



وزارة الصحة
Ministry of Health



معايير مراكز السكتة

الدماغية

١٤٤٥ هـ - 2024 م

المحتويات

04	1. المقدمة
06	2. تفعيل نداء السكتة الدماغية قبل وصول المريض:
06	2.1 مهام الفريق الإسعافي قبل الوصول
06	2.2 مهام المستشفى والمستقبل
07	3. أولاً : مستشفيات جاهزة للسكتة الدماغية الحادة (ASRH)
07	3.1 فريق نداء السكتة الدماغية
07	3.2 البروتوكول والسياسات العلاجية
08	3.3 استشارة طبيب السكتة الدماغية عبر الاتصال المرئي للسكتة الدماغية (Tele-stroke)
08	3.4 خدمات الإسعاف الطارئة (EMS)
08	3.5 خدمات المختبر
08	3.6 الأشعة
08	3.7 الصيدلية
09	3.8 النقل
09	3.9 جميع البيانات
09	4. ثانياً: مستشفيات السكتة الدماغية الأولية (PSH)
09	4.1 فريق نداء السكتة الدماغية
10	4.2 البروتوكول والسياسات العلاجية
10	4.3 استشارة طبيب السكتة الدماغية عبر الاتصال بالفيديو للسكتة الدماغية (Tele-stroke)
10	4.4 خدمات الإسعاف الطارئة (EMS)
10	4.5 خدمات المختبر
11	4.6 وحدة السكتة الدماغية الحادة
12	4.7 الصيدلية
12	4.8 خدمات إعادة التأهيل

معايير مراكز السكتة الدماغية

مقدمة:

تعتبر السكتة الدماغية من الأسباب الرئيسية للإعاقة والوفاة حول العالم. ومن أهم محاور رعاية مرضى السكتة الدماغية وجود وحدات السكتة الدماغية حيث تعتبر حجر الزاوية والعمود الفقري لسلسلة العناية بجميع مرضى السكتة الدماغية. ومع ذلك، لا يزال الوصول إلى وحدات السكتة محدوداً.

مع بداية نموذج الرعاية الصحي الحديث وتركيزه على الرعاية العاجلة ومن أهم المسارات رعاية مرضى السكتة الدماغية ومن أهم أعمدة الرعاية إنشاء مستشفيات ووحدات توييم السكتة الدماغية نتج عن ذلك تحسن تقييم وتشخيص وعلاج السكتة الدماغية ولتعزيز هذه الفائدة، يجب أن نحرص على إنزمام المراكز وفق أحدث معايير التقييم والاعتماد بناء على الإرشادات المبنية على الأدلة والبراهين. في عام 2019م تم إصدار كتيب معايير ومؤشرات السكتة الدماغية حيث حددت معايير السكتة الدماغية السعودية 3 مستويات من مراكز السكتة الدماغية، وهي:

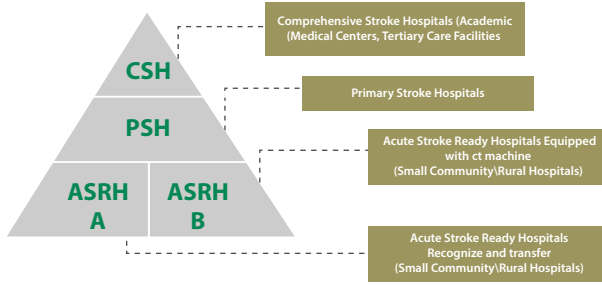
1- مستشفيات جاهزة للسكتة الدماغية الحادة (ASRH).

A- لا يوجد جهاز أشعه مقطعية.

B- يوجد جهاز أشعه مقطعية.

2- مستشفيات السكتة الدماغية الأولية (PSH).

3- مستشفيات السكتة الدماغية الشاملة (CSH).



لا بد أن يتم تصنيف جميع المستشفيات على التصنيف أعلاه بناء على إمكانيات المستشفى حيث يكون من الضروري توفير شبكة من المستشفيات لعلاج مرضى السكتة الدماغية الحادة بشكل كاف. بما أن 80% من مرضى السكتة الدماغية في السعودية يلجؤون بأنفسهم إلى غرف الطوارئ بينما 20% فقط من طريق الإسعاف ، لذا سيتم تصنيف جميع المستشفيات ضمن شبكة السكتة الدماغية وفقاً لقدرتها على إدارة وعلاج مرضى السكتة الدماغية الحادة. يتيح نظام التصنيف للمستشفيات ضمن شبكات السكتة الدماغية أن تطور نظامها الخاص ، حيث يحدث التعرف العاجل على مرضى السكتة الدماغية الحادة وتكون النقلات العاجلة إلى المستشفيات المناسبة للسكتة الدماغية بناء على احتياج المريض لمستويات الرعاية المختلفة. سيكون بإمكان المستشفيات الفردية وشبكات السكتة الدماغية تخصيص الموارد بشكل مناسب وتطوير مبادرات تحسين ذات جودة عالية وقيمة مستندة إلى الأداء.

Characteristics	ASRH (A)	ASRH (B)	PSH	CSH
<i>Typical bed capacity</i>	<100	<200	100-400	>300
<i>Typical annual stroke admission</i>	<50	<100	>200	>1000
<i>Stroke program leadership</i>				
Stroke medical director			X	X
Stroke APP(s)	X	X	X	X
Dedicated stroke coordinator			X	X
<i>Personnel resources</i>				
Neurology			X	
Stroke team		X	X	X
Fellowship-trained vascular neurologist(s)				X
Emergency telestroke access (as needed)		X	X	
Inpatient telestroke access (as needed)		X	X	
Telestroke responder (as needed)				X
Neurosurgeon(s)			X	X
Neurointerventionalist(s)				X
Neurocritical care physician(s)				X
Critical care physician(s)			X	X
Emergency physicians	X	X	X	X
Clinical pharmacist(s)				X
Registered nurses		X	X	X
Dedicated stroke data collector(s)			X	X
Physical therapist(s), occupational therapist(s), & speech language pathologist(s)			X	X
Physical medicine & rehabilitation physician(s)			X	X
Cardiology, internal medicine, gastroenterology, and vascular surgery			X	X
Case managers, medical social workers			X	X
<i>Neuroimaging capabilities</i>				
Noncontrast CT		X	X	X
CTA 24/7			X	X
CT perfusion 24/7				X
Magnetic resonance imaging 24/7				X
Transcranial Doppler service				X
<i>Procedural capabilities</i>				
Intravenous thrombolysis		X	X	X
Mechanical thrombectomy				X
Hemorrhagic stroke emergency management			X	X
Hemorrhagic stroke admission				X

2 تفعيل نداء السكتة الدماغية قبل وصول المريض:

يجب على المستشفيات المشاركة في تقديم رعاية السكتة الدماغية في المنطقة/ التجمع والتنسيق مع الخدمات الإسعافية للهلل الأحمر لتفعيل نداء السكتة الدماغية قبل وصول المريض لتسهيل دخوله مباشرة لقسم الأشعة حيث يتم التالي:

بعد تقييم المريض من قبل مقدمي الرعاية والمتخصصين في الخدمات الإسعافية وتشخيص الحالة بإشتباه سكتة دماغية وبعد قياس العلامات الحيوية والتأكد من سلامة مجرى الهواء والتنفس والنبض، يتم فحص مستوى السكر في الدم والتأكد من توقيت بدء الأعراض. يقوم الفريق الميداني بالتعاون مع أطباء الطوارئ بالهلل الأحمر بإجراء فحص FAST-ED Scoring وتسجيل النتائج التي تشمل:

- شلل أو ميلان في الوجه.
- ضعف في الذراع.
- تغير الكلام.
- انحراف العين.
- التجاهل أو الإنكار للحالة.

بعد تحديد نتيجة فحص FAST-ED Scoring يتم تقسيم الحالات بناء على النتائج إذا كانت أكثر من أو يساوي 4 يتم توجية المريض إلى مستشفى رعاية دماغية شامل نظراً لوجود احتمالية عالية لإنسداد شريان رئيسي يتطلب تدخل بالقسطرة الدماغية بناء على ما يتم تحديده من قبل شبكة الرعاية في المنطقة / التجمع.

في حال كان المعدل أقل من 4 يتم توجية المريض لأقرب مستشفى يقدم الخدمة سواء مستشفى سكتة دماغية أولية أو مستشفى جاهزة للسكتة الدماغية فئة B. لا يتم توجية المريض لمستشفيات جاهزة فئة A لعدم توفر جهاز أشعة مقطعية.

2.1 مهام الفريق الإسعافي قبل الوصول:

- أثناء نقل المريض إلى المستشفى يتم عمل الآتي :
- عمل تخطيط كهربية القلب.
 - وضع إبرتين وريدية مقاس 18 غ في كل يد.
 - الحفاظ على نسبة الأكسجين في الدم < 95٪.
 - مراقبة العلامات الحيوية وتغيير الحالة العصبية كل 5 دقائق مع إبلاغ التوجيه الطبي في حالة تغير الحالة.
 - مشاركة تقييم حالة السكتة الدماغية FAST-ED Score مع المستشفى المستقبل.
 - مشاركة بيانات المريض لفتح الملف قبل الوصول.

2.2 مهام المستشفى المستقبل:

قبل الوقت المتوقع لوصول الحالة بخمس دقائق يتم تفعيل نداء السكتة الدماغية في المستشفى المستقبل ويتم عمل الآتي:

- تسجيل المريض عن طريق رقم الهوية.
- إدخال طلب الأشعة المقطعية والتحليل الروتينية.
- تواجد فريق نداء السكتة الدماغية في الطوارئ أمام استقبال الطوارئ للتوجه بالمريض بعد التأكد من استقرار الحالة.
- إدخال المريض مباشرة لقسم الأشعة المقطعية وتجاوز الطوارئ إلا في حالة عدم استقرار المريض فيتم تقييمه أولاً في قسم الطوارئ ثم التحرك به.

أولاً : مستشفيات جاهزة للسكتة الدماغية الحادة (ASRH):

عادة تكون مستشفيات صغيرة بدون وحدات سكتة دماغية حادة وبدون القدرة على أداء القسطرة الدماغية ويمكن تقسيمها إلى قسمين بناء على توفر الأشعة المقطعية

A. مراكز جاهزة للسكتة الدماغية للتحويل (عدم توفر الأشعة المقطعية).

B. مراكز جاهزة للسكتة الدماغية للعلاج الحاد (توفر الأشعة المقطعية ودعم من الطب الإصلي للتقييم وإعطاء الدواء المذيب).

يعتبر هذا المستوى هو الحد الأدنى لأي مستشفى حتى يكون ضمن شبكة الرعاية للسكتة الدماغية حيث يجب تجهيز المستشفى لعمل نداء السكتة الدماغية.

بما أن مرضى السكتة الدماغية الحادة يمكن أن يلجأوا بأنفسهم إلى أي مستشفى، يجب على العاملين في هذه المستشفيات التعرف بسرعة على مرضى السكتة الدماغية الحادة وعلاجهم بشكل مناسب. يجب أن يتوفر فريق نداء السكتة الدماغية الحادة على مدار 24 ساعة في المستشفيات الجاهزة للسكتة الدماغية، مع امتلاكه معرفة كافية بأعراض السكتة الدماغية الحادة واتباع بروتوكول نداء السكتة الدماغية الموافق عليه مسبقاً.

3.1 فريق نداء السكتة الدماغية:

يجب أن يتوفر فريق يتكون من طبيب وممرض يمتلكون معرفة كافية بعلاج السكتة الدماغية الحادة على مدار الساعة وأن يقيّموا مريض السكتة الدماغية الحادة خلال 15 دقيقة من الوصول إلى غرفة الطوارئ أو داخل المستشفى في حال كان المريض منوماً. كما يجب تدريب جميع أعضاء الفريق على استخدام مقياس السكتة الدماغية الوطني لمعهد الصحة (NIHSS) لجميع مرضى السكتة الدماغية الإقفارية الحادة وأن يتلقى أعضاء فريق نداء السكتة الدماغية على الأقل 4 ساعات من التدريب على السكتة الدماغية.

3.2 البروتوكول والسياسات العلاجية:

سيتم تطوير بروتوكول مكتوب لتوحيد علاج السكتة الدماغية الحادة في قسم الطوارئ والمستشفى بناء على تصنيف كل مستشفى، والذي يجب مراجعته سنوياً. يجب أن تشمل البروتوكولات علاج السكتة الدماغية الإقفارية الحادة، ونزيف الدماغ الداخلي، ونزيف تحت العنكبوتية. كما يجب أن تشمل الأهداف الخاصة للبروتوكولات استقرار المريض الطبي من حيث معالجة مجرى الهواء وضغط الدم، واتخاذ قرارات بشأن استخدام العلاج الوريدي الحاد بـ r-tPA لمرضى السكتة الدماغية الإقفارية الحادة المختارين وبروتوكولات النقل مع مستشفيات السكتة الدماغية الأولية (PSH) والشاملة (CSH).

يجب إنشاء بروتوكولات علاج ونقل محددة مسبقاً بناءً على عوامل عديدة تشمل المسافة بين مستشفى ASRH و PSH/CSH، وحالة النقل الحالية. يتم مناقشة النقل الآمن والسريع قبل أو بعد إعطاء r-tPA الوريدي لمرضى السكتة الدماغية الإقفارية الحادة.

3.3 استشارة طبيب السكتة الدماغية عبر الاتصال المرئي للسكتة الدماغية (Tele-stroke):

قد تكون خبرة الأطباء في بعض المستشفيات محدودة في علاج حالات السكتة الدماغية لذلك يكون الاحتياج بشكل كبير إلى متخصصين في علاج السكتة الدماغية مطلوباً في مستشفيات (ASRDH (B) تتراوح من التشخيص إلى العلاج. بعد استخدام الفيديو المباشر والمتزامن مع الوصول إلى نظام أرشفة صور (PACS) والتزامن أو الوصول للملف الطبي الإلكتروني ممارسة قياسية لتوفير الرعاية العاجلة. حيث يجب توحيد استخدام تطبيق السكتة الدماغية عن بعد وقرار إعطاء r-TPA الوريدي لمرضى السكتة الدماغية الإقفارية الحادة المختارين ويجب أن يكون جزءاً من البروتوكول. في المناطق (خارج المدن الرئيسية) أو إذا كانت المسافة إلى أقرب مستشفى للسكتة الدماغية الأساسية أو الشاملة أكثر من 60 كم، يجب استخدام التطبيق الاتصالي وطريقة إعطاء الدواء والنقل drip and ship. أما في داخل المدينة، يجب أن يتوفر التطبيق الاتصالي إذا كان من الممكن أن يتأخر إعطاء r-TPA الوريدي لأكثر من 20 دقيقة نتيجة نقل المريض.

3.4 خدمات الإسعاف الطارئة (EMS):

يجب أن يتوفر فريق يتكون من طبيب وممرض يمتلكون معرفة كافية بعلاج السكتة الدماغية الحادة على مدار الساعة وأن يقيموا مريض السكتة الدماغية الحادة خلال 15 دقيقة من الوصول إلى غرفة الطوارئ أو داخل المستشفى في حال كان المريض منوماً. كما يجب تدريب جميع أعضاء الفريق على استخدام مقياس السكتة الدماغية الوطني لمعهد الصحة (NIHSS) لجميع مرضى السكتة الدماغية الإقفارية الحادة وأن يتلقى أعضاء فريق نداء السكتة الدماغية على الأقل 4 ساعات من التدريب على السكتة الدماغية.

3.5 خدمات المختبر:

يجب أن تتوفر فحوصات المختبر الأساسية، بما في ذلك قياس الجلوكوز في الدم، صورة الدم الكاملة، دراسات الكيمياء، فحص التخثر، اختبار الحمل، علم السموم، وتخطيط القلب الكهربائي في ASRH على الفور ويتم إظهار النتائج عنها في غضون 45 دقيقة.

3.6 الأشعة:

يجب أن تتوفر فحوصات الأشعة المقطعية الطارئة للدماغ وأن تُجرى في غضون 25 دقيقة من الوصول إلى غرفة الطوارئ. يجب قراءة الأشعة المقطعية في غضون 20 دقائق من إتمام الفحص. إذا دعت الحاجة وتوفرت أشعة الصيغة يجب إجراء تصوير الأوعية بالأشعة المقطعية (من الشريان الأورطي إلى قمة الرأس) لمرضى السكتة الدماغية الإقفارية الحادة المختارين بعد إعطاء r-TPA الوريدي. يجب التصوير بالأشعة المقطعية مع الصيغة الوريدية في حالة انطبقت شروط سحب الخبرة الدماغية وقد يتم التصوير بالأشعة المقطعية لتقييم التروية في مرضى السكتة الدماغية الإقفارية الحادة لبعض الحالات.

3.7 الصيدلية:

يجب أن تتوفر الأدوية العلاجية للحالات الحادة مثل ارتفاع ضغط الدم، فرط سكر الدم، نقص سكر الدم، النوبات واضطرابات التخثر بسهولة في قسم الطوارئ. يجب أن يكون العلاج الوريدي بالمواد المخدبة للخرثرات (IV r-tPA) متاحاً في الطوارئ ومن ضمن الأدوية، كما يجب أن لا يُعطى النيفيديبين تحت اللسان لعلاج ارتفاع ضغط الدم الحاد في مرضى السكتة الدماغية.

3.8 النقل:

يجب أن تتوفر بروتوكولات النقل المكتوبة المحددة مسبقاً إلى مستشفيات PSH و CSH وأن تستند إلى اتفاقيات مكتوبة كم يجب أيضاً تضمين اتفاقيات إعادة الإرسال.

3.9 جميع البيانات:

بالإضافة إلى المشاركة في سجل السكتة الدماغية السعودي، قد تختار مستشفيات الرعاية المستعدة ASRH جمع البيانات لإجراءات تحسين الجودة المستمرة. يجب أن يجمع فريق السكتة الدماغية على الأقل ربع سنويًا لمناقشة مؤشرات الأداء الرئيسية وإجراءات التحسين.

ثانياً: مستشفيات السكتة الدماغية الأولية (PSH)

عادةً ما تكون مستشفيات السكتة الدماغية الأولية من المستشفيات متوسطة الحجم وقادرة على علاج 70-80% من مرضى السكتة الدماغية الحادة، باستثناء حالات نزيف تحت العنكبوتية. تمتلك مستشفيات السكتة الدماغية الأولية القدرة على تشخيص وعلاج مرضى السكتة الدماغية الحادة بشكل فوري في غرفة الطوارئ، وإعطاء العلاج المذيب للخرثرة IV r-tPA لمرضى السكتة الدماغية الحادة وإدخال المرضى إلى وحدة السكتة الدماغية الحادة المخصصة (ASU).
تستطيع مستشفيات السكتة الدماغية الأولية تحديد مسببات السكتة الدماغية وإجراء الفحوصات الأساسية وبدء تدابير الوقاية الثانوية من السكتة الدماغية. وحدات السكتة الدماغية في مستشفيات السكتة الدماغية الأولية قادرة على منع مضاعفات السكتة الدماغية.
تقدم مستشفيات السكتة الدماغية الأولية جميع خدمات إعادة التأهيل اللازمة بما في ذلك استشارات طب العلاج الطبيعي، العلاج الطبيعي، العلاج المهني واستشارات متخصصين البلع والتخاطب.

4.1 فريق نداء السكتة الدماغية:

يجب أن يتوفر فريق يتكون من طبيب مقيم أو أخصائي طب أعصاب أو باطنة أو عناية مركزة أو طوارئ وممرض يمتلكان معرفة كافية بعلاج السكتة الدماغية الحادة، على مدار 24 ساعة في اليوم ويجب أن يقوموا بتقييم مريض السكتة الدماغية الحادة خلال 15 دقيقة من وصوله إلى غرفة الطوارئ وداخل المستشفى كمرضى داخلي. عادةً ما يكون القائد استشاري طبيب أعصاب لديه خبرة في علاج السكتة الدماغية واستشاري سكتة دماغية في حالة استخدام الطب الاتصالي. يجب تطبيق نظام إعلام موثوق (بيجر، هاتف محمول، نداء علوي) في كل مستشفى للسكتة الدماغية الأولية. قد يستخدم فريق السكتة الدماغية لمساعدة مستشفيات ASRH في علاج مرضى السكتة الدماغية الحادة، والتي قد تشمل التشخيص، التوصية بإعطاء IV r-tPA، إجراء المزيد من الاختبارات، ونقل المرضى إلى PSH أو CSH حسب الحاجة أو بالإمكان الاستعانة بتقنية الطب الاتصالي للسكتة الدماغية للمساعدة في اتخاذ القرار. سيكون الفريق قادرًا على تحديد أي المرضى يجب نقلهم إلى CSH وقادرًا على تحقيق استقرار الحالة وترتيب النقل حسب الأولوية.

تشمل حالات النقل المرضى ذوي الانسداد الوعائي المؤهلين للقسرة الدماغية أو المرضى الذين يحتاجون إلى استشارة جراحة الأعصاب العاجلة أو العلاج في العناية المكثفة العصبية. يجب تدريب جميع أعضاء الفريق على استخدام مقياس السكتة الدماغية الوطني لمعهد الصحة (NIHSS) لجميع مرضى السكتة. يجب أن يقدم أعضاء فريق نداء السكتة ويتلقوا تدريباً على السكتة الدماغية كل عام كما يجب أن تتوفر سياسة نداء السكتة في كل مستشفى PSH، CSH و (B) ASRDH تحدد واجبات فريق نداء السكتة ولابد أن يتم جمع سجل لكل نداء لاستخدامه في كمؤشر أداء KPI ومشاركته مع جميع الأقسام المعنية ببناء السكتة (بشكل رئيسي قسم الطوارئ، الأعصاب والباطنة، الأشعة والإدارة) لتحسين الجودة.

4.2 البروتوكول والسياسات العلاجية:

لا بد من توفر بروتوكول مكتوب لتوحيد علاج السكتة الدماغية الحادة في قسم الطوارئ والمستشفى، والذي يجب مراجعته سنويًا. يجب أن تشمل البروتوكولات علاج السكتة الدماغية الإقفارية الحادة، والنزيف داخل الدماغ، ونزيف تحت العنكبوتية. يجب أن تشمل الأهداف الخاصة للبروتوكولات استقرار المريض الطبي من حيث علاج مجرى الهواء وضغط الدم، واتخاذ قرارات بشأن الاستخدام الحاد لـ IV r-tPA لمرضى السكتة الدماغية الإقفارية الحادة المختارين وبروتوكولات النقل مع مستشفيات السكتة الدماغية الشاملة (CSHs). يجب إنشاء بروتوكولات العلاج الحادة والنقل المحددة مسبقًا استنادًا إلى عوامل عديدة بما في ذلك المسافة بين مستشفى السكتة الدماغية الأساسية (PSH) ومستشفى السكتة الدماغية الشاملة (CSH)، وحالة النقل الحالية، بهدف النقل السريع والأمن إلى مستشفى CSH. يتم مناقشة النقل بعد إعطاء IV r-tPA لمرضى السكتة الدماغية الإقفارية الحادة المختارين بشكل أكثر تفصيلاً في مكان آخر.

4.3 استشارة طبيب السكتة الدماغية عبر الاتصال بالفيديو للسكتة الدماغية (Tele-stroke):

قد تكون مستويات مختلفة من خبرة السكتة الدماغية مطلوبة في مستشفيات ASRH تتراوح من التشخيص إلى العلاج. قد يتمكن أطباء السكتة الدماغية من تقديم استشارات لـ ASRH فيما يتعلق بالتشخيص، والعلاجات الحادة (بما في ذلك نظام النقل والعلاج وقرارات النقل). تعتبر تقنية الاتصال عن بعد المباشرة والمتزامنة مع الوصول إلى نظام أرشفة الصور في (PACS) والتزامن والربط مع الملف الإلكتروني ممارسة أساسية حيث يجب توحيد استخدام tele-stroke وقرار إعطاء IV r-tPA لمرضى السكتة الدماغية الإقفارية الحادة المختارين ويجب أن يكون جزءًا من البروتوكول. قد يرتبط أطباء PSH أيضًا بأطباء السكتة الدماغية عبر tele-stroke للاستشارات العاجلة وقرارات النقل إلى CSH للمرضى المختارين، مثل القسطرة الدماغية، الإجراءات الجراحية العصبية أو نقل العناية المركزة العصبية.

4.4 الخدمات الطبية الطارئة (EMS):

يجب أن تكون خدمات EMS متاحة على مدار 24 ساعة في اليوم لنقل مرضى السكتة الدماغية الحادة فورًا إلى CSHs. يجب أن تتوفر بروتوكولات العلاج الحادة أثناء النقل والتي ستشمل استراتيجيات الاتصال، علاج ضغط الدم الحاد، التأكسد، الترطيب وبروتوكولات البلع.

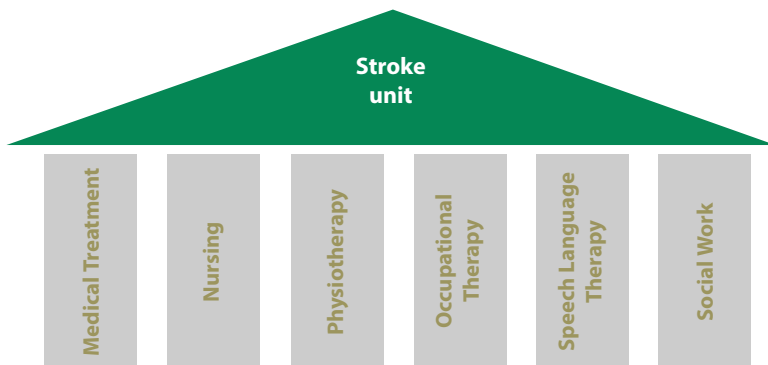
4.5 خدمات المختبر:

لا بد أن يتوفر الفحص المخبري الأساسي والمتقدم، بما في ذلك اختبارات الأمراض المناعية الذاتية واضطرابات تخثر الدم والسموم، في مستشفيات السكتة الدماغية الأساسية (PSH). سيتوفر الفحص المخبري الأساسي، مثل عدد الدم الكامل (CBC)، الإلكتروليتات، ملف التخثر والجلوكوز بشكل فوري ويبلغ عنه خلال 45 دقيقة. سيتوفر تخطيط القلب الكهربائي (EKG) واختبار مراقبة هولتر طويل الأمد. تصوير القلب بالموجات فوق الصوتية عبر الصدر. سيتوفر التصوير بالموجات فوق الصوتية عبر المريء (TEE) وتصور القلب بالرنين المغناطيسي لمرضى السكتة الدماغية المختارين، إما داخل المستشفى أو من خلال الإحالة العاجلة إلى مرفق آخر. الأشعة يجب أن يتوفر تصوير الدماغ بالأشعة المقطعية الطارئ وأن يجري خلال 25 دقيقة من الوصول إلى قسم الطوارئ. يجب قراءة الأشعة المقطعية خلال 20 دقائق من إتمام التصوير. إذا دعت الحاجة، يجب إجراء تصوير الأوعية بالأشعة المقطعية (من الأورطي إلى القمة) لمرضى السكتة الدماغية الإقفارية الحادة المختارين بعد إعطاء IV r-tPA. سيتوفر التصوير بالأشعة المقطعية لتقييم التروية.

ويمكن إجراؤه لمرضى السكتة الدماغية الإقفارية الحادة المختارين، خلال 24 ساعة من بداية الأعراض. يمكن استخدام التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) وتصوير الأوعية بالرنين المغناطيسي (MRA) كبديل للأشعة المقطعية وتصوير الأوعية بالأشعة المقطعية (CTA). إذا كان يمكن إجراؤها في الوقت المناسب، قد يتوفر التصوير الوعائي الدماغية التشخيصي في مستشفيات السكتة الدماغية الأساسية.

4.6 وحدة السكتة الدماغية الحادة:

وحدة العناية بالسكتة الدماغية الحادة (ASU) هي قسم متخصص ومحدد جغرافياً داخل المستشفى مصمم لرعاية معظم مرضى السكتة الدماغية الذين تتوفر فيهم الشروط. هذا القسم يضم فريقاً من المختصين في السكتة الدماغية، بما في ذلك أطباء، ممرضين، فريق إعادة التأهيل والمزيد، جميعهم تلقوا تدريباً محدداً في هذا المجال. خلال الأيام الأولى من الإدخال، يتم تطبيق مراقبة تلمترية مستمرة لعدة عوامل حيوية مثل معدل النبض، ضغط الدم، درجة الحرارة، مستويات الأكسجين ومعدل التنفس.



ستضع المستشفى سياسات مفصلة وتنظم إجراءات قبول المرضى إلى وحدة العناية بالسكتة الدماغية الحادة، بالإضافة إلى سياسات النقل والخروج منها. هذه السياسات ستغطي أيضاً التعاون بين الأقسام المختلفة مثل قسم الطوارئ، قسم الأشعة، خدمات إعادة التأهيل، إدارة الحالات والخدمات الاجتماعية. كما ستوفر المستشفى إرشادات للتعامل مع الوقاية من المضاعفات المحتملة للمرضى داخل الوحدة، مثل الوقاية من الخثار الوريدي العميق، قرح الضغط، الالتهاب الرئوي والتهابات المسالك البولية، بالإضافة إلى استراتيجيات للتعامل مع أي تغييرات قد تطرأ على الحالة العصبية أو القلبية الوعائية للمرضى.

تُعرف وحدة العناية بالسكتة الدماغية الحادة أحياناً بأنها مرحلة انتقالية في مسار العلاج، لكن يمكن النظر في تطبيق مستويات أعلى من الرعاية الطبية كجزء من الخطة العلاجية، مثل مراقبة ضغط الدم الشرياني، استخدام الأدوية الوعائية النشطة أو التهوية الميكانيكية. هذه الإجراءات تتطلب وجود فريق عمل مؤهل ومدرب بشكل كافٍ لتقديم العناية اللازمة.

4.7 الصيدلية:

يجب أن تكون الأدوية المخصصة لعلاج الحالات الطارئة متوفرة في الطوارئ مثل علاج ارتفاع ضغط الدم، فرط السكر في الدم، نقص السكر في الدم، النوبات واضطرابات التشنج متاحة بسهولة في قسم الطوارئ ومنطقة المرضى الداخليين. يجب أن تكون المذيبات الخثرية الوريدية (IV r-tPA) والأدوية الوعائية الفعالة (مثل IV labetalol) متاحة بسهولة، ويفضل أن يكون ذلك في غرفة الطوارئ. يجب ألا يُعطى النيفيديبين تحت اللسان لعلاج ارتفاع ضغط الدم الحاد في مرضى السكتة الدماغية. يجب أن تكون هناك اتفاقيات مكتوبة مسبقاً لتجنب اتخاذ قرارات عشوائية في المواقف العاجلة.

4.8 خدمات إعادة التأهيل:

ستكون مستشفيات السكتة الدماغية الأولية (PSH) قادرة على أداء تقييم إعادة التأهيل وبدء معظم خدمات إعادة التأهيل. يُعتبر وجود طاقم مدرب جيداً في إعادة التأهيل شرطاً أساسياً لجميع مستشفيات السكتة الدماغية الأساسية وسيشمل طبيب الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل (أخصائي العلاج الطبيعي)، أخصائي النطق، أخصائي البلع، أخصائي العلاج الطبيعي وأخصائي العلاج المهني.

4.9 النقل:

يجب أن تتوفر بروتوكولات النقل المكتوبة المحددة مسبقاً إلى مستشفيات السكتة الدماغية الشاملة (CSH) وأن تكون مبنية على اتفاقيات مكتوبة. يجب أيضاً تضمين اتفاقيات إعادة الإرسال.

4.10 جميع البيانات:

بالإضافة إلى المشاركة في سجل السكتة الدماغية السعودي، قد تختار مستشفيات السكتة الدماغية الأساسية جمع البيانات لتدابير تحسين الجودة المستمرة. يجب أن يجمع فريق السكتة الدماغية على الأقل ربع سنوياً لمناقشة مؤشرات الأداء الرئيسية وتدابير التحسين.

مستشفيات السكتة الدماغية الشاملة (CSH) :

مثل مراكز متقدمة للعلاج والرعاية الصحية داخل مؤسسات متوسطة إلى كبيرة الحجم، مجهزة لمواجهة جميع مراحل السكتة الدماغية، من الحادة إلى ما بعد الحادة. تتميز هذه المستشفيات بتوفيرها لطاقم طبي مختص بالسكتة الدماغية، مدرب على إجراء التدخلات الوعائية والجراحية المتقدمة، بالإضافة إلى القدرة على إجراء جميع العمليات الجراحية الوعائية العصبية وتوفير وحدات العناية المركزة مع خبرة متقدمة في علم الأعصاب. في قلب قدراتها، تقوم مستشفيات السكتة الدماغية الشاملة بتشخيص وعلاج حالات السكتة الدماغية الحادة في قسم الطوارئ بكفاءة، تقديم العلاج بالأنتيبلاز (IV r-tPA) للمرضى المنتقنين، إجراء التصوير الوعائي بالأشعة المقطعية وتصوير التروية، وتنفيذ القسطرة الدماغية لحالات الإقفار الدماغية مع انسدادات في الأوعية الكبيرة. كما تضمن وحدات العناية المخصصة للسكتة الدماغية علاج متقدمة وتوفير الوقاية من السكتة الدماغية الثانوية ومنع المضاعفات. بالإضافة إلى ذلك، تعد هذه المستشفيات مراكز شاملة لإعادة التأهيل، مقدمة خدمات الطب الفيزيائي، العلاج الطبيعي، العلاج المهني، والعلاج النطقي. غالباً ما تلعب دور المركز في شبكة السكتة الدماغية، مستقبلة الحالات من مستشفيات السكتة الدماغية الأساسية والمستشفيات المتخصصة في إعادة التأهيل السكتة الدماغية، كما تدير عادةً شبكة السكتة الدماغية هذه.

إضافة إلى دورها العلاجي، تبرز مستشفيات السكتة الدماغية الشاملة كمراكز تعليمية رئيسية، تقدم التوعية حول السكتة الدماغية للموظفين الصحيين من مختلف التخصصات والجمهور. كذلك، تعد هذه المستشفيات بيئة خصبة للبحوث السريرية والأساسية والإدارية، مما يساهم في تطوير المعرفة والممارسات في مجال السكتة الدماغية.

5.1 فريق نداء السكتة الدماغية:

يجب أن يتوفر فريق يتكون من طبيب مقيم أو أخصائي طب أعصاب أو باطنة وممرض يمتلكان معرفة كبيرة بعلاج السكتة الدماغية الحادة، على مدار 24 ساعة في اليوم ويجب أن يقوموا بتقييم مريض السكتة الدماغية الحادة خلال 15 دقيقة من وصوله إلى غرفة الطوارئ وداخل المستشفى كمريض داخلي. عادةً ما يكون القائد الطبيب هو طبيب سكتة دماغية لديه تدريب كبير في علاج السكتة الدماغية. يجب تطبيق نظام إعلام موثوق (بيجر، هاتف محمول، نداء علوي) في كل مستشفى للسكتة الدماغية الأولية.

تشمل حالات نقل المرضى ذوي الانسداد الوعائي الكبير، المؤهلين للقسطرة الدماغية والمرضى الذين يحتاجون إلى استشارة جراحة الأعصاب العاجلة أو العلاج في العناية المكثفة العصبية. يجب تدريب جميع أعضاء الفريق على استخدام مقياس السكتة الدماغية الوطني لمعهد الصحة (NIHSS) لجميع مرضى السكتة الدماغية الإقفارية الحادة. يجب أن يقدم أعضاء فريق نداء السكتة ويتلقوا تدريباً على السكتة الدماغية كل عام، كما يجب أن تتوفر سياسة نداء السكتة في كل مستشفى CSH و تحدد واجبات فريق نداء السكتة ولا بد أن يتم جمع سجل لكل نداء لإستخدامه KPI ومشاركته مع جميع الأقسام المعنية بنداء السكتة (بشكل رئيسي قسم الطوارئ، الأعصاب، الباطنة، الأشعة والإدارة).

5.2 البروتوكول والسياسات العلاجية:

يجب توفير بروتوكول مكتوب لتوحيد علاج السكتة الدماغية الحادة في قسم الطوارئ والمستشفى، والذي يجب مراجعته سنوياً. يجب أن تشمل البروتوكولات علاج السكتة الدماغية الإقفارية الحادة، والنزيف داخل الدماغ، ونزيف تحت العنكبوتية. يجب أن تشمل الأهداف الخاصة للبروتوكولات استقرار المريض الطبي من حيث معالجة مجرى الهواء وضغط الدم، واتخاذ قرارات بشأن الاستخدام الحاد ل r-tPA لمرضى السكتة الدماغية الإقفارية الحادة المختارين وبروتوكولات النقل مع مستشفيات السكتة الدماغية الشاملة (CSHs). يجب إنشاء بروتوكولات العلاج الحادة والنقل المحددة مسبقاً استناداً إلى عوامل عديدة بما في ذلك المسافة بين مستشفى السكتة الدماغية الأولية (PSH) ومستشفى السكتة الدماغية الشاملة (CSH)، وحالة النقل الحالية، بهدف النقل السريع والأمن إلى CSH. يتم مناقشة النقل بعد إعطاء r-tPA لمرضى السكتة الدماغية الإقفارية الحادة المختارين بشكل أكثر تفصيلاً في مكان آخر.

5.3 خدمات المختبر:

سيتم توفير الفحص المخبري الأساسي والمتقدم، بما في ذلك اختبارات الأمراض المناعية الذاتية واضطرابات التخثر والسموم، في مستشفيات السكتة الدماغية الشاملة (CSH). سيتم توفير عد الدم الكامل (CBC)، الإلكتروليتات، ملف التخثر والجلوكوز بشكل فوري ويبلغ عنه خلال 45 دقيقة. سيتم توفير اختبار الأمراض للتهاب الأوعية الدموية إما داخلياً أو من خلال التعاقد الخارجي.

5.4 اختبارات القلب:

سيتوفر تخطيط القلب الكهربائي (EKG) واختبار مراقبة هولتر طويل الأمد. سيتوفر التصوير بالموجات فوق الصوتية للقلب عبر الصدر (TTE) وعبر المريء (TEE) وتصوير القلب بالرنين المغناطيسي لمرضى السكتة الدماغية المختارين. يجب أن يتوفر التردد القلبي طويل الأمد (مسجلات الحلقة) لاكتشاف اضطرابات نظم القلب في السكتة الدماغية.

5.5 الأشعة:

يجب أن يتوفر التصوير المقطعي المحوسب (CAT) للدماغ للحالات الطارئة وأن يتم إجراؤه خلال 25 دقيقة من الوصول إلى قسم الطوارئ. يجب قراءة الأشعة المقطعية خلال 20 دقائق من اكتمال التصوير. إذا لزم الأمر، يجب إجراء تصوير الأوعية بالأشعة المقطعية (من الشريان الأورطي إلى القمة) لمرضى السكتة الدماغية الإقفارية الحادة المختارين بعد إعطاء IV r-tPA. سيتوفر التصوير التروي بالأشعة المقطعية ويمكن إجراؤه لمرضى السكتة الدماغية الإقفارية الحادة المختارين خلال 24 ساعة من بداية الأعراض. يمكن استخدام التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) وتصوير الأوعية بالرنين المغناطيسي (MRA) كبديل للأشعة المقطعية وتصوير الأوعية بالأشعة المقطعية (CTA)، إذا كان يمكن إجراؤها في الوقت المناسب. سيتوفر التصوير الوعائي الدماغية التشخيصي. مستشفيات السكتة الدماغية الشاملة قادرة على توفير القسطرة الدماغية بشكل عاجل على مدار 24 ساعة في اليوم. ستكون القدرة على أداء جميع الإجراءات العصبية الوعائية الطارئة متاحة بشكل عاجل، مثل تثبيت تمددات الأوعية الدماغية. ستتوفر عمليات التوسيع والتركيب الدماغي لتضيق الشريان السباتي. ستتوفر إمكانية علاج تشوهات الأوعية الدموية الشريانية الوريدية، بما في ذلك الانصمام الوعائي الداخلي، العلاج الإشعاعي والعلاج الجراحية.

5.6 الصيدلية:

يجب أن تكون الأدوية لعلاج الحالات الحادة لارتفاع ضغط الدم، فرط السكر في الدم، نقص السكر في الدم، النوبات واضطرابات التخثر متاحة بسهولة في قسم الطوارئ ومنطقة المرضى الداخليين. يجب أن تكون المذيبات الخزنية الوريدية (IV r-tPA) والأدوية الوعائية الفعالة (مثل IV labetalol) متاحة بسرعة، ويفضل في غرفة الطوارئ. يجب ألا يُعطى النيفيديبين تحت اللسان لعلاج ارتفاع ضغط الدم الحاد في مرضى السكتة الدماغية.

5.7 النقل:

يجب أن تتوفر بروتوكولات النقل المكتوبة المحددة مسبقًا بين مستشفيات السكتة الدماغية وأن تكون مبنية على اتفاقيات مكتوبة مع معايير نقل محددة مسبقًا. يجب أيضًا تضمين اتفاقيات إعادة الإرسال للمستشفيات الأولية بعد انتهاء العلاج في مستشفيات الرعاية الشامل.

5.8 الإجراءات الجراحية:

يجب أن تكون الخبرة الجراحية متاحة فورًا عند الاستشارة. يجب أن يكون الفريق الجراحي قادرًا على توفير الرعاية لجميع اضطرابات الجراحة العصبية الوعائية للدماغ، بما في ذلك تثبيت تمدد الأوعية الدماغية، التدخلات الجراحية لتشوهات الأوعية الدموية الشريانية الوريدية (AVMs)، إدخال الصرف البطني، إزالة الورم الدموي وصرفه، وعمليات إزالة التصلب من الشريان السباتي.

5.9 جميع البيانات:

بالإضافة إلى المشاركة في سجل السكتة الدماغية السعودي، قد تختار مستشفيات السكتة الدماغية الأساسية جمع البيانات لتدابير تحسين الجودة المستمرة. يجب أن يجتمع فريق السكتة الدماغية على الأقل ربع سنوياً لمناقشة مؤشرات الأداء الرئيسية وتدابير التحسين.

5.10 وحدة العناية بالسكتة الدماغية الحادة (ASU):

هي قسم متخصص ومحدد جغرافياً داخل المستشفى مصمم لرعاية معظم مرضى السكتة الدماغية الذين تم استقرار حالتهم. هذا القسم يضم فريقاً من المختصين في السكتة الدماغية، بما في ذلك أطباء، ممرضين، فريق إعادة التأهيل والمزيد، جميعهم تلقوا تدريباً محدداً في هذا المجال. خلال الأيام الأولى من الإدخال، يتم تطبيق مراقبة تلمترية مستمرة لعدة عوامل حيوية مثل معدل النبض، ضغط الدم، درجة الحرارة، مستويات الأكسجين ومعدل التنفس. ستعود المستشفى سياسات مفصلة تنظم إجراءات قبول المرضى إلى وحدة العناية بالسكتة الدماغية الحادة، بالإضافة إلى سياسات النقل والخروج منها. هذه السياسات ستغطي أيضاً التعاون بين الأقسام المختلفة مثل قسم الطوارئ، قسم الأشعة، خدمات إعادة التأهيل، إدارة الحالات والخدمات الاجتماعية. كما ستوفر المستشفى إرشادات للتعامل مع الوقاية من المضاعفات المحتملة للمرضى داخل الوحدة، مثل الوقاية من الخثار الوريدي العميق، قرح الضغط، الالتهاب الرئوي بالاستنشاق والتهابات المسالك البولية، بالإضافة إلى استراتيجيات للتعامل مع أي تغييرات قد تطرأ على الحالة العصبية أو القلبية الوعائية للمرضى.

5.11 العلاج بالعناية المركزة:

قد يتطلب بعض مرضى السكتة الدماغية مستوى أعلى من الرعاية الطبية الذي قد لا يتوفر في وحدة العناية المركزة العصبية. مما يتطلب إدخال المرضى إلى وحدات العناية المركزة (ICUs) أو وحدات العناية المركزة العصبية. يجب أن تتبع كلا الوحدتين بروتوكول علاج السكتة الدماغية الموحد للمستشفى.

الموارد البشرية:

تعتمد العناية الفعالة بمرضى السكتة الدماغية على مساهمات الأطباء المهنيين المتعددين الذين يتفاعلون مع المرضى عبر العديد من التحولات في الرعاية. تجميع فريق من الخبراء الذين يعملون في أدوار محددة ومكملة لبعضهم البعض يرتقي بأداء برنامج السكتة الدماغية ويعززه. يجب تنمية ديناميكيات الفريق التعاونية والزمالية المدعومة بالثقة المتبادلة، واحترام الخبرة المتنوعة، والالتزام باتخاذ القرارات المشتركة. يجب على جميع الأطباء المهنيين المعنيين بالسكتة الدماغية تحمل المسؤولية عن تطوير بيئة عمل صحية، مع تقييم أداء الفريق مقابل 6 معايير: التواصل المهني الماهر، التعاون الحقيقي، اتخاذ القرارات الفعالة، التوظيف المناسب، التقدير المعنوي، والقيادة الأصيلة. يشير نهج الفريق متعدد المهن إلى أن وحدات السكتة الدماغية يجب أن تكون مجهزة بأطباء، وممرضين، وأخصائيي العلاج الطبيعي، وأخصائيي العلاج المهني، وأخصائيي النطق والبلع، وعلماء النفس العصبي، والصيدلي السريري، عند الإمكان، والعاملين الاجتماعيين. الأطباء هم أخصائيو الأعصاب الوعائية، وأخصائيو الأعصاب العامين، وجراحو الأعصاب، والمتخصصون في تدخلات الأعصاب، وأطباء العناية المركزة، والأطباء الطارئون.

لتغطية خدمات السكتة الدماغية في مستشفيات السكتة الدماغية الشاملة ان يكون الحد الأدنى 4 استشاريين سكتة دماغية

ولتغطية خدمات الأعصاب العامة بالإضافة للسكتة الدماغية في مستشفيات السكتة الدماغية الأولية ان يكون الحد الأدنى 5 استشاريين طب أعصاب .

على أن لا يكون ذلك عائقاً لتفعيل الخدمة أو التغطية إذ يتعين على إدارة المستشفى الاستفادة من الخدمة إذا توفرت المعايير الأخرى وذلك عن طريق الدوام الجزئي أو اللوكم.

مدير خدمة السكتة الدماغية في المستشفى:

تعتمد فعالية خدمة السكتة الدماغية بشكل كبير على التشخيص والعلاج الفوريين، بالإضافة إلى القيادة الفعالة، الإدارة العامة للمنشأة أو النجم مسؤول في نهاية المطاف عن توفير رعاية عالية الجودة لمرضى السكتة الدماغية، ومدير خدمة السكتة الدماغية، الذي يتم اختياره من قبل الإدارة، مسؤول عن ضمان توفير هذه الرعاية.

إدارياً، يحتاج قادة خدمة السكتة الدماغية إلى تحديد الرسالة، نطاق الخدمة، الخطط، البرامج، والسياسات التي تحكم الخدمة بوضوح. بالإضافة إلى ذلك، يجب على القادة العمل بتعاون والتواصل بفعالية لتخصيص الموارد الكافية لتحقيق الرسالة ودمج الخدمات المقدمة من أجل ضمان جودة وأمان خدمات السكتة الدماغية.

إدارة فعالة لخدمة السكتة الدماغية:

- القيادة تحت يد مدير مؤهل ومتخصص في السكتة الدماغية، حاصل على شهادة استشاري أعصاب.
 - هيكل تنظيمي واضح:
 - خطوط السلطة والمسؤولية محددة بشكل واضح بين مدير خدمة السكتة الدماغية وقادة المستشفى ضمن الهيكل التنظيمي.
 - تحديد نطاق الخدمة:
 - يتم تحديد نطاق خدمات السكتة الدماغية بناءً على احتياجات المجتمع المحلي، مما يضمن الاستجابة المثالية لتلك الاحتياجات، وتوصيل الخدمة للمستفيدين بالسرعة والجودة المناسبين.
- ### تحديد الأهداف:
- تطوير وتعريف أهداف خدمة السكتة الدماغية لضمان تحقيق الرؤية والمهام المنشودة.
 - الالتزام بالمعايير:
 - التأكد من التزام خدمة السكتة الدماغية بجميع اللوائح القانونية والسياسات ذات الصلة، مما يضمن عملية تشغيلية سلسة ومتوافقة.

وصف وظيفي مفصل:

• توافر وصف وظيفي مكتوب يحدد بوضوح أدوار ومسؤوليات مدير خدمة السكتة الدماغية، مما يوضح النطاق والحدود الوظيفية.

دعم وحماية حقوق المرضى:

• يضمن مدير خدمة السكتة الدماغية حماية حقوق ومسؤوليات المرضى وعائلاتهم، مما يعزز بيئة الرعاية والاحترام.

يقوم مدير خدمة السكتة الدماغية بتحديد العدد، النوع، والمؤهلات اللازمة للموظفين لتوفير رعاية آمنة للمرضى مع ضمان وجود عدد كافٍ من الموظفين المؤهلين والأكفاء لتشغيل خدمة السكتة الدماغية بفعالية.

يجب أن يتأكد من ضمان أن جميع الموظفين المشاركين في برنامج السكتة الدماغية، سواء بدوام كامل، جزئي، مؤقت أو زائر، قد اكتملت لهم عملية المصادقة من لجنة الامتيازات والمؤهلات.

مراجعة سنوية للاحتياجات:

• يتم مراجعة متطلبات التوظيف للسكتة الدماغية سنوياً ومعالجتها ضمن الهيكل التنظيمي للمستشفى.

• تحديد الأدوار والمسؤوليات:

• مدير خدمة السكتة الدماغية يحدد بوضوح الأدوار والمسؤوليات للموظفين المعيّنين ضمن برنامج السكتة الدماغية.

6.1 التدريب والتعليم:

تدعم خدمة السكتة الدماغية التعليم المستمر والتدريب لجميع فئات الموظفين. تمتلك خدمة السكتة الدماغية جدولاً زمنياً للتعليم والتدريب ذو صلة بنطاق خدمة السكتة الدماغية. تحدد خدمة السكتة الدماغية أعضاء الطاقم الذين سيتم تدريبهم على الدعم الحياتي المتقدم وأيضاً الحصول على ساعات تدريبية في مجال السكتة الدماغية والتأكد من حصول الجميع على شهادات الفحص العصبي NIHSS بما يتناسب مع نطاق الخدمة. يتم توثيق أنشطة التعليم والتدريب للموظفين في سجلاتهم الشخصية.

6.2 اللجنة التوجيهية متعددة التخصصات:

مدير خدمة السكتة الدماغية يقوم بتأسيس وقيادة لجنة توجيه متعددة التخصصات لضمان تقديم خدمة موثوقة، آمنة وفي الوقت المناسب. تعقد هذه اللجنة اجتماعات بانتظام لدمج وتنسيق جميع الخدمات التنظيمية المتعلقة بعلاج مرضى السكتة الدماغية، وتبني بروتوكولات وإرشادات الممارسة السريرية المستندة إلى الأدلة. كما تعالج اللجنة القضايا الأخلاقية والإدارية التي تظهر في سياق تقديم الخدمة، وتقوم بتوصية إجراءات التحسين في اجتماعات الوفيات والمرضاة، مع تقييم فعالية هذه الإجراءات ضمن إطار زمني محدد.

6.3 البروتوكولات والسياسات:

يبادر مدير برنامج السكتة الدماغية بتطوير أو تبني بروتوكولات استناداً إلى التوصيات الصادرة عن الإرشادات الوطنية والدولية المعتمدة لضمان سلامة وأمن المرضى. تشمل هذه البروتوكولات تحديد الحالات المؤهلة، موانع الاستخدام، الإجراءات التحضيرية وتقديم العلاج الوريدي المذيب للجلطات لمعالجة السكتات الدماغية الإقفارية الحادة. يغطي البرنامج كذلك أساليب علاج مرضى السكتة الدماغية الإقفارية الحادة الذين يعانون من انسدادات وعائية كبيرة، بالإضافة إلى رعاية المرضى المعرضين لخطر الانسداد والوذمة الدماغية. يتضمن أيضاً استراتيجيات لعلاج النزيف داخل الدماغ، تخثر الأوردة الدماغية، النزيف تحت العنكبوتية، وتضييق الشريان السباتي. أخيراً، يولي البرنامج أهمية خاصة للحماية من حدوث سكتات دماغية مستقبلية بين المرضى الذين تعرضوا سابقاً لسكتة دماغية أو هجوم إقفاري عابر، مستهدفاً تقليل فرص تكرارها.

6.4 تحسين الجودة وسلامة المرضى:

يقوم مدير خدمة السكتة الدماغية على العمل على تطوير ومتابعة خطة متكاملة لتحسين الجودة وضمان سلامة المرضى، وذلك بالتوافق مع معايير الجودة والأمان العامة للمستشفى. تستفيد هذه الخطة من مجموعة متنوعة من الأدوات والمنهجيات القائمة على الدليل لتقييم الأداء وتعزيز التحسينات في الجوانب السريرية والإدارية بشكل سنوي. تلتزم خدمة السكتة الدماغية بتنفيذ مشروع تحسين الجودة مستندة إلى الأدلة والبراهين، كما تشارك بنشاط في أبحاث متعلقة بتحسين الخدمة. الخدمة تعطي الأولوية لمؤشرات الأداء الرئيسية التي يتم بناءً عليها إجراء مقارنات ومشاركة النتائج مع القيادات العليا للمساعدة في اتخاذ القرارات علاوة على ذلك، تقوم بتقييم دوري للفتوحات في النتائج المعلنة وتستخدم هذه المعلومات بشكل استراتيجي لتعزيز وتحسين خدمات السكتة الدماغية بشكل مستمر.

6.5 تطبيق السكتة الدماغية من بعد:

يحرص مدير خدمة السكتة الدماغية على تقديم رعاية صحية عن بُعد بأمان لضمان استمرارية وتكامل العلاج للسكتة الدماغية في الأوقات اللازمة. تقوم بتطوير معايير محددة لمعالجة المرضى ضمن نطاق الرعاية الصحية عن بُعد، مع التأكيد على ضرورة حصول جميع المقدمين لهذه الخدمة على التصديق والترخيص اللازم قبل الشروع في تقديم الخدمات. خدمات السكتة الدماغية والتصوير الطبي عن بُعد تخضع للتسجيل وتتماشى مع الإرشادات والمعايير القانونية الوطنية للصحة. أيضاً، تلتزم خدمة السكتة الدماغية بحماية خصوصية وأمن معلومات المرضى بشكل كامل.

6.6 إدارة سلسلة التوريد والإمداد:

داخل نطاق خدمات السكتة الدماغية يتم تطوير عملية مفصلة ومنظمة لإدارة سلسلة التوريد بكفاءة وفاعلية من حيث التكلفة. هذه العملية تتضمن تعاوناً وثيقاً بين مدير خدمة السكتة الدماغية والقيادات العليا في المستشفى لضمان التدفق السلس للموارد والمستلزمات الضرورية لعلاج السكتة الدماغية. من خلال هذا التعاون، يتم التركيز على تحقيق الاستخدام الأمثل للمواد، وذلك بمعالجة أي تجاوزات في الاستخدام، النقص، أو الاستعمال غير الصحيح للموارد.

مدبر الخدمة يضمن تقييم دقيق لكل المستلزمات والموارد الجديدة المقترحة للاستخدام ضمن البرنامج، وذلك من خلال إجراءات اختبار موضوعية وشاملة. هذه الإجراءات تشمل جميع وتحليل التغذية الراجعة من المستخدمين النهائيين لضمان أن المواد الجديدة تلبى الحاجات العملية وتتوافق مع المعايير العالية المتوقعة في رعاية المرضى. فقط بعد موافقة قادة السكتة الدماغية على هذه المستهلكات الجديدة، استنادًا إلى النتائج الإيجابية من العملية التقييمية، يُسمح بإدخالها إلى سلسلة التوريد للاستخدام ضمن خدمة السكتة الدماغية. هذه العملية المنهجية تضمن تقديم خدمات عالية الجودة وفعالة من حيث التكلفة، مع التركيز على السلامة والأمان في جميع جوانب الرعاية.