Athugasemdir frá öldrunarlæknum við drög að **reglugerð um þvingaða lyfjameðferð**

Ástæða er til að fagna því að ráðist sé í vinnu til að skilgreina betur rétt fólks þegar kemur að þvingaðri lyfjameðferð. Mörg nauðsynleg atriði koma hér fram sem geta aukið réttaröryggi og skal tekið undir þær mannréttindaráherslur sem er að finna í fyrri hluta reglugerðarinnar.

Mikilvægt er að huga sérstaklega að einstaklingum með hrörnunarsjúkdóma í miðtaugakerfi og heilabilun af þeirra völdum. Tillögurnar bera þess merki að ekki hafi verið gert ráð fyrir aðstæðum sem geta skapast við slíka sjúkdóma. Vandi einstaklinga með heilabilun er í eðli sínu annar en þeirra sem glíma við alvarlega geðsjúkdóma eins og t.d. geðrof. Það hefur þannig augljóslega skort innsýn og reynslu innan vinnuhópsins varðandi vandamál tengdum heilabilun.

Í ljósi þessa fara undirrituð þess á leit að nánar verði skilgreint við hvaða sjúklingahóp drögin að reglugerðinni eiga. Ef gert er ráð fyrir að reglugerðin nái einnig yfir aldraða fjölveika einstaklinga, einstaklinga með heilabilun og einstaklinga í óráði vegna bráðra líkamlegra veikinda o.s.fr. verður það heilbrigðisstarfsfólk sem sinnir þessum sjúklingum að koma að vinnu við reglugerðina vegna sérþekkingar sinnar.

**Hér á eftir fara nokkrar athugasemdir við tillögurnar:**

Í fyrstu grein virðist tillögunni beint sérstaklega að þeim sem fá meðferð á sjúkrahúsi en í annarri grein er vísað í “alla þvingaða lyfjameðferð sem beitt er í heilbrigðisþjónustu”. Þetta er ekki nógu skýrt.Aðstæður sem kalla á þvingaða lyfjameðferð geta komið upp á heimilum og stofnunum öðrum en sjúkrahúsum svo sem á hjúkrunarheimilum.

*3. grein:*

Atriði 2.: “Þvinguð lyfjameðferð er öll lyfjameðferð sem er gefin án frjáls og upplýsts samþykkis“. Samkvæmt orðanna hljóðan er þessi skilgreining allt of víðtæk og nær þannig til lyfjameðferðar við hverju sem er. Aldraðir einstaklingar glíma oft við fjölvanda sem beita þarf við lífsnauðsynlegri meðferð. Innsæi eða möguleikar til að skilja til hlítar mikilvægi meðferðar er oft verulega skert og vissa um fullt samþykki vandkvæðum bundin. Stundum eru lyf gefin í “mauki” til að auðvelda og tryggja inntöku hjá sjúkingum með mjög skerta færni eða kyngingarörðugleika og iðulega er dagamunur á hversu auðveldlega gengur að gefa lyfin. Erfitt er einnig að sjá fyrir sér að gerlegt sé að umboðsmaður sjúklings sé ávallt upplýstur um allar breytingar, ávísanir eða hugsanlegan vilja sjúklingsins, enda eru lyfjabreytingar oft tíðar hjá þessum hópi sem býr við margþættan heilsufarsvanda.

Atriði 5.: “Þegar fyrirsjáanlegt er að hæfni til ákvarðanatöku geti skerst getur sjúklingur útbúið skrifleg fyrirmæli í samstarfi við heilbrigðisstarfsmann. Þar er kveðið á um hvaða þvingunarúrræði, meðferð og lyf sjúklingur heimilar í aðstæðum þar sem hæfni hans til ákvarðanatöku telst skert”. Hér er greinilega verið að visa til einstaklinga með geðsjúkdóm en ekki heilabilun en það er sjaldan fyrr en á síðari stigum þess ástands sem getur komið til þvingaðrar lyfjagjafar. Ef ætti að uppfylla þetta skilyrði fyrir einstaklinga með heilabilun þyrfti að gera það með margra ára fyrirvara sem er á engan hátt raunhæft.

Atriði 6.: Sé umboðsmaður sjúklings mótfallinn meðferð sem læknisfræðilega er talið nauðsynlegt að beita en sjúklingur ekki hæfur til að gera sér grein fyrir færist þá ábyrgðin á viðkomandi umboðsmann? Hér gæti verið um einstakling að ræða með tímabundnar hættulegar hegðunartruflanir í heilabilun eða sjúkling sem þarf t.d. insúlingjöf en hefur ekki innsæi í að skilja meðferðina.

Góð er sú hugsun að sjúklingur geti skipað sér umboðsmann og fengið stuðning við t.d. að skýra vilja sinn. Ábyrgð slíks umboðsmanns þarf að vera skýr eigi viðkomandi að hafa áhrif á beitingu meðferðar sem kannski var ekki fyrirséð meðan sjúklingur gat gert grein fyrir sér. Ef ábyrgur læknir og umboðsmaður eru ekki sammála um þá meðferð sem læknir leggur til vegur þá ákvörðun umboðsmanns þyngra en mat ábyrgs læknis? Ef svo er, er lækninum heimilt að segja sig frá meðferð sjúklingsins og flyst þá ábyrgðin yfir á umboðsmanninn?

*7. grein:*

 Afar ólíklegt er að einstaklingur með heilabilun geti síðar veitt öðrum einstaklingi ráð en samkvæmt orðanna hljóðan má ætla að um sé að ræða einstakling með svipuð vandamál og svipaða reynslu.

*8. grein:*

Yfirleitt er ekki raunhæft að einstaklingur með heilabilun ákveði fyrirfram umboðsmann því það þyrfti þá að gera mörgum árum áður sbr. athugasemd við 3. grein lið 5.

*11. grein:*

“Þvinguð lyfjameðferð skal einungis framkvæmd á grundvelli viðeigandi læknisfræðilegrar skoðunar af tveimur geðlæknum…” Almennt koma geðlæknar alls ekki að meðferð einstaklinga með heilabilun og því afar sérkennilegt að gera þessa kröfu fyrir þá einstaklinga. Hér virðist þannig ekki gert ráð fyrir sérþekkingu öldrunarlækna til að meta þörf á meðferð hjá einstaklingum í óráðsástandi og/eða með heilabilun. Að okkar áliti ætti slíkt mat helst að vera á þeirra hendi. Skv. orðalagi og skilgreiningum í drögunum eins og þau líta út í dag þyrfti svo dæmi sé tekið að bera alla lyfjameðferð hjá heilabiluðum einstaklingum undir tvo geðlækna, bæði meðferð með geðlyfjum og aðra lyfjameðferð.

*15. grein:*

Það vekur athygli að í ráðherraskipuðu sérfræðiteymi sé ekki gert ráð fyrir aðkomu öldrunarlæknis, eigi reglugerðin að hafa eins víðtækt gildi og hér virðist.

Um leið og undirrituð fagna ýmsu því sem í tillögunum felst viljum við vekja athygli á sérstöðu viðkvæms hóps einstaklinga með vitræna skerðingu, langvinnt eða tímabundið. Nauðsynlegt er að ekki leiki vafi á réttindum þeirra eða beitingu meðferðar í aðstæðum sem oft eru gjörólíkar þeim hjá fólki með geðsjúkdóma.

Fyrir hönd Félags íslenskra öldrunarlækna

Helga Eyjólfsdóttir, lyf- og öldrunarlæknir

Jón Snædal, lyf- og öldrunarlæknir

Steinunn Þórðardóttir, lyf- og Öldrunarlæknir

Ólafur Samúelsson, lyf- og Öldrunarlæknir, formaður Félags íslenskra öldrunarlækna