

Acta Chir Croat 2004;1:54-8.

NEKI ASPEKTI INTERDISCIPLINARNOG RADA U SUVREMENOJ KIRURGIJI

MLADEN ŠTULHOFER

Interdisciplinarni rad u kirurgiji, kao u medicini općenito, predstavlja suvremeni oblik timskog, stručno-znanstvenog rada. U njemu zajednički djeluju specijalisti različitih medicinskih struka u rješavanju zajedničkog medicinskog problema - bolesnog stanja čovjeka. Svaki od specijalista djeluje samostalno, u dijelu koje se odnosi na njegovo specijalizirano medicinsko područje. Iako su u svom radu samostalni, ipak ih povezuje međusobno povjerenje da svaki od njih odgovorno i stručno obavlja svoj dio posla. Zahvaljujući tako koncipiranom interdisciplinarnom radu omogućuje se optimalno rješavanje kompleksne medicinske problematike, sukladno aktualnim dostignućima medicinske znanosti i prakse. Pri tome svaki od specijalista preuzima odgovornost za svoj dio posla. Ona nije samo stručna već može biti i legislativna. U kirurgiji je posebno odgovoran interdisciplinarni rad kojim se ostvaruje operacijski proces. Njegovi sudionici su kirurg, anesteziolog i sestra instrumentarka. Kirurg vrši operaciju, za koju snosi odgovornost. Anesteziolog vrši anesteziju i odgovoran je za njenu provedbu, a sestra instrumentarka je odgovorna za brigu i pažnju oko instrumenata i materijala koji se primjenjuju tijekom operacije. Međutim, ta podjela rada među sudionicima operacijskog procesa ne smije biti kruta. Ona mora dozvoljavati međusobne dogovore, konzultacije i izmjenu informacija, što doprinosi sigurnom odvijanju kirurškog liječenja. Treba naglasiti da se odgovornost sudionika operacijskog procesa ne odnosi samo na fazu operacije, već se ona proteže i na preoperativnu i postoperativnu fazu.

Neke aktualne aspekte interdisciplinarnog rada u suvremenoj kirurgiji pokušat ću prikazati na jedan eseistički način.

Poznata je činjenica da je već početkom prošlog stoljeća medicina snažno zakoračila u fazu dezintegracije - podjele na samostalna specijalizirana i visoko specijalizirana područja medicinske struke. Upravo je ta dezintegracija medicine omogućila njen ogroman napredak u svim njenim područjima - kako na polju temeljnih medicinskih znanosti tako i na polju kliničke medicine. U relativno kratko vrijeme medicina se značajno obogatila novim iskustvima, saznanjima i znanstvenim dostignućima, što u uvjetima jedinstvene medicine ne bi bilo moguće. Stalni i neprestani priliv novih iskustava, informacija, saznanja i znanstvenih dostignuća iz dana u dan se sve više gomilaju u području medicine. Taj snažan priliv stručno-znanstvenih novina i dostignuća, ne može biti adekvatno konzumiran, a niti praktički iskorišten i uspješno primijenjen u okviru zatvorene, jedinstvene i nedjeljive medicine. Očito je da se korištenje i primjena suvremenih novih saznanja i stručno-znanstvenih dostignuća može najbolje ostvariti putem samostalnih specijaliziranih područja - medicinske struke. Svakom specijaliziranom području bit će pod takvim uvjetima lakše iskoristiti i primijeniti stručno-znanstvena dostignuća relevantna za to područje, a istovremeno omogućiti znanstvena istraživanja u cilju unapređenja postojećih znanja i vještina.

Međutim, dezintegrirana medicina u specijalizirana područja i samostalna u svom djelovanju, uz velike prednosti otvara i neka nova pitanja: kako pod uvjetima dezintegrirane, podijeljene medicine, ostvariti potrebnu medicinsku pomoć bolesniku koji predstavlja nedjeljivu individualnu cjelinu? Odgovor je jednostavan. Pod uvjetima suvremeno koncipirane i specijalizirane medicine treba bolesniku pristupiti interdisciplinarno. Drugim riječima, u pružanju suvremene medicinske pomoći bolesnom čovjeku djeluje veći broj specijalista različitih struka (npr. gastroenterolog, radiolog, medicinski biokemičar, endoskopičar i dr.). Svaki od njih djeluje samostalno u rješavanju dijela medicinske problematike za koju je specijaliziran. Na završetku tako koncipiranog interdisciplinarnog rada i sintezom svih postignutih rezultata specijalista različitih specijalnosti, ostvaruje se optimalna zdravstvena zaštita i kvalitetna medicinska pomoć. Svaki od specijalista je odgovoran sa svoj rad. Kada danas govorimo o interdisciplinarnom radu u medicini, a to vrijedi i za onaj u kirurgiji, području specijalizirane operacijske struke, treba još naglasiti sljedeće. Interdisciplinarni rad u kojem sinhrono djeluje niz specijalista različitih specijaliziranih područja, bit će uspješan samo pod određenim uvjetima kao što su: primjerena stručno-znanstvena osposobljenost učesnika, međusobno povjerenje u kvalitetu rada svakog učesnika i na kraju, međusobno poštovanje, uvažavanje i po potrebi dogo-

varanje. Iako je svaki od sudionika u svom dijelu povjerenog mu posla samostalan, između učesnika interdisciplinarnog rada mora vladati duh povjerenja. Ako spomenuti uvjeti nisu ispunjeni, kvaliteta interdisciplinarnog rada je upitna.

Područje interdisciplinarnog rada u kirurgiji, gdje su od najveće važnosti partnerski odnosi, nalazi se u operacijskoj dvorani. Glavni sudionici su kirurg, anesteziolog i sestra instrumentarka. Između kirurga i anesteziologa postoji tradicionalna i sudbinska povezanost. Kirurg vrši operaciju, a anesteziolog mu svojim radom to omogućuje. Iako je svaki od njih samostalan u svom radu, njihova partnerska povezanost je danas izraženija kao nikad ranije. Upravo zahvaljujući uskoj suradnji kirurga i anesteziologa te odgovarajućim tehnološkim dostignućima, kirurg je danas u mogućnosti uspješnog izvođenja najsloženijih kirurških zahvata. Kirurška doktrina koja je početkom prošlog stoljeća dominirala američkom kirurgijom, po kojoj je kirurg bio neprikosnoveni »gospodar« u operacijskoj dvorani, danas je neprihvatljiva i apsurdna. Po toj doktrini kirurg je jedini bio odgovoran za sudbinu bolesnika. Njegova se odgovornost odnosila ne samo na operacijski zahvat već i za sve ostalo što se događalo s bolesnikom tijekom operacije. Stoga je kirurg morao nadzirati »narkozu« kao i rad »narkotizera«, jer je bio odgovoran i za taj dio operacijskog procesa. »Narkotizer« nije imao samostalnost u svom djelovanju i morao je izvršavati naređenja kirurga. Danas ta američka doktrina predstavlja medicinski anahronizam. Možda činjenica, da u ono vrijeme nije bilo specijaliziranih anesteziologa i da su znanja o anesteziji bila vrlo skromna, može opravdati apsurdnost te doktrine.

Sa stajališta suvremene koncepcije interdisciplinarnog rada koja predviđa zajedničko djelovanje različitih specijalista, pri čemu je svaki od njih odgovoran za svoj dio povjerenog mu posla, više ne postoji princip nedjeljivosti odgovornosti, kao što je bio u vrijeme spomenute doktrine. Stoga je nelogično i u cijelosti neprihvatljivo da kirurg snosi odgovornost za cjelokupni operacijski proces. Uz njega, koji vrši operacijski zahvat, nalazi se specijalista anesteziolog koji provodi anesteziju i brigu nad vitalnim funkcijama bolesnika tijekom operacije te sestra instrumentarka, koja pomaže kirurgu i vodi brigu i nadzor nad kirurškim instrumentima i materijalima koji se primjenjuju pri operaciji. U tom interdisciplinarnom operacijskom procesu postoji jasno definirana podjela rada u kojem je svaki od sudionika odgovoran za svoj dio. Međutim, bez obzira što je svaki od učesnika operacijskog procesa samostalan i odgovoran za svoj rad, ipak mora između njih biti prostora za međusobno informiranje i dogovor. To

nalaze princip partnerskih odnosa među njima. Kirurg će upozoriti anesteziologa prije ili tijekom operacije o mogućim poteškoćama koje bi se mogle reperkutirati na rad anesteziologa i obratno. Ako kirurg za operacijski zahvat potrebuje posebni, dodatni instrumentarij ili drugi materijal, dužan je o tome prije operacije upoznati sestru instrumentarku kako bi se ona mogla adekvatno prirediti za buduću operaciju. Zanemarivanje dogovora i informacija među sudionicima operacijskog procesa može ugroziti sudbinu bolesnika, što može biti razlogom stručne ali i legislativne odgovornosti. Treba naglasiti da se ta odgovornost ne odnosi samo na akt operacije, odnosno intraoperativnu fazu operacijskog procesa, već jednako tako na preoperativnu i postoperativnu. U tim fazama je također odgovornost podijeljena, sukladno podjeli rada.

U preoperativnoj fazi interdisciplinarnog operacijskog procesa anesteziolog ima važnu i odgovornu ulogu. Kako bi mogao sigurno provoditi anesteziju, on se najprije mora upoznati s općim stanjem bolesnika i njegovom sposobnošću da bude podvrgnut rizicima anestezije. Ako nema kontraindikacija za primjenu anestezije, anesteziolog će izabrati optimalni način anestezije za bolesnika, vodeći računa o vrsti planiranog operacijskog zahvata. Prije početka opće anestezije on se primjerice mora uvjeriti da je bolesnik na tašte. Time se smanjuje rizik kobne spiracije koja može anesteziologa dovesti u težak i odgovoran položaj.

Ne manju odgovornost ima kirurg u fazi prije operacije. Njegova najveća odgovornost leži na utvrđivanju indikacije za operacijski zahvat. Pogrešno indiciran kirurški zahvat, koji rezultira štetom po bolesnika, donosi sa sobom ne samo stručnu već isto tako i legislativnu odgovornost. Nakon što kirurg donese odluku za izvođenje kirurškog zahvata, on određuje mjesto i vrijeme njegovog izvođenja kao i vrst operacijskog zahvata, najkorisnijeg po bolesnika. Pri tome mora strogo voditi računa o vrsti i stanju bolesti, dobi bolesnika, a posebno o njegovom općem stanju uključujući i operacijski rizik.

Takvim preoperacijskim pristupom bolesniku, anesteziolog i kirurg ostvaruju u interdisciplinarnom operacijskom procesu idealnu suradnju koja je u interesu bolesnika, iako oboje djeluju s različitih pozicija. Katkada u toj preoperativnoj fazi može doći do razmišljanja u mišljenju između anesteziologa i kirurga. U takvom slučaju definitivnu odluku donosi kirurg za koju on snosi i odgovornost.

Treći sudionik u intradisciplinarnom radu kojim se ostvaruje operacijski proces, nalazi se u osobi instrumentara, najčešće sestre instrumentarke. Njen dio posla u preoperativnoj fazi ima veliku važnost i o njemu dobrim dijelom ovisi uspjeh kirurškog zahvata. Njena od-

govornost leži na osiguravanju cjelokupnog kirurškog materijala koji će biti korišten tijekom predstojeće operacije (instrumenti, tekstilni materijal i dr.). To osiguranje se odnosi na kontroliranu sterilnost te izbor i količinu materijala. Isto tako ona provjerava ispravnost aparata i uređaja koji će se koristiti tijekom operacije (pumpe, električni generatori za termokauter, video-nadzor i sl.). Ispunjavanje spomenutih obaveza, za koje sestra instrumentarka snosi odgovornost, uspješno se uklapa u interdisciplinarni rad operacijskog procesa u njegovoj preoperativnoj fazi.

Ako je za nadzor o ispravnosti rada u operacijskoj dvorani imenovana treća osoba (npr. liječnik ili medicinska sestra s dugogodišnjim iskustvom) tada instrumentarka dijeli odgovornost s tom osobom.

Intraoperacijska, druga faza, interdisciplinarnog operacijskog procesa, predstavlja najodgovorniju fazu za sve njene sudionike. Istovremeno je ona i najrizičnija po bolesnika. Nema sumnje da na kirurgu leži najveća odgovornost. On izvodi operacijski zahvat koji uvijek predstavlja agresiju na organizam čovjeka. Stoga je obavezan i odgovoran da operaciju izvodi s najvećom pažnjom, raspoložuci potrebnim znanjem i vještinama. Pri tome uvijek mora imati pred očima dvije temeljne norme medicinske etike: »Salus aegroti suprema lex« i »Primum non nocere«. Ako kirurg nije siguran u svoje sposobnosti za izvođenje određenog operacijskog zahvata, dužan je operaciju prepustiti kirurgu koji je sposoban za njeno uspješno izvođenje. Ako to ne učini, krši etičke norme i preuzima na sebe veliku odgovornost. Ako zbog nedovoljnog znanja i vještina kirurga bolesnik pretrpi štetu, kirurg će biti izložen najvećoj moralnoj, stručnoj i legislativnoj odgovornosti.

Analogno odgovornosti kirurga i anesteziolog se u interoperativnoj fazi susreće s najvećom odgovornosti koja se odnosi na anesteziju. Osim što vodi anesteziju koju prilagođuje vrsti operacijskog zahvata, posebnu brigu mora posvećivati stanju i kontroli vitalnih funkcija bolesnika. U duhu partnerskih odnosa povremeno se konzultira s kirurgom o tijeku i trajanju operacijskog zahvata. I u toj fazi interdisciplinarnog operacijskog procesa, sinergizam i međusobno povjerenje i uvažavanje između kirurga i anesteziologa, predstavljaju garanciju uspješnosti operacijskog procesa. Sestra instrumentarka, kao važan sudionik interdisciplinarnog operacijskog tima, posluhuje kirurga tijekom operacije instrumentima i drugim potrebnim materijalima. Pri tome vrši strogu kontrolu nad sterilnošću svega što se primjenjuje tijekom operacije, kao i o načinu primjene. Usprkos podjeli posla i odgovornosti može među učesnicima operacijskog procesa, zbog nepoželjnih propusta, pojedinačna odgovornost postati udruženom. Naj-

karakterističniji je primjer zaostalog »stranog tijela« u organizmu bolesnika, po završetku operacije (instrument, gaza i sl.). Zaostalo »strano tijelo« predstavlja za bolesnika veliku i ozbiljnu opasnost. Za nju su jednako odgovorni kirurg i sestra instrumentarka. Kirurg, jer je svojom nepažnjom tijekom operacije previdio zaostajanje stranog tijela u organizmu bolesnika, a i instrumentarka, jer nije vodila adekvatnu kontrolu nad instrumentima i drugim materijalima korištenim tijekom operacije. Na ovom mjestu upozorit ću i na neke elemente podjele rada i odgovornosti između kirurga i anesteziologa, a odnose se na polaganje i položaj bolesnika na operacijski stol. Ako se uvođenje u anesteziju provodi u prostoriji izvan operacijske dvorane, anesteziolog je odgovoran za premještanje bolesnika na operacijski stol. Za postavljanje bolesnika u odgovarajući položaj na stolu kao i za ispravan položaj elektroda, koje omogućuju rad elektrokirurških instrumenata i koje se nalaze u kontaktu s tijelom bolesnika, odgovoran je kirurg. Međutim, za položaj ekstremiteta koji služi anesteziologu za aplikaciju lijekova i infuzijskih tekućina, odgovoran je anesteziolog. Ako je tijekom operacije potrebno promijeniti početni položaj bolesnika na operacijskom stolu, za promjenu položaja tijela odgovara kirurg, a za promjenu položaja »anesteziolog ekstremiteta« odgovoran je anesteziolog.

Treća faza interdisciplinarnog operacijskog procesa predstavlja završnu fazu interdisciplinarnog timskog rada kirurga i anesteziologa. Po završetku operacije, anestetizirani bolesnik sve dok se potpuno ne probudi i ne dođe do pune svijesti, traži liječnički nadzor. Taj nadzor je u domeni i odgovornosti anesteziologa. Ako su u bolesnika nakon operacije izražena određena poremećenja vitalnih funkcija, za njihovu kontrolu i normalizaciju odgovoran je anesteziolog. Za poremećenja i komplikacije povezane s operacijskim zahvatom koje se nakon operacije mogu pojaviti u operiranog bolesnika (npr. sekundarno krvarenje), za njihovo zbrinjavanje odgovoran je kirurg. Nakon što operirani bolesnik dođe do pune svijesti uz stabilne vitalne funkcije, a ne postoje nalazi njegove specijalne kontrole u jedinici intenzivne skrbi, može se smjestiti u bolesničku sobu kirurškog stacionara. Time prestaje briga anesteziologa, a brigu o bolesniku preuzima odjelni liječnik i medicinske sestre. Na taj način završava interdisciplinarni operacijski proces, posebno kirurga i anesteziologa.

Sva ova iznesena pravila interdisciplinarnog rada u kirurgiji vrijede i za ambulantno operirane bolesnike. Danas se sve više primjenjuju ambulantni operacijski zahvati pri liječenju niza kirurških bolesti. Nakon takvih se operacija, u roku 1-2 sata, ili nakon kratko-

trajnog boravka u tzv. »dnevnoj bolnici« operirani bolesnik otpušta kući. Odgovornost za izvođenje ambulantne operacije snosi kirurg. Anesteziolog je odgovoran samo za anesteziju i buđenje bolesnika. Otpust bolesnika u kućnu njegu u nadležnosti je kirurga koji je izvršio operaciju. Sukladno podjeli odgovornosti, odgovornost za eventualne komplikacije u bolesnika koji je otpušten u kućnu njegu, snosi kirurg. Stoga je u interesu ambulantno operiranog bolesnika, a posebno kirurga, osigurati adekvatni nadzor u njegovoj kući. Stoga bi kirurg morao u dogovoru s obiteljskim liječnikom i preko njega, osigurati nadzor operiranog bolesnika. Obiteljski liječnik imao bi pravo u slučaju nastalih komplikacija konzultirati kirurga, ili bolesnika uputiti u bolnicu u kojoj je ambulantno operiran. Na žalost takva interdisciplinarna suradnja kirurga i obiteljskog liječnika nije definirana niti propisima utvrđena. Ona zaštićuje bolesnika od većih komplikacija, a kirurga od legislativne odgovornosti i traži adekvatno rješavanje. Zaključujući ovaj eseistički prikaz o interdisciplinarnom radu u kirurgiji, pokušat ćemo u nekoliko riječi donijeti sažetak iznesenoga. Interdisciplinarni rad predstavlja suvremeni oblik stručno-znanstvenog djelovanja i može ga se smatrati »zapovijed sadašnjosti«. Zahvaljujući njemu, u medicini pa tako i u kirurgiji, osiguravaju se optimalni uvjeti za rješavanje i najsloženije medicinske problematike. Na taj se način postiže najbolja zdravstvena zaštita i medicinska pomoć, kao rezultat zajedničkog djelovanja specijalista iz različitih specijaliziranih područja kao i drugih posebno izobraženih djelatnika. U interdisciplinarnom radu svaki od sudionika snosi odgovornost za svoj dio posla. Zahvaljujući interdisciplinarnom konceptu rada u medicini više ne postoji pravilo nedjeljivosti odgovornosti, već samo podijeljene odgovornosti, drugim riječima osobne odgovornosti.

Za interdisciplinarni rad u kirurgiji od najveće je važnosti onaj koji se odvija tijekom operacijskog procesa. U njemu kirurg, anesteziolog i sestra instrumentarka, imaju ključnu ulogu. Njihove stručne kvalitete, međusobno povjerenje i razumijevanje, predstavljaju garanciju uspješnog kirurškog liječenja. Pri tome svaki od njih je odgovoran sa svoj dio aktivnosti. Kirurg za »kirurški dio«, anesteziolog za »nekirurški dio« operacijskog procesa, a sestra instrumentarka za pomoć kirurgu u njegovom radu i za kontrolu nad instrumentima i drugim operacijskim materijalom. Posebni oblik interdisciplinarnog rada u kirurgiji nalazi se u tzv. ambulantnoj kirurgiji. U takvom obliku interdisciplinarnog rada kirurg snosi najveću odgovornost. Ona se odnosi ne samo na kirurški zahvat već i na stanje bolesnika koji se nakon operacije otpušta kući. Prije je potreb-

no u ambulantno operiranih bolesnika, koji su na kućnoj njezi, osigurati adekvatnu kontrolu i pravovremeno liječenje eventualnih postoperativnih komplikacija.

PRILOG

Čini mi se da ova rasprava o interdisciplinarnom radu u kirurgiji ne bi bila cjelovita, a da joj ovim prilogom ne dodam nekoliko upozorenja.

Interdisciplinarni rad nije niti malo umanjio odgovornost njegovih sudionika. Naprotiv, učinio ju je ponasob još naglašenijom. U kirurškom interdisciplinarnom radu, koji postiže svoju najvišu manifestaciju u operacijskom zahvatu, kirurg snosi najveću odgovornost. On postavlja indikaciju na operaciju, donosi odluku o vrsti kirurškog zahvata i provodi sam akt kirurške intervencije. Osim toga ima važnu ulogu u postoperacijskom periodu i na kraju odlučuje o otpuštanju bolesnika iz bolnice. Sva spomenuta složenost odgovornosti kirurga u interdisciplinarnom radu postaje još izraženija danas u suvremenoj kirurgiji. Zahvaljujući ogromnom napretku medicinske tehnologije, kirurgija je postala gotovo »svemoćna«. Stoga u suvremenoj kirurgiji više ne postoji pitanje - što kirurgija može, već što kirurgija smije! Drugim riječima, postavlja se pitanje gdje su granice suvremene kirurgije na kojoj prestaje njen humano-terapijski aspekt, a započinje nehumani egzibicionizam koji ne respektira medicinsko-etičke norme, a kirurgija stavlja pred stručnu i legislativnu odgovornost? Iako je kirurgu spomenuta humano-etička granica dobro poznata, ili bi bar morala biti, ipak će biti korisno na nju se ovom prilikom podsjetiti. Poznato je da je svaki kirurški zahvat opterećen određenim rizikom. Međutim, neetičan je i za svaku stručnu i legislativnu osudu onaj kirurški postupak koji uvećava uobičajeni rizik, kako u odnosu na morbiditet tako i na operacijski mortalitet. To će se dogoditi:

- ako planirani kirurški zahvat donosi bolesniku više štete od koristi;
- ako se neetički primjenjuje jedan novi kirurški postupak koji nije ili još nije, stručno-znanstveno utemeljen;
- ako je indikacija za operacijski zahvat pogrešno postavljena, što je razlogom štete po bolesnika;
- ako se kirurški zahvat izvodi bez suglasnosti bolesnika, ili osoba opunomoćenih za davanje suglasnosti (npr. roditelji za dijete, *supružnici međusobno*);
- ako se kirurški zahvat izvodi izvan granica dobijene suglasnosti bolesnika (kirurg mora prije svake operacije upozoriti bolesnika na mogućnost njenog proširenja, a u interesu bolesnika i etičke norme »salus

aegroti suprema lex«. Bolesnik mora dati svoj pristanak na takvu mogućnost);

- ako se jednostavan operacijski zahvat nepotrebno proširuje čime se povećava rizik po bolesnika;
- ako se pristupa kirurškom zahvatu bez odgovarajućeg znanja i vještina te izazove šteta po bolesnika;
- ako se kirurški zahvat izvodi nepažljivo s posljedičnom štetom po bolesnika;
- ako zbog neprimjerene suradnje kirurga i anesteziologa tijekom operacije, nastupi šteta po bolesnika (obično je odgovornost udružena).

Kako bi kirurg izbjegao etičku, stručnu i legislativnu odgovornost neophodno je da u svom pristupu bolesnik, kako pre- tako i intra- i postoperativno, pokaže maksimalnu pažnju i razumijevanje, imajući pred očima tri temeljne medicinske norme:

1. Primum non nocere
2. Primum utilis esse
3. Voluntas aegroti suprema lex.

Pristupajući tako svom bolesniku, kirurg će opravdati svoje visoko humano poslanje.

SOME ASPECTS OF INTERDISCIPLINARY TEAM WORK IN CONTEMPORARY SURGERY

MLADEN ŠTULHOFER

Interdisciplinary work in surgery and medicine in general, is a contemporary norm. It consists of coordinated goal-oriented activities of medical staff with different professional training. Each of the team members acts independently, that is according to his/her best judgment, within his/her area of experience. Mutual respect, trust and the care for patient's well-being are the bonds that integrate a surgical team. Such a structure optimizes problem-solving through highly efficient use of medical resources. Each member of a surgical team- the surgeon, the anesthetist and the scrub' nurse - is personally (morally and legally) responsible for his/her contribution. This holds true not only for surgical intervention, but also for pre- and post-operative phases. It should be stressed, though, that the division of labor during surgical procedure can not and should not be rigid. A certain amount of flexibility, necessary for consultation, information sharing and, sometimes, joint decision-making, is of utmost importance. Flexibility is an important factor in performing safe and successful surgical intervention.

LITERATURA

1. Ulsenheimer K. Die Rechtstellung des Chirurgen im interdisziplinären Konzept. *Mittel Deutsch Gesell Chir* 2004; 3: 244-7
2. Weissauer W. Division of work and delineation of responsibility between anesthetist and surgeon. *Anästhesist* 1967; 282: 163-77
3. Ulsenheimer K. Oekonomische Zwänge und anästhesiologische Standards. *Anästhesist* 2004; 53: 607-11.