الباب الثاني

التشاور وحل الخلاف: لجان واستشارات الأخلاقيات السريرية

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «التشاور وحل الخلاف: لجان واستشارات الأخلاقيات السريرية». 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 الثالث عشر

التشاور وحل الخلاف: لجان واستشارات الأخلاقيات السريرية

الاستشارة الأخلاقية وحدودها • فرز الخلاف والاختصاص • عدالة الإجراء واستقلال الخدمة • الشورى والتصوير والاجتهاد الجماعي • المادتان 15 و17 من نظام مزاولة المهن الصحية • تأسيس اللجنة وتشغيلها وقياس جودتها • أربع حالات بقرار مهني موزون

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، وأعضاء لجان الأخلاقيات ومستشاروها، وقيادات المنشآت الصحية والجودة، وطلاب العلوم الصحية • الفصل الأم لـ: لجان الأخلاقيات السريرية وخدمة الاستشارة الأخلاقية (التأسيس، والتكوين، والإحالة، والاجتماع، والتوثيق، والجودة)، والتمييز بين لجنة الأخلاقيات السريرية ولجنة أخلاقيات البحث والمسار التأديبي، والمسار المتدرج لحل الخلاف السريري • يحيل إلى: الفصول 4، 5، 7، 8، 9، 10، 12، 14، 27، 35، 41، 42، 45، 48، 49 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

خلاصة الفصل

لجنة الأخلاقيات لا تصدر فتوى جاهزة، ولا تنتزع القرار من المريض أو الفريق. قيمتها في بناء مساحة مهنية آمنة تجمع الوقائع والقيم والأشخاص ذوي الصلة، وتوضح من يملك القرار، وتختبر الخيارات، وتمنع الاستعجال والهيمنة، ثم تقدم توصية معللة ومسارًا للتنفيذ والمتابعة.

CC BY-NC-ND 4.0

تظهر المعضلة السريرية غالبًا حين لا يكفي السؤال الطبي وحده: هل يملك المريض القـدرة على القرار؟ من يمثله؟ هل الخلاف مع الأسرة خلاف في الحقائق أم في القيم أم في الثقة؟ وهـل هـو خلاف أخلاقي أم شكوى خدمة أم شبهة خطأ مهني؟ لذلك تبدأ الاستشارة الجيدة بتحديـد السـؤال لا بطلب حكم.

ويقترح الفصل للمنشأة المتوسطة والكبيرة نموذجًا مزدوجًا: لجنـة متعـددة التخصصـات للحوكمـة والتعليم والسياسات، وفريق استشارة صغير مـدرب يسـتجيب للحالـة في وقتهـا. ويقـوم التكـوين على الكفـاءة لا على الأسـماء، ويضـم الفقـه الطـبي والنظـام الصـحي تمـثيلًا حقيقيًـا. والصـلاحية الأصلية استشارية، لكنها ليست عديمة الأثر: للخدمـة أن تسـتكمل المعلومـات، وتجمـع الأطـراف، وتنبه إلى العيب الإجرائي، وتوصي بتأجيل غير العاجل حتى تتضح القدرة أو الصفة.

ويؤصل الفصل فقهيًا للشورى وتصوير النازلة قبـل الحكم عليهـا، ونظاميًـا لـواجب الاستشـارة في المادتين 15 و17 من نظام مزاولة المهن الصحية، ولحماية بيانات الاستشارة، وللفصـل بين لجنـة الأخلاقيات السريرية ولجنة أخلاقيات البحث والمسـار التـأديبي. ثم يقـدم أدوات عمليـة للتأسـيس والإحالة والاجتماع والتوثيق وقياس الجودة، وأربع حالات محللة. وخلاصته أن الإحالة حق للمـريض وأسرته ولكل عضو في الفريـق، وأن جـودة الخدمـة تقـاس بعدالـة الإجـراء لا برضـا الأطـراف ولا بقصر الإقامة.

الكلمات المفتاحيـة: الاستشـارة الأخلاقيـة السـريرية، لجنـة الأخلاقيـات، حـل الخلاف، عدالـة الإجراء، الشورى، نظام مزاولة المهن الصحية، تضارب المصالح، جودة الاستشارة.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

يتناول هذا الفصل الأداة المؤسسية التي تلجأ إليها المنشأة الصحية حين يتعطـل القـرار السـريري بسبب القيم أو السلطة أو عدم اليقين، وهو أمر يعرفه كـل من عمـل في مستشـفى: الاستشـارة الأخلاقية ولجنة الأخلاقيات. وهو الفصل الأم لهذه المسألة؛ فكل فصل في الكتاب يوصـي بـ«طلب استشارة أخلاقية» يحيل إلى ما يُبسط هنا من تكوين وإجراء وحدود.

وفي السياق السعودي تتقـاطع هـذه الخدمـة مـع نصـوص نافـذة: واجب الاسـتعانة بمن تسـتدعي الحالة الاستعانة بهم في المادة الخامسـة عشـرة من نظـام مزاولـة المهن الصـحية، وواجب تنبيـه المريض إلى الحاجة إلى استشارة ممارس آخر في المادة السابعة عشرة، وعـدّ «عـدم استشـارة من تستدعي حالة المريض الاستعانة به» من صور الخطأ المهني في المادة السـابعة والعشـرين [1]. وتضاف إليها متطلبات الاعتماد المؤسسي [2]، ونظام حماية البيانـات الشخصـية [3]، ونظـام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية بلجانه المحلية المستقلة [4]. ولكن هذه النصـوص كلهـا لا تنشئ لجنة أخلاقيات سريرية بصلاحية ملزمة؛ فتبقى الخدمة بناءً مؤسسيًا تحكمه سياسة المنشأة في حدود الأنظمة.

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

نشأت خدمات الاستشارة الأخلاقية في المستشفيات الأمريكية وانتشرت انتشارًا واسـعًا: من نحـو 1% من المستشفيات سنة 1983 إلى أن صارت لدى جميع المستشفيات التي تزيـد أسـرّتها على

CC BY-NC-ND 4.0

400 سرير والمستشفيات التعليمية والاتحادية آلية رسمية للاستشارة سنة 2007، بثلاث وظائف هي الاستشارة في الحالات والتعليم وصياغة السياسات، مع تمييزها عن لجان مراجعة البحث [5]. ووجد مسح وطني أمريكي منشور سنة 2021 أن نحو 97% من المستشفيات لديها برامج أخلاقيات، مع تفاوت كبير في الموارد والوظائف [6]. وتعرض المراجع المنهجية نشأة هذه الخدمات وممارساتها وطرق تقويمها [7]، والإطار التحليلي والقانوني للأخلاقيات السريرية [8].

وعلى مستوى المعايير المهنية، حددت الجمعية الأمريكية للأخلاقيات الحيوية والإنسانيات (ASBH) الكفاءات الأساسية للمستشار في إصدارها الثالث [9]، وأصدرت ميثاقًا لمسؤولياته المهنية [10]. ووضع رأي الجمعية الطبية الأمريكية 10.7.1 ضوابط الاستشارة: دور استشاري لا قراري، وإبلاغ المريض بطلبها، وحماية السرية، والتوثيق في السجل [11]. وأصدرت اليونسكو دليلين لتأسيس لجان الأخلاقيات وتشغيلها [12، 13]، ونص الإعلان العالمي لأخلاقيات البيولوجيا وحقوق الإنسان (2005) في مادته التاسعة عشرة على إنشاء لجان أخلاقيات مستقلة متعددة التخصصات تعددية، من وظائفها تقديم المشورة في المشكلات الأخلاقية في السياقات السريرية [14].

أما أدلة الأثر فأقوى ما فيها تجربتان عشوائيتان في العناية المركزة [15، 16]، ومراجعة منهجية مع تحليل تجميعي [17]، ومراجعات لأدوات قياس الجودة ولنتائج الاستشارة وجدت تفاوتًا كبيرًا وضعفًا في التوحيد [18–20]. وفي الخلاف على العلاج غير المناسب في العناية المركزة، وضع بيان سياسات مشترك لجمعيات العناية المركزة مسارًا إجرائيًا عادلًا لحل الخلاف المستعصي [21].

ويغلب على هذه الأدبيات أنها غربية المنشأ، تبني الاستشارة على الإطار القانوني الأمريكي أو الأوروبي، وتتناول القيم الدينية بوصفها «عاملًا ثقافيًا» لا مرجعية معيارية. ومن هنا يضيف هذا الفصل أربعة أمور: تأصيلًا فقهيًا للاستشارة بالشورى والأمانة وتصوير النازلة قبل الحكم؛ وربطًا للخدمة بنصوص نظام مزاولة المهن الصحية وحماية البيانات وأخلاقيات البحث؛ وتطبيقًا لنموذج الأركان الأربعة مرتين، في بناء الخدمة وفي تحليل كل إحالة؛ وأدوات عملية قابلة للاعتماد في منشأة سعودية.

المشكلة والسؤال المركزي

والمشكلة يعرفها كل من عمل في مستشفى: كثير من المنشآت تملك «لجنة أخلاقيات» بالاسم، ولكنها لا تملك خدمة؛ فلا ميثاق، ولا مستشار متاح في وقت الحاجة، ولا وصول للمريض والتمريض، ولا توثيق ولا قياس. فتتأخر الإحالة حتى تنهار الثقة، أو تتحول الجلسة إلى تحقيق تأديبي، أو يُستعمل «التوافق» غطاءً لصوت الأقوى.

والسؤال المركزي: كيف تُبنى في منشأة سعودية خدمة تشاور أخلاقي تكون مستقلة بلا عزلة، واستشارية بلا عجز، وسرية بلا تستر، منضبطة بالشرع والنظام، تُقاس بعدالة إجرائها لا بعدد مرات موافقة الأسرة؟

الأهداف والحدود

يهدف الفصل إلى أن يقدر القارئ على: التمييز بين أنواع الخلاف ومساراتها؛ وتحديد متى تُطلب الاستشارة وكيف يُهيأ ملفها؛ وتطبيق قواعد عدالة الإجراء وإدارة تضارب المصالح؛ وتأصيل الاستشارة فقهيًا ونظاميًا؛ وتأسيس لجنة وخدمة استشارة وتشغيلهما وقياس جودتهما.

CC BY-NC-ND 4.0

وتحكم الفصلَ خمس قواعد: تبدأ الاستشارة بتحديد السؤال لا بطلب حكم؛ ويسبق التصويرُ الطبي التكييفَ الفقهي والموازنةَ الأخلاقية؛ والتوصية استشارية والقرار العلاجي للمريض أو ممثله مع الفريق، والقرار التأديبي أو البحثي لجهته؛ والوصول إلى الخدمة حق للمريض وللتمريض لا امتياز للأعلى رتبة؛ وتُقاس الجودة بعدالة الإجراء لا برضا الأطراف.

وحدود الفصل: لا يعيد شرح نموذج الأركان الأربعة وبواباته (انظر الفصل 4)، ولا أحكام الإذن والولاية (انظر الفصل 5)، ولا القدرة على القرار (انظر الفصل 27)، ولا السر الطبي (انظر الفصل 7)، ولا عدم الإنعاش وجدوى العلاج (انظر الفصلين 41 و42)، ولا لجان أخلاقيات البحث (انظر الفصل 48). وإنما يتناول من ذلك ما يلزم لعمل الاستشارة.

أولًا: الركن الطبي

1-1 المفاهيم وحدود الاختصاص

تتعدد الجهات التي قد تلمس المعضلة الواحدة، ولكل منها وظيفة وحد.

جدول: الجهات المؤسسية ووظائفها وحدودها

المفهوم	وظيفته	ما لا يفعله
المداولة الأخلاقية عند السرير	حوار قصير داخل الفريق لتحديد القيم والخيارات قبل تضخم الخلاف.	لا تغني عن إحالة رسمية إذا تعقدت السلطة أو استمر النزاع.
استشارة الأخلاقيات السريرية	استجابة منظمة لحالة محددة بواسطة مستشار أو فريق صغير مدرب.	لا تتخذ القرار عن المريض أو الطبيب ولا تصدر حكمًا تأديبيًا.
لجنة الأخلاقيات السريرية	حوكمة البرنامج، وسياسات وتعليم ومراجعة، وقد تشارك في الحالات المعقدة.	ليست لجنة دائمة لاتخاذ كل القرارات السريرية ولا محكمة داخلية.
لجنة أخلاقيات البحث	ترخيص أبحاث المخلوقات الحية ومراجعتها ومتابعتها وفق نظام خاص.	لا تحل خلافًا علاجيًا روتينيًا إلا إذا كانت الحالة بحثًا أو تتداخل معه.
لجنة السلوك والانضباط	تحقق في مخالفة محددة وتطبق إجراءً تأديبيًا وفق الصلاحية.	لا تستعمل الاستشارة السرية طريقًا مختصرًا لإثبات الذنب.
حقوق المرضى وتجربة المريض	تستقبل الشكاوى وتيسر الخدمة والحقوق والتواصل.	لا تقوم وحدها بتحليل أخلاقي معقد أو تقدير ملاءمة العلاج.
الجودة وسلامة المرضى	تحلل الحوادث والأنظمة والمخاطر وتنفذ التحسين.	لا تختزل الخلاف القيمي في مؤشر جودة أو خطأ إجرائي.
الشؤون القانونية	تفسر الالتزام النظامي وتحمي الإجراء والحقوق أمام	لا تحدد وحدها ما هو أخلاقي؛ فالمسموح نظامًا قد يبقى

CC BY-NC-ND 4.0

المفهوم	وظيفته	ما لا يفعله
	الجهات المختصة.	محل موازنة.
الرعاية التلطيفية	تضبط الأعراض والأهداف والتواصل في المرض الخطير.	ليست بديلًا عن الأخلاقيات، ولا الأخلاقيات بديل عنها.

1-2 الخلاف ليس نوعًا واحدًا

قد يكون الخلاف معرفيًا حول التشخيص أو التنبؤ، وعلاجه رأي ثانٍ وتحديث الوقائع. وقد يكون تواصليًا بسبب رسالة متناقضة أو غياب مترجم، وعلاجه توحيد الرسالة والاستماع. وقد يكون قيميًا حول معنى المنفعة أو الكرامة أو الدين، وعلاجه المداولة الأخلاقية. وقد يكون سلطويًا حول من يقرر، وعلاجه تقييم القدرة والصفة والنص. وقد يكون شكوى عن سوء سلوك أو خطأ، وعلاجه مسار حقوقي أو مهني مستقل. وقد تجتمع الأنواع، لكن التشخيص الخاطئ للخلاف ينتج لجنة بلا أثر.

جدول: أسئلة فرز الخلاف

سؤال الفرز	المسار الأول	متى تدخل الأخلاقيات؟
هل توجد حقيقة طبية متنازع عليها؟	رأي تخصصي ثانٍ أو مؤتمر حالة.	إذا بقي أثر القيم أو السلطة بعد تصحيح الوقائع.
هل توجد شكوى خدمة أو سلوك؟	حقوق المرضى أو القيادة أو الانضباط.	إذا كان وراءها قرار علاجي قيمي قائم.
هل يوجد ضرر أو خطأ محتمل؟	سلامة المرضى والإفصاح والمسار النظامي.	لدعم الإفصاح أو إدارة تضارب المصالح، لا للتحقيق البديل.
هل الحالة بحث أم ابتكار؟	لجنة أخلاقيات البحث والجهة التنظيمية.	لتوضيح الحد الفاصل والعلاج الأمثل للمريض.
هل النزاع على علاج جارٍ؟	فريق الحالة ثم استشارة أخلاقية.	مبكرًا إذا تعطلت الرعاية أو تآكلت الثقة.

قاعدة الاختصاص. يجوز أن تتعاون الجهات في الحالة الواحدة، لكن لا يجوز أن تتبادل صلاحياتها خفية. فيُبلَّغ الأطراف: من حضر؟ وبأي صفة؟ وأي سجل يُكتب؟ ومن يطلع عليه؟ وهل الغرض استشاري أم تحقيقي أم تأديبي؟

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: أنواع الخلاف الخمسة حول المريض، وعلاج كلٍّ منها قبل أي إحالة.

1-3 دواعي الإحالة

الإحالة ليست علامة فشل، بل إجراء جودة حين تصبح القيم أو السلطة أو عدم اليقين عائقًا للرعاية. وكلما تأخرت حتى الإنذار أو التهديد القانوني، صارت الوساطة أصعب. ويحسن بناء قائمة تنبيه تظهر في السجل أو نموذج الإحالة، من غير أن تجعل الإحالة آلية بلا تفكير.

جدول: مجالات الإحالة وأمثلتها

المجال	أمثلة واضحة للإحالة
القدرة والقرار بالنيابة	قدرة متذبذبة، أو اختلاف أفراد الأسرة، أو ممثل مجهول، أو قرار يبدو مخالفًا لقيم المريض أو مصلحته.
الإذن والرفض	رفض علاج منقذ، أو ضغط أسري، أو طلب إخفاء معلومات، أو شك في فهم المخاطر والبدائل.
نهاية الحياة	عدم الإنعاش، أو سحب الدعم أو عدم بدئه، أو طلب علاج غير مناسب، أو اختلاف أهداف الرعاية.
السرية والإفصاح	خطر على طرف ثالث، أو قاصر أو مراهق، أو مرض معدٍ، أو معلومة وراثية، أو طلب عائلي بكتمان التشخيص.
العدالة والموارد	سرير عناية أو جهاز شحيح، أو أولوية علاج، أو رفض تأمين، أو تمييز محتمل.
الثقافة والدين والحدود	طلب ديني أو ثقافي يمس السلامة، أو اعتراض الضمير، أو علاج الجنس الآخر والخصوصية.
الفريق والضيق الأخلاقي	خلاف بين التخصصات، أو صوت تمريض

CC BY-NC-ND 4.0

المجال	أمثلة واضحة للإحالة
	مهمش، أو تنمر، أو شعور متكرر بإجبار الفريق على رعاية مؤذية.
الابتكار والبحث	علاج غير مسبوق أو خارج النشرة مع غموض في كونه رعاية أم بحثًا، أو تعارض مصلحة الباحث والطبيب.

1-4 الاستعجال والفرز

لا تكون الاستشارة سببًا لتأخير إنقاذ لازم. ففي الخطر الفوري يقدم الفريق العلاج الإسعافي في حدود النظام، ويستدعي المستشار بالتوازي إن كان متاحًا. أما الإجراء غير العاجل الذي يعتمد على قدرة أو إذن مشكوك فيهما، فيمكن تعليقه زمنًا قصيرًا حتى يكتمل التقييم. ويعتمد الفرز على أثر التأخير لا على انفعال طالب الإحالة.

جدول: درجات الفرز المقترحة

الدرجة	المعيار	هدف استجابة محلي مقترح
فوري	قرار خلال دقائق أو ساعة مع خطر وفاة أو ضرر جسيم أو انتهاك لا يمكن عكسه.	اتصال مباشر بالمستشار المناوب مع خطة مؤقتة للسلامة.
عالٍ	قرار خلال المناوبة أو 24 ساعة؛ نزاع يعطل العلاج أو الخروج أو يرفع التوتر.	مراجعة السجل ومقابلة الأطراف واجتماع مصغر في المناوبة نفسها.
روتيني	سؤال سياسة أو حالة مستقرة تسمح بجمع أوسع للمعلومات.	البدء خلال يوم إلى يومي عمل وإغلاق محدد الموعد.
غير مختص	شكوى أو تحقيق أو استفسار قانوني أو بحثي خالص.	إحالة آمنة مع شرح السبب، وعدم ترك طالب الخدمة بلا مسار.

هذه الأهداف اجتهاد تشغيلي من المؤلف، لا مواعيد سعودية ملزمة. تعتمد المنشأة أرقامها بعد قياس حجمها ومواردها، وتنشرها، وتختبرها. ووجود هاتف لا يساوي خدمة على مدار الساعة؛ فيُعلن الزمن الحقيقي والبديل خارج الدوام.

1-5 إعداد الملف قبل الاجتماع

لا يبدأ التحليل بعبارة «ما الحكم؟» بل بملف حقائق قصير: التشخيص والمرحلة، والخيارات المقبولة طبيًا، واحتمال النفع والضرر، والزمن المتاح، وقدرة المريض، وحديثه السابق والحالي، ومن يملك تمثيله، وما جُرِّب في التواصل، وماذا يطلب كل طرف ولماذا. ويُذكر عدم اليقين صراحة بدل دفنه تحت لغة قاطعة.

CC BY-NC-ND 4.0

- تحديد الطبيب المسؤول وخطة علاج واحدة قابلة للشرح؛ ولا تُستعمل اللجنة لحسم خلاف طبي لم يراجعه اختصاصيان.
- تقييم القدرة لقرار محدد وفي وقت محدد، وتوثيق عناصر الفهم والتقدير والاستدلال والتعبير؛ فالتشخيص النفسي أو العمر لا يكفي وحده (انظر الفصل 27 في القدرة، والفصل 5 في الإذن).
- استحضار مترجم مهني لا طفل ولا قريب إذا كان حاجز اللغة مؤثرًا، وإتاحة وسيلة تواصل لذوي الإعاقة.
- سؤال المريض مباشرة متى أمكن، ثم الأسرة وممثله، وعدم تحويل صوت الأسرة إلى بديل عن صوت المريض القادر.
- فصل العلاج المتاح علميًا عن العلاج المرغوب، وفصل عدم ملاءمة العلاج عن مجرد ارتفاع تكلفته أو عبئه على الفريق.

1-6 الدليل على أثر الخدمة وحدوده

في تجربة عشوائية أولى في مركز واحد بالعناية المركزة، رأى معظم المشاركين أن الاستشارة الأخلاقية مفيدة [15]. ثم جاءت تجربة عشوائية متعددة المراكز شملت 551 مريضًا في سبعة مستشفيات أمريكية ممن نشأ بشأنهم خلاف قيمي على العلاج. فارتبطت الاستشارة لدى من لم ينجوا حتى الخروج بانخفاض أيام المستشفى وأيام العناية المركزة وأيام التهوية الآلية، دون فرق في الوفيات بين المجموعتين. ورأى 87% من الأطباء والممرضين والمرضى أو ممثليهم أنها مفيدة في معالجة الخلاف [16].

وخلصت مراجعة منهجية مع تحليل تجميعي لدراسات العناية المركزة للبالغين إلى اتجاه نحو مدة إقامة أقصر [17]. بينما وجدت مراجعة استطلاعية لنتائج الاستشارة، شملت 48 دراسة، تباينًا شديدًا في شكل التدخل ومؤهلات المستشارين والفئات المدروسة ومقاييس النتائج، وعدّت غياب التوحيد عائقًا أمام جودة الخدمة وتقدم البحث [18]. والدراسات في أغلبها أمريكية ومركزة على نهاية الحياة. فلا تثبت أن كل استشارة تقصّر الإقامة أو تخفض التكلفة، ولا تجيز جعل الوفورات هدفًا خفيًا.

ووجود اسم اللجنة لا يضمن خدمة فعالة. فالمسح الوطني الأمريكي الذي وجد برامج أخلاقيات في نحو 97% من المستشفيات، وجد أن أعظم التحديات نقص الموارد في المستشفيات الكبيرة، وضعف استعمال الخدمة في المستشفيات الصغيرة [6]. ولا يُنقل هذا الرقم إلى المملكة، لكن مؤشره واضح: المعتبر هو الوصول والتدريب والاستجابة والتوثيق والاستقلال.

قاعدة طبية. لا تعالج اللجنة غموض الطب بلغة أخلاقية. إذا كانت حقيقة التشخيص أو التنبؤ أو الخيار غير مكتملة، فالخطوة الأولى تصحيحها برأي تخصصي موثق، ثم يبدأ وزن القيم والحقوق.

ثانيًا: الركن الأخلاقي

1-2 الغاية الأخلاقية للاستشارة

غاية الاستشارة دعم قرار مستنير متداوَل يحترم المريض ويقلل الضرر ويحقق العدالة [11]. وليست الغاية أن يُصنع «التوافق» بأي ثمن؛ فقد يكون الخلاف مشروعًا، وقد يبقى قائمًا بعد

CC BY-NC-ND 4.0

إجراء عادل. وليست الغاية كذلك حماية المنشأة من السمعة أو القضية، وإن كان الإجراء الجيد يقلل المخاطر تبعًا. فإذا تقدمت مصلحة المؤسسة المالية على المريض من غير إعلان، فقدت الخدمة ثقة الناس بها.

وتجمع الطريقة العملية بين المبادئ الأربعة [22]: احترام الاستقلالية، والإحسان، وعدم الإضرار، والعدالة؛ وبين أخلاق الرعاية والعلاقات؛ والفضائل كالصدق والرحمة والشجاعة والتواضع. ثم تضيف عدالة الإجراء أسئلتها: هل سُمع الجميع؟ وهل فُهم سبب القرار؟ وهل طُبقت معايير متسقة؟ وهل توجد مراجعة؟ [8].

2-2 الاستقلال وتضارب المصالح

يحتاج البرنامج إلى دعم القيادة، من غير أن يصير تابعًا لمصلحة إدارية عابرة. فيرتبط تنظيميًا بمستوى يضمن له الوصول والموارد، مع حقه في توصية تخالف رأي الإدارة أو رئيس القسم. ويُفصح المستشار إن كان هو الطبيب المعالج أو مدير الوحدة أو صاحب دور مالي أو قانوني قد يؤثر فيه، ويتنحى متى وُجد بديل مناسب. وينص ميثاق ASBH على إدارة تضارب المصالح واحترام الخصوصية والسرية [10].

ووجود المستشار القانوني مهم لفهم النظام، ولكنه لا يجعل اللجنة ذراعًا لإدارة المخاطر. فيحضر غالبًا مستشارًا غير مصوّت، ويبقى التحليل الأخلاقي مستقلًا، وكذلك الشأن في مسؤول الامتثال والمالية. وإذا كانت القضية ضد إدارة المنشأة نفسها، استُحسن عضو مستقل أو مراجعة خارجية.

2-3 الإنصاف داخل الاجتماع

- يبدأ الميسر بصوت المريض أو ممثله قبل وصف الفريق؛ فالترتيب الهرمي ليس ترتيبًا أخلاقيًا، ولا يحل صوت الأسرة محل صوت المريض القادر.
- يفصل الحقيقة عن التوقع وعن القيمة، ويمنع أوصافًا مثل «صعب» و«غير متعاون» من أن تحل محل الوقائع، ويعيد صياغة موطن الخلاف في جملة محايدة، ويختبر هل الاتفاق مفروض بالخوف أو اللغة.
- يسجل رأي الأقلية إذا كان ذا أساس معتبر، ولا يمحو الاختلاف بتصويت سريع (وتفصيل إدارة الجلسة في المطلب 5-3).

2-4 المريض والأسرة: شركاء لا موضوع اجتماع

وإتاحة الخدمة للمريض والأسرة تقلل احتكار الإحالة داخل الهرم الوظيفي. ففي نماذج مستشفيات تابعة لجامعة Harvard يحق لأي مريض أو فرد من أسرته أو موظف أن يطلب الاستشارة، مع التصريح بأنها لا تملك سلطة القرار السريري، وأن القرار للمريض والأسرة والأطباء [23، 24]. ومن ضوابط الاستشارة أن يُبلَّغ المريض حين تُطلب في شأنه، وأن يُحترم قراره أو قرار أسرته بعدم المشاركة [11].

ولكن إشراكهم لا يعني أن تحضر اللجنة كاملة في كل مرة؛ فقد يكون الحشد مرعبًا لأسرة مكروبة. فيمكن أن يبدأ مستشاران بمقابلة مستقلة، ثم اجتماع مصغر يُختار له من يلزم حضوره.

وإذا خشي الفريق أن يزيد ذكر «الأخلاقيات» توتر الأسرة، فليشرحها لهم بأنها خدمة تساعد على فهم الخيارات والقيم وحل الخلاف، لا محكمة، ولا إعلان بأن الأسرة مخطئة. ومجرد الاستماع لا

CC BY-NC-ND 4.0

يحتـاج إلى موافقـة جماعيـة من الفريـق، ولكن لا تُسـتعمل الاستشـارة سـرًا لصـناعة قـرار عن المريض القادر.

2-5 المشورة أم القرار؟

الأصل أن توصية اللجنة استشارية؛ فالمستشارون ناصحون ومعلمون، لا صانعو قـرار [11]. ولكن هل يجعلها هذا عديمة الأثر؟ لا؛ فقد تكشف أن الإذن غير صالح، أو أن مدعي التمثيـل لا يملكـه، أو أن السياسـة لم تُتبـع، أو أن التميـيز حاضـر. فتوصـي عندئـذ بتصـحيح الإجـراء، وتبلـغ الجهـة ذات الصلاحية. أما القرار العلاجي فيبقى في مسؤولية الطـبيب والفريـق والمـريض أو ممثلـه، والقـرار النظامي أو التأديبي لدى جهته.

جدول: صياغة التوصية

صياغة صحيحة	صياغة مضللة	السبب
ترى الخدمة أن الخيار (أ) أرجح أخلاقيًا للأسباب الآتية…	قررت اللجنة إجراء العلاج.	الأولى توصية معللة؛ والثانية تنتزع سلطة القرار.
توجد فجوة في تقييم القدرة يجب استكمالها قبل إجراء غير عاجل.	المريض غير قادر لأنه مريض نفسي أو مسن.	القدرة خاصة بالقرار وبالوقت، وتحتاج دليلًا.
تعذر التوافق؛ اتُّبع المسار العادل ورُفعت المسألة إلى المختص.	فشلت الاستشارة لأن الأسرة لم توافق.	عدم الاتفاق ليس فشلًا دائمًا.
هذه شبهة مخالفة تُحال إلى المسار التأديبي مع حفظ السجل.	أثبتت اللجنة خطأ الطبيب.	الاستشارة ليست تحقيقًا ذا ضمانات.

2-6 الجودة الأخلاقية لا تقاس بالرضا وحده

قسمت دراسة في قياس جودة الاستشارة مجالاتها إلى أخلاقية الممارسة، ورضا أصحاب العلاقـة، وحل المعضلة، والتعليم الذي يترجم إلى معرفـة [19]. ووجـدت مراجعـة منهجيـة لأدوات التقـويم غيـاب توحيـد كـافٍ، وحاجـة إلى معـايير بنيويـة وكفـاءات واضـحة [20]. ولـذلك لا تُعتمـد «نسـبة الاتفاق» أو «قصر الإقامة» منفردين؛ فقد تبلغهما المنشأة بالضغط أو الحرمـان، فتحسـن الأرقـام ويسوء الحال.

مبدأ الاستقلال. اللجنة التي لا تستطيع أن تسأل الإدارة عن نقص الموارد أو تضـارب المصـالح ليست لجنة أخلاقيات كاملة؛ واللجنـة الـتي تتجـاوز المـريض باسـم الاسـتقلال المؤسسـي ليسـت مستقلة، بل متسلطة.

CC BY-NC-ND 4.0

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 الشورى والأمانة وأهل الذكر

يؤصل القرآن للشورى في قوله تعالى: ﴿وَأَمْرُهُمْ شُورَى بَيْنَهُمْ﴾ [الشورى: 38]، وللرجوع إلى المختص في قوله: ﴿فَاسْأَلُوا أَهْلَ الذِّكْرِ إِنْ كُنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ﴾ [النحل: 43]. ويؤصل للعدل والأمانة في قوله: ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَنْ تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَى أَهْلِهَا وَإِذَا حَكَمْتُمْ بَيْنَ النَّاسِ أَنْ تَحْكُمُوا بِالْعَدْلِ﴾ [النساء: 58]. وفي الحديث: «المستشار مؤتمن» [25]؛ فالمشورة ليست وجاهة، بل أمانة علم وسر وبيان.

والنوازل الطبية مركبة: لا يستقل الفقيه بتقدير احتمال طبي لم يتصوره، ولا يستقل الطبيب بحكم شرعي لم يحقق دليله ومناطه. فتحتاج اللجنة إلى «تصوير» من الطبيب والتمريض والصيدلي وغيرهم، ثم «تكييف» وتحقيق مناط من فقيه مؤهل، ثم موازنة أخلاقية ونظامية. والخطأ الشائع أن يُسأل الفقيه سؤالًا موجَّهًا مثل: «هل يجوز إيقاف العلاج العبثي؟»، قبل بيان ما العلاج، وما نفعه، ومن قدّره، وما البدائل.

3-2 القواعد والمقاصد

يحكم العملَ حفظُ النفس والعقل والنسل والمال والدين، مع كرامة الإنسان. وتظهر قواعد: «لا ضرر ولا ضرار»، و«الضرر يزال»، و«المشقة تجلب التيسير»، و«الضرورة تقدر بقدرها»، و«اليقين لا يزول بالشك»، و«تصرف الإمام على الرعية منوط بالمصلحة» (وتفصيلها في الفصل 4). وتمنع هذه القواعد إفراطين: إطلاق الاستقلال الفردي حتى يضر غيره، وتوسيع سلطة المنشأة حتى تهدر حقه.

3-3 ما تحتاجه اللجنة من قرارات المجامع

يُبسط قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي في فصله الأم (انظر الفصل 5)، وتكفي هنا ثلاث دلالات منه تمس عمل اللجنة [26]. الأولى: أن «الأصل في حكم التداوي أنه مشروع»، وأن حكمه يختلف باختلاف الأحوال، فيجب إذا كان تركه يفضي إلى تلف النفس أو أحد الأعضاء. والثانية: أن الحالة الميؤوس منها تُقدَّر «بحسب تقدير الأطباء وإمكانات الطب المتاحة في كل زمان ومكان وتبعًا لظروف المرضى». والثالثة: أن «لولي الأمر الإلزام بالتداوي في بعض الأحوال، كالأمراض المعدية والتحصينات الوقائية»؛ فالإلزام صلاحية لولي الأمر في أحوال محددة، لا للجنة ولا للطبيب (وتفصيل الإلزام الوقائي في الفصل 35).

وتفيد هذه الدلالات اللجنة في أمرين: أن التداوي لا يحمل حكمًا واحدًا في كل حال، وأن وصف اليأس أو النفع تقدير خبراء في سياق الطب المتاح لا انطباع فرد واحد. لكنها لا تعطي اللجنة سلطة إعلان مرض بعينه ميؤوسًا منه دون الأطباء، ولا تعطي الطبيب سلطة الفتوى بمجرد التنبؤ.

وأما القرار رقم 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش، فموضوعه علامات الوفاة وجواز رفع الأجهزة بعد تحققها [27] (انظر الفصل 45). فلا يُخلط بأمر عدم الإنعاش قبل الوفاة، ولا بالحكم على جدوى علاج آخر (انظر الفصلين 41 و42).

CC BY-NC-ND 4.0

3-4 مؤهلات العضو الفقهي

- تأصيل في الفقه وأصوله وقواعده ومقاصده، ومعرفة بأبواب الطب ذات الصلة لا بمجرد حفظ أجوبة متفرقة.
- قدرة على فهم الاحتمال الطبي والتمييز بين التشخيص والتنبؤ والملاءمة والقيمة، وسؤال المختص بلا حرج.
- وعي بالأنظمة السعودية وسياسات المنشأة، وبحدود الفتوى الخاصة داخل مؤسسة صحية.
- عدم إصدار فتوى باسم اللجنة قبل اكتمال التصوير، وذكر درجة القطع والخلاف، وتوثيق مصدر القرار ورقمه وتاريخه.
- مهارة في عرض الحكم بلغة عملية: ما المباح أو الواجب؟ وما الشروط؟ ومن يثبتها؟ وما البديل الأقل ضررًا؟

3-5 الاجتهاد الجماعي لا يلغي المسؤولية

إذا اتفقت اللجنة لم يصر الخطأ صوابًا بمجرد العدد، وإذا اختلفت لم يجز إخفاء الرأي المعتبر. فيطلب الرئيس دليل كل رأي، ويميز الحكم الشرعي المقرر من السياسة الملائمة ومن المصلحة المتغيرة. وقد يلزم رفع السؤال إلى جهة إفتاء أو مجمع متخصص إذا كانت النازلة عامة أو جديدة، مع خطة مؤقتة تحفظ النفس والحقوق.

قاعدة فقهية عملية. الحكم على النازلة فرع عن تصورها؛ لذلك يسبق سؤالَ الفقيه ملخص طبي محايد يذكر الخيارات والاحتمال والزمن، ويلي جوابَه بيانُ الشروط وكيفية تحققها ومن يملك التنفيذ.

رابعًا: الركن النظامي

4-1 نظام مزاولة المهن الصحية: واجب الاستشارة وحدوده

صدر نظام مزاولة المهن الصحية بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (276) وتاريخ 3/11/1426هـ [1]. وتقرر المادة الخامسة أن الممارس يزاول مهنته «لمصلحة الفرد والمجتمع في نطاق احترام حق الإنسان في الحياة وسلامته وكرامته». وتوجب المادة الخامسة عشرة إجراء التشخيص بالعناية اللازمة، مستعينًا بالوسائل الفنية الملائمة «وبمن تستدعي ظروف الحالة الاستعانة بهم من الأخصائيين أو المساعدين» [1].

وتنص المادة السابعة عشرة على واجب الاستشارة وحق الاعتذار معًا:

> «يجب على الممارس الصحي المعالج إذا رأى ضرورة استشارة ممارس صحي آخر أن ينبه المريض أو ذويه إلى ذلك، كما يجب عليه أن يوافق على الاستعانة بممارس صحي آخر إذا طلب المريض أو ذووه ذلك، وللممارس الصحي أن يقترح اسم الممارس الصحي الذي يرى ملاءمة الاستعانة به. وإذا قدر الممارس الصحي المعالج أنه لا ضرورة إلى استشارة ممارس صحي آخر أو اختلف معه في الرأي عند استشارته فله الحق في الاعتذار عن متابعة العلاج دون التزام منه بتقديم أسباب لاعتذاره» [1].

CC BY-NC-ND 4.0

فالمادة تجعل الرأي الثاني حقًا يطلبه المريض أو ذووه، وواجبًا يبادر إليه الممارس إذا رأى ضرورته. وحق الاعتذار فيها يُقرأ مع المادة السادسة عشرة التي تقصر الاعتذار عن العلاج على «غير الحالات الخطرة أو العاجلة» [1]؛ فلا يبيح قطع الرعاية في حالة خطرة، ولا يلغي واجب التسليم الآمن (انظر الفصل 9).

وتعد المادة السابعة والعشرون من صور الخطأ المهني: «عدم استشارة من تستدعي حالة المريض الاستعانة به» [1] (وتفصيل المسؤولية في الفصل 10). وهذه النصوص كلها في الاستشارة المهنية والتخصصية التي تقتضيها الحالة. فلا يصح الادعاء بأن كل معضلة يجب نظامًا أن تُعرض على لجنة أخلاقيات؛ فدور اللجنة يكمل واجب الاستشارة ولا يستبدل الرأي الطبي التخصصي. لكن الرأي الثاني الذي تكفله المادة السابعة عشرة من أول مستويات حل الخلاف (المطلب 5-3).

4-2 السرية والمساءلة التأديبية

تقرر المادة الحادية والعشرون سرية معلومات المريض واستثناءاتها (انظر الفصل 7). وتجعل المادة الحادية والثلاثون الممارس «محلًّا للمساءلة التأديبية إذا أخل بأحد واجباته المنصوص عليها في هذا النظام، أو خالف أصول مهنته، أو كان في تصرفه ما يعد خروجًا على مقتضيات مهنته أو آدابها» [1].

لذلك لا تعد اللجنة المشاركين بسرية مطلقة إذا ظهر خطر أو بلاغ واجب، ولا تتحول تلقائيًا إلى جهة تحقيق تأديبي. بل تحيل المسألة إلى صاحب الاختصاص، وتلتزم الحد الأدنى اللازم من الإفصاح.

4-3 اللائحة التنفيذية وأخلاقيات المهنة

صدرت اللائحة التنفيذية للنظام بالقرار الوزاري رقم (4080489) وتاريخ 2/1/1439هـ، ونشرت الهيئة السعودية للتخصصات الصحية النظام ولائحته في إصدار ثالث سنة 1440هـ. وتقرر اللائحة في الإصدار الثالث أن احترام حقوق المرضى يكون وفق المبادئ الشرعية والمعايير الطبية وما تقرره الجهات المختصة، وأن دليل أخلاقيات المهنة والأدلة التي تعتمدها الهيئة تسري على الممارسين [28]. ويستفاد منها في اختيار الأعضاء المرخصين وتدريبهم، وفي ربط التوصية بالنطاق والواجب المهني لا بالرأي المجرد.

4-4 حماية بيانات الاستشارة

صدر نظام حماية البيانات الشخصية بالمرسوم الملكي رقم (م/19) وتاريخ 9/2/1443هـ (16/9/2021م)، وعُدّل بالمرسوم الملكي رقم (م/148) وتاريخ 5/9/1444هـ [3]. وتوجب مادته التاسعة عشرة على جهة التحكم اتخاذ الإجراءات التنظيمية والإدارية والتقنية اللازمة لحماية البيانات الشخصية. وتلزم مادته الحادية والأربعون كل من يباشر معالجة البيانات الشخصية بالمحافظة على سريتها، ولو بعد انتهاء علاقته الوظيفية أو التعاقدية [3]. والبيانات الصحية بيانات حساسة؛ فيُقيَّد الوصول، ويُحدد غرض المعالجة، ولا يُنسخ السجل ولا يُتداول في مجموعات تواصل غير آمنة.

وينشأ في الاستشارة سجلان مختلفان: ملاحظة سريرية في ملف المريض فيها ما يلزم للرعاية، وسجل إداري للبرنامج فيه البيانات التشغيلية منزوعة الهوية قدر الإمكان. ولا تُودع في الملف

CC BY-NC-ND 4.0

السريري دقائق التصويت، ولا تعليقات شخصية، ولا معلومات عن موظف لا تخدم المريض. وتُحدد سياسة الحفظ والوصول والإتلاف والمراجعة مع مسؤول حماية البيانات (وتفصيل السر والخصوصية وضوابط الإفصاح في الفصل 7).

4-5 لجنة البحث ليست لجنة الممارسة

صدر نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 14/9/1431هـ (24/8/2010م)، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (321) وتاريخ 13/9/1431هـ [4]. ويعرّف اللجنة المحلية بأنها لجنة ترخيص البحوث، ويمنع المنشأة من السماح ببحث على مخلوق حي قبل استكمال إجراءاته (انظر الفصل 48).

وهذا اختصاص نظامي مختلف عن لجنة الأخلاقيات السريرية. فإذا كان العلاج جزءًا من بروتوكول بحث، لم تكفِ موافقة لجنة الممارسة. وإذا كانت الحالة علاجًا معتادًا مع خلاف قيمي، لم تُرسل إلى لجنة البحث لمجرد أن الموضوع «أخلاقي».

4-6 لجنة أخلاقيات المهنة والمسار التأديبي

يمكن أن تنشئ المنشأة لجنة لأخلاقيات المهنة تراجع السياسات والثقافة والتعليم. لكن التحقيق والعقوبة يتبعان نظام العمل والموارد البشرية ونظام مزاولة المهن الصحية والجهة المختصة. ويحدد الميثاق هل تستقبل اللجنة سؤالًا عن السلوك، ثم تحيل ما فيه شبهة مخالفة إلى المسار النظامي، مع ضمان الإخطار وسماع الطرف والتظلم. ولا تُستعمل مداولات استشارة طلبها الممارس بحسن نية دليلًا تأديبيًا إلا وفق سياسة معلنة وواجب نظامي. وحماية المبلِّغ حسن النية من الانتقام مبسوطة في فصلها (انظر الفصل 12).

4-7 الاعتماد والسياسات

تعرض المعايير الوطنية للمستشفيات الصادرة عن المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية فصول القيادة، والرعاية المنسقة متعددة التخصصات، والجودة وسلامة المرضى، وحقوق المرضى وأسرهم [2]. فتُربط اللجنة بهذه المتطلبات المؤسسية، دون نسبة معيار خاص غير متحقق منه، ودون اختراع إلزام بتكوين عددي محدد. فإذا طُلب معيار اعتماد محدد في إصدار نافذ لدى المنشأة، رُوجع نصه ورقمه مباشرة عند اعتماد السياسة.

خلاصة نظامية. لا يوجد في النصوص المذكورة ما يجعل توصية لجنة الأخلاقيات السريرية حكمًا قضائيًا أو فتوى ملزمة أو أمرًا طبيًا. قوتها من صحة الإجراء، وموافقة أصحاب الصلاحية، وسياسة منشورة، وتوثيق يبين أن القرار النهائي صدر ممن يملكه.

خامسًا: أدوات عملية

5-1 تأسيس اللجنة وخدمة الاستشارة خطوة بخطوة

المرحلة الأولى: تشخيص الحاجة قبل قرار التأسيس. لا يبدأ التأسيس بأسماء الأعضاء بل بخريطة الحاجة: عدد الأسِرّة، وأقسام العناية والطوارئ والولادة والأطفال والنفسية، وأكثر الخلافات تكرارًا وأوقات حدوثها، وقنوات الشكاوى، واللجان القائمة، وقدرات الفقه والنظام

CC BY-NC-ND 4.0

والتلطيف والترجمة. وتُراجع عينة من الحالات والحوادث والشكاوى دون بيانات غير لازمة، ويُسأل العاملون والمرضى عن حواجز الإحالة. ثم يُختار نموذج الخدمة وحجمها:

- منشأة صغيرة: منسق مدرب، وفريق اتصال إقليمي أو عن بعد، ولجنة دورية مشتركة، مع مسار طارئ واضح.
- منشأة متوسطة: لجنة من 9 إلى 13 عضوًا، وفريق استشارة من 3 إلى 5 يتناوب أعضاؤه المدربون.
- مجمع كبير أو أكاديمي: برنامج أخلاقيات بقيادة مهنية، ومستشارون محددون، ولجنة حوكمة، وفرق فرعية للأطفال أو النفسية أو الزراعة عند الحاجة.

وهذه الأعداد أمثلة تصميمية من اجتهاد المؤلف، لا حدود شرعية أو نظامية. فتُتجنب لجنة ضخمة لا تجتمع، أو صغيرة يحتكرها تخصص واحد. ويُوفَّر وقت وظيفي وميزانية وأمانة سر؛ فالتطوع الكامل قد يصلح بداية لكنه يهدد الاستدامة.

المرحلة الثانية: قرار التأسيس والميثاق. يصدر صاحب الصلاحية قرارًا مكتوبًا يحدد اسم اللجنة وغرضها وارتباطها الإداري ومدتها وأعضاءها ورئيسها ونائبه وأمانة سرها. ويُلحق به ميثاق اختصاص (Terms of Reference) وسياسة الاستشارة وإجراءات التشغيل. وتراجع الوثائقَ الشؤونُ القانونية وحماية البيانات والجودة، ثم تُعتمد رسميًا وتُنشر للعاملين والمرضى.

جدول: بنود ميثاق اللجنة

بند الميثاق	المحتوى المطلوب
الرسالة	دعم رعاية أخلاقية متمحورة حول المريض بالاستشارة والتعليم والسياسات والتحسين.
النطاق	الحالات والأقسام المشمولة، وما يُستبعد أو يُحال إلى جهة أخرى.
السلطة	استشارية، مع حق جمع المعلومات اللازمة والدعوة للاجتماع والتنبيه والتصعيد، دون كتابة أوامر علاج.
الوصول	من يحق له الإحالة، والقنوات، والتغطية خارج الدوام، ومنع الانتقام.
التكوين	المقاعد والصفات، والعضوية المصوّتة والاستشارية، والتوازن والتجديد.
الاجتماعات	الدورية، والنصاب، والتصويت أو التوافق، وحضور الضيوف، ورأي الأقلية.
التضارب	الإفصاح والتنحي والبديل وتسجيل الإجراء.
السرية	الوصول، والسجلان، والحفظ، والإفصاح الواجب.
الجودة	المؤشرات، ومراجعة الحالات، والتعليم، والتقرير السنوي.
المراجعة	تحديث الميثاق والسياسات كل سنتين أو عند

CC BY-NC-ND 4.0

بند الميثاق	المحتوى المطلوب
	تغير النظام أو الخدمة.

المرحلة الثالثة: التكوين المتوازن. يقوم التكوين على الإضافة التي يقدمها كل عضو لا على مكانته.

جدول: التكوين المقترح للجنة

التخصص أو الصفة	الإضافة الأساسية	ملاحظة الحضور
طبيب سريري	التشخيص والتنبؤ والخيارات والمسؤولية الطبية.	يُفضل تنوع الباطنة والعناية والأسرة، ويُستدعى التخصص الدقيق.
تمريض	الملاحظة المستمرة، وصوت السرير، والعبء والضيق الأخلاقي.	عضو أصيل لا مجرد مقرر.
أخلاقيات حيوية وسريرية	صياغة السؤال والتحليل وإدارة الاستشارة والجودة.	يقود المنهج ولا يفرض رأيه الشخصي.
فقه طبي	التكييف والقواعد والمقاصد والقرارات الفقهية.	خبرة بالنوازل الطبية والحوار مع الأطباء.
نظام صحي	تفسير الأنظمة والصلاحيات والإجراء.	قد يكون غير مصوّت في الحالة ذات التضارب المؤسسي.
صيدلة	الدواء، والاستعمال خارج النشرة، والنقص والتداخلات.	حضور أصيل أو بحسب كثافة الحالات.
عمل اجتماعي أو نفسي	الأسرة والثقافة والدعم والقدرة والعنف.	مهم في الخروج والنفسية والقاصر.
رعاية تلطيفية	الأعراض والأهداف والتنبؤ والتواصل.	تمنع اختزال نهاية الحياة في قرار تقني.
مهن مساندة	التأهيل والتغذية والتواصل والإعاقة.	عضوية دورية أو خبير حالة.
جودة وسلامة	تحويل الأنماط إلى تحسين وسياسة.	لا يحول الاستشارة إلى تحقيق حادث.
مريض أو مجتمع	منظور غير مؤسسي، ولغة مفهومة، وعدالة وصول.	تدريب وسرية ودعم، وتجنب التمثيل الرمزي.
خصوصية وأمن معلومات	ضبط السجلات والمنصات والبيانات.	خبير عند الحاجة أو عضو استشاري.

ويوافق هذا التعدد ما نص عليه الإعلان العالمي لأخلاقيات البيولوجيا وحقوق الإنسان من لجان مستقلة متعددة التخصصات تعددية [14]. وتؤكد أدلة اليونسكو للتأسيس والعمل أهمية وضوح الغرض، والتعدد، والإجراءات، والتدريب، والدعم والميزانية [12، 13]. وتُظهر تجربة Harvard

CC BY-NC-ND 4.0

فائدة شبكة تجمع لجان المؤسسات التابعة وقياداتها لتبادل أفضل الممارسات [29]. وتبقى ملاءمة التكوين للسياق السعودي شرطًا؛ فيُمثَّل الفقه الطبي واللغة والثقافة والأنظمة المحلية تمثيلًا حقيقيًا لا شكليًا.

المرحلة الرابعة: نموذج التشغيل المزدوج. تجتمع اللجنة الكاملة دوريًا لمراجعة السياسات والتعليم والأنماط والحالات المختارة بعد نزع الهوية. أما الحالة الجارية فيقودها مستشار أو اثنان، وقد يضيفان عضوًا ثالثًا مناسبًا. وإذا كانت غير مسبوقة أو شديدة التعقيد أو فيها تضارب مؤسسي، انعقد فريق موسع بسرعة دون انتظار الاجتماع الدوري، ثم عُرضت خلاصة منزوعة الهوية على اللجنة للتعلم والرقابة.

جدول: توزيع الوظائف في النموذج المزدوج

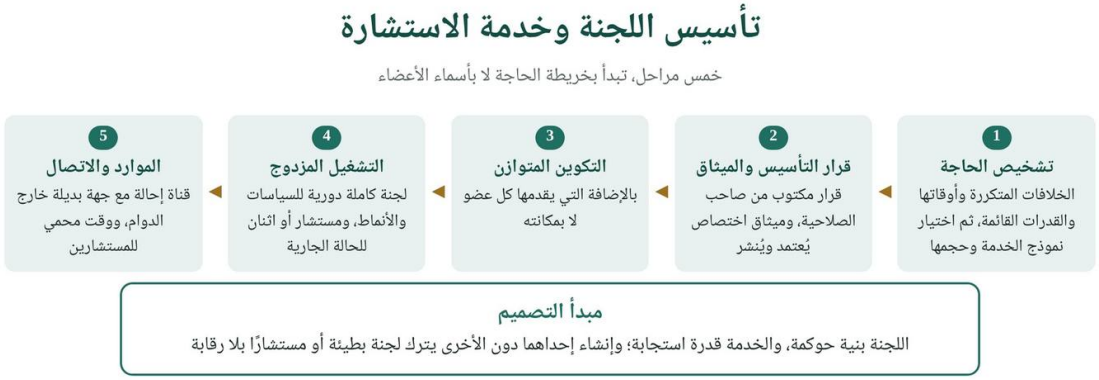
الوظيفة	فريق الاستشارة	اللجنة الكاملة
الاستجابة للحالة	نعم؛ سريع ومرن وقريب من السرير.	في المعقد أو المختلف عليه، لا في كل الحالات.
السياسات	يكشف الفجوات ويقترح.	يراجع ويصوغ ويرفع للاعتماد.
التعليم	تعليم لحظي عند الحالة.	خطة سنوية ومحاكاة وجولات أخلاقية.
الجودة	يوثق ويتابع ويجمع البيانات.	يدقق الأداء والأنماط والتوصيات.
التصعيد	يرفع إلى الرئيس أو الجهة المختصة.	يوصي بمراجعة مؤسسية أو خارجية.

المرحلة الخامسة: الموارد والاتصال.

- قناة هاتف أو نداء، وإحالة إلكترونية، ونموذج ورقي احتياطي، مع جهة بديلة خارج الدوام.
- صفحة تعريف للمريض والأسرة بلغة سهلة، ومترجمون، ووسائل وصول لذوي الإعاقة.
- وقت محمي للمستشارين، وأمانة سر مدربة، وغرفة أو منصة آمنة، ودعم قانوني وتقني.
- شبكة خارجية لمراجعة الحالات النادرة أو ذات تضارب المصالح، واتفاقية للاستشارة عن بعد عند الحاجة.
- إعلان واضح أن الخدمة مجانية للمريض، وأن طلبها لا يؤثر في علاجه ولا يمنعه من تقديم شكوى.

مبدأ التصميم. اللجنة بنية حوكمة، والخدمة قدرة استجابة. وإنشاء إحداهما دون الأخرى يترك إما لجنة بطيئة بعيدة عن السرير، أو مستشارًا سريعًا بلا رقابة ولا تعلم مؤسسي.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: المراحل الخمس لتأسيس لجنة الأخلاقيات وخدمة الاستشارة، ومبدأ التصميم الذي يربطهما.

5-2 المؤهلات والتدريب

حد أدنى لكل عضو.

- برنامج تمهيدي في مبادئ الأخلاق، ونموذج الأركان الأربعة، والإذن والقدرة والسرية ونهاية الحياة والعدالة.
- معرفة ميثاق اللجنة، ونظام مزاولة المهن الصحية، وحماية البيانات، والتمييز بين البحث والممارسة والتأديب.
- تدريب على تضارب المصالح والسرية والتواصل الثقافي والعمل مع المترجم وإدارة القوة داخل الفريق.
- ملاحظة استشارتين أو أكثر، ثم مشاركة تحت إشراف، وتقويم سنوي للحضور والتعلم والسلوك.
- التزام كتابي بالسرية، والإفصاح عن المصالح، وتحديث المعرفة، وقبول التغذية الراجعة، والتنحي عند العجز.

مؤهلات من يقود الاستشارة. يحتاج قائد الاستشارة إلى مستوى أعلى من العضو العام: معرفة متقدمة بالأخلاق السريرية والأنظمة، وفهم الطب والسجل، ومهارات المقابلة والوساطة وصياغة السؤال وإدارة الاجتماع وكتابة الملاحظة وتقويم الجودة. ويعرض برنامج Harvard التدريبي هذه السلسلة عمليًا: استقبال الطلب، وصياغة السؤال الأخلاقي، وتحديد أصحاب العلاقة، وقيادة الاجتماع، والتحليل والتوثيق، بالمحاكاة وتمثيل الأدوار [30].

ويقرر الإصدار الثالث من كفاءات ASBH أن الاستشارة عمل مهني ماهر قابل للمساءلة والتقويم، لا تبادل آراء شخصية؛ فهو مرجع مناسب لبناء مصفوفة الكفاءة [9]. أما شهادة HEC-C فتشترط درجة البكالوريوس و400 ساعة من العمل في أخلاقيات الرعاية الصحية خلال السنوات الأربع السابقة [31]. فتصلح ميزةً أو هدف تطوير، لكنها معيار دولي اختياري لا شرط ترخيص سعودي. ولا تغني عن الترخيص السريري لمن يمارس الطب، ولا عن المعرفة الشرعية والنظامية السعودية، ولا تصير شرطًا محليًا إلا بقرار مؤسسي معلن.

جدول: مصفوفة الكفاءة

CC BY-NC-ND 4.0

مجال الكفاءة	سلوك يمكن ملاحظته	وسيلة التقويم
المعرفة	يميز الحقيقة والقيمة والنظام والسياسة والفتوى، ويعرف حدود اختصاصه.	اختبار حالات ومراجعة مصادر.
التحليل	يصوغ سؤالًا محايدًا ويعرض خيارات وأسبابًا واعتراضات.	مناقشة حالة مكتوبة.
الإجراء	يحدد الأطراف ويجمع المعلومات ويضبط الوقت والخطة.	قائمة تدقيق وملاحظة مباشرة.
التواصل	ينصت ويعيد الصياغة ويستعين بمترجم ويوازن القوة.	محاكاة وتغذية راجعة متعددة المصادر.
الوساطة	يخفض التصعيد ويحدد المصالح المشتركة والبدائل.	سيناريو خلاف مسجل.
التوثيق	يفصل الوقائع عن الرأي ويكتب توصية قابلة للتنفيذ.	تدقيق عينة ملاحظات.
المهنية	يدير التضارب والسرية ويطلب المساعدة ويتنحى.	إقرار سنوي ومراجعة زملاء.
الجودة	يتابع التنفيذ ويحول النمط إلى تعليم أو سياسة.	مؤشرات وتقارير تحسين.

تأهيل الرئيس وأمين السر. لا يكفي أن يكون الرئيس أعلى رتبة؛ فهو يحتاج استقلالًا وسمعة عدل، وقدرة على وقف الهيمنة، وتوزيع الكلام، وإدارة تضارب المصالح، وربط اللجنة بالقيادة دون خضوع لها. ونائبه قادر على العمل في غيابه. ويتدرب أمين السر على جدول الأعمال والنصاب والقرارات والحفظ والنشر المنزوع الهوية، ولا ينسخ المداولات الحساسة في محضر عام.

جدول: خطة تعليم سنوية مقترحة

الربع	الموضوع	طريقة التعليم
الأول	القدرة والإذن والقرار بالنيابة	محاضرة قصيرة، ومحاكاة مقابلة، وتدقيق ملاحظة.
الثاني	نهاية الحياة وعدم الإنعاش والعلاج غير المناسب	حالة متعددة التخصصات، ومراجعة قرار فقهي ونص نظامي.
الثالث	السرية والبيانات والوراثة والذكاء الاصطناعي	تمرين إفصاح، واختبار وصول إلى السجل.
الرابع	العدالة والموارد والتأمين والضيق الأخلاقي	مداولة حالة، ومشروع سياسة وتحسين.

الأدلة الإرشادية الأساسية.

CC BY-NC-ND 4.0

- المراجع الأكاديمية: نشأة خدمات دعم الأخلاقيات وممارساتها وتقويمها، والإطار التحليلي والقانوني [7، 8]؛ ونماذج Harvard في الوصول والدور الاستشاري والتدريب بالمحاكاة وشبكات تبادل الخبرة [23، 24، 29، 30].
- المعايير المهنية: كفاءات ASBH وميثاقها [9، 10]، ورأي الجمعية الطبية الأمريكية في الاستشارة الأخلاقية [11]، وأدلة اليونسكو في إنشاء اللجان وإجراءاتها [12، 13]، ومنهج CASES في برنامج IntegratedEthics بوزارة شؤون المحاربين القدامى الأمريكية: توضيح السؤال، وجمع المعلومات، وتركيب التحليل، وشرح التوصية، ودعم التنفيذ [32].
- الأنظمة السعودية وقرارات مجمع الفقه الإسلامي الدولي: المرجع الحاكم محليًا، ولا يُستبدل بها إرشاد أجنبي [1–4، 26–28].

تنبيه على الاستيراد. الدليل الدولي يُستفاد منه في الكفاءة والإجراء، لا في نقل حكم قانوني أو ترتيب ممثل القرار أو سياسة نهاية الحياة. فهذه تخضع للأنظمة السعودية والفتاوى والقرارات والسياسة المعتمدة.

5-3 الإحالة والاجتماع والتوثيق والمتابعة

من يحق له الإحالة؟ يقبل البرنامج الإحالة من المريض، أو ممثله، أو أسرته، أو الطبيب، أو التمريض، أو الصيدلي، أو المهن المساندة، أو الإدارة والحقوق والجودة. ولا تُشترط موافقة الطبيب المعالج لفتح الاستشارة، لكنه يُبلَّغ ويُشرَك ما لم يمنع ذلك أمر يتصل بالسلامة أو تحقيق مستقل. ويُحظر الانتقام من الموظف حسن النية، مع محاسبة الاستعمال الكيدي في مسار منفصل. ويُتاح الوصول في الوقت المناسب في غير الطوارئ، وبقدر الإمكان في العاجل [11].

جدول: نموذج الإحالة المختصر

الحقل	السؤال العملي
بيانات أساسية	هوية المريض، والقسم، والطبيب المسؤول، وطالب الإحالة ووسيلة التواصل.
السؤال الأخلاقي	ما القرار أو الخلاف الذي يحتاج مساعدة الآن؟ لا تكتب «الأسرة صعبة».
الزمن	متى يجب اتخاذ القرار؟ وما الضرر إن تأخر؟
الوقائع	التشخيص، والخيارات، والتنبؤ، والقدرة، وممثل القرار، وما جُرِّب.
أصحاب العلاقة	من يجب أن يُسمع؟ المريض، والأسرة، والفريق، والمترجم، والفقيه، والقانوني.
الخطر	هل يوجد إنقاذ عاجل، أو عنف، أو إكراه، أو إساءة، أو انتهاك سرية؟
الطلب	مقابلة، أو وساطة، أو تفسير سياسة، أو رأي مكتوب، أو اجتماع موسع.

منهج الاستشارة في سبع خطوات.

جدول: خطوات الاستشارة ومخرجاتها

CC BY-NC-ND 4.0

الخطوة	الإجراء	المخرج
1. الاستقبال والفرز	تأكيد الطلب، والخطر، والزمن، والاختصاص، والتضارب.	درجة أولوية وقائد وموعد.
2. صياغة السؤال	تحويل الشكوى العامة إلى قرار قيمي محدد.	سؤال محايد متفق عليه قدر الإمكان.
3. جمع الوقائع	السجل، والقدرة، والمريض، والأسرة، والفريق، والنظام والسياسة.	ملخص حقائق مع مواضع عدم اليقين.
4. تحليل الأركان	الطبي، والأخلاقي، والفقهي، والنظامي؛ والخيارات والاعتراضات.	مصفوفة خيارات وآثار.
5. الاجتماع والوساطة	عرض الهدف، وسماع الأصوات، وتحديد الاتفاق والخلاف، واختبار البدائل.	اتفاق أو خلاف محدد، لا خصومة عامة.
6. التوصية والخطة	صياغة الأسباب، والمسؤول، والزمن، والخطة المؤقتة، والتصعيد.	توصية مكتوبة قابلة للتنفيذ.
7. المتابعة والإغلاق	هل نُفذت؟ هل تغيرت الوقائع؟ هل تحتاج سياسة أو تعليمًا؟	إغلاق معلل وتعلم مؤسسي.

ويقارب هذا المسار منهج CASES (Clarify, Assemble, Synthesize, Explain, Support) [32]، وقد صيغ هنا على نموذج الأركان الأربعة والسياق السعودي.

إدارة الاجتماع.

- يحدد القائد قبل الاجتماع قائمة الحضور الضروريين، ويمنع الحشد الذي يرهب المـريض أو يكرر الصوت نفسه.
- يرسل ملخصًا قصيرًا للوقائع والسؤال دون معلومات زائدة، ويحدد الزمن والهدف وقواعـد الحديث.
- يبـدأ بتعريـف المشـاركين وصـفاتهم، ويُفصـح من يمثـل الإدارة أو القـانون أو البحث أو الانضباط.
- يتأكد من الترجمة والوصول والخصوصية، ويمنح المريض أو الأسرة وقتًا بلا مقاطعة.
- يسأل: ما الهدف الذي نتفق عليه؟ وما الحقيقة المتنـازع عليهـا؟ ومـا القيمـة؟ ومن يملـك القرار؟
- يلجأ إلى اسـتراحة أو مقـابلات منفصـلة إذا ارتفـع الانفعـال، ولا يلـوّح بالمحكمـة أو النقـل عقوبةً.
- يقرأ الخلاصة في النهاية، ويصححها المشاركون، ويحدد من يبلغ الغائبين ومن يوثق.

ملاحظة الاستشارة في السجل.

CC BY-NC-ND 4.0

جدول: عناصر ملاحظة الاستشارة

العنصر	صياغة موصى بها
سبب الطلب	طلبت الممرضة أو الأسرة المساعدة بشأن… في تاريخ ووقت…
السؤال	هل يُرجَّح الخيار (أ) أم (ب) مع قدرة أو تمثيل أو خطر كذا؟
الوقائع	المصادر، وما هو ثابت، وما هو مختلف عليه، وما لم يتوفر.
صوت المريض	قادر أو غير قادر على هذا القرار، وقيمه ورغباته بنصها الموجز أو معناها.
الأطراف	من قوبل ومن حضر وصفته، ومن تعذر سماعه ولماذا.
الأركان	المعطيات الطبية، والقيم، والضابط الفقهي، والنص أو السياسة النظامية.
التحليل	الخيارات المقبولة، وأسباب الترجيح، والاعتراضات، وعدم اليقين.
التوصية	استشارية ومحددة، ومن يملك القرار النهائي، والخطة المؤقتة.
المتابعة	من ينفذ، ومتى يعاد التقييم، وسبب الإغلاق أو التصعيد.

ويُمنع في الملاحظة: وصف الأسرة بالعناد دون واقعة، والتشخيص النفسي بلا اختصاص، ونسخ البريد الداخلي، وكشف هوية مبلِّغ لا يلزم للرعاية، وكتابة «اللجنة أذنت» والخدمة استشارية. وإذا صحح طرف حقيقة مادية، عُدلت الملاحظة بملحق واضح لا يمحو الأصل.

ومن تمارين التوثيق النافعة أن تُنقد ملاحظة رديئة، ثم يُعاد كتابتها من وقائع الاجتماع نفسه، كهذه: «استشارة أخلاقية: الأسرة صعبة وغير متعاونة. اللجنة أذنت بعدم بدء الغسيل. أُغلق الطلب». ففيها ثلاثة من الممنوعات في ثلاث جمل: وصف بلا واقعة، و«اللجنة أذنت» والخدمة استشارية، وإغلاق بلا خطة ولا متابعة ولا بيان لمن يملك القرار. وتُعاد كتابتها على عناصر الجدول السابق: سبب الطلب ومن طلبه، والسؤال المحدد، وما قاله المريض أو ممثله بعبارته، والوقائع الطبية، والخيارات المقبولة وأسباب الترجيح، ثم توصية استشارية تذكر صاحب القرار والخطة المؤقتة وموعد إعادة التقييم.

ويحتاج الميسّر إلى جوابين حاضرين لسؤالين يتكرران في الاجتماع. فإذا قالت الأسرة: «هل أنتم لجنة ستقرر عنا؟» فالجواب: «لا. نحن خدمة تساعدكم والفريق على فهم الخيارات والوصول إلى قرار يحترم والدكم. توصيتنا استشارية، والقرار يبقى لصاحبه، ونكتب في الملف ما قلتموه بعبارتكم». وإذا قالت: «هل يجوز شرعًا أن نترك الغسيل؟» فالجواب: «سؤال مهم، ولا نفتي فيه نحن. سنعرضه على فقيه مؤهل مع وصف طبي محايد لحال والدكم وما يُرجى من الغسيل وما يكلفه، ونعود إليكم بالجواب قبل البت، وإلى ذلك الحين تستمر رعايته الحالية كاملة». فالجواب

CC BY-NC-ND 4.0

الأول يحفظ الطبيعة الاستشارية للخدمة (المطلب 2-5)، والثاني يردّ السؤال الديني إلى أهلـه فلا يتحول الميسّر مفتيًا (المطلب 3-4).

ولمن يدرّب الميسّرين بالمحاكاة أن يرصد ثمانية سلوكيات مشاهدة، يُعطى كلٌّ منها من 0 إلى 2: التعريف بالخدمة وأدوارها وأنها استشارية، والبدء بصوت المـريض، وتحويـل الأوصـاف إلى وقـائع، والسؤال المحايد، ومعالجة تفاوت القوة والمـوارد، وردّ السـؤال الـديني إلى فقيـه لا الإفتـاء فيـه، والخطة المؤقتة والمستوى التالي في مسار الخلاف، والختام بقراءة الخلاصة وطلب تصـحيحها ثم التوثيق. وهذه أداة تدريب وتغذية راجعة، لا معيار لاعتماد الكفاءة. وأخطر مـا يُرصـد فيهـا خمسـة: وصف الأسرة بالصعوبة أو العناد، وعبارة «اللجنة قررت» أو «أذنت»، والتلويح بالمحكمة أو النقـل عقوبةً، وإصدار فتوى، وإخفاء أثر الموارد؛ وكلها مخالفة لما تقرر في هذا المطلب.

محضر اللجنـة الـدوري. المحضـر الإداري غـير ملاحظـة السـجل. فيتضـمن التـاريخ والحضـور والاعتذارات والنصاب والتضارب وجدول الأعمال والقرارات وأصحاب المهـام والمواعيـد. وتُعـرض الحالات للتعلم بعد نزع الهوية. وإذا احتاجت حالة جاريـة إلى محضـر خـاص، حُـدد مسـتوى سـريته ومكان حفظه. ولا تُذكر أصوات الأعضـاء بأسـمائهم إلا إذا اقتضـت السياسـة ذلـك أو طلب العضـو تسجيل رأيه المخالف.

حل الخلاف المتدرج. يوافق هذا التدرج في جملته المسار الإجرائي العادل الـذي اقترحـه بيـان جمعيات العناية المركزة للخلاف المستعصي على العلاج غير المناسب: استشارة متخصصة، ورأي طبي ثانٍ، ومراجعة لجنـة متعـددة التخصصـات، وإتاحـة النقـل إلى منشـأة أخـرى، وإعلام الأسـرة بطـرق المراجعـة الخارجيـة [21]. ويُـنزَّل المسـتوى الأخـير على الجهـات القضـائية والتنظيميـة المختصة في المملكة.

جدول: مستويات حل الخلاف

المستوى	الإجراء	متى ننتقل إلى ما بعده؟
1	تصحيح المعلومات، ومترجم، واجتماع الطبيب المسؤول، وتحديد الأهداف.	إذا بقي خلاف قيمي أو سلطوي.
2	رأي طبي ثانٍ أو تخصصي (المادة 17)، وتوحيد رسالة الفريق.	إذا استمر النزاع بعد وضوح الوقائع الطبية.
3	استشارة أخلاقية ووساطة وتحليل بالأركان الأربعة.	إذا تعذر الاتفاق أو ظهر عيب إجرائي.
4	مراجعة لجنة موسعة، أو القيادة، أو فقيه أو قانوني مستقل بحسب القضية.	إذا كانت غير مسبوقة أو ذات أثر مؤسسي.
5	تظلم، أو نقل المسؤولية، أو نقل آمن للمريض، أو الجهة القضائية أو التنظيمية المختصة.	إذا استُنفدت الوساطة وبقي حق أو ضرر جسيم.

CC BY-NC-ND 4.0

الخطة المؤقتة. أثناء الخلاف لا يبقى المريض بلا رعاية. فيحدد الفريق ما يستمر من علاج أساسي، وما يؤجَّل لأنه غير عاجل، ومن يراقب التدهور، ومتى تُعاد الدعوة. ولا تُستعمل الخطة المؤقتة لفرض أمر واقع لا يمكن الرجوع عنه.

5-4 قياس الجودة ومنع الإخفاق المؤسسي

جدول: مؤشرات متوازنة لجودة الخدمة

المجال	أمثلة مؤشرات	تحذير
الوصول	نسبة طلبات المرضى والأسر والتمريض، ومعرفة الموظفين بالقناة، وتوافر الترجمة.	قلة الطلبات قد تعني جهلًا أو خوفًا لا قلة معضلات.
الاستجابة	زمن تأكيد الطلب، وزمن اللقاء، ونسبة الحالات العاجلة ضمن الهدف المحلي.	السرعة بلا جودة ولا سماع ليست نجاحًا.
الإجراء	وضوح السؤال، وتوثيق القدرة وصوت المريض والتضارب والأركان والمتابعة.	لا تتحول القائمة إلى نسخ آلي.
الخبرة	رضا المريض والأسرة والفريق، وشعورهم بالعدل والفهم والاحترام.	الرضا لا يثبت صحة التوصية وحده.
المخرجات	وضوح القرار، وتنفيذ الخطة، وانخفاض تكرار الخلاف، والإحالة المبكرة.	الاتفاق ليس هدفًا مطلقًا.
التعلم	سياسات حُدِّثت، وتعليم نُفذ، وأنماط عولجت، وتكرار الحالات المتشابهة.	لا يكفي عدّ المحاضرات.
الاستقلال	تضارب مُعلن، وتنحٍّ، ورأي مخالف، ومراجعة خارجية عند الحاجة.	غياب الخلاف مع الإدارة قد يكون علامة ضعف.
الموارد	وقت محمي، وتغطية، وتدريب، وعبء الحالات، واستدامة المناوبة.	لا تُقارن منشأة صغيرة بمركز مرجعي بلا تعديل.

التدقيق والمراجعة. تُراجع شهريًا أو كل ربع سنة عينة من الملاحظات بواسطة عضوين لم يشاركا فيها، بقائمة موحدة. وتُناقش الأخطاء للتعلم لا للإذلال. ويصدر تقرير سنوي منزوع الهوية: نوع الطلبات، وزمن الاستجابة، والأقسام، والموضوعات، والتعليم والسياسات، وفجوات النظام، ومقترحات الموارد. ولا تُنشر تفاصيل المرضى فيه.

وإذا ظهرت معضلة متكررة، كتأخر تحديد ممثل القرار أو تعارض أوامر عدم الإنعاش، فلا تكتفي اللجنة باستشارات متكررة. بل تطلق مشروع أخلاقيات وقائية: تعريف المشكلة، وتحليل السبب،

CC BY-NC-ND 4.0

وصياغة سياسة أو مسار، وتدريب، وتجربة، وقياس، وتصحيح. وهذا يوافق فلسفة IntegratedEthics التي تربط الاستشارة بالأخلاقيات الوقائية والقيادة الأخلاقية [32].

جدول: أسباب شائعة لفشل اللجان وعلاجها

الفشل	علامته	العلاج
اللجنة الشكلية	أسماء بارزة واجتماعات بلا حالات ولا سياسات ولا تقرير.	ميثاق، ووقت، ومؤشرات، وتكليفات، ومساءلة سنوية.
هيمنة الأطباء أو الإدارة	صوت التمريض والمريض والفقه والمجتمع هامشي.	توازن العضوية، وميسر مستقل، وقواعد حديث.
خلط الاختصاص	تحقيق وتأديب وبحث واستشارة في غرفة واحدة.	بوابة فرز، ومسارات منفصلة، وإعلان الصفة.
التأخر	الإحالة بعد انهيار الثقة أو قبل الإجراء بدقائق.	علامات إحالة مبكرة، وفريق صغير مناوب.
النقص العلمي	آراء شخصية ومصادر بلا تاريخ ونصوص نظامية منسوخة.	مصفوفة كفاءة، وتعليم، ومراجعة المصادر.
غياب المريض	يتحدث الجميع عنه ولا يسمعه أحد.	مقابلة مباشرة أو ممثل أو أداة تواصل، وتوثيق السبب.
التوثيق الدفاعي	لغة اتهام وتبرئة بدل تحليل وخطة.	قالب موضوعي، وتدقيق، والفصل بين السجلين.
التوافق القسري	الموافقة معيار النجاح، والأقلية مخفية.	تسجيل الخلاف، ومسار مراجعة وتظلم.
الإرهاق والتطوع	استجابة غير مستقرة وانسحاب الأعضاء.	وقت محمي، وميزانية، وتناوب، وتقدير مهني.

الشكاوى على الخدمة نفسها. تحتاج الخدمة إلى مساءلة. فيحق للمريض أو الموظف الاعتراض على السلوك أو السرية أو تضارب المصالح أو التحليل. ويستقبل الاعتراضَ شخصٌ غير قائد الحالة، ويُراجَع الإجراء والملف، ويمكن طلب مراجعة خارجية. ولا تراجع اللجنة شكوى ضد رئيسها بآلية يسيطر عليها.

اعتماد السياسات الأخلاقية. تقترح اللجنة السياسة بعد مراجعة الأنظمة والفتاوى والأدلة وأصحاب العلاقة، وتجرب المسار وتحلل أثره في الفئات الهشة والموارد، ثم ترفعها إلى الجهة المخولة بالاعتماد. وتُكتب السياسة بلغة عملية: الغرض، والنطاق، والتعريفات، والمسؤوليات، والإجراء، والاستثناءات، والتوثيق، والمراجعة، مع تاريخ النفاذ ورقم الإصدار والجهة المعتمدة.

القاعدة الذهبية للجودة. لا تسأل فقط: هل انتهى الخلاف؟ بل اسأل: هل فُهم السؤال؟ هل سُمع المريض؟ هل عولج تفاوت القوة؟ هل كانت التوصية معللة ومتسقة؟ هل حُفظت البيانات؟ هل نُفذت الخطة؟ وهل أصلحت المؤسسة السبب المتكرر؟

5-5 نموذج مختصر لتحليل أي إحالة وورقة القرار

جدول: تحليل الإحالة بالأركان الأربعة

CC BY-NC-ND 4.0

الركن	ما يُحلَّل
الطبي	التشخيص والتنبؤ والخيارات المقبولة والاستعجال والقدرة وممثل القرار وصوت المريض وما جُرِّب من تواصل.
الأخلاقي	الاستقلال والإحسان وعدم الإضرار والعدالة والكرامة والعلاقات وتفاوت القوة والتضارب والبدائل.
الفقهي	التصوير، والمقاصد والقواعد، والفتاوى والقرارات الموثقة برقمها وتاريخها، وشروط تحقق الحكم.
النظامي	الأنظمة واللوائح والسياسات والصلاحيات والسرية والبلاغ والتظلم، ومن يملك القرار ومن يراجع.

وتُكتب التوصية على صيغة القرار المهني الموزون بعناصره الثلاثة (انظر الفصل 4): الحكم، وسببه، والشرط المغيِّر للحكم؛ ويُذكر معها صاحب القرار ومن ينفّذ وموعد المراجعة. ويسبقها السؤال المحدد، والوقائع ودرجة اليقين، وصوت المريض، ومواطن الاتفاق والخلاف.

جدول: ورقة قرار قابلة للتعبئة

الحقل	ما يُدوَّن
طلب الاستشارة	الطالب، والسؤال، والزمن، والخطر، واختصاص الخدمة.
الوقائع	التشخيص، والخيارات، والقدرة، والممثل، وصوت المريض، وعدم اليقين.
الأطراف	من سُمع، ومن تعذر سماعه، والمترجم، والتضارب والتنحي.
الأركان	الطبي، والأخلاقي، والفقهي، والنظامي، ومصادر كل منها.
الخلاف	ما اتُّفق عليه، وما بقي، وأسباب كل طرف بلا وصم.
القرار	التوصية الاستشارية، وصاحب القرار، ومسؤول التنفيذ، والموعد.
السلامة	ما يستمر، وما يؤجَّل، ومن يراقب، ومتى يعاد التقييم.
التوثيق	ملاحظة السجل، والسجل الإداري، والوصول والحفظ.
المراجعة	الشرط المغيِّر للحكم، والتصعيد، والتعلم

CC BY-NC-ND 4.0

الحقل	ما يُدوَّن
	المؤسسي.

سادسًا: الحالات التطبيقية

الحالة الأولى: خلاف ليلي على أمر عدم الإنعاش ولا مستشار مناوب

الوقائع. رجل في السبعين في العناية المركزة، بمرض رئوي انسدادي متقدم، في يومه الرابع على التنفس الآلي بعد التهاب رئوي شديد. وهو فاقد القدرة، والتنبؤ سيئ ولكنه غير محسوم؛ لأن الاستجابة للعلاج لم تتضح بعد. وزوجته وأبناؤه يطلبون «كل شيء»، وطبيب المناوبة الليلية يريد أن يكتب أمر عدم إنعاش فورًا. ولجنة الأخلاقيات لا تجتمع إلا مرة في الشهر، ولا مستشار مناوب معلن. والضغط الزمني أن الخلاف انفجر ليلًا، والمريض قابل للتدهور في أي ساعة.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: المريض مستقر على الدعم، فلا قرار يُفرض في دقائق • الأمن: التوتر مرتفع دون تهديد • القدرة على القرار: منعدمة الآن • صاحب الصفة: الأسرة ممثلة للمريض، ولم يُبحث عن إرادة سابقة له • السؤال المطلوب تقريره: هل يُكتب أمر عدم الإنعاش الليلة، أم تُثبَّت خطة مؤقتة حتى يكتمل التقييم والتشاور؟

الركن الطبي. يلزم أن يُحدَّد التشخيص والتنبؤ والخيارات المقبولة، وأن تُقيَّم الاستجابة للعلاج خلال 48–72 ساعة، وأن يُطلب رأي اختصاصي ثانٍ إن سمح الزمن، مع علاج الأعراض. وعدم ملاءمة الإنعاش لا يثبت بانفعال المناوبة وحده.

الركن الأخلاقي. تُحترم قيم المريض والأسرة، ولا يُفرض قرار لا رجوع عنه بلا إجراء عادل. وفي المقابل لا تُقدَّم علاجات مؤذية لا يُتوقع منها نفع لمجرد الخوف من الخلاف.

الركن الفقهي. القرار 67 (5/7) يجعل تقدير اليأس للأطباء بحسب الطب المتاح وظروف المريض [26]، لا لطبيب منفرد في ليلة واحدة. وقواعد الضرر والضرورة تقتضي خطة مؤقتة تحفظ النفس. والقرار 17 (5/3) خاص بثبوت الوفاة، ولا يحسم أمر عدم الإنعاش قبلها [27].

الركن النظامي. تُطبق سياسة المنشأة في عدم الإنعاش (انظر الفصل 41)، وواجب الاستعانة بالمختص في المادة الخامسة عشرة [1]. ولجنة الأخلاقيات استشارية لا تكتب الأمر، ويُوثق غياب القدرة وممثل القرار والرأي الطبي.

القرار المهني الموزون. يُستدعى الاستشاري المسؤول، ويُثبَّت أمر مؤقت يحفظ الرعاية الأساسية وتسكين الأعراض، ويؤجَّل البت في عدم الإنعاش إلى ما بعد تقييم الاستجابة للعلاج خلال 48–72 ساعة والرأي الثاني، ويُستدعى مستشار أخلاقي خلال الساعة إن أمكن وإلا ففي الصباح الباكر؛ لأن التنبؤ غير محسوم، والمريض مستقر، والقرار لا رجوع عنه. واستُبعدت كتابة الأمر الليلة لأنها قرار منفرد على تنبؤ ناقص. ويُرفع غياب التغطية الليلية إلى الإدارة خللًا مؤسسيًا. ويُعاد النظر إذا ثبتت الوفاة، أو ظهرت إرادة سابقة موثقة، أو حُسم التنبؤ، أو صار الإنعاش غير ممكن طبيًا.

الدرس. غياب المستشار المناوب خلل مؤسسي يجب أن يُصلح، لا ذريعة لقرار منفرد لا رجعة فيه.

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة الثانية: ممرضة تطلب الاستشارة ويمنعها رئيس القسم

الوقائع. امرأة في الخامسة والخمسين، قادرة على القرار، مقرر لها استبدال مفصل الركبة صباح الغد، وهو إجراء غير عاجل. وفي الليل سمعتها الممرضة ترفض العملية بوضوح بعد أن فهمت مخاطرها، ولكن ابنها وقّع الإذن. وأبلغ رئيسُ القسم الممرضةَ أن طلب الاستشارة الأخلاقية لا يكون إلا عن طريق الاستشاري، وأن اعتراضها يُعد تجاوزًا للتسلسل الإداري. والضغط الزمني أن العملية بعد ساعات.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا خطر فوري؛ العملية غير عاجلة • الأمن: لا خطر، لكن الممرضة مهددة ضمنًا • القدرة على القرار: المريضة قادرة ظاهرًا، ويُتحقق من ذلك • صاحب الصفة: المريضة القادرة نفسها لا ابنها • السؤال المطلوب تقريره: هل تمضي العملية بإذن الابن، ومن يحق له طلب الاستشارة؟

الركن الطبي. يُوقف الإجراء غير العاجل حتى يتحقق الفريق من صاحب الإذن، ومن قدرة المريضة وفهمها ورفضها. فتأجيل العملية أيامًا لا يضر في الغالب، وإذن الأسرة لا يحل محل المريضة القادرة.

الركن الأخلاقي. للممرضة وكالة أخلاقية وواجب في الدفاع عن المريضة، ومنعها من الإحالة يرسخ تفاوت القوة والانتقام. وتُسمع المريضة بلا ضغط من أسرتها ولا من الفريق.

الركن الفقهي. يشترط القرار 67 (5/7) إذن المريض تام الأهلية [26] (انظر الفصل 5). والأمانة ومنع الضرر توجبان بيان الرفض. والاستشارة شورى لحفظ حق، لا خروج مذموم على المسؤول.

الركن النظامي. تشترط المادة التاسعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية رضا المريض في الأصل (انظر الفصل 5)، ويجعل الممارس في المادة الخامسة يزاول مهنته في نطاق احترام كرامة الإنسان [1]. وسياسة وصول تحصر الإحالة في الاستشاري تخالف ما عليه الممارسة المرجعية من إتاحتها للمريض والأسرة والفريق [11، 23]، وتحتاج مراجعة. وحماية المبلِّغ حسن النية مبسوطة في الفصل 12.

القرار المهني الموزون. تقبل الخدمة الإحالة مباشرة، وتبلغ الجراح المسؤول، ويُؤجَّل الإجراء حتى تُقيَّم قدرة المريضة ويُسمع قرارها منفردة ويُوثق، وتُحمى الممرضة، ويُحال أي تهديد أو إكراه إلى مسار مستقل؛ لأن الإذن من غير صاحب الصفة لا يصح، والإجراء غير عاجل. واستُبعد المضي بإذن الابن لأنه ليس صاحب الصفة. وتعرض اللجنة سياسة الوصول للتعديل. ويُعاد النظر إذا ثبت فقد المريضة القدرة على هذا القرار، أو صارت الجراحة إسعافية وتعذر إذن معتبر، ولا يُفترض ذلك لمجرد خلافها مع ابنها.

الدرس. حق الإحالة للمريض ولكل عضو في الفريق، وإذن الأسرة لا يقوم مقام المريض القادر.

الحالة الثالثة: رئيس اللجنة هو الطبيب المعالج وصاحب الخطة المختلف عليها

الوقائع. رجل في الثامنة والستين بسرطان متقدم، قادر على القرار، ولكنه مرهق ويطلب أن يتحدث عنه ابنه. فأحال الابن اعتراضًا على خط جديد من العلاج الكيميائي احتمال نفعه ضعيف. ورئيس لجنة الأخلاقيات هو نفسه استشاري الأورام المعالج، ويريد أن يرأس الاجتماع ويصوّت حتى لا يتأخر العلاج. والضغط الزمني أن الجرعة الأولى مقررة خلال أسبوع.

CC BY-NC-ND 4.0

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا طارئ • الأمن: لا خطر • القدرة على القرار: المريض قادر، ويُسأل مباشرة عن قيمه ومن يريد إشراكه • صاحب الصفة: المريض، ويشارك ابنه بتفويضه • السؤال المطلوب تقريره: من يقود الاستشارة مع تضارب الدور، وما الخيار الأرجح للمريض؟

الركن الطبي. يحتاج الملف إلى عرض الاحتمالات والبدائل والرعاية التلطيفية، وربما إلى رأي أورام مستقل. والطبيب المعالج مصدر مهم للحقائق، ولكنه طرف في القرار.

الركن الأخلاقي. هنا تضارب دور ظاهر قد يثبط الأسرة ويضعف الثقة. والإفصاح وحده قد لا يكفي إذا توفر بديل؛ فالأرجح أن يتنحى عن قيادة التحليل وعن التصويت [10].

الركن الفقهي. «المستشار مؤتمن»، والعدل يقتضي البعد عن مواضع التهمة ومراجعة أهل الخبرة. ولا يمنع التنحي الطبيب من بيان الحقائق والدفاع العلمي عن خطته.

الركن النظامي. لا يمنع النظام الطبيب من حضور المشاورة، لكن الميثاق ينظم التضارب. وللمريض أو ذويه طلب رأي ممارس آخر، وعلى المعالج الموافقة على ذلك بنص المادة السابعة عشرة [1]. والقرار العلاجي يبقى للمريض بعد إذن صحيح، لا لتصويت اللجنة.

القرار المهني الموزون. يُفصح الرئيس ويتنحى عن قيادة الاستشارة والتصويت، ويقود النائب أو مراجع خارجي، ويقدم الطبيب رأيه وبياناته طرفًا، ويُسمع المريض وابنه، ويُعرض عليهما رأي أورام ثانٍ واستشارة تلطيفية؛ لأن تضارب الدور يقوض ثقة الأسرة ونزاهة التحليل. واستُبعدت رئاسة الطبيب للاجتماع لأنها تجعل الخصم حكمًا. وتُكتب التوصية دون إبهام بأن اللجنة «أجازت» العلاج. ويُعاد النظر إذا لم يكن في المنشأة بديل، فيُعلن التضارب ويُضم مستشار خارجي، ويقتصر دور الرئيس على الوقائع.

الدرس. من كان طرفًا في الخلاف يقدّم وقائعه، ولكنه لا يقود التحليل ولا يصوّت.

الحالة الرابعة: ابتكار علاجي أم بحث على إنسان؟

الوقائع. مريض في الخمسين بتضيق شديد لا يصلح له العلاج المألوف. ويقترح جراح أن يستعمل جهازًا غير مرخص بطريقة غير مسبوقة، ويصفه بأنه «علاج رحيم» لا يحتاج إلى لجنة أخلاقيات البحث. ولجنة الممارسة تريد أن تناقش الإذن وحده. والضغط الزمني أن حالة المريض تتراجع شيئًا فشيئًا من غير خطر فوري.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا خطر فوري يمنع المراجعة • الأمن: لا خطر على الغير • القدرة على القرار: المريض قادر، والخطر في الوهم العلاجي • صاحب الصفة: المريض، ومعه الجهة المختصة بترخيص البحث • السؤال المطلوب تقريره: هل هذا علاج استثنائي أم بحث يحتاج مراجعة لجنة البحث والجهة التنظيمية؟

الركن الطبي. يلزم وصف الجهاز والدليل عليه، والبدائل، وخطة الإنقاذ، وخبرة الفريق، والرقابة، ثم الهدف: أهو مصلحة هذا المريض أم إنتاج معرفة قابلة للتعميم؟

الركن الأخلاقي. الخطر هنا في الخلط العلاجي، والتفاؤل غير الواقعي، وتضارب مصلحة المبتكر. والإذن وحده لا يصحح تصميمًا غير مأمون، ولا بحثًا لم يُراجع.

الركن الفقهي. حفظ النفس ومنع الضرر يقتضيان أهلية وخبرة وموازنة، ولا تكفي الحاجة لإلغاء الضوابط. والتصوير الكامل يسبق الحكم الفقهي (انظر الفصل 49).

CC BY-NC-ND 4.0

الركن النظامي. يوجب نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية ترخيص البحث من اللجنة المحلية قبل إجرائه [4]. ويعد نظام مزاولة المهن الصحية من صور الخطأ المهني «إجراء العمليات الجراحية التجريبية وغير المسبوقة على الإنسان بالمخالفة للقواعد المنظمة لذلك»، و«إجراء التجارب أو البحوث العلمية غير المعتمدة على المريض» [1]. وأحكام الجهاز غير المسجل والاستعمال الرحيم في الفصل 49.

القرار المهني الموزون. يُوقف البدء غير العاجل، وتُحال المسألة رسميًا إلى لجنة أخلاقيات البحث والجهة التنظيمية لتحديد التصنيف والموافقة، وتبقى لجنة الأخلاقيات السريرية لدعم قرار المريض وإدارة تضارب المصالح؛ لأن الوصف بالرحمة لا يغير طبيعة الفعل، والنظام يعد التجريب غير المنظم خطأً مهنيًا. واستُبعد الاكتفاء بإذن المريض لأنه لا يصحح بحثًا غير مرخص. ويُعاد النظر في حالة إنقاذ فوري لا تسمح بالمراجعة، أو مسار تنظيمي معتمد للاستعمال الاستثنائي، فيتغير التسلسل لا مبادئ السلامة والتوثيق والإبلاغ اللاحق.

الدرس. الابتكار على إنسان لا يصير علاجًا لأنه وُصف بالرحمة، ولا تغني لجنة عن اختصاص أخرى.

مواقف متكررة

شكوى سلوكية تُذكر داخل جلسة استشارة سرية. تفصل الخدمة المسارين من فورها: فيُوثق في سجل المريض أثر الخلاف في رعايته وخطة التواصل فقط، وتُحال الواقعة السلوكية بقناة آمنة إلى الموارد البشرية أو الجهة التأديبية المختصة، بعلم المبلِّغ وفي حدود البلاغ الواجب. ولا تصدر اللجنة عقوبة، ولا تثبت مخالفة. والضابط: الاستشارة ليست تحقيقًا ذا ضمانات، فلا تكون طريقًا مختصرًا لإثبات الذنب، ولا تُكتب في سجل المريض تفاصيل عن موظفين لا تخدم رعايته (انظر الفصل 14 في التنمر وسلامة الفريق).

أسرة تطلب علاجًا غير مناسب استنادًا إلى واجب ديني. يُعقد اجتماع بمترجم وفقيه مؤهل عند الحاجة، ويُقدَّم رأي ثانٍ مستقل، ويُوضَّح للأسرة أن الرعاية والتلطيف مستمران، وأن الامتناع عن تدخل بعينه ليس هجرًا للمريض. ويُكشف أثر نقص الأسِرّة أو التكلفة في موقف الفريق إن وُجد، فلا يُلبَس ضغط الموارد لباس عدم الملاءمة. والضابط: القرار 67 (5/7) يربط تقدير اليأس بتقدير الأطباء وإمكانات الطب المتاح [26]، ولا يجعل كل علاج ممكن واجبًا. فإن بقي الخلاف بعد ذلك طُبق المسار المتدرج: رأي ثانٍ، ومراجعة لجنة، وإتاحة النقل الآمن، ومسار التظلم [21] (انظر الفصل 42).

طلب عائلي بكتمان التشخيص عن مريض قادر. يُسأل المريض نفسه عن القدر الذي يريد معرفته، ومن يريد إشراكه، ويُوثق جوابه. فإن فوّض أسرته احتُرم تفويضه، وإن أراد المعرفة لم يجز حجبها عنه. والضابط: حق المريض القادر في معلومته أصل، ودافع الأسرة الشفيق يُحترم سياقًا للتواصل لا سلطةً للقرار (انظر الفصل 8 في إبلاغ الحقيقة، والفصل 7 في السر).

إحالة تصل قبل دقائق من إجراء غير عاجل. يُعلَّق الإجراء غير العاجل زمنًا قصيرًا حتى تُستكمل القدرة أو صفة الآذن، وتستمر في أثناء ذلك الرعاية الأساسية وتسكين الأعراض. أما الخطر الفوري فيعالَج بالتوازي، ولا تؤخره الاستشارة. والضابط: الفرز على أثر التأخير لا على انفعال طالب الإحالة، والتأخر المتكرر خلل مؤسسي يعالَج بعلامات إحالة مبكرة ومستشار مناوب معلن.

CC BY-NC-ND 4.0

مريض أو أسرة يطلبون رأي طبيب آخر والطبيب المعالج يتضايق. يُبيَّن للطبيب أن المادة السابعة عشرة توجب عليه الموافقة على الاستعانة بممارس آخر إذا طلبها المريض أو ذووه، وأن له أن يقترح اسمه [1]. فإن اختلف مع المستشار، فله أن يعتذر عن متابعة العلاج في غير الحالات الخطرة أو العاجلة، مع تسليم آمن. والضابط: الرأي الثاني حق للمريض ومستوى أول في حل الخلاف، وليس إهانة للمعالج (انظر الفصل 9).

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

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
خلاف ليلي على أمر عدم الإنعاش ولا مستشار مناوب	يُستدعى الاستشاري، ويُثبَّت أمر مؤقت يحفظ الرعاية الأساسية، ويؤجَّل البت إلى ما بعد تقييم الاستجابة خلال 48–72 ساعة والرأي الثاني، ويُرفع غياب التغطية الليلية خللًا مؤسسيًا	التنبؤ غير محسوم، والمريض مستقر، والقرار لا رجوع عنه	ثبتت الوفاة، أو ظهرت إرادة سابقة موثقة، أو حُسم التنبؤ، أو صار الإنعاش غير ممكن طبيًا
ممرضة تطلب الاستشارة ويمنعها رئيس القسم، والمريضة القادرة ترفض وابنها وقّع الإذن	تقبل الخدمة الإحالة مباشرة، ويُؤجَّل الإجراء حتى تُقيَّم قدرة المريضة ويُسمع قرارها منفردة، وتُحمى الممرضة، وتُعرض سياسة الوصول للتعديل	الإذن من غير صاحب الصفة لا يصح، والإجراء غير عاجل	ثبت فقدها القدرة على هذا القرار، أو صارت الجراحة إسعافية وتعذر إذن معتبر؛ لا لمجرد خلافها مع ابنها
رئيس اللجنة هو الطبيب المعالج وصاحب الخطة المختلف عليها	يُفصح ويتنحى عن قيادة الاستشارة والتصويت، ويقود النائب أو مراجع خارجي، ويُسمع المريض وابنه، ويُعرض رأي أورام ثانٍ واستشارة تلطيفية	تضارب الدور يقوض ثقة الأسرة ونزاهة التحليل، ورئاسة الطبيب تجعل الخصم حكمًا	لم يكن في المنشأة بديل، فيُعلن التضارب ويُضم مستشار خارجي، ويقتصر دور الرئيس على الوقائع
جهاز غير مرخص بطريقة غير مسبوقة يوصف بأنه علاج	يُوقف البدء غير العاجل، ويُحال رسميًا إلى لجنة أخلاقيات	الوصف بالرحمة لا يغير طبيعة الفعل، وإذن المريض لا	إنقاذ فوري لا يسمح بالمراجعة، أو مسار تنظيمي معتمد

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
رحيم	البحث والجهة التنظيمية، وتبقى اللجنة السريرية لدعم قرار المريض وإدارة تضارب المصالح	يصحح بحثًا غير مرخص	للاستعمال الاستثنائي، فيتغير التسلسل لا مبادئ السلامة والتوثيق والإبلاغ اللاحق

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. لجنة الأخلاقيات السريرية بنية استشارية: توصيتها معللة وغير ملزمة، والقرار العلاجي للمريض أو ممثله مع الفريق، والقرار التأديبي أو البحثي لجهته.
2. أول عمل الاستشارة تشخيص نوع الخلاف (معرفي، أو تواصلي، أو قيمي، أو سلطوي، أو شكوى)؛ فالتشخيص الخاطئ ينتج لجنة بلا أثر.
3. النموذج المزدوج، أي لجنة للحوكمة وفريق صغير للاستجابة، أنسب للمنشآت المتوسطة والكبيرة من الاجتماع الشهري وحده أو المستشار المنفرد وحده.
4. أدلة الأثر أمريكية في أغلبها ومركزة على العناية المركزة ونهاية الحياة: تجربة متعددة المراكز وجدت أيامًا أقل في المستشفى والعناية لدى من لم ينجوا دون فرق في الوفيات، ومراجعات وجدت تباينًا شديدًا في المقاييس.
5. تتأصل الاستشارة فقهيًا في الشورى والأمانة وسؤال أهل الذكر، وقاعدتها أن الحكم على النازلة فرع عن تصورها؛ فيسبق التصويرُ الطبي التكييفَ الفقهي.
6. تكفل المادة السابعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية الرأي الثاني حقًا للمريض، وتعد المادة السابعة والعشرون ترك الاستشارة اللازمة خطأً مهنيًا. لكن لا نص يوجب عرض كل معضلة على لجنة أخلاقيات، ولا نص يجعل توصيتها ملزمة.
7. لجنة أخلاقيات البحث والمسار التأديبي اختصاصان نظاميان مستقلان عن لجنة الأخلاقيات السريرية، ولا تُعفي إحداها من اختصاص الأخرى.
8. جودة الخدمة تُقاس بعدالة الإجراء ووضوح السؤال وسماع المريض والمتابعة، لا بنسبة الاتفاق ولا بقصر الإقامة.

التوصيات

للممارس. - اطلب الاستشارة مبكرًا حين تعطل القيم أو السلطة أو عدم اليقين الرعاية، ولا تنتظر انهيار الثقة. - صُغ سؤالك قرارًا محددًا، لا وصفًا للأسرة أو للزملاء. - إذا كنت طرفًا في الخلاف، فقدّم وقائعك وتنحَّ عن قيادة التحليل والتصويت. - احترم طلب المريض أو ذويه رأيًا ثانيًا وفق المادة السابعة عشرة.

للمنشأة. - أنشئ برنامج أخلاقيات لا لجنة اسمية: ميثاق، وفريق استشارة، وموارد، ووصول، وتدريب، وتوثيق، وجودة، ومراجعة خارجية. - اعتمد النموذج المزدوج: فريق صغير للحالات الجارية، ولجنة متعددة التخصصات للحوكمة والسياسات والتعليم. - أتح الإحالة للمريض والأسرة

CC BY-NC-ND 4.0

وكل عضو في الفريق دون شرط التسلسل الإداري، مع منع الانتقام وحسن الفرز. - افصل السجل السريري عن سجل البرنامج، واضبط الوصول وفق نظام حماية البيانات الشخصية. - أعلن زمن الاستجابة الحقيقي والبديل خارج الدوام، وعالج غياب التغطية خللًا مؤسسيًا.

للتعليم والبحث. - أدرج مهارات الاستشارة الأخلاقية في برامج الزمالة والتعليم المستمر، بالمحاكاة وتمثيل الأدوار. - ابنِ مصفوفة كفاءة محلية تجمع كفاءات ASBH إلى الكفاءة الفقهية والنظامية السعودية. - ادرس واقع لجان الأخلاقيات السريرية في المنشآت السعودية: انتشارها، وتكوينها، ووصول المرضى والتمريض إليها، وأثرها. - طور مقاييس جودة موحدة للاستشارة تصلح للسياق المحلي، ولا تقتصر على الرضا ومدة الإقامة.

ثامنًا: الخاتمة

وبعد، فالتشاور الأخلاقي ليس اجتماعًا يُضاف إلى الاجتماعات، بل طريقة لحماية القرار حين تتداخل المعرفة والقيم والسلطة والدين والنظام. يبدأ من سرير المريض، ثم يتسع إلى فريق استشارة، ثم إلى لجنة وسياسة ومراجعة عند الحاجة. ونجاحه لا يُقاس بقدرة اللجنة على أن تقول «يجوز» أو «لا يجوز»، وإنما بقدرتها على أن تجعل السؤال صحيحًا، والوقائع واضحة، والأصوات مسموعة، والحدود معلنة، والتوصية قابلة للتنفيذ والمراجعة.

واللجنة الجيدة لا تنافس الطبيب ولا الفقيه ولا القانوني، بل تضع معرفة كل منهم في موضعها، وتمنع أن يستعمل أحدهم سلطته ليسكت الآخرين. وتحفظ للمريض مركزه، وللأسرة كرامتها، وللفريق أمانته، وللمؤسسة قدرتها على التعلم. فيتحول الخلاف من خصومة إلى مداولة، ومن قرار مبهم إلى مسؤولية معلومة، ومن حالة تتكرر إلى إصلاح مؤسسي.

وإن أردت يا أخي خلاصة الفصل في سطر فهي: لجنة الأخلاقيات الناجحة مستقلة بلا عزلة، ومتعددة بلا فوضى، واستشارية بلا عجز، وسرية بلا تستر، وعملية بلا اختزال؛ تسمع المريض، وتصحح الإجراء، وتوثق السبب، وتتابع التنفيذ، وتتعلم من النمط.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ما الفرق بين المداولة الأخلاقية عند السرير، واستشارة الأخلاقيات السريرية، ولجنة الأخلاقيات، ولجنة أخلاقيات البحث؟ ولماذا يضر خلط اختصاصاتها؟
2. عدّد أنواع الخلاف الخمسة، واذكر لكل نوع مسارًا أول لعلاجه. متى تدخل الأخلاقيات في كل منها؟
3. ما دلالة المادتين الخامسة عشرة والسابعة عشرة من نظام مزاولة المهن الصحية على واجب الاستشارة؟ ولماذا لا تدلان على وجوب عرض كل معضلة على لجنة أخلاقيات؟
4. اشرح قاعدة «الحكم على النازلة فرع عن تصورها» في عمل اللجنة. وأعد صياغة السؤال الموجَّه «هل يجوز إيقاف العلاج العبثي؟» صياغة محايدة صالحة للعرض على الفقيه.
5. لماذا لا تصلح «نسبة الاتفاق» و«قصر الإقامة» مقياسين منفردين لجودة الاستشارة؟ اقترح ثلاثة مؤشرات بديلة.

CC BY-NC-ND 4.0

6. تطبيق: منشأة بمئة وخمسين سريرًا لا تملك إلا لجنة تجتمع كل شهرين. صمم لها خدمة استشارة بالنموذج المزدوج: التكوين، والوصول، والتغطية خارج الدوام، ومؤشرين للجودة.
7. تطبيق: طبيب مقيم يطلب استشارة أخلاقية في مريض قادر يرفض غسيل الكلى، والاستشاري المعالج يرى أن الطلب «تشكيك فيه». حلل الحالة بالبوابات الخمس، ثم اكتب قرارًا مهنيًا موزونًا بعناصره الثلاثة.

المراجع

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

[2] المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية. المعايير الوطنية للمستشفيات (National Hospital Standards). cbahi.gov.sa

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

[4] نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 14/9/1431هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (321) وتاريخ 13/9/1431هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[5] Celie KB, Prager K. Health care ethics consultation in the United States. AMA J Ethics. 2016;18(5):475–8. journalofethics.ama-assn.org

[6] Danis M, Fox E, Tarzian A, Duke CC. Health care ethics programs in U.S. hospitals: results from a national survey. BMC Med Ethics. 2021;22(1):107. doi:10.1186/s12910-021-00673-9

[7] Doran E, Kerridge I, Jordens C, Newson AJ. Clinical ethics support in contemporary health care: origins, practices, and evaluation. In: The Oxford Handbook of Health Care Management. Oxford: Oxford University Press; 2016. academic.oup.com

[8] Smajdor A, Herring J, Wheeler R. Oxford Handbook of Medical Ethics and Law. Oxford: Oxford University Press; 2022. academic.oup.com

[9] American Society for Bioethics and Humanities. Core Competencies for Healthcare Ethics Consultation. 3rd ed. Chicago: ASBH. asbh.org

[10] American Society for Bioethics and Humanities. Code of Ethics and Professional Responsibilities for Healthcare Ethics Consultants. Chicago: ASBH; 2014. asbh.org

CC BY-NC-ND 4.0

American Medical Association. Code of Medical Ethics, Opinion 10.7.1: Ethics Consultations. code-medical-ethics.ama-assn.org [11]

UNESCO. Assisting Bioethics Committees. Guide No. 1: Establishing Bioethics Committees. Paris: UNESCO; 2005. unesco.org [12]

UNESCO. Assisting Bioethics Committees. Guide No. 2: Bioethics Committees at Work: Procedures and Policies. Paris: UNESCO; 2006. unesco.org [13]

UNESCO. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Paris: UNESCO; 19 October 2005. Article 19: Ethics committees. unesco.org [14]

Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD. Impact of ethics consultations in the intensive care setting: a randomized, controlled trial. Crit Care Med. 2000;28(12):3920–4. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov [15]

Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, Dugan DO, Blustein J, Cranford R, et al. Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. JAMA. 2003;290(9):1166–72. doi:10.1001/jama.290.9.1166 [16]

Au SS, et al. Outcomes of ethics consultations in adult ICUs: a systematic review and meta-analysis. Crit Care Med. 2018;46(5):799–808. doi:10.1097/CCM.0000000000002999 [17]

Bell JAH, Salis M, Tong E, Nekolaichuk E, Barned C, Bianchi A, et al. Clinical ethics consultations: a scoping review of reported outcomes. BMC Med Ethics. 2022;23(1):99. doi:10.1186/s12910-022-00832-6 [18]

Bliss SE, Oppenlander J, Dahlke JM, Meyer GJ, Williford EM, Macauley RC. Measuring quality in ethics consultation. J Clin Ethics. 2016;27(2):163–75. doi:10.1086/jce2016272163 [19]

Yoon NYS, Ong YT, Yap HW, Tay KT, Lim EG, Cheong CWS, et al. Evaluating assessment tools of the quality of clinical ethics consultations: a systematic scoping review from 1992 to 2019. BMC Med Ethics. 2020;21(1):51. doi:10.1186/s12910-020-00492-4 [20]

Bosslet GT, Pope TM, Rubenfeld GD, Lo B, Truog RD, Rushton CH, et al. An official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM policy statement: responding to requests for potentially inappropriate treatments in intensive care units. Am J Respir Crit Care Med. 2015;191(11):1318–30. doi:10.1164/rccm.201505-0924ST [21]

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 9th ed. New York: Oxford University Press; 2026. global.oup.com [22]

Beth Israel Deaconess Medical Center. Ethics Consultations for Patients and Families. bidmc.org [23]

Brigham and Women’s Hospital. Ethics Service: information for patients and families. brighamandwomens.org [24]

[25] سنن أبي داود، كتاب الأدب، باب في المشورة، ح 5128 وجامع الترمذي، أبواب الأدب، باب إن المستشار مؤتمن، ح 2822 وسنن ابن ماجه، كتاب الأدب، بـاب المستشـار مـؤتمن، ح 3745. sunnah.com

[26] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشـأن العلاج الطـبي. الـدورة السـابعة، جدة، 7–12 ذو القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م. iifa-aifi.org

[27] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 17 (5/3) بشأن أجهـزة الإنعـاش. الـدورة الثالثـة، عمّان، 8–13 صفر 1407هـ / 11–16 أكتوبر 1986م. iifa-aifi.org

[28] اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصـحية، الصـادرة بـالقرار الـوزاري رقم (4080489) وتاريخ 2/1/1439هـ، وزارة الصحة؛ النظام ولائحته التنفيذية، الإصـدار الثـالث 1440هـ (2019م)، الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. scfhs.org.sa

Harvard Medical School Center for Bioethics. Harvard Ethics Leadership Group. bioethics.hms.harvard.edu [29]

Harvard Medical School Center for Bioethics. Harvard Ethics Consultation Skills Course. bioethics.hms.harvard.edu [30]

Healthcare Ethics Consultant Certification Commission. HEC-C Eligibility. Accessed 30 August 2026. heccertification.org [31]

U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for Ethics in Health Care. ECWeb Online Learning Module: the CASES approach to ethics consultation (IntegratedEthics). ethics.va.gov [32]

CC BY-NC-ND 4.0