الباب الثالث

أخلاقيات الفريق الصحي والعلاقات المهنية الآمنة

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «أخلاقيات الفريق الصحي والعلاقات المهنية الآمنة». 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 الرابع عشر

أخلاقيات الفريق الصحي والعلاقات المهنية الآمنة

الفريق شرط لسلامة المريض • التسليم والتواصل • السلامة النفسية والاعتراض الآمن • التسلسل المهني وحدود الطاعة • التنمر والسلوك المُعطِّل • نظام مكافحة جريمة التحرش • الممارس المتعثر والإبلاغ عن الزميل • أربع 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 الفصل — الباب الثالث: الفريق والمؤسسة والتمويل • الجمهور المقصود: الأطباء والممرضون والصيادلة والفنيون والأخصائيون والمتدربون، ورؤساء الأقسام والفرق، ومسؤولو الموارد البشرية والجودة وسلامة المرضى، وأعضاء لجان الأخلاقيات • الفصل الأم لـ: التنمر والسلوك المُعطِّل داخل الفريق، ونظام مكافحة جريمة التحرش في بيئة العمل الصحي، والسلامة النفسية للفريق، والتسلسل المهني وحدود الطاعة، والتسليم والتواصل داخل الفريق، والممارس المتعثر وعتبات الإبلاغ عن الزميل • يحيل إلى: الفصول 2، 4، 5، 7، 8، 10، 11، 12، 13، 15، 16، 17، 18 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

خلاصة الفصل

لم يعد الطب عملًا فرديًا؛ فالمريض الواحد قد يمر في يومه على عشرات الممارسين من تخصصات مختلفة. ومن ثم صار أكثر ما يحمي المريض أو يؤذيه واقعًا في المسافات بين الناس لا

CC BY-NC-ND 4.0

في مهارة أحدهم: عند التسليم، وعند الاستشارة، وعند اعتراض من هو أقل رتبة. فأخلاقيات الفريق ليست بابًا في حسن المعاملة، بل شرط لسلامة المريض.

ويعالج الفصل هذه العلاقات بنموذج الأركان الأربعة. ففي الركن الطبي يضبط التسليم المنظم، والاعتراض الآمن، وأثر السلوك المُعطِّل والتنمر في السلامة، ويحرر مفهوم الممارس المتعثر والجاهزية للعمل. وفي الركن الأخلاقي يبين أن السلامة النفسية شرط لجودة المعلومة، ويفرق بين الصرامة المهنية والتنمر، ويحدد مسؤولية التابع في التسلسل المهني، ويضع عتبات الإبلاغ عن الزميل. وفي الركن الفقهي يؤصل لقاعدة «إنما الطاعة في المعروف»، ولحفظ العرض ومنع السخرية، ولحدود الستر المنضبط. وفي الركن النظامي يعرض المادة 24 من نظام مزاولة المهن الصحية، ونظام العمل في الكرامة وتكافؤ الفرص، ويبسط نظام مكافحة جريمة التحرش في بيئة العمل.

ثم يقدم أدوات عملية، وأربع حالات: ممرضة عمليات توقف البدء والجراح يرفض وقفة التحقق، وجراح تتكرر مضاعفاته والفريق يتهامس، وصيدلانية سريرية تكف عن التنبيه بعد سخرية متكررة، وشكوى تحرش يُقترح حلها بنقل المشتكية. وينتهي إلى أن الزمالة تحمي من التشهير ولا تشتري الصمت عن خطر، وأن الطاعة المهنية مقيدة بالمعروف، وأن الفريق الذي لا يستطيع أعضاؤه أن يقولوا «توقف» يفقد أهم أدوات كشف الخطأ.

الكلمات المفتاحية: الفريق الصحي؛ التسليم؛ السلامة النفسية؛ الاعتراض الآمن؛ التسلسل المهني؛ الطاعة في المعروف؛ التنمر؛ السلوك المُعطِّل؛ التحرش؛ الممارس المتعثر؛ الستر؛ النظام السعودي.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

يعرف كل من عمل في مستشفى أن الفريق الصحي يجمع أطباء وممرضين وصيادلة وفنيين وأخصائيين ومتدربين، تتفاوت رتبهم وخلفياتهم ولغاتهم. وهؤلاء يعملون تحت ضغط الوقت، وفي تسلسل مهني ضروري للقرار السريع. ولكن هذا التسلسل نفسه قد يصير حاجزًا: فالأصغر يرى الخطأ فيسكت، والأقدم يسمع التنبيه فيعده تحديًا.

ويترتب على ذلك أن الفريق الذي يستر على الخطر باسم الزمالة ينقل الضرر إلى مريض لا صوت له. والفريق الذي تسوده السخرية يتعلم أعضاؤه الصمت، فيضيع تنبيه كان يمنع ضررًا. أما الفريق الذي يستطيع أفراده أن يقولوا «توقف» ثم «أخطأت» ثم «أحتاج مساعدة»، فذلك هو الفريق الذي يؤتمن على المرضى.

ويمتاز الإطار السعودي بأنه متكامل في هذا الباب. فنظام مزاولة المهن الصحية يوجب أن تقوم العلاقات بين الممارسين على التعاون والثقة، ويحظر الكيد للزميل والانتقاص منه وترديد الإشاعات عنه. ولائحته تلزم بالعمل وفق جدول الامتيازات السريرية. ونظام العمل يحمي الكرامة وتكافؤ الفرص. ونظام مكافحة جريمة التحرش يلزم كل جهة بآلية داخلية للشكاوى. ونظام حماية البيانات الشخصية يقصر الاطلاع على البيانات الصحية على أقل عدد لازم.

ولكن الفجوة الأشيع عندنا ليست في النص، بل في ثلاثة مواضع: غياب مسار مكتوب للتعامل مع التعثر يفصله عن التأديب؛ وغياب قناة داخلية موثوقة للبلاغ والشكوى تحمي صاحبها؛ ومعالجة

CC BY-NC-ND 4.0

التنمر والاحتراق بالتوعية بدل إصلاح القيادة والجدول. ويضاف إلى ذلك بعد ثقافي حقيقي: فالستر خلق محمود في مجتمعنا، وتوقير الكبير أدب راسخ، وقد يساء تنزيلهما فيصيران غطاءً لخطر متعدٍّ أو لإساءة متكررة.

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

العمل الجماعي والسلامة النفسية. بينت إدموندسون في دراستها لفرق العمل سنة 1999 أن «السلامة النفسية» (أي اعتقاد أعضاء الفريق أنهم لن يعاقبوا أو يهانوا إذا سألوا أو اعترضوا أو أقروا بخطأ) ترتبط بسلوك التعلم في الفريق، وأن سلوك التعلم يرتبط بالأداء [1]. وهذه النتيجة تنقل السلامة النفسية من كونها قيمة إنسانية إلى كونها شرطًا لجودة المعلومة.

السلوك المُعطِّل والتنمر. أصدرت اللجنة المشتركة الأمريكية سنة 2008 تنبيهها رقم 40 عن «السلوكيات التي تقوض ثقافة السلامة»، ودعت فيه إلى برامج تعليمية، وسياسات لا تتسامح مع هذه السلوكيات، وإجراءات واضحة لكشفها والإبلاغ عنها وتوثيقها [2]. وفي مسح شمل أطباء وممرضين ومديرين في أكثر من مئة مستشفى، وجد روزنشتاين وأودانيال أن السلوك غير المهني شائع بين الأطباء والممرضين، وأن المستجيبين يرونه مؤثرًا سلبًا في سلامة المرضى وجودة الرعاية [3]. ومحليًا، أفاد 53% من 339 مشاركًا من الزملاء والمقيمين والتمريض في مستشفى تخصصي بالرياض بالتعرض لصورة من التنمر في العمل [4]. وصنفت مراجعة منهجية سنة 2024 العوامل المؤثرة في الكلام عند الخطر في المستشفيات، عبر 45 منشورًا، إلى فردية وعلاقية وسياقية وتنظيمية [5].

التسليم والتواصل المنظم. في دراسة متعددة المراكز شملت تسعة مستشفيات، ارتبط تطبيق برنامج منظم للتسليم (I-PASS) بانخفاض الأخطاء الطبية 23% (من 24.5 إلى 18.8 لكل 100 إدخال)، والأحداث الضارة القابلة للمنع 30% (من 4.7 إلى 3.3)، دون تغير ملحوظ في وقت المقيمين مع المرضى [6]. وتجمع حقيبة TeamSTEPPS الصادرة عن الوكالة الأمريكية لأبحاث الرعاية الصحية وجودتها أدوات التواصل المنظم، ومنها أداة التسليم، وأداة التصريح بالقلق، وقاعدة «التحدي المزدوج» التي تخول كل عضو إيقاف العمل عند خلل جوهري في السلامة [7]. وفي تجربة قائمة التحقق الجراحية لمنظمة الصحة العالمية في ثمانية مستشفيات، انخفضت الوفيات داخل المستشفى من 1.5% إلى 0.8%، والمضاعفات من 11% إلى 7% [8].

الممارس المتعثر. دعا ليب وفرومسون سنة 2006 إلى حل على مستوى النظام لمشكلة «الطبيب المتعثر» بدل انتظار الضرر الجسيم، واقترحا نموذجًا للكشف المبكر والاستجابة [9]. ووجدت دراسة حالات وشواهد أن السلوك غير المهني في كلية الطب، ولا سيما عدم تحمل المسؤولية وضعف القدرة على التحسن، يرتبط بإجراء تأديبي لاحق من هيئات الترخيص [10]. ووجدت دراسة شملت 66,426 مطالبة ضد 54,099 طبيبًا أن 1% من الأطباء استأثروا بـ32% من مطالبات سوء الممارسة المدفوعة [11]. فالنمط إذن يمكن كشفه مبكرًا، وكشفه واجب.

الاحتراق المهني. تعد منظمة الصحة العالمية الاحتراق ظاهرة مهنية لا تشخيصًا مرضيًا [12]. وراجع تاوفيق وزملاؤه 123 منشورًا شملت 142 مجتمع دراسة و241,553 مقدم رعاية، فوجدوا أن الاحتراق يرتبط كثيرًا بتدني جودة الرعاية في الأدبيات المنشورة، ونبهوا إلى أن حجم الأثر الحقيقي قد يكون أصغر مما نشر بسبب تحيز النشر [13]. وأضافت مراجعة هودكنسون وزملائه 170 دراسة رصدية و239,246 طبيبًا، فارتبط الاحتراق بنحو ضعف احتمال حوادث سلامة المرضى (نسبة الأرجحية 2.04)، وبانخفاض المهنية (2.33) [14]. والدراسة الرصدية لا تثبت

CC BY-NC-ND 4.0

سببية بسيطة، ولكنها تجعل الاحتراق مؤشر سلامة يحتاج إلى متابعة، لا شأنًا شخصيًا محضًا يُـترك لصاحبه.

الإرشادات المهنية. استقرت الإرشادات التنظيمية على أن الممارس يجب أن يتصرف فورًا إذا رأى أن سلامة المريض أو كرامته معرضة لخطر جسيم أو قد تتعرض له، وأن يطلب المشـورة إذا شك في أن زميلًا غير لائق للممارسة ويعرض المرضى للخطر [15].

ما يضيفه الفصل. هذه الأدبيات قوية في التوصيف، ولكن المرجعيـة الشـرعية فيهـا قليلـة، ولا سـيما في حـدود الطاعـة للأقـدم وحـدود السـتر على الزميـل، وكـذلك الاتصـال بالإطـار النظـامي المحلي. ويضيف الفصل ثلاثة أمور: جمع العلاقات داخل الفريق في إطار واحـد يربـط كـل سـلوك بأثره في السلامة؛ وتأصيل التسلسل والستر والتنمر فقهيًـا؛ وبسـط النصـوص السـعودية بنطاقهـا الدقيق. أما الدراسات المحلية التي تصف مسارات التعامل مع التعثر، ومعدلات البلاغ عن الـزملاء وحواجزه، فما تزال محدودة.

المشكلة والسؤال المركزي

والمعضلة تنشـأ حين تـتزاحم قيم كلهـا مشـروعة: توقـير الأقـدم مـع حـق الأصـغر في الاعـتراض، والسـتر على الزميـل مـع حمايـة المـريض، والصـرامة في التـدريب مـع كرامـة المتـدرب، ودعم الممارس المرهق مع منع الخطر القائم، وحماية المشتكي مع حق المشكو في حقه.

والسؤال المركزي: **كيف تدار العلاقات داخل الفريق الصحي بحيث يقول كل عضو مـا يرى من خطر دون خوف، ويطاع صـاحب القـرار في المعـروف دون أن يطـاع في الضرر، ويكشف التعثر مبكرًا فيستصلح لا يقصى، ويعالج التنمـر والتحـرش بمسـار عادل يحمي المتضرر ولا يهدر حق المشكو في حقه؟**

الأهداف والحدود

يهـدف الفصـل إلى أن يتمكن القـارئ من: ضـبط التسـليم والتواصـل المنظم؛ واسـتعمال سـلم الاعـتراض الآمن؛ والتفريـق بين الصـرامة المهنيـة والتنمـر والتحـرش؛ وتحديـد حـدود الطاعـة في التسلسل المهني؛ وتحرير مفهـوم الممـارس المتعـثر ومسـار استصـلاحه؛ والتفريـق بين النصـيحة السرية والبلاغ الرسمي؛ ومعرفة النصوص السعودية الحاكمة ونطاقها.

ويعالج الفصل العلاقات داخل الفريق، ولا يبسط ما له فصله الأم: فضـمان الطـبيب وتوزيعـه على الفريق في الفصل 10، والثقافـة العادلـة والإبلاغ عن الحـوادث والضـحية الثانيـة في الفصـل 11، وحقـوق الممـارس والعنـف ضـد الممارسـين ونظـام حمايـة المبلّغين في الفصـل 12، ولجـان الأخلاقيات والتشاور في الفصل 13، وإشراف المتدربين في الفصل 15، ودور المدير في الفصـل 17، وتضارب المصالح مع الشركات في الفصل 18، والسر الطبي في الفصل 7. وإنما يذكر منهـا ما يلزم موضوعه، ثم يحيل إليها. ولا يغني ما يذكره عن التكييف النظامي في الواقعة المحددة.

CC BY-NC-ND 4.0

أولًا: الركن الطبي

1-1 من مجموعة موظفين إلى فريق رعاية

الفريق ليس تجمع أشخاص في مكان؛ بل جماعة تشترك في غاية واحدة هي مصلحة المريض، وتتوزع فيها الأدوار توزيعًا معلومًا، وتدار بمعلومة مشتركة ومساءلة متبادلة.

ويجب التفريق بين العمل الفردي والعمل الجماعي. فالأول يقاس بمهارة الشخص، والثاني بجودة الوصلات بين الأشخاص. ولذلك قد يجتمع أفراد ممتازون في فريق رديء إذا اختل التسليم أو تعذر الاعتراض.

وتحكم الفريق خمس قيم: وحدة الغاية، ووضوح الدور، وصدق المعلومة، واحترام الشخص، والمساءلة العادلة. وإذا اختلت واحدة منها ظهر أثرها في السلامة قبل أن يظهر في الرضا.

وأما القيادة فتشاركية في المداولة، حاسمة في اللحظة الحرجة. ومعنى ذلك أن يسمع كل صوت قبل القرار، ثم يتحمل صاحب الصلاحية القرار ولا يوزعه على الجميع فيضيع. فالقيادة التشاركية ليست غياب قائد، والحسم ليس إسكاتًا.

1-2 التسليم ونقل المعلومة

أكثر ما يضيع من المعلومات يضيع عند الانتقال: بين المناوبات، وبين الوحدات، وبين المنشآت. ولذلك يعامل التسليم إجراءً سريريًا عالي الخطورة لا واجبًا إداريًا. وقد ارتبط التسليم المنظم بانخفاض الأخطاء والأحداث الضارة القابلة للمنع دون زيادة في العبء [6].

ويضبط التسليم بأن يكون منظمًا لا سرديًا. وتقوم أداة I-PASS على خمسة عناصر: شدة الحالة، وملخص المريض، وقائمة المهام، والوعي بالموقف وخطة الطوارئ («إن حدث كذا فافعل كذا»)، ثم تلخيص المستلم بعبارته [7]. ويفضل أن يكون التسليم وجهًا لوجه، وبجانب السرير ما أمكن، وأن يتاح للمستلم أن يسأل ويعيد الصياغة.

ومن الأخطاء الشائعة: التسليم أثناء الانصراف؛ والاكتفاء بالسجل الإلكتروني؛ وتسليم «المرضى المستقرين» بلا ذكر ما يمكن أن يتغير. فالمريض المستقر اليوم قد يكون هو حالة الليلة. ومن تسلم مريضًا صار مسؤولًا عنه؛ فلا يقبل تسليمًا ناقصًا في حالة حرجة، ولا يغادر المسلم قبل أن يتحقق من الفهم.

ويلحق بالتسليم التواصل في اللحظة الحرجة. وتصلح له أداة SBAR (الموقف، والخلفية، والتقييم، والتوصية) لطلب تدخل عاجل، والتأكيد الراجع لإغلاق الحلقة: يعيد المستلم الأمر الشفهي، ويؤكد المرسل صحته [7].

1-3 الاعتراض المهني الآمن

أخطر لحظة في الفريق هي حين يرى الأصغر رتبة خطأً عند الأكبر. فإن صمت وقع الضرر، وإن تكلم بلا أداة قد يواجه بالرفض.

ويعالج ذلك بسلم تصعيد متدرج معلن. يبدأ بالسؤال: «هل تسمح لي بالتأكد من الجرعة؟». ثم بالتصريح بالقلق: «أنا قلق من كذا»، «لست مرتاحًا لهذا»، «هذه مسألة سلامة» [7]. ثم بالتحدي

CC BY-NC-ND 4.0

المزدوج: يكرر العضو قلقه مرتين على الأقل، فإن لم يلق استجابة كافية أوقف الخطـوة وصـعّد [7]. وتعلم هذه الصيغ صراحة؛ لأن الناس لا يرتجلونها تحت الضغط.

ومن أوضح تطبيقات هذا السلم «وقفة التحقق» قبل الجراحة ضمن قائمة التحقق الجراحية؛ وقـد ارتبط تطبيقها بانخفاض الوفيات والمضاعفات [8]. وقيمتها ليسـت في الورقـة، بـل في أنهـا تمنح كل من في الغرفة إذنًا معلنًا بالكلام قبل الشق.

ويقابل ذلك واجب على الأقدم: أن يستقبل الاعتراض بوصفه معلومة لا تحديًا، وأن يشكر من نبهـه ولو كان مخطئًا في تنبيهه. فالثمن الذي يدفعه من يسـكت المعترضـين أعلى بكثـير من ثمن تنبيـه في غير محله.

ومن مسؤولية المنشأة أن تعلن مسار تجـاوز التسلسـل عنـد الخطـر الفـوري؛ فالمسـار الغـامض يعني أن أحدًا لن يصعّد.

ومن أوضح شواهد ذلك غرفة الولادة، حيث تعمل القابلة والطـبيب على مريضـة واحـدة بمعيـارين قد يتنازعان: حفظ الولادة الطبيعية، وسرعة التدخل عند الخطر. فقد وجد تحقيق خليج موركـامب (مـارس 2015م) في وحـدة الـولادة بمستشـفى فـرنس العـام عشـرين حالـة إخفـاق جسـيم في الرعاية اقترنت بوفاة ثلاث أمهات وستة عشر مولودًا، وقدّر أن رعايـة مختلفـة كـانت على الأرجح ستمنع وفاة أم وأحد عشر مولودًا. وكان من أسباب الخلل علاقات عمل رديئة بثقافة «نحن وهم» بين القابلات وأطباء النساء والأطفال، وسعي مجموعة صغيرة من القابلات المتنفذات إلى الـولادة الطبيعية «بأي ثمن» حتى أفضى ذلك أحيانًا إلى رعاية غير آمنـة، وقصـور شـديد في التحقيـق في الحوادث والتعلم منها [34]. ثم وجدت مراجعة أوكنـدن (30 مـارس 2022م)، بعـد فحص حـالات 1,486 أسـرة في مستشـفيات شـروزبري وتلفـورد، أن 201 مولـود وتسـع أمهـات ربمـا كـانوا سينجون برعاية أفضل، وأن ثقافة «نحن وهم» ولّدت عند القابلات خوفًا من تصعيد مخـاوفهن إلى الاستشـاريين، مـع إخفـاق متكـرر في التصـعيد، وخفض لتصـنيف حـوادث جسـيمة تجنبًـا للرقابـة الخارجية [35، 36].

والمستفاد للفريق أن القابلة والطبيب شريكان لكل منهما نطاق، لا تابع ومتبوع: فيُحدَّد نطاق كـل منهما مكتوبًا، ويكـون التصـعيد بمعـايير مكتوبـة لا بـالمزاج ولا بهيبـة الرتبـة، كتخطيـط قلب جـنين مقلق، أو نزف، أو حمى، أو تأخر في تقدم المخاض؛ ويُنقل القلق بأداة منظمة كأداة SBAR [7]؛ وتُراجع الحوادث مراجعة مشتركة متعددة التخصصات. فلا يكون «أُمـرت» دفاعًـا لمن نفّـذ ضـررًا ظاهرًا، ولا «لم يُطلب رأيي» عذرًا لمن رأى الخطر فسكت (انظر المطلب 2-3).

1-4 السلوك المُعطِّل والتنمر: الأثر السريري

السلوك المُعطِّل كل سلوك يرهب الآخرين أو يهينهم أو يعطل تعاونهم إلى حد يمس جودة الرعاية وسلامتها. ومنه الصريح: الصراخ، والإهانة العلنية، والتهديد، ورمي الأدوات. ومنـه الخفي: التجاهـل المتعمد، والتأخر عن الاستدعاء عقابًا، ورفض الإجابة، والتقليل من تخصص بعينه [2].

والتنمر صورة من السلوك المُعطِّل: إساءة متكررة أو شديدة يستعمل فيها صاحبها قوته أو موقعه للإذلال أو التخويف أو العزل. ولا يشترط أن يصدر من الأقدم؛ فقد يصدر من جماعة تجاه فـرد، أو من مهنة تجاه أخرى.

وأثر هذا السلوك سريري قبـل أن يكـون شخصـيًا؛ فمن أهين مـرة يـتردد في التنبيـه مـرة أخـرى، فيضيع تنبيه كان يمنع ضررًا. وقد ربطت الأدبيات بين السلوك المُعطِّـل وتراجـع التواصـل وسـلامة

CC BY-NC-ND 4.0

المرضى [2، 3]. وارتبط التنمر محليًا بانخفاض الرضا الوظيفي والصحة النفسية، وهي علاقة مقطعية لا تثبت اتجاه السببية [4].

ومن صوره التي تغفل: السخرية أمام المرضى؛ ونسبة النجاح إلى فرد وإسقاط الباقين؛ والتعليق على المظهر أو اللهجة أو الجنسية؛ وتحميل الأكفأ أكثر لأنه لا يعتذر؛ وتوزيع المهام الثقيلة عقابًا غير معلن.

1-5 الممارس المتعثر أو غير المؤهل

يلزم أولًا ضبط ثلاثة مصطلحات يخلط بينها، والخلط بينها أصل أكثر الظلم في هذا الباب:

- **المتعثر:** من ظهرت في أدائه مؤشرات قصور أو تراجع تحتاج تقييمًا، والسبب قد يكون قابلًا للإصلاح تمامًا.
- **غير المؤهل للمهمة:** من لا يملك الترخيص أو الاختصاص أو الامتياز السريري أو الكفاءة الفعلية اللازمة لها، وهو وصف يخص المهمة لا الشخص.
- **المخالف:** من ارتكب سلوكًا متعمدًا أو أخفى أو زوّر، وهذا وحده موضع التأديب ابتداءً.

ويقرر أصل حاكم: أن التعثر لا يساوي سوء السلوك، وأن المرض لا يساوي عدم الكفاءة. والعبرة بالأثر الراهن في القدرة على الممارسة الآمنة، وبالاستجابة للتقييم والإصلاح.

وأسباب التعثر متعددة، ولكل سبب استجابة مختلفة؛ ومعالجة السبب بغير بابه ظلم وإهدار للوقت:

جدول: أسباب التعثر ومؤشراته والاستجابة المناسبة

السبب	مؤشراته	الاستجابة المناسبة
نقص معرفة أو مهارة	خطأ متكرر في إجراء بعينه، أو تردد غير معتاد	تدريب مستهدف وإشراف مؤقت وتقييم بعده
انتقال إلى مهمة جديدة	قصور مؤقت مرتبط ببداية التكليف	تهيئة وتدرج في المهام ومرافقة
مرض أو دواء أو اضطراب نوم	تشوش، أو نعاس، أو تقلب أداء بلا نمط	تقييم صحة مهنية سري، وتعديل مؤقت للمهام
ضغط نفسي أو ظرف شخصي	تغير مفاجئ في الأداء أو السلوك	دعم نفسي سري، وتخفيف عبء، ومتابعة
احتراق مهني	تبلد، وانسحاب، وأخطاء صغيرة متكررة	إصلاح الجدول والعبء قبل الحلول الفردية
نظام عمل غير آمن	تعثر أكثر من فرد في الوحدة نفسها	مراجعة مؤسسية؛ فالمشكلة في التصميم لا في الأشخاص
تعمد أو إخفاء أو تزوير	رفض التقييم، أو تضليل في السجل	مسار تأديبي ونظامي، لا استصلاح ابتدائي

وتبدأ الاستجابة بحماية المريض لا بتشخيص الزميل. فإذا وجد خطر وشيك (ارتباك شديد، أو نعاس يمنع التركيز، أو اشتباه تعاطٍ مؤثر، أو تكرار أخطاء عالية الخطورة، أو مباشرة إجراء خارج

CC BY-NC-ND 4.0

الامتياز) أوقف الجزء غير الآمن من العمل ضمن الصلاحية، وأمّنت تغطية المرضى، واستدعي المسؤول المختص فورًا.

وإذا لم يكن الخطر وشيكًا جمعت وقائع محددة عبر المراجعة والملاحظة ونتائج الأداء، ثم نوقش الممارس بسرية وأحيل إلى تقييم مناسب. ولا تكفي الشائعة ولا اختلاف الأسلوب الشخصي دليلًا على عدم الكفاءة. والغاية الاستصلاح كلما أمكن بخطة مكتوبة، وقد يلزم تقييد امتياز مؤقتًا (انظر المطلب 5-3). وأما الإخفاء أو رفض التقييم أو استمرار القصور الجسيم أو تزوير السجل فينقل الأمر إلى المسار الرسمي؛ لأن هذه ليست تعثرًا بل مخالفة.

ويقرر في العودة إلى الممارسة ضابط مهم: أن تبنى على دليل كفاءة ولياقة، لا على تعاطف مجرد، ولا على عقوبة دائمة بعد زوال الخطر. فمن أصلح حاله وثبتت كفايته عادت له مهامه؛ وإبقاؤه موصومًا بعد ذلك ظلم يدفع الناس إلى إخفاء تعثرهم.

ويجب أن تفصل المنشأة بين ثلاثة مسارات قد تجتمع في الواقعة الواحدة: بلاغ سلامة يعالج الخطر على المرضى؛ وتقييم كفاءة أو لياقة يحدد القدرة والقيود والإصلاح؛ ومسار تأديبي عند المخالفة أو الامتناع أو التضليل. وخلطها يفسدها جميعًا: فيتحول التقييم إلى تحقيق، والبلاغ إلى اتهام.

ومن صور هذا الباب التي تحتاج حكمة خاصة تقدّم الممارس في السن. والعمر وحده ليس دليل تعثر؛ فقد قررت الكلية الأمريكية للجراحين في بيانها لعام 2024م في استدامة كفاءة الجراح مدى المسيرة المهنية أنها لا تؤيد سنًّا إلزامية للتقاعد، وأن ربط اختبار الكفاءة بعمر محدد ينبغي تجنبه حدًّا من التحيز والوصم، وأوصت بدلًا من ذلك بتقييم شامل لجميع الجراحين في كل الأعمار ضمن التقييم المهني المستمر للممارسة، يشمل مؤشرات الأداء السريري والتقييم البدني والذهني، وأن تتحمل المنشأة كلفة التقييم المتخصص، وأن تبقى نتائجه سرية ولا تُستعمل وحدها لتقييد الامتيازات، وأن تُيسَّر للجراح الأقدم أدوار في التعليم والإرشاد والبحث والإدارة حين يخفف العمل الجراحي [37]. فيقيّم الممارس قدرته بصدق، وينسحب بشرف مما لم يعد يتقنه، وتضع المنشأة تقييمًا دوريًا للمهارات عالية الخطورة لا يميز بالعمر، ويُعامَل ما يظهر منه بمسارات هذا المطلب لا بالإقصاء.

1-6 الاحتراق المهني والجاهزية للعمل

تعرّف منظمة الصحة العالمية الاحتراق بأنه ظاهرة مهنية ناتجة عن ضغط عمل مزمن لم يحسن التعامل معه، وله ثلاثة أبعاد: استنزاف الطاقة، والتباعد الذهني أو السلبية تجاه العمل، وتراجع الشعور بالكفاءة المهنية [12].

ويجب تمييزه عن ثلاثة أمور تشبهه: الإرهاق الحاد بعد مناوبة، وهو عابر يزول بالنوم؛ والاكتئاب والقلق واضطراب النوم، وهي تشخيصات طبية لها علاجها؛ والضيق الأخلاقي، وهو أن يعرف الممارس الصواب ويمنع من فعله، ولا يعالج بالراحة بل بإصلاح ما منعه.

والضيق الأخلاقي بهذا المعنى قريب مما سماه Dean وTalbot وDean «الإصابة الأخلاقية»: أن يُدفع الطبيب مرة بعد مرة إلى تقديم مطالب أخرى، من السجل الإلكتروني إلى مؤشرات الإنتاجية، على حاجة مريضه التي يعرفها، فيتراكم الجرح. وحجتهم أن تسمية ذلك «احتراقًا» تجعل الخلل في الفرد، فتقترح له حلولًا فردية من تمارين التحمل والاسترخاء، مع أن مصدره في عبارتهم «نظام مكسور لا فرد مكسور» [38]؛ فعلاجه إصلاح ما يجبر الطبيب على ذلك. ولا يلغي

CC BY-NC-ND 4.0

هذا مسؤولية الممارس عن نفسه؛ فقد أضاف تعديل إعلان جنيف سنة 2017م إلى تعهد الطبيب: «سأعتني بصحتي ورفاهي وقدراتي لكي أقدم رعاية بأعلى مستوى» [39]. فالعناية بالذات واجب نحو المرضى لا ترف، والقاعدتان المتقابلتان في آخر هذا المطلب تجمعان الأمرين.

ولذلك لا يصح استعمال كلمة «الاحتراق» لتفسير كل خطأ، ولا وصم صاحبه بالضعف؛ فالاحتراق تفسير محتمل لا حكم، وقد يخفي وراءه مرضًا يحتاج علاجًا. والقراءة المنضبطة لأدلته أنها تدعم عده مؤشر سلامة، ولا تبلغ إثبات سببية بسيطة [13، 14]. وتفصيل أثر الإرهاق وساعات العمل وحق الممارس في الامتناع المؤقت في الفصل 12، المبحث أولًا.

ويقرر هنا مفهوم عملي هو **الجاهزية للعمل**: أن يكون الممارس في حال تمكنه من أداء مهامه بأمان في هذه المناوبة تحديدًا. وهي حال متغيرة لا صفة ثابتة؛ فالطبيب الكفء قد يكون غير جاهز في ليلة بعينها. ويقيّمها الممارس بنفسه قبل المناوبة (انظر المطلب 5-6)، ويطلب تقييمًا مستقلًا إذا شك أن صحته أو علاجه أو إرهاقه يؤثر في حكمه؛ فمن أعراض الإنهاك أن يضعف إدراك صاحبه لعجزه.

> قاعدتان متقابلتان: برنامج الرفاه لا يعوض جدولًا مؤذيًا؛ ودعم الممارس لا يبرر إبقاء مريض تحت خطر قائم. فالأولى تمنع تحميل الفرد ثمن خلل النظام، والثانية تمنع تحويل التعاطف إلى تهاون.

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 السلامة النفسية: شرط معرفي قبل أن تكون قيمة إنسانية

السلامة النفسية أن يعتقد أعضاء الفريق أن السؤال والاعتراض والإقرار بالخطأ لن يجر عليهم إهانة أو عقابًا [1]. ولا تحسبنّ السلامة النفسية لطفًا أو تساهلًا؛ فالفريق الآمن نفسيًا قد يكون شديد المطالبة بالمعايير. وإنما هي شرط لوصول المعلومة إلى من يحتاجها.

وخلق الفريق يُختبر في الضغط لا في الهدوء. فالإساءة تقع غالبًا في اللحظة الحرجة، ثم يُقال في تبريرها إن الحال كان صعبًا. وهذا تبرير لا يُقبل؛ لأن ساعة الضغط هي بالضبط الساعة التي يحتاج فيها القائد إلى كل عين في الغرفة.

ويبني القائد السلامة النفسية بأفعال محددة: أن يسأل الفريق قبل القرار «ما الذي قد يفوتني؟»؛ وأن يشكر من نبهه علنًا؛ وأن يعتذر عن خطئه أمام فريقه؛ وأن يصحح الخطأ الفني علنًا إن لزم ذلك لحماية المريض، ويصحح السلوك سرًّا دائمًا. فالخلط بينهما ينتج إما تعريضًا للمريض وإما تعييرًا للزميل. والناس يقلدون ما يرون، لا ما يقال لهم.

2-2 التنمر: تعريفه وحدوده

يلزم التفريق بين أربعة أمور يخلط بينها:

جدول: الخلاف والتغذية الراجعة والتنمر والتحرش

الأمر	محوره	علامته	الاستجابة
الخلاف المهني	الفكرة أو القرار	يحتمل المراجعة	حوار، واستشارة،

CC BY-NC-ND 4.0

الأمر	محوره	علامته	الاستجابة
		ويستند إلى دليل	وتصعيد عند الخطر
التغذية الراجعة الصارمة	سلوك محدد وأثره	تصف ولا تحقر، وتقترح خطة تحسين	تقبل وتطبق، ويتظلم منها إن جارت
التنمر	الشخص	إذلال أو تخويف أو عزل متكرر أو شديد، يستعمل القوة أو الموقع	مسار سلوكي متدرج، وحماية المتضرر، ومساءلة
التحرش	العرض والجسد	قول أو فعل أو إشارة ذات مدلول جنسي	مسار نظام مكافحة جريمة التحرش (انظر المطلب 4-3)

وهذا التمييز يمنع خطأين متقابلين: أن تُطبَّع الإساءة باسم «صرامة التدريب»، وأن تتحول كل ملاحظة مهنية إلى اتهام جسيم. والسلوك الواحد الشديد قابل للتحقيق ولو لم يتكرر، بحسب طبيعته وأثره.

ولا يلزم لإثبات التنمر أن يُثبت قصد الإذلال؛ فالمعيار أثر السلوك المتكرر في شخص معقول في الموقع نفسه، مع النظر في اختلال القوة. وفي المقابل لا يكفي شعور المشتكي وحده؛ بل تُطلب وقائع محددة: ماذا قيل أو فُعل؟ ومتى؟ وأمام من؟ وما أثره في العمل؟

وأما العلاج فمتدرج بحسب الجسامة: حديث مباشر، ثم وساطة، ثم خطة سلوكية مكتوبة، ثم مساءلة تأديبية عند التكرار أو الجسامة (انظر المطلب 5-5). ومن التنمر ما يصدر عن جماعة: كأن تُعزل مهنة بأكملها عن الجولات، أو يُستهزأ باقتراحات الصيدلي أو أخصائي التغذية. وهذا يُنقص موارد الفريق المعرفية بقدر ما يؤذي الأفراد.

2-3 التسلسل المهني وحدود الطاعة

التسلسل المهني ضروري؛ فالرعاية لا تُدار بالتصويت، والمسؤول عن القرار يجب أن يكون معلومًا. ولصاحب الصلاحية حق في أن يُطاع في حدود اختصاصه، وليس لكل عضو أن ينفذ ما يراه صوابًا متجاوزًا القرار.

ولكن الطاعة المهنية ليست مطلقة. فالتابع مسؤول عن فعله، ولا يعفيه أنه مأمور إذا كان يعلم الخطر ويملك أن ينبّه أو يمتنع. ويمكن تمييز ثلاث درجات:

- **خلاف في الاجتهاد السريري المعتبر:** كاختيار بين علاجين مقبولين. يبدي التابع رأيه ويوثقه، ثم ينفذ قرار المسؤول؛ لأن الطاعة هنا من المعروف، ولأن تعدد الآراء المقبولة لا يجعل أحدها ضررًا.
- **شك معقول في خطر جسيم:** كجرعة غير مألوفة، أو موضع جراحي غير مؤكد. يسأل ويتحقق ويستعمل سلم الاعتراض، ولا ينفذ حتى يزول الشك أو يتحمل صاحب القرار المسؤولية بعد التحقق الموثق.
- **ضرر ظاهر أو مخالفة صريحة:** كتزوير سجل، أو إجراء بلا إذن، أو تجاوز صريح للامتياز. يمتنع ويصعد، ولا يعذر بالأمر.

CC BY-NC-ND 4.0

وتطبيق ذلك على المناصرة التمريضية ورفض الأمر غير الآمن في الفصل 16، المبحث ثانيًا (2-1) والحالة الأولى.

وحدود الطاعة تقابلها حدود السلطة: فمن يأمر بما لا يملك، أو يعاقب على اعتراض مشروع، فقد خرج عن ولايته. وتفصيل مسؤولية رئيس الفريق عن توجيه معاونيه والرقابة عليهم في الفصل 10، المبحث ثالثًا.



شكل: درجات الطاعة المهنية الثلاث: متى ينفّذ التابع، ومتى يتحقق، ومتى يمتنع ويصعّد.

2-4 العدالة وعدم التمييز داخل الفريق

والعدالة داخل الفريق ليست شعارًا يُرفع؛ فتوزيع المناوبات وفرص التدريب والترقيات هو الذي يحدد مسار الناس المهني.

ومن علامات الخلل: أن يُحمَّل الأكفأ أكثر لأنه لا يعتذر؛ وأن توزع المناوبات الثقيلة على فئة بعينها؛ وأن تُمنح فرص التدريب لمن يقرب من الإدارة؛ وأن يُقيَّم الناس بمعايير غير معلنة؛ وأن يعامل الممارس بحسب جنسيته أو جنسه أو مهنته، لا بحسب عمله.

والمحاباة في التدريب أو التقييم خيانة للأمانة وظلم لمن استحق. وأثرها لا يقف عند المتضرر، بل يتجاوزه إلى المنظومة كلها؛ إذ تعلّم الناس أن الطريق هو القرب لا الكفاءة. والعلاج بالتصميم: معايير معلنة قبل المفاضلة، وتوثيق أسباب الاختيار، ولجنة لا ينفرد فيها ذو صلة، ومسار تظلم فعّال. وتفصيل عدالة التقييم والتدريب من جهة حق الممارس في الفصل 12، المبحث ثانيًا، وعدالة التقييم في برامج التدريب في الفصل 15، المبحث ثانيًا (2-5)، ودور المدير في الفصل 17.

2-5 الزمالة والإبلاغ المسؤول عن الزميل

الزمالة تحمي من التشهير وتضمن عدالة المراجعة، ولكنها لا تشتري الصمت عن خطر. وعلى هذه العبارة يدور هذا المطلب كله.

وأول ما يجب ضبطه: متى تكفي النصيحة السرية، ومتى يلزم البلاغ الرسمي؟ والفرق ليس في حجم الخطأ وحده، وإنما في عناصر مجتمعة:

جدول: النصيحة السرية والبلاغ الرسمي

CC BY-NC-ND 4.0

العنصر	تكفي فيه النصيحة السرية	يلزم فيه البلاغ الرسمي
درجة الخطر	هفوة محدودة منخفضة الخطر	خطر وشيك أو جسيم على مريض
التكرار	واقعة عارضة	نمط متكرر يدل على قصور
القابلية للتصحيح	قابلة للتصحيح فورًا	رفض التصحيح أو إنكار الوقائع
حدود الصلاحية	ضمن الاختصاص والامتياز	عمل خارج الترخيص أو الامتياز
تأثر الحكم	لا مؤشر على تأثر القدرة	اشتباه تأثر بمرض أو مادة أو إرهاق
نزاهة السجل	لا مساس بالتوثيق	تزوير سجل أو إخفاء واقعة
السلوك	خلاف في الأسلوب	تحرش أو عنف أو استغلال سلطة

فإن كان المسؤول المباشر جزءًا من المشكلة، أو لم يتخذ إجراءً كافيًا، فصعّد البلاغ إلى القناة الأعلى أو الجهة المختصة. فالتسلسل أداة لحماية المريض، لا حاجز يُحتمى به.

وأما صياغة البلاغ فتقوم على قاعدة واحدة: أن يصف الوقائع لا النيات. فيجيب عن أربعة أسئلة: ماذا شوهد؟ ومتى؟ وما أثره أو احتماله؟ وما الإجراء العاجل لحماية المرضى؟ ولا يقول: «أظنه مهملًا» ولا «يبدو أنه يتعاطى»؛ فهذه ظنون لا وقائع.

ولا يُشترط في المبلّغ أن يجري تحقيقًا خاصًا أو يثبت التشخيص؛ بل يكفي اعتقاد مهني معقول يُرفع إلى من يملك التحقق. واشتراط اليقين على المبلّغ يعني في الواقع ألا يبلّغ أحد.

ويُستحسن، متى كان ذلك آمنًا ولا يؤخر الحماية، أن تُخبر الزميل بما لاحظت وتتيح له أن يطلب المساعدة؛ فذلك أرفق به وأقرب إلى الإصلاح. ولكن المواجهة ليست شرطًا إذا خيف إتلاف دليل أو انتقام أو استمرار خطر، أو كانت علاقة السلطة تمنع الحوار الآمن.

وللممارس المشكو في حقه حقوق موازية لا تهدر بحجة حماية المريض: أن يعرف جوهر القلق بالقدر الذي لا يفسد التحقيق؛ وأن يتاح له الرد؛ وأن يكون التقييم محايدًا؛ وأن تصان السرية بقاعدة الحاجة إلى المعرفة؛ وألا تتخذ الشائعة عقوبة.

الأصل: لا إفصاح إلا بإذن. والاستثناء ليس متروكًا لتقدير الممارس الشخصي، بل له ثلاثة مسوغات لا رابع لها: إذن صحيح من صاحب الصفة (وتفصيل شروط الإذن وأهلية الآذن في الفصل الخامس)، أو نصٌّ نظامي يوجب أو يجيز، أو ضرورة تدفع خطرًا محققًا.

وأما البلاغ المجهول فيفيد في فتح باب الخطر، ولكنه يصعّب التحقق والمتابعة، ويمنع طلب الاستيضاح. ولذلك تُفضَّل القناة السرية الموثوقة متى أمكن، وهي التي تعرف فيها الجهة هوية المبلّغ، ولا يعرفها من يُبلَّغ عنه.

ويقرر أخيرًا معيار مؤسسي كاشف: أن الخدمة التي لم تتلق بلاغًا واحدًا في عام ليست خدمة بلا مشكلات؛ بل هي غالبًا خدمة لا يثق بها أحد.

CC BY-NC-ND 4.0

2-6 الثقافة العادلة وحماية المبلّغ: خلاصة وإحالة

تقوم الثقافة العادلة على التفريق بين الخطأ البشري غير المقصود، والسلوك المجازف، والسلوك المتهور أو المتعمد، ثم على مناسبة الاستجابة لكل منها؛ فلا يصير شعار «لا لوم» حصانة من الإهمال الجسيم، ولا تصير المساءلة عقابًا يمنع الإبلاغ. وتفصيلها في الفصل 11، المبحث ثانيًا.

وللمبلّغ حسن النية حق الحماية من الانتقام المباشر وغير المباشر: خفض التقييم، وتغيير المناوبات، والحرمان من فرصة تدريب. ويقابل ذلك مساءلة البلاغ الكيدي؛ فحماية المبلّغ لا تعني إعفاءه من مسؤولية بلاغ يعلم كذبه. وتفصيل حقوق المبلّغ ونطاق نظام حماية المبلّغين في الفصل 12، المبحثين ثانيًا ورابعًا.

ويغلق التعلم حلقته بإخبار المبلّغ بمآل بلاغه؛ فالإبلاغ الذي لا يُرى له أثر ينطفئ من تلقاء نفسه.

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 الأصول والمقاصد

ينتظم عمل الفريق تحت المقاصد الخمسة: حفظ النفس بمنع الخطأ وإيصال المعلومة؛ وحفظ العقل بحماية بيئة العمل والتعلم من الترهيب؛ وحفظ العرض بمنع السخرية والتحرش والتشهير؛ وحفظ المال بعدم إهدار الموارد والمحاباة؛ وحفظ الدين بأداء الأمانة والعدل.

قال تعالى: ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَن تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَىٰ أَهْلِهَا وَإِذَا حَكَمْتُم بَيْنَ النَّاسِ أَن تَحْكُمُوا بِالْعَدْلِ﴾ [النساء: 58]؛ وقال: ﴿وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ﴾ [المائدة: 2]. فالتعاون أصل عمل الفريق، وهو مقيد بالبر؛ فلا يكون التضامن المهني تعاونًا على كتمان ضرر.

وتنزل القواعد الكلية هنا تنزيلًا خاصًا: «الضرر يزال» توجب دفع خطر المريض ولو كان مصدره زميلًا؛ و«اليقين لا يزول بالشك» تمنع الإدانة بالشائعة، ولا تمنع احتياطًا مؤقتًا متناسبًا عند قرائن خطر؛ و«الأمور بمقاصدها» تميز المبلّغ المصلح من المتشفي، والساتر الرحيم من المتواطئ. وتحرير هذه القواعد وحدود الاستدلال بها في الفصل 2، المبحث خامسًا.

3-2 الطاعة في المعروف: حدود التسلسل المهني

الأصل الحاكم في هذا الباب قوله ﷺ: «لا طاعة في معصية الله، إنما الطاعة في المعروف»، وقد قاله في أمير أمر أصحابه بدخول نار أوقدها [16]. ويستفاد منه ثلاثة أصول:

الأول: أن طاعة صاحب الولاية في المعروف واجبة؛ فالنظام المهني والتسلسل الإداري من المعروف الذي تقوم به مصالح المرضى. فلا يسوغ لعضو أن يعطل قرار المسؤول لمجرد مخالفته رأيه في مسألة اجتهادية معتبرة.

والثاني: أن الطاعة تسقط فيما هو ضرر أو معصية. والإضرار بالمريض، وتزوير السجل، وإجراء ما لا يحسنه المرء، كلها من هذا الباب. فمن نفذ ذلك محتجًا بالأمر لم يعذر، كما لم يكن دخول النار طاعة.

CC BY-NC-ND 4.0

والثالث: أن الواقعة رُفعت بعدُ إلى رسول الله ﷺ فحسمها. وفي ذلك أصل في أن يكون الامتناع مصحوبًا بالرفع إلى صاحب الولاية الأعلى، لا بالتمرد أو التشهير.

ويشهد له حديث «من رأى منكم منكرًا فليغيره بيده، فإن لم يستطع فبلسانه، فإن لم يستطع فبقلبه» [17]. ففيه أن الواجب يتدرج بالقدرة والصلاحية: فليس على المقيم ما على الاستشاري، وليس على الاستشاري ما على المدير. وأدنى ما يجب على من لا يملك الإيقاف أن يبلّغ من يملكه. وحديث «الدين النصيحة» يجمع بين إرادة الخير وصدق البيان [18]؛ فالاعتراض المهني نصيحة لصاحب القرار قبل أن يكون خصومة له.

ويقابل ذلك واجب على صاحب الولاية: أن يتصرف بالمصلحة، وأن يستمع لمن نبهه، ولا يعاقب على اعتراض مشروع؛ فمن عاقب على النصيحة فقد أفسد ما ولي عليه.

3-3 حفظ العرض: السخرية والتنمر والتحرش

قال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا يَسْخَرْ قَوْمٌ مِّن قَوْمٍ عَسَىٰ أَن يَكُونُوا خَيْرًا مِّنْهُمْ﴾ [الحجرات: 11]؛ وقال: ﴿وَلَا تَجَسَّسُوا وَلَا يَغْتَب بَّعْضُكُم بَعْضًا﴾ [الحجرات: 12]. وقال ﷺ: «المسلم أخو المسلم، لا يظلمه ولا يسلمه» [19].

والتنمر يجمع السخرية المنهي عنها والظلم؛ فهو استعمال للقوة في إيذاء من لا يقدر على دفعه. ويزيد إثمه إذا كان المتنمر صاحب ولاية؛ لأنه يستعمل الأمانة التي ائتمن عليها في غير موضعها. وتصحيح الخطأ لا يحتاج إلى تحقير؛ فالنصيحة سرًّا والتعيير علنًا بابان مختلفان.

والتحرش أشد؛ لأنه اعتداء على العرض، ويقترن غالبًا باستغلال سلطة. والأصل فيه تحريم كل ما يخدش الحياء أو يمس العرض بقول أو فعل أو إشارة. ومن صور سد الذريعة إليه في بيئة العمل: ضبط الخلوة، ووضوح حدود التواصل الرقمي بين الزملاء، وعدم استعمال السلطة الإدارية في غير غرضها.

وفي المقابل يحفظ العرض للمشكو في حقه؛ فإشاعة الاتهام قبل التثبت من الغيبة والبهتان المحرمين، والشائعة لا تتخذ دليلًا. قال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِن جَاءَكُمْ فَاسِقٌ بِنَبَإٍ فَتَبَيَّنُوا﴾ [الحجرات: 6].

3-4 الستر المنضبط وحدوده

هذا المطلب مفتاح المسألة في السياق الإسلامي؛ إذ يستعمل الستر كثيرًا في غير موضعه فيصبح تواطؤًا.

والستر المحمود يصون الكرامة ويمنع نشر الهفوة، وقد جاء في فضله: «ومن ستر مسلمًا ستره الله يوم القيامة» [19]. لكنه لا يعطل إزالة ضرر متعدٍّ؛ فالستر المشروع في حق يخص صاحبه، والخطر هنا يقع على ثالث لم يأذن ولا يعلم هو المريض.

ويجمع حديث «انصر أخاك ظالمًا أو مظلومًا» الطرفين: فلما سئل ﷺ كيف ينصر ظالمًا قال: «تأخذ فوق يديه» [20]. فنصرة الزميل الذي يخطئ في حق المرضى هي منعه، لا التغطية عليه.

ويضبط الستر بأربعة قيود:

- أن يبدأ بالنصح والتثبت حين يأمن المريض؛ فإن كان المريض في خطر قدّم دفع الخطر على النصح.

CC BY-NC-ND 4.0

- أن ينتقل إلى الجهة المخولة إذا استمر الخطر أو تكرر أو رفض صاحبه الإصلاح.
- أن يكون الإفشاء بقدر الحاجة ولمن يملك التحقق، لا نشرًا بين الزملاء.
- أن يجمع بين حماية المرضى ورحمة الزميل وعدالة الإجراء؛ فليست الغاية إيقاع العقوبة.

ويقرر فرق دقيق: بين الستر، وهو ألا تشيع الهفوة؛ والكتمان، وهو ألا تبلغ الجهة المخولة. فالأول محمود، والثاني محرم إذا استمر الخطر. ومن أبلغ الجهة المختصة ولم يشع بين الناس فقد ستر وأبلغ معًا، وهذا هو الجمع الصحيح.

3-5 الكفاءة والضمان وتوزيع المسؤولية: خلاصة وإحالة

تجمع الكفاءة المهنية بين القوة والأمانة؛ قال تعالى: ﴿إِنَّ خَيْرَ مَنِ اسْتَأْجَرْتَ الْقَوِيُّ الْأَمِينُ﴾ [القصص: 26]. وفي حديث «من تطبب ولا يعلم منه طب فهو ضامن» [21] أصل في منع التقدم إلى ما لا يحسنه المرء. ولا يلزم من تعثر ممارس الحكم عليه بالخيانة؛ لكن الأمانة توجب عليه الاعتراف بحده، وطلب الاستشارة، وعدم مباشرة ما يتجاوز قدرته. فالملام ليس من عجز، بل من عجز وكتم.

وقد قرر القرار 142 (8/15) أن كل عضو في الفريق الطبي يسأل عن خطئه، وأن رئيس الفريق يسأل تضامنيًا عن فعل معاونيه إذا أخطأ في توجيههم أو قصر في الرقابة عليهم، وأن المؤسسة الصحية تسأل عن تقصيرها [22]. فالعمل الجماعي لا يذيب المسؤولية الفردية، والقيادة ليست لقبًا بلا تبعة. وتفصيل القرار وتوزيع الضمان في الفصل 10، المبحث ثالثًا.

وقرر القرار 79 (10/8) أن الأصل حظر إفشاء السر، وأن إفشاءه بدون مقتضٍ معتبر موجب للمؤاخذة [23]؛ فتشارك المعلومة داخل الفريق بقدر الحاجة العلاجية، ولا يتذرع بالسر لإخفاء خطر متعدٍّ عن الجهة المخولة (انظر الفصل 7، المبحث ثالثًا). ودعا مشروع القرار 223 (7/23) إلى تشجيع المطلعين على الأخطاء على التبليغ عنها مع حمايتهم من المضايقات والأضرار [24] (انظر الفصل 11، المبحث ثالثًا).

3-6 ميزان فقهي عملي

جدول: الواقعة والقاعدة والحكم التشغيلي

الواقعة	القاعدة أو المقصد	الحكم التشغيلي
أمر في مسألة اجتهادية معتبرة	الطاعة في المعروف	يبدي رأيه ويوثقه ثم ينفذ
أمر يغلب على الظن ضرره الجسيم	لا طاعة في معصية؛ حفظ النفس	يتوقف ويتحقق ويصعد
خطر وشيك يراه عضو أقل رتبة	التغيير بحسب القدرة	ينبه ويصعد بحسب صلاحيته
هفوة محدودة بلا أثر متعدٍّ	النصيحة والستر	تصحح سرًّا وتتابع
خطأ مؤثر أو متكرر	الضرر يزال؛ نصرة الظالم بمنعه	يوثق ويبلّغ للجهة المختصة
شائعة عن زميل	التثبت وحفظ العرض	لا تنشر، وتراجع الوقائع إن

CC BY-NC-ND 4.0

الواقعة	القاعدة أو المقصد	الحكم التشغيلي
		لزم
تعثر بسبب مرض أو إرهاق	رفع الحرج ودفع الضرر معًا	تقييم ودعم وقيود مؤقتة لا وصم
سخرية أو إذلال متكرر	تحريم السخرية والظلم	يوقف ويعالج بمسار سلوكي ومساءلة
تحرش أو استغلال سلطة	حفظ العرض وسد الذريعة	حماية وتحقيق مستقل ومساءلة
بلاغ كيدي	حرمة البهتان	مساءلة المبلّغ مع بقاء حماية حسن النية

خلاصة فقهية: الطاعة في المعروف واجبة، ولا طاعة في ضرر؛ والستر خلق محمود في حق يخص صاحبه، ولا يستعمل غطاءً لضرر يقع على ثالث غائب. فمن أبلغ الجهة المختصة ولم يشع فقد جمع بين الستر والنصح، ومن كتم مع استمرار الخطر فقد شارك فيه.

رابعًا: الركن النظامي

4-1 نظام مزاولة المهن الصحية: العلاقات بين الممارسين والكفاءة

صدر النظام بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ (6/12/2005م)، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (276) وتاريخ 3/11/1426هـ [25]. وأخص مواده بهذا الفصل المادة الرابعة والعشرون، ونصها:

«يجب أن تقوم العلاقات بين الممارس الصحي وغيره من الممارسين الصحيين على أساس من التعاون والثقة المتبادلة. ويحظر على الممارس الصحي الكيد لزميله، أو الانتقاص من مكانته العلمية أو الأدبية أو ترديد الإشاعات التي تسيء إليه...» [26].

وهذه المادة هي السند النظامي المباشر لمواجهة التنمر بين الممارسين؛ فالانتقاص من الزميل وترديد الإشاعات عنه مخالفة مهنية منصوصة، لا مجرد سوء خلق. وهي في الوقت نفسه تحمي المشكو في حقه من التشهير قبل التحقق.

وتتصل بها في هذا الباب مواد أخرى:

- **المادة الثانية:** تشترط للترخيص، مع المؤهل والتدريب الإجباري، أن «تتوفر لديه اللياقة الصحية» [26]. فتقييم اللياقة عند الشك واجب مؤسسي لا تدخل في الخصوصية.
- **المادة الخامسة:** يزاول الممارس مهنته «لمصلحة الفرد والمجتمع في نطاق احترام حق الإنسان في الحياة وسلامته وكرامته» [26].
- **المادة التاسعة:** «لا يجوز للممارس -في غير حالة الضرورة- أن يقوم بعمل يجاوز اختصاصه، أو إمكاناته» [26].

CC BY-NC-ND 4.0

- **المادة السابعة والعشرون:** تعد من صور الخطأ المهني «التقصير في الرقابة والإشراف»، و«عدم استشارة من تستدعي حالة المريض الاستعانة به» [26]. فلا يتبرأ المشرف بالإسناد، ولا يعد طلب الاستشارة نقصًا بل واجبًا.
- **المادة الثامنة والعشرون:** تعاقب من زاول المهنة دون ترخيص [26].

وفي الإصدار الذي نشرته الهيئة السعودية للتخصصات الصحية للنظام ولائحته، يلزم البند (2-8) من اللائحة الممارس «بالعمل وفقًا لجدول الصلاحيات والامتيازات الإكلينيكية المعتمدة من المؤسسة الصحية» [26]. فالعمل خارج الامتياز مخالفة منصوصة، والتكليف به من المشرف مخالفة أخرى.

ويستفاد من مجموع ذلك حد مهم: أن الزميل لا يملك منفردًا سحب ترخيص ولا إصدار تشخيص؛ لكنه يملك، وقد يجب عليه، وقف ما يدخل في صلاحيته من السلامة، ورفع الوقائع إلى صاحب الاختصاص. وأي تقييد احترازي يكون متناسبًا مؤقتًا موثقًا، مع حق الرد وشرط عودة واضح. وتفصيل المواد 26–31 في المسؤولية في الفصل 10، المبحث رابعًا.

4-2 نظام العمل: الكرامة وتكافؤ الفرص

صدر نظام العمل بالمرسوم الملكي رقم (م/51) وتاريخ 23/8/1426هـ. وتوجب المادة الحادية والستون على صاحب العمل أن يمتنع عن كل قول أو فعل يمس كرامة العمال ودينهم [27].

وأضافت تعديلات المرسوم الملكي رقم (م/44) وتاريخ 8/2/1446هـ، الصادرة بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (117) وتاريخ 2/2/1446هـ، والنافذة بعد مئة وثمانين يومًا من نشرها [28]، فقرة رابعة إلى المادة نفسها، نصها أن يمتنع صاحب العمل:

> «عن القيام بكل ما من شأنه إبطال أو إضعاف تطبيق تكافؤ الفرص أو المعاملة في الاستخدام والمهنة، سواء من خلال الاستبعاد أو التفريق أو التفضيل بين المتقدمين للعمل أو العاملين لديه على أساس العرق أو اللون أو الجنس أو السن أو الإعاقة أو الحالة الاجتماعية أو أي شكل من أشكال التمييز الأخرى» [27، 28].

واعتمد مجلس الوزراء السياسة الوطنية لتشجيع تكافؤ الفرص والمساواة في المعاملة بالقرار رقم (416) وتاريخ 17/6/1444هـ [29]، وهي إطار وطني يعضد المعايير الشفافة في التوظيف والتدريب والترقية، ولا يغني عن مسار التظلم المختص.

ويطبق نظام العمل وفق نطاقه؛ أما الموظف العام فتحكمه أنظمة الخدمة المدنية والانضباط الوظيفي بحسب انطباقها. وهذا التمييز مهم عمليًا؛ فكثير من المطالبات تبنى على نص لا يسري على صاحبها (انظر الفصل 12، المبحث رابعًا).

4-3 نظام مكافحة جريمة التحرش في بيئة العمل الصحي

صدر نظام مكافحة جريمة التحرش بالمرسوم الملكي رقم (م/96) وتاريخ 16/9/1439هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (488) وتاريخ 14/9/1439هـ، وعدل بالمرسوم الملكي رقم (م/48) وتاريخ 1/6/1442هـ بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (296) وتاريخ 28/5/1442هـ [30]. ولأن هذا الفصل هو الفصل الأم للنظام في بيئة العمل الصحي، تبسط هنا أحكامه ذات الصلة.

التعريف. تعرّف المادة الأولى التحرش بأنه كل قول أو فعل أو إشارة ذات مدلول جنسي، تصدر من شخص تجاه أي شخص آخر، تمس جسده أو عرضه أو تخدش حياءه، بأي وسيلة كانت، بما

CC BY-NC-ND 4.0

في ذلك وسائل التقنية الحديثة [30]. فالرسائل النصية والصور والتعليقات في تطبيقات التواصل داخلة في التعريف.

السرية. توجب المادة الرابعة على كل من اطلع على حالة تحرش بحكم عمله المحافظة على سرية المعلومات، ولا تكشف هوية المجني عليه إلا في الحالات التي تتطلبها إجراءات الاستدلال أو التحقيق أو المحاكمة [30].

واجب الجهة. تلزم المادة الخامسة الجهات المعنية في القطاعين الحكومي والأهلي باتخاذ التدابير اللازمة للوقاية من التحرش ومكافحته في بيئة العمل، ومنها:

> «آلية تلقي الشكاوى داخل الجهة»، و«الإجراءات اللازمة للتأكد من صحة الشكاوى وجديتها وبما يحافظ على سريتها»، ونشر تلك التدابير وتعريف منسوبيها بها [30].

وتلزمها بمساءلة منسوبيها تأديبيًا عند مخالفة النظام، دون إخلال بحق المجني عليه في تقديم الشكوى إلى الجهات المختصة [30]. فالمسار التأديبي الداخلي لا يغني عن المسار الجزائي ولا يغلقه.

العقوبة والتشديد. تعاقب المادة السادسة بالسجن مدة لا تزيد على سنتين وبغرامة لا تزيد على مئة ألف ريال أو بإحداهما. وتشدد العقوبة إلى السجن مدة لا تزيد على خمس سنوات وغرامة لا تزيد على ثلاثمئة ألف ريال أو إحداهما في حالات، منها: أن تكون للجاني سلطة على المجني عليه، وأن تقع الجريمة في مكان عمل [30]. وهاتان الحالتان هما الغالب في بيئة العمل الصحي؛ ولذلك لا يصح أن تعامل شكوى من رئيس تجاه مرؤوس معاملة خلاف شخصي. وأضاف التعديل (م/48) فقرة تجيز أن يتضمن الحكم نشر ملخصه على نفقة المحكوم عليه، بحسب جسامة الجريمة وأثرها، بعد اكتسابه الصفة القطعية [30].

البلاغ الكيدي. تعاقب المادة السابعة المحرض والمتفق والمساعد، ومن شرع في الجريمة، ومن قدم بلاغًا كيديًا [30]. فالنظام يحمي المتضرر ويحمي المشكو في حقه من الكيد معًا.

ويستفاد من ذلك ضوابط إجرائية ملزمة للمنشأة: لا يجوز الضغط على المتضرر للتنازل؛ ولا التشهير بالمشكو في حقه قبل مسار عادل؛ ولا معالجة الشكوى بنقل المشتكي، فذلك يعاقب المتضرر ويبقي مصدر الخطر؛ ولا أن يحقق في الشكوى من له سلطة على أحد طرفيها أو صلة به. ولا يصح تسمية كل تنمر «تحرشًا»؛ فالتنمر غير الجنسي يعالج بالمادة 24 من نظام مزاولة المهن الصحية وبالأنظمة الوظيفية وسياسة المنشأة، ويسري نظام التحرش عند تحقق تعريفه.

4-4 السرية والتصوير والتواصل الرقمي داخل الفريق

صدر نظام حماية البيانات الشخصية بالمرسوم الملكي رقم (م/19) وتاريخ 9/2/1443هـ، وعدل بالمرسوم الملكي رقم (م/148) وتاريخ 5/9/1444هـ. ومن ضوابط مادته الثالثة والعشرين قصر حق الاطلاع على البيانات الصحية على أقل عدد ممكن من العاملين، وبالقدر اللازم لتقديم الخدمة الصحية [31]. فيشارك الفريق ما يلزم للرعاية، ولا توسع دائرة الوصول لمجرد الزمالة؛ فلا يفتح الممارس سجل زميل أو قريب بلا دور علاجي ولو حسنت نيته. وتفصيل السر والخصوصية في الفصل 7، المبحث رابعًا.

CC BY-NC-ND 4.0

وتعد المادة الثالثة من نظام مكافحة جـرائم المعلوماتيـة، الصـادر بالمرسـوم الملكي رقم (م/17) وتاريخ 8/3/1428هـ، من الأفعال المعـاقب عليهـا «التشـهير بـالآخرين، وإلحـاق الضـرر بهم، عـبر وسائل تقنيات المعلومات المختلفة» [32].

ويستفاد من ذلك حكم عملي مهم: لا يحل تصـوير مـريض أو شاشـة أو واقعـة نـزاع لجمـع «دليـل شخصي» خارج السياسة، ولا نشر واقعة إساءة في مجموعة القسم «ليعرف الجميـع». بـل توثـق الواقعة كتابةً ويطلب حفظ الدليل رسميًا. فمن صور واقعة ليحتفظ بها أو نشرها قد يجد نفسه هو المخالف.

4-5 حماية المبلّغين: خلاصة وإحالة

صدر نظام حماية المبلّغين والشهود والخبراء والضحايا، ونشـر في 20/8/1445هـ (1/3/2024م)، ونطاقه الجرائم الكبيرة الموجبة للتوقيف [33]. فلا يصح القول إن كل بلاغ جودة أو خلاف وظيفي أو شكوى تنمر يكتسب آليًا حمايته. والحماية الأوسع للبلاغات الداخلية تنص عليها سياسة المنشـأة وأنظمـة العمـل والانضـباط؛ وهـذه التفرقـة تحمي المبلّـغ من وعـد نظـامي غـير دقيـق، وتحفـز المؤسسة على بناء قناة داخليـة حقيقيـة. وتفصـيل النظـام ولائحتـه التنفيذيـة وأنـواع الحمايـة في الفصل 12، المبحث رابعًا.

4-6 خلاصة نظامية عملية

عند الواقعة تبدأ الأولوية بحمايـة المـريض، ثم حفـظ الأدلـة والسـرية، ثم تحديـد النص والسياسـة والجهة المختصة.

ولا يتهم شخص بجريمة أو خطأ مهني لمجرد بلاغ؛ فالمبلّغ يقدم وقائع، والمؤسسة تحقـق، والجهـة النظامية تكيّف.

وقد يتقاطع السلوك الواحد مع مسارات مختلفـة: سـلامة المرضـى، والـترخيص المهـني، والعمـل والموارد البشرية، والبيانات، والتحرش، أو مسار جزائي. ولكل منها إجراؤه وضماناته.

ولا يغلق صلح إداري حقًا نظاميًا لا يملك أطرافه إسقاطه؛ فبعض الحقوق للمجتمع لا للأفراد.

خامسًا: أدوات عملية

5-1 التسليم المنظم

- **شدة الحالة:** مستقر، أو يحتاج مراقبة، أو غير مستقر.
- **ملخص المريض:** التشخيص، وسبب الدخول، والمسار حتى الآن، والخطة.
- **قائمة المهام:** ما يجب فعله، ومتى، ومن المسؤول.
- **الوعي بالموقف وخطة الطوارئ:** ما الذي قد يتغير؟ وإن حدث كذا فافعل كذا.
- **تلخيص المستلم:** يعيد المستلم الخلاصة بعبارته، ويسأل حتى يطمئن [7].

ويسلم وجهًا لوجـه، ولا يسـلم أثنـاء الانصـراف، ولا يغـادر المسـلم قبـل أن يتحقـق من الفهم في الحالات الحرجة.

CC BY-NC-ND 4.0

5-2 سلّم الاعتراض الآمن

1. **اسأل:** «هل تسمح لي بالتأكد من...؟».
2. **صرّح بالقلق:** «أنا قلق من كذا»، «لست مرتاحًا»، «هذه مسألة سلامة».
3. **كرر مرتين:** فإن لم تلق استجابة كافية، اطلب التوقف حتى التحقق.
4. **أوقف ما في صلاحيتك:** لا تعط الدواء، ولا تبدأ الخطوة، واطلب وقفة تحقق.
5. **صعّد:** إلى رئيس الفريق أو القسم أو المسؤول المناوب، أو مباشرة إلى المسار المعلن عند الخطر الفوري.
6. **وثّق:** ما قلته، ولمن، ومتى، وما كان الرد [7].

وعلى الأقدم في المقابل: أن يتوقف ويستمع، ويشكر، ويجيب بالدليل، ويوثق القرار إن مضى فيه.



شكل: درجات سلّم الاعتراض الآمن الست بصيغها، من السؤال إلى التوثيق.

5-3 مسار التعامل مع التعثر في ست خطوات

1. **احمِ المريض أولًا:** أوقف الجزء غير الآمن ضمن صلاحيتك، وأمّن التغطية، واستدع المسؤول عند الخطر الوشيك.
2. **اجمع وقائع محددة:** ماذا شوهد؟ ومتى؟ وكم مرة؟ وما أثره؟ لا انطباعات ولا شائعات.
3. **ناقش الزميل بسرية:** أخبره بالملاحظة، وأتح له طلب المساعدة، متى كان ذلك آمنًا ولا يؤخر الحماية.

CC BY-NC-ND 4.0

4. **أحل إلى التقييم المناسب:** كفاءة أم لياقة صحية أم كلاهما؟ ولا يخلط بمسار تأديبي.
5. **ضع خطة استصلاح مكتوبة:** تدريب، وإشراف مؤقت، وحدود مهام، ومؤشرات نجاح، وموعد مراجعة.
6. **حدد شرط العودة:** دليل كفاءة ولياقة لا تعاطف؛ وترفع القيود عند زوال السبب فلا تبقى عقوبة دائمة.

وينتقل الأمر إلى المسار الرسمي في أربع حالات: الإخفاء، أو رفض التقييم، أو استمرار القصور الجسيم، أو تزوير السجل.



شكل: الخطوات الست مع الزميل المتعثر، والتمييز بين المتعثر وغير المؤهل للمهمة والمخالف.

5-4 عتبات الإبلاغ عن الزميل

- اسأل أولًا: هل ثمة مريض في خطر الآن؟ فإن كان فالحماية قبل كل شيء.
- صف الوقائع لا النيات: ماذا شوهد؟ ومتى؟ وما أثره أو احتماله؟
- لا تشترط على نفسك اليقين؛ يكفي اعتقاد مهني معقول يرفع إلى من يملك التحقق.
- أخبر الزميل متى كان آمنًا ولا يؤخر الحماية؛ ولا تفعل إن خيف إتلاف دليل أو انتقام.
- استعمل القناة الرسمية، ولا تشع بين الزملاء؛ فالإشاعة غيبة وإفساد للتحقيق معًا.
- صعّد إن كان المسؤول المباشر جزءًا من المشكلة أو لم يتخذ إجراءً كافيًا.
- وثق ما أبلغت به ومتى ولمن، واطلب أن تخبر بمآل بلاغك ولو بإجمال.

5-5 مسار شكوى التنمر والتحرش داخل المنشأة

1. **الاستقبال:** قناة معلنة سرية، مستقلة عن الرئيس المباشر حين يكون طرفًا، مع رقم للشكوى وموعد متوقع للرد.

CC BY-NC-ND 4.0

2. **الحماية المؤقتة:** فصل خطوط الإشراف والتقييم بين الطرفين عند الحاجة، دون نقل المشتكي أو المساس بمناوباته أو تقييمه.
3. **التحقيق:** جهة محايدة لا صلة لها بالطرفين، تسمع الطرفين والشهود، وتحفظ السرية وفق المادة الرابعة من نظام التحرش [30].
4. **التكييف:** خلاف مهني، أم تنمر يعالج بالمادة 24 والسياسة [26]، أم تحرش يسري عليه نظامه، أم جريمة أخرى.
5. **القرار:** إجراء متناسب: خطة سلوكية، أو إنذار، أو جزاء تأديبي، أو إحالة إلى الجهة المختصة، مع بيان حق المتضرر في الشكوى الخارجية.
6. **المتابعة:** مراقبة الانتقام بعد الإغلاق، وإخبار المشتكي بالنتيجة بقدر ما تسمح به السرية.

5-6 قائمة الجاهزية قبل المناوبة

- كم ساعة نمت في آخر أربع وعشرين ساعة؟
- هل آخذ دواءً يؤثر في اليقظة أو التركيز؟
- هل أمر بظرف شخصي يشغل ذهني عن العمل؟
- هل وقعت مني أخطاء صغيرة متكررة في المناوبات الأخيرة؟
- هل أستطيع قيادة سيارتي الآن بأمان؟ فإن كان الجواب لا، فأنا غالبًا غير جاهز لقرار دقيق.
- إن كان الجواب مقلقًا: أبلغ قائد المناوبة، واطلب تعديل المهام عالية الخطورة، ولا تعتمد على تقديرك وحدك.

5-7 تدرج فض النزاع داخل الفريق

1. حوار مباشر محترم بين الطرفين إن أمن ذلك.
2. وساطة زميل أقدم محايد لا علاقة له بالنزاع.
3. رفع إلى رئيس القسم مع وقائع موثقة.
4. إحالة إلى الموارد البشرية أو الجودة بحسب طبيعة المسألة.
5. استشارة أخلاقيات عند تعارض القيم أو غموض الصواب (انظر الفصل 13).
6. المسار النظامي المختص عند تحقق وصفه.

ويقفز عن التدرج كله عند الخطر الفوري على مريض؛ فالتدرج لحل النزاع لا لتأجيل الحماية.

5-8 الحد الأدنى للتوثيق

جدول: ما يثبت وأين يحفظ

الموقف	ما يثبت	أين يحفظ
واقعة سلامة	الوقائع والزمن والأثر والإجراء الفوري	نظام سلامة المرضى
تعثر ممارس	المؤشرات الموثقة، والتقييم، وخطة الاستصلاح، والمراجعة	ملف مهني سري منفصل عن السجل الطبي

CC BY-NC-ND 4.0

الموقف	ما يثبت	أين يحفظ
بلاغ عن زميل	ماذا شوهد ومتى وأثره، ومن أبلغ ووقته	قناة البلاغ الرسمية
شكوى تنمر أو تحرش	الوقائع بألفاظها وتواريخها ومن حضر، والأدلة المحفوظة رسميًا	جهة الشكاوى، بسرية
نزاع مهني	الوقائع بألفاظها ومن حضر وأثرها في الرعاية	ملف منفصل، ولا يقحم في سجل المريض
تقييد احترازي	السبب، ونطاق التقييد، ومدته، وحق الرد، وشرط العودة	قرار مكتوب معتمد
إبلاغ عن إرهاق	الوقت ولمن، والإجراء المؤقت المتخذ	سجل المناوبة والإدارة

وقاعدة جامعة: ما لا يوثق يقرأ عند المراجعة على أنه لم يقع؛ فالتوثيق يحمي المريض والمبلّغ والمشكو في حقه معًا.

5-9 مؤشرات قابلة للقياس

- نسبة البلاغات والتنبيهات من غير الأطباء؛ فتركزها في فئة واحدة علامة خلل.
- زمن الاستجابة للبلاغ والشكوى، ونسبة ما أغلق بإخبار صاحبه.
- عدد حالات التعثر التي عولجت بالاستصلاح مقابل ما أحيل مباشرة إلى التأديب، ونسبة العائدين إلى الممارسة الكاملة.
- نسبة اكتمال التسليم المنظم، ومعدل الأحداث المرتبطة بالتواصل.
- شكاوى التنمر والتحرش وما اتخذ فيها، وحالات الانتقام المرصودة بعدها.
- مؤشرات الاحتراق والدوران الوظيفي وساعات العمل خارج الدوام.

وينبه إلى مؤشر عكسي مضلل: انخفاض عدد البلاغات. فقد يعني تحسنًا، وقد يعني أن الناس توقفوا عن الإبلاغ؛ ويفرق بينهما بمقارنته بمؤشرات السلامة واستطلاعات ثقافة السلامة.

سادسًا: الحالات التطبيقية

تحلل الحالات الآتية بنموذج الأركان الأربعة بعد البوابات الخمس (انظر الفصل 4). وتغطي أربعة محاور من صميم الفصل: التسلسل وحدود الطاعة، والممارس المتعثر والإبلاغ عنه، والتنمر والسلامة النفسية، والتحرش ومسار الشكوى. وتليها مواقف متكررة يكفيها جواب مختصر.

الحالة الأولى: ممرضة العمليات توقف البدء والجراح يرفض وقفة التحقق

الوقائع. مريض في الخامسة والخمسين تحت التخدير العام لجراحة مجدولة في الركبة. وقبل الشق لاحظت ممرضة العمليات أن علامة الموضع غير ظاهرة، وأن نموذج الإذن يذكر «اليسرى»

CC BY-NC-ND 4.0

والقائمة تذكر «اليمنى». فطلبت وقفة تحقق، فرد عليها الجراح الاستشاري أمام الفريق: «فحصته بنفسي، أنا المسؤول، ابدئي». وطبيب التخدير صامت، والقائمة متأخرة ساعة.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: المريض مستقر تحت التخدير، والجراحة غير عاجلة. الأمن: لا خطر جسدي، ولكن ثمة ضغط سلطة على الممرضة. القدرة على القرار: المريض مخدر، وإذنه المكتوب هو المرجع. صاحب الصفة: الجراح صاحب القرار الجراحي، ولكن التحقق من الموضع مسؤولية مشتركة لكل الفريق بحكم السياسة. السؤال المطلوب تقريره: هل تمضي الممرضة بأمر الجراح، أم توقف البدء حتى يزول التعارض؟

الركن الطبي. الجراحة في الموضع الخطأ حدث جسيم لا يُتدارك. والتعارض بين الإذن والقائمة، مع غياب العلامة، خلل جوهري في السلامة، لا مسألة ذوق. ووقفة التحقق جزء من قائمة التحقق الجراحية التي ارتبط تطبيقها بانخفاض الوفيات والمضاعفات [8]. وهل يضر المريضَ تأخيرُ دقائق لمراجعة الإذن والصور والسجل؟ لا.

الركن الأخلاقي. هنا تتعارض قيمة احترام التسلسل مع حماية المريض. والاعتراض في هذا الموضع واجب مهني لا تمرد؛ ويجب أن يمضي في سلم الاعتراض: سؤال، ثم تصريح بالقلق، ثم تكرار، ثم إيقاف [7]. وصمت طبيب التخدير إخفاق مشترك؛ فالسلامة النفسية مسؤولية كل من في الغرفة. ورد الجراح على الممرضة أمام الفريق يعلّم الجميع أن يصمتوا في المرة القادمة.

الركن الفقهي. «إنما الطاعة في المعروف» [16]؛ والمضي في جراحة يحتمل أن تكون في غير موضعها ليس من المعروف مع قيام الشك. ومباشرة الشق مع التعارض إقدام على ما يغلب خطره، و«الضرر يزال». والتثبت واجب: ﴿فَتَبَيَّنُوا﴾. ولا يعذر من نفذ بالأمر وهو يعلم الخلل. وتدرج الواجب بالقدرة [17] يجعل على الممرضة ما تملكه: أن تمتنع عن تسليم الأداة وأن تبلّغ.

الركن النظامي. توجب الفقرة (أ) من المادة التاسعة أن «يستهدف العمل الطبي دائماً مصلحة المريض» [26]؛ والمضي مع تعارض قائم في موضع الجراحة لا يستقيم معها. وإجراء عمل طبي في غير ما أذن فيه المريض يمس شرط الإذن (انظر الفصل 5). وسياسة التحقق قبل الجراحة ملزمة لكل الفريق، ومخالفتها بأمر الجراح لا تعفي من نفذ. والرد المهين على الممرضة يمس المادة 24 [26].

القرار المهني الموزون. تكرر الممرضة قلقها بعبارة محددة لا تتضمن حكمًا على الجراح: «هذه مسألة سلامة، الإذن يذكر اليسرى، لا أستطيع المتابعة حتى نتحقق»، وتطلب وقفة تحقق كاملة يراجع فيها الفريق الإذن والسجل والصور، فإن أصر الجراح دون تحقق استدعت رئيس القسم أو مسؤول غرفة العمليات المناوب فورًا؛ ويقتصر التوقف على البدء حتى زوال التعارض، لا على إلغاء الجراحة؛ لأن التعارض خلل جوهري في السلامة، والتأخير لا يضر المريض، والضرر المحتمل لا يتدارك. واستُبعد المضي بأمر الجراح، لأنه طاعة في غير المعروف. ويُعاد النظر إذا ثبت من الإذن والصور والسجل أن الموضع صحيح والخطأ في القائمة، فيُصحَّح وتوضع العلامة وتمضي الجراحة، أو تعذر حسم التعارض، فتؤجل الجراحة ويُنهى التخدير، ولا تُستأنف إلا بعد تأكيد الموضع والإذن من المريض الواعي.

الدرس. من أمر بالبدء لا يملك أن يُسقط وقفة التحقق؛ فالطاعة في المعروف، ومن أوقف الخطوة عند شك جسيم فقد أدى واجبه.

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة الثانية: جراح تتكرر مضاعفاته والفريق يتهامس

الوقـائع. يلاحـظ فريـق التخـدير أن جراحًـا ذا خـبرة طويلـة ومكانـة في القسـم تكـررت عنـده مضاعفات في نوع محدد من العمليات خلال ستة أشهر، بمعدل يبدو أعلى من زملائـه. ولا شـكوى رسمية، وإنما حـديث يـدور في الممـرات. ورئيس فريـق التخـدير يـتردد في رفـع الأمـر خوفًـا من «إثارة المشكلات» مع جراح محترم، وقائمة الجراح التالية بعد يومين.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا مريض في خطر لحظي، لكن ثمة قائمة قريبة. الأمن: لا خطـر جسدي. القدرة على القرار: غير متعلقة بمريض بعينه. صاحب الصفة: قرار التقييم وتقييد الامتيـاز للجنة الامتيازات أو المدير الطبي، لا لفريق التخدير. السؤال المطلـوب تقريـره: هـل يرفـع الأمـر، وكيف، وماذا يحدث للقائمة القادمة؟

الركن الطبي. هذا مؤشر تعثر محتمل في مهمة بعينها، لا في الممارسـة كلهـا. والانطبـاع الـذي تصنعه مشاهدات متفرقة لا يكفي؛ فالمطلوب أرقام مضبوطة بشدة الحالات وتعقيدها. فإن أُهمـل الأمر استمر الضرر، وإن عومل بالاتهام قبل التثبت ظُلم الجراح وفسد المسار. وتركـز المطالبـات والشـكاوى في نسـبة صـغيرة من الممارسـين يجعـل الكشـف المبكـر عن النمـط ممكنًـا [11]. والبدائل: مراجعة نتائج منظمـة، ومراقبـة موجهـة، وتـدريب مسـتهدف، وإشـراف مـؤقت في هـذا الإجراء تحديدًا.

الركن الأخلاقي. الحديث في الممرات ليس زمالة، بل غيبة وإفساد للمسـار؛ فالزمالـة تقتضـي أن يُرفع الأمر لا أن يُشاع. والخـبرة الطويلـة والاحـترام لا يعفيـان من المراجعـة، بـل قـد يجعلانهـا أصعب فتؤجَّل. وللجراح حق في تقييم محايد، وفي معرفة جوهر القلق، وفي الرد. والغايـة إصـلاح لا إقصاء؛ فقد يكون السبب تقنية تحتاج إلى تحديث، أو مشكلة صحية.

الركن الفقهي. «الضرر يـزال»؛ و«اليقين لا يـزول بالشـك» فلا إدانـة بانطبـاع؛ والتثبت واجب بنص ﴿فَتَبَيَّنُوا﴾. ونصـرة الزميـل إن كـان مخطئًـا في حـق المرضـى أن «تأخـذ فـوق يديـه» [20]. والستر في حق يخص صاحبه؛ وهذا خطـر متعـدٍّ إلى مرضـى، فلا يسـتر عن الجهـة المخولـة. ومن أبلغ الجهة ولم يشع فقد جمع بين الستر والنصح. والإشاعة في الممرات غيبة محرمة ولو صدقت.

الركن النظامي. تعد المادة السابعة والعشرون التقصير في الرقابة والإشراف من صور الخطـأ المهني، ويلزم البند (2-8) من اللائحة بالعمل وفق الامتيازات المعتمدة [26]. وتحظـر المـادة 24 ترديد الإشاعات المسيئة للزميل [26]؛ فالطريق النظامي هو الرفع لا التداول. وأي تقييد احترازي يكون متناسبًا مؤقتًا موثقًا، مع حق الرد وخطة العودة.

القرار المهني الموزون. يوقف رئيس فريق التخدير الحديث في الممرات، ويرفع الأمر كتابـةً إلى المدير الطبي أو لجنة الامتيازات مقتصرًا على الوقائع والأرقام، وتُطلب مراجعة نتـائج منظمـة مضبوطة بشدة الحالات، ويُناقش الجراح بسرية ويُطلـع على المعطيـات ويُسـمع تفسـيره؛ ويقـرر المدير الطبي قبل القائمة إجراءً مؤقتًا متناسبًا في هذا الإجراء تحديدًا يُبلَّغ للجراح مسبقًا: مراجعة سريعة لحالاته الأخيرة، أو مشاركة زميل أقدم، أو تأجيل غير العاجل حـتى تكتمـل المراجعـة، دون إيقـاف كلي ولا مسـاس بسـمعته خـارج المسـار؛ لأن النمـط المحتمـل خطـر متعـدٍّ على مرضـى قادمين، والانطبـاع وحـده لا يكفي للحكم ولا للصـمت. ويُعـاد النظـر إذا فسـرت المراجعـة الفـرق بتعقيد الحالات، فيُغلق الأمر بتوثيق وإبلاغ الجراح، أو ثبت القصور، فتوضع خطـة استصـلاح، ويُقيَّـد الامتياز في هذا الإجراء مؤقتًـا أو يُشـرف عليـه زميـل حـتى تثبت الكفايـة، أو ظهـرت قـرائن تـأثر صحي، فيُحال إلى تقييم لياقة سري.

CC BY-NC-ND 4.0

الدرس. الحديث في الممرات لا يحمي مريضًا ولا ينصف زميلًا؛ والصواب أن يُرفع الأمر إلى من يملك التحقق، وأن يُستصلح الزميل لا أن يُقصى.

الحالة الثالثة: صيدلانية سريرية تكف عن التنبيه بعد سخرية متكررة

الوقائع. صيدلانية سريرية تشارك في جولات قسم الباطنة منذ عام. وتكررت سخرية أحد الاستشاريين من توصياتها أمام الفريق والمتدربين («هل صرت طبيبة؟»)، وتجاهل ملاحظاتها كتابةً. فكفّت شيئًا فشيئًا عن التنبيه في الجولات. وفي الأسبوع الماضي بقي دواء يومين بجرعة لا تناسب تدهور وظائف الكلى لدى مريض مسن، حتى اكتشفته ممرضة، ولم يظهر ضرر بعد. وأخبرت الصيدلانية مشرفتها أنها «لم تعد تجرؤ على الكلام».

البوابات. الاستقرار الإسعافي: المريض مستقر، وعدلت الجرعة، ويحتاج متابعة لوظائف الكلى. الأمن: لا خطر جسدي، لكن ثمة خطر على السلامة من صمت الفريق. القدرة على القرار: المريض قادر ويحق له الإفصاح عن الحادث وفق السياسة (انظر الفصل 8). صاحب الصفة: رئيس القسم في معالجة السلوك، وسلامة المرضى في تحليل الحادث. السؤال المطلوب تقريره: هل هذا خلاف مهني أم تنمر، وكيف يعالج بما يعيد التنبيه إلى الفريق؟

الركن الطبي. الحادث حادث دوائي وصل إلى المريض بلا ضرر ظاهر؛ وسببه الجذري ليس نقص المعرفة، بل غياب قناة التنبيه. فالصيدلي السريري طبقة حماية في مراجعة الجرعات، ومن أسكته أزال هذه الطبقة. وقد ربطت الأدبيات بين السلوك المُعطِّل وتراجع التواصل وسلامة المرضى [2، 3]. ويعالَج الحادث نفسه بمسار سلامة المرضى (انظر الفصل 11)، ويعالَج سببه هنا.

الركن الأخلاقي. السخرية المتكررة من عضو بسبب مهنته أمام الفريق تنمر لا صرامة؛ فهي تستهدف الشخص لا الفكرة، وتتكرر، وتستند إلى فارق السلطة. والخلاف في توصية دوائية مشروع، ولكن طريقه الدليل لا التحقير. وغياب السلامة النفسية هو الذي منع المعلومة الصحيحة من الوصول [1]. وللاستشاري حق في أن يُسمع ويعرف الوقائع، وقد لا يدرك أثر سلوكه.

الركن الفقهي. ﴿لَا يَسْخَرْ قَوْمٌ مِّن قَوْمٍ عَسَىٰ أَن يَكُونُوا خَيْرًا مِّنْهُمْ﴾ [الحجرات: 11]؛ فالسخرية محرمة، وتشتد حين تصد عن نصيحة يدفع بها ضرر عن مريض. و«الدين النصيحة» [18]؛ ومن أغلق باب النصيحة على نفسه فقد أضر بمن ولي رعايتهم. والطاعة لصاحب القرار في المعروف لا تعني إسكات من ينصحه. وحفظ عرض الاستشاري يقتضي أن يعالج الأمر بمسار عادل، لا بإشاعة.

الركن النظامي. توجب المادة 24 أن تقوم العلاقات بين الممارسين على التعاون والثقة، وتحظر الانتقاص من مكانة الزميل العلمية أو الأدبية [26]. فالسخرية المتكررة من توصيات زميلة مخالفة مهنية منصوصة. وتوجب المادة الحادية والستون من نظام العمل الامتناع عما يمس كرامة العامل، حيث يسري النظام [27]. ولا يدخل هذا السلوك في نظام التحرش؛ لأنه بلا مدلول جنسي.

القرار المهني الموزون. يُعالَج الحادث بمسار سلامة المرضى، ويُسجَّل غياب قناة التنبيه عاملًا مساهمًا، ويُفصح للمريض وفق السياسة، وتوثق الصيدلانية ومشرفتها وقائع السخرية وتواريخها وحضورها، ويلتقي رئيس القسم بالاستشاري بالوقائع وأثرها، ويتفق معه على خطة سلوكية مكتوبة متدرجة لا تبدأ بعقوبة، دون تشهير به، ولا مساس بتقييم الصيدلانية أو مشاركتها؛

CC BY-NC-ND 4.0

لأن السلوك المتكرر أغلق طبقة حماية دوائية وأدى إلى حادث وصل إلى مريض. واستُبعد نقل الصيدلانية، لأنه يعاقب المتضرر ويبقي السبب. ويُعاد النظر إذا تكرر السلوك أو ظهر انتقام منها، فيُحال إلى لجنة السلوك أو المسار التأديبي، أو ظهر أن الإشكال خلاف علمي متبادل حسن النية، فيُعالج بتوضيح أدوار الصيدلي في الجولات ومرجع حسم الخلاف الدوائي.

الدرس. التنمر مسألة سلامة لا ذوق؛ فمن أسكت عضوًا في الفريق أزال طبقة حماية، والعلاج أن تعود قناة التنبيه، لا أن يُنقل المتضرر.

الحالة الرابعة: شكوى تحرش يُقترح حلها بنقل المشتكية

الوقائع. فنية مختبر حديثة التعيين تتلقى منذ شهرين رسائل خاصة في الليل من رئيس الوحدة، فيها تعليقات على مظهرها وإيحاءات، مع تلميح إلى «تجديد عقدها». فأبلغت مشرفتها وأرتها الرسائل. فاقترحت المشرفة «حلًا هادئًا»: أن تُنقل الفنية إلى الفترة المسائية بعيدًا عنه، من غير شكوى رسمية «حفاظًا على سمعة الجميع». وعقد الفنية يُراجع بعد شهر.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا مريض في خطر. الأمن: خطر مستمر على المشتكية، وقرائن استغلال سلطة. القدرة على القرار: المشتكية قادرة، ولها أن تختار الشكوى الخارجية. صاحب الصفة: جهة الشكاوى المحددة بسياسة المنشأة وفق المادة الخامسة من النظام، لا المشرفة ولا المشكو في حقه. السؤال المطلوب تقريره: هل يجوز حل الشكوى بنقل المشتكية دون مسار رسمي؟

الركن الطبي. لا مريض مباشر هنا، ولكن بيئة العمل التي يستغل فيها الرئيس سلطته تضعف الأداء والانتباه والتبليغ، في وحدة تُبنى على نتائجها قرارات العلاج. والأثر النفسي على المشتكية حقيقي، وقد تحتاج إلى دعم سري.

الركن الأخلاقي. اقتراح النقل يعاقب المتضرر ويكافئ مصدر الإساءة، ويعلّم الجميع أن الشكوى يدفع ثمنها صاحبها. والربط بتجديد العقد يجعل الموافقة المزعومة غير حرة. وللمشكو في حقه حق في تحقيق عادل وفي سماع دفاعه، ولا يُشهَّر به قبل ذلك.

الركن الفقهي. التحرش اعتداء على العرض، ويشتد إثمه باستغلال الولاية؛ فمن ائتمن على مرؤوسيه استعمل أمانته في الإضرار بهم. و«المسلم أخو المسلم، لا يظلمه ولا يسلمه» [19]؛ وإسلام المشتكية بنقلها وترك الظالم على حاله من الخذلان. ونصرة المشكو في حقه إن ثبت عليه الظلم أن يمنع منه [20]. والتثبت واجب قبل الحكم، ولا يؤخذ بالظن.

الركن النظامي. الرسائل ذات الإيحاء الجنسي داخلة في تعريف التحرش بأي وسيلة، بما فيها التقنية الحديثة [30]. وتلزم المادة الخامسة المنشأة بآلية لتلقي الشكاوى والتحقق منها بسرية، وبمساءلة منسوبيها تأديبيًا، دون إخلال بحق المجني عليها في الشكوى إلى الجهات المختصة [30]. وسلطة الجاني ووقوع الفعل في سياق العمل من حالات التشديد في المادة السادسة [30]. والمادة الرابعة توجب سرية هوية المجني عليها [30]. وأي إجراء في عقدها مرتبط بالشكوى يعد انتقامًا.

القرار المهني الموزون. ترفض المشرفة «الحل الهادئ»، وتحيل الشكوى إلى جهة الشكاوى المختصة كتابةً، وتُحفظ الرسائل رسميًا ولا تُتداول خارج جهة التحقيق، وتُفصل خطوط الإشراف والتقييم بين الطرفين مؤقتًا، ويُجمَّد أي قرار في عقد الفنية حتى انتهاء التحقيق، ويُضمن استقلاله عن رئيس الوحدة ويُمنع الانتقام، وتُبلَّغ الفنية بحقها في الشكوى إلى الجهات المختصة وبالدعم

CC BY-NC-ND 4.0

النفسي السري، ولا يُشهَّر بالمشكو في حقه، ويُسمع دفاعه قبل أي قرار؛ لأن النظام يلزم بمسار رسمي سري، والنقل يعاقب المتضرر ويبقي الخطر، والربط بالعقد قرينة استغلال سلطة. ويُعاد النظر إذا ثبت التحرش، فيُتخذ الجزاء التأديبي، وتُحال الواقعة إلى الجهة المختصة بحسب اختيار المتضررة وما يوجبه النظام، أو لم يثبت، فتُحفظ الشكوى دون مساس بالمشتكية، أو ثبت أن البلاغ كيدي، فتُعامل وفق المادة السابعة.

الدرس. لا تحل شكوى التحرش بنقل المشتكية؛ فالنظام يلزم بمسار رسمي سري يحمي المتضرر ويسمع المشكو في حقه.

مواقف متكررة

زميل يبدو غير جاهز في مناوبة ويرفض أن يبلّغ أحد. الجاهزية حال متغيرة تُقاس بهذه المناوبة لا بالكفاءة العامة؛ فإذا اقترن الإرهاق بأخطاء واقعة انتقل الأمر من النصيحة إلى التصعيد. فيُبلَّغ قائد المناوبة فورًا من غير انتظار إذن الزميل، وتُؤمَّن تغطية بديلة، ويُعفى من المهام عالية الخطورة، وتُراجع الأخطاء الواقعة، ثم يُراجع الجدول مؤسسيًا. وضابطه: رفض الزميل لا يُسقط الواجب؛ لأن الحق هنا للمرضى لا له (انظر الفصل 12، المبحث أولًا).

تسليم متعجل في نهاية مناوبة مرهقة. زميل منصرف يريد أن يسلّم عشرة مرضى في دقيقتين عبر الهاتف: «كلهم مستقرون». والجواب: يطلب المستلم تسليمًا منظمًا للحالات غير المستقرة أو المحتاجة إلى مراقبة على الأقل، ويسأل عن خطة الطوارئ لكل منها، ويلخص بعبارته، ويوثق ما لم يُسلَّم. وضابطه: من تسلّم مريضًا صار مسؤولًا عنه، والتسليم الناقص خطر لا مجاملة [6، 7].

بلاغ ضد زميل منافس، بلا وقائع محددة وفي توقيت مريب. التوقيت قرينة لا دليل؛ فلا يُهمل البلاغ لسوء الظن بصاحبه، ولا يُقبل بلا بينة. وإنما تُطلب وقائع محددة، ويُلزم المبلّغ بالإفصاح عن تنافسه، وتفحص الأمر جهة مستقلة، ولا يُوقف ترشيح ولا يُشهَّر بأحد قبل ثبوت شيء. وضابطه: حماية المبلّغ لحسن النية لا للكيد، والكيد إن ثبت مخالفة مستقلة.

تصوير إساءة علنية ونشرها في مجموعة القسم. يهين استشاري ممرضة أمام المرضى، فيصور زميل الواقعة ويعرض أن يرسلها في مجموعة القسم «ليعرف الجميع». والجواب: يُمنع النشر، وتُوثق الواقعة كتابةً بألفاظها ومن حضرها، وتُرفع بالقناة الرسمية مع دعم الممرضة. وضابطه: نصرة المظلوم تكون بسبيل مشروع لا بتشهير، والنشر قد يقع تحت نظام مكافحة جرائم المعلوماتية ونظام حماية البيانات إن ظهر فيه مريض [31، 32]. وتفصيل الصور السريرية في مجموعات التواصل في الفصل 7، الحالة الرابعة.

رئيس يطلب توقيع تقارير لإجراءات لم تجر. يلاحظ أخصائي أن رئيس قسمه يوقع تقارير لإجراءات لم تُنفذ، ويطلب منه أن يوقعها أيضًا، وهو يخشى أثر الرفض في تقييمه. والجواب: يمتنع عن التوقيع، ويوثق الوقائع بتواريخها من غير تصوير غير مأذون، ويصعّد مباشرة إلى جهة النزاهة أو المدير الطبي لأن المسؤول المباشر طرف، ويطلب الحماية من الانتقام صراحة. وضابطه: لا طاعة في معصية، وتوثيق ما لم يقع شهادة زور [16]. وتفصيل تحريف السجل وحماية المبلّغة في الفصل 12، الحالة الأولى، والتعديل اللاحق للملف في الفصل 10، الحالة الثالثة.

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

CC BY-NC-ND 4.0

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
ممرضة العمليات توقف البدء والجراح يرفض وقفة التحقق	تكرر قلقها بعبارة محددة وتطلب وقفة تحقق كاملة، فإن أصر الجراح دون تحقق استدعت رئيس القسم أو مسؤول العمليات المناوب؛ ويقتصر التوقف على البدء	التعارض خلل جوهري في السلامة، والتأخير لا يضر المريض، والضرر المحتمل لا يتدارك، والمضي بالأمر طاعة في غير المعروف	ثبت أن الموضع صحيح والخطأ في القائمة فتمضي الجراحة، أو تعذر حسم التعارض فتؤجل ويُنهى التخدير
جراح تتكرر مضاعفاته والفريق يتهامس	يرفع رئيس فريق التخدير الوقائع والأرقام كتابةً، وتُطلب مراجعة نتائج مضبوطة بشدة الحالات، ويُسمع الجراح، ويُقرَّر قبل القائمة إجراء مؤقت متناسب دون إيقاف كلي	النمط المحتمل خطر متعدٍّ على مرضى قادمين، والانطباع وحده لا يكفي للحكم ولا للصمت	فسرت المراجعة الفرق بتعقيد الحالات فيُغلق الأمر، أو ثبت القصور فخطة استصلاح وتقييد مؤقت، أو ظهرت قرائن تأثر صحي فتقييم لياقة سري
صيدلانية سريرية تكف عن التنبيه بعد سخرية متكررة	يُعالَج الحادث بمسار سلامة المرضى، وتوثَّق وقائع السخرية، ويتفق رئيس القسم مع الاستشاري على خطة سلوكية مكتوبة متدرجة، دون مساس بتقييم الصيدلانية ولا نقلها	السلوك المتكرر أغلق طبقة حماية دوائية وأدى إلى حادث وصل إلى مريض، ونقلها يعاقب المتضرر ويبقي السبب	تكرر السلوك أو ظهر انتقام فيُحال إلى لجنة السلوك أو المسار التأديبي، أو ظهر أنه خلاف علمي متبادل فتُوصَّح الأدوار
شكوى تحرش يُقترح حلها بنقل المشتكية	تُحال الشكوى كتابةً إلى جهة الشكاوى، وتُحفظ الرسائل رسميًا، وتُفصل خطوط الإشراف والتقييم، ويُجمَّد قرار العقد، ويُمنع الانتقام،	النظام يلزم بمسار رسمي سري، والنقل يعاقب المتضرر ويبقي الخطر، والربط بالعقد قرينة استغلال سلطة	ثبت التحرش فالجزاء والإحالة، أو لم يثبت فتُحفظ الشكوى دون مساس بالمشتكية، أو ثبت أن البلاغ كيدي فوفق المادة السابعة

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
	ويُسمع دفاع المشكو في حقه		

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. أكثر ما يحمي المريض أو يؤذيه في الطب الحديث واقع في الوصلات بين الناس: التسليم، والاعتراض، والاستشارة. وقد ارتبط التسليم المنظم بانخفاض الأخطاء 23% والأحداث الضارة القابلة للمنع 30% [6].
2. السلامة النفسية شرط معرفي لجودة المعلومة، لا ترف إنساني؛ والسلوك المُعطِّل والتنمر يمسان السلامة قبل الرضا [1–3].
3. الطاعة المهنية واجبة في المعروف وتسقط في الضرر: يطاع صاحب القرار في الاجتهاد المعتبر، ويتوقف عند الشك الجسيم، ويمتنع عند المخالفة الظاهرة مع التصعيد [16].
4. التنمر يستهدف الشخص ويتكرر ويستند إلى القوة، والصرامة المهنية تستهدف السلوك وتقترح التحسين؛ والمادة 24 من نظام مزاولة المهن الصحية سند مباشر لمواجهة الانتقاص من الزميل وترديد الإشاعات عنه [26].
5. نظام مكافحة جريمة التحرش يلزم كل منشأة بآلية شكاوى داخلية سرية وبالمساءلة التأديبية، ويشدد العقوبة عند سلطة الجاني ووقوع الجريمة في مكان العمل، ويعاقب البلاغ الكيدي [30].
6. التعثر لا يساوي سوء السلوك، والمرض لا يساوي عدم الكفاءة؛ ويفصل بين بلاغ السلامة وتقييم الكفاءة والمسار التأديبي، والأصل الاستصلاح بخطة مكتوبة وشرط عودة.
7. الستر محمود في حق يخص صاحبه، ولا يستعمل غطاءً لخطر متعدٍّ؛ ومن أبلغ الجهة المختصة ولم يشع فقد جمع بين الستر والنصح [19، 20].

التوصيات

للممارس: أن يستعمل التسليم المنظم وسلم الاعتراض الآمن، وأن يستقبل التنبيه بوصفه معلومة، وأن يصحح السلوك سرًّا، وأن يطيع في المعروف ويمتنع عن الضرر مع التصعيد، وأن يرفع الخطر إلى من يملك التحقق دون إشاعة، وأن يقيّم جاهزيته قبل كل مناوبة.

للمنشأة: أن تعتمد سياسة مكتوبة للسلوك المهني تعرف التنمر والسلوك المُعطِّل وتحدد مساره المتدرج؛ وآلية شكاوى تحرش مستقلة وسرية وفق المادة الخامسة من النظام؛ ومسارًا معلنًا لتجاوز التسلسل عند الخطر الفوري؛ وسياسة للممارس المتعثر تفصل السلامة عن التقييم عن التأديب؛ وأداة تسليم موحدة؛ وحماية من الانتقام تقاس ولا تعلن فقط.

للتعليم والبحث: أن تدرس أدوات التواصل المنظم والاعتراض الآمن بالمحاكاة في مناهج كل المهن الصحية معًا، وأن تجرى دراسات سعودية بتعريفات موحدة للتنمر والسلامة النفسية، وأن توصف مسارات التعامل مع التعثر ومعدلات البلاغ عن الزملاء وحواجزه.

CC BY-NC-ND 4.0

ثامنًا: الخاتمة

وبعد، فقد انتهيتُ في هذا الفصل إلى أن أخلاقيات الفريق ليست بابًا في حسن المعاملة، بل شرط لسلامة المريض؛ فالمريض في الطب الحديث لا يعتمد على كفاءة فرد واحد، وإنما على جودة الوصلات بين كثيرين.

وتبين أن أكثر الضرر في هذا الباب لا يقع بقرار جائر صريح، بل بأشياء هادئة لا يكاد يلتفت إليها أحد: تعثر يُخفى باسم الستر، وتنبيه يُبتلع خوفًا من السخرية، وأمر يُنفذ لأن صاحبه أقدم، وشكوى تُحل بنقل صاحبتها.

والجواب ليس التشدد ولا التساهل، بل التفريق: بين الطاعة في المعروف والطاعة في الضرر، وبين الصرامة والتنمر، وبين المتعثر والمخالف، وبين الستر والكتمان، وبين البلاغ والوشاية. فمن أتقن هذه الفروق فقد أتقن هذا الباب.

ويبقى المعنى الجامع، يا أخي، أن الزميل الذي تصلحه اليوم هو من سيحمي مرضاك غدًا، وأن الفريق الذي يستطيع أن يقول «توقف» ثم «أخطأت» ثم «أحتاج مساعدة» هو الفريق الذي يؤتمن على المرضى.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ما الفرق بين التسليم السردي والتسليم المنظم؟ طبق عناصر I-PASS على مريض سلمته في آخر مناوبة.
2. متى يجب على التابع أن ينفذ قرار صاحب الصلاحية رغم مخالفته رأيه، ومتى يجب عليه أن يتوقف أو يمتنع؟ استدل بحديث «إنما الطاعة في المعروف».
3. ما الذي يميز التنمر من التغذية الراجعة الصارمة؟ ومتى يكفي سلوك واحد للتحقيق؟
4. لماذا تعد السلامة النفسية شرطًا معرفيًا لا قيمة إنسانية فقط؟ اذكر ثلاثة أفعال يبني بها القائد السلامة النفسية.
5. ما واجبات المنشأة في المادة الخامسة من نظام مكافحة جريمة التحرش؟ ولماذا لا يجوز حل الشكوى بنقل المشتكية؟
6. فرّق بين الستر والكتمان في الإبلاغ عن زميل متعثر، وبيّن القيود الأربعة للستر المنضبط.
7. لاحظت أن زميلك في المناوبة ينعس ويخطئ في أوامر بسيطة ويرفض أن تبلغ أحدًا. ما الذي تفعله، وبأي ترتيب؟
8. كيف تسند المادة 24 من نظام مزاولة المهن الصحية مواجهة التنمر، وكيف تحمي في الوقت نفسه المشكو في حقه؟

المراجع

Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. [1] Adm Sci Q. 1999;44(2):350–83. doi:10.2307/2666999

CC BY-NC-ND 4.0

The Joint Commission. Behaviors that undermine a culture of safety. [2] Sentinel Event Alert, Issue 40. 9 July 2008; revised 18 June 2021. jointcommission.org

Rosenstein AH, O'Daniel M. A survey of the impact of disruptive behaviors [3] and communication defects on patient safety. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2008;34(8):464–71. https://doi.org/10.1016/s1553-7250(08)34058-6

Almustanyir S. Prevalence of aggressive behavior toward fellows, [4] residents, and nurses at a tertiary care hospital in Riyadh, Saudi Arabia. Cureus. 2022;14(4):e24142. https://doi.org/10.7759/cureus.24142

van Dongen D, Guldenmund F, Grossmann I, Groeneweg J. Classification [5] of influencing factors of speaking-up behaviour in hospitals: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2024;24:1657. https://doi.org/10.1186/s12913-024-12138-x

Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, West DC, Rosenbluth G, Allen AD, et [6] al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. N Engl J Med. 2014;371(19):1803–12. https://doi.org/10.1056/NEJMsa1405556

Agency for Healthcare Research and Quality. TeamSTEPPS 3.0 Pocket [7] Guide. AHRQ Pub. No. 23-0043. Rockville (MD): AHRQ; revised May 2023. ahrq.gov

Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, et [8] al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009;360(5):491–9. https://doi.org/10.1056/NEJMsa0810119

Leape LL, Fromson JA. Problem doctors: is there a system-level solution? [9] Ann Intern Med. 2006;144(2):107–15. https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-2-200601170-00008

Papadakis MA, Teherani A, Banach MA, Knettler TR, Rattner SL, Stern DT, [10] et al. Disciplinary action by medical boards and prior behavior in medical school. N Engl J Med. 2005;353(25):2673–82. https://doi.org/10.1056/NEJMsa052596

Studdert DM, Bismark MM, Mello MM, Singh H, Spittal MJ. Prevalence and [11] characteristics of physicians prone to malpractice claims. N Engl J Med. 2016;374(4):354–62. https://doi.org/10.1056/NEJMsa1506137

World Health Organization. Burn-out an "occupational phenomenon": [12] International Classification of Diseases. Geneva: WHO; 28 May 2019. who.int

Tawfik DS, Scheid A, Profit J, Shanafelt T, Trockel M, Adair KC, et al. Evidence relating health care provider burnout and quality of care: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2019;171(8):555–67. https://doi.org/10.7326/M19-1152 [13]

Hodkinson A, Zhou A, Johnson J, Geraghty K, Riley R, Panagopoulou E, et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2022;378:e070442. https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070442 [14]

General Medical Council. Raising and acting on concerns about patient safety. London: GMC; 2012. تاريخ الاطلاع: 29 سبتمبر 2026م. gmc-uk.org [15]

[16] صحيح البخاري، كتاب الأحكام، باب السمع والطاعة للإمام ما لم تكن معصية، ح 7145؛ وصحيح مسلم، كتاب الإمارة، باب وجوب طاعة الأمراء في غير معصية وتحريمها في المعصية، ح 1840. sunnah.com

[17] صحيح مسلم، كتاب الإيمان، باب بيان كون النهي عن المنكر من الإيمان، ح 49. sunnah.com

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

[19] صحيح البخاري، كتاب المظالم، باب لا يظلم المسلم المسلم ولا يسلمه، ح 2442. sunnah.com

[20] صحيح البخاري، كتاب المظالم، باب أعن أخاك ظالمًا أو مظلومًا، ح 2444. sunnah.com

[21] سنن أبي داود، كتاب الديات، باب فيمن تطبب ولا يعلم منه طب فأعنت، ح 4586 وسنن النسائي، كتاب القسامة، باب صفة شبه العمد، ح 4830 وسنن ابن ماجه، كتاب الطب باب من تطبب ولم يعلم منه طب، ح 3466. sunnah.com

[22] 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

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

[24] 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

[25] 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

CC BY-NC-ND 4.0

[26] 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

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

[28] المرسوم الملكي رقم (م/44) وتاريخ 8/2/1446هـ بتعديل بعض مواد نظام العمل، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (117) وتاريخ 2/2/1446هـ. جريدة أم القرى. uqn.gov.sa

[29] وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية. السياسة الوطنية لتشجيع تكافؤ الفرص والمساواة في المعاملة، المعتمدة بقرار مجلس الوزراء رقم (416) وتاريخ 17/6/1444هـ. تاريخ الاطلاع: 9 سبتمبر 2026م. hrsd.gov.sa

[30] 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؛ والتعديل في جريدة أم القرى: uqn.gov.sa؛ ونصه المعدل منشورًا لدى الجمعية الوطنية لحقوق الإنسان: nshr.org.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] نظام مكافحة جرائم المعلوماتية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/17) وتاريخ 8/3/1428هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[33] 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

[34] Kirkup B. The report of the Morecambe Bay investigation. London: The Stationery Office; March 2015. gov.uk

[35] Department of Health and Social Care. Final findings, conclusions and essential actions from the Ockenden review of maternity services at Shrewsbury and Telford Hospital NHS Trust. HC 1219. London: DHSC; 30 March 2022. https://www.gov.uk/government/publications/final-report-of-the-ockenden-review

[36] Murphy JFA. The Ockenden Report into maternity and neonatal services at Shrewsbury and Telford Hospitals, UK. Ir Med J. 2022;115(4):575. imj.ie

[37] American College of Surgeons. Statement on Sustaining the Lifelong Competency of Surgeons. Approved by the ACS Board of Regents, February

CC BY-NC-ND 4.0

2024; published 9 April 2024 (يحل محل بياني The Aging Surgeon لعامي 2015 و 2016). https://www.facs.org/about-acs/statements/aging-surgeon/

[38] Dean W, Talbot S, Dean A. Reframing clinician distress: moral injury not burnout. Fed Pract. 2019;36(9):400–2.

[39] World Medical Association. WMA Declaration of Geneva (adopted 1948; last amended by the 68th WMA General Assembly, Chicago, October 2017). wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva

CC BY-NC-ND 4.0