

# PROFESIONALNA ODGOVORNOST PSIHIJATRA

Prim. dr. sc. Miroslav Goreta \*

UDK: 347.56:614.253

Pregledni znanstveni rad

Prihvaćeno: listopad 2012.

*Profesionalna odgovornost psihijatra temelji se na obvezi poštivanja aktualno važećih profesionalnih standarda od kojih su neki jasno definirani i široko prihvaćeni, dok su neki još uvijek u procesu jasnijeg definiranja pa je njihovo poštivanje ili nepoštivanje teže dokazivati.*

*U radu se daje pregled većeg broja (17) profesionalnih standarda za područje opće i forenzične psihijatrije čiji opisi upućuju na stupanj njihove opće prihvaćenosti kao i na potrebu njihove potencijalne dorade u dijelu u kojem ta prihvaćenost još uvijek nije dostatna, kako za kliničku tako i za forenzično-psihijatrijsku primjenu.*

*Temeljni kriteriji za formuliranje opisanih standarda sadržani su u međunarodnim klasifikacijama mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, u međunarodno priznatim udžbenicima psihijatrije, u etičkim normama Svjetskog psihijatrijskog udruženja i drugih nacionalnih etičkih psihijatrijskih kodeksa, te u hrvatskom Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama.*

*Opisani standardi (informirani pristanak, psihijatrijska dijagnoza, psihofarmakološka terapija, psihoterapija, prisilna hospitalizacija, vođenje dokumentacije, čuvanje tajne i dr.) ponuđeni su kao osnova za vrednovanje potencijalne odgovornosti za počinjene liječničke pogreške i za eventualnu naknadu štete uzrokovane tim pogreškama.*

*Ključne riječi: odgovornost psihijatra, profesionalni standardi, psihijatrijska etika, naknada štete*

## UVOD

Profesionalna odgovornost liječnika najčešće se definira kao kaznenopravna, civilnopravna, disciplinska i etička. U postupcima za preispitivanje te odgo-

---

\* Dr. sc. Miroslav Goreta, primarijus Klinike za psihijatriju Vrapče, Bolnička cesta 32, Zagreb

vornosti navedeni se oblici učestalo preklapaju, što znači da se jedna te ista liječnička pogreška može istodobno tretirati u dvije, u tri ili (barem teorijski) u sve četiri navedene kategorije.

Pojam liječničke pogreške mogao bi se prema Crniću (2009a) odrediti:

- a) kao postupanje suprotno (odnosno koje nije u skladu s) pravilima i metodama, odnosno standardima rada zdravstvene struke i/ili znanstvenim spoznajama, a kojim se ugrožava život i zdravlje ljudi, i/ili
- b) kao nepoštivanje moralnih i etičkih načela zdravstvene struke.

Navedeno "klasično" poimanje liječničke pogreške prema istom se autoru (Crnić 2009a) posljednjih godina sve više napušta i zamjenjuje se novim mjerilom - dostignutim profesionalnim standardom medicinske znanosti u vrijeme ne/poduzimanja određenog medicinskog tretmana.

Od niza međunarodnih dokumenata kojima se reguliraju profesionalni standardi na području zdravstva, najveće se značenje pridaje Konvenciji o ljudskim pravima i biomedicini (*Council of Europe* 1997).

Precizno definiranje aktualno važećih profesionalnih standarda ponajprije služi osiguranju što više razine kvalitete rada (na svim područjima medicine), a kada se za tim pokaže potreba - i potencijalnom utvrđivanju liječničke pogreške sa svim konzekvencama do kojih takvo postupanje može dovesti (Bohl 1998, Deutsch 1986, Grünenbaum 1995).

S pravnog aspekta utvrđivanje liječničke pogreške i odgovornosti za njezino počinjenje ima posebno značenje u postupcima za naknadu štete, bilo imovinske, bilo neimovinske, koje pokreću oštećeni pacijenti i/ili druge osobe koje se neizravno također mogu naći u poziciji oštećenika (iako sami nisu bili objektom medicinskog zahvata tijekom kojega je počinjena takva pogreška) (Crnić 2009a).

U tim se postupcima učestalo javlja problem razlikovanja liječničke pogreške za koju je zbog nepoštivanja profesionalnih standarda odgovoran mjerodavan liječnik (ili netko od njegovih suradnika), od medicinske komplikacije koja se događa zbog drugih nepovoljnih okolnosti sadržanih u samoj prirodi bolesti ili njezina spontanog tijeka na koji liječnik u trenutku kada se ona dogodila (s informacijama kojima je tada raspolagao) nije mogao utjecati. Postoji, naravno, i mogućnost da do pogoršanja zdravstvenog stanja pacijenta dođe i zbog kombiniranog utjecaja pogreške i komplikacije, što u pravilu dodatno otežava objektivno utvrđivanje uzroka tog pogoršanja (Škavić i Zečević 2009).

Iako se pojam liječničke pogreške ponajprije vezuje za profesionalnu ulogu i ovlasti liječnika, on se danas - s obzirom na sve učestalije obavljanje velikog broja

medicinskih zahvata kao timskog zadatka - treba proširiti i na druge članove tima koji nisu liječnici (pri čemu bi se i sam taj pojam trebao zamijeniti nekim drugim koji bi primjerenije odražavao tu novu situaciju). S obzirom na to da se odgovornost uvijek treba procjenjivati individualno, u takvim će timskim relacijama glavni kriterij za njezino utvrđivanje biti opis službenih ovlaštenja za pojedinu profesiju, uz precizno definiranje hijerarhijskih odnosa u pojedinom timu. Pri tom se, naravno, ne bi smjeli zanemariti ni neki drugi, opći kriteriji kao što je to npr. obveza “nadređenog” da dodatno provjeri stupanj razumijevanja naloga koji je dao “podređenom” te način njegova konkretnog izvršavanja, kao i obveza “podređenog” da “nadređenog” upozori na potencijalno pogrešno danu uputu ili neki drugi propust u njegovu postupanju.

S obzirom na aktualne trendove sve šireg preuzimanja “objektivne” odgovornosti za štetu, tj. njezina premještanja s pojedinog liječnika (ili drugog medicinskog djelatnika) na instituciju u kojoj je liječnik zaposlen, kao i premještanje obveze financijske kompenzacije štete s medicinske institucije na osiguravateljske kuće (Ćurković 2009), što se u najvećoj mjeri može ocijeniti kao pozitivan proces, svaki bi liječnik (ili medicinski tim) neovisno o tom “zaštitnom kišobranu” kao svoju temeljnu stručnu i etičku obvezu trebao naknadno analizirati sve potencijalne uzroke pojedine pogreške i/ili komplikacije i njezine rezultate uključiti u preventivnu edukaciju ostalog osoblja u vlastitoj kući, a u pojedinim slučajevima i znatno šire (referiranjem na stručnom skupu, publiciranjem u stručnim i znanstvenim časopisima i sl.).

Posljednjih je godina u hrvatskoj pravnoj i medicinskoj literaturi objavljen niz radova o profesionalnoj odgovornosti liječnika i uvjetima za naknadu štete uzrokovanu liječničkim pogreškama koji su se pretežno bavili “somatskim” područjima medicine (kirurgija, ginekologija i opstetricija, ortopedija, oftalmologija, otorinolaringologija i dr.), dok obrade psihijatrijske problematike u tom kontekstu praktički uopće nije bilo ili se ona svodila samo na povremeno spominjanje nekih slučajeva bez njihove šire elaboracije, bilo s psihijatrijske, bilo s pravničke strane (Crnić 2009a, Crnić 2009b, Goreta i sur. 2006).

S obzirom na to da se i u svijetu i u nas u posljednje vrijeme pokreće sve više postupaka za utvrđivanje odgovornosti psihijatara, kao i za naknadu štete nastale zbog njihovih pogrešaka i pogrešaka njihovih suradnika, u ovom radu ćemo pokušati formulirati (i) posebne psihijatrijske standarde koji bi se (potencijalno) mogli rabiti u takvim postupcima u našoj državi. Posljednja ograda (“u našoj državi”) odnosi se, naravno, samo na određene pravne norme sadržane

u hrvatskim zakonima i nikako se ne bi smjela razumjeti kao preporuka za bilo kakav odmak od univerzalnih, općeprihvaćenih međunarodnih standarda psihijatrijske struke.

Iako se u ovom tekstu posebno ne upućuje na hijerarhiju pravničke relevantnosti pojedinih oblika liječničke odgovornosti, njegov će se pretežan dio - s obzirom na visoko aktualnu problematiku naknade neimovinske štete prema "novom" Zakonu o obveznim odnosima - ipak vezati za potencijalnu civilnopravnu odgovornost. U tom će kontekstu najvažnije mjesto zauzimati povreda prava na duševno zdravlje, ali također i prava na tjelesno zdravlje, na dostojanstvo, slobodu, različitost i dr.

S obzirom na to da, usprkos činjenici da je "novi" Zakon o obveznim odnosima (NN, br. 35/05.) stupio na snagu 1. siječnja 2006. god., još uvijek nisu formulirani ni pravnički, ni medicinski novi kriteriji za njegovu svakodnevnu praktičnu primjenu, u tekstu koji slijedi navodimo širok spektar potencijalnih "psihijatrijskih šteta" koje se realno događaju i znatno češće nego smo to spremni sami sebi priznati, i koje bi se s pravničke strane mogle označiti kao kvalifikatorne okolnosti pojedinih povreda prava osobnosti. Time, naravno, nikako ne želimo dodatno potencirati osjećaje nesigurnosti na psihijatrijskoj strani i strahovanja od enormnog povećanja odštetnih parnica zbog povreda prava na duševno zdravlje, već jedino želimo potaknuti otvorenu raspravu o stvarnoj odgovornosti svih aktera tih promjena, koja bi rezultirala pravednim usklađivanjem svih suprotstavljenih interesa (uz maksimalno uvažavanje stručnih i etičkih normi i istodobno onemogućavanje nametanja parcijalnih interesa kojima bi pojedina "cehovska" udruženja ili mjerodavna državna tijela te norme mogle dovoditi u pitanje).

S obzirom na to da je Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN, br. 111/97.) temeljni dokument kojim se u našoj državi štite ljudska prava i slobode psihijatrijskih pacijenata, pravnički dio ovog pregleda pretežno temeljimo na odredbama tog Zakona, dok se na druge zakone pozivamo u onoj mjeri u kojoj je to neophodno zbog posebnog psihijatrijskog značenja nekih njihovih odredbi (ubrojivost, psihijatrijske mjere sigurnosti i sl.).

U prvom dijelu ovog pregleda prezentirana je tematika koja se odnosi na opća psihijatrijska pitanja, dok su u drugom dijelu posebno obrađeni problemi s užeg područja forenzične psihijatrije. Svako od tih pitanja obrađeno je kao aktualno općeprihvaćen standard - ili kao standard koji još nije definitivno formuliran pa ga ovdje nudimo kao osobni prijedlog - čije nepoštivanje otvara

mogućnost počinjenja liječničke pogreške s posljedičnim preispitivanjem jednog ili više uvodno spomenutih vidova profesionalne odgovornosti.<sup>1</sup>

## A. OPĆA PSIHIJARIJA

### Standard 1: Informirani pristanak

Prema čl. 3. st. 12. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama:

“Pristanak je slobodno dana suglasnost osobe s duševnim smetnjama za provođenje određenog liječničkog postupka, koja se zasniva na odgovarajućem poznavanju svrhe, prirode, posljedica, koristi i opasnosti toga liječničkog postupka i drugih mogućnosti liječenja.”

Iako je koncept informiranog pristanka posljednjih godina predmet intenzivnog istraživanja i definicijskog usklađivanja u velikom broju zemalja i u komparativnim međunarodnim studijama, do danas još uvijek ne raspolažemo jedinstvenom, općeprihvaćenom definicijom tog koncepta (Ostojić i Goreta 1998, Jan 1998).

U psihijatrijskoj teoriji i praksi taj problem ima posebno značenje u odnosu na druga područja medicine, s obzirom na to da mnogi psihički poremećaji mogu privremeno ili čak i trajno reducirati mentalne sposobnosti pojedinog pacijenta do te mjere da ne bude sposoban dati valjani pristanak za poduzimanje određenog dijagnostičkog, terapijskog ili nekog drugog medicinskog postupka.

U dosadašnjim raspravama o toj temi ipak je postignuta znatna razina usklađenosti stajališta o nekim bitnim elementima koncepta informiranog pristanka u psihijatriji, od kojih kao najvažnije izdvajamo sljedeće: Liječnička

---

<sup>1</sup> S obzirom na to da je ovaj prilog ponajprije namijenjen pravnicima, pojedina su temeljna pitanja koja imaju posebnu važnost za kvalitetnu komunikaciju pravnika i psihijatara (pristanak, opasnost, ubrojivost i dr.) obrađena mnogo detaljnije od nekih drugih pitanja koja su dominantno medicinska (psihijatrijska dijagnoza, farmakoterapija, psihoterapija i dr.), pa se u ovom tekstu spominju tek u formi natuknica. S obzirom na to da svako od tih pitanja također može postati predmet postupka za utvrđivanje liječničke odgovornosti i za naknadu štete, za njihovo detaljnije proučavanje upućujem na standardne psihijatrijske i forenzično-psihijatrijske udžbenike (Gunn i Taylor 1993, Nedopil 2000), te na posebne članke i monografije kada se radi o nekim supspecijalističkim područjima (Wolfsblast 1985, Goreta 2009).

je pogreška svaki liječnički postupak koji se poduzima bez pacijentova informiranog pristanka, ako pacijent ima očuvane i intelektualne i voljne kapacitete za davanje takva pristanka. Pogreška je i netočno utvrđivanje valjanog pristanka koji to zapravo nije, kao i suprotna mogućnost - negiranje valjanosti pristanka koji je realno apsolutno valjan.

Iako o informiranom pristanku u psihijatrijskom i općem medicinskom radu postoji nepregledna literatura, u svakodnevnoj je praksi njegovo vrednovanje još uvijek znatan problem mnogim liječnicima, stoga je i u kontekstu ovog rada važno naglasiti sljedeće:

1. očuvanost mentalnih sposobnosti za davanje valjanog pristanka pretpostavlja se kao pravna i psihijatrijska činjenica sve dok je neki ozbiljni medicinski razlozi ne dovedu u pitanje, pa tada postaje nužno da je vrednuje jedan ili više kvalificiranih stručnjaka;

2. potencijalno isključenje sposobnosti za davanje valjanog pristanka ne vezuje se nužno za neku određenu dijagnostičku kategoriju (prema suvremenim svjetskim psihijatrijskim klasifikacijama), iako će se zbog težine poremećaja neke dijagnostičke kategorije, npr. psihoze, demencije i sl., statistički znatno češće pojavljivati kao razlog za ocjenu da takva sposobnost nije očuvana;

3. ocjena o očuvanosti ili isključenju mentalnih sposobnosti za davanja valjanog pristanka uvijek se odnosi na neku konkretnu situaciju (prihvaćanje ili odbijanje hospitalizacije, prihvaćanje ili odbijanje sudjelovanja u ispitivanju nekog lijeka i sl.) i stoga se ne smije upotrebljavati za rješavanje nekih drugih pitanja izvan te situacije;

4. s obzirom na vrlo različite okolnosti u kojima se ocjenjuje sposobnost davanja informiranog pristanka, kriteriji za negiranje te sposobnosti trebaju biti znatno stroži u slučajevima veće ugroženosti pacijenta ili drugih osoba, dok će u slučajevima manjeg ili neznatnog rizika ti kriteriji u pravilu biti blaži;

5. informiranje pacijenta o svim bitnim činjenicama potrebnim za donošenje adekvatne odluke treba biti što potpunije i maksimalno prilagođeno njegovim općim sposobnostima za njihovo razumijevanje, ali ono ne treba nužno sadržavati informacije o iznimno rijetkim i teškim komplikacijama koje bi mogle imati pretjeran utjecaj na donošenje negativne odluke (koja bi mogla ozbiljno ugroziti pacijentov "najbolji interes");

6. iznimno je važno svesti na minimum sve utjecaje koji pacijenta dovode u položaj ovisnosti o osobama koje su zainteresirane za dobivanje njegova pristanka iz bilo kojeg razloga (kao što je to npr. ovisnost o terapeutu koji je ujedno i istraživač u projektu u koji želi uključiti tog pacijenta i sl.);

7. pri uporabi zamjenskog davanja informiranog pristanka, prednost treba dati izvansudskim postupcima u kojima pristanak daju članovi obitelji, zakonski zastupnici, etička povjerenstva i sl., dok sudsku proceduru treba rezervirati samo za slučajeve s visokom razinom rizika ili s težim oblicima potencijalnog kršenja ljudskih prava pacijenata ili drugih osoba.

Na temelju dosadašnjih iskustava u praktičnoj primjeni Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama može se zaključiti:

1. da su mnogi stručnjaci, i u psihijatriji i u pravosuđu, nedostatno educirani za adekvatno procjenjivanje informiranog pristanka, stoga često primjenjuju preširoke ili preuske kriterije za odlučivanje o postojanju ili isključenju mentalnih sposobnosti za davanje valjanog pristanka;

2. da još uvijek postoji znatno nerazumijevanje razlike između verbalno izraženog pristanka i pristanka koji se temelji na objektivnoj procjeni očuvanosti pacijentovih mentalnih sposobnosti za davanje tog pristanka;

3. da velik broj pacijenata nije adekvatno informiran o činjenicama na kojima bi trebao temeljiti svoju odluku, čak i onda kad vanjske okolnosti (stupanj hitnosti donošenja odluke i sl.) omogućuju da se to informiranje provede na dostatan kvalitetan način;

4. da su pacijenti češće u položaju ovisnosti o svojim terapeutima koji, naravno, dovode u pitanje njihovu stvarnu slobodu donošenja odluke koja bi trebala osiguravati njihov "najbolji interes";

5. da postoji (pre)velika disproporcija između postupaka usmjerenih na dobivanje pristanka za zadržavanje u bolnici (koji su znatno strože definirani i u zakonskim odredbama) i onih koji se odnose na druge liječničke postupke (kao što su npr. dobivanje pristanka za neki dijagnostički ili terapijski postupak, za uključivanje u istraživanje, za uključivanje u neki edukativni program i dr.);

6. da su mehanizmi kontrole vrednovanja ocjene o valjanosti informiranog pristanka, kao i o stvarnim posljedicama tih ocjena, apsolutno nedostatni - kako na razini stručne evaluacije, i u psihijatriji i u pravosuđu, tako i na razini zakonom predviđene kontinuirane i vrlo široko koncipirane kontrole povjerenstava za zaštitu osoba s duševnim smetnjama.

## **Standard 2: Psihijatrijska dijagnoza**

Obvezujući standard za postavljanje svih medicinskih dijagnoza u Republici Hrvatskoj jest Međunarodna klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja



ponašanja, koji izdaje Svjetska zdravstvena organizacija. Aktualno se primjenjuje njezina 10. revizija koja je stupila na snagu 1992. god. (WHO 1992). Psihijatrijski dio te klasifikacije s detaljnim opisima kliničkih stanja i dijagnostičkim smjernicama u hrvatskom je prijevodu objavljen 1999. god. (MKB-10, 1999). U slučajevima u kojima su ti opisi manjkavi ili nedovoljno precizni, i za kliničku i za forenzičnu primjenu mogu se upotrebljavati kriteriji sadržani u Dijagnostičkom i statističkom priručniku Američkog psihijatrijskog udruženja (4. revizija objavljena 1994. god., DSM IV). Za dopunsko dubinsko psihološko razumijevanje i obrazlaganje deskriptivne psihopatologije iz obje prethodno navedene klasifikacije preporučuje se upotreba Psihodinamskog dijagnostičkog priručnika, objavljenog 2006. god. (PDM *Task Force* 2006).

Najvažniji je dijagnostički instrument u psihijatrijskoj dijagnostici iscrpna anamneza i osobni psihijatrijski intervju. Uz to će u velikom broju slučajeva biti korisno obaviti psihologijsko ispitivanje te, po potrebi, i druge medicinske pretrage i preglede (pretrage jetrenih funkcija, utvrđivanje koncentracije alkohola i droga u krvi i urinu, elektroenceleografska snimanja i dr.) (Zeit i Jung 2004).

Najčešća i najozbiljnija pogreška u dijagnostičkom postupku jest kvalitativno i kvantitativno insuficijentna anamneza za kojom po oba kriterija slijedi insuficijentan klinički pregled, a potom - i ne tako rijetko - nekritičko preuzimanje dijagnoza (bez ozbiljne provjere argumentacije na kojoj su temeljene) koje su prethodno postavljene na nekom drugome mjestu.

S obzirom na vrlo česte ograničavajuće okolnosti za postavljanje precizne psihijatrijske dijagnoze, što se posebno odnosi na hitna stanja s visoko rizičnim ponašanjem pacijenta, psihijatar neće uvijek moći provesti *lege artis* postupak dijagnosticiranja takva akutnog poremećaja, već će svoje prve terapijske i sigurnosne odluke donositi samo na temelju tzv. preliminarne dijagnoze. Naknadno, kada hitna situacija bude razriješena i kada se dijagnostički postupak bude mogao nastaviti bez posebnih rizika za pacijenta i za druge osobe, ta će se procedura obaviti prema uobičajenim kriterijima za čije detaljnije proučavanje preporučujemo standardne psihijatrijske udžbenike i/ili posebne monografije koje sveobuhvatno obrađuju tu tematiku (Kaplan i Sadock 1985, Scharfetter 1976).

Kako prethodno spomenute situacijske okolnosti mogu znatno reducirati kvalitetu dijagnostičkog postupka, i bez osobnog doprinosa mjerodavnog psihijatra (ako je i u takvoj situaciji postupao "prema najboljem znanju i savjesti"<sup>2</sup>),

---

<sup>2</sup> Pritom se, naravno, očekuje da njegovo znanje odgovara formalno postignutoj edukacijskoj razini i da svakom radnom zadatku pristupa s odgovarajućom pažnjom.



svaka naknadna evaluacija eventualne počinjene pogreške uvijek mora uzeti u obzir i te okolnosti. Iako hitne situacije opravdano snizuju dijagnostičke standarde i na drugim područjima medicine, ta je dimenzija u psihijatrijskoj praksi dodatno naglašena upravo zbog specifično psihijatrijskih rizika koji se ne zadržavaju samo u okvirima potencijalnog pogoršanja pacijentova zdravlja, već uključuju i ekstremne rizike kao što su suicid pacijenta ili teško ozljeđivanje ili čak ubojstvo neke druge osobe (Goreta 2009).

### Standard 3: Ordiniranje psihofarmakološke terapije

Primjena psihofarmaka danas je u cijelom svijetu nedvojbeno najrasprostranjeniji oblik liječenja psihičkih poremećaja, o kojem se vrlo često raspravlja u kontekstu potencijalnog kršenja različitih etičkih i zakonskih normi. Pritom se posebno ističe problematično ponašanje farmaceutskih tvrtki koje svakodnevno na tržište izbacuju enorman broj novih lijekova sa slabim ili apsolutno nedostatnim dokazima o njihovoj navodno superiornijoj učinkovitosti u odnosu na "stare", dobro poznate lijekove čije su i dobre i loše strane pouzdano provjerene u svakodnevnoj farmakoterapijskoj praksi (Gajski 2009). Kako se taj iznimno profitabilan *business* nikako ne bi mogao obavljati bez suradnje liječnika, navedene se kritike proširuju i na pojavu sve češćeg otvorenog ili prikrivenog korumpiranja liječnika iz svih "farmakoloških područja" medicine, te posebno na psihijatre s obzirom na enormnu proizvodnju i potrošnju (u svjetskim razmjerima) upravo psihofarmakoloških preparata. S obzirom na to da bi šira rasprava o toj temi daleko prelazila svrhu ovog pregleda, u tekstu koji slijedi navodimo samo glavne kriterije za vrednovanje odgovornosti psihijatra zbog potencijalnog neuvažavanja aktualno važećih profesionalnih standarda u tom dijelu njegova terapijskog angažmana.

U psihofarmakološkom tretmanu liječnička pogreška može biti:

- ordiniranje pogrešnog lijeka
- ordiniranje previsoke ili preniske doze lijeka
- prerano prekidanje terapije lijekovima čiji se terapijski učinak manifestira sa stanovitom odgodom
- nagli prekid terapije lijekovima koji mogu izazvati ozbiljne apstinencijske smetnje ili druge psihofiziološke poremećaje u organizmu pacijenta
- ordiniranje lijeka s većim brojem nuspojava, iako je na raspolaganju lijek s jednakim učinkom, ali s manjim brojem nuspojava ili bez njih

- neprovođenje pretraga i pregleda kojima bi se pravodobno mogle dijagnosticirati štetne nuspojave
- nedovoljna pažnja posvećena preveniranju ovisnosti o terapijski opravdano indiciranom lijeku
- preferiranje određenog lijeka zbog privatnih poslovnih aranžmana s njegovim distributerom i/ili proizvođačem
- “tajno” ordiniranje lijeka bez znanja pacijenta (u nekom piću, u hrani i sl.)
- uporaba psihofarmaka za discipliniranje pacijenata
- uporaba psihofarmaka kao kompenzatorne mjere za manjak osoblja
- uporaba psihofarmaka kao zamjene za sve ostale terapijske metode (psiho i socioterapiju)
- prenošenje ovlasti za ordiniranje lijekova “po potrebi” na srednji medicinski kadar.

#### **Standard 4: Indiciranje i provođenje psihoterapijskog tretmana**

Iako se posljednjih godina i u svijetu i u nas sve češće upozorava na stručne i etičke pogreške psihoterapeuta, u nas su postupci za dokazivanje njihove odgovornosti još uvijek vrlo rijetki. Među većim brojem razloga za takvo suzdržanje postavljanje potencijalnih “tužitelja” vjerojatno je najvažniji onaj koji se odnosi na ozbiljne teškoće u dokazivanju tih pogrešaka, kako na razini vještačenja tako (još i više) na razini pravničkog vrednovanja takvih pogrešaka.

Na temelju pregleda svjetske literature (Wienand 1982, Wolfslast 1985), kao i na temelju vlastitih iskustava u do sada provedenim vještačenjima (Goreta 1989), kao najčešće možemo istaknuti sljedeće pogreške:

- primjena psihoterapijske metode koja se ne smatra dostatno verificiranom za uključivanje u standardne terapijske postupke
- pogrešna primjena standardne metode zbog nedostatne educiranosti (pogrešne interpretacije, nemogućnost prevladavanja transferno-kontratransfernih problema i dr.)
- ulaženje u privatne odnose (emocionalne, seksualne, poslovne i dr.) s pacijentima i članovima njihovih obitelji
- prerano prekidanje psihoterapije
- neopravdano prolongiranje psihoterapije.

## Standard 5: Vođenje medicinske dokumentacije

Ta je obveza određena člankom 19. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama:

“Svaki liječnički postupak koji se provodi na temelju ovog Zakona mora se upisati u liječničku dokumentaciju sa naznakom je li bio poduzet sa ili bez pristanka.”

Liječnička je dokumentacija više od dokumenta o tijeku pacijentove bolesti i liječenja. To je važan pravni dokument koji liječnicima može poslužiti za obranu ako pacijent protiv njih pokrene sudski postupak. Liječnička dokumentacija treba sadržavati podatke o onome što je liječniku pacijent priopćio, onome što je liječnik sam uočio, dijagnosticirao, zaključio i proveo - treba sadržavati plan liječenja, stupanj uključenosti samog pacijenta u svoje liječenje, detalje o primijenjenim metodama liječenja i lijekovima, koji su lijekovi i koliko često davani, kakva je bila reakcija pacijenta na njih, informacije koje su dane pacijentu glede liječenja i njegovih prava, pristanke (usmene ili pismene) koje je pacijent davao tijekom liječenja, ocjene njegove sposobnosti za davanje pristanka. Što je liječnička dokumentacija potpunija, to je kvalitetnija. Mora biti pisana čitkim i razumljivim jezikom i mora biti adekvatan odraz tretmana koji je pružen pacijentu. Ako dođe do sudskog postupka, sud će redovito uzeti da je ono što je upisano u liječničkoj dokumentaciji stvarno i učinjeno, a da se ono o čemu nema pisanog traga nije ni dogodilo. Loše vođena i neadekvatna liječnička dokumentacija može se smatrati oblikom nesavjesnog liječenja (Turković 2001).

Budući da se zakonskim aktom ne mogu propisati svi detalji pojedinih medicinskih postupaka, njihova se detaljnija razrada obično prepušta piscima komentara i autorima medicinskih udžbenika i priručnika. S obzirom na to da se u dosadašnjim izvornim hrvatskim tekstovima o toj temi nigdje ne mogu naći detaljnije upute o konkretnom vođenju dokumentacije prilikom primjene sile u psihijatrijskom tretmanu, ovdje upućujemo na hrvatskom čitatelju najlakše dostupne *bielefeldske* upute za neutralizaciju agresivnog ponašanja i za primjenu prisilnih mjera, u kojima su, među ostalim, navedene i sve relevantne informacije o primjeni sile koje bi uvijek trebale biti registrirane u odgovarajućoj (sestrinskoj i/ili liječničkoj) dokumentaciji (Goreta 2009).

## Standard 6: Čuvanje profesionalne tajne

Liječničkom (profesionalnom) tajnom smatra se sve što osobe koje obavljaju djelatnost zaštite i liječenja saznaju ili primijete tijekom obavljanja tih djelatnosti, a nije poznato širem krugu osoba i osoba na koju se tajna odnosi želi da ona ostane tajnom. Tajna se ne mora ticati samog pacijenta, može se odnositi i na druge osobe. Institutom profesionalne tajne štiti se pravo osoba na privatnost koje je jedno od temeljnih ljudskih prava. Podaci koji se smatraju profesionalnom tajnom mogu se bez ikakvih ograničenja otkriti ako za to postoji pristanak osobe s duševnim smetnjama na koju se podaci odnose ili njezina zakonskog zastupnika, ako ona sama nije sposobna dati pristanak. Ako se tajna odnosi na neku drugu osobu, a ne na samog pacijenta, za otkrivanje tajne potreban je pristanak te osobe (Turković 2001).

Dužnost čuvanja tajne nije apsolutna. ZZODS navodi tri slučaja u kojima je moguće otkrivanje profesionalne tajne i bez pristanka osobe s duševnim smetnjama, odnosno njezina zakonskog zastupnika:

1. drugom psihijatru ili liječniku, ali samo ako je to nužno za pružanje liječničke pomoći toj osobi;
2. ako je to nužno učiniti u općem interesu ili u interesu druge osobe koji je pretežniji od interesa čuvanja tajne;
3. službenim osobama u centrima za socijalnu skrb i drugim državnim tijelima kada je to nužno da bi one mogle postupati u vezi s osobom s duševnim smetnjama na temelju i u okviru svojih ovlasti.

Iako su odredbe o čuvanju liječničke tajne vrlo restriktivne i na svim drugim područjima medicine, one na području psihijatrije sigurno imaju još veće značenje zbog općepoznatih stigmatizirajućih efekata "psihijatrijskih informacija", koje nerijetko mogu nanijeti goleme štete, ne samo pacijentu na kojeg se odnose, već i članovima njegove obitelji i drugim bliskim osobama. S druge strane, uvijek moramo misliti i na negativne posljedice prerestriktivne zaštite pacijentovih osobnih podataka koja također može nanijeti ozbiljne štete pacijentu i drugim, njemu bliskim osobama, kada neopravdano uskraćivanje tih podataka rezultira uskraćivanjem ili gubitkom nekih drugih pacijentovih prava spomenutih u t. 3. čl. 17. ZZODS-a.

## Standard 7: Prisilna civilna hospitalizacija

Prema hrvatskim kriterijima navedenim u čl. 22. ZZODS-a<sup>3</sup>, prisilno se smiju hospitalizirati samo osobe s težim duševnim smetnjama koje aktualno pokazuju visok stupanj opasnosti bilo za sebe, bilo za svoju okolinu - što znači da takva hospitalizacija neće doći u obzir kod opasnog ponašanja neke osobe bez težih duševnih smetnji, kao ni kod osobe koja ima teže duševne smetnje zbog kojih se opasno ponašala u nekom prijašnjem razdoblju ili bi se tako mogla opasno ponašati u nekoj neodređenoj budućnosti.

S obzirom na to da su i psihijatri i pravnici najnesigurniji u vrednovanju kriterija ugrožavanja pacijentova vlastitog zdravlja, ovdje posebno naglašavamo da se taj kriterij odnosi samo na predviđanje ozbiljnih pogoršanja njegova zdravstvenog stanja u idućim satima ili danima, a ne i na pogoršanja koja bi mogla nastupiti za koji tjedan ili čak za nekoliko mjeseci (jer pacijent ne surađuje u liječenju, ne uzima propisanu terapiju, prekomjerno konzumira alkohol ili druga sredstva ovisnosti i sl.).

Jednaka se nesigurnost, i kod psihijatara i kod pravnika, uočava u svakodnevnoj primjeni odredbe kojom se propisuje krajnji rok (do isteka 72 sata) za donošenje odluke o prisilnom zadržavanju ili nekom drugom definiranju (još uvijek privremenog) pravnog statusa pacijenta (kojeg je mjerodavna zdravstvena služba uputila u psihijatrijsku ustanovu radi eventualne prisilne hospitalizacije).<sup>4</sup> Takva mogućnost nikako ne znači da bi se odluka o prisilnom zadržavanju (ili odustajanju od njega) kod svih ili kod većine pacijenata u poziciji "prolongiranog prijma" trebala donositi neposredno prije isteka tog roka ili (čak!?) nakon njegova isteka, već je ona predviđena samo za rijetke, diferencijalno-dijagnostički i sigurnosno komplicirane slučajeve, dok se u svim ostalim, manje ili više

---

<sup>3</sup> Članak 22.: (1) Osoba s težim duševnim smetnjama koja uslijed svoje duševne smetnje ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti život ili zdravlje ili sigurnost, odnosno život ili zdravlje ili sigurnost drugih osoba može se smjestiti u psihijatrijsku ustanovu bez svog pristanaka, po postupku za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj propisanim ovim Zakonom.

<sup>4</sup> Vremenski raspon od 48 sati do 72 sata za opservaciju hitnih, a dijagnostički nejasnih slučajeva, preporučuje se i u posebnom dokumentu Ujedinjenih naroda u kojem se navode glavni kriteriji za koncipiranje nacionalnih zakonodavstava o zaštiti mentalnog zdravlja (*These should allow the compulsory evaluation of persons with mental disorders and/or admission for 48 - 72 hours to allow assesment by a mental health specialist if there is a reasonable suspicion of an immediate risk to their health or safety.*) (*Mental Health Legislation & Human Rights, World Health Organisation, 2003., str. 24*).

jasnim slučajevima ta odluka treba donijeti čim se prikupi dovoljno pouzdanih informacija za njezinu opravdanost. To znači da se ona može donijeti već nakon prvog pregleda u prijamnoj ambulanti ili nakon samo nekoliko sati opservacije na odgovarajućem prijamnom odjelu, a ako to iz bilo kojeg (neopravdanog) razloga bude odgađano sve do isteka 72 sata, takvo se postupanje mjerodavnog psihijatra treba tretirati kao ozbiljno nepoštivanje profesionalnog standarda predviđenog za postupak prisilnog zadržavanja i prisilnog smještaja.

### **Standard 8: Primjena sile u psihijatrijskom tretmanu**

Detaljnu razradu svih aspekata primjene sile u psihijatrijskom tretmanu ponudili smo u opsežnom kritičkom pregledu (Goreta 2009), u kojem su sveobuhvatno analizirana tri glavna oblika prisilnog psihijatrijskog tretmana: prisilno ordiniranje psihofarmakološke terapije, izdvajanje (izolacija) i fizičko sputavanje (fiksiranje). Ta je analiza rezultirala sljedećim zaključcima koje preporučujemo kao temeljne kriterije za ocjenu o potencijalnom počinjenju liječničke pogreške:

- Primjena sile u psihijatrijskom tretmanu neizbježan je postupak pri zbrinjavanju agresivnih pacijenata kod kojih se taj cilj ne može postići nekom drugom manje invazivnom intervencijom.
- Smanjenje broja prisilnih psihijatrijskih intervencija može se postići kvalitetnijim prethodnim dijagnosticanjem i neutralizacijom čimbenika koji uvjetuju povišenu spremnost na agresivno reagiranje.
- Kada takvo reagiranje postane manifestno, ono se u pravilu nastoji zaustaviti primjenom (za konkretnu situaciju odgovarajućih) deeskalirajućih postupaka dobro educiranih članova terapijskog tima.
- U slučajevima u kojima deeskalirajući postupak ostane neuspješan, opasno ponašanje treba neutralizirati fizičkom intervencijom s najmanjim mogućim rizicima za bilo kojeg sudionika te intervencije.
- Po okončanju svake rizične intervencije s primjenom sile, nužno je naknadno analizirati sve njezine aspekte i posebno potencijalne pogreške, kako bi se preveniralo njihovo ponavljanje u nekoj budućoj sličnoj situaciji.
- U slučaju psihičkog ili fizičkog povređivanja bilo kojeg sudionika takve intervencije, nužno je bez odlaganja osigurati odgovarajuću medicinsku pomoć, a kod trajnijih psihotraumatskih posljedica i prolongirani psihoterapijski tretman.

- Kontinuirana (ili barem periodična) supervizija i odgovarajući trening za primjenu fizičke neutralizacije opasnog ponašanja psihijatrijskog pacijenta iznimno su važni za visoko profesionalno obavljanje prisilnih intervencija.
- Svaka se primjena sile u psihijatrijskom tretmanu treba detaljno dokumentirati u posebnoj, za tu svrhu koncipiranoj dokumentaciji, neposredno nakon dovršene intervencije. Kvalitetno vođenje dokumentacije o prisilnom tretmanu najbolja je zaštita od neopravdanog pripisivanja civilne ili kaznene odgovornosti za moguće počinjene stručne pogreške.
- Sveobuhvatne i detaljne upute o primjeni sile u psihijatrijskom tretmanu trebaju u svakom trenutku biti na raspolaganju svakom članu terapijskog tima.

## B. FORENZIČNA PSIHIJARIJA

### Standard 9: Informiranje vještačene osobe o različitosti odnosa između terapeuta i pacijenta i odnosa između vještaka i ispitanika

U prvim kontaktima s ispitanikom psihijatar je dužan definirati uloge i konkretnu situaciju s jasnim obrazloženjem razlike odnosa između terapeuta i bolesnika s jedne, te odnosa između vještaka i ispitanika s druge strane. Time se u najvećem broju slučajeva preveniraju mučne reakcije razočaranih ispitanika koji od vještaka očekuju maksimalan angažman “za njihovu stvar”, jer ne razumiju zakonske okvire koji vještaka prisiljavaju na napuštanje uloge pomažućeg liječnika i prihvaćanje pozicije neutralnog pomoćnika suda. Ispitanici koji su i inače skloni agresivnim *acting out* reakcijama u takvim su situacijama spremni i na izrazito neugodne konfrontacije koje u velikoj mjeri mogu ugroziti daljnji rad vještaka, a ponekad ga i potpuno onemogućiti. To upozorenje ipak ne znači da vještak apsolutno i u svakoj situaciji napušta svoju terapijsku ulogu, već njegove potencijalno terapijske intervencije uvijek moraju biti primjerene forenzičnoj situaciji. Ponekad će već jedan ili dva “terapijska” razgovora (koji primarno čine dijagnostičke intervjuje u okviru forenzičnog ispitivanja) vrlo povoljno djelovati na razrješavanje aktualne krizne situacije. Razvijanje intenzivnijih transferno-kontratrfernih odnosa u situaciji vještačenja ipak se ne preporučuje, osim ako ne postoji mogućnost da se terapija nastavi odmah po provedenom ispitivanju. Nagao, nepripremljen prekid komunikacije koja uz dijagnostičke sadrži i dodatne terapijske elemente, može biti mnogo štetniji



nego što je to slučaj sa zadržavanjem neutralnog (samo) dijagnostičkog stava sa zaključnim preporučivanjem terapije na nekom drugome mjestu.

### **Standard 10: Ordiniranje farmakološke terapije za vrijeme vještačenja**

Striktno pridržavanje pravila da se za vrijeme vještačenja ne ordiniraju psihofarmaci kako se ne bi utjecalo na kliničku sliku, ne može se smatrati etičnim, jer se i u forenzičnom odnosu uvijek treba poštivati jedan od najvažnijih "zakona" liječničke etike: *primum non nocere*. U slučajevima u kojima postoje jasne indikacije za ordiniranje psihotropnih lijekova neophodno je što preciznije opisati stanje bolesnika prije ordinirane terapije, kao i sve promjene u njegovu psihičkom stanju koje su evidentirane nakon davanja psihofarmaka, kako bi se osiguralo što više objektivnih podataka za eventualnu kasniju kontrolu (u okviru ponovnog vještačenja i dr.). Kada se radi o akutnim, težim pogoršanjima psihičkog stanja ispitanika koja bitno kompromitiraju njegove komunikacijske kapacitete, bit će najbolje da se vještačenje odgodi i da se ispitanik privremeno vrati u isključivu poziciju pacijenta. Ulogu terapeuta u takvim je okolnostima najbolje prepustiti drugim liječnicima, kako bi vještak zadržao što neutralniju poziciju za kasnije ponovno aranžiranje *lege artis* forenzične situacije.

Ako ispitanik dolazi na vještačenje s već prethodno određenom psihofarmakološkom terapijom koja ne utječe izravnije na kvalitetu njegove komunikacije s vještakom, onda se takva terapija zadržava u potpunosti ili se tek neznatno korigira ovisno o eventualnim promjenama u aktualnom psihičkom stanju.

### **Standard 11: Granice čuvanja liječničke tajne u okviru forenzično-psihijatrijskog vještačenja**

Pitanje čuvanja liječničke tajne jedan je od središnjih etičkih problema u teoriji i praksi forenzično-psihijatrijskih vještačenja. U forenzičnoj situaciji očito se ne može osigurati maksimalna tajnost podataka dobivenih od ispitanika, s obzirom na to da ti podaci čine najveći dio argumentacije za donošenje zaključnog nalaza i mišljenja. O tome trebamo informirati ispitanika već u prvom razgovoru, kako bi mu se omogućilo da sam procjeni što će reći vještaku, a što će zadržati kao svoju osobnu tajnu. Takvo informiranje može imati i nepovoljne

efekte koji će se očitovati u redukciji opsega i kvalitete dobivenih podataka, ali je ono etički sigurno ispravnije od makar i nehotečne zlouporabe podataka dobivenih na osnovi povjerenja ispitanika kojemu, barem u početku vještačenja, nisu jasne razlike između uloge liječnika terapeuta i liječnika vještaka. Iznošenje nekih intimnih podataka i “tamnih strana” ličnosti ispitanika ponekad može izazvati mnogo veću štetu nego eventualna kazna koja će možda biti stroža zbog nepoznavanja takvih podataka. Osnovni princip koji bi svaki vještak trebao slijediti prilikom selekcije podataka za tekst ekspertize, kao i za izlaganje na sudu, jest nužnost javnog iznošenja samo onih podataka koji neposredno služe za argumentaciju forenzičnih procjena, dok sve ostale podatke koji nemaju tu funkciju, a pogotovo one s potencijalno kompromitirajućim djelovanjem, kako za osobni doživljaj vlastite osobe tako i za njezino socijalno vrednovanje, treba izostaviti i iz pismenog, i iz usmenog vještačenja (Curran 1986, Faulk 1988, Wuermeling 1990). Ti se podaci detaljnije uključuju u dijalog vještaka i ispitanika samo onda kada postoje uvjeti za početak terapije čije konkretno provođenje treba prepustiti drugom psihijatru ili psihoterapeutu. U literaturi se spominju teže depresivne reakcije, pa i suicidalna ponašanja uvjetovana neprimjerenim intervencijama vještaka koji nisu znali ispravno razdvojiti podatke koje će prezentirati sudu od onih koji nemaju vrijednost forenzičnog argumenta, ali mogu imati vrlo štetne posljedice za ispitanika (Becker-Toussaint i sur. 1981).

### **Standard 12: Otkrivanje informacije o već počinjenom ili tek planiranom kaznenom djelu**

Za vještaka će posebno mučan problem biti informacija o nekom počinjenom ili tek namjeravanom kaznenom djelu koja je dobivena u okviru vještačenja i koja nije poznata sudskim tijelima, ni drugim instancama nadležnim za njeno rješavanje. Iako u pravilu vještak ne bi smio otkrivati te podatke, u pojedinim će slučajevima ipak biti etičnije otkrivanje liječničke tajne i prijavljivanje takva počinjenog ili namjeravanog delikta. Pritom će kao osnovni kriterij služiti pretežni interes drugih osoba koje su ugrožene potencijalnim napadom na život i tijelo ili nekim drugim teškim kaznenim djelom. O tom se problemu najviše pisalo u vezi sa slučajem *Tarasoff*, kod kojega potencijalna žrtva nije bila informirana o namjerama ubojice, iako ih je on kao bolesnik priopćio svom terapeutu (Roth i Meisel 1977). Taj je slučaj bio povod i za neke promjene u američkim zakonima koji terapeute sada znatno jače obvezuju na prijavljivanje sličnih situacija.

U hrvatskom su ZZODS-u ta pitanja regulirana u čl. 17. st. 4. i 5., u kojima se otkrivanje tajne opravdava pretežnim javnim interesom po uzoru na slična rješenja u zakonima drugih država.<sup>5</sup> Ostaje, naravno, otvoren problem procjene ozbiljnosti takvih prijetnji koje inače vrlo često čujemo od naših bolesnika i za koje znamo da u najvećem broju slučajeva nisu stvarna opasnost za osobe koje se u njima spominju. I tu se dakle radi o kombinaciji stručnih i etičkih pitanja koja mogu izvanredno opterećivati savjest terapeuta ili vještaka. S obzirom na to da liječnik pojedinac ponekad teško može objektivno sagledati sve okolnosti koje su osnova za adekvatno rješavanje takvih problema, bit će korisno da se o njima konzultira s iskusnijim kolegama psihijatrima i s pravnicima. Pritom analiza nekog problema ne mora uključivati konkretne podatke o identitetu ispitanika, odnosno pacijenta, sve dok se ne pokaže neophodnim njegovo prijavljivanje mjerodavnim tijelima.

### **Standard 13: Poznavanje i priznavanje granica vlastite kompetentnosti**

Poznavanje i priznavanje granica vlastite kompetentnosti za rješavanje određenog problema također je veoma važno etičko pitanje. Vještak koji ne raspolaže dovoljnim znanjem i iskustvom za vještačenje nekog složenog slučaja najbolje će učiniti ako to otvoreno kaže sudu i preporuči upućivanje ispitanika u neki specijalizirani centar, gdje će se takvo vještačenje obaviti bez većih teškoća.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Članak 17.: (4) Otkrit će se samo oni podaci koji su nužni za ostvarivanje svrha navedenih u stavku 3. ovoga članka i ti podaci ne smiju se koristiti u druge svrhe osim onih za koje su dani. (5) Općim interesom ili interesom koji je važniji od interesa čuvanja tajne u smislu stavka 3. ovoga članka smatra se: (a) otkrivanje saznanja da osoba s duševnim smetnjama priprema počinjenje kaznenog djela za koje je zakonom propisana kazna zatvora od pet godina ili teža kazna, (b) otkrivanje ili suđenje za najteža kaznena djela ako bi ono bilo znatno usporeno ili onemogućeno bez otkrivanja inače zaštićenih podataka.

<sup>6</sup> "Prirodni eksperiment" koji smo imali priliku opservirati na području ingerencije građanskog odjela zagrebačkog županijskog suda nakon stupanja na snagu Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (od 1. siječnja 1998. do 31. listopada 1999. god.) pokazao je da ni jedan vještak koji je vještačio opravdanost produljenja prisilnog smještaja nebrojivih pacijenata u Centru za forenzičnu psihijatriju Vrapče nije ocijenio da nije u mogućnosti samostalno riješiti povjereni mu zadatak. U tom je kontekstu važno istaknuti da se u promatranom uzorku nalazio znatan broj iznimno složenih slučajeva koji su prethodno bili ozbiljan problem i kompletnim timovima vrhunskih hrvatskih forenzičara, dok ti isti slučajevi nisu bili nikakav problem čak ni onim vještacima koji su se

Ako se radi o problemima s graničnog područja između neurologije i psihijatrije ili drugih medicinskih grana, vještak psihijatar ne bi se trebao upuštati u donošenje ocjena koje prelaze okvire njegove struke, već njihovo rješavanje treba prepustiti vještacima iz drugih struka. To će se, naravno, uvijek organizirati uz informiranje i suglasnost suda koji je odredio provođenje vještačenja.

#### Standard 14: Upućivanje na pogreške drugih vještaka

Vrlo osjetljiv etički problem može biti upućivanje na pogreške drugih vještaka (u okviru ponovnih vještačenja ili tzv. nadvještačenja) koje za njih može biti izrazito kompromitirajuće. Prihvatanje uloge vještaka uključuje, nažalost, i prihvaćanje obveze da se daju kritički sudovi o radu drugih kolegica i kolega, i da se prihvate neizbježne stručne konfrontacije s njima. U takvim slučajevima trebamo maksimalno izbjegavati zamke “grandioznog *selfa*” koji nas tjera da prikažemo superiornost svog znanja, sposobnosti i duha. Etički ispravno postavljanje u takvim situacijama karakterizirano je skromnošću, mirnim iznošenjem racionalne argumentacije, dopuštanjem mogućnosti vlastitih pogrešaka i stalnim uvažavanjem ličnosti i dostojanstva kolegice ili kolege s kojim se ne slažemo u nekom stručnom pitanju. Na jednak način trebamo se odnositi i prema kolegama pravnicima i svim drugim sudionicima sudskog postupka. Poznavanje grupne psihodinamike omogućit će nam objektivniju prosudbu bogate komunikacije koja se odvija na glavnoj raspravi i racionalno postavljanje u situacijama koje su često nabijene agresivnim emocijama i provokativnim izazovima za ulaženje u

---

na popis stalnih sudskih vještaka uključili samo nekoliko dana ili tjedana prije stupanja ZZODS-a na snagu. Prema očekivanju, veći broj tih vještačenja bio je na iznimno niskoj stručnoj razini sa zaključcima i preporukama kojima su se ozbiljno kršila ljudska prava naših pacijenata (Goreta i Jukić 2000), ali su ih sudovi usprkos tome prihvaćali jer je “formalno bilo sve u redu”. S obzirom na to da se taj problem nikako nije mogao riješiti na razini dogovora (o izboru stvarno kompetentnih vještaka) s mjerodavnim sucima, na koncu je ipak riješen izmjenama i dopunama ZZODS-a, koje su stupile na snagu u prosincu 1999. god. U okviru tih izmjena, u Zakon je uključena nova odredba (čl. 50. st. 4.) koja glasi: “Vještačenje u postupku prisilnog smještaja nebrojivih osoba može se zatražiti isključivo od forenzičnih psihijatara koji se bave liječenjem prisilno smještenih nebrojivih osoba na drugim forenzičnim odjelima u Republici Hrvatskoj ili od vještaka forenzičnih psihijatara koji se nalaze na posebnom popisu vještaka koji odobrava Hrvatska liječnička komora.”

neurotski “klinč” s nekim od aktera tih zbivanja. Pritom se, naravno, nikako ne bismo smjeli koristiti svojim poznavanjem psihologije ljudskih odnosa u manipulativne svrhe da bismo postigli neki osobni cilj koji nema ni stručnog, ni etičkog opravdanja.

### **Standard 15: Postavljanje vještaka prema aktualno važećem pravnom sustavu**

Iako je najveći dio pogrešnog primjenjivanja zakonskih normi u psihijatrijskim ekspertizama i u nastupima psihijatrijskih vještaka *in foro* uvjetovan njihovom nedostatnom edukacijom, kod jednog se (manjeg) broja vještaka uočava trajniji otpor, pa i otvoreno ignoriranje pojedinih pravnih odredbi za koje oni smatraju da nisu koncipirane u duhu suvremene psihijatrije, da se njima krše ljudska prava psihijatrijskih pacijenata, da dovode u pitanje kompetentnost i etičnost psihijatarata i sl. Ta je pojava bila posebno uočljiva u prvoj godini primjene Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, koji je nemali broj psihijatarata ocijenio kao apsolutno nepotreban jer se njime navodno potkopava povjerenje pacijenata u njihove liječnike, dovodi se u pitanje sposobnost psihijatarata da sami procijene kada nekog pacijenta treba prisilno hospitalizirati i kada ga otpustiti, pacijentima se omogućava da protivno mišljenju liječnika donose odluke koje znatno otežavaju njihovo liječenje i sl. (Goreta i Jukić 2000). Kako šira rasprava o svim negativnim posljedicama takva postavljanja prema aktualno važećem pravnom sustavu na ovom mjestu nije moguća, jedino želimo posebno istaknuti da te posljedice imaju najveću težinu na forenzično-psihijatrijskom području, stoga baš na tom području moramo imati najjasnije ideje o tome u kakvu pravnom okviru radimo danas, a u kakvu bismo željeli raditi sutra.

Naš je stav o tome sljedeći: Psihijatar koji se odluči na rad u forenzičnom području mora apsolutno poštivati važeće pravne norme, čak i onda kada su one u suprotnosti s nekim njegovim stručnim uvjerenjima i moralno-etičkim načelima. Etički je, dakle, nedopustivo “sabotiranje” zakona i drugih pravnih normi u ime nekih “viših” vještakovih profesionalnih, “ideoloških” i moralnih načela.<sup>7</sup> Time se, naravno, ne ograničava mogućnost vještakova utjecaja na

---

<sup>7</sup> To, naravno, nikako ne znači da se psihijatar neće smjeti suprotstaviti nekom nalogu “predstavnik zakona” kada taj nalog ne sadrži ni elementarne uvjete propisane zakonom na koji se poziva njegov autor ili kada je njegov sadržaj u očitoj suprotnosti s nekom

promjenu i poboljšanje zakona objavljivanjem rezultata vlastitih istraživanja, sudjelovanjem na različitim znanstvenim i stručnim skupovima na kojima se raspravlja o zakonodavnoj problematici, uključivanjem u rad povjerenstava za predlaganje novih zakona i dr. U vezi s tim svakako je potrebno istaknuti i obvezu pravnika da sa svoje strane potiču spomenute oblike međusobne suradnje i da se obvezno konzultiraju s psihijatrima prilikom donošenja svih zakonskih akata koji se izravno ili neizravno odnose na psihijatrijska pitanja.

### **Standard 16: Prisilna forenzična hospitalizacija**

Naslov se odnosi na prisilni smještaj neubrojive osobe prema čl. 44. i dr. ZZODS-a, kod koje se s “visokim stupnjem vjerojatnosti” očekuje da bi “zbog duševnih smetnji, zbog kojih je nastupila njezina neubrojivost, mogla ponovno počiniti kazneno djelo za koje je zapriječena kazna zatvora u trajanju od najmanje tri godine”.

U međuvremenu je iz te formulacije, u svakodnevnoj komunikaciji između sudova i vještaka, isključen uvjet o zapriječenoj trogodišnjoj kazni te zamijenjen realističnijom formulacijom o “težem” kaznenom djelu, kakvu učestalo nalazimo i u kaznenim zakonima drugih država, u odredbama kojima se definira vjerojatnost kriminalnog recidiva neubrojivih i smanjeno ubrojivih počinitelja kaznenih djela.<sup>8</sup>

---

univerzalno prihvaćenom etičkom normom. U našoj svakodnevnoj praksi to se najčešće događalo u slučajevima u kojima su nam radi prisilnog smještaja prema čl. 44. i drugim člancima ZZODS-a upućivani pacijenti bez ikakve popratne dokumentacije, što je u pravilu bilo povezano s tolikim rizicima (kako za tog i za druge pacijente odjela, tako i za osoblje odjela), da nam nije preostajalo ništa drugo već da takav prijam odbijemo i da pacijenta vratimo u ustanovu iz koje je došao. Nakon toga, isti bi pacijent već za dan ili dva bio ponovno upućen u naš Centar, ali sada s potpunom dokumentacijom, kako je to, uostalom, i propisano odgovarajućim odredbama ZZODS-a. U vezi s tim važno je napomenuti da ni u jednom od tih slučajeva mjerodavni sudac nije postavio pitanje odgovornosti psihijatra za nepostupanje prema njegovu nalogu za provedbu prisilnog smještaja određenog pacijenta.

<sup>8</sup> Tako se npr. u čl. 63. njemačkog Kaznenog zakona uopće ne definira razina vjerojatnosti s kojom bi se trebala donositi ocjena o budućoj opasnosti, već se “prisilni smještaj u psihijatrijsku bolnicu” određuje “kada iz ukupne procjene počinitelja i njegova djela proizlazi da od njega zbog njegova stanja treba očekivati počinjenje težih protupravnih djela i da je stoga opasan za okolinu”.

Neovisno o toj izmjeni koja je vještacima znatno olakšala donošenje prognostičkih ocjena, ostale su formulacije sadržane u tom članku i nadalje velik problem vještacima i sucima, ponajprije zbog još uvijek prerestriktivnog definiranja prospektivne opasnosti tih pacijenata koja, kada bude potvrđena, nužno uvjetuje prisilni smještaj u forenzičnoj instituciji (bez mogućnosti početnog određivanja liječenja na slobodi koje bi bilo znatno primjerenije u svim slučajevima kod kojih se radi o, uvjetno rečeno, "srednjem" stupnju opasnosti). Kako taj "srednji" stupanj nije dovoljno pokriven aktualnom formulacijom čl. 44. o nužnosti prisilnog smještaja, i kako alternativna mogućnost da se pacijenti s takvom razinom rizika oglase (isključivo s pravnog aspekta) neopasnima, također nije dobro rješenje ni sa stručnog, ni s etičkog aspekta, smatramo da se taj problem može kvalitetno riješiti jedino izmjenom tog članka kojom će se ponovno omogućiti obvezno liječenje na slobodi pacijenata koji su oglašeni neubrojivima i kod kojih ipak nije indiciran institucionalni forenzični tretman.

Za sada, dok to pitanje ne bude riješeno na predloženi način, smatramo da se kao najprihvatljiviji može predložiti standard prema kojemu se i kod pacijenata sa "srednjim" stupnjem opasnosti treba preporučiti početni forenzični tretman u instituciji, ali s jasnim dodatnim sugestijama prema kojima taj tretman treba biti što kraći da se, čim to bude moguće, zamijeni uvjetnim otpustom i nastavljanjem forenzičnog liječenja na slobodi.

Kod pacijenata koji su prema forenzično-psihijatrijskim kriterijima uvršteni u skupinu s manjim stupnjem opasnosti, može se prihvatiti da su prema zakonskim kriterijima neopasni, što međutim ne znači da se kod njih ne treba provoditi nikakvo psihijatrijsko liječenje, no to se liječenje može uspješno provesti i prema civilnim odredbama sadržanim u Glavi V. ZZODS-a.

### **Standard 17: Obvezno psihijatrijsko liječenje smanjeno ubrojivih počinitelja kaznenih djela prema čl. 75. KZ-a**

S obzirom na to da prema aktualnom hrvatskom konceptu smanjene ubrojivosti bilo koji stupanj njezina smanjenja (čak i "minimalan") može biti razlogom za psihijatrijsko preporučivanje i sudsko određivanje mjere sigurnosti obveznog psihijatrijskog liječenja, smatramo da bi se ta mogućnost najžurnije trebala ukinuti jer je u suprotnosti s ustavnom odredbom o načelu proporcionalnosti državne represije u odnosu na razloge zbog kojih se ona primjenjuje, a koji je univerzalno prihvaćen u najvećem broju moderno uređenih pravnih država.



Ako bi taj prijedlog bio prihvaćen, ta bi se mjera sigurnosti mogla određivati samo onim počiniteljima kaznenih djela kod kojih je ubrojivost bila smanjena najmanje u srednjem stupnju (prema vrapčanskom trustupanjskom modelu smanjene ubrojivosti) (Goreta 2004) ili je to smanjenje bilo bitno (prema preuzetom jugoslavenskom KZ-u koji se primjenjivao do 1. siječnja 1998. god.).

Kako se princip proporcionalnosti primjenjuje i na težinu počinjenih djela, smatramo da bi preporučivanje te mjere bilo opravdano samo kod počinitelja kod kojih se može očekivati ponovno počinjenje nekog težeg kaznenog djela.

Navedeni prijedlog, usmjeren na restriktivnije predlaganje mjere sigurnosti obveznog psihijatrijskog liječenja, ne dovodi u pitanje pravo smanjeno ubrojivih u "samo" manjoj mjeri na odgovarajući tretman bilo kojeg psihičkog poremećaja, pa i onog koji uopće nije povezan s ocjenom ubrojivosti. Razlika je jedino u tome što se takvo liječenje ne bi provodilo kao prisilna sigurnosna mjera, već bi to bio pacijentov slobodan izbor (uz uvažavanje svih zakonskih normi koje se odnose na dobrovoljno liječenje s valjanim pristankom koje se navode u Glavi V. ZZODS-a).

## ZAKLJUČAK

Zaključujući (sigurno nepotpun) pregled potencijalno najvažnijih profesionalnih standarda na području opće i forenzične psihijatrije, želimo posebno naglasiti da se tu ne radi o standardima koji su postavljeni "jednom zauvijek", već su oni podložni stalnim promjenama koje se najviše vezuju za napredak psihijatrijske znanosti, kako na teorijskom tako još i više na praktičnom planu. Znatan utjecaj na promjene tih standarda mogu imati i promjene zakonskih odredbi, od kojih su svakako najvažnije odredbe Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, ali i većeg broja drugih zakona čije se odredbe barem parcijalno uključuju u širi koncept psihijatrijskog zakonodavstva (Kazneni zakon, Zakon o kaznenom postupku, Zakon o sudovima za mladež, Obiteljski zakon, Zakon o obveznim odnosima i dr.).

S obzirom na to da takvi standardi trebaju biti pouzdani izvori za donošenje iznimno važnih odluka, i na medicinskoj i na pravničkoj strani, poželjno je da ih koncipiraju i autoriziraju najugledniji stručnjaci neke medicinske grane ili institucije koje već u "opisu svog posla", među ostalim, imaju i tu zadaću. Iako takvo postupanje još uvijek nije strogo formalizirano na razini nekih zakonskih akata i pravilnika, ono se u svakodnevnoj praksi već provodi, ponajprije formalnim i neformalnim edukativnim programima i davanjem stručnih mišljenja

Referentnih centara Ministarstva zdravstva ili mjerodavnih društava Hrvatskog liječničkog zbora.<sup>9</sup>

U edukacijskim programima na području forenzične psihijatrije koji se provode na Kliničkom odjelu za forenzičnu psihijatriju Psihijatrijske bolnice Vrapče, ti se standardi prorađuju i stalno unapređuju (već više desetljeća) na svim razinama dodiplomske i postdiplomske nastave (specijalizacija iz psihijatrije, edukacija za stalne sudske vještake, poslijediplomski studij i supspecijalizacija iz forenzične psihijatrije).

S obzirom na to da obrada teme o profesionalnoj odgovornosti psihijatra (u ovom radu) ne uključuje i samu proceduru dokazivanja te odgovornosti, kao i kriterije za forenzično- psihijatrijsko vrednovanje različitih povreda prava osobnosti uzrokovanih pogreškama psihijatara i njihovih suradnika, za detaljnije informiranje o toj tematici preporučujemo najnovija izdanja u kojima se ona dominantno obrađuje sa svih relevantnih aspekata (medicinskih, pravnih, osiguravateljskih i dr.) u kontekstu "novog" hrvatskog Zakona o obveznim odnosima, ali također i cijelog niza zakonodavnih i drugih pristupa iz većeg broja stranih država (Goreta 2008, Ćurković i sur. 2009, Crnić 2006, Crnić 2009).

## LITERATURA

- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, DSM-IV, APA, Washington D.C., 1994.
- H. Becker-Toussaint, C. de Boor, O. Goldschmidt, K. Lüderssen, M. Muck, *Aspekte der psychoanalytischen Begutachtung im Strafverfahren*, Nomos, Baden-Baden, 1981.
- W. Bohl, *Standards in der Psychiatrie, Eine Untersuchung zur zivilrechtlichen Verantwortlichkeit des Klinikpsychiaters bei der Behandlung psychisch Kranker*, Peter Lang, Frankfurt am Main, 1998.
- *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*, Oviedo, April 4, 1997. (Council of Europe, European Treaties ETS No. 164)

---

<sup>9</sup> Na području forenzične psihijatrije to je Referentni centar Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi RH za forenzičnu psihijatriju (koji je lociran u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče) i Hrvatsko društvo za forenzičnu psihijatriju pri Hrvatskom liječničkom zboru.

- I. Crnić, *Neimovinska šteta*, Organizator, Zagreb, 2006.
- I. Crnić, *Odgovornost liječnika za štetu*, Organizator, Zagreb, 2009a.
- I. Crnić (ur.), *Odgovornost liječnika za štetu (pravni i medicinski aspekti)*, Organizator, Zagreb, 3. lipnja 2009b.
- W. J. Curran, *Ethical Perspectives: Formal Codes and Standards*, u: W. J. Curran, A. L. Mc Garry, S. A. Shah (eds), *Forensic Psychiatry and Psychology*, F. A. Davis, Philadelphia, 1986., str. 43 - 60.
- M. Ćurković, J. Hercigonja, M. Kuzmić (ur.), *Naknada neimovinske štete. Pravno-medicinski okvir*, Inženjerski biro d.d., Zagreb, 2009.
- M. Ćurković, *Osiguranje liječnika od profesionalne odgovornosti*, u: M. Ćurković, J. Hercigonja, M. Kuzmić (ur.), *Naknada neimovinske štete. Pravno-medicinski okvir*, Inženjerski biro d.d., Zagreb, 2009., str. 92 - 122.
- E. Deutsch, *Zivilrechtliche Verantwortlichkeit psychiatrischer Sachverständiger*, u: H. Pohlmeier, E. Deutsch, H.-L. Schreiber (Hrsg), *Forensische Psychiatrie heute*, Springer Verlag, Berlin, 1986., str. 322 - 328.
- M. Faulk, *Basic Forensic Psychiatry (Ethics and Forensic Psychiatry)*, Blackwell, Oxford, 1988., str. 207 - 323.
- L. Gajski, *Lijekovi ili priča o obmani*, Pergamena d.o.o., Zagreb, 2009.
- M. Goreta, *O odgovornosti psihoterapeuta*, *Psihijatrija danas*, 21(1) 35-41: 1989.
- M. Goreta, V. Jukić (ur.), *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama - ideje, norme, implementacija, evalvacija*, Medicinska naklada i Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb, 2000.
- M. Goreta, *Smanjena ubrojjivost*, u: M. Goreta, I. Peko-Čović, N. Buzina (ur.), *Psihijatrijska vještačenja - zbirka ekspertiza. Knjiga prva: kazneno pravo*, Naklada Zadro i Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb, 2004., str. 695 - 697.
- M. Goreta, I. Peko-Čović, N. Buzina, *Psihijatrijska vještačenja, Zbirka ekspertiza, Knjiga druga: građansko pravo*, Naklada Zadro i Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb, 2006.
- M. Goreta, *Psihijatrijska vještačenja povrede duševnog integriteta kao oblika neimovinske štete*, *Narodne novine*, Zagreb, 2008.
- M. Goreta, *Primjena sile u psihijatrijskom tretmanu*, Naklada Zadro, Zagreb, 2009.
- M. Gschwind, F. Peterson, E. C. Rautenberg, *Die Beurteilung psychiatrischer Gutachten im Strafprozess*, Kohlhammer, Stuttgart, 1982.
- R. Grünenbaum, *Zur Strafbarkeit des Therapeuten im Masregelvollzug bei fehlgeschlagenen Lockerungen*, Peter Lang, Frankfurt am Main, 1995.
- J. Gunn, P. J. Taylor (eds), *Forensic Psychiatry. Clinical, Legal and Ethical Issues*,

- Butterworth/Heinemann, Oxford, 1993.
- M. Jan, *Whose consent is it anyway? A poststructuralist framing of the person in medical decision making*, *Theoretical Medicine and Bioethics*, Vol. 19, No 4, 1998., str. 353 - 370.
  - H. J. Kaplan, B. J. Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Williams & Wilkins, Baltimore, 1985.
  - MKB-10, *Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, Klinički opisi i dijagnostičke smjernice, Deseta revizija*, Medicinska naklada, Zagreb, 1999.
  - D. Ostojić, M. Goreta, *Značenje "informiranog pristanka" prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama*, u: M. Goreta, V. Jukić, K. Turković (ur.), *Psihijatrija i zakon*, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb, 1998, str. 109 - 115.
  - PDM Task Force, *Psychodynamic Diagnostic Manual*, Alliance of Psychoanalytic Organisation, Silver Spring (MD), 2006.
  - P. Reiwald, *Die Gesellschaft und ihre Verbrecher*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1973.
  - L. H. Roth, A. Meisel, *Dangerousness. Confidentiality and the Duty to Warn*, *American Journal of Psychiatry* 134, 508-11, 1977.
  - C. Scharfetter, *Allgemeine Psychopathologie - Eine Einführung*, Thieme Verlag, Stuttgart, 1976.
  - J. Škavić, D. Zečević, *Komplikacija i pogreška - sudskomedicinski pristup*, u: I. Crnić (ur.), *Odgovornost liječnika za štetu (pravni i medicinski aspekti)*, Organizator, Zagreb, 2009., str. 43 - 58.
  - K. Turković, *Prava i dužnosti osoba s duševnim smetnjama i osoba koje provode njihovu zaštitu i liječenje*, u: K. Turković, M. Dika, M. Goreta, Z. Đurđević, *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama - s komentarom i priložima*, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu i Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb, 2001., str. 74 - 126.
  - M. W. Wienand, *Psychotherapie, Recht und Ethik, Konfliktfelder psychologisch-therapeutischen Handelns*, Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 1982.
  - World Health Organisation, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*, WHO, Geneva, 1992.
  - World Health Organisation, *Mental Health Legislation & Human Rights*, Geneva, 2003., str. 24.
  - G. Wolfslast, *Psychotherapie in den Grenzen des Rechts*, Enke Verlag, Stuttgart, 1985.
  - H. B. Wuermeling: *Ethik der Sachverständigen*, u: C. Frank, G. Harrer (Hrsg),

Der Sachverständige im Strafrecht - Kriminalitätsverhütung, Springer, Berlin, 1990., str. 71 - 73.

- Zakon o obveznim odnosima, NN, br. 35/05.
- Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, NN, br. 111/97., 128/99. i 79/02.
- T. Zeit, H. P. Jung, *Psychiatrische Anamnesen im Gutachten, Methoden zur Qualitätssicherung*, Gentner Verlag, Stuttgart, 2004.

### Summary

Miroslav Goreta \*

#### THE PROFESSIONAL RESPONSIBILITY OF PSYCHIATRISTS

*The professional responsibility of psychiatrists is based on the obligation to respect the currently valid professional standards, some of which are clearly defined and widely accepted, while others are still being defined, which makes it more difficult to prove whether or not they have been observed. The paper gives an overview of 17 professional standards covering general and forensic psychiatry, the descriptions of which indicate the degree of their acceptance and the need for their potential elaboration in the segment in which acceptance is insufficient, both in clinical and forensic-psychiatric applications.*

*The basic criteria for the formulation of the described standards are contained in international classifications of mental and behavioural disorders, in internationally recognized psychiatric textbooks, in the Code of Ethics of the World Psychiatric Association, other national psychiatric codes of ethics and in the Croatian Act on the Protection of Persons With Mental Disorders.*

*The described standards (informed consent, psychiatric diagnosis, psychopharmacological therapy, psychotherapy, forced hospitalization, the keeping of documents, the professional secret, etc.) are offered as the basis for the assessment of potential responsibility for medical errors and the compensation for damage caused by such errors.*

*Key words: psychiatrist's responsibility, professional standards, psychiatric ethics, compensation for damage*

#### Zusammenfassung

---

\* Dr. Miroslav Goreta, primarius, Vrapče Clinic for Psychiatry, Bolnička cesta 32, Zagreb

Miroslav Goreta \*

## BERUFSHAFTUNG DES PSYCHIATERS

*Die Berufshaftung des Psychiaters gründet auf der Verpflichtung, die aktuell gültigen Berufsstandards zu achten, von denen einige klar definiert sind und breite Akzeptanz gefunden haben, andere jedoch noch immer eindeutiger bestimmt werden müssen, weshalb ihre Beachtung oder Missachtung schwerer nachzuweisen ist.*

*Dieser Beitrag liefert einen Überblick über eine größere Anzahl beruflicher Standards (17) für das Gebiet der allgemeinen und der Gerichtspsychiatrie, deren Beschreibung der Grad ihrer allgemeinen Akzeptanz sowie das Erfordernis einer weiteren Ausarbeitung bezüglich der mangelhaft akzeptierten Bereiche für die klinische und die gerichtspsychiatrische Anwendung zu entnehmen ist.*

*Die Basiskriterien für die Darstellung der beschriebenen Standards entstammen internationalen Klassifikationen von Geistes- und Verhaltensstörungen aus international anerkannten Psychiatrielehrbüchern, den Ethiknormen der Welt-Psychiatrie-Vereinigung und weiteren nationalen psychiatrischen Verhaltenskodizes sowie dem kroatischen Gesetz über den Schutz von Personen mit seelischen Störungen.*

*Die beschriebenen Standards (informierte Einwilligung, psychiatrische Diagnose, Psychopharmatherapie, Psychotherapie, Zwangshospitalisierung, Dokumentation, Verschwiegenheit) werden als Grundlage für die Beurteilung der potenziellen Haftung für ärztliche Kunstfehler und die eventuelle Entschädigung für dadurch verursachte Schäden angeboten.*

*Schlüsselwörter: Haftung des Psychiaters, Berufsstandards, psychiatrische Ethik, Schadenersatz*

---

\* Dr. Miroslav Goreta, Primarius, Vrapče Klinik für Psychiatrie, Bolnička cesta 32, Zagreb