

Apríl 2020



Tillögur starfshóps um útfærslur á 28. gr. lögræðislaga

Stjórnarráð Íslands
Heilbrigðisráðuneytið



Útgefandi:

Heilbrigðisráðuneytið

Mynd á forsíðu: Brynhildur Magnúsdóttir, HRN

Apríl 2020

hrn@hrn.is

<https://www.stjornarradid.is>

Umbrot og textavinnsla:

Heilbrigðisráðuneytið

©2020 heilbrigðisráðuneytið

Efnisyfirlit

Formáli	4
1. Er þörf á frekari reglum um þvingaða meðferð?	5
2. Í hvaða formi þurfa slíkar leiðbeiningar að vera?	6
3. Efnisákvæði reglna um þvingaða lyfjameðferð	7
3.1 Sjálfsákvörðunarréttur til jafns við aðra og leiðir til að styðja við sjálfsákvörðunarrétt sjúklings	10
3.2 Rammi og eftirlit með þvingaðri meðferð	12
4. Aðrar tillögur	15
Viðauki 1: Bókun fulltrúa Landssamtakanna Geðhjálpur frá 26. nóvember 2019	17
Viðauki 2: Drög að reglugerð um þvingaða lyfjameðferð	18
Viðauki 3: Vinna starfsfólk geðdeilda varðandi þvingaða meðferð	23

Formáli

Með bréfi dags. 30. júlí 2019 skipaði heilbrigðisráðherra starfshóp sem meta skyldi hvort þörf væri á því að setja frekari leiðbeiningar um útfærslur á þvingunarúrræðum en felast í lögræðislögum, nr. 71/1997.

Í 28. gr. lögræðislaganna er fjallað um meðferð nauðungarvistaðs manns á sjúkrahúsi auk þess sem þar er að finna heimild til handa heilbrigðisráðherra til að setja nánari reglur um þvingaða lyfjagjöf og aðra þvingaða meðferð.

Í skipunarbréfinu kom fram að ef starfshópurinn teldi þörf á að settar yrðu frekari leiðbeiningar skyldi hópurinn leggja til í hvaða formi slíkar leiðbeiningar ættu að vera, reglugerð eða annað, og hver helstu efnisákvæði slíkra leiðbeininga væru.

Eftirtaldir sérfræðingar skipuðu starfshópinn:

- Helga Baldvins Bjargardóttir, lögmaður og þroskaþjálfari sem jafnframt var formaður,
- Halldóra Jónsdóttir, geðlæknir á Landspítala
- Sigrún Ingvarsdóttir, félagsráðgjafi hjá Reykjavíkurborg
- Sveinn Rúnar Hauksson, læknir, tilnefndur af Geðhjálpi.

Starfshópurinn hélt 10 fundi á tímabilinu 10. september 2020 til 21. apríl 2020 og voru þeir að jafnaði tvær klukkustundir.

Frá upphafi var ljóst að það væri sameiginlegur vilji allra fulltrúa starfshópsins að fá raddir sem flestra að borðinu við þessa vinnu. Í því skyni útbjó starfshópurinn tölvupóstfangið thvingudmedferd@gmail.com. Þá hélt starfshópurinn tvo opna vinnufundi í samstarfi við Geðhjálpi, með notendum, aðstandendum, fagfólki og öðrum áhugasömum þann 17. október 2019 og 13. febrúar 2020.

Alls barst 21 erindi frá 11 aðilum í gegnum tölvupóstfangið þá hitti formaður starfshópsins fjölda notenda, aðstandenda, fagfólks og fræðafólks í tengslum við gerð skýrslunnar og fundaði með fulltrúum ráðuneyta sem vinna að reglum um öryggisvistun og Þórhildi Sunnu Ævarsdóttur sem leiðir þingmannanefnd um endurskoðun lögræðislaganna.

Fulltrúi Geðhjálpunar í starfshópnum vildi koma því á framfæri að Geðhjálpi fagni þessari vinnu og telji hana framför en hann vill undirstrika það að það sé engu að síður ennþá stefna félagsins að berjast gegn allri valdbeitingu í geðheilbrigðisþjónustu, sjá ályktun í viðauka 1.

1. Er þörf á frekari reglum um þvingaða meðferð?

Megin niðurstaða vinnu starfshópsins var sú að allt vald yfir öðrum einstaklingum innifelur í sér hættu á misnotkun. Undirnefnd Sameinuðu þjóðanna um varnir gegn pyndingum (SPT) hefur bent á þessi sjónarmið og talað fyrir mikilvægi þess þvinguð meðferð fari einungis fram innan skýrs ramma þar sem fram koma viðmið og tímalengd notkunar ásamt verkferlum sem snúa að eftirliti, endurskoðun og áfrýjun á slíkum ákvörðunum. Þá bendir SPT nefndin á mikilvægi þess að þvinguð meðferð sé aldrei notuð til hægðarauka fyrir starfsfólk, ættingja eða aðra og að öll slík meðferð sé skráð nákvæmlega, lúti stjórnunarlegri ábyrgð m.a. í gegnum sjálfstæð kvörtunarferli og lúti endurskoðunarvaldi dómsvalds.¹

Það er því knýjandi þörf á reglum sem kveða skýrt á um þessi atriði. Í slíkum reglum þarf að vera skýrt að sjálfsákvörðunarréttur sjúklings til að þiggja eða hafna meðferð er meginregla sem byggja þarf á við alla meðferð. Sé þörf á undanþágu frá þeirri meginreglu verður sú undanþága að uppfylla skilyrðin um nauðsyn og meðalhóf auk þess sem lög eða reglur þurfi að kveða skýrt á um hvers konar þvinganir eru heimilar, í hvaða tilvikum, hvernig skuli skrásetja þær og hvernig haga skuli eftirliti með framfylgd þeirra. Leggja þarf áherslu á virðingu fyrir réttindum, vilja og séróskum sjúklings í stað forræðishyggju og ákvarðanatöku fyrir hönd sjúklings út frá því hvað honum er talið fyrir bestu.

¹ Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: „Approach of the Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment regarding the rights of persons institutionalized and treated medically without informed consent.“ Adopted by the Subcommittee at its twenty-seventh session (16-20 November 2015). CAT/OP/27/2. 9. mgr.

2. Í hvaða formi þurfa slíkar leiðbeiningar að vera?

Best væri ef gerð væri heildarendurskoðun á stöðu geðheilbrigðismála á Íslandi og lögræðislögin öll tekin til endurskoðunar sem hluti af því. Þann 19. júní 2019 var samþykkt þingsályktunartillaga um að heildarendurskoðun á lögræðislögum fari fram og fagnar starfshópurinn því mikilvæga verkefni.

Starfshópurinn telur þó brýnt að heilbrigðisráðherra taki af skarið sem fyrst og gefi út reglugerð með nánari leiðbeiningum um framkvæmd þvingaðrar lyfjagjafar og eru drög að slíkri reglugerð í viðauka 2. Þar sem lögræðislögin hafa enga skilgreiningu á hvað telst „önnur þvinguð meðferð“ telur starfshópurinn sér ekki heimilt að útfæra slíkt með reglugerð með tilliti til lögmætisreglunnar. Í viðauka 3 gefur að líta vinnu sem starfsfólk geðdeilda vann árið 2018 varðandi þvingandi aðgerðir á geðdeildum. Þar er að finna umfjöllun um ólíkar tegundir formlegra og óformlegra aðgerða sem varða þvingun sem beitt er á geðdeildum. Ljóst er að við heildarendurskoðun á lögræðislögum þarf að líta til þess og draga mörkin á milli þvingunarráðstafana í meðferðarskyni annars vegar og þvingunarráðstafana í öryggisskyni hins vegar.

3. Efnisákvæði reglna um þvingaða lyfjameðferð

Samningur Sameinuðu þjóðanna um réttindi fatlaðs fólks (SRFF) markar tímamót í mannréttindavernd fatlaðs fólks.² Samningurinn endurspeglar ákveðna viðmiðsbreytingu sem hefur átt sér stað á síðustu áratugum um hvernig við skiljum og skilgreinum fötlun. Breytingunni hefur verið lýst sem þróun frá læknisfræðilegu eða einstaklingsbundnu sjónarhorni á fötlun, sem einblínir á galla eða skerðingar, yfir í félagslegt sjónarhorn á fötlun þar sem áhersla er á mannréttindi. Með því síðarnefnda er lögð aukin áhersla á að skoða stöðu fatlaðs fólks út frá jöfnum rétti þess á við aðra í samfélaginu.³ Á sama tíma hefur þróun á inntaki jafnréttishugtaksins almennt verið að færast frá formlegu jafnrétti til efnislegs jafnréttis sem hefur sérstaka þýðingu fyrir fatlað fólk og réttindavernd þess.⁴ Með mannréttindasjónarhorni á fötlun eru þau *vandamál* sem fatlað fólk glímur við staðsett í samfélaginu og ábyrgðinni á því að uppræta félagslega skapaðar hindranir er komið fyrir hjá ríkisvaldinu til að tryggja jafna virðingu fyrir mannlegri reisn og jöfnum rétti allra.⁵

Fólk með sálfélagslega fötlun (e. psychosocial disabilities)⁶ hefur öldum saman þurft að sæta kerfisbundinni takmörkun á rétti sínum til sjálfræðis og sjálfsákvörðunar varðandi eigin meðferð.⁷ Á vettvangi mannréttinda hefur sjónum í vaxandi mæli verið beint að alvarleika þess að fólk með sálfélagslegar fatlanir sé útilokað frá því að hafa áhrif á eigið líf þegar það upplifir andlegar áskoranir eða geðræna erfiðleika (e. mental health crisis) og sérstaklega þegar það er dæmt ófært um að taka eigin ákvarðanir.⁸ Þannig hafa bæði sérstakur

2 Samningur S.þ. um réttindi fatlaðs fólks (samþykktur 13 desember 2006, tók gildi 3 maí 2008) 2515 UNTS 3 (SRFF).

3 Lisa Waddington, „Evolving disability policies: From social-welfare to human rights: An international trend from a European perspective“ (2001) 19 Netherlands Quarterly of Human Rights 141, 141–142.

4 Oddný Mjöll Arnardóttir, „A Future Of Multidimensional Disadvantage Equality?“ í Oddný Mjöll Arnardóttir og Gerard Quinn (ritstj.), The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities European and Scandinavian perspectives (Martinus Nijhoff Publishers 2009) 41.

5 Gerard Quinn og Theresia Degener, Human Rights and Disability (n.31) 9.

6 Til fólks með sálfélagslegar fatlanir teljast þeir sem skilgreina sig með geðrænan vanda, notendur geðheilbrigðisþjónustu, þolendur geðheilbrigðisþjónustu. The World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP) kallaði eftir breyttri hugtakanotun frá „geðsjúkdómum“ í samræmi við þróun frá hinu læknisfræðilega sjónarhorni yfir í mannréttindasjónarhorn á fötlun. International Disability Alliance CRPD Forum Submission to the Office of the High Commissioner for Human Right (OHCHR) Thematic Study on Psychosocial Disability. 2011.

7 P. Deegan, “The Independent Living Movement and People with Psychiatric Disabilities: Taking back Control over our own Lives”, Psychosocial Rehabilitation Journal 15 (1992) 3-19.

8 P. Weller, “Human Rights and Mental Health Law”, in B. McSherry and P. Weller (eds.), Rethinking Rights-Based Mental Health Law (Oxford: Hart Publishing, 2010) p. 59.

skýrslugjafi Pyndingarsamningsins⁹ og mannréttindafulltrúi Sameinuðu þjóðanna¹⁰ bent á að slík framkvæmd geti talist mismunun gagnvart fólki með sálfélagslegar fatlanir.

Í mörgum löndum er að finna sérstaka geðheilbrigðislöggjöf sem réttlætir takmörkun á frelsi og þvingaða meðferð, sem annars telst óheimil, á þeim grundvelli að manneskja sem glímir við geðræn veikindi ætti að vera gert að undirgangast meðferð til að koma í veg fyrir að hún skaði sjálfa sig eða aðra. Grundvallarreglan um bann við mismunun krefst þess að breytingar séu gerðar á þessari framkvæmd.¹¹ Alþjóðlegur samráðsvettvangur notenda og þolenda geðheilbrigðisþjónustu (e. The World Network of Users and Survivors of Psychiatry) hafa gefið út leiðbeiningar í þessum efnum.¹² Við heildarendurskoðun á fyrirkomulagi geðheilbrigðismála þarf því að leggja áherslu á að þróa aðferðir til að draga úr nauðsyn nauðungarvistunar og þvingaðrar meðferðar og vinna markvisst að því að virkja sjálfsákvörðunarrétt fólks varðandi eigin meðferð og meðferðarúrræði.¹³

Margir fræðimenn hafa bent á að það sé mismunun á grundvelli fötlunar að heimila þvingaða meðferð gagnvart fólki með sálfélagslega fötlun byggð á greiningu á geðsjúkdómi og svo annað hvort mati á nauðsyn meðferðar vegna eigin heilsu eða öryggis eða mati á nauðsyn vegna öryggis annarra.¹⁴ Í samræmi við 3. mgr. 12. gr. SRFF þarf við endurskoðun löggjafar að snúa af þeirri braut þar sem staðgenglar (á borð við lögráðamenn eða lækna) taka ákvarðanir fyrir hönd einstaklinga með sálfélagslega fötlun út frá því sem er talið þeim fyrir bestu oft án fullnægjandi verndarráðstafana eða hlutlausrar endurskoðunar.¹⁵ Þess í stað þarf að koma á fót fjölbreyttum úrræðum aðstoðar við ákvarðanatöku sem geta m.a. miðað að því að kynna upplýsingar á því formi sem einstaklingurinn skilur,

9 United Nations, Interim Report of the Special Rapporteur on Torture and other Cruel, Inhuman and Degrading Treatment or Punishment (SR Torture Interim Report), 28 July 2008, UN Doc A/63/175 (Geneva: United Nations, 2008).

10 United Nations, Thematic Study by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on Enhancing Awareness and Understanding of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (OHCHR) Legal Measures Study) UN Doc A/HRC/10/48, 26 January 2009 (Geneva: United Nations, 2009).

11 P. Bartlett, "The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Future of Mental Health Law", *Psychiatry* 8 (12) (2009) 496-498.

12 World Network of Users and Survivors of Psychiatry, Implementation Manual for the United Nations CRPD on the Rights of Persons with Disabilities (February 2008) Retrieved 1 July 2011, http://wnusp.rafus.dk/documents/WNUSP_CRPD_Manual.pdf.

13 F. Morrissey, *European Journal of Health Law* 19 (2012) 423-440.

14 G. Szmukle og F. Holloway, 2000, Reform of the Mental Health Act -Health or Safety? *British Journal of Psychiatry* (2000), 177, 196-200.

15 F. Morrissey, *European Journal of Health Law* 19 (2012) 423-440.

veita honum aðstoð við að tjá sig, bera ákvörðun undir persónulegan talsmann eða annan aðila sem viðkomandi hefur tilnefnt til að koma vilja sínum eða séróskum á framfæri t.d. með fyrirframgerðri ákvarðanatöku eða sérstakri krísu-áætlun. Þeir sem veita slíka aðstoð eru bundnir af vilja og fyrirmælum viðkomandi.¹⁶

Almennt hafa sjúklingar sem glíma við líkamleg veikindi rétt til að hafna læknisfræðilegri meðferð á hvaða forsendum sem er jafnvel þegar sú ákvörðun mun leiða til dauða viðkomandi. Meginreglan er virðing fyrir sjálfþæði og sjálfsákvörðunarrétti sjúklings nema hann sé ófær um að gefa vilja sinn til kynna og meðferðin teljist bráðnauðsynleg.¹⁷ Í lögum um réttindi sjúklinga nr. 74/1997 er meginregla sjálfsákvörðunarréttar sjúklings yfir sinni meðferð staðfest í 1. mgr. 7. gr. þar sem segir að virða skuli rétt sjúklings til að ákveða sjálfur hvort hann þiggi meðferð. Í 2. mgr. 7. gr. er undantekning frá þeirri meginreglu þar sem segir að ákvæði lögræðislaga gildi um samþykki fyrir meðferð sjúklinga sem teljast ófærir um að taka ákvörðun um meðferð. Þar er samt ítrekað að hafa skuli „sjúkling með í ráðum eftir því sem kostur er.“ Í 9. gr. sömu laga er almenn undantekning sem gildir um alla sjúklinga og lýtur að því að ef sjúklingur er meðvitundarlaus eða ástand hans að öðru leyti þannig að hann er ófær um að gefa til kynna vilja sinn varðandi tiltekna meðferð sem telst bráðnauðsynleg, þá skuli taka samþykki hans sem gefnu, nema fyrir liggi örugg vitneskja um að hann hefði hafnað meðferðinni.

Til að fatlað fólk fái notið jafnréttis ættu sömu grundvallarreglur að gilda hvort sem um sálfélagslega fötlun er að ræða eða ekki. Almennt hefur verið talið að hæfið til að gefa frjálst og upplýst samþykki varðandi lækni meðferð byggji á því að sjúklingur hafi fengið allar viðeigandi upplýsingar um kosti hennar, hugsanlegar aukaverkanir og aðra mögulega valkosti, sjúklingur búi yfir óskertri hæfni til ákvarðanatöku og gefi samþykki sitt án þvingunar eða óréttmætra áhrifa annarra.¹⁸ Sömu sjónarmið ættu að gilda um réttinn til að hafna meðferð og þá skiptir mestu máli að horfa til hæfni til ákvarðanatöku viðkomandi einstaklings, óháð fötlun hans, skerðingu eða sjúkdómi. Hægt er að skilgreina hæfni til ákvarðanatöku sjúklings sem hæfileika hans til að skilja og meðtaka upplýsingar um eðli meðferðar, afleiðingar þess að samþykkja eða hafna meðferð og tjá þann vilja sinn með áhrifaríkum tjáskiptum, með eða án aðstoðar persónulegs talsmanns. Í sumum tilvikum telst fólk með sálfélagslega fötlun, þroskahömlun eða aðrar skerðingar ekki búa yfir hæfni til ákvarðanatöku eitt og sér en með því að njóta viðeigandi aðlögunar, t.d. í formi aðstoðar við að

16 World Network of Users and Survivors of Psychiatry, Implementation Manual for the United Nations CRPD on the Rights of Persons with Disabilities (February 2008) sjá n.12.

17 Sjá lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997, 6. - 9. gr.

18 Sholten M, Gather, J. J Med Ethics 2018;44:226-233 doi:10.1136/medethics-2017-104414

skilja ákvörðunina eða tjá sig um hana, á það möguleika á að halda óskertri hæfni til ákvörðunartöku.¹⁹

Rétturinn til bestu mögulegu lækni meðferðar krefst þess að gripið sé inn í aðstæður þar sem sjúklingur er „öfær um að gefa til kynna vilja sinn varðandi meðferð sem telst bráðnauðsynleg“ eins og segir í 9. gr. laga um réttindi sjúklunga nr. 74/1997.²⁰ Með því að byggja mat á þvingaðri lyfjagjöf á mati á hæfni til ákvarðanatöku er hægt að setja inn aðstoð við ákvarðanatöku á mörgum stigum til að efla og virkja sjálfsákvörðunrétt sjúklings varðandi eigin meðferð. Rannsóknir sýna að með þjálfun og reynslu er hægt að meta hæfni til ákvarðanatöku og að ein mikilvægasta verndarráðstöfun gegn misnotkun er að hafa hagsmuni sjúklings í forgrunni.²¹

Til samræmis við það sem að framan greinir lúta helstu nýmæli í efnisákvæðum reglugerðarinnar að því að færa sjálfsákvörðunarrétt fólks með sálfélagslega fötlun til jafns við aðra, auka aðstoð við ákvarðanatöku, ásamt því að setja skýrari ramma varðandi framkvæmd þvingaðrar meðferðar og koma á fót virku eftirliti með slíkri meðferð.

3.1 Sjálfsákvörðunarréttur til jafns við aðra og leiðir til að styðja við sjálfsákvörðunarrétt sjúklings

Í reglugerðinni er lögð mikil áhersla á virðingu fyrir sjálfsákvörðunarrétti sjúklings. Í 2. gr. segir t.d. að markmið reglugerðarinnar sé að tryggja að virðing sé borin fyrir mannlegri reisu og sjálfsákvörðunarrétti allra sem þiggja heilbrigðisþjónustu á sjúkrahúsi og að sá réttur sé tryggður án mismununar þegar kemur að þvingaðri lyfjagjöf.

Þá er í 4. gr. kveðið á um meginreglur og segir þar í 1. mgr. að öll framkvæmd heilbrigðisþjónustu skuli vera byggð á frjálsum og upplýstu samþykki viðkomandi sjúklings og í 3. mgr. sömu greinar að leitast skuli við að hafa samráð við sjúklinginn sjálfan við gerð áætlunar um þá heilbrigðisþjónustu sem uppfylla á þarfir hans. Loks segir í 4. mgr. 4. gr. að ef beita þurfi undantekningarákvæðum 10. gr. um þvingaða lyfjameðferð skuli vinna að því svo fljótt sem auðið er að fyrirbyggja að slíkt endurtaki sig og að það sé gert með þátttöku sjúklings.

Í 3. gr. er frjálst og upplýst samþykki skilgreint sem „samþykki sem sjúklingur veitir fyrir læknisfræðilegri meðferð ef hann hefur fengið allar viðeigandi upplýsingar um kosti hennar, hugsanlegar aukaverkanir og aðra mögulega

19 Sholten M, Gather, J. J Med Ethics 2018;44:226-233 doi:10.1136/medethics-2017-104414

20 Sjá n1. Undirnefnd Sameinuðu þjóðanna um varnir gegn pyndingum gengur reyndar svo langt að segja að fái sjúklingur ekki viðeigandi lækni meðferð í því ástandi geti það talist grimmileg, ómannleg eða vanvirðandi meðferð eða refsing, sbr. 15. mgr.

21 Grisso, T. og Appelbaum, P.S. (1998) Assessing Competence to Consent to Treatment. New York: Oxford University Press.

valkosti, býr yfir óskertri hæfni til ákvarðanatöku og gefur samþykki sitt án þvingunar eða óréttmætra áhrifa annarra.“ Í sömu grein er hæfni til ákvarðanatöku skilgreind sem „hæfileiki sjúklings til að skilja og meðtaka upplýsingar um eðli meðferðar, afleiðingar þess að samþykkja eða hafna meðferð og tjá þann vilja sinn með áhrifaríkum tjáskiptum, með eða án aðstoðar persónulegs talsmanns eða fyrirframákveðins umboðsmanns.“

Til að uppfylla skyldur 3. mgr. 12. gr. SRFF er kveðið á um ýmsar leiðir til að tryggja að fólk með sálfélagslegar fatlanir hafi aðgang að stuðningi við ákvarðanatöku. Þannig er mælt fyrir um í 7. gr. reglugerðarinnar að sjúklingur sem beita á þvingaðri lyfjameðferð skuli eiga rétt á að ráðfæra sig við ráðgjafa, helst úr röðum einstaklinga sem hafa sambærilega reynslu að baki. Slíkir ráðgjafar væru á launum hjá ráðuneytinu og þyrftu að fá ákveðna þjálfun í samstarfi við fagfólk geðdeilda og hagsmunasamtök sem myndu velja hvaða einstaklingar ráðast til starfans.

Þá er í 8. gr. reglugerðarinnar veitt heimild til þess að sjúklingur tilnefni fyrirframákveðinn umboðsmann í sinn stað vegna fyrirsjáanlegrar skertrar hæfni til ákvarðanatöku. Hafi sjúklingur valið slíkan umboðsmann og sérfræðiteymi skv. 15. gr. reglugerðarinnar staðfest það val, er þvinguð lyfjagjöf einungis heimiluð að fengnu samþykki þess umboðsmanns. Á grundvelli 7. gr. laga nr. 88/2011 um réttindagæslu fyrir fatlað fólk á einstaklingur sem valið hefur sér persónulegan talsmann rétt á að njóta aðstoðar hans við undirbúning upplýstrar ákvarðanatöku um læknisfræðilega meðferð. Þegar sérfræðiteymi tekur ákvörðun um heimild til þvingaðrar lyfjagjafar þarf það einnig að ráðfæra sig við persónulegan talsmann sjúklings hafi slíkur talsmaður verið skipaður sbr. jafnframt 15. gr. reglugerðarinnar.

Loks er í d-lið 2. mgr. 11. gr. fjallað um málsmeðferðarreglur þvingaðrar lyfjagjafar og þá skyldu að taka mið af svokölluðum skriflegum og fyrirfram ákveðnum fyrirmælum. Slík fyrirmæli eru skilgreind í 3. gr. reglugerðarinnar þar sem segir að sjúklingur getur, þegar fyrirsjáanlegt er að hæfni til ákvarðanatöku geti skerst, 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.

Margir sem upplifa tímabundna skerta hæfni til ákvarðanatöku t.d. á grundvelli sálfélagslegrar fötlunar, eða fyrirséðar skerta hæfni til ákvarðanatöku t.d. á grundvelli hrörnunarjúkdóma geta með fyrirfram ákveðnum aðgerðum komið vilja sínum og séróskum um meðferð til skila þannig að sú vitneskja liggji fyrir þegar slíkar aðstæður koma upp. Þá skiptir máli að ákvörðun um nauðsynlega meðferð sé byggð á læknisfræðilegu mati og taki jafnframt mið af því hver vilji sjúklings var á þeim tíma sem hæfni hans til ákvarðanatöku taldist óskert, miðað við fyrri yfirlýsingar hans (eins og í skriflegum fyrirframákveðnum fyrirmælum) og samkvæmt því sem þeir sem þekkja hann best halda fram (eins og fyrirfram ákveðinn umboðsmaður eða persónulegur talsmaður).

3.2 Rammi og eftirlit með þvingaðri meðferð

Í reglugerðinni er leitast við að setja skýrari ramma og auka eftirlit með beitingu þvingaðrar lyfjameðferðar. Þannig segir í 2. mgr. 4. gr. sem fjallar um meginreglur að mikilvægt sé „að önnur og vægari úrræði séu fullreynd áður en ráðist er í þvingaða lyfjameðferð á grundvelli 28. gr. lögræðislaga.“ Þá segir í 5. gr. að öll þvinguð lyfjameðferð þurfi að vera í samræmi við gildandi löggjöf og alþjóðlegar mannréttindaskuldbindingar og uppfylla viðeigandi verndarráðstafanir. Í 6. gr. segir jafnframt að þvingaðri lyfjagjöf skuli einungis beitt í samræmi við grundvallarreglur um meðalhóf og nauðsyn. Ávallt skuli velja vægasta úrræði sem mögulegt er og vægustu meðferð sem möguleg er, með tilliti til hagsmuna og vilja sjúklings.

Í 3. gr. reglugerðarinnar eru bestu hagsmunir og vilji sjúklings metnir út frá læknisfræðilegu mati á nauðsynlegri meðferð og skal það mat jafnframt taka mið af því hvað sjúklingur ákvað sjálfur á þeim tímapunkti sem hæfni hans til ákvarðanatöku taldist óskert, miðað við fyrri yfirlýsingar hans (eins og í skriflegum fyrirframákveðnum fyrir mælum) og samkvæmt því sem þeir sem þekkja hann best halda fram (eins og fyrirframákveðinn umboðsmaður eða persónulegur talsmaður).

Í 10. gr. eru svo sett fram þau viðmið sem þurfa að vera uppfyllt til að þvinguð lyfjameðferð sé heimil. Þar segir að þvingaðri lyfjameðferð megi einungis beita ef sjúklingur er sjálfum sér eða öðrum hættulegur eða ef lífi hans eða heilsu er annars stefnt í voða og þrjú önnur viðmið teljast uppfyllt. Í fyrsta lagi þarf hæfni sjúklings til ákvarðanatöku um eigin meðferð að vera verulega skert. Í öðru lagi þarf meðferðin að vera nauðsynleg með tilliti til bestu hagsmuna og vilja sjúklings. Í þriðja lagi þurfa önnur og vægari úrræði hafa verið fullreynd.

Í 15. gr. er kveðið á um þá nýjung að koma þurfi á fót sérstöku sérfræðiteymi, sem skipað er geðlækni, lögfræðingi og aðstandanda auk þriggja einstaklinga með notendareynslu, sem heimilar eða hafnar ákvörðun um þvingaða lyfjagjöf. Sérfræðiteymið hefur það hlutverk að endurskoða og fara yfir rökstuðning fyrir þvingaðri lyfjagjöf og annarri þvingaðri meðferð og getur gert athugasemdir eða krafist nánari rökstuðnings. Þá fer sérfræðiteymið jafnframt með vald til að heimila eða hafna beiðnum um skrifleg fyrirfram ákveðin fyrir mæli og skipun fyrirfram ákveðins umboðsmanns. Gert er ráð fyrir að ráðuneytið ráði starfsmann til aðstoðar sérfræðiteyminu og útvegi honum starfsaðstöðu ásamt fundaraðstöðu fyrir sérfræðiteymið. Hann sér um að skrá allar ákvarðanir um fyrirframgefin fyrir mæli/umboðsmenn eða persónulega talsmenn í sjúkraskrá viðkomandi sjúklings. Í upphaflegri vinnu starfshópsins var gert ráð fyrir að vinna sérfræðiteymisins væri viðtækari þannig að það hefði jafnframt það hlutverk að heimila eða hafna beiðnum um beitingu annarrar þvingaðrar meðferðar en lyfjameðferðar. Síðar í ferlinu var tekin sú ákvörðun að takmarka drög að reglugerð einungis við þvingaða lyfjameðferð og eftirláta þingmannanefnd sem sér um heildarendurskoðun lögræðislaga að gera lagabreytingartillögur varðandi aðra þvingaða meðferð. Ákveðið var að halda

skípan sérfræðiteymisins óbreyttri í þeirri von að með endurskoðuðum lögræðislögum væri síðar hægt láta valdheimildir sérfræðiteymisins ná yfir alla þvingaða meðferð. Fulltrúi geðlækna í starfshópnum lagði til að beiðni um þvingaða lyfjameðferð væri borin undir landlæknisembættið, eins og tíðkast í Noregi, og önnur þvinguð meðferð færi fyrir sérfræðiteymið en ákveðið var að láta ákvæði 15. gr. standa óbreytt.

Í 11. gr. er fjallað um málsmeðferðarreglur þvingaðrar lyfjagjafar í fimm málsgreinum. Í 1. mgr. er gerð sú krafa að þvinguð lyfjameðferð skuli einungis framkvæmd á grundvelli viðeigandi læknisfræðilegrar skoðunar af tveimur geðlæknum, sem búa yfir nægilegri þekkingu, reynslu og hæfni, til samræmis við gildandi faglegar skyldur og viðmið og að æskilegt sé að annar þeirra starfandi utan viðkomandi stofnunar. Til þess að þetta sé mögulegt þarf heilbrigðisráðuneytið að koma á fót samningi við sjálfstætt starfandi geðlækna um að þeir taki að sér að vera óháður matsaðili í tilvikum þar sem beita á þvingaðri lyfjameðferð. Þá þyrfti að gera sérstakar ráðstafanir til að mæta þörfum geðdeildar á Akureyri hvað þetta varðar.

Í 2. mgr. 11. gr. er svo fjallað um hlutverk sérfræðiteymisins við töku ákvörðunar um þvingaða lyfjameðferð en teyminu ber að a) vinna á á grundvelli þeirrar læknisfræðilegu skoðunar sem greinir í 1. mgr., b) tryggja að viðmiðin sem fram koma í 10. gr. séu uppfyllt, c) tryggja að sjúklingur fái áheyrn í eigin persónu og njóti stuðning persónulegs ráðgjafa ef við á d) taka mið af skriflegum fyrirframákveðnum fyrirmælum sjúklings ef við á og loks e) ráðfæra sig við fyrirframskipaðan umboðsmann sjúklings eða persónulegan talsmann hans ef við á.

Í 3. mgr. 11. gr. er gerð krafa um að allar ákvarðanir um þvingaða lyfjagjöf séu skráðar í sjúkraskrá viðkomandi sjúklings og þar komi fram í hve langan tíma ákvörðunin er gild.

Í 4. mgr. 11. gr. kemur fram að hámarks gildistími þvingaðrar lyfjagjafar séu þrjú mánuðir í senn. Í 13. gr. kemur svo fram að hægt sé að ákvörðun um að framlengja þvingaða lyfjameðferð þurfi að lúta sömu málsmeðferðarreglum og kveðið er á um í 11. gr.

Í 5. mgr. 11. gr. er kveðið á um að sjúklingi skuli standa til boða stuðningsviðtöl til að vinna úr því áfalli sem kann að hljóta af þvingaðri lyfjameðferð ásamt því að allra leiða verði leitað til að efla sjálfsákvörðunarrétt sjúklings varðandi eigin meðferðaráætlun. Með þessu ákvæði er reynt að koma til móts við alla þá sjúklinga sem upplifa þvingaða lyfjagjöf sem mikið áfall og þurfa aðstoð við að vinna úr þeim afleiðingum.

Í neyðartilvikum þegar ekki gefst tími til að fylgja framangreindum málsmeðferðarreglum 11. gr. segir í 12. gr. að vakthafandi læknir geti tekið slíka ákvörðun ef að steðjar yfirvofandi hætta á alvarlegum skaða, gagnvart einstaklingnum sem um ræðir eða gagnvart öðrum, að eftirfarandi skilyrðum uppfylltum: a) ákvörðunin sé tekin á grundvelli læknisfræðilegrar skoðunar sem

er viðeigandi út frá þeirri meðferð sem um ræðir; b) viðmið 10. gr. fyrir þvingaða lyfjameðferð séu uppfyllt, c) fylgt sé eftir ákvæðum c)-e) liðar 11. gr. að því marki sem kostur er, d) ákvörðunin um þvingaða meðferð sé skráð í sjúkraskrá, e) ákvörðunin og rökstuðningur hennar sé tilkynnt sérfræðiteymi svo fljótt sem auðið er. Þá segir í 2. mgr. 12. gr. að lengd þvingaðrar lyfjameðferðar í neyðartilvikum skuli vara eins stutt og mögulegt er. Hún megi ekki fara fram yfir þann tíma sem neyðartilvikið markar nema málsmeðferðarreglur 11. gr. hafi verið virtar.

Þá kemur fram í 13. gr. að málsmeðferðarreglur 11. gr. gildi jafnframt um ákvörðun um að framlengja þvingaða lyfjameðferð. Loks gildir 14. gr. um lok þvingaðrar lyfjameðferðar þar sem segir henni skuli ljúka um leið og hún uppfyllir ekki eitthvert þeirra viðmiða sem sett eru fram í 10. gr. og ber sá læknir sem ber ábyrgð á meðferð sjúklings jafnframt ábyrð á því mati. Þá er kveðið á um að ábyrgðaraðili þjónustunnar skuli sjá til þess að meðferðin og lögmæt skilyrði hennar séu endurskoðuð á þriggja mánaða fresti.

Þá fjallar 17. gr. reglugerðarinnar um rétt sjúklings samskipta við ráðgjafa, persónulegan talsmann, fyrirframákveðinn umboðsmann, lögmann sinn eða sérfræðiteymið án takmarkana. Í 16. gr. er kveðið á um rétt sjúklings sem er gert að sæta þvingaðri lyfjagjöf, ráðgjafa hans, fyrirframákveðins umboðsmanns eða lögmanns hans, til allra viðeigandi upplýsinga varðandi þvingaða lyfjameðferð þ.á.m. rökstuðning, viðmið framlengingar og lok hennar ásamt því að fá afrit af viðeigandi ákvörðunum. Loks er í 9. gr. reglugerðarinnar ítrekuð sú regla sem fram kemur í 2. mgr. 30. gr. lögræðislaga að sjúklingi sé heimilt að bera ákvörðun um þvingaða lyfjagjöf undir dómstóla og njóta aðstoðar lögmanns sér að kostnaðarlausu.

Gert er ráð fyrir auknum umsvifum sérfræðiteymisins þegar heildarendurskoðun á lögræðislögum hefur farið fram þar sem í upphafi vinnu starfshópsins var gert ráð fyrir að í reglugerðinni yrði kveðið á um hlutverk sérfræðiteymisins varðandi eftirlit og samþykki með allri annarri þvingaðri meðferð en þegar ákveðið var að takmarka reglugerðina við þvingaða lyfjagjöf.

4. Aðrar tillögur

Í ljósi þeirrar stöðu sem liggur fyrir að þingmannanefnd vinnur nú að heildarendurskoðun á lögræðislögum taldi starfshópurinn brýnt að einskorða umfjöllun sína og tillögur við þvingaða lyfjameðferð. Með þeim hætti væri hægt að afhenda ráðherra drög að reglugerð sem gæti tekið gildi á grundvelli núgildandi lögræðislaga en væri jafnframt ekki í andstöðu við þá vinnu sem þingmannanefndin mun skila af sér. Eins og rakið er í 2. kafla hér að framan er hæpið að hægt sé að fjalla um í reglugerð nánari skilgreiningar á annarri þvingaðri meðferð án þess að slíkar skilgreiningar sé að finna í lögum sjálfum. Við heildarendurskoðun lögræðislaga er því líklegt að sá rammi, verklag og eftirlit sem kveðið er á um í reglugerðinni geti síðar náð yfir fleiri tegundir þvingaðrar meðferðar þegar slíkar meðferðir hafa verið skilgreindar í lögum.

Í viðauka 3 gefur að líta vinnu sem starfsfólk geðdeilda vann árið 2018 varðandi þvingandi aðgerðir á geðdeildum. Þar kemur fram að starfsfólk geðdeilda hefur skilgreint aðra þvingaða meðferð á borð við takmörkun á friðhelgi einkalífs (t.d. yfirseta, líkamsleit, herbergisleit, sjúklingi haldið, rannsóknir gegn vilja sjúklings) takmörkun á ferðafrelsi og takmörkun á samskiptum við umheiminn (t.d. varðandi heimsóknir, símanotkun, tölvunotkun). Ljóst er að heimildir til slíkrar meðferðar þurfa að vera skýrar í lögum.

Á sameiginlegum fundum starfshópsins og notenda, fagfólks, aðstandenda og annarra var mikið rætt um mikilvægi þess að vinna markvisst gegn beitingu hvers kyns þvingana. Rætt var um aðrar leiðir eins og betri aðbúnað á geðdeildum, fleiri og fjölbreyttari milliúrræði og þjónustu sem grundvallast á sjálfsákvörðunarrétti og aðstoð við ákvarðanatöku. Hér á landi vantar úrræði sem stýrt er af notendum og notendastýrð pláss inni á geðdeildum. Slík úrræði tíðkast t.d. á Norðurlöndunum og hafa gefið góða raun. Mikilvægt er að tryggja að notendur geðheilbrigðisþjónustu hafi valkosti varðandi eigin meðferð, þar á meðal kost á annarri meðferð en lyfjum. Þá var jafnframt lögð áhersla á mikilvægi þess að fólk með notendareynslu væri fengið til starfa á geðdeildum.

Í nýlegri safngreiningu (e. meta analysis) á 121 rannsókn í rúmlega 40 löndum sem skoða leiðir til að draga úr þvingaðri meðferð innan geðheilbrigðisþjónustu kom í ljós að nánast allar aðgerðir sem hafa það að markmiði sýna árangur á einn eða annan hátt.²² Þegar skoðað var hvernig draga á úr notkun fjötra (e. mechanical restraint) voru það helst þrjár þættir sem drógu úr beitingu slíkrar þvingunar. Í fyrsta lagi var það skyldubundið eftirlit svipað og fyrirkomulag sérfræðiteymisins sem stungið er upp á með tilkomu reglugerðarinnar. Í öðru lagi var það þátttaka sjúklings við mótun eigin heilbrigðisþjónustu, sem einnig

²² P. Gooding, B. McSherry og C. Roper. Acta Psychiatr Scand. 2020 Jan 17. doi: 10.1111/acps.13152.

er mælt fyrir um í reglugerðinni. Í þriðja lagi var minna áreiti inni á geðdeildum sem felst m.a. í því að sjúklingur sé einn í herbergi. Hið síðastnefnda er í samræmi við breytingu sem var gerð á bráðageðdeild 32C á Landspítala þegar breytt var úr tvíbýlum í einbýli. Þá fækkaði sjúklingum, þeir fengu meira rými og nutu meiri nærveru starfsfólks. Breytingin dró úr ofbeldisatvikum á geðdeildum Landspítala. Enn er þó fjöldi tvíbýla á geðdeildum Landspítala.

Alþjóða heilbrigðisstofnunin hefur sett á laggirnar svokallað GæðaRéttinda framtak á heimsvísu (e. WHO QualityRights a global initiative) sem er ætlað að stuðla að mannréttindum og gæðum í geðheilbrigðisþjónustu og fötlunartengdri þjónustu.²³ Sérstakur skýrslugjafi Sameinuðu þjóðanna um heilbrigðismál ásamt fleirum hafa bent á að til þess að hægt sé að draga úr beitingu þvingaðrar meðferðar sé ekki einungis mikilvægt að breyta löggjöf heldur þurfi jafnframt að breyta menningu á geðdeildum.²⁴ Í því skyni hefur GæðaRéttinda framtakið útbúið sérstök námskeið um mannréttindi fatlaðs fólks til samræmis við samning Sameinuðu þjóðanna um réttindi fatlaðs fólks. Í nýlegri grein var gerð úttekt á niðurstöðum slíks námskeiðs sem haldið var á Íslandi árið 2018 í samvinnu við Geðhjálp en námskeiðið sóttu 29 þátttakendur (fagfólk, notendur, aðstandendur og fræðafólk). Í greininni sést glögg hvað fræðsla um mannréttindi getur haft mikið að segja um viðhorf fólks gagnvart beitingu þvingaðrar meðferðar, en viðhorfin móta svo framkvæmdina.²⁵

Að lokum er vert að benda á að það skortir bæði eigindlegar og meginlegar rannsóknir á þvingaðri meðferð. Dómar sem falla á grundvelli lögræðislaga eru ekki birtir og því erfitt að sjá tölfræði yfir fjölda sviptinga, nauðungarvistana og þvingaðar lyfjagjafir. Brýnt er að slíkum tölfræðiupplýsingum verði safnað og þeim haldið til hags svo hægt sé að meta þróun í beitingu slíkra úrræða.

²³ WHO QualityRights initiative – improving quality, promoting human rights.
https://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/

²⁴ S.P. Sashidharan, D. Puras, R. Mezzina Reducing coercion in mental healthcare Epidemiol Psychiatr Sci (2019), pp. 1-8 [https://doi.org/10.1017/S2045796019000350]

²⁵ Morrissey, F. (2019). Title: An Evaluation of Attitudinal Change towards CRPD Rights following Delivery of the WHO QualityRights Training Programme.

Viðauki 1: Bókun fulltrúa Landssamtakanna Geðhjálp frá 26. nóvember 2019

Reykjavík 26. nóvember 2019

Bókun fulltrúa Landssamtakanna Geðhjálp vegna tillagna starfshóps um þvingaða meðferð

Undirritaður þakkar samstarf í hópnum og þá sérstaklega formanni hópsins fyrir frábært starf og viðleitni til að færa þessi mál í þann farveg sem sáttmálinn um réttindi fólks með fatlanir kveður á um.

Þrátt fyrir að tillagan um reglugerð feli í sér margar úrbætur og mannúðlegri nálgun þessara mála en verið hefur þá stendur það eftir að gert er ráð fyrir valdbeitingu sem er óásættanlegt að mati Landssamtakanna Geðhjálp. Vísast til meðfylgjandi ályktunnar Geðhjálp frá 18. október sl.

„Ályktun frá landssamtökunum Geðhjálp vegna heimsóknarskýrslu Umboðsmanns Alþingis

Með heimsóknarskýrslu Umboðsmanns Alþingis, sem er hluti af OPCAT-eftirliti með stöðum þar sem frelsissviptir dvelja, er það staðfest, sem Geðhjálp o.fl. aðilar hafa ítrekað bent á, að mannréttindabrot eru framin á hverjum degi á einstaklingum með geðrænan vanda. Í skýrslu Umboðsmanns segir: „Ljóst er að fullnægjandi lagaheimildir eru ekki til staðar í íslenskri löggjöf til að taka ákvarðanir gagnvart frelsissviptum einstaklingum á geðheilbrigðisstofnunum sem geta falið í sér inngríp í réttindi sem varin eru í stjórnarskrá og mannréttindasáttmálum. Þótt sjúklingur sé frelsissviptur á grundvelli lögræðislaga eða dóms veitir það starfsmönnum geðheilbrigðisstofnanna ekki sjálfkrafa heimild til þess að skerða slík réttindi sjúklinga.“

Landssamtökin Geðhjálp vilja áréttá að vart líður sá dagur á Íslandi að fólk með geðrænan vanda sé ekki frelsissvipt, svipt ákvörðunarrétti, nauðungarvastað og lyfjum sprautað í það með valdi og í framhaldinu síðan þvingað til að taka lyf. Samtökin hafa um árabíl bent á að þessi mannréttindabrot séu framin í skjóli gildandi lögræðislaga þar sem túlkanir hafi verið þeim lögræðissvipta mjög í óhag. Vonir hafi verið bundnar við að með innleiðingu samnings Sameinuðu þjóðanna um réttindi fatlaðs fólks, þar sem hvers kyns þvingun eða nauðung á grundvelli fötlunar er óheimil, myndu þessi mannréttindabrot taka enda. Umboðsmaður Alþingis hefur nú úrskurðað að lagaheimildir séu ekki fyrir hendi fyrir þeim þvingunum sem beitt er í dag.

Landssamtökin Geðhjálp krefjast þess að stjórnvöld bregðist við án tafar í ljósi þeirra ábendinga, sem koma fram í skýrslu Umboðsmanns Alþingis, og endurskoði löggjöfina í samræmi við samning Sameinuðu þjóðanna um réttindi fatlaðs fólks. Það er hægt að læra af öðrum þjóðum eins og Írum sem nýlega endurskoðuðu lögini með þessum hætti. Þar eru farnar leiðir sem samræmast betur sjálfsögðum mannréttindum fólks á 21. öldinni.“

Virðingarfyllt,

Sveinn Rúnar Hauksson

Viðauki 2: Drög að reglugerð um þvingaða lyfjameðferð

Þvinguð lyfjameðferð í tengslum við lögræðislög

1. gr.
Markmið

Markmið þessarar reglugerðar er að tryggja að virðing sé borin fyrir mannlegri reisn og sjálfsákvörðunarrétti allra sem þiggja heilbrigðisþjónustu á sjúkrahúsi og að sá réttur sé tryggður án mismununar þegar kemur að þvingaðri lyfjagiöf.

2. gr.
Gildissvið

Þessar reglur gilda um alla þvingaða lyfjameðferð sem beitt er í heilbrigðisþjónustu í tengslum við lögræðislög nr. 71/1997.

3. gr.
Skilgreiningar

Í reglugerð þessari er merking eftirtalinna orða og orðasambanda sem hér segir:

Frjálst og upplýst samþykki telst það samþykki sem sjúklingur veitir fyrir læknisfræðilegri meðferð ef hann hefur fengið allar viðeigandi upplýsingar um kosti hennar, hugsanlegar aukaverkanir og aðra mögulega valkosti, býr yfir óskertri hæfni til ákvarðanatöku og gefur samþykki sitt án þvingunar eða óréttmætra áhrifa annarra.

Þvinguð lyfjameðferð er öll lyfjameðferð sem er gefin án frjáls og upplýsts samþykkis.

Hæfni til ákvarðanatöku: Hæfileiki sjúklings til að skilja og meðtaka upplýsingar um eðli meðferðar, afleiðingar þess að samþykkja eða hafna meðferð og að tjá þann vilja sinn með áhrifaríkum tjáskiptum, með eða án aðstoðar persónulegs talsmanns eða fyrirframákveðins umboðsmanns.

Bestu hagsmunir og vilji sjúklings skulu metnir út frá læknisfræðilegu mati á nauðsynlegri meðferð og skal það mat jafnframt taka mið af því hvað sjúklingur hefði sjálfur ákveðið hefði hæfni hans til ákvarðanatöku haldist óskert, miðað við fyrri yfirlýsingar hans (eins og í fyrirframgerðri ákvarðanatöku) og samkvæmt því sem þeir sem þekkja hann best halda fram (eins og fyrirframákveðinn umboðsmaður eða persónulegur talsmaður).

Skrifleg og fyrirframákveðin fyrirmæli: 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.

Fyrirframákveðinn umboðsmaður sjúklings: Þegar skerðing á hæfni til ákvarðanatöku er fyrirsjáanleg getur sjúklingur tilnefnt fyrirframákveðinn umboðsmann í sinn stað sem hefur heimild til að taka ákvarðanir fyrir hans hönd byggt á yfirlýstum séróskum eða grundvallarreglum.

Persónulegur talmaður: Á grundvelli laga nr. 88/2011 um réttindagæslu fyrir fatlað fólk á sjúklingur sem valið hefur sér persónulegan talsmann rétt á að njóta aðstoðar hans við undirbúning upplýstrar ákvarðanatöku um læknisfræðilega meðferð.

4. Meginreglur

1. Öll framkvæmd heilbrigðisþjónustu á að vera byggð á frjálsu og upplýstu samþykki viðkomandi sjúklings.
2. Mikilvægt er að önnur og vægari úrræði séu fullreynd áður en ráðist er þvingaða lyfjameðferð á grundvelli 28. gr. lögræðislaga.
3. Leitast skal við að hafa samráð við sjúklinginn sjálfan við gerð áætlunar um þá heilbrigðisþjónustu sem uppfylla á þarfir hans.
4. Ef beita þarf undantekningarákvæðum 10. gr. þarf að vinna að því svo fljótt sem auðið er að fyrirbyggja með þátttöku sjúklings að slíkt endurtaki sig.

5. gr.

Lögmæti

Öll þvinguð lyfjameðferð þarf að vera í samræmi við gildandi löggjöf, alþjóðlegar mannréttindaskuldbindingar og uppfylla viðeigandi verndarráðstafanir.

6. gr.

Meðalhóf og nauðsyn

Þvingaðri lyfjagjöf skal einungis beitt í samræmi við grundvallarreglur um meðalhóf og nauðsyn. Í meðferð sjúklings sem beittur er þvingaðri lyfjameðferð skal alltaf velja vægasta úrræði sem mögulegt er og vægustu meðferð sem möguleg er, með tilliti til hagsmuna og vilja sjúklings.

7. gr.

Ráðgjafi sjúklings

Sjúklingur sem sætir þvingaðri lyfjagjöf skal eiga rétt á að ráðfæra sig við ráðgjafa, helst úr röðum einstaklinga sem hafa sambærilega reynslu að baki.

8. gr.

Fyrirfram ákveðinn umboðsmaður

Hafi sjúklingur tilnefnt fyrirframákveðinn umboðsmann í sinn stað vegna fyrirsjáanlegrar skertrar hæfni til ákvarðanatöku er þvinguð lyfjameðferð einungis heimiluð að fengnu samþykki þess umboðsmanns.

9. gr.

Heimild til að bera ákvörðun undir dómstóla

1. Sjúklingi sem er gert að sæta þvingaðri lyfjagjöf er heimilt að bera þá ákvörðun undir dómstóla og njóta aðstoðar lögmanns sér að kostnaðarlausu í samræmi við 2. mgr. 30. gr. lögræðislag nr. 71/1997.
2. Nauðsynlegt er að úrskurður dómara liggi fyrir innan 48 klukkustunda.

10. gr.

Viðmið fyrir þvingaða lyfjameðferð

Þvingaðri lyfjameðferð má einungis beita ef sjúklingur er sjálfum sér eða öðrum hættulegur eða ef lífi hans eða heilsu er annars stefnt í voða og eftirtalin viðmið teljast uppfyllt:

1. Ef hæfni sjúklings til ákvarðanatöku um eigin meðferð er verulega skert.
2. Meðferðin er nauðsynleg með tilliti til bestu hagsmuna og vilja sjúklings.
3. Önnur og vægari úrræði hafa verið fullreynd.

11. gr.

Málsmeðferðarreglur þvingaðrar lyfjameðferðar

1. Þvinguð lyfjameðferð skal einungis framkvæmd á grundvelli viðeigandi læknisfræðilegrar skoðunar af tveimur geðlæknum, sem búa yfir nægilegri þekkingu, reynslu og hæfni, til samræmis við gildandi faglegar skyldur og viðmið og sé annar þeirra starfandi utan viðkomandi stofnunar.

2. Bera þarf ákvörðun um þvingaða lyfjagjöf og aðra þvingaða meðferð undir sérfræðiteymi sem skal:

- a) vinna á grundvelli þeirrar læknisfræðilegu skoðunar sem greinir í 1. mgr.
- b) tryggja að viðmiðin sem fram koma í 10. gr. séu uppfyllt
- c) tryggja að sjúklingur fái áheyrn í eigin persónu og njóti stuðnings persónulegs ráðgjafa ef við á
- d) taka mið af fyrirframgerðri ákvarðanatöku sjúklings ef við á eða
- e) ráðfæra sig við fyrirframskipaðan umboðsmann sjúklings eða persónulegan talsmann hans ef við á

3. Ákvörðun um þvingaða lyfjameðferð skal skráð í sjúkraskrá og þarf þar að koma fram í hve langan tíma sú ákvörðun er í gildi.

4. Veitt er heimild til þvingaðrar lyfjameðferðar að hámarki þrjá mánuði í senn.

5. Í kjölfar þvingaðrar lyfjameðferðar skulu sjúklingi standa til boða stuðningsviðtöl til að vinna úr því áfalli sem af henni kann að hljóta og allra leiða leitað til að efla sjálfsákvörðunarrétt sjúklings varðandi eigin meðferðaráætlun.

12. gr.

Málsmeðferðarreglur í neyðartilvikum

1. Í neyðartilvikum þar sem neyðarástand skapast vegna yfirvofandi hættu á alvarlegum skaða, gagnvart sjúklingi eða öðrum, skal ákvörðun um þvingaða lyfjameðferð tekin af vakthafandi lækni, að eftirfarandi skilyrðum uppfylltum:

- a) þvinguð lyfjameðferð skal einungis tekin á grundvelli læknisfræðilegrar skoðunar sem er viðeigandi út frá þeirri meðferð sem um ræðir;
- b) viðmið 10. gr. fyrir þvingaða lyfjameðferð séu uppfyllt
- c) fylgt sé eftir ákvæðum c)-e) liðar 11. gr. að því marki sem kostur er
- d) ákvörðunin um þvingaða meðferð sé skráð í sjúkraskrá

e) ákvörðunin og rökstuðningur hennar sé tilkynnt sérfræðiteymi svo fljótt sem auðið er

2. Lengd þvingaðrar lyfjameðferðar í neyðartilvikum skal vara eins stutt og mögulegt er. Hún má ekki fara fram yfir þann tíma sem neyðartilvikið markar nema málsmeðferðarreglur 11. gr. hafi verið virtar.

3. Þessi heimild gildir einungis í algjörum undantekningartilvikum og nær ekki til þess að gefa sjúklingi forðalyf.

13. gr.

Framlenging á þvingaðri lyfjameðferð

Málsmeðferðarreglur 11. gr. gilda einnig við ákvörðun um að framlengja ákvörðun um þvingaða lyfjameðferð.

14. gr.

Lok þvingaðrar lyfjameðferðar

1. Þvingaðri lyfjameðferð skal ljúka um leið og hún uppfyllir ekki eitthvert þeirra viðmiða sem sett eru fram í 10. gr.

2. Sá læknir sem ber ábyrgð á meðferð sjúklings ber jafnframt ábyrgð á að meta hvort þau viðmið fyrir þvingaða lyfjameðferð sem sett eru fram í 10. gr. teljist áfram uppfyllt.

3. Ábyrgðaraðili þjónustunnar skal sjá til þess að meðferðin og lögmæt skilyrði hennar séu endurskoðuð á þriggja mánaða fresti.

4. Sá læknir sem ber ábyrgð á meðferð sjúklings er heimilt að grípa til ráðstafana byggt á 2. og 3. mgr. greinarinnar til að ljúka þvingaðri lyfjameðferð, nema lög áskilji að dómstóll eða annar úrskurðaraðili komi að lokum þvingaðrar lyfjameðferðar.

15. gr.

Sérfræðiteymi um þvingaða lyfjameðferð

1. Ráðherra skipar sex manna sérfræðiteymi til fjögurra ára og formann úr þeirra hópi. Sérfræðiteymið skal skipað geðlækni, sem er ekki að taka ákvarðanir um beitingu þvingaðrar lyfjameðferðar að öllu jöfnu, lögfræðingi og aðstandanda auk þriggja einstaklinga með notendareynslu af þvingaðri lyfjagjöf. Varamenn skulu vera jafnmargir og uppfylla sömu kröfur og aðalmenn.

2. Ráðuneytið skal ráða starfsmann til aðstoðar sérfræðiteyminu. Ráðuneytið skal útvega starfsmanninum starfsaðstöðu og fundaraðstöðu fyrir sérfræðiteymið.

3. Hlutverk sérfræðiteymis er að taka ákvörðun um heimild til að beita þvingaðri lyfjagjöf, endurskoða slíkar ákvarðanir og fara yfir rökstuðning fyrir þvingaðri lyfjagjöf.

4. Sérfræðiteymið getur gert athugasemdir, krafist nánari rökstuðnings eða komið með ábendingar.

5. Sérfræðiteymið getur hafnað eða samþykkt beiðnir um fyrirframgerða ákvarðanatöku og skipun fyrirfram ákveðins umboðsmanns. Slíkar upplýsingar skal skrá í sjúkraskrá sjúklings.

16. gr.

Réttur til upplýsinga

1. Allar viðeigandi upplýsingar um réttindi sjúklings sem er gert að sæta þvingaðri lyfjagjöf skal veita sjúklingi svo fljótt sem auðið er, auk ráðgjafa hans, persónulegum talsmanni, fyrirframskipuðum umboðsmanni eða lögmanni hans.
2. Reglulega skal veita sjúklingi, persónulegum talsmanni, fyrirframákveðnum umboðsmanni eða lögmanni sjúklings upplýsingar um rökstuðning þvingaðrar lyfjagjafar, viðmið framlengingar eða lok hennar og gefa þeim afrit af viðeigandi ákvörðunum.

17. gr.

Réttur til samskipta

Sjúklingur sem sætir þvingaðri lyfjameðferð skal eiga rétt á að eiga samskipta við ráðgjafa, persónulegan talsmann, fyrirframákveðinn umboðsmann, lögmann sinn eða sérfræðiteymið án takmarkana.

18. gr.

Gildistaka.

Reglugerð þessi, sem sett er með stoð í 4. mgr. 28. gr. lögræðislaga, nr. 71/1997, með síðari breytingum, tekur þegar gildi.

Viðauki 3: Vinna starfsfólks geðdeilda varðandi þvingaða meðferð

Málþing um þvingandi aðgerðir á geðdeildum: Niðurstöður hópavinnu
Hvaða þvingunaraðgerðum er beitt á geðdeildum LSH?

Beinar þvingunaraðgerðir	Óbeinar þvingunaraðgerðir
Nauðungarvistun	Skortur á upplýsingum og verklag óskyrt fyrir sjúklingum
Sjálfræðissvipting	Reglur deilda t.d. símatímar, aðgangur að neti, reykingar, útivistartímar, heimsóknir, háttatími. Reglur ólíkar milli deilda og eru ekki einstaklingsmiðaðar t.d. á sumum deildum má borða grillaðar samlokur og á sumum má það ekki
Fjárræðissvipting	Framkoma og viðmót t.d. framkoma einkennist af valdi og fordómum eða ósveigjanleika og stífni. Persónubundnir þættir starfsfólks hefur áhrif
Sjúklingi haldið af varnarteymi/starfsfólki	Persónulegar eigur sjúklings fjarlægðar
Nauðungarlyfjagjafir	Ekki hlustað á sjúklinga t.d. varðandi meðferð
Gát	Samskiptaleysi, skortur á samvinnu við sjúklinga um meðferð
Þvinguð næringargjöf	Ósamræmi milli starfsfólks milli vakta t.d. loforð svikin
Rannsóknir gegn vilja sjúklings, blóðprufur o.fl.	Sjúklingar verða vitni af ofbeldi og/eða þvingunaraðgerðum gagnvart öðrum sjúklingum
Innilokun á lokuðum gangi, herbergi eða læstri deild	Aðstöðuleysi, lítið rými, úrræðaleysi, léleg mönnun og þá ekki hægt að sinna virkni eins og gönguferðum, útivist o.fl.
Návist varnarteymis. Getur virkað sem andleg valdbeiting	Óbein nauðungarvistun t.d. beinar eða óbeinar hótanir um skerðingu á réttindum eða umbun ef sjúklingur vill útskrift eða neitar meðferð. Þvinguð samvinna varðandi meðferð t.d. lyf, innlögn/dvöl, næringu, persónulegt hreinlæti, samskipti, svefn og vöku
Útilokun frá fjölskyldu og vinum t.d. vegna gátar	Þvinguð líðan t.d. sjúklingum sagt hvernig þeim á að líða, ekki hlustað á kvartanir sjúklinga
Meðferðaráætlanir	Aðrir sjúklingar geta verið þvingandi, sýna ógnandi framkomu
	Að þurfa að vera í fylgd með starfsmanni

Hvernig er hægt að draga úr þvingunaraðgerðum á geðdeildum LSH?

Þema	Innihald
Samvinna við sjúklinga; þátttaka sjúklinga í eigin meðferð	<ul style="list-style-type: none"> • Þjóða sjúklingum að taka lyf um munn áður en sjúklingur er sprautaður. • Þjóða sjúklingi val • Veita sjúklingi upplýsingar og gefa kost á faglegum samskiptum • Gagnkvæm virðing • Draga úr ágreiningi milli sjúklinga og starfsfólks • Fulltrúi notenda meira inni á deildum sem getur hjálpað sjúklingum að nýta og þekkja réttindi sín og veita fræðslu • Sjúklingar fái fullan aðgang að meðferðaráætlunum sínum
Bæta upplýsingagjöf og skýrir ferlar	<ul style="list-style-type: none"> • Útskýra vel fyrir sjúklingum og reyna að róa sjúkling með samskiptum áður en þvingunaraðgerðum er beitt • Upplýsingar um reglur deilda sýnilegar og skýrar • Upplýsingar um breytingar í meðferð skýrar • Upplýsingar um lyfjagjafir betri t.d. lyfjaform, lyfjatíma, lyfjaval, verkun lyfja og aukaverkanir • Skýr fyrirmæli milli starfsmanna annars vegar og milli starfsmanna og sjúklinga hins vegar
Húsnæði og aðstaða	<ul style="list-style-type: none"> • Rúmgott húsnæði og þá færri árekstrar milli sjúklinga • Næg aðstaða til virkni • Draga úr áreitum og veita næði • Næg aðstaða til hvíldar og svefns • Taka burt borðið á vaktinni
Meðferð	<ul style="list-style-type: none"> • Endurmeta gát reglulega • Endurmeta allar þvingandi meðferðir reglulega og nota þær sparlega • Virða óskir sjúklinga varðandi meðferð • Nærvera • Virk hlustun • Hafa skýr helgarplön • Reglur deilda koma ekki í staðinn fyrir meðferðaráætlanir • Auka áherslu á einstaklingsmiðaða meðferð • Lausnamiðuð meðferð
Starfsfólk	<ul style="list-style-type: none"> • Minnka álag og streitu á starfsfólk þannig að dregið sé úr óþolinmæði, vanvirðingu og neikvæðri framkomu við sjúklinga • Leggja áherslu á starfsánægju og koma í veg fyrir kulnun • Þjálfun og fræðsla til starfsfólks, regluleg þjálfun • Þjálfar starfsfólk í að sýna jákvæð viðhorf • Námskeið í samskiptum • Gera kröfur um hæfni • Virðing í samskiptum t.d. ekki hlægja og flissa þegar verið er að yfirbuga eða halda sjúklingi • Áhersla á siðfræði • Handleiðsla og stuðningur við starfsfólk • Útrýma töffaramenningu • Jákvæð orðræða

Teymisvinna	<ul style="list-style-type: none">• Góð teymisvinna dregur úr þvingunaraðgerðum• Passa að ekki skapist rígur milli deilda og auka samvinnu milli deilda• Varnarteymið passi að vera ekki ógnandi t.d. að tveir úr varnarteyminu séu sýnilegir og tali við sjúklinginn en hinir tveir í bakgrunni og helst ekki sýnilegir sjúklingi• Taka upp samskiptateymi líkt og tíðkast á norðurlöndum
Forvörn	<ul style="list-style-type: none">• Fræðsla• Að starfsfólk sé frammi með sjúklingunum og ekki alltaf inni á vakt• Starfsfólk sýni kærleiksríka nálgun og þolinmæði• Starfsfólk gefi sjúklingum nægan tíma
Skipulag	<ul style="list-style-type: none">• Tryggja góða mönnun á vöktunum• Þrepaskipting í þjónustu• Afnema reglur um reykingar• Færri og skýrari reglur á deildum• Betrubæta og samræma deildarreglur
Skráning þvingunaraðgerða	<ul style="list-style-type: none">• Skrá og rökstyðja allar þvingandi aðgerðir, þá er hugsanlegt að vægasta þvingunaraðgerðin sé valin á hverjum tíma
Úrvinnsla eftir þvingunaraðgerð	<ul style="list-style-type: none">• Hjálpa sjúklingum að vinnu úr erfiðri reynslu eftir þvingunaraðgerð• Draga úr neikvæðri upplifun með því að hafa aukna samvinnu við fjölskyldu sjúklinga og hjálpa sjúklingum að hafa samskipti út á við

