال ۱۳۹۳ جمع آوری شدند.

روش جمع آوری داده‌ها

جمع آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌ای شامل اطلاعات دموگرافیک پزشکی (سن، جنس، سابقه کار و ...)، نوع شکایت بیمار، شیفت کاری که در آن شکایت رخ داده، رای نهایی کمیسیون، نوع خطا، علت خطا، پیامد بیمار، احساس پزشک از وقوع خطا، و فاکتورهای مرتبط با دادرسی به خطای رخ داده و درصد دیه پرداختی (سهام پزشک و سهم بیمه) صورت گرفت. پرسشنامه با استفاده از منابع مرتبط (مقالات مرتبط) طراحی شد و با استفاده نشست متخصصین (Expert panel) روایی آن مورد تایید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه نیز با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ مورد تایید قرار گرفت. ضریب بدست آمده برابر ۰/۹۱ بود. خطاهای پزشکی به سه گروه کلی خطای انسانی (خطا در تشخیص، تجویز، ثبت و درمان بیمار)، خطای

آنالیزهای آماری

داده‌ها وارد برنامه آماری SPSS 20.0 گردید. فاکتورهای کمی به صورت میانگین \pm انحراف معیار و فاکتورهای کیفی نیز به صورت فراوانی و درصد نشان داده شد. برای ارزیابی اختلاف معنی دار بین فراوانی طبقات یک متغیر (مثلا اختلاف معنی دار بین فراوانی طبقات مربوط به پیامد) از آزمون Multinomial logistic regression استفاده گردید. در تمامی آنالیزها سطح معنی داری برابر $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

در پژوهش حاضر داده‌های مربوط به ۸۲ فقره شکایت جمع آوری گردید. میانگین سنی این افراد برابر $57/3 \pm 37/3$ سال با محدوده سنی ۵۰-۳۰ سال بود که شامل ۷۴ (۸۹/۲ درصد) مرد و ۹ (۱۰/۸ درصد) زن بود. تنها ۱۶ (۱۹/۳ درصد) فرد از پزشکان سابقه کار قبل از دوره تخصص داشتند. از ۸۲ مورد شکایت پزشکی صورت گرفته در ۵۳ (۶۳/۸۵ درصد) مورد قصور پزشک تایید شده بود. از ۵۳ مورد قصور مذکور، ۲۸ (۵۲/۹ درصد) مورد در شیفت شب و ۱۳ (۲۴/۵ درصد) مورد در شیفت عصر اتفاق افتاده بود. شیوع قصور در شیفت شب به طور معنی داری بیشتر از عصر ($p = 0/02$) و صبح

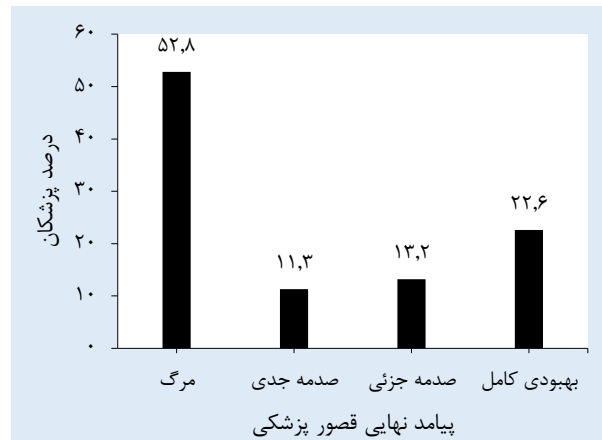


نمودار ۱: فراوانی قصورات پزشکی صورت گرفته بر اساس عامل اصلی قصور.

جدول ۱: توزیع متغیرهای مرتبط با قصور پزشکی در بین متخصصین طب اورژانس

متغیر	فراوانی (درصد)	P
شیفت کاری		
شب	۲۸ (۵۲/۹)	Ref
عصر	۱۳ (۲۴/۵)	۰/۰۲
صبح	۱۲ (۲۲/۶)	۰/۰۱
خطاهای انسانی		
خطا در تشخیص	۱۳ (۴۸/۲)	Ref
خطای درمان	۹ (۳۳/۳)	۰/۳۷
خطا در تجویز	۳ (۱۱/۱)	۰/۰۲
خطا در ثبت	۲ (۷/۴)	۰/۰۱

۷۶۸ پرونده مربوط به شکایت پزشکی، در ۴۱ (۵/۳۳) مورد قصور در امر درمان رخ داده بود و بیشترین قصور در ۳۶ مورد (۳۷/۱) درصد مربوط به خطای انسانی در اثر عدم تبحر گزارش شده بود (۱۵). همچنین حق شناس و همکاران نیز بیان داشتند که از مجموع ۱۹۲ پرونده شکایت پزشکی بررسی شده ۲۷/۱ درصد منجر به تایید قصور پزشکی، ۵۵/۲ درصد منجر به تبرئه پزشک یا کادر درمانی و ۱۷/۷ درصد منجر به رضایت شاکي یا عدم پیگیری پرونده گردید (۱۶). تحقیق توفیقی زاده و همکارانش نیز نشان داد که از میان ۳۲۰۷ پرونده موجود ۸۸۴ مورد شکایت از گروه درمان بوده است که ۳۲۶ مورد، پرونده‌های منجر به فوت بوده‌اند. بعد از بررسی‌های همه جانبه در بین این ۳۲۶ پرونده، در ۱۷۳ مورد، قصور در امر درمان رخ داده بود که بیشترین میزان شکایت در این ۳۲۶ پرونده از پزشکان و در رده بعدی از بیمارستان (مسوول فنی) بود (۱۷). قادی پاشا و همکاران نیز نشان دادند که بیشترین نوع قصور، از نوع بی‌مالتی و سپس عدم رعایت نظامات دولتی و کم‌ترین نوع آن، بی‌احتیاطی است. در مطالعه آنها بیشترین قصور در رده مدیران اجرایی (۵۰٪)، در رده بعدی پرسنل درمانی (۴۱/۷٪) و در رده سوم پزشک (۳۰/۸٪) به دست آمد (۱۸). صدر و همکاران نیز با هدف بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در حیطه روانپزشکی بیشترین قصور را مربوط به عدم رعایت نظام‌های دولتی (۴۰٪) برآورد کردند (۱۱). مطالعه حاضر اولین پژوهش در زمینه ارزیابی شیوع قصور پزشکی در بین پزشکان متخصص طب اورژانس می باشد. همانطور که مشاهده شد شیوع رای کمیسیون مبنی بر وقوع قصور در مطالعه حاضر بیشتر از سایر مطالعات مشابه است. دلیل این امر ممکن است ناشی از این واقعیت باشد که به دلیل ماهیت ذاتی بخش اورژانس، شلوغی بیش از اندازه و مواجهه پزشک با شرایط مختلف کلینیکی (از بیماری‌های روانی و اقدام خودکشی گرفته تا مشکلات قلبی و عروقی و ...) وقوع خطای پزشکی در این بخش بیشتر از سایر واحدهای درمانی باشد. در سایر بخش‌ها میزان Turn-over و شلوغی بخش بسیار کمتر بوده و این امر فرصت بیشتری به پزشکان و سایر پرسنل درمانی خواهد داد تا در خصوص بیماران خود آگاهی و اطلاعات کافی برای مدیریت هر چه بیشتر داشته باشند. یکی از مهمترین محدودیت‌های پژوهش حاضر تعداد کم نمونه‌ها مورد پژوهش بود. که این امر نه یک نقص در مطالعه حاضر، بلکه ناشی از تعداد کم متخصصین طب اورژانس کشور می باشد. به علاوه ممکن است به دلیل پرسشنامه خوداظهاری استفاده شده در پژوهش



نمودار ۲: پیامد نهایی قربانیان قصور پزشکی در مطالعه حاضر (P<۰/۰۰۱).

انسانی گزارش گردید. خطای سازمانی و خطای انسانی-سازمانی در رتبه های بعدی قرار داشت (P<۰/۰۰۱) (نمودار ۱). در بین خطاهای انسانی، خطا در تشخیص (۴۸/۲ درصد) و خطا در درمان (۳۳/۳ درصد) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص دادند (جدول ۱). از ۱۰ مورد خطای سازمانی ۴ (۴۰ درصد) مورد مرتبط با خطای ساختاری و ۶ (۶۰ درصد) مورد مربوط به خطای فرآیندی بود. نمودار شماره دو پیامد بیماران قربانی قصور پزشکی را به تصویر کشیده است. بر اساس نتایج به دست آمده خطای پزشکی در ۲۸ (۵۲/۸) درصد مورد منجر به مرگ، در ۱۲ (۲۲/۶) درصد مورد قابل اصلاح، در ۶ (۱۱/۳) درصد مورد منجر به صدمه جدی و در ۷ (۱۳/۲) درصد مورد منجر به صدمه جزئی گردید (P<۰/۰۰۱). در ۱۸ (۳۴/۰) درصد مورد احساس پزشک در خصوص خطای رخ داده خنثی، در ۳۴ (۴۵/۳) درصد مورد بد و در ۱۱ (۲۰/۷) درصد مورد ناراحت کننده گزارش گردید. اکثر پزشکانی که احساس ناراحتی یا احساس بدی نسبت به خطای رخ داده داشتند پزشکانی بودند که خطای آنها منجر به مرگ بیمار یا صدمه جدی به آنها شده بود (P=۰/۰۱). مدت زمان کامل رسیدگی به شکایت در ۴۲ (۷۷/۸) درصد مورد کمتر از یکسال، در ۱۰ (۱۸/۵) درصد مورد بین ۱-۲ سال و در ۲ (۳/۷) درصد مورد بین ۳-۵ سال بود. درصد دیه پرداختی از طرف پزشکان به طور میانگین برابر ۲۷/۰ ± ۱۸/۵ درصد بود. به طور کلی در ۱۵/۱۱ (۱۵/۱) درصد مورد بیمه تمامی خسارات را پرداخته بود در حالی که در ۵ (۹/۴) درصد مورد پزشک بیمه نبوده و هیچ حق بیمه ای به وی تعلق نگرفته بود.

بحث:

شیوع قصور پزشکی در مطالعه حاضر ۶۳/۸۵ درصد برآورد گردید. اکثر خطاها در شیفت شب رخ داده بودند و خطای انسانی با شیوع ۵۰/۹ درصدی اصلی ترین عامل بروز قصور پزشکی بود. در بین خطاهای انسانی، خطا در تشخیص و خطا در درمان بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بودند. این خطاها نهایتاً منجر به مرگ ۵۲/۸ درصد بیماران، و صدمه جدی در ۱۱/۳ درصد آنان شده بود.

در قیاس با یافته های پژوهش حاضر، اخلاقی و همکاران نشان دادند که از

این خطاها در نهایت منجر به مرگ ۵۲/۸ درصد بیماران و صدمه جدی ۱۱/۳ درصدی آنان گردید.

سهم نویسندگان:

تمامی نویسندگان معیارهای استاندارد نویسندگی بر اساس پیشنهادات کمیته بین المللی ناشران مجلات پزشکی را دارا بودند.

تضاد منافع:

بدینوسیله نویسندگان تصریح می نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع مالی:

هیچ گونه کمک مالی برای انجام این پروژه دریافت نشده است.

منابع:

- Hawkins JL, Koonin LM, Palmer SK, Gibbs CP. Anesthesia-related deaths during obstetric delivery in the United States, 1979-1990. *Anesthesiology*. 1997;86(2):277-84.
- Jena AB, Chandra A, Lakdawalla D, Seabury S. Outcomes of medical malpractice litigation against US physicians. *Arch Intern Med*. 2012;172(11):892-4.
- Haghshenas MR, Amiri AA, Vahidshahi K, et al. The Frequency of Malpractice Lawsuits Referred to Forensic Medicine Department and Medical Council. *J Mazand Univ Med Sci* 2012;22(86):244-51. [Persian].
- Siabani S, Alipour AA, Siabani H, Rezaei M, Daniali S. A survey of complaints against physicians reviewed at Kermanshah. *J Kermanshah Uni Med Sci*. 2009;13(1):74-83 [Persian].
- Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *N Engl J Med*. 2006;354(19):2024-33.
- Danzon PM. *Medical malpractice: theory, evidence, and public policy*: Harvard University Press; 1985. p. 203.
- Mello MM, Studdert DM, Brennan TA. The new medical malpractice crisis. *N Engl J Med*. 2003;348.
- Baratloo A, Maleki M. Description of a Working Day as a Senior Emergency Medicine Resident; Burning Candle at Both Ends! *Emergency*. 2015;3:[In press].
- Alavi-Moghaddam M, Forouzanfar R, Alamdari S, et al. Application of Queuing Analytic Theory to Decrease Waiting Times in Emergency Department: Does it Make Sense? *Arch Trauma Res*. 2012;1(3):101-7.
- Sabzghabaie A, Kondori A, Shojaei M, Hatamabadi H, Amini A. Hospital safety in hospitals affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2011-13. *Pajoohandeh Journal*. 2013;18(2):83-7. [Persian].

حاضر برخی از پزشکان ها از بیان قصور خود امتناع ورزند. با این وجود به دلیل بی نام بودن پرسشنامه ها و اطمینان دادن به پزشکان در خصوص محرمانه باقی ماندن اطلاعات سعی شد تا این محدودیت تا حدودی رفع گردد. هرچند عدم وجود چنین محدودیتی در هیچ مطالعه مشابهی به طور کامل امکان پذیر نیست.

نتیجه گیری:

شیوع قصور پزشکی در مطالعه حاضر ۶۳/۸۵ درصد بدست آمد. بیشتر این خطاها در شیفت شب رخ داده بود. خطای انسانی با شیوع ۵۰/۹ درصدی اصلی ترین عامل بروز قصور پزشکی بود. از خطاهای انسانی، خطا در تشخیص و خطا در درمان بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بودند.

- Sadr SS, Ghadyani MH, Avish S, Ramim T. Medical malpractice frequency in the psychiatric field, in Medical Council of Iran, from 2001 to 2010: a brief report. *Tehran Uni Med J*. 2014;72(5):329-4. [In press].
- Sadr SS, Ghadyani MH, Bagher Zadeh AA. Assessment of records of complaints from medical malpractice in the field of orthopedic, in the coroner's Office of Forensic Medicine, province of Tehran, during 1988 to 2003. *SJFM*. 2007;13(2):78-86.
- Schlechtriemen T, Armbruster W, Adler J, et al. The challenge of emergency physician services. Further training concept for a demanding field of medical activity. *Notfall Rettungsmedizin*. 2014;17(1):39-45.
- Rosen P. *Emergency medicine: concepts and clinical practice*. Chicago: CV Mosby; 1998. p. 82.
- Akhlaghi M, Toufighi ZH, Samadi F. Analysis of medical malpractice complaints in gynecology and obstetric referred to the medical commission of lmo in tehran from 2001-2002; causes & preventative resolutions. *Scientif J Forensic Med*. 2004;10:70-4. [Persian].
- Haghshenas MR, Vahidshahi K, Amiri A, et al. Study the frequency of malpractice lawsuits referred to forensic medicine department and medical council, Sari, 2006-2011. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2012;21(86):253-60. [Persian].
- Tofighi H, Shirzad J, Ghadi Pasha M. Survey on medical errors reduced to death referred the commission of national legal medicine center from 1995 to 1999. *Forensic Med*. 2002;8(27):5-8.
- Adibzadeh A, Ghadi PM, Pour AA, Nakhaei N, Samadi RB, Bastani M. A study on medical malpractices ending to death and disability referred to kerman medical council's medical malpractices commission. 2012;6:141-54 [Persian].

ORIGINAL ARTICLE

82 Cases of Medical Lawsuit against Emergency Medicine Specialists; a case study

Masoumeh Pourali, Majid Shojaee, Afshin Amini, Hosein Alimohammadi, Hamidreza Hatamabadi*

Emergency Department, Imam Hossein Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Corresponding author: Hamidreza Hatamabadi; Emergency Department, Imam Hossein Hospital, Shahid Madani Avenue, Imam Hossein Square, Tehran, Iran. Tel: 00989123861683; Email: hhatamabadi@yahoo.com

Abstract

Introduction: Increase of medical errors is a common concern among health care policy planners. Taking into account the importance of identifying the causes of medical errors and preventing them from persisting, this descriptive study reports 82 cases of medical lawsuit against emergency physicians. **Methods:** The present case study, describes 82 cases of medical error by emergency medicine specialists, lawsuit outcome, patient outcome, type of malpractice, total investigation procedure time. Data were self-expressed by the participants and gathered using an anonymous questionnaire. **Results:** Data on 82 lawsuits against emergency physicians were gathered. Mean age of the emergency physicians was 37.3 ± 5.7 years (89.2% male). Finally, in 53 (63.8%) cases malpractice was confirmed. Frequency of medical errors was significantly higher in night shifts compared to evening ($p = 0.02$) and morning ($p = 0.01$). Human error was the most frequent cause of malpractice with 27 (50.9%) cases ($p < 0.001$). Among human errors, diagnostic (48.2%) and treatment (33.3%) errors were the most important causes. Medical errors led to death in 28 (52.8%) cases and severe harm in 6 (11.3%) of the patients ($p < 0.001$). **Conclusion:** Frequency of medical errors was calculated to be 63.85% in this study. Most human errors occurred in the night shifts. The major human error was malpractice with 50.9% prevalence. Among human errors, diagnostic and treatment errors were the most frequent. These errors finally led to 52.8% death and 11.3% severe harm among the patients.

Key words: Malpractice; medical errors; emergency service, hospital; physicians