

## **Vještačenje psihičkih posljedica nakon tjelesnih ozljeda prema *Hrvatskim orijentacijskim medicinskim tablicama (HOMT)***

**Prim. dr. sc. Tija Žarković Palijan**

subspecijalist forenzični psihijatar i stalni sudski vještak  
Predstojnik zavoda za forenzičku psihijatriju  
Neuropsihijatrijske bolnice *Dr. Ivan Barbot*

**Prim. dr. sc. Milivoj Koludrović**

specijalist neuropsihijatar i stalni sudski vještak

**Prim. Marina Kovač**

subspecijalist forenzični psihijatar i stalni sudski vještak  
Zavoda za forenzičku psihijatriju  
Neuropsihijatrijske bolnice *Dr. Ivan Barbot*

**Dr. sc. Dražen Kovačević**

forenzični psiholog i stalni sudski vještak  
Zavoda za forenzičku psihijatriju  
Neuropsihijatrijske bolnice *Dr. Ivan Barbot*

Stručni članak

UDK: [340.66:616.89]:347.426.4

### **Sažetak**

*U ovom članku prezentiraju se pravila kojih bi se trebali pridržavati vještaci psihijatri kod vještačenja psihičkih posljedica tjelesnih ozljeda prema pravilima Hrvatske orijentacijske medicinske tablice (dalje HOMT). Radi se o novom pristupu u vještačenju nematerijalnih šteta prema novom Zakonu o obveznim odnosima iz 2005. godine. U članku se daje detaljni prikaz psihijatrijskog dijela Medicinskih tablica i skala HOMT-e, kao i opći uvjeti vještačenja prema HOMT-i. Prosudba vještaka mora biti utemeljena na utvrđenim klasifikacijskim sistemima, u ovom slučaju HOMT-e. Nije dovoljna samo analiza lošeg psihičkog stanja nakon povrede. Potrebno je analizirati težinu i dinamiku traumatiziranja, razvoj kliničke slike nakon traume, kauzalni neksus, te odnos predtraumatskih i posttraumatskih psihičkih smetnji. Što se to detaljnije obavi, time je nalaz vjerodostojniji.*

*Prezentira se i algoritam kojeg bi se vještaci trebali pridržavati prilikom vještačenja.*

*Ključne riječi: Hrvatska orijentacijska medicinska tablica, psihijatrijsko vještačenje, psihičke posljedice tjelesnih ozljeda, ZOO/05.*

**Expertise of psychical consequences after bodily injuries,  
according to *Croatian orienteering medical tables* (HOMT)**

**Chief physician Tija Žarković Palijan, PhD**

Sub-specialist forensic psychiatrist and permanent expert witness  
Head of Forensic psychiatry department  
Neuropsychiatry hospital Dr. Ivan Barbot

**Chief physician Milivoj Koludrović, PhD**

Specialist neuropsychiatry and permanent expert witness

**Chief physician Marina Kovač**

Sub-specialist forensic psychiatrist and permanent expert witness  
Institute for forensic psychiatry  
Neuropsychiatry hospital Dr. Ivan Barbot

**Dražen Kovačević, PhD**

Forensic psychologist and permanent expert witness  
Institute for forensic psychiatry  
Neuropsychiatry hospital Dr. Ivan Barbot

*Summary*

*This text lays out the rules which need to be observed by psychiatrist expert witnesses when making expertises of psychical consequences of bodily injuries according to the rules of the Croatian orienteering medical tables (hereinafter: HOMT). They refer to new approach in expertises of intangible damages pursuant to provisions of the new Obligatory Relations Act from 2005. The text lays out detailed review of psychiatrist part of the HOMT Medical tables and scales, as well as general provisions of expertises according to HOMT. The expert witness assessment must be based on established classification systems (HOMT in this case). The sole analysis of bad psychical condition after injury is not sufficient. It is necessary to analyse the severity and dynamics of traumatising, development of clinical feature after trauma, causal nexus as well as relation of pre-traumatic and post-traumatic psychical nuisances. The more detailed this analysis was*

*made, the more credible finding will be. Algorithm which should be applied by expert witnesses in the course of their expertise is also laid out in this paper.*

*Key works: Croatian orienteering medical table, psychiatric expertise, psychical consequences of bodily injuries, Obligatory relations Act/2005.*

Pojava Hrvatske orijentacijske medicinske tablice (dalje u tekstu: HOMET-a) bila je u ovom trenutku prijeko potrebna kako za psihijatre, tako i za stručnjake osiguravajućih društava. I ranije su postojale razne psihijatrijske orijentacijske tablice u Hrvatskoj i u Europi. Goreta / 1 / je u knjizi *Psihijatrijska vještačenja povrede duševnog integriteta kao oblik nematerijalne štete* dao pregled svih značajnijih psihijatrijskih orijentacijskih tablica u Europi. Zadnja revizija MKF121 koja je bila temelj za donošenje *Europskih indikativnih tablica* i HOMET-a bila je 2010. godine. Donošenjem HOMET-a postiže se ujednačavanje sa zemljama Europske zajednice (EU). Važnije od toga je da su određeni jasni i detaljni kanoni, kojih bi se u svom radu trebali pridržavati svi vještaci. Na taj se način postiže ujednačavanje postotaka invaliditeta, daje se veći kredibilitet vještačkim nalazima i mišljenjima, i ono što je prema našem mišljenju najvažnije, uspijevaju se *premostiti* pravila psihijatrijskih doktrina i osiguravateljskih pravila. Tako dolazimo i do pojma *osiguravateljske* medicine /3/.

Neimovinske štete po ZOO/05., između ostalih povrede prava osobnosti, obuhvaćaju i povredu prava na duševno zdravlje (psihički integritet, psihičku dobrobit<sup>1</sup>) i zato oštećeni primaju pravičnu novčanu naknadu. Sudovima su potrebni vještaci - psihijatri kako bi im omogućili razvrstati povrede u odgovarajuće razrede po postotku. Za taj posao vještaci trebaju koristiti *Medicinske skale i Medicinske tablice*. Liječniku cenzoru osiguravajućeg društva dano je pravo i dužnost da meritorno prosuđuje o zdravstvenom stanju drugih osoba, pri čemu je ograničen osiguravateljskim pravilima. On treba utvrditi:

1. Postoji li medicinska obveza osiguravatelja sukladna pravilima? Što se smatra, a što se ne smatra nezgodom?
2. Uzročno posljedičnu vezu.
3. Ocjenu stupnja invaliditeta u skladu s tablicama invaliditeta jer su one sastavni dio ugovora.

*Dobrobit*: stanje dobra zdravlja, sigurnosti sreće i prosperiteta. Anić, A.: Rječnik hrvatskoga jezika. 1. izd. Zagreb: Liber; 1991:114.

Nisu dopušteni nikakvi drugi kriteriji. Dijagnoza nije dovoljna, potrebno je analizirati cjelokupnu medicinsku dokumentaciju, a pregled oštećenog nije obavezan /3/.

Psihološki razvoj psihičkih smetnji nakon tjelesnih povreda je jasan. Bilo koja tjelesna povreda dovodi i do povrede ego ideala - psihičke slike o samom sebi što izaziva, u prvom redu depresivne smetnje, tjeskobu i strah, i dovodi do uporabe neurotskih mehanizama obrane. Stupanj regresa ovisi o psihičkom zdravlju oštećenoga. Samo psihički zdrave i emocionalno stabilne osobe mogu dulje vrijeme podnositi tjeskobu, a njihova socijalna prilagodljivost čuva ih od regresije u socijalnom ponašanju. Što osoba u svojoj psihološkoj strukturi pokazuje veći odmak od pojma psihičkoga zdravlja, to su mogućnosti neurotskih reakcija veće i pomažu nastajanju čvrstih obrazaca poremećenog funkcioniranja u većini aspekata pacijentovog života. Motivacija za takvo ponašanje je nesvjesna (tzv. primarna dobit od bolesti) vezana uz potpuno nesvjesne sadržaje, odijeljena od ostalih područja psihičkoga života /4/.

*Psihička oštećenja zdravlja, bez obzira jesu li ona posljedica izravne psihičke traume ili komplikacija tjelesne ozljede, treba shvatiti u istom svijetlu kao anatomsko i fiziološko oštećenje /5/. Značajan je pomak što su napušteni s psihijatrijske strane dobro razrađeni pojmovi duševne boli i pojačani psihički naponi. Sada se kao psihičke komplikacije tjelesnih povreda (oštećenje psihičkog integriteta) priznaju samo one psihičke smetnje koje čine jasan psihijatrijski sindrom i koje imaju ozbiljnije posljedice na kvalitetu života - na svakodnevni život i rad oštećenoga. Ne smije ih se miješati s pojmom smanjenje kvalitete života, koja bi prema novim motrištima bila samo jedna od činjenica za procjenu stupnja oštećenja. Dijagnoza se postavlja korištenjem klasifikacijskih sistema MKB-10 ili DSM-IV, a za dopunsko dubinsko psihološko objašnjenje može se koristiti i Psihodijagnostički priručnik (PDM Task Force, 2006.) koji još nije preveden na hrvatski jezik /5/. Pojmove duševna bol i pojačani psihički naponi zakon više ne poznaje i ne treba ih upotrebljavati /6/. Vještak treba ocijeniti postoje li povrede duševnog integriteta i, ako postoje, njihov intenzitet treba odrediti u postocima, zatim treba odrediti postoji li uzročno-posljedična veza s povredom. Hrvatska orijentacijska medicinska tablica za procjenu oštećenja zdravlja (HOMT) razlikuje trajni funkcionalni deficit ili invaliditet (TFD) i privremeni funkcionalni deficit (PDF).*

Psihička reakcija na tjelesnu povredu u biti je slom adaptacijskih potencijala, ovisi i o osobinama ličnosti, dinamici nastajanja ozljede i liječenja,

ali i o dosta drugih kulturalnih, socijalnih, pa i ekonomskih činitelja <sup>151</sup>. Gotovo se kod svake tjelesne povrede, osim straha, javljaju i pojedinačni izolirani psihički simptomi. Radi se o prolongiranim negativnim emocijama koje ne ispunjavaju kriterije za dijagnostiku psihičkog poremećaja. Vještak ih ne treba honorirati. Isto tako, ako taj sindrom postoji, ali je slabog intenziteta (ispod 5%), tako da samo smanjuje kvalitetu života bez trajnih tjelesnih ili psihičkih oštećenja, tada se radi o lakim, *beznačajnim* posljedicama koje, iako prisutne, nisu takvog opsega i težine da bi pravo na naknadu bilo opravdano. Zakon vještaku jasno daje na znanje da svaka povreda osobnosti ne znači istovremeno i pravo na novčanu naknadu <sup>161</sup>. Potrebno je imati u vidu da svaki tjelesni simptom ima i svoj subjektivni korelat. To su normalne psihološki shvatljive smetnje. To je honorirao drugi vještak koji procjenjuje tjelesne povrede, a psihijatar to ne treba honorirati <sup>III</sup>.

Gotovo uvijek kada su **smetnje jače ili traju duže nego što je to uobičajeno**, vještak treba odgovoriti na pitanje - kako to da je to tako i objasniti *in foro*. Naravno, treba pripaziti da se ne radi o agravaciji ili simulaciji. Ako se to isključi, odgovore treba potražiti u premorbidnim oznakama ličnosti.

Stručnjaci Zavoda za forenzičku psihijatriju neuropsihijatrijske bolnice u Popovači (Koludrović i sur.) <sup>III</sup> razvrstali su sve uzroke:

1. po vremenu nastajanja: na predtraumatske, traumatske i posttraumatske činitelje;
2. prema uzročno-posljedičnoj vezi: na neposredne i posredne činitelje.

#### *Predtraumatski činitelji*

- **Neposredni činitelji** - psihički poremećaji, poremećaji ličnosti, osobe s materijalnim ili osobnim problemima koji su postojali i prije povrede, povredu prezentiraju kao povod za svoje ranije emocionalne ili socijalne smetnje (sekundarna dobit). Pravno su irelevantni i ne smiju se honorirati.
- **Posredni činitelji** - neurotičari, emocionalno nezrele i senzitivne ličnosti, ljudi starije dobi i osobe zaostale u duševnom razvoju. Oni ozljedu doživljavaju kao psihičku traumu, njihove reakcije su bliže bolesti - neurozama (primarna dobit). Pravno su relevantne činjenice koje vještak treba priznati i sud honorirati.

### *Traumatski činitelji*

Važna je dinamika povređivanja. Teške emocionalne reakcije koje su se javile nakon povrede, ako je ona nastupila naglo i neočekivano, ili ako su bili ugroženi najbliži članovi obitelji spadaju u posredne činitelje i vještak ih treba honorirati.

### *Posttraumatski činitelji*

Trajanje liječenja, komplikacije, dugotrajni bolni sindromi. Oni mogu djelovati i kao prolongirana psihička trauma i vještak ih treba prepoznati i honorirati. Emocionalne reakcije na posljedice ozljede i dugotrajnost procesa spadaju u neposredne činitelje i ne honoriraju se.

Prema HOMET-u /5/ za procjene postotaka koristi se **Medicinska skala**. Raspon se kreće od 0 do 100 posto. Nula posto znači potpuno zdravlje, a sto posto znači gubitak svih funkcija, bez da je i jedna funkcija održana: vegetativno stanje, budna koma /6/.

### **Kategorije oštećenja prema Medicinskoj skali<sup>151</sup>:**

- 1) Posve lake ozljede (nema oštećenja): 0 - 4%
- 2) Lake ozljede - blago oštećenje: 5 - 24%  
Stupanj oštećenja je lagan, nizak, neznatan.
- 3) Srednje teške ozljede: 25 - 49%  
Stupanj oštećenja je priličan, jasno oštećenje.
- 4) Teške ozljede: 50 - 95%  
Stupanj oštećenja je visok, ekstreman.
- 5) Osobito teške ozljede: 96 - 100%  
Stupanj oštećenja je potpun.

### *Medicinske tablice*

**Psihičke smetnje u HOMET-u** obuhvaćene su u poglavlju I. D (psihijatrija) i podijeljene u dvije grupe /8/:

Prikazani su opći medicinski principi; Medicinske skale za psihičke poremećaje prikazane su zajedno s Medicinskim tablicama.

- **Afektivne smetnje i trajni poremećaji ličnosti;**
- **Traumatski neurotski poremećaji.**

Posttraumatski psihotični poremećaji, prolazni i trajni, nisu svrstani u ovu tablicu budući da nije dokazano da su oni traumatski uvjetovani /5/. To znači da se prolazne psihičke dekompenzacije nakon teških traumatskih doživljaja, psihotična pogoršanja u okvirima posttraumatskog organskog psihosindroma, shizofrene i afektivne psihoze ne mogu povezivati s tjelesnom ozljedom ili teškom psihičkom traumom.

**Afektivne smetnje i trajni poremećaji ličnosti** (toč.18. - 21. tablica) obuhvaćaju:

- **Akutnu reakciju na stres:** (F 43.0) traje do tri dana - PFD 3%.
- **Poremećaj prilagodbe:** (F 43.2) traje do mjesec dana - PFD do 5%.
- **PTSP:** (F 43.1) Tjeskoba, mišićni trzaji, razdražljivost, smetnje pamćenja, noćne more, prepodražljivost, depresija, seksualna i socijalna zakočenost čine PTSP samo kada se javljaju zajedno. Svaki od ovih simptoma može se javljati pojedinačno ili u drugim kombinacijama kao reakcija na traumatsku situaciju. Kad se javljaju mišićni trzaji, ponavljajuće noćne more i tjeskoba, iako oni još ne ispunjavaju sve dijagnostičke kriterije za PTSP, tada je jasno da je takva osoba doživjela psihološku traumatsku nezgodu (elementi PTSP-a). No, tada ih treba cijeliti kao lake. Javlja se opasnost da se jednom postavljena dijagnoza koristi kao standardna potvrda za ocjenu. Primjerice, svaki PTSP jednakog intenziteta ima pravo na jednaku odštetu. Možemo imati dva bolesnika s potpuno istim simptomima, a da se rezultati vještačenja i novčane naknade znatno razlikuju jer se razlikuju i činitelji u ličnosti i socijalnoj okolini koji su dali doprinos dinamici smetnji. PTSP traje do šest mjeseci i ocjenjuje se kao PFD u rasponu od 10 do 20%.

**Medicinska skala** za procjenu intenziteta afektivnih smetnji /5/:

- Preostala psihička sposobnost ne može se u cjelini realizirati, ali je uz pojačani napor dostatna - PFD do 10%.
- Ako se javljaju i kognitivne smetnje (dokaz je psihološko testiranje) pa i osnovni simptomi kod malih napora, pri obavljanju uobičajenih aktivnosti - PFD do 15%.
- Ako su kognitivne smetnje dominantne te je opseg smanjenja svakodnevnih aktivnosti još više reducirani, no i nadalje je moguć samostalan

život, ali uz obvezno administriranje potentnih medikamenata - PFD do 20%.

**Trajni poremećaj ličnosti (F 62)** ocjenjuje se kao TFD u rasponu od 3 do 20%.

Dijagnoza se smije postaviti jedino ukoliko su ispunjeni svi kriteriji za taj poremećaj u MKB-10 (F 62.0), a koji nisu postojali prije stresogenog događaja. Za dijagnozu je potrebno psihologijsko testiranje, praćenje psihijatra te bolničko liječenje /5/.

**Medicinska skala** za procjenu trajnih afektivnih poremećaja i poremećaj ličnosti intenziteta poremećaja /5/:

Nema - minimalne - PFD do 3%;

Blage - oštećuju subjektivni osjećaj dobrog stanja, ali uz pojačane napore može funkcionirati - PFD do 5%;

Srednje teške - preostala funkcionalna sposobnost ne može se u cjelini realizirati u svakodnevnim životnim aktivnostima, umanjeno psihičkog integriteta prati niz tjelesnih simptoma -TFD do 10%;

Srednje teške - kod njih postoje i trajna kognitivna oštećenja koja se javljaju i kod manjih opterećenja. Svakodnevna životna aktivnost je značajno umanjena -TFD do 15%;

Teška trajna oštećenja - osim jasnih psihičkih poremećaja i oštećenja kognitivnih aktivnosti životna aktivnost je i kod prilagođenih aktivnosti smanjena ili ne postoji. Česte su liječničke kontrole i redovito uzimanje lijekova i s/ili bez bolničkog liječenja - TFD do 20%.

**Traumatske neuroze** (toč. 22. tablica):

Prema MKB-10 obuhvaćaju dijagnostičke kategorije fobičnih, anksioznih, opsesivno-kompulzivnih, disocijativnih poremećaja i somatoforme poremećaje (dijagnostičke grupe F 40 - 45.). Ocjenjuju se i kao PFD, i kao TFD od 5 do 20%. Kod njih je važno analizirati premorbidnu ličnost oštećenoga. Ova posljedica javlja se zbog toga što je stresna situacija jaka i neočekivana, i jer su promjene u psihosocijalnom i am-

bijentalnom kontekstu velike i drastične. One remete psihosocijalnu ravnotežu koju nije u stanju povratiti bez angažiranja dopunskih emocionalnih i kognitivnih mehanizama tijekom izvjesnog vremena. Ocjena se može dati tek nakon određenog vremenskog razdoblja od približno dvije godine.

Prema **Medicinskoj skali 15/** psihičke posljedice traumatskih doživljaja ocjenjuju se ovako:

- Blagi poremećaj - osjećaj općeg stanja je dobar, u potpunosti funkcionira - do 5%;
- Srednje teški psihički poremećaj - znači da ne može realizirati sve aktivnosti, ali uz pojačane napore uspijeva - do 10%;
- Teški psihički poremećaj - kod oštećene osobe funkcioniraju sve aktivnosti uz pojačane psihičke napore - do 15%;
- Vrlo teški psihički poremećaj - osoba ne može samostalno funkcionirati bez medikamenata, a aktivnosti su joj značajno reducirane, no još uvijek može samostalno živjeti - do 20%.

Psihičke smetnje koje su **posljedica traumatskih oštećenja mozga** klasificirane su u Medicinskim tablicama u poglavlje I. C - *neurologija*. Ocjenjuju se temeljem *neurološko-psihologijskog ispitivanja /5/*. Znači li to da je vještak - psihijatar isključen iz toga područja? Tim više jer su u MKB-10 ti poremećaji svrstani među psihijatrijske poremećaje!

Poteškoća je u tome što se upravo tu često isprepliću emocionalni i kognitivni simptomi koji su vezani za organski supstrat ili čine isključivo psihičku reakciju, ili su najčešće kombinacija ta dva izvorišta. Njihove interakcije i moguće uzajamno potenciranje uzrok su značajnog smanjenja kvalitete života kod ispitanika, ali i izvor poteškoća za vještake *IM*. Mislimo da bi neurolog, ukoliko se radi o izraženim psihičkim smetnjama nakon povreda mozga, trebao zatražiti pomoć psihijatra. Preporučili bismo da se psihijatri-vještaci upoznaju i s tim poglavljem Medicinskih tablica i skala.

Goreta je u svojoj knjizi *IM* dao pregled svih značajnijih medicinskih tablica i skala u Europi i na kraju dao svoj prijedlog za *potencijalnu hrvatsku modifikaciju kriterija za postotno vrednovanje težine povrede duševnog integriteta*. Ali, njegov se model ne uklapa u HOMET.

**Što treba napraviti vještak da bi njegovo vještačenje bilo vjerodostojno in foro III?**

Za početak treba dobro proučiti Medicinske tablice i skale HOMET-a i pazljivo pročitati uvodni dio. Nova pravila zahtijevaju vrlo visok stupanj vjerodostojnosti - isti kao kod vještačenja u kaznenim predmetima 15, 61.

*Dijagnoza*

Klinički pregled, upitnici za samoprocjenu i psihologijsko testiranje kod ovakvih vještačenja nisu dovoljni za postavljanje dijagnoze. HOMET daje istu, ako ne i veću važnost analizi medicinske dokumentacije. Potrebno je utvrditi vrijeme izbijanja i dinamiku psihičkih smetnji, te ih detaljno opisati. Što su smetnje bliže ozljedi i intenzivnije, vjerojatnije je da su one posljedice ozljede. Važno je detaljno opisati stupanj socijalne prilagodbe u obitelji i sekundarnim grupama, na radnom mjestu prije i nakon ozljede, te sve promjene koje su se pojavile nakon povrede. Potom je potrebno opisati terapiju i tijek liječenja, a prognoza je obvezna. Ne treba prihvaćati subjektivne izjave oštećenoga ako nisu potkrijepljene s medicinskom dokumentacijom i koje se više ne mogu utvrditi tijekom vještačenja. One su samo produžene reakcije zdravih ljudi na stres (npr. niti jedan vozač nakon prometne nesreće nije prestao voziti). Vještak koji izradi svoj nalaz i mišljenje isključivo na temelju analize medicinske dokumentacije, bez kliničkog pregleda počinio je tešku stručnu pogrešku.

Važan je uvid u medicinsku dokumentaciju, posebno u osobni zdravstveni karton jer se time dobiva uvid u opće tjelesno stanje i psihičke smetnje prije povrede, ali i uvid u tijek i dinamiku smetnji.

*Uvid u osobni zdravstveni karton*

Ti podaci smatraju se liječničkom tajnom 191. Sud ima pravo tražiti podatke. No, sve koji sudjeluju u parnici zanima samo jedan ograničeni dio privatnih podataka, onaj najuži vezan samo za odgovarajuću odluku suda. Liječnik primarne zaštite trebao bi tada dati samo onaj dio osobnog zdravstvenog kartona koji je obuhvaćen u odluci suda, dok ostatak ostaje liječnička tajna. Naravno, ukoliko oštećeni ne da pristanak da se dostavi cjelokupni osobni zdravstveni karton 191.

Ne postoji jednakost između lake tjelesne povrede i lakih psihičkih smetnji. U dinamici nastajanja psihičkih smetnji sudjeluje mnoštvo čimbenika. No, globalno možemo tvrditi da teža tjelesna ozljeda, teški invaliditet i dugotrajni bolovi uzrokuju težu psihičku smetnju.

Goreta /10/ smatra kako su najčešće pogreške kod dijagnoze nedostatna anamneza, nedostatan klinički pregled i nekritično prihvatanje ranijih dijagnoza. Ovo zadnje ima veći značaj u kliničkoj medicini, dok se kod vještačenja u osigurateljnoj medicini treba prihvatiti s oprezom - *cum máximo salis grano*. Treba imati u vidu da se u *hodogramu* vještak i vještačenje javljaju tek na kraju dužeg rada niza psihijatar, psihologa i drugih medicinar.

#### *Simulacija i agravacija*

*Simulacija je svjesno provociranje simptoma da bi se dobila neka korist (tercijalna dobit), u ovom slučaju novčana naknada. Po tome se razlikuje od sekundarne dobiti koja je često u pozadini ponašanja sa značajkama agravacije. Podaci iz literature o agravaciji i simulaciji su kontradiktorni: od 6% pa do 64% kod nematerijalnih šteta, a do 45% u radnom zakonodavstvu. Općenito je prihvaćeno da samo klinički pregled ili upotreba dijagnostičkih kriterija za dijagnosticiranje simulacije nije pouzdana. Danas je metoda izbora kombinacija kliničkog pregleda i psihologijsko testiranje 171.*

Vrlo je važno detaljno opisati svaki poremećaj socijalne adaptacije nakon povrede u obitelji, na poslu i sekundarnim grupama. Potrebno je prihvatiti samo jasne simptome, a ne općenite formulacije. Izuzetno je važan uvid u osobni zdravstveni karton. Potrebno je usporediti terapijske procedure i uspjeh liječenja na dinamiku smetnji. Bilo koji način liječenja: medikamentozni, psihoterapijski ili socio-terapijski mora donijeti, makar prolazno, poboljšanje, ako se ne radi o simulaciji ili agravaciji. Opsežne slobodne aktivnosti ili intenzivni socijalni kontakti ne mogu biti u suglasju s teškim psihičkim patnjama.

#### *Psihologijska obrada*

Psihologijska obrada može pomoći vještaku da razdvoji predtraumatske od traumatskih i posttraumatskih činjenica i nezamjenjiva je kod sumnje

na simulaciju i agravaciju. Ako intenzitet smetnji nema kvalitetu psihijatrijskih sindroma psihologijskim testiranjem možemo utvrditi pojedine psihičke promjene (pad interesa, motivacije, kvalitete života), što vještaku pomaže da sigurnije procijeni stupanj oštećenja.

#### *Uzročno-posljedična veza (nexus causalis)*

Uzročno-posljedična veza je važna razlika između kliničkog i forenzičkog prosuđivanja. Tužitelji odvjetnici tražit će da se vještak izjasni jesu li smetnje koje vještak iznosi izravna posljedica povrede, dok će tuženikovi odvjetnici naglašavati one simptome koji nisu izravno posljedica povrede ili su agravacija i simulacija. Vještak se mora pridržavati forenzičkog modela etiologije nekog poremećaja, a ne kliničkog koji dopušta obuhvaćanje svih mogućih uzročnih čimbenika /4/. Ovdje trebamo naglasiti činjenicu da će i psihijatri ponekad davati neodređene odgovore i tako usporiti proces. Vještak treba dati jasne i određene odgovore.

To neće biti problem ako je izvršena dobra klinička obrada, obavljen strpljiv, iscrpan razgovor s pacijentom, detaljno analizirana medicinska dokumentacija i osobni zdravstveni karton, te obavljena psihologijska obrada.

Osnovni kriteriji za prosudbu su: premorbidna ličnost, razlikovanje neposrednih od posrednih činjenica, postojanje jasnog psihijatrijskog sindroma i tijek bolesti. Izuzetno je važno utvrditi i opisati poremećaje socijalne adaptacije nakon povrede u obitelji, na poslu i sekundarnim grupama, odnosno jasno odgovoriti na pitanje kakvo mu je psihičko zdravlje i kvaliteta života bila prije povrede i kakvo mu je sada, tijekom vještačenja.

#### *Umjesto zaključka - dodatak*

Međunarodna klasifikacija funkcioniranja, invaliditeta i zdravlja - **MKF 121** pripada u obitelj međunarodnih klasifikacija koje je razvio SZO. Najvažnija je Međunarodna klasifikacija bolesti MKB-10, jer osigurava etiološke okvire. Funkcioniranje i onesposobljenost, zajedno sa zdravstvenim stanjem klasificirani su u MKF-u.

MKF i MKB su kompatibilne klasifikacije i omogućuju usporednu primjenu. MKB osigurava dijagnozu, a MKF daje informacije o preostaloj spo-

sobnosti funkcioniranja i o stupnju onesposobljenja. Iako nije napisana samo za potrebe osigurateljne medicine, većina stručnjaka koja radi u osiguranju smatraju je metodom izbora za izradu Medicinskih tablica i skala kod procjene tjelesnih i duševnih povreda. Poslužila je kao podloga za izradu<sup>3</sup> *Europskih indikacijskih tablica* i *Hrvatske orijentacijske medicinske tablice*. Godine 2006. MKF je prevedena na hrvatski jezik i izašla je u izdanju *Medicinske knjige*.

#### Literatura:

1. Goreta M., Psihijatrijska vještačenja povrede duševnog integriteta kao oblika neimovinske štete. I. izd., Zagreb: Narodne novine; 2008., str. 48. - 98.
2. Strnad M., Banjak T., MKF - Međunarodna klasifikacija funkcioniranja onesposobljenosti i zdravlja. Zagreb: Medicinska naklada; 2010.
3. Ljubičić N., Osiguranje osoba. Vještak 1995; 2: 29. - 35.
4. Koludrović M., Magerle A., Lisec-Repić V., Vještačenje neimovinskih šteta prema novom Zakonu o obveznim odnosima. U: Žarković Palijan T., Kovačević D., ur., Iz forenzičke psihijatrije 2. Zagreb - Kutina: Naknada Ceres; 2007, 89. - 107.
5. Mlinarević M., Kuzmić M., Hercigonja J., Golubić L., Hrvatske orijentacijske medicinske tablice za procjenu oštećenja tjelesnog i/ili duševnog zdravlja. Konačan prijedlog. Inženjerski biro; 2010.
6. Strinović D., Škavić J., Pristup vještačenju nematerijalnih šteta prema ZOO/05. Vještak 2009; 2: 43. - 98.
7. Koludrović M., Skočić R., Psihijatrijski pristup vještačenju postkontuzijskog poremećaja u civilnom pravu. U: Gnjidić Ž., Bilić R., ur., Uvod u medicinska vještačenja u građanskim parnicama. Zagreb: Medicinska naklada; 2008., str. 148. - 153.
8. Žarković Palijan T., Psihičke smetnje uzrokovane tjelesnim ozljedama. U: Naknada neimovinske štete - Hrvatske orijentacijske medicinske tablice za procjenu oštećenja zdravlja. Zbornik radova sa savjetovanja u Opatiji 23/24. IX. 2010. Zagreb: Inženjerski biro; 2010., str. 201. - 206.
9. Čizmić J., Pravo na pristup podacima u medicinskoj dokumentaciji. Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, 2009; 30(1): 110. - 119.
10. Goreta M., Profesionalna odgovornost psihijatra, I. izd., Zagreb: Organizator; 2010., str. 10.

<sup>3</sup> <http://www.zdravlje.hr/clanak.php?id=12890&21.12.2010>.