

بررسی پرونده‌های شکایت در حیطه روانپزشکی ارجاعی به سازمان نظام پزشکی ایران طی سال‌های ۸۹-۱۳۸۰: گزارش کوتاه

چکیده

دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۱۴ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۳/۲۶ آنلاین: ۱۳۹۳/۰۴/۲۵

زمینه و هدف: شناسایی علل شکایت علیه پزشکان می‌تواند در کاهش آنها موثر باشد. هدف از این مطالعه بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در حیطه روانپزشکی بود.

روش بررسی: این مطالعه به صورت مقطعی و گذشته‌نگر انجام گردیده و پرونده‌های مطرح‌شده در هیئت عالی انتظامی سازمان نظام پزشکی در مورد شکایت از قصور پزشکی در حیطه روانپزشکی از سال ۸۹-۱۳۸۰ بررسی شد. اطلاعات به دست آمده با آزمون χ^2 آنالیز گردید. $P < 0/05$ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: تعداد ۲۴ پرونده در مطالعه شرکت داده شدند. همه پزشکان مورد شکایت مرد بودند. ۱۷ نفر در گروه سنی ۵۰-۳۰ سال و هفت نفر در گروه سنی ۵۰ سال قرار داشتند. بیشترین قصور مربوط به عدم رعایت نظام‌های دولتی (۴۰٪) بود. سن، تخصص و محل فعالیت متغیرهایی بودند که در دو گروه قصور و براءت اختلاف آماری معناداری داشتند ($P < 0/05$). در هیئت بدوی هشت مورد حکم براءت صادر شد که در هیئت تجدید نظر ۹ مورد و در بررسی مجدد در هیئت عالی انتظامی هشت مورد حکم براءت گرفتند.

نتیجه‌گیری: سن بالا، تخصص و محل فعالیت از جمله عوامل موثر در کاهش قصور در حیطه روانپزشکی بودند.

کلمات کلیدی: قصور پزشکی، حیطه روانپزشکی، شکایت.

سید شهاب‌الدین صدر^۱
محمد حسن قدیانی^۲، شکرالله آویش^۳
طیب رمیم^{۴*}

۱- گروه فیزیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران.
۲- گروه بیماری‌های داخلی، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران.
۳- گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴- محقق، مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: تهران، خیابان امام خمینی، نرسیده به میدان حسن‌آباد، بیمارستان سینا

تلفن: ۰۲۱-۶۶۷۵۷۰۰۱-۳

E-mail: dr.tayebnamim@gmail.com

مقدمه

قانون مجازات اسلامی چنانچه طبیب پیش از شروع درمان یا اعمال جراحی از مریض یا ولی او براءت گرفته باشد، ضامن خسارت جانی، مالی یا نقص عضو نیست و در موارد فوری که اجازه گرفتن ممکن نباشد طبیب ضامن نمی‌باشد. همچنین هرگاه طبیبی گرچه حاذق و متخصص باشد در معالجاتی که شخصاً انجام می‌دهد یا دستور آن را صادر می‌کند هرچند به اذن مریض یا ولی او باشد، باعث تلف شدن جان یا نقص عضو یا خسارت مالی شود ضامن است مگر اینکه قبل از شروع به درمان از مریض یا ولی او براءت حاصل نماید. البته بر اساس ماده ۶۱۶ قانون مجازات اسلامی در صورتی که فوت بیمار به واسطه بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی یا اقدام به امری که مرتکب در آن مهارت نداشته است یا به سبب عدم رعایت نظامات واقع شود مسبب به حبس از یک تا سه سال و نیز به پرداخت دیه در صورت مطالبه از

امروزه علیرغم زحمات پزشکان در ارائه خدمات به بیماران متأسفانه روزبه‌روز تعداد شاکیان افزایش می‌یابد که این امر در آینده نه چندان دور می‌تواند اشکالاتی را در خدمات‌رسانی به افراد جامعه ایجاد نماید. گزارش‌های بین‌المللی درباره فراوانی شکایت از پزشکان معالج در کشورهای مختلف بیانگر این است که پیشرفت‌های قابل ملاحظه علمی و حضور تکنولوژی نوین در عرصه خدمات تشخیصی و درمانی در کاهش موارد شکایت از پزشکان موثر نبوده است.^۱ هرگاه طبیب حاذق بر اثر سهل‌انگاری و بی‌توجهی مرتکب خطای پزشکی شود و از این بابت صدمه‌ای بر بیمار وارد آید ضامن خواهد بود اگرچه معالجه وی به اذن بیمار یا ولی او باشد. مطابق ماده ۱۴۵

قصور کادر درمانی، نوع قصور از نظر حقوقی، خسارت ناشی از قصور پزشکی، رای بدوی، رای تجدیدنظر و رای هیئت عالی انتظامی. هر پرونده در چندین نوبت بررسی شده و اطلاعات مورد نیاز از متن جملات و احکام صادر شده استخراج شد. از نرم‌افزار آماری SPSS ویراست ۱۹ برای آنالیز داده‌ها استفاده گردید. اختلاف آماری موارد قصور و برائت بر حسب مشخصات پزشکان مورد شکایت و بر اساس آزمون χ^2 محاسبه گردید. $P < 0/05$ معنادار در نظر گرفته شد

یافته‌ها

از مجموع ۲۷ پرونده موجود سه مورد به دلیل نقص اطلاعات از مطالعه حذف گردیده و ۲۴ پرونده در آنالیز نهایی شرکت نمودند. همه پزشکان مورد شکایت مرد بودند. ۱۷ نفر ۵۰-۳۰ سال و هفت نفر بالای ۵۰ سال سن داشتند. ۱۰ نفر پزشک عمومی و ۱۴ نفر متخصص روانپزشکی بودند. هشت نفر عضو هیئت علمی بودند. از مجموع ۲۴ نفر، ۱۱ نفر دارای مطب خصوصی و شش نفر دارای کلینیک خصوصی-درمانی بودند. پنج نفر در بیمارستان دولتی- دانشگاهی و دو نفر در بیمارستان دولتی- غیردانشگاهی مشغول به فعالیت بودند.

از مجموع ۲۴ نفر، پنج نفر به دلیل بی‌احتیاطی، پنج نفر به دلیل بی‌مبالاتی، یک نفر به دلیل عدم تبحر، ۱۰ نفر به دلیل عدم رعایت نظامات دولتی و سه نفر به دو یا چند دلیل مرتکب قصور از نظر حقوقی شده بودند.

در جدول ۱ موارد قصور و برائت بر حسب مشخصات پزشکان مورد شکایت بیان گردیده است. از مجموع ۲۴ پرونده، هشت مورد منجر به فوت، یک مورد منجر به زندگی نباتی، چهار مورد منجر به نقص عضو، هفت مورد منجر به ضرر مالی و چهار مورد منجر به خسارت متعدد شده بودند. بیشترین هدف از شکایت، جبران هزینه‌های مالی (۱۱ مورد) بود. شکایت در سه مورد با هدف تنبیه، در دو مورد با هدف عدم تکرار و در هشت مورد با ترکیبی از این اهداف صورت گرفته بود. از مجموع ۲۴ پرونده دو مورد از اهواز، سه مورد از اصفهان، یک مورد از کرج، پنج مورد از تهران، پنج مورد از شیراز، یک مورد از گنبدکاووس، سه مورد از ارومیه، یک مورد از رشت، دو مورد از مشهد و یک مورد از تبریز ارجاع شده بود. در

ناحیه اولیای دم محکوم خواهد شد مگر این که خطای محض باشد.^{۱-۵} بسیاری از عوارض را نمی‌توان به حساب قصور پزشکی گذاشت و باید آگاهی‌های لازم را در مورد پذیرش بسیاری از عواقب و عوارض درمان و پروسیجرهای تشخیصی از سوی بیماران و اولیای آنها توسط پزشک معالج و پرسنل درمانی و حتی رسانه‌های عمومی به ایشان داده شود.^۴ اشکال در مدیریت سیستم نظارتی بیمارستان‌ها و عدم اجرای بخشنامه‌های وزارتی و نظامات دولتی در مواردی عامل مشترک خدشه‌دار شدن رابطه پزشکان با بیماران و همراهان وی و طرح دعاوی علیه آنها بوده است.^۲

قصور پزشکی عبارت است از "تخلف از الزامات خاص که حرفه و شغل پزشکی بر عهده پزشک گذاشته است." پزشک باید احاطه و تسلط کافی در موازین و قواعد حیطه پزشکی داشته باشد زیرا در صورت نقض آنها مقصر شناخته می‌شود و عذر عدم آگاهی از این موازین پذیرفته نیست. بنابراین قصور چیزی بیش از یک بی‌توجهی و رفتار بی‌احتیاطانه است ولی اگر خسارتی وجود نداشته باشد هیچ زمینه‌ای برای دعوی قضایی وجود ندارد.^۶ براساس ماده ۱۴۵ قانون مجازات اسلامی، قصور شامل بی‌مبالاتی، بی‌احتیاطی، عدم مهارت، عدم رعایت نظامات دولتی و مجموعی از این موارد است.^۲ در صورت رویداد قصور پزشکی معمولاً پزشک در یکی از مراجع ذیصلاح قضایی مانند سازمان نظام پزشکی حضور یافته و به سوالات مربوطه پاسخ می‌دهد.^۴ هدف از انجام این مطالعه بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در حیطه روانپزشکی مطرح شده در هیئت عالی انتظامی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران می‌باشد.

روش بررسی

مطالعه به صورت مقطعی، گذشته‌نگر و براساس پرونده‌های موجود انجام گردید. کلیه پرونده‌های مربوط به شکایت از قصور پزشکی در حیطه روانپزشکی ارجاع شده به هیات عالی انتظامی سازمان نظام پزشکی کشور طی سال‌های ۸۹-۱۳۸۰ که از طریق مراجع قضایی درخواست رسیدگی و نظریه کارشناسی شده بود بررسی گردید (در مجموع ۲۷ پرونده). متغیرهای مورد بررسی در مطالعه حاضر با محوریت پزشکان مورد شکایت و شامل موارد زیر بود: سن، جنس، تحصیلات، هیئت علمی بودن، نوع مرکز درمانی،

جدول ۱: موارد قصور و براءت بر حسب مشخصات پزشکان مورد شکایت (۲۴ مورد)

مشخصات	تصور (۱۰۰٪) ۱۷ نفر	براءت (۱۰۰٪) ۷ نفر	آزمون آماری*
گروه سنی	۱۵ (۸۸٪)	۲ (۲۸/۵٪)	P=۰/۰۰۹
۳۰-۵۰ سال			
پزشک	۱۰ (۵۹٪)	۰ (۰٪)	P=۰/۰۱۰
عمومی			
عضو هیئت علمی دانشگاه	۴ (۲۴٪)	۴ (۵۷٪)	P=۰/۱۳۴
متخصص	۷ (۴۱٪)	۳ (۴۳٪)	
نوع مرکز درمانی	۹ (۵۳٪)	۲ (۲۸/۵٪)	P=۰/۰۱۶
مطب خصوصی	۶ (۳۵٪)	۰ (۰٪)	
کلینیک خصوصی - درمانی	۲ (۱۲٪)	۳ (۴۳٪)	
بیمارستان دولتی	۰ (۰٪)	۲ (۲۸/۵٪)	
نوع قصور (حقوقی)	۲ (۱۲٪)	۳ (۴۳٪)	P=۰/۳۸۵
بی احتیاطی	۴ (۲۴٪)	۱ (۱۴٪)	
بی مبالائی	۱ (۶٪)	۰ (۰٪)	
عدم مهارت علمی و عملی	۷ (۴۱٪)	۳ (۴۳٪)	
عدم رعایت نظامات دولتی	۳ (۱۲٪)	۰ (۰٪)	
خسارت ناشی از قصور پزشکی	۶ (۳۵٪)	۲ (۲۸/۵٪)	P=۰/۰۸۲
فوت	۱ (۶٪)	۰ (۰٪)	
مرگ نباتی	۱ (۶٪)	۳ (۴۳٪)	
نقص عضو	۷ (۴۱٪)	۰ (۰٪)	
	۲ (۱۲٪)	۲ (۲۸/۵٪)	
			ضرر مالی
			مرکب

* آزمون آماری مورد استفاده: χ^2 $P < 0/05$ معنادار در نظر گرفته شد.

پرونده‌های مورد بررسی، یک مورد در سال ۱۳۸۰، هشت مورد در سال ۱۳۸۱، پنج مورد در سال ۱۳۸۲، چهار مورد در سال ۱۳۸۳، دو مورد در سال ۱۳۸۴، سه مورد در سال ۱۳۸۵ و یک مورد در سال ۱۳۸۷ بود. در سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۸ پرونده‌ای به هیئت عالی انتظامی ارجاع نشده بود. در هیچ مرحله‌ای حکم مبتنی بر محرومیت از اشتغال بیش از یک‌سال تا پنج‌سال در تمام کشور و یا محرومیت دائم صادر نشده بود (نمودار ۱).

بحث

تمامی پزشکان عمومی مورد بررسی در زمینه ترک اعتیاد مشغول به فعالیت بودند که در احکام نهایی صادر شده مقصر بوده و هیچ‌کدام



نمودار ۱: فراوانی احکام صادره در هیئت بدوی، تجدید نظر و هیئت عالی انتظامی سازمان نظام پزشکی کل کشور

علت قصور در ۴۲/۹٪ مرکب و در ۳۱/۰۲٪ عدم مهارت بوده است.^{۱۱} در مطالعه Rafizadeh Tabai و همکاران قصور پزشکان عمومی در ۶۰٪ موارد به علت عدم مهارت و ۲۶/۷٪ موارد در اثر بی‌مبالاتی بود.^{۱۲} در مطالعه Mahfoofi و همکاران از ۱۲۷ پرونده در ۸۷ مورد (۶۸/۵٪) کادر بیهوشی و در ۸۴ مورد (۶۶/۱٪) متخصص بیهوشی مقصر شناخته شد.^{۱۳}

در مطالعه حاضر نیمی از افراد هیئت علمی دچار قصور شده بودند در حالی که در گروه پزشکان غیر هیئت علمی اغلب پزشکان دچار قصور شدند که نشان‌دهنده دقت بیشتر پزشکان عضو هیئت علمی در انجام اقدامات درمانی نسبت به پزشکان غیر هیئت علمی می‌باشد. به نظر می‌رسد تاثیر نظارت مستمر و آموزش‌های مداوم در افزایش آگاهی و تجربه پزشکان هیئت علمی باعث کاهش در اشتباه و قصور گردد.

عدم اطلاع پزشک از قوانین حاکم بر نظام سلامت، مهمترین عامل بروز قصور در مطالعه حاضر بود. این امر نشان می‌دهد که آشنایی کادر درمانی با قوانین نظام سلامت و مراقبت‌های درمانی در سطوح مختلف می‌تواند نقش زیادی در کاهش بروز قصور داشته باشد. در مطالعه Mavroforou و همکاران در یونان اکثر شکایات به دلیل عدم وجود معیارهای کافی انتخاب بیماران و عدم ارتباط مناسب پزشک و بیمار بود. استفاده از تکنیک‌های تصویربرداری جدید و ارتباط مناسب با بیمار و کسب گواهی رضایت بیمار و اقدامات احتیاطی نقش موثری در کاهش شکایات‌ها داشت.^{۱۴}

در نهایت با توجه به یافته‌های مطالعه می‌توان بیان نمود که آگاهی پزشکان از قوانین درمانی و رعایت نظامات دولتی، رعایت اخلاق پزشکی و تعهد حرفه‌ای، مطالعه‌ی مستمر و به‌روز کردن دانش پزشکی، مهارت لازم و تجربه‌ی کافی پزشک و عدم استفاده از روش‌هایی که دوره‌های آموزشی آن‌را نگذرانده‌اند می‌تواند در کاهش میزان قصور در حیطه روانپزشکی موثر باشد.

سپاسگزاری: مقاله حاصل پایان‌نامه تحت عنوان "بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در حیطه روانپزشکی ارجاعی به هیئت عالی انتظامی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران طی سال‌های ۸۹-۱۳۸۰" مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران در سال ۱۳۹۰ به شماره ۲۱۳۲۸ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شده است.

حکم برائت نداشتند. از ۱۴ متخصص روانپزشکی تنها نیمی از آنها مقصر شناخته شدند که البته دو مورد از این متخصصین در زمینه ترک اعتیاد فعالیت داشتند. از ۱۰ پزشک عمومی ۶۰٪ به علت عدم داشتن مجوز فعالیت در زمینه ترک اعتیاد دچار قصور شدند که در سه مورد (۵۰٪) قصور منجر به فوت بیمار گردیده بود. به نظر می‌رسد نظارت دقیق‌تر بر این مراکز از نظر کسب مجوز لازم بتواند تا حدودی از بروز موارد قصور درمانی جلوگیری نماید.

اغلب پزشکان مقصر (۸۸/۲٪) در گروه سنی ۳۰-۵۰ سال بودند. در حالی که ۷۱/۴٪ پزشکان تبرئه‌شده در گروه سنی بیشتر از ۵۰ سال قرار داشتند. به نظر می‌رسد که با افزایش سابقه درمانی و تجربه کاری پزشک میزان قصور کاهش می‌یابد. در مطالعه Nash و همکاران بیشترین شکایت از پزشکان جوان و کم‌تجربه بوده و پزشکان با میانگین سنی بالاتر درصد کمتری از شکایات را شامل شدند که با یافته‌های این مطالعه همخوانی دارد.^۸ در مطالعه Nobakht و همکاران بیشترین علت شکایت سهل‌انگاری، کوتاهی و بی‌توجهی پزشک بود.^۳ از نظر شکایت‌کنندگان پزشک باید در درجه اول دقت، احساس مسئولیت، وجدان کاری و توجه به بیمار و در مرتبه دوم اخلاق و رفتار انسانی با بیمار داشته باشد. در مقابل بدترین صفت بی‌دقتی و بی‌توجهی پزشک به درمان و توجه به مادیات بود. در مطالعه Jimenez-Corona و همکاران از ۶۳۹ شکایت ۵۷/۶٪ متعلق به زنان میان‌سال بود که در ۳۶/۵٪ موارد مقصر بودند.^۹ در ۶۷/۴٪ موارد قصور از نظر کمبود مهارت بود. در مطالعه حاضر بیشترین نوع قصور عدم رعایت نظامات دولتی و پس از آن بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی بود که مهمترین علت آن عدم دریافت مجوز فعالیت برای مراکز ترک اعتیاد بود.

در بررسی Amoe و همکاران از ۶۱۵ مورد پرونده ارجاعی به سازمان پزشکی قانونی کشور در ۱۸۰ مورد قصور کادر پزشکی اثبات گردیده (۳۰ مورد مربوط به مراکز دانشگاهی و ۱۵۰ مورد مربوط به مراکز غیردانشگاهی) که بی‌احتیاطی و سهل‌انگاری بیشترین علل قصور بودند (۱۰۹ مورد).^۷ در ۳۰٪ موارد دو نوع خطای پزشکی با هم مطرح بوده است. در مطالعه Woolf و همکاران در مورد شکایت از قصور پزشکی در رشته زنان و زایمان بیشترین نوع قصور از نوع عدم مهارت و بعد از آن بی‌مبالاتی بود.^{۱۰} در مطالعه Sadr و همکاران که در رشته ارتوپدی انجام گردید

References

1. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000;320(7237):774-7.
2. 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. [Persian]
3. Nobakht A, Zali M, Mahdavi MS, Nourozi A. Causes of patient complaints, physician referred to the Medical Council of Tehran. *J Med Council Islam Rep Iran* 2000; 18(4):295-303. [Persian]
4. Farhadee Y, Golamkani M, Haghighi Z, Pirzadeh R. A survey of medical errors in Tehran 1987-1998. *Teb va Tazkiyeh* 2005;55:21-5.
5. Parhizgar SH, Fayaz AF. Survey of complaints against ophthalmologists referred to legal medicine organization during 2000-2003. *Sci J Forensic Med* 2005;11(38):68-70.
6. Haghshenas MR, Vahidshahi K, Amiri A, Rezaee M, Rahmani N, Pourhossen M, 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.
7. Amooe M, Soltani K, Kahani A, Najari F, Rohi M. Review of medical malpractice cases referred to the coroner in 1999. *J Legal Med* 2000;6(21):15-23. [Persian]
8. Nash L, Walton M, Daly M, Johnson M, Walter G, van Ekert E, et al. GPs' concerns about medicolegal issues - How it affects their practice. *Aust Fam Physician* 2009;38(1-2):66-70.
9. Jimenez-Corona ME, Ponce-de-Leon-Rosales S, Rangel-Frausto S, Mohar-Betancourt A. Epidemiology of medical complaints in Mexico: identifying a general profile. *Int J Qual Health Care* 2006;18(3):220-3.
10. Woolf SH1, Kuzel AJ, Dovey SM, Phillips RL Jr. A string of mistakes: the importance of cascade analysis in describing, counting, and preventing medical errors. *Ann Fam Med* 2004;2(4):317-26.
11. Sadr S, Ghadyani M, Bagher Zadeh A. 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.
12. Rafizadeh Tabai Zavareh M, Haj Manoochehri R, Nasaji Zavareh M. Assessment of frequency of general physician s medical malpractice complaintsreferred to Tehran medicolegal commission from 2003 to 2005. *Sci J Forensic Med* 2007;13:152-7. [Persian]
13. Mahfoozi A, Zamani R. The evaluation of the causes of anesthesiologist's legal pursuits in Tehran Medical Consult from 1993 to 2003. *Sci J Forensic Med* 2007;13:98-101. [Persian]
14. Mavroforou A1, Giannoukas A, Michalodimitrakis E. Medical litigation in cosmetic plastic surgery. *Med Law* 2004;23(3):479-88.

Medical malpractice frequency in the psychiatric field, in Medical Council of Iran, from 2001 to 2010: a brief report

Seyed Shahabedin Sadr M.D.,
Ph.D.¹
Mohammad Hassan Ghadyani
M.D.²
Shokroallah Avish M.D.³
Tayeb Ramim M.D.^{4*}

1- Department of Physiology,
Tehran University of Medical
Sciences, Medical Council of
Islamic Republic of Iran, Tehran,
Iran.

2- Department of Internal Medicine,
Legal Medicine Research Center,
Legal Medicine Organization of
Iran, Tehran, Iran.

3- Department of Emergency
Medicine, Medical Faculty, Tehran
University of Medical Sciences,
Tehran, Iran.

4- Researcher, Sina Trauma and
Surgery Researches Center, Tehran
University of Medical Sciences,
Tehran, Iran.

* Corresponding author: Sina Hospital,
Hassan Abad Sq., Imam Khomeini Ave.,
Tehran, Iran.
Tel: +98-21-66757001-3
E-mail: dr.tayebmramim@gmail.com

Abstract

Received: 05 Mar. 2014 Accepted: 16 Jun. 2014 Available online: 16 Jul. 2014

Background: Identify the causes of complaints and contributing factors may reduce medical litigation. The aim of this study was to assess the cases of complaints in the field of psychiatric.

Methods: This study was done in retrospective cross-sectional study method. We investigated 27 cases of medical malpractice in the field of psychiatry that registered in higher disciplinary board of the Medical Council of Iran, from 2001 to 2010. We calculated the absolute and relative frequency of variables after collecting all data and calculated the difference between malpractice and exculpation cases based on physicians profile by χ^2 and Fisher's exact test. $P < 0.05$ was considered as statistically significant difference.

Results: The 24 people who died and their families protested against psychiatrist were enrolled in this study. Demographic information and other characteristics of the cases were collected. All participants had been men. Seventeen of 24 cases (70.84%) were in 30-50 year old group and seven of 24 cases (29.16%) were in > 50 year old group. The most common types of negligence were related to disregarding of governmental provisions (40%). The age, expertise and place of medical activities were variables that different significantly between negligence and non-negligence groups ($P < 0.05$). The results of the study showed eight cases of 24 cases (33%) in the lower board, nine cases of 24 cases (37.5%) in the appeals board and eight cases of 24 cases (33%) in the higher disciplinary board were acquitted.

Conclusion: Based on the study findings, it appears that age, expertise and activity place are factors that can be effective in reducing malpractice in psychiatry.

Keywords: complaints, medical malpractice, psychiatry.