

Kazenska odgovornost pomožnega zdravstvenega osebja*

Dr. Janez Milčinski

NEKATERA NAČELNA VPRAŠANJA

»Sodišče misli, da je krivca za ta smrtni primer treba iskati drugje, ne pa v osebi najnižje bolničarke, ki seveda ne more odgovornosti prevaliti na nikogar več, ker ji pač nihče ni podrejen... Zato sodišče meni, da nikakor ni mogoče trditi, da je samo obtoženkino nepravilno ravnanje imelo za posledico smrt te pacientke.« Tako pravi Okrožno sodišče v Ljubljani v sodbi K 292/55, s katero je bila bolničarka N. N. oproščena obtožbe zaradi hudega kaznivega dejanja zoper človeško zdravje po 3. odstavku 212. člena v zvezi z 2. in 3. odstavkom 203. člena Kazenskega zakonika.

Kaj je sprožilo ta kazenski postopek, ki je do navedene sodbe trajal celi dve leti?

Petintridesetletna bolnica je po enajstih letih zdravljenja zaradi hude pljučne tuberkuloze prišla v zdravilišče. Tjakaj so jo poslali zaradi morebitne radikalne operacije, ker vse dotedanje zdravljenje ni pomagalo. Pacientka je imela obsežne bronhiektazije po vseh levih pljučih, ki so bila skoraj povsem atelektatična. Glede na to, da je bila v dolgoletnem zdravljenju antibiotična rezerva dejansko izčrpana, je bila indicirana pulmektomija kot edina pot, da se odstrani nevarno žarišče infekcije.

Zavod, ki je bil prizorišče obravnavane nesreče, ima operacijsko službo urejeno tako, da s kirurški klinike prihaja popolna specializirana ekipa in opravi velike intervencije. Za pooperacijsko nego pa skrbi osebje zdravilišča.

V takih okoliščinah se je po navadni pripravi začela operacija, in sicer ob endotrahealni anesteziji v desni bronhus. Pri anesteziji so uporabili dušikov oksidul, kemital, eter, petantin in d-tubokurarin. Operacija, s katero je kirurg odstranil vsa leva pljuča, je bila brez komplikacij opravljena v treh urah. Pacientka se je začela buditi in so zato izvlekli bronhialni tubus. Da so lahko z bronhoskopom še enkrat pregledali dihalne poti in jih očistili, so bolnici dali še 40 mg sinkurola in ji vstavili trahealni tubus št. 10, nakar so jo prepeljali v sobo za operiranje. Tubus so ji pustili za transport in za vmesni čas do popolnega prebujenja. Anestezist je naročil, naj pacientka dobi »kisik po cevki v tubus«. Bolnico so nato odpeljali, anestezist pa je še ostal v operacijski sobi, da bi si umil roke.

Anestezistovo naročilo »kisik po cevki v tubus« je pomožna instrumentarka sporočila bolničarki N. N., ki ga je morala izvesti, ko je ostala v sobi

* Po predavanju v Makedonskem zdravniškem društvu v Skopju dne 21. junija 1957

sama s pacientko. Takoj je poskusila, da bi trahealni tubus, ki je pacientki molel iz ust, spojila s katetrom, nataknenim na cev, ki vodi od redukcijskega ventila na jeklenki (bombi) s kisikom. Ko pa je ugotovila, da je tubus mnogo širši od katetra in da ju neposredno ni mogoče spojiti, je snela kateter. Sedaj je bilo mogoče cev za kisik neposredno stakniti s tubusom; to je tudi storila in nato spustila operiranki kisik, in sicer 9 litrov na minuto. Pacientka, ki dotlej ni kazala vznemirljivih znakov, pa je takoj, ko ji je začel pritekati kisik, posinjela in nabuhnila v obraz in vrat. Bolničarka je to opazila in tudi spoznala, da nekaj ni, kakor bi moralo biti. Tekla je klicat zdravnika, ki je takoj prišel; pravijo, da je do njegovega prihoda preteklo minuto ali največ dve, odkar je operiranka začela dobivati kisik. Zdravnik je na prvi pogled spoznal napako. Zaprl je kisik in nato naglo odprl drenažo prsne votline na operirani strani, v napihnjeno podkožje na vratu in trupu pa je nasadil debelih punkcijskih igel, da bi ublažil nevarni podkožni emfizem. Ta čas se je pri pacientki še čutil pulz in tudi dihala je še sama. Toda stanje se ji je naglo slabšalo. Prenehala je dihati, pulz je izginil in z njim tudi drugi znaki življenja. Umetno dihanje ni pomagalo.

Dvanajst ur po smrti smo truplo obducirali in navajamo samo nekatere najznačilnejše spremembe iz obdukcijskega izvida:

Mrličev obraz je v spodnjem delu nenaravno širok in bled, spodnje veke so blazinasto nabrekle. Na obrazu, na vratu, na ramah in na prsih čutimo prasketanje plina pod kožo. Tubus, ki visi iz ust, ima zunanji premer 14 mm, notranjega 9 mm. Trebuh je napihnjeno, trd. Ko režemo prsno in trebušno steno, prasketaje uhaja plin iz podkožja in iz mišičja. Mišice so na prerezu svetlordeče. Iz trebušne votline sikne plin pod pritiskom; prižgana vžigalica v tem plinu živahno vzplameni. Na trebušnih organih nas preseneti, da so jetra in pečica na površini zasušena, retroperitonealno tkivo pa napihnjeno. Prepona je na desni izbočena proti trebušni votlini in je napeta. V levi prsni votlini, iz katere so z operacijo odstranili pljuča, opazimo nekaj svetlordeče tekoče krvi. Iz desne prsne votline uhaja plin. Pljuča so skoraj popolnoma kolabirana, samo zgoraj, kjer so bila priraščena, imajo še nekaj zraka. Trahealni tubus je za mrličev sapnik razmeroma debel in gre tako tesno skozi jabolko, da praktično popolnoma zapira dihalno pot. V osrčniku ter v sluznici jabolka, sapnika in želodca so številne drobne krvavitve. Očiten je zastoj krvi v možganih in njihovih ovojnicah. Histološko opazimo v desnih pljučih neznatno maščobno embolijo, ki jo je lahko razložiti s poškodbo kostnega mozga pri resekciji rebra v uvodnem aktu operacije.

Vzrok smrti je bila brezdvomna zadušitev, ki jo je zakrivilo dovajanje kisika pod pritiskom v dihalne poti in skozi tkiva in v telesne votline.

Uprava zdravilišča je dogodek po predpisih prijavila. Javni tožilec je uvedel kazenski postopek zoper anesteziista in bolničarko, vendar je postopek zoper anesteziista ustavil, ko se je pokazalo, da ta ni mogel vedeti za novi položaj na oddelku: namesto dotedanje, bolj izkušene bolničarke v sobi za operirance so namreč brez opozorila postavili novo, to je N. N., poznejšo obtoženko.

Tako je ostala obtožena samo bolničarka N. N., in sicer za kaznivo dejanje nevestnega zdravljenja, storjeno iz malomarnosti, s hudo posledico, »ker je samolastno odstranila kateter s priprave za kisik in je kisikovo cev neposredno spojila s tubusom ter tako povzročila smrt pacientke zaradi zadušitve«.

Okrožno sodišče v Ljubljani je prvič oprostilo obtoženo N. N. Vrhovno sodišče LRS pa je glede na pritožbo Javnega tožilca sodbno razveljavilo in zadevo vrnilo sodišču prve stopnje s priporočilom, naj zasliši izvedenca o vprašanih, ki niso bila dovolj pojasnjena. Na zahtevo prvostopnega sodišča smo nato dali izvedensko mnenje, ki se nekoliko skrajšano glasi:

»Preden odgovorim na postavljena vprašanja glede konkretnega primera, se mi zdi neogibno potrebno, da obrazložim svoje načelno stališče do odgovornosti pomožnega zdravstvenega osebja. Kajti pozneje bom odgovarjal s tega svojega načelnega stališča.

Prvo: Če hočemo, da bo pomožni zdravstveni delavec v celoti odgovoren za svoje delo, mu smemo nalagati samo opravila, ki jih je po svoji strokovni izobrazbi in dejanski usposobljenosti upravičen in sposoben opraviti. S tem hočemo reči, da mora znati več kot samo tehnično plat naloženega opravka: poznati mora tudi njegove nevarnosti in pogostnejše komplikacije. Komplikacijo mora pravočasno prepoznati in vedeti, kako ravnati v takem primeru: ali ukrepati sam ali pa se zateči po ustrezno pomoč, kakor že zahteva narava komplikacije.

Drugo: Vodstvo ekipe, oddelka ali zavoda odgovarja za izbor osebja in razdelitev dela. Pooblastila in dolžnosti vsakega člana pomožnega (to je srednjega in nižjega) osebja naj bi se določale poimensko in individualno, z upoštevanjem strokovne izobrazbe in preizkušene usposobljenosti posameznega delavca ter v soglasju z njim.

Kadar ugotavljamo vzroke nezgod ali kritičnih situacij v zdravstvu, kaže preizkusiti organizacijsko trdnost delovišča. Pri tem lahko izhajamo iz vprašanja: Ali bi bila nezgoda ali kritična situacija nastala (gotovo, verjetno, mogoče) tudi, če bi na delovnem mestu, kjer je (ali pa bi bila lahko) nastala škoda, stal namesto tega kak drug enako usposobljen delavec. Če si na postavljeno vprašanje lahko odgovorimo pritrdilno, potem je treba vzrok dogodka iskati v dveh smereh: ali v nepredvidljivih slučajnih činiteljih ali pa v organizacijski pomanjkljivosti. Le-ta pa se najrajši kaže z neustrezno razvrstitvijo ljudi na delovnih mestih, ne glede na to, kakšni so vzroki take neustrezne razvrstitve. Da bi nevarnosti na določenem delovnem mestu odpravili in zanesljivo preprečili ponovitev enake nezgode v bodoče, moramo v takem primeru premotriti delovišče z organizacijskega vidika: Kdo je odgovoren, da je na občutljivem mestu v delovnem procesu (pri zdravljenju) stal delavec, ki je bil premalo kvalificiran, naj že bo teoretsko, praktično ali po osebnih lastnostih (vestnost, požrtvovalnost, inteligentnost). Pri tem se bo često pokazalo, da zaradi pomanjkanja ustreznih kadrov boljša razporeditev ni bila mogoča; v drugih primerih pa se bo razkrilo, da se je neusposobljeni ali premalo usposobljeni delavec znašel na nevarnem mestu zaradi nejasne razdelitve dela, skratka po krivdi šibke organizacije.

Kadar presojamo krivdo in odgovornost določenega delavca za nastalo nezgodo, nam večasih pomaga še tale indikator: Kadar se po nezgodi v zavodu omeje pooblastila neki skupini (tako imenovanemu profilu) zdravstvenih delavcev in se na delovišču uvedejo novi varnostni ukrepi, takrat vse kaže v večji meri na organizacijski vzrok nezgode kot pa na krivdo neposredno udeleženega posameznika.

V drugem delu tega mnenja pa so odgovori na vprašanja, ki jih je izvedencu postavilo sodišče:

Ali je bolničarka nasploh in ali je obtožena N. N. po svoji strokovni izobrazbi sposobna ravnati s kisikovim aparatom?

S »kisikovim aparatom« označujemo v tem primeru jeklenko s kisikom pod visokim tlakom (do 200 atm.), z redukcijskim ventilom in cevjo za dovanje plina pacientu. Tak aparat nikakor ni preprosta naprava. Kdor hoče z njo ravnati, mora poznati njen mehanizem in njene nevarnosti. Kdor pa hoče uporabljati kisikov aparat pri pacientu, mora vedeti še kaj več o dihanju. Bolničarka bi se pač lahko priučila ravnanju s kisikovim aparatom, toda morala bi se tega učiti posebej, in sicer ne samo tako, da bi opazovala druge, kako to delajo. Po našem mnenju bi bolničarju ne smeli dati v roke aparata s kisikom pod visokim tlakom, dokler nismo (in sicer ne glede na to, ali se je v šoli o tem kaj učil ali ne) preizkusili, ali pozna mehanizem, delovanje in nevarnosti takega aparata. Prepričali smo se, da so pri nas zdravstveni delavci, celo visoko kvalificirani, o uporabi kisikovih aparatov in o zadevnih varnostnih ukrepih prav malo vedeli, dokler se ni pripetilo nekaj nesreč, med njimi tudi ta, ki o njej govorimo. Šele po teh nesrečah so v bolnicah začeli odločnejše odpravljati nevarne kisikove jeklenke iz operacijskih in bolniških sob in namesto njih po ceveh dovajati v te prostore od zunaj kisik pod nizkim tlakom.

Povprečna izobrazba bolničarke iz tega časa gotovo ni zadostovala, da bi jo usposobila za ravnanje s kisikovim aparatom. Podatki iz kazenskega spisa pa tudi ne kažejo, da bi bila obtožena N. N. dobila za takšno ravnanje potrebni posebni pouk.

V pojasnilo je treba pripomniti, da se gornje naše stališče strinja tudi z mnenji zdravnikov, ki so bili zaslišani v preiskavi o tej zadevi. Če se namreč govori, da je dajanje kisika prepuščeno srednjemu medicinskemu osebju, potem to pomeni medicinsko sestro ali medicinskega tehnika, medtem ko bolničarka šteje v nižje zdravstveno osebje.

Ali je bila obtoženka usposobljena za dovajanje kisika v posebnih okoliščinah pri osebi, ki je pravkar prestala veliko operacijo na pljučih?

Ko smo v prejšnjem odstavku pokazali, da bolničarska izobrazba nasploh in v posebnem primeru tudi izobrazba obtožene N. N. sama po sebi ne usposablja za ravnanje s kisikovim aparatom, moramo na to vprašanje odgovoriti odklonilno. Pojasniti moramo še, da že samo nadzorovanje pacienta po veliki operaciji na pljučih zahteva posebej usposobljeno osebo. Če mora to delo opravljati bolničarka, ker ni bolje kvalificiranih za to, potem mora bolničarka biti posebej pripravljena in preizkušena. Vse to pa velja poostreno za kakršno koli intervencijo pri takem operirancu, tako tudi za dovajanje kisika. Pri tem namreč ne gre samo za mehanično »dovajanje«, marveč za tehnično pravilno dovajanje ustrezne količine kisika na minuto; o tej količini pa odločata predvsem bolnikova potreba (glede na opravljeno operacijo) in njegovo trenutno stanje. Bolnikovo zdravstveno stanje je vodilo za sprotne določanje količine kisika; tega pa bolničarka ne zna presojeti in zato o tem tudi ne sme odločati. Obtoženka je res že dajala bolnikom kisik, toda kot pravi, vedno skozi nos. Ne vemo, ali so bili ti bolniki narkotizirani. Pri zavestnem bolniku je stvar bistveno preprostejša, ker bolnik sam sodeluje in ugotavlja učinek ter tako posredno pomaga, da je dovajanje tehnično v redu in glede na količino

ustrezno. Dovajanje kisika skozi nos pa se tudi po zunanji podobi in tehnični izvedbi toliko razlikuje od dajanja skozi kateter v trahealni tubus, da za razumevanje tega drugega načina bore malo pomaga, če je nekdo že pripravljaj oziroma urejal dovajanje kisika skozi nos. Uvajanje kisika s katetrom v tubus, tako da bolnik mimo katetra lahko še izdihava, je bistra in preprosta zamisel. Brez nadrobnega pojasnila in brez prejšnje nazorne predstave pa jo bo naglo doumel samo tisti, ki dobro pozna ustroj dihal in ustroj vsega kisikovega aparata. Po mojem mnenju ne moremo zahtevati od bolničarke, da bi v trenutku doumela smisel manipulacije, kateri bi gotovo posvetili vsaj nekaj minut predavanja, tudi če bi jo hoteli obrazložiti zdravniku.

Končno pa nam stopnjo usposobljenosti obtoženke dokaj dobro pokaže njeno ravnanje, ko je nastala komplikacija. Opazila je, kakor pravi, vznemirljive spremembe na bolnici, in je šla to takoj povedat zdravniku. Ni pa ji prišlo na misel, da bi prekinila dovajanje kisika.

Ali velja praksa, da mora skrbeti za dajanje kisika bolničarka, in sicer tudi za pričetek dovajanja in za montiranje priprave?

Če je taka praksa danes kje udomačena, potem bi bila opravičljiva kvečjemu v dveh primerih:

a) Kadar dela pri tem izkušena bolničarka, ki je za to posebej teoretsko in praktično usposobljena in preizkušena.

b) Kadar v sili resnično ni mogoče dobiti boljše usposobljenega delavca. V tem primeru pač zavestno tvegamo in je treba samo še presoditi, ali tvegamo več, če pacienta pustimo brez kisika, ali pa, če poverimo sestavljanje naprave in dovajanje kisika neusposobljeni osebi. Vendar tako odgovorna odločitve ne bi smela biti prepuščena komur koli, marveč samo tistemu, ki zanjo lahko prevzame odgovornost.

Še manj pa bi taka »rešitev« smela biti slučajna, rezultat vsakdanjih drobnih zapletov, kakršnih je v razgibanem operativnem obratu brez števila.

Ali lahko označimo ravnanje obtoženke kot povsem nepremišljen domislek?

Izhajajoč s predpostavke, da je obtoženka po svoji usposobljenosti o fiziologiji dihanja vedela malo, o izmenjavi plinov v pljučih še manj, o ustroju tubusa premalo ali nič, je bilo njeno ravnanje prej logično kot nesmiselno. Saj pri vsakem dovajanju tekočin ali plinov po ceveh težimo za čim popolnejšim in tesnejšim kontaktom pri stikanju dveh cevi. Nešteta opazanja škodljivih posledic rahlega stika dveh cevi iz vsakdanjosti so nam vcepila predstavo »dobrega« dovajanja po cevi, ki drži, in »slabega«, če cev pušča. Ideja uvajanja kisika v tubus pa je, kot smo rekli, bistra, a obenem nenavadna. Vsekakor je pri bolniškem delu primer takega spajanja cevi prav redek, če že ne osamljen.

Res je, da bi bila obtoženka morala narediti prav to in samo to, kar ji je bilo naročeno. Pri tem se je znašla pred nepričakovano zapreko: spojiti je bilo treba dve cevi (tubus in kateter), ki nista bili enako široki. Zapreko je bilo mogoče premostiti prav preprosto: sneti nastavek, ki je bil napoti tesnemu stiku obeh cevi.

Po mojem mnenju je dotedanji pouk nižjega zdravstvenega osebja premalo poudarjal načelo »Strogo se drži tega in samo tega, kar ti je naročeno!« in

so se bolničarji vse preveč razvijali v ozračju vsakovrstnih improvizacij. Zato se ne bi upal konkretno dejanje kratko malo označiti kot grobo samovoljnost ali pa tudi le kot nepremišljen domislek. V ponazoritev tega je značilna navedba iz strokovne ocene obtoženke: »... bolničarka srednjih kvalitiet. Navodila nadrejenih je sicer dobro izvrševala, vendar pa ni nikdar pokazala kake posebne samoiniciativnosti.«

Ali bi bila obtoženka pri danem položaju morala vprašati za nasvet zdravnika ali bolj izkušeno bolničarko, če se je že odločila za drugačen način ravnanja z aparatom?

Če bi bila obtoženka tako vzgojena, kot očitno ni bila, bi se tega dela sploh ne lotila, ker ji je bilo novo. Če bi veljala načela, ki smo jih nakazali v uvodu tega mnenja, bi ji to delo ne smelo biti naloženo. Ako pa bi se bila nepripravljena znašla v okoliščinah, katerim ne bi bila kos, bi se obrnila po pomoč. To bi vsekakor morala. Ne smemo pa pozabiti nekaterih posebnih okoliščin pri dogodku:

Prvo: Naloga je bila nujna. Očitno je bilo, da je pacientka morala dobiti kisik, in sicer takoj; ni bilo mogoče čakati dotlej, da si anesteziist umije roke. Drugo: Zdravnik in pomožne instrumentarke so bile res v neposredni bližini, toda nedosegljivi. Operacijski bolničarki sta zapustili obtoženko, brž ko sta ji oddali naročilo, anesteziist je bil še v operacijskem prostoru, obtoženka pa operiranke ni smela zapustiti, tudi za hip ne. Tretje: Bolje usposobljena bolničarka je oddala obtoženki naročilo anesteziista in odšla. Če anesteziist ni poznal obtoženke oziroma ni vedel, da ima le-ta prvič opravka pri novih operirancih, sta to vedeli bolničarki, ki sta ji predali naročilo. Ali ni tak način mogel zavesti obtoženko v prepričanje, da gre za povsem preprosto nalogo, ki jo more in mora sama opraviti in pri kateri ni kaj izpraševati, ker se nima kaj zgoditi?

Na podlagi vsega navedenega odgovarjamo na osnovno vprašanje:

Ali bi se obtoženka pri ugotovljenem dejanskem položaju, v katerem je izvršila dejanje, pri svoji izobrazbi in praksi mogla in morala zavedati, da bo s svojim ravnanjem povzročila smrt pacientke?

z »Ne«.

Ponovna glavna obravnava, ki je bila potem, ko smo dali gornje izvedensko mnenje, ni odkrila novih dejstev.

Sodišče je iznova razpravljalo o vprašanju, do kdaj mora anesteziist ostati pri operirancu, pa tudi o tem, kakšna dela more in sme opravljati bolničar. Javni tožilec je zahteval, naj se zasliši medicinska sestra, ki je razporejala pomožno osebje; sodišče pa je ta predlog odklonilo, češ da ni odločilen za presojo o obtoženkini krivdi. Javni tožilec je vztrajal na obtožbi in opozarjal na neskladnost med navadno prakso v zdravilišču in trditvijo izvedenca, da bolničarki ne sme biti poverjeno tako zapleteno in odgovorno delo. Obtožbo je opiral predvsem na nesporno dejstvo, da je obtožena N. N. samolastno spremenila aparaturo, ne da bi zahtevala nadrobnejša pojasnila, ko je naletela na problem, ki je bil za njeno strokovno izobrazbo in usposobljenost preveč zapleten.

Po govoru zagovornika in po daljšem posvetovanju je sodišče razglasilo sodbo, s katero je obtožena N. N. oprostilo krivde. V obrazložitvi sodbe je

sodišče usvojilo mnenje, da zapletena in zahtevna nega pacienta po operaciji ni delo za bolničarko, marveč za više usposobljenega zdravstvenega delavca, to je za medicinsko sestro ali medicinskega tehnika. Sodišče je spoznalo, da je smrt pacientke nastala kot rezultat kopičenja slučajnih neugodnih okoliščin in da nepravilno ravnanje obtoženke ni bilo edini vzrok komplikacije in s tem smrti bolnice. Sodišče je bilo prepričano, da bi v enaki situaciji enako kot obtoženka ravnal lahko vsak pomožni zdravstveni delavec z enako usposobljenostjo, a brez posebne prakse.

Oprostilna sodba je postala pravomočna.

Kakšni pa so naši sklepi ob tem tragičnem primeru?

Četudi je dogodek, kakršnega opisujemo, skrajnje redek in nenavaden, moramo vendar ugotoviti, da so njegove okoliščine povsem vsakdanje in na videz nenevarne. Ni bilo očitnih kršitev ali nerednosti: prav obratno, nesreča je nastala ob pogojih običajne prakse. Ker pa je taka praksa, to je nalaganje preodgovornega dela premalo usposobljenemu zdravstvenemu delavcu, navaden pojav v mnogih zdravstvenih zavodih, zato moramo ugotoviti, da bi se enaka nesreča lahko pripetila tudi v kakem drugem zavodu ali na drugem oddelku ali v drugi delovni skupini.

Ta ugotovitev pa nam nikakor ne more biti opravičilo, da bi smeli ostati pasivni glede na te pojave. Obratno: biti nam mora najresnejši opomin. Res je, da se bodo kljub temu nesreče v zdravstvu še in še dogajale, pa tudi kljub največji previdnosti, take nesreče so krvava šolnina, s katero se plačujejo varnostni ukrepi v zdravstvu. Cena teh ukrepov — človeško življenje in zdravje — pa je tako visoka, da nikakor ne moremo moralno opravičiti stališča, da bi take dogodke bilo treba skrivati v povsem ozkem krogu, ker naj bi to bilo »v interesu ugleda zdravstvene službe«. Ne sme se zgoditi, da se tragičen dogodek, nevarna komplikacija ali strokovna napaka zaradi neznanja v enakih okoliščinah ponovi v drugi ali celo v isti ustanovi, in sicer zato, ker pri prvem primeru ostali niso bili opozorjeni na posebne nevarnosti. Tako obvestilo pa bi lahko preprečilo ponovno nezgodo. Naj bodo tudi te besede opozorilo, ki ima en sam namen: preprečevanje nesreč v zdravstvu in s tem varovanje življenja in zdravja ljudi.

O

Morda se zdi, da d njegovi važnosti za naš ovir in motenj prirodne

Prav gotovo smo do umetne prehrane naših potrebne propagande do in otroka mnogo pripom omogočeno. Vendar pa i čeno, a so ga večje ali manjše ovire in motnje preprečile in prekinile.

nja

to pisati o dojenju in o tja ter o premoščevanju

očju pravilne in uspešne zanemarili pametne in edbami o zaščiti matere n materam bilo dojenje dojenje bilo sicer omogo-