الباب الثاني

حقوق الممارس الصحي: التأصيل الطبي والأخلاقي والفقهي والنظامي

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «حقوق الممارس الصحي: التأصيل الطبي والأخلاقي والفقهي والنظامي». 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 الثاني عشر

حقوق الممارس الصحي: التأصيل الطبي والأخلاقي والفقهي والنظامي

الحق الـذي يمكّن من الـواجب • السـلامة والإرهـاق والعنـف ضـد الممارسـين • الكرامـة والكلام الآمن وعدالة المساءلة • الضمان والأمانة وصيانة العرض • نظام حماية المبلّغين ولائحتـه • أربـع حالات تطبيقية ومواقف متكررة

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 الفصـل — البـاب الثـاني: حقـوق المـريض والمسـؤولية والسـلامة • الجمهـور المقصـود: الأطبـاء والممرضـون والصـيادلة والفـنيون والأخصـائيون والمتـدربون، ومـديرو المنشآت الصحية وأقسام الموارد البشرية وسلامة المرضى، وأعضـاء لجـان الأخلاقيـات • الفصل الأم لـ: حقوق الممـارس الصـحي وضـماناتها، والعنـف ضـد الممارسـين الصـحيين، ونظام حماية المبلّغين والشهود والخبراء والضحايا ولائحته التنفيذية • يحيـل إلى: الفصـول 4، 5، 7، 8، 9، 10، 11، 13، 14، 15، 17، 18 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

خلاصة الفصل

حقوق الممـارس الصـحي ليسـت امتيـازات تنـافس حقـوق المـريض، ولا حصـانة من الشـكوى أو المساءلة. هي ضمانات تمكّن الطبيب والممرض والصيدلي والفني والأخصائي والمتـدرب من أداء واجباتهم بأمانة وكفـاءة: كرامـة مصـونة، وبيئـة آمنـة، وتـدريب وإشـراف عـادل، واسـتقلال مهـني

CC BY-NC-ND 4.0

منضبط، وسجل لا يُحرَّف، وقناة آمنة للاعتراض، وتحقيق مهني يسمع الطرفين ويفرق بين الخطأ والمضاعفة والعوامل المؤسسية.

ويعالج الفصل هذه الحقوق بنموذج الأركان الأربعة. ففي الركن الطبي يبين أن الإرهاق ونقص الإشراف والعنف ونقص وسائل الوقاية مخاطر سريرية قابلة للقياس، لا شؤون شخصية. وفي الركن الأخلاقي يضبط الكرامة والاستقلال والكلام الآمن وعدالة التقييم والشكوى. وفي الركن الفقهي يؤصل لأمانة الممارس، وعدم ضمانه النتيجة المجردة، وصيانة عرضه، وحدود الضرورة. وفي الركن النظامي يعرض نصوص نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته، ونظام العمل، والأنظمة الجزائية وحماية البيانات، ويبسط نظام حماية المبلّغين ولائحته التنفيذية بنطاقهما الدقيق. ثم يقدم أدوات عملية للممارس والمنشأة، وأربع حالات محللة، ومواقف متكررة بجواب مختصر.

وينتهي الفصل إلى أن حماية الممارس جزء من سلامة المريض، لكن الحق يتقيد بالضرورة والتناسب والاختصاص والقنوات الرسمية. فلا تبرر الكرامة إهمال مريض، ولا يبرر الدفاع كشف ملفه للعامة، ولا تبيح السلامة ترك طارئ دون ترتيب مساعدة ممكنة. كما لا يجوز للمنشأة أن تحول واجب الممارس إلى ذريعة للعمل غير الآمن أو التكليف فوق الصلاحية أو الانتقام من البلاغ حسن النية. ونظام حماية المبلّغين لا يغطي كل بلاغ داخلي؛ فنطاقه الجرائم الكبيرة الموجبة للتوقيف، وتكمله سياسات المنشأة والأنظمة الوظيفية.

الكلمات المفتاحية: حقوق الممارس الصحي؛ سلامة العاملين الصحيين؛ الكرامة المهنية؛ العنف في مكان العمل؛ الإرهاق؛ الإشراف؛ المساءلة الطبية؛ حماية المبلّغين؛ الفقه الطبي؛ النظام السعودي.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

يعرف كل من عمل في مستشفى أن أخلاقيات الطب تركز بحق على المريض، لأنه غالبًا الطرف الأضعف في العلاقة العلاجية. ولكن الرعاية لا تكون آمنة إذا عومل الممارس نفسه كأنه أداة بلا حدود. فالممارس الخائف قد يصمت عن جرعة خاطئة، والمنهك قد يفقد الانتباه، والمتدرب الذي يُذل قد يتردد في طلب المساعدة، ومن يُضغط عليه ليعدّل السجل يفقد هو والمريض معًا أهم وسيلة لفهم الواقعة. ولهذا فالمعادلة الصحيحة ليست «المريض أو الممارس»، بل رعاية تحفظ المريض وتمكّن الممارس وتحاسب الجميع بعدل.

ومصطلح **الممارس الصحي يشمل** كل من يرخص له بمزاولة مهنة صحية في حدود تصنيفه واختصاصه، فلا يقتصر على الطبيب وحده. وقد تختلف درجة القرار والمسؤولية بين الاستشاري والمتدرب وبين أعضاء الفريق، ولكن الكرامة والسلامة والإنصاف في التدريب والتحقيق ورفض التزوير أصول يشترك فيها الجميع. ويقصد بحقوق الممارس هنا الضمانات المهنية والأخلاقية والشرعية والنظامية التي تحفظ كرامته وسلامته ونزاهة قراره وعدالة مساءلته، وتجعله قادرًا على أداء واجباته من غير ظلم ولا إكراه غير مشروع. وليست كل مصلحة يرغب فيها الممارس «حقًا»؛ فالحق الأقوى ما دل عليه نص، أو عقد، أو سياسة نافذة، أو ما كان لازمًا مباشرة لأداء واجب مهني ثابت.

جدول: واجب الممارس والضمان المقابل

CC BY-NC-ND 4.0

واجب الممارس	الضمان المقابل	الحد الفاصل
تنمية الكفاءة والعمل داخل الاختصاص	التدريب العادل، ووضوح الصلاحيات، والإشراف	لا تعفي قلة التدريب من طلب المساعدة أو الامتناع عما لا يحسن.
بذل العناية في الطوارئ	وسائل الوقاية، والكادر والدعم، وخطة التصعيد	لا يترك الطارئ، ولا يكلَّف الممارس بخطر جسيم يمكن ضبطه ثم تهمله المنشأة.
حفظ السر	الدفاع أمام الجهة المختصة بالقدر اللازم	لا يكون الرد على التشهير بنشر الملف في وسائل التواصل.
صدق السجل والإبلاغ عن الخطر	رفض التحريف وقناة آمنة ومنع الانتقام	البلاغ حسن النية لا يبيح الكيد أو النشر العام أو تجاوز الحد اللازم.
احترام المريض والتعاون معه	الاحترام والحماية من العنف ومعلومات صادقة	إساءة المريض لا تسقط الرعاية العاجلة، لكنها تستوجب حماية الفريق وتنظيم التواصل.
المساءلة عن الخطأ المثبت	تحقيق فني عادل وحق الدفاع والتظلم	لا إدانة لمجرد النتيجة، ولا إعفاء عند التقصير أو التعدي.

وتحكم هذا الباب أربعة مبادئ. أولها التلازم: فكل حق مهني مرتبط بوظيفة علاجية أو تعليمية أو رقابية. وثانيها التناسب: فلا يتجاوز الدفاع أو الرفض أو الإفصاح القدر اللازم. وثالثها عدم التخلي: فالاعتذار عن علاقة علاجية أو طلب الحماية لا يجيز ترك مريض في خطر بلا مساعدة أو إحالة ممكنة. ورابعها العدالة الإجرائية: فالادعاء لا يساوي الثبوت، ونتيجة التحقيق تعتمد على الوقائع والرأي الفني والسببية ودور النظام.



شكل: المبادئ الأربعة لحقوق الممارس: التلازم، والتناسب، وعدم التخلي، والعدالة الإجرائية.

وتنتظم الحقوق العملية في خمس مجموعات متداخلة: حقوق شخصية تشمل الكرامة والسلامة والصحة النفسية؛ وحقوق مهنية تشمل الترخيص والاختصاص والاستقلال ورفض الطلب غير المشروع؛ وحقوق تعليمية تشمل التدريب والإشراف والتقييم العادل؛ وحقوق إجرائية تشمل الإحاطة بالشكوى والدفاع والتحقيق والتظلم؛ وحقوق مؤسسية تشمل الكلام الآمن والإبلاغ وعدم

CC BY-NC-ND 4.0

الانتقام وتحليل عوامل النظام. ولا يعني هذا التصنيف أن مصدر كل حق نظام واحد، بل يساعد الممارس والمنشأة على تحديد المرجع المناسب بدل إطلاق عبارات واسعة غير قابلة للتطبيق.

وفي السياق السعودي لا تجد وثيقة واحدة تجمع «حقوق الممارس». فبعض ضماناته في نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته، وبعضها في نظام العمل أو نظام الانضباط الوظيفي بحسب القطاع، وبعضها في أنظمة جزائية وحماية بيانات، وبعضها في العقد وقواعد التدريب والاعتماد. ثم أضاف نظام حماية المبلّغين والشهود والخبراء والضحايا ولائحته التنفيذية الصادرة سنة 1447هـ (2026م) مسارًا خاصًا لمن يبلّغ عن جريمة كبيرة، وهو مسار يكثر الخلط في نطاقه.

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

السلامة المهنية والإرهاق. أصدرت منظمة الصحة العالمية سنة 2020 ميثاق سلامة العاملين الصحيين بوصفها أولوية لسلامة المرضى، ودعت فيه إلى ربط سياسات سلامة العاملين بسياسات سلامة المرضى، وإلى برامج وطنية للصحة والسلامة المهنية، وحماية العاملين من العنف في أماكن العمل، وتحسين صحتهم النفسية، وحمايتهم من المخاطر الجسدية والبيولوجية [1]. وهذا الربط يمنع أن يُختزل حق الممارس في معدات الوقاية وحدها؛ فالعبء الآمن، والراحة، والتدريب، وتوفر المساعدة، وتصميم الدواء والسجل، كلها أجزاء من السلامة السريرية.

وفي تجربة Landrigan وزملائه المنشورة سنة 2004، أدى إلغاء المناوبات الممتدة وخفض ساعات عمل أطباء الامتياز في وحدتين للعناية المركزة إلى تقليل الأخطاء الطبية الجسيمة مقارنة بالجدول التقليدي [2]. أما التجربة الأكبر المنشورة سنة 2020 (ROSTERS) فجاءت نتيجتها على خلاف ما كان يُنتظر: ارتبطت الجداول الخالية من مناوبات 24 ساعة بأخطاء جسيمة **أكثر** لا أقل، بمعدل 97.1 مقابل 79.0 لكل 1000 يوم مريض (الخطر النسبي 1.53). وزال هذا الارتباط بعد ضبط عدد المرضى لكل طبيب مقيم، وتفاوتت النتائج بين المواقع [3]. فما الذي يخرج به الممارس من هذا؟ ليس رقمًا جامدًا لساعات يصلح لكل قسم؛ وإنما أن الإرهاق خطر حقيقي، وأن تقصير المناوبة وحده لا يكفي إذا زاد عبء العمل وتكرر تسليم المرضى. والإصلاح يحتاج تصميمًا يجمع الساعات والعبء والتسليم، لا وعظًا يُلقى على الأفراد.

وفي دراسة سعودية متعددة المراكز شملت 426 طبيبًا مقيمًا، سجّل 81.22% درجة مرتفعة في مقياس فرعي واحد على الأقل من مقاييس الاحتراق المهني، و18.31% في المقاييس كلها. وهي دراسة مقطعية لا تثبت السببية، ولكنها تدعم الحاجة إلى مراقبة العبء والإشراف والدعم [4]. وخلص تقرير الأكاديميات الوطنية الأمريكية سنة 2019 إلى أن الاحتراق ينشأ من اختلال بين مطالب العمل وموارده، وأن الوقاية تحتاج إلى إعادة تصميم بيئة العمل، لا إلى الاكتفاء بطلب «الصلابة» من الطبيب [5]. وأظهر تحليل تلوي لاثنتين وخمسين دراسة أن التدخلات الفردية والتنظيمية قد تخفض الاحتراق، مع تفاوت النتائج والحاجة إلى الجمع بينهما [6].

العنف ضد الممارسين الصحيين. في مراجعة عالمية ضمت 253 دراسة و331,544 مشاركًا، أفاد 61.9% بالتعرض لشكل من العنف في العمل، وكان الإيذاء اللفظي أكثر صوره غير الجسدية شيوعًا (57.6%)، مع اختلاف كبير بين البلدان والبيئات والتعريفات [7].

وفي المملكة جمعت Alhomoud سنة 2025 في مراجعة منهجية بعنوان «كفى» اثنتين وأربعين دراسة عن العنف ضد الأطباء والصيادلة والممرضين. وتراوح انتشار العنف فيها بين 26% و90.7%، وكان العنف اللفظي أكثر أنواعه (19.7–98.2%). وجاء أكثره من المرضى (7.1–99.3%) ثم من أقاربهم أو أصدقائهم (6.6–91%). وردّت المراجعة أسبابه إلى نقص الكادر،

CC BY-NC-ND 4.0

والازدحام، وطول الانتظار، وسوء التواصل، والطلبات غير الملباة، وضعف العقوبات، وقصور إجراءات الأمن. ومن عواقبه الضيق النفسي، وتراجع جودة العمل، والاستقالة أحيانًا. ونبهت إلى أن الحوادث كثيرًا ما لا يُبلَّغ عنها، لأن كثيرًا من الممارسين يرون العنف جزءًا متوقعًا من عملهم [8]. واتساع المدى يمنع أن يُستعمل رقم واحد بوصفه معدلًا وطنيًا ثابتًا، ولكنه يثبت عبئًا متكررًا ونقصًا في الإبلاغ. ودلالة ذلك أن حماية الممارس التزام على المؤسسة يمكن قياسه، وأن مسارات الإبلاغ الآمنة والدعم بعد الحوادث من حقوقه الأساسية.

وفي دراسة متعددة المراكز على 849 ممرضًا وممرضة في أقسام طوارئ سعودية، ذكر 73.7% التعرض للعنف خلال عامين، وكان أكثره من أسر المرضى أو أقاربهم (88.3%) [9].

التنمر والكلام الآمن. ولا يأتي الخطر من المراجعين وحدهم. ففي مستشفى تخصصي بالرياض أفاد 53% من 339 مشاركًا من الزملاء والمقيمين والتمريض بالتعرض لصورة من التنمر في العمل، وارتبط ارتفاعه بانخفاض الرضا الوظيفي والصحة النفسية؛ وهي علاقة مقطعية لا تثبت اتجاه السببية [10]. وأفاد 60.1% من طلاب الطب في السنوات السريرية بجامعة سعودية بصورة من التخويف من الهيئة التعليمية، وكان الإيذاء اللفظي أكثرها [11]. وهذه النتائج تبرر سياسات مستقلة للتعليم الآمن، ولكنها لا تبرر تعميم الاتهام على كل مشرف، ولا عدّ كل نقد تنمرًا. وصنفت مراجعة منهجية سنة 2024 العوامل المؤثرة في الكلام عند الخطر في المستشفيات، عبر 45 منشورًا، إلى فردية وعلاقية وسياقية وتنظيمية، وخلصت إلى أن تصميم التدخلات يحتاج مقاربة نظامية [12]. ولذلك لا يكفي أن تقول الإدارة «بابي مفتوح»؛ بل يجب أن يرى الممارس بعينه أن البلاغ يُسمع، وأن الرد يوثَّق، وأن من أبلغ بحسن نية لا يعاقب بصورة خفية.

الأثر النفسي بعد الحادث. قدّر تحليل تلوي في وحدات العناية المركزة أن 58% من العاملين مروا بتجربة «الضحية الثانية» بعد حادث سلامة، وأن نحو 20% احتاجوا أكثر من سنة للتعافي أو لم يتعافوا؛ وقام التحليل على خمس دراسات فقط، فيُقرأ الرقم في حدود ذلك [13].

ما يضيفه الفصل. تتناول الدراسات السابقة كل خطر على حدة: العنف، أو الإرهاق، أو التنمر، أو الصمت. ويضيف هذا الفصل ثلاثة أمور: أولها جمع هذه الأخطار في إطار واحد يربط كل حق بواجب مقابل؛ وثانيها تأصيلها فقهيًا بقواعد الأمانة والضمان وصيانة العرض؛ وثالثها تحديد النطاق النظامي الدقيق لكل ضمان، ولا سيما نطاق نظام حماية المبلّغين الذي يُحمَّل كثيرًا أوسع مما يحتمله نصه.

المشكلة والسؤال المركزي

والمعضلة لا تنشأ من باطل يواجه حقًا، وإنما حين تتزاحم حقوق مشروعة: حق المريض في الرعاية مع سلامة الفريق، والسرية مع حق الدفاع، والاستقلال العلمي مع رغبة المريض، وواجب الطوارئ مع خطر العدوى، والتعلم مع حدود كفاءة المتدرب، وحق الشكوى مع سمعة الممارس. ولا يكفي أن يُعلن حق عام؛ بل يلزم أن يُحدَّد صاحبه، والواجب المقابل، وحدوده، ومن يقرر الاستثناء، وكيف يوثق ويراجع.

والسؤال المركزي: **متى يكون ما يطلبه الممارس لنفسه حقًا معتبرًا يُلزم المنشأة والمريض والزملاء، وكيف يمارسه من غير أن يمس حق المريض في رعاية آمنة وعادلة؟**

CC BY-NC-ND 4.0

الأهداف والحدود

ويريد الفصل من قارئه أن يميز بين الحق المهني والمصلحة الشخصية، وأن يربط كل حق بـواجب مقابل، وأن يعرف المسار النظامي لكل ضمان وحدوده، ثم أن يطبق ذلـك على وقـائع تتكـرر في المنشآت الصحية.

ويعالج الفصل حقوق الممارس الصحي على اختلاف مهنته وصفته، ولا ينشئ حقًّا وظيفيًا أو سـبب دعوى مستقلًا خارج النص المنطبق؛ فحقوق العاملين تختلف جزئيًا باختلاف جهـة العمـل، والعقـد، والقطـاع، والصـفة التدريبيـة، وسياسـات المنشـأة. فـإذا جـاء التطـبيق قُـدِّم النص الأعلى درجـة والأحدث نفاذًا، ونطاق الصلاحيات السريرية وسياسة المنشأة، مع استشارة الشـؤون النظاميـة أو جهة التدريب عند النزاع. ولا يبسط الفصـل أحكـام الضـمان والمسـؤولية (انظـر الفصـل 10)، ولا الإفصاح عن الخطأ والثقافة العادلة (انظر الفصل 11)، ولا التنمر والعلاقات داخـل الفريـق (انظـر الفصل 14)، ولا الإشـراف على المتـدربين (انظـر الفصـل 15)؛ وإنمـا يـذكر منهـا مـا يلـزم لحـق الممارس، ويحيل في الباقي إلى فصولها.

أولًا: الركن الطبي

1-1 الكفاءة وحدود الاختصاص

حق الممارس في ألا يكلّف بما يتجاوز تصنيفه أو صلاحياته يحمي المـريض قبـل أن يحميـه. ويجب أن تكون الامتيازات السريرية مكتوبة، وأن يحدد القسم ما يجوز للممارس أداؤه مستقلًا وما يحتاج إشرافًا مباشرًا أو استشارة. وفي الطوارئ قد يضطر الممارس إلى عمـل يتجـاوز الـروتين ضـمن الممكن لإنقاذ الحياة، لكن الاستثناء لا يتحول إلى طريقة دائمة لسد نقص الكادر.

وعلى المتدرب معرفة حـدوده وطلب المسـاعدة وعـدم إخفـاء نقص الخـبرة، وعلى المشـرف أن يكون متاحًا وأن يرفـع الاسـتقلال تـدريجيًا بعـد تقـويم موثـق. وإذا وقعت مضـاعفة لا يُفحص فعـل المتـدرب وحـده؛ بـل نـوع التكليـف، ووضـوح الصـلاحية، ودرجـة الإشـراف، والاسـتعجال، وإمكـان استدعاء خبير، وضغط العمل [14–17]. وتفصيل الإشراف على المتدربين في الفصل 15.

1-2 التدريب والتطوير المهني

التطوير واجب مستمر وحق تمكيني. وتوزع فرص الـدورات والإجـراءات والابتعـاث وفـق الاحتيـاج والكفاءة وخطة الخدمة ومعيار معلن، لا الولاء الشخصي. ويحق للممـارس معرفـة معيـار الاختيـار وطلب مراجعته، بينما تبقى عليه مسؤولية استكمال الساعات والمتطلبات وعدم ممارسـة وسـيلة غير معترف بها. والعدالة لا تعني أن يحضر الجميـع النشـاط نفسـه، بـل أن يكـون اختلاف الفـرص قابلًا للتفسير بمصلحة التدريب والخدمة [14، 15، 18].

1-3 السلامة الجسدية والعدوى والعنف

يشمل الحق في بيئة آمنة الوقاية من العدوى، والتعامل الآمن مع المواد والأشعة والأدوات الحادة، والأمن في أقسام الطوارئ والصحة النفسية والرعاية المنزلية، وخطة معلنة لمواجهـة العنـف. ولا يكفي تعليق شعار «عدم التسامح»؛ بل يلزم إنـذار مبكـر، وضـبط الـزوار، وزر اسـتغاثة أو وسـيلة اتصال، وتـدريب على خفض التصـعيد، وتوثيـق، وتـدخل أمـني عنـد اللـزوم، ودعم طـبي ونفسـي،

CC BY-NC-ND 4.0

ومراجعة سبب الحدث. وتدل أسباب العنف التي رصدتها الدراسات السعودية، من نقص الكادر والازدحام وطول الانتظار وقصور الأمن، على أن كثيرًا منه قابل للمنع بالتصميم [8، 9].

وعند نقص وسائل الوقاية لا تنحصر الخيارات بين المجازفة وترك المريض. يبدأ التصعيد العاجل، ويعاد تنظيم المسار، ويقلل عدد المعرضين، وتستخدم الوقاية المتاحة المناسبة، وينقل المريض أو الفريق إن أمكن. وكلما كان الخطر وشيكًا وغير مضبوط قويت حجة وقف مهمة بعينها، لكن لا يتخذ القرار فرديًا إذا أمكن الوصول سريعًا إلى مسؤول مكافحة العدوى أو السلامة، ولا يترك المريض الحرج بلا ترتيب بديل [1، 19، 20].

1-4 الإرهاق والقدرة على الممارسة

النوم والراحة والصحة النفسية ليست شأنًا خاصًا حين يتأثر بها الأداء. على الممارس أن يصرح بعجزه المؤقت عن إجراء عالي الخطورة، وأن يطلب الاستبدال أو المساندة، وألا يتخذ الإرهاق عذرًا بعد إخفائه إذا كان يستطيع التصعيد. وعلى المنشأة مراقبة الساعات المتصلة، وتكرار المناوبات، والتسليم، ونسبة الكادر إلى العبء، ومؤشرات الأخطاء والغياب. وتجربة 2020 تنبه إلى أن تقصير المناوبات مع بقاء عبء المرضى مرتفعًا قد لا يقلل الأخطاء [3]. فالخطأ الناتج من ممرضة منهكة ونظام دوائي ملتبس لا يفهم بعدل إذا حصر التحقيق في آخر يد أعطت الجرعة [2–6، 17]. وفي هذا الاتجاه دعا بيان الجمعية الطبية العالمية في رعاية الصحة النفسية للأطباء (بورتو، أكتوبر 2025م) إلى إتاحة التقويم والعلاج بسرية ومن غير خوف من تبعات مهنية، وألا يرتب طلب العلاج إجراءات ترخيص غير متناسبة، وأن يقوم أي تقييد للممارسة على تقويم موضوعي لكل حالة يراعي سلامة المرضى وتعافي الطبيب وحقوقه [33].

1-5 بذل العناية والخطأ والمضاعفة

التزام الممارس في الأصل ببذل عناية يقظة وفق الأصول، لا بضمان الشفاء. ويقتضي التحقيق التفريق بين: مرض تطور بطبيعته؛ ومضاعفة معروفة وقعت رغم الرعاية؛ وحادث غير مرغوب مرتبط بالتدخل؛ وخطأ ناتج عن إخفاق أو تقصير؛ ومخالفة متعمدة كتحريف السجل. وتثبت المسؤولية المهنية بقدر ما يتوافر من مخالفة وضرر وعلاقة سببية، مع توزيعها على الأدوار والعوامل المؤسسية بدل افتراض أن كل نتيجة سيئة خطأ أو أن حسن النية يمحو التقصير [14، 17]. وتفصيل أركان المسؤولية في الفصل 10، المبحثين ثالثًا ورابعًا.

عند الشكوى أو الحادث يسأل الخبير: ما معيار الرعاية وقت الواقعة لا بعد معرفة النتيجة؟ هل كانت المعلومات متاحة؟ هل كان القرار معقولًا بين البدائل المعروفة؟ هل استشير الأخصائي في الوقت المناسب؟ هل كانت المتابعة والتسليم والتوثيق كافية؟ وما مقدار مساهمة المريض أو المرض أو النظام؟ هذه الأسئلة تحمي المريض من تبرير الخطأ بوصفه مضاعفة، وتحمي الممارس من تحيز النظر إلى الماضي الذي يجعل النتيجة السيئة تبدو متوقعة حتمًا.

ولا يقرر الممارس وحده أن الواقعة «مضاعفة» ثم يغلقها، كما لا يقرر المريض أو الإعلام أنها «إهمال» قبل الخبرة. يبدأ الفريق بعلاج الضرر والإفصاح وفق السياسة، ثم يحفظ الأدلة، ويفصل التحليل التعليمي عن التلاعب أو المخالفة المتعمدة، ويرفع ما يتطلب اختصاصًا نظاميًا. ويستمر الدعم للمريض والممارس من دون اشتراط نتيجة التحقيق مسبقًا.

CC BY-NC-ND 4.0

1-6 السجل الطبي والحق في رواية مهنية صادقة

السجل أداة علاج وتواصل وإثبات. يجوز تصحيح خطأ وفق آلية تظهر الأصل ووقت الإضافة وسببها وصاحبها، ولا يجوز محو واقعة أو تغيير جرعة أو وقت لإخفاء خطأ. والتوثيق الجيد يسجل القرار والمعطيات والبدائل والاستشارة والتبصير والرفض وإرشادات العودة. ولا يحمي توثيق متأخر قرارًا غير سليم، لكنه يمنع ضياع ما تم فعلًا ويتيح تحقيقًا أقرب إلى الحقيقة [14]. وتفصيل تعديل الملف اللاحق في الفصل 10، المبحث رابعًا.

1-7 طلب المساعدة والامتناع المهني المؤقت

قد يصبح الممارس غير قادر مؤقتًا على أداء مهمة بعينها بسبب مرض حاد أو أثر دواء أو انهيار تركيز أو صدمة بعد حادث. والأمانة هنا ليست في الإصرار على العمل، بل في إبلاغ المسؤول وطلب تغطية آمنة، مع الحفاظ على خصوصية التشخيص بقدر ما يسمح به تنظيم العمل. ولا تعني الخصوصية أن تخفى حقيقة العجز المؤثر في السلامة، كما لا يحق للإدارة طلب تفاصيل صحية تتجاوز الحاجة المهنية أو جعل طلب المساعدة وصمة دائمة.

ويختلف الامتناع المؤقت عن الاعتذار عن علاقة علاجية. فالأول يتعلق بالقدرة اللحظية أو بسلامة مهمة محددة، والثاني بإمكان استمرار علاقة غير عاجلة. وفي كليهما يُحفظ المريض: يسلم العمل إلى ممارس مؤهل، وتوثق الضرورة بقدرها، ولا يغادر صاحب المناوبة قبل التسليم، ولا يُتخذ الخلاف الشخصي سببًا لتعطيل العلاج.

1-8 الموارد والتجهيزات والدواء الآمن

لا يجوز تقييم أداء الممارس بمعزل عن الأدوات التي وفرتها المنشأة. فالدواء المتشابه في الاسم أو العبوة، والنظام الإلكتروني الذي يسمح بجرعة شاذة بلا تنبيه، ونقص أجهزة القياس، وتأخر المختبر، وغياب التحقق المزدوج عوامل قابلة للتصميم. وعلى الممارس مع ذلك ألا ينتظر الإصلاح المؤسسي ليقوم بواجبه؛ ينبه، ويستخدم تحققًا يدويًا مناسبًا، ويطلب بديلًا، ويوثق الخلل، ثم تراجع المنشأة النمط بدل لوم الشخص الأخير وحده. وتميز «الثقافة العادلة» بين الخطأ البشري غير المقصود، والسلوك المجازف، والسلوك المتهور أو المتعمد، وتناسب الاستجابة مع كل منها (انظر الفصل 11، المبحث ثانيًا).

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 الكرامة والاحترام والنقد المهني

كرامة الممارس لا تمنع الشكوى ولا التصحيح ولا الجزاء، وإنما تمنع السب والإذلال والتهديد والتحقير العلني والتمييز. فإذا انتقدت فليكن نقدك محددًا للسلوك، متناسبًا مع أثره، في مكان يحفظ المريض والمتدرب، مع تدخل فوري إذا كان الخطأ خطرًا. أما الصراخ المهين أمام المرضى فقد يربك الفريق ويمنع طلب المساعدة ويضعف ثقة المريض؛ ولذلك هو قضية سلامة، لا مجرد خلاف شخصي. ويتفق هذا التوازن مع مبادئ الإحسان وعدم الإضرار والعدالة واحترام الاستقلالية، من غير أن تتحول إلى شعارات منفصلة عن سياق الممارسة [21].

CC BY-NC-ND 4.0

والاحترام يسير في الاتجاهين. فالمريض المتألم قد يحتاج احتواءً وشرحًا، ولكن الألم لا يبيح الاعتداء. وإذا أساء مرافق، استمر علاج المريض الضروري، مع فصل المعتدي أو تنظيم التواصل أو طلب الأمن. ولا يجوز للممارس أن يعاقب المريض بإهماله، كما لا يجوز للإدارة أن تطلب من الفريق تحمل خطر متكرر بوصفه «جزءًا من العمل» [7–9، 22].

2-2 الاستقلال المهني ورفض الطلب غير المشروع

الاستقلال هو حرية الحكم العلمي داخل الاختصاص والدليل ورغبة المريض المشروعة، وليس سيادة للطبيب على المريض. فالممارس يرفض تقريرًا غير صحيح، أو دواءً بلا استطباب، أو فحصًا غير لازم، أو إحالة تحكمها مصلحة خفية، ثم يشرح السبب ويعرض البديل المشروع. وفي المقابل لا يتخذ الاستقلال ذريعة لرفض مريض بسبب هويته، ولا لتجاهل تفضيل معتبر، ولا لاحتكار قرار يحتاج إلى فريق.

وتضارب المصالح ليس مرادفًا للفساد؛ فقد توجد علاقة مالية أو بحثية مشروعة. وإنما الخطر أن تؤثر في القرار، أو تبدو مؤثرة فيه، من غير إفصاح ولا إدارة. والعلاج أن يُفصح للمنشأة وللمريض عند اللزوم، وأن تُراجع الحاجة، ويُتاح البديل، ويتنحى الممارس إذا تعذر ضبط التأثير، وأن تُدقق أنماط الإحالة والفواتير [18، 23]. وتفصيل العلاقة مع الشركات التجارية في الفصل 18.

2-3 العلاقة بالمريض والأسرة

للممارس حق في معلومات صحيحة وكافية عن الحساسية والأدوية والتاريخ والسلوك المؤثر، ويقابله واجب بناء بيئة سرية لا يخاف فيها المريض من الإفصاح. وللمريض القادر على القرار حق قبول العلاج أو رفضه بعد التبصير؛ ويقابله حق الممارس في توثيق الرفض، وألا تُنسب إليه نتيجة قرار المريض إذا كانت الخطة والشرح وإرشادات العودة مناسبة. ولا يكفي توقيع نموذج مبهم؛ بل يوثق التشخيص المقترح، والبدائل، ومخاطر التأخير، وفهم المريض [14، 24، 25]. وتفصيل الأهلية والإذن في الفصل 5.

وفي غير الحالات الخطرة أو العاجلة قد يعتذر الممارس عن علاقة علاجية لسبب مهني أو شخصي مقبول، بشرطين: ألا يكون ذلك تمييزًا، وألا يترك المريض بلا تحويل أو معلومات لازمة لاستمرار الرعاية [14]. وتفصيله في الفصل 9.

والأسرة قد تكون مصدر معلومات ودعم، ولكنها لا تحل محل المريض القادر على القرار، ولا تملك أن تفرض طلبًا غير مشروع. فيتفق الفريق مع المريض على من يتلقى المعلومات، ويعين متحدثًا واحدًا عند التزاحم، ويشرح التأخير والخطة بلغة لا دفاع فيها. وإذا وقع صراع بين الأسرة والفريق فُصل الخلاف عن سلامة الممارس: تُضبط الزيارة والاتصال، ويُستعان بالأمن أو بالاستشارة الأخلاقية عند الحاجة (انظر الفصل 13)، وتستمر الرعاية الضرورية.

وإذا قدم المريض معلومات ناقصة فلا تتهمه من أول الأمر؛ فقد يكون وراء ذلك خوف أو وصمة أو سوء فهم. أعد السؤال بسرية وبطريقة لا حكم فيها، وبيّن له أثر المعلومة في علاجه. أما إذا تعمد التضليل أو رفض التعاون، فيوثق الأثر السريري وما بُذل لتصحيحه، ولا تُنسب النتيجة إلى الممارس من غير فحص لجودة التبصير والمتابعة.

CC BY-NC-ND 4.0

2-4 الكلام الآمن وعدم الانتقام

ولكل عضو في الفريق، مهما كانت مرتبته، أن يوقف خطوة أو يطلب توضيحًا حين يرى خطرًا، بلغة مهنية وتصعيد متدرج يناسب الاستعجال. وعلى المنشأة أن تعرّف القنوات، والمهل، والجهة المستقلة، وطريقة التعامل مع البلاغات المجهولة، وحماية الأدلة، ورد النتيجة إلى المبلغ بقدر ما تسمح به السرية. ولا ينبغي الخلط بين التنبيه السريري الفوري، والبلاغ الإداري، والتظلم الوظيفي، والبلاغ عن جريمة؛ فلكل منها مسار وحماية مختلفة [12، 26، 27]. وتفصيل نظام الإبلاغ عن الحوادث والتعلم منها في الفصل 11، المبحث رابعًا.

2-5 الأثر النفسي بعد الحادث

وقد يمر الممارس بعد خطأ أو وفاة أو شكوى بأعراض نفسية وجسدية تُعرف في الأدبيات بتجربة «الضحية الثانية»، منها الشعور بالذنب والقلق وتراجع الثقة بالنفس [13]. وهذا إنسان يتألم قبل أن يكون ملفًا ينتظر التحقيق. والدعم لا يعطل التحقيق ولا ينقص حق المريض؛ بل يفصل بين مساعدة الإنسان وتقرير المسؤولية، ويوفر زميلًا مدربًا، وإحالة سرية، وإعفاءً مؤقتًا عند اختلال القدرة، ثم عودة آمنة للعمل. وتفصيل برامج الدعم في الفصل 11، المبحث ثانيًا.

2-6 عدالة التدريب والتقييم والترقية

التقييم سلطة يبقى أثرها طويلًا، ولذلك يجب أن يقوم على أهداف معلنة، وملاحظات يمكن التحقق منها، وفرصة للرد والتحسن. فلا يصح أن يتحول اختلاف علمي حسن النية أو بلاغ سلامة إلى درجة منخفضة، كما لا يصح أن يطالب المتدرب بالنجاح لمجرد أنه تعرض لضغط أو إساءة. وإذا جمع المشرف بين التعليم والتقييم والتوزيع الإداري، احتاجت المنشأة إلى مراجعة مستقلة عند ادعاء المحاباة أو الانتقام.

وتوزع الحالات والإجراءات التعليمية بما يوازن بين التعلم وسلامة المريض. فيحصل المتدرب على شرح قبل الإجراء، وإشراف مناسب، وتغذية راجعة بعده، ويعرف متى يتوقف ويطلب المساعدة. ولا يُجعل خطؤه مادة للسخرية، ولا تُخفى عنه جوانب قصوره. ويحق للمريض أن يعرف الصفة التدريبية بالقدر الذي تتطلبه الموافقة والسياسة، وأن تظل المسؤولية الإشرافية قائمة (انظر الفصل 15).

2-7 الشكوى والسمعة والطب الدفاعي

حق الشكوى ضروري لتصحيح الضرر، وحق السمعة يمنع الحكم العلني قبل التثبت؛ ولا يُلغي أحدهما الآخر. فينبغي أن تكون للمريض قناة سهلة ومعلنة لا تلجئه إلى وسائل التواصل حتى يُسمع، وأن يتلقى رقمًا ومدة متوقعة ونتيجة مفهومة. وفي المقابل تحمي المنشأة موظفها من الاعتداء والتشهير، وتقدم له مساعدة نظامية عند الحاجة، ولا تتخلى عنه أمام الإعلام قبل فحص الوقائع.

وقد يدفع الخوف من الشكوى إلى «طب دفاعي»: فحوص وإحالات لا يحتاجها المريض، أو تجنب الحالات المعقدة، أو توثيق عدائي. وهذه استجابة تضر المريض والموارد، ثم لا تحمي الممارس حماية حقيقية. فأين الحماية إذن؟ إنها في قرار مبني على الدليل، وتبصير إنساني، وتوثيق واضح، واستشارة عند الشك، وتحقيق يمكن توقع عدالته.

CC BY-NC-ND 4.0

2-8 التمييز بين الخلاف والتنمر والتحرش

الخلاف العلمي يركز على الفكرة ويحتمل المراجعة، والتغذية الراجعة تصف سلوكًا وأثرًا وخطة تحسين، والتنمر سلوك متكرر أو شديد يستعمل القوة للإذلال أو العزل، والتحرش له تعريف نظامي محدد ذو مدلول جنسي. وهذا التمييز يمنع أمرين كلاهما ضار: تطبيع الإساءة باسم «صرامة التدريب»، وتحويل كل ملاحظة مهنية إلى اتهام جسيم. ويظل السلوك الواحد الشديد قابلًا للتحقيق ولو لم يتكرر، بحسب طبيعته وأثره. وتفصيل العلاقات المهنية داخل الفريق والتنمر في الفصل 14.

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 التأصيل والقواعد

ينطلق التأصيل من أن بدن الممارس وكرامته وسمعته ليست مباحة بعقد العمل، وأن مهنته أمانة تتعلق بحفظ نفس المريض. فتجتمع مقاصد حفظ النفس والعقل والعرض والمال، ولا يصح حفظ أحد الطرفين بإهدار الآخر. وتفيد القواعد الفقهية حين تقرأ مع تصوير طبي دقيق: «لا ضرر ولا ضرار» تمنع إضرار الممارس بالمريض كما تمنع تعريض الممارس لخطر يمكن دفعه؛ و«الضرر يزال» توجب معالجة السبب؛ و«الضرر لا يزال بمثله» تمنع نقل الخطر بلا ترجيح؛ و«الأمور بمقاصدها» تميز بلاغ الإصلاح من التشهير؛ و«اليقين لا يزول بالشك» تمنع الإدانة قبل البينة؛ و«التصرف على الرعية منوط بالمصلحة» تجعل تصرف الإدارة تابعًا للمصلحة لا لحفظ الصورة المؤسسية. وتفصيل استعمال القواعد في النموذج في الفصل 4.

ولا يجعل الفقه الطبيب ضامنًا لكل نتيجة. فالمأذون المختص الذي يعمل وفق الأصول أمين من جهة الأصل، وتثبت تبعته عند التعدي أو التقصير أو الجهل أو تجاوز الإذن أو مخالفة الأصول. كما أن المسؤولية قد تتوزع بين المباشر والمشرف والمنشأة بحسب السببية والقدرة على المنع، وهو ما يلتقي مع منهج سلامة المرضى الحديث دون إلغاء مسؤولية الفرد.

3-2 قرارات المجامع ذات الصلة بحقوق الممارس

القرار 142 (8/15) بشأن ضمان الطبيب. صدر عن مجمع الفقه الإسلامي الدولي في دورته الخامسة عشرة بمسقط، 14–19 المحرم 1425هـ (6–11 مارس 2004م). وافتتح بيان ضمان الطبيب بقوله:

> «الطب علم وفن متطور لنفع البشرية، وعلى الطبيب أن يستشعر مراقبة الله تعالى في أداء عمله، وأن يؤدي واجبه بإخلاص حسب الأصول الفنية والعلمية» [15].

ثم عدّ موجبات الضمان، ومنها التعمد، والجهل، وعدم الإذن الرسمي أو إذن المريض، والتغرير، والخطأ الذي لا يقع فيه أمثاله، والإهمال أو التقصير، وإفشاء السر بلا مقتض معتبر، والامتناع عن الواجب الإسعافي. ووزع المسؤولية بين أعضاء الفريق ورئيسه والمنشأة الصحية [15]. وحاصله لحق الممارس: لا ضمان للنتيجة المجردة، ولا حصانة من التقصير (انظر الفصل 10، المبحث ثالثًا).

CC BY-NC-ND 4.0

القرار 79 (10/8) بشأن السر في المهن الطبية. قرر أن الأصل حظر إفشاء السر، واستثنى ما يغلب فيه دفع ضرر أشد أو تحقيق مصلحة معتبرة وفق ضوابطه [28]. ويعضد هذا حق الممارس في الدفاع أمام جهة الاختصاص بالقدر اللازم، لكنه لا يبيح نشر تفاصيل المريض للرد على اتهام علني (انظر الفصل 7، المبحث ثالثًا).

مشروع القرار 223 (7/23) بشأن مسؤولية الطبيب عن الأخطاء الطبية غير العمدية. صدر في الدورة الثالثة والعشرين بالمدينة المنورة، 19–23 صفر 1440هـ (28 أكتوبر–1 نوفمبر 2018م)، ومن توصياته:

> «تشجيع المطلعين على الأخطاء على التبليغ عنها، مع توفير حمايتهم من أي مضايقات أو أضرار» [16].

ودعا إلى ظروف عمل مناسبة، منها ألا تزيد ساعات عمل الهيئة الطبية على ثماني ساعات في اليوم، خاصة في أيام المناوبات، وإقلال عدد المرضى لكل طبيب ما أمكن [16]. وهو من أقوى النصوص المجمعية وصلًا لحقوق الممارس بسلامة المريض، مع التنبيه إلى أن توصيته في ساعات العمل لا تحل محل النظام السعودي أو سياسة الاختصاص. وتفصيله في الفصل 11، المبحث ثالثًا.

القراران 172 (10/18) بشأن الإذن في العمليات الجراحية المستعجلة، و184 (10/19) بشأن الإذن في العمليات الطبية المستعجلة. فصّل المجمع فيهما بين تعذّر الإذن ورفضه في الحالات المستعجلة: فأجاز الأول التدخل عند تعذّر الإذن وخطر الهلاك بضوابط، وأرجأ صورة الرفض [24]. ثم حسمها الثاني، فجعل الإذن في العلاج المستعجل واجبًا على المريض كامل الأهلية ديانةً، وأجاز للطبيب التدخل مع رفضه استنادًا إلى أحكام الضرورة بضمانات، ونص عند الإصرار على الرفض على أن «يقوم الطبيب بتوثيق ذلك»، وأوصى الحكومات بالتشريع [25]. والعمل في المنشآت السعودية على المادة التاسعة عشرة والدليل السعودي للإذن الطبي، وتفصيل ذلك كله في الفصل 5، المبحثين ثالثًا ورابعًا. وحظ الممارس منهما أن التبصير والتوثيق حماية له.

3-3 موازين التطبيق

يجوز للممارس الاعتذار عن حالة غير عاجلة إذا وجد سبب معتبر ورتب بديلًا، ولا يجوز له التخلي عن ضرورة يستطيع دفعها. وله رفض تكليف خطر خارج قدرته مع التصعيد، لكن إن تعين عليه إنقاذ نفس ولم يوجد غيره بذل الممكن بقدر استطاعته. والإبلاغ عن تحريف أو خطر من أداء الأمانة إذا انضبط بالقناة والصدق والحاجة، أما التشهير والزيادة والكيد فليست من النصيحة. وعند الشكوى يجتمع إنصاف المريض وصيانة عرض الممارس: يسمع الادعاء، ويحفظ الملف، ويستعان بأهل الخبرة، ولا يصدر حكم اجتماعي قبل التحقق.

3-4 الأمانة والولاية والمسؤولية المشتركة

الممارس أمين على ما تحت يده من جسد المريض وسره وسجله، والإدارة أمينة على من ولاها الله أمرهم من المرضى والعاملين والمال العام. فلا يجوز للإدارة أن تدفع الممارس إلى مخالفة ثم تحمله وحده تبعتها، ولا يجوز للممارس أن يطيع أمرًا واضح المخالفة محتجًا بالتسلسل. فالطاعة المهنية مقيدة بالمعروف والنظام، والاعتراض يكون بأقل طريق يزيل الضرر ويحفظ الجماعة.

CC BY-NC-ND 4.0

وتتفاوت المسؤولية بتفاوت العلم والقدرة والسببية. فالاستشاري الـذي وجـه وقصـر في الرقابـة، والمتدرب الذي تجاوز ما يعلم، والمنشأة التي عطلت الاسـتدعاء أو وفـرت جهـازًا غـير صـالح، قـد يشتركون في الواقعة بنسب مختلفة. وهذا أقـرب إلى العـدل من مسـاواة أدوار غـير متسـاوية أو إعفاء صاحب السلطة وتحميل المنفذ كل شيء [15، 16].

3-5 الضرورة والمشقة وحدود الاستثناء

لا تجعل قاعدة «المشقة تجلب التيسير» كل ضغط مبررًا لتجاوز الأصـول؛ فالمشـقة المعتـادة في المهنة محتملة، والتيسير يقدر بقدر الضرورة ولا يهدر حقًـا يمكن حفظـه. وعنـد وبـاء أو كارثـة قـد تتغـير طريقـة العمـل وتـوزع المخـاطر ويسـتخدم بـديل أقـل كمـالًا، لكن تبقى شـروط الخـبرة، والتناسب، والتوثيق، والمراجعة، وعدم تخصيص الضعفاء بالعبء بلا سبب. وكـذلك لا يكفي وصـف الحالة بأنها «طارئـة» لإسـقاط كـل إذن أو سـرية أو إشـراف. فالضـرورة محـددة بـالخطر وضـيق الوقت وتعذر البديل، وتنتهي بانتهائها. وبعد التدخل يشرح الفريق ما فعل ولماذا، ويوثق، ويعالج أي أثر، ويعود إلى القواعد المعتادة متى أمكن [24، 25].

3-6 صيانة العرض ومنع البهتان

سمعة الممارس من العرض المصون، واتهامه بالجهل أو الخيانة بلا بينـة ضـرر معتـبر. لكن حمايـة العرض لا تمنع الشهادة والشكوى الصادقة، ولا تجعل نقد الأداء غيبة محرمة على إطلاقها؛ فالإخبار للجهـة القـادرة على الإصـلاح مشـروع بقـدر الحاجـة. ويختـبر الكلام بمقصـده، وصـدقه، ومتلقيـه، ومقداره: هل يراد دفع ضرر؟ هل قيل للمختص؟ هل اقتصر على الوقـائع؟ وهـل تجنب نشـر مـا لا يلزم؟

وبالمثل لا يجوز للممارس أن يقابـل إسـاءة أسـرة بإفشـاء أسـرارها أو تحقيرهـا. يأخـذ حقـه عـبر القناة، ويجوز له تقديم ما يلزم لدفع الاتهـام وفـق الاسـتثناء النظـامي والشـرعي، مـع بقـاء أصـل الستر. وهكذا يجتمع حفظ السر وحفظ العرض بدل أن يتحول أحـدهما إلى ذريعـة لإهـدار الآخـر [14، 28].

رابعًا: الركن النظامي

4-1 حدود هذا الركن

لا توجد وثيقة واحدة تستوعب كل ما يسمى «حقوق الممارس». فبعض الضمانات مصـدره نظـام مزاولة المهن الصحية ولائحته، وبعضها نظام العمل أو الانضباط الوظيفي بحسب القطاع، وبعضـها أنظمة جزائية وحمايـة بيانـات، وبعضـها عقـد وقواعـد تـدريب واعتمـاد. لـذلك يـذكر الفصـل النص ونطاقه، ولا يحول كل قيمة أخلاقية إلى دعوى نظامية مستقلة.

4-2 نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته التنفيذية

صدر النظام بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (276) وتـاريخ 3/11/1426هـ [14]. وصـدرت لائحتـه التنفيذيـة بـالقرار الـوزاري رقم (

CC BY-NC-ND 4.0

4080489) وتاريخ 2/1/1439هـ، ونشرت الهيئة السعودية للتخصصات الصحية النظام ولائحته في إصدار ثالث سنة 1440هـ (2019م) [17]. ومن أهم مواضعه لحقوق الممارس:

- **المادة 7:** تلزم الممارس بتنمية معلوماته ومتابعة التطورات العلمية، وتلزم إدارات المنشآت بتسهيل حضوره للندوات والدورات وفق الضوابط؛ فتجمع واجب التطوير وتمكينه [17].
- **المادة 16:** تجيز للممارس، في غير الحالات الخطرة أو العاجلة، الاعتذار عن علاج مريض لأسباب مهنية أو شخصية مقبولة (انظر الفصل 9) [17].
- **المادة 21:** تجعل السر أصلًا، وتستثني الإفصاح لدفع اتهام وجهه إليه المريض أو ذووه يتعلق بكفايته أو كيفية ممارسته مهنته؛ ويقتضي القدر اللازم أن يكون الدفاع أمام المختص (انظر الفصل 7، المبحث رابعًا) [17].
- **المادة 24:** توجب أن تقوم العلاقات بين الممارس الصحي وغيره من الممارسين على التعاون والثقة، ونصها: «ويحظر على الممارس الصحي الكيد لزميله، أو الانتقاص من مكانته العلمية أو الأدبية أو ترديد الإشاعات التي تسيء إليه» [17]. وتفصيلها في مواجهة التنمر في الفصل 14، المبحث رابعًا (4-1).
- **المواد 26–32:** تقرر أن التزام الممارس التزام ببذل عناية يقظة تتفق مع الأصول العلمية المتعارف عليها، وتربط التعويض بالخطأ المهني المرتب للضرر، ومن صوره التقصير في الرقابة والإشراف وعدم الاستشارة عند الحاجة، وتنظم المسؤولية التأديبية وجزاءاتها؛ فلا يحدد الجزاء قبل التحقيق [14، 17]. وتفصيلها وانتقال الاختصاص في دعاوى الحق الخاص إلى القضاء في الفصل 10، المبحث رابعًا.
- **المادتان 35 و39:** تجيز الأولى التظلم من قرارات الهيئة الصحية الشرعية أمام ديوان المظالم خلال ستين يومًا، وقد نُقلت اختصاصات الهيئات الصحية الشرعية إلى القضاء في 10/5/1444هـ (انظر الفصل 10، المبحث رابعًا). وتجيز الثانية للممارس الموقوف مؤقتًا عن المهنة بأمر الوزير التظلم أمام ديوان المظالم خلال ثلاثين يومًا [17].
- **المادة 41:** توجب التأمين التعاوني ضد الأخطاء المهنية الطبية للأطباء وأطباء الأسنان، وتقرر لائحتها ضمان المنشأة للتعويض إذا انعدمت التغطية أو قصرت، مع حق الرجوع على الممارس [17].

وتلزم اللائحة الممارس بالعمل وفق جدول الصلاحيات والامتيازات السريرية المعتمد من المنشأة، وتلزم المنشأة بإبرازها كتابيًا [17]. وتنشر الهيئة السعودية للتخصصات الصحية في صفحة لوائحها وقواعدها التنظيمية أخلاقيات الممارس الصحي، وقواعد التدريب والتقييم، ولائحة اللجنة الدائمة للنظر في التظلمات [18].

4-3 السلامة المهنية ونطاق نظام العمل والانضباط الوظيفي

صدر نظام العمل بالمرسوم الملكي رقم (م/51) وتاريخ 23/8/1426هـ، وهو ينطبق على علاقات العمل الداخلة في نطاقه لا على كل ممارس في كل قطاع. وتوجب المادة 122 على صاحب العمل اتخاذ الاحتياطات اللازمة لحماية العمال من الأخطار والأمراض الناجمة عن العمل، وتوفير وسائل الوقاية دون تحميلهم تكلفتها [19]. أما الموظف العام فتخضع مساءلته الوظيفية، بحسب انطباق النص، لنظام الانضباط الوظيفي الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/18) وتاريخ

CC BY-NC-ND 4.0

8/2/1443هـ [29]. ولـذلك ينبغي قبـل تقريـر حـق في سـاعات أو نقـل أو جـزاء تحديـد الصـفة النظامية والعقد واللائحة الخاصة.

4-4 التحرش والعنف

يسري نظام مكافحة جريمة التحرش على كل قـول أو فعـل أو إشـارة ذات مـدلول جنسـي تمس الجسد أو العرض أو تخدش الحياء بأي وسيلة [22]، وبسطه بمواده وتعديلـه وواجب المنشـأة في آلية الشكاوى في الفصل 14، المبحث رابعًا (4-3). ولا يصح تسمية كـل تنمـر «تحرشًـا»؛ فـالتنمر غير الجنسي يعالج عبر السياسة والعقـد والأنظمـة الوظيفيـة أو الجزائيـة المنطبقـة، بينمـا يسـري نظام التحرش عند تحقق تعريفه وأركانه. أما الاعتـداء الجسـدي أو التهديـد من مـريض أو مرافـق فيرفع إلى الأمن والجهات المختصة، ويوثق طبيًا، ولا يُسـوّى داخليًـا على حسـاب حـق الممـارس؛ فالعفو حق للمعتدى عليـه، لا تملكـه المنشـأة ولا تضـغط عليـه فيـه. وعلى صـاحب العمـل واجب الحمايـة من أخطـار العمـل [19]. وقـد يـدخل الممـارس المعتـدى عليـه في نطـاق نظـام حمايـة المبلّغين والشهود والخبراء والضحايا بصفته ضحية إذا كان الاعتـداء من الجـرائم الكبـيرة الموجبـة للتوقيف [26]. وتطبيق ذلك في الحالة الثانية من هذا الفصل.

4-5 التشهير والبيانات والرد على الشكوى

صدر نظام مكافحة جرائم المعلوماتية بالمرسوم الملكي رقم (م/17) وتـاريخ 8/3/1428هـ. وتعـد مادته الثالثة من الأفعال المعاقب عليها:

> «التشهير بالآخرين، وإلحاق الضرر بهم، عبر وسائل تقنيات المعلومات المختلفة» [30].

لكن نقد الخدمـة أو تقـديم شـكوى لا يصـبح جريمـة تلقائيًـا؛ فـالتكييف للجهـات المختصـة بحسـب المحتوى والقصد والوقائع، ولا يقرر الممارس الإدانة بنفسه.

وصدر نظام حماية البيانات الشخصية بالمرسوم الملكي رقم (م/19) وتاريخ 9/2/1443هـ، وعُـدل بالمرسوم الملكي رقم (م/148) وتاريخ 5/9/1444هـ. وتقضي مادته الثالثـة والعشـرون بضـوابط إضافية لمعالجة البيانات الصحية، منها قصر حق الاطلاع عليها على أقـل عـدد ممكن من العـاملين وبالقدر اللازم لتقديم الخدمة الصحية [31]. وعليه لا يرد الممـارس على منشـور مسـيء بكشـف الملف، بل يحفظ الـدليل ويرفعـه إلى جهـة عملـه والجهـة المختصـة، ويقـدم بيانـات المـريض في المسار المأذون وبالقدر الضروري (انظر الفصل 7، المبحث رابعًا).

4-6 تحريف السجل والتزوير

صـدر النظـام الجـزائي لجـرائم الـتزوير بالمرسـوم الملكي رقم (م/11) وتـاريخ 18/2/1435هـ. ويعرّف التزوير بأنه تغيير الحقيقة بسوء نية بقصد الاستعمال في محرر يحميـه النظـام مـع إمكـان الضرر، ويشمل المحرر ما يحفظ بالوسائل التقنية [32]. وليس كل خطأ كتـابي تزويـرًا؛ فـالتكييف يحتاج قصدًا وعناصر نظامية، لكن طلب محو جرعة أو تغيير وقت لإخفـاء واقعـة يجب رفضـه، مـع حفظ الأصل واتباع سياسة التصحيح والإبلاغ.

CC BY-NC-ND 4.0

4-7 حماية المبلّغين: النص والنطاق الدقيق

صدر نظام حماية المبلّغين والشهود والخبراء والضحايا، ونُشر في جريدة أم القرى في 20/8/1445هـ (1/3/2024م) [26]. ويعرّف الجرائم المشمولة بأنها:

«الجرائم الكبيرة الموجبة للتوقيف وفقًا لما نصت عليه الأنظمة» [26].

فلا تمتد حمايته آليًا إلى كل خلاف تقييم أو بلاغ جودة داخلي.

ومن الحماية التي يجوز تقريرها للمشمول بها، واحدةً أو أكثر: الحماية الأمنية، وإخفاء البيانات الشخصية والمعلومات الدالة على الهوية، والنقل المؤقت أو الدائم من مقر العمل، والمساعدة في الحصول على عمل بديل، والإرشاد القانوني والنفسي والاجتماعي، وتغيير مقر الإقامة، والإدلاء بالشهادة بوسائل إلكترونية تغير الصوت والصورة، والمساعدة المالية إذا أثرت الحماية في قدرته على الكسب [26].

وأُقرت اللائحة التنفيذية للنظام بقرار مجلس الوزراء رقم (892) وتاريخ 2/12/1447هـ، ونشرت في جريدة أم القرى. وتنص على أن برنامج الحماية يرتبط بالنائب العام، وتنظم تقديم طلب الحماية إلى الجهة المشرفة أو جهة الضبط أو التحقيق أو المحكمة بحسب الأحوال، أو مباشرة إلى إدارة البرنامج، وتُلزم الجهة المختصة بإبداء مرئياتها خلال خمسة أيام [27].

والخلاصة التشغيلية: إذا بلّغ الممارس عن جريمة مشمولة وتوافرت شروط الخطر والحماية، سلك القناة النظامية وطلب الحماية؛ والحماية تُقرَّر بقبول طلبه في برنامج الحماية، ولا تثبت تلقائيًا بمجرد البلاغ. أما بلاغ الخطأ غير الجنائي، أو نقص الكادر، أو التنمر الإداري، فتظل حمايته واجبًا مؤسسيًا وأخلاقيًا، وقد تسندها أنظمة العمل والانضباط وسياسة المنشأة، ويسنده فقهيًا ما دعا إليه مشروع القرار 223 (7/23) من حماية المطلعين على الأخطاء [16]. ولا يصح الاستناد إلى نظام الحماية على نحو أوسع من نصه.



شكل: نطاق نظام حماية المبلّغين والحماية المؤسسية: أي بلاغ يشمله كلٌّ منهما.

CC BY-NC-ND 4.0

4-8 عدالة المساءلة وحق الدفاع

لا يعلن الجزاء قبل ثبوت المخالفة، ولا تُستعمل عبارة «بلاغ كيدي» لإسكات المريض، ولا تُتخذ السرية ذريعة لمنع الدفاع أمام جهة الاختصاص. ويكون الإيقاف الاحترازي عند مسوغه مختلفًا عن العقوبة، محدد السبب والمدة وقابلًا للتظلم حيث ينص النظام. وتراجع المنشأة أيضًا دورها في الكادر والإشراف والسياسات والتقنية بدل البحث عن فرد يحمل كامل الخلل [14، 16، 29].

ويبدأ المسار بفرز الشكوى: هل هي خطر مستمر يحتاج تدخلًا فوريًا، أم مطالبة بحق خاص، أم مخالفة مهنية أو وظيفية، أم اشتباه في جريمة؟ ثم تحفظ الأدلة ويُخطر الممارس بموضوع محدد، ويفصل المحقق عن صاحب الخصومة، وتؤخذ إفادة المريض والفريق، ويطلب رأي فني من تخصص مماثل. ويُمنح الممارس وقتًا معقولًا ومستندات لازمة للرد، مع حجب ما يجب حجبه نظامًا.

وتصاغ النتيجة في وقائع ومعيار وتحليل وسببية، لا في أحكام عامة على شخصية الممارس. وإذا ثبت الخلل حدد هل هو خطأ بشري، أو نقص معرفة، أو تجاوز صلاحية، أو إهمال، أو سلوك متعمد، وما دور المنشأة. ثم يكون الإجراء متناسبًا: تعليم أو إشراف أو تعديل نظام أو إنذار أو إحالة لاختصاص أعلى بحسب النص والجسامة. ويبلغ الطرفان بالنتيجة المتاحة وحق التظلم ومدته.

4-9 الدفاع مع السرية والبيانات

استثناء الدفاع في المادة 21 ليس تفويضًا مفتوحًا. يقدم الممارس البيانات إلى لجنة أو محكمة أو شركة تأمين أو مستشار مأذون بحسب المسار، ويقتصر على ما يثبت الواقعة، ويستخدم القناة الآمنة، ولا يحتفظ بنسخ شخصية بعد انتهاء الغرض. وإذا لزم بيان عام، صاغته المنشأة دون معلومات تعرف بالمريض أو تؤثر في التحقيق.

وللممارس نفسه بيانات صحية ووظيفية يجب حمايتها. فلا تنشر تفاصيل شكواه أو مرضه أو الإجراء الاحترازي على الفريق إلا بقدر الحاجة، ولا يُبنى تقييمه على شائعة. ويوازن التحقيق بين سرية الشهود وحق المواجهة والدفاع وفق النص والإجراء، ويُسجل من اطلع على الملف وسبب وصوله [17، 26، 27، 31].

4-10 المسؤولية المؤسسية والتأمين

لا تعني المسؤولية المؤسسية أن المنشأة ضامنة لكل خطأ موظف، ولا أن وجود التأمين يحسم التعويض؛ لكنها تبرز حين يكون السبب سياسةً أو نقص إشراف أو جهاز أو كادر أو أوامر ضارة، أو تقصيرًا في منع خطر معلوم. وينبغي أن يبين تقرير الحادث الإجراءات التي ستنفذها المنشأة، لا أن يكتفي باسم المخالف الفرد (انظر الفصل 10، المبحث رابعًا؛ والفصل 17).

والتأمين أداة لتعويض الضرر وإدارة المخاطر، لا بديل عن الموافقة والتوثيق والسلامة، ولا مانع من المسؤولية التأديبية. وينبغي للممارس معرفة نطاق تغطيته وإشعار الجهة المؤمنة في الوقت المحدد دون إقرار غير مأذون أو إخفاء، وعلى المنشأة توفير مساعدة للتعامل مع المطالبة وحفظ العلاقة العلاجية [17].

CC BY-NC-ND 4.0

4-11 الحقوق في القطاع التدريبي والوظيفي

يخضع المتدرب إضافة إلى الأنظمة العامة لقواعد الهيئة السعودية للتخصصات الصحية والبرنامج والمركز، ومنها الصلاحيات والتقييم والترقية والتظلم [18]. ويجب التفريق بين قرار أكاديمي مبني على الكفاية، وإجراء وظيفي، وعقوبة مهنية؛ فقد تختلف الجهة والطريق والمدة. ومن حق المتدرب معرفة المعيار والقصور وخطة الإصلاح والتظلم، وليس من حقه الحصول على ترقية إذا لم تثبت كفايته.

وفي القطاع الوظيفي لا تعالج كل مظلمة بنظام واحد: العامل الخاضع لنظام العمل يسلك حقوقه العقدية والعمالية، والموظف العام يخضع للنظام الوظيفي والانضباطي، والممارس المرخص يبقى خاضعًا أيضًا لنظام المهنة. وقد تجتمع مسارات متعددة في واقعة واحدة، ولذلك ينسق التحقيق ويحفظ لكل جهة اختصاصها، ولا يفترض أن الإجراء الوظيفي يغني عن البلاغ المهني أو العكس [14، 17–19، 29].

خامسًا: أدوات عملية

5-1 اختبار الأسئلة الستة قبل الاحتجاج بحق أو تقييده

قبل الاحتجاج بحق أو تقييده يسأل صانع القرار:

1. ما الواجب السريري المقابل؟
2. ما مقدار الخطر واحتماله؟
3. هل توجد وسيلة أقل ضررًا؟
4. هل الحالة عاجلة؟
5. من صاحب الصلاحية؟
6. ما الذي يجب توثيقه ومراجعته؟

فإذا غاب الارتباط بالرعاية، أو لم تُستنفد البدائل، أو صدر القرار من غير مختص، ضعفت مشروعية التقييد ولو رُفع شعار حماية المريض أو سمعة المنشأة.

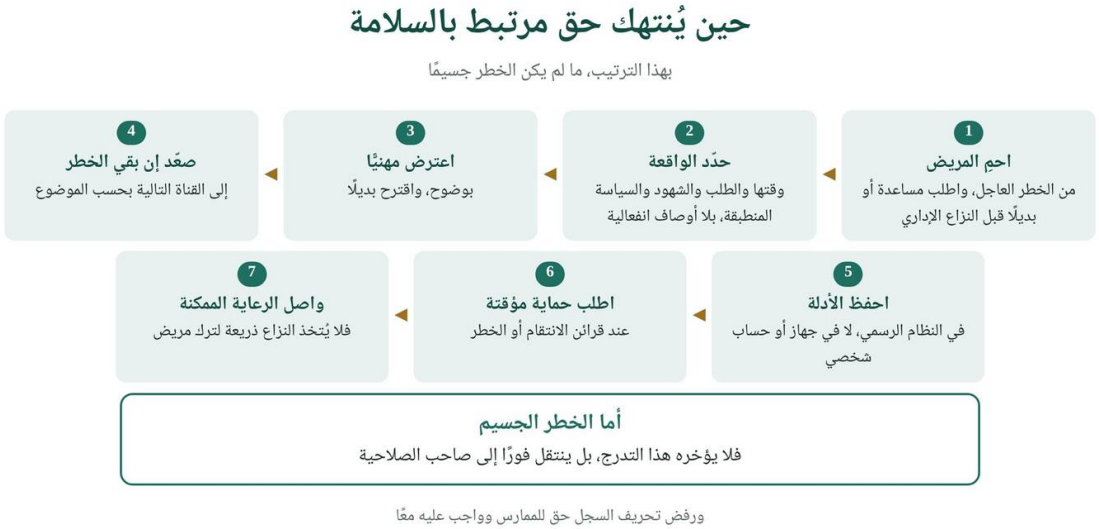
5-2 ما يفعله الممارس عند انتهاك حق مرتبط بالسلامة

1. يحمي المريض من الخطر العاجل ويطلب مساعدة أو بديلًا قبل الدخول في النزاع الإداري.
2. يحدد الواقعة: وقتها، والطلب أو التهديد، والقرار السريري، والشهود، والسياسة المنطبقة، من دون أوصاف انفعالية.
3. يعترض بوضوح مهني ويقترح بديلًا؛ مثل استدعاء مشرف، أو إعادة توزيع مهمة، أو توفير وقاية، أو تصحيح موثق للسجل.
4. يصعد إلى القناة التالية إذا بقي الخطر: المشرف المناوب، أو سلامة المرضى، أو مكافحة العدوى، أو التدريب، أو الموارد البشرية، أو الالتزام والشؤون النظامية بحسب الموضوع.
5. يحفظ الأدلة في النظام الرسمي ولا ينسخ بيانات المرضى إلى أجهزة أو حسابات شخصية.

CC BY-NC-ND 4.0

6. يطلب حماية مؤقتة عند قرائن الانتقام أو الخطـر، ويمـيز بين بلاغ الجـودة والتظلم والبلاغ عن جريمة.
7. يواصل الرعاية الممكنة ولا يتخذ النزاع ذريعة لترك مريض أو تعطيل الفريق.

ولا يعني هذا التدرج تـأخير الإنقـاذ؛ فـالخطر الجسـيم ينتقـل فـورًا إلى صـاحب الصـلاحية، وشـبهة الجريمة الكبيرة أو تهديد المبلّغ ترفع إلى الجهة النظامية بطلب حماية وفـق شـروط النظـام [26، 27]. ولا يعـني وجـوب مواجهـة المعتـدي منفـردًا؛ فللممـارس أن يطلب شـاهدًا أو تمـثيلًا أو قنـاة سرية. ويجب على المنشأة أن تنشر أسماء البدلاء خارج الـدوام، لأن السياسـة الـتي لا تعمـل في المناوبة الليلية ليست حماية عملية.



شكل: ترتيب التصرف حين يُنتهك حق مرتبط بالسلامة، ومتى يُتجاوز التدرج إلى صاحب الصلاحية.

3-5 الحد الأدنى من السياسات المؤسسية

جدول: سياسات المنشأة ومؤشرات مراجعتها

المجال	الحد الأدنى من السياسة	مؤشر المراجعة
العنف والتحرش	إنذار، تدخل، توثيق، دعم، مسار نظامي، منع انتقام	معدل الأحداث والإبلاغ والتكرار وزمن الاستجابة
التدريب والإشراف	صلاحيات مكتوبة، مشرف متاح، معيار فرص وتقييم وتظلم	تفاوت الفرص، الإجراءات دون إشراف، نتائج المتدربين
الإرهاق	حدود وجدولة وعبء وتسليم واستبدال وإبلاغ عن عدم القدرة	الساعات المتصلة، عدد المرضى لكل ممارس، الأخطاء، الغياب، طلبات الاستبدال
الكلام الآمن	توقف عند الخطر، تصعيد، قناة مستقلة، رد للمبلغ	زمن الإغلاق، شكاوى الانتقام، نسبة البلاغات المتكررة

CC BY-NC-ND 4.0

المجال	الحد الأدنى من السياسة	مؤشر المراجعة
السجل	منع المحو، إضافة مؤرخة، سجل تدقيق، حفظ الأصل	تعديلات متأخرة وغير مفسرة ومحاولات الوصول
التحقيق	إخطار، سماع، خبير، تحليل نظام، تناسب، تظلم	زمن التحقيق، اكتمال الأدلة، تنفيذ إجراءات المنع

5-4 نموذج مختصر للتوثيق

- الواقعة والوقت والمكان والدور السريري لكل شخص.
- الخطر على المريض أو الممارس، ودرجة الاستعجال، وما اتخذ فورًا.
- النص أو السياسة أو الصلاحية ذات الصلة، والبدائل المقترحة.
- مسار التصعيد والردود والقرار النهائي، دون نسخ غير مأذون لبيانات المريض.
- أي قرائن على تضارب مصالح أو انتقام، وأثرها الفعلي لا الظنون وحدها.
- خطة استمرار الرعاية، والدعم، وموعد المراجعة، والإجراء الوقائي لمنع التكرار.

5-5 مفاهيم شائعة تحتاج تصحيحًا

«المريض دائمًا على حق». له حق الرعاية والشرح والشكوى، لا حق الإملاء الطبي أو الاعتداء أو طلب تقرير غير صحيح. **«الممارس بطل وعليه قبول كل خطر».** واجب الطوارئ قوي، لكنه لا يعفي المنشأة من الوقاية والتنظيم، ولا يجعل الضرر الممكن دفعه قدرًا مهنيًا. **«وقوع المضاعفة يثبت الخطأ».** النتيجة تستدعي المراجعة ولا تحسمها. **«السرية تمنع الطبيب من الدفاع».** تمنع النشر غير المأذون، ولا تمنع الإفصاح الضروري للجهة المختصة وفق النص.

«كل بلاغ يحميه نظام حماية المبلّغين». الحماية النظامية الخاصة مرتبطة بالجرائم الكبيرة الموجبة للتوقيف وبشروط محددة، بينما تحتاج بقية بلاغات السلامة إلى حماية مؤسسية وأنظمة أخرى. **«التوثيق دفاعي ضد المريض».** التوثيق ذاكرة الرعاية وحق للطرفين. **«المتدرب يتحمل لأنه نفذ».** يفحص خطؤه ودور المشرف والمنشأة. **«الدعم النفسي يعني الإعفاء».** الدعم الإنساني والتحقيق العادل مساران متوازيان.

سادسًا: الحالات التطبيقية

تحلل الحالات الآتية بنموذج الأركان الأربعة بعد البوابات الخمس (انظر الفصل 4). ولا يحل التحليل محل التحقيق أو الرأي الفني، بل يمنع اختزال القرار في الانفعال أو النتيجة وحدها.

الحالة الأولى: ممرضة يُطلب منها تعديل السجل لإخفاء خطأ دوائي

الوقائع. ممرضة في العناية المركزة لاحظت أن استشاريًا أمر بجرعة دوائية غير صحيحة لمريض حرج في الستين، فاضطربت علاماته الحيوية. فتدارك الاستشاري الخطأ واستقر المريض. ثم طلب من الممرضة أن تعدّل السجل الطبي بحيث لا يظهر الخطأ، وحجته أن إثبات الواقعة قد يضر بمستقبله المهني. والمناوبة تنتهي بعد ساعتين، والتسليم للفريق التالي قريب، والممرضة تخشى أن ينعكس رفضها على تقييمها.

CC BY-NC-ND 4.0

البوابات. الاستقرار الإسعافي: استقر المريض، وتبقى مراقبته لأثر الجرعة. الأمن: لا خطر جسدي، ولكن قرائن الضغط الوظيفي تستدعي حماية الممرضة من الانتقام. القدرة على القرار: المريض مخدر ولا يملك القرار الآن. صاحب الصفة: السجل ملك للرعاية لا لمن كتبه، والقرار في تصحيحه لسياسة المنشأة، والإبلاغ لسلامة المرضى والإدارة الطبية. السؤال المطلوب تقريره: هل تستجيب الممرضة للطلب، وكيف توثق الواقعة وتبلغ عنها من غير تشهير؟

الركن الطبي. الخطأ الدوائي في العناية المركزة قد تبقى له آثار لاحقة، وإن تدارك الفريق أثره المباشر. وإخفاء الواقعة يحرم الفريق اللاحق من فهم سبب التدهور ومن مراقبة المضاعفات المحتملة، ويحرم المنشأة من اكتشاف سبب الخطأ، أكان في الوصف أم في النظام الإلكتروني.

الركن الأخلاقي. يتعارض الولاء للزميل مع الصدق والأمانة وسلامة المريض؛ فأي ولاء هذا الذي يُدفع ثمنه من سجل المريض؟ والأمانة المهنية تقتضي أن يكون التوثيق صادقًا، وأن يكون الإبلاغ بقصد الإصلاح لا التشهير. وللمريض وأسرته حق الإفصاح عن الخطأ وفق السياسة (انظر الفصل 8). وللممرضة حق ألا تُعاقب لرفضها طلبًا غير مشروع.

الركن الفقهي. تحريف السجل خيانة للأمانة وشهادة بغير الحق، وقاعدة «الضرر يزال» تقتضي إزالة الخطر ومنع تكراره. وحفظ نفس المريض مقدم على حفظ سمعة زميل من مساءلة مستحقة. ولا طاعة في أمر واضح المخالفة؛ فالطاعة المهنية مقيدة بالمعروف. وقد دعا مشروع القرار 223 (7/23) إلى تشجيع المطلعين على الأخطاء على التبليغ عنها مع حمايتهم [16].

الركن النظامي. تعديل السجل خلاف الحقيقة قد يفتح باب المسؤولية المهنية، وربما الجزائية إذا تحققت عناصر التزوير من قصد وإمكان ضرر [32]. والتصحيح المشروع يكون بإضافة مؤرخة تحفظ الأصل، وأحكام التعديل اللاحق مبسوطة في الفصل 10 (الحالة 10/3: تعديل الملف بعد الشكوى). وحماية المبلّغة من الانتقام التزام مؤسسي هنا؛ لأن الواقعة خطأ مهني لا جريمة كبيرة موجبة للتوقيف، فلا يدخل بلاغها في نطاق نظام حماية المبلّغين إلا إذا تحولت إلى جريمة مشمولة [26].

القرار المهني الموزون. ترفض الممرضة تعديل السجل، وتوثق الواقعة بموضوعية في السجل وفي نظام الإبلاغ عن الحوادث قبل نهاية المناوبة، وتسلم للفريق التالي أثر الجرعة وخطة المراقبة، ويُفصح عن الخطأ للأسرة (انظر الفصل 8)، ويُمنع الانتقام منها؛ ويقتصر البلاغ على الوقائع، ويُقدَّم للجهة المختصة داخل المنشأة دون نشر خارجها ولا حكم على شخص الاستشاري؛ لأن السجل الصادق شرط لسلامة المريض ولتحقيق عادل، والإخفاء يحول خطأً قابلًا للتعلم إلى مخالفة متعمدة. ويُعاد النظر إذا ظهر أن الأمر تعديل علاجي مقصود موثق، فيُصحَّح البلاغ بإضافة مؤرخة، أو ظهرت قرائن تهديد أو انتقام، فتُرفع إلى إدارة مستقلة لحماية المبلّغة.

الدرس. رفض تحريف السجل حق للممارس وواجب عليه معًا، والإبلاغ الموثق إلى الجهة المختصة يحمي المريض من غير أن يصير تشهيرًا.

الحالة الثانية: مرافق يعتدي على ممرضة في الطوارئ والإدارة تطلب منها التنازل

الوقائع. مناوبة ليلية مزدحمة في قسم الطوارئ، وأب ينتظر منذ ساعتين بطفله ذي السبع سنوات المصاب بنوبة ربو متوسطة. فلما طلبت منه الممرضة أن ينتظر حتى يفرغ سرير، شتمها

CC BY-NC-ND 4.0

ودفعها فارتطمت بعربة الأدوية وجُرح ساعدها. فأوقفه الأمن، والطفل ما زال يحتاج علاج الربو والمراقبة. وفي الصباح طلب مدير المناوبة من الممرضة «التنازل والصلح» وألا تحرر محضرًا، حفاظًا على سمعة القسم ولأن الأب «كان منفعلًا». والممرضة تريد أن ترفع شكوى، وتخشى أثر ذلك في تقييمها.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: الطفل مستقر جزئيًا ويحتاج علاجًا ومراقبة الآن. الأمن: المعتدي ما زال في القسم، والخطر على الفريق قائم حتى يُضبط التواصل معه. القدرة على القرار: الطفل قاصر، والأب وليه، والاعتداء لا يسقط ولايته في علاج ابنه. صاحب الصفة: الممرضة وحدها صاحبة الحق في الشكوى أو العفو، والمنشأة صاحبة واجب الحماية. السؤال المطلوب تقريره: كيف يستمر علاج الطفل وتُحمى الممرضة وحقها، من غير أن تُسقط الإدارة حقًا لا تملكه؟

الركن الطبي. يُعالج الطفل فورًا بفريق آخر، فنوبة الربو لا تنتظر حتى يُحسم النزاع. وتُفحص الممرضة وتوثَّق إصابتها طبيًا، وتُعفى من بقية المناوبة إن اقتضت حالتها، ويُعرض عليها الدعم النفسي. ثم يُراجع سبب الواقعة: طول الانتظار، والتواصل، ونسبة الكادر، وإجراءات الأمن؛ وهي الأسباب نفسها التي رصدتها الدراسات السعودية للعنف في الطوارئ [8، 9].

الركن الأخلاقي. لا يُعاقَب الطفل بذنب أبيه، ولا يُطلب من الممرضة أن تحمل الاعتداء بوصفه «جزءًا من العمل». واستمرار الرعاية لا يعني أن يبقى المعتدي في القسم بلا ضوابط. أما الضغط عليها لتتنازل فهو انتقام خفي من صاحبة الحق، يعلّم الفريق كله أن الإبلاغ عن العنف لا جدوى منه. فمن يبلّغ بعد ذلك؟

الركن الفقهي. الاعتداء على البدن والعرض محرم، و«لا ضرر ولا ضرار». والعفو حق للمعتدى عليها لا تملكه الإدارة؛ يُندب إليه ولا يُكره عليه. وتصرف الإدارة منوط بمصلحة العاملين والمرضى، لا بحفظ الصورة المؤسسية.

الركن النظامي. يُرفع الاعتداء إلى الأمن والجهة المختصة، ويوثَّق طبيًا، ولا يُسوّى داخليًا على حساب حق الممارس. وعلى صاحب العمل واجب حماية العاملين من أخطار العمل (المادة 122 من نظام العمل)، أو ما يقابله في النظام الوظيفي للموظف العام [19، 29]. ولا يدخل طلب الحماية في نظام حماية المبلّغين والشهود والخبراء والضحايا إلا إذا كان الاعتداء من الجرائم الكبيرة الموجبة للتوقيف [26].

القرار المهني الموزون. يُسلَّم علاج الطفل لطبيب وممرضة آخرين فورًا، ويجري التواصل مع الأب عبر الأمن ومشرف المناوبة، دون منعه من ولاية علاج ابنه أو المرافقة المنظمة، ولا منع الطفل من المراجعة لاحقًا؛ وتوثَّق إصابة الممرضة، ويُحرَّر البلاغ إن أرادته، ويُسحب طلب التنازل كتابة، وتُحال الواقعة إلى سلامة العاملين؛ لأن حق الطفل في الرعاية وحق الممرضة في الحماية لا يتزاحمان إذا فُصل المعتدي عن المعتدى عليها. واستُبعد التنازل بطلب الإدارة، لأنه إسقاط لحق لا تملكه. ويُعاد النظر إذا تكرر التهديد أو ظهر سلاح، فيُنقل التواصل مع الولي إلى الأمن والإدارة وتُبحث حماية أوسع، أو عفت الممرضة مختارة، فيُوثَّق عفوها دون أثر في إجراءات السلامة.

الدرس. العنف على الممارس لا يُسقط حق المريض في العلاج، والعفو عنه حق للمعتدى عليه وحده، لا للإدارة.

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة الثالثة: تضارب المصالح في الإحالة إلى مختبر خاص

الوقائع. استشاري يوجه مرضاه في العيادة الخارجية، مرة بعد مرة، إلى مختبر خاص، بحجة أن نتائجه أدق، مع أن كثيرًا من الفحوص متاح في مختبر المنشأة المعتمد. فلاحظ طبيب زميل ارتفاع تكاليف المرضى، فأبلغ الإدارة. ثم تبين أن للاستشاري مصلحة مالية في المختبر، لم يفصح عنها للمرضى ولا للإدارة. والمبلّغ يخشى أن يُعدّ بلاغه كيدًا.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا حالة إسعافية. الأمن: لا خطر جسدي، ولكن المبلّغ يحتاج إلى حماية من الانتقام. القدرة على القرار: المرضى قادرون، وقد أُخذت موافقتهم وهم لا يعلمون بالمصلحة. صاحب الصفة: إدارة المنشأة ولجنة تضارب المصالح، ثم الجهة المهنية المختصة عند ثبوت المخالفة. السؤال المطلوب تقريره: ما الإجراء المؤقت العادل قبل أن يكتمل التحقيق، وكيف يُحمى المبلّغ والمرضى معًا؟

الركن الطبي. الإحالة إلى مختبر خارجي قد تكون مبررة إذا كان الفحص غير متاح، أو دعت إليها حاجة فنية معتبرة. أما الإحالة المتكررة مع وجود بديل معتمد فتحتاج إلى مراجعة ضرورة الفحص وأثره في القرار العلاجي، وإلى مقارنة جودة المختبرين بمعيار موضوعي.

الركن الأخلاقي. المريض يعتمد على نصيحة طبيبه، فإذا خفيت عنه المصلحة المالية ضعفت الشفافية والثقة، ومُسّ استقلال القرار، وحُرم المريض من اختيار مستنير. ويقابل ذلك حق الاستشاري في أن يُسمع قبل الحكم، وحق الزميل المبلّغ في ألا يُعاقب على بلاغ حسن النية [23].

الركن الفقهي. إخفاء المصلحة المالية مع توجيه المريض قد يدخل في الغش والتدليس عند ثبوته، ويمس مقصد حفظ المال، وربما حفظ النفس إذا ترتبت عليه فحوص غير لازمة أو قرارات غير محايدة. وقاعدة «الأمور بمقاصدها» تفرق بين بلاغ الإصلاح والكيد؛ فبلاغ الزميل المقتصر على الوقائع والمقدم للجهة المختصة من النصيحة.

الركن النظامي. تحظر المادة الثانية عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية على الممارس «الحصول على أي منفعة لقاء الترويج، أو الالتزام بوصف أدوية أو أجهزة أو توجيه المرضى إلى صيدلية معينة، أو مستشفى أو مختبر محدد»، ويعاقب على مخالفتها بالمادة التاسعة والعشرين [14، 17]. فإن ثبتت المصلحة المالية وارتباطها بالإحالة كانت الواقعة مخالفة منصوصة، لا مجرد تضارب مصالح إداري. ولا يقرر الجزاء قبل التحقيق، لكن يجوز إجراء احترازي بإيقاف الإحالات محل الشبهة. وحماية المبلّغ هنا مؤسسية؛ لأن الواقعة لا تبلغ حد الجريمة الكبيرة الموجبة للتوقيف ما لم يظهر ما يغير تكييفها [26].

القرار المهني الموزون. يُلزم الاستشاري بالإفصاح المكتوب، وتوقف الإحالات محل الشبهة مؤقتًا إلى مختبر المنشأة ما لم تثبت حاجة فنية، ويُفتح تحقيق مستقل في الحاجة الطبية والعلاقة المالية وفواتير المرضى، ويُحفظ اسم المبلّغ، دون منع الاستشاري من عمله السريري أو إعلان التحقيق خارج الجهة المختصة؛ لأن الإجراء المؤقت يوقف الضرر المحتمل على المرضى دون استباق الحكم. ويُعاد النظر إذا ثبتت حاجة فنية حقيقية وأُفصح عن المصلحة وأُديرت، فتعود الإحالة بضوابط، أو ثبتت المنفعة المرتبطة بالإحالة، فتُحال المخالفة إلى جهة الاختصاص وفق المادتين 12 و29، ويُعالج ضرر المرضى.

الدرس. المنفعة الخفية من توجيه المرضى مخالفة منصوصة يكشفها التحقيق، وحماية من يبلّغ عنها شرط لاكتشافها.

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة الرابعة: التشهير بطبيب قبل ثبوت الخطأ

الوقائع. مريضة في الخمسين أصابتها بحة صوت مستمرة بعد استئصال الغدة الدرقية، وكانت قد وقّعت إذنًا يذكر إصابة العصب الحنجري الراجع مضاعفةً معروفة. فنشر أحد أقاربها اسم الطبيب وصورته في وسائل التواصل، ورماه بالإهمال والجهل قبل أن ينتهي التحقيق. وتلقى الطبيب رسائل تهديد، فصار يفكر في أن يرد علنًا بنشر تفاصيل من الملف تثبت أن المضاعفة شُرحت للمريضة.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: المريضة مستقرة وتتابع مع أخصائي الأنف والأذن والحنجرة. الأمن: رسائل التهديد تستدعي تقدير الخطر على الطبيب وإبلاغ الأمن. القدرة على القرار: المريضة قادرة، وهي صاحبة الحق في الشكوى وفي سرية ملفها. صاحب الصفة: جهة التحقيق المهني في الواقعة، والجهات المختصة في التشهير والتهديد. السؤال المطلوب تقريره: كيف يُحفظ حق المريضة في الشكوى وحق الطبيب في سمعته من غير كشف السر؟

الركن الطبي. وقوع المضاعفة لا يعني بذاته أن هناك خطأ. وإنما يُفحص: هل كان الإجراء ملائمًا، والتبصير والإذن صحيحين، والأصول متبعة، وهل اكتُشفت المضاعفة سريعًا وتوبعت، وهل هي معروفة في مثل هذا الإجراء؟

الركن الأخلاقي. للمريض وأسرته حق الشكوى، ولكن التشهير قبل التثبت يظلم الممارس ويفسد الثقة. ولا يجوز للطبيب أن يرد بكشف أسرار المريض؛ فحقه في السمعة لا يُسقط حق المريض في السرية.

الركن الفقهي. اتهام الناس بلا بينة يمس حفظ العرض، وقاعدة «اليقين لا يزول بالشك» تمنع إدانة الممارس قبل التحقيق. وفي المقابل، إذا ثبت الخطأ وجب إنصاف المريض وتعويضه بحسب موجبه [15]. والقرار 79 (10/8) يجعل الأصل حظر إفشاء السر، ولا يبيح الرد العلني بتفاصيل الملف [28].

الركن النظامي. تستثني المادة 21 الإفصاح لدفع اتهام وجهه المريض أو ذووه، ويتقيد هذا الاستثناء بالقدر اللازم، فيكون أمام جهة التحقيق لا أمام العامة [17، 31]. وتقصر المادة 23 من نظام حماية البيانات الشخصية الاطلاع على البيانات الصحية على قدر الحاجة [31]. ويعد التشهير عبر وسائل التقنية من الأفعال المعاقب عليها في نظام مكافحة جرائم المعلوماتية، والتكييف للجهات المختصة [30]. ورسائل التهديد تُرفع إلى الجهات الأمنية.

القرار المهني الموزون. يستمر علاج المريض وتواصل الفريق معه بلا تغيير ولا تأخير في علاج المضاعفة، ويُفتح تحقيق مهني عاجل، ويحفظ الطبيب أدلة التشهير والتهديد ويرفعها عبر المنشأة إلى الجهات المختصة، ويقدم دفاعه وبيانات الملف للجنة التحقيق وحدها، فلا يرد علنيًا ولا يعلّق على حق المريض في الشكوى، وتصدر المنشأة، إن لزم، بيانًا عامًا لا يعرّف بالمريض؛ لأن هذا المسار يجمع حق المريض في الشكوى والسرية، وحق الطبيب في سمعته وسلامته. ويُعاد النظر إذا أثبت التحقيق خطأً، فتُعالج آثاره ويُعوَّض المريض وفق النظام، أو اشتد التهديد، فيُنقل الطبيب مؤقتًا من العيادة وتُنسَّق الحماية الأمنية.

الدرس. يُدفع الاتهام أمام الجهة المختصة لا أمام الجمهور، وحق الممارس في سمعته لا يبيح له كشف سر المريض.

CC BY-NC-ND 4.0

مواقف متكررة

تكليف متدرب بما يفوق اختصاصه. كُلف مقيم في بداية تدريبه بإجراء دقيق بلا إشراف مباشر لضغط الحالات، فحدثت مضاعفة، وحاولت الإدارة أن تحمّله المسؤولية وحده. والجواب: يُعالج ضرر المريض أولًا، ثم يُفحص مستوى المقيم واعتماده، وتوفر المشرف، واستعجال الحالة، وسياسة التكليف؛ فلا يُحمَّل المقيم إلا بقدر خطئه الشخصي المثبت، ويُراجع دور الاستشاري والمنشأة. وضابطه: التقصير في الرقابة والإشراف من صور الخطأ المهني في المادة 27، والقرار 142 (8/15) يسأل رئيس الفريق عن خلل التوجيه والرقابة [15، 17]. وتفصيل الإشراف في الفصل 15.

إهانة علنية لمتدرب من مشرفه. يوبخ استشاري مقيمًا أمام المرضى والتمريض بعبارات مهينة لخطأ إداري غير مؤثر، فيرتبك المقيم وتتأخر متابعته. والجواب: يغطي المشرف المناوب المرضى فورًا، ويُصحح خطأ المقيم بالتعليم لا بالتوبيخ، وتوثق الإساءة ويطلب رئيس القسم تصحيح السلوك، وتحال إلى لجنة السلوك عند التكرار أو الجسامة، ولا يمس ذلك تقييم المقيم. وضابطه: المادة 24 توجب أن تقوم علاقات الممارسين على التعاون والثقة، والتعليم لا يبرر الإذلال [17]. وتفصيل التنمر في الفصل 14، وحماية المتدرب في الفصل 15.

تهديد بخفض التقييم أو النقل أو الحرمان من التدريب ردًّا على اعتراض مهني. رئيس قسم يثني فريقه عن بلاغات نقص الكادر بحجة صورة القسم، ويوزع الدورات والابتعاث بحسب القرب منه. والجواب: يُرفع تظلم موثق عبر قناة مستقلة، وتوقف الإجراءات الانتقامية عند وجود قرائن، وتُراجع سجلات النقل والتقييم والترشيح وساعات العمل على معايير مكتوبة معلنة؛ فإن ثبت الانتقام أو المحاباة أزيلت آثارهما وحوسب المسؤول. وضابطه: لا يُتخذ التقييم ولا النقل ولا التدريب أداة انتقام من اعتراض مشروع، والولاية الإدارية مقيدة بالمصلحة، والمادة 7 تجعل تمكين التطوير واجبًا مؤسسيًا لا مكافأة نفوذ [17، 18]، وحماية هذا البلاغ مؤسسية لا تدخل في نطاق نظام حماية المبلّغين [16، 26]. وتفصيل دور المدير في الفصل 17.

العمل في وباء مع نقص وسائل الوقاية. يُطلب من فريق الطوارئ أن يستقبل حالات مشتبهة بلا حماية كافية، فيرفض بعضهم الدخول المباشر، فتصفهم الإدارة بالتقصير. والجواب: ليس الخيار بين أن يجازف الممارس وأن يترك المريض؛ بل تصعيد عاجل، وإعادة تنظيم المسار، وتقليل عدد المعرَّضين، واستعمال المتاح المناسب، مع استمرار رعاية الحالات العاجلة. وضابطه: واجب الرعاية لا يوجب تحمل خطر جسيم يمكن ضبطه، ومسؤولية توفير الوقاية على صاحب العمل، ولا يعاقب الممارس لمجرد طلب الحماية [1، 19، 20].

خطأ دوائي في مناوبة منهكة. تُحمّل الإدارة الممرض المنفذ المسؤولية كاملة، والفريق يشير إلى الإرهاق وتشابه أسماء الأدوية وغياب التحقق المزدوج. والجواب: يُعالج أثر الخطأ في المريض، ثم تُراجع الواقعة بمنهج سلامة المرضى: الوصف، والصرف، والتحقق المزدوج، وعدد الساعات، وعبء المرضى؛ فإن ثبت خطأ فردي حوسب صاحبه بقدره مع إصلاح النظام. وضابطه: «لا ضرر ولا ضرار» تمنع تنظيم عمل يضر بالمريض والممارس، ومشروع القرار 223 (7/23) يدعو إلى ظروف عمل مناسبة [3، 16]. وتفصيل تحليل الخطأ في الفصل 11.

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

جدول: الحالات في سطر

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
ممرضة يُطلب منها تعديل السجل لإخفاء خطأ دوائي	ترفض التعديل، وتوثق الواقعة بموضوعية في السجل ونظام الإبلاغ قبل نهاية المناوبة، وتسلم أثر الجرعة وخطة المراقبة، ويُفصح للأسرة، ويُمنع الانتقام منها	السجل الصادق شرط لسلامة المريض ولتحقيق عادل، والإخفاء يحول خطأً قابلًا للتعلم إلى مخالفة متعمدة	ظهر أنه تعديل علاجي مقصود موثق فيُصحَّح البلاغ بإضافة مؤرخة، أو ظهرت قرائن تهديد أو انتقام فتُرفع إلى إدارة مستقلة لحماية المبلّغة
مرافق يعتدي على ممرضة في الطوارئ والإدارة تطلب منها التنازل	يُسلَّم علاج الطفل لفريق آخر فورًا، ويُتواصل مع الأب عبر الأمن ومشرف المناوبة دون منع ولايته، وتوثَّق إصابة الممرضة، ويُحرَّر البلاغ إن أرادته، ويُسحب طلب التنازل كتابة	حق الطفل في الرعاية وحق الممرضة في الحماية لا يتزاحمان إذا فُصل المعتدي، والتنازل بطلب الإدارة إسقاط لحق لا تملكه	تكرر التهديد أو ظهر سلاح فتُبحث حماية أوسع، أو عفت الممرضة مختارة فيُوثَّق عفوها دون أثر في إجراءات السلامة
استشاري يحيل مرضاه إلى مختبر خاص له فيه مصلحة مالية لم يُفصح عنها	يُلزم بالإفصاح المكتوب، وتوقف الإحالات محل الشبهة مؤقتًا، ويُفتح تحقيق مستقل، ويُحفظ اسم المبلّغ، دون منعه من عمله السريري أو إعلان التحقيق خارج الجهة المختصة	الإجراء المؤقت يوقف الضرر المحتمل على المرضى دون استباق الحكم	ثبتت حاجة فنية وأُفصح عن المصلحة فتعود الإحالة بضوابط، أو ثبتت المنفعة المرتبطة بالإحالة فتُحال المخالفة وفق المادتين 12 و29
التشهير بطبيب في وسائل التواصل قبل ثبوت الخطأ	يستمر علاج المريضة، ويُفتح تحقيق مهني عاجل، ويرفع الطبيب أدلة التشهير والتهديد عبر المنشأة، ويقدم دفاعه وبيانات الملف للجنة التحقيق وحدها، فلا يرد علنيًا	هذا المسار يجمع حق المريض في الشكوى والسرية، وحق الطبيب في سمعته وسلامته	أثبت التحقيق خطأً فتُعالج آثاره ويُعوَّض المريض، أو اشتد التهديد فيُنقل الطبيب مؤقتًا وتُنسَّق الحماية الأمنية

CC BY-NC-ND 4.0

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. حقوق الممارس جزء من البنية الأخلاقية للرعاية، وتكتسب قوتها من ارتباطها بواجب محدد، وأبرزها الكرامة والسلامة والتدريب والإشراف والاستقلال المنضبط ورفض التحريف والكلام الآمن والتحقيق العادل.
2. العنف ضد الممارسين في المملكة عبء متكرر واسع التقديرات (26–90.7%)، أكثره لفظي ومن المرضى وأقاربهم، ويقل الإبلاغ عنه لأن كثيرًا من الممارسين يعدونه جزءًا من العمل [8].
3. الإرهاق خطر سريري، لكن علاجه لا يختزل في تقصير المناوبات؛ ففي التجربة الكبرى سنة 2020 ارتبط الجدول الخالي من مناوبات 24 ساعة بأخطاء جسيمة أكثر، وزال الارتباط بعد ضبط عبء المرضى [3].
4. يقرر الفقه والنظام أن الممارس لا يضمن النتيجة المجردة، لكنه يسأل عند التعدي أو التقصير أو مخالفة الأصول، وتتوزع المسؤولية على الفريق ورئيسه والمنشأة بحسب السببية [15، 17].
5. حق الدفاع استثناء محدود من السر يمارس أمام الجهة المختصة، لا أمام الجمهور.
6. نظام حماية المبلّغين ولائحته التنفيذية لا يغطيان كل بلاغ داخلي؛ فنطاقهما الجرائم الكبيرة الموجبة للتوقيف، وتكملهما سياسات المنشأة والأنظمة الوظيفية [26، 27].

التوصيات

للممارس: أن يربط كل حق يطالب به بواجب مقابل، ويصرح بعجزه المؤقت، ويرفض تحريف السجل، ويبلغ بالقناة المختصة وبقدر الحاجة، ويحفظ سر المريض ولو أسيء إليه.

للمنشأة: أن تعتمد وثيقة لحقوق الممارس ومسؤولياته بجوار حقوق المرضى، وتكتب الصلاحيات والإشراف، وتنشر معايير التدريب، وتراقب الساعات وعبء المرضى معًا، وتفعل سياسة للعنف والتحرش وقناة مستقلة للكلام الآمن ومنع الانتقام، وتعتمد سياسة لتعديل السجل تحفظ الأصل، وتوفر دعمًا بعد الحوادث، وتضبط التواصل الإعلامي.

للتعليم والبحث: أن يُعلم الممارسون الفروق بين بلاغ السلامة والتظلم والبلاغ الجنائي وطلب الحماية، وأن تُجرى دراسات سعودية بتعريفات موحدة للعنف والتنمر تسمح بتقدير وطني قابل للمقارنة، وأن يُقاس أثر تصميم الجداول وعبء المرضى معًا على الأخطاء.

ثامنًا: الخاتمة

وبعد، فلا ينتفع المريض بممارس خائف أو منهك أو مُذل أو مضغوط ليحرّف السجل، كما لا يطمئن المجتمع إلى ممارس يجعل حقوقه ستارًا يرفض من ورائه الواجب أو يهرب به من المساءلة. والتوازن الصحيح أن تُحمى القدرة على العمل المهني، وأن يبقى المريض في مركز الرعاية، وأن تكون الشكوى والتحقيق والتعلم مسارات منصفة لا محاكمات علنية. فاعلم يا أخي

CC BY-NC-ND 4.0

الطبيب أن حقوق الممارس بهذا تصير حماية لمسار الرعاية كله، لا حمايـة لفـرد على حسـاب من يعالجه.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ما الفرق بين الحق المهني للممارس ومصلحته الشخصية؟ مثّـل بحـق واحـد ترتبـط قوتـه بواجب مقابل.
2. لماذا لا تكفي نتيجة تجربة سـنة 2004 لتقريـر أن تقصـير المناوبـات يقلـل الأخطـاء؟ ومـا الذي أضافته تجربة سنة 2020؟
3. ما دلالة اتساع تقديرات العنف ضـد الممارسـين في المراجعـة السـعودية (26–90.7%)؟ وما الذي يمنع استعمال رقم واحد معدلًا وطنيًا؟
4. طلب منك زميل أقدم تعديل وقت إعطاء دواء في السجل «لتفادي المشكلات». ما الـذي تفعله، وبأي ترتيب، ومن تبلغ؟
5. متى يدخل بلاغ الممارس في نطـاق نظـام حمايـة المبلّغين والشـهود والخـبراء والضـحايا، ومتى تكون حمايته مؤسسية فقط؟
6. نشر قريب مريض اتهامًا لـك في وسـائل التواصـل. مـا حـدود حقـك في الـدفاع في ضـوء المادة 21 والقرار 79 (10/8)؟
7. كيف يوزع القرار 142 (8/15) المسؤولية بين أعضاء الفريـق ورئيسـه والمنشـأة؟ طبـق ذلك على مقيم كُلف بإجراء دون إشراف.
8. اعتدى مرافق على ممرضة في الطوارئ وطلبت منها الإدارة التنازل. ما حدود حق الإدارة في ذلك، وكيف يستمر علاج المريض، وما واجب المنشأة؟

المراجع

World Health Organization. Charter: health worker safety: a priority for patient safety. Geneva: World Health Organization; 2020. who.int [1]

Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, et al. Effect of reducing interns’ work hours on serious medical errors in intensive care units. N Engl J Med. 2004;351(18):1838–48. doi:10.1056/NEJMoa041406 [2]

Landrigan CP, Rahman SA, Sullivan JP, et al.; ROSTERS Study Group. Effect on patient safety of a resident physician schedule without 24-hour shifts. N Engl J Med. 2020;382(26):2514–23. doi:10.1056/NEJMoa1900669 [3]

Alenezi NK, Alyami AH, Alrehaili BO, Arruhaily AA, Alenazi NK, Al-Dubai SAR. Prevalence and associated factors of burnout among Saudi resident doctors: a multicenter cross-sectional study. Alpha Psychiatry. 2022;23(4):173–83. doi:10.5152/alphapsychiatry.2022.21361 [4]

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Taking action [5] against clinician burnout: a systems approach to professional well-being. Washington (DC): National Academies Press; 2019. doi:10.17226/25521

West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and [6] reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016;388(10057):2272–81. doi:10.1016/S0140-6736(16)31279-X

Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, et al. Prevalence of workplace [7] violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. Occup Environ Med. 2019;76(12):927–37. doi:10.1136/oemed-2019-105849

Alhomoud F. ‘That’s enough’ - workplace violence against physicians, [8] pharmacists, and nurses in Saudi Arabia: a systematic review of prevalence, causes, and consequences. Risk Manag Healthc Policy. 2025;18:373–408. doi:10.2147/RMHP.S509895

Alsharari AF, Abu-Snieneh HM, Abuadas FH, Elsabagh NE, Althobaity A, [9] Alshammari FF, et al. Workplace violence towards emergency nurses: a cross-sectional multicenter study. Australas Emerg Care. 2022;25(1):48–54. doi:10.1016/j.auec.2021.01.004

Syed F, Mithani MS, Mostafa FA, Alfattani A, Al Messharawi J, Al [10] Ghammas H, et al. Prevalence of aggressive behavior toward fellows, residents, and nurses at a tertiary care hospital in Riyadh, Saudi Arabia. Cureus. 2022;14(4):e24142. doi:10.7759/cureus.24142

Hetaimish BM. Prevalence of intimidation of medical students in the [11] clinical years by the staff at a Saudi Arabian university. Cureus. 2024;16(1):e51508. doi:10.7759/cureus.51508

van Dongen D, Guldenmund F, Grossmann I, Groeneweg J. Classification [12] of influencing factors of speaking-up behaviour in hospitals: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2024;24:1657. doi:10.1186/s12913-024-12138-x

Naya K, Aikawa G, Ouchi A, Ikeda M, Fukushima A, Yamada S, et [13] al. Second victim syndrome in intensive care unit healthcare workers: a systematic review and meta-analysis on types, prevalence, risk factors, and recovery time. PLoS One. 2023;18(10):e0292108. doi:10.1371/journal.pone.0292108

[14] نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتـاريخ 4/11/1426هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (276) وتاريخ 3/11/1426هـ. هيئـة الخـبراء بمجلس الـوزراء. laws.boe.gov.sa

[15] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 142 (8/15) بشأن ضمان الطبيب. الدورة الخامسة عشرة، مسقط، 14–19 المحرم 1425هـ / 6–11 مارس 2004م. iifa-aifi.org

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

[17] اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصحية، الصادرة بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 2/1/1439هـ، وزارة الصحة؛ النظام ولائحته التنفيذية، الإصدار الثالث 1440هـ (2019م)، الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. scfhs.org.sa

[18] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. اللوائح والقواعد التنظيمية: أخلاقيات الممارس الصحي، وقواعد التدريب والتقييم، ولائحة اللجنة الدائمة للنظر في التظلمات. تاريخ الاطلاع: 29 سبتمبر 2026م. scfhs.org.sa

[19] نظام العمل، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/51) وتاريخ 23/8/1426هـ، مع تعديلاته. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[20] World Health Organization, International Labour Organization. Caring for those who care: national programmes for occupational health for health workers: policy brief. Geneva: World Health Organization and International Labour Organization; 2020. who.int

[21] Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 9th ed. New York: Oxford University Press; 2026. global.oup.com

[22] نظام مكافحة جريمة التحرش، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/96) وتاريخ 16/9/1439هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (488) وتاريخ 14/9/1439هـ، والمعدل بالمرسوم الملكي رقم (م/48) وتاريخ 1/6/1442هـ بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (296) وتاريخ 28/5/1442هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[23] World Medical Association. WMA International Code of Medical Ethics. Adopted by the 3rd General Assembly, London, October 1949; last revised by the 73rd WMA General Assembly, Berlin, October 2022. wma.net

[24] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 172 (10/18) بشأن الإذن في العمليات الجراحية المستعجلة. الدورة الثامنة عشرة، بوتراجايا، 24–29 جمادى الآخرة 1428هـ / 9–14 يوليو 2007م. iifa-aifi.org

[25] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 184 (10/19) بشأن الإذن في العمليات الطبية المستعجلة. الدورة التاسعة عشرة، الشارقة، 1–5 جمادى الأولى 1430هـ / 26–30 أبريل 2009م. iifa-aifi.org

[26] نظام حماية المبلّغين والشهود والخبراء والضحايا، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/148) وتاريخ 8/8/1445هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (629) وتاريخ 3/8/1445هـ. جريدة أم القرى، 20/8/1445هـ (1/3/2024م). uqn.gov.sa

CC BY-NC-ND 4.0

[27] اللائحة التنفيذية لنظام حماية المبلّغين والشهود والخبراء والضحايا، الصادرة بقرار مجلس الوزراء رقم (892) وتاريخ 2/12/1447هـ. جريدة أم القرى. تاريخ الاطلاع: 29 سبتمبر 2026م. uqn.gov.sa

[28] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 79 (10/8) بشأن السر في المهن الطبية. الدورة الثامنة، بندر سيري بيجوان، بروناي دار السلام، 1–7 المحرم 1414هـ / 21–27 يونيو 1993م. iifa-aifi.org

[29] نظام الانضباط الوظيفي، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/18) وتاريخ 8/2/1443هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[30] نظام مكافحة جرائم المعلوماتية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/17) وتاريخ 8/3/1428هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[31] نظام حماية البيانات الشخصية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/19) وتاريخ 9/2/1443هـ، المعدل بالمرسوم الملكي رقم (م/148) وتاريخ 5/9/1444هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[32] النظام الجزائي لجرائم التزوير، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/11) وتاريخ 18/2/1435هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[33] World Medical Association. WMA Statement on Physician Mental Health Care. Adopted by the 76th WMA General Assembly, Porto, Portugal, October 2025. wma.net

CC BY-NC-ND 4.0