

# MEDIKOLEGALNE DILEME PRIMJENE OGRANIČAVANJA DELIRANTNIH BOLESNIKA U JEDINICI INTENZIVNOG LIJEČENJA

IVAN ŠKLEBAR, GORDANA BROZOVIĆ i DUŠKA ŠKLEBAR<sup>1</sup>

*Klinička bolnica "Sveti Duh", Zagreb i <sup>1</sup>Opća bolnica Bjelovar, Bjelovar, Hrvatska*

Fizičko ili medikamentno ograničavanje delirantnih bolesnika u jedinicama intenzivnog liječenja (JIL) povezano je s nizom etičkih i medikolegalnih dilema. One najčešće proizlaze iz nedovoljnog poznavanja važećih propisa ili njihove nedorečenosti. Cilj ovoga pregleda je prikazati osnovne stavove medicinske struke povezane s primjenom ograničavanja kao metode u liječenju delirija te pružiti uvid u važeću legislativu na nacionalnoj i međunarodnoj razini. Prema suvremenim spoznajama ograničavanje bolesnika u deliriju, bez obzira je li u pitanju fizičko ograničavanje ili primjena psihoaktivnih farmaka, ima niz potencijalno štetnih nuspojava te mora biti korišteno uz jasnu indikaciju, strogi nadzor i precizno vođenu medicinsku dokumentaciju. Postupanje s delirantnim bolesnikom mora biti u skladu s medicinskom etikom, međunarodnim konvencijama te zakonima i pravilnicima koji reguliraju prava pacijenata. To uključuje opće principe poštivanja digniteta i autonomnosti bolesnika, njegovu pravodobnu obaviještenost i informirani pristanak te poštivanje pravila struke ugrađenih u pisane upute svake bolnice o postupanju s bolesnikom u deliriju. Detaljni medikolegalni okvir primjene ograničavanja delirantnih bolesnika daje Pravilnik o akreditaciji bolničkih zdravstvenih ustanova i to je trenutno najviši važeći standard za primjenu ograničavanja delirantnih bolesnika kako u JIL-u tako i na drugim bolničkim odjelima.

**Ključne riječi:** delirij, medikolegalne osnove ograničavanja, jedinica intenzivnog liječenja, akreditacija bolnica

**Adresa za dopisivanje:** Ivan Šklebar, dr. med.  
Augusta Šenoa 29 A  
43 000 Bjelovar, Hrvatska  
E-pošta: isklebar@kbsd.hr

## UVOD

Pojava delirija prediktor je lošeg ishoda bolesnika liječenih u jedinicama intenzivnog liječenja (JIL). Učestalost njegove pojave procjenjuje se na 25% u onih koji nisu ovisni o respiratornoj potpori, pa do 80% u bolesnika na respiratoru (1). Radi bolje prevencije i liječenja tog akutnog i za život opasnog stanja, u novije je vrijeme provedeno više studija s ciljem razjašnjenja patofiziologije delirija kod kritično oboljelih. Tijekom liječenja delirija koriste se mjere kemijskog (medikamentnog) i fizičkog ograničavanja, stoga se osim terapijskih, u liječnika i ostalih zdravstvenih radnika u JIL-u, javljaju i dileme medikolegalne prirode prilikom primjene pojedinih metoda ograničavanja. Osnovu za postupanje u tim situacijama nalazimo u najnovijim spoznajama i preporukama struke te zakonima i pravilnicima koji u Republici Hrvatskoj reguliraju ova pitanja.

## STRUČNE SPOZNAJE I STAVOVI O METODAMA OGRANIČAVANJA BOLESNIKA U DELIRIJU

Prvi opis simptoma delirija kao konfuznog stanja koje varira od "freničnog" do "letargičnog" te nagoviješta lošu prognozu osnovne bolesti nalazimo već kod Hipokrata u četvrtom stoljeću prije Nove ere (1,2). I suvremene definicije opisuju delirij kao sindrom akutnog, konfuznog, obično reverzibilnog, stanja poremećenih kognitivnih funkcija mozga koji može imati brojne uzroke kao i različite oblike kliničkog manifestiranja (2). Produženo trajanje liječenja uz povećanje troškova, kao i povišena stopa mortaliteta te kasnijeg morbiditeta također su povezani s pojavom delirija (3,4). Od precipitirajućih faktora nastanka delirija kod bolesnika liječenih u JIL-u važnu ulogu imaju dob i druge individualne osobine samog bolesnika, postojeće kronične bolesti, štetne životne navike, težina kliničke slike akutne bolesti i faktori okoline (5,6). Osim dizajna

i uređenja fizičkog okoliša posebno je važno u koliko mjeri osoblje vlada potrebnim znanjem i vještinama u detekciji, prevenciji i liječenju delirija (6). Nacionalne smjernice za postupanje s bolesnicima u deliriju kakve nalazimo u SAD-u i Velikoj Britaniji koristan su vodič njihovim zdravstvenim djelatnicima pogotovo u situaciji kada se postavljaju pitanja etičke i medikolegalne prirode (7-9). Spomenuti algoritmi uključuju i uporabu validiranih ljestvica za procjenu delirija kao što su: "Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) te Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) (10). Upotreba ljestvica za procjenu delirija može pomoći u ranoj detekciji delirija, napose u bolesnika koji su na respiratoru (11). Pravodobni početak terapije usmjeren je na prevenciju eskalacije simptoma i time na poboljšanje kvalitete i ishoda liječenja (12).

Fizičko ograničavanje (mehanička fiksacija), naročito u slučaju agitiranog oblika delirija, tradicionalno je bila predominantna metoda ograničavanja bolesnika u deliriju, a ujedno je to i najveća etička i medikolegalna dilema za liječnike i ostalo medicinsko osoblje. Dilema nije samo u izboru između fizičkog ili medikamentnog ograničavanja već ponajprije u tome kako maksimalno zaštititi bolesnikova prava, a u isto vrijeme spriječiti da svojim nekontroliranim postupcima izazove samoozljeđivanje, pogorša svoje zdravlje ili uzrokuje ozljede osoblja (12-15). Fizičko ograničavanje posebno je predmet kontroverzi. Nedavno istraživanje kliničke prakse u 34 jedinice za intenzivno liječenje u 9 europskih zemalja pokazalo je da su mjere fizičkog ograničavanja korištene u 33% slučajeva u prosjeku uz varijacije od 0-100% (16). Signifikantno je i to da se mjere fizičkog ograničavanja više koriste u jedinicama intenzivnog liječenja u kojima je niži omjer broja osoblja u smjenama u odnosu na broj bolesnika (16). Rezultati ovog, kao i nekih drugih istraživanja pokazuju kako u nekim zemljama liječnici više posežu za uporabom fizičkog ograničavanja (primjerice SAD, Portugal, Italija), u drugima medikamentnog (primjerice u Velikoj Britaniji, Norveškoj, Nizozemskoj), a nameće se i pitanje o utjecaju paramedicinskih razloga u odabiru (16, 17). S medicinskog motrišta obje metode ograničavanja imaju svojih prednosti i nedostataka. Prednost primjene lijekova u kontroli simptoma delirija je u brzom eliminaciji opasnosti od ozljeda kako bolesnika tako i osoblja, ali jednako tako ti lijekovi mogu produbiti delirij te biti toksični za središnji živčani i cirkulatorni sustav (12, 15). Sedirani pacijent izložen je većoj opasnosti aspiracije i razvoja atelektaza i pneumonije (12). Prednost fizičkog ograničavanja je u izbjegavanju negativnih učinaka i nuspojava psihofarmaka te u nižoj cijeni, ali fizičko ograničavanje također može provocirati eskalaciju delirija, izazvati ozljede kože i udova, razvoj dekubitusa i kontraktura, a opisani su i smrtni slučajevi (12-15).

Predma obje metode ograničavanja, uz zakonom definirane uvjete, imaju legalitet u medicinskoj praksi, kemijsko ograničavanje ostavlja dojam humanijeg pristupa te je često prihvatljivije i rodbini i medicinskom osoblju. Novija literatura više daje prednost primjeni medikamentata, te naročito alternativnih metoda umirivanja bolesnika, kako bi se fizičko ograničavanje reduciralo na najmanju potrebnu mjeru i na što kraće vrijeme (13, 15, 18). Sve je više izvještaja o uspješnom tretiranju delirija korištenjem alternativnih pristupa koji uključuju metode razuvjeravanja, bliskog kontakta njegovatelja s bolesnikom, veću prisutnost članova obitelji uz krevet, eliminaciju buke, loše rasvjete i slično (13, 15, 18). Takav pristup podrazumijeva dovoljan broj stručnih djelatnika, koji moraju biti specifično educirani za postupanje s bolesnicima u deliriju (15, 18).

#### MEĐUNARODNE KONVENCIJE NA PODRUČJU LJUDSKIH PRAVA I PRAVA PACIJENATA

Zakoni koji reguliraju postupanje s oboljelima od duševnih bolesti, kao i onima koji privremeno ili trajno nisu sposobni donositi odluke u većini zemalja pozivaju se na Opću deklaraciju o ljudskim pravima Ujedinjenih naroda iz 1948., te Europsku konvenciju o ljudskim pravima Vijeća Europe iz 1950., uz posljednju dopunu 2010. godine (19-21). U članku 5. Opće deklaracije o ljudskim pravima UN stoji: "Nitko ne smije biti podvrgnut mučenju ili okrutnom, nečovječnom ili ponižavajućem postupku ili kazni" (20). Istu odredbu nalazimo i u europskoj Konvenciji o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda u članku 3. (21, 22). U članku 5. koji govori o pravu na slobodu i sigurnost navedene su i iznimke od tog prava, a jedna od njih je "ako se radi o zakonitom lišenju slobode osoba radi sprečavanja širenja zaraznih bolesti, o pritvaranju umobolnika, alkoholičara, ovisnika o drogi ili skitnica" (21, 22).

Principi sadržani u ova dva međunarodna dokumenta odražavaju se u legislativi zemalja potpisnica, odnosno zakonima i propisima koji reguliraju prava pacijenata i posebno prava duševnih bolesnika. Osnovni dokument EU o pravima pacijenata je Deklaracija o promicanju prava pacijenata u Europi Europskog ureda Svjetske zdravstvene organizacije iz 1994. (23). Deklaracija promiče sljedeća prava pacijenata: pravo na zdravstvenu skrb, pravo na dostojanstven postupak, pravo na informaciju, pravo na obaviještenu pristanak, pravo odbijanja tretmana, pravo na slobodu izbora liječnika, pravo na suodlučivanje u zdravstvenoj skrbi, pravo na žalbu, pravo na dostojanstveno umiranje (23). U poglavlju 3. opisane su situacije kada pacijent nije sposoban dati svoj pristanak te kada i u kojim okolnostima to može umjesto njega učiniti zakonski zastupnik (23). Daljnji korak u zaštiti prava pacijenata učinjen je 1997., kada

je na Vijeću Europe usvojena Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini (24). Važno je napomenuti da je Konvenciju ratificirao Hrvatski Sabor 2003., a za temu koju obrađuje ovaj članak važno je da se dodatno proširuje i reafirmira institut informiranog pristanka i zaštita osoba koje nisu sposobne dati pristanak kao i zaštita osoba s mentalnim poremećajem (24). Uvodi se institut "ranije izražene želje", a članak 8. regulira postupanje u hitnim situacijama: "Ako se zbog hitne situacije ne može dobiti odgovarajući pristanak, bilo koji medicinski nužan zahvat može se provesti odmah u korist zdravlja dotičnog pojedinca" (24).

### ZAKONSKI OKVIR ZA OGRANIČAVANJE BOLESNIKA U DELIRIJU PREMA HRVATSKIM PROPISIMA

Ubrzo nakon ratifikacije konvencije o ljudskim pravima i biomedicini u Hrvatskoj je usvojen Zakon o zaštiti prava pacijenata 2004. g. (25). Zakon sadrži načela i većinu odredbi iz sva četiri međunarodna dokumenta opisana u prethodnom poglavlju čime su uvedeni standardi zaštite prava pacijenata, ali koji još do danas u praksi nisu u cijelosti dosegnuti (25). Naime, u velikom broju bolnica i bolničkih odjela još uvijek se primjenjuju uopćeni obrasci informiranog pristanka koji rijetko sadrže bitne pisane informacije o terapijskim i dijagnostičkim postupcima s opisom očekivane koristi i mogućim komplikacijama te eventualnim alternativama. Što je sve sadržano pod pojmom informiranog pristanka detaljnije je pojašnjeno u Pravilniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (26). U tom pravilniku stoji: "Pisana obavijest o preporučenom visokorizičnom dijagnostičkom, odnosno terapijskom postupku mora sadržavati naziv i opis postupka, dobrobiti, rizike i zamjenske postupke, ako postoje, izjavu pacijenta ili njegovog zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika da je postupak bio objašnjen, potpis odgovornog liječnika za obavljanje postupka, potpis pacijenta ili njegovog zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika i datum kad je pacijent ili njegov zakonski zastupnik, odnosno skrbnik potpisao pristanak" (26). Brojne etičke i legalne dileme vezane uz postupak ograničavanja bile bi izbjegnute ako bi u obrascu informiranog pristanka bila spomenuta mogućnost pojave delirija kao komplikacije tijekom liječenja i s njime povezane moguće primjene ograničavanja. Budući da su postupci s oboljelima od duševnih bolesti, u koje također spadaju i metode ograničavanja i odvajanja, regulirani posebnim Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama u Zakonu o zaštiti prava pacijenata valjalo je učiniti distinkciju te izriječkom definirati okolnost ograničavanja agitiranog delirantnog

bolesnika koji nije primarno duševni bolesnik, a koji svojim postupcima može ugroziti vlastito zdravlje ili pak uzrokovati tjelesne ozljede osoblju (25,27). Umjesto toga u članku 17. stoji prilično uopćena formulacija okolnosti kada pacijent nije sposoban dati pristanak: "Za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije, suglasnost ....potpisuje zakonski zastupnik, odnosno skrbnik pacijenta" (25). Kako pojava agresivnog ponašanja u deliriju često nastupi naglo, većina se kliničara slaže u ocjeni da se tu radi o hitnom stanju i opravdanosti medicinske intervencije i bez prethodnog pristanka bolesnika ili njegovog zakonskog zastupnika (članci 17 i 18) (25). Omogućiti sigurno obuzdavanje agresivnog bolesnika, neovisno o uzroku tog stanja, obveza je poslodavca i prema Zakonu o zaštiti na radu (čl 13: "Za organiziranje i provedbu zaštite na radu odgovoran je poslodavac") (28). Onog momenta, međutim, kada prestanu okolnosti hitnosti daljnja primjena metoda ograničavanja morala bi se legalno oslanjati ili na raniji informirani pristanak bolesnika za primjenu ograničavanja (kada je bio mentalno sposoban) ili, ako takvog pristanka nema, isti bi prema sadašnjim zakonima i pravilnicima trebalo što prije ishoditi od zakonskog zastupnika ili skrbnika. Postupanjem izvan ovog zakonskog okvira liječnik odgovoran za skrb pacijenta može doći pod udar Krivičnog zakona u kojem u članku 241. stoji: "Tko drugoga medicinski neopravdano liječi ili liječi bez njegova pristanka, kaznit će se kaznom zatvora od šest mjeseci do tri godine" (29).

Dakle, osim potrebe da se udovolji formalnom zahtjevu za pristankom na postupke ograničavanja ako se pokažu medicinski opravdanim, liječnik odgovoran za liječenje pacijenta mora voditi brigu da svi postupci ograničavanja budu upisani u medicinskom kartonu uz dekursus o stanju bolesnika kojima se te mjere medicinski opravdavaju.

Idealno bi bilo kada bi postojale hrvatske nacionalne smjernice za postupanje s bolesnikom u deliriju koje bi, kao što je to slučaj u većini razvijenih zemalja, predstavljale balans između stavova struke i postojećih zakonskih odredbi (7-9). S obzirom da nema nacionalnih smjernica, svaka bolnica mora imati svoje interne upute za postupanje s bolesnicima u deliriju (26). Postojanje i postupanje po tim uputama naročito će se kontrolirati u onim bolnicama koje uđu u postupak akreditacije koji je reguliran Zakonom o kvaliteti i akreditaciji (30). Temeljem tog zakona donesen je Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove u kojem su u okviru standarda o pravima pacijenata opširno opisani svi bitni elementi u vezi ograničavanja delirantnih i agitiranih bolesnika (31).

U pravilniku o akreditaciji u točki 5.1 stoji: "Pacijent ima pravo biti zaštićen od ograničavanja bilo kojeg oblika, ako to nije medicinski potrebno ili ako se koristi kao sredstvo prisile, stege, pogodnosti ili odmazde od zaposlenika" (31).

Pravilnik definira da je ograničavanje "bilo koja manualna metoda, fizički ili mehanički uređaj, sredstvo ili oprema koja imobilizira ili smanjuje sposobnost pacijenta da slobodno pokreće ruke, noge, tijelo ili glavu. Ograničavanje uključuje drogu ili lijek kad se koristi kao sredstvo za obuzdavanje ponašanja pacijenta ili kad ograničava slobodu kretanja pacijenta i nije redovita terapija u propisanim dozama" (31).

Prema pravilniku o akreditaciji "bolnička zdravstvena ustanova mora imati politiku i postupke kojima štiti prava i dostojanstvo pacijenta u svezi s korištenjem ograničavanja i odvajanja i osigurava sigurnost pacijenta, zaposlenika i drugih. Ovi postupci upućuju zaposlenike kako sigurno koristiti ograničavanje i odvajanje" (31). Nadalje, standard zahtijeva da "zaposlenici moraju biti osposobljeni i sposobni dokazati kompetencije za primjenu ograničavanja i odvajanja te promatranje, procjenjivanje i pružanje skrbi pacijentima koji su ograničeni ili odvojeni." (31). Premda sama akreditacija nije obavezna, svaka bi bolnica trebala primijeniti ove standarde, jer se oni izvode iz već spomenutog Zakona o pravima pacijenata, Zakona o zaštiti na radu (članak 18.) i Zakona o zdravstvenoj zaštiti (poglavlje XI) (25,28,32).

Od važnih detalja koje pravilnik regulira treba se osvrnuti na detalje postupka i načina vođenja i sadržaja medicinske dokumentacije o primjeni ograničavanja. Propisano je da narudžba za ograničavanje mora biti propisana od doktora medicine koji skrbi za pacijenta i to inicijalno u trajanju do 4 sata za bolesnike starije od 18 godina, do 2 sata za djecu i adolescente od 9 do 17 godina i za djecu mlađu od 9 godina do 1 sata. Unutar spomenutog vremena bolesnik mora biti promatran licem u lice (31). Narudžbe se mogu obnavljati najviše do 24 sata, a prije sljedeće narudžbe potrebno je ponovno evaluirati stanje pacijenta. Kad se koristi ograničavanje, u kartonu pacijenta mora postojati dokumentacija o sljedećem:

- Opis ponašanja pacijenta i korištene intervencije,
- Pokušane zamjenske ili manje restriktivne intervencije (ako su primijenjene),
- Stanje ili simptomi pacijenta koji zahtijevaju korištenje ograničavanja ili odvajanja,
- Odgovor pacijenta na intervenciju, uključujući obrazloženje za nastavak korištenja intervencije,
- Pisana promjena plana skrbi ili plana tretmana koja se osniva na procjeni pacijenta,

- Zaposlenici moraju dokumentirati u medicinskom kartonu pacijenta datum i vrijeme kad je o smrti povezano s korištenjem ograničavanja i odvajanja obaviješteno ministarstvo nadležno za zdravstvo (31).

Liječnici, kao i ostalo zdravstveno osoblje, često ne poznaju sve odredbe spomenutih zakona i pravilnika te, premda stručno i u najboljoj namjeri, poduzimaju pojedine mjere ograničavanja na način koji ih može izvrnuti naknadnim neugodnostima i istragama. Najčešći propust bude u nepotpunoj dokumentaciji odnosno striktnom bilježenju svih simptoma, propisanih lijekova i postupaka za ograničavanje kao i učinaka poduzetih mjera i svih ostalih mjera koje propisuje Zakon o zaštiti prava pacijenata i Pravilnik o akreditaciji bolničkih zdravstvenih ustanova (25,31).

## ZAKLJUČAK

S medikolegalnog stajališta metode fizičkog i medikamentnog ograničavanja agitiranih bolesnika imaju svoje mjesto kao metoda u liječenju delirantnog bolesnika u JIL-u uz poštivanje hrvatskih zakona i pravilnika koji ponajprije štite temeljna prava bolesnika definirana međunarodnim konvencijama o ljudskim pravima i pravima pacijenata.

Bolesnici bi prilikom prijma u bolnicu morali svojim potpisom potvrditi da su upoznati s mogućom pojavom delirija kao komplikacije osnovne bolesti što može zahtijevati primjenu pojedinih metoda ograničavanja prema striktnim medicinskim indikacijama i uz strogi nadzor i da isto prihvaćaju. Ograničavanje pacijenta bez njegovog pristanka ili pristanka njegovog zastupnika ili skrbnika moguće je, kao i kod drugih intervencija, samo ako stanje zadovoljava kriterije hitnosti.

U nedostatku nacionalnih smjernica za postupanje s delirantnim bolesnikom u JIL-u svaka bi bolnica morala definirati svoje smjernice u pristupu delirantnom bolesniku koje propisuju ovlasti, postupke, sadržaj medicinske dokumentacije i potrebna znanja i vještine osoblja koje provodi liječenje bolesnika u deliriju te im osigurati potrebnu edukaciju.

Metode ograničavanja delirantnih bolesnika u JIL-u, pogotovo metode fizičkog ograničavanja, treba primjenjivati u najmanjem mogućem opsegu i što je moguće kraće te uz striktno vođenje medicinske dokumentacije i zadane vremenske okvire procjene stanja bolesnika i terapijskih učinaka. Kad god je moguće, umjesto metoda ograničavanja treba uvoditi suvremenije alternativne pristupe prevencije i liječenja delirija.

## L I T E R A T U R A

1. Page V, Ely W. *Delirium in Critical care*. Cambridge University Press: New York, 2011.
2. Kannayiram A, Blanchette P. *Delirium*. U: Memon M, Talavera F. ur. *eMedicine*. Medscape [medicinski portal na internetu] 15 rujan 2011. Dostupno na URL adresi: <http://emedicine.com/med/topic3006.htm>. Datum pristupa informaciji 15. siječanj 2012.
3. Ely EW, Shintani A, Truman B i sur. *Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit*. *JAMA* 2004; 291: 1753-62.
4. Salluh J, Soares M, Teles J i sur. *Delirium epidemiology in critical care (DECCA): an international study*. *Critical Care* 14.R210 [elektronički časopis na internetu] 2010; [7 stranica]. Dostupno na URL adresi: <http://ccforum.com/content/14/6/R210>.
5. Inouye SK, Charpentier PA. *Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: predictive model and interrelationships with baseline vulnerability*. *JAMA* 1996; 275: 852-7.
6. Van Rompaey B, Elseviers M, Schuurmans M, Shortridge-Baggett LM, Truijien S, Bossaert L. *Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study*. *Critical Care* 13.R77 [elektronički časopis na internetu] 2009; [12 stranica]. Dostupno na URL adresi: <http://ccforum.com/content/13/3/R77>.
7. *Practice guideline for the treatment of patients with delirium*. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 1999; 156(5 Suppl): 1-20.
8. *NICE clinical guideline 103. Delirium: diagnosis, prevention and management*. 28. July 2010; [29 stranica]. Dostupno na URL adresi: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG103/PublicInfo>. Datum pristupa informaciji: 14. siječnja 2012.
9. *NICE Clinical Guideline 25. Violence: the short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric inpatient settings and emergency departments*. February 2005; [83 stranice] Dostupno na URL adresi: <http://www.nice.org.uk/CG025NICEguideline>. Datum pristupa informaciji: 15. siječnja 2012.
10. Plaschke K, von Haken R, Scholz M i sur. *Comparison of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) with the Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) for delirium in critical care patients gives high agreement rate(s)*. *Intensive Care Med* 2008; 34: 431-6.
11. Scott T, Nitin J, Brad R, William D, Marin H. *Delirium as detected by the CAM-ICU predicts restraint use among mechanically ventilated medical patients*. *Crit Care Med* 2005; 33: 1260-5.
12. Trivedi M, Shelly M, Park G. *Advances in patient comfort: awake, delirious, or restrained*. *Br J Anaesth* 2009; 103: 2-5.
13. *Learning and Scholarly Technologies University of Washington: Restraint Use in the Elderly*. Dostupno na URL adresi: <https://catalyst.uw.edu/workspace/jraetz/19544/116116>. Datum pristupa informaciji: 10. Siječnja 2012.
14. Parker K, Miles SH. *Deaths caused by bedrails*. *J Am Geriatr Soc*. 1997; 45: 797-802.
15. Collins L, Haines C, Perkel R. *Restraining Devices for Patients in Acute and Long-Term Care Facilities*. *Am Fam Physician*. 2009; 79: 254-6.
16. Benbenbishty J, Adam S, Endacott R. *Physical restraint use in intensive care units across Europe: the PRICE study*. *Intensive Crit Care Nurs* 2010; 26: 241-5.
17. Martin B, Mathisen L. *Use of physical restraints in adult critical care: a bicultural study*. *Am J Crit Care* 2005; 14: 133-42.
18. Bray K, Hill K, Robson W i sur. *British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult*. *British Association of Critical Care Nurses. Nurs Crit Care* 2004; 9: 199-212.
19. Hrženjak J. *Međunarodni i europski dokumenti o ljudskim pravima: Čovjek i njegove slobode u pravnoj državi*, Zagreb, Informator, 1992.
20. *Universal Declaration of Human Rights, G.A. res. 217A (III), U.N. Doc A/810 at 71 (1948)*. Dostupno na URL adresi: <http://www.un.org/en/documents/udhr/>. Datum pristupa informaciji: 14. Siječnja 2012.
21. *European Convention on Human Rights*. Dostupno na URL adresi: [http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/D5C-C24A7-DC13-4318-B457-5C9014916D7A/0/ENG\\_CONV.pdf](http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/D5C-C24A7-DC13-4318-B457-5C9014916D7A/0/ENG_CONV.pdf). Datum pristupa informaciji: 14. siječnja 2012.
22. *Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda*. Dostupno na URL: [http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/8E8F1266-6754-4880-80DD-BBA9D2677D9C/0/CRO\\_CONV.pdf](http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/8E8F1266-6754-4880-80DD-BBA9D2677D9C/0/CRO_CONV.pdf). Datum pristupa informaciji: 14. siječnja 2012.
23. *A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe*. WHO Regional Office for Europe 2004. Dostupno na URL adresi: [http://www.who.int/genomics/public/eu\\_declarati-on1994.pdf](http://www.who.int/genomics/public/eu_declarati-on1994.pdf). Datum pristupa informaciji: 15. siječnja 2012.
24. *Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: konvencija o ljudskim pravima i biomedicini*. Dostupno na URL adresi: <http://hidra.srce.hr/arhiva/263/33322/www.nn.hr/clanci/me-djunarodni/2003/109.htm>. Datum pristupa informaciji: 15. siječnja 2012.
25. *Zakon o zaštiti prava pacijenata*. NN 169/04, 37/08
26. *Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene*. NN 79/11.
27. *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama*. NN. 11/97, 27/98, 128/99 i 79/02.
28. *Zakon o zaštiti na radu*. NN 59/96., 94/96., 114/03., 100/04., 86/08. i 75/09.
29. *Kazneni zakon*. NN 152/08.
30. *Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove*. NN 31/11.
31. *Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite*. NN 107/07.
32. *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*. NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11 i 154/11.

## S U M M A R Y

### MEDICOLEGAL DILEMMAS ON RESTRAINT USE IN DELIRIOUS PATIENTS IN INTENSIVE CARE UNIT

I. ŠKLEBAR, G. BROZOVIĆ<sup>1</sup> and D. ŠKLEBAR<sup>1</sup>

*Sveti Duh University Hospital, Zagreb and <sup>1</sup>Bjelovar General Hospital, Bjelovar, Croatia*

The use of physical or chemical restraint in delirious patients in the intensive care unit (ICU) is related to an array of ethical and medicolegal dilemmas. In most cases, they arise from insufficient knowledge of the regulations in force or due to their vague wording. The aim of this review article is to outline the basic views of the medical profession regarding restraint use as a method in the treatment of delirium and to give an insight into the existing legislation at the national and international level. According to the contemporary research, restraint of patients in delirium, whether it is physical restraint or application of psychoactive drugs, has a number of potentially harmful side effects and must be used with clear indications, under strict supervision, and with meticulously kept medical records. A delirious patient must be treated in accordance with medical ethics, international conventions and the laws and regulations related to patient rights. This includes the general principles of respecting the patient's autonomy and dignity, giving him or her timely information, notification of informed consent, as well as abiding by the rules of the profession integrated in every hospital written instructions on the treatment of a patient in delirium. A detailed medicolegal frame of restraint use in delirious patients is given by the Croatian Hospital Accreditation Rules, which is currently the highest existing standard for restraint use in delirious patients in ICU, as well as in the other hospital departments.

**Key words:** delirium, medicolegal basis of restraint use, intensive care unit, hospital accreditation