

# من أجل الحاضر والمستقبل

سياسة التخطيط المسبق لرعاية البالغين  
في أيرلندا الشمالية





5	المقدمة
6	الطموح
7	ما المقصود بالتخطيط المسبق للرعاية
8	مكونات التخطيط المسبق للرعاية
9	التخطيط المسبق للرعاية والأهلية العقلية
9	قيم التخطيط المسبق للرعاية ومبادئه
9	القيم:
10	مبادئ الممارسة:
11	ما أهمية إجراء محادثات بشأن التخطيط المسبق للرعاية؟
12	متى ينبغي أن يحدث التخطيط المسبق للرعاية؟
14	إجراء محادثات هادفة بشأن التخطيط المسبق للرعاية
14	مبادئ حسن التواصل الستة الخاصة بمحادثات التخطيط المسبق للرعاية
16	تسجيل المحادثات والتوصيات والقرارات الخاصة بالتخطيط المسبق للرعاية ومشاركتها
16	مراجعة المحادثات والتوصيات والقرارات الخاصة بالتخطيط المسبق للرعاية
17	كيفية الاستفادة من محادثات التخطيط المسبق للرعاية
19	المكون الشخصي الخاص بالتخطيط المسبق للرعاية
20	"ما يهمني" - الرغبات والمشاعر والمعتقدات والقيم
20	الروحانيات
21	رعاية المعالين ودعمهم
21	رغبات الجنازة
21	الحسابات الإلكترونية
23	المكون القانوني الخاص بالتخطيط المسبق للرعاية
24	التخطيط المسبق للرعاية الصحية والأهلية العقلية
25	مبادئ قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) لعام 2016
26	قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) لعام 2016
27	جوانب ينبغي مراعاتها فيما يتعلق بالأهلية العقلية
28	أنواع التوكيلات الرسمية
28	توكيل رسمي
28	توكيل رسمي دائم
28	توكيل رسمي دائم شامل
30	القرارات المسبقة لرفض العلاج (ADRT)

33	المكون السريري الخاص بالتخطيط المسبق للرعاية
34	تدهور الصحة وحالات الطوارئ غير المتوقعة
35	قرارات المصالح العليا
36	الخطة الموجزة الموصى بها للرعاية والعلاج في حالات الطوارئ (ReSPECT)
36	ما المقصود بالخطة الموجزة الموصى بها للرعاية والعلاج في حالات الطوارئ (ReSPECT)؟
37	ما الذي يُجرى تسجيله في نموذج الخطة الموجزة الموصى بها للرعاية والعلاج في حالات الطوارئ (ReSPECT)؟
37	ما هي الفئات المستهدفة من الخطة الموجزة الموصى بها للرعاية والعلاج في حالات الطوارئ (ReSPECT)؟
38	التوصيات السريرية للإنعاش القلبي الرئوي
39	التبرع بالأعضاء
39	التبرع بالجنمان للعلوم الطبية
41	المكون المالي الخاص بالتخطيط المسبق للرعاية
42	كتابة الوصية
42	أهمية كتابة الوصية
43	إعداد الوصية
43	تحديث الوصية
44	التعاش
44	التخطيط للتقاعد
45	التخطيط للحصول على الرعاية
46	الخاتمة
48	الملحقات
48	الملحق 1 مسرد المصطلحات
49	المختصرات
50	الملحق 2 قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) لعام 2016
51	الملحق 3 الببليوغرافيا

يُعد التخطيط المسبق للرعاية مصطلحًا جامعيًا لمختلف جوانب التخطيط الشخصي، والقانوني، والسريري، والمالي. فهو يُمكن الشخص من التفكير في ماهية الأمور المهمة له ويساعده في التخطيط لمستقبله. ويُعد هذا التخطيط عملية طوعية تساعد الشخص في تحديد رغباته، ومشاعره، ومعتقداته، وقيمه ليُعبّر عنها بفضل الخيارات التي يتخذها. وإلى جانب ذلك، يمثل التخطيط المسبق للرعاية مجموعة من المحادثات الجارية بين شخص ما والمقربين إليه من جهة 1 ومقدمي الرعاية، أو الدعم، أو العلاج من جهة أخرى. وعليه، ينبغي أن يكون التخطيط المسبق للرعاية جزءًا لا يتجزأ من حياة جميع الأشخاص البالغين.

جرى صياغة وثيقة سياسة التخطيط المسبق للرعاية بما يستهدف أفراد الجمهور، والأشخاص المقربين إليهم، ومقدمي الرعاية أو الدعم أو العلاج لهم<sup>2</sup>.

جرى إعداد سياسة التخطيط المسبق للرعاية بهدف تقديم الدعم للأشخاص من أجل تعزيز قدرتهم على التحكم في القرارات التي يتخذونها للمستقبل. ويكتسي هذا الأمر بأهمية بالغة، ولا سيما إذا كان الشخص عاجزًا عن اتخاذ القرارات ذات الصلة بنفسه في أي مرحلة.

يوفر التخطيط المسبق للرعاية للبالغين الذين يرغبون في الاستفادة منه الفرص التالية:

- التفكير في الأمور التي تهمهم،
- إخبار المقربين إليهم بهذه الأمور،
- مناقشة هذه الأمور مع مقدمي الرعاية، أو الدعم، أو العلاج لهم،
- كتابة هذه الأمور ومشاركتها،
- إعادة النظر في المحادثات والقرارات المتخذة، وإجراء أي تغييرات عليها، ثم مشاركتها مرة أخرى.

يكتسي التخطيط المسبق للرعاية بأهمية لجميع البالغين، أيًا ما كانت المرحلة التي يمرون بها في الحياة. "وحيث أنه حتمًا سيموت شخص ما يومًا من الأيام، هي أمر لا يُعتبر به سوى القليل منا، بل ولا يفكر في التخطيط لهذا الأمر أو مناقشته سوى عدد أقل<sup>3</sup>." وعلى الرغم من أنه عادة ما يُقرن مفهوم التخطيط المسبق للرعاية بالتفكير في نهاية العمر، فإنه ذو آثار أبعد من ذلك. فعلى الرغم من قيام برامج التخطيط المسبق للرعاية بدعم قرارات الشخص التي يرغب في اتخاذها عند تدهور صحته أو في حالات الطوارئ غير المتوقعة، فإنه يوفر أيضًا فرصًا للتدبير والنظر في الأمور التي تهم الشخص، مما يعزز جودة حياته في الحاضر والمستقبل. وربما يوفر أيضًا هذا التخطيط الشعور بالراحة والطمأنينة لدى المقربين من هذا الشخص.

توفر وثيقة السياسة هذه إطارًا يهدف إلى تقديم التخطيط المسبق للرعاية للبالغين (الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر) في أيرلندا الشمالية، بما في ذلك تخطيط الجوانب الصحية والاجتماعية. وتقدم وثيقة السياسة هذه نظرة عامة على التخطيط المسبق للرعاية، والقيم والمبادئ التي يقوم عليها. وتحدد هذه الوثيقة أيضًا أهمية التخطيط المسبق للرعاية وكيف يمكن للأشخاص وضع خطط واقعية وعملية في الوقت المناسب لمستقبلهم.

- 1 قد يعود مصطلح المقربين إلى الشخص إلى: أفراد العائلة، أو مقدمي الرعاية، أو أي من قد يكون على معرفة بهذا الشخص المعني أو يكن له عواطف. وقد تجمعهم بالشخص علاقة شخصية، أو قانونية، أو ثقافية، أو عاطفية.
- 2 يُستخدم مصطلح مقدمي الرعاية، أو الدعم، أو العلاج في الوثيقة بأكملها، ويشمل ذلك أولئك الأشخاص الذين يعملون في القطاعين المجتمعي والتطوعي والقطاع المستقل، وغيرهم من موظفي الرعاية الصحية والاجتماعية الذين يعملون في الدوائر القانونية.
- 3 McKenna, D., O'Shea, J. and Tanner, L., (2020). The Heart of Living and Dying: Upstreaming Advance Care Planning into Community Conversations in the Public Domain in Northern Ireland

تشجع هذه السياسة على وضع خطط أثناء إجراء المحادثات مع الأشخاص المقربين من الشخص و/أو أولئك الذين يقدمون الرعاية أو الدعم أو العلاج.

فيما يتعلق بالمقربين من الشخص، يمكن أن يساعد التخطيط المسبق للرعاية في فهم رغبات الشخص، ومشاعره، ومعتقداته، وقيمه بشكل واضح، بما في ذلك أي تفضيلات أو قرارات ذات صلة قد يكون الشخص اتخذها.

تحدد السياسة نهجًا للتخطيط المسبق للرعاية يستند إلى أربعة مكونات، ألا وهي المكونات الشخصية، والقانونية، والسريرية، والمالية. فيما يتعلق بالمكون السريري، توضح هذه السياسة أنه على الرغم من عدم قدرة الشخص أو المقربين إليه على الإصرار على تلقي علاجات محددة أو تقديمها، يساعد فهم الأمور التي تهم الشخص على إرشاد مقدمي الرعاية أو الدعم أو العلاج عند تقديم التوصيات و/أو اقتراح القرارات.

هذه السياسة تزيل أوجه الغموض الخاصة بالدور الذي يضطلع به مقدمو الرعاية أو الدعم أو العلاج لشخص ما في إجراء هذه المحادثات المهمة وتدعمه، فهذه المحادثات تُعد جزءًا من الرعاية أو الخدمات الشاملة التي يقدمونها. وحال عجز الشخص عن اتخاذ بنفسه قرارات ذات صلة، فحينها ينبغي اتخاذ قرارات بناءً على ما فيه مصلحة الشخص العليا. وعند تحديد مصالح الشخص العليا، ينبغي إيلاء عناية خاصة برغبات الشخص، ومشاعره، ومعتقداته، وقيمه. ومن الضروري تجنب اتخاذ القرارات على أساس افتراضات تستند فقط إلى عوامل من قبيل عمر الشخص، أو إعاقته<sup>4</sup>، أو على أساس النظرة الشخصية المهنية المعنية بجودة حياة الشخص.<sup>5</sup>

حتى وإن كان الشخص يعاني من ضعف القدرة على اتخاذ قرارات محددة، ينبغي اتخاذ جميع الخطوات العملية لدعمه على اتخاذ قرارات أخرى والمشاركة في عملية اتخاذ القرار كلما كان ذلك ممكنًا.

توفر وثيقة السياسة هذه نهجًا أخلاقيًا قائمًا على الحقوق<sup>6</sup> بهدف التخطيط المسبق لرعاية البالغين، بما يتماشى مع التشريعات، وأفضل الممارسات، والتوجيهات والمعايير المهنية. وتدعم هذه السياسة الأطر التشغيلية، وعمليات التدريب والتعليم والحملات الإعلامية لضمان اتباع نهج متسق يساعد في جعل التخطيط المسبق للرعاية شاملاً وسهل الوصول إليه.

## الطموح

يتمثل الهدف الذي ترمي إليه هذه السياسة العامة وطريقة إدخالها حيز التنفيذ فيما يلي:

- جعل المحادثات الخاصة بالتخطيط المسبق للرعاية أمرًا طبيعيًا،
- إتاحة فرص منتظمة لجميع البالغين في أيرلندا الشمالية للتعبير عن رغباتهم، ومشاعرهم، ومعتقداتهم، وقيمتهم المتعلقة بالتخطيط المسبق للرعاية،
- عكس النقطتين السابقتين على الرعاية أو الدعم أو العلاج الذي يتلقونه.

4 Heslop P, Blair P, Fleming P, Hoghton M, Marriott A, Russ L. Confidential Inquiry into premature deaths of people with learning disabilities (CIPOLD). بريستول: مركز أبحاث نورا فراي؛ 2013.

5 "دليل القرارات ذات الصلة بالإنعاش القلبي الرئوي من الجمعية الطبية البريطانية، ومجلس الإنعاش (المملكة المتحدة)، والكلية الملكية للتمريض (المعروف مسبقًا باسم "البيان المشترك) الطبعة الثالثة (المراجعة الأولى) 2016"

6 مراجع النهج الأخلاقي والقائم على حقوق الإنسان، على سبيل المثال اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق المعوقين، المواد 9 و 12 و 16 و 17 و

## ما المقصود بالتخطيط المسبق للرعاية؟

يُعد التخطيط المسبق للرعاية مصطلحًا جامعًا لمختلف جوانب التخطيط الشخصي، والقانوني، والسريري، والمالي. فهو يُمكن الشخص من التفكير في ماهية الأمور المهمة له ويساعده في التخطيط لمستقبله. ويُعد هذا التخطيط عملية طوعية تساعد الشخص في تحديد رغباته، ومشاعره، ومعتقداته، وقيمه ليعبر عنها بفضل الخيارات التي يتخذها. وإلى جانب ذلك، يمثل التخطيط المسبق للرعاية مجموعة من المحادثات الجارية بين شخص ما والمقربين إليه من جهة ومقدمي الرعاية أو الدعم أو العلاج من جهة أخرى.

ينبغي أن يكون التخطيط المسبق للرعاية جزءًا لا يتجزأ من حياة جميع الأشخاص البالغين. ويلزم أن يشجع مقدمي الرعاية أو الدعم أو العلاج الأشخاص على القيام به، لضمان إتاحة الفرصة لهم لإجراء محادثات واقعية وعملية في الوقت المناسب. وقد يحتاج بعض البالغين إلى الدعم عند القيام بهذا التخطيط المسبق للرعاية. تركز هذه المحادثات على تحديد الأولويات المستقبلية فيما يتعلق بالأمور التي تهتم الشخص، وذلك إذا كان غير قادر على اتخاذ القرارات بنفسه. وحال أراد الشخص أن يحتفظ بتسجيل للمحادثات وأن يشاركها، فينبغي تقديم الدعم له في هذا الصدد.



ثمة أربعة مكونات خاصة بالتخطيط المسبق للرعاية، ألا وهي المكونات الشخصية، والقانونية، والسريية، والمالية. يحتوي كل مكون على عدد من العناصر. وثمة بعض من العناصر يمكن إدراجها ضمن أكثر من مكون واحد.

يمكن أن يبدأ برنامج التخطيط المسبق للرعاية المقدم للشخص بأي مكون و/أو عنصر، أيهما أكثر صلة بوضع الشخص في هذا الوقت المحدد من حياته. من الجدير بالإشارة أن بعض العناصر ملزمة قانونيًا، ورُغم أن البعض الآخر ليس ملزمًا قانونيًا فإنه سيوجه التوصيات والقرارات، بما في ذلك تلك الخاصة بمستقبل رعاية الشخص وعلاجه.





## التخطيط المسبق للرعاية والأهلية العقلية

تتضمن وثيقة التخطيط المسبق للرعاية إشارات إلى الأشخاص ذات أهلية عقلية، وبالتالي فمن المهم معرفة المقصود بذلك. يتضمن قانون القدرات العقلية (أيرلندا الشمالية) أحكامًا تتعلق بالأشخاص الذين يفتقرون إلى الأهلية.

وينص المبدأ الأول من قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) لعام 2016 على عدم معاملة الشخص على أنه يفتقر للأهلية ما لم يثبت ذلك بالفعل فيما يتعلق بالمسألة المعنية.<sup>7</sup> ويُقصد بالأهلية العقلية كل من القدرة على اتخاذ القرار، والقيام بذلك في وقت محدد. فقد يتمتع الناس بالقدرة على اتخاذ قرارات في بعض الأوقات، ولكنهم يعجزون عن ذلك في أوقات أخرى. وحتى إذا كان الشخص يفتقر للأهلية العقلية التي تمكنه من اتخاذ قرار محدد في ذلك الوقت، فستظل رغبته، ومشاعره، ومعتقداته، وقيمه بحاجة إلى الدعم؛ لكي يتمكن من مشاركتها مع الآخرين كلما كان ذلك ممكنًا. يُمكنك الاطلاع على مزيد من التفاصيل في الصفحة رقم 24.

## القيم والمبادئ المعنية بالتخطيط المسبق للرعاية

القيم:

التخطيط المسبق للرعاية:

- يحترم حقوق الشخص وكرامته وثقافته ويدعمها، ويستهدف جميع البالغين،
- يوفر نهجًا أخلاقيًا لمناقشة هذه القضايا المهمة والحساسة،<sup>8</sup>
- يُتاح للشخص بطريقة تُمكنه من إجراء محادثات هادفة،
- هو خيار فردي اختاره الشخص. وربما يُفضل بعض الأشخاص عدم التفكير في محادثات التخطيط المسبق للرعاية أو المشاركة فيها، وينبغي احترام خيارهم، مع إتاحة الفرصة لإعادة النظر في المحادثة في وقت آخر،
- هو تجربة شخصية. فرغبات كل شخص، ومشاعره، ومعتقداته، وقيمه تخصه وحدة تبعًا لظروفه الخاصة،
- هي عملية طوعية. إذ ينبغي ألا يمارس أي شخص أي ضغط على الشخص الذي يجري محادثة بشأن التخطيط المسبق للرعاية، سواء كان من يمارس الضغط هم مقدمو الرعاية أو الدعم أو العلاج، أو أفراد العائلة، أو المقربون من الشخص، أو أي منظمة<sup>9</sup>.

7 [قانون الأهلية العقلية \(أيرلندا الشمالية\) لعام 2016](#)

8 [إطار المشورة والدعم الأخلاقي Health-ni.gov.uk](http://Health-ni.gov.uk)

9 لمزيد من المعلومات حول صون حقوق البالغين لاتخاذ قرارات مستنيرة بلا أي إكراه، أو ضغط، أو تأثير غير مشروع، يُرجى الرجوع إلى [وثيقة صون حقوق البالغين الوقائية والحماية في إطار الشراكة](#)

- ينبغي أن يكون برنامج التخطيط المسبق للرعاية هادفًا، وأن يُجرى بطريقة مراعية للأحاسيس وتعاطفية. يستغرق هذا التخطيط وقتًا، إذ ينبغي أن يتم إجراؤه حسب السرعة التي يحددها الشخص وبالدهم الذي يحتاجه،
- الموافقة هي أكثر من كونها نموذج يملاه الشخص أو إجراء شكلي. إذ يجب تقديم نموذج الموافقة في كل مرحلة من مراحل عملية التخطيط المسبق للرعاية، بمعنى أن يوافق الشخص على الدخول في محادثات، ومشاركة المعلومات مع الآخرين، وتسجيل هذه المحادثات، ومشاركة هذا التسجيل،<sup>10</sup>
- حال تم الاحتفاظ بتسجيل خاص بالمحادثات التي أجريت أثناء عملية التخطيط المسبق للرعاية، ينبغي أن يُتاح هذا التسجيل في جميع الحالات لضمان معرفة رغبات الشخص، ومشاعره، ومعتقداته، وقيمه، وأية توصيات و/أو قرارات جرى اتخاذها،
- ينبغي احترام خصوصية الشخص،
- من الضروري إعادة النظر في المحادثات، وأية توصيات و/أو قرارات خاصة بالتخطيط المسبق للرعاية، وإذا لم الأمر، ينبغي إعادة مشاركة كل ما سبق لضمان تحديثها أولاً بأول، إذ يمكن أن يغير الشخص رأيه بشأن بعض الأمور،
- يأخذ التخطيط المسبق للرعاية بمبادئ قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) لعام 2016.



حين تكون رغبات الشخص، ومشاعره، ومعتقداته، وقيمه معروفة، يمكن أن يساعد ذلك في تعزيز استقلاليته وصون حقوقه، كما يمكن أن يقلل من احتمالية تعرض أي شخص والمقربين إليه لأي ضائقة. كما يمكن أن تساعد في توجيه مقدمي الرعاية أو الدعم أو العلاج وإرشاد خطاهم.

تشير العديد من الدراسات البحثية (انظر المرفق 3)، بما في ذلك "تجربة الأسرة أو مقدمي الرعاية بشأن التخطيط المسبق للرعاية" إلى الفائدة التي تقدمها محادثات التخطيط المسبق للرعاية في عدة جوانب:

فوائد التخطيط المسبق للرعاية	
عندما تتاح للشخص الفرصة للتفكير في "الأمر الذي تهتمه" والتحدث عنها، يُمكن أن يُساعده هذا التخطيط في اتخاذ خيارات الآن تتماشى مع رغباته، ومشاعره، ومعتقداته، وقيمه.	تعزيز جودة الحياة
عندما تتاح للشخص الفرصة للتحدث عن أي آمال يطمح لها أو مخاوف تراوده، يمكن أن يساعده هذا التخطيط في الشعور بمزيد من الارتياح.	راحة البال
عندما يحصل الشخص على المعلومات التي يحتاجها لاتخاذ قرارات، و/أو عندما تتاح له الفرصة للتعبير عن الأمور التي تهتمه، حينها يتضح للمقربين إليه الأمور التي يريدونها ولا يعزف عنها هذا الشخص. ومن شأن هذا أن يقلل احتمالية حدوث أي لبس أو صراع.	توضيح القرارات
عندما يكون هؤلاء المقربون إلى الشخص على دراية بالأمور التي يريدونها الشخص، سيتحلون بثقة أكبر للتعبير عن هذه الأمور حال عجز الشخص عن التواصل مع الآخرين أو اتخاذ القرارات بنفسه.	تهنئة مخاوف مقدمي الرعاية

تؤكد الدراسات البحثية المحلية في أيرلندا الشمالية ضرورة إذكاء الوعي وزيادة الفهم بشأن التخطيط المسبق للرعاية، وكذلك إجراء محادثات أكثر انفتاحاً، ومناسبة التوقيت، وهادفة حول هذا الأمر (انظر الملحق 3)

يُعد التخطيط المسبق للرعاية مناسباً لجميع البالغين. فمن الناحية المثالية، هو عبارة عن سلسلة من المحادثات التي يتطور مجراها بمرور الوقت. وينبغي أن يشارك المقربون إلى الشخص في هذه المحادثات أو يكونوا على دراية بها، حال رغب الشخص في ذلك.

يُعد التخطيط المسبق للرعاية جزءاً لا يتجزأ من توفير الرعاية أو الدعم أو العلاج، وذلك من خلال إتاحة الفرصة لإجراء محادثات واقعية وعملية بشأن الأمور التي تهتم الشخص، وكذلك من خلال التفكير في رغباته، ومشاعره، ومعتقداته، وقيمه، حال اختار الشخص القيام بذلك.

لكل شخص يقدم الرعاية أو الدعم أو العلاج ويتفاعل بانتظام مع الناس دور يضطلع به. وينبغي على هذا الشخص فهم قيم التخطيط المسبق للرعاية والعمليات التشغيلية ومبادئها، والتي تساعد في إجراء محادثات مناسبة حال وافق الشخص المعني على تسجيلها ومشاركتها. كما ستتوفر برامج تثقيفية ودورات تدريبية لمقدمي الرعاية أو الدعم أو العلاج.

11 "الأسرة أو مقدمو الرعاية" هي العبارة في الدراسات البحثية. ولكن، تستخدم هذه السياسة مصطلح "الأشخاص المقربين"

## متى ينبغي أن يحدث التخطيط المسبق للرعاية؟

يكتسي التخطيط المسبق للرعاية بأهمية لكل شخص بالغ في أي من مراحل حياته، وهو كذلك مهم للأشخاص الأصحاء والمرضى على حد سواء. ومن الناحية المثالية، ينبغي أن يحدث التخطيط المسبق للرعاية قبل فترة طويلة من وقوع أي أزمة أو الإصابة بمرض عضال، مثل أزمات الصحة العقلية أو التشخيص بالإصابة بمرض جسدي خطير.

قد يشعر الشخص، إذا بدأ هذه المحادثات في وقت مبكر من حياته، أنه قادر عاطفياً على القيام بذلك، ويمكن أن يأخذ وقته في التفكير والتحدث عن الأمور التي تهمة. وقد تتضمن هذه العملية عدة مراحل، تتراوح من عدم معرفة الشخص أي شيء عن التخطيط المسبق للرعاية، إلى معرفتها مع الإعراض عن الدخول في مثل هذه المحادثات، وإلى القدرة على التفكير في الرغبات والمشاعر والمعتقدات والقيم الشخصية ثم الدخول في مثل هذه المحادثات الخاصة بالتخطيط المسبق للرعاية.

تختلف الاستجابة من شخص لآخر، فما قد يحتاجه شخص ما ربما يختلف عما يحتاجه نظيره. وكذلك، يمكن أن تختلف تجربة الشخص الخاصة بتغيير سلوكه. فقد يستغرق الأمر بعض الوقت لأن تغيير السلوك عبارة عن عملية مستمرة. يوضح الرسم البياني أدناه كيف يمكن لسلوك شخص أن يتغير، وذلك بأن ينتقل من عدم المعرفة بشأن التخطيط المسبق للرعاية وصولاً إلى القيام به.



قد يستغرق الأمر بعض الوقت حتى يشعر الشخص بأنه مستعد للدخول في مثل هذه المحادثات و/أو تسجيلها. وهذا أمر طبيعي قد يُعزى لعدة أسباب، فعلى سبيل المثال، ربما يخشى الشخص من التعبير عما يريد، أو ربما يعتقد أنه بمجرد التعبير عنها ربما ينزعج المقربون منها. قد يتردد الناس أيضاً في التفكير في وقت قد يصبحون فيه غير قادرين على اتخاذ القرارات اللازمة بشأن رعايتهم.

لذلك، من المهم إدكاء الوعي وتحسين فهم التخطيط المسبق للرعاية لجعله أمر طبيعي. وقد تشجع بعض أحداث الحياة الشخص على القيام بالتخطيط المسبق للرعاية، ومنها:

- تقلد وظيفة جديدة،
- الزواج،
- العودة للمنزل القديم،
- تكوين أسرة،
- معايشة حادثة فاجعة،
- التخطيط للتقاعد،
- تراجع الحالة الصحية

وبالتالي، من الضروري تسليط الضوء على هذا التخطيط ودعم الأشخاص لكي ينتقلوا من مرحلة التفكير في الدخول في محادثات بشأن التخطيط المسبق للرعاية إلى الدخول فيها بالفعل.

فيما يتعلق بأولئك الأشخاص الذين يعانون من أمراض خطيرة وعضال، أو الذين هم على أعتاب نهاية العمر، فينبغي توفير لهم برنامج التخطيط المسبق للرعاية في أقرب وقت ممكن عندما تكون حالتهم مستقرة طبيًا، وذلك إذا لم يكونوا قد اشتركوا فيه بالفعل. وقد تشجع الحالات التالية هذه الخطوة حين:

- ينوه الشخص بأنه على استعداد للدخول في هذه المحادثات،
- تُعد جزءًا من تقييم شامل يُجرى بين الشخص ومقدمي الرعاية أو الدعم أو العلاج،
- يكون الشخص قد أخذ وقته للتكيف مع إصابته بمرض عضال ويشعر بأنه على استعداد للدخول في هذه المحادثات،
- يتعرض الشخص لتدهور كبير في صحته البدنية ويُحجز عدد مرات في المستشفى دون تخطيط،
- يكون الشخص قد عانى من أزمة صحية عقلية أدت إلى إضعاف قدرته على اتخاذ بعض القرارات،
- يكون من المرجح أن تتراجع حالة الشخص العقلية،
- يكون من المرجح أن تتراجع قدرة الشخص على التواصل.

قد يستغرق الشخص وقتًا لكي يكون قادرًا على التعبير عن رغبته، ومشاعره، ومعتقداته، وقيمه للأشخاص المقربين إليه أو لمقدمي الرعاية أو الدعم أو العلاج. يُمكن أن تحدث المحادثات الخاصة بشأن التخطيط المسبق للرعاية في أي مكان، ولكن ينبغي، حيثما أمكن، أن تحدث في الوقت والمكان الذي يشعر فيه الشخص بالراحة. أيا ما كان المكان الذي سيجري فيه المحادثات، ينبغي بذل الجهود لضمان مناسبة لإجراء محادثات هادفة بشأن التخطيط المسبق للرعاية<sup>12</sup>.

12 على سبيل المثال، ينبغي أن يكون الوقت كافيًا والمكان هادئًا بما يسمح باحترام الخصوصية ويقلل من احتمالية حدوث أي انقطاعات أو تشتيت الانتباه، وكذلك ينبغي توفير المواد المناسبة والتي يسهل الوصول إليها، وإدماج الأشخاص المناسبين المعنيين، وتوفير التفضيلات أو الاحتياجات التي تخص الشخص فيما يتعلق بالتواصل.

## إجراء محادثات هادفة بشأن التخطيط المسبق للرعاية

عندما يكون الشخص على استعداد لإجراء محادثات بشأن التخطيط المسبق للرعاية، يظهر دور مهم ينبغي أن يضطلع به مقدمو الرعاية أو الدعم أو العلاج. فمن المهم أن يتحلوا بالمعرفة، والثقة، ومهارات التواصل اللازمة لدعم هذه المحادثات.

دائمًا ما تسلط جميع الدراسات البحثية وكذلك التجارب الشخصية المسجلة الضوء على أهمية التواصل الجيد والفعال (انظر الملحق 3). وهذا يعزز الحاجة إلى تعزيز القدرات 13، بما في ذلك القدرات المعرفية، والمهارات، والفهم الخاص بالتخطيط المسبق للرعاية بوجه عام، والتواصل بوجه خاص<sup>14</sup>.

## مبادئ حُسن التواصل الستة

### الخاصة بمحادثات التخطيط المسبق للرعاية

يقدم الرسم البياني والجدول أدناه دليلًا حول كيفية التواصل أثناء محادثات التخطيط المسبق للرعاية، سواء كانت هذه المحادثات يوجهها الشخص المعني أو مقدمة الرعاية والدعم أو العلاج. ومن الجدير بالذكر أن لهذه المحادثات جانبين، أولهما يتعلق بالشخص الذي يفكر في الدخول في محادثة بشأن التخطيط المسبق للرعاية ويرغب في ذلك، وثانيهما يتعلق بالشخص الذي يستمع و/أو يبسر المحادثة. وربما يكون هذا الشخص الأخير من المقربين

إلى الشخص المعني و/أو من قدمي الرعاية أو الدعم أو العلاج. وينبغي على جميع الأشخاص المعنيين وضع ما يلي في الاعتبار، بغية دعم المحادثات الخاصة بالتخطيط المسبق للرعاية.



13 ارجع إلى إطار قدرات التخطيط المسبق للرعاية

14 قد يؤدي تدني مستويات التنقيف الصحي إلى إحداث فجوة في التواصل بين الشخص ومقدمي الرعاية أو الدعم أو العلاج، أثناء إجراء المحادثات الخاصة بالتخطيط المسبق للرعاية. إنحو إعداد خطة للتنقيف الصحي في أيرلندا الشمالية: ورقة تحديد نطاق صادرة من مجلس المرضى والعلاء، يناير 2021. لمزيد من المعلومات حول التنقيف الصحي، يُرجى الرجوع إلى ورقة تحديد النطاق الصادرة من مجلس المرضى والعلاء بصيغتها النهائية، النسخة الثانية، يناير 2021 - مجلس المرضى والعلاء بأيرلندا الشمالية ([hscni.net](http://hscni.net))

<p>الثقة أمر أساسي في هذه المحادثات.</p> <p>سيحتاج الشخص الذي يفكر في التخطيط المسبق للرعاية أن يدخل في محادثة مع شخص يحترم قيمه وآراءه، ويراه جديرًا بالثقة ويمكن الاعتماد عليه، أي أنه يريد شخصًا يثق به.</p> <p>ينبغي على الشخص الذي يستمع إلى المحادثات و/أو يبصرها أن يحترم رغبات الشخص الذي يخطط لمستقبل رعايته ومشاعره ومعتقداته وقيمه، كما يجب أن يقدم الدعم لهذا الشخص المعني طوال المحادثة.</p>	الثقة
<p>ينبغي أن يكون توقيت المحادثة عندما يشعر الشخص بأنه على استعداد للتخطيط المسبق للرعاية، وأن تظل المحادثة/المحادثات جارية ما دام الشخص المعني يرغب في ذلك.</p> <p>وقتما يرغب مقدم الرعاية أو الدعم أو العالج البدء في محادثة بشأن التخطيط المسبق للرعاية، ينبغي أن يتحقق أولاً ما إذا كان توقيت المحادثة مناسبًا للشخص المعني أم لا.</p>	التوقيت
<p>إذا كانت بعض من رغبات الشخص المعني، ومشاعره، ومعتقداته، وقيمه معروفة بالفعل، فابن المحادثة على أساس هذا.</p> <p>من المهم أن تكون واضحًا بشأن ما تريد قوله.</p> <p>تأكد ما إذا كان الشخص قد سمع ما كنت تريد أن تقوله وفهمه أم لا.</p>	المهام
<p>لا يختلف أسلوب كلامنا في أهميته عن الكلام نفسه. فهذه محادثات مهمة، ويمكن أن تثير المشاعر العاطفية. ولذلك، كن لطيفًا، وحساسًا، ومتعاطفًا عند إجراء أي محادثة بشأن التخطيط المسبق للرعاية.</p>	الأسلوب
<p>استخدم لغة مفهومة، وابتعد عن المصطلحات المتخصصة، وتأكد من توفير المتطلبات التي قد يحتاجها الشخص للتواصل، مثل توفير مترجم فروي، أو مترجم لغة الإشارة، أو أي جهاز قد يساعد الشخص على التواصل.</p>	التوفير حسب الطلب
<p>مع المشاعر التي قد تراود الشخص أثناء المحادثة. مع وتيرة الشخص الآخر.</p> <p>مع نطاق فهم الشخص الآخر.</p>	التوافق



## تسجيل المحادثات والتوصيات والقرارات الخاصة بالتخطيط المسبق للرعاية ومشاركتها

ينبغي تشجيع الشخص على تسجيل 15 رغبته، ومشاعره، ومعتقداته، وقيمه، فهذا جزء لا يتجزأ من التخطيط المسبق للرعاية. يمكن مشاركة هذا التسجيل إذا وافق هذا الشخص على ذلك. فعلى سبيل المثال، يمكن إدراج التوصيات المسجلة في نموذج الخطة الموجزة الموصى بها للرعاية والعلاج في حالات الطوارئ (ReSPECT) ضمن المكون السريري.<sup>16</sup>



الرغبات



المشاعر



المعتقدات



القيم

## مراجعة المحادثات والتوصيات والقرارات الخاصة بالتخطيط المسبق للرعاية

إن برنامج التخطيط المسبق للرعاية المُعد "ليس منقوشًا على حجر". إذ يمكن إعادة النظر فيه ومراجعته في أي وقت للتأكد من أن رغبات الشخص، والتوصيات و/أو القرارات المتخذة لا تزال ذات صلة بظروف هذا الشخص. وتُعد مراجعة محادثات التخطيط المسبق للرعاية والتوصيات و/أو القرارات الخاصة به جزءًا لا يتجزأ من عملية التخطيط المسبق للرعاية، وينبغي القيام بأي مراجعة بما يتماشى مع القيم والمبادئ التي يقوم عليها التخطيط المسبق للرعاية.

قد يقوم الشخص نفسه أو مقدم الرعاية أو الدعم أو العلاج بالبداية في عملية المراجعة. يختلف توقيت المراجعة وتكرارها من شخص لآخر. إذ تكتسي عملية مراجعة المحادثات وأية توصيات و/أو قرارات بأهمية خاصة إذا حدثت أي تغييرها في ظروف الشخص أو حالته الصحية. ومن الضروري الإبلاغ عن أي تغييرات تحدث في المحادثات والتوصيات و/أو القرارات الخاصة بالتخطيط المسبق للرعاية، وإعادة مشاركتها مع المقربين إلى الشخص و/أو مقدمي الرعاية أو الدعم أو العلاج، حسب لموافقة الشخص.

15 سيتوفر كتاب العنبر (The Amber Book) بوصفه طريقة موحدة تساعد الناس في تسجيل التخطيط المسبق للرعاية الخاص بهم.

16 "انظر قسم "خطة الملخص الموصى بها للرعاية والعلاج في حالات الطوارئ (RSPECT)" صفحة 36.



## كيف تستخدم محادثات التخطيط الرعاية المسبق

سيتم استخدام محادثات تخطيط الرعاية المسبق للفرد وأي توصيات و/ أو قرارات في المستقبل في حالة أن الفرد أصبح غير قادر على اتخاذ قرار معين بنفسه. قد يحدث ذلك في حالة أنهم فقدوا أهليتهم العقلية أو أصبحوا غير قادرين على التعبير عن رغباتهم. في هذه الحالة، ما من أحد في أيرلندا الشمالية سيكون لديه السلطة القانونية للموافقة على أي رعاية أو علاج نيابة عن شخص بالغ آخر. في الحالات التي يفقد فيها الفرد أهليته العقلية على اتخاذ قرار معين يخص مرحلة العلاج في ذلك الوقت، وليس لديه قرار مسبق برفض العلاج ساري المفعول وقابل للتطبيق، فإن الطبيب المسؤول عن علاج الفرد سيتخذ قرارًا (قرارات) "المصلحة المثلى". في مثل هذه الحالات، ستستخدم المحادثات السابقة للتخطيط الرعاية المسبق، وأي توصيات و/ أو قرارات لتوجيه متخذي قرار/قرارات "المصلحة المثلى" <sup>17</sup> ليطلعوا على المعلومات اللازمة.

يمكن أن يساعد تخطيط الرعاية المسبق أيضا الشخص على التفكير ، وهو في كامل أهليته العقلية، في ما هو مهم بالنسبة له في موقف قد يحتاج فيه إلى اتخاذ قرار بشأن رعايته أو دعمه أو علاجه.

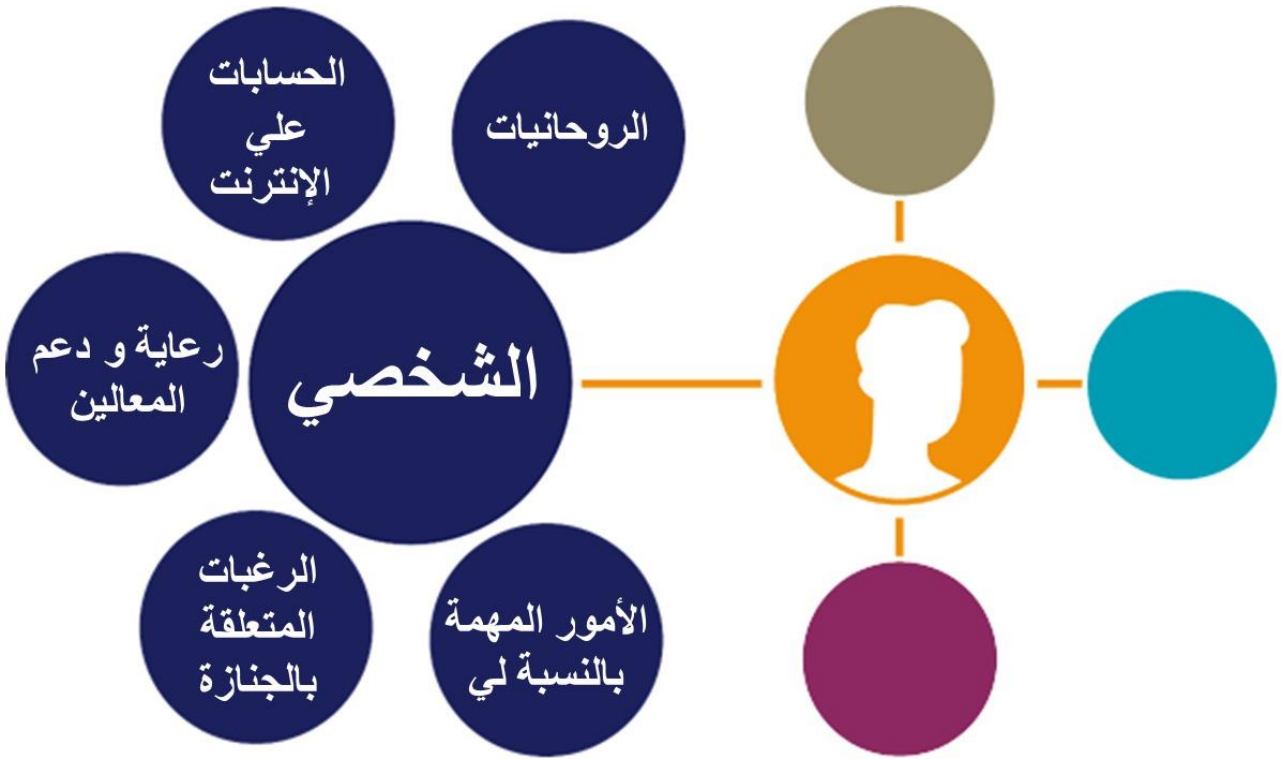
وسنتناول العناصر الرئيسية في الأقسام التالية.



7 انظر قسم "المصلحة المثلى" صفحة 35.









## "الأمر المهمة بالنسبة لي" - الأمنيات والمشاعر والمعتقدات والقيم

يتناول هذا الجزء من تخطيط الرعاية المسبق تلك الأمور الشخصية للغاية التي تعطي معنى وهدفًا لحياة الشخص. يمكن أن تضم أشخاص أو أماكن أو روحانيات أو أشياء أخرى تهم الشخص.

يمكن لأي شخص أن يخبر الآخرين بالأمور المهمة بالنسبة له، أو أن يكتبها. قد تتألف تلك الأمور من أمنيات معينة عما يهتموا لأمره في الوقت الحاضر وما سيهتموا له إذا أصبحوا غير قادرين على اتخاذ القرارات ذات الصلة التي تخص حياتهم.

ستختلف الرغبات والمشاعر والمعتقدات والقيم من شخص لآخر. فعلى سبيل المثال، بالنسبة لبعض الأفراد، فإن السيطرة على الألم أولوية قصوى، بينما بالنسبة للآخرين فإن الأولوية ستكون لتحمل بعض الألم من أجل أن يكونوا بجانب الأشخاص المهمين بالنسبة لهم.

من المهم أن يكون الأفراد المشاركين في رعاية الشخص، على معرفة بالأمور المهمة بالنسبة له، سواء كانت تلك الأمور مدونه أم لا. تساعد معرفة الأمور المهمة للشخص في توجيه وإعلام الذين يقدمون الرعاية والدعم أو العلاج بالمعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات عندما يكون الشخص غير قادر على اتخاذ القرارات ذات الصلة و/أو التعبير عن رغباته.

### الروحانيات:

تركز محادثات تخطيط الرعاية المسبق على الأمور المهمة للفرد وقد تشمل تلك الأمور الشخص التي يتحدث له عن الجانب الروحي من حياته. تمثل الروحانية الشيء الذي يعطي معنى وهدف للحياة وتستند إلى المعتقدات والقيم الأساسية للشخص. ويمكن التعبير عن الروحانية بطرق مختلفة. قد يعبر بعض الناس عن روحانيتهم بالإيمان وبديانة رسمية. وأما البعض الآخر قد يعبر عنها بالموسيقى أو الفنون أو الطبيعة. توجه الروحانية الشخص وتعلمه كيفية التصرف وكيفية الارتباط بالآخرين كما يمكن أن توفر له الراحة والدعم والقوة خلال حياته. يمكن أن تصبح الروحانية ذات أهمية أكبر بالنسبة للفرد عندما يكبر في السن أو إذا كان يواجه مرضًا خطيرًا للغاية.

## رعاية ودعم المعالين

ستكون الأولوية الرئيسية لبعض الناس لتخطيط الرعاية المسبق هي الحصول على ضمانات بأن الرعاية والدعم سيكونان جاهزان لمعاليتهم. بالنسبة للعديد من المعالين فإن إجراء محادثات عن الرعاية المستقبلية والترتيب لها وتقديم الدعم للأفراد الذين يعولونهم سيكون جزءاً مهماً من تخطيط الرعاية المسبقة الخاص بهم بل قد يكون دافعهم للتخطيط.

من المهم معرفة أن هذه المحادثات والخطط تجلب الراحة النفسية للأفراد. ولا ينطبق ذلك فقط على المعالين. سيُشمل تخطيط الرعاية المسبق بالنسبة لبعض الأشخاص وضع ترتيبات لرعاية حيواناتهم الأليفة إذا لم يتمكنوا من الاعتناء بهم بأنفسهم.



## الرغبات المتعلقة بالجنائز

قد يكون تفكير بعض الأشخاص في جنازتهم أو إجراء محادثات عن ذلك مع الأفراد المهمين بالنسبة لهم أمراً مؤثراً. إلا أن إجراء هذه المحادثات يمكن أن يضمن معرفة رغبات الفرد وتفضيلاته وتوضيحهما. ويمكن أن يساعد هذا أيضاً في تقليل أي مخاوف قد تكون لدى الأشخاص المهمين بالنسبة للفرد، لأنهم يشاركون في المحادثات ويعرفون نوعية الجنائز التي يريدها الفرد.

## الحسابات على الإنترنت

من المهم أن يفكر الفرد ويخطط لما سيحدث لأي حساب له على الإنترنت إذا فقد قدرته العقلية أو الجسدية أو بعد وفاته. يُعرف هذا أحياناً باسم الإرث الرقمي. يمكن أن يتكون هذا الإرث من حسابات مصرفية وبريد إلكتروني ووسائل التواصل الاجتماعي، ويضم الصور ومقاطع الفيديو وأي مواقع ويب مملوكة و/أو أي مدونات قد يكون الفرد قد كتبها ونشرها.

قد يقرر الناس مشاركة رغباتهم الشخصية فيما يتعلق بإرثهم الرقمي والتخطيط لذلك مسبقاً للتأكد من أن الأشخاص المهمين بالنسبة لهم على معرفة بالمعلومات التي تخص إدارة الإرث الرقمي لهم، وعلى سبيل المثال، حذف البريد الإلكتروني أو حسابات وسائل التواصل الاجتماعي أو بقائها مفتوحة.







## تخطيط الرعاية المسبق والأهلية العقلية

يتضمن تخطيط الرعاية المسبق الإشارة إلى فرد لديه أهلية عقلية لذلك من المهم فهم ما يعنيه ذلك. المبدأ الأول من قانون الأهلية العقلية لأيرلندا الشمالية 2016 هو عدم معاملة الشخص على أنه فاقد للأهلية ما لم يثبت أن الشخص فاقد للأهلية فيما يتعلق بالموضوع قيد النظر.<sup>18</sup> فقد يكون الشخص قادرًا على اتخاذ بعض القرارات في وقت معين دون وقت آخر. لأن القدرة العقلية تختلف بناء على طبيعة القرار والتوقيت. يعني ذلك أنه:

- ينبغي أن يتمتع الشخص بالأهلية العقلية اللازمة لاتخاذ قرار محدد في ذلك الوقت؛
- قد يفقد الشخص الأهلية العقلية فيما يخص بعض القرارات المحددة في وقت معين ولكنه يمتلك الأهلية العقلية لاتخاذ العديد من القرارات الأخرى؛
- حتى إذا فقد الشخص أهليته العقلية ذات الصلة بقرار معين في ذلك الوقت، فإن رغباته ومشاعره ومعتقداته وقيمه يشكلوا عاملاً حاسماً ويجب أن يتلقى الدعم حتى يشارك قدر الإمكان.

ستستخدم محادثات تخطيط الرعاية المسبق، وأي توصيات و/أو قرارات عندما يعجز الشخص عن اتخاذ القرارات بنفسه. وقد يرجع ذلك لسبب أنه حتى مع تقديم الدعم، يكون الشخص فاقداً لأهليته العقلية على اتخاذ قرار معين في ذلك الوقت.

وليصنف الشخص على أنه ذو أهلية على اتخاذ قرار معين، يجب أن يكون قادرًا على: فهم المعلومات ذات الصلة وتذكرها وتقييمها واستخدامها وتدبرها والتعبير عن قراره. عندما يفقد الشخص أهليته على اتخاذ قرار معين، قبل محادثات التخطيط للرعاية المسبق، يمكن أن تساعد أي توصيات و/أو قرارات في توجيه مقدمي الرعاية أو الدعم أو العلاج بحيث أن تتوفر الخدمة للشخص، قدر الإمكان، بما يتماشى مع رغباته ومشاعره ومعتقداته وقيمه لرعايته في المستقبل.



## مبادئ قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016

تُمدد من المبادئ المهمة للغاية في قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016 والتي تحمي الفرد وتساعد في منع الظن خطأ أن الشخص يعاني من فقدان الأهلية العقلية. المادة 1 من قانون القدرة العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016<sup>19</sup> تحدد المبادئ التي تتعلق بـ "الأهلية" (انظر الملحق 2). وفيما يلي اقتباس لمبادئ هذه المادة:

**المبدأ 1 –** المبدأ الأول من قانون الأهلية العقلية لأيرلندا الشمالية 2016 هو عدم معاملة الشخص على أنه فاقده للأهلية ما لم يثبت أن الشخص فاقده للأهلية فيما يتعلق بالموضوع قيد النظر.

**المبدأ 2 –** لا يمكن تحديد إذا كان الشخص قادراً على اتخاذ قرار بنفسه إلا من خلال النظر في متطلبات القانون ولا يسمح بزعم أي افتراضات على أساس أي حاله لدى الشخص أو أي سمات أخرى للشخص فحسب.

**المبدأ 3 –** لا يعامل الشخص على أنه غير قادر على اتخاذ قرار بنفسه إلا إن لم تفلح كل المساعدات والدعم العملي لتمكينه من اتخاذ القرار.

**المبدأ 4 –** لا يعامل الشخص على أنه غير قادر على اتخاذ قرار لمجرد أنه يتخذ قراراً غير حكيم.

**المبدأ 5 –** أي عمل ينفذ، أو أي قرار يُتخذ، يجب أن يكون لمصلحة الشخص المثلي.



9 قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016

## قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016

قانون القدرات العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016 هو قانون صادر من جمعية أيرلندا الشمالية. حصل القانون على الموافقة الملكية في 9 مايو 2016<sup>20</sup>

تحدد المادة 3 من قانون الأهلية العقلية 2016 (NI) المعنى التالي لمصطلح "فقدان الأهلية"؛

### الجزء 1 المادة 3 من قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016

1. لأغراض هذا القانون، فإن الشخص الذي يبلغ من العمر 16 سنة أو أكثر فاقد للأهلية فيما يتعلق بمسألة ما إذا كان، في الوقت الجوهري، فهو غير قادر على اتخاذ قرار بنفسه بشأن المسألة (بالمعنى الوارد في المادة 4) بسبب إعاقة أو اضطراب في أداء العقل أو الدماغ.
2. ولا يهم؛
  - a. ما إذا كان الضرر أو الاضطراب دائمًا أو مؤقتًا.
  - b. الأمر الذي سبب الضعف أو الاضطراب.
3. وتحديداً، لا يهم ما إذا كان العجز أو الاضطراب ناتجاً عن اضطراب أو إعاقة أو سبب آخر غير الاضطراب أو الإعاقة."

وينص القانون على أن "فقدان الأهلية" يعني عدم قدرة الشخص على اتخاذ قرار بنفسه فيما يتعلق بمسألة محددة.

كما يقر بأن الأهلية العقلية يمكن أن تتفاوت ويمكن أن تكون مؤقتة أو دائمة.

10 يشير قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016 إلى أي شخص فوق سن 16 عامًا ولكن نطاق هذه السياسة يشمل الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر.

## الجوانب التي يجب مراعاتها فيما يتعلق بالأهلية العقلية

يجب مراعاة هذه الجوانب المهمة فيما يتعلق بالقدرة العقلية.

تحدد المادة 4 من قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016 معنى "عدم القدرة على اتخاذ قرار". وفيما يلي اقتباس لأحكام هذه المادة؛

- يعتبر الشخص غير قادر على اتخاذ قرار إذا كان غير قادرًا على:
- فهم المعلومات التي يحتاجها والتي من شأنها أن تساعد على اتخاذ قرار.
- تذكر تلك المعلومات خلال الوقت اللازم لاتخاذ القرار.
- تقدير أهمية تلك المعلومات لاستخدامها في تقييم الإيجابيات والسلبيات كجزء من عملية اتخاذ القرار.
- التعبير عن قراره (سواء عن طريق التحدث أو استخدام لغة الإشارة أو أي وسيلة أخرى).

لماذا يصنف الشخص على أنه غير قادر على اتخاذ القرار؟

تحدد المادة 5 من قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016 الخطوات التي يجب اتخاذها من أجل "دعم الشخص لاتخاذ قرار". وفيما يلي اقتباس لأحكام هذه المادة؛ يجب أن يحصل الشخص على كل المساعدة والدعم الممكنين عمليًا لتمكينه من اتخاذ قرار والخطوات المطلوبة هي:

- تقديم جميع المعلومات ذات الصلة للشخص بالطريقة الأنسب له ولاحتياجاته. (على سبيل المثال، مكتوبة أو منطوقة أو باستخدام لغة الإشارة... إلخ).
- التأكد من أن المحادثة مع الشخص تكون في الوقت أو الأوقات الأنسب للشخص (على سبيل المثال، يشعر بعض الأشخاص بأنهم أكثر قدرة أو يقظة في الصباح الباكر).
- التأكد من أن المكان (البيئة المحيطة) لإجراء المحادثة يناسب الشخص تمامًا (على سبيل المثال، ما من أصوات صاخبة حولكم، ولا يوجد مصدر للمقاطعات أو التشنيت).
- التأكد من أن الأشخاص المهمين للشخص أو أولئك الذين قد يدعمون تواصلهم مشتركون في الحوار.

دعم الشخص لاتخاذ قرار

لتحديد ما إذا كان الشخص فاقدا للأهلية اللازمة لاتخاذ قرار بشأن مسألة محددة، يجب على الذين سيقومون بحالة الشخص:

- التأكد من الامتثال للمبادئ الواردة في قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016.
- الاعتقاد بدرجة معقولة أن الشخص فاقدا للأهلية على اتخاذ هذا القرار المحدد.
- تقديم المعلومات ذات الصلة بطريقة متاحة بسهولة للشخص.
- تقديم الدعم الذي يحتاجه الشخص لتمكينه من اتخاذ القرار.

تحديد ما إذا كان شخص فاقدا للأهلية

تحديد الأهلية يعتبر وظيفة أساسية لمقدم الرعاية الصحية والاجتماعية ومن المفترض أن يتمكن جميع المتخصصين في الرعاية الصحية والاجتماعية من إجراء تقييمات روتينية لتحديد الأهلية العقلية.

بالنسبة للتدخلات وقرارات العلاج الخطيرة، يجب أن يكون الشخص المسؤول عن إتمام بيان عدم الأهلية مؤهلاً تأهيلاً مناسباً، كما هو مبين بالتفصيل في قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016.<sup>21</sup>

يُسمح للأشخاص "المؤهلين تأهيلاً مناسباً" فقط بالقيام بـ "تقييم رسمي للأهلية" تصف اللوائح الصادرة بموجب المادة 14 (4) من قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016 الأشخاص "المؤهلين تأهيلاً مناسباً" للقيام بـ "تقييم رسمي للأهلية" المذكور أعلاه

من يمكنه تحديد ما إذا كان شخص ما فاقدا للأهلية العقلية؟

11 "يعد تحديد فقدان الأهلية مهمة أساسية لقانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016 (المادة 14(4)) (legislation.gov.uk). - في الوقت الحالي، لا يمكن إصدار بيان عدم الأهلية إلا من خلال ممارس طبي أو ممرضة أو قابلة أو أخصائي اجتماعي أو طبيب أسنان أو معالج مهني أو أخصائي علاج النطق واللغة أو أخصائي نفسي ممارس تلقى تدريباً محدداً قبل إصدار البيان بـ 36 شهر؛ ولديه خبرة لمدة عامين في السنوات العشر الأخيرة، في العمل مع أشخاص فاقدين للأهلية. يمكن الاطلاع على المزيد من التفاصيل عن الترتيبات الحالية في الجزء 2 من [الأهلية العقلية \(الحرمان من الحرية\) \(رقم 2\) \(أيرلندا الشمالية\) 2019 \(legislation.gov.uk\)](http://legislation.gov.uk)

## أنواع التوكيلات:

هناك ثلاثة أنواع مختلفة من "التوكيل" وسنتناول توضيح كل منها هنا. من المهم أن نذكر أنه لا يوجد حالياً في أيرلندا الشمالية سوى أول نوعين. ومن الأفضل الحصول على استشارة القانونية، حيث يجب النظر بعناية في مدى السلطات التي يرغب الشخص في منحها لمحام<sup>22</sup>.

### التوكيل

التوكيل هو وثيقة قانونية يمكن للشخص استخدامها لمنح شخص آخر السلطة لاتخاذ الإجراءات أو اتخاذ القرارات نيابة عنه. كما أنه يُمكن الشخص، وهو لا يزال متمعاً بأهليته العقلية، من أن يكون لديه شخص آخر (يُدعى محامي) يتعامل في ممتلكاته وأمواله نيابة عنه. على سبيل المثال، في حالة أنه غير قادر جسدياً على تنفيذ المهام بنفسه، مثل زيارة البنك.

وتنتهي صلاحية التوكيل عندما يفقد الشخص الأهلية العقلية على إدارة شؤونه الخاصة.

### التوكيل الثابت

التوكيل الثابت (EPA) هو وثيقة قانونية تسمح للشخص بتعيين آخرين لاتخاذ القرارات نيابة عنه بشأن ممتلكاته وشؤونه المالية.

يسمح التوكيل الدائم للشخص بوضع خطة مسبقة في حالة فقدانه الأهلية العقلية لاتخاذ قراراته بشأن أمواله أو ممتلكاته<sup>23</sup>

### التوكيل الدائم

ينص الجزء 5 من قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) لعام 2016 على أحكام تتعلق بالتوكيل الدائم (LPA). هذا الجزء من القانون لم يتم العمل به حتى الآن ولذلك فإن أحكام الجزء 5 من القانون المتعلقة بالتوكيل الدائم لم تدخل بعد حيز التنفيذ في أيرلندا الشمالية.

12 إدارة شؤونك والتوكيل الثابت  
محاكم أيرلندا الشمالية وخدمات الهيئات القضائية: التوكيل الثابت - مذكرة توضيحية

13 إصدار توكيل ثابت

التوكيل الدائم هو وثيقة قانونية تسمح للشخص بتعيين آخرين لاتخاذ القرارات نيابة عنه بشأن ممتلكاته وشؤونه المالية. ويمكن إصداره لإدارة الممتلكات والشؤون المالية، كما يمكن إصداره لإتخاذ قرارات الرعاية الصحية والاجتماعية، بما فيها من قرارات تخص تلقي العلاج والرعاية في نهاية العمر. تُعرف المادة 97 التوكيل الدائم على النحو التالي:

#### الجزء 1 من قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016: المادة 97

97.

1. التوكيل الدائم هو توكيل يمنح بموجبه مانح التوكيل للمحامي (أو المحامين) السلطة لاتخاذ قرارات بشأن (أو بشأن مسائل محددة تتعلق بـ) كل أو أي مما يلي؛
  - a. رعاية مانح التوكيل وعلاجه ورعايته الشخصي؛
  - b. ممتلكات مانح التوكيل وشؤونه؛والتي تشمل سلطة اتخاذ مثل هذه القرارات في الظروف التي يفقد فيها المانح أهليته العقلية.
2. لا يتم إصدار التوكيل الدائم إلا إذا؛
  - a. أُعدت وثيقة تمنح السلطة من النوع المذكور في الفقرة الفرعية (1) وتسجيلها وفقاً للجدول رقم 4؛
  - b. بلوغ المانح 16 عامًا أو أكثر وتمتعه بالأهلية لإعداد الوثيقة، في الوقت الذي يعدها فيه المانح؛
  - c. الامتثال للمادة 101 (الشروط المتعلقة بالمحامين).
3. الوثيقة التي؛
  - a. تهدف إلى إنشاء توكيل دائم، ولكن؛
  - b. لا تمثل لهذه المادة، المادة 101 أو الجدول 4، ولا تمنح أي سلطة.

يقوم الشخص بعمل التوكيل الدائم عندما يكون لديه الأهلية ويعطي المحامي سلطة اتخاذ القرار الكاملة ولا تدخل حيز التنفيذ إلا في الوقت الذي يفقد فيه الشخص أهليته العقلية. ويعتبر القرار الذي يتخذه المحامي الحاصل على التوكيل الدائم هو نفس القرار الذي يتخذه الشخص نفسه إذا كانت لديه الأهلية العقلية.

تعد وثيقة التوكيل الدائم أداة قوية جدًا في تخطيط الرعاية المسبق عند دخول الأحكام ذات الصلة من قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016 حيز التنفيذ. وستضمن حرية اختيار الشخص لمن سيتخذ القرارات نيابة عنه إذا أصبح فاقداً لأهليته العقلية.

في الوقت الحالي<sup>24</sup> لا يسمح لأي شخص الموافقة على العلاج نيابة عن شخص بالغ آخر في أيرلندا الشمالية. في الحالات التي يكون فيها الشخص فاقداً للأهلية العقلية لاتخاذ قرار محدد بنفسه، يتم اتخاذ قرار "المصلحة المثلى"<sup>25</sup>.

14 يعرف قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016 دور التوكيل الدائم (LPA) لأيرلندا الشمالية. دخل قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016 حيز التنفيذ هنا على مراحل. لم تشمل المرحلة 1 التوكيل الدائم. لا زالت مراحل التنفيذ مستمرة، ولكن لا يوجد حالياً جدول زمني لبدء المرحلة التي سنتشمل بدء استخدام التوكيل الدائم.

15 انظر قسم "المصلحة المثلى" صفحة 35.

## القرارات المسبقة برفض تلقي العلاج (ADRT)

القرارات المسبقة برفض تلقي العلاج هي مجموعة من التعليمات يعطيها الشخص إلى مقدمين العلاج السريري. وتحدد ظروفًا محددة لا يرغب فيها الشخص في الحصول على علاج معين أو يرغب في وقف علاج معين.

لا يمكن استخدام القرارات المسبقة برفض تلقي العلاج لرفض تلقي أي رعاية أساسية قد يحتاجها الشخص ليشعر بالراحة. ويشمل ذلك الدفء والمأوى والطعام والسوائل عن طريق الفم.

لا يمكن استخدام القرارات المسبقة برفض تلقي العلاج في:

- طلب علاج طبي محدد؛
- طلب شيء غير قانوني، على سبيل المثال الانتحار بمساعدة الغير؛
- ترشيح شخص آخر لاتخاذ القرارات؛
- رفض علاج متعلق بحالة صحية عقلية إذا كان العلاج وفقًا لأمر الصحة العقلية (أيرلندا الشمالية) 1986.<sup>26</sup>

في أيرلندا الشمالية، تعد القرارات المسبقة برفض تلقي العلاج ملزمة قانونيًا إذا كانت سارية المفعول وقابلة للتطبيق على حالة بعينها. وهذا يعني أن الذين يقدمون الرعاية أو الدعم أو العلاج يجب أن يتبعوا تعليمات القرارات المسبقة برفض تلقي العلاج شريطة أن يكونوا على علم بها.

يتم تسجيل القرارات المسبقة برفض تلقي العلاج عندما يكون الشخص قادرًا على اتخاذ قراراته والتعبير عنها. ولن تتبع القرارات المسبقة برفض تلقي العلاج إلا عندما يفقد الشخص أهليته العقلية على اتخاذ قرارات محددة أو يصبح غير قادر على التعبير عن رغبته.

يجب على الذين يقدمون الرعاية أو الدعم أو العلاج اتباع الأطر التنفيذية الإقليمية لتخطيط الرعاية المسبق.<sup>27</sup>



16 عندما يبدأ تنفيذ قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016 بالكامل، سيحل محل أمر الصحة العقلية (أيرلندا الشمالية) 1986، لكل شخص يبلغ من العمر 16 عامًا أو أكثر، وسيشمل علاج الصحة العقلية. سيوفر قانون الأهلية العقلية أيرلندا الشمالية 2016 أساسًا قانونيًا للقرار المسبق برفض تلقي العلاج. وتجدر الإشارة إلى أنه في حالة وجود قرار مسبق برفض تلقي العلاج ساري المفعول وقابل للتطبيق، فلا يمكن إبطاله بقرار بموجب القانون.

17 تم تطوير الأطر التنفيذية الإقليمية لتخطيط الرعاية المسبق لدعم هذه السياسة.











تدهور الحالة الصحية  
وحالات الطوارئ غير المتوقعة

يدرك العنصر السريري لتخطيط الرعاية المسبق أنه على مدار حياة الشخص، يمكن أن تبدأ صحته في التدهور التدريجي على مدى فترة من الزمن. وفي بعض الأحيان الأخرى، يمكن أن تتأثر صحة الشخص فجأة بحالة طوارئ غير متوقعة، مثل وقوع حادث أو نوبة قلبية أو أزمة صحية عقلية. لذلك من المهم أن يفكر جميع الأشخاص في حقيقة أن مثل هذه المواقف يمكن أن تحدث وأن يخططوا لها.

يمكن أن يشمل تخطيط الرعاية المسبق المحادثات والتوصيات و/أو القرارات المتعلقة برغبات الشخص في الرعاية المستقبلية في حالة تدهور صحته و/أو حدوث حالة طارئة غير متوقعة. تساعد هذه المحادثات على توفير فهم مشترك<sup>28</sup> عما يهيم الشخص والإعلان عن التوصيات السريرية و/أو القرارات التي تخص الإجراءات العملية من حيث رعايته وعلاجه في المستقبل.

على الرغم من أن الشخص أو الأشخاص المهمين بالنسبة له لا يمكنهم الإصرار على تقديم أي علاج محدد<sup>29</sup>، فإن فهم ما يهيم الشخص يرشد الذين يقدمون الرعاية أو الدعم أو العلاج في اتخاذ التوصيات و/أو القرارات.

عند اتخاذ مثل هذه التوصيات و/أو القرارات السريرية، يجب ألا تُستند إلى وجهة نظر متخذ القرار السريري بشأن نوعية حياة الشخص ولكن يجب أن تستند إلى التقييم الموضوعي لما يعد مقبولاً للشخص. ويجب أن يراعي ذلك في جميع العوامل ذات الصلة، ولا سيما رغبات الشخص ومشاعره ومعتقداته وقيمه.

18 معهد الصحة الوطنية والرعاية الممتازة اتخاذ القرار والأهلية العقلية

19 المجلس الطبي العام - العلاج والرعاية قبيل نهاية العمر: الممارسة الجيدة في اتخاذ القرار



## قرارات المصلحة المثلى

عندما يفقد الشخص أهليته العقلية لاتخاذ قرار محدد بشأن علاجه في ذلك الوقت ولا يكون لديه قرار مسبق برفض العلاج ساري المفعول وقابل للتطبيق، فإن الطبيب المسؤول عن علاج الفرد سيتخذ قرارًا (قرارات) "المصلحة المثلى". تخطيط الرعاية المسبق يضمن تمكن الشخص من إعلان رغباته ومشاعره ومعتقداته وقيمه. وبذلك، سيساعد التخطيط في توجيه وإعلام الذين يتخذون قرار (قرارات) "المصلحة المثلى" بالمعلومات اللازمة.

في الوقت الحالي، لا يملك أحد<sup>30</sup> السلطة القانونية للموافقة على العلاج نيابة عن شخص بالغ آخر، ولكن يجب إشراك الأفراد المهمة للشخص في مناقشات قرار "المصلحة المثلى" فيما يتعلق بما قد يريده الشخص. حتى عندما يفقد الشخص الأهلية العقلية ذات الصلة بقرار معين في ذلك الوقت، فإن رغباته ومشاعره ومعتقداته وقيمه يعدوا أمورًا أساسية. يجب أن يكون الشخص محور اتخاذ القرار ويلزم دعمه للمشاركة في عملية اتخاذ القرار قدر الإمكان.<sup>31</sup>

يجب على الطبيب المعالج للشخص أن يستند قراره (قراراته) بشأن المصلحة المثلى<sup>32</sup> إلى المبادئ المنصوص عليها في المادة 7 من قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016 وعلى تجربته وفهمه لظروف الشخص وأن يكون على علم بمحادثات تخطيط الرعاية المسبق للشخص. يجب ألا تتخذ القرارات على أساس افتراضات تستند فقط إلى عوامل مثل عمر الشخص أو الإعاقة<sup>33</sup> أو على أساس وجهة نظر شخصية للمتخصصين في جودة حياة الشخص.<sup>34</sup>

20 يعرف قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016 دور التوكيل الدائم (LPA) لأيرلندا الشمالية. دخل قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016 حيز التنفيذ هنا على مراحل. لم تشمل المرحلة 1 التوكيل الدائم. لا زالت مراحل التنفيذ مستمرة، ولكن لا يوجد حاليا جدول زمني لبدء المرحلة التي ستشمل بدء استخدام التوكيل

21 [بيان الجودة 4: اتخاذ القرار المصلحة الفضلى | اتخاذ القرار والأهلية العقلية | معايير الجودة | NICE](#)

22 [عند دخول الكامل للمادة 7 من قانون الأهلية العقلية \(أيرلندا الشمالية\) 2016 حيز التنفيذ](#)

23 Heslop P, Blair P, Fleming P, Hoghton M, Marriott A, Russ L. Confidential Inquiry into premature deaths of people with learning disabilities (CIPOLD).

Bristol: Bristol: Norah Fry Research Centre; 2013

24 [القرارات المتعلقة بالإنعاش القلبي الرئوي 2016](#)

## الخطوة الموجزة الموصى بها للرعاية والعلاج في حالات الطوارئ (ReSPECT)

من الناحية المثالية، يجب أن يحدث التخطيط المسبق للرعاية قبل وقت طويل قبل أي انخفاض في صحة الشخص أو أي أزمة أو حالة طوارئ. ومع ذلك، قد تكون هناك حالات لم تتم فيها محادثات التخطيط المسبق للرعاية، وسيتم على أولئك الذين يقدمون الرعاية أو الدعم أو العلاج تقديم هذه المحادثات في ظروف مثل التدهور المفاجئ في الصحة أو حالة طوارئ غير متوقعة. بغض النظر عن موعد حدوث هذه المحادثات، يجب أن يشمل الحديث عن ما يهم الشخص وتسجيله.

عند الاقتضاء، يجب تسجيل هذه المحادثات والتوصيات السريرية حول العلاج الواقعي لمناسب والرعاية للشخص على شكل <sup>35</sup> (ReSPECT).

### ما هو ReSPECT؟

يرمز ReSPECT إلى «الخطوة الموجزة الموصى بها للرعاية والعلاج في حالات الطوارئ». تتضمن عملية ReSPECT توصيات و/أو قرارات حول تدخلات محددة قد تكون أو لا تكون مطلوبة أو مناسبة سريريًا.

توفر عملية وشكل ReSPECT معلومات وتوصيات لأولئك الذين يقدمون الرعاية أو الدعم أو العلاج في وقت يكون فيه الشخص غير قادر على إبلاغ رغباته أو ليس لديه القدرة العقلية على اتخاذ هذا القرار المحدد، كما هو الحال في حالة الطوارئ غير المتوقعة في المستقبل. يمكن أن تساعد هذه التوصيات أيضًا في نظرة الشخص في ما هو مهم بالنسبة له في حالة قد يحتاج فيها، في حين أن لديه القدرة العقلية، إلى النظر في رعايته أو دعمه أو علاجه.

يجب التوقيع على نموذج ReSPECT من قبل الطبيب الذي يقدم توصيات سريرية ولكن يتم الاحتفاظ به من قبل الشخص.

نموذج ReSPECT ليس وثيقة ملزمة قانونًا.

7 الأطر التشغيلية الإقليمية للتخطيط المسبق للرعاية.

8 الأطر التشغيلية الإقليمية للتخطيط المسبق للرعاية.

ما الذي تم تسجيله في نموذج ReSPECT؟

#### يتضمن نموذج ReSPECT ما يلي:

- ما يهم الشخص فيما يتعلق برعايته وعلاجه، مثل الرغبات والمشاعر والمعتقدات والقيم.
- وثائق التخطيط للرعاية الحالية.
- التوصيات السريرية للرعاية والعلاج في حالات الطوارئ مثل توصيات الإنعاش.
- تسجيل القدرة العقلية لمشاركة الشخص في التوصيات المقدمة.

كما هو الحال مع أي جانب آخر من جوانب التخطيط المسبق للرعاية، يجب إبقاء المعلومات المسجلة في نموذج ReSPECT قيد الاستعراض وتحديثها حسب الاقتضاء.

نموذج ReSPECT هو النموذج الإقليمي لتسجيل جميع التوصيات حول الرعاية والعلاج في حالات الطوارئ.

يمكن نقل نموذج ReSPECT عبر جميع أماكن الرعاية. نظرًا لأن نموذج ReSPECT يتضمن الإنعاش القلبي الرئوي التوصيات، لا تحاول الإنعاش القلبي الرئوي (DNACPR) لن تستخدم بعد الآن.<sup>37</sup>

#### لمن ReSPECT؟

عملية ReSPECT مناسبة لأي شخص بالغ يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر، ولكن قد يكون لها صلة أكبر بهؤلاء؛

مع وجود احتياجات صحية خاصة قد تنطوي على تدهور جسدي أو عقلي مفاجئ في صحة الشخص.

مع حالة تُجد من الحياة، مثل فشل الأعضاء المُتقدم أو السرطان.

خطر وقوع أحداث صحية حادة مفاجئة.

الخطر المتوقع للوفاة أو السكتة القلبية التنفسية المفاجئة.

الذين تعني معتقداتهم أنهم لا يرغبون في الحصول على تدخل أو علاج معين

الذين يريدون أن يعلنوا أن لديهم ADRT.

وينبغي لمن يقدمون الرعاية أو الدعم أو العلاج أن يتبعوا الأطر التشغيلية الإقليمية للتخطيط المسبق للرعاية التي تم وضعها لدعم هذه السياسة.

## التوصيات السريرية للإنعاش القلبي الرئوي (CPR)

يمكن أن يتضمن التخطيط المسبق للرعاية محادثات و/أو توصيات و/أو قرارات حول الإنعاش القلبي الرئوي (CPR). هذا مهم، لأن حالة الطوارئ غير المتوقعة قد تشمل السكتة القلبية، وتحدث السكتة القلبية عندما يتوقف القلب عن ضخ الدم في جميع أنحاء الجسم ويصبح الشخص غير مستجيب ويتوقف عن التنفس.

يسعى تدخل مثل الإنعاش القلبي الرئوي إلى إعادة تشغيل القلب. يتطلب الضغط الشديد على صدر الشخص. غالبًا ما تعني هذه التدخلات أن الأشخاص المهمين بالنسبة للشخص قد لا يكونون قادرين على الحضور أو إذا كانوا موجودين، فقد يجدون هذا محزنًا للغاية لمشاهدته.

ومع ذلك، يأتي وقت للجميع، عندما تكون محاولة إعادة تشغيل القلب إما غير ناجحة أو حيث تفوق مخاطر الإنعاش القلبي الرئوي الفائدة. في هذه الحالة، هناك مؤشرات طبية واضحة على أن صحة الشخص أو حالته قد تدهورت، أو من المتوقع أن تنخفض، لدرجة أن الإنعاش القلبي الرئوي ليس تدخلًا مناسبًا لأنه يتداخل مع عملية الموت الطبيعية، حيث يكون القلب آخر عضو يتوقف.

في حالة عدم وجود دليل على محادثات التخطيط المسبق للرعاية أو ADRT أو التوصيات السريرية للرعاية والعلاج في حالة حدوث تدهور مفاجئ في الصحة أو حالة طوارئ غير متوقعة، بما في ذلك السكتة القلبية، فإن الطبيب الذي يعالج الشخص سيتخذ قرار «المصالح العليا».



## التبرع بالأعضاء

يمكن للشخص أن يختار التبرع بأعضائه وأنسجته للزرع. هناك نوعان مختلفان من التبرع بالأعضاء. الأول هو حيث يتبرع الشخص بأحد الأعضاء «كمتبرع حي»، على سبيل المثال قد يرغب شخص ما في أن يكون متبرعًا بالكلية. والثاني هو المكان الذي مات فيه شخص ما ويتم التبرع بأعضائه وأنسجته.

اعتبارًا من ربيع عام 2023، سيتغير قانون التبرع بالأعضاء في شمال أيرلندا<sup>38</sup> إلى نظام «يعتبر موافقًا<sup>39</sup>». في مثل هذا الوقت التعديلات التي أجريت في إطار التبرع بالأعضاء والأنسجة (تعتبر موافقة) بدأ القانون 2022 (NI)، إذا كان الشخص لا يريد أن يصبح متبرعًا بالأعضاء بعد وفاته، فسيكون من الضروري «إلغاء الاشتراك» في<sup>40</sup> NHS Organ Donor Register كثير من الناس لا يدركون أن دعم أولئك المهمين لهم ضروري للتبرع بالأعضاء للمضي قدمًا. تساعد معرفة رغبات الشخص فيما يتعلق بالتبرع بالأعضاء أولئك المهمين بالنسبة له في هذا الوقت العصيب.

### لتبرع بالجسم للأبحاث الطبية

#### قد يرغب الشخص في التبرع بجسده للأبحاث الطبية.

من المهم أن يناقش الشخص هذا مع أولئك المهمين بالنسبة له، وأولئك الذين يقدمون الرعاية أو الدعم أو العلاج. هناك عملية صحيحة<sup>(41)</sup> يجب اتباعها؛ وسيشمل ذلك الاحتفاظ بنسخة من استمارة الموافقة الكاملة.

### 10 التبرع بالأعضاء في أيرلندا الشمالية.

11 القسم 1 من التبرع بالأعضاء والأنسجة (يعتبر موافقة) يعدل القانون (أيرلندا الشمالية) 2022 (ج. 10) المادة 3 من قانون الأنسجة البشرية لعام 2004، للنص على أن الموافقة المعتبرة للشخص المعني ترقى إلى الموافقة المناسبة لأغراض أنشطة زرع معينة، ما لم يكن الشخص المعني «بالعامة مستثنى» (انظر المادة 3 (9 ألف) من قانون الأنسجة البشرية لعام 2004، بصيغته المعدلة بالمادة 1(4) من قانون التبرع بالأعضاء والأنسجة (يعتبر موافقة) 2022 (NI) ويتحقق ذلك بفضل تعديل المادة 3 (6) (ب) من قانون الأنسجة البشرية لعام 2003. تأثير هذه التعديلات هو تغيير الوضع الافتراضي فيما يتعلق بالموافقة بعيدًا عن نظام اختيار القبول إلى نظام اختيار عدم القبول

### 12 سجل المتبرعين بالأعضاء.

13 كتيبات المعلومات بما في ذلك نموذج الموافقة متاحة من مكتب التشريح بجامعة كوينز. كتيبات المعلومات بما في ذلك نموذج الموافقة متاحة من مكتب التشريح بجامعة كوينز. إذا كنت ترغب في تلقي كتيب معلومات يتضمن نموذج موافقة، فيرجى إرسال بريد إلكتروني إلى مكتب التشريح في anatomy@qub.ac.uk أو علي الهاتف 90 028 972131 سيكون الموظفون سعداء جدًا لمناقشة أي استفسارات قد تكون لديك.





# التخطيط المسبق للرعاية المالية





### كتابة الوصية

يوفر كتابة الوصية للشخص الفرصة لضمان تنفيذ رغباته بعد وفاته. ويساعد على ضمان أن يترك الشخص أي متعلقات أو تعليمات يرغب فيها لمن هم مهمون بالنسبة له.

الوصية هي وثيقة قانونية تقدم تعليمات واضحة يمكن أن تشمل:

- رعاية الأطفال أو المعالين،
- الشؤون المالية - المال والممتلكات والمتعلقات.

لماذا من المهم صنع وصية؟

وجود وصية يبسط عملية إدارة شؤون الشخص بعد وفاته:

- يمكن للشخص أن يقرر كيفية تقاسم أصوله.
- يمكن للشريكان غير المتزوجان التأكد من توفير المال اللازم لشريكه.
- إذا كان الشخص مُطلقًا، فيمكنه أن يقرر ما إذا كان سيترك أي شيء لشريكه السابق.
- يمكن للشخص الحصول على مزيد من المعلومات حول ضريبه الميراث.



## إعداد وصية

على الرغم من أنه من الممكن أن يكتب الشخص وصية بنفسه، فمن المُستحسن استخدام محامي نظرًا لوجود إجراءات قانونية مختلفة. إذا لم يكن لدى الشخص وصية وتوفي بلا وصية<sup>42</sup>، تنطبق قوانين عدم الوصية.

المُنفذ هو الشخص المسؤول عن ضمان إعدام إرادة الشخص وإدارتها وفقًا لرغباته. يمكن للشخص تعيين مُنفذ من خلال تسميته في وصيته. ويمكن للمحاكم أيضًا تعيين المُنفذ (المُنفذين).

بمجرد أن يُبدي الشخص إرادته، من المهم أن يحتفظ بها في مكان آمن ويُخبر المُنفذ أو الصديق المُقرب أو القريب بمكان وكيفية تحديد مكان إرادته. إذا أصدر المحامي الوصية، فسيحتفظ عادةً بالأصل ويُرسل إلى الشخص نسخة منها. يمكن لأي شخص أن يطلب الأصل إذا كان يرغب في الاحتفاظ به.

## تحديث الوصية

جب على الشخص مراجعة إرادته، خاصة بعد أي تغيير كبير في حياته، مثل الانفصال أو الزواج أو الطلاق أو إنجاب طفل أو الانتقال إلى منزل.

يمكن للشخص إجراء تغييرات عن طريق إضافة ملاحظة إلى إرادته الحالية أو عن طريق إلغاء إرادته الأصلية وإصدار وصية جديدة.<sup>43</sup>

14 دعى الشخص الذي يموت دون ترك وصية (شخصًا بلا وصية).

15 [NI Direct 43](#) – كتابة الوصية.

## الحياة المشتركة

في أي تخطيط مالي، من المهم أن ندرك أنه إذا كان الشخص يعيش مع شريك ولكن ليس متزوجًا أو في شراكة مدنية، فلن يكون له نفس الحقوق مثل الأزواج أو الشركاء المدنيين. ويمكن أن تنشأ مشاكل قانونية ومالية في حالة الانفصال أو الوفاة. كجزء من التخطيط المسبق للرعاية، قد يرغب الشخص في النظر في الخطوات المناسبة لحمايته وشريكه في مثل هذه الظروف واتخاذ المشورة القانونية بشأنها، بما في ذلك أهمية إصدار الوصية

## التخطيط للتقاعد

إن النظر في الخيارات واتخاذ الخطوات لضمان وضع الخطط المالية المناسبة، بما في ذلك ترتيبات التقاعد، التقاعد يمكن أن يساعد الشخص على الحصول على مزيد من الطمأنينة بشأن مستقبله المالي. وكيف يمكنهم التأكد على أفضل وجه من أن لديهم ما يكفي من المال للعيش براحة<sup>44</sup>. عند التخطيط للتقاعد، ينبغي للشخص أن ينظر في معاشه التقاعدي الحكومي؛ وينبغي للمعاشات التقاعدية الشخصية أو المعاشات التقاعدية في مكان العمل وغيرها من المدخرات والاستثمارات أن تلتزم المشورة المناسبة في مجال التخطيط المالي حسب الاقتضاء<sup>45</sup>



16 [التخطيط للتقاعد | indirect](#)

17 [الحصول على المعلومات والمساعدة في المعاشات التقاعدية | indirect](#)

## التخطيط للرعاية

قد يرغب الشخص أيضًا في التفكير في تفضيلاته إذا احتاج إلى الرعاية والدعم في المستقبل. في حالة انتقال الشخص إلى دار معيشية أو سكنية أو رعاية مدعومة، يقوم المتخصصون في الرعاية الصحية والاجتماعية بتقييم احتياجات الشخص ومساعدته في العثور على منزل مناسب. ويشمل ذلك أيضًا تقييمًا للشؤون المالية للشخص لتحديد ما يمكنه دفعه مقابل الرعاية السكنية أو رعاية المسنين.<sup>46</sup>

يمكن أن يكون التخطيط المالي معقدًا. للحصول على مشورة شخصية ومحددة حول الترتيبات المالية، يوصى بأن يتحدث الشخص إلى مستشار مالي و/أو قانوني معتمد.

تم تطوير سياسة التخطيط المسبق للرعاية لأفراد الجمهور، وأولئك المهمين بالنسبة لهم وأولئك الذين يقدمون الرعاية أو الدعم أو العلاج. تؤكد هذه السياسة على أهمية تخطيط الرعاية المسبقة لجميع البالغين، في أي مرحلة من مراحل الحياة، مع طموح أن يصبح تخطيط الرعاية المسبقة أمرًا طبيعيًا، وأن تتاح للأشخاص الفرص لإجراء هذه المحادثات وأن تنعكس في الرعاية أو الدعم أو العلاج الذي يتلقونه.

توفر هذه السياسة إطارًا لدعم جميع البالغين (الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر) للنظر في ما يهمهم وتسجيله ومشاركته ووضع خطط واقعية وعملية في الوقت المناسب للمستقبل. يشجعهم على إجراء تلك المحادثات المهمة حول رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم التي ستساعد في إعلام الرعاية أو الدعم أو العلاج المستقبلي الذي يتلقونه.

تحدد هذه السياسة نهجًا لتخطيط الرعاية المسبقة يستند إلى أربعة عناصر، يتضمن كل منها عددًا من العناصر. قد يختار الشخص التفكير والتخطيط لبعض المكونات أو العناصر، دون غيرها، قد يختار الشخص التفكير في بعض المكونات أو العناصر والتخطيط لها، ولكن ليس غيرها، والقيام بذلك في أوقات مختلفة من حياته. والقيام بذلك في أوقات مختلفة من حياته. وهذا يعكس المبادئ الشخصية والطوعية للتخطيط المسبق للرعاية وأهمية مراجعة التخطيط المسبق للرعاية بمرور الوقت.

لا يقتصر التخطيط المسبق للرعاية على إعلام الرعاية أو الدعم أو العلاج في المستقبل عندما يكون الشخص غير قادر على اتخاذ القرارات ذات الصلة بنفسه. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يعزز أيضًا نوعية الحياة في الوقت الحاضر ويمكن أن يساعد الشخص على التفكير في ما هو مهم بالنسبة له في حالة قد يحتاج فيها لذلك، في حين أن لديه قدرة عقلية، إلى التفكير في رعايته أو دعمه أو علاجه.

**وسيتم تمكين تنفيذ هذه السياسة ودعمها من خلال أربع ركائز هي:**

الرسائل العامة - لزيادة الفهم والثقة حول ماهية التخطيط المتقدم للرعاية وفوائده وكيفية القيام بذلك.

الأطر التشغيلية - تقديم المشورة العملية والمعلومات لدعم الناس للقيام بالتخطيط المسبق للرعاية. كما ستوفر الأطر التشغيلية الإقليمية التوجيه لأولئك الذين يقدمون الرعاية أو الدعم أو العلاج.

التدريب والتثقيف - إطار للقدرات يدعم جميع أنشطة التدريب والتعليم ويوفر هيكلًا لتطوير المعارف والمهارات لدعم التخطيط المتقدم للرعاية.

التقييم والنتائج - سيساعد ذلك في قياس التقدم المحرز نحو تحقيق طموح السياسة.

# التخطيط المسبق للرعاية

من أين تبدأ؟



لمزيد من المعلومات، قم بزيارة:

<https://www.health-ni.gov.uk/what-advancecare-planning>

## الملحق 1 مسرد المصطلحات

- التخطيط المسبق للرعاية: التخطيط المسبق للرعاية هو مصطلح شامل يغطي التخطيط الشخصي والقانوني والسريري والمالي. يمكن الشخص من التفكير فيما هو مهم بالنسبة له والتخطيط لمستقبله. إنها عملية تطوعية وتساعد الشخص على التعرف على رغباته ومشاعره ومعتقداته وقيمه، واتخاذ الخيارات التي تعكس ذلك. التخطيط المتقدم للرعاية هو عملية مستمرة من المحادثات بين الشخص والمهنيين بالنسبة له وأولئك الذين يقدمون الرعاية أو الدعم أو العلاج. يجب أن يكون التخطيط المتقدم للرعاية جزءًا مهمًا من الحياة لجميع البالغين.
- القرارات المسبقة لرفض العلاج (ADRT): في أيرلندا الشمالية، يكون ADRT ملزمًا قانونيًا إذا كان صحيحًا وينطبق على الوضع الخاص.
- البيان المسبق: يستخدم هذا المصطلح أحيانًا عندما يكتب الشخص رغباته ومشاعره ومعتقداته وقيمه غير الملزمة قانونًا.
- تغيير السلوك: يمكن أن يشير تغيير السلوك إلى أي تحول أو تعديل في السلوك البشري.
- المصالح العليا: عندما يفتقر الشخص إلى القدرة العقلية لاتخاذ قرار محدد بشأن علاجه في ذلك الوقت، وليس لديه قرار مسبق صالح وقابل للتطبيق لرفض العلاج، فإن الطبيب الذي يعالج الشخص سيتخذ «أفضل القرارات» فيما يتعلق بالرعاية والعلاج. انظر القسم 7 من قانون الأهلية العقلية 2016 (NI).
- السكتة القلبية: السكتة القلبية هي عندما يتوقف القلب عن ضخ الدم في جميع أنحاء الجسم ويصبح الشخص غير مستجيب ويتوقف عن التنفس بشكل طبيعي.
- الإنعاش القلبي الرئوي: تدخل طبي يتضمن ضغط الصدر والتنفس الاصطناعي، يتم إجراؤه للحفاظ على الدورة الدموية والأكسجين لدى الشخص الذي يعاني من سكتة قلبية.
- الرعاية أو الدعم أو العلاج: يستخدم مصطلح «أولئك الذين يقدمون الرعاية أو الدعم أو العلاج» في جميع أنحاء السياسة ويشمل الأشخاص العاملين في المجتمع والقطاع التطوعي والقطاع المستقل وغيرهم من موظفي الرعاية الصحية والاجتماعية العاملين في الخدمات القانونية.
- الموافقة: الموافقة هي أكثر من مجرد شكل أو إجراء شكلي. لكي تكون الموافقة صحيحة، يجب أن تكون طوعية ومستنيرة، ويجب أن يكون للشخص الذي يوافق الأهلية لاتخاذ القرار. هناك تمييز بين الموافقة بموجب اللائحة العامة لحماية البيانات في المملكة المتحدة والموافقة السريرية، أو الموافقة على جميع مكونات تخطيط الرعاية المسبقة.
- نهاية الحياة: فترة زمنية تتدهور فيها حالة الشخص بشكل نشط لدرجة توقع الوفاة.
- رعاية نهاية الحياة: هو نهج يحسن نوعية حياة المرضى وعائلاتهم الذين يعانون من مرض يهدد حياتهم. تشمل الرعاية تقييم وعلاج الألم والاحتياجات الأخرى، الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحية.
- التوكيل الدائم: وثيقة قانونية تسمح للشخص بتعيين آخرين لاتخاذ قرارات نيابة عنهم بشأن ممتلكاتهم وشؤونهم المالية.<sup>47</sup>
- الإرشادات (السريرية): توصيات سريرية قائمة على الأدلة بشأن العلاج والرعاية الأكثر فعالية من حيث التكلفة للأشخاص الذين يعانون من أمراض وحالات محددة، وتوصيات للسكان والأفراد بشأن التدخلات التي يمكن أن تساعد في الوقاية من الأمراض أو تحسين الصحة.
- التوجيه (المهني): تشمل الجهات التنظيمية المهنية المجلس الطبي العام (GMC)، ومجلس القبالة التمريضية (NMC)، ومجلس مهن الصحة والرعاية (HSPC)، والمجلس الصيدلاني العام (GPhc)، ومجلس الرعاية الاجتماعية في أيرلندا الشمالية (NISCC). ينتج المنظمون المحترفون «مبادئ توجيهية»/«إرشادات» تنظيمية حول كيفية تحقيق المعايير المهنية.
- التقييم الشامل: تقييم شامل يعالج الاحتياجات الاجتماعية والنفسية والعاطفية والجسدية والروحية للشخص.
- الرعاية الشاملة: توفير الرعاية للشخص على أساس فهم احتياجاته الاجتماعية والنفسية والعاطفية



- بدون وصية: الشخص الذي يموت دون ترك وصية يسمى شخص بلا وصية.
- التوكيل الدائم (LPA): هو وثيقة قانونية، تسمح للشخص بتعيين الآخرين لاتخاذ قرارات بشأن سلوكه48.
- قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016: التشريع الذي عندما يبدأ بالكامل، سوف يدمج بين الأهلية العقلية وقانون الصحة العقلية.
- المعهد الوطني للتميز في الرعاية الصحية (NICE): منظمة تقدم تقييمًا قويًا ومستقلًا لأفضل الأدلة المتاحة لتقديم توصيات لنظام الرعاية الصحية والاجتماعية.
- التبرع بالأعضاء: التبرع بالأعضاء هو عندما يختار شخص ما إعطاء عضو أو نسيج لإنقاذ أو تحسين حياة شخص آخر.
- الرعاية التلطيفية: الرعاية النشطة والشاملة للأشخاص المصابين بمرض متقدم. إن معالجة الألم والأعراض الأخرى وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي والروحي أمر بالغ الأهمية. الهدف من الرعاية التلطيفية هو تحقيق أفضل نوعية حياة للناس وتلك المهمة بالنسبة للشخص. العديد من جوانب الرعاية التلطيفية قابلة للتطبيق أيضًا في وقت مبكر من أثناء المرض بالاقتران مع العلاجات الأخرى.
- الحالة التقدمية: مرض أو حالة صحية تزداد سوءًا بمرور الوقت، مما يؤدي إلى انخفاض عام في الصحة أو الوظيفة.
- التوكيل: هو وثيقة قانونية يمكن للشخص استخدامها لمنح شخص آخر سلطة اتخاذ الإجراءات أو اتخاذ القرارات نيابة عنه.
- ReSPECT (الخطة الموجزة الموصى بها للرعاية والعلاج في حالات الطوارئ): هو عنصر من المكون السريري لتخطيط الرعاية المسبقة يمكن من توثيق التوصيات الشخصية للرعاية والعلاج.
- مرض خطير: حالة صحية تنطوي على مخاطر عالية للوفاة وقد تؤثر على وظيفة الشخص اليومية أو نوعية حياته.
- الروحانية: تدور الروحانية حول ما يعطي معنى وهدفًا للحياة ويستند إلى المعتقدات والقيم الأساسية للشخص.
- أولئك المهتمين بالنسبة للشخص: قد يكون هذا من العائلة أو مقدمي الرعاية أو شخصًا يعرف الشخص ويهتم به. قد يكونون مرتبطين من خلال علاقتهم الشخصية أو القانونية أو الثقافية أو العاطفية.

#### الاختصارات

- ADRT - قرار مسبق برفض العلاج
- الإنعاش القلبي الرئوي
- DNACPR - لا تحاول الإنعاش القلبي الرئوي
- توكيل رسمي عام دائم
- LPA - توكيل دائم شامل
- MCA - قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) 2016
- NI - أيرلندا الشمالية
- NICE - المعهد الوطني للتميز في الرعاية الصحية
- ReSPECT - خطة موجزة الموصى بها للرعاية والعلاج في حالات الطوارئ

يوضح قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) لعام 2016 الدور الذي يضطلع به التوكيل الرسمي الدائم الشامل في أيرلندا الشمالية. دخل قانون الأهلية العقلية (أيرلندا الشمالية) لعام 2016 حيز التنفيذ هنا في مراحل التنفيذ. لم يتم تضمين التوكيل الرسمي الدائم الشامل في المرحلة الأولى. ولا تزال عملية التنفيذ جارية، ولكن لا يوجد حاليًا جدول زمني يحدد موعد بدء هذه المرحلة والتي ستظهر فيها أهمية الاستفادة من التوكيلات الرسمية الدائمة الشاملة.

المبادئ: القدرات

1- (1) يجب الامتنال للمبادئ الواردة في البنود الفرعية (2) إلى (5) حيثما يقرر لأي غرض من أغراض هذا القانون ما إذا كان الشخص الذي يبلغ من العمر 16 سنة أو أكثر يفتقر إلى الأهلية فيما يتعلق بمسألة ما.

(2) ولا يجوز معاملة الشخص على أنه يفتقر إلى تلك الأهلية ما لم يثبت أن الشخص يفتقر إلى الأهلية فيما يتعلق بالمسألة بالمعنى الوارد في المادة 3.

(3) سواء كان الشخص قادراً أو غير قادر على اتخاذ قرار بنفسه بشأن هذه المسألة -

(a) لا يتحدد إلا بالإشارة إلى ما إذا كان الشخص قادراً أو غير قادر على القيام بالأشياء المذكورة في الفرع 4 (1) (أ) إلى (د).

(b) وبناء على ذلك، لا ينبغي تحديدها فقط على أساس أي شرط يحمله الشخص، أو أي سمة أخرى من سمات الشخص، مما قد يدفع الآخرين إلى وضع افتراضات غير مبررة بشأن قدرته على اتخاذ قرار.

(4) ولا يجوز معاملة الشخص على أنه غير قادر على اتخاذ قرار بنفسه بشأن المسألة ما لم يتم تقديم كل مساعدة ودعم عمليين لتمكين الشخص من اتخاذ قرار بشأن المسألة دون جدوى (انظر الفرع 5).

(5) لا ينبغي معاملة الشخص على أنه غير قادر على اتخاذ قرار لنفسه بشأن الأمر لمجرد أن الشخص يتخذ قراراً غير حكيم.

(6) ليس في البنود الفرعية (1) إلى (5) ما يلغي أي التزام قد يقع على عاتق شخص في حالة معينة باتخاذ خطوات لتحديد ما إذا كان شخص آخر لديه أهلية فيما يتعلق بمسألة ما " .

المبدأ: المصالح العليا (أفضل القرارات)

٢ - ١ (ينطبق المبدأ الوارد في المادة الفرعية) ٢ (حيثما كان هذا القانون -

(a) ويرتكب الفعل لصالح شخص يبلغ من العمر 16 عاماً أو أكثر أو بالنيابة عنه ويفتقر إلى الأهلية فيما يتعلق بما إذا كان ينبغي القيام به ؛ أو

(b) ويتخذ القرار لصالح شخص يبلغ من العمر 16 عاماً أو أكثر أو بالنيابة عنه ويفتقر إلى القدرة على اتخاذ القرار.

يجب أن يتم الفعل، أو يجب اتخاذ القرار، لمصلحة الشخص العليا (انظر القسم 7). "

- Abba, K., Lloyd-Williams, M. & Horton, S. (2019). Discussing end of life wishes – the impact of community interventions? *BMC Palliative Care*. 18 pp18-26 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0407-8>
- Abel, J., Kellehear, A., Millington Sanders, C., Taubert, M., & Kingston, H. (2020). Advance Care Planning re-imagined: a needed shift from COVID times and beyond. *Palliative Care and Social Practice*. 14
- Acts of the Northern Ireland Assembly, Mental Capacity Act (Northern Ireland) 2016 available at: <https://www.legislation.gov.uk/nia/2016/18/contents> [accessed December 2020]
- All Ireland Institute of Hospice and Palliative Care: Palliative Care Research Study NI (July 2020) Version 1.2. <https://thepalliativehub.com/wp-content/uploads/2020/10/Palliative-Care-Study-NI-July-2020-V1.2.pdf> [accessed December 2020]
- Cornally, N. (2020). An evidence-based blog article, University College Cork, PCRN member: Advance Care Planning as a Medium for Providing Care Aligned to Peoples Wishes [accessed November 2021]
- Arkless, C., Goodwin, J. & Muir, S. (2016). Advance Care Planning Training Manual: Understanding Advance Care Planning: [http://email.myexperience.health.nz/assets/ACP/PR/ACP\\_Training\\_Manual\\_V1.2.pdf](http://email.myexperience.health.nz/assets/ACP/PR/ACP_Training_Manual_V1.2.pdf) [accessed December 2020]
- Beck, E-R., McIlpatrick, S., Hasson, F., Leavey, G. (2017). Health care professionals' perspectives of advance care planning for people with dementia living in long-term care settings: A narrative review of the literature. *Dementia*. DOI: 10.1177/1471301215604997 .512-486:(4)16;2017
- Beck, ER., McIlpatrick, S., Hasson, F., Leavey, G. (2017). Nursing home managers' knowledge, attitudes and beliefs about advance care planning for people with dementia in long-term care settings: a cross-sectional survey. *J Clin Nurs*. 2017 Sep;26(17- 18):2633-2645. DOI: 10.1111/jocn.13690
- Biondo, P.D., King, S., Minhas, B. et al. (2019). How to increase public participation in advance care planning: findings from a World Café to elicit community group perspectives. *BMC Public Health*. 19 679 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7034-4>
- Booth, R. 'Do not resuscitate' orders caused potentially avoidable deaths, regulator finds. *The Guardian*. 3 December 2020. <https://www.theguardian.com/society/2020/dec/03/do-not-resuscitate-orders-caused-potentially-avoidable-deaths-regulator-finds> [accessed December 2020]
- Brazil, K., Carter, G., Cardwell, C. et al. (2017). Effectiveness of advance care planning with family carers in dementia nursing homes: A paired cluster randomized controlled trial. *Palliative Medicine*. 2018;32(3):603-612. doi:10.1177/0269216317722413
- Brazil, K., Carter, G., Galway, K. et al. (2015). General practitioners' perceptions on advance care planning for patients living with dementia. *BMC Palliative Care* 14, 14 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0019-x>
- British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing. (2016). Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation. Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation. 3rd Edition
- Byrne, O. & Baker, S. Ireach & All Ireland Institute of Hospice and Palliative Care (2020). Palliative Care Research Study All Island (ROI & NI Combined)
- .Byrne, O. & Baker, S. Ireach & All Ireland Institute of Hospice and Palliative Care (2020). Palliative Care Research Study NI
- Canacott, L. & Moghaddam, N. (2019). Is the Wellness Recovery Action Plan (WRAP) efficacious for improving personal and clinical recovery outcomes? A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Rehabilitation Journal* pp372-381 DOI: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fprj0000368> (4)42

/Framework. Available at: <https://www.advancecareplanning.ca/resource/advance-care-planning-framework>

Carr, K., Hasson, F., McIlpatrick, S., Downing J. Factors associated with health professionals decision to initiate paediatric advance care planning: A systematic integrative review. *Palliative Medicine*. (2021). Mar;35(3):503-528. DOI: 10.1177/0269216320983197

.Compassion in Dying (2018). Starting the conversation: Planning ahead for your treatment and care

Cottrell, L., Economos, G., Evans, C., Silber, E., Burman, R., Nicholas, R., et al. (2020). A realist review of advance care planning for people with multiple sclerosis and their families. *PLoS ONE* 15(10): e0240815. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240815>

Decision making and mental capacity. National Institute for Health and Care Excellence. 11 August 2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs194/chapter/Quality-statement-4-Best-interests-decision-making> [accessed .[December 2020

Demirkapu, H., Van den Block, L., De Maesschalck, S., De Vleminck, A., Colak, Z. & Devroey, D. (2021). Advance Care Planning Among Older Adults of Turkish Origin in Belgium: Exploratory Interview Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 62(2) pp252 – 259 doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.12.017>

Department of Health (2020). Advance Care Planning Policy for Northern Ireland (for adults): Thematic Review of DNACPR .Issues. Department of Health (2016). A Strategy for Children’s Palliative and End-of-Life Care 2016-26

Department of Health & Department of Justice. (2015). Adult Safeguarding Prevention and Protection in

Partnership Department of Health COVID-19 HSC Clinical Ethics Forum (2020). COVID-19 Guidance: Ethical Advice .and Support Framework

Department of Health (2019). Mental Capacity Act (NI) 2016: Deprivation of Liberty Safeguard Code of Practice. Available at: <https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/health/mca-dols-cop-november-2019.pdf> [accessed December 2020]

Department of Health (2019). Review of the law relating to Advance Decisions to Refuse Treatment: Mental .Capacity Act (NI) 2016 section 284

Detering, K. M., Buck, K., Ruseckaite, R., et al. (2019). Prevalence and correlates of advance care directives among older Australians accessing health and residential aged care services: multicentre audit study *BMJ Open*. 9 pp1-9 DOI: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/1/e025255.abstract>

Dixon, J. and Knapp, M. (2019). Delivering advance care planning support at scale: a qualitative interview study in .twelve international healthcare organisations. *Journal of Long-term Care*., pp127-142

Dunphy, E., Conlon, S. C., O’Brien, S. A., Loughrey, E., & O’Shea, B. J. (2016). End-of-life planning with frail patients attending general practice: an exploratory prospective cross-sectional study. *British Journal of General Practice*. pp661-666. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp16X686557> :(650)66

Enduring Power of Attorney – an explanatory note. Northern Ireland Courts and Tribunals Service (July 2018). .epa-notes-for-guidance-Aug-2018-updated-Nov-2019.pdf ( justice-ni.gov.uk) [accessed December 2020]

Ernecoff, N.C., Keane, C.R. & Albert, S. M. (2016). Health behavior change in advance care planning: an agent-based model. *BMC Public Health*. 16 193 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2872-9>

Genentech. (2020). A guide to advance care planning for care managers. Available at: A guide to advance care planning for care managers ([genentech-forum.com](http://genentech-forum.com))

.General Medical Council. (2010). Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making

Gilissen, J., Hunt, L., Van den Block, L., Van Der Steen, J., Tahir, P. and Ritchie, C. (2021). Earlier initiation of palliative care in the disease trajectory of people living with dementia: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 11)6(

Systematic Review of Advance Care Planning in Palliative Care: A Scoping Review Protocol. *BMJ Open*. 11)6(

talking about death and dying in the community. <https://doi.org/10.31234/osf.io/pm7ny>

Gregson, P., Nolte, L., Todd, J., Detering, KM. (2020). Advance care planning education capability framework: implementation guide. Advance Care Planning Australia, Austin Health, Melbourne

Gregson, P., Nolte, L., Todd, J., Detering, KM. (2020). Education Capability Framework: 2020 Implementation Guide. Advance Care Planning Australia. Austin Health, Melbourne.  
<https://www.advancecareplanning.org.au/docs/default-source/acpa-resource-library/acpa-learning/education-framework/acpa-education-capability-framework-guide.pdf> [accessed December 2020]

Hanna, J. R., McCaughan, E., Beck, E. R., & Semple, C. J. (2021). Providing care to parents dying from cancer with dependent children: health and social care professionals' experience. *Psycho-Oncology*, 30(3), 331-339

Harding, A., Preston, N., Doherty, J. et al. (2021). Developing and evaluating online COVID-centric advance care planning training and information resources for nursing staff and family members in nursing homes: the necessary discussions study protocol. *BMC Geriatr* 21, 456. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02398-1>

Health and Social Care, Regional Physical and Sensory Disability. (2015). Making Communication Accessible for All A Guide for Health & Social Care (HSC) Staff. Available at: <http://www.hsboard.hscni.net/download/PUBLICATIONS/PHYSICAL%20AND%20SENSORY%20DISABILITY/Making-Communication-Accessible-for-All-Guide.pdf>

Health Quality & Safety Commission New Zealand Advance Care Planning Competencies. [https://www.hqsc.govt.nz/assets/ACP/PR/ACP\\_self\\_assessment\\_competency\\_framework.pdf](https://www.hqsc.govt.nz/assets/ACP/PR/ACP_self_assessment_competency_framework.pdf) [accessed .December 2020]

Health Quality & Safety Commission New Zealand (2019). The Five Year Advance Care Planning Strategy <https://www.hqsc.govt.nz/resources/resource-library/advance-care-planning-five-year-strategy/> [accessed .December 2020]

Health Quality & Safety Commission New Zealand. (2020). Serious illness conversations: Reference guide for health care professionals <https://www.hqsc.govt.nz/resources/resource-library/serious-illness-conversations-reference-guide-for-health-care-professionals/> [accessed December 2020]

Healthwatch Norfolk (2016). 'Thinking ahead' Advance Care Planning.

Healthwatch Staffordshire (2017). Think Different, Think end of Life

.Care

Heslop, P., Blair, P., Fleming, P., Hoghton, M., Marriott, A. and Russ, L. (2013). Confidential Inquiry into premature deaths of people with learning disabilities (CIPOLD). Bristol: Norah Fry Research Centre

Hill, LM., McIlpatrick, S., Taylor, B., Dixon, L., Fitzsimons, D. (2019). Implantable cardioverter defibrillator (ICD) functionality: patient and family information for advanced decision-making. *BMJ Support Palliative Care*. 2019 Nov 26; [bmjspcare-2019-001835](https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001835). DOI: 10.1136/bmjspcare-2019-001835

Stevens, J., Pye, P., Eecloo, K., Deliens, L., Pardon, K. & Vleminck, A.D. (2021). Facilitating advance care planning in the general practice setting for patients with a chronic, life-limiting illness: protocol for a phase-III cluster-randomized controlled trial and process evaluation of the ACP-GP intervention. *BMC Palliative Care*. 20(19)

Kelly, B. D. (2014). An end to psychiatric detention? Implications of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *The British Journal of Psychiatry*. 204 (3) pp174–175 DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.135475>

Kelly, B. D. (2015). Best Interests, mental Capacity legislation and the UN convention on the Rights of Persons with Disabilities. *BJPsych Advances*. 21 pp188-195 DOI: <https://doi.org/10.1192/apt.bp.114.012922>

Kishino, M., Ellis-Smith, C., Afolabi, O. and Koffman, J. (2022). Family involvement in advance care planning for people living with advanced cancer: A systematic mixed-methods review. *Palliative Medicine*, 36(3), pp462-477. <https://doi.org/10.1177/02692163211068282>

Koffman, J., Penfold, C., Cottrell, L., Farsides, B., Evans, C.J., Burman, R. et al. (2022). "I wanna live and not think about the future" what place for advance care planning for people living with severe multiple sclerosis and their

Leonard, R., Noonan, K., Horfall, D., Psychogios, H., Kelly, M., Rosenberg, J., Rumbold, B., Grindrod A., Read, N. & Rahn, A. (2020). Death Literacy Index: A Report on its Development and Implementation. Sydney: Western Sydney University. DOI: <https://doi.org/10.26183/5eb8d3adb20b0>

Litzelman, D. K., Cottingham A. H., Griffin, W. Inui, T. S. & Ivy, S. S. (2016). Enhancing the prospects for palliative care at the end of life: A statewide educational demonstration project to improve advance care planning. *Palliative Supportive Care*. 14(6) pp641 – 651 DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951516000353> &

Macmillan Cancer Support & The Public Health Agency Northern Ireland (2016). *Your Life, Your Choices: Plan Ahead*. Northern Ireland



Mallon, A., Hasson, F., Casson, K. et al. (2021). Young adults understanding and readiness to engage with palliative care: extending the reach of palliative care through a public health approach: a qualitative study. *BMC Palliative Care*. 20(1), pp.1-13. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00808-0>

Marie Curie (2021). Terminal Illness and bereavement during the Covid-19 pandemic in Northern Ireland: Perspectives of those left behind and lessons for the future

Marie Curie Northern Ireland Policy, School of Psychology Queen's University Belfast & Marie Curie Palliative Care Research Centre and Division of Population Medicine, Cardiff University (2022). Creating a Death Literate Society: The importance of boosting understanding and awareness of death, dying and bereavement in Northern Ireland

Marshall, H. & Sprung, S. (2017). The Mental Capacity Act: 'Best interests'—a review of the literature. *British Journal of Community Nursing*, 22(8), pp384-390 DOI: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2017.22.8.384>

Ministry of Health. (2011). Advance Care Planning: A guide for the New Zealand health care workforce. Wellington: Ministry of Health <https://www.health.govt.nz/publication/advance-care-planning-guide-new-zealand-health-care-workforce> [accessed December 2020]

McCaughan, E., Semple, C. J., & Hanna, J. R. (2021). 'Don't forget the children': a qualitative study when a parent is at end of life from cancer. *Supportive Care in Cancer*, 29(12), 7695-7702

McIlfatrick, S., Slater, P., Bamidele, O., Muldrew, D., Beck, E., & Hasson F. (2021). 'It's almost superstition: If I don't think about it, it won't happen'. Public knowledge and attitudes towards advance care planning: A sequential mixed methods study. *Palliative Medicine*. 2021;35(7):1356-1365. DOI: 02692163211015838/10.1177

McIlfatrick, S., Slater, P., Beck, E., Bamidele, O., McCloskey, S., Carr, K., Muldrew, D., Hanna-Trainor, L. & Hasson, F. Examining public knowledge, attitudes and perceptions towards palliative care: a mixed method sequential study. *BMC Palliative Care*. 20 (44) DOI:<https://doi.org/10.1186/s12904-021-00730-5>

McIlfatrick, S., Slater, P., Beck, E., Muldrew, D., Hanna-Trainor, L. & Hasson, F. (2021). Where Are We Now? - Examining public knowledge and attitudes towards palliative care and advance care planning in Northern Ireland. Ulster University [https://www.ulster.ac.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0012/819678/Where-are-we-now-Examining-public-knowledge-and-attitudes-towards-palliative-care-and-advance-care-planning-in-NI.pdf](https://www.ulster.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0012/819678/Where-are-we-now-Examining-public-knowledge-and-attitudes-towards-palliative-care-and-advance-care-planning-in-NI.pdf)

McKenna, D., O'Shea, J. and Tanner, L. (2020). The Heart of Living and Dying: Upstreaming Advance Care Planning into Community Conversations in the Public Domain in Northern Ireland. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 16(4), pp.346-363

Meehan, E., Foley, T., Kelly, M.C., Kelleher, A.B., Sweeney, C., Hally, R.M., Detering, K. and Cornally, N. (2019). Advance care planning for individuals with chronic obstructive pulmonary disease: a scoping review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management*

Meehan, E., Sweeney, C., Foley, T., Lehane, E., Kelleher, A.B., Hally, R.M., Shanagher, D., Korn, B., Rabbitte, M., Detering, K.M. and Cornally, N. (2019). Advance care planning in COPD: guidance development for healthcare professionals. *BMJ supportive & palliative care*

Molyneaux, E., Turner, A., Candy, B., Landau, S., Johnson, S & Lloyd-Evans B. (2019). Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: systematic review and meta-analyse. *BJPsych Open*. 5 pp1-9 DOI: <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.28>

National Ethics Advisory Committee. (2014). Ethical Challenges in Advance Care Planning. Wellington: Ministry of Health New Zealand. <https://neac.health.govt.nz/assets/Uploads/NEAC/publications/ethical-challenges-in-advance-care-planning.pdf> [accessed December 2020]

.managers of care homes and home care services

.National Institute for Health and Care Excellence. (2007). Behaviour Change: general approaches

National Institute for Health and Care Excellence. (2016). Community engagement: improving health and  
.wellbeing and reducing health inequalities

- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Decision-making and mental capacity
- NHS Benchmarking Network. (2020). National Audit of Care at the End of Life: Second round of audit report. Northern Ireland
- NHS Blood and Transplant. (2022). Organ Donation. Available at: <https://www.organdonation.nhs.uk/register-your-decision/> (Accessed February 2021)
- Nicholas, R., Nicholas, E., Hannides, M. et al. (2021). Influence of individual, illness and environmental factors on place of death among people with neurodegenerative diseases: a retrospective, observational, comparative cohort study. *BMJ Supportive & Palliative Care* Published Online First: 06 September 2021
- NI Direct Government Services (2021). Choosing a residential care or nursing home. <https://www.nidirect.gov.uk/articles/choosing-residential-care-or-nursing-home> [accessed January 2021]
- NI Direct Government Services (2021). Getting information and help with pensions. <https://www.nidirect.gov.uk/articles/getting-information-and-help-pensions> [accessed January 2021]
- NI Direct Government Services (2021). Introduction to residential care and nursing homes. <https://www.nidirect.gov.uk/articles/introduction-residential-care-and-nursing-homes> [accessed January 2021]
- NI Direct Government Services (2021). Making a will. <https://www.nidirect.gov.uk/articles/making-will> [accessed January 2021]
- NI Direct Government Services (2021). Managing your affairs and enduring power of attorney. <https://www.nidirect.gov.uk/articles/managing-your-affairs-and-enduring-power-attorney> [accessed January 2021]
- NI Direct Government Services (2021). Planning for retirement. <https://www.nidirect.gov.uk/articles/planning-retirement> [accessed January 2021]
- Northern Ireland Life & Times Survey. (2021). Economic and Social Research Council. <https://www.ark.ac.uk/nilt/> [accessed March 2021]
- O'Connell, J., Gardner, G. & Coyer, F. (2014). Beyond competencies: using a capability framework in developing practice standards for advanced practice nursing. *Journal of Advanced Nursing* 70(12), 2728– 2735. doi: [jan.12475/10.1111](https://doi.org/10.1111/jan.12475)
- O'Halloran, P., Noble, H., Norwood, K., Maxwell, P., Murtagh, F., Shields, J., Mullan, R., Matthews, M., Cardwell, C., Clarke, M., Morton, R., Shah, K., Forbes, T., Brazil, K. (2020). Nurse-led advance care planning with older people who have end-stage kidney disease: feasibility of a deferred entry randomised controlled trial incorporating an economic evaluation and mixed methods process evaluation (ACReDiT). *BMC Nephrol.* 2020 Nov 13;21(1):478. DOI: [10.1186/s12882-020-02129-5](https://doi.org/10.1186/s12882-020-02129-5)
- O'Halloran, P., Noble, H., Norwood, K., Maxwell, P., Shields, J., Fogarty, D., Murtagh, F., Morton, R., Brazil, K. Advance Care Planning With Patients Who Have End-Stage Kidney Disease: A Systematic Realist Review. (2018) *J Pain Symptom Manage.* 2018 Nov;56(5):795-807.e18. DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2018.07.008](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.07.008)
- Oliver, D. (2021). Improving DNACPR discussions, decisions, and documentation. *BMJ.* 372:n722 DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n772>
- Organ Donation Northern Ireland. (2022). Register your decision now. Available at: <https://www.organdonationni.info/?msclkid=bd744546d13611ecb43adf5535cbc9ca> (Accessed February 2022)
- O'Riordan, J., Noble, H., Kane, P.M. et al. (2019). Advance care plan barriers in older patients with end-stage renal

Owen, G. S., Gergel, T., Stephenson, L. A., Hussain, O., Rifkin, L., & RuckKeene, A. (2019). Advance decision-making in mental health – Suggestions for legal reform in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*. 64 pp162-177

Patient and Client Council (2020). Exploring the experiences and perspectives of clinically extremely vulnerable people during COVID-19 shielding. Final Report

.Patient and Client Council (2021). Towards an action plan for health literacy in Northern Ireland

- Piers, R., Braeckel, E. V., Benoit, D & Van Den Norrtgate, N. (2021). Early resuscitation orders in hospitalized oldest-old with COVID-19: A multicentre cohort study. *Palliative Medicine*. 35(7) pp1288-1294 DOI: <https://doi.org/10.1177/02692163211018342>
- Prince-Paul, M., DiFranco, E. (2017). Upstreaming and Normalizing Advance Care Planning Conversations—A Public Health Approach. *Behavioral Sciences*. 7(2):18. <https://doi.org/10.3390/bs7020018>
- Rao, J. K. (2015). Engaging Public Health in End-of-Life Issues: It Is Time to Step Up to the Plate. *Ann Intern Med* 2015 162 -pp230  
.[Epub ahead of print 7 March 2020]. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M14-2479> [accessed December 2020] .231
- Rawlings, D., Miller-Lewis, L., Collien, D., Tieman, J., Parker, D., Sanderson, C. (2017). Lessons Learned from the Dying2Learn MOOC: Pedagogy, Platforms and Partnerships. *Education Sciences*. 7(3) 67 DOI: <https://doi.org/10.3390/educsci7030067>
- Ryan, T., McKeown, J. (2020). Couples affected by dementia and their experiences of advance care planning: a grounded theory study. *Ageing & Society*. 40 pp439-460
- Semple, C. J., McCaughan, E., Beck, E. R., & Hanna, J. R. (2021). ‘Living in parallel worlds’—bereaved parents’ experience of family life when a parent with dependent children is at end of life from cancer: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 35(5), 933-942
- Somal, K., & Foley, T. (2021). A Literature Review of Possible Barriers and Knowledge Gaps of General Practitioners in Implementing Advance Care Planning in Ireland: Experience from Other Countries. *International Journal of Medical Students*. 9(2) pp145-156 DOI: <https://doi.org/10.5195/ijms.2021.567>
- Stein, G. L., Cagle, J. G. & Christ, G. H. (2017). Social Work Involvement in Advance Care Planning: Findings from a Large Survey of Social Workers in Hospice and Palliative Care Settings. *Journal of Palliative Medicine*. 20(3) pp253-259 DOI: <https://doi.org/10.1089/jjpm.2016.0352>
- Szmukler, G. (2019). “Capacity”, “best interests”, “will and preferences” and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *World Psychiatry*. 18 pp34-41 DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20584>
- Tieman, J., Miller-Lewis, L., Rawlings, D. et al. (2018). The contribution of a MOOC to community discussions around death and dying. *BMC Palliative Care*. 17(31) DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0287-3>  
United Nations Convention on the Rights of People with Disabilities (2008) available at: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>  
.[accessed December 2020]
- United Nations General Assembly, Universal Declaration of Human Rights, 10 December 1948, 217 A (III), available at: <https://www.refworld.org/docid/3ae6b3712c.html> [accessed December 2020]
- Universal Principles for Advance Care Planning (ACP). (2022). Available at: <https://www.england.nhs.uk/publication/universal-principles-for-advance-care-planning>
- Webb, P., Davidson, G., Davidson et al. (2020). Key components of supporting and assessing decision making ability. *International Journal of Law and Psychiatry*. 72 pp1-9 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101613>
- Webb, P., Davidson, G., Edge, R. et al. (2020). Service users’ experiences and views of support for decision making. *Health Soc Care Community*. 28 pp1282– 1291 DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12961>
- Wendrich-van Dael, A., Gilissen, J., Van Humbeeck, L., Deliëns, L., Vander Stichele, R., Gastmans, C., Pivodic, L. and Van Den Block, L. (2021). Advance care planning in nursing homes: new conversation and documentation tools. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 1 pp312-317

## Online Videos

July 2016, “Advance Care Planning in Dementia”, webinar by Dr Karen Harrison Denning, Dementia UK:  
<https://youtu.be/7TAKLBaABIY>

April 2020 – Project ECHO AIIHPC: Intellectual Disability Services, “Advance Care Planning & Anticipatory Prescribing during a Crisis”, webinar: [https://youtu.be/YbPt\\_D5sLxE](https://youtu.be/YbPt_D5sLxE) [speakers include: Professor Mary McCarron, Dr. Regina McQuillan, Dr. Jean Lane, Dr. John O Brien, Professor Sean Kennelly, Dr. Cathy Payne

June 2020, “Advance Care Planning – Issues Raised by the Covid19 Pandemic”, webinar by John Lombard, University of Limerick, PCRN member <https://youtu.be/TyadgPsPITI>

Sept 2020, “Advance care planning. An awareness raising session for district nursing”, webinar by Niall Gallagher, Specialist Social Work: <https://youtu.be/DbfsdftNmrg>

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---







:Produced by

Department of Health, Castle Buildings Belfast, BT4 3SQ

Published: October 2022

This document will be reviewed by the Department of Health as policy and legislation develops and/or in the light of evolving changes in practice. The most up-to-date version of this policy document will be available on <https://www.health-ni.gov.uk/what-advance-care-planning>



Department of  
**Health**

An Roinn Sláinte  
Máinnystrie O Poustie