الباب الثاني

الخطأ الطبي: من الوقوع إلى التعلّم

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «الخطأ الطبي: من الوقوع إلى التعلّم». موقع فقه وأخلاقيات مهنة الطب، 1448هـ/2026م.

حقوق النشر والترخيص

© 1448هـ/2026م د. محمد سعيد حسن الغامدي. جميع الحقوق محفوظة للمؤلف. هذا الملف متاح مجانًا للقراءة والتنزيل والمشاركة برخصة المشاع الإبداعي: نَسب المصنف، غير تجاري، منع الاشتقاق 4.0 الدولية (CC BY-NC-ND 4.0). نرحّب بتداوله ونشره كما هو مع ذكر مصدره، ونرجو ألّا يُباع وألّا يُغيَّر نصّه.

للتواصل

dmshgg@gmail.com

الفصل الحادي عشر

الخطأ الطبي: من الوقوع إلى التعلّم

تشريح الخطأ وأنواعه • الخطأ التشخيصي وأخطاء الدواء • الإفصاح والاعتذار • الضحية الثانية • الثقافة العادلة • مشروع القرار 223 (7/23) • الإبلاغ عن الحوادث والتعلم منها

محتويات الفصل

- خلاصة الفصل
- تمهيد
- أولًا: الركن الطبي
- ثانيًا: الركن الأخلاقي
- ثالثًا: الركن الفقهي
- رابعًا: الركن النظامي
- خامسًا: أدوات عملية
- سادسًا: الحالات التطبيقية
- سابعًا: النتائج والتوصيات
- ثامنًا: الخاتمة
- أسئلة المراجعة والنقاش
- المراجع

بطاقة الفصل — الباب الثاني: حقوق المريض والمسؤولية والسلامة • الجمهور المقصود: الممارسون الصحيون وقادة الأقسام، ومسؤولو الجودة وسلامة المرضى، وطلاب العلوم الصحية، وأعضاء لجان الأخلاقيات • الفصل الأم لـ: مشروع القرار 223 (7/23) بنصه وتحليله، والثقافة العادلة، وسلامة المرضى، والإبلاغ عن الحوادث وتحليل السبب الجذري، والضحية الثانية • يحيل إلى: الفصول 4، 5، 7، 8، 10، 12، 13، 14، 31 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

خلاصة الفصل

يعالج هذا الفصل الخطأ الطبي من جهة السلامة: لماذا وقع؟ وكيف يُكشف ويُفصح عنه؟ وكيف يُتعلَّم منه فلا يتكرر؟ أمّا من يضمن وبم يُضمن، وأمام أي جهة يُقاضى، فمحلّه فصل المسؤولية الطبية (انظر الفصل 10). والفصل بين السؤالين ليس تقسيمًا شكليًا؛ فإذا تحوّل تحليل الحادثة إلى تحقيق في المسؤولية دافع الناس عن أنفسهم بدل أن يتعلموا، وضاعت المعلومة التي كانت ستمنع التكرار.

CC BY-NC-ND 4.0

ويبدأ الفصل بتحرير المصطلحات: الخطأ، والحدث الضار، والمضاعفة، والحادث القريب، والحدث الجسيم. ثم يشرّح الخطأ خمسة أنواع لكلٍّ منها علاج مختلف، ويفرد الخطأ التشخيصي وأخطاء الدواء. وفي الركن الأخلاقي يعرض الإفصاح والاعتذار بقدر ما يخدم موضوع الخطأ، ويبسط «الضحية الثانية» و«الثقافة العادلة». وفي الركن الفقهي يبسط نص مشروع القرار 223 (7/23) بشأن مسؤولية الطبيب عن الأخطاء الطبية غير العمدية، ويبيّن أنه الوجه الفقهي الجماعي لعلم سلامة المرضى. وفي الركن النظامي يعرض الإطار السعودي للإبلاغ عن الأحداث الجسيمة والثقافة العادلة، وحدود التكييف بين مسارات السلامة والتأديب والقضاء.

ويختم الفصل بأدوات عملية، وأربع حالات: جرعة عشرية اكتُشفت قبل الإعطاء، وتصنيف دفاعي يسمّي الخطأ مضاعفة، وممارس بعد خطأ جسيم، ونتائج حرجة تضيع بعد خروج المرضى. وخلاصته أن الملام ليس من أخطأ، بل من أخطأ فكتم، أو من علم بثغرة متكررة فلم يُصلحها.

كلمات مفتاحية: الخطأ الطبي، سلامة المرضى، الحادث القريب، تحليل السبب الجذري، الإفصاح، الضحية الثانية، الثقافة العادلة، مشروع القرار 223 (7/23)، الأحداث الجسيمة.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

هذا الفصل مكمّل لفصل «المسؤولية الطبية» لا مكرّر له؛ والفرق بينهما في السؤال لا في الموضوع. فالمسؤولية تسأل: من يُسأل؟ وبم يُضمن؟ وهو نظر لاحق يأتي بعد وقوع الضرر، ويبحث في الخطأ ركنًا من ثلاثة: خطأ وضرر وسببية (انظر الفصل 10). أمّا هذا الفصل فيسأل: لماذا وقع الخطأ؟ وكيف يُمنع؟ وكيف يُفصح عنه ويُتعلَّم منه؟ وهو نظر سابق وقائي، يبحث في الخطأ موضوعًا قائمًا بذاته.

وقد انتقل النقاش العالمي في هذا الباب نقلة حاسمة بتقرير «الخطأ إنساني» الصادر عن معهد الطب الأمريكي، الذي حوّل السؤال من «من أخطأ؟» إلى «ما الذي في النظام سمح بوقوعه؟» [1]. وتقدّر منظمة الصحة العالمية أن نحو مريض من كل عشرة يتضرر أثناء تلقي الرعاية، وأن أكثر من نصف هذا الضرر قابل للمنع، وأن نصف الضرر القابل للمنع مرتبط بالأدوية [2]. ولكنها تقديرات عالمية تجمع بيئات مختلفة، فلا تُنقل إلى منشأة بعينها من غير قياس محلي.

وفي المملكة يستند الإبلاغ عن الأحداث الجسيمة إلى دليل وطني يصدره المركز السعودي لسلامة المرضى [3]، ويتبنى المركز مفهوم الثقافة العادلة [4]. ولما انتقلت دعاوى الأخطاء المهنية الصحية إلى القضاء المتخصص (انظر الفصل 10، المبحث رابعًا)، صار التوثيق الصادق والإبلاغ المنظم أثقل وزنًا مما كانا.

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

الدراسات الطبية. تتوزع الأدبيات على أربعة مسارات. أولها الدراسات الوبائية المؤسِّسة، وأشهرها دراسة هارفارد للممارسة الطبية، التي وجدت أحداثًا ضارة في 3.7% من المنوَّمين، نُسب 27.6% منها إلى الإهمال [5]. ثم قدّر تحليل لاحق لبيانات الدراسة نفسها أن نحو ثلثي الأحداث الضارة كان قابلًا للمنع [6]. ووجد الجزء الثالث من الدراسة أمرًا لافتًا: أن أقل من 2% ممن أصيبوا بأحداث ضارة ناتجة عن الإهمال تقدّموا بمطالبة [7].

CC BY-NC-ND 4.0

وتؤيدها دراسات متعاقبة بأرقام تتقارب في الاتجاه وتختلف في المقدار. فقد وجدت الدراسة الأسترالية لجودة الرعاية أحداثًا ضارة في 16.6% من الحالات، وعدّت 51% منها قابلة للتجنب [8]. ووجدت دراسة يوتاه وكولورادو لعام 1992م نسبة 2.9% [9]. وخلصت مراجعة منهجية لدراسات من بلدان عدة إلى أن نحو مريض من كل عشرة منوَّمين يصاب بحدث ضار، وأن قرابة نصفها قابل للمنع [10].

ولكن لا تُؤخذ هذه الأرقام على علاتها؛ فيجب أن تُقرأ بتحفظ منهجي. فقد نوزع في تقدير الوفيات المنسوبة إلى الأخطاء، لأن مراجعة الملفات لا تثبت أن المريض كان سيبقى حيًّا لولا الخطأ [11]. واختلاف التعريفات والمنهجيات يفسّر كثيرًا من تفاوت الأرقام بين الدراسات.

والمسار الثاني نموذج الخطأ البشري؛ وحاصله أن الحوادث تقع حين تصطف ثغرات في طبقات الحماية المتعاقبة، كما تصطف الثقوب في شرائح متراصة، وأن معالجة الشخص وحده تترك الثغرات قائمة، فيتكرر الحادث بوجه آخر [12، 13]. والمسار الثالث أدبيات الخطأ التشخيصي؛ وقد بيّنت أنه واسع الانتشار قليل الرصد، وأن أسبابه تجمع بين نقص المعرفة وخلل النظام والتحيزات المعرفية [14–16]. والمسار الرابع أدبيات الإفصاح والضحية الثانية؛ وقد وجدت فجوة بين ما يريده المرضى وما يفعله الأطباء [17، 18]، ووصفت ما يصيب الممارس بعد الخطأ الجسيم من أثر نفسي ومهني يستدعي دعمًا منظمًا [19، 20].

الدراسات الأخلاقية. أراد جميع المرضى تقريبًا، في دراسة على مرضى الباطنة، أن يعترف الطبيب بالخطأ ولو كان يسيرًا، وخلصت الدراسة إلى أن التواصل المفتوح قد يخفض احتمال الإجراءات العقابية [17]. وفي دراسة على منتسبي خطط صحية أراد 98.8% أن يُخبَروا بالأخطاء. وزاد الإفصاح الكامل الرضا والثقة، وخفّض نية تغيير الطبيب، ولكنه لم يخفض نية طلب المشورة القانونية إلا في سيناريو واحد [21]. فالإفصاح واجب لأنه حق، لا لأنه يضمن منع التقاضي؛ وهذه هي الصياغة الأمينة التي ينبغي أن تُقال للممارسين بلا تزيين.

وارتبطت برامج الصراحة المؤسسية بانخفاض المطالبات وتكاليفها: في مستشفى قدامى المحاربين في ليكسينغتون [22]، ثم في برنامج جامعة ميشيغان للإفصاح والعرض المبكر للتسوية [23]. ولكن اختلاف السياقات القانونية يبقى مانعًا من نقل النتائج آليًا. ووجدت دراسة أخرى أن الأطباء والجمهور يختلفون في تصور أسباب الأخطاء وسبل الحد منها [24]. أمّا الثقافة العادلة فحاصل أدبياتها أن معاقبة الخطأ البشري في نظام رديء التصميم تُنتج إخفاءً لا انضباطًا، وأن المطلوب تفريق منضبط، لا شعار «لا لوم» ولا ثقافة اللوم [25].

الدراسات المحلية. قدّمت دراسة وطنية لبيانات مسح ثقافة سلامة المرضى لعام 2022م صورة واسعة، شملت 145,657 ممارسًا في 392 مستشفى. فتراوحت الاستجابات الإيجابية لبنود ثقافة الإبلاغ بين 50% و70%، ولم يبلّغ نحو 48.3% عن أي حدث خلال السنة السابقة، وأبلغ نحو 25.1% عن حدث أو حدثين فقط [26]. وهذا لا يثبت انخفاض وقوع الأحداث، بل يرجّح فجوة بين الوقوع والرصد؛ ولذلك كان عدد البلاغات وحده مؤشرًا مضللًا.

وتتسق هذه الصورة مع دراسة سابقة في 13 مستشفى عامًا بالرياض حددت الإبلاغ عن الأحداث، والاستجابة غير العقابية للخطأ، والتوظيف، والعمل بين الوحدات، مجالات تحتاج إلى تحسين [27]. وتتسق مع دراسة متعددة المناطق على 980 ممارسًا وجدت أن 58.8% لم يسبق لهم الإبلاغ عن خطأ دوائي، وأن الخوف من التبعات القانونية والخلاف في بيئة العمل وضغط الوقت من أبرز الحواجز [28]. وفي دراسة على أطباء مستشفى عام سعودي أقرّ بعضهم بأنهم قد يخفون خطأ وقع منهم تجنبًا للعقوبة [29]. ووجدت دراسة نوعية على الممرضين أن الخوف من

CC BY-NC-ND 4.0

العقوبة وغياب الدعم، ونقص المعرفة بالإبلاغ، وغياب التغذية الراجعة، أبرز حواجز الإبلاغ عن أخطاء إعطاء الدواء [30]. فهذه دراسات وصفية تدلك على موضع التدخل، ولا تقيس معدل الخطأ السريري الحقيقي.

الدراسات الفقهية والنظامية. انصرف أكثر ما كُتب في الفقه الطبي المعاصر عن الخطأ إلى الضمان والتعويض (انظر الفصل 10، المبحث ثالثًا). وما يضيفه هذا الفصل أن يقرأ مشروع القرار 223 (7/23) نصًّا في السلامة والتعلم، لا في الضمان وحده. أمّا الفجوة البحثية المحلية فلم تعد غياب الدراسات، وإنما نقص الدراسات التي تربط البلاغات بنتائج سريرية، وتقيس أثر الإفصاح والثقافة العادلة ودعم الممارسين في تكرار الضرر والشكاوى والاحتفاظ بالقوى العاملة.

المشكلة والسؤال المركزي

والخلل في إدارة الخطأ يقع عادة في أربعة مواضع، يعرفها كل من عمل في لجان الجودة: أن يُصنَّف الخطأ «مضاعفة» فيُغلق الملف قبل التحليل؛ وأن يُكتم عن المريض خوفًا من الدعوى؛ وأن يُترك الممارس بعد الخطأ الجسيم بلا سند، فيترك المهنة أو يُخفي ما يقع بعده؛ وأن تُغلق الحادثة بتوصية «التنبيه على الجميع»، فيبقى التصميم الذي أنتجها كما هو.

> **السؤال المركزي:** كيف يُدار الخطأ الطبي إدارة علمية وأخلاقية وفقهية ونظامية، فيُصنَّف بصدق، ويُفصح عنه للمريض بلا تهوين ولا تجريم، ويُبلَّغ عنه فيُتعلَّم منه، ويُصان الممارس بعده، دون أن يتحول ذلك إلى تسيّب يُعفي من المساءلة عند التهاون؟

الأهداف والحدود

الأهداف:

- تحرير مصطلحات الباب ومنع الخلط بين الخطأ والحدث الضار والمضاعفة.
- تشريح الخطأ بأنواعه، وبيان أن لكلٍّ منها علاجًا مختلفًا.
- إفراد الخطأ التشخيصي وأخطاء الدواء بما يستحقانه.
- معالجة «الضحية الثانية» بوصفها مسألة سلامة لا رفاهية، وضبط «الثقافة العادلة» بحدودها.
- بسط نص مشروع القرار 223 (7/23) وتحليله بوصفه الفصل الأم له.
- بيان الإطار السعودي للإبلاغ والتعلم، وحدود التكييف بين المسارات.

الحدود: يعالج الفصل الخطأ من جهة الوقوع والإبلاغ والتعلم والوقاية. أمّا الضمان والتعويض، والقرار 142 (8/15)، والمواد 26–31 من نظام مزاولة المهن الصحية، ونظام المعاملات المدنية، والقضاء المتخصص، فمحلها الفصل 10. وأمّا واجب الإفصاح بمعنى الصدق ومهارات إبلاغ الأخبار السيئة والمادة 18، فمحلها الفصل 8. ونموذج الأركان الأربعة والبوابات الخمس مبسوط في الفصل 4، ولا يُعاد شرحه هنا.

CC BY-NC-ND 4.0

أولًا: الركن الطبي

1-1 تحرير المصطلحات

عرّف تقرير «الخطأ إنساني» الخطأ بأنه إخفاق في إتمام فعل مخطط له كما أُريد، أو استعمال خطة خاطئة لبلوغ هدف [1]. وفي التعريف شقّان يُبنى عليهما التصنيف كله: فشل التنفيذ، بأن تكون الخطة صحيحة والتنفيذ مخطئًا؛ وفشل التخطيط، بأن يكون التنفيذ متقنًا والخطة خاطئة.

والخلط في هذا الباب أشد منه في غيره؛ لأن كل مصطلح يترتب عليه مسار مختلف. والتحرير الآتي مبني على الإطار المفاهيمي للتصنيف الدولي لسلامة المرضى [31]:

جدول 1: مصطلحات الخطأ ومساراتها

المصطلح	معناه	مساره
الخطأ	إخفاق في إتمام فعل مخطط كما أُريد، أو استعمال خطة خاطئة	تحليل وتعلّم؛ ومساءلة عند التهاون
الحدث الضار	ضرر وقع على المريض بسبب الرعاية لا بسبب المرض	إفصاح وتحليل وجبر
الحدث الضار القابل للمنع	ما نشأ عن خطأ وكان يمكن تجنبه	أولوية التحليل والوقاية
المضاعفة المتوقعة	أثر معروف للإجراء يقع رغم سلامة الأداء	شرح ومتابعة؛ ولا مسؤولية بذاته
الحادث القريب (near miss، ويُسمّى أيضًا شبه الخطأ)	حادث لم يصل إلى المريض	بلاغ وتعلّم، وهو أثمن ما يُبلَّغ عنه
الحدث الجسيم	ضرر بالغ أو وفاة غير متوقعة تستدعي مراجعة فورية	تحليل سبب جذري وإبلاغ

ويُقرَّر ضابط حاكم: ليس كل خطأ حدثًا ضارًا، وليس كل حدث ضار خطأً. فقد يقع الخطأ ولا يصل إلى المريض، وهو الحادث القريب؛ وقد يقع الضرر بلا خطأ، وهي المضاعفة.



شكل: تكييف ما وقع: السؤالان، ودلالة كل جواب.

CC BY-NC-ND 4.0

ويُنبَّه إلى فرق دقيق: أن الإهمال وصف قانوني لا يثبت إلا أمام الجهة القضائية، وأن القانون يعترف بأن الأطباء قد يخطئون دون إهمال، لكنه لا يتسامح مع عدم الأمانة [32]. فليس كل خطأ إهمالًا، والكمال ليس المعيار؛ والمعيار ما كان يفعله ممارس مماثل في الظرف نفسه (انظر الفصل 10، المبحث أولًا).

1-2 تشريح الخطأ: خمسة أنواع لكلٍّ علاج

«الخطأ» كلمة واحدة تحتها أفعال مختلفة تمامًا، والعلاج يختلف باختلافها. والتقسيم الآتي مبني على نموذج ريزن في الخطأ البشري [12]:

جدول 2: أنواع الخطأ وعلاجها

النوع	صورته	سببه الغالب	علاجه
الزلة	فعل صحيح خُطط له ونُفّذ خطأً، كالتقاط أمبولة بدل أخرى	انتباه انقطع، أو تشابه، أو مقاطعة	تصميم يمنع الالتباس، لا تدريب ولا تحذير
السهو	نسيان خطوة في تسلسل معروف	ضغط، أو إرهاق، أو انقطاع	قوائم تحقق وتنبيهات آلية
خطأ القاعدة	تطبيق قاعدة صحيحة في غير موضعها	تشابه ظاهري بين حالتين	تدريب على تمييز المواضع
خطأ المعرفة	جهل بما يُفترض العلم به	نقص تأهيل أو تحديث	تعليم وإشراف وتقييد امتياز
المخالفة	انحراف متعمد عن إجراء معلوم	اختصار طريق، أو ضغط عمل، أو تهاون	مساءلة متناسبة وإزالة ما يدفع إليها

والأربعة الأولى ليست اختيارًا، والخامسة اختيار. فمعاملة الزلة معاملة المخالفة ظلم يُنتج إخفاءً، ومعاملة المخالفة معاملة الزلة تسيّب يُنتج تكرارًا.

ويُميَّز كذلك بين المخالفة الروتينية، وهي التي صارت عادة في القسم كله لأن الإجراء الرسمي غير عملي، والمخالفة الاستثنائية، وهي انحراف فرد في ظرف خاص. والأولى تُعالج بإصلاح الإجراء لا بمعاقبة من اتبع العرف السائد.

ومن أمثلة ذلك في تخصص واحد ما كشفه تحليل هيئة التقاضي في الخدمة الصحية الوطنية البريطانية لمطالبات الولادة في عشر سنوات (2000–2010م): 5,087 مطالبة بلغت قيمتها 3.1 مليار جنيه إسترليني، مع أنها أقل من مطالبة لكل ألف ولادة؛ واستأثرت ثلاث فئات بنحو 70% من القيمة: أخطاء تفسير تخطيط قلب الجنين، وأخطاء إدارة المخاض، والشلل الدماغي؛ وتكرر فيها أن يدير المخاضَ أطباء مبتدئون وقابلات قليلات الخبرة بلا دعم كافٍ من الأقدمين [46]. وهذه أخطاء معرفة ومهارة ونظام معًا: فتفسير التخطيط يُعالج بالتدريب والمراجعة، وغياب الأقدم يُعالج بالتصميم لا باللوم (انظر المطلب 1-6)، ومعرفة المبتدئ متى يطلب العون ثقافة يبنيها الفريق (انظر الفصل 14).

CC BY-NC-ND 4.0

1-3 طبقات الحماية وتحليل السبب الجذري

يفسّر نموذج طبقات الحماية لماذا لا يكفي وجود ممارس كفء: فبين المريض والضرر طبقات متعاقبة من التدريب والإجراءات والتقنية والإشراف والتحقق، وفي كل طبقة ثغرات. والحادث يقع حين تصطف الثغرات فينفذ الخطأ منها جميعًا [12]. ويقابل ذلك «النهج الشخصي» الذي يحصر السبب في غفلة الفرد، فيعالج العَرَض ويترك المرض [12، 13].

ويترتب عليه أن السؤال بعد الحادثة ليس «من أخطأ؟» فقط، بل: أي الطبقات فشلت؟ ولماذا؟ وما الذي كان سيوقف الخطأ؟ ويُستعمل لذلك تحليل السبب الجذري، وقائمته في المطلب 5-3.

وتُفسد التحليلَ ثلاثُ آفات: أن يتوقف عند «قلة الانتباه»، وهي وصف لا سبب؛ وأن تُصاغ التوصية «بزيادة التوعية»، وهي أضعف التدخلات؛ وأن يدير التحليلَ من له مصلحة في نتيجة بعينها.

وللتدخلات ترتيب في القوة. فأقواها إزالة الخطر أصلًا، كسحب دواء عالي الخطورة من مخزون الوحدات. ثم الحواجز الآلية التي تمنع الخطأ فيزيائيًا أو برمجيًا. ثم التبسيط والتوحيد. ثم قوائم التحقق. وأضعفها التدريب والتذكير والتحذير؛ لأنها تعتمد على ذاكرة إنسان مرهق.



شكل: سلّم قوة التدخلات الوقائية: من إزالة الخطر أصلًا إلى التدريب والتذكير، وهو أضعفها.

1-4 الخطأ التشخيصي

الخطأ التشخيصي واسع الانتشار قليل الرصد؛ لأنه لا يترك أثرًا ظاهرًا كجرعة خاطئة، وقد لا يُكتشف إلا بعد شهور [14، 15]. ويقع في ثلاث صور: تشخيص فائت لم يوضع أصلًا؛ وتشخيص متأخر وُضع بعد فوات نافذة العلاج؛ وتشخيص خاطئ عولج فيه المريض من مرض لا يحمله.

وأسبابه ثلاثة مستويات: معرفية، كنقص العلم بالمرض أو بعرضه غير النمطي؛ ونظامية، كنتيجة لم تصل، أو إحالة تأخرت، أو تسليم ناقص؛ وإدراكية، وهي أخفاها وأخطرها. ومن التحيزات الإدراكية الأشيع [16]:

CC BY-NC-ND 4.0

- **الإرساء:** أن يُثبَّت الحكم على معلومة مبكرة ثم تُقرأ المعطيات التالية في ضوئها.
- **تأكيد المتوقع:** أن يُبحث عمّا يؤيد الفرضية لا عمّا ينقضها.
- **الإسناد المسبق:** أن تُنسب الأعراض إلى تشخيص سابق أو وصم يحمله المريض، كأن تُنسب آلام مريض نفسي إلى قلقه.
- **الإغلاق المبكر:** أن يتوقف البحث بمجرد ظهور تفسير معقول.

ويُعالج ذلك بأدوات محددة لا بالتنبيه العام: وقفة تشخيصية قبل الخروج تسأل «ماذا لو لم يكن هذا هو التشخيص؟ وما أخطر ما يمكن أن يكون؟»؛ وشبكة أمان تبيّن للمريض ما يستدعي العودة العاجلة؛ وإعادة التقييم عند تغيّر المعطيات؛ ورأي ثانٍ في الحالات الغامضة؛ ومالك محدد لكل نتيجة معلقة.

1-5 أخطاء الدواء

تقع أخطاء الدواء في مراحل متتابعة: الوصف، والنسخ أو الإدخال، والصرف، والإعطاء، والمراقبة بعده. وقد وجدت دراسة مرجعية أن أكثرها ينشأ في مرحلتي الوصف والإعطاء، وأن أخطاء الوصف كثيرًا ما تُعترض قبل وصولها إلى المريض، أمّا أخطاء الإعطاء فقلّما تُعترض لأنها آخر حاجز [33].

وتُقلَّل بثلاثة مستويات: إزالة الخطر بسحب التراكيز عالية الخطورة من الوحدات؛ وحواجز آلية كحدود الجرعة في الوصف الإلكتروني؛ وتحقق مزدوج مستقل للأدوية عالية الخطورة ولأدوية الأطفال المحسوبة بالوزن.

والغموض في الوصفة سبب مباشر للخطأ لا أسلوب شخصي. فتُمنع الاختصارات الملتبسة، ويُكتب الصفر قبل الفاصلة العشرية ولا يُكتب بعدها، فلا يُكتب «5.0» ولا «.5»، بل «5» و«0.5». وتُذكر الوحدة كاملة، ويُبيَّن الاستطباب في الأدوية عالية الخطورة. وتفصيل مسؤولية الواصف والصيدلي والممرض عن الوصفة الملتبسة في الفصل 10 (المبحث رابعًا)، وضوابط الصرف في الفصل 31.

1-6 الوقاية بالتصميم لا بالتحذير

أضعف ما يُعتمد عليه في منع الخطأ الذاكرة والانتباه؛ لأنهما أول ما ينهار تحت الضغط والإرهاق. ولذلك يُبنى الأمان على تصميم يجعل الفعل الصحيح أسهل والفعل الخاطئ أصعب أو مستحيلًا: توصيلات لا تتركب إلا في موضعها الصحيح، وعبوات متمايزة اللون والشكل، ووصف إلكتروني بحدود، وقوائم تحقق قبل الإجراءات، وتسليم منظم لا سردي.

ومن معايير نضج المنشأة أن ارتفاع بلاغات الحوادث القريبة علامة صحة لا مرض؛ فهو يعني أن الناس يبلّغون قبل وقوع الضرر.

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 الإفصاح عن الخطأ: ما يخص هذا الفصل

وأما واجب الإفصاح بمعنى الصدق، ومساره خطوة خطوة، ومهارات إبلاغ الأخبار السيئة، فمبسوطة في الفصل 8 (المبحثان أولًا وثانيًا)، فلا تُعاد هنا. وخلاصتها أن الإفصاح يقوم على منع

CC BY-NC-ND 4.0

ضرر إضافي، واحترام حق المريض في المعرفة ليتخذ قراراته، والعدالة في تمكينه من طلب الجبر، ومنع خداع يهدم ثقة الناس بالطب [32].

وما يضيفه هذا الفصل سند يخص السلامة: أن عدم الإفصاح يقوّض جهود تحسين السلامة إذا لم يُبلَّغ عن الخطأ [32]. والأمر بيّن: فمن لم يصدق مع المريض الجالس أمامه يصعب أن يصدق في نظام الإبلاغ، فتضيع المعلومة التي كانت ستمنع التكرار عند غيره.

وتنتقض حجج الكتمان الشائعة عند التحقيق:

جدول 3: حواجز الإفصاح ونقضها

الحاجز	صورته	نقضه
الخوف من الدعوى	«إن أخبرته سيقاضيني»	أقل من 2% من ضحايا الإهمال طالبوا [7]؛ وغياب التفسير والصدق من أسباب التقاضي [34]
حماية المريض من القلق	«المعلومة ستربكه»	ذريعة «الامتياز العلاجي» سقطت في الأغلب [32] (انظر الفصل 8، المطلب 2-4)
الغموض في المسؤولية	«الحادثة معقدة»	يُفصح عن الوقائع المعروفة ويُؤجَّل تحديد المسؤولية للمراجعة
الخوف على السمعة	«سيفقد القسم ثقة المرضى»	فقدان الثقة يقع عند اكتشاف الكتمان لا عند الإفصاح
ضعف المهارة	«لا أعرف كيف أقولها»	مهارة قابلة للتدريب، والعجز عنها لا يُسقط الواجب

2-2 الكتمان في القضاء المقارن

ولم يكن موضع الإدانة في قضايا مشهورة هو الخطأَ نفسه، بل ما جاء بعده. ففي قضية Stamos v. Davies (المحكمة العليا في أونتاريو، كندا، 1985م) أخذ اختصاصي في الأمراض الصدرية خزعة من طحال المريض بدل رئته، فلما سأله المريض قال إنه «حصل على شيء آخر»، ولم يعترف بخطئه. فقررت المحكمة أنه أخلّ بواجب الإفصاح الذي تقتضيه العلاقة المهنية [32].

وفي قضية Thomas v. Shobridge (المحكمة العليا في كولومبيا البريطانية، كندا، 1999م) ترك جرّاح لفافة في بطن مريض، ثم انتظر أكثر من شهرين قبل أن يخبره، وسعى في تلك المدة إلى طمس الخطأ، فطلب من التمريض ألّا يدوّنوا عنه شيئًا. فوصفت المحكمة سلوكه بأنه سوء نية وسلوك غير مهني يستحق العقاب، وقضت بتعويض عقابي [32].

والدرس المشترك بين القضيتين أن الخطأ قد يكون زلة معذورة، أمّا الكتمان والطمس ففعل إرادي يختاره صاحبه. وقد وجدت دراسة على مرضى وأقارب رفعوا دعاوى أن كثيرًا منهم دفعهم إليها غياب التفسير، وعدم الصدق، والإحجام عن الاعتذار، أو التعامل معهم باستخفاف [32، 34].

CC BY-NC-ND 4.0

2-3 الاعتذار وجبر الضرر

فرّق بين أمرين يُخلط بينهما، فيمتنع بعضهم عن الأول خشية الثاني. الأول التعبير عن الأسف: «يؤسفني جدًا ما حدث لك»، وهو واجب إنساني في كل حال ولا يتضمن تكييفًا. والثاني الإقرار بالمسؤولية: «هذا خطئي وأنا مسؤول عنه»، وهو تكييف لا يملكه الممارس منفردًا قبل المراجعة. والامتناع عن الأول خشية الثاني خطأ شائع؛ فالمرضى يريدون تفسيرًا واعترافًا واعتذارًا، ويريدون أن يعرفوا ما سيُفعل لمنع التكرار [18]. وأدلة الاعتذار وأثره مبسوطة في الفصل 8 (المطلب 2-6).

وأمّا جبر الضرر فحق لا تفضّل: يُعالج المريض ولا تُحمَّل عليه كلفة تصحيح الخطأ، ويُبيَّن له مسار المطالبة ولا يُساوَم عليه. ويُمنع شراء الصمت، وربط استمرار العلاج بالتنازل، والضغط على المريض ليوقّع على إبراء في لحظة ضعف.

2-4 الضحية الثانية: الممارس بعد الخطأ

المريض هو الضحية الأولى بلا خلاف؛ ولكنّ الممارس الذي وقع منه الخطأ يمر غالبًا بأثر عميق سُمّي في الأدبيات «الضحية الثانية» [19]. وأعراضه يعرفها من رآها في زميل له: صدمة وذهول، وشك في الكفاءة، واجترار للحادثة، واضطراب نوم، وتجنب للحالات المشابهة، وقد يمتد ذلك إلى ترك التخصص أو المهنة. وقد رسمت الدراسات مراحل تعافيه، ودعت إلى دعم مؤسسي منظم لا يُترك للمصادفة [20].

ومعالجة ذلك مسألة سلامة مرضى، لا رفاهية موظف، لثلاثة أسباب: أن الممارس المصدوم معرَّض للخطأ في الأيام التالية؛ وأن تركه بلا سند يدفعه إلى إخفاء ما يقع بعده؛ وأن خسارة ممارس كفء بعد خطأ واحد خسارة للمرضى قبل أن تكون خسارة له. ويبقى اصطلاح «الضحية الثانية» وصفًا للأثر، لا منافسة للمريض في مكانه؛ فالمريض وأسرته محور الاستجابة الأول.

ومقتضى الدعم المنظم خمسة أمور: دعم سري بلا وصم؛ وتخفيف مؤقت للعبء لا إيقاف عقابي؛ ومرافقة زميل مدرَّب في الأيام الأولى؛ وإبلاغه بمآل المراجعة، فلا يُترك معلقًا في انتظار مفتوح؛ وعدم الخلط بين الدعم والمساءلة. فالدعم لا يُسقط المساءلة عند التهاون، والمساءلة لا تُسقط الدعم.

والطريقة التي تُعامَل بها أول حادثة هي التي تحدد ثقافة القسم كله. فمن رأى زميله يُهان بعد خطأ تعلّم أن يُخفي، ومن رآه يُدعَم ويُصحَّح تعلّم أن يبلّغ؛ فالدرس الأول هو الذي يبقى. وحقوق الممارس في هذا الموضع مبسوطة في الفصل 12، والسلامة النفسية للفريق في الفصل 14.

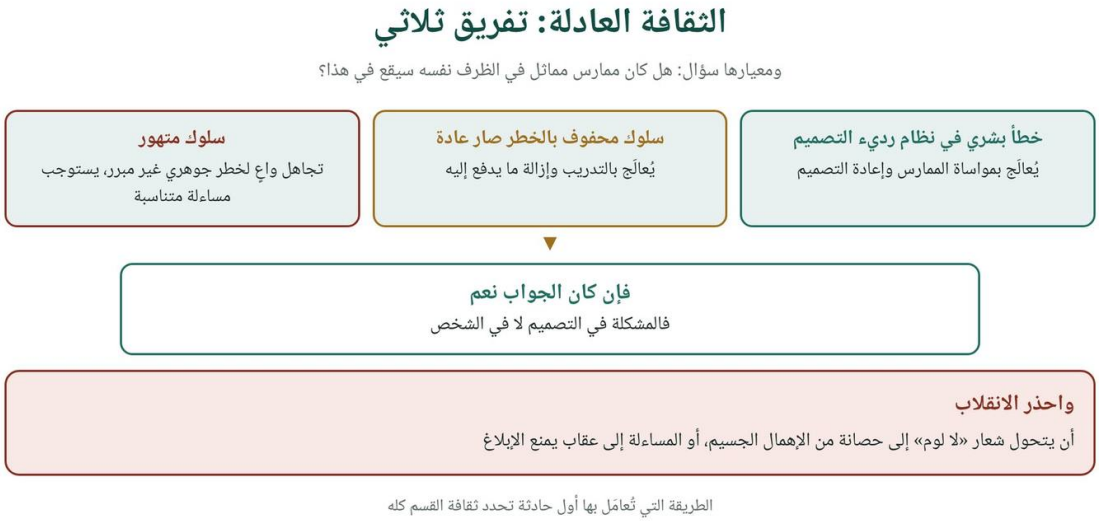
2-5 الثقافة العادلة وحدودها

تقوم الثقافة العادلة على تفريق ثلاثي في السلوك. فالخطأ البشري في نظام رديء التصميم يُعالج بمواساة الممارس وإعادة التصميم. والسلوك المحفوف بالخطر الذي صار عادة يُعالج بالتدريب وإزالة ما يدفع إليه. وأما السلوك المتهور، أي التجاهل الواعي لخطر جوهري غير مبرر، فيستوجب مساءلة متناسبة [25]. ويتبنى المركز السعودي لسلامة المرضى هذا المعنى: ثقافة يطمئن فيها العاملون إلى الإفصاح عن الأخطاء ولو كانت أخطاءهم، مع بقاء المساءلة المهنية؛ فلا يُحاسَب الفرد على إخفاقات نظام لا سيطرة له عليها، ولا يُتسامح مع التجاهل الواعي لمخاطر واضحة أو سوء السلوك الجسيم [4].

CC BY-NC-ND 4.0

وللتمييز سؤال عملي، فاسأل نفسك: هل كان ممارس مماثل في الظرف نفسه سيقع في هذا؟ فإن كان الجواب نعم، فالمشكلة في التصميم لا في الشخص.

ويُحذَّر من انقلاب المفهوم في اتجاهين: أن يتحول شعار «لا لوم» إلى حصانة من الإهمال الجسيم؛ أو أن تتحول المساءلة إلى عقاب يمنع الإبلاغ، فيتكرر الضرر صامتًا. ومن أقوى أدوات هذه الثقافة أن يعتذر الأقدم عن خطئه أمام فريقه؛ فالناس يقلّدون ما يرونه، لا ما يُقال لهم.



شكل: الثقافة العادلة تفرّق بين خطأ بشري وسلوك محفوف بالخطر صار عادة وسلوك متهور، ولكلٍّ علاجه.

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 أصل الباب والإحالة في الضمان

أصل الضمان في هذا الباب قوله ﷺ:

«مَنْ تَطَبَّبَ، وَلَا يُعْلَمُ مِنْهُ طِبٌّ، فَهُوَ ضَامِنٌ»

أخرجه أبو داود في كتاب الديات، باب فيمن تطبب ولا يعلم منه طب فأعنت، ح 4586، وحسّنه الألباني [35]؛ وأخرجه النسائي (ح 4830) وابن ماجه (ح 3466) بنحوه، من حديث عمرو بن شعيب عن أبيه عن جده.

وتحليل ألفاظه، وقاعدة أن الحاذق المأذون لا يضمن ما لم يتعدَّ أو يفرّط، وقرار ضمان الطبيب 142 (8/15)، كلها مبسوطة في الفصل 10 (المبحث ثالثًا). وما يعني هذا الفصل من الحديث أمر واحد: أنه جعل مناط الحذق ما «يُعلم» من الطبيب عند أهل صنعته، فأحال إلى عرف المهنة. وهذا بعينه معيار الممارس المماثل الذي يقوم عليه سؤال الثقافة العادلة: هل كان ممارس مماثل في الظرف نفسه سيقع في هذا؟

CC BY-NC-ND 4.0

3-2 مشروع القرار 223 (7/23): النص والتحليل

نشر مجمع الفقه الإسلامي الدولي نصه بعنوان «مشروع قرار رقم 223 (7/23) بشأن مسؤولية الطبيب عن الأخطاء الطبية غير العمدية من منظور إسلامي»، في دورته الثالثة والعشرين بالمدينة المنورة، 19–23 صفر 1440هـ (28 أكتوبر – 1 نوفمبر 2018م) [36]. وقد بناه على قرارات مؤتمر عقدته المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالكويت في 5–7 جمادى الآخرة 1436هـ (26–28 مارس 2015م) [36]. ويُحفظ له في هذا الكتاب وصفه المنشور «مشروع قرار»، مع التنبيه إلى أن صفحة المجمع الإنجليزية تعرضه قرارًا (Resolution No. 223)، فيُعامل في مراتب الأحكام معاملة القرار المجمعي.

ويقع النص في ثلاثة أقسام: «أولًا: الأخطاء الطبية غير العمدية» في واحد وثلاثين بندًا، وقسمٍ ثانٍ في الإذن الطبي وسقوطه عنوانه «ثانيًا: (أ) الإذن الطبي، (ب) سقوط الإذن»، ثم «التوصيات العامة». والقسم الثاني محله الفصل 5. وهذه بنود القسم الأول الأشد اتصالًا بموضوع الفصل بنصها [36]:

أ. التعريفات (البنود 1–4):

1. اعتمادُ تعريف الخطأ الطبي بأنه (الإخفاق في إتمام فعل مخطط له كما استُهدف بسبب إهمال أو تقصير ونحوهما).
2. اعتمادُ تعريف الحادث الطبي بأنه (إصابةٌ تنشأ عن تدخل طبي، ولا تُعزى إلى الظروف الصحية الأساسية للمريض).
3. اعتمادُ تعريف الحوادث المؤسسية بأنها (ما ينشأ من تزامن وقوع عدة عوامل مسببة للخطأ، في مستويات مختلفة، بالإضافة إلى المسببات الداخلية بالنظام الصحي، وهو ما يجعل الفرصةَ سانحةً للمخاطر لتقعَ عَبْرَ سلسلةٍ من نِقاط الضعف).
4. اعتمادُ تعريف أصول المهنة الصحية بأنه (الأصولُ الثابتة والقواعدُ المتعارفُ عليها علميًّا وعمليًّا).

ب. السلامة محورًا (البند 7):

7. ضرورةُ أن تكون سلامة المرضى المحور الرئيس في جميع السياسات الصحية.

ج. التحقيق والإفصاح والإبلاغ والتعلم (البنود 14–18):

14. العمل على إنشاء جهة عليا للأخطاء الطبية، تضم أصحاب تخصصات مختلفة من ذوي الخبرة المشهود لهم بالأمانة والصدق، تتبع الوزير المختص، ويكون من بين مهامها إجراء التحقيقات في أي حادث طبي يقع، سواء تسبب في ضرر أم لا، بالسرعة الممكنة، قبل أن تضيع معالمه أو آثاره، على أن تكون الدراسة شاملة لتحديد السبب والأثر لحدوث الخطأ، إذا حدث ضرر، وترفع تقاريرها للجهات المسؤولة مشفوعةً بتوصياتها، لتفادي الوقوع في الخطأ مستقبلًا.
15. تشجيع الأطباء المخطئين على الإفصاح عن الأخطاء، لإظهار الشفافية والمصارحة، خدمة لمستقبل العمل الطبي ونجاحه، وإيجاد وسيلة قانونية للتخفيف عنهم.
16. تشجيع المطلعين على الأخطاء على التبليغ عنها، مع توفير حمايتهم من أي مضايقات أو أضرار.

CC BY-NC-ND 4.0

17. ضرورة إنشاء بنك للمعلومات عن الأخطاء الطبية من قِبل لجنة متخصصة من الأطباء والفقهاء والقانونيين، وإصدار قانون بإلزام جميع الجهات العاملة بوزارات الصحة بالإبلاغ عن الأخطاء، وتزويدِ البنك بالمعلومات للتعرف على أسبابها ومسبباتها.
18. تقييم الجهة المختصة لعضو الهيئة الطبية، إذا وقعت منه أخطاء جسيمة نتج عنها ضرر، للتعرف على ظروف عمله ومدى كفايته.

د. التمييز بين الفرد والمؤسسة، والخطأ والحادث والمضاعفة (البندان 24–25):

24. التمييزُ بين الأخطاء الطبية الناتجة عن تقصير الأطباء، وبين الأخطاء النابعة من تقصير المؤسسات الطبية بسبب تخلف أنظمتها وأجهزتها الضرورية للعلاج.
25. التمييزُ بين الأخطاء الطبية، وبين الحوادث السلبية غير المرغوب فيها، مما لا يد للطبيب فيه، وكذلك التمييز بين الأخطاء الطبية والمضاعفات المتوقعة الناتجة عن الممارسات الطبية.

هـ. الضمان وعناية الحريص (البنود 26، 27، 30):

26. اعتبارُ الطبيب ضامنًا في حالات التقصير والتعدي المخالف لقواعد العلاج المتفق عليها بين خبراء مهنة الطب، وكذلك إذا أقدم على علاج المريض دون أن يكون مأذونًا له من المريض أو وليه، أو من ولي الأمر في الحالات التي يشترط فيها الإذن.
27. تحميلُ الضمان (التعويض) على من يلزم به شرعًا أو قانونًا في حالات التعدي أو التقصير.
28. على الطبيب أن يبذل في عنايته بالمريض عناية الشخص الحريص.

وسائر بنود القسم الأول تدور على تهيئة بيئة العمل وأدواته، ويلخصها الجدول الآتي بأرقامها:

جدول 4: بقية بنود القسم الأول من مشروع القرار 223 (7/23)

البنود	مضمونها
5، 6، 12	برامج علمية لدراسة أسباب الأخطاء والإقلال منها، وتهيئة ظروف الرعاية، ومراجعة دورية لقوانين السلامة
8، 28	ورش تدريب للعاملين، ومقرر إلزامي لطلبة الطب في الأخلاقيات ومعرفة الأخطاء والوقاية منها
9، 13	توفير الأجهزة والمختبرات والالتزام بالبروتوكولات، والصيانة الدورية للأجهزة
10، 11	حدود ساعات العمل والمناوبات، وتقليل عدد المرضى لكل طبيب (انظر الفصل 12)
19، 21، 22، 23	تسجيل الأدوية ومراقبتها بعد الاستعمال، وأدوات التعريف الإلكتروني، وقواعد المعرفة، وتجميع الأخطاء وتصنيفها
20	توعية المجتمع لتقبل احتمال وقوع الأخطاء في الممارسة الطبية
29، 31	بيان حقيقة المرض وآثار العلاج للمريض (انظر

CC BY-NC-ND 4.0

البنود	مضمونها
	الفصل 8)، وحظر إفشاء السر (انظر الفصل 7)

ومن التوصيات العامة المتصلة بالباب: إنشاء كيان مستقل متخصص في الخبرة الطبية (التوصية 3)، والأخذ بنظام الصلح في الدعاوى الجنائية المتعلقة بأخطاء الممارسات الطبية في أي مرحلة من مراحل الدعوى (التوصية 4)، وتشكيل دوائر متخصصة لنظر الدعاوى (التوصية 6)، ودراسة نظم التأمين على أخطار الممارسة (التوصية 13)، وتنمية مهارات الأطباء في التواصل مع المرضى وذويهم (التوصية 19) [36]. وما يتصل منها بالقضاء والتأمين محله الفصل 10.

التحليل. هذا النص هو الوجه الفقهي الجماعي لعلم سلامة المرضى، ويظهر ذلك في خمسة مواضع:

1. **التعريف:** البند 1 يوافق تعريف الخطأ في أدبيات السلامة [1]، ويزيد عليه قيد السبب «بسبب إهمال أو تقصير ونحوهما»؛ فالخطأ الذي يترتب عليه الضمان عنده ما كان عن تقصير، لا كل إخفاق.
2. **الخطأ المؤسسي:** تعريف «الحوادث المؤسسية» في البند 3، بتزامن عوامل في مستويات مختلفة ينفذ منها الخطر «عبر سلسلة من نقاط الضعف»، هو في جوهره نموذج طبقات الحماية [12]. ثم جاء البند 24 فرتب عليه التمييز بين تقصير الفرد وتقصير المؤسسة.
3. **التمييز الثلاثي:** البند 25 يميز بين الخطأ والحادث الذي لا يد للطبيب فيه والمضاعفة المتوقعة، وهو عين ما تقرر في المطلب 1-1.
4. **الحادث القريب:** البند 14 يجعل التحقيق في «أي حادث طبي يقع، سواء تسبب في ضرر أم لا»؛ فالتعلم لا يشترط وقوع الضرر.
5. **الإفصاح والإبلاغ والتعلم:** البنود 15–17 تجمع أركان نظام الإبلاغ المعاصر: تشجيع المخطئ على الإفصاح مع «وسيلة قانونية للتخفيف عنهم»، وحماية المبلّغ، وقاعدة بيانات للأخطاء. والبند 18 يجعل تقييم الممارس بعد الخطأ الجسيم «للتعرف على ظروف عمله ومدى كفايته»، لا للعقوبة ابتداءً.

وتنزيل النص يقتضي ضابطين. الأول أن التمييز بين الخطأ والمضاعفة مقصود لضبط الحقيقة لا لتخفيف الملام؛ فمن استعمله لتجميل المؤشر قلب مقصوده. والثاني أن التشجيع على الإفصاح والتخفيف عن المفصح لا يُسقط الضمان إذا ثبت التعدي أو التقصير (البندان 26–27).

3-3 وجوب البيان وحرمة الكتمان

يُبنى وجوب البيان بعد الخطأ على أربعة أصول:

- **تحريم الغش:** قال ﷺ: «من غشنا فليس منا» [37]. وكتمان الخطأ عمن يترتب على علمه به دفع ضرر عنه غش في موضع الائتمان.
- **وجوب النصيحة:** قال ﷺ: «الدين النصيحة» [38]. ومن النصح بيان ما يحتاجه المريض لحماية نفسه، ومن النصح للمسلمين عامة الإبلاغ عمّا يمنع الضرر عن غيره.
- **تحريم كتمان ما يجب بيانه:** ﴿وَلَا تَكْتُمُوا الشَّهَادَةَ وَمَن يَكْتُمْهَا فَإِنَّهُ آثِمٌ قَلْبُهُ﴾ [البقرة: 283].

CC BY-NC-ND 4.0

- **رفع الضـرر:** قـال ﷺ: «لا ضـرر ولا ضـرار» [39]. وكتمـان الخطـأ يُبقي الضـرر ويمنـع تداركه.

ويؤيده أن القرار 142 (8/15) عدّ التغرير بالمريض من موجبات الضمان [40]؛ ويرى المؤلف أن التغرير يدخل فيه إيهام المريض بأن ما وقع مضاعفة معتادة وهو خطأ (انظر الفصـل 10، المبحث ثالثًا).

ويُقرَّر ضابط يمنع الإفراط: الواجب بيان ما وقع بصدق، لا جلـد الـذات أمـام المـريض، ولا الإقـرار بتكييف لا يملكه الممارس، ولا اتهام زميل قبل المراجعة. فالصـدق واجب، والتسـرع في التكـييف ليس منه.

3-4 رفع الإثم عن المخطئ وبقاء الحق

رفعت الشريعة الإثم عن المخطئ غـير المتعمـد: ﴿وَلَيْسَ عَلَيْكُمْ جُنَـاحٌ فِيمَـا أَخْطَـأْتُم بِـهِ وَلَٰكِن مَّـا تَعَمَّدَتْ قُلُوبُكُمْ﴾ [الأحزاب: 5]. ولا يعني ذلك سـقوط الضـمان؛ فحقـوق العبـاد لا تسـقط بالخطـأ، وإنما يُرفع الإثم عمّن لم يتعمد ولم يفرّط.

ويُبنى على ذلك موقف متـوازن من «الضـحية الثانيـة»: أن يُعـان الممـارس على تحمـل مـا وقـع، ويُـذكَّر بـأن رفـع الإثم عن المخطئ ثـابت، ويُعـان في الـوقت نفسـه على أداء مـا وجب عليـه من إفصاح وتصحيح وجبر. فالرحمة به لا تكون بإعفائه من الواجب بل بإعانته عليه.

والعجز حال قد تعرض لكل أحد، والكتمان اختيار. فالملام ليس من أخطأ، بل من أخطأ وكتم.

رابعًا: الركن النظامي

> **منهج القراءة:** يجتمع في هذا الباب مسـاران لا يُخلطـان: مسـار السـلامة وغايتـه التعلم ومنع التكرار، ومسـار المسـؤولية وغايتـه تحديـد الضـمان والعقوبـة. ولكـلٍّ منهمـا إجـراؤه ووثائقه وجهته.

4-1 النصوص الحاكمة بإيجاز

معيار الخطأ المهني في النظام السعودي هو الالتزام ببذل عناية يقظة تتفـق مـع الأصـول العلميـة المتعارف عليها، وصوره والمساءلة التأديبية عنـه منصوصـة في المـواد 26–31 من نظـام مزاولـة المهن الصحية، ونصوصها وتحليلهـا في الفصـل 10 (المبحث رابعًـا). ومـا يعـني هـذا الفصـل منهـا أمران. الأول أن كثيرًا من صور الخطـأ المهـني المعـدودة في المـادة 27 من خطـأ الـترك، كنقص المتابعة، والتقصير في الرقابة والإشراف، وعدم استشارة من تستدعي الحالة الاستعانة بـه؛ وهي أخفى الأخطاء وأقلها رصدًا. والثاني أن المساءلة التأديبية مستقلة عن وقوع الضرر، فقد تقوم ولو لم يتضرر أحد، كما في كتمان حادثة لم تُحدث أذًى.

وواجب إعلام المريض بحالته منصوص في المادة 18 (انظـر الفصـل 8، المبحث رابعًـا). وضـوابط الوصول إلى البيانات الصحية في نظام حماية البيانات الشخصية (انظر الفصل 7، المبحث رابعًا).

CC BY-NC-ND 4.0

4-2 الإبلاغ والتعلم: من الحادثة إلى النظام

تقوم نظم الإبلاغ على مبدأ بسيط: المعلومة عن الخطأ أثمن من الخطأ نفسه؛ فبها يُمنع تكراره عند غيرك.

وفي المملكة صدر «الدليل السعودي للأحداث الجسيمة في القطاع الصحي» عن المركز السعودي لسلامة المرضى، مستندًا إلى قرار المجلس الصحي السعودي رقم (5/83) وتاريخ 28/12/1439هـ، والموافقة الوزارية رقم (64570) وتاريخ 1/12/1441هـ. وهو يحدد مسؤوليات المركز في وضع آليات الإبلاغ عن الأحداث الجسيمة في المنشآت الصحية [3]. ويتيح المركز مواد وطنية للثقافة العادلة بالمعنى المتقدم في المطلب 2-5 [4].

وتُصنَّف البلاغات ثلاثة أصناف لكلٍّ مسار: الحوادث القريبة، وهي الأثمن لأنها تكشف الثغرة قبل الضرر؛ والأحداث الضارة، وتستدعي إفصاحًا وتحليلًا؛ والأحداث الجسيمة، وتستدعي مراجعة فورية وتحليل سبب جذري وإبلاغًا [3، 41].

وتؤكد منظمة الصحة العالمية أن غاية الإبلاغ تعلّم حقيقي يخفض الخطر خفضًا مستدامًا، لا جمع البلاغات لذاتها [42]. ويُستخلص من ذلك ستة شروط لنظام الإبلاغ الفعال: أن يكون سهلًا لا يستغرق وقتًا يثني عنه؛ وآمنًا لا يُستعمل ضد المبلّغ في غير التهاون؛ ومستقلًا عن سلطة العقاب؛ ويُحلَّل بخبرة؛ ويُنتج تغييرًا في التصميم لا توصية بالتوعية؛ ويغلق حلقته بإخبار المبلّغ بما جرى. والشرط الأخير أكثرها إهمالًا وأشدها أثرًا؛ فالإبلاغ الذي لا يُرى له أثر يتوقف من نفسه.

ويُحفظ سجل المراجعة والتعلم منفصلًا عن السجل السريري، ويُضبط الوصول إليه بقاعدة الحاجة إلى المعرفة (انظر الفصل 7، المطلب 1-1). وخلط سجل التعلم بملف المساءلة يُنهي الإبلاغ عمليًا. ولا يعني هذا الفصل الإداري حصانة مطلقة أو حجب ما تطلبه جهة قضائية مختصة؛ فالمقصود ضبط الغرض والوصول والاحتفاظ، وعدم نسخ روايات تخمينية في الملف العلاجي، مع إبقاء السجل السريري كاملًا وصادقًا وقابلًا للتتبع. والتعديل الخفي في السجل بعد الواقعة أشد من النقص الذي أراد إخفاءه (انظر الفصل 10، المبحث رابعًا).

4-3 حدود التكييف: أربعة مسارات لا تُخلط

قد يتقاطع الخطأ مع مسارات متعددة، ويُفرَّق بينها لأن الخلط يظلم في الاتجاهين:

جدول 5: مسارات الخطأ وجهاتها

المسار	موضوعه	جهته
السلامة	التعلم ومنع التكرار	نظام سلامة المرضى في المنشأة
التأديبي	الإخلال بالواجبات وأصول المهنة وآدابها	الجهة المختصة نظامًا (انظر الفصل 10)
المدني	الضمان والتعويض عن الضرر	القضاء المختص (انظر الفصل 10)
الجزائي	ما تتوافر فيه عناصر الجريمة	الجهة المختصة وحدها

CC BY-NC-ND 4.0

والضابط مزدوج: لا يصح القول إن كل خطأ جريمة، ولا يصح التساهل مع ما استكمل عناصرها. والفارق في القصد والجسامة والتضليل، وتكييفه لجهته لا للممارس ولا للمنشأة. وإخفاء الخطأ قد يكون مخالفة مستقلة أشد من الخطأ نفسه، كما في قضية اللفافة المتقدمة في المطلب 2-2.

4-4 اتجاه التنظيم المعاصر: من الجواز إلى الواجب

تحوّل الإفصاح في العقود الأخيرة من خيار أخلاقي إلى واجب منظم. ففي إنجلترا صار «واجب الصراحة» التزامًا نظاميًا على مقدمي الخدمة، يوجب إبلاغ المريض بحوادث السلامة التي تستوجب الإبلاغ، والاعتذار له، وإخطاره كتابةً، وحفظ السجلات [43]. وتجعل هيئة الاعتماد الأمريكية التحقيق الدقيق في أحداث السلامة وتحليلها أساس سياستها في الأحداث الجسيمة [41]. وتنصح جهات الحماية المهنية للأطباء، كالجمعية الكندية للحماية الطبية، بالإفصاح الدقيق عن الوقائع مع تجنب الخوض في نسبة المسؤولية [32].

وفي المملكة أقرت الهيئة السعودية للتخصصات الصحية سنة 2025م الصيغة المعتمدة للقسم الرسمي للممارس الصحي، وفيها يتعهد الممارس بأن يكون «ملتزمًا بأخلاقيات المهنة وأنظمتها، ومقدمًا الرعاية الصحية الآمنة دون تمييز» [44]. ولا ينشئ القسم وحده عقوبة، لكنه يثبت أن السلامة جزء من الهوية المهنية لا إجراء إداري منفصل.

ويترجم برنامج «التواصل والحل الأمثل» (CANDOR) هذا التحول إلى مسار مؤسسي واحد يجمع رعاية المريض والأسرة، والتحقيق في الحادثة، والإفصاح المتدرج، ورعاية الممارس، ثم الحل العادل والتعلم [45]. وفائدته أنه يمنع تجزئة الحادثة بين إدارة المخاطر والجودة والدعم النفسي، فلا تضيع المسؤولية بين الجهات.

خامسًا: أدوات عملية

5-1 مسار الساعات الأولى بعد الحادثة

1. **أوقف الضرر واعتنِ بالمريض:** العلاج يسبق كل شيء، وتوضع خطة مراقبة إن لزم.
2. **أمّن الأدلة:** احفظ الأصل من وصفة وعينة وجهاز وإعداداته، ولا تعدّل السجل، ولا تُعد ضبط جهاز قبل توثيق حالته.
3. **أبلغ فورًا:** المسؤول المباشر ونظام سلامة المرضى، ولو لم يصل الضرر إلى المريض.
4. **رتّب الإفصاح:** من يتحدث؟ ومتى؟ ولا يؤجَّل حتى تكتمل المراجعة؛ فيُبلَّغ المعروف ويُبيَّن ما لم يُعرف بعد.
5. **سانِد الممارس:** لا تتركه وحده في المناوبة نفسها إن كان الأثر بيّنًا، ورتّب دعمًا سريًا.
6. **افصل المسارات:** تحليل للتعلم، وتقييم للكفاءة إن لزم، ومساءلة عند التهاون، ولا تُدار الثلاثة في اجتماع واحد.
7. **وثّق:** ما وقع، وما اتُّخذ، ومن أُبلغ ومتى، بصدق ودون إضافة رجعية.

وإن كان الخطأ من زميل فثلاث قواعد: أن يُحدَّث أولًا ويُشجَّع على الإبلاغ بنفسه؛ فإن كان الخطر على المريض قائمًا أو أبى، فالإبلاغ واجبٌ لا خيانة — لأن سلامة المريض مقدَّمة على الزمالة، ويؤيده ما في مشروع القرار رقم 223 (7/23) من تشجيع المطلعين على الأخطاء على التبليغ عنها؛ ولا يُتَّهم ولا يُكيَّف قبل التحقيق، فقد تكون الزلة من نظامٍ رديء لا من شخص. وقد وجدت

CC BY-NC-ND 4.0

دراسةٌ سعودية على 107 أطباء أن 43% ذكروا أنهم قد يخفـون خطـأً وقـع منهم لتجنب العقوبـة، وأن 41.1% رأوا أن الإبلاغ عن خطأ الزميل ليس مسؤوليتهم. وهي دراسة أحادية المنشأة، لكنهـا تكشف الآلية: الخوف يبدّل الصراحة بالدفاع.



شكل: الأفعال السبعة بترتيبها في الساعات الأولى بعد الحادثة، وثلاث قواعد إن كان الخطأ من زميلك.

5-2 ما يُقال وما لا يُقال عند الإفصاح

جدول 6: عبارات الإفصاح

الموقف	ما يُقال	ما لا يُقال
الافتتاح	«أريد أن أخبرك بما حدث، وهو أمر يؤسفني»	«حدثت أمور خارج إرادتنا»
الوقائع	«أُعطيتَ جرعة أعلى مما ينبغي في الساعة كذا»	«ربما وقع خطأ ما في مكان ما»
غير المعروف	«لم نعرف بعد كيف وقع، وهناك مراجعة جارية»	«لا نعرف شيئًا»، أو تخمين السبب
الأثر	«أثر ذلك كذا، ونراقبك الآن بكذا»	«الأمر بسيط ولا يستحق القلق»
المسؤولية	«سنخبرك بنتيجة المراجعة»	الإقرار بتكييف قبل المراجعة، أو اتهام زميل
الخطوة التالية	«هذا ما سنفعله لمنع تكراره، وهذه طريقة الشكوى»	ربط استمرار العلاج بالتنازل

CC BY-NC-ND 4.0

وتفسد الإفصاحَ ثلاثة أخطاء ولو صدق قائله: التهوين، فيشعر المريض بالاستخفاف؛ والإغراق في التفاصيل الفنية، فيخرج بلا فهم؛ والتسرع في تحديد المسؤول، فيُظلم أحد. ومسار الإفصاح الكامل في الفصل 8 (المطلبان 1-7 و2-5).

5-3 قائمة تحليل السبب الجذري

1. اجمع الوقائع بتسلسلها الزمني من السجل ومن المشاركين، لا من الذاكرة وحدها.
2. ارسم ما وقع فعلًا لا ما كان ينبغي أن يقع.
3. حدّد نقاط الفشل في كل طبقة: التدريب، والإجراء، والتقنية، والإشراف، والتحقق.
4. اسأل «لماذا؟» متكررًا حتى تبلغ سببًا نظاميًا قابلًا للإصلاح، ولا تتوقف عند «قلة الانتباه».
5. احذر تحيز الأثر الرجعي: قِس بما كان معلومًا وقت القرار لا بعده.
6. اسأل: هل كان ممارس مماثل في الظرف نفسه سيقع في هذا؟
7. صُغ توصيات قابلة للقياس بمسؤول وموعد، ورتّبها بقوة التدخل لا بسهولته.
8. أغلق الحلقة: أبلغ المبلّغ والفريق بما تغيّر فعلًا.

5-4 مؤشرات قابلة للقياس

- عدد بلاغات الحوادث القريبة ونسبتها إلى الأحداث الضارة، وارتفاعها علامة صحة.
- نسبة البلاغات المغلقة بإخبار المبلّغ بالنتيجة.
- زمن الاستجابة للحدث الجسيم، ونسبة التحليلات المنجزة في مدتها.
- نسبة التوصيات المنفذة فعلًا، ونسبة ما كان منها تغييرًا في التصميم لا توعية.
- نسبة الأحداث الضارة التي جرى فيها إفصاح موثق للمريض.
- معدل تكرار النمط نفسه بعد التحليل، وهو المؤشر الحاسم على أن التعلم وقع.
- مؤشرات ثقافة السلامة، ومنها شعور العاملين بأمان الإبلاغ [26].

ويُنبَّه إلى مؤشر مضلل: انخفاض عدد البلاغات. فقد يعني تحسنًا، وقد يعني أن الناس توقفوا عن الإبلاغ؛ ويُفرَّق بينهما بمقارنته بمؤشرات الضرر والشكاوى ونتائج مسح ثقافة السلامة.

5-5 أخطاء شائعة في إدارة الخطأ

جدول 7: أخطاء إدارة الخطأ وتصحيحها

الخطأ	صورته	تصحيحه
التصنيف الدفاعي	تسمية الخطأ «مضاعفة» ليُغلق الملف	تصنيف بمعايير معلنة، بجهة لا مصلحة لها في النتيجة
التوقف عند الفرد	«الممرضة أخطأت» ثم إغلاق التحليل	السؤال عن الطبقات التي لم تمنع الخطأ
التوصية الضعيفة	«زيادة التوعية» و«التنبيه على الجميع»	تغيير في التصميم أو حاجز آلي
خلط المسارات	إدارة التعلم والمساءلة في	فصل في الإجراء والوثائق

CC BY-NC-ND 4.0

الخطأ	صورته	تصحيحه
	اجتماع واحد	والجهة
تأجيل الإفصاح	انتظار اكتمال المراجعة قبل إخبار المريض	إبلاغ المعروف وبيان ما لم يُعرف بعد
إهمال الممارس	تركه بلا سند بعد حادثة جسيمة	دعم سري وتخفيف مؤقت ومرافقة
الإبلاغ بلا إغلاق	بلاغات تُرفع ولا يُعرف مصيرها	إخبار المبلّغ بما تغيّر

سادسًا: الحالات التطبيقية

تغطي الحالات الأربع محاور الفصل: الحادث القريب والإبلاغ، والتصنيف الدفاعي، والضحية الثانية، والخلل النظامي المتكرر. وتُحلَّل بنموذج الأركان الأربعة (انظر الفصل 4)، ثم تجمع «مواقف متكررة» أجوبة مختصرة لما يتكرر في الممارسة.

الحالة الأولى: جرعة عشرية اكتُشفت قبل الإعطاء

الوقائع. كتب طبيب في جناح الأطفال أمر دواء لطفل وزنه 10 كغ بجرعة «5.0 ملغم»، فلم تظهر الفاصلة العشرية، وأُدخلت الجرعة «50 ملغم». فصرف الصيدلي الجرعة، وقبل الإعطاء أعادت الممرضة حسابها بالوزن فاستغربتها، فأوقفتها وراجعت الطبيب، فصُحّحت. لم يصل الدواء إلى الطفل، ولم يتضرر. ثم اقترح زميل ألّا تُسجَّل الحادثة «ما دام لم يحدث شيء»، لأن التسجيل سيضر بسمعة القسم.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: الطفل مستقر، ولم يتلق الجرعة • الأمن: لا خطر قائم على أحد • القدرة على القرار: لا قرار علاجيًا مطلوبًا من المريض • صاحب الصفة: الممرضة المكتشفة ومسؤول الوحدة في واجب الإبلاغ، ووليّ الطفل في حق المعرفة • السؤال المطلوب تقريره: هل يُسجَّل الحادث القريب ويُحلَّل، وهل يُخبَر الأهل؟

الركن الطبي. الحادثة حادث قريب: خطأ عشري بعشرة أضعاف عبَر طبقتي الوصف والصرف، وأوقفه الحاجز الأخير بيقظة فرد. وهذا لا يُعوَّل عليه؛ فالحواجز البشرية أضعف الحواجز، وما نجا اليوم قد لا ينجو غدًا. والصفر اللاحق للفاصلة من أشهر أسباب الأخطاء العشرية، وموضع الفحص: لماذا لم يوقفه النظام عند الوصف أو الصرف؟

الركن الأخلاقي. الغاية من التسجيل التعلم لا المساءلة؛ فهو حماية لأطفال قادمين، لا اتهام لأحد. وحجة السمعة مردودة؛ فالقسم الذي لا يبلّغ ليس قسمًا بلا مشكلات، وإنما هو قسم لا يعرف مشكلاته. وإخبار الأهل بما وقع، وبأنه أوقف قبل الإعطاء، صدق يبني الثقة (انظر الفصل 8). وما يُفعل في هذه الحادثة يعلّم الفريق ماذا يفعل في التي تليها.

الركن الفقهي. «الدين النصيحة» [38]، ومن النصح للمسلمين كشف ما يمنع الضرر عنهم. و«ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب»؛ فإذا وجب دفع الضرر وجبت وسيلته، والإبلاغ وسيلته. وقد جعل البند 14 من مشروع القرار 223 (7/23) التحقيق في «أي حادث طبي يقع، سواء تسبب

CC BY-NC-ND 4.0

في ضـرر أم لا»، ودعـا البنـد 17 إلى بنـك معلومـات للأخطـاء [36]؛ ولا يُبـنى بنـك من حـوادث لا تُسجَّل.

الركن النظامي. الحوادث القريبة من صميم مـا تقـوم عليـه نظم الإبلاغ والتعلم [42]. ويُحفـظ البلاغ في مسار السلامة منفصلًا عن ملف المساءلة. وكتمـان الحادثـة بطلب من زميـل قـد يكـون مخالفة مستقلة وإن لم يقع ضرر.

القرار المهني الموزون. تسـجل الممرضـة الحادثـة في نظـام سـلامة المرضـى في المناوبـة نفسها، ويُخبَر الأهل بمـا وقـع وبأنـه أوقـف قبـل الإعطـاء، ويحلّـل فريـق السـلامة مسـار الوصـف والصرف، ويُعدَّل التصميم بمنع الصفر اللاحق وحدود جرعة بالوزن وتحقق مزدوج لأدوية الأطفال، وتُشكر الممرضة علنًا، ولا يُفتح مسار تأديبي ما لم يظهر تهـاون، فالخطـأ زلـة في تصـميم يسـمح بها؛ لأن الحـادث القـريب يكشـف الثغـرة بلا ثمن، والـترجيح هنـا لحفـظ نفـوس قادمـة على حـرج القسم. ويُعاد النظر إذا ظهر أن الطبيب أو الصـيدلي تجاهـل تنبيهًـا آليًـا صـريحًا أو خـالف سياسـة معلنة، فيُحال الشق الفردي إلى مسار المساءلة منفصلًا عن التحليل.

الدرس. الحادث القريب أثمن البلاغات؛ لأنه يعلّم بلا ضرر، والقسم الذي يكتمه يؤجـل الضـرر ولا يمنعه.

الحالة الثانية: تصنيف دفاعي يسمّي الخطأ مضاعفة

الوقائع. أصيب مريض في الخمسين بعدوى في موضع الجرح بعد عمليـة جراحيـة نظيفـة. وعنـد المراجعة تبيّن أن المضاد الحيوي الوقائي لم يُعطَ قبل الشق الجراحي في النافـذة الموصـى بهـا، بل بعد بدء الجراحة بساعة. ورئيس القسم يصر على أن تُصـنَّف الحالـة «مضـاعفة متوقعـة»، لأن العدوى معروفة النسبة، ويقول إن تسجيلها خطأً سيرفع مؤشرات القسم. والمريض في أثناء ذلك يتلقى العلاج، ويسأل عن السبب.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: المـريض مسـتقر ويُعـالج • الأمن: لا خطـر على الغـير • القـدرة على القرار: المريض قادر، وله حق المعرفة • صاحب الصفة: لجنة الجودة في التصنيف، لا رئيس القسـم منفـردًا • السـؤال المطلـوب تقريـره: كيـف تُصـنَّف الحالـة، ومن يصـنّفها، ومـاذا يُقـال للمريض؟

الركن الطبي. العدوى مضاعفة معروفة، نعم؛ ولكن إغفال توقيت الوقاية انحراف عن الأصـول، فاجتمع الأمران في حالة واحدة. والمعيار الفاصل: هـل نُفّـذت حزمـة الوقايـة كاملـة؟ فـإن نُفّـذت فمضاعفة، وإن أُغفلت فخطأ قد يكون أسهم فيها. وموضع الفحص: هل الإغفال فردي أم نمط في القسم؟ وهل مسار إعطاء المضاد مصمم ليضمن التوقيت؟

الركن الأخلاقي. التصـنيف أداة تعلم، لا أداة تجميـل. ومن يُقيَّم بالمؤشـر لا ينفـرد بتصـنيف مـا يدخل فيه؛ فهذا تضارب مصالح صريح ولو حسـنت النيـة. وللمـريض أن يعـرف أن ثمـة إغفـالًا في توقيت الوقاية؛ فذلك يمس فهمه لما جرى. ومن رأى التصنيف يُدار بالمصلحة تعلّم ألّا يبلّغ أصلًا.

الركن الفقهي. «الأمـور بمقاصـدها»؛ فقصـد تجميـل المؤشـر ينقـل التصـنيف من اجتهـاد إلى تحريف، وتوصيف الشيء بغير حقيقته لتحصيل منفعة تدليس. والبند 25 من مشـروع القـرار 223 (7/23) ميّز بين الخطأ والمضاعفة المتوقعة لضبط الحقيقـة [36]؛ فمن اسـتعمله لتخفيـف الملام قلب مقصوده.

CC BY-NC-ND 4.0

الركن النظامي. إغفال الوقاية يدخل في صور الخطأ المهني (انظر الفصل 10، المبحث رابعًا). ويُفصل التصنيف عن المسؤول المعني بالمؤشر ويوكل إلى جهة الجودة بمعايير معلنة، ويُوثَّق أساسه، وإن اختُلف فيه سُجّل الرأيان ورُفع الخلاف إلى جهة الجودة أو لجنة الأخلاقيات (انظر الفصل 13).

القرار المهني الموزون. تُصنَّف الحالة «حدثًا ضارًا مع إغفال في الوقاية» بقرار لجنة الجودة، ويُخبَر المريض بوقوع العدوى وبالإغفال في توقيت الوقاية وبما يجري لعلاجه، ويُدرج التوقيت في قائمة التحقق الجراحية، دون جزم بأن الإغفال وحده سبب العدوى، ودون تحميل فرد قبل المراجعة؛ لأن صدق التوصيف شرط التعلم، والترجيح هنا للأمانة في التوصيف على مصلحة المؤشر. واستُبعد تصنيف «مضاعفة متوقعة»، لأنه يغلق التحليل فيتكرر الإغفال. ويُعاد النظر إذا ثبت بالسجل أن الجرعة أُعطيت في وقتها وأن ما دُوّن خطأ توثيقي، فيُعاد التصنيف مضاعفة مع تصحيح معلن للتوثيق.

الدرس. التمييز بين الخطأ والمضاعفة أداة حق، لا وسيلة إخفاء؛ ومن يُقيَّم بالمؤشر لا يصنّف ما يدخل فيه.

الحالة الثالثة: طبيب مقيم بعد خطأ جسيم

الوقائع. مقيم في السنة الثالثة أعطى مريضة دواءً خاطئًا بعد أن التبست عليه عبوتان متشابهتان، وتوفيت بعد يومين، وما زالت علاقة الخطأ بالوفاة قيد المراجعة. ومنذ الحادثة صار يبكي في المناوبات، ويرفض العمل في الوحدة نفسها، ويقول إنه يفكر في ترك التخصص. وقرر رئيس القسم إيقافه عن العمل «حتى ينتهي التحقيق» من غير أن يبيّن مدة. وأسرة المريضة تطلب تفسيرًا.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا طارئ قائم، والمريضة متوفاة • الأمن: قد يتعرض المرضى الحاليون لخطر إن عمل المقيم وهو في هذه الحال، وقد يتعرض المقيم نفسه لخطر نفسي يُقيَّم • القدرة على القرار: قدرة المقيم على العمل الآمن مؤقتًا موضع سؤال • صاحب الصفة: الأسرة في حق المعرفة، والإدارة الطبية في قرار التقييد • السؤال المطلوب تقريره: كيف يُجمع بين الإفصاح للأسرة ودعم المقيم وحماية المرضى دون إيقاف مفتوح؟

الركن الطبي. خطأ دوائي جسيم يُحتمل ارتباطه بوفاة، مع أثر بالغ على الممارس، وهو «الضحية الثانية» [19، 20]. فالأولوية الأولى للأسرة: إفصاح وتحليل وجبر. والثانية لسلامة المرضى الحاليين. وموضع الفحص: كيف وصلت العبوة الخاطئة إلى يده، وأين الحواجز التي لم تعمل؟ فالتحليل عن النظام كله، لا عنه وحده.

الركن الأخلاقي. الإيقاف بلا مدة ولا معايير عودة عقوبةٌ قبل المراجعة؛ يزيد الأثر النفسي على رجل مثقل أصلًا، ويوهم الفريق أن الإبلاغ ينهي المستقبل. فتخفيف العبء إجراء سلامة، والإيقاف العقابي إجراء مساءلة، ولا يُخلط بينهما. والدعم لا يُسقط المساءلة؛ فيُدعم الممارس وتُستكمل المراجعة معًا.

الركن الفقهي. رفع الإثم عن المخطئ غير المتعمد ثابت: ﴿وَلَيْسَ عَلَيْكُمْ جُنَاحٌ فِيمَا أَخْطَأْتُم بِهِ﴾ [الأحزاب: 5]، وحقوق العباد لا تسقط بالخطأ. و﴿لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا﴾ [البقرة: 286]. وقد جعل البند 18 من مشروع القرار 223 (7/23) تقييم الممارس بعد الخطأ الجسيم «للتعرف

CC BY-NC-ND 4.0

على ظروف عمله ومدى كفايته»، وجعل البند 24 التمييز بين تقصير الطبيب وتقصير المؤسسة [36]. والرحمة بالممارس إعانته على الواجب لا إعفاؤه منه.

الركن النظامي. التقييد الاحترازي مشروع عند الخطر، بشرط أن يكون متناسبًا ومؤقتًا وموثقًا بمعايير عودة واضحة. والعدالة الإجرائية تقتضي أن يُواجَه بما نُسب إليه ويُسمع ويُخبَر بمآل المراجعة ومدتها (انظر الفصل 12). وتُصان بيانات دعمه النفسي فلا تُدرج في ملف الأداء. وإن ثبت خلل في تخزين العبوات تحمّلت المنشأة نصيبها (انظر الفصل 10، المبحث ثالثًا).

القرار المهني الموزون. يلتقي الاستشاري المسؤول بالأسرة خلال 24 ساعة للإفصاح عن الوقائع المعروفة والاعتذار وبيان مسار المراجعة، ويُستبدل بالإيقاف المفتوح تخفيف مؤقت للعبء السريري مدة أسبوعين، مع دعم نفسي سري ومرافقة زميل مدرَّب، ثم تُقرَّر عودة المقيم بمعايير معلنة؛ ولا يعني التخفيف تبرئة ولا إدانة، ولا يمتد بعد مدته إلا بقرار مسبَّب، ولا يُحصر التحليل في المقيم؛ لأن الترجيح هنا بين الدعم والاحتراز: يُحمى المرضى بتخفيف مؤقت محدد، ويُحمى الممارس من عقوبة سابقة للمراجعة. ويُعاد النظر إذا أظهرت المراجعة تهاونًا متعمدًا أو مخالفة لسياسة معلنة، فينتقل الشق الفردي إلى المساءلة، أو أظهر التقييم النفسي خطرًا على المقيم، فتُقدَّم رعايته على عودته.

الدرس. الدعم لا يُسقط المساءلة، والمساءلة لا تُسقط الدعم، والإيقاف المفتوح ليس واحدًا منهما.

الحالة الرابعة: نتائج حرجة تضيع بعد خروج المرضى

الوقائع. راجعت لجنة الجودة بلاغات ستة أشهر في قسم الطوارئ، فوجدت أربع حوادث متشابهة: مرضى خرجوا قبل أن تظهر نتائج مخبرية أو شعاعية حرجة، ثم عادوا لاحقًا بحالات متدهورة. وأحدهم لم تُكتشف نتيجته إلا بعد شهور، حين راجع لسبب آخر. وكل حادثة حُلّلت وحدها، وانتهت بتوصية «التنبيه على الأطباء بمتابعة النتائج». والآن يقترح عضو في اللجنة أن تُكرَّر التوصية نفسها.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا طارئ قائم في الاجتماع، لكن مرضى قد تكون نتائجهم معلقة الآن • الأمن: الخطر قائم على مرضى قادمين • القدرة على القرار: لا مسألة قدرة • صاحب الصفة: لجنة الجودة وإدارة المنشأة في التصميم، والطبيب المعالج في الإفصاح لكل مريض • السؤال المطلوب تقريره: هل تُكرَّر التوصية، أم يُعالج النمط بتغيير في التصميم؟

الركن الطبي. هذا نمط نظامي لا حوادث فردية؛ فتكراره أربع مرات يثبت أن المشكلة في التصميم. و«التنبيه على الأطباء» من أضعف التدخلات، وقد فشل أربع مرات، فكيف يُرجى منه النجاح إذا كُرّر؟ وموضع الخلل غياب مالك محدد للنتيجة بعد خروج المريض، وغياب حاجز يمنع إغلاق الزيارة مع نتيجة حرجة معلقة.

الركن الأخلاقي. من حلّل أربع مرات فوصل إلى التوصية نفسها لم يحلل، وإنما كرّر؛ والمسؤولية هنا على النظام لا على الأطباء. وتحميل أربعة أطباء نتيجة خلل في التصميم ظلم، والظلم يُنتج إخفاءً. والتحليل النظامي لا يُسقط واجب الإفصاح الفردي؛ فيُراجع: هل أُخبر كل مريض بما جرى؟

الركن الفقهي. «الضرر يُزال»، و«ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب»، فالحاجز الآلي وسيلة لازمة، و«التصرف على الرعية منوط بالمصلحة». وثبوت النمط بأربع وقائع ينقل الضرر من

CC BY-NC-ND 4.0

محتمل إلى غالب الظن؛ ومن علم بخلل متكرر يفضي إلى ضرر وقدر على إصلاحه فتركه فقد فرّط. وهذا من «تقصير المؤسسات الطبية بسبب تخلف أنظمتها» الذي ميّزه البند 24 من مشروع القرار 223 (7/23) [36].

الركن النظامي. تتحمل المنشأة مسؤولية استمرار خلل معلوم بعد أربع حوادث موثقة (انظر الفصل 10، المبحث ثالثًا). ويُوثَّق النمط لا الحوادث منفصلة؛ فالتحليل المجمّع يكشف ما تخفيه المفردات. وإن انطبق على إحدى الحوادث وصف الحدث الجسيم وجب الإبلاغ عنها وفق الدليل الوطني [3].

القرار المهني الموزون. تُحلَّل الحوادث الأربع مجتمعة، ويُعيَّن لكل طلب مالك للنتيجة بالاسم ومن يستلمها بعد خروج المريض، ويُضاف حاجز آلي يمنع إغلاق الزيارة أو يطلق تنبيهًا إلزاميًا مع نتيجة حرجة معلقة، ويُستدرك ما لم يُفصح عنه للمرضى الأربعة، ولا يُفتح مسار مساءلة فردي للأطباء إلا إن ظهر تجاهل متعمد لتنبيه قائم؛ لأن توصية فشلت أربع مرات لا تنجح في الخامسة، والترجيح هنا لإزالة ضرر متكرر بوسيلة قوية على الاكتفاء بوسيلة أثبتت عجزها. ويُعاد النظر إذا استمر النمط بعد الحاجز الآلي، فيُعاد التحليل في مسار النتائج في المختبر والأشعة لا في الطوارئ وحدها.

الدرس. النمط لا يُعالج بتحليل حوادثه منفردة، ولا يُصلحه تنبيه؛ وإنما يُصلحه تغيير في التصميم له مالك وموعد.

وهذه قرارات حالات الفصل مجموعةً في جدول واحد: ما نفعل، ولماذا، ومتى يُعاد النظر.

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
أمر دواء لطفل «5.0 ملغم» أُدخل 50 ملغم، فأوقفته الممرضة قبل الإعطاء، ويقترح زميل ألّا تُسجَّل الحادثة	تُسجَّل في المناوبة نفسها، ويُخبَر الأهل، ويُحلَّل مسار الوصف والصرف، ويُعدَّل التصميم، وتُشكر الممرضة علنًا، بلا مسار تأديبي ما لم يظهر تهاون	الحادث القريب يكشف الثغرة بلا ثمن، وحفظ نفوس قادمة مقدَّم على حرج القسم	ظهر أن الطبيب أو الصيدلي تجاهل تنبيهًا آليًا صريحًا أو خالف سياسة معلنة؛ فيُحال الشق الفردي إلى المساءلة منفصلًا عن التحليل
عدوى جرح بعد إعطاء المضاد الوقائي بعد بدء الجراحة بساعة، ورئيس القسم يريد تصنيفها «مضاعفة متوقعة»	تُصنَّف «حدثًا ضارًا مع إغفال في الوقاية» بقرار لجنة الجودة، ويُخبَر المريض، ويُدرج التوقيت في قائمة التحقق، دون جزم بالسببية ولا تحميل فرد قبل المراجعة	صدق التوصيف شرط التعلم، والأمانة في التوصيف مقدَّمة على مصلحة المؤشر	ثبت بالسجل أن الجرعة أُعطيت في وقتها وأن المدوَّن خطأ توثيقي؛ فيُعاد التصنيف مضاعفة مع تصحيح معلن للتوثيق
مقيم أعطى دواءً خاطئًا لالتباس عبوتين	يلتقي الاستشاري الأسرة خلال 24	يُحمى المرضى بتخفيف مؤقت محدد،	أظهرت المراجعة تهاونًا متعمدًا أو

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
وتوفيت المريضة، فأُوقف إيقافًا مفتوحًا حتى ينتهي التحقيق	ساعة للإفصاح والاعتذار، ويُستبدل بالإيقاف تخفيف مؤقت للعبء أسبوعين مع دعم نفسي سري ومرافقة زميل، ثم عودة بمعايير معلنة	ويُحمى الممارس من عقوبة سابقة للمراجعة	مخالفة لسياسة معلنة فيُحال الشق الفردي إلى المساءلة، أو أظهر التقييم النفسي خطرًا عليه فتُقدَّم رعايته
أربع حوادث لمرضى خرجوا قبل ظهور نتائج حرجة، انتهت كلٌّ منها بتوصية «التنبيه على الأطباء بمتابعة النتائج»	تحليل الحوادث مجتمعة، ومالك للنتيجة بالاسم، وحاجز آلي يمنع إغلاق الزيارة أو ينبّه إلزاميًا، واستدراك الإفصاح للمرضى، بلا مساءلة فردية إلا لتجاهل متعمد	توصية فشلت أربع مرات لا تنجح في الخامسة	استمر النمط بعد الحاجز الآلي؛ فيُعاد التحليل في مسار النتائج في المختبر والأشعة لا في الطوارئ وحدها

مواقف متكررة

زلة يد أثناء إجراء دقيق غيّرت نتيجة العملية. الزلة تقع من أمهر الجرّاحين، ولا إثم فيها على من لم يتعمد ولم يفرّط. أمّا ضمان ما جنته اليد فمسألة ضمان تُبحث في موضعها (انظر الفصل 10، المبحث ثالثًا). وأيًّا كان حكم الضمان، فلا يسقط وجوب البيان؛ فيُخبَر المريض بلغة يفهمها، بلا تهوين ولا إغراق فني، ويُعبَّر له عن الأسف، وتوثَّق الزلة وأثرها في تقرير العملية، وتُسجَّل الحادثة للمراجعة. والضابط: باب الضمان غير باب الأمانة، ورفع الإثم لا يُسقط حقوق العباد، والتعلم لا يشترط وجود مخالف.

مريض يسأل مباشرة: «هل أخطأتم؟» قبل اكتمال المراجعة. فلا تنكر ما هو معروف، ولا تُقرّ بتكييف لم يثبت؛ بل قل ما عُرف من الوقائع، واعترف بما هو خطأ ظاهر، وبيّن له أن المراجعة جارية، ومتى تعود إليه بنتيجتها (انظر الفصل 8). والضابط: الصدق في الوقائع واجب، والتكييف لجهته.

جهة إدارية تطلب تقرير تحليل السبب الجذري لتستعمله في محاسبة ممارس. وسجل التعلم لا يتحول إلى ملف مساءلة بقرار إداري؛ فالمساءلة تُبنى على تحقيق مستقل بوثائقه، مع إتاحة ما تطلبه جهة قضائية مختصة وفق النظام (انظر الفصل 10). والضابط: إذا اختلط المساران انتهى الإبلاغ.

ممارس يكثر من البلاغات فيُنظر إليه على أنه «مصدر المشكلات». والحق أن كثرة البلاغات تدل على يقظة، لا على كثرة خطأ، وقد أوصى البند 16 من مشروع القرار 223 (7/23) بحماية المبلّغين من أي مضايقات أو أضرار [36] (انظر الفصل 12). والضابط: يُقاس القسم بما تعلّمه من البلاغات، لا بقلتها.

CC BY-NC-ND 4.0

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. الفرق بين هذا الفصل وفصل المسؤولية فرق في السؤال: المسؤولية تسأل من يضمن، والسلامة تسأل لماذا وقع وكيف يُمنع. وخلط المسارين يُفسدهما معًا.
2. ليس كل خطأ حدثًا ضارًا، وليس كل حدث ضار خطأً. والتمييز بين الخطأ والحدث الضار والمضاعفة والحادث القريب والحدث الجسيم شرط لكل مسار بعده [31].
3. للخطأ خمسة أنواع لكلٍّ منها علاج: التصميم للزلة، وقوائم التحقق للسهو، والتدريب لخطأ القاعدة، والتعليم والإشراف لخطأ المعرفة، والمساءلة المتناسبة للمخالفة.
4. أقوى التدخلات إزالة الخطر والحواجز الآلية، وأضعفها التوعية والتذكير.
5. الكتمان يضاعف الضرر ولا يمنعه، وموضع الإدانة في القضاء المقارن كان الكتمان والطمس لا الخطأ نفسه [32].
6. مشروع القرار 223 (7/23) هو الوجه الفقهي الجماعي لعلم سلامة المرضى: عرّف الخطأ المؤسسي بما يوافق نموذج طبقات الحماية، وميّز الخطأ من الحادث والمضاعفة وتقصير الفرد من تقصير المؤسسة، وأوصى بالتحقيق في الحوادث ولو بلا ضرر، وبالإفصاح، وحماية المبلّغين، وبنك معلومات الأخطاء [36].
7. الضحية الثانية مسألة سلامة مرضى، والثقافة العادلة تفريق منضبط لا حصانة من التهاون [4، 25].
8. انخفاض البلاغات ليس دليل أمان؛ فالبيانات الوطنية تدل على فجوة بين الوقوع والرصد [26].

التوصيات

للممارس:

- أن يُبلّغ عن الحوادث القريبة كما يبلّغ عن الأحداث الضارة، وأن يفصح للمريض بالوقائع المعروفة دون تكييف سابق للمراجعة.
- أن يطلب الدعم بعد الخطأ الجسيم، ويعين زميله عليه، ولا يخلط بين الدعم والإعفاء.

للمنشأة:

- أن تفصل في السياسة والإجراء والوثائق بين مسار السلامة ومسار المسؤولية.
- أن تُسند التصنيف إلى جهة لا تُقيَّم بالمؤشر الذي يدخل فيه، بمعايير معلنة.
- أن تُنشئ برنامجًا لدعم الضحية الثانية بزملاء مدرَّبين، وتضع للتقييد الاحترازي مدة ومعايير عودة.
- أن تبني توصيات التحليل على قوة التدخل لا على سهولته، وأن تغلق حلقة كل بلاغ بإخبار صاحبه.

للتعليم والبحث:

- أن يُدرَّس الخطأ الطبي وسلامة المرضى مقررًا مستقلًا لطلبة العلوم الصحية، كما أوصى البند 28 من مشروع القرار 223 (7/23) [36].

CC BY-NC-ND 4.0

- أن تُقاس في المملكة آثار الإفصاح والثقافة العادلة ودعم الممارسين على تكرار الضرر والشكاوى والاحتفاظ بالقوى العاملة، لا ثقافة الإبلاغ وحدها.

ثامنًا: الخاتمة

وبعد، فالخطأ الطبي حقيقة لا تنفيها النية الحسنة ولا الكفاءة العالية؛ والفارق بين نظام آمن وآخر ليس في وقوع الأخطاء، فهي تقع في كليهما، بل في كشفها مبكرًا والتعلم منها.

وأكثر الضرر في هذا الباب لا يقع بالخطأ نفسه، بل بما يتبعه: خطأ يُصنَّف مضاعفة فيُغلق باب التحليل، وحقيقة تُكتم عن المريض خوفًا من دعوى، وممارس يُترك وحده بعد حادثة جسيمة فيترك المهنة أو يُخفي ما يقع بعده، وتوصية ضعيفة تُكرَّر حتى يتكرر الضرر.

والنصوص في هذا الباب متسقة على نحو لافت. فالحديث أحال في الحذق إلى ما يُعلم عند أهل الصنعة، وهو معيار الممارس المماثل بعينه. ومشروع القرار 223 (7/23) عرّف الخطأ المؤسسي، وميّز بين الخطأ والحادث والمضاعفة، وبين تقصير الفرد وتقصير المؤسسة، وأوصى بالتحقيق والإفصاح وحماية المبلّغين وبنك الأخطاء؛ وهذه هي أركان علم سلامة المرضى نفسها.

وقد جمعت الشريعة في هذا الباب بين رفع الإثم عن المخطئ غير المتعمد، وبقاء حقوق العباد، ووجوب البيان وحرمة الكتمان. فهي ترحم المخطئ ولا تُعفيه، وتُنصف المتضرر ولا تُجرّم الزلة. والعجز حال قد تعرض لكل أحد، أما الكتمان فاختيار. فمن أخطأ، يا أخي الطبيب، فأفصح وأصلح وتعلّم، فقد أدّى ما عليه، وحمى بخطئه من يأتي بعده.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ما الفرق بين الخطأ والحدث الضار والمضاعفة والحادث القريب؟ ولماذا يترتب على كل مصطلح مسار مختلف؟
2. اشرح نموذج طبقات الحماية، وبيّن كيف يوافقه تعريف «الحوادث المؤسسية» في البند 3 من مشروع القرار 223 (7/23).
3. لماذا تُعدّ معاملة الزلة معاملة المخالفة ظلمًا يُنتج إخفاءً؟ وما الحد الذي تنتهي عنده الثقافة العادلة وتبدأ المساءلة؟
4. بم أُدين الطبيبان في قضيتي Stamos v. Davies وShobridge v. Thomas: الخطأ أم ما تلاه؟ وما دلالة ذلك على واجب البيان؟
5. رتّب التدخلات الآتية بحسب قوتها، مع التعليل: تعميم تنبيهي، قائمة تحقق، حد جرعة في الوصف الإلكتروني، سحب تركيز عالي الخطورة من الوحدات.
6. تطبيق: ممرضة اكتشفت أن جهاز التسريب ضُبط على معدل أعلى بعشرة أضعاف، فأوقفته قبل وقوع ضرر، وطلب منها الطبيب المناوب ألّا تكتب بلاغًا. حلل الحالة بالبوابات الخمس والأركان الأربعة، واكتب قرارًا مهنيًا موزونًا بعناصره الثلاثة.
7. كيف يُجمع في معاملة الضحية الثانية بين رفع الإثم عن المخطئ وبقاء حقوق العباد؟ وما الفرق بين التخفيف المؤقت والإيقاف العقابي؟
8. لماذا يُعدّ انخفاض عدد البلاغات مؤشرًا مضللًا؟ وبأي مؤشرات أخرى يُفسَّر؟

CC BY-NC-ND 4.0

المراجع

[1] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academy Press; 2000. https://doi.org/10.17226/9728

[2] World Health Organization. Patient safety: key facts. Geneva: WHO; 11 September 2023. who.int

[3] المركز السعودي لسلامة المرضى. الدليل السعودي للأحداث الجسيمة في القطاع الصحي، المستند إلى قرار المجلس الصحي السعودي رقم (5/83) وتاريخ 28/12/1439هـ والموافقة الوزارية رقم (64570) وتاريخ 1/12/1441هـ. اطُّلع عليه في 29 سبتمبر 2026م. spsc.gov.sa

[4] Saudi Patient Safety Center. Just Culture. Riyadh: SPSC. Accessed 29 September 2026. spsc.gov.sa

[5] Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991;324(6):370–376. https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240604

[6] Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA, Johnson WG. Preventing medical injury. QRB Qual Rev Bull. 1993;19(5):144–149. sciencedirect.com

[7] Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, Laird NM, Hebert LE, Peterson LM, et al. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: results of the Harvard Medical Practice Study III. N Engl J Med. 1991;325(4):245–251. https://doi.org/10.1056/NEJM199107253250405

[8] Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust. 1995;163(9):458–471. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1995.tb124691.x

[9] Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care. 2000;38(3):261–271. https://doi.org/10.1097/00005650-200003000-00003

[10] de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care. 2008;17(3):216–223. https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023622

McDonald CJ, Weiner M, Hui SL. Deaths due to medical errors are [11] exaggerated in Institute of Medicine report. JAMA. 2000;284(1):93–95. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

Reason J. Human error: models and management. BMJ. [12] 2000;320(7237):768–770. https://doi.org/10.1136/bm;j.320.7237.768

Leape LL. Error in medicine. JAMA. 1994;272(23):1851–1857. [13] https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520230061039

Newman-Toker DE, Pronovost PJ. Diagnostic errors—the next frontier for [14] patient safety. JAMA. 2009;301(10):1060–1062. https://doi.org/10.1001/jama.2009.249

Singh H, Meyer AND, Thomas EJ. The frequency of diagnostic errors in [15] outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. BMJ Qual Saf. 2014;23(9):727–731. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002627

Croskerry P. From mindless to mindful practice: cognitive bias and [16] clinical decision making. N Engl J Med. 2013;368(26):2445–2448. https://doi.org/10.1056/NEJMp1303712

Witman AB, Park DM, Hardin SB. How do patients want physicians to [17] handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting. Arch Intern Med. 1996;156(22):2565–2569. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' [18] and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. JAMA. 2003;289(8):1001–1007. https://doi.org/10.1001/jama.289.8.1001

Wu AW. Medical error: the second victim. BMJ. 2000;320(7237):726–727. [19] https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726

Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The [20] natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Qual Saf Health Care. 2009;18(5):325–330. https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870

Mazor KM, Simon SR, Yood RA, Martinson BC, Gunter MJ, Reed GW, et [21] al. Health plan members' views about disclosure of medical errors. Ann Intern Med. 2004;140(6):409–418. https://doi.org/10.7326/0003-4819-140-6-200403160-00006

Kraman SS, Hamm G. Risk management: extreme honesty may be the [22] best policy. Ann Intern Med. 1999;131(12):963–967. https://doi.org/10.7326/0003-4819-131-12-199912210-00010

[23] Kachalia A, Kaufman SR, Boothman R, Anderson S, Welch K, Saint S, et al. Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. Ann Intern Med. 2010;153(4):213–221. https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-4-201008170-00002

[24] Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. N Engl J Med. 2002;347(24):1933–1940. https://doi.org/10.1056/NEJMsa022151

[25] Boysen PG 2nd. Just culture: a foundation for balanced accountability and patient safety. Ochsner J. 2013;13(3):400–406. pmc.ncbi.nlm.nih.gov

[26] Alkahf D, Alonazi W. Exploring the safety reporting culture among healthcare practitioners in Saudi hospitals: a comprehensive 2022 national study. BMC Health Serv Res. 2024;24:769. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11160-3

[27] Alahmadi HA. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. Qual Saf Health Care. 2010;19(5):e17. https://doi.org/10.1136/qshc.2009.033258

[28] Alshammari FM, Alanazi EJ, Alanazi AM, Alturifi AK, Alshammari TM. Medication error concept and reporting practices in Saudi Arabia: a multiregional study among healthcare professionals. Risk Manag Healthc Policy. 2021;14:2395–2406. https://doi.org/10.2147/RMHP.S281154

[29] Alsafi E, Bahroon SA, Tamim H, et al. Physicians' attitudes toward reporting medical errors: an observational study at a general hospital in Saudi Arabia. J Patient Saf. 2011;7(3):144–147. https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e31822c5a82

[30] Alotaibi JS. Causes of medication administration errors and barriers to reporting as perceived by nurses in Saudi Arabia: a qualitative study. Belitung Nurs J. 2024;10(2):215–221. https://doi.org/10.33546/bnj.3249

[31] World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final technical report. Geneva: WHO; 2009. who.int

[32] Hébert PC, Levin AV, Robertson G. Bioethics for clinicians: 23. Disclosure of medical error. CMAJ. 2001;164(4):509–513. pmc.ncbi.nlm.nih.gov

[33] Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. JAMA. 1995;274(1):29–34. https://doi.org/10.1001/jama.1995.03530010043033

Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of [34] patients and relatives taking legal action. Lancet. 1994;343(8913):1609–1613. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)93062-7

[35] سـنن أبي داود، كتـاب الـديات، بـاب فيمن تطبب ولا يعلم منـه طب فـأعنت، ح 4586. sunnah.com

[36] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. مشروع قرار رقم 223 (7/23) بشأن مسؤولية الطبيب عن الأخطاء الطبية غير العمدية من منظور إسلامي. الدورة الثالثة والعشرون، المدينـة المنـورة، 19–23 صفر 1440هـ / 28 أكتوبر – 1 نوفمبر 2018م، ونُشر في 11 نوفمبر 2018م. iifa-aifi.org

[37] صـحيح مسـلم، كتـاب الإيمـان، بـاب قـول النـبي ﷺ: «من غشـنا فليس منـا»، ح 101. sunnah.com

[38] صحيح مسلم، كتاب الإيمان، باب بيان أن الدين النصيحة، ح 55. sunnah.com

[39] سـنن ابن ماجـه، كتـاب الأحكـام، بـاب من بـنى في حقـه مـا يضـر بجـاره، ح 2341. sunnah.com

[40] مجمـع الفقـه الإسـلامي الـدولي. قـرار رقم 142 (8/15) بشـأن ضـمان الطـبيب. الـدورة الخامسة عشرة، مسقط، 14–19 المحرم 1425هـ / 6–11 مارس 2004م. iifa-aifi.org

The Joint Commission. Sentinel Event Policy and Procedures. Oakbrook [41] Terrace (IL): The Joint Commission. jointcommission.org

World Health Organization. Patient safety incident reporting and learning [42] systems: technical report and guidance. Geneva: WHO; 2020. who.int

The Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations [43] 2014/2936, regulation 20: Duty of candour. London: The 2014,SI ٥١ Stationery Office; 2014. legislation.gov.uk

[44] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. القسم الرسمي للممارس الصـحي، الصـيغة المعتمـدة بتوصية اللجنة التنفيذية في اجتماعها الثـاني لعـام 2025م. اطُّلـع عليـه في 29 سـبتمبر 2026م. scfhs.org.sa

Agency for Healthcare Research and Quality. Communication and [45] Optimal Resolution (CANDOR) Toolkit. Rockville (MD): AHRQ; 2016. ahrq.gov

NHS Litigation Authority. Ten years of maternity claims: an analysis of [46] .NHS Litigation Authority data. London: NHSLA; October 2012

CC BY-NC-ND 4.0