Department of Health
An Roinn Sláinte
Männystrie O Poustie
www.health-ni.gov.uk

# سياسة التخطيط المسبق لرعاية البالغين في إيرلندا الشمالية

مشروع تقييم تأثير المساواة للطرح في التشاور العام

لشهر نوفمبر/تشرين الثاني 2021

## جدول المحتويات


**ملخص تنفيذي ..... 4**

**مقدمة ..... 4**

**ملخص محتويات السياسة ..... 5**

**النظر في البيانات المتاحة ..... 8**

المشاركة مع أصحاب المصلحة ..... 8

***المخطط الانسيابي لعملية إشراك أصحاب المصلحة ..... 10***

***المشاركة في المرحلة الأولى (ديسمبر/كانون الأول 2020 - فبراير/شباط 2021) ..... 10***

***مراجعات مسودة السياسة بعد مشاركات المرحلة الأولى ..... 11***

***الجدول 1: نتائج المرحلة الأولى من المشاركة المبكرة لأصحاب المصلحة ..... 12***

***مشاركات المرحلة الثانية (يونيو/حزيران – يوليو/تموز 2021) ..... 12***

***جدول 2 ..... 13***

***نتائج المرحلة الثانية من المشاركة المبكرة لأصحاب المصلحة ..... 13***

***المشاركة الشخصية والعامة ..... 13***

***رؤى وصفية من المشاركات ..... 14***

***الإجراءات المتخذة لدعم تيسير الوصول ..... 14***

البحث ..... 15

بيانات أخرى ..... 15

**تقييم تأثير ..... 16**

المعتقد الديني ..... 16

***الأدلة المتوفرة ..... 16***

***تقييم تأثير ..... 16***

***تعزيز تكافؤ الفرص ..... 16***

الرأي السياسي ..... 17

***الأدلة المتوفرة ..... 17***

***تقييم تأثير ..... 17***

***تعزيز تكافؤ الفرص ..... 17***

المجموعة العرقية ..... 18

***الأدلة المتوفرة ..... 18***

***تقييم تأثير ..... 19***

***تعزيز تكافؤ الفرص ..... 19***

العمر ..... 19

***الأدلة المتوفرة ..... 19***

***تقييم تأثير ..... 20***

***تدابير التخفيف/السياسات البديلة ..... 21***

***تعزيز تكافؤ الفرص ..... 21***

الحالة الاجتماعية ..... 21

***الأدلة المتوفرة ..... 21***

***تقييم تأثير ..... 21***

*تعزيز تكافؤ الفرص* ..... *22*
التوجه الجنسي ..... 22
*الأدلة المتوفرة* ..... *22*
*تقييم تأثير* ..... *22*
*تعزيز تكافؤ الفرص* ..... *23*
الجنس ..... 23
*الأدلة المتوفرة* ..... *23*
*تقييم تأثير* ..... *23*
*تعزيز تكافؤ الفرص* ..... *23*
الإعاقة ..... 24
*الأدلة المتوفرة* ..... *24*
*تقييم تأثير* ..... *25*
*تعزيز تكافؤ الفرص* ..... *25*
المعالون ..... 25
*الأدلة متوفرة* ..... *25*
*تقييم تأثير* ..... *26*
*تعزيز تكافؤ الفرص* ..... *26*
تعدد الهويات ..... 26
*الأدلة المتوفرة* ..... *26*
*تقييم تأثير* ..... *26*
*تعزيز تكافؤ الفرص* ..... *27*

**حقوق الإنسان ..... 28**

**العلاقات الجيدة ..... 28**

**الخلاصة ..... 29**

**ترتيبات المراقبة والمراجعة ..... 30**

*المراقبة المُقترحة* ..... *30*
*تصميم مشترك/إنتاج مشترك* ..... *30*
*التخطيط المسبق للرعاية إطار الإمكانات* ..... *30*

**مقترحات للتشاور الرسمي.....** ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

الملحق الأول ..... **ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.**
أسئلة تقييم تأثير المساواة للتشاور ..... **ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.**
الملحق الثاني كيفية الرد في التشاور العام بشأن مسودة سياسة التخطيط المسبق للرعاية وتقييم تأثير المساواة ... **ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.**

## ملخص تنفيذي

وضعت وزارة الصحة مسودة سياسة التخطيط المسبق للرعاية للبالغين (الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا فأكثر) في إيرلندا الشمالية.

التخطيط المسبق للرعاية هو مصطلح شامل يغطي التخطيط الشخصي، والقانوني، والسريري، والمالي. ويمكّن الشخص من التفكير في الأمور المهمة له والتخطيط لمستقبله. ويُعد عملية اختيارية تساعد الفرد على معرفة رغباته، ومشاعره، ومعتقداته، وقيمه، واتخاذ الخيارات التي تعكس جميع ما سبق. التخطيط المسبق للرعاية هو عملية مستمرة من المحادثات تدور بين شخص ما، والأشخاص المهمين له،[1] ومقدمي الرعاية، أو الدعم، أو العلاج.[2] التخطيط المسبق للرعاية ينبغي أن يصبح جزءًا مهمًا من حياة جميع البالغين.

وُضعت سياسة التخطيط المسبق للرعاية هذه لدعم الأفراد في توفير المزيد من الخيارات والتحكم في القرارات، ويشمل ذلك التخطيط للرعاية والعلاج اللذَين سيتلقاهما في المستقبل. ويُعد هذا الأمر بالغ الأهمية في حالة فقدان الفرد القدرة على اتخاذ القرارات المرتبطة به في أي وقت.
التخطيط المسبق للرعاية يوفر الفرصة للبالغين الراغبين في القيام به من أجل:

- التفكير في الأمور المهمة بالنسبة إليهم؛
- ثم إخبار الأشخاص المهمين لهم بها؛
- مناقشتها مع مقدمي الرعاية، أو الدعم، أو العلاج؛
- كتابتها ومشاركتها مع الآخرين؛
- إعادة النظر في المحادثات والقرارات، وإجراء أي تغييرات، ثم مشاركتها مرة أخرى.

تستند هذه السياسة إلى قيم ومبادئ تحترم حقوق الفرد وكرامته وثقافته وتدعمها، وتشمل جميع البالغين الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكبر. وتقدم نهجًا أخلاقيًا وقائمًا على الحقوق للتخطيط المسبق لرعاية البالغين يتماشى مع التشريعات وأفضل الممارسات والإرشادات والمعايير المهنية.

عادةً ما يرتبط التخطيط المسبق للرعاية برعاية آخر مراحل العمر أو الرعاية التلطيفية أو يتعلق بكبار السن فقط. تهدف هذه السياسة إلى تقديم إطار عمل للتخطيط المسبق للرعاية يمتد ليشمل جميع البالغين الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا وأكثر.

استند الأساس المنطقي لنطاق السياسة لمن يبلغون 18 عامًا او أكثر إلى المبادئ الأخلاقية للتناسب ومراعاة الجوانب القانونية حيث تختلف الأحكام لمن هم دون سن 18 عامًا عن أولئك الذين تزيد أعمارهم عن 18 عامًا.

توجد جوانب قانونية تدعم هذه السياسة لا تنطبق على أولئك الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا. بالإضافة إلى ذلك، من المعلوم أن احتياجات أولئك الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا تختلف اختلافًا كبيرًا وتتطلب نهجًا مصممًا خصيصًا.

تم تناول الأحكام البديلة للأطفال والشباب الذين يحتاجون إلى تلقي الرعاية التلطيفية في إستراتيجية "توفير رعاية تلطيفية عالية الجودة لأطفالنا"[3]

لم يثبت استقصاء تأثير المساواة وجود أي تأثير سلبي متوقع في أي فئة من فئات القسم 75 ولم يثبت أي تأثيرات سلبية كبيرة في حقوق الإنسان.
من المتوقع أن يكون للسياسة وتنفيذها لاحقًا تأثير إيجابي كبير في توفير إطار عمل لدعم نهج مترابط للتخطيط المسبق لرعاية على الصعيد المحلي للبالغين الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا وأكثر.

## مقدمة

يشترط القسم 75 (1) من قانون إيرلندا الشمالية لعام 1998 على السلطات العامة، عند تأدية مهامها المتعلقة بإيرلندا الشمالية، أن تولى الاهتمام اللازم للحاجة إلى تعزيز تكافؤ الفرص بين أفراد وجماعات محددين، وهم:

---

[1] الأشخاص المهمون للفرد: قد يكون أحد أفراد العائلة، أو مقدمي الرعاية، أو أي شخص من معارف الفرد أو شخص مهتم به ولديه عاطفة تجاهه. قد تجمعهم روابط من خلال علاقتهم الشخصية، أو القانونية، أو الثقافية، أو العاطفية.

[2] ويتضمن هذا الأشخاص العاملين في القطاعَين التطوعي والمجتمعي والقطاع المستقل وغيرهم من موظفي الرعاية الصحية والاجتماعية العاملين في الخدمات القانونية.

[3] وزارة الصحة، تقديم رعاية تلطيفية عالية الجودة لأطفالنا: A Strategy for Children's Palliative and End of Life Care 2016 – 26

- بين الأشخاص من مختلف المعتقدات الدينية؛
- بين الأشخاص من مختلف الآراء السياسية؛
- بين الأشخاص من مختلف الجماعات العرقية؛
- بين الأشخاص من مختلف الأعمار؛
- بين الأشخاص من مختلف الحالات الاجتماعية؛
- بين الأشخاص من مختلف التوجهات الجنسية؛
- بين الرجال والنساء بوجه عام؛
- بين الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص الذين ليست لديهم إعاقة؛ و
- بين الأشخاص الذين لديهم مُعالون والأشخاص الذين ليس لديهم معالون.

يشترط التشريع على السلطات العامة إجراء تقييم لتأثير المساواة (EQIA[4]) حيث من المحتمل أن يكون للتشريعات أو السياسة المُقترحة تأثير كبير أو "أساسي" في تكافؤ الفرص.

قد يشمل التأثير "الأساسي" ما يلي:
- عندما تكون السياسة وثيقة الصلة بتعزيز تكافؤ الفرص؛
- عندما تؤثر في أعداد كبيرة من الناس؛
- عندما تؤثر في عدد أقل من الناس، ولكن من المحتمل أن تؤثر فيهم بشكل كبير؛ أو
- عندما تكون سياسة إستراتيجية أو مخصص لها ميزانية كبيرة

نظرًا لأن اختصاص السياسة سيشمل جميع البالغين الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا وأكثر في إيرلندا الشمالية، وعلى أساس أنها تؤثر في عدد كبير من الأشخاص، فقد وضعت الوزارة تقييم تأثير المساواة هذا (EQIA).

يهدف تقييم تأثير المساواة هذا إلى تقييم أي تأثير متباين محتمل (سلبي أو إيجابي) لسياسة التخطيط المسبق لرعاية البالغين من فئات القسم 75 وتقديم مقترحات تخفيف هذه التأثيرات بالتفصيل عند الاقتضاء.

يوفر تقييم تأثير المساواة هذا فرصة تقديم التعليقات؛ من أجل تحديد أي تأثيرات غير متوقعة وجمع المزيد من الأدلة.

يمكنك العثور على أسئلة "تقييم تأثير المساواة" وتفاصيل كيفية الإجابة عنها في الملحقَين الأول والثاني.

## ملخص محتويات السياسة

التخطيط المسبق للرعاية هو مصطلح شامل يغطي التخطيط الشخصي، والقانوني، والسريري، والمالي. ويمكّن الشخص من التفكير في الأمور المهمة له والتخطيط لمستقبله. ويُعد عملية اختيارية تساعد الفرد على معرفة رغباته، ومشاعره، ومعتقداته، وقيمه، واتخاذ الخيارات التي تعكس جميع ما سبق. التخطيط المسبق للرعاية هو عملية مستمرة من المحادثات تدور بين شخص ما، والأشخاص المهمين له، ومقدمي الرعاية، أو الدعم، أو العلاج.
التخطيط المسبق للرعاية يدعم الأفراد في توفير المزيد من الخيارات والتحكم في القرارات، ويشمل ذلك التخطيط للرعاية والعلاج اللذَين سيتلقاهما في المستقبل. ويُعد هذا الأمر بالغ الأهمية في حالة فقدان الفرد القدرة على اتخاذ القرارات ذات الصلة بنفسه في أي وقت.

تتمثل تطلعات هذه السياسة وكيفية تطبيقها في:
- التخطيط المسبق للرعاية أن تصبح المحادثات أمرًا عاديًا؛
- أن يتمتع جميع البالغين في إيرلندا الشمالية بتوفر فرص دائمة للتعبير عن رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم فيما يتعلق بالتخطيط المسبق للرعاية، وأن؛

[4] تقييم تأثير المساواة هو تحليل شامل ومنهجي لسياسة ما لتحديد مدى تفاوت التأثير في المجموعات ذات الصلة وبالتالي ما إذا كان هذا التأثير سلبيًا أم لا.

- ينعكس ما سبق ذكره على الرعاية أو الدعم أو العلاج الذي يتلقونه.

**هدف السياسة**

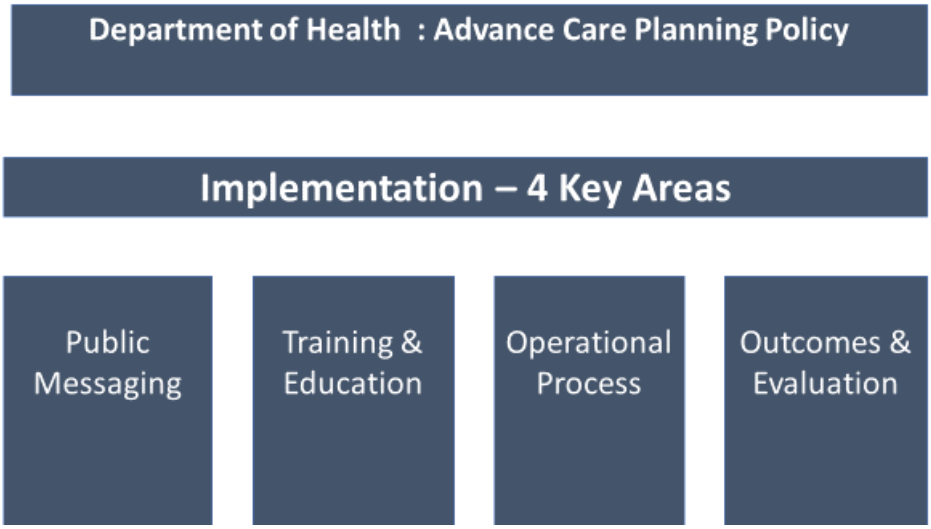
يتمثل الهدف الرئيسي لسياسة التخطيط المسبق للرعاية في تعزيز رسائل وممارسات واضحة ومستمرة لمقدمي الرعاية أو الدعم أو العلاج. ستستهدف السياسة أيضًا زيادة الوعي العام وفهم ماهية التخطيط المسبق للرعاية، وتشجيع البالغين في أي فئة عمرية أو مرحلة من الحياة على التفكير والتخطيط للمستقبل. التخطيط المسبق للرعاية ينبغي أن يصبح جزءًا مهمًا من حياة جميع البالغين.

**تفاصيل السياسة**

نطاق السياسة هو أن تشمل جميع البالغين الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر. يشتمل مصطلح أصحاب المصلحة على عامة الناس، والموظفين، ومستخدمي الخدمات، ومنظمات القطاع العام الأخرى، ومنظمات القطاع التطوعي/المجتمعي، والنقابات العمالية.
ستدعم السياسة برنامج العمل الذي يشمل:

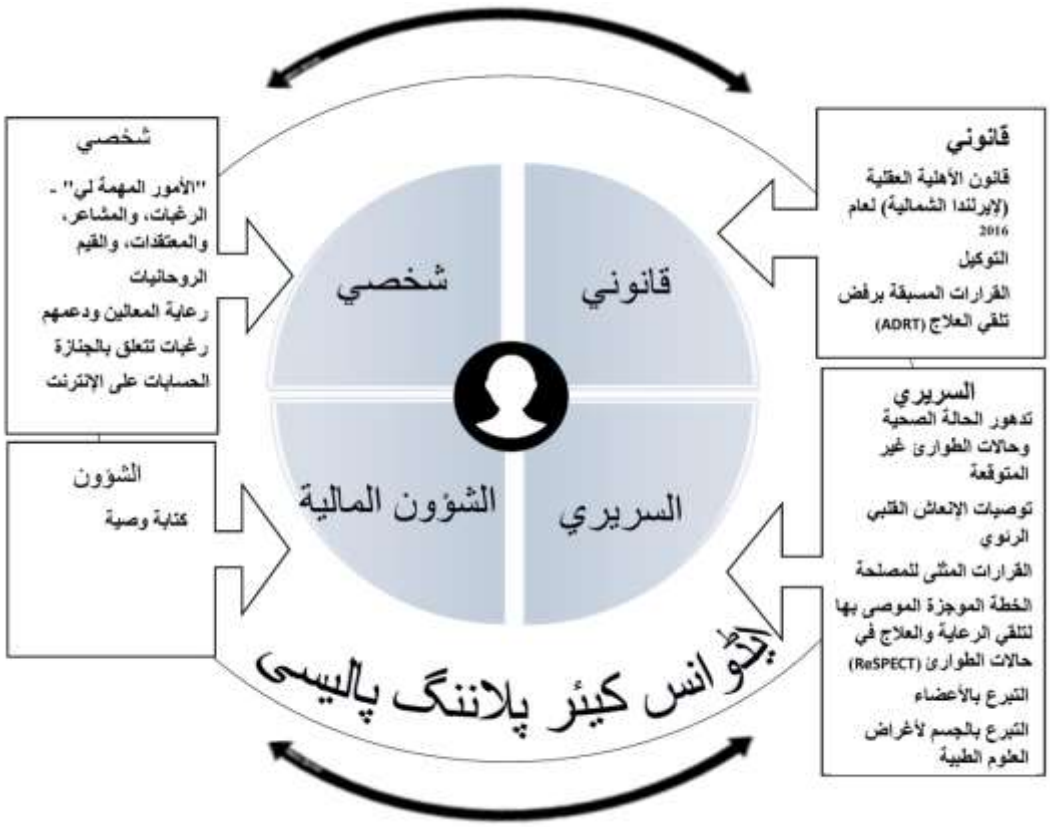
- توجيه الرسائل إلى الجمهور
- التدريب والتعليم،
- العمليات التنفيذية
- النتائج والتقييم

الشكل 1: التخطيط المسبق للرعاية برنامج عمل




في حين أن التركيز الأساسي للسياسة ينصب على جوانب الرعاية الصحية والاجتماعية في التخطيط المسبق للرعاية، استجابةً للتعليقات المُقدمة، فإن نطاق السياسة يشمل أيضًا لمحة عامة موجزة على الجوانب الأوسع للتخطيط المسبق للرعاية، مثل كتابة الوصية، والحسابات على الإنترنت، ورغبات الجنازة.
تستند السياسة إلى نموذج للتخطيط المسبق للرعاية يحدد أربعة مقومات للتخطيط المسبق للرعاية. وهي شخصية، وقانونية، وسريرية، ومالية. يشتمل كل مقوم على عنصر أو أكثر.

الشكل 2 نموذج مقومات التخطيط المسبق للرعاية




تتضمن السياسة أقسامًا عن؛

- تطلعات السياسة
- ما هو التخطيط المسبق للرعاية؟
- التخطيط المسبق للرعاية والأهلية العقلية
- قيم التخطيط المسبق للرعاية ومبادئه
- ما سبب أهمية إجراء محادثات التخطيط المسبق للرعاية؟
- متى وأين ينبغي إجراء التخطيط المسبق للرعاية؟
- إجراء محادثات هادفة بشأن التخطيط المسبق للرعاية
  - "العناصر الستة" للتواصل الجيد في محادثات التخطيط المسبق للرعاية
- مشاركة توصيات وقرارات محادثات التخطيط المسبق للرعاية
- مراجعة محادثات التخطيط المسبق للرعاية، والتوصيات والقرارات المتعلقة بها
- كيف تُستخدم محادثات التخطيط المسبق للرعاية
- مقومات التخطيط المسبق للرعاية
  - المقوم الشخصي للتخطيط المسبق للرعاية
  - "الأمور المهمة لي" - الرغبات، والمشاعر، والمعتقدات، والقيم
  - الروحانيات
  - رعاية المعالين ودعمهم

- رغبات تتعلق بالجنازة
- الحسابات على الإنترنت
- المكون القانوني للتخطيط المسبق للرعاية
  - جوانب ينبغي النظر فيها فيما يتعلق بالأهلية العقلية
  - أنواع التوكيلات
    - التوكيل المستدام
    - التوكيل الدائم
  - القرارات المسبقة برفض تلقي العلاج (ADRT)
- المكون السريري للتخطيط المسبق للرعاية
  - تدهور الحالة الصحية وحالات الطوارئ غير المتوقعة
    - التوصيات السريرية للإنعاش القلبي الرئوي
    - القرارات المثلى للمصلحة
    - الخطة الموجزة الموصى بها لتلقي الرعاية والعلاج في حالات الطوارئ (ReSPECT)
  - التبرع بالأعضاء
  - التبرع بالجسم لأغراض العلوم الطبية
- المكون المالي للتخطيط المسبق للرعاية
  - كتابة وصية

## النظر في البيانات المتاحة

بادر فريق برنامج التخطيط المسبق للرعاية بجمع المعلومات المتاحة والنظر فيها لتقييم أي تأثير مُحتمل لهذه السياسة في فئات القسم 75. يتضمن ذلك البيانات المتاحة للجمهور، بالإضافة إلى البيانات والآراء التي تم جمعها أثناء المشاركات مع أشخاص ينتمون إلى نطاق واسع من الخلفيات، وقد شمل ذلك التمثيل من مؤسسات القطاع العام، ومنظمات القطاع المجتمعي والتطوعي، والمتخصصين في الرعاية الصحية والاجتماعية، ومقدمي الرعاية، ومستخدمي الخدمة، والأفراد المهتمين من الجمهور، والهيئات المهنية، والنقابات العمالية.

## المشاركة مع أصحاب المصلحة

بدأت عملية المشاركة المبكرة في ديسمبر/كانون الأول 2020 وما زالت مستمرة منذ ذلك الحين للإعلام بالتطوير التكراري لمشروع السياسة قبل طرحه في التشاور العام. تم إجراء هذه المشاركات على أساس مبادئ الشمولية وتيسير الوصول. لقد بُذلت كل الجهود للوصول إلى مجموعة واسعة من الأشخاص والمشاركة معهم لدعم المشاركة الفعالة لجميع أصحاب المصلحة في تشكيل إعداد السياسة، بما في ذلك فئات القسم 75.

في بداية هذه العملية، تم إجراء عملية مسح شاملة لأصحاب المصلحة لتحديد وضمان مشاركة ممثلين من جميع فئات القسم 75. ظلت خريطة أصحاب المصلحة قيد المراجعة المستمرة طوال العملية حتى الآن وخضعت للتطوير وفقًا لذلك.

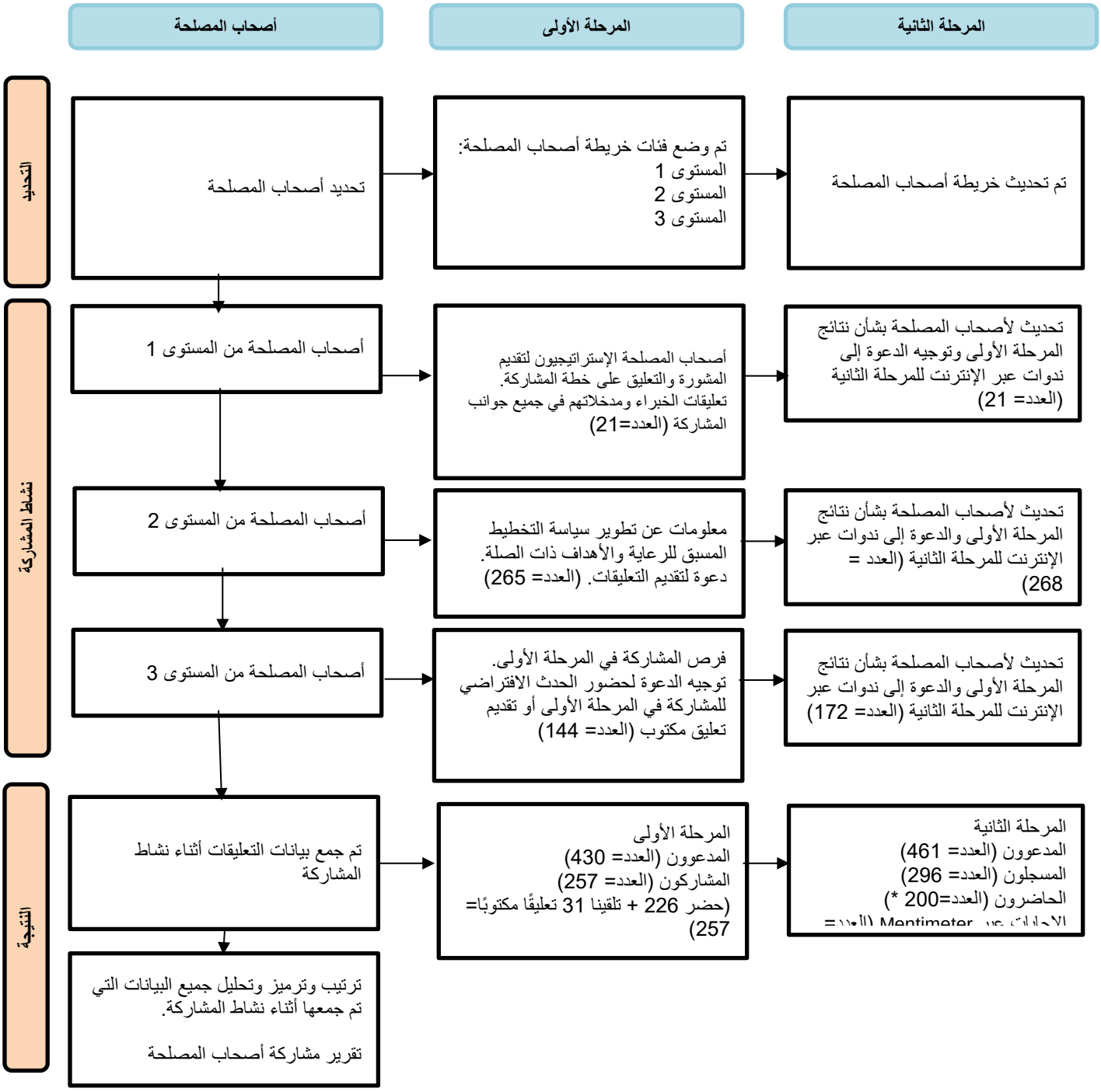
يوضح الجدول أدناه تقسيمًا للمنظمات المدرجة في خريطة أصحاب المصلحة من مختلف فئات القسم 75 حيث يتماشى اختصاص المنظمة مع فئة أو فئات مساواة معينة.[5]

[5] في وقت كتابة هذا التقرير، تم إدراج 99 منظمة أخرى في خريطة أصحاب المصلحة الذين ليس لديهم محاباة محددة أو واضحة لأي فئة معينة من القسم 75 للمساواة.

| فئات المساواة المذكورة في القسم 75 | عدد المنظمات المدرجة في خريطة أصحاب المصلحة |
|---|---|
| الجنس | 28 |
| المعتقد الديني | 46 |
| الرأي السياسي | 19 |
| المجموعة العرقية | 41 |
| العمر | 56 |
| الحالة الاجتماعية | 26 |
| التوجه الجنسي | 20 |
| الإعاقة (ذوو الإعاقة ومن ليست لديهم) | 77 |
| المعالون (الذين لديهم معالون ومن ليس لديهم) | 49 |
| **المجموع** | 362 |

حتى الآن، كانت هناك مرحلتان من المشاركات المبكرة مع أصحاب المصلحة.
يوضح المخطط الانسيابي أدناه نشاط مشاركات أصحاب المصلحة.

**المخطط الانسيابي لعملية إشراك أصحاب المصلحة**




* هذا الرقم تقديري ويستند إلى أرقام الحضور الذين قاموا بالتسجيل، ولكن مع السماح بتسجيل الدخول المشترك والمتأخر الذي لم يسجله النظام.

## المشاركة في المرحلة الأولى (ديسمبر/كانون الأول 2020 - فبراير/شباط 2021)

خلال المرحلة الأولى، عقد فريق برنامج التخطيط المسبق للرعاية 40 جلسة مشاركة شارك فيها 226 شخصًا شملت ممثلين من مجموعة واسعة من القطاعات والمنظمات، وكذلك الأفراد المهتمون. بالإضافة إلى ذلك، تم تلقي 31 إجابة مكتوبة، وبذلك وصل عدد المشاركين في المرحلة الأولى إلى إجمالي 257.

وُجهت الدعوة إلى المشاركين في هذه الجلسات للتعليق على المسودة الأولية لوثيقة السياسة مسترشدين بخمسة أسئلة:

1. ما هو تعليقك/انطباعك العام عن المسودة؟
2. ما الذي سُررت برؤيته في الوثيقة وما الذي تشعر بأنه ناقص؟
3. ما أفضل آمالك للتخطيط المسبق للرعاية و/أو هذه السياسة؟
4. ما أوجه مخاوفك/قلقك بشأن التخطيط المسبق للرعاية و/أو سياسة التخطيط المسبق للرعاية هذه؟
5. هل لديك أي تعليقات أخرى؟

نظرًا للقيود الذي فرضها مرض فيروس كورونا (COVID -19)، كانت الجلسات افتراضية باستخدام منصة Zoom، مع توجيه الدعوة إلى عدد صغير من المشاركين في كل جلسة. قبل كل جلسة، تم تزويد المشاركين بمجموعة مواد للإحاطة تضمنت: جدول الأعمال، والمسودة الحالية لسياسة التخطيط المسبق للرعاية في ذلك الوقت، والخمسة أسئلة التي ستُستخدم أثناء المناقشة المُيسرة.

تم تحديد موعد كل جلسة بحيث تستمر لمدة 90 دقيقة. تم تجهيز ترتيبات تيسيرية كما هو مطلوب، بما في ذلك على سبيل المثال، جلسة أطول عندما تقتضي الحاجة، وتوفير مترجم للغة الإشارة الأمريكية/لغة الإشارة البريطانية عند الحاجة. سُجلت جميع الجلسات بموافقة المشاركين، مع إبراز التعليقات والملاحظات، لعرضها كموضوع للتحليل لاحقًا. كان تقسيم المشاركين حسب نوع الجنس في المرحلة الأولى 25٪ ذكورًا و75٪ إناثًا تقريبًا.

**مراجعات مسودة السياسة بعد مشاركات المرحلة الأولى**

بعد مشاركات المرحلة الأولى، خضعت جميع التعليقات للتحليل والنظر فيها للإفادة في وضع المسودة الثانية المنقحة لوثيقة السياسة. بناءً على التعليقات الواردة، تمت مراجعة المسودة الأولية لسياسة التخطيط المسبق للرعاية فيما يتعلق بالعديد من المجالات قبل إجراء المزيد من المشاركات في المرحلة الثانية. انظر الجدول 1 أدناه للحصول على التفاصيل.

أثناء المرحلة الأولى، اقترح عدد من أصحاب المصلحة إضافة "القيم" في قسم "المبادئ" الموجود حاليًا. يوضح هذا القسم المعايير والمُثل الأخلاقية التي تقوم عليها السياسة بما في ذلك: اعتبارات حقوق الإنسان، والمساواة، والاختيار الفردي المتمركز حول الشخص، والكرامة، والموافقة، والسرية، وإمكانية الوصول، والحساسية، والرحمة.

بالإضافة إلى ذلك، بعد التعليقات الواردة من مشاركات المرحلة الأولى والاستكمال اللاحق لدراسة الجدوى، تم الاتفاق على أن مسودة السياسة ستتضمن استخدام نموذج ReSPECT[6] (الخطة المُوجزة الموصى بها لتلقي الرعاية والعلاج في حالات الطوارئ) لتسجيل التوصيات الشخصية بشأن تلقي الفرد للرعاية والعلاج في المستقبل - سيوجه نموذج ReSPECT ويُعلِم مقدمي الرعاية أو الدعم أو العلاج في وقت يفقد فيه الشخص القدرة على اتخاذ القرارات أو التعبير عن رغباته، ومعتقداته، وقيمه.

سيكون نموذج الخطة الموجزة الموصى بها لتلقي الرعاية والعلاج في حالات الطوارئ (ReSPECT) هو النموذج المستخدم على المستوى المحلي لتسجيل جميع التوصيات بشأن تلقي الرعاية والعلاج في حالات الطوارئ، ولن يُستخدم نموذج إجراء الإنعاش القلبي الرئوي، والامتناع عن محاولة إجراء الإنعاش القلبي الرئوي (DNACPR) بعد الآن. سيحتفظ الشخص بنموذج الخطة المُوجزة الموصى بها لتلقي الرعاية والعلاج في حالات الطوارئ (ReSPECT) بنفسه.

[6] https://www.resus.org.uk/respect

[6] https://www.resus.org.uk/respect

**الجدول 1: نتائج المرحلة الأولى من المشاركة المبكرة لأصحاب المصلحة**

| المرحلة الأولى - أقوال أصحاب المصلحة: | الإجراءات المتخذة لإعادة صياغة مسودة السياسة قبل المرحلة الثانية: |
|---|---|
| توضيح الغرض من السياسة | تم تدعيم الغرض من السياسة في المقدمة. |
| زيادة تيسير الوصول والشمولية | أُضيف تيسير الوصول والشمولية كقيمتين منفصلتين، وسوف ينعكس ذلك في جميع جوانب هذا العمل. |
| مراجعة اللغة لجعلها أكثر شمولاً | مراجعة اللغة المُستخدمة في المسودة الأولية لوثيقة السياسة من "بغض النظر عن" إلى "شاملة كل" فيما يتعلق بفئات القسم 75. |
| الحاجة إلى دعم "تطبيع" التخطيط المسبق للرعاية | أُضيف تطبيع التخطيط المسبق للرعاية على أنه "التطلعات". |
| تحتاج إلى تضمين قسم عن تغيير السلوك | أُضيف قسم حول "تغيير السلوك" |
| أدرج قسم عن "القيم" | تمت إضافة "القيم" إلى قسم "المبادئ" في وثيقة السياسة. |
| التأكيد على جانب حقوق الإنسان والأخلاق في التخطيط المسبق للرعاية | تحديد نهج قائم على حقوق الإنسان والأخلاقيات في التخطيط المسبق للرعاية. |
| توسيع النطاق لجوانب أخرى غير الجوانب المتعلقة بالصحة للتخطيط المسبق للرعاية | إدراج عناصر إضافية تتناول أبعادًا أخرى غير الجوانب المتعلقة بالصحة، على سبيل المثال كتابة وصية، رغبات الجنازة، الحسابات على الإنترنت، التبرع بالجسد لأغراض العلوم الطبية، ونحو ذلك. |
| مزيد من التفاصيل بشأن الأهلية العقلية والتوكيل | أُضيفَ المزيد من التفاصيل المتعلقة بالأهلية العقلية وكيفية ارتباطها بالتخطيط المسبق للرعاية. |
| مزيد من الوضوح بشأن القرارات المتعلقة بالإنعاش | أُضيف قسم حول تدهور الحالة الصحية وحالات الطوارئ غير المتوقعة، بما في ذلك الخطة الموجزة الموصى بها لتلقي الرعاية والعلاج في حالات الطوارئ (ReSPECT).[5] |
| قدم مزيدًا من التفاصيل حول كيفية تنفيذ السياسة | تم تسجيل الملاحظة لاستخدامها عند إعداد الوثائق التنفيذية. |
| استخدم المخططات للتوضيح | التخطيط المسبق للرعاية تم إنشاء مخطط لنموذج المقومات والجداول المستخدمة لعرض المعلومات عند الحاجة. |

**مشاركات المرحلة الثانية (يونيو/حزيران – يوليو/تموز 2021)**

**أجرى أصحاب المصلحة مزيدًا من التدقيق للمسودة المنقحة لوثيقة السياسة في المرحلة الثانية من مشاركات أصحاب المصلحة.** في هذه المرحلة، عُقدت سلسلة من خمسة أحداث للمشاركات عبر الإنترنت من خلال ندوات تطبيق Zoom. وُجهت دعوات هذه الأحداث إلى جميع المدرجين في خريطة أصحاب المصلحة، لدعوتهم للتسجيل. تلقى أولئك الذين سجلوا، نسخة من المسودة المنقحة لسياسة التخطيط المسبق للرعاية، بما في ذلك نسخة بتنسيق مُيسر للنظر فيها قبل الحدث. تضمَّن خطاب الدعوة أيضًا الموضوعات التي ستُطرح للدراسة أثناء جلسة الندوة عبر الإنترنت وتعليمات حول كيفية المشاركة.

أُرسل إجمالي 461 خطاب دعوة بناءً على خريطة أصحاب المصلحة "الحية". عُقدت ثلاثة أحداث بالشراكة مع منظمات أخرى وهي: مجلس إيرلندا الشمالية للعمل التطوعي (NICVA)، ورابطة مركز الحياة الصحية (HLC Alliance)، ومنتدى قادة الرعاية الصحية في إيرلندا الشمالية. وفرت هذه المنظمات، إلى جانب شبكة تنمية المجتمع والصحة (CDHN)، ترويجًا إضافيًا لجمهور أوسع، لجميع الأحداث الخمسة. كما استضاف الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة معلومات حول كيفية التسجيل في الأحداث.

اتبعت أحداث الندوة عبر الإنترنت تشكيلاً منظمًا مع مجموعة من العروض التقديمية القصيرة حول جوانب المسودة المنقحة لسياسة التخطيط المسبق للرعاية وتخللتها أسئلة. بدءًا من إعطاء نظرة عامة على العملية حتى الآن، استمرت العروض التقديمية في توضيح مجالات محددة تم تنقيحها في مسودة السياسة الأصلية بناءً على التعليقات الواردة من مشاركات أصحاب المصلحة في المرحلة الأولى. أعقب كل عرض تقديمي مجموعة من الأسئلة ودُعي الحضور للإجابة عنها عبر تطبيق Mentimeter. تم طرح إجمالي 21 سؤالاً خلال كل جلسة مدتها 90 دقيقة. لضمان سهولة الوصول، تم توفير نسخة من الأسئلة أيضًا كمستند Word لأي شخص يرغب في الإجابة بهذه الطريقة.

تم تسجيل حضور إجمالي 296 شخصًا على مدار الخمسة مواعيد. كان العدد الفعلي للأفراد الذين حضروا الأحداث 200 شخص تقريبًا[7] وأجاب 187 فردًا عن الأسئلة باستخدام تطبيق Mentimeter. تلقينا إجابات شخصين آخرين في شكل مستند ومن شخص آخر من خلال وظيفة الأسئلة والأجوبة في تطبيق zoom. وقد أُضيفت جميعًا إلى مجموعة البيانات وأُدرجت في التحليل.

كان التقسيم حسب نوع جنس المشاركين في المرحلة الثانية نحو 25٪ ذكورًا و75٪ إناثًا.[8]

بعد مشاركات المرحلة الثانية، خضعت جميع التعليقات للتحليل ونُظر فيها. بناءً على التعليقات الواردة، تمت مراجعة مسودة سياسة التخطيط المسبق للرعاية مرة أخرى لمختلف المجالات قبل طرحها في التشاور العام. انظر جدول 2 أدناه للحصول على التفاصيل.

**جدول 2**

**نتائج المرحلة الثانية من المشاركة المبكرة لأصحاب المصلحة**

| المرحلة الثانية - أقوال أصحاب المصلحة: | الإجراءات المتخذة لإعادة صياغة مسودة السياسة قبل التشاور العام: |
|---|---|
| كن أكثر وضوحًا بشأن الفئات التي تنطبق عليها السياسة | تم تقديم مزيد من الوضوح في مقدمة السياسة |
| توضيح المصطلحات المستخدمة | تم التأكد من الاتساق في استخدام اللغة وإضافة مسرد لشرح المصطلحات |
| أدرج دور الروحانيات | أُدرج قسم جديد عن الروحانيات |
| أشر إلى التأثيرات الثقافية | تمت الإشارة إلى التأثيرات الثقافية في قسم "القيم" |
| قم بتوسيع مصطلح "الأمور المهمة لي"، على سبيل المثال أضف المعالين والحيوانات الأليفة | تمت إضافة قسم جديد "رعاية المعالين ودعمهم" |
| وضح الغرض من التخطيط المسبق للرعاية | تم تقديم قدر أكبر من الوضوح، بما في ذلك قسم "كيف تُستخدم محادثات التخطيط المسبق للرعاية" |
| وضح بالاستعانة بدراسات الحالة | سنبادر بإعداد دراسات الحالة لكل من التوجيهات التنفيذية والرسائل الموجهة إلى الجمهور |
| افصل قسم القيم والمبادئ ووضحهما | تمت مراجعة القسم وأُضيف المزيد من القيم المُوضحة والمبادئ المُحدّثة إلى "مبادئ الممارسة" |
| أضف مزيدًا من الوضوح بشأن العناصر القانونية | تم تقديم مزيد من الوضوح فيما يتعلق بالعناصر القانونية مثل الأهلية العقلية |
| أضف مزيدًا من التفاصيل حول القرارات المثلى للمصلحة | أُضيف المزيد من التطوير والتوسع في قسم "القرارات المثلى للمصلحة" |
| أدرج مزيدًا من المعلومات حول التغيير السلوكي | قسم التغير السلوكي المنقح، بما في ذلك مخطط التغير السلوكي |
| أضف تفاصيل إلى مخطط المقومات لتوضيح الترابط | تم تعديل مخطط المقومات لتوضيح الترابط بين الأربعة عناصر بشكل أفضل |
| الامور المالية | يُنظر فيها باعتبارها جزءًا من التنفيذ |

نُشر تقرير كامل عن نشاط المشاركة المبكرة لأصحاب المصلحة في أكتوبر/تشرين الأول 2021.[9]

**المشاركة الشخصية والعامة**

[7] هذا الرقم تقديري ويستند إلى أرقام الحضور الذين قاموا بالتسجيل، ولكن مع السماح بتسجيل الدخول المشترك والمتأخر الذي لم يسجله النظام.
[8] بناءً على الأسماء المسيحية للمسجلين الذين حضروا الندوة عبر الإنترنت
[9] (doh-advance-care-plan-policy-adults-report_0.pdf (health-ni.gov.uk

في شهر يوليو/تموز لعام 2021، وفي شراكة مع مجلس المرضى والعملاء، تم تعيين مجموعة من 74 شريكًا متطوعًا، تضم مستخدمي الخدمة ومقدمي الرعاية وأفرادًا من العامة المهتمين بالأمر. سوف يُعتمد على هذه المجموعة لدعم الإنتاج المشترك/التصميم المشترك في مراحل مختلفة من برنامج عمل التخطيط المسبق للرعاية.
عند تسجيل اهتمامهم، تمت دعوة الشركاء المتطوعين للمشاركة في جلسة تمهيدية وطُلب منهم إكمال استقصاء لأغراض تقييم التمثيل مختلف فئات القسم 75.

كانت هناك 41 إجابة عن هذا الاستقصاء، وحصلنا على نتائج على النحو المبين في الجدول أدناه:

تكوين مجموعة الشركاء المتطوعين

- **الجنس:** 9 ذكور و32 أنثى.
- **العمر:** 20-29 (فرد واحد)، 30-39 (فردان)، 40-49 (5 أفراد)، أكبر من 50 (32 عضوًا)، فضلوا عدم التصريح (عضو واحد).
- **الحالة الاجتماعية:** متزوج (25 فردًا)، يعيش مع شريك (فرد واحد)، أعزب (8 أفراد)، منفصل/مطلق (فردان)، أرمل (4 أفراد)، فضل عدم التصريح (فرد واحد).
- **المعالون**: من لديهم (17 فردًا)، من ليس لديهم (23 فردًا)، يفضِّل عدم التصريح (فرد واحد)
- **الإعاقة:** لديهم إعاقة (7 أفراد)، ليس لديهم (30 فرد)، فضل عدم التصريح (3 أفراد).
- **الجنسانية:** يميل إلى الجنس المغاير (39 فردًا)، مثلية/مثلي الجنس (فرد واحد)، مزدوج التوجه الجنسي (فرد واحد).
- **الدين:** البروتستانت (19 فردًا)، الكاثوليك (15 فردً)، آخر (3 أفراد)، فضل عدم التصريح (4 أعضاء).
- **المجموعة العرقية:** البيض (40 فردًا)، السود والأقليات العرقية (فرد واحد).

**رؤى وصفية من المشاركات**

ظهرت رؤى وصفية إضافية تعكس الاحتياجات المحددة لعدد من فئات القسم 75 خلال المشاركات المبكرة لأصحاب المصلحة. وقد ساعدت هذه الرؤى في الإفادة بالنهج المناسب لأنشطة المشاركة، وكذلك المساهمة في وضع السياسة وتنفيذها. نذكر بعض الأمثلة على هذه الرؤى أدناه.

"أجد أن اللغة تمثل تحديًا ليس هنا فحسب، وإنما على نطاق أوسع ... نقول بغض النظر عن الجنس وما إلى ذلك بدلاً من أن نقول بما يشمل جميع هذه الهويات الجنسية... نقول تقريبًا إننا لا نهتم بهذه الأشياء ... ينبغي أن نذكر أن هذا جزء مهم ونعترف بذلك. هناك عقلية تفكر هكذا... يقول الأشخاص لا أنظر إلى اللون، ولا أهتم لهذه الأشياء، ولكن ينبغي أن نهتم بها ..ونقر بأنها تجربة حية عاشها أحدهم".

"يعتمد وضع خطة رعاية مسبقة على القدرة على الكتابة أو التحدث ... كيف نجعلها في متناول الأشخاص الذين لديهم احتياجات تواصل أخرى، مثل المصابين بالخرف أو صعوبات التعلم ..."

"'إن دعم التواصل مهم حقًا .. فالأفراد الصم لديهم احتياجات مختلفة .."

"تعجبني المشاركات المكثفة الأولية التي أسهم بها القطاعان التطوعي والمجتمعي، هذا هو النوع المناسب من نهج الشراكة".

"ما توقفت عنده هو المبادئ ... من الجيد رؤية المبادئ في المقدمة ... عادة ما ترى القيم الأساسية في نهاية الوثيقة .. وتكتسي بأهمية خاصة عند التفكير في التخطيط المسبق للرعاية ... أعتقد أنه يمكن توسيعها أكثر قليلاً لتشمل كرامة الأشخاص في التخطيط المسبق للرعاية، سيفيد إضافة المزيد من الحديث عن القيم الأشخاص الذين يطّلعون على هذه السياسة والمهنيين الذين يتعاملون مع الأشخاص الذين يضعون خطتهم للرعاية المسبقة".

**الإجراءات المتخذة لدعم تيسير الوصول**

- الانتهاء من تلقي تدريب مبادرة Communication Access UK والحصول على اعتماد جميع أعضاء فريق برنامج التخطيط المسبق للرعاية.
- الشمولية، والمشورة بشأن تسهيل الوصول، والدعم المقدم من المؤسسة الوطنية الملكية للمكفوفين (RNIB).
- تقديم دعم إضافي لتلبية الاحتياجات التي حددها مجتمع الصم.
- الإقرار بالحاجة إلى تقديم جميع المعلومات بتنسيقات يسهل الاطلاع عليها بالإضافة إلى ذلك، حُددت الحاجة إلى توفير دعم لتعدد اللغات ومحو الأمية الصحية.

**البحث**

كان لتقرير بحثي أجرته جامعة أولستر بعنوان "أين نحن الآن (Where are we now)؟" تأثير في وضع هذه السياسة[10] سمع إجمالي 28.5 في المائة من المشاركين عن مصطلح "التخطيط المسبق للرعاية"، ولكن لم يشارك سوى 7 في المائة في محادثة حول هذا المصطلح. على الرغم من ذلك، رأى أربعة أخماس المشاركين (82.2 في المائة) أنهم سيشعرون بالراحة لمعرفة أنهم تركوا توجيهات بشأن رغباتهم لأسرهم.
اعتمد البحث على عينة تمثيلية من البالغين من سكان إيرلندا الشمالية الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا وأكثر.

**بيانات أخرى**

بالإضافة إلى البحث المذكور أعلاه، تم النظر في مصادر المعلومات/الأدلة الكمية التالية؛

- معلومات من تعداد عام 2011 لإيرلندا الشمالية، التي نشرتها وكالة الإحصاء والبحوث في إيرلندا الشمالية (NISRA)؛
- إحصاءات الهوية الجنسية في المملكة المتحدة وفقًا للجنس، والمنطقة، والفئة العمرية، مستقاة من المسح السكاني السنوي الذي نشره مكتب الإحصاء الوطني؛
- معلومات مستقاة من استقصاء نظام الرعاية الصحية والاجتماعية لعام 2019 الذي أجرته وكالة الإحصاء والبحوث في إيرلندا الشمالية (NISRA)؛
- تعداد القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية لعام 2020 الذي نشرته وزارة الصحة، ومديرية تحليل المعلومات.
- تقديرات وكالة الإحصاء والبحوث في إيرلندا الشمالية (NISRA) لمنتصف عام 2020

[10] استقصاء الحياة والأوقات في إيرلندا الشمالية (NILT) هو جزء أساسي من ARK (الوصول، والمعرفة، والبحث) ويهدف إلى دعم وضع السياسة والتحاور في إيرلندا الشمالية من خلال توفير المعلومات والتحليل النقدي. يمكن الاطلاع على التقرير عبر الإنترنت؛ 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

## تقييم تأثير

### المعتقد الديني

**الأدلة المتوفرة** - المعتقد الديني

لا يمكن الحصول على تفصيل محدد بشأن المعتقد الديني الذي يعتنقه مستخدمو الخدمة، أو لجميع موظفي الرعاية الصحية والاجتماعية. ولكن، نعلم التقسيم بين مختلف السكان البالغين وفقًا لتعداد عام 2011[11].
كان عدد سكان إيرلندا الشمالية في وقت تعداد عام 2011 هو 1810863، مع تقسيم المعتقد الديني على النحو التالي:

- كاثوليك – 40.8 في المائة
- بروتستانت – 41.6 في المائة
- أخرى - 0.8 في المائة
- لاديني أو الديانة غير مذكورة - 16.9 في المائة

في عام 2019، أجرت وكالة الإحصاء والبحوث في إيرلندا الشمالية (NISRA) استقصاء لموظفي الرعاية الصحية والاجتماعية (HSC)[12]، والذي جمع بعض البيانات الديموغرافية من المشاركين. من المهم ملاحظة أنه من بين 77781 موظفًا تم توظيفهم وقت إجراء الاستقصاء، لم يكمل سوى 19094 الإجابات.

وفقًا للفئة التي أجابت، تم تقسيم الخلفية الدينية للمجتمع على النحو التالي:

- الطائفة البروتستانتية – 42 في المائة
- الطائفة الرومانية الكاثوليكية – 45 في المائة
- ليس من الطائفة البروتستانتية ولا الكاثوليكية الرومانية – 13 في المائة

وبالإضافة إلى ذلك، تم تقسيم المعتقد الديني على النحو التالي:

- مسيحي – 77 في المائة
- لاديني – 18 في المائة
- ديانات أخرى - 5 في المائة

**تقييم تأثير** - المعتقد الديني

التخطيط المسبق للرعاية يضمن حصول الأشخاص على فرصة إجراء محادثات واقعية وعملية حول الأمور المهمة لهم، وأخذ رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم في الاعتبار وتسجيلها، إذا اختاروا ذلك. يدعم الأفراد في توفير المزيد من الخيارات والتحكم في القرارات، ويشمل ذلك التخطيط للرعاية والعلاج اللذَين سيتلقاهما في المستقبل. التخطيط المسبق للرعاية من المحتمل أن يكون له تأثير إيجابي عام، ولا يُتوقع أن يكون له أي تأثير متباين في أساس المعتقد الديني.

تشير البيانات المتعلقة بالمعتقد الديني في إيرلندا الشمالية -كما هو موضح أعلاه- إلى هيمنة الديانات المسيحية. ومن المُتوقع أن تؤثر هذه السياسة تأثيرًا إيجابيًا في العلاقات الجيدة بين الأشخاص من مختلف المعتقدات الدينية. التخطيط المسبق للرعاية ستتيح مناقشة الرغبات، والمعتقدات، والقيم وتوثيقها ومشاركتها للإعلام التخطيط المستقبلي، بما في ذلك الرعاية أو الدعم أو العلاج.

**تعزيز تكافؤ الفرص** – المعتقد الديني

---

[11] https://www.nisra.gov.uk/statistics/census/2011-census

[12] HSC Staff Survey 2019 Regional Benchmark Report

من أجل تعزيز تكافؤ الفرص، سوف يولى الاهتمام اللازم للحرص على الحفاظ على الحساسية والاحترام تجاه الأشخاص المنتمين إلى جميع المعتقدات الدينية فيما يتعلق بتنفيذ سياسة التخطيط المسبق للرعاية هذه. ستشمل الإجراءات الاستباقية الترويج للسياسة لدى الكنيسة/الجماعات الدينية من خلال الرسائل ذات الصلة كجزء من الرسائل الموجهة إلى الجمهور والترويج للسياسة.

لقد وُضع إطار عمل لتنمية إمكانات التخطيط المسبق للرعاية لدعم توفير التدريب والتعليم لمقدمي الرعاية، والدعم، والعلاج. ويهدف هذا إلى تمكين مقدمي الدعم للتخطيط المسبق للرعاية، من الممارسة بطريقة تتمركز على الشخص وتدعم حق الشخص في اتخاذ الخيارات والقرارات حتى إذا كانت مختلفة عن تلك الخاصة بمقدم الرعاية والدعم.

**الرأي السياسي**

**الأدلة المتوفرة** – الرأي السياسي

لا تتوفر سوى بيانات محدودة عن الرأي السياسي. ومع ذلك، يمكن استخدام البيانات المتعلقة بأصوات التفضيل الأول لكل حزب في انتخابات مجلس نواب إيرلندا الشمالية لعام 2017[13] والموضحة أدناه كمعلومات بديلة:

- الحزب الائتلافي الديمقراطي (DUP): 413 225 (28.1 في المائة)
- حزب شين فين: 224245 (27.9 في المائة)
- حزب ألستر الائتلافي (UU): 103314 (12.9 في المائة)
- الحزب الاشتراكي العمالي (SDLP): 95958 (11.9 في المائة)
- حزب التحالف: 72717 (9.1 في المائة)
- حزب صوت الائتلاف التقليدي (TUV): 20523 (2.6 في المائة)
- حزب الخضر: 18527 (2.3 في المائة)
- المستقلون: 14407 (1.8 في المائة)
- People Before Profit Alliance: 14100 (1.8 في المائة)
- حزب الائتلاف التقدمي (PUP): 5590 (0.7 في المائة)
- المحافظون: 2399 (0.3 في المائة)
- آخرون: 6122 (0.8 في المائة)

أظهر أعضاء مجلس نواب إيرلندا الشمالية دعمًا متعدد الأطراف لوضع سياسة التخطيط المسبق للرعاية. يتضح هذا في تقرير لجنة الاستعلامات الصحية حول تأثير مرض فيروس كورونا (COVID-19) في دور الرعاية (NIA 59/17 - 22) الذي نُشر في 1 فبراير 2021 وطُرح في جلسة المناقشة العامة في 27 أبريل 2021 (Hansard Vol 138, No 6).

**تقييم تأثير** - الرأي السياسي

التخطيط المسبق للرعاية يضمن حصول الأشخاص على فرصة إجراء محادثات واقعية وعملية حول الأمور المهمة لهم، وأخذ رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم في الاعتبار وتسجيلها، إذا اختاروا ذلك. يدعم الأفراد في توفير المزيد من الخيارات والتحكم في القرارات، ويشمل ذلك التخطيط للرعاية والعلاج اللذَين سيتلقاهما في المستقبل. التخطيط المسبق للرعاية من المحتمل أن يكون له تأثير إيجابي عام، ولا يُتوقع أن يكون له أي تأثير متباين قائم على الرأي السياسي.

**تعزيز تكافؤ الفرص** – الرأي السياسي

[13] Table 5.1 in Election Report: Northern Ireland Assembly Election, 2 March 2017 NIAR 20-17

من أجل تعزيز تكافؤ الفرص، سوف يولى الاهتمام اللازم للحرص على الحفاظ على الحساسية والاحترام تجاه الأشخاص المنتمين إلى جميع المعتقدات السياسية فيما يتعلق بتنفيذ سياسة التخطيط المسبق للرعاية هذه. ستشمل الإجراءات الاستباقية الترويج للسياسة في جميع المجتمعات من خلال الرسائل ذات الصلة كجزء من الرسائل الموجهة إلى الجمهور والترويج للسياسة.

سيوضع إطار عمل لتنمية إمكانات التخطيط المسبق للرعاية لدعم توفير التدريب والتعليم لمقدمي الرعاية، والدعم، والعلاج. ويهدف هذا إلى تمكين مقدمي الدعم للأشخاص في تخطيطهم المسبق للرعاية، من الممارسة بطريقة تتمركز على الشخص وتدعم حق الشخص في اتخاذ الخيارات والقرارات حتى إذا كانت مختلفة عن تلك الخاصة بمقدم الرعاية والدعم.

## المجموعة العرقية

**الأدلة المتوفرة** – المجموعة العرقية

كان عدد سكان إيرلندا الشمالية في وقت تعداد عام 2011 هو 1810863، وينتمي 1.8 في المائة (32596) من السكان المقيمين بصفة اعتيادية إلى مجموعات عرقية من الأقليات. كان التوزيع الإجمالي للسكان على النحو التالي:

- البيض – 98.21 في المائة (1778449)
- الصينيون – 0.35 في المائة (6338)
- جماعة الإيرلنديين الرُحل – 0.07 في المائة (1268).
- الهنود – 0.34 في المائة (6157)
- الباكستانيون – 0.06 في المائة (1087).
- البنغلاديشيون – 0.03 في المائة (543)
- آسيويون آخرون – 0.28 في المائة (5070)
- السود من منطقة البحر الكاريبي – 0.02 في المائة (362)
- الأفارقة السود - 0.13 في المائة (2354)
- سود آخرون - 0.05 في المائة (905)
- مختلط - 0.33 في المائة (5976)
- غير ذلك - 0.13 في المائة (2354)

من بين السكان (الذين تبلغ أعمارهم 3 أعوام أو أكثر)، اعتبر 3.14٪ منهم لغة أخرى غير الإنجليزية لغتهم الأساسية. وتجدر الإشارة أيضًا إلى أنه من بين 98 في المائة من الأشخاص الذين يقيمون بصفة اعتيادية في إيرلندا الشمالية في يوم التعداد لعام 2011 والذين حددوا عرقهم على أنهم من البيض، وُلد ما يقرب من 10 في المائة منهم (179000) خارج إيرلندا الشمالية. ويشمل هذا 19300 فرد من بولندا، و7250 فردًا من ليتوانيا، و4000 فرد من أمريكا، و3800 من ألمانيا و1650 من جنوب إفريقيا.

كانت أكبر المجموعات الفرعية للأقليات العرقية في عام 2011 من الصين (بتعداد 6300 فرد وسجلوا زيادة مقارنةً بتعداد عام 2001 الذي بلغ 4100 فردً)، والهنود (6200؛ سجلوا زيادةً من تعداد بلغ 1600)، والآسيويين الآخرين (5000، سجلوا زيادةً من تعداد بلغ 200)، ويمثل كل منها نحو 0.3 في المائة من السكان المقيمين بصفة اعتيادية (جدول DC2248NI). كان 1.8 في المائة (32400) من المقيمين بصفة اعتيادية ينتمون إلى الأقليات العرقية، بما في ذلك 1300 فرد من جماعة الإيرلنديين الرُحل في عام 2011؛ أي أكثر من ضعف النسبة مقارنةً بعام 2001 (0.8 في المائة).

ومن المتوقع أن تعداد الأشخاص المولودين خارج إيرلندا الشمالية قد زاد بشكل كبير منذ تعداد عام 2011.

تشير نتائج التعداد السكاني لعام 2011 إلى وجود اختلاف في التشكيل العمري لمجتمع الإيرلنديين الرُحل مُقارنةً بالسكان البيض. في حين أن 78 في المائة من الإيرلنديين الرُحل تقل أعمارهم عن 45 عامًا (مقارنةً بـ 61 في المائة في العرق الأبيض)، فإن 6.4 في المائة فقط (83 شخصًا) تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكثر، مقارنة بـ 15 في المائة من أولئك الذين ينتمون إلى العرق الأبيض.

يعكس عدد كبار السن ونسبتهم في الإيرلنديين الرُحل انخفاض متوسط العمر المتوقع لديهم. تبين من دراسة عن صحة جماعة الإيرلنديين الرُحل في عموم إيرلندا (2010)[14] أن متوسط العمر المُتوقع للذكور في الإيرلنديين الرُحل في إيرلندا (بما في ذلك إيرلندا الشمالية) يبلغ 61.7 عامًا، وهو ما يعادل متوسط العمر المتوقع لعامة السكان في الأربعينيات من القرن الماضي. كان متوسط العمر المتوقع للإناث في جماعة الإيرلنديين الرُحل 70.1 سنة، وهو مماثل لما كان عليه عامة السكان في الستينيات[15].

**تقييم تأثير** – المجموعة العرقية

التخطيط المسبق للرعاية يضمن حصول الأشخاص على فرصة إجراء محادثات واقعية وعملية حول الأمور المهمة لهم، وأخذ رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم في الاعتبار وتسجيلها، إذا اختاروا ذلك. يدعم الأفراد في توفير المزيد من الخيارات والتحكم في القرارات، ويشمل ذلك التخطيط للرعاية والعلاج اللذَين سيتلقاهما في المستقبل. التخطيط المسبق للرعاية من المحتمل أن يكون له تأثير إيجابي عام، ولا يُتوقع أن يكون له أي تأثير متباين بناءً على المجموعة العرقية.

التخطيط المسبق للرعاية يمكن أن يوفر الفرصة للأشخاص من مختلف المجموعات العرقية إجراء محادثات مع مقدم الرعاية أو الدعم أو العلاج، والتي قد تشمل تبادل المعلومات حول معتقداتهم العرقية والثقافية وتقاليدهم. وينطوي ذلك على إمكانية تعزيز التفاهم بشكل أكبر بين الأشخاص من مختلف المجموعات العرقية، وكذلك المساعدة على ضمان أن المعتقدات والتقاليد العرقية/الثقافية المختلفة، عندما تمثل أهمية للشخص، تنعكس في الرعاية أو الدعم أو العلاج الذي يتلقاه الشخص.

قد يُتوقع أيضًا أن تؤثر السياسة بشكل إيجابي في المجموعات العرقية ذات متوسط العمر المتوقع المنخفض، حيث إنها ستخلق فرصًا للتعبير عن الاختيار فيما يتعلق بتلقي الرعاية أو الدعم أو العلاج، الأمر الذي ربما لم يكن متاحًا قبل تقديم سياسة التخطيط المسبق للرعاية.

**تعزيز تكافؤ الفرص** – المجموعة العرقية

من أجل تعزيز تكافؤ الفرص، سوف يولى الاهتمام اللازم للحرص على الحفاظ على الحساسية والاحترام تجاه الأشخاص المنتمين إلى جميع المعتقدات السياسية فيما يتعلق بتنفيذ سياسة التخطيط المسبق للرعاية هذه. تحدد أن هناك حاجة إلى توفير دعم لتعدد اللغات. توجد مؤشرات على أن بعض المجموعات العرقية أقل احتمالاً لإمكانية الوصول إلى الخدمات. سيؤخذ هذا العامل في الاعتبار عند تنفيذ السياسة لضمان تخفيف أي عوائق قائمة لدعم توفير فرص عادلة للوصول. ستشمل الإجراءات الاستباقية الترويج للسياسة لدى المجموعات العرقية من خلال الرسائل ذات الصلة كجزء من الرسائل الموجهة إلى الجمهور والترويج للسياسة.

سيوضع إطار عمل لتنمية إمكانات التخطيط المسبق للرعاية لدعم توفير التدريب والتعليم لمقدمي الرعاية، والدعم، والعلاج. ويهدف هذا إلى تمكين مقدمي الدعم للأشخاص في تخطيطهم المسبق للرعاية، من الممارسة بطريقة تتمركز على الشخص وتدعم حق الشخص في اتخاذ الخيارات والقرارات حتى إذا كانت مختلفة عن تلك الخاصة بمقدم الرعاية والدعم.

**العمر**

**الأدلة المتوفرة** - العمر

ارتفع متوسط العمر في إيرلندا الشمالية من 34 عامًا إلى 37 عامًا ما بين تعدادات عام 2001 و2011. وخلال الفترة نفسها، انخفضت نسبة السكان الذين يمثلهم الأطفال دون سن 16 عامًا من 24 في المائة إلى 21 في المائة، بينما ارتفعت نسبة الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا فأكثر من 13 في المائة إلى 15 في المائة.

بالمقارنة مع تعداد عام 2001، ارتفع عدد الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا فأكثر والذين يعيشون في إيرلندا الشمالية بنسبة 18 في المائة (40400) إلى 263700 في يوم التعداد لعام 2011.

---

[14] DHSSPS (2010) All Ireland Traveller Health Study. University College Dublin. متاح على: http://www.dhsspsni.gov.uk/aiths.pdf

[15] من الجدير بالذكر أيضًا أنه في حين أن تعداد عام 2011 قد حدد وجود إجمالي 1301 فرد من جماعة الإيرلنديين الرُحل في إيرلندا الشمالية، بينت دراسة عن صحة جماعة الإيرلنديين الرُحل في عموم إيرلندا (UCD / DHSSPS, 2010) وجود إجمالي 1562 عائلة من جماعة الإيرلنديين الرُحل في إيرلندا الشمالية، ويبلغ عدد سكانها المُقدَّر من الرُحَّل 3905

بين عامَي 2002 و2012، ارتفع عدد الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 60 و84 عامًا بنسبة 20 في المائة، بينما ارتفع عدد الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 85 عامًا بنسبة 38 في المائة. يشير هذا إلى ارتفاع نسبة كبار السن في السكان من الناحية الديموغرافية.

تشير تقديرات السكان في منتصف عام 2020[16] إلى أن عدد السكان الحالي لإيرلندا الشمالية يبلغ نحو 1895510، يمثل 441108 (23 بالمائة) منهم من تقل أعمارهم عن 18 عامًا و1454402 منهم (77 بالمائة) أكبر من 18 عامًا.

أشارت الأبحاث التي أجرتها iReach بالنيابة عن مؤسسة رعاية المحتضرين والرعاية التلطيفية (AIIHPC)[17] إلى أن 73٪ من المشاركين من إيرلندا الشمالية يوافقون (موافقون أو موافقون بشدة) على رغبتهم في الحصول على الدعم لمناقشة رغباتهم وتفضيلاتهم المتعلقة بتلقي الرعاية في نهاية العمر وكتابتها. لم يكن هناك اختلاف كبير في الفئات العمرية التي شملها الاستقصاء، وكانت النتائج على النحو التالي؛

- أعرب 73 في المائة من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و34 عامًا عن تفضيلهم لهذا،
- أعرب 71 في المائة من أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين 35 و55 عامًا عن تفضيلهم لهذا، و
- أعرب 78 في المائة من أولئك الذين تزيد أعمارهم عن 55 عامًا عن تفضيلهم لهذا

في فبراير/شباط 2007، نشرت جمعية ألزهايمر دراسة رئيسية حول التأثير الاجتماعي والاقتصادي للخرف في المملكة المتحدة. يقدم البحث، الذي أجرته كلية كينجز لندن وكلية لندن للاقتصاد، صورة مفصلة وقوية لانتشار الخرف وتأثيره الاقتصادي في المملكة المتحدة. تشير التقديرات الواردة في هذا التقرير إلى أن واحدًا من كل 14 شخصًا فوق 65 عامًا وواحدًا من كل ستة أشخاص فوق سن 80 عامًا مصاب بأحد أنواع من الخرف. تقرير آخر نشرته جمعية ألزهايمر: "الخرف 2013: أشارت جمعية The hidden voice of loneliness[18] "إلى أن هناك 18862 شخصًا مصابًا بالخرف في شمال إيرلندا.

**تقييم تأثير** - العمر

التخطيط المسبق للرعاية يضمن حصول الأشخاص على فرصة إجراء محادثات واقعية وعملية حول الأمور المهمة لهم، وأخذ رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم في الاعتبار وتسجيلها، إذا اختاروا ذلك. يدعم الأفراد في توفير المزيد من الخيارات والتحكم في القرارات، ويشمل ذلك التخطيط للرعاية والعلاج اللذَين سيتلقاهما في المستقبل. التخطيط المسبق للرعاية من المحتمل أن يكون له تأثير إيجابي في جميع البالغين الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر.

عادةً ما يرتبط التخطيط المسبق للرعاية برعاية آخر مراحل العمر أو الرعاية التلطيفية أو أنه يتعلق بكبار السن فقط. تهدف هذه السياسة إلى تقديم إطار عمل للتخطيط المسبق للرعاية يمتد ليشمل جميع البالغين الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا وأكثر. يهدف هذا النهج إلى تشجيع البالغين من جميع الفئات العمرية ومراحل الحياة على التفكير في احتياجاتهم المستقبلية والتخطيط لها.

في إيرلندا الشمالية، يعتبر الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا أقلية، ويقدر عددهم حاليًا بأقل من ربع السكان (23 في المائة).

لا تشمل هذه السياسة الأطفال والشباب دون سن 18 بشكل مباشر. استند الأساس المنطقي لنطاق السياسة لمن يبلغون 18 عامًا وأكثر إلى المبادئ الأخلاقية للتناسب ومراعاة الجوانب القانونية حيث تختلف الأحكام لمن هم دون سن 18 عامًا عن أولئك الذين تزيد أعمارهم عن 18 عامًا

تم اتخاذ هذا القرار بناءً على اعتبارات قانونية وعملية على النحو المبين أدناه:

من المعلوم أن احتياجات الأطفال والشباب في الفئة العمرية أقل من 18 عامًا تختلف اختلافًا كبيرًا وتتطلب نهجًا مصممًا خصيصًا تحديدًا. يقر أمر الأطفال (لإيرلندا الشمالية) لعام 1995[19]بضرورة إعلام الأطفال بما يحدث لهم، كما ينبغي إتاحة فرص العمل في شراكة مع الأطفال، بقدر ما تسمح به أعمارهم وتطورهم. يشترط أمر الأطفال (لإيرلندا الشمالية) لعام 1995 إيلاء الاعتبار الأول[20] لرفاه الطفل.

---

[16] https://www.nisra.gov.uk/publications/2020-mid-year-population-estimates-northern-ireland.

[17] https://aiihpc.org/wp-content/uploads/2020/10/Palliative-Care-Study-NI-July-2020-V1.2.pdf

[18] (The hidden voice of loneliness (alzheimers.org.uk :Dementia 2013
[19] (The Children (Northern Ireland) Order 1995 (legislation.gov.uk

[20] يُعرّف الشخص الذي يقل عمره عن 18 عامًا على أنه "طفل" بموجب قانون الأطفال لعام 1995 وبموجب القانون الدولي.

بالإضافة إلى ذلك، لا تتماشى أطر التشريعات والممارسات الحالية التي تدعم هذه السياسة مع أحكام الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا. يشترط قانون سن الرشد (لإيرلندا الشمالية) لعام 1969[21] بلوغ الشخص 18 عامًا قبل أن يتمكن من اتخاذ قرارات تعاقدية معينة. وبالمثل، لا يسمح القانون عمومًا لأي شخص يقل عمره عن 18 عامًا بإصدار وصية قانونية.

تتضمن السياسة القرارات المسبقة برفض تلقي العلاج (ADRT). عندما يقوم الشخص بهذا الاختيار، ولكي يصبح ساري المفعول، لا بد أن يكون عمره 18 عامًا أو أكثر ويتمتع بالقدرة على اتخاذ القرار.
تم إقرار إدراج الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 16 و17 عامًا في أجزاء من قانون الأهلية العقلية (2016)، ومع ذلك، يعتمد نطاق السياسة لمن تتراوح أعمارهم بين 18 عامًا وأكثر على المبادئ الأخلاقية للتناسب.

هناك تأثير إيجابي غير مباشر مُحتمل لأولئك الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا، حيث إن السياسة تتضمن بندًا لإدراج المعالين في التخطيط المسبق للرعاية. من المتوقع أن يقدم ذلك فوائد محتملة للأطفال والشباب وكذلك للبالغين المعرضين للخطر، في حالة مرض أحد الوالدين أو القائم على الرعاية الذي أجرى التخطيط المسبق للرعاية أو في حالة فقدانه للأهلية.

من المتوقع أن تستفيد جميع فئات القسم 75 من السكان البالغين (الذين تزيد أعمارهم عن 18 عامًا) من هذه السياسة. يتمثل الهدف الأساسي لهذه السياسة في توسيع نطاق ممارسة التخطيط المسبق للرعاية إلى أكثر من تقديم الرعاية الملطفة ورعاية نهاية العمر بتطبيع محادثات التخطيط المسبق للرعاية، ومن الناحية المثالية، المساعدة في ضمان حدوث مثل هذه المحادثات قبل حدوث أي أزمة مثل التشخيص بمرض خطير.

**تدابير التخفيف/السياسات البديلة** - العمر

كما هو موضح أعلاه، استند الأساس المنطقي لنطاق السياسة لمن هم في عمر 18 عامًا فأكثر إلى المبادئ الأخلاقية للتناسب ومراعاة الجوانب القانونية حيث تختلف الأحكام لمن هم دون سن 18 عامًا عن أولئك الذين تزيد أعمارهم عن 18 عامًا. وُضعت أحكام بديلة للأطفال والشباب الذين يحتاجون إلى تلقي الرعاية التلطيفية في إستراتيجية "توفير رعاية تلطيفية عالية الجودة لأطفالنا"[22]

التي تنص على؛

"سيُخطط للرعاية والدعم، مع مراعاة رغبات واحتياجات الطفل وأسرته، وسيركز على تحقيق المصلحة المثلى للطفل وجودة حياته".

**تعزيز تكافؤ الفرص** - العمر

من أجل تعزيز تكافؤ الفرص، سوف يولى الاهتمام اللازم للحرص على الحفاظ على الحساسية والاحترام تجاه الأشخاص المنتمين إلى جميع الفئات العمرية فيما يتعلق بتنفيذ سياسة التخطيط المسبق للرعاية هذه. ستشمل الإجراءات الاستباقية الترويج للسياسة لدى جميع الفئات العمرية من خلال الرسائل ذات الصلة كجزء من الرسائل الموجهة إلى الجمهور والترويج للسياسة.

## الحالة الاجتماعية

**الأدلة المتوفرة** – الحالة الاجتماعية

توفر بيانات تعداد عام 2011 معلومات عن الحالة الاجتماعية. أظهرت أن ما يقرب من نصف (48 في المائة) الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 16 سنة وما فوق كانوا متزوجين، وأكثر من الثلث (36 في المائة) كانوا غير متزوجين. كان ما يزيد قليلاً عن 1200 شخص (0.1 في المائة) في شراكات مع نفس الجنس مسجلة مدنيًا في مارس/آذار 2011. كان هناك 9.4 في المائة من المقيمين بصفة اعتيادية إما منفصلين أو مطلقين أو كانوا في السابق في شراكة مدنية من نفس الجنس، في حين أن الـ 6.8 في المائة المتبقية كانوا إما أرامل أو لديهم شريك على قيد الحياة.

**تقييم تأثير** – الحالة الاجتماعية

التخطيط المسبق للرعاية يضمن حصول الأشخاص على فرصة إجراء محادثات واقعية وعملية حول الأمور المهمة لهم، وأخذ رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم في الاعتبار وتسجيلها، إذا اختاروا ذلك. يدعم الأفراد في توفير المزيد من الخيارات والتحكم

---

[21] Age of Majority Act (Northern Ireland) 1969 (legislation.gov.uk)

[22] وزارة الصحة، تقديم رعاية تلطيفية عالية الجودة لأطفالنا: A Strategy for Children's Palliative and End of Life Care 2016 – 26

في القرارات، ويشمل ذلك التخطيط للرعاية والعلاج اللذَين سيتلقاهما في المستقبل. التخطيط المسبق للرعاية من المحتمل أن يكون له تأثير إيجابي عام، ولا يُتوقع أن يكون له أي تأثير متباين بناءً على الحالة الاجتماعية.

**تعزيز تكافؤ الفرص** - الحالة الاجتماعية

من أجل تعزيز تكافؤ الفرص، سوف يولى الاهتمام اللازم للحرص على الحفاظ على الحساسية والاحترام تجاه الأشخاص ذوي الحالات الاجتماعية المختلفة فيما يتعلق بتنفيذ سياسة التخطيط المسبق للرعاية هذه. ستشمل الإجراءات الاستباقية الترويج للسياسة لدى الأشخاص ذوي الحالات الاجتماعية المختلفة من خلال الرسائل ذات الصلة كجزء من الرسائل الموجهة إلى الجمهور والترويج للسياسة.
في حالة ظهور دليل على أي تأثيرات مُحتملة، فإنه سيتم بحثها لتحديد وسائل التخفيف المناسبة.

## التوجه الجنسي

**الأدلة المتوفرة** – التوجه الجنسي

من المعلوم أن الأرقام الدقيقة للتوجه الجنسي لعامة السكان غير متوفرة، ويختلف العديد من التقديرات. قدمت وكالة الإحصاء والبحوث في إيرلندا الشمالية (NISRA)، إلى جانب مكاتب التعداد السكاني الأخرى في المملكة المتحدة، مقترحات لمعالجة هذا الأمر في تعداد عام 2021.

في إطار استقصاء Life and Times لعام 2012، أُجريت [23]مقابلات مع 1204 بالغين لتحديد توجهاتهم الجنسية.

- عرّف 98 في المائة من المشاركين أنفسهم على أنهم يميلون إلى الجنس المغاير/مستقيمون،
- 1 في المائة كمثلي/مثلية، و
- أظهر 1 في المائة الإجابة بلا/رفض التصريح.

سجلت الأرقام التي نشرها مكتب الإحصاء الوطني في عام 2010 أن 0.9 في المائة من سكان المملكة المتحدة عرّفوا أنفسهم بأنهم مثليون أو مثليات، في حين عرّف 0.5 في المائة أنفسهم على أنهم مزدوجو الميول الجنسية (قياس الهوية الجنسية: تقرير التقييم[24]). من المحتمل أن تكون الأرقام الحقيقية أعلى بكثير.

تضمنت المرحلتان الأولى والثانية من مشاركات أصحاب المصلحة تعليقات من مجموعات تمثل الأشخاص الذين يُعرفون باسم مجتمع الميم (LGBTQ+). وقد ساعدت نقاط محددة تتعلق بتجارب أشخاص من مجتمع الميم في إفادة التنقيحات الخاصة بمسودة السياسة. وتشمل هذه: الإقرار بأن مفهوم بنية الأسرة التقليدي لا ينطبق دائما؛ المخاوف من أن علاقات مجتمع الميم لا يُعترف بها دائمًا في أماكن الرعاية، والاقتراحات بأن اللغة ينبغي أن تعكس الشمولية.

> "نظرت إلى الأمر من منظور مجتمع الميم ... ومن حيث العوائق التي تواجه المنتمين إلى مجتمع الميم .. المسائل المتعلقة بأفراد الأسرة واتخاذ القرار وظهورهم، وقدرتهم على الظهور في أماكن الرعاية والسلامة والعوائق المحيطة بذلك"

> "بالنسبة إليّ عندما أفكر في شخص من مجتمع الميم، غالبًا ما يكون العائق أن الناس لا يسألون عن التوجهات الجنسية أو الهوية الجنسية ... ولا يُطلب من الناس أن يفعلوا ذلك ... تقع المسؤولية على العميل لكي يظهر نفسه بحيث يتم التعرف عليه تمامًا بالهوية التي هو عليها كما هي".

**تقييم تأثير** – التوجه الجنسي

التخطيط المسبق للرعاية يضمن حصول الأشخاص على فرصة إجراء محادثات واقعية وعملية حول الأمور المهمة لهم، وأخذ رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم في الاعتبار وتسجيلها، إذا اختاروا ذلك. يدعم الأفراد في توفير المزيد من الخيارات والتحكم

---

[23] (Northern Ireland Life and Times Survey 2012 (ark.ac.uk

[24] https://data.gov.uk/dataset/e6033627-3106-47a9-a3fb-4bcaa34c1bcb/measuring-sexual-identity-evaluation-report

في القرارات، ويشمل ذلك التخطيط للرعاية والعلاج اللذَين سيتلقاهما في المستقبل. التخطيط المسبق للرعاية من المحتمل أن يكون له تأثير إيجابي عام، ومن المتوقع أن يكون لهذه السياسة تأثير إيجابي في الأشخاص من مختلف التوجهات الجنسية.

التخطيط المسبق للرعاية سيتيح مناقشة الرغبات، والمعتقدات، والقيم وتوثيقها ومشاركتها للإعلام بالتخطيط المستقبلي، بما في ذلك الرعاية أو الدعم أو العلاج. قد يشمل ذلك، إذا رغب الشخص، الأمور المتعلقة بميوله الجنسية وعلاقاته.
لذلك، يمكن أن يوفر التخطيط المسبق للرعاية الفرصة للأشخاص ذوي التوجهات الجنسية المختلفة لإجراء محادثات مع مقدمي الرعاية أو الدعم أو العلاج. قد يشمل ذلك مشاركة المعلومات حول توجهاتهم الجنسية. وينطوي ذلك على إمكانية تعزيز التفاهم بشكل أكبر بين الأشخاص من مختلف التوجهات الجنسية، وكذلك المساعدة على ضمان أن الأمور المهمة للشخص تنعكس في الرعاية أو الدعم أو العلاج الذي يتلقاه وفقًا لذلك.

قد يُتوقع أيضًا أن تؤثر السياسة بشكل إيجابي في الأشخاص الذين يُعرفون باسم مجتمع الميم (LGBTQ+) والذين قد تكون لديهم بنية أسرية غير تقليدية، حيث ستخلق فرصة أكبر للتعبير عن الاختيار في رعايتهم أو دعمهم أو علاجهم. تستخدم السياسة عن قصد عبارة "الأشخاص المهمون للفرد" لتكون شاملة وتعكس البنيات الأسرية غير التقليدية.

**تعزيز تكافؤ الفرص** - التوجه الجنسي

من أجل تعزيز تكافؤ الفرص، سوف يولى الاهتمام اللازم للحرص على الحفاظ على الحساسية والاحترام تجاه الأشخاص ذوي التوجهات الجنسية المختلفة فيما يتعلق بتنفيذ سياسة التخطيط المسبق للرعاية هذه. ستشمل الإجراءات الاستباقية الترويج للسياسة لدى الأفراد من مختلف التوجهات الجنسية من خلال الرسائل ذات الصلة كجزء من الرسائل الموجهة إلى الجمهور والترويج للسياسة.

سيوضع إطار عمل لتنمية إمكانات التخطيط المسبق للرعاية لدعم توفير التدريب والتعليم. ويهدف هذا إلى تمكين مقدمي الدعم للأشخاص في تخطيطهم المسبق للرعاية، من الممارسة بطريقة تتمركز على الشخص وتدعم حق الشخص في اتخاذ الخيارات والقرارات حتى إذا كانت مختلفة عن تلك الخاصة بمقدم الرعاية والدعم.

## الجنس

**الأدلة المتوفرة** - نوع الجنس

أظهرت بيانات التعداد السكاني لعام 2011 أن 49 في المائة من جميع المقيمين بصفة اعتيادية في إيرلندا الشمالية من الذكور، وأن 51 في المائة من السكان إناث. بالإضافة إلى ذلك، تم تحديد عدد صغير على أنه ليس ذكرًا ولا أنثى أو كليهما.

**تقييم تأثير** - نوع الجنس

التخطيط المسبق للرعاية يضمن حصول الأشخاص على فرصة إجراء محادثات واقعية وعملية حول الأمور المهمة لهم، وأخذ رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم في الاعتبار وتسجيلها، إذا اختاروا ذلك. يدعم الأفراد في توفير المزيد من الخيارات والتحكم في القرارات، ويشمل ذلك التخطيط للرعاية والعلاج اللذَين سيتلقاهما في المستقبل. التخطيط المسبق للرعاية من المحتمل أن يكون له تأثير إيجابي عام، ولا يُتوقع أن يكون له أي تأثير متباين بناءً على نوع الجنس.

ومن المُتوقع أن تؤثر هذه السياسة تأثيرًا إيجابيًا في الأشخاص من مختلف الهويات الجنسية. التخطيط المسبق للرعاية سيتيح مناقشة الرغبات، والمعتقدات، والقيم وتوثيقها ومشاركتها للإعلام بالتخطيط المستقبلي، بما في ذلك الرعاية أو الدعم أو العلاج. قد يشمل ذلك، إذا رغب الشخص، أمورًا تتعلق بهويته الجنسية.

التخطيط المسبق للرعاية يمكن أن يوفر فرصة للأشخاص من مختلف الهويات الجنسية لإجراء محادثات مع مقدمي الرعاية أو الدعم أو العلاج. وينطوي ذلك على إمكانية تعزيز التفاهم بشكل أكبر بين الأشخاص من مختلف الهويات الجنسية

**تعزيز تكافؤ الفرص** - نوع الجنس

من أجل تعزيز تكافؤ الفرص، سوف يولى الاهتمام اللازم للحرص على الحفاظ على الحساسية والاحترام تجاه الأشخاص من جميع الهويات الجنسية فيما يتعلق بتنفيذ سياسة التخطيط المسبق للرعاية هذه. ستشمل الإجراءات الاستباقية الترويج للسياسة لدى الأفراد ذوي الهويات الجنسية المختلفة من خلال الرسائل ذات الصلة كجزء من الرسائل الموجهة إلى الجمهور والترويج للسياسة.

سيوضع إطار عمل لتنمية إمكانات التخطيط المسبق للرعاية لدعم توفير التدريب والتعليم. ويهدف هذا إلى تمكين مقدمي الدعم للأشخاص في تخطيطهم المسبق للرعاية، من الممارسة بطريقة تتمركز على الشخص وتدعم حق الشخص في اتخاذ الخيارات والقرارات حتى إذا كانت مختلفة عن تلك الخاصة بمقدم الرعاية والدعم.

الإعاقة

**الأدلة المتوفرة** - الإعاقة

في عام 2011، أظهرت بيانات التعداد أن ما يزيد قليلاً عن واحد من كل خمسة من السكان المقيمين بصفة اعتيادية (21 في المائة) مصاب بمشكلة صحية طويلة الأمد أو إعاقة؛ ما يحد مزاولته لأنشطته اليومية. كانت أكثر الحالات الصحية طويلة الأمد شيوعًا بين السكان المقيمين بصفة اعتيادية هي:

- مشكلة في الحركة أو المهارات (11 في المائة)؛
- الشعور بالألم أو الانزعاج طويل الأمد (10 في المائة)؛
- ضيق في التنفس أو صعوبة في التنفس (8.7 في المائة)؛
- مرض مزمن (6.5 في المائة)؛ و
- حالة صحية عاطفية أو نفسية أو عقلية (5.8٪).

شملت المشاركة المبكرة لأصحاب المصلحة التشاور مع كبير مفوضي شؤون المساواة وموظفين من لجنة المساواة لإيرلندا الشمالية. تمت الإشارة إلى أهمية اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (UNCRPD) مع الإشارة بصورة خاصة إلى المادة 12 (الاعتراف بهم على قدم المساواة أمام القانون) والمادة 25 (الصحة)، وكذلك التعليق العام رقم 1 للجنة الأمم المتحدة حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التي توضح متطلبات المادة 12[25].

من المعروف أن الأشخاص ذوي الإعاقة ليسوا مجموعة متجانسة. أُشير إلى نقاط محددة تتعلق بالاحتياجات المختلفة للأشخاص ذوي الإعاقات المختلفة أثناء مشاركات أصحاب المصلحة.

كان أحد الأمثلة عن اختلاف وسائل دعم التواصل اللازمة للأفراد في مجتمع الصم.

> "غالبًا ما يكون الافتراض الأول أن الشخص سيكون مستخدمًا للغة الإشارة وسيحتاج إلى مترجم فوري، ولكن لا ينطبق هذا على غالبية الصم الذين يقرؤون الشفاه. من المهم التعرف على تفضيلات التواصل".

> "الشيء الأكثر أهمية هو أن المعلومات يجب أن تكون بتنسيق لغة الإشارة البريطانية ولغة الإشارة الإيرلندية... وتوفير الوصول إليها على موقع الويب بكلا التنسيقين ... سيكون دعم أنشطة الدعوة مهمًا أيضًا ... استخدم السيناريوهات ... للشرح"

كما ظهرت اختلافات في مستويات الوعي بمفهوم التخطيط المسبق للرعاية بين فئات الإعاقة المختلفة أثناء ارتباطات أصحاب المصلحة؛

> هؤلاء الذين يعانون من صعوبات التعلم والأشخاص المهمون للأفراد الذين يعانون من صعوبات في التعلم لديهم خبرة في التخطيط للرعاية المستقبلية "التخطيط المتمركز على الشخص ليس جديدًا في عالم صعوبات التعلم .. إنه أمر نقوم به كل يوم"

كان هذا على النقيض من تعليقات بعض أعضاء مجتمع الصم؛

> "توفير التخطيط الهادف المتمركز على الشخص للجميع. - هو مفهوم جديد على مجتمع الصم "

[25] https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement

**تقييم تأثير** - الإعاقة

التخطيط المسبق للرعاية يضمن حصول الأشخاص على فرصة إجراء محادثات واقعية وعملية حول الأمور المهمة لهم، وأخذ رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم في الاعتبار وتسجيلها، إذا اختاروا ذلك. يدعم الأفراد في توفير المزيد من الخيارات والتحكم في القرارات، ويشمل ذلك التخطيط للرعاية والعلاج اللذَين سيتلقاهما في المستقبل. التخطيط المسبق للرعاية من المحتمل أن يكون له تأثير إيجابي عام، ومن المتوقع أن يكون لهذه السياسة تأثير إيجابي في الأشخاص الذين لديهم إعاقة.

التخطيط المسبق للرعاية سيتيح مناقشة الرغبات، والمعتقدات، والقيم وتوثيقها ومشاركتها للإعلام بالتخطيط المستقبلي، بما في ذلك الرعاية أو الدعم أو العلاج. قد يشمل ذلك، إذا رغب الشخص، الأمور المتعلقة بإعاقته. لذلك، يمكن أن يوفر التخطيط المسبق للرعاية الفرصة للأشخاص ذوي الإعاقة لمشاركة معلومات مع مقدمي الرعاية أو الدعم أو العلاج.

وينطوي ذلك على إمكانية تعزيز تفهم احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، بالإضافة إلى المساعدة في ضمان حصولهم على فرصة أكبر للاختيار والتحكم في رعايتهم أو دعمهم أو علاجهم. من المتوقع أن تساعد السياسة في ضمان احترام معتقدات الأشخاص وقيمهم، ومن ثم ينعكس ذلك في الرعاية أو الدعم أو العلاج الذي يتلقونه.

قد يُتوقع أيضًا أن تؤثر السياسة بشكل إيجابي في الأشخاص الذين يُعرفون باسم مجتمع الميم (LGBTQ+) والذين قد تكون لديهم بنية أسرية غير تقليدية، حيث ستخلق فرصة أكبر للتعبير عن الاختيار في رعايتهم أو دعمهم أو علاجهم.

**تعزيز تكافؤ الفرص** - الإعاقة

من أجل تعزيز تكافؤ الفرص، سوف يولى الاهتمام اللازم للحرص على الحفاظ على الحساسية والاحترام تجاه الاحتياجات الخاصة للأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بتنفيذ سياسة التخطيط المسبق للرعاية هذه. عند ظهور الاحتياجات المحددة للأشخاص ذوي الإعاقات المختلفة، ستخضع هذه الاحتياجات للدراسة لتحديد وسائل التخفيف المناسبة، كما كان يحدث أثناء مشاركات أصحاب المصلحة.

ستشمل الإجراءات الاستباقية الترويج للسياسة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة المختلفة من خلال الرسائل ذات الصلة كجزء من الرسائل الموجهة إلى الجمهور والترويج للسياسة.
سنعمل باستمرار مع الأشخاص ذوي الإعاقة لضمان تقديم السياسة في تنسيقات سهلة الفهم وتلبية الاحتياجات المتعددة في التنفيذ.

سيوضع إطار عمل لتنمية إمكانات التخطيط المسبق للرعاية لدعم توفير التدريب والتعليم. ويهدف هذا إلى تمكين مقدمي الدعم للأشخاص في تخطيطهم المسبق للرعاية، من الممارسة بطريقة تتمركز على الشخص وتدعم حق الشخص في اتخاذ الخيارات والقرارات حتى إذا كانت مختلفة عن تلك الخاصة بمقدم الرعاية والدعم.

## المعالون

**الأدلة متوفرة** - المعالون

في عام 2011، كان ثلث الأسر في إيرلندا الشمالية (34 في المائة) يحتوى على أطفال معالين، مسجلاً انخفاضًا عن نسبة 36 في المائة في عام 2001. 40 في المائة من الأسر (أي الخمسان) لديها شخص واحد على الأقل يعاني من مشكلة صحية طويلة الأمد أو إعاقة، وتشكل الأسر التي لديها أطفال معالون (9.2 في المائة) من هؤلاء، والأسر التي ليس لديها أطفال معالون (31 في المائة).
في مارس/آذار 2011، كان 5.8 في المائة من الأسر تضم أطفالاً معالين مع عدم وجود بالغين يعملون في وظيفة.

في تعداد عام 2011، كان 214000 شخص في إيرلندا الشمالية يقدمون شكلاً من أشكال الرعاية غير مدفوعة الأجر؛ أي ما يعادل واحدًا من كل ثمانية من السكان في إيرلندا الشمالية (12 في المائة). ويسجل هذا زيادة قدرها 16 في المائة مقارنةً بعدد 185066 فردًا في عام 2001.
تُظهر الأرقام أن: أكثر من نصف مقدمي الرعاية غير مدفوعي الأجر (122000، 57٪) كانوا يقدمون الرعاية لمدة تتراوح بين 1 و19 ساعة في الأسبوع، بينما كان 35000 (17٪) يقدمون الرعاية لمدة 20-49 ساعة في الأسبوع. وما يزيد قليلاً عن الربع (56000، (26) في المائة) كانت لديهم مسؤوليات تقديم الرعاية لمدة 50 ساعة أو أكثر في الأسبوع.

باستخدام تقديرات تعداد السكان لمنتصف عام 2017، والتي تُظهر زيادة بنسبة 3٪ في تعداد السكان منذ عام 2011، من المحتمل أن يكون هناك نحو 220000 شخص في إيرلندا الشمالية يقومون بدور في تقديم شكل من أشكال الرعاية [26].

أشار تقرير حديث نشرته منظمة Carers UK في أكتوبر 2020 إلى أن[27] هناك 212000 وظيفة غير مدفوعة الأجر في إيرلندا الشمالية، وتشير التقديرات إلى أن جائحة مرض فيروس كورونا (COVID-19) أدت إلى إضافة 98000 فرد جديد يحتاجون إلى الرعاية في إيرلندا الشمالية. استنادًا إلى التوقعات السكانية، تشير منظمة Carers UK إلى أنه يوجد حاليًا ما يصل إلى 310000 من مقدمي الرعاية غير مدفوعي الأجر في إيرلندا الشمالية[28].

أُثير إدراج بند المعالين في التخطيط المسبق للرعاية في عدد من مشاركات أصحاب المصلحة. كان هذا مصدر قلق خاص لآباء بالغين معرضين للخطر، وقد ذكروا أن رعاية أطفالهم كانت السبب الرئيسي للمشاركة في التخطيط المسبق للرعاية.

> "يوجد جزءان مختلفان للعمل عليهما .. لكل واحد منا محادثاته الخاصة بالتخطيط المسبق للرعاية.... وبعد ذلك، ماذا عن الشخص البالغ الآخر الذي أتحمل مسؤولية تجاهه، والذي أحبه وأريد الأشياء الصالحة لأجله؟"

تم الإقرار بهذه المشكلة وتضمنت مسودة السياسة المنقحة نموذجًا لمقومات التخطيط المسبق للرعاية الذي تضمن عنصرًا تحت المقوم "الشخصي" لاحتساب المعالين في التخطيط المسبق للرعاية للشخص.

**تقييم تأثير** - المعالون

التخطيط المسبق للرعاية يضمن حصول الأشخاص على فرصة إجراء محادثات واقعية وعملية حول الأمور المهمة لهم، وأخذ رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم في الاعتبار وتسجيلها، إذا اختاروا ذلك. يدعم الأفراد في توفير المزيد من الخيارات والتحكم في القرارات، ويشمل ذلك التخطيط للرعاية والعلاج اللذَين سيتلقاهما في المستقبل. التخطيط المسبق للرعاية من المحتمل أن يكون له تأثير إيجابي عام.

قد تؤثر السياسة بشكل إيجابي في الأشخاص المعيلين؛ لأنها ستتيح أن تشمل محادثات التخطيط المسبق للرعاية رغبات الشخص ومشاعره ومعتقداته وقيمه فيما يتعلق بمن يعولهم. ولا يُتوقع أن يمثل هذا ضررًا لمن ليس لديهم معالون.

**تعزيز تكافؤ الفرص** - المعالون

من أجل تعزيز تكافؤ الفرص، سوف يولى الاهتمام اللازم للحرص على الحفاظ على الحساسية والاحترام تجاه الاحتياجات الخاصة للأشخاص الذين يتحملون مسؤوليات الرعاية فيما يتعلق بتنفيذ سياسة التخطيط المسبق للرعاية هذه. ستشمل الإجراءات الاستباقية الترويج للسياسة لدى الأفراد الذين يتحملون مسؤوليات الرعاية من خلال الرسائل ذات الصلة كجزء من الرسائل الموجهة إلى الجمهور والترويج للسياسة. ستيسَّر إجراءات التدريب والتعليم للموظفين والتي قُدمت كنتيجة لتنفيذ السياسة احتياجات أولئك الذين يتحملون مسؤوليات رعاية.

**تعدد الهويات**

**الأدلة المتوفرة** - تعدد الهويات

من الصعب تحديد المدى الكامل للتأثيرات في الأشخاص متعددي الهويات حتى وضع تخطيط تنفيذ السياسة مع تقديم الإجراءات المفصلة.

**تقييم تأثير** – تعدد الهويات

---

[26] Carers in Northern Ireland: Some key statistics - Research Matters (assemblyresearchmatters.org)

[27] Caring behind closed doors: six months on The continued impact of the coronavirus (COVID-19) pandemic on unpaid carers, Carers UK October 2020 (Caring_behind_closed_doors_Oct20.pdf (carersuk.org

[28] Carers Week (2020) Carers Week Research Report CW_2020_Research_Report_WEB.pdf (carersuk.org)

التخطيط المسبق للرعاية يضمن حصول الأشخاص على فرصة إجراء محادثات واقعية وعملية حول الأمور المهمة لهم، وأخذ رغباتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم وقيمهم في الاعتبار وتسجيلها، إذا اختاروا ذلك. يدعم الأفراد في توفير المزيد من الخيارات والتحكم في القرارات، ويشمل ذلك التخطيط للرعاية والعلاج اللذَين سيتلقاهما في المستقبل. التخطيط المسبق للرعاية من المحتمل أن يكون له تأثير إيجابي عام، ولا يُتوقع أن يكون له أي تأثير متباين بناءً في تعدد الهويات. نظرًا للطبيعة المتمركزة على الشخص لنهج التخطيط المسبق للرعاية الذي ستدعمه السياسة، من المتوقع أن تكون هناك تأثيرات إيجابية كبيرة في الأشخاص من هذه الفئة.

**تعزيز تكافؤ الفرص** - تعدد الهويات

من أجل تعزيز تكافؤ الفرص، سوف يولى الاهتمام اللازم للحرص على الحفاظ على الحساسية والاحترام تجاه الأشخاص من ذوي الهويات المتعددة فيما يتعلق بتنفيذ سياسة التخطيط المسبق للرعاية هذه. في حالة ظهور دليل على أي تأثيرات مُحتملة، فإنه سيتم بحثها لتحديد وسائل التخفيف المناسبة.

## حقوق الإنسان

| مواد (الاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان(ECHR)/قانون حقوق الإنسان (HRA) لعام 1998) | تأثير إيجابي | تأثير سلبي = يتداخل مع حقوق الإنسان أو تقييدها | تأثير محايد |
|---|---|---|---|
| المادة 2 – الحق في الحياة | ☑ | | |
| لمادة 3 – الحق في عدم التعرض للتعذيب، أو المعاملة أو العقوبة غير الإنسانية أو المهينة | ☑ | | |
| المادة 4 – الحق في التحرر من العبودية، والسخرة، والعمل الجبري | | | ☑ |
| المادة 5 - الحق في الحرية والأمن الشخصي | | | ☑ |
| المادة 6 - الحق في محاكمة عادلة وعلنية في غضون فترة زمنية معقولة | | | ☑ |
| المادة 7 - الحق في التحرر من قانون العقوبات بأثر رجعي وعدم فرض عقوبة إلا بنص قانون. | | | ☑ |
| المادة 8 - الحق في احترام الحياة الخاصة والأسرية، والمنزل، والمراسلات. | ☑ | | |
| المادة 9 - الحق في حرية الفكر، والوجدان، والديانة | ☑ | | |
| المادة 10 - الحق في حرية التعبير | ☑ | | |
| المادة 11 - الحق في حرية التجمع وتكوين الجمعيات | | | ☑ |
| المادة 12 - الحق في الزواج وتكوين أسرة | | | ☑ |
| المادة 14 - حظر التمييز في التمتع بالحقوق المنصوص عليها في الاتفاقية | ☑ | | |
| المادة الأولى من البروتوكول الأول - الحق في التمتع السلمي بالممتلكات وحماية الممتلكات | ☑ | | |
| المادة الأولى من البروتوكول الثاني - الحق في الحصول على التعليم | | | ☑ |
| **المادة -** اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (UNCRPD) | **تأثير إيجابي** | **التأثير السلبي = التعارض مع حقوق الإنسان أو تقييدها** | **تأثير محايد** |
| المادة 12 (المساواة أمام القانون) | ☑ | | |
| المادة 25 (الصحة) من اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة | ☑ | | |

## العلاقات الجيدة

عرّفت لجنة المساواة "العلاقات الجيدة" على أنها: "نمو علاقات وكيانات في إيرلندا الشمالية تعترف بالسياق الديني والسياسي والعرقي لهذا المجتمع، وتسعى إلى تعزيز الاحترام والمساواة والثقة، واحتضان التنوع بجميع أشكاله".[29]

[29] www.equalityni.org/ECNI/media/ECNI/Publications/Employers%20and%20Service%20Providers/Public%20Authorities/Good_Relations_Public-Authorities-Summary_Guide.pdf

قد يكون لسياسة التخطيط المسبق للرعاية تأثير إيجابي غير مباشر في العلاقات الجيدة بين الأشخاص ذوي المعتقدات الدينية المختلفة، والأشخاص ذوي الآراء السياسية المختلفة، أو الأشخاص من مختلف المجموعات العرقية. التخطيط المسبق للرعاية سيتيح مناقشة الرغبات، والمعتقدات، والقيم وتوثيقها ومشاركتها للإعلان عن التخطيط المستقبلي، بما في ذلك الرعاية أو الدعم أو العلاج. قد يوفر هذا فرصة للأشخاص من مختلف الآراء، والمعتقدات، والخلفيات الثقافية لإجراء محادثات. وينطوي ذلك على إمكانية تعزيز التفاهم بشكل أكبر بين الأشخاص.

تدعم السياسة إطارًا من الإمكانات لمقدمي الرعاية، أو الدعم، أو العلاج. ويهدف هذا إلى تمكين مقدمي الدعم للأشخاص في تخطيطهم المسبق للرعاية، من الممارسة بطريقة تتمركز على الشخص وتدعم حق الشخص في اتخاذ الخيارات والقرارات حتى إذا كانت مختلفة عن تلك الخاصة بمقدم الرعاية والدعم.

## الخلاصة

استخدمَ تقييم تأثير المساواة (EQIA) الأدلة المتاحة لمراعاة فئات المساواة التسعة. وقد
تبين أنه من المحتمل أن يكون للتخطيط المسبق للرعاية تأثير إيجابي في جميع البالغين الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر. وُضعت أحكام بديلة للأطفال والشباب الذين يحتاجون إلى تلقي الرعاية التلطيفية في إستراتيجية "توفير رعاية تلطيفية عالية الجودة لأطفالنا"[30]

[30] A Strategy for Children's Palliative and End of Life Care :Department of Health, Providing High Quality Palliative Care for Our Children 2016 – 26

## ترتيبات المراقبة والمراجعة

### المراقبة المُقترحة

سوف يوضع إطار عمل جديد للنتائج لقياس نتائج السياسة.
سيتم التعامل مع أي تأثيرات محتملة لعمليات تطوير الخدمات أو المشاريع أو السياسة التي يتم إجراؤها بهدف الوفاء بتنفيذ السياسة، حسب الاقتضاء، على مستوى تطوير الخدمة أو المشروع أو السياسة الفردية.

### تصميم مشترك/إنتاج مشترك

سيُعتمد على مجموعة الشركاء المتطوعين المعينين بالشراكة مع مجلس المرضى والعملاء لدعم أنشطة الإنتاج المشترك/التصميم المشترك في مراحل مختلفة من برنامج عمل التخطيط المسبق للرعاية. مع تقدم وضع السياسة وتنفيذها، ستتاح لهؤلاء الشركاء المتطوعين الفرصة للمساهمة في المجالات التالية:

- تشكيل كيفية وضع التخطيط المسبق للرعاية موضع التنفيذ؛ لضمان إتاحة الفرصة للجميع لإجراء محادثات التخطيط المسبق للرعاية.
- تشكيل التدريب والتعليم للأفراد ومجموعات المتخصصين التي تقدم الرعاية والدعم.
- المساعدة في تطوير الرسائل الموجهة إلى الجمهور - لضمان أن يعرف الجميع ما هو التخطيط المسبق للرعاية ويفهم سبب كونه أمرًا مهمًا ينبغي على جميع البالغين، في أي مرحلة من حياتهم، التفكير فيه.
- مراجعة برنامج عمل التخطيط المسبق للرعاية والفرق الذي أحدثه للأشخاص من خلال وضع طرق لقياس نتائج السياسة وتأثيرها، وتنفيذها والاتفاق عليها.

سينصب التركيز الأولي على تطوير رسائل موجهة إلى الجمهور حول سياسة التخطيط المسبق للرعاية لدعم إطلاق التشاور العام.

### التخطيط المسبق للرعاية إطار الإمكانات

سيوضع إطار عمل لتنمية إمكانات التخطيط المسبق للرعاية بالشراكة مع المدربين لدعم توفير التدريب والتعليم لمقدمي الرعاية، والدعم، والعلاج. سيعزز إطار الإمكانات المتفق عليه برنامج التدريب والتعليم الذي سيُوضع لدعم تنفيذ سياسة التخطيط المسبق للرعاية.