



وزارة الصحة

الإستراتيجية الوطنية لإعادة التأهيل ٢٠٢٠-٢٠٢٤

الأردن

JOR

.....

٢٠٢٠

تتقدم وزارة الصحة الأردنية بالشكر الجزيل لمكتب منظمة الصحة العالمية في الأردن على دعمه لإنجاز «الإستراتيجية الوطنية لإعادة التأهيل في الأردن ٢٠٢٠-٢٠٢٤».



وزارة الصحة الأردنية

الإستراتيجية الوطنية لإعادة التأهيل

وزارة الصحة
٢٠٢٠-٢٠٢٤



جلالة الملك عبدالله الثاني ابن الحسين المعظم



حضرة صاحب السمو الملكي
الأمير الحسين بن عبد الله الثاني ولي العهد المعظم

« المحتوى

١١	تقديم
١٢	١. مقدمة
١٤	٢. إعادة التأهيل
١٤	٢.١ مفاهيم إعادة التأهيل التي تسترشد بها خطة الأردن الاستراتيجية لإعادة التأهيل
١٥	٢.٢ احتياجات إعادة التأهيل
١٦	٢.٣ أهمية إعادة التأهيل
١٦	٣. وضع إعادة التأهيل في الأردن
١٦	٣.١ إعادة التأهيل في الأردن
١٩	٣.٢ الروابط بين خطة إعادة التأهيل الاستراتيجية والسياسات الأخرى
٢٠	٣.٣ أولويات لتعزيز إعادة التأهيل
٢٣	٣.٤ إطار عمل للتطوير المستقبلي لإعادة التأهيل في الأردن
٢٤	٤. الخطة الاستراتيجية ٢٠٢٤-٢٠٢٠
٢٤	الرؤية
٢٤	الهدف
٢٤	الأهداف الإستراتيجية ومجالات التدخل
٢٥	٥. إطار التنفيذ
٣٦	٥.١ مراقبة الخطة الاستراتيجية وتقييمها ومراجعتها
٣٧	٥.٢ إطار رصد الخطة الاستراتيجية للتأهيل
٣٩	٥.٣ تنفيذ وتقييم الخطة الاستراتيجية

الاختصارات

التأهيل المجتمعي	CBR
اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة	CRPD
منظمة الأشخاص ذوي الإعاقة	DPO
حزمة الخدمات الصحية الأساسية	EHSP
المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة	HCD
المجلس الصحي العالي	HHC
الأمراض غير المعدية	NCD
وزارة التربية والتعليم	MoE
وزارة الصحة	MoH
وزارة التنمية الاجتماعية	MoSD
العلاج الوظيفي	OT
العلاج الطبيعي	PT
الجوائر والأطراف الاصطناعية	P & O
الخدمات الطبية الملكية	RMS
أهداف التنمية المستدامة	SDG
إجراءات التشغيل القياسية	SOP
التغطية الصحية الشاملة	UHC
منظمة الصحة العالمية	WHO

« تقديم

تُعد خدمات إعادة التأهيل اليوم جزءاً لا يتجزأ من خدمات التغطية الصحية الشاملة، وهذا يعكس أهمية النقطتين التاليتين: أولاً النهج متعدد التخصصات في تقديم خدمات التأهيل والذي يضمن بدوره عملية متكاملة من التشخيص إلى وضع الخطة العلاجية ثم المتابعة لتحقيق أفضل النتائج من حيث جودة الحياة. والنقطة الثانية هي التكامل بين تخصص إعادة التأهيل والتخصصات الأخرى لتحقيق أفضل نتائج علاجية وتقليل الخسائر المتعلقة بالوقت والمال.

تُعد المملكة الأردنية الهاشمية من أولى الدول في المنطقة التي اعتمدت أدوات منظمة الصحة العالمية لتطوير استراتيجية وطنية لإعادة التأهيل. وتم إطلاق منصة لإعادة التأهيل بدعم من منظمة الإنسانية والدمج. تضمنت هذه العملية التقييم المنهجي لوضع إعادة التأهيل (STARS)، تلاها تطوير التوجيهات المتعلقة بإعادة التأهيل (GRASP) ثم تطوير إطار التقييم والرصد (FRAME)، وانتهاءً بتطوير الاستراتيجية.

تُسلط هذه الاستراتيجية الضوء على الدور المحوري الذي تلعبه وزارة الصحة في تقديم خدمات التأهيل ودمج خدمات إعادة التأهيل في الخدمات الأولية والثانوية والمتخصصة والجانب المهم الآخر هو اعتماد القوانين والممارسات والقواعد لتعزيز حوكمة إعادة التأهيل، وكذلك تنظيم التكنولوجيا المساعدة لضمان توفير خدمات إعادة التأهيل بجودة عالية. علاوة على ذلك، تُركز الاستراتيجية على بناء القدرات وتدريب المتخصصين في إعادة التأهيل.

نود أن نشكر منظمة الصحة العالمية ومنظمة الإنسانية والدمج وجميع من ساهم في تطوير هذه الاستراتيجية.

آمل أن يساهم التطبيق الكامل لهذه الاستراتيجية في تقليل العبء الاقتصادي للأمراض غير المعدية والشيخوخة وحوادث المرور والاضطرابات العصبية والعضلية الهيكلية على الأردنيين وغير الأردنيين لضمان توفير خدمات إعادة تأهيل عادلة .

نسأل الله تعالى أن يوفقنا جميعاً لخدمة هذا البلد تحت القيادة الهاشمية لجلالة الملك عبد الله الثاني بن الحسين.

وزير الصحة
الدكتور سعد جابر



« ١. المقدمة

كذلك -وفي حدود بسيطة- تقدم هذه الخدمات ضمن النظام التعليمي تحت إشراف وزارة التربية والتعليم. علاوة على ذلك ، يقدم القطاع غير الحكومي بعض خدمات التأهيل والتكنولوجيا المساعدة مع التركيز على سد الفجوة على المستوى المجتمعي ، مثل تغطية ما يربو على عشرة مراكز تأهيل مجتمعي [٤] تتوزع في مخيمات اللاجئين الفلسطينيين في الأردن.

في عام ٢٠١٨، وافقت وزارة الصحة على إجراء تقييم شامل لإعادة التأهيل في القطاع الصحي بعد الإجراءات المنسقة للجهات الفاعلة الرئيسية العاملة في قطاع إعادة التأهيل في الأردن. قدمت منظمة الصحة العالمية ومنظمة الإنسانية والدمج المساعدة في هذه العملية و التي صيغت من خلال تطوير منظمة الصحة العالمية لحزمة «إعادة التأهيل في النظم الصحية - دليل العمل» [٥]. وبالتالي أصبح الأردن من أوائل الدول التي قامت بتوظيف دليل العمل هذا لتنفيذ التقييم المنهجي لوضع إعادة التأهيل (STARS)؛ وذلك خلال الفترة ما بين أيار وأيلول من عام ٢٠١٨. وافقت وزارة الصحة على التقرير الخاص بهذا التقييم في بداية عام ٢٠١٩ [٦].

عقدت ورشة عمل التخطيط الاستراتيجي في تموز عام ٢٠١٩ بنجاح، وتم إصدار المسودة الأولى للخطة الاستراتيجية. والتي خضعت لاحقا للتشاور خلال ورشة عمل عقدت في تشرين الثاني من نفس العام؛ للإجماع عليها حيث تمت مناقشة بنود الخطة الاستراتيجية وإطار الرصد والتقييم بالمؤشرات الخاص بها و وضع المسات الأخيرة عليها..

إعادة التأهيل هي خدمة صحية أساسية
تُعنى بالأشخاص الذين يعانون من طيف واسع من الحالات الصحية والإعاقات على اختلاف فئاتهم العمرية ، وخلال جميع مراحل رعايتهم [١]. أصبحت إعادة التأهيل خدمة صحية متزايدة الأهمية في ضوء شيخوخة السكان والانتشار المتزايد للأمراض المزمنة وغير المعدية (NCD) [٢]. علاوة على ذلك ، فإن التوسع الحاصل في الوصول إلى تدخلات الرعاية الصحية يظهر معه الحاجة إلى إعادة التأهيل لزيادة فعالية هذه التدخلات وتأثيرها [٣]. ومع ذلك ، في الوقت الحالي، تتجاوز الحاجة إلى إعادة التأهيل على مستوى العالم إلى حد كبير توافرها، وهذا هو الحال أيضًا في الأردن. إن توفير خدمات التأهيل التي يمكن الوصول إليها بسهولة وبأسعار معقولة يعتبر أمراً ضرورياً لتحقيق أهداف التغطية الصحية الشاملة وكذلك هدف التنمية المستدامة (SDG) الثالث؛ «ضمان حياة صحية وتعزيز الرفاه للجميع في جميع الأعمار». إن الأردن ملتزم بتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام ٢٠٣٠.

قادت وزارة الصحة في الأردن عملية تطوير إعادة التأهيل لأكثر من ٣٥ عاماً، حيث أن لديها قوة عاملة متنوعة و راسخة. وتقدّم حالياً من خلال الوزارة وبالتعاون مع الخدمات الطبية الملكية والقطاع الخاص؛ معظم خدمات إعادة التأهيل في المملكة. كما يوفر مستشفى جامعيان هما: مستشفى الجامعة الأردنية ومستشفى الملك عبد الله المؤسس خدمات للتأهيل أيضاً. بالإضافة إلى القطاع الصحي، تقدّم خدمات التأهيل في مراكز الإعاقة والرعاية الاجتماعية تحت إدارة وزارة التنمية الاجتماعية

¹ WHO (2017). "Rehabilitation in Health Systems". World Health Organization, Geneva, Switzerland.

² WHO (2017). "Rehabilitation: key for health in the 21st century". Background Paper for the WHO Rehabilitation 2030 Meeting. World Health Organization. 2017.

³ WHO (2017). Rehabilitation in Health Systems. World Health Organization, Geneva, Switzerland.

⁴ These centres were previously run by UNRWA but are now managed as civil society run centres, supported partially by UNRWA.

⁵ WHO (2019). Rehabilitation in health systems: guide for action, Geneva, World Health Organization, Switzerland.

⁶ Ministry of Health Jordan, WHO and Humanity and Inclusion (2018). A Situation Assessment of Rehabilitation in Jordan.

الجدول ١: إعادة التأهيل في النظم الصحية - دليل للعمل.

عملية التخطيط الاستراتيجي في عام ٢٠١٩، و هذا تضمن إجراء مشاورات واسعة وعقد ورش عمل فنية و ورشة عمل نهائية في نهاية عام ٢٠١٩ للتحقق من فعالية الخطة الموضوعية. تم الاتفاق على إطار التنفيذ مع الأخذ بعين الاعتبار المؤشرات الرئيسية ونظام المراقبة. يقترح دليل العمل لمنظمة الصحة العالمية منهجية من أربع مراحل رئيسية، بحيث يمكن تكييفها واستخدامها بمرونة حسب حالة كل دولة.

أطلقت منظمة الصحة العالمية في عام ٢٠١٧ مبادرة «نداء للعمل» الهادفة لتشجيع زيادة خدمات التأهيل في الأنظمة الصحية، تمخض عنها تطوير دليل لمساعدة البلدان في تعزيز خدمات إعادة التأهيل تحت مسمى «إعادة التأهيل في النظم الصحية: دليل للعمل»؛ استخدم الأردن هذا الدليل ومنهجيته في تطوير استراتيجية التأهيل ٢٠٢٠-٢٠٢٤، حيث تم في بداية عام ٢٠١٨ تقييم وضع خدمات التأهيل (STARS)، ثم تم إجراء



الخاص؛ مشجعة جميعا على دعم الاستراتيجية، وسيتم التنسيق فيما يتعلق بالتدخلات الرئيسية ذات التأثير الوطني مثل جمع البيانات وتدريب الكوادر و بوتوكولات العلاج و إنتاج الأجهزة المساعدة وتوفيرها و شرائها، غيرها من الأمور ذات الأهمية..

تقع الخطة الاستراتيجية للتأهيل على عاتق وزارة الصحة و تهدف إلى تعزيز القيادة و حوكمة التأهيل و زيادة قدرة الوصول إلى خدمات إعادة التأهيل للأشخاص الذين يحتاجون ذلك في الأردن. إن الأنظمة الصحية العامة الأخرى كالخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية وكذلك القطاع

« ٢. إعادة التأهيل

١.٢ مفاهيم إعادة التأهيل التي تسترشد بها

«الخطة الاستراتيجية لإعادة التأهيل» في الأردن

تتماشى المفاهيم مع توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن إعادة التأهيل في النظم الصحية [٧].

إعادة التأهيل تتمحور حول الوظيفية:

تُعنى إعادة التأهيل بتأثير الحالة الصحية على حياة الشخص من خلال تحسين الأداء و الحفاظ عليه والحد من تأثير الإعاقة. ويتم ذلك من خلال تركيز قوي على تعليم و تمكين الأشخاص من التعامل مع حالتهم الصحية والتكيف معها والبقاء في حالة نشاط. يقوم جوهر التأهيل على تحسين جودة حياة الناس خلال عملية التأهيل يحدد الأشخاص احتياجاتهم وأهدافهم، و من ثم يتم قولبة تداخلات التأهيل لتناسب مع كل من الفرد و البيئة التي تحيطه.

إعادة التأهيل تشمل جميع السكان:

إن طيفا واسعا من الحالات الصحية -إن لم تكن جميعها- يمكن أن تستفيد من خدمات التأهيل، وأيضاً خلال جميع مراحل الرعاية والعلاج من المرحلة الحادة الابتدائية مروراً بالمرحلة شبه الحادة وصولاً للمرحلة المزمنة. تستهدف خدمات التأهيل جميع السكان بغض النظر عن العمر، من الطفولة حتى الشيخوخة، وكذلك تفيد الأشخاص ذوي الإعاقة وأولئك الذين يعانون من حالات صحية مزمنة .

خدمة التأهيل متخصصة يركز بناؤها على متلقي الخدمة ومشاركته فيها بشكل فاعل.

إن إعادة التأهيل تخصص تبعاً لاحتياج المتلقي؛ وتكون موجهة نحو هدف محدد، ومربوطة بإطار زمني و نتائج. ليست إعادة التأهيل مطلوبة فقط للأشخاص ذوي الاحتياجات المعقدة والدرجة ولكن أيضاً للأشخاص الذين يعانون من معيقات وظيفية مؤقتة أو دائمة يشترك الشخص في خطة إعادة التأهيل بشكل فاعل و كذلك يتم إشراك الأسرة ومقدمي الرعاية في الوقت المناسب.

يتطلب التأهيل فريق عمل متنوع

تتنوع المهن التي تشكل فريق التأهيل ولكن الأكثر شيوعاً من بينها هم الأطباء اختصاصيو الطب الطبيعي والتأهيل والمعالجون الطبيعيون والمعالجون الوظيفيون ومعالجو النطق واللغة، و فنيو الجبائر والأطراف الاصطناعية، وعلماء النفس والتمريض، فضلاً عن آخرين كالمستشارين و الباحثين الاجتماعيين. إن تقديم خدمات التأهيل بشكل فاعل يتطلب غالباً تعاوناً تشاركياً بين أعضاء هذا الفريق .

التأهيل هو جزء من منظومة التغطية الصحية

الشاملة ويوسع مفهوم الرعاية الصحية بحيث لا يقتصر فقط على الرعاية الوقائية والعلاجية. تُعرّف التغطية الصحية الشاملة بأنها «ضمان حصول جميع الأشخاص على الخدمات الصحية اللازمة (بما في ذلك الوقاية والتعزيز والعلاج والتأهيل والتلطيف) بجودة كافية لتكون فعالة مع ضمان عدم تعريض المستخدم لهذه الخدمات إلى الصعوبات المالية». [٨] إن الحاجة لإعادة التأهيل كبيرة ومتنامية، التوجهات الصحية التي تبقى الناس يعيشون لفترة أطول مع الأمراض المزمنة المعدية وغير المعدية (NCD)، وزيادة حدوث الإصابات وبقاء الأشخاص الذين يعيشون مع تبعات الإصابات، و شيخوخة السكان، كلها أمور تؤدي إلى الحاجة إلى التأهيل. يجب دمج إعادة التأهيل مع مجموعة واسعة من الخدمات الصحية الأخرى مثل الأعصاب، والعظام والجهاز التنفسي والدوراني، و الأطفال، والصحة العقلية وصحة المرأة، وخدمات أخرى .

⁷ https://www.who.int/rehabilitation/rehabilitation_health_systems/en/

⁸ https://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/en/

لذلك ، من الضروري أخذ هذا التحول الديموغرافي في الاعتبار عند التخطيط للصحة وإعادة التأهيل .

في حين أن حوادث الطرق المروية في الأردن تظهر نمطاً متناقضاً ، إلا أنها لا تزال مشكلة صحية عامة مهمة. وتظهر بيانات منظمة الصحة العالمية أن ١٣,٥٪ من جميع الإصابات تؤدي إلى إعاقات دائمة [١٢]. سيحتاج العديد من هؤلاء الجرحى إلى احتياجات دعم عالية ويتطلبون إعادة تأهيل طويلة الأمد بالإضافة إلى المنتجات المساعدة.

يقدر انتشار الإعاقة بين السكان الأردنيين البالغين من العمر خمس سنوات فأكثر بـ ١١,٢٪ [١٣]. على الرغم من أن التعداد السكاني في عام ٢٠١٥ - حيث يتم استخراج البيانات - لا ينظر إلى احتياجات إعادة التأهيل إلا أنه من المعروف على نطاق واسع أن الأشخاص الذين يعانون من صعوبات في الرؤية والسمع والتنقل قد يحتاجون في مرحلة ما من حياتهم ؛ لإعادة التأهيل و/ أو لمنتجات مساعدة..



يقدر عددهم بـ ١,٥ مليون لاجئ بما في ذلك اللاجئين غير المسجلين) من العراق واليمن وسوريا ، مما أثقل الضغوط على قطاع الصحة العامة وأعاق التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

قد يتم دمج إعادة التأهيل خارج نطاق الخدمات الصحية النموذجية:

حول العالم ، يتم تقديم الكثير من خدمات إعادة التأهيل مع الخدمات الصحية ، ولكن إعادة التأهيل تحدث أيضاً خارج سياق «الخدمة الصحية النموذجية». يتم تقديم إعادة التأهيل في المدارس، في برامج العلاج في مرحلة الطفولة المبكرة و في مراكز الأنشطة اليومية أو خدمات المجتمع المدني، إضافة إلى مرافق الإصلاح والتأهيل، و مراكز إعادة التأهيل للمدمنين على الأدوية و المخدرات، و بالتالي قد يتم تمويلها من قبل وزارات مختلفة. و من الجدير بالذكر أنه يمكن أن يختلف التكوين الدقيق لهذه الخدمات بين البلدان.

٢.٢ احتياجات إعادة التأهيل

الحاجة لإعادة التأهيل كبيرة ومتنامية:

الصورة الديموغرافية في تغير مستمر، و من المتوقع أن يشهد الأردن كالعديد من البلدان اليوم تزايد في كبار السن [٩].

تظهر بيانات سنوات العمر المصححة باختساب مُدَدِ العَجَز (DALY)، أن:

الأمراض غير السارية والإصابات في تزايد



بينما الأمراض المعدية والمسببات التي لها علاقة بالأمومة وحديثي الولادة والتغذية بشكل عام في انخفاض في الأردن [١٠].



سترتفع نسبة من هم في الفئة العمرية ٦٥ سنة فأكثر من:

٣,٣ في عام ٢٠١٢ إلى

٤,٩ في عام ٢٠٢٠ [١١].

⁹ High Health Council. "The National Strategy for Health Sector 2016-2020." The Hashemite Kingdom of Jordan.

¹⁰ Global Burden of Disease profile Jordan 2010. <http://www.healthmetricsandevaluation.org>

¹¹ WHO (2017). "Health profile 2015. Jordan." WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.

¹² WHO (2015). "Global Status report on Road Safety 2015. Jordan country profile." http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/country_profiles/Jordan.pdf

¹³ Jordan Department of Statistics (2017). "Disability Situation in Jordan Based on Data of Population and Housing Census 2015." Hashemite Kingdom of Jordan.

يقدم التأهيل نتائج صحية واجتماعية أفضل وهو جزء لا يتجزأ من الحق في الصحة:

لدى التأهيل القدرة على تحقيق وفر كبير في تكاليف الخدمات الحكومية على نطاق أوسع لأنه عادة يمكن الناس من العودة إلى العمل و التعليم والتخرج وتحسين سبل العيش وتعزيز الانخراط المجتمعي . مما يفيد جميع من حولهم بما في ذلك الأسرة والمجتمع المحلي و يقلل من متطلبات الرعاية. التأهيل هو استثمار في رأس المال البشري والاجتماعي و يساهم في التنمية الصحية والاقتصادية والاجتماعية.

« ٣. وضع إعادة التأهيل في الأردن

ظهر تقرير تقييم إعادة التأهيل في الأردن في عام ٢٠١٨ وكشف عن معلومات مختلفة حول نقاط القوة والضعف في قطاع التأهيل عبر اللبئات الأساسية للنظام الصحي؛ وحيث أن هذه الاستراتيجية تتبع لوزارة الصحة فإن ملخص تقييم وضع التأهيل هنا يركز على قطاع التأهيل في وزارة الصحة، مع عدم إغفال حقيقة أن الخدمات الطبية الملكية، و المستشفيات الجامعية والقطاع الخاص جميعها تساهم إسهاماً واضحاً في قطاع إعادة التأهيل في الأردن.

٣.١ إعادة التأهيل في الأردن

حقق الأردن تقدماً هاماً في مجال الصحة خلال العقود الماضية من خلال خفض معدل وفيات الرضع والأمهات إلى حد كبير. كذلك فإن نسبة مساهمة الأمراض المعدية و الأسباب المرتبطة بالتغذية في سنوات العيش المعدلة حسب الإعاقة أخذت في التناقص [١٥].

احتياجات التأهيل الحالية لم يتم تلبيتها إلى حد كبير؛ البيانات التي تبلغ بشكل مباشر عن الحاجة غير الملباة لإعادة التأهيل في الأردن غير متوفرة. مع ذلك، ومع أخذ بيانات العبء العالمي للأمراض، إلى جانب بيانات نسبة موظفي إعادة التأهيل إلى مجموع السكان، وكذلك التقارير والتجارب من الممارسين ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة و مجموعات المستفيدين؛ كلها تبين الحاجة الكبيرة غير الملباة لإعادة التأهيل [١٤]. أيضاً، عند الجمع بين الحاجة الحالية غير الملباة لإعادة التأهيل مع التوجهات الصحية الحالية، هناك احتمال لزيادة الاحتياجات التي لم تتم تلبيتها فعلياً ما لم يحدث استثمار كبير في هذه الخدمات.

٣.٢ أهمية إعادة التأهيل

يقدم التأهيل نتائج صحية أفضل:

تتجاوز أهداف إعادة التأهيل التشخيص والرعاية الطبية للحالات الحادة. و إنما تم تصميم التأهيل لزيادة فعالية وظيفية الشخص و استعدادتها لتمكين الناس من الحصول على صحة أفضل و تحقيق الرفاه الصحي و الوظيفي. لإعادة التأهيل القدرة على تحقيق وفر كبير في تكاليف النظام الصحي من خلال دعم الخروج من المستشفى في الوقت المناسب، والوقاية من المضاعفات وخفض معدلات إعادة الدخول إلى المرافق الصحية. يساهم إعادة التأهيل أيضاً بشكل أساسي في تحسين نتائج التدخلات الطبية والجراحية.

التأهيل يدعم حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة:

توفير خدمة إعادة التأهيل تدعم حق الجميع في الصحة وتساهم بشكل خاص في حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وحيث أن العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة يعانون من قيود في الأداء الوظيفي فإن الخدمات التأهيلية والمنتجات المساعدة تعتبر من الخدمات الصحية التي غالباً ما تمكّنهم من تحقيق المزيد من الحقوق.

¹⁴ Ministry of Health, HI and WHO. A Situation Assessment of Rehabilitation in Jordan, 2018.

¹⁵ Global Burden of Disease profile Jordan 2010. <http://www.healthmetricsandevaluation.org>

يتوفر نظام السجلات الصحية المحوسب في غالبية مرافق وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية: «حكيم» والذي يوفر فرصة لجمع معلومات إعادة التأهيل على مستوى المنشأة ومن المحتمل جمعها على مستوى المحافظة والمستوى المركزي. سيساهم ذلك في تحسين أنظمة التأهيل وإدارة الحالات والتنسيق. و لابد من الإشارة إلا أنه لا يوجد سوى **جمع جزئي للبيانات ورصد أداء قطاع التأهيل**، بما في ذلك توفير المنتجات المساعدة.

هناك مستوى جيد من القدرات التقنية في إعادة التأهيل في الأردن من خلال **قوى تأهيل عاملة مدربة** **حاصلة على درجات علمية** عبر خمس جامعات بحيث تقدم معظم تخصصات/مهن إعادة التأهيل. في الآونة الأخيرة، تتوفر برامج الماجستير للعديد من مهن إعادة التأهيل.

تم إنشاء البحث الأكاديمي السريري للعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق و اللغة، وأيضاً عدد من أعضاء هيئة التدريس بالجامعات حاصلون على درجة الدكتوراه من الخارج، ولكن هناك حاجة إلى استثمارات إضافية وقنوات نشر مفتوحة لتعزيز الممارسة القائمة على الأدلة و الأسس العلمية.

ومع ذلك، فإن القوى العاملة الحالية في وزارة الصحة تتألف بشكل أساسي من المعالجين الحكيميين وأطباء الطب الطبيعي والتأهيل (بما في ذلك المسجلين في برنامج الإقامة)، في حين أن فرص العمل المتاحة والظروف الملائمة للعلاج الوظيفي والنطق واللغة في كل من وزارة الصحة و مستشفيات الخدمات الطبية الملكية ما زالت محدودة. و أيضاً ممرضات التأهيل غير مدربات بشكل كاف بعد في الأردن و هنالك عدد قليل جداً من موظفي التأهيل المدربين على التأهيل في مجال الصحة النفسية.

علاوة على ذلك، هناك **مخاوف بشأن الحوافز واستمرارية العمل بين القوى العاملة في التأهيل** و التي يجب النظر إليها و معالجتها. في وزارة الصحة يعتبر العاملون المدربون والحاصلون

تقدم وزارة الصحة ومستشفيات الخدمات الطبية الملكية معظم عمليات إعادة التأهيل في الأردن على مستوى المستشفيات. كما يقدم مستشفى الجامعة الأردنية ومستشفى الملك عبد الله المؤسس خدمات إعادة التأهيل. بالإضافة إلى قطاع الصحة، يتم تقديم خدمات التأهيل في مراكز الإعاقة والرعاية الاجتماعية التي تديرها وزارة التنمية الاجتماعية وإلى حد ما في النظام التعليمي تحت إشراف وزارة التربية والتعليم. علاوة على ذلك، يقدم القطاع غير الحكومي خدمات إعادة التأهيل والمنتجات المساعدة مع التركيز على سد الثغرات على مستوى المجتمع، ولكن خدماتهم لا تزال محدودة النطاق والتغطية.

على الرغم من أن الأردن لديه باع طويل في تقديم خدمات التأهيل، إلا أن تقييم عام ٢٠١٨ يشير إلى وجود حاجة مهمة غير ملبة لإعادة التأهيل في الأردن وذلك بسبب التوجهات الصحية والتغيرات الديموغرافية والتي بدورها تجعل هذه الاحتياجات تتزايد.

لا يزال يتعين تحديد **هياكل القيادة والحوكمة للتأهيل** و ذلك يتطلب موارد إضافية. تتحمل وزارة الصحة والمجلس الصحي العالي المسؤولية العامة عن صياغة السياسات والتأكد من دمج إعادة التأهيل في السياسات الصحية ذات الصلة. ومع ذلك، لم يتم تطويره بالكامل حتى الآن ولم يتم التعريف بالتأهيل بشكل واضح في التشريعات الصحية وأيضاً في الاستراتيجية الصحية الوطنية، وكان هناك القليل من التخطيط الاستراتيجي لخدمات إعادة التأهيل. هناك أيضاً تنسيق محدود بين القطاعات وبين الوزارات بشأن إعادة التأهيل، وهناك حاجة إلى تعزيز القدرات التي تتعلق بالموارد المالية والبشرية على حد سواء.

تُكلف المادة ٢٤ من القانون رقم ٢٠ (٢٠١٧) بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وزارة الصحة بمسؤولية ضمان إعادة تأهيل وتوفير المنتجات المساعدة للأشخاص ذوي الإعاقة المسجلين.

على درجات علمية في العلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، و النطق واللغة، «فنيين» بحسب التصنيف المهني و بالمقابل يحصلون على أجور أقل، و هذا بدوره يقلل من قيمة القوى العاملة و يحبطها. ووضع المختصين في علم النفس ما زال بحاجة إلى توضيح وتحديث كذلك . يمكن أن يكون هنالك أيضا تحسين على مستوى ممارسات العمل في المستشفى لزيادة مشاركة المعالجين في التقييم والتشخيص ووضع خطة العلاج و التي من شأنها تحفيز القوى العاملة وكفاءة نوعية الخدمة التأهيلية المقدمة..

تمثل جميعات المهنيين في قطاع التأهيل جميع العاملين وهذا من الممكن أن يشكل دافعا لتحسين إعادة التأهيل ضمن منظومة تخطيط الصحة الوطنية و صناعة القرار.

يتوفر التأهيل في أكثر من نصف مستشفيات وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية؛ وهذا يوضح الوصول المعقول والتغطية الشاملة لإعادة التأهيل على المستويات الحضرية. ومع ذلك، فإن إعادة التأهيل ليست مدمجة ضمن الرعاية الصحية الأولية وهذا بدوره يقيد إلى حد كبير الوصول العادل إلى خدمات التأهيل. إن مقدمي الرعاية الصحية الأولية (من أطباء وممرضين) لديهم معرفة قليلة ووعي محدود حول الكشف المبكر والإحالة للحالات التي تحتاج إلى تدخلات إعادة التأهيل الأساسية.

يتم تقديم خدمات تأهيل على مستوى المجتمع المحلي من خلال المنظمات غير الحكومية، وخدمات برامج التأهيل المجتمعي، ولكن هنالك محدودية في الإحالة والتنسيق و التي يمكن أن توسع نطاق الوصول لمثل هذه الخدمات ، بالإضافة إلى أن العديد من مقدمي خدمات التأهيل يفتقرون إلى التمويل المستدام لزيادة واستدامة التغطية.

يتم إدخال التأمينات الصحية الخاصة بشكل متزايد في الأردن، ولكن إعادة التأهيل غير مشمولة بشكل كلي أو شامل. حيث يتم حتى الآن تغطية عدد محدود فقط من جلسات العلاج الطبيعي في هذا النوع من عقود التأمين.

يغطي موظفو التأهيل جميع المحافظات، وبالتالي فهو أساس جيد ليتم البناء عليه. إلا أن هنالك حاجة إلى تحسين التوزيع المتساوي من المهنيين في جميع أنحاء البلاد حيث أنه يعمل عدد أكبر من الموظفين في عمان واقلية الشمال. وعلاوة على ذلك، فإن **غياب الأجنحة و الأسرة** يمنع توفير التأهيل للأشخاص ذوي الاحتياجات المعقدة والأطفال ذوي الإعاقات المتعددة والحالات شبه الحادة التي تحتاج إلى تدخلات، و لا بد من معالجة آليات المتابعة والإحالة الفعالة بعد الخروج من المستشفى.

إن توفر المنتجات المساعدة في الأردن محدود وغير منسق بشكل جيد، في حين يتم تغطية عدد من المنتجات المساعدة في نظام التأمين الصحي، إلا أنها ليست متاحة دائما في القطاع الحكومي. لا يوجد تقسيم واضح للدور والمسؤوليات فيما يتعلق بتوفير المنتجات المساعدة وصيانتها. وحتى الآن، **لا توجد قائمة معترف بها للمنتجات المساعدة الأساسية**. و رغما عن ذلك، هناك بعض نقاط القوة التي يمكن البناء عليها و تشمل وجود ثلاثة مستشفيات عامة تقوم بإنتاج الجبائر والأجهزة والأطراف الاصطناعية بالإضافة إلى الأحمدة الطبية، وهذه الجهات هي: وزارة الصحة: مستشفى البشير / عمان، ومستشفى الأميرة بسمة / اربد، وكذلك الخدمات الطبية الملكية: مركز التأهيل الملكي/مدينة الحسين الطبية في عمان.

يتم توفير المنتجات المساعدة الأخرى بشكل رئيسي من خلال التبرعات ، إما من خلال وزارة التنمية الاجتماعية ووزارة التربية والتعليم أو قطاع المنظمات غير الحكومية . يضطر العديد من الأشخاص الذين يحتاجون إلى منتجات مساعدة ، ولا سيما أولئك الذين يقيمون في جنوب وغرب الأردن ، إلى شراء سلع من السوق الخاصة غالبا بتكاليف باهظة ولا يمكن تحملها مع احتمالية عدم مناسبتها لهم.

المنتجات المساعدة المرتبطة بإعادة التأهيل المعرفي/ العقلي نادرا ما تكون متوفرة.

« الأردن ٢٠٢٥: رؤية واستراتيجية وطنيتان »
تؤكدان التزام الحكومة بالتغطية الصحية
الشاملة والهدف هو
الوصول إلى تغطية ١٠٠٪ في عام ٢٠٣٠.

وتؤكد خطة إعادة التأهيل الاستراتيجية على إعادة التأهيل كخدمة صحية أساسية لتكون متاحة على جميع مستويات الرعاية الصحية، وبالتالي فإن دمجها في النظم الصحية ضروري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. و جانب آخر مهم من استراتيجية الأردن ٢٠٢٥ هو أنها تهدف إلى ضمان نشاط المواطنين وصحتهم، حيث أن إعادة التأهيل هو نظام صحي رئيسي يهدف إلى استعادة الأداء الأمثل والحفاظ عليه وهو أمر أساسي لإبقاء المواطن نشطاً.

ومن المهم أن تتواءم الخطة الاستراتيجية للتأهيل مع هذه الاستراتيجيات و تدعم تنفيذها إن إدراج الخدمات الأساسية للتأهيل جاء بشكل ضعيف في الاستراتيجية الوطنية لقطاع الصحة ، ولكن هناك فرصة للدعوة إلى دمج المجالات والخدمات ذات الأولوية في قطاع التأهيل بشكل أفضل في التخطيط الاستراتيجي الصحي الوطني المقبل.

تتماشى الخطة الاستراتيجية لإعادة التأهيل مع تشريعات و سياسات و استراتيجيات أخرى و ستدعم تنفيذ:

■ القانون رقم ٢٠ (٢٠١٧) بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، لا سيما المادة ٢٤

■ المبادئ العامة لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والمواد ذات الصلة

يلتزم الأردن بالتغطية الصحية الشاملة، وقد تم توسيع مظلة التأمين الصحي المدني مؤخرًا ليشمل مجموعات إضافية من السكان مثل الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات والأشخاص فوق سن الستين والأشخاص ذوي الإعاقة.

هناك مخاوف بشأن التغطية و الوصول العادل لخدمات التأهيل بسبب الطبقية الاجتماعية الموجودة في الأردن (مثل الجنس ، العمر ، الإعاقة ، الريف / الحضر).

إن التكلفة التي يتحملها أرباب الأسر التي تحتاج للتنقل من محافظة إلى أخرى للحصول على الخدمات الصحية تمنع الكثيرين من الوصول إلى خدمات إعادة التأهيل والمنتجات المساعدة التي يحتاجونها هم أو أفراد أسرهم.

٣.٢ الروابط بين الخطة الاستراتيجية لإعادة التأهيل و غيرها من السياسات

لقد وضع الأردن الخطة الاستراتيجية لإعادة التأهيل ٢٠٢٠-٢٠٢٤ في سياق السنوات الأخيرة من تنفيذ الاستراتيجية الوطنية لقطاع الصحة في الأردن (٢٠١٦-٢٠٢٠).
للإستراتيجية الصحية أربعة أهداف استراتيجية رئيسية:

- ١ دعم بيئة السياسات والحكم الرشيد في النظام الصحي.
- ٢ توفير الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الفرد والاستجابة للاحتياجات المتزايدة.
- ٣ توفير الحماية الصحية والمالية والاجتماعية لجميع السكان على أساس عادل.
- ٤ تشجيع الاستثمار في القطاع الصحي لدعم الاقتصاد الوطني.

٢. توسيع توافر خدمات التأهيل

إعادة التأهيل هي خدمة صحية أساسية يجب أن تكون متاحة على جميع مستويات الخدمات الصحية ، ابتداء من الرعاية الأولية وصولاً إلى الرعاية المتخصصة. توجد بعض الفجوات في الأردن فيما يخص خدمات التأهيل المتوفرة في المستشفيات العامة وخاصة في مجال العلاج الوظيفي وعلاج النطق والاستشارة والدعم النفسي والاجتماعي. علاوة على ذلك ، فإن عدم وجود أجنحة وأسرة لإعادة التأهيل يمنع توفير خدمات التأهيل للأشخاص ذوي الاحتياجات المعقدة أو الذين يحتاجون إلى إعادة التأهيل في حالات الرعاية شبه الحادة. يجب معالجة آليات المتابعة والإحالة الفعالة بعد الخروج/انتهاء التأهيل.

إن خدمات إعادة التأهيل المقدمة في الرعاية الصحية الأولية وفي البيئات المجتمعية محدودة. فلا بد لإعادة التأهيل بأن يكون جزء من أي منظومة خدمات صحية وضمن نظام التغطية الصحية الشاملة التي التزم الأردن بتنفيذها.

بالإضافة إلى ذلك، هناك حاجة إلى زيادة الوعي فيما يخص مفهوم إعادة التأهيل من خلال الوصول إلى منازل الناس و مؤسسات المجتمع المحلي لزيادة تحسين المخرجات الصحية. و من الممكن البحث عن سبل تعاون أفضل وأكثر نجاعة مع المنظمات غير الحكومية التي تقدم خدمات التأهيل على مستوى المجتمع.

٣. زيادة الدعم الحكومي للمنتجات المساعدة وتأسيس منظومة تنسيقية بين الوزارات

يحتاج العديد من الأشخاص و تحديدًا ذوي الإعاقة إلى منتجات مساعدة عالية الجودة كجزء من إعادة تأهيلهم للوصول إلى الأداء والاستقلالية الأمثل. واليوم ، يضطر العديد من الأشخاص إلى شراء منتجاتهم المساعدة من القطاع الخاص ، والتي تعد

استراتيجية إلغاء الطابع المؤسسي وبرنامج التأهيل المجتمعي (CBR) التابع للمجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ووزارة التنمية الاجتماعية

خطة العمل الوطنية للصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان التابعة لوزارة الصحة

الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية ٢٠١٩-٢٠٢٥ التابعة لوزارة التنمية الاجتماعية .

٣. أولويات لتعزيز إعادة التأهيل

تم تحديد الأولويات التالية خلال التقييم الإستراتيجي لحالة إعادة التأهيل في الأردن (STARS) [١٦]. تم تحديد هذه الأولويات من بين عدة أولويات أخرى مثل تلك التي تتطلب أكبر قدر من الاهتمام لضمان وصول عدد أكبر من الأشخاص لخدمات إعادة التأهيل ذات الجودة في المستقبل. وشكلت هذه الأولويات الأهداف الرئيسية ضمن خطة استراتيجية إعادة التأهيل.

١. تأسيس حوكمة أقوى لإعادة التأهيل و التخطيط على المستوى الوطني

القيادة والتخطيط المستنير أمران أساسيان للنجاح في تقوية القطاع والاستخدام الفعال والكفء للموارد. إعادة التأهيل هو قطاع صحي متعدد التخصصات ، الأمر الذي يتطلب هيكلاً قيادي متعدد التخصصات. لسنوات عديدة ، كانت لدى وزارة الصحة موارد وقدرات ومعلومات محدودة من أجل أداء دورها القيادي في إعادة التأهيل. يشمل قطاع إعادة التأهيل أيضاً شركاء التنمية الدوليين والمنظمات غير الحكومية الوطنية والأهم من ذلك منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة ومجموعات مستخدمي خدمات التأهيل؛ لذلك، يجب أن يعكس هيكلاً القيادة للتأهيل التخطيط التعاوني بين مختلف المعنيين المتخصصين.

¹⁶ Ministry of Health Jordan, WHO and Humanity and Inclusion (2018). A Situation Assessment of Rehabilitation in Jordan.

٥. تحسين جودة الخدمات التأهيلية وتبني الممارسات القائمة على الأدلة



تعتبر بروتوكولات العلاج الموحدة و المبادئ التوجيهية للممارسة السريرية محدودة في وزارة الصحة. إن مثل هذه البروتوكولات ، أو إجراءات التشغيل القياسية (SOP) التأهيل عبر المرافق والمتوائمة مع التحسينات المستمرة للجودة في النظام الصحي العام قد تضمن جودة العلاج والسلامة للمرضى. وعلاوة على ذلك، لا بد من التطبيق الكامل لنهج التأهيل الشامل متعدد التخصصات والمتمحور حول الفرد. و أيضا تشجيع زيادة الدعم المالي للبحوث السريرية بالإضافة إلى تحسين ظروف البحث والنشر الاستباقي للبحوث من خلال بوابات الرقمية المفتوحة وكذلك تنظيم المؤتمرات أو الندوات عبر الإنترنت أو أية وسائل أخرى لتحسين الممارسة المهنية القائمة على الأدلة.

٦. توسيع وتعزيز إعادة التأهيل المتخصص بما في ذلك مجال الصحة النفسية/العقلية



ستوفر برامج التأهيل التي تم تطويرها خصيصا للأطفال ذوي الإعاقة والأشخاص الذين يعانون من مشاكل الصحة العقلية رعاية أكثر تخصصية وفعالية. و لا بد من الإشارة إلى أن هنالك نقص كبير في إعادة التأهيل المتخصص للأطفال وخاصة الأطفال ذوي الإعاقة. هنالك أيضا إعادة تأهيل محدود للأشخاص الذين يعانون من إصابات معقدة وحالات صحية صعبة. و من الجدير بالذكر أن عدم المواءمة المناسبة بين برامج وزارات الصحة والتربية والتعليم و التنمية الاجتماعية تساهم في هذا النقص. ينبغي تعزيز و تطوير برامج الكشف والتدخل المبكر خاصة للأطفال الذين يعانون من صعوبات النمو من خلال خلق التنسيق والتعاون بين الوزارات و المنظمات غير الحكومية.

مشكلة تتعلق بالقيمة المالية لمثل هذه المنتجات إضافة إلى مشكلة الجودة ، لأنهم لن يحصلوا دائما على منتجات و نصائح تتناسب واحتياجاتهم الخاصة. لذلك، لا بد من وجود خطة للمنتجات المساعدة تحدد الأدوار والمسؤوليات بين الوزارات، بما في ذلك التخطيط لآليات نظام المشتريات و التزويد بحيث يتم تحديد قائمة المنتجات المساعدة الأساسية والتي لها أولوية. هناك حاجة لأن تكون المعلومات المتعلقة بأهلية الحصول على المنتجات المساعدة متوفرة بصيغ سهلة الوصول للجميع (خدمات إلكترونية أو طريقة برايل أو خدمات صوتية أو سهلة القراءة وما إلى ذلك).

٤. تعزيز القوى العاملة في التأهيل وتحسين أوضاعها المهنية



من الضروري وجود قوى عاملة لإعادة التأهيل متعددة التخصصات و مدربة ومدعومة جيدا لتقديم خدمة فعالة. يتمتع الأردن بإمدادات جيدة من المتخصصين في إعادة التأهيل من خلال برامج جامعية راسخة وتقليد طويل من تخصص الإقامة في الطب الطبيعي والتأهيل. ومع ذلك ، فإن القوى العاملة في إعادة التأهيل تحظى بأقل من قيمتها في نظام الرعاية الصحية. من المهم تعزيز الوضع المهني لجميع مهن إعادة التأهيل من أجل الاحتفاظ بالموظفين؛ يجب مراجعة الوصف الوظيفي ومتطلباته بحيث يتوافق المنصب والأجر مع الكفاءات المكتسبة. يجب على وزارة الصحة أيضا توفير المزيد من فرص العمل بشكل خاص لمعالجين النطق واللغة والمعالجين الوظيفيين لتوسيع نطاق توفر الفرق متعددة الاختصاصات في المزيد من المستشفيات. الجامعات أن تبدأ في عمل برامج إقامة للتخصص في الطب الطبيعي التأهيل.

يعد التحديث الأخير لإعادة ترخيص المهنيين الصحيين كل خمس سنوات فرصة جيدة لتطوير برامج التعليم المستمر لجميع موظفي التأهيل بالتعاون مع الجامعات والجمعيات المهنية.

٧. زيادة المعلومات حول خدمات التأهيل

وتوليد البيانات الخاصة بها



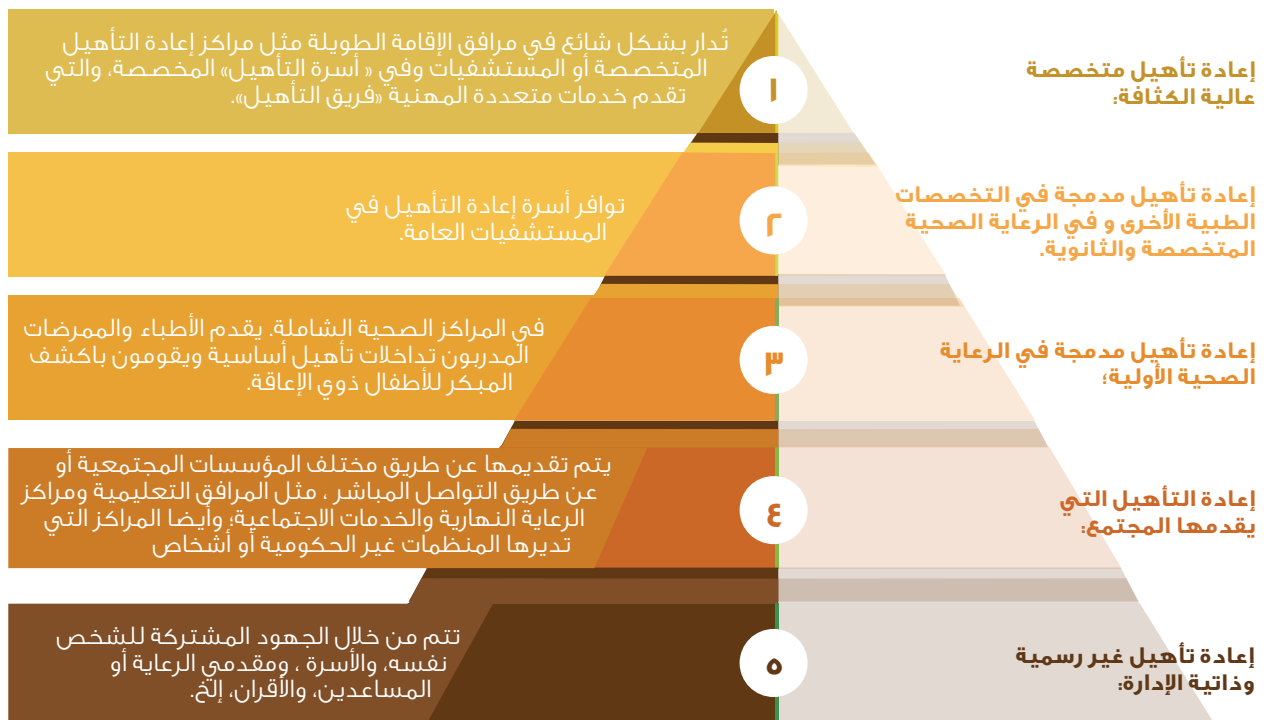
من الضروري جمع المعلومات عن إعادة التأهيل والإبلاغ الدوري لاتخاذ قرارات مستنيرة. إن المعلومات والبيانات حول إعادة التأهيل في الأردن محدودة جدا و هنالك حاجة إلى تعزيز توليد بيانات ومعلومات التأهيل داخل نظم المعلومات الصحية. كما ينبغي على وزارة الصحة المشاركة في تحسين وتوحيد استخدام نظام معلومات المرضى «حكيم» ، وزيادة انتظام المراقبة و تقييم إعادة التأهيل من أجل مساعدة صانعي القرار بشكل أفضل والتمكن من المساءلة الحكومية فيما يتعلق بأداء التأهيل.

<<

و من المستحسن أن ننظر إلى إمكانيات تعزيز المستشفيات عن طريق إنشاء أجنحة تأهيل قصيرة الإقامة (أو تخصيص أسرة للتأهيل بنفس الغاية) وعلى المدى الطويل إنشاء مركز تأهيل شامل ومتخصص على المستوى الوطني يعتمد النهج المتعدد المهام ويقدم خدمات تخصصية..

أما في مجال إعادة التأهيل الخاص بالصحة النفسية/ العقلية، فلا بد من الإشارة إلى ندرة الخدمات المتاحة مع تركيز الخدمات المتخصصة في العاصمة عمان.

بدأ الإصلاح بإدخال نظام للصحة العقلية/ النفسية المجتمعية على الرغم من أنه لا يزال هناك الكثير الذي يتعين القيام به، وإعادة التأهيل ضمن هذا النموذج يتطلب خلق وظائف وبناء قدرات المهنيين. كما أن مختصي التأهيل لديهم معرفة محدودة بتداخلات التأهيل الفعالة في مجال الصحة العقلية ويعتمدون على نموذج طبي-حيوي يركز على الرعاية المتخصصة/الثالثية.



الشكل ١: إطار العمل المستقبلي للتأهيل في الأردن.

وطب الأطفال و أمراض الشيخوخة) و في الرعاية الصحية الثانوية و المتقدمة (المستشفيات العامة).

دمج التأهيل في الرعاية الصحية الأولية:

سيتم تقديم تدخلات التأهيل في المرحله الأولى ضمن منظومة الرعاية الصحية الأولية في المراكز الصحية الشاملة، حيث سيتم تقديمها في شكل أساسي من قبل المعالج الطبيعي والمعالج الوظيفي وباستشارة الطبيب أخصائي التأهيل. علاوة على ذلك ، سيقدم الطبيب العام والتمريض المدربون تدخلات إعادة التأهيل الأساسية (و التي سيتم تحديدها لاحقاً) بالإضافة إلى خدمات الكشف المبكر للأطفال ذوي الإعاقة.

إعادة التأهيل التي تقدمها مؤسسات المجتمع المختلفة:

يتم تعريف مثل هذه الخدمات من خلال ما تقدمه مؤسسات المجتمع بمختلف أنواعها، مثل المرافق التعليمية ومراكز الرعاية النهارية والخدمات الاجتماعية و المراكز التي يديرها أشخاص أو منظمات غير الحكومية. غالباً ما تكون هذه الخدمات شكلاً من أشكال تدخلات التأهيل الثانوية ولكن قد تتضمن بعض مكونات الرعاية الصحية الأولية والمتقدمة.

الرعاية غير الرسمية والموجهة ذاتياً:

هذا يلخص مفهوم إعادة التأهيل؛ والذي يحدث من خلال الجهود المشتركة للشخص نفسه و لأسرته و لمقدمي الرعاية أو المساعدين والأقران و ما إلى ذلك؛ لا يعتبر هذا النوع من إعادة التأهيل خدمة نظامية ولكنه يؤكد على أن التوجيه الذاتي في إعادة التأهيل مهم جداً ويساهم بقوة في تحقيق أهدافه.

٣. ٤ إطار العمل للتطورات المستقبلية على

التأهيل في الأردن

يتعين اتخاذ المزيد من القرارات و التخطيطات فيما يتعلق بهيكلية وتنظيم التأهيل في الأردن أثناء تنفيذ الخطة الاستراتيجية للتأهيل. في جميع البلدان، يحتاج السكان إلى الوصول إلى مجموعة متنوعة من خدمات التأهيل؛ وتتميز هذه الخدمات على نطاق واسع بأنها «أنواع إعادة تأهيل» مختلفة . تم تطوير إطار لإعادة التأهيل في الأردن بناءً على مرجع منظمة الصحة العالمية «التأهيل في النظم الصحية - دليل العمل» والذي يقترح أنواع إعادة التأهيل لتكون متاحة على المدى الطويل (الشكل ١). كما تظهر الرؤية والأهداف الاستراتيجية في الفصل التالي ؛ تهدف الاستراتيجية الحالية في الأردن إلى التركيز على تحسين توفر وجودة خدمات التأهيل في الرعاية الصحية الثانوية وبدء إعادة التأهيل في الرعاية الصحية الأولية وتعزيز آليات الإحالة. و أيضاً سيبدأ الأخذ ببعض الإجراءات فيما يتعلق بالتأهيل المتخصص.

خدمات التأهيل المتخصصة الكثيفة

هذا التأهيل مطلوب للأشخاص ذوي الاحتياجات المعقدة الذين يحتاجون إلى جرعة أعلى و مكثفة في إعادة التأهيل في مرافق الإقامة الداخلية ؛ بحيث يتم تقديمها عادة في مراكز التأهيل أو المستشفيات التي تحتوي «أسرة مخصصة للتأهيل» يشرف عليها الفريق متعدد التخصصات.

التأهيل كشريك للتخصصات الطبية الأخرى المشرفة

على الرعاية الصحية الثانوية والمتقدمة:

يتميز هذا التأهيل بطبيعته المتكاملة مع مجموعة من التخصصات الطبية (مثل جراحة العظام وأمراض الجهاز التنفسي-الدوراني وأمراض الأعصاب والحوادث وحالات الطوارئ و الطب النفسي والصحة العقلية

« ٤. الخطة الاستراتيجية ٢٠٢٤ - ٢٠٢٠

٢ زيادة توافر بيانات موثوقة حول إعادة التأهيل على المستوى الوطني وعلى مستوى المحافظات

- تطوير رصد دوري حول وضع التأهيل وإصدار تقارير دورية حول دمج التأهيل في نظم المعلومات الصحية.
- زيادة أعداد البحوث واستخدام نتائجها في التأهيل.

٣ دمج خدمات تأهيل عالية الجودة في جميع مستويات الرعاية الصحية و في المجتمع

- دمج إعادة التأهيل في الرعاية الصحية الأولية.
- توسيع الوصول إلى خدمات إعادة التأهيل في المستشفيات الثانوية (بما في ذلك الصحة النفسية).
- تطوير أنظمة التحويل ومجموعة من مبادرات تحسين الجودة لمجالات التأهيل الرئيسية..

٤ توسيع تطوير التأهيل المتخصص

- توسيع نطاق التأهيل المتخصص من خلال تعزيز التأهيل متعدد التخصصات عبر المستشفيات من المستوى الثالث والثانوي .
- تطوير إعادة التأهيل في خدمات الصحة النفسية للأطفال والشباب للحد من العلاج داخل المستشفيات، وتقليل الرعاية المؤسسية.

٥ توسيع وتعزيز شمولي للقوى العاملة في التأهيل

- وضع خطة مفصلة للقوى العاملة في التأهيل مبنية على أساس الحاجة الحالية والمتوقعة.
- تطوير الآليات التنظيمية وإطار الكفاءة لجميع مهن التأهيل بما يتناسب و مؤهلاتهم العلمية .

الرؤية أن يتمتع جميع الأشخاص في الأردن بحياة ذات جودة عالية ويعملون بأقصى طاقاتهم ويشاركون بفعالية في التنمية المستدامة للأردن.

الهدف زيادة وصول جميع الأردنيين وبشكل عادل إلى خدمات تأهيل ذات جودة، مقدمة من قبل فرق مؤهلة و متعددة التخصصات.

الأهداف الاستراتيجية ومجالات التدخل

١ تعزيز القيادة والحكومة الفعالة لإعادة التأهيل

- تعزيز القيادة والمساءلة الخاصة بإعادة التأهيل.
- زيادة التخطيط في قطاع التأهيل ودمجه في الخطط الصحية.
- زيادة الوعي والمعرفة بالتأهيل في جميع القطاعات الصحية.
- توسيع نماذج وفرص تمويل إعادة التأهيل.

التنمية الاجتماعية و وزارة التربية والتعليم والمجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

زيادة توفير منتجات الأطراف الاصطناعية والجباير والأجهزة من خلال توسيع وإنشاء أقسام الأطراف الاصطناعية.

تحديد قائمة أولويات المنتجات المساعدة بالتنسيق مع الجهات ذات الصلة

معالجة الثغرات في التوفير الفعال والكافي للمنتجات المساعدة.

تحديد ومعالجة التحديات المتعلقة بجذب العاملين في قطاع التأهيل و إبقائهم في وظائفهم.

تعزيز وتوفير فرص التعليم المستمر لقوى التأهيل من أجل تعزيز الممارسة المهنية القائمة على أسس علمية.

زيادة توافر وجودة المنتجات المساعدة بتكلفة معقولة

إنشاء آلية لتحسين التنسيق والتعاون الخاص بالمنتجات المساعدة، و ذلك بين وزارة الصحة و وزارة

« ه. إطار التنفيذ

الجدول ٢: تفسير المختصرات.

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي	MoHE	منظمة الأشخاص ذوي الإعاقة	DPO
وزارة التخطيط	MoP	الحلول الصحية الإلكترونية	EHS
وزارة التنمية الاجتماعية	MoSD	المسؤولية عن "حكيم"	
منظمات غير حكومية	NGO	المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة	HCD
العلاج الوظيفي	OT	المجلس الصحي العالي	HHC
فني الأجهزة والأطراف الاصطناعية	P&O		
الطب الطبيعي والتأهيل	PRM	المنظمات الدولية غير الحكومية	INGO
العلاج الطبيعي	PT		
الخدمات الطبية الملكية	RMS	منظمة الإنسانية والدمج	HI
معالج النطق و اللغة	SLT	المؤسسة العامة للغذاء والدواء	JFDA
منظمة الصحة العالمية	WHO	وزارة التربية والتعليم	MoE
		وزارة الصحة	MoH

الجامعات

الجامعة الأردنية، جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية، الجامعة الهاشمية، جامعة مؤتة

المستشفيات الجامعية

مستشفى الملك عبد الله المؤسس، مستشفى الجامعة الأردنية

النقابات المهنية

جمعية أطباء الطب الطبيعي وأمراض المفاصل والتأهيل الأردنية، جمعية الأطراف الاصطناعية والأجهزة المساعدة الأردنية، جمعية العلاج الطبيعي الأردنية، الجمعية الأردنية للعلاج الوظيفي، الاتحاد العربي للعلوم النفسية.

القيادة المعززة والحوكمة الفعالة لإعادة التأهيل				الهدف الاستراتيجي الرئيسي
الإطار الزمني	الموارد المقدرة	المسؤول R: المشارك C:	الإجراءات	مجالات الإجراءات / التدخل
السنة الأولى	تكاليف الاجتماع تكاليف الاستشارات	R: وزارة الصحة C: المجلس الصحي العالي المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وزارة التنمية الاجتماعية، وزارة التربية والتعليم منظمة الصحة العالمية	1.1.1. اتحدت وزارة الصحة القيادة وهكيل الحوكمة للتأهيل، وتعين مسؤولاً أو وحدة لتنسيق التأهيل	1.1. تعزيز القيادة والمساءلة لإعادة التأهيل
السنة الأولى			1.1.2. إنشاء مجموعة استشارية فنية (TAG) ذات اختصاصات واضحة، تمثل جميع تخصصات إعادة التأهيل، والوزارات ذات الصلة و الخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية والجامعات وجمعيات المستخدمين لدعم وتقديم المشورة بشأن تنفيذ الاستراتيجية	
السنة الثانية – السنة الرابعة			1.1.3. بناء حوكمة تأهيل فعالة وتعزيز القيادة من خلال المساعدة الفنية والدعم للشخص / الوحدة التنسيقية والمجموعة الاستشارية الفنية	
السنة الأولى – السنة الثانية	تكاليف الاجتماع	R: وزارة الصحة والتربية و التعليم، والتنمية الاجتماعية، المجلس الصحي العالي، المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة	1.1.4. تحديد ودعم آليات التنسيق بين الوزارات	
السنة الأولى وتستمر	ستقدر لاحقاً	R: وزارة الصحة C: وزارة التنمية الاجتماعية، وزارة التربية والتعليم، المجلس الصحي العالي، المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة	1.1.5. إنشاء إطار رصد للاستراتيجية الوطنية مع وضع المؤشرات و الخطوط العريضة والأهداف، وتقديم تقرير سنوي عن ذلك	
سنويا	تكاليف الاجتماع	R: وزارة الصحة C: المجموعة الاستشارية الفنية	1.1.6. القيام بالتخطيط التشغيلي السنوي ومراجعة الخطة الاستراتيجية والخطط الأخرى ذات الصلة بإعادة التأهيل	

الإطار الزمني	الموارد المقدرة	المسؤول R: المشارك C:	الإجراءات	مجالات الإجراءات / التدخل
السنة الأولى وتستمر		R: وزارة الصحة C: الجامعات ، الخدمات الطبية الملكية، المنظمات غير الحكومية، وزارة التنمية الاجتماعية، وزارة التربية والتعليم	٢.١. دمج إعادة التأهيل ضمن الاستراتيجيات والسياسات والخطط الصحية الوطنية والقطاعية والسياسات الاجتماعية والتعليمية الأخرى ذات الصلة بالتنسيق مع الوزارات الأخرى	٢.١. زيادة التخطيط في التأهيل، بما في ذلك الدمج ضمن منظومة التخطيط الصحي
السنة الأولى- السنة الثانية	تكاليف الاستشارات وتكاليف الاجتماعات	R: وزارة الصحة C: المستشفيات الجامعية ، الخدمات الملكية الطبية، المنظمات غير الحكومية والمنظمات الدولية غير الحكومية	٢.١. رسم خريطة لقدرة إعادة التأهيل الحالية واستخدام الخدمات عبر وزارة الصحة (وربما المستشفيات الجامعية ، الخدمات الطبية الملكية، والقطاعات غير الحكومية)	
السنة الثانية		R: وزارة الصحة، المجلس الصحي العالي C: المستشفيات الجامعية، الخدمات الطبية الملكية، المنظمات غير الحكومية، النقابات المهنية	٢.٢. وضع خطة رئيسية ، بما في ذلك تقديرات التكلفة ، لتقوية و توسيع نطاق إعادة التأهيل على مستوى الرعاية الصحية المتقدمة والثانوية والأولية بما يتماشى مع إطار العمل للتأهيل في الأردن.	
السنة الثانية	تكاليف الاستشارات	R: وزارة الصحة C: الجامعات، الخدمات الطبية الملكية	٣.١. تحديد فجوات المعرفة حول مفهوم إعادة التأهيل والدور المهني لإعادة التأهيل على مستوى التخصصات الصحية الأخرى	٣.١. زيادة الوعي والمعرفة بإعادة التأهيل في جميع القطاعات الصحية
السنة الثانية-السنة الخامسة	تكاليف ورشة العمل و المواد		٢.٢. معالجة الفجوات من خلال تطوير ونشر المواد و التوعية، واستضافة ورش العمل، و عقد الاجتماعات مع التخصصات الصحية الأخرى والمديريات الوزارية بشأن إعادة التأهيل	
السنة الثالثة-السنة الخامسة		R: وزارة الصحة، المجلس الطبي الأردني، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي والجامعات C: النقابات المهنية	٣.٢. دمج علوم إعادة التأهيل في جميع مناهج التمريض و الطب لمرحلة البكالوريوس وما بعد التخرج	
السنة الأولى ويستمر		R: وزارة الصحة C: الخدمات الطبية الملكية، الجامعات ، المنظمات الدولية غير الحكومية ، المنظمات غير الحكومية، المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة	٤.١. تطوير حملة توعية وطنية حول التأهيل وأهميته بحيث يمكن لعامة الناس الوصول إليها (من خلال وسائل الإعلام ، وسائل التواصل الاجتماعي ، الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة ، إلخ)	

مجالات الإجراءات / التدخل	الإجراءات	المسؤول R: المشارك C:	الموارد المقدرة	الإطار الزمني
٤.١ توسيع نماذج وفرص تمويل إعادة التأهيل	١.٤.١ القيام بحشد الموارد من خلال تحديد استراتيجيات مبتكرة لضمان الاستدامة طويلة المدى مالياً وتقنياً وعلى صعيد الكفاءة، بحيث يمكن لهذه الاستراتيجيات أن: (أ) يتم طرحها أمام المانحين الثنائيين والمنظمات الدولية غير الحكومية، إلخ. (ب) يتم طرحها من خلال برامج التأمين الصحي الوطنية	R: وزارة الصحة C: منظمة الصحة العالمية، والمنظمات الدولية غير الحكومية، واللجنة الدولية للصليب الأحمر، والجهات المانحة الأخرى	تكلفة المستشار	السنة الأولى و تستمر
	١.٤.٢ تعزيز ومناصرة عملية إدراج إعادة التأهيل في تغطية الرعاية الصحية الشاملة و ضمن أي حزمة رعاية صحية أساسية يتم تطويرها على المستويات الأولية والثانوية والمتقدمة.	R: وزارة الصحة C: المانحون	تكاليف الاجتماع تكاليف الحملة	السنة الأولى- السنة الثانية

الهدف الاستراتيجي ٢				
زيادة توافر بيانات موثوقة حول إعادة التأهيل على المستوى الوطني وعلى مستوى المحافظات				
مجالات الإجراءات / التدخل	الإجراءات	المسؤول R: المشارك C:	الموارد المقدرة	الإطار الزمني
١.٢ تطوير رصد دوري حول وضع التأهيل وإصدار تقارير دورية حول دمج التأهيل في نظم المعلومات الصحية	١.٢.١ تحديد المؤشرات الرئيسية حول التأهيل التي سيتم تضمينها في نظام المراقبة الصحية الوطني	R: وزارة الصحة C: وزارة التخطيط، المجلس الصحي العالي	الوقت و الجهد الخاص بالموارد البشرية ولكن لا توجد تكاليف حقيقية	السنة الثانية
	١.٢.٢ إنشاء مصادر للبيانات وعمليات تجميع البيانات من أجل تقديم تقرير سنوي عن مؤشرات الخطة الاستراتيجية	R: وزارة الصحة C: المجلس الصحي العالي		السنة الثانية
	١.٢.٣ إنشاء نموذج لجمع بيانات إعادة التأهيل و تجميعها، و جمعها في المرافق الصحية وتوفير التدريب للجميع حول كيفية استخدامها.	R: وزارة الصحة C: الحلول الصحية الإلكترونية المسؤولة عن «حكيم»		السنة الثانية/ الثالثة
	١.٢.٤ تحليل الاستخدام الحالي للسجلات الطبية لحكيم الخاص بالتأهيل عبر وزارة الصحة لتحديد مجالات التحسين ونقاط الضعف والاحتياجات التدريبية	R: وزارة الصحة C: الحلول الصحية الإلكترونية المسؤولة عن «حكيم»	تكاليف الاستشاريين	السنة الأولى- السنة الثانية

مجالات الإجراءات / التدخل	الإجراءات	المسؤول R: المشارك C:	الموارد المقدرة	الإطار الزمني
	٢.١.٥ تطوير القدرة على استخدام حكيم (الاستخدام المستمر للتشخيص بما يتماشى مع التصنيف الدولي، وجلسات العلاج والتقييم الوظيفي والخروج وما إلى ذلك) من قبل جميع المتخصصين في إعادة التأهيل	R: وزارة الصحة C: الحلول الصحية الإلكترونية المسؤولة عن «حكيم» المستشفيات الجامعية، الخدمات الطبية الملكية	تكاليف الاستشارات	السنة الثانية- الثالثة
	٢.١.٦ إنشاء نموذج لجمع بيانات إعادة التأهيل و توجيهها عن طريق مراكز إعادة التأهيل المعتمدة خارج نطاق وزارة الصحة.	R: وزارة الصحة C: وزارة التنمية الاجتماعية، وزارة التربية والتعليم، الخدمات الطبية الملكية، المستشفيات الجامعية، المنظمات غير الحكومية	لا حاجة للتكاليف	السنة الثانية- السنة الثالثة
٢.٢ زيادة أعداد البحوث واستخدام نتائجها في التأهيل	٢.٢.٢ زيادة وتشجيع أبحاث التأهيل ذات الصلة بالسياسات في وزارة الصحة بالتنسيق مع الجامعات، الخدمات الطبية الملكية، والمستشفيات الجامعية	R: وزارة الصحة، الجامعات، الخدمات الطبية الملكية C: وزارة التعليم العالي، الجمعيات المهنية، المنظمات الدولية غير الحكومية، الجهات المانحة	مستمرة	
	٢.٢.٢ بناء القدرات البحثية لإعادة التأهيل		سيتم تحديدها لاحقاً	مستمرة

الهدف الاستراتيجي ٣ دمج خدمات إعادة التأهيل عالية الجودة في جميع مستويات الرعاية الصحية و في المجتمع				
مجالات الإجراءات / التدخل	الإجراءات	المسؤول R: المشارك C:	الموارد المقدرة	الإطار الزمني
١.٣ دمج إعادة التأهيل في الرعاية الصحية الأولية	٣.١.١ تطوير مشروع تجريبي لتقديم خدمات التأهيل في خمسة مراكز رعاية صحية شاملة بحيث يكون في هذه المراكز معالج طبيعى وعدد ٢ (ذكر/ أنثى) أو معالج طبيعى وآخر وظيفي، بالإضافة إلى طبيب تأهيل. و ذلك استناداً إلى تقييم الاحتياجات و دراسة الجدوى (التي ستحدد المواقع التجريبية الخمسة).	R: وزارة الصحة، وزارة التخطيط C: منظمة الصحة العالمية، المنظمات الدولية غير الحكومية، وزارة التنمية الاجتماعية، الجهات المانحة، المنظمات غير الحكومية الدولية، منظمة الصحة العالمية، الجمعيات المهنية، المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة	تكاليف الاستشارات	السنة الثالثة-السنة الخامسة
	٣.١.٢ تطوير المواد التدريبية والتوجيهات لتقديم خدمات التأهيل في مراكز الرعاية الصحية الشاملة، بما في ذلك تحديد الاحتياجات التأهيلية، ومجموعة تدخلات التأهيل التي سيتم تقديمها على مستوى المراكز الصحية الشاملة، وعمليات الإحالة والمتابعة		تكاليف الموارد البشرية تكاليف الاجتماع	

مجالات الإجراءات / التدخل	الإجراءات	المسؤول R؛ المشارك C؛	الموارد المقدر	الإطار الزمني
	٣. ١. ٣ تدريب أطباء الأسرة والأطباء العامين والتمريض في مراكز الرعاية الصحية الأولية و ذلك يشمل: (أ) تحديد الاحتياجات التأهيلية ، بما في ذلك للأشخاص ذوي الإعاقة (ب) الكشف المبكر على الأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو أو إعاقات أو أمراض إدراكية/ نفسية ، (ج) توفير مجموعة أساسية من تدخلات التأهيل ، بما في ذلك التدخل المبكر للأطفال الذين يعانون من تحديات أو إعاقات في النمو (د) الإحالة إلى خدمات إعادة التأهيل حسب الحاجة	R: وزارة الصحة، وزارة التخطيط C: منظمة الصحة العالمية، المنظمات الدولية غير الحكومية ، وزارة التنمية الاجتماعية ، الجهات المانحة ، المنظمات غير الحكومية الدولية ، منظمة الصحة العالمية، الجمعيات المهنية، المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة	تكلفة المدربين	السنة الثالثة-السنة الخامسة
	٣. ١. ٤ تطوير مواد تثقيفية للمريض و مقدم الرعاية / الأسرة لدعم إعادة التأهيل للظروف الصحية ذات الأولوية – خاصة للسكتة الدماغية والشلل الدماغي وإصابات الحبل الشوكي والإعاقات الذهنية	R: وزارة الصحة و وزارة التنمية الاجتماعية C: الجمعيات المهنية ، المستشفيات الجامعية ، المنظمات غير الحكومية، الخدمات الطبية الملكية، منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، المنظمات الدولية غير الحكومية	تكاليف الاجتماع	السنة الثانية-السنة الثالثة
	٣. ١. ٥ التنسيق مع وزارة التنمية الاجتماعية و المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة لتعزيز وتطوير إعادة التأهيل ضمن استراتيجية إلغاء الطابع المؤسسي ، بما في ذلك آليات تنسيق رسمية عبر الصحة (إعادة التأهيل والخدمات الاجتماعية والتعليمية المجتمعية).	R: وزارة الصحة، وزارة التنمية الاجتماعية، برنامج المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. C: المنظمات غير الحكومية والمنظمات الدولية غير الحكومية	تكاليف الاجتماع	السنة الأولى-السنة الثالثة
٣. ٢ توسيع الوصول إلى خدمات التأهيل في المستشفيات الثانوية (بما في ذلك الصحة النفسية)	٣. ٢. ١ زيادة العاملين في إعادة التأهيل في المستشفيات العامة ، والعمل على وجود أطباء تأهيل ومعالج طبيعى و معالج وظيفي و معالج النطق و اللغة و مستشار للصحة النفسية و ذلك في جميع المستشفيات العامة مع تحقيق التوازن بين الجنسين للموظفين.	R: وزارة الصحة C: الجامعات والجمعيات المهنية والجهات المانحة والمنظمات الدولية غير الحكومية ومنظمة الصحة العالمية	ستقدر القيمة لاحقاً	السنة الثانية-السنة الرابعة
	٣. ٢. ٢ إنشاء وحدة مجهزة للجباير والأجهزة والأطراف الاصطناعية في جنوب المملكة.	R: وزارة الصحة C: الخدمات الطبية الملكية، الجهات المانحة ، المنظمات الدولية ، اللجنة الدولية للصليب الأحمر	ستقدر القيمة لاحقاً	

مجالات الإجراءات / التدخل	الإجراءات	المسؤول R: المشارك C:	الموارد المقدرة	الإطار الزمني
	٣. ٢. تطوير وتحسين البنية التحتية لإعادة التأهيل داخل المستشفيات العامة من خلال توفير غرف ومساحات علاج كافية وسهلة الوصول، بالإضافة إلى مكاتب ومخازن وقائمة معدات أساسية	R: وزارة الصحة C: المنظمات الدولية غير الحكومية واللجنة الدولية للصليب الأحمر والجهات المانحة	ستقدر القيمة لاحقا	السنة الثانية-السنة الرابعة
	٣. ٢. ٤ مواصلة تطوير خدمات إعادة التأهيل في مجال رعاية الصحة العقلية على مستوى الرعاية الصحية الثانوية، بما يتماشى مع خطة العمل الوطنية للصحة النفسية والإدمان	R: وزارة الصحة، مديرية الصحة النفسية والإعاقة C: منظمة الصحة العالمية والمنظمات الدولية غير الحكومية ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة	ستقدر القيمة لاحقا	السنة الثالثة
٣. ٣ تطوير أنظمة الإحالة ومجموعة من مبادرات تحسين الجودة للجوانب الرئيسية في التأهيل	٣. ٣. ١ تعزيز عمليات الإحالة ضمن مستويات الرعاية الصحية: (أ) وضع إجراءات تشغيل قياسية (SOP) بحيث تدعم تحويل المريض من و إلى أقسام التأهيل داخل وزارة الصحة و-عند الحاجة - إلى الخدمات الطبية الملكية و المستشفيات الجامعية (ب) وضع إرشادات لنظام الإحالة تشمل الجميع بما فيهم المرضى ونشرها على نطاق واسع	R: وزارة الصحة C: المنظمات غير الحكومية، الخدمات الملكية الطبية، منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة	وقت موظفي وزارة الصحة تكاليف الاستشارات	السنة الثالثة
	٣. ٣. ٢ إنشاء مجموعات عمل متعددة المهنيين من شأنها تطوير إرشادات وبروتوكولات العلاج التأهيلي وممارسته السريرية وكذلك وقياس النتائج العلاجية للحالات الصحية ذات الأولوية في الأردن.	R: وزارة الصحة، الجمعيات المهنية، المستشفيات الجامعية C: منظمة الصحة العالمية، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، منظمة الإنسانية والدمج، و المنظمات غير الحكومية	تكاليف الاجتماع	السنة الثالثة
	٣. ٣. ٣ تطوير استبيان معياري يمكن الوصول إليه (بلغة برايل أو تسجيل صوتي أو تنسيق محمول) وإجراء استقصاءات روتينية حول رضا المستخدمين عن خدمات التأهيل، وتطوير آلية للشكاوى يمكن الوصول إليها بما يتماشى مع إجراءات وزارة الصحة	R: وزارة الصحة	ستقدر القيمة لاحقا	السنة الثالثة والسنة الخامسة

توسيع نطاق التأهيل المتخصص				الهدف الاستراتيجي ٤	
الإطار الزمني	الموارد المقدرة	المسؤول R: المشارك C:	الإجراءات	مجالات الإجراءات / التدخل	
السنة الثالثة-السنة الخامسة	تكاليف الاستشاريين وقت موظفي وزارة الصحة	R: وزارة الصحة، وزارة التخطيط، المجلس الصحي العالي C: منظمة الصحة العالمية، الجهات المانحة، المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، و منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة	١.٤ وضع خطة لإنشاء مركز تأهيل متميز على المستوى الوطني بحيث يوفر الرعاية المتخصصة لتلبية احتياجات إعادة التأهيل المعقدة (لل كبار و الأطفال)	توسيع التأهيل المتخصص من خلال تعزيز التأهيل متعدد التخصصات عبر المستشفيات ذات المستوى الثانوي و المتقدم	١.٤
	سيتم تحديدها لاحقاً		٢.٤ إدخال أسيرة / أجنحة إعادة التأهيل تدريجياً في المستشفيات العامة الرئيسية في جميع أنحاء الأردن لتحسين مخرجات العلاج التأهيلي للحالات الصحية ذات الأولوية مثل السكتة الدماغية، وإصابات الحبل الشوكي، والحوادث، والشلل الدماغي، وحالات الأطفال المعقدة الأخرى		
	سيتم تحديدها لاحقاً		٣.٤ العمل بشكل تدريجي على تزويد جميع المستشفيات العامة في الأردن بفرق إعادة تأهيل متعددة المهن، مما يضمن وجود فريق واحد مختص على الأقل في كل محافظة بالأردن مع نهاية العمل بهذه الإستراتيجية		
	وقت موظفي وزارة الصحة تكاليف التدريب		٤.٤ تعزيز تدخلات إعادة التأهيل للأطفال ذوي الإعاقة، بما في ذلك الكشف والتدخل المبكر والإحالة.		
السنة الثانية-الرابعة	سيتم تحديدها لاحقاً	R: وزارة الصحة، المركز الوطني للصحة النفسية. C: المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وزارة التنمية الاجتماعية، منظمة الصحة العالمية، منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، الخدمات الطبية الملكية، المنظمات غير الحكومية وجمعيات المستخدمين	٢.٤ وضع خطة لتعزيز نهج إعادة التأهيل متعدد التخصصات في المركز الوطني للصحة النفسية وخدمات رعاية الصحة العقلية الأخرى بما يتماشى مع خطة العمل المتعلقة بالصحة النفسية والإدمان	تطوير إعادة التأهيل في خدمات الصحة النفسية للحد من العلاج داخل المستشفيات و الحاجة للعلاج المؤسسي	٢.٤
			٢.٤ التنفيذ التدريجي لخطة تعزيز التأهيل ذي الكفاءة في خدمات رعاية الصحة النفسية شاملاً كفاية العاملين في التأهيل هناك		
السنة الثالثة-الرابعة	وقت موظفي وزارة الصحة	R: وزارة الصحة، المركز الوطني للصحة النفسية C: منظمة الصحة العالمية والمنظمات غير الحكومية ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة وجمعيات المستخدمين	٣.٤ تطوير التنسيق وآليات الإحالة مع منظمات التأهيل المجتمعي ومجموعات المساعدة الذاتية أو جمعيات مستخدمي دعم الأشخاص ذوي الحالات النفسية و ذلك لتحسين عملية المتابعة والحد من إعادة الدخول إلى المستشفى.		

توسيع وتعزيز شمولي للقوى العاملة في التأهيل				الهدف الاستراتيجي هـ	
الإطار الزمني	الموارد المقدرة	المسؤول R؛ المشارك C؛	الإجراءات	مجالات الإجراءات / التدخل	
السنة الأولى- الخامسة	وقت موظفي وزارة الصحة	R: وزارة الصحة C: الخدمات الطبية الملكية، المستشفيات الجامعية، الجمعيات المهنية، الجهات المانحة، منظمة الصحة العالمية، المنظمات الدولية غير الحكومية	١.١.٥ تقييم التغطية الحالية للقوى العاملة، و للمؤهلات وتحديد الثغرات والاحتياجات لتوسيع وتحديث المؤهلات في وزارة الصحة (أيضا في الخدمات الطبية الملكية والمستشفيات الجامعية ، وكذلك خدمات التأهيل التي تديرها المنظمات غير الحكومية إن أمكن).	١.٥ وضع خطة تفصيلية للقوى العاملة في التأهيل بناءً على الاحتياجات الحالية والمتوقعة	
	تكاليف الاجتماع		٢.١.٥ وضع وتنفيذ خطة تفصيلية للقوى العاملة لإعادة التأهيل (٥ سنوات) ، ولا سيما لخلق وظائف للمهن التي لا تتوفر حاليا بشكل كافٍ في وزارة الصحة ، مثل المعالجين الموظيفيين ومعالجي النطق واللغة.		
السنة الثانية-الثالثة	تكاليف الاجتماع	R: وزارة الصحة C: الجمعيات المهنية الخدمات الطبية الملكية، الجامعات ، المنظمات الدولية غير الحكومية، منظمة الصحة العالمية	١.٢.٥ وضع إطار للكفاءة لجميع أنواع العاملين في التأهيل و مراجعة الوصف الوظيفي والألقاب لتتوافق مع الدراسات الأكاديمية والكفاءة	٢.٥ تطوير الآليات التنظيمية وإطار الكفاءات لجميع مهن إعادة التأهيل بما يتناسب مع المؤهلات العلمية	
	تكاليف الاجتماع		٢.٢.٥ التأكد من أن الهيئات التنظيمية والتراخيص في وزارة الصحة لديها فهم جيد لإطار التأهيل والكفاءة المطلوبة لكل مهنة		
السنة الثانية	تكاليف الاستشارات	R: وزارة الصحة C: النقابات المهنية	١.٣.٥ إجراء تقييمات إضافية لمخاوف القوى العاملة فيما يتعلق بجذبهم والاحتفاظ بهم ؛ وتحديد الإجراءات الممكنة.	٣.٥ تحديد ومعالجة التحديات المتعلقة بجذب موظفي التأهيل و إبقائهم في وظائفهم	
			٢.٣.٥ اتخاذ إجراءات من شأنها تحسين جذب و إبقاء موظفي إعادة التأهيل في وظائفهم		

مجالات الإجراءات / التدخل	الإجراءات	المسؤول R: المشارك C:	الموارد المقدرة	الإطار الزمني
٤.٥ تعزيز وتوفير فرص التعليم المستمر لمتخصصي إعادة التأهيل للمزيد من الممارسة المهنية القائمة على الأدلة و الأسس العلمية	٥.٤.١ التأكد من تطبيق الآليات الحديثة المتعلقة بالتعليم المستمر لإعادة الترخيص كما حددتها وزارة الصحة	R: وزارة الصحة C: النقابات المهنية	بدون تكاليف	السنة الأولى
	٥.٤.٢ تحديد المجالات ذات الأولوية للتدريب على مستوى جميع المتخصصين في إعادة التأهيل في وزارة الصحة ، بما في ذلك العاملين في خدمات الصحة النفسية	R: وزارة الصحة ، الجمعيات المهنية ، الجامعات، وزارة التعليم العالي C: المنظمات الدولية غير الحكومية ، منظمة الصحة العالمية	تكاليف الاجتماع	السنة الأولى
	٥.٤.٣ تعزيز ودعم فرص التعليم المستمر بما في ذلك التخصص الفرعي والبحوث السريرية ، ودرجات الماجستير والدكتوراه (بما في ذلك المنح الدراسية) ، وضمان وصول جميع العاملين في التأهيل في جميع أنحاء الأردن إلى هذه الفرص		ستقدر لاحقا	السنة الثانية-الخامسة
	٥.٤.٤ توفير الفرص للقوى العاملة في إعادة التأهيل للمشاركة في المؤتمرات الوطنية و الدولية أو غيرها من فعاليات التعلم والتبادل		تكاليف السفر	مستمرة
	٥.٤.٥ برنامج إقامة طبي على المستوى الجامعي لأخصائيي الطب الطبيعي والتأهيل وتعزيز أو إنشاء برنامج إقامة يضمن تدريب المقيمين في مختلف جهات التأهيل في الأردن	R: وزارة الصحة ، المجلس الطبي الأردني وزارة التعليم العالي C:الجامعات ، الخدمات الطبية الملكية	ستقدر لاحقا	السنة الثالثة-الرابعة

زيادة في توفير و جودة المنتجات المساعدة و بتكلفة معقولة					الهدف الاستراتيجي ٦
مجالات الإجراءات / التدخل	الإجراءات	المسؤول R: المشارك C:	الموارد المقدرة	الإطار الزمني	
١.٦ إنشاء آلية لتحسين التنسيق والتعاون الخاص بالمنتجات المساعدة ، و ذلك بين وزارة الصحة ، وزارة التنمية الاجتماعية ، وزارة التربية والتعليم و المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.	١.٦.١ إنشاء مجموعة عمل أو لجنة عمل مشتركة بين الوزارات من المعنيين لقيادة عملية التنسيق و تحسين و توفير المنتجات المساعدة ، وتحديد أعضائها ، والاختصاصات والموارد.	R: وزارة الصحة ، وزارة التنمية الاجتماعية ، وزارة التربية والتعليم، المنظمات غير الحكومية، المنظمات الدولية غير الحكومية ، المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. C: الخدمات الملكية الطبية، الأونروا، منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة	تكاليف الاجتماع	السنة الثانية ثم تستمر	
	١.٦.٢ التنسيق مع المنظمات غير الحكومية التي تقدم منتجات مساعدة لتقديم خدمات أكثر فعالية وتقليل الإزدواجية.				
	١.٦.٣ اجتماع مجموعة العمل مرتين سنويا للتخطيط والتنسيق لتعزيز جدول الأعمال و دعوة الحكومة لدعم الموارد (بما في ذلك الإعفاءات الضريبية للمنتجات المساعدة).				

مجالات الإجراءات /	الإجراءات	المسؤول R: المشارك C:	الموارد المقدرة	الإطار الزمني
٢.٦ زيادة توفير الأجهزة والجباير والأطراف الاصطناعية من خلال توسيع وإنشاء وحدات الأطراف الاصطناعية	١.٢.٦ إعطاء الأولوية للاستثمار الرأسمالي في البنية التحتية والمعدات اللازمة لإنشاء وحدة جديدة للأطراف الاصطناعية في جنوب الأردن ٢.٢.٦ إنشاء مشغل للأطراف الاصطناعية في قسم التأهيل في جنوب الأردن، بالتعاون مع الخدمات الطبية الملكية ٣.٢.٦ تحديد ومعالجة العوامل التي ستساهم في تعزيز واستدامة البرنامج الدراسي في الأطراف الاصطناعية والأجهزة والجباير في الأردن (على سبيل المثال: تحسين جودة التعليم والتعليم المستمر المتعلق بالتقنيات والممارسات الجديدة للموظفين الحاليين لتحسين عملية التوجيه وما إلى ذلك	R: وزارة الصحة C: المنظمات الدولية غير الحكومية، منظمة الصحة العالمية، الجهات المانحة	ستقدر لاحقا ستقدر لاحقا تكاليف الاستشاريين تكاليف التدريب	السنة الثالثة- الخامسة
٣.٦ تحديد قائمة المنتجات المساعدة ذات الأولوية بالتنسيق مع القطاعات ذات الصلة	١.٣.٦ وضع قائمة منتجات مساعدة ذات أولوية في التوفير، بالتنسيق مع الجهات الفاعلة الأخرى ٢.٣.٦ تطوير سجل وطني للتكنولوجيا المساعدة مع الاهتمام الدقيق بأمن وسلامة البيانات الشخصية. ٣.٣.٦ إجراء تحليل للاحتياجات والتكاليف المتعلقة بتنفيذ قائمة أولويات المنتجات المساعدة (و يشمل ذلك تدريب الموظفين، تكاليف الشراء، السلامة والأمن، وما إلى ذلك). ٤.٣.٦ رفع مستوى الوعي ونشر قائمة للمنتجات المساعدة ذات الأولوية لزيادة فرص التمويل عن طريق الوزارات.	R: وزارة الصحة، المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وزارة التنمية الاجتماعية، وزارة التربية والتعليم C: المنظمات الدولية غير الحكومية، الأونروا، الخدمات الطبية الملكية، الجمعيات المهنية، منظمة الصحة العالمية، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، المنظمات غير الحكومية، منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، دائرة المشتريات والتزويد، والجهات المانحة	تكاليف الاجتماع دعم الاستشاريين تكلفة الاستشاري دون أي تكلفة	السنة الثانية- الرابعة
٤.٦ معالجة الثغرات في التزويد الفعال والكافي للمنتجات المساعدة	١.٤.٦ إدارة عملية تقييم الاحتياجات المتعلقة بالمنتجات المساعدة في الأردن، بحيث يتم تشكيل صورة دقيقة عن الاحتياجات والثغرات الخاصة بذلك على المستوى الوطني ٢.٣.٦ مراجعة نظام المشتريات الحالي بهدف تنظيم المشتريات المستقبلية وزيادة كفاءتها ٣.٤.٦ وضع مبادئ توجيهية وطنية لتوفير المنتجات المساعدة ومتابعتها وصيانتها، لتوفيرها حسب الطلب بشكل آمن وفعال. ٤.٤.٦ توفير التدريب حول المبادئ التوجيهية لجميع الجهات الفاعلة المعنية بشراء هذه المنتجات و تسليمها و صيانتها.	R: وزارة الصحة، وزارة التنمية الاجتماعية، وزارة التربية و التعليم، المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. C: الأونروا، الخدمات الطبية الملكية، منظمة الصحة العالمية، المنظمات الدولية غير الحكومية	تكلفة الاستشاري وقت موظفي وزارة الصحة	السنة الثانية- الثالثة
		R: المنظمات غير الحكومية، منظمة الصحة العالمية، الأونروا، منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، وزارة الصحة، وزارة التنمية الاجتماعية، الخدمات الطبية الملكية، المجلس الأعلى لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، المنظمات الدولية غير الحكومية، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، والجهات المانحة.	تكلفة الاستشاري تكاليف الاجتماع تكاليف الاستشاري تكاليف التدريب	السنة الثالثة- السنة الخامسة

٥.١ رصد الخطة الاستراتيجية و تقييمها و مراجعتها

تدرك وزارة الصحة ضرورة رصد هذه الخطة الاستراتيجية وتقييمها ومراجعتها من أجل متابعة التقدم في تحقيق أهداف وغايات الخطة. للقيام بذلك، تم تطوير إطار رصد مع مؤشرات نتائج مختارة للخطة. يتسم اختيار مؤشرات إطار الرصد بعمل توازن بين الأهداف الستة للخطة بحيث يتماشى مع سلسلة نتائجها، ويتم اختيارها من بين المؤشرات التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية [١٧] وهي تشمل المؤشرات الأساسية الستة لمنظمة الصحة العالمية للسماح بالمقارنة الدولية.

تؤكد وزارة الصحة على أهمية ومسؤولية الإشراف على المبادرات الصحية العامة.

إن رصد وتقييم استراتيجية إعادة التأهيل يجب أن تشمل الآتي:

■ رصد وتقييم خدمات إعادة التأهيل وتأثيرها على السكان، بما في ذلك الرجال والنساء والأطفال ذوي الإعاقة.

■ تقديم أفضل المعلومات المتاحة عن المؤشرات ذات الأولوية.

■ توفير بيانات ومعلومات ذات صلة وعالية الجودة عن أداء النظام الصحي.

■ تنسيق التصميم واستخدام خطط وأنظمة المراقبة والتقييم مع نظام المعلومات الصحية الشامل في وزارة الصحة.

في إطار العمل التنفيذي - والذي يشمل تحديد الأدوار والمسؤوليات والجداول الزمنية والآثار المترتبة على الميزانية - كلها سيتم توزيعها على

خطط العمل التشغيلية السنوية لتوجيه عملية التنفيذ حيث النتائج المتوقعة محددة بوضوح و سيتم اتباع مؤشرات قابلة للقياس.

سيتم جمع المعلومات والبيانات اللازمة لكل مؤشر على فترات منتظمة و مناسبة و تسليم تقارير خاصة بذلك. و من الجدير بالذكر أن بعض هذه المؤشرات تحتاج إلى إنشاء مصادر بيانات جديدة. ضمن هذه الخطة أيضا، لا بد من اتخاذ إجراءات لزيادة دمج إعادة التأهيل في نظم المعلومات الصحية والتي ستوفر بعض مصادر البيانات للرصد في المستقبل.

ستشمل عملية المراقبة والتقييم والمراجعة ما يلي:

■ الاجتماع التقييمي السنوي حيث يشمل تقييم الخطة التشغيلية السنوية وأنشطة العام السابق.

■ سيحضر الاجتماع كل من اللجنة التوجيهية والفريق الاستشاري التقني، وأعضاء مجموعات العمل التي شاركت في تنفيذ أنشطة محددة خلال العام.

■ ستبادل وزارة الصحة النتائج والتحديات مع جميع الجهات المعنية الرئيسية الأخرى المشاركة في تنفيذ أنشطة الخطة الاستراتيجية.

■ سيتم مراجعة تقدم الخطة و انعكاساتها خلال الاجتماعات السنوية، بما في ذلك ما حققته و الأسباب وراء ما لم يتحقق. سوف تتماشى هذه الاجتماعات مع عمليات التخطيط السنوية وستدعم عمليات التنسيق والتخطيط المتعلقة بأنشطة السنة التالية.

■ وأخيرا، فإن وزارة الصحة ستلتزم بتقديم تقارير في منتصف المدة بعد مرور ٣ سنوات من بدء التنفيذ. و ستقوم بتسليم النتائج الكلية للخطة بشكل أكبر و أوسع بعد انتهاء التنفيذ.

¹⁷ WHO (2019). Rehabilitation indicator menu. A tool accompanying the Framework for Rehabilitation Monitoring and Evaluation (FRAME). Geneva.

وسيتم تقييم التقدم الذي تم إحرازه نحو تحقيق أهداف وغايات الخطة الاستراتيجية.

سيضمن التقييم النهائي استعراض وضع إعادة التأهيل (مع احتمال استخدام التقييم المنهجي لوضع إعادة التأهيل – STARS لمقارنته بوضع عام ٢٠١٨)

٢.٥ إطار الرصد للخطة الاستراتيجية لإعادة التأهيل

الهدف الاستراتيجي ١: القيادة المعززة والحوكمة الفعالة لإعادة التأهيل				
المؤشر	قيمة الأساس	الهدف لعام ٢٠٢٤	معدل تسليم التقارير	
١	سيتم تحديده لاحقاً	سيتم تحديده لاحقاً	كل عامين	نفقات التأهيل في وزارة الصحة
٢	١	٥	كل عامين	دمج إعادة التأهيل في الخطط الصحية
٣	٢	٢ في السنة الواحدة / ١٠ اجتماعات	سنوياً	عدد اجتماعات اللجنة التوجيهية لإعادة التأهيل (أو هيكل الرديفة في الوزارة)
٤	٠	إعداد التقارير السنوية بنسبة ١٠٠٪	سنوياً	الخطة التشغيلية السنوية لإعادة التأهيل و تقرير يستند على الخطة الاستراتيجية لإعادة التأهيل
٥	٠	٢ في السنة الواحدة / المجموع ٥	سنوياً	عدد أنشطة التوعية والترويج لإعادة التأهيل عبر مستويات القطاع الصحي
الهدف الاستراتيجي ٢: زيادة توافر البيانات الموثوقة حول إعادة التأهيل على المستوى الوطني ومستوى المحافظات				
المؤشر	قيمة الأساس	الهدف لعام ٢٠٢٤	معدل تسليم التقارير	
٦	٥٠٪	٨٠٪ من المستشفيات تقدم تقارير متعلقة بإعادة التأهيل	ابتداء من السنة الثانية و سنوياً	معلومات خاصة بإعادة التأهيل – تقارير ربع سنوية مقدمة من مستشفيات وزارة الصحة عن إعادة التأهيل
٧	٠	٥ (مرة واحدة سنوياً)		عدد المشاريع البحثية التأهيلية المنفذة والمنشورة سنوياً
٨	٠	٢ (كل ٢ و ٥ سنوات)	مرتين كل ٥ سنوات	تقرير عن تجربة متلقي خدمات إعادة التأهيل من خلال إجراء استبيان عبر أكثر من ١٠٪ من المرافق التي تقدم مثل هذه الخدمات (الإبلاغ الذاتي).
٩	٪	٣٠٪	بناءً على تكرار تقرير متلقي خدمة التأهيل	النسبة المئوية لمستخدمي إعادة التأهيل الذين أبلغوا عن تلقيهم تعليماً شاملاً ومعلومات تتعلق بالرعاية الذاتية (أو لمقدمي الرعاية ذوي الصلة)

الهدف ٣: دمج خدمات إعادة التأهيل عالية الجودة مع جميع مستويات الرعاية الصحية في المجتمع				
المؤشر	قيمة الأساس	الهدف لعام ٢٠٢٤	معدل تسليم التقارير	
١٠	٠	١٠-١٢ سرير	كل عامين	عدد الأسرة التأهيلية في وزارة الصحة
١١	٤٧٪	٧٠٪	كل عامين	نسبة المستشفيات العامة التي تحتوي أقسام للتأهيل فيها: (يعرف على أساس و جود ٢ أو أكثر من العاملين في التأهيل)
١٢	٠	٥	كل عامين	عدد المراكز الصحية الشاملة التي يعمل بها معالج طبيعى و/أو وظيفي وطبيب تأهيل
١٣	٠	٢٠	سنويا	عدد المراكز الصحية الشاملة المدربة على مجموعة من التدخلات التأهيلية ذات الأولوية
١٤	سيتم تحديده لاحقا	سيتم تحديده لاحقا	كل ثلاثة شهور	عدد مراجعي أقسام التأهيل الجدد في المستشفيات الثانوية
١٥	٠	٦	سنويا	عدد البروتوكولات / إرشادات العلاج التأهيلي
الهدف الاستراتيجي ٤: التوسع في تطوير التأهيل المتخصص				
المؤشر	قيمة الأساس	الهدف لعام ٢٠٢٤	معدل تسليم التقارير	
١٦	٠	١	كل عامين	عدد المستشفيات التي تقدم الرعاية المتقدمة/ المتخصصة التي يوجد بها أكثر من ٣ أنواع من العاملين في التأهيل
١٧	سيتم تحديده لاحقا	سيتم تحديده لاحقا	سنويا	تغطية الأشخاص الذين يعانون من إصابات كبيرة / حوادث (إصابات الحبل الشوكي و الدماغ) و الذين يتلقون رعاية شاملة متعددة التخصصات
الهدف ٥: توسيع وتعزيز شمولي للقوى العاملة في التأهيل				
المؤشر	قيمة الأساس	الهدف لعام ٢٠٢٤	معدل تسليم التقارير	
١٨	سيتم تحديده لاحقا	زيادة مع ١٠ أفراد سنويا	سنويا	عدد العاملين في إعادة التأهيل بوزارة الصحة (مصنفة حسب الجنس والمهنة والجغرافيا)
١٩	سيتم تحديده لاحقا	سيتم تحديده لاحقا	سنويا	عدد الخريجين السنويين من دورات التأهيل (مصنفة حسب الجنس والمهنة والمكان)
٢٠	٣٠	زيادة بنسبة ٧ سنويا	سنويا	عدد المقيمين السنوي في اختصاص الطب الطبيعي والتأهيل

الهدف الاستراتيجي ٦ : زيادة توافر وجودة المنتجات المساعدة بتكلفة معقولة				
المؤشر	قيمة الأساس	الهدف لعام ٢٠٢٤	معدل تسليم التقارير	
٢١	عدد اجتماعات الفريق التابع لكل الوزارات المعنية بالمنتجات المساعدة	٢ في السنة / المجموع ٨	سنويا (ابتداء من السنة الثانية)	
٢٢	عدد الارشادات التوجيهية الوطنية لتوفير المنتجات المساعدة	سيتم تحديده لاحقا	سنويا	
٢٣	عدد ونوع المنتجات المساعدة المقدمة ، يتم تسليم تقارير عنها كل ثلاثة أشهر	سيتم تحديده لاحقا	سنويا	
٢٤	وقت الانتظار للحصول على خدمة في وحدات الجوائر والأطراف الاصطناعية	٢-٤ شهور	انخفاض بنسبة ٥٠٪ في وقت الانتظار	سنويا

٣.٥ تنفيذ وتقييم الخطة الاستراتيجية

إن فترة تنفيذ الخطة الاستراتيجية لإعادة التأهيل هي النقطة التي توجه فيها الخطة الإجراءات الحكومية وذوي العلاقة. وهذا سوف يحدث خلال فترة ٥ سنوات للخطة الاستراتيجية، من ٢٠٢٠-٢٠٢٤.

لدعم تنفيذ الخطة ؛ تلتزم وزارة الصحة جنبًا إلى جنب مع اللجنة التوجيهية للتأهيل وبدعم من أعضاء المجموعة الاستشارية الفنية بعقد اجتماع تخطيط سنوي مشترك يتوافق مع اجتماع التقييم السنوي المذكور سابقًا. يستلزم اجتماع التخطيط «التشغيلي» السنوي التنسيق والتخطيط بين ذوي العلاقة المشاركين في الأنشطة ضمن الخطة. تتم أولاً عملية التخطيط التشغيلي بين ذوي العلاقة في الاجتماع ثم داخل عمليات التخطيط الخاصة بكل مؤسسة. سيتم بذل محاولات عدة للتأكد

من أن توقيت اجتماع التخطيط الاستراتيجي السنوي لإعادة التأهيل يكمل عمليات التخطيط والأطر الزمنية الأكثر استخدامًا من قبل وزارة الصحة.

يمكن وصف تنفيذ الخطة الاستراتيجية بأنها عملية «تخطيط، تنفيذ، وتقييم». يجب أن تحدث هذه العملية كل عام، ويوصى بإجراء اجتماع التقييم والتخطيط السنوي في نفس اليوم مع الأطراف المعنية المناسبة. يوضح الشكل ٢ عملية «التخطيط والتنفيذ والتقييم».

سيتم تنفيذ الخطة الاستراتيجية من خلال التوجيه والعمل الجاد من قبل:

مسؤول (وحدة) تنسيق التأهيل، اللجنة التوجيهية للتأهيل، المجموعة الاستشارية الفنية، والمجلس الصحي العالي.



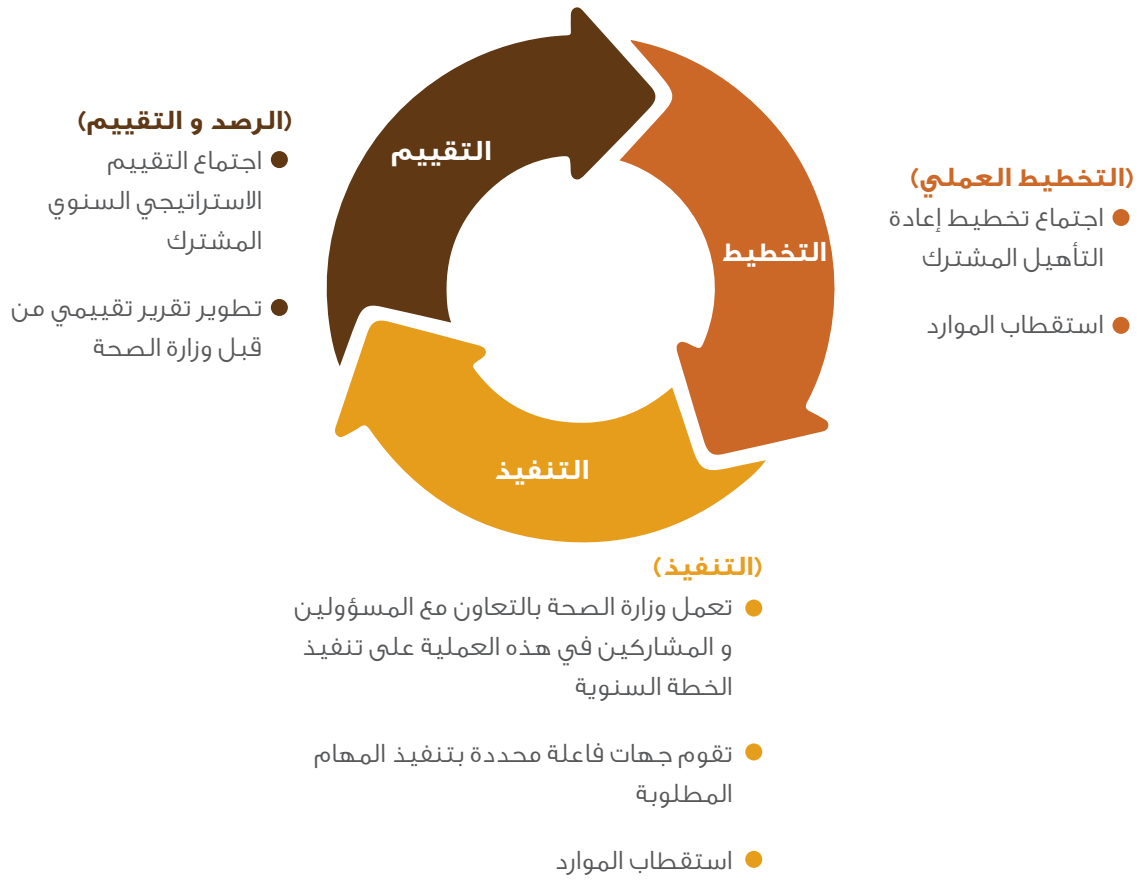
٢ مجموعات العمل المختلفة التي سيتم تشكيلها بناءً على عملية التخطيط السنوية، على سبيل المثال:

معلومات التأهيل وإدماجه

قوى إعادة التأهيل والتعليم المستمر

تحديد قائمة الحالات الصحية ذات الأولوية ليتسنى تطوير البروتوكولات، والمواد تثقيفية الخاصة بهذه الحالات، وما إلى ذلك.

المنتجات المساعدة ووضع قائمة الأولويات وإرشادات التوريد والشراء..



الشكل ٢: التخطيط الدوري السنوي وعملية التقييم.

شكر وعرفان

إن هذه الاستراتيجية قد أُنجزت بعد استشارات ومشاركات مكثفة وشاملة قادتها وزارة الصحة الأردنية بالتعاون وثيق مع منظمة الصحة العالمية ومنظمة الإنسانية والدمج.

لقد قام فريق استشاري أساسي بتوجيه دفة العمل على هذه الاستراتيجية خلال مراحل إنجازها المختلفة من استشارات ومراجعات وإصدار المسودات، وأعضاء الفريق هم: شارلوت أكسلسون، والدكتور علي الرجوب، والدكتور جابر الداود.

يوذ الفريق الاستشاري أن يشكر أصحاب المعالي: د. سعد جابر، و د. غازي الزين، و د. حكمت أبو الفول، و د. محمد الطراونة على رعايتهم ودعمهم لبناء هذه الاستراتيجية.

لقد ساهمت مجموعات الدعم الفني والاستشاري بتوفير دعم كبير للفريق وسهلت الإجراءات وقامت بتوفير الدعم والإشراف ومراجعة المسودات، ولابد هنا من أن نشكر كل من: د. هالة صقر، و باولين كلينتز و هديل الفار، و أليساندرو سانتورو، و راجيه أبو صواي من منظمة الصحة العالمية ومكتبها في الأردن، كما نشكر كل من: ماريا ماريللي، و صابرين الذويب، و حمزه يوسف وفرق العمل في منظمة الإنسانية والدمج

كما تشكر وزارة الصحة كلا من: منظمة الصحة العالمية، ومنظمة الإنسانية والدمج، ومكتب السكان والأجئین والهجرة (BPRM) وإدارة التنمية الدولية (DFID) على سخاء دعمهم المالي الذي سمح لهذه الاستراتيجية أن تبصر النور

وفي النهاية نشكر كل من ساهم في إنجاز هذا العمل سواء بصفته الشخصية أو الوظيفية أو المعنوية والجهة التي يمثلها من وزارات ومديريات وأقسام، وهيئات، ومجالس، وجامعات ومستشفيات، ومنظمات غير حكومية محلية ودولية، ونقابات وجمعيات ومراكز خاصة وعامة. متمنين لهم جميعاً دوام الصحة والتوفيق.

