

Vještačenja u ortopediji

Željko Jovičić

Mr sc. med., ortoped, Zavod za ortopediju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju "Dr Miroslav Zotović" Banja Luka, Bosna i Hercegovina, zeljkorjovicic@gmail.com

Rezime: Ortopedska vještačenja su veoma česta i bitna u sudskim procesima. Ortoped može da vrši vještačenja na sudu u okviru parničnog i krivičnog postupka. Nalaz i mišljenje u ovom kontekstu moraju biti jasni, koherentni i konzistentni. Ljekar kvalifikuje povredu, a sud kvalifikuje djelo. Pri tome mora biti nepristrasan i transparentan. Proficijentan ekspert raspolaže sa potrebnim znanjem, iskustvom i vještinama da bi odgovorio na činjenična pitanja. Timski rad, multidisciplinarnost i umrežavanje znanja su uslovi za uspjeh u ovom odgovornom poslu.

Ključne riječi: Ortopedsko vještačenje, kvalifikacija povreda, umanjeno životne aktivnosti, invaliditet, nadzor rada.

Datum prijema rada: 19. februar 2015.

Datum odobrenja rada: 23. februar 2015.

UVOD

Vještačenja su u svim sudskim postupcima veoma važne procesne radnje. (Mrvić-Petrović, Čirić, & Počuča, 2013.) Medicinska vještačenja su među najčešće zastupljenim u sudskim procesima, a ortopedska vještačenja su među najčešćim medicinskim vještačenjima. Vještačenje kao dokazno sredstvo sud slobodno cijeni na osnovu ocjene svih dokaza (logička kritika suda). Medicinsko vještačenje se određuje kada za utvrđivanje ili ocjenu činjenica treba pribaviti nalaz i mišljenje osobe koja raspolaže potrebnim medicinskim znanjem i vještinom. Sud nema stručno medicinsko znanje, i zato su vještaci značajni i nezaobilazni u sudskom postupku. (Medić, 2014.) Vještačenje se provodi radi odgovora na činjenična pitanja, a nikada prilikom odlučivanja o primjeni pravne norme.

NALAZ I MIŠLJENJE VJEŠTAKA

Pregled sudskog spisa je prvi korak u sudskomedicinskom vještačenju. Potom se pristupa izradi nalaza i mišljenja.

Nalaz i mišljenje vještaka čine jedinstvo, iako se formalno razdvajaju. (Medić, 2014.) Nalaz (zapažanje) je klasično dokazno sredstvo. U njemu se konstatuju bitne činjenice i daju osnovni podaci o predmetu vještačenja. Mišljenje o zapaženom predstavlja specifično pomaganje pri utvrđivanju činjeničnog stanja, ali ne u smislu suđenja. To je stručni sud o utvrđenim činjenicama, i iz njega se vidi na osnovu kojih je pravila struke i nauke izveden određeni zaključak. Nalaz i mišljenje moraju da budu jasni, koherentni i konzistentni. Prilikom rada na slučaju, vještak pokušava da sazna što više detalja priče, otkrivajući istinu na metodičan način. On mora pokušati da drži priču u liniji

i složi hronologiju događaja. On mora koristiti čist, jasan jezik, da bi se izbjegli nesporazumi. Njegova nepristrasnost i transparentnost moraju biti vidljivi svo vrijeme. Potrebno je navesti navike povrijeđenog, kao što su pušenje ili uzimanje lijekova, kao i eventualne operacije i hospitalizacije. Klinički pregled mora biti objektivna, sa testovima, mjerenjima i manevrima koji daju puni uvid u sadašnje stanje povrijeđenog. Samo pouzdano izmjeren i prema tome u brojke pretvoren supstrat može poslužiti kao adekvatan parametar za egzaktnu obradu i poređenje. Ako želimo da kvantitativno definišemo neki supstrat, pojavu ili promjenu, ili ako pratimo neki proces, najprije moramo odrediti relevantne, mjerljive parametre. U svakodnevnoj kliničkoj praksi, takvih primjera ima mnogo, od jednostavnog mjerenje težine, tjelesne temperature, do hematoloških i biohemijskih pretraga. U svim tim slučajevima neki parametar se izražava brojem, mjeri se određenim jedinicama, što omogućava utvrđivanje stanja promjene ili toka nekog procesa, i dozvoljava poređenje sa drugim procesima i pojavama. Međutim, brojna stanja u kliničkoj medicini nisu za sada mjerljiva, i ne mogu se definisati osim kvalitativno, na osnovu subjektivne procjene i iskustva. Stanje povrede, rane ili preloma, prosuđuje se na osnovu kliničkog i rentgenskog nalaza, a tačnost mišljenja zavisi od iskustva kliničara. Dakle, problem kvantifikacije otvorenih sistema i multifaktorijelno uslovljenih procesa sa neodređenim brojem stepeni slobode je jako težak za rješavanje.

U ortopediji, kada se ispituje određeni dio tijela (npr. slomljeni lakat), potrebno je uraditi što više testova da bi se dobilo što više informacija. Pri tome je korisna komparacija sa drugom, zdravom stranom tijela. Problem ponekad nastaje kada patološko stanje prelazi granicu aksijalnog i

apendikularnog skeleta (kičmeni stub i ekstremiteti). Takav je slučaj kod bolova u vratu koji se šire niz ruke, ili bolova u donjem dijelu leđa koji se šire niz noge. Ovdje većinom postoji više patoloških entiteta koji objašnjavaju i simptomatologiju i znakove. Neki od ovih entiteta su dominantni, neki subordinarni. Vještak ponekad daje mišljenje da li je povreda jednog dijela tijela povezana sa simptomima na drugom dijelu tijela (npr. skraćanje noge uzrokuje probleme u drugoj nozi ili donjem dijelu leđa). Ponekad povrede skeleta uzrokuju sekvele nakon mnogo vremena (npr. avaskularna nekroza glave butne kosti nakon preloma vrata butne kosti). (Sullivan, 2006.)

Ako prilikom pregleda povrijeđeni odbija da saraduje, to se mora navesti u nalazu.

U zaključku je korisno pozvati se na rezultate istraživanja iz literature, u svrhu objašnjavanja generalnih principa, u kontekstu konkretnog slučaja. Ako je potrebno, mogu se navesti recentne publikacije iz specifičnog područja od interesa.

VRSTE ORTOPEDSKIH VJEŠTAČENJA

Ortopedsko medicinsko vještačenje je pisani dokument ortopeda, vještaka, koji daje sudovima, osiguravajućim kućama i prilikom ostvarivanja prava iz domena zdravstvenog i penzionog osiguranja. Taj nalaz se zasniva na upoznavanju predmeta, kliničkom pregledu i ispitivanju na osnovu naučno priznatih činjenica za oblast ortopedije. Prema tome, postoje sledeća ortopedska vještačenja:

- Vještačenje na sudu.
- Vještačenje u osiguravajućim zavodima.
- Vještačenja u domenu zdravstvenog i invalidskog penzionog osiguranja. (Vukašinović, 2002.)

Sudska vještačenja

Ljekari uključeni u sudskomedicinska vještačenja su obično specijalisti u praksi, sa višegodišnjim iskustvom. Najčešće su to ortopedi i psihijatri. Ljekar koji radi ekspertizu ponekad se zove ekspert, ne zato što ima brojne nagrade ili je bio briljantan na specijalizaciji, već zbog toga što ima potreban trening i iskustvo, pa se očekuje da on zna sve o medicinskoj strani konkretnog slučaja, te da će moći objasniti činjenice u nalazu i mišljenju, kao i pred sudom. Na sudu, on mora biti pripremljen za debatu o kontroverznom činjenicama u slučaju sa pravnicima, kao i za odbranu svog mišljenja ako je ono kontradiktorno sa mišljenjem ekvivalentnih eksperata u opoziciji. Svo vrijeme, on mora biti fokusiran i informativan, te ne dozvoliti ličnim osjećanjima da se pokažu. On mora zapamtiti da je sudija taj koji će ultimativno donijeti konačnu odluku. Ljekar kvalifikuje povredu, a sud kvalifikuje djelo. Njegov glavni posao nije da pobijedi opoziciju, nego da adekvatno reprezentuje medicinski interes svog klijenta. Da bi postao proficijentan ekspert, ljekar mora sticati znanje i vještine kroz mukotrpu krivulju učenja, preko prisustvovanja raznim kursevima, čitanja knjiga i časopisa, učenja jezika suda i prepoznavanja šta se očekuje

od eksperta u medicinskim stvarima. Prije prihvatanja ekspertize, ljekar mora biti siguran u sebe i svoj mandat, te da ne postoji sukob interesa između njega i slučaja. U suprotnom, on će se diskvalifikovati. Ekspert će imati veći kredibilitet ako se postavi kao evaluator, a ne tretirajući ljekar.

U svom nalazu i izlaganju, vještak mora jasno navesti i razdvojiti šta je kazao povrijeđeni, šta terapeut, šta medicinska sestra, i u kojim okolnostima. On mora držati svoj narativ i "voz događanja" u savršenom konsekutivnom poretku. Ako u slučaju postoje neki neobjašnjeni "džepovi" gdje vlada "medicinska tišina", potrebno je objasniti razlog toga. Nalaz i mišljenje moraju zadovoljiti visoke standarde profesionalizma i kredibiliteta.

Sud će obično biti zadovoljan sa jednostavnim odgovorima koji brzo i tačno "pogađaju u metu". Elongirani, tortuozni argumenti će za nemedicinske učesnike biti teški za praćenje, i mogu služiti samo za otvaranje vrata konfliktima i kontroverzama. Vještak, dakle, govori sudu, a ne kolegama na medicinskom kongresu. Od eksperta se očekuje da bude tačan i koncizan, kao i da da prihvatljive razloge za svoj izbor. On mora postaviti čvrste razloge zašto smatra da određena dijagnoza egzistira, a druga ne. U nekim slučajevima, naravno, čista i koncizna dijagnoza je nemoguća. Ekspert tada mora uraditi "balansiranje mogućnosti", da bi produkovao najbolju moguću dijagnozu i elaborirao svoje razloge.

Za sud je vrlo bitno da se ekspert jasno izjasni da li je liječenje povrijeđenog završeno, jer se samo tako i tada mogu utvrditi posledice. Naime, živi organizam je otvoreni sistem sa neodređenim brojem stepeni slobode djelovanja, i vrlo je teško predvidjeti sve mogućnosti reagovanja organizma na djelovanje mehaničkih sila. Vještak treba da ispita evoluciju stanja i odgovor na tretman, da bi prepoznao da li je povrijeđeni došao do tačke preko koje više nisu potrebni dalja ispitivanja i tretman, poznate kao "tačka konsolidacije" ili "tačka maksimalnog razvoja". Ako prilikom kontrolnih pregleda nije bilo poboljšanja stanja, ako se u nalazima ljekara navodi nepromijenjen nivo povratka funkcije, obima pokreta i bola, ako su RTG snimci i drugi testovi bez promjene, vještak se sa punim pravom izjašnjava da je stanje sada stabilno, i da ništa dalje ne može i ne treba da se radi. (Sullivan, 2006.)

U ispitivanju uzročno-posledične veze između povrede i posledice vještak je vođen prirodom i intenzitetom traume, proteklom vremenom između događaja i žalbe povrijeđenog, koherentnošću podataka vezanih za povredu, kvalitetom i kvantitetom simptomatologije, stanjem prije povrede i drugim pridruženim dijagnozama i tretmanima. Tada on može dati razloge za odgovore koje zna. U citiranju iz medicinske literature, uvijek je sigurnije služiti se artiklima sa bazičnim principima, nego uzbuđljivim personalnim opservacijama koje mogu lako biti pobijene od opozicije.

Određivanje pogoršanja već prethodno lošeg stanja na mjestu povrede je teško, i često je uzrok debate. S jedne tačke gledišta, ako je prethodno stanje bilo potpuno skri-

veno, a ponovo se javilo kao rezultat neprekidnog povređivanja (npr. latentni osteomijelitis nakon povrede na istom mjestu), tada su vrata pogoršanju stanja otvorena. S druge strane, ako je prethodno stanje bilo samo notirano u vidu simptoma i znakova od strane pacijenta ili tretirajućeg ljekara, tada ponovna povreda na istom mjestu ne može biti odgovorna za pogoršanje.

Ortopedski hirurg, specijalista, može da vrši vještačenje na sudu u okviru parničnog ili krivičnog postupka, a u vezi sa raznim patološkim promjenama i posledicama na lokomotornom sistemu, nastalim usled određenih povreda. Njegova pozicija je ovdje drugačija u odnosu na njegov redovni posao. Naime, svaka dijagnoza, nalaz i mišljenje sada dobijaju pravnu funkciju. (Mrvić-Petrović, Čirić, & Počuća, 2013.) Ovo vještačenje mora da bude u okviru pune objektivnosti i odgovornosti. Nalazi nedovoljno iskusnih i edukovanih vještaka su ponekad nejasni, neodređeni i preopširni, pa uzrokuju kontroverze i različite interpretacije na raspravi. Zbog toga dovode do otežanog utvrđivanja istine i nepotrebnog odugovlačenja postupka. Za uspješno obavljanje vještačenja važno je da sud odabere kompetentnog vještaka u skladu sa karakterom i složenosti konkretnog slučaja. Sudskomedicinsko vještačenje zahtijeva punu saradnju između suda i vještaka, međusobno prožimanje znanja i stručnosti kako bi se postigao cilj-utvrđivanje istine. Njihov odnos mora biti odnos komplementarne saradnje subjekata koji djeluju na ostvarivanju zajedničkog, činjenično i pravno vrlo složenog zadatka. (Medić, 2014.) Ovdje se radi o integraciji medicinskog znanja sa pravnim, ekonomskim, socijalnim i etičkim aspektima traumatizma kao pandemijskog fenomena. Dakle, neophodna je multidisciplinarnost i umrežavanje znanja.

Ponekad se od eksperta zahtijeva da produkuje kontraekspertizu, na mišljenje dato od strane opozicije. Ovi slučajevi su puno zahtjevniji za vještaka i zahtijevaju više iskustva. Proces koji slijedi je u suštini isti, ali puno specifičniji u smislu sigurnosti u svoje tvrdnje.

Ukratko, cilj sudskomedicinskog vještačenja je pobjeda argumenata baziranih na prezentaciji kredibilnih dokaza. Razlog dugih procesa je to što medicinska pitanja nisu crna i bijela, već često siva, pa samim tim i odgovori. Cilj je dati sudu medicinsku informaciju. Ideja je da ljekari i pravnici rade timski, u tandemu. Samo tako je moguće izgraditi čvrstu konstrukciju slučaja.

Ljekar od koga je zahtijevano kvalifikovanje povrede treba da bude kritičan u odnosu na svoje mogućnosti i procijeni da li mu iskustvo i znanje dozvoljavaju da se upusti u obavljanje naloženog zadatka.

Povrede

Traumatologija je grana medicine koja se bavi izučavanjem i liječenjem svih vrsta povreda. Progres nauke i ubrzanje tempa života, sa suštinskim promjenama u načinu življenja, uslovljavaju stalne promjene u brojnosti i kvalitetu povreda. U savremenim uslovima, to se u prvom redu

odnosi na saobraćajni traumatizam, manje na industrijski, ali i na sportski traumatizam. U okviru ove tri kategorije nastaje više od 90% povreda koje se dogode na koštano-zglobnom sistemu. Kompleksni uslovi povređivanja uslovljavaju sve veći broj politrauma, koje zahtijevaju drugačiji pristup liječenju i evaluaciji posledica, nego što je to slučaj kod izolovanih povreda.

Saobraćajni traumatizam postao je odavno epidemio- loški problem. Svjetska zdravstvena organizacija je proglasila ovu dekadu "Dekadom akcije za sigurnost na putevima". Razlog je i to što je npr. u 2010. godini, na svjetskim putevima poginulo 1,24 miliona ljudi. Saobraćajni traumatizam je pored toga, vodeći uzrok smrti mladih od 15 do 29 godina.

Pandemija ratova u dvadesetom vijeku nije zaobišla naše prostore, Naprotiv, buknila je i na njegovom samom kraju, i to kao izolovano regionalno žarište. Ratne povrede u oko 50-70% slučajeva obuhvataju ekstremiteta. Ako se tome dodaju povrede karlice i kičmenog stuba, procenat povreda koje tretiraju i evaluiraju ortopedi je još veći. Sve je veća učestalost povreda donjih ekstremiteta. Druga specifičnost je porast povreda nanijetih fragmentima eksplozivnih sredstava. Svako drugo ranjavanje je bilo praćeno prelomom kosti. Karakteristika ratnih povreda ekstremiteta je da imaju visok morbiditet, ali nizak mortalitet, te da ostavljaju posledice u smislu umanjenja opšte životne aktivnosti.

Povrede na radu se odnose na industrijski, poljoprivredni traumatizam i sl.

Smatra se da se u sportu dogodi 10-15% ukupnog broja povreda. Od ukupnog broja sportista i osoba koje se redovno bave sportskom aktivnošću, u toku godine povređuje se svaki peti, i na taj način se privremeno ili trajno onesposobljuje. Traumatizam je problem savremenog svijeta, a trauma bolest današnjice. (Banović, 1998.)

Povrede se mogu podijeliti i prema lokalizaciji. Ova podjela daje podatke koji je organ ili dio tijela povrijeđen ili uništen.

Da bi se povrede mogle uopšte vještačiti, neophodno je nepobitno utvrđivanje njihovog postojanja. Zato je pregled povrijeđenog najbolje uraditi u fazi neposredno poslije povređivanja. U slučajevima kada se vještačenje povreda vrši kasnije, što je češći slučaj, poželjno je izvršiti pregled povrijeđenoga, bez obzira što je od povređivanja proteklo više mjeseci ili godina. Ovim pregledom moguće je objektivizirati eventualne tragove ranijih povreda, kao što su ožiljci kože na mjestu rana, kalusi na mjestu preloma, uporediti ih sa onim što je konstatovano u medicinskoj dokumentaciji i ustanoviti posledice koje su eventualno zaostale poslije završenog zacjeljivanja povreda.

Pod klasifikacijom povreda podrazumijeva se njihova podjela u posebno definisane grupe na osnovu utvrđenih kriterijuma. Povrede su klasifikovane prema svom izgledu i osobinama, odnosno sredstvu kojim su nanesene. Izdvojene su sledeće grupe: mehaničke, fizičke, asfikičke, hemijske, nutritivne, bakterijske i psihičke povrede.

Kvalifikacija povreda

U *krivičnim procesima*, od vještaka se obično zahtijeva da kvalifikuje težinu povrede. Ona se prvo razvrstava na laku ili tešku povredu.

Povreda (trauma) predstavlja nasilno oštećenje tijela odnosno zdravlja, koje je izazvano isključivo dejstvom spoljašnjih faktora, za razliku od oboljenja, kao prirodnog oštećenja zdravlja, koje se razvija spontano, pod uticajem spoljašnjih i unutrašnjih faktora. Tjelesne povrede vještače se, po pravilu, pregledom povrijeđenog, a ako to nije moguće ili ako po izuzetku to nije potrebno, na osnovu medicinske dokumentacije ili drugih podataka u spisima. Pošto opiše povrede, vještak daje mišljenje o vrsti i težini svake pojedine povrede i njihovom ukupnom dejstvu, s obzirom na njihovu prirodu i posebne okolnosti slučaja, kakvo dejstvo te povrede obično proizvode, a kakvo su u konkretnom slučaju proizvele, čime su povrede nanijete i na koji način.

Za kvalifikaciju lake tjelesne povrede, minimum je postojanje bola na palpaciju (dodir). Ukoliko ni toga nema, onda udarac (kontuzija) nije uzrokovao povredu. Ove povrede ne dovode do oštećenja važnih organa za rad ili život, niti ga ugrožavaju.

Za razliku od njih, teške tjelesne povrede oštećuju zdravlje i važne organe za rad, a time i sam život.

Ukoliko kod jedne osobe postoji više povreda, trebalo bi svaku povredu posebno kvalifikovati i na kraju skupno procijeniti njihovo zajedničko dejstvo i kvalifikovati ga. Smisao ovakvog postupka je u tome što u nekim slučajevima veći broj povreda, koje svaka za sebe inače predstavlja laku tjelesnu povredu, mogu svojim skupnim dejstvom dovesti do teškog oštećenja zdravlja ili čak do smrti (npr. mnogobrojni pojedinačni manji krvni podlivi mogu svojim skupnim dejstvom uzrokovati veliki, nekada i smrtonosni gubitak krvi). Ovaj princip u kvalifikaciji je sa pravnog stanovišta posebno važan u onim slučajevima kada je jednoj osobi od strane dva ili više napadača nanijet veći broj povreda (naročito ako su te povrede različite težine i povlače za sobom različito zakonsko sankcionisanje). Pravilo je da se povreda kvalifikuje na osnovu stepena oštećenja tijela i zdravlja koje ona prouzrokovala u momentu nanošenja i koje je proisteklo iz same prirode, odnosno karaktera povrede. Drugim riječima, prilikom procjenjivanja treba utvrditi kakvo oštećenje ta povreda izaziva kod većine ljudi, nezavisno od nekih naročitih ličnih osobina ili stanja. Na osnovu medicinskog znanja i iskustva može se, naime, predvidjeti taj uobičajeni tok razvoja neke povrede sa nastankom odgovarajućeg (očekivanog) oštećenja tijela odnosno zdravlja. Takođe se nalaže da vještak procijeni i kakvo dejstvo su konstatovane povrede proizvele u svakom konkretnom slučaju. Suština ovog principa proizilazi iz činjenice da očekivani tok razvoja neke povrede može u izvjesnim slučajevima biti u manjoj ili većoj mjeri izmijenjen i stoga dovesti do težeg (nekada i lakšeg) oštećenja tijela i zdravlja nego što je to kod određenog tipa povrede uobičajeno. Na takav neočekivan tok mogu prvenstveno uticati faktori koji vode porijeklo od

same povrijeđene osobe (lična svojstva ili posebna stanja), zatim naročite okolnosti pod kojima je povreda nastala, a u nekim slučajevima ti faktori mogu ostati medicinski nerazjašnjeni.

U vezi sa prethodno navedenim principima kvalifikacije povreda, neophodno je objasniti razliku između pojmova posledice i komplikacije povrede, koji se u praksi često miješaju i neadekvatno koriste. Posledica povrede je nužno sadržana u karakteru povrede, proističe iz njenog uobičajenog toka i obavezno se javlja kao njen rezultat (npr. presijecanje kičmene moždine dovodi do prestanka funkcije njenog donjeg dijela sa odgovarajućim neurološkim ispadima). Komplikacija povrede je pojava koja nije nužno sadržana u prirodi povrede i ne nastaje u svim slučajevima. Za nastanak komplikacija su, pored same povrede bitni i drugi faktori, u prvom redu lična svojstva i posebna stanja organizma, zatim kvalitet liječenja i dr.

Poseban problem u vještačenju čine oni slučajevi u kojima smrtna komplikacija nastaje poslije povrede koja u svom karakteru ne nosi konkretnu opasnost po život. Tako npr. u većini preloma butne kosti poslije izvjesnog vremena i uz odgovarajuće liječenje dolazi do srastanja kosti bez ikakvih posledica. Međutim, u nekim slučajevima kao komplikacija ovog preloma može nastati tromboza dubokih vena nogu, a dijelovi tromba se mogu odvojiti i krvotokom biti prenijeti do krvnih sudova pluća, koje zapušavaju, a što može dovesti do brzog nastanka smrtnog ishoda zbog trombozne embolije pluća. U ovom slučaju primarna povreda (prelom butne kosti) nije sama po sebi bila opasna po život, a smrtni ishod je ipak u vezi sa ovom povredom jer je ona uslovlila razvoj smrtonosne komplikacije. Podrazumijeva se da je u ovim slučajevima neophodan nalaz obdukcije.

Uništenje ili oštećenje dijela tijela ili organa treba procjenjivati kako sa anatomskog tako i sa funkcionalnog aspekta. Uništenje podrazumijeva da je zbog povrede došlo do anatomskog gubitka nekog važnog dijela tijela ili važnog organa ili potpunog i trajnog prestanka njegove funkcije. Tako na primjer uništenje šake kao važnog dijela tijela može nastati zbog anatomskog gubitka (amputacija) ili zbog prestanka njene funkcije uzrokovane povredom živaca. Prilikom kvalifikacije ovih povreda ne smije se uzeti kao olakšavajući faktor mogućnost da se uništeni dio tijela ili organ može zamijeniti ili nadoknaditi (npr. transplantacijom).

U ovom kontekstu, narušenje zdravlja ne treba poistovijetiti sa bolešću, pošto ono treba da bude posledica povrede. (Savić)

Profesija povrijeđenog ne bi trebalo da bude kvalifikatorni element za medicinsku procjenu težine povrede. Tako se navodi primjer gubitka malog prsta kod muzičara (pijaniste, violiniste npr.) s jedne strane i fizičkog radnika s druge strane. Sa medicinskog stanovišta, ovakva povreda se u oba slučaja mora ravnopravno tretirati. Sasvim drugi problem leži u tome što ta povreda kod muzičara može uzrokovati gubitak njegove profesionalne sposobnosti (u odnosu na njegovu specifičnu profesiju), što ne podrazu-

mijeva automatski i apsolutnu radnu nesposobnost. Etabilirana funkcionalna limitiranost u stvari ostavlja određeni stepen permanentne povrede. Prije svega, svi mi znamo osobe koje su hendikepirane, ali nisu postale nesposobne za posao koji su radile prije povrede. Tijelo i um imaju veliku sposobnost kompenzacije, ako postoji voljni faktor. Poslodavci u pravilu zapošljavaju radnike koji sposobni da odgovore zahtjevima koji idu uz taj posao. Pitanje je jednostavno. Može li ili ne može raditi taj posao. Nečija humanost i dobrota ne kvalifikuju ga da bude šef u aviokompaniji. Ako osoba jasno ne može raditi posao (posao zahtijeva dvije noge, a osoba ima jednu) onda se preporučuje profesionalna reorijentacija. Ali ako osoba ima jednu nogu kraću za pola centimetra od druge, to ne predstavlja funkcionalni deficit. Kada se razmotre sekvele povrede i izlistaju zahtjevi ciljnog posla, ekspert obično locira nekoliko limitacija. Previše limitacija diskvalifikuju povrijeđenog u povratku prijašnjem poslu. Dobar i pouzdan radnik će lakše naći put povratka na posao. Radnik sa lošom reputacijom ponekad ima više problema na tom putu. Dobra volja je potrebna na više strana. Pitanje smanjenja ili gubitka profesionalne radne sposobnosti više su problem rasprave u građanskoj parnici, a ne medicinske kvalifikacije povreda. Odšteta zbog umanjenja radne sposobnosti ne može se osnovano zahtijevati za samu povredu, odnosno gubitak organa, već za posledice koje je ona prouzrokovala.

Suština unakaženosti kao kvalifikativnog elementa proističe iz činjenice da ovakve tjelesne promjene mogu u znatnoj mjeri otežati budući život osobe i dovesti kod nje do ozbiljnih psihičkih poremećaja. Procjena unakaženosti i njeno eventualno gradiranje često se više zasnivaju na subjektivnom utisku i procjeni onoga koji kvalifikuje povredu, nego na objektivnim medicinskim činjenicama. Kao i kod radne sposobnosti, i kod ovog kvalifikatornog principa treba se držati pravila da su kriterijumi kvalifikacije isti za sve osobe, bez obzira na njihovu profesiju. Ovaj problem se rješava u građanskoj parnici.

Za ljekare vještaka je čest problem kako da na adekvatan način formulišu mišljenje o težini tjelesnih povreda. Principijelno, dok važe postojeće zakonske formulacije, ljekari ih se moraju pridržavati.

Postoje i povrede za koje je dosadašnja praksa pokazala da se vrlo teško mogu svrstati u jednu od navedenih grupa povreda. Drugim riječima, one se nalaze na granici između lakih i teških povreda (tzv. granične povrede). Kao primjer se obično navode: prelom jednog rebra bez dislokacije, prelom nosnih kostiju bez dislokacije, izbijanje jednog zuba itd. Ukoliko postoji ovakva dilema, potrebno ju je iznijeti na sudu.

Iz svega što je do sada rečeno o problemu sudskomedicinske kvalifikacije povreda, proizilazi jedno od osnovnih načela ovog dijela ortopedskog vještačenja. Naime, ne postoji mogućnost uopštenog kvalifikovanja povreda, već se one moraju zasebno kvalifikovati u svakom konkretnom slučaju. (Savić)

Vještačenje profesionalne odgovornosti ljekara je takođe obaveza vezana uz procese protiv ljekara ili zdravstvenih ustanova. Ljekar vještak odgovara na pitanje da li je neželjeni ishod medicinska greška, komplikacija ili posledica same bolesti ili povrede. Medicinska deontologija daje odgovor da li se određene akcije mogu smatrati dobrim ili lošim. To je nauka o dužnostima, o onom šta treba činiti, specifično u medicinskom kontekstu.

Vještačenje ortopeda je znatno češće u *postupcima građanske parnice*. (Vukašinić, 2002.)

U parničnom postupku vještak daje sledeće ocjene:

- Pretrpljeni bol
- Pretrpljeni strah.
- Umanjenje opšte životne sposobnosti.
- Umanjenje radne sposobnosti.
- Unakaženost.
- Bolovanje.
- Tuđa njega i pomoć.

Ocjena dužine trajanja bola se određuje zavisno od povrede i na osnovu iskustva vještaka. Procjena pretrpljenog bola se vrši u svetlu normalne senzorne i motorne funkcije organizma ili njegovog dijela. Ova procjena vještaka je subjektivna, kao što je subjektivna i percepcija bola kod različitih osoba. Podjela bola po vrstama, i gradacija po jačini zahtijeva od eksperta veliko znanje i iskustvo. Naime, u kliničkoj praksi u kontekstu bola postoji problem kvantifikacije. Proficijentan vještak ima i ono zrno mudrosti, a to je sposobnost kritičkog promišljanja. Ovo područje, tako često uzrok kontroverzi, još uvijek je sjenovito i jasno zahtijeva buduće definisanje.

Gradacija straha se daje uzimajući u obzir stepen povrede, uzroke koji tom prilikom dovode do straha, okolnosti, vrijeme i mjesto zadobijanja povrede, kao i neizvjesnost za ishod i posledice.

Umanjenje opšte životne aktivnosti se odnosi na anatomska i funkcionalna oštećenja. Ovaj oblik štete obuhvata duševne bolove oštećenog zbog oštećenja na njegovom tjelesnom ili psihičkom području. Umanjenje opšte životne aktivnosti obuhvata sva ograničenja u aktivnostima oštećenog koje je ostvarivao, ili bi ih po redovnom toku stvari ostvarivao u budućnosti. Pod ograničenjem se podrazumijeva i vršenje aktivnosti uz povećane napore i pod posebnim uslovima. Vještačenje umanjenja opšte životne aktivnosti nema nikakve veze sa tablicama invaliditeta osiguravajućih kuća, tablicama penzionih fondova ili tablicama za izračunavanje vojnog invaliditeta, i njih bi u mišljenju trebalo zanemariti. Umanjenje opšte životne aktivnosti treba razlikovati od umanjenja radne sposobnosti. Umanjenje opšte životne aktivnosti, dakle, nije invaliditet, invalidnost niti tjelesno oštećenje. To je smanjenje funkcionalnih sposobnosti organizma u vezi sa povredom. Miješanje i izjednačavanje ovih termina predstavlja zabludu. Invaliditet je pojam koji koriste osiguravajuće kuće kod osiguranja od posledica nesretnog slučaja (nezgode). Invalidnost je vezana za radnu nesposobnost i koristi se u penzionom

osiguranju. Tjelesno oštećenje je takođe termin iz penzionog osiguranja, i ne spada u institut naknade nematerijalne štete. (Bradić, 2013.)

Određivanje nematerijalne štete odnosi se na visinu pravične novčane naknade u slučaju oštećenje duševnog ili tjelesnog zdravlja. To je objektivni koncept neimovinske štete. Poseban je problem utvrđivanje umanjena opšte životne aktivnosti kod politraumatizovanih osoba. U tom slučaju treba objediniti ocjenu, prateći funkcionalni status organizma kao cjeline, a ne sabirati posledice pojedinih oštećenja. Kao osnova za ocjenu se uzima posledica najtežeg oštećenja. Procenat ovog najtežeg oštećenja može eventualno biti uvećan zbog značajnog uticaja drugih oštećenja na cijeli organizam povrijeđenog. Dakle, oštećenu osobu treba klinički pregledati, slušati, posmatrati, mjeriti, razumjeti, i onda obrazložiti činjenično stanje.

Kod ocjene umanjena radne sposobnosti, pored anatomskih i funkcionalnih oštećenja uzima se u obzir zanimanje oštećenoga. Detaljno se utvrđuju trajne posledice i oštećenje dijelova tijela ili organa koji su u direktnoj vezi sa zanimanjem povrijeđenog. Šteta nastala usled gubitka radne sposobnosti sastoji se u gubitku dohotka i ispoljava se kao materijalna šteta, te se utvrđuje na drugi način nego šteta za pretrpljene bolove zbog umanjena životne aktivnosti.

Unakaženost se vještači ako povreda trajno ostavlja promjene u izgledu pojedinih dijelova tijela, ili cjelokupnog izgleda. Tu se u obzir uzimaju godine života, profesija, pol, porodične prilike i dr.

Dužina bolovanja je važna iz medicinskih i ekonomskih razloga. Ukoliko postoji nesaglasnost o dužini bolovanja, vještak daje definitivno mišljenje.

Tuđa njega i pomoć se dodjeljuje u slučajevima gdje su posledice povreda takve da ni pojačani naponi nisu dovoljni za normalan život.

Vještačenja u osiguravajućim zavodima

Ovo vještačenje se odnosi na osiguranje osoba i podrazumijeva:

- Osiguranje od posledica nesretnog slučaja (nezgode).
- Osiguranje od odgovornosti naknade nematerijalne štete (autoodgovornost).
- Osiguranje života.

Na osnovu medicinske dokumentacije i/ili kliničkog pregleda, ljekar cenzor određuje procenat invaliditeta. Pri tome koristi tablice za određivanje procenta invaliditeta konkretne osiguravajuće kuće. Tablice se vremenom mijenjaju zbog razvoja medicinske struke, a njih uvijek pravi grupa ljekara raznih specijalnosti. One su obično podijeljene prema anatomskim regijama i sistemima, a preko 80% se odnosi na lokomotorni sistem, pošto je on najčešće izložen povredama. Svaka osiguravajuća kuća ima svoje tablice, što je često uzrok nesporazuma. Neke osiguravajuće kuće su potpuno izbacile iz tablica trzajnu povredu vrata, jer je to inače jedan od najčešćih uzroka sporenja. Sporenja su česta i kod primjene tačaka u tablicama koje nemaju

fiksni procenat, nego je on dat u širokom rasponu. Takav je slučaj sa umanjnjem pokretljivosti skočnog i ručnog zgloba u manjem stepenu, gdje je procenat po jednoj tački dat u rasponu od 1 do 10 posto. Pokušaji korekcije ili unifikacije tablica dogovorom osiguravajućih kuća, do sada nisu bili uspješni. Čest je slučaj da povrijeđeni ili njegov zastupnik traži naknadu i za posledice koje nisu obuhvaćene osiguranjem, kao što su bol, strah, tjelesna naruženost i sl. Ponekad postoje neslaganja po pitanju šta se smatra nesretnim slučajem, a šta ne. U slučaju spora između ugovorenih strana, vještak ortoped na zahtjev suda daje svoj nalaz i mišljenje. Njegova uloga prilikom ostvarivanja prava iz osiguranja je važna, kako za povrijeđenog, tako i za osiguravajuću kuću. Njegov nalaz i mišljenje mogu imati dalekosežne posledice, te zato on mora da bude krajnje precizan, objektivan i nepristrasan. Postoje situacija kada je aktuelnu medicinsku dijagnozu teško kategorisati (npr. bolni sindrom, parcijalna lezija nerva). U tom slučaju potrebno je uraditi konverziju u analizu analogijom sa sličnim oštećenjem na drugom dijelu tijela.

Vještačenje kod osiguranja od odgovornosti naknade nematerijalne štete (autoodgovornost) se vrši kao dio cenzorskog posla, ili u parnicama za naknadu nematerijalne štete. Paradoksalno, iako se radi o oslobađanju odgovorne osobe od tereta naknade za prouzrokovanu štetu, postiže se cilj osiguranja obaveze naknade štete oštećenoj osobi. Pravična naknada je pravni, a ne medicinski standard. Idealno bi bilo da ona bude potpuno jednaka sa štetom, a ideal je uvijek teško ostvariti.

Vještačenja u domenu zdravstvenog i invalidskopenzionog osiguranja

Vještačenja u domenu zdravstvenog i invalidskopenzionog osiguranja se baziraju na davanju mišljenja kako i koliko postojeća bolest, povreda ili invalidnost utiču na radnu sposobnost. To je u nadležnosti ljekarskih komisija u zdravstvenim ustanovama, Fondu penzijsko-invalidskog osiguranja ili pojedinim ministarstvima.

Uloga ortopeda u radu vojno-ljekarskih komisija prilikom ocjene ratnog vojnog invaliditeta je nezaobilazna. Nakon svakog rata, pitanje ostvarivanja prava ratnih vojnih invalida je prioritetno, a mogućnosti zloupotrebe uvijek prisutne. Ortoped cenzor daje svoje mišljenje i u slučaju sudskog postupka ratnih vojnih invalida povodom nadoknade štete.

NADZOR RADA VJEŠTAKA

Problemi sa kojim se susreće ortoped-cenzor su, dakle, brojni i teški. Zato se opravdano postavlja i pitanje kompetencije vještaka i nadzora rada istih. Svakodnevna praksa nameće potrebu da se odgovori na pitanje da li kompetencija vještaka mora da bude teorijska i/ili praktična. Što se tiče nadzora rada vještaka, korisno je znati da postoje etički kodeksi sudskih vještaka. Radi se o posebnoj ekspertiznoj etici kojom se štite čovjek i društvo, a koja je vezana

za stručnu istinu. Američka akademija ortopedskih hirurga (AAOS) ima svoj Program za profesionalnu usklađenost (Professional Compliance Program), koji vrši nadzor nad iskazima svojih članova u procesu sudskog vještačenja, te sankcionišu neodgovarajuća svjedočenja. Jedan od standarda profesionalizma (SOPs) odnosi se na ortopede sudske vještake (Orthopaedic Expert Witness Testimony). Načela ovog standarda su:

- Biti istinoljubiv.
- Biti fer i nepristrasan.
- Slijediti generalno usvojene standarde.
- Prezentovati sve nalaze.
- Imati adekvatno znanje.
- Ne predstavljati lažno svoju akreditaciju ili iskustvo.
- Ne stavljati novčanu nagradu iznad objektivnosti. (AAOS, 2002.)

ZAKLJUČAK

Svijet sudskomedicinskih vještačenja može biti medicinski koristan za povrijeđenog, a u isto vrijeme odgovoran posao i neodoljiva i interesantna medicinska vježba za eksperta. Dobro urađena ekspertiza sadrži tačne medicinske informacije i osiguravaju objektivne i jasne odgovore na pitanja u vezi sa slučajem. Umjetnost i nauka medicine, zajedno, prosipaju svjetlo u areni socijalne pravde.

Kao ambiciozni ljekari, još od fakulteta, sada već sa prepunjenim kurikulumom, uključivši neke aspekte ovog tipa medicine u isti, učimo se kako primijeniti medicinsku nauku preko zaštićenih granica bolnica, biblioteka, operacionih sala i ambulanti. Edukacija nas čini kompetentnim za saradnju sa sudom. (Sullivan, 2006.)

Da bismo postali još objektivniji u vještačenjima, potrebno je da usvojimo zajedničke kriterijume i parametre,

te tako riješimo problem kvantifikacije u praksi. Da bismo bili odgovorniji u ovom poslu, potrebno je da poštujemo etički kodeks, usvojimo standarde profesionalizma i formiramo nadzorna tijela u okviru strukovnih udruženja.

LITERATURA

- AAOS. (2002.). *Orthopedic Expert Opinion and Testimony*.
- Banović, D. (1998.). *Tramutologija koštano-zglobnog sistema. Drugo dopunjeno izdanje*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Bradić, V. (2013.). Terminološke zablude u vještačenju neimovinske štete. *Šesti simpozijum Hrvatske liječničke komore*. Zagreb.
- Medić, D. (2014.). Značaj vještačenja u parnicama za naknadu nematerijalne štete. *Casopis Vještak*, 19-28.
- Mrvić-Petrović, N., Ćirić, J., & Počuča, M. (2013.). *Medicinska vještačenja u krivičnom i paričnom postupku*. Vojnosanitetski pregled. Beograd.
- Nikolić, D. (2003.). *Ratne povrede ekstremiteta*. Vojnosanitetski pregled br. 5. Beograd.
- Savić, S. (n.d.). *Veštačenje telesnih povreda*. Retrieved from www.ius.bg.ac.rs
- Sullivan, J. (2006., Jul). The medici-legal expertise: Solid medicine, sufficient legal and measure of common sense. *McGrill Journal of Medicine*, 9(2):147-151.
- Vlajnić, Z. (1993.). Hirurško zbrinjavanje ratnih povreda ekstremiteta. *Kongres o funkcionisanju zdravstvene i sanitetske službe u uslovima rata 1991.-1992. godine* (p. 129.). Banjaluka: Grafika.
- Vukašinović, Z. (2002.). *Opšta ortopedija*. Beograd: IOHB "Banjica" Beograd.

Expertise In Orthopaedics

Željko Jovičić

Abstract: Orthopaedic expertise are very common and important in the court proceedings. Orthopedic surgeon can perform orthopaedic expertise in the court during misdemeanor and criminal proceedings. Medical findings and opinions in this context should be clear, coherent and consistent. The doctor qualifies violation, and the court qualifies crime. He must be impartial and transparent at the same time. Proficient expert has the necessary knowledge, experience and skills to answer to factual questions. Teamwork, multidisciplinary and networking of knowledge are the conditions for success in this responsible job.

Key words: Orthopaedic expertise, injury kvalification, impaired life activities, invalidity, supervision of work.