

Јаков Радишић

САРАДЊА ЛЕКАРА РАЗЛИЧИТИХ СПЕЦИЈАЛНОСТИ И ЊИХОВА ОДГОВОРНОСТ

Модерна медицина почива претежно на изв. њимском раду лекара различитих специјалности и сирогој подели задатака међу њима. Међутим, њимски рад скрива у себи и специфичне изворе опасности од лекарских грешака. Стога се у пракси поставило питање да ли поред одговорности сваког појединца за власитије грешке у раду, долази у обзир и одговорност због грешака осталих учесника у њиму, њиј. суодговорност? У одговору на њо питање аутор излаже одређена, оштрије прихваћена њедитија у медицинској и њравној науци и њој креиљује их конкретним примерима из праксе немачких судова.

Кључне речи: *Хоризонтална подела рада. – Начело поверења. – Интердисциплинарна сарадња. – Одговорност.*

А. УВОД

1. Савремену медицину карактерише мноштво признатих стручних области које изискују научну специјализацију и субспецијализацију. Међутим, наспрам специјализације у медицини, ипак, стоји начелна недељивост њудског организма, која захтева сарадњу лекара различитих струка. Без те сарадње, делотворна медицинска помоћ једва да је могућа. Представници разних грана медицине међусобно се допуњавају и упућени су једни на друге. Лекари појединих струка све више раде заједно, као један тим који опслужује истог пацијента. Тако, на пример, радиолози и лабораторијски лекари подржавају интернисте и хирурге приликом дијагностике, хирург и анестезиолог сарађују у операционом тиму, а педијатар и акушер се допуњавају у неонаталној области¹.

1 Elmar Biermann, „Haftung bei Zusammenarbeit von Aerzten verschiedenen Gebiete aus juristischer Sicht“, *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, бр.6/1995, стр.626.

2. Стално ширење и продубљивање специјалних знања и искустава у одређеној стручној области, као и употреба све сложенијих медицинских апарата, не значе само „благослов“ који гарантује велике успехе медицине; оно скрива у себи и „проклетство“ у облику специфичних извора опасности². Наиме, у сваком тимском раду присутни су типични ризици сарадње. Ти ризици могу проистацати из недостатка квалификације и искуства појединих учесника, из недовољне комуникације и сарадње, и из непотпуне међусобне усклађености предузетих мера. Сем тога, могући су и пропусти у организацији, тако да се њоме не гарантује ни сигурност ни контрола³. Грешке које настају на тај начин, могу се систематски описати као: 1) недостаци у комуникацији, 2) недостаци у координацији, 3) недостаци у квалификацији, и 4) недостаци у разграничењу надлежности⁴.

3. Многоврсност извора грешака у заједничком раду лекара различите струке, као и лекара и њихових помоћника, скрива не само опасности по пацијента, него и опасности од одговорности због лекарских грешака. Са порастом броја лица која су у конкретном случају укључена у старање о пацијенту, *разједињеност међу њима бива већа, ња се заједно повећава и ризик од грешака*. Стога се нужно поставило питање: да ли поред одговорности због властитих грешака које су се поткрале, долази у обзир и одговорност због грешака осталих учесника, тј. *суодговорност*. У начелу, на то питање следи негативан одговор. Сматра се да би било неподношљиво и нецелисходно ако би сваки лекар који учествује у заједничком раду одговарао *увек* због непрописног поступка и непажње сваког другог учесника⁵, тј. ако би међу њима постојала *солидарна одговорност*. Ипак, има места *ограниченој одговорности појединца за целину старана о пацијенту*. При утврђивању граница те одговорности води се рачуна да она буде разумна и подношљива за лекаре, али да се у исти мах гарантује и потребна сигурност пацијента. Такво ограничење одговорности данас је општеприхваћено и у медицинској и у правној науци. Оно се постиже помоћу два мерила: *начела стиприктине поделе рада у медицини и начела поверења*⁶.

Б. НАЧЕЛО СТРИКТНЕ ПОДЕЛЕ РАДА У МЕДИЦИНИ

1. Успешна сарадња међу учесницима у заједничком медицинском подухвату налаже стриктно разграничење њихових надлежно-

2 Klaus Ulsenheimer, *Arztstrafrecht in der Praxis*, Heidelberg, 1988, стр. 91.

3 Adolf Laufs, „Die vertragliche Haftpflicht des Arztes und des Krankenhausträgers“, у: Laufs/Uhlenbruck, *Handbuch des Arztrechts*, 3. Auflage, München, 2002, стр. 948.

4 Ulsenheimer, *uciuo*, стр.91.

5 *Isto*.

6 *Iciuo*, стр. 92

сти. При томе се обично разликују *хоризонтална* и *вертикална* подела рада. Хоризонтална подела рада подразумева разграничење медицинских задатака између сарадника *једнаког ранга*, тј. лица која, барем формално, *поседују једнака стручна знања и једнаке способности*. Такав је случај кад више лекара специјалиста суделује у једном тиму (на пример, хирург као оператор и анестезиолог). Вертикална подела рада постоји међу сарадницима који стоје у односу *надређености* и *подређености*, тако да су подређени дужни да се придржавају наредби и упутстава које им издају надређени. Сем тога, надређени су обавезни да контролишу рад подређених. Такав однос постоји, на пример, између лекара и помоћног медицинског особља, између оператора и анестезиолога на једној страни, и инструменталисте, на другој страни⁷. Али хијерархијски однос је могућ и између самих лекара који раде у истој медицинској установи (на пример, главни лекар и начелник одељења). У даљем излагању говорићу искључиво о сарадњи лекара која се темељи на начелу хоризонталне поделе рада. Сарадња на темељу вертикалне поделе рада тема је за себе, и о њој може бити речи неком другом приликом.

2. У систему хоризонталне поделе рада лекар сваке струке надлежан је за задатке који му према специјализацији припадају, и нико из друге стручне гране *нема ни право ни обавезу да му издаје упутства за рад и да га надзире*. Али границе између неких стручних области су флуидне и могућа су преклапања. У случају преклапања подручја задатака, могућ је и *позитиван* и *негативан сукоб надлежности*, али је за пацијента овај други опаснији. *Те зоне преклапања уређују се поделом задатака у свакој здравственој установи, а понекад и индивидуалним споразумима између лекара који учествују у заједничком раду*. Сем тога, у неким земљама постоје и *генерални споразуми* које закључују одговарајућа стручна удружења лекара⁸. *Специфичне опасности које проистичу из хоризонталне поделе рада дужан је да сузбија сваки лекар који суделује у тиму*. *Негативни сукоб надлежности и празнине у погледу одговорности за пацијента не смеју постојати*. Због претераног, недовољног или погрешног медицинског третмана пацијента који се заснива на тим пропустима, учесници свих струка *одговарају солидарно*, уколико не оповргну претпоставку о својој кривици⁹.

7 Peter Schick, „Die strafrechtliche Verantwortung des Arztes“, у: Wolfgang Holzer, Willibald Posch, Peter Schick, *Arzt- und Arzneimittelhaftung in Oesterreich*, Wien, 1992, стр. 108.

8 Laufs, *учео*, стр. 948.

9 Erich Steffen, *Neue Entwicklungslinien der BGH-Rechtsprechung zum Arzthaftungsrecht*; 4. Auflage, Köln, 1990, стр. 72.

3. У раније време владало је схватање да је одговорност лекара који раде у тиму *недељива*¹⁰. Међутим, у модерном облику организације заједничког рада лекара и нелекарског особља прихваћено је становиште о дељивости подручја њихове одговорности. Важи, наиме, принцип *појединачне или власитије одговорности*, тако да сваки лекар специјалиста сноси сам одговорност за све задатке који су му поверени да их самостално обавља, на основу образовања или функције¹¹. Чак и кад је реч о сарадњи лица неједнаких квалификација, свако од њих одговара *само* за властите поступке и грешке. Тако, на пример, ако медицинска сестра лекару који оперише дода омашком погрешан шприц, она занемарује пажњу која се од ње очекује, а не пажњу коју дугује оператор; није *његова*, него је *њена* радња којом суделује у операцији непрописна и противправна¹². Стога је она одговорна за штету која је узрокована пацијенту.

В. НАЧЕЛО ПОВЕРЕЊА

1. Као наличје одговорности за властите поступке, у систему стриктне поделе рада следује и *начело поверења*, које је најпре било прихваћено у саобраћајном, а потом и у медицинском праву. Оно се примењује, пре свега, у условима хоризонталне поделе рада, а модификовано је и у условима вертикалне поделе¹³. По том начелу, свако ко суделује у медицинском третману над истим пацијентом може се поуздати у то да сви остали учесници своје задатке извршавају *зналачки и са дужном пажњом*. „Веровање у то да ће други своје дужности испуњавати, није у колизији са властитом обавезом, јер ни искуство које је меродавно за верујућег нити његове посебне могућности сазнања не треба веру да му пољуљају“¹⁴. У противном, тимски рад лекара био би потпуно бескористан. Ако би, на пример, пажња коју дугује оператор подразумевала потребу преиспитивања сваког налаза интернисте који је надзирао припрему пацијента за операцију, оператор би морао сам да прибави сваки налаз. Тада се не би ништа уштедело у раду, и то би противречило специјализацији која оправдава тимски рад¹⁵.

10 Ulsenheimer, *истио*, стр. 92.

11 *истио*.

12 Dorothee Wilhelm, „Probleme der medizinischen Arbeitsteilung aus strafrechtlicher Sicht“, *Medizinrecht*, бр. 2/1983, стр. 50.

13 Видети о томе: Walter Weissauer, „Arbeitsteilung und Abgrenzung der Verantwortung zwischen Anästhesist und Operateur“, *Der Anästhesist*, бр. 11/1962, стр. 239.

14 Eberhard Schmidt, *Der Arzt im Strafrecht*, Leipzig, 1939, стр. 193.

15 Schick, *истио*, стр. 108.

2. Само изузетно, кад сарадник у конкретном случају *очигледно* није дорастао својим задацима (на пример, услед опијености, болести, пренапрегнутости или исцрпљености), и кад се налази у стању које му очито више не допушта да уредно испуњава задатке, поверење у њега може се преобратити у сумњу и неповерење¹⁶. Тада, уместо личне одговорности сваког учесника за своју област рада, долази до *изузетне солидарне одговорности за целину*¹⁷. У таквим ситуацијама, сваки лекар је дужан да, независно од своје стручне компетенције, отклони штету која би за пацијента могла проистећи због очигледне грешке његовог колеге или персонала за негу болесника¹⁸. Ова правила важе и за кривичну и за грађанску одговорност¹⁹, како због лекарске грешке у лечењу, тако и због мањкавости у обавештавању пацијента.

Г. ПОСЕБНИ СЛУЧАЈЕВИ ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРНЕ ЛЕКАРСКЕ САРАДЊЕ

Најчешћи облик интердисциплинарне сарадње јесте сарадња између ординирајућег лекара и лекара специјалисте коме је он упутио пацијента. Сем тога, лекар специјалиста може бити ангажован само као конзилијар који својим *саветима* помаже ординирајућем лекару. Најпосле, у пракси је типична сарадња између хирурга и анестезиолога. На ова три облика сарадње посебно ћу се осврнути.

И. Специјалиста коме је пацијент упућен

1. Лекар специјалиста, коме је ординирајући лекар упутио пацијента, ради *самостално* и, по правилу, једино је одговоран због грешке коју је начинио; он нема положај помоћника у испуњењу обавезе коју дугује ординирајући лекар. Стога ординирајући лекар, начелно, не одговара због пропуста у раду специјалисте, осим у случају кад је настанку грешке допринео својим мањкавим обавештењем или мањкавом сарадњом. Сем тога, могао би одговарати и због кривице у избору (*culpa in eligendo*), али ће то у интердисциплинарној сарадњи бити редак случај²⁰. Тако је, на пример, један виши суд у Немачкој одлучио да се лекар специјалиста за женске болести може, начелно, ослонити на стручно знање и пажњу специјалисте–патолога који ради самостално и на сопствену одговорност. Болнице и начелници њених одељења нису дужни да пре

¹⁶ *Исц̄о*.

¹⁷ Ulsenheimer, *исц̄о*, стр. 94.

¹⁸ *Исц̄о*.

¹⁹ Laufs, *исц̄о*, стр. 949.

²⁰ Biermann, *исц̄о*, стр. 628.

сарадње са патологом изван болнице провере његову личност и медицинско умеће²¹.

2. Исто тако, лекар који је пацијента упутио радиологу може да се ослони на своје веровање да је радиолог све мере прописно предузео и да је вредност туђих налаза исправно користио²². Или: ако у одељењу за интензивну негу изостане лечење прелома пацијентове кости, зато што је радиолог приликом „читања“ рендгенског снимка превидео прелом, то повлачи његову одговорност, а не одговорност анестезиолога који је надлежан за интензивну негу. Радиолог одговара због грешке која се приликом тумачења снимка могла избећи, уколико је његов налаз био одлучујући за операцију која према исправној оцени снимка не би ни била неопходна²³. Само у случају кад ординирајући лекар (на пример, оператор) може боље да протумачи рендгенске и друге техничке слике него радиолог, и да њихову вредност искористи, треба дијагнозу и налаз специјалисте још једном да преиспита. Контрола оператора сматра се потребном ако је могућа, и ако је оперативни захват тежак и опасан²⁴. С друге стране, радиолог се, по правилу, може ослонити на своје веровање да је лекар специјалиста, који му је пацијента упутио, проверио индикацију дијагностичких мера и потврдио према правилима лекарске вештине. Штавише, он је дужан да се ослони на индикацију коју је поставио лекар који му је пацијента упутио, „јер сам није у стању да има преглед свих специјалних питања из различитих области медицине и да њима влада“²⁵.

3. Међутим, ниједан лекар који учествује у интердисциплинарној сарадњи не сме „отворених очију“ да прихвати опасност по свог пацијента, уколико је неки други лекар, по његовом мишљењу, нешто погрешно учинио или ако барем озбиљно сумња да би се могло радити о грешци. Тада су границе начела поверења достигнуте и солидарна одговорност поново оживљава²⁶.

Ево једног примера који ће то појаснити: интерниста је код пацијента дијагностиковао *хиграрџирозу* (тровање живом) и утврдио да су узрок томе амалгамска пуњења у 13 пацијентових зуба. Стога је пацијента упутио стоматологу који је извадио свих 13 зуба.

21 Пресуда *Врховног земаљског суда у Хамм-у*, од 6.5.1998, објављена у *Medizinrecht*, бр. 1/1999, стр. 35-36.

22 Пресуда *Врховног земаљског суда у Хамм-у*, од 27.1.1992, објављена у *Medizinrecht*, бр. 2/1993, стр. 187.

23 Пресуда *Врховног земаљског суда у Дүсселдорф-у*, од 31.7.1987, објављена у *Versicherungsrecht*, бр. 4/1989, стр. 191.

24 Rumler-Detzfel P., „Arbeitsteilung und Zusammenarbeit in der Chirurgie. Rechtliche Verantwortlichkeit“, у: Häring R. (redaktor), *Chirurgie und Recht*, Berlin, 1993, стр. 209.

25 *Одлука Врховног земаљског суда у Дүсселдорф-у*, од 30.6.1983. (Наведено према Biermann-у, *истио*, стр.628.

26 *Одлука Савезног врховног суда Немачке*, од 8.11.1988 (Наведено према Biermann-у, *истио*).

Каснијим вештачењем установљено је да је требало извадити само два зуба, и да је 11 зуба извађено непотребно. Испитивање је показало да у коренима повађених зуба није било повећане токсиколошке супстанце која је вредна помена²⁷. Пошто пацијент није могао пуноважно да се сагласи са вађењем здравих зуба, намеће се питање ко је у овом случају одговоран што је до тога дошло: *стоматолог, који је зубе извадио, или интерниста, који је погрешно оставио индикацију за њихово вађење*. Ако је процена интернисте према стању медицинске науке и искуства била *очигледно погрешна*, његова одговорност је несумњива. Али, уколико је и стоматологу морало бити јасно да мера коју је предложио интерниста није медицински индикована, долази у обзир и његова одговорност²⁸.

II. Лекар специјалиста у улози конзилијара

1. У случају потребе, ординирајући лекар може да позове у помоћ конзилијара, тј. другог лекара који располаже специјалном техником и специјалним знањима, које ординирајући лекар не поседује. Конзилијар има улогу *саветника у односу на лекара који му се обратио за помоћ, иако да он не оставља сугеоник у медицинском третману над пацијентом*. Надлежан за обавештење, надзор и старање о пацијенту остаје и даље онај лекар који је пацијента дотле надзирао, на чијем је одељењу пацијент био. Другим речима, савет конзилијара не ослобађа ординирајућег лекара обавезе да провери предложени третман или медијацију, уколико он располаже основним медицинским знањима која су за то потребна²⁹. Савет конзилијара, који се односи на дијагнозу или терапију, не умањује одговорност ординирајућег лекара, јер конзилијар сноси одговорност само за дати савет³⁰. Ординирајући лекар одговара за медикамент који је он прописао и у случају кад је то учинио по савету конзилијара. На пример: ако лекар специјалиста, коме је кућни лекар упутио пацијента, препоручи употребу одређеног лека, али не одреди дозу нити време лечења, за лечење пацијента тада је одговоран искључиво кућни лекар³¹.

27 Пример је узет из *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, бр. 6/1995, стр. 635, а навео га је у својој дискусији Fortmann.

28 *Истио*, стр. 635-636 (Biermann и Hempel у дискусији).

29 Видети пресуду *Врховног земаљског суда у Кёлн-у*, од 10.1.1983, објављену у *Medizinrecht*, бр. 3/1983, стр. 112-113, као и пресуду *Савезног врховног суда Немачке*, од 10.11.1987, објављену у *Medizinrecht*, бр. 3/1988, стр. 143-145.

30 Herbert Genzel, „Die Rechtsbeziehungen zwischen Arzt und Krankenhaus“, у: *Laufs/Uhlenbruck (уредници), Handbuch des Arztrechts*, 3. Auflage, München, 2002, стр. 824.

31 Видети одлуку *Врховног земаљског суда у Кёлн-у*, од 10.1.1983, објављену у *Medizinrecht*, бр. 2/1983, стр. 112-114.

2. Ово правило произилази већ из чињенице да конзилијар само *уојшићено* предлаже врсту третмана, док појединости, као што су, на пример, дозирање и трајање лечења, остају у надлежности ординирајућег лекара. *Само јасним разграницењем задатка мођу се избећи поклајања надлежности и „бела поља“, за која се нико не осећа одговорним*³². Ако ординирајући лекар није сигуран у своју одлуку, може поново да пита специјалисту од кога је тражио савет или неког другог медицинског стручњака. „Ординирајући лекар сноси одговорност за медикамент који је прописао и у случају кад поступа по савету колеге“³³. Стога конзилијар треба да прихвати индикацију коју је за његову интервенцију поставио ординирајући лекар, осим ако је овај њему препустио проверу питања које дијагностичке мере долазе у обзир. У случају кад ординирајући лекар моли конзилијара за конкретно наведену меру, овај се може, начелно, поуздати у то да је индикација за ту меру постављена са потребном пажњом и прописно³⁴.

3. Сем тога, неблаговремено позивање у помоћ конзилијара или специјалисте који треба да суделује у лечењу може да представља лекарску грешку, уколико ординирајући лекар зна или би морао знати да су му за конкретан случај дијагностике или терапије потребна знања специјалисте. Такав је, на пример, случај кад се ради о *некрози* (процесу изумирања) крвног суда или тромботичном зачепљењу³⁵.

4. С друге стране, лекар који позове у помоћ конзилијара, може се такође поуздати у његово стручно знање и посебно искуство, осим кад је реч о очигледним грешкама у дијагнози или лечењу. Било би у нескладу са принципом поверења и са консеквенцама кривиче због прихватања, ако лекар који у помоћ позове конзилијара не би у исти мах био ослобођен властите одговорности за оно што конзилијар чини³⁶. Ипак, сматра се да ваља правити разлику између болести које се могу лако дијагностиковати, односно лечити, и болести које се тешко дијагностикују или лече. Уколико пацијентови симптоми и налази *несумњиво* указују да се ради о одређеној болести, њено препознавање спада у „стандард знања“ *сваког лекара*. Стога, ако ни ординирајући лекар ни конзилијар не поставе дијагнозу, па пацијент умре, или његово здравље буде оштећено, *обојица носе и кривичну и грађанску одговорност*³⁷.

³² *Medizinrecht*, бр. 3/1988, стр. 144.

³³ *Исцо*.

³⁴ Пресуда *Врховног земаљског суда у Дүсселдорфу*, од 30.6.1983, *Neue Juristische Wochenschrift*, бр. 48/1984, стр. 2636-2637.

³⁵ О томе видети пресуду *Савезног врховног суда Немачке*, од 29.3.1983, објављену у *Medizinrecht*, бр. 4/1983, стр. 194.

³⁶ Ulsenheimer, *исцо*, стр. 105.

³⁷ Видети и пресуду *Савезног врховног суда Немачке*, од 10.11.1987, објављену у *Medizinrecht*, бр. 3/1988, стр. 143-145.

Међутим, ако је дијагноза тешка, клиничка слика дифузна, а симптоми вишезначни, тако да болест може препознати само специјалиста са посебним знањем и искуством, тада одговорност пада искључиво на конзилијара³⁸. Сем тога, конзилијар ће одговорати и у случају кад није позван само ради давања савета него и да ради самостално и на властиту одговорност³⁹.

III. Сарадња између хирурга и анестезиолога

1. Хирург и анестезиолог често сарађују у операционом тиму и у случају кад се ради о интердисциплинарној интензивној медицинској нези. Њихов заједнички рад временски се поклапа, а њихови медицински поступци делују супротно на пацијентов организам. Стога њихова сарадња изискује посебно регулисање путем споразума који закључују одговарајућа стручна удружења лекара. Тако, на пример, између Немачког удружења за хирургију и Немачког удружења за анестезиологију постоји *Сјоразум о сарадњи приликом оперативног збрињавања пацијената*, закључен 1982. године⁴⁰. Тај споразум се темељи на начелу поделе рада и начелу поверења. По њему, хирург је надлежан и одговоран за планирање и спровођење оперативног захвата, а анестезиолог за планирање и спровођење поступка анестезије, као и за буђење и надзирање пацијента и одржавање његових виталних функција. Сем тога, оператор одлучује обавезно о индикацији и тренутку захвата, док процена пацијентове способности за анестезију спада у надлежност анестезиолога.

2. Ова подела рада даје право анестезиологу да верује да је оператор поставио тачну дијагнозу и донео исправну одлуку о неопходности оперативног захвата који изискује спровођење поступка анестезије. Ево за то једног примера из судске праксе: анестезиолог је позван да учествује у операцији пацијенткиње која се већ налазила на операционом столу. Пошто је оператор на основу својих ранијих испитивања дијагностиковао „обично акутно запаљење слепог црева“, анестезиолог је само питао пацијенткињу да ли јој је стомак празан, на шта је она одговорила потврдно. Али анестезиолог је пропустио да опипа стомак пацијенткиње или да послушне шум њених црева. Пошто је пацијенткиња додатно боловала од парализе црева, у њеном стомаку и у цревима налазило се више литара несвареног остатка хране, коју је она пре увлачења

38 Ulsenheimer, *истио*, стр. 106.

39 Одлука *Врховног земаљског суда у Stuttgart-у*, од 15.3.1990, објављена у *Medizinrecht*, бр. 3/1991, стр. 143-149.

40 О томе видети опширније код Walter Weissauer, „Zur Vereinbarung zwischen dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung“, *Medizinrecht*, бр. 3/1983, стр. 92-95.

тубуса повратила. Услед тога је дошло до удисања остатака хране и упале плућа, а услед насталих последица пацијенткиња је након два дана умрла. *Савезни врховни суд Немачке* стао је на становиште да у овом случају постоји искључива одговорност хирурга оператора, јер анестезиолог није био ни овлашћен ни дужан да проверава резултате испитивања које је обавио хирург, него се могао ослонити на његову анамнезу и дијагнозу. Јер, „ако би оператор и анестезиолог своју снагу трошили на међусобну контролу, сваки облик сарадње у операционој сали био би доведен у питање и повезан са додатним ризиком по пацијента“⁴¹.

3. Један други случај поделе рада између хирурга и анестезиолога илуструје обрнуту ситуацију у погледу одговорности. У питању је био пацијент који је боловао од тзв. *Агисонове болести*, и који је морао редовно да узима препарат *Cortison*. Он је (у потпуној наркози) подвргнут операцији која је трајала 35 минута, а да ни пре ни за време операције није добио своју редовну ни додатну дозу *Cortisona*. Операција над њим обављена је увече, а наредне ноћи он је умро. Проблематично је било питање којем од лекара треба приписати кобну грешку: оператору или анестезиологу? *Врховни земаљски суд у Köln-у* осудио је обојицу, док је *Савезни врховни суд Немачке* одбацио тужбу против оператора, а осудио анестезиолога и болницу у којој је он радио⁴². Своју одлуку *Савезни врховни суд* заснива на становишту да је у предоперативној фази анестезиолог одговоран за припремање наркозе. Он је морао да изабере подесан поступак наркозе и да пажљивом медикацијом пацијента на то припреми. У ту припрему, по мишљењу Суда, спада и потреба да се пацијенту дају они медикаменти који му се, због његовог здравственог стања, већ у том тренутку морају дати ради одржавања виталних функција за време наркозе⁴³.

4. Напоследку, могуће је да се у неким околностима једна иста грешка упише у кривицу и оператору и анестезиологу, тако да они одговарају као солидарни дужници. Ево и за то једног примера: на универзитетској очној клиници, главни лекар је обављао операцију разрокости десног ока, док је анестезију спровела докторка анестезиолог. При томе је пацијент добијао чист кисеоник преко црева учвршћеног на његовој бради, док је његово лице, све до оперативног поља на десном оку, било прекривено стерилним пешкиром. Међутим, за време операције оператор је ради

⁴¹ Пресуда *Савезног врховног суда Немачке*, од 2.10.1979, објављена у *Medizinrecht*, бр. 2/1983, стр. 77-78.

⁴² Видети његову пресуду од 26.2.1991, објављену у *Medizinrecht*, бр. 4/1991, стр. 198-200.

⁴³ *Исио*, стр. 199.

заустављања крварења укључио термокаутер. При раду термокаутера дошло је до снажног развоја пламена који је изазвао тешке опекотине на пацијентовом лицу. Савезни врховни суд Немачке осудио је оба лекара да високим новчаним износима обештете пацијента као солидарни дужници. Суд је сматрао да је услед истовремене употребе термокаутера и чистог кисеоника ризик од опекотина морао бити сазнатљив и предвидљив обојици лекара. Они су били дужни да се претходно договоре о методима и инструментима који се у конкретном случају могу применити без ризика по пацијента⁴⁴.

Д. ЗАКЉУЧАК

1. Свакој медицинској делатности својствени су извесни ризици, па и ризици од лекарских грешака. Заједнички рад лекара разних специјалности скопчан је и са одређеним додатним ризицима за пацијента, али и ризицима од повећане одговорности лекара. Тај ризик се смањује строгом поделом рада међу учесницима, тако да је свако од њих слободан у обављању послова из области своје струке, али је, у исти мах, и сам *йрвенсйвено* одговоран због властитих грешака. То важи и у случају кад лекар специјалиста пружа само међууслуге, као што су, на пример, рендгенска или ултразвучна снимања, па чак и онда кад пацијента није никад ни видео, као што је случај са патолозима, хистолозима и лабораторијским лекарима.

2. Заједнички рад лекара различитих специјалности треба да се одвија са вером у стручне способности и дужну пажњу сваког учесника, што практично значи и уз одређену меру *дойушйиеноџ* ризика. Али *йшо веровање не сме бийи безџранично*. Оно треба да престане оног тренутка кад се приликом сарадње покаже да одређени партнер није дорастао своме задатку, или да је већ начинио лекарску грешку. Тада онај ко то примети, без обзира на своју стручну компетенцију, има обавезу да спречи штету за пацијента која прети услед очигледног промашаја његовог колеге. Ако не поступи тако, може рачунати на своју солидарну одговорност, по принципу „сви за једног, један за све“.

3. Сарадња лекара различитих специјалности не изискује само потребу разграничења њихових задатака, него и *йособну брийџу свих учесника за међусобну комуникацију*. Ако због грешке у

⁴⁴ Пресуда Савезноџ врховноџ суда Немачке, од 26.1.1999, објављена у *Medizinrecht*, бр. 7/1999, стр. 321-323.

комуникацији дође до оштећења пацијентовог здравља, а питање разграничења задатака остане неразјашњено, суд треба да изнађе правно правило по коме ће сви судеоници бити одговорни. Јер пацијент мора бити заштићен од типичних опасности поделе рада у медицини. Томе циљу може да послужи и члан 206 нашег *Закона о облигационим односима*.

4. Изложена правила о подели одговорности међу лекарима који учествују у заједничком раду важе и у случају коришћења могућности *шелемедицине*, која лекару специјалисти допушта да са даљине учествује лично у лечењу одређеног пацијента, јер он је преко слике на екрану повезан са собом у којој се налази пацијент.

Jakov Radišić

ASSISTANCE OF PHYSICIANS WHO ARE SPECIALISTS FOR DIFFERENT AREAS OF MEDICAL PRACTICE AND THEIR LIABILITY

Summary

This work consists of introduction and several special parts, with particular focus on certain German court cases. Introductory part deals with team work of physicians who are specialists for different areas of medical practice and with the necessity of their joint work on treating a particular patient. It is observed that the team work nurtures increased probability of physician's errors. Those errors may be described as: 1) errors in communication, 2) imperfect coordination, 3) erroneous qualification, and 4) errors in distribution of competences.

This increased chance of committing errors prompted lawyers to address whether, in addition for being responsible for its own errors, every physician also bears liability for errors of other team participants? In principle, the answer to this question is negative. Namely, it is submitted that it would have been unbearable and impractical to hold physicians responsible for every error and carelessness of other team members, akin to a kind of joint and several liability spread among them. However, there is room for *limited* (exceptional) joint and several liability of individual physicians for the entire scope of treatment of the patient. Determination of the limits of joint and several liability should be reasonable and should not put unbearable burden on the physicians but should also, at the same time, guarantee the necessary safety of the patient. This kind of restriction is achieved by using two yardsticks: *principle of strict division of labor* and *principle of mutual trust*.

Once the principle of strict division of labor and principle of trust are examined, the work addresses particular cases of interdisciplinary cooperation of physicians. Particular attention is paid to the legal status of the specialist physician, specialist physician who is a part of a consilium, and to the cooperation between surgeon and anesthesiologist.

Keywords: *Horizontal division of labor. – Principle of mutual trust. – Interdisciplinary cooperation. – Liability.*