MHJ
LUMORA JOURNALS
المجلة متعددة التخصصات للرعاية الصحية
المجلد 1، العدد 2 (2025) · e-ISSN 3152-8775

مراجعة سردية · DOI: غير مسجل

من الإحالة الافتراضية إلى الرعاية التخصصية المكتملة: تحديد نواتج الوصول إلى الرعاية في المناطق الريفية بالمملكة العربية السعودية

فاطمة العوض[1،*]، عبدالعزيز العقيل[2]، عبير النويصر[3]، عادل أحمد خان[4]، احمد الحسن[5]

تاريخ التقديم	تاريخ القبول	تاريخ النشر
20 فبراير 2025	25 فبراير 2025	28 فبراير 2025

[1] كلية الطب، جامعة الملك فيصل، الأحساء، المملكة العربية السعودية

[2] جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية

[3] جامعة الملك عبد العزيز، جدة، المملكة العربية السعودية

[4] وزارة الصحة، البورد السعودي للطب الوقائي، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية

[5] جامعة جدة، جدة، المملكة العربية السعودية

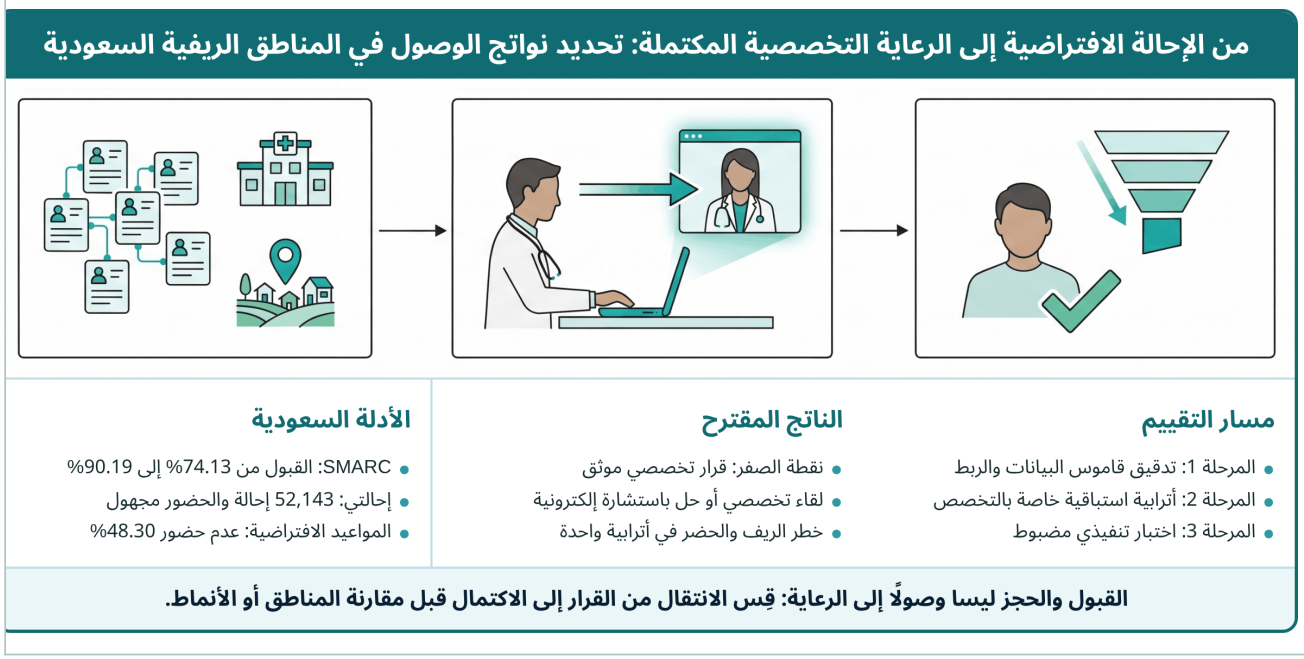
* المراسلة: فاطمة العوض، fatemalumora@gmail.com

النسخة العربية من المقال. عند أي اختلاف تُعتمد النسخة الإنجليزية.

للاستشهاد: فاطمة العوض، عبدالعزيز العقيل، عبير النويصر، عادل أحمد خان، احمد الحسن. من الإحالة الافتراضية إلى الرعاية التخصصية المكتملة: تحديد نواتج الوصول إلى الرعاية في المناطق الريفية بالمملكة العربية السعودية. المجلة متعددة التخصصات للرعاية الصحية. MHJ-2026-000332:(2)1;2025. © المؤلفون. منشور بنظام الوصول المفتوح بموجب رخصة المشاع الإبداعي نَسب المُصنَّف 4.0 الدولية (CC BY 4.0)، https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/.

الملخص

الملخص الرسومي



وسّعت المملكة العربية السعودية نطاق الإحالات الإلكترونية وخدمات الاستشارات التخصصية الافتراضية، غير أن النقاط النهائية المُبلَّغ عنها لهذه الخدمات كثيرًا ما تختلف عن الناتج الذي يهم المريض فعلًا: الحصول على التقييم التخصصي المستطَب وعلى خطة علاجية قابلة للتنفيذ. وقد فحصنا فحصًا نقديًا دراساتٍ سعوديةً للخدمات اختيرت اختيارًا هادفًا، ومراجعاتٍ أوسع نطاقًا، وتجاربَ دولية، مستعينين ببحث استكشافي قابل للتكرار في PubMed، للتمييز بين الطلبات والقبول والحجز والاستشارة والحل السريري. وهذا تحليل سردي، وليس مراجعة منهجية ولا دراسة جديدة لبيانات المرضى. فلم تتمكن دراسة الحالة الخاصة بمنصة إحالتي (Ehalati) من تحديد الحضور بعد الحجز؛ وكذلك لا تُثبت سلاسل الإحالة الوطنية اكتمال الرعاية بعد قرار موثق بالإحالة إلى مختص. ورصد تحليل وطني للمواعيد الافتراضية تكرارًا مرتفعًا لعدم الحضور وتباينًا جغرافيًا، لكنه لم يقدّم أترابية مترابطة لاكتمال الرعاية تقارن بين الريف والحضر. ونقترح ناتجًا قابلًا للتدقيق: من بين المقيمين في المواقع المشارِكة ممن لديهم قرار سريري موثق بأن الرأي التخصصي مستطَب، نسبة من يُتمّون لقاءً مؤهَّلًا أو حلًا محليًا مدعومًا من مختص ضمن نافذة زمنية محددة مسبقًا ومناسبة سريريًا. ويُصنَّف مكان الإقامة عند اتخاذ ذلك القرار، مما يتيح تقدير الخطر الخاص بكل من الطبقتين الريفية والحضرية. أما الأشخاص الذين لم تُكتشف حاجتهم أو لم تُسجَّل قط فيبقون خارج هذه الأترابية المشروطة؛ وتتطلب الحاجة غير الملبّاة على مستوى السكان تحققًا مستقلًا. ويجب تحديد البسط والمقام ونقطة الصفر الزمنية والمسارات البديلة والأحداث المنافسة والربط المفقود والجغرافيا قبل المقارنة بين المناطق أو أنماط تقديم الخدمة. وتُبيّن التجارب الدولية أن المتابعة اللاحقة يمكن قياسها، غير أن تأثيراتها لا يمكن نقلها إلى المملكة العربية السعودية دون تقييم محلي. ويمكن لأترابية سعودية مترابطة ولتصميم مقارن عملي (pragmatic) أن

يختبرا ما إذا كان توافر المسار الافتراضي يضيّق فجوات اكتمال الرعاية دون أن يحجب حالات الاتصال الفاشلة أو الرعاية المتأخرة. ولا يزعم هذا الإطار وجود معدل وطني سعودي لاكتمال الرعاية ولا وجود فائدة للرعاية الافتراضية.

الكلمات المفتاحية: المملكة العربية السعودية؛ الصحة الريفية؛ الإحالة التخصصية؛ الطب الاتصالي؛ اكتمال الرعاية؛ العدالة الصحية

المقدمة

كثيرًا ما يُعبَّر عن وعد الرعاية الافتراضية بالامتداد الجغرافي: إذ يستطيع المختص أن يقدّم المشورة لطبيب بعيد أو أن يتحدث مع مريض دون أن يتطلب ذلك الرحلة نفسها. وتجعل منظومات مثل مستشفى صحة الافتراضي، والبنية التحتية الوطنية للمواعيد والإحالات الطبية، وخدمات الاستشارات عن بُعد الإقليمية في المملكة العربية السعودية ذلك الوعدَ معقولًا من الناحية التشغيلية. غير أن عدّ المنشآت المتصلة أو الطلبات المقبولة أو الاستشارات المرئية يجيب عن سؤال يتعلق بحجم الخدمة، ولا يجيب عمّا إذا كان سكان المناطق الريفية الذين احتاجوا إلى رعاية تخصصية قد حصلوا عليها في الوقت المناسب وبأمان. ووثقت دراسة سعودية وطنية منشورة في عام 2024 قبول 469,073 طلب إحالة إلكترونية من أصل 632,763 طلبًا خلال عامي 2020–2021 (74.13%)، ولكن قبول الطلب لا يثبت حضور الموعد التخصصي أو إتمام الرعاية. وتبقى أدلة تطبيق الرعاية الافتراضية الأوسع سياقًا مختلفًا [1, 2]. ويستحق التمييز بين النواتج مناقشةً منهجية مستقلة بدلًا من قائمة عامة أخرى لمزايا الصحة عن بُعد.

وجدت مراجعة منهجية منشورة في عام 2024 بشأن الاستشارات الإلكترونية بين طبيب الأسرة والاختصاصي تحسّنًا محتملًا في الوصول وتجنب بعض الإحالات، لكن درجة اليقين في الأدلة كانت منخفضة ولا تثبت فائدة سببية [3]. أما سؤالنا فأضيق نطاقًا: فيما يخص الوصول إلى الرعاية في المناطق الريفية السعودية، ما الذي يشكّل بالضبط إحالةً تخصصية مكتملة، وما الذي يلزم ربطه لرصدها، وكيف ينبغي المقارنة بين المسارات الافتراضية والتقليدية دون تحويل نشاط الخدمة إلى ناتج للمريض لا يدعمه الدليل؟ وتكتسب الإجابة المتماسكة أهمية خاصة حين تحلّ مشورةُ المختص الافتراضي مشكلةً ما على النحو المناسب في موقع محلي للرعاية الأولية: فقد تُتجنَّب زيارة المستشفى لأن الرعاية نجحت، لا لأن الإحالة أخفقت. وفي المقابل، فإن الإحالة المقبولة التي لا تُفضي قط إلى لقاء ليست وصولًا إلى الرعاية، مهما بدت مرحلة الفرز فعالة.

توضّح دراسة الحالة السعودية الخاصة بمنصة إحالتي (Ehalati) هذا التمييز بوضوح غير معتاد. فمن بين 52,143 إحالة صادرة من تسعة مراكز للرعاية الصحية الأولية خلال الفترة 2019–2021، كانت النواتج المقيسة هي معدلات الإحالة وتواريخ المواعيد الموثقة؛ وذكر الباحثون أنهم لم يتمكنوا من التحقق مما إذا كان المرضى قد حضروا مواعيدهم [4]. وهذه سابقة محلية مفيدة، وليست خطأً في الدراسة؛ إذ تحدد النقطة التي يجب أن يضيف عندها أي تقييم مستقبلي أدلةً جديدة. وتتمثل مساهمتنا في تحديد مواصفات نقطة نهائية تمتد من الأهلية إلى الاكتمال، وتحيزاتها الرئيسة ومساراتها المنافسة، وتقييم مرحلي قابل للتنفيذ. ولا تقدّم هذه المساهمة بيانات جديدة لمرضى سعوديين، ولا تدّعي الأسبقية على كل أطر الإحالة.

نطاق الأدلة واختيارها

أجرينا ثلاثة استعلامات استكشافية في PubMed جمعت بين المملكة العربية السعودية والصحة عن بُعد أو الإحالة الإلكترونية ومصطلحات تتعلق بالريف أو المناطق النائية أو الإحالة أو المختص أو الاكتمال أو الحضور. وقد احتُفظ بالصيغ الدقيقة للاستعلامات وأعداد النتائج المُسترجعة (89 و2 و160) في سجل مصادر لدى المؤلفين. ثم فحصنا سجلات PubMed لدراسات سعودية اختيرت اختيارًا هادفًا تتناول أنظمة الإحالة الوطنية والعيادات الافتراضية والمفاهيم الموجهة للمناطق الريفية وخدمات بعينها؛ وتجاربَ دولية قاست المتابعة بعد الإحالة؛ ومراجعاتٍ ذات صلة بنواتج الإحالة أو بتوسيع نطاق خدمات الفيديو. وبُحث مباشرةً عن ورقة سعودية إضافية عن منصة إحالتي (Ehalati) وعن مراجعة منهجية دولية منشورة عام 2024 عن الاستشارات الإلكترونية لقربهما من السؤال المقترح. وفضّل الاختيار النقطةَ النهائية المرصودة والمقام على مجرد استخدام المقال لكلمة "الوصول". ولم يُجرَ فرز مستقل مزدوج، ولا تقدير مجمّع، ولا تقييم رسمي لخطر التحيز، ولم يُدَّعَ استرجاع شامل. وتُفسَّر المصادر التي اطُّلع عليها من خلال الملخص وحده بالقدر الذي يسمح به ملخصها فقط. واستخدمنا النص الأولي الكامل المتاح بالوصول المفتوح حين كان التفسير الرئيس يعتمد على قيود الورقة أو تعريفها للناتج.

ويَحول هذا التمييز أيضًا دون تجميع مضلِّل للمقالات الإدارية السعودية. فتحليلات المركز السعودي للمواعيد والإحالات الطبية (SMARC) الوطني لطلبات الفترة 2020–2021، ومجموعاتها الفرعية الداخلية/الخارجية، ونشاط الفترة اللاحقة 2023–2024، هي ملاحظات مترابطة صادرة عن سلسلة خدمية واحدة، وليست ثلاثة تدخلات مستقلة [5, 6, 7]. كما أن مجموعة فرعية للصحة النفسية من الفترة الأولى ومجموعة فرعية لطب الأطفال من الفترة اللاحقة مفيدتان سريريًا، لكنهما تتداخلان مع إطار الإحالة الوطني [8, 9]. ونستخدمها لتحديد حقول الحالة التي أُبلغ عنها، بدلًا من عدّ كل منها دليلًا مستقلًا على أن رعاية الإحالة قد اكتملت.

ما الذي تقيسه أدلة الخدمات السعودية فعلًا

حللت الدراسة الوطنية للمركز السعودي للمواعيد والإحالات الطبية (SMARC) للفترة 2020–2021 عدد 632,763 طلب إحالة إلكترونية، وأبلغت عن نسبة قبول بلغت 74.13% [5]. وأبلغ تحليل ذو صلة عن 645,425 إحالة إلكترونية وعن أنماط التنقل الخارجي مقابل الداخلي؛ ولا ينبغي التوفيق ضمنيًا بين مجتمعات الاستخراج والمقامات المختلفة ولا جمعها معًا [6]. وأبلغت دراسة لاحقة لـ SMARC عن 755,145 إحالة في الفترة 2023–2024 وعن نسبة قبول بلغت 90.19%، مقارنةً بنسبة 74.13% في خط الأساس السابق [7]. وهذه مقاييس إدارية للعمليات ذات معنى، لكنها لا تُثبت أن موعدًا قد تم، أو أن خطة تخصصية قد قُدِّمت، أو أن سكان المناطق النائية أصبحوا أكثر ترجيحًا لإتمام الرعاية المستطَبة. بل إن الانخفاض المرصود في الإحالات بين المناطق قد يعكس تغيرًا في السعة المحلية أو قواعد الإحالة أو المزيج السريري أو الترميز، بدلًا من الوصول العادل إلى الرعاية.

ووجدت دراسة حالة منصة إحالتي (Ehalati) أن جدولة المواعيد الموثقة ارتفعت من 79.6% إلى 95.7% خلال فترة الدراسة. كما قارنت قرب مراكز الرعاية الأولية من المستشفى المستقبِل؛ فكانت المراكز الواقعة ضمن 13 km أعلى ميلًا إلى الإحالة من المراكز الأبعد [4]. غير أن المسافة بين المنشأة والمستشفى ليست هي عبء المسافة بين منزل المريض والخدمة، والحجز المؤرخ ليس زيارةً تم حضورها. ومن ثم فإن عجز المؤلفين الصريح عن التحقق من الحضور أمر محوري في التفسير. وتابعت دراسة سعودية عن رسائل التذكير في الأشعة 493 من متلقي المواعيد، وأبلغت أن المرضى المقيمين على بُعد أكثر من 35 km من المستشفى كانوا أكثر ترجيحًا لتفويت مواعيدهم [10]. وتُثبت هذه الدراسة أن المسافة والحضور يمكن رصدهما في خدمة محلية مختارة، لكنها ليست أترابية إحالة تخصصية قائمة على الإقامة الريفية ولا تقديرًا وطنيًا للوصول إلى الرعاية. واستخدم تحليل وطني مستقل لأكثر من مليون سجل سعودي للمواعيد/الاستشارات الافتراضية خلال الفترة 2021–2022 حقولَ إغلاق المواعيد ومكانَ الإقامة، وأبلغ عن نسبة عدم حضور للمرضى بلغت 48.30% وعن استخدام أقل في المحافظات الريفية منه في الحضرية [11]. وهذا دليل على أن الاتصال الافتراضي المجدول قد يخفق، وأن المستخدمين المرصودين موزعون توزيعًا غير متساوٍ. غير أن وحدة التحليل فيه تشمل مواعيد الرعاية الأولية والمتابعة، وليست أترابية مترابطة من الأشخاص الذين لديهم قرار موثق بالإحالة إلى مختص؛ ولا ينبغي طرح نسبة عدم الحضور المستمدة من ذلك المصدر من نسبة القبول لدى SMARC لاختلاق معدل للاكتمال.

قد يمكن من حيث المبدأ ربط هذه المصادر الإدارية، لكن لا يمكن ربط أعدادها المنشورة على مستوى النشر بأثر رجعي. فأوراق SMARC تعدّ الطلبات وتصف قبولها أو وجهتها، في حين تعدّ ورقة الخدمة الافتراضية المواعيدَ أو أحداث الاستشارة. ولا يوفر أيٌّ منهما جدول ربط منشورًا على مستوى الفرد بين قرار إحالة بعينه ولقاء تخصصي مكتمل. وحتى لو وُجد معرّف مشترك من الناحية التقنية، فإن مقامًا قائمًا على القرارات الموثقة يتطلب سجلات سريرية تحتفظ بالقرارات التي لم يُقدَّم بشأنها طلب إلكتروني. وسيبقى خارج تلك الأترابية الأشخاصُ العاجزون عن الوصول إلى الرعاية، أو الذين لم تُكتشف حاجتهم التخصصية، أو الذين لم يُوثَّق القرار الخاص بهم. فالبيانات المقتصرة على الطلبات تخضع للانتقاء بحسب طلب الرعاية والتوثيق وتقديم الطبيب للطلب. وإذا لم يكن ممكنًا رصد سوى الطلبات المقدَّمة، فينبغي تسمية الكمية التقديرية المستهدفة الأضيق، أي "اكتمال الإحالات المقدَّمة"، في العنوان والاستنتاجات؛ ولا يمكن إعادة وسمها بوصفها احتمال وصول السكان الريفيين إلى الرعاية. أما الكمية التقديرية المستهدفة للحاجة غير الملبّاة على مستوى السكان فتتطلب تحققًا مجتمعيًا أو على مستوى جميع اللقاءات بالإضافة إلى الربط.

وتُبيّن دراسات الخدمات الصغيرة لماذا يهم المعنى السريري أيضًا. ففي عيادة افتراضية سعودية أولية لجراحة المسالك البولية لدى الأطفال، قُيِّمت 105 إحالات جديدة عن بُعد؛ وأبلغ الباحثون عن توفير ما يُقدَّر بـ 203 رحلات وعن قِصَر الوقت حتى العلاج، لكن دون مقام ريفي وطني ودون توثيق مستقل للاكتمال اللاحق لكل خطة علاجية [12]. ويصف تقرير عن مبادرة نراكم (NARAKOM) في منطقة جازان النائية نموذجًا للتواصل بين الاستشاري والرعاية الأولية في البيئات الجبلية والجزرية [13]. وهو ذو صلة بتصميم المسار، لكن وصفه للتنفيذ ليس تقديرًا مضبوطًا للوصول المكتمل إلى الرعاية على مستوى

المريض. وتتتبع ورقة استعادية عن مستشفى صحة الافتراضي توسّعَ الخدمات والمستفيدين والزيارات [14]. وهذه السلاسل التشغيلية تروي قصة مختلفة عن أترابية ريفية تمتد من الأهلية إلى الرعاية. كذلك فإن تقرير الرعاية الحرجة لحديثي الولادة عن بُعد في نجران خاص بخدمة بعينها: إذ يُبلغ عن فترة تدخل، لكن دون فرق ذي دلالة إحصائية في متوسط الوفيات قبل التنفيذ وبعده (p=0.856)، والوفيات ليست نقطة نهائية لاكتمال الإحالة التخصصية [15].

ويمكن أن تكون الدراسات المسحية والدراسات القائمة على الأحداث ذات قيمة دون أن تحل مشكلة المقام. فقد جنّد مسح وطني بعينة ملائمة 916 شخصًا سبق أن خاضوا تجربة المواعيد الافتراضية، وقاس سهولة الاستخدام والرضا [16]. واستبعادُ غير المستخدمين عند التجنيد يجعله غير مناسب لتقدير نسبة الأشخاص الريفيين المؤهلين الذين يحصلون على رعاية تخصصية. وتناقش لمحة عامة عن الصحة عن بُعد لاضطراب طيف التوحد في المناطق الريفية المساراتِ والعوائق، لكنها لا تقدّم تقديرًا وطنيًا للإحالات المكتملة [17]. وخلال موسمين من مواسم الحج، رصدت سلسلة السكتة الدماغية عن بُعد السعودية 459 مريضًا أتمّوا استشارات الطب الاتصالي؛ ولا يمكن لمجتمع مرضى السكتة الدماغية الحادة في تجمع جماهيري أن يمثّل أترابية إحالة ريفية من المقيمين [18]. وتصف أوراق SMARC الخاصة بالصحة النفسية وطب الأطفال قبولَ الطلبات في مجموعاتها التخصصية الفرعية بدلًا من الحضور الموثق أو الحل [8, 9]. وقد تتبّع تقرير حديث لتحسين الجودة في الإقلاع عن التدخين لدى المرضى المنوَّمين في جدة شمل 27 مريضًا حضورَ المواعيد بعد الخروج من المستشفى؛ ويُظهر مساره المنتقى بدرجة عالية والمقتصر على جناح واحد أن التوثيق المحلي من البداية إلى النهاية ممكن، لكن لا نسبة الحضور البالغة 100% داخل العينة ولا تصميمه غير المضبوط يسوّغان التعميم على الإحالات التخصصية الريفية [19]. ويوائم الجدول 1 بين هذه المصادر والنقاط النهائية التي يمكنها دعمها فعلًا.

الجدول 1. ما تحدده مصادر سعودية مختارة، وسؤال الاكتمال الذي تتركه مفتوحًا [4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15].

المصدر والسياق	الوحدة المرصودة والناتج المُبلَّغ عنه	ما يمكنه دعمه	ما لا يمكنه إثباته
دراسة حالة إحالتي (Ehalati) في الرعاية الصحية الأولية (PHC) [4]	52,143 إحالة؛ تواريخ مواعيد موثقة والمسافة من مركز PHC إلى المستشفى	توثيق الحجز والارتباطات بمسافة المنشأة	حضور المريض، أو كون منزل المريض في منطقة ريفية، أو الرعاية السريرية المكتملة
سلسلة SMARC الوطنية [5, 6, 7]	الطلبات؛ القبول والتوجيه الداخلي/الخارجي في فترات خدمة متداخلة	حالة الإحالة وأنماط التوجيه	الحضور أو خطر الانتقال من الأهلية إلى الاكتمال في الريف
المواعيد الافتراضية الوطنية [11]	1,008,228 سجل موعد/استشارة؛ الإغلاق/عدم الحضور ومحافظة الإقامة	استخدام الخدمات المجدولة وعدم الحضور	الاكتمال التخصصي المترابط بعد قرار إحالة موثق

المصدر والسياق	الوحدة المرصودة والناتج المُبلَّغ عنه	ما يمكنه دعمه	ما لا يمكنه إثباته
العيادة الافتراضية لجراحة المسالك البولية لدى الأطفال [12]	105 إحالات مقيَّمة؛ الرحلات الموفَّرة المقدَّرة وتوقيت العلاج	الجدوى والنواتج الأولية للعيادة	مقام ريفي وطني أو اكتمال شامل للعلاج اللاحق
مفهوم نراكم (NARAKOM) في جازان النائية [13]	نموذج تواصل بين الاستشاري والرعاية الأولية	مسار معقول للمناطق النائية واحتياجات التنفيذ	مقارنة مقيسة للرعاية التخصصية المكتملة
سلسلة مستشفى صحة الافتراضي ووحدة NICU في نجران [14, 15]	الخدمات أو الزيارات أو حلقات خدمة حديثي الولادة	الامتداد التشغيلي وعمليات الرعاية الخاصة بالسياق	الاكتمال على مستوى الإحالة الريفية أو التحسن السببي في العدالة
مجموعات SMARC الفرعية التخصصية [8, 9]	طلبات الصحة النفسية وطب الأطفال؛ القبول	حالة الفرز الخاصة بالتخصص	تأثير وطني مستقل أو رعاية تخصصية محضورة

PHC = الرعاية الصحية الأولية؛ SMARC = المركز السعودي للمواعيد والإحالات الطبية؛ NICU = وحدة العناية المركزة لحديثي الولادة. تلخص الصفوف مجتمعات مصدرية مختلفة وفترات إدارية متداخلة أحيانًا؛ ويجب عدم جمع أعدادها. وتشير عبارة "ما لا يمكنه إثباته" إلى النقطة النهائية/المقام المنشورين، لا إلى ما قد يكون ممكنًا ببيانات مترابطة مأذون بها. وهذا الجدول تجميع نقدي أصلي، وليس جدول مصدر مستنسخًا.

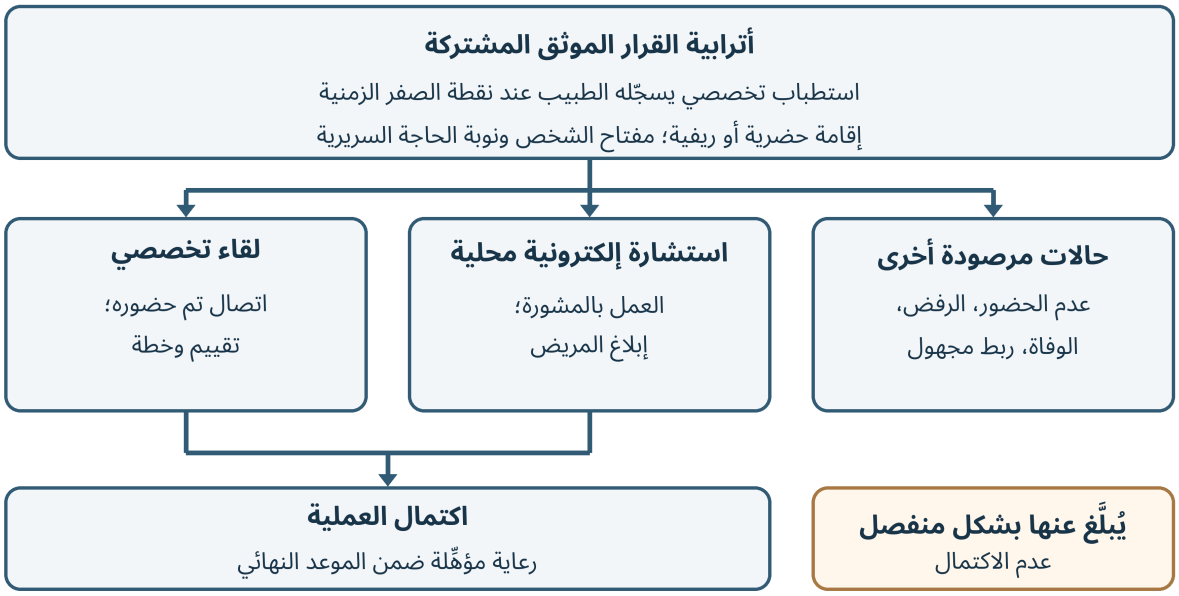
تعريف الناتج قبل قياسه

الكمية التقديرية المستهدفة الأولية المقترحة هي خطر الرعاية المستطَبة المكتملة ضمن نافذة ثابتة خاصة بكل تخصص، بين جميع المقيمين، ريفيين وحضريين، في المواقع المشاركة ممن لديهم قرار سريري موثق بطلب رأي تخصصي. ووحدة التحليل هي حلقة حاجة سريرية محددة مسبقًا ومرتبطة بشخص؛ فالاستطباب المستقل الثاني يبدأ حلقة جديدة، في حين تبقى الطلبات المكررة للحاجة نفسها حلقة واحدة. ويحدد مكان الإقامة عند نقطة الصفر الزمنية الخطرَ الخاص بكل من الطبقتين الريفية والحضرية ضمن هذا المجتمع المصدري المشترك، والفرقَ المطلق بين الريف والحضر (الريف ناقص الحضر). وتسعون يومًا ليست إلا نافذة توضيحية، وليست معيارًا سعوديًا متفقًا عليه؛ فمسارات السكتة الدماغية العاجلة وحديثي الولادة والأورام والغسيل الكلوي والحالات الاختيارية تتطلب بدائل مسوّغة. ونقطة الصفر الزمنية هي أول قرار سريري مسجّل، وليست القبول أو الحجز. ويمكن أن تشمل الأترابية القراراتِ التي لم تُقدَّم إلكترونيًا قط إذا سجّلها السجل السريري؛ وتستبعد الحاجة غير المكتشفة أو غير الموثقة. أما قصر التحليل على الطلبات المقبولة فيجعله مشروطًا بالجغرافيا وبتوافر المختصين وبالمسار الرقمي. ويجب ألا تحل النسب الثانوية، أي المقدَّمة والمقبولة والمحجوزة والمحضورة والمحلولة، محلَّ خطر الاكتمال من القرار حتى الإتمام. وتلزم دراسة مجتمعية أو دراسة لِلّقاءات المصدرية مستقلة لتقدير الحاجة التخصصية غير الملبّاة على مستوى السكان.

ويحتاج حدث الاكتمال المؤهِّل إلى تحديد سريري. فقد يكون لقاءً تخصصيًا حضوريًا أو افتراضيًا تم حضوره مع تقييم وخطة موثقين، أو استشارةً إلكترونية من المختص إلى الطبيب مع توصية موثقة يعمل بها طبيب الرعاية الأولية ويبلغها للمريض. أما الرسالة المرسلة دون استلام، أو الحجز دون حضور، أو المكالمة القصيرة ذات الاتصال التقني الفاشل، فينبغي أن تبقى حالاتٍ منفصلة. وإذا أفادت الاستشارة الإلكترونية بأن زيارة المختص غير مستطَبة، فلا يزال يمكن احتساب الناتج حلًا مناسبًا مدعومًا من مختص، ولكن فقط حين تكون المشورة والإجراء المحلي والتواصل مع المريض موثقة. أما الإجراء اللاحق أو العلاج النهائي فهو ناتج لاحق مستقل؛ وقد يؤدي وسمه بـ "الاكتمال" إلى تصنيف الانتظار اليقظ الضروري ظلمًا على أنه إخفاق. وفي المقابل، قد تكون الاستشارة المكتملة غير كافية سريريًا. ولذلك ينبغي أن يرافق معدلَ اكتمال العملية مؤشرٌ مستقل للسلامة/الملاءمة، مثل إعادة الإحالة العاجلة غير المخطط لها، أو الحاجة التشخيصية غير المحلولة، أو اعتراض الطبيب المحلي، مع قواعد تحكيم يضعها الأطباء في كل تخصص [20, 21].

ومن المفيد الإبلاغ عن كميتين تقديريتين مستهدفتين بدلًا من حشر جميع الأسئلة السريرية في نقطة نهائية واحدة. الأولى هي اكتمال العملية: احتمال أن يكون لدى المريض المؤهل لقاء تخصصي مؤهِّل موثق أو حل محكَّم مدعوم من مختص بحلول الموعد السريري النهائي. والثانية هي الاكتمال الفعّال: ضمن أترابية خط الأساس نفسها، احتمال تنفيذ خطوة سريرية تالية محددة مسبقًا، أو الوصول بأمان إلى قرار موثق بعدم استطباب أي خطوة إضافية. وتتيح الأولى المقارنة بين التخصصات مع التحفظ الدقيق؛ أما الثانية فأوثق صلةً بالمريض لكنها تتطلب تحكيمًا ومتابعة خاصين بكل تخصص. وينبغي أن تستخدم كلتاهما أترابية نقطة الصفر الزمنية نفسها، حتى لا تستبعد النقطة النهائية الفعّالة الأكثر تطلبًا عن غير قصد الأشخاصَ الذين ينقطعون قبل العلاج. وحيث لا يمكن تسجيل الاكتمال الفعّال، ينبغي أن تذكر المخطوطة هذا القيد وألا تعيد تسمية اكتمال العملية بوصفه ناتجًا سريريًا. ويمكن لمنحنيات الزمن حتى الحدث ولنسبة من لا يزالون في انتظار الرعاية أن تكمّل مخاطر النافذة الثابتة، لا سيما حين يكون التأخير، لا الإخفاق الدائم، هو الشاغل الرئيس.

يفصل الشكل 1 أترابية خط الأساس المشتركة عن مسارَي الحل المؤهِّلَين وعن حالات عدم الاكتمال/المجهول المرصودة. وقد استُرشد في بنائه مفاهيميًا بالأدبيات المنشورة عن مراحل الإحالة [3, 4] وبممارسة التجارب في متابعة المرضى بعد الفحص والإحالة [22, 23]. والتسميات والمقاييس المقترحة من وضعنا؛ والشكل ليس أداةً مستنسخة من طرف ثالث.



الشكل 1. أترابية قرار الإحالة المشتركة، والمسارات المؤهِّلة البديلة، والتحقق من النقطة النهائية [3, 4, 22, 23]. استُرشد في هذا المخطط الأصلي بأدبيات الإحالة المستشهد بها. والفروع هي مسارات للتحقق من الناتج، وليست ادعاءً بأن كل إحالة تمر بكل مرحلة إدارية. ويتطلب اللقاء التخصصي المحضور تقييمًا وخطة؛ ولا تُعدّ الاستشارة الإلكترونية المحلية مؤهِّلة إلا حين يُعمل بالمشورة وتُبلَّغ للمريض. وتبقى الطلبات المرفوضة، وعدم التقديم، والاتصالات الفاشلة، والمسارات الخاصة، والأحداث المنافسة، والربط المجهول مرمَّزةً كلٌّ على حدة. ويتطلب الاكتمال السريري الفعّال تحكيمًا إضافيًا خاصًا بكل تخصص. ولا تستنسخ الصورة شكلًا من طرف ثالث.

ولا يمكن أن يحدد الموقعُ الذي أصدر الإحالة صفةَ "الريفي" بحد ذاتها. فقد يخدم مستشفى إقليمي سكانًا حضريين وريفيين، في حين قد تستقبل منشأة نائية مرضى من البلدات المجاورة. وينبغي أن يستخدم ملف التحليل موقع إقامة مُرمَّزًا جغرافيًا أو مُتحقَّقًا منه بطريقة أخرى عند نقطة الصفر الزمنية، وأن يطبّق تصنيفًا جغرافيًا سعوديًا مسجلًا مسبقًا، وأن يُبلغ عن المسافة أو زمن السفر بوصفهما متغيرين مصاحبين متصلين. وإذا تعذّر ضبط حوكمة بيانات العنوان الدقيقة بأمان، فإن رمز منطقة صغيرة أقل دقة مع حدود موثقة لسوء التصنيف أفضلُ من معاملة منطقة إدارية كمتغير ريفي ثنائي. وقد يحدد الوصول إلى الأجهزة، والاتصال بالشبكة، والإعاقة، واللغة، ومساعدة مقدّم الرعاية، والمواصلات أيَّ المرضى يظهرون في بيانات الخدمات الافتراضية؛ وحين يُسمح بذلك، ينبغي التحقق منها قبل اختيار نمط تقديم الخدمة لا في مسح لرضا المستخدمين فحسب [24, 25].

طلبات الإحالة ليست بالضرورة مرضى. فقد يكون للشخص نفسه طلبات مكررة، أو إحالات إلى تخصصات متعددة، أو درجة استعجال معدّلة، أو مسار مرفوض تعقبه رعاية حضورية ناجحة، أو انتقال إلى مقدّم خدمة خاص. وتتطلب الأترابية الدنيا مفاتيح ثابتة للشخص ولنوبة الحاجة السريرية، وتواريخ لكل حالة، والتخصص ودرجة الاستعجال، ومكان الإقامة، والاستطباب الموثق، والتحقق من اللقاء عبر الأنظمة المشاركة. ويجب حذف الطلبات المكررة للحاجة نفسها مع الإبقاء على الاستطبابات المتمايزة. والربط المفقود للقاء يُعدّ مجهولًا لا إخفاقًا؛ ويجب الإبلاغ عن نسبته بحسب مكان الإقامة والمسار المخصص. وفيما يخص خطر النافذة الثابتة وفق مبدأ نية العرض (intention-to-offer)، تُعدّ الوفاة قبل الاكتمال حدثًا منافسًا يُبلَّغ عنه بشكل منفصل، ويُعدّ الرفض حالةَ عدم اكتمال/اختيار موثقة، لا فقدانًا للمتابعة. ويُحتسب البديل المناسب طبيًا والمدعوم

من مختص، الذي يستوفي قاعدة التحكيم، اكتمالًا؛ أما الرعاية الخاصة غير المتحقق منها فتبقى مجهولة. وتخضع الهجرة إلى خارج المنطقة دون رعاية مرصودة للرقابة (censoring) في تحليل الزمن حتى الحدث، ويُخصَّص لها حدٌّ محدد مسبقًا في تحليل الحساسية لخطر النافذة الثابتة. أما مانع الاستعمال الذي يُلغي الاستطباب الأصلي فيتطلب التحكيم بوصفه حلًا مناسبًا أو حالة منافسة يُبلَّغ عنها بشكل منفصل. وترد هذه القواعد والمتغيرات المقترحة في الجدول 2.

ويمكن لجودة البيانات أن تغيّر اتجاه مقارنة العدالة تغييرًا جوهريًا. فإذا كان المرضى الريفيون أكثر ترجيحًا لإتمام الرعاية في مستشفى خاص خارج الشبكة العامة المترابطة، فإن مستخلصًا مقتصرًا على القطاع العام سيقلل من تقدير اكتمالهم؛ وإذا كان المرضى الحضريون أكثر استخدامًا لهذه الرعاية، فقد يحدث العكس. وإذا كانت الإحالات الريفية تُعالَج بالهاتف بوتيرة أعلى بينما لا يسجّل النظام سوى مواعيد الفيديو بوصفها مكتملة، فإن سوء التصنيف الخاص بنمط تقديم الخدمة سيُحدث فجوة زائفة. ولذلك ينبغي أن تتعمد عينة التحقق الإفراط في تمثيل المناطق الريفية، والحلقات ذات الحالة الفاشلة، والمسارات البديلة، مع تحكيم معمّى عبر مراجعة السجلات أو التواصل مع المرضى حين يُسمح بذلك. ويجب الإبلاغ عن الحساسية والقيمة التنبؤية الإيجابية لكل رمز إلكتروني للاكتمال مقارنةً بالسجل المحكَّم، بما في ذلك عدم اليقين، وبيان ما إذا كانت هذه المقاييس تختلف بحسب مكان الإقامة. ولا يمكن إصلاح سوء التصنيف التفاضلي المجهول بعينة أكبر من رموز الحالة نفسها. وقد يكون تدقيق محدود أكثر قيمة من لوحة متابعة وطنية أخرى للطلبات.

الجدول 2. الحد الأدنى من البيانات وقواعد حالات الأحداث لأترابية سعودية مشروطة لاكتمال الإحالة [3, 4, 20, 21, 22, 23].

المجال	الحقل أو القاعدة المطلوبة	دور التدقيق والتحليل
خط الأساس المشترك	مفاتيح الشخص وحلقة الحاجة السريرية؛ الاستطباب الموثق والتخصص ودرجة الاستعجال وتاريخ القرار	تضمين القرارات الريفية والحضرية قبل التقديم/القبول؛ تدقيق القرارات غير المقدَّمة والطلبات المكررة
الجغرافيا	موقع الإقامة عند القرار؛ إصدار التصنيف؛ زمن السفر	تدقيق الإقامة المفقودة/المشتقة من المنشأة؛ تقدير خطرَي الطبقتين وتدرّج السفر
المسار والاتصال	التقديم، الرفض/إعادة التوجيه، الحجز، نمط تقديم الخدمة، عدم الحضور، الإخفاق التقني، اللقاء التخصصي أو الاستشارة الإلكترونية	التحقق من معاني الحالات عبر إصدارات البرمجيات؛ الإبقاء على المسارات البديلة والمجهولة
الاكتمال والسلامة	ملاحظة اللقاء والخطة، أو مشورة المختص المعمول بها محليًا والمبلَّغة؛ الخطوة التالية المستطَبة والأضرار	تحكيم اكتمال العملية والاكتمال الفعّال كلٌّ على حدة ضمن نوافذ زمنية خاصة بكل تخصص

المجال	الحقل أو القاعدة المطلوبة	دور التدقيق والتحليل
نواتج أخرى	الرعاية الخاصة المُتحقَّق منها، والرفض، والوفاة، والهجرة إلى خارج المنطقة، ومانع الاستعمال، والربط المفقود	التصنيف إلى اكتمال أو عدم اكتمال أو حدث منافس أو رقابة أو مجهول وفق ما حُدد مسبقًا؛ عرض حدود الحساسية

هذه مواصفات مقترحة، وليست مجموعة بيانات سعودية مُتحقَّقًا منها ولا ربطًا وطنيًا قائمًا. والتسعون يومًا توضيحية فقط للتخصصات غير العاجلة المناسبة؛ ويحدد الأطباء نوافذ زمنية بحسب درجة الاستعجال. ولم يُطَّلع على أي بيانات سعودية على المستوى الفردي.

التقدير والمقارنة دون ادعاءات سببية زائفة

يمكن لأترابية وصفية أولية أن تُبلغ عن عدد المقيمين ذوي الاستطبابات الموثقة في الطبقتين الريفية والحضرية، وعن الحدوث التراكمي للاكتمال لديهم عند نقاط زمنية خاصة بكل تخصص، بحسب عبء السفر ودرجة الاستعجال والفئة العمرية والجنس حيثما يسمح القانون. ويجب تقدير فرق الخطر المطلق بين الريف والحضر (الريف ناقص الحضر) مع عدم اليقين، إلى جانب خطر كل طبقة وأي نسبة بينهما. ويجب عرض السلسلة كاملة، لأن تساوي معدل الاكتمال النهائي قد يخفي انتظارًا غير عادل، أو إعادة توجيه غير آمنة، أو أنماطًا مختلفة من عدم الحضور. وفي تحليل الزمن حتى الحدث، يجب مراعاة الوفاة بوصفها حدثًا منافسًا؛ ولا تُطبَّق الرقابة على الهجرة إلى خارج المنطقة إلا بافتراض رقابة مستقلة يمكن الدفاع عنه، مع عرض الحدود حين يسقط هذا الافتراض. وبالنسبة لمخاطر النافذة الثابتة، يجب عرض تحليل الحالات الكاملة وحدود النواتج المفقودة أو سيناريوهات حساسية محددة مسبقًا للرعاية الخاصة غير المترابطة والهجرة والحالة المجهولة. ويبقى الرفض حالةَ عدم اكتمال مُبلَّغًا عنها ما لم تُعرَّف كمية تقديرية مستهدفة مستقلة لاختيار المريض. ولا يجوز تحويل النواتج المفقودة إلى زيارات مكتملة، ولا التذاكر "المغلقة" إلى حل سريري. فتقارير SMARC الوطنية تقدم حقولًا إدارية ومقامات للطلبات، لا النقطة النهائية السريرية المترابطة [5, 6, 7].

إذا كان السؤال هو ما إذا كان عرض خيار الإحالة الافتراضية يُسبّب اكتمالًا أفضل، فيجب أن يسبق التخصيصُ فحصَ النواتج، وأن تُطبَّق قاعدة استطباب مشتركة في اللقاءات المشاركة قبل اختيار المسار. ويمكن للإدخال المتدرج العملي عبر مواقع متماثلة، أو التوزيع العشوائي لتوافر الخدمة على مستوى العيادة حين يكون ذلك مقبولًا، أو السلاسل الزمنية المتقطعة المضبوطة، أن تقارن الاكتمال من القرار حتى الإتمام ضمن الأترابية المشتركة ذات الاستطباب الموثق. وإذا كان توافر الخدمة الافتراضية يغيّر ما إذا كان الأطباء يسجّلون الاستطباب، فإن التشريط على القرار المسجّل بعد بدء التطبيق قد ينتقي بحد ذاته مرضى مختلفين؛ ويجب على الباحثين تدقيق تسجيل الاستطباب عبر الأذرع والفترات، أو تعريف أترابية أهلية سابقة للتعرض تشمل جميع اللقاءات لأغراض التحليل السببي. والمقارِن هو توافر المسار المعتاد في مواقع وفترات زمنية متماثلة، مع مراعاة التجمّع على مستوى العيادة والتخصص ودرجة الاستعجال وتغيرات الترميز. ويحتاج تصميم الفروق في الفروق الاستعادي إلى فحوص للاتجاهات المتوازية وثبات الترميز؛ إذ إن إقبال المرضى انتقائي ذاتيًا بحسب الاتصال بالشبكة واختيار

الطبيب وشدة الحالة والتفضيل. وقد تُربك المقارناتِ عواملُ مثل سعة المختصين الإقليمية، وتغيرات قواعد القبول، والطلب الموسمي خلال الحج، والإصلاحات الوطنية. ولا يجوز "إزالة أثر" العوائق الجغرافية البنيوية بالتعديل الإحصائي حين تكون العدالة هي الناتج. ويجب تحديد عدم التجانس مسبقًا بحسب مكان الإقامة والعمر والإعاقة واللغة والحرمان حيثما أمكن الدفاع عن ذلك. وتدعم محدوديةُ اليقين في نتائج مراجعة الاستشارات الإلكترونية المنشورة عام 2024 هذا التحفظ [3]، لا تقديرًا لتأثير سعودي.

وفيما يخص العدالة الجغرافية، فإن المقارنة الرئيسة هي خطر الاكتمال في الريف ناقص خطره في الحضر ضمن الأترابية المصدرية نفسها ذات الاستطباب الموثق، والتغيرُ في هذا الفرق بعد إدخال المسار. فقد يرفع برنامج افتراضي معدل الاكتمال لدى المجموعتين مع إبقاء الفجوة المطلقة في غير صالح الريف قائمة؛ وقد تضيق الفجوة أيضًا لأن الاكتمال في الحضر يتراجع. ويجب الإبلاغ عن خطرَي الطبقتين، والخطر الإجمالي، والفجوة. ويضيف تدرّج زمن السفر معلوماتٍ إلى التصنيف الثنائي ريفي/حضري. وينبغي أن تكون مقارنة البرنامج الأولية هي العرض/التوافر على مستوى العيادة، مع التحليل بحسب التخصيص أو الإدخال بصرف النظر عن إقبال المرضى. أما المقارنة بين الأشخاص الذين استخدموا الرعاية الافتراضية فهي ثانوية ومنتقاة؛ ويمكن لطرق ترجيح الاحتمال العكسي أو المطابقة أن توازن المتغيرات المصاحبة المقيسة عند خط الأساس، لكنها لا تستطيع إزالة التفضيل غير المقيس أو الإلمام الرقمي أو انتقاء الأطباء.

وينبغي اختبار تحسين العمليات باستخدام مقاييس الموازنة. فقد تقلل الرعاية الافتراضية السفر لدى من ينجحون في الاتصال، بينما تزيد التشخيص المتأخر سوءًا إذا لم يكن الفحص السريري أو التصوير متاحًا محليًا. ولذلك ينبغي أن تقرن لوحات متابعة المواقع بين الاتصال التخصصي المكتمل والزمن حتى القرار، والزمن حتى العلاج المستطَب، وعمليات النقل العاجلة، والإحالات المتكررة، والإخفاقات التقنية، والسفر والتكلفة كما يُبلغ عنهما المرضى، وعبء عمل الأطباء. ولا يمكن للأعداد الروتينية للزيارات عن بُعد أن تحل محل هذه المجموعة. فقد وجدت مراجعة الاستشارات الإلكترونية السابقة لعام 2015 نتائج مواتية فيما يخص حسن التوقيت وتصورات مقدمي الخدمة، لكن مع محدودية النواتج السريرية الرصينة [20]؛ كما حكمت المراجعة المنهجية اللاحقة بأن الأدلة التجريبية متواضعة ورصدية في معظمها [21]. وتُظهر أدلة الصحة عن بُعد في أقسام الطوارئ الريفية أن "الفعالية" تتفاوت بحسب السياقات السريرية وتعريفات النواتج [24]، وحددت مراجعة للوصول إلى الطب الاتصالي التخصصي عوائق تقنية ولغوية ومتعلقة بالدخل وجغرافية من قاعدة الأدلة العائدة إلى حقبة الجائحة [25]. وتدعو هذه النتائج إلى مقاييس خاصة بكل تخصص وإلى حالة إخفاق موثقة، لا إلى وعد شامل بأن المسار الرقمي يحسّن الرعاية الريفية.

ما تسهم به التجارب الدولية، وما لا تسهم به

يقدم منشوران عن فحص السمع في ألاسكا مثالًا ملموسًا على متابعة الإحالة حتى إتمام الاتصال التخصصي. ففي برنامج مدرسي عشوائي عنقودي، تلقى 268 من أصل 391 طفلًا محالًا في ذراع الطب الاتصالي و128 من أصل 399 في ذراع الرعاية

المعتادة متابعةً خلال تسعة أشهر [22]. وأبلغ تحليل لمرحلة ما قبل المدرسة عن إتمام المتابعة لدى 30 من أصل 39 مقابل 16 من أصل 32 خلال تلك المدة [23]. وينبثق هذان التقريران من برامج فحص مجتمعية مترابطة ذات سياق متداخل، لا من تكرارين مستقلين شبيهين بالسياق السعودي. وتختلف فئتهم العمرية ومسار السمع والبنية التحتية الجغرافية وحزمة التدخل عن الإحالات الطبية للبالغين في المملكة العربية السعودية. والدرس القابل للنقل منهما منهجي: حصر جميع نتائج الفحص الإيجابية أو الإحالات المستطَبة، ومتابعة كل شخص بعد حدث الإحالة، وتسمية النافذة الزمنية. أما حجم التأثير فلا يمكن نقله بوصفه فائدة وطنية سعودية متوقعة.

ووجدت تجربة عشوائية أمريكية دمجت الطب الاتصالي في مواقع علاج الإدمان على الأفيونات معدلاتٍ أعلى بكثير لبدء علاج التهاب الكبد C والشفاء منه مقارنةً بالإحالة إلى مختص خارج الموقع [26]. وهذه نواتج رعاية لاحقة، وليست مجرد اتصالات مرئية مكتملة. ومع ذلك فإن منصة العلاج المتكاملة والمرض وبديل الإحالة ومجتمع المرضى تجعل النتيجة غير مناسبة بوصفها تقديرًا للوصول إلى الرعاية التخصصية في المناطق الريفية السعودية. وصاغ تقييم اقتصادي عشوائي نرويجي لجراحة العظام عن بُعد القيمةَ بدلالة تكاليف السفر والزيارات في ظل افتراضات الحجم المحلية [27]، في حين فحصت دراسة تجريبية سويدية عشوائية صغيرة لتخطيط صدى القلب عن بُعد الزمنَ حتى القرار السريري بدلًا من مقام وطني للعدالة [28]. وتساعد هذه الدراسات في اختيار النواتج الثانوية، لكنها لا تستطيع التحقق من صحة التصنيف الريفي السعودي المقترح أو عتبة الاكتمال. ويؤكد تجميع الأدلة الخاص بالاستشارات المرئية والمسترشد بإطار NASSS أن المنصة التقنية والحالة السريرية وعمل المتبنّين والعلاقات التنظيمية والاستدامة تؤثر في توسيع النطاق [29]. وينبغي لأي تقييم سعودي أن يقيس ظروف التنفيذ هذه إلى جانب الاكتمال على مستوى المريض، حتى لا يُعزى إخفاق ظاهري خطأً إلى الإقامة الريفية حين تكون عيادة نائية تفتقر إلى المعدات أو إلى تغطية المختصين.

تسلسل عملي لتقييم سعودي

المرحلة الأولى هي تدقيق لقاموس البيانات والربط، لا تحليل رئيسي للأثر. إذ يتفق مالكو البيانات في الوزارة ومركز الإحالة والرعاية الأولية والخدمة المستقبِلة والمنصة الافتراضية على الحقول التي تسجل قرار الإحالة، وتقديم الإحالة، والفرز، والحجز، والحضور، ومشورة المختص، والمتابعة. وينبغي فحص عينة محدودة من الحلقات يدويًا مقابل السجلات السريرية لتقدير حالات "الإغلاق" الزائفة والتكرارات واللقاءات المفقودة. وتشير دراسة منصة إحالتي (Ehalati) إلى وجود توثيق للمواعيد [4]، وتُظهر الدراسة الوطنية للاستشارات الافتراضية وجود حقول الإغلاق وعدم الحضور في مستخلص خدمة واحد على الأقل [11]؛ لكن لا يترتب على ذلك أن المعرّفات أو الأذونات أو قابلية التشغيل البيني تسمح بالفعل بالربط الوطني. ويجب التحقق من توافر الحقول وصحتها في كل نظام مشارك. وينبغي أن تميّز التعريفات بين الاستشارات الإلكترونية في الرعاية الأولية التي تلبّي الحاجة محليًا على النحو المناسب، والطلبات المرفوضة أو الضائعة؛ فكلاهما قد يقلل مواعيد المستشفى، لكن الأولى وحدها قد تمثّل رعاية ناجحة.

وينبغي أن يتحقق التدقيق أيضًا من الأحداث الإدارية التي تعني فعلًا ما تقوله. فالإحالة "المقبولة" من وحدة مستقبِلة قد لا تعني سوى أن الحالة دخلت قائمة انتظار. والموعد "المغلق" قد يعني حضور المريض، أو الإلغاء، أو الانتهاء الإداري، أو مكالمة هاتفية مكتملة، بحسب البرمجية وفترة الإبلاغ. وينبغي أن يرصد قاموس البيانات كل إصدار للحالة وتغيراته التاريخية، حتى لا يكون التحسن الظاهري بعد ترقية المنصة أثرًا مصطنعًا للترميز. وقبل المقارنة بين المناطق، ينبغي للفرق أن تتحقق مما إذا كانت المستشفيات المستقبِلة تستخدم قواعد الفرز نفسها، وما إذا كان يمكن حجز الاستشارات الافتراضية دون المرور بـ SMARC. وقد تكشف البيانات الوصفية الناتجة أن معدل الاكتمال الوطني المجمّع غير قابل للتحديد بعد؛ وسيكون نشر هذه الفجوة، مع مسار واضح لمعالجتها، أكثر فائدة من تقدير واثق لكنه غير صحيح.

المرحلة الثانية هي أترابية استباقية خاصة بالتخصص في مواقع تتباين في أعباء السفر. وينبغي أن يحدد طبيبٌ نوافذَ زمنية بحسب درجة الاستعجال، وأن يقرر أيَّ حلول الاستشارات الإلكترونية تُعدّ كافية سريريًا. وينبغي إشراك المرضى أو ممثليهم في تعريف العبء: فتجنّب رحلة مسافتها 300 km أمر قيّم حتى لو لم تتغير نسبة الاكتمال الإحصائية، في حين قد لا تقدم مكالمة مكتملة تقنيًا فائدة تُذكر إذا ظل المريض مضطرًا إلى السفر لإجراء فحص غير متاح. وستقارن فحوص البيانات المستقلة الحالاتِ الإلكترونية بملاحظات اللقاءات، وبتأكيد المريض حيثما أمكن. وينبغي أن تنشر الدراسة جدولًا لتدفق المقام ونسبَ الربط المفقود لكل طبقة سكنية قبل أي ادعاءات مقارنة. وإذا كانت المقارنة ممكنة، فينبغي للمواقع أن توثّق توافر الخيار الافتراضي والتدريب وعرض النطاق الترددي وقدرة المختصين على الاستجابة، لأن خدمةً موجودة على خريطة وطنية قد تكون غير قابلة للاستخدام في عيادة بعينها.

ويمكن للمرحلة الثالثة أن تختبر تغييرًا تنفيذيًا، مثل الحجز الافتراضي الميسَّر أو الاستشارة الإلكترونية التخصصية بمساعدة الرعاية الأولية، مع مجموعة ضابطة متزامنة ونواتج محددة مسبقًا. ويجب تسجيل تخصيص التدخل والانحرافات عن البروتوكول والرعاية خارج النظام العام. ويمكن لدراسة نوعية مصاحبة أن تشرح لماذا لم يُتمّ الأشخاص الرعاية، سواء بسبب طلب مرفوض، أو مريض يتعذر التواصل معه، أو عبء السفر، أو تقنية غير ملائمة، أو حل مناسب سريريًا، دون معاملة كل حالات عدم الاكتمال على أنها الإخفاق نفسه. وأي دراسة مترابطة متعددة الأنظمة ستتطلب إذن مالكي البيانات، وضمانات للخصوصية، ومراجعة أخلاقية سعودية حسب الاقتضاء، وإشرافًا سريريًا خاضعًا للمساءلة. ولم نحصل على تلك الأذونات ولم نحلل سجلات قابلة للتعرف على أصحابها. والعمل المقترح مخطط لدراسة مستقبلية، وليس ادعاءً بأن الربط الوطني لبيانات المرضى أو التقييم السببي ممكن بالفعل.

القيود والاستنتاج

اختارت هذه المراجعة السردية المركّزة مصادرها اختيارًا هادفًا ولم تقس الممارسة التشغيلية السعودية غير المنشورة. وقد يؤدي استخدام قاعدة بيانات مختلفة، أو بحث باللغة العربية، أو تدقيق محلي للخدمات، إلى تحديد أعمال إضافية عن الاكتمال. وقُيِّمت بعض الدراسات المشمولة من خلال ملخصات PubMed، مما يقيّد التقييم النقدي؛ في حين جرى التحقق

من تفسيراتنا المحورية لدراسة منصة إحالتي (Ehalati) ولدراسات الإحالة/الاستشارات الافتراضية الوطنية مقابل النص الأولي المتاح. كما يوازن الإطار بين رقم وطني رئيسي بسيط ومعنى سريري خاص بكل تخصص: فالنقطة النهائية الموحدة البالغة 90 يومًا ستكون غير آمنة لرعاية الطوارئ وربما قصيرة جدًا لبعض المسارات الاختيارية. وتكمن قيمته في جعل هذا الاختيار صريحًا قبل تحليل البيانات. وتدعم الأدبيات السعودية التي فُحصت عباراتٍ قوية عن توسع نشاط الإحالة والرعاية الافتراضية، وعباراتٍ أضيق عن القبول والجدولة والاستشارات المختارة. لكنها لا تدعم بذاتها معدلًا وطنيًا للانتقال من الأهلية إلى الرعاية التخصصية المكتملة في المناطق الريفية. وستتيح أترابية مترابطة ذات نقطة نهائية ذات معنى سريري، وتعريف جغرافي شفاف، ومقارِن موثوق، اختبارَ هذا السؤال البالغ الأهمية.

الإقرارات

الأخلاقيات والموافقة: لا تنطبق؛ يعتمد العمل على الأدبيات المنشورة أو المعلومات الإجمالية المتاحة للعموم دون جمع بيانات فردية جديدة للمرضى.

إتاحة البيانات: جميع المصادر الأساسية المستشهد بها متاحة على الإنترنت وفق بيانات المراجع.

التمويل: لم يتلقَّ هذا البحث أي تمويل خارجي.

تضارب المصالح: يقر المؤلفون بعدم وجود تضارب في المصالح.

المراجع

[1] Alharbi AA, Aljerian NA, Binhotan MS, et al. Acceptance of electronic referrals across the Kingdom of Saudi Arabia: results from a national e-health database. Front Public Health. 2024;12:1337138. doi:10.3389/fpubh.2024.1337138. PMID:39086803.

[2] Sheerah HA, AlSalamah S, Alsalamah SA, Lu CT, Arafa A, Zaatari E, et al. The Rise of Virtual Health Care: Transforming the Health Care Landscape in the Kingdom of Saudi Arabia: A Review Article. Telemed J E Health. 2024;30(10):2545-2554. doi:10.1089/tmj.2024.0114. PMID:38984415.

[3] Peeters KMM, Reichel LAM, Muris DMJ, Cals JWL. Family Physician–to–Hospital Specialist Electronic Consultation and Access to Hospital Care: A Systematic Review. JAMA Netw Open. 2024;7(1):e2351623. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.51623.

[4] Alabbasi KH, Kruger E, Tennant M. Strengthening Saudi Arabia's Primary Health Care through an e-Referral System: A Case Study. Clin Pract. 2022;12(3):374-382. doi:10.3390/clinpract12030042. PMID:35735661.

[5] Alharbi AA, Aljerian NA, Binhotan MS, Alghamdi HA, AlOmar RS, Alsultan AK, et al. Acceptance of electronic referrals across the Kingdom of Saudi Arabia: results from a national e-health database. Front Public Health. 2024;12:1337138. doi:10.3389/fpubh.2024.1337138. PMID:39086803.

[6] Aljerian NA, Alharbi AA, Alghamdi HA, Binhotan MS, AlOmar RS, Alsultan AK, et al. External Vs Internal e-Referrals: Results from a Nationwide Epidemiological Study Utilizing Secondary Collected Data. Risk Manag Healthc Policy. 2024;17:739-751. doi:10.2147/RMHP.S453042. PMID:38562249.

[7] Alharbi AA, Alqassim AY, Binhotan MS, Muaddi MA, Alsultan AK, Arafat MS, et al. Saudi Medical Appointments and Referrals Center (SMARC) Performance Dynamic: A Comparative National Analysis of 2023-2024 Against Baseline Metrics. Healthcare (Basel). 2025;13(16). doi:10.3390/healthcare13161945. PMID:40868562.

[8] Alharbi AA, Aljerian NA, Alghamdi HA, Binhotan MS, Alsultan AK, Arafat MS, et al. Assessing Mental Illness Referral Request Acceptance: A Nationwide E-Referral Data From Saudi Arabia. J Multidiscip Healthc. 2025;18:735-745. doi:10.2147/JMDH.S493246. PMID:39958762.

[9] Alharbi AA, Muaddi MA, Binhotan MS, Alqassim AY, Alsultan AK, Arafat MS, et al. Characteristics of pediatric e-referrals through SMARC system: a two-year national analysis. Front Med (Lausanne). 2025;12:1665256. doi:10.3389/fmed.2025.1665256. PMID:41312454.

[10] Alturbag M. Effectiveness of Personalised Phone Calls and Short Message Service Reminders in Improving Patient Attendance at a Radiology Department. Cureus. 2024;16(9):e69568. doi:10.7759/cureus.69568. PMID:39421122.

[11] AlOmar RS, AlHarbi M, Alotaibi NS, AlShamlan NA, Al-Shammari MA, AlThumairi AA, et al. Pattern of Virtual Consultations in the Kingdom of Saudi Arabia: An Epidemiological Nationwide Study. J Epidemiol Glob Health. 2024;14(3):817-826. doi:10.1007/s44197-024-00219-3. PMID:38573462.

[12] Vallasciani S, Abdo B, Rauf Z, Anjum A, Ghulman S, Alghammas H, et al. Telehealth for the Assessment of Patients Referred for Pediatric Urological Care: A Preliminary Cost Savings Analysis and Satisfaction Survey. Telemed J E Health. 2019;25(8):756-761. doi:10.1089/tmj.2018.0159. PMID:30359550.

[13] Moshi JM, Jarabi YA, Moafa HN, Bajobier AMA, Gadri MAY, Aldarwish MS, et al. Connecting consultants with primary healthcare doctors in remote areas, mountains, and islands through available technology. Ann Med Surg (Lond). 2025;87(1):138-140. doi:10.1097/MS9.0000000000002842. PMID:40109621.

[14] Alabdulaali MK, Aldossary MS, Alsubaie MS, Zaatari ES, Alhomod AS. Digital Transformation in Telemedicine Health Care: A Retrospective Analysis of Seha Virtual Hospital Outcomes in the Kingdom of Saudi Arabia. Telemed J E Health. 2026;32(1):67-73. doi:10.1177/15305627251387590. PMID:41081638.

[15] Mominkhan DM, Aldahmashi F, Almudeer AH, Alhmod AS, Alharbi MF, Alzubaidi LM, et al. Implementing Telemedicine Intervention in Neonatal Intensive Care Units: Augmented Teleconsultation and Real-Time Monitoring Experience. Telemed Rep. 2025;6(1):50-57. doi:10.1089/tmr.2024.0088. PMID:40151791.

[16] AlShareef SM, AlWabel AA. Patient Opinions about Virtual Consultations in Saudi Arabia: A Nationwide Cross-Sectional Study. Healthcare (Basel). 2024;12(10). doi:10.3390/healthcare12101001. PMID:38786410.

[17] Alkhalifah S, Aldhalaan H. Telehealth Services for Children With Autism Spectrum Disorders in Rural Areas of the Kingdom of Saudi Arabia: Overview and Recommendations. JMIR Pediatr Parent. 2018;1(2):e11402. doi:10.2196/11402. PMID:31518306.

[18] Alsaleh GS, Alhomod ASA, Khan A, Alzahrani SS. Telestroke management during the Hajj seasons 2023-2024: insights from SEHA Virtual Hospital in KSA. Front Neurol. 2025;16:1573275. doi:10.3389/fneur.2025.1573275. PMID:41323225.

[19] Uddin N, Ejaz Khan MS, Abotaleb A, Alhedyan SY, Ghani U, Alnajar DF, et al. The Impact of Documented Electronic Referrals to the Smoking Cessation Clinic Before Discharge From Medical Wards on Patients' Adherence to Clinic Follow-Up. Cureus. 2026;18(4):e108002. doi:10.7759/cureus.108002. PMID:42220827.

[20] Vimalananda VG, Gupte G, Seraj SM, Orlander J, Berlowitz D, Fincke BG, et al. Electronic consultations (e-consults) to improve access to specialty care: a systematic review and narrative synthesis. J Telemed Telecare. 2015;21(6):323-30. doi:10.1177/1357633X15582108. PMID:25995331.

[21] Vimalananda VG, Orlander JD, Afable MK, Fincke BG, Solch AK, Rinne ST, et al. Electronic consultations (E-consults) and their outcomes: a systematic review. J Am Med Inform Assoc. 2020;27(3):471-479. doi:10.1093/jamia/ocz185. PMID:31621847.

[22] Emmett SD, Platt A, Turner EL, Gallo JJ, Labrique AB, Inglis SM, et al. Mobile health school screening and telemedicine referral to improve access to specialty care in rural Alaska: a cluster- randomised controlled trial. Lancet Glob Health. 2022;10(7):e1023-e1033. doi:10.1016/S2214-109X(22)00184-X. PMID:35714630.

[23] Robler SK, Platt A, Turner EL, Gallo JJ, Labrique A, Hofstetter P, et al. Telemedicine Referral to Improve Access to Specialty Care for Preschool Children in Rural Alaska: A Cluster-Randomized Controlled Trial. Ear Hear. 2023;44(6):1311-1321. doi:10.1097/AUD.0000000000001372. PMID:37226299.

[24] Tsou C, Robinson S, Boyd J, Jamieson A, Blakeman R, Yeung J, et al. Effectiveness of Telehealth in Rural and Remote Emergency Departments: Systematic Review. J Med Internet Res. 2021;23(11):e30632. doi:10.2196/30632. PMID:34842537.

[25] Cunha AS, Pedro AR, Cordeiro JV. Facilitators of and Barriers to Accessing Hospital Medical Specialty Telemedicine Consultations During the COVID-19 Pandemic: Systematic Review. J Med Internet Res. 2023;25:e44188. doi:10.2196/44188. PMID:37262124.

[26] Talal AH, Markatou M, Liu A, Perumalswami PV, Dinani AM, Tobin JN, et al. Integrated Hepatitis C-Opioid Use Disorder Care Through Facilitated Telemedicine: A Randomized Trial. JAMA. 2024;331(16):1369-1378. doi:10.1001/jama.2024.2452. PMID:38568601.

[27] Buvik A, Bergmo TS, Bugge E, Smaabrekke A, Wilsgaard T, Olsen JA. Cost-Effectiveness of Telemedicine in Remote Orthopedic Consultations: Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2019;21(2):e11330. doi:10.2196/11330. PMID:30777845.

[28] Boman K, Olofsson M, Berggren P, Sengupta PP, Narula J. Robot-assisted remote echocardiographic examination and teleconsultation: a randomized comparison of time to diagnosis with standard of care referral approach. JACC Cardiovasc Imaging. 2014;7(8):799-803. doi:10.1016/j.jcmg.2014.05.006. PMID:25124011.

[29] James HM, Papoutsi C, Wherton J, Greenhalgh T, Shaw SE. Spread, Scale-up, and Sustainability of Video Consulting in Health Care: Systematic Review and Synthesis Guided by the NASSS Framework. J Med Internet Res. 2021;23(1):e23775. doi:10.2196/23775. PMID:33434141.

المجلة متعددة التخصصات للرعاية الصحية · المجلد 1، العدد 2 (2025) · https://creativecommons.org/licenses/by/4.0 · CC BY 4.0/