

Odgovornost medicinske sestre z etične in pravne plati*

Prof. dr. Janez Milčinski

I.

Če hočemo govoriti o odgovornosti, moramo le-tej nasproti postaviti pojem dolžnosti in opredeliti njen obseg. Brez dolžnosti ni odgovornosti. Odgovornost je odnos do dolžnosti, neizpolnjevanje ali slabo izpolnjevanje dolžnosti sproži reakcijo, ki je bodisi intimna, notranja — po vesti, bodisi zunanja v obliki obsodbe ali kazni, praviloma pa obojna, če se le prizadeti zaveda, da je pogrešil oziroma da ni izpolnil svoje dolžnosti.

Nauk o razlikovanju pravega, dobrega, lepega ravnanja od nepravilnega in obsodbe vrednega imenujemo etiko ali moralo. Medicinska morala ali etika je torej skupnost načel in norm, ki jih v današnjem času in v današnjih družbenih odnosih štejejo za pravilne in lepe.

Z deontologijo razumemo nauk o dolžnostih, pri čemer pa začnemo o njej govoriti šele onstran meje temeljnih državljskih, delovnih in družinskih dolžnosti. Gre potemtakem za dolžnosti, ki lojalnega državljana in rednega delavca dvigajo na raven osebnosti, gre v bistvu za norme, ki niso ali ne morejo biti opredeljene v delovnih pogodbah, službenih dolžnostih itd. Vsak poklic ima svojo deontologijo.

Zdravstvena ali medicinska deontologija je skupnost pravil, ki se jih mora zdravstveni delavec držati pri opravljanju poklica, v poklicnih odnosih z družbo, z javnimi organi, z bolniki in z delovnimi tovariši. Deontologijo izvajamo z dvojnega gledišča: z etičnega in s pravnega, ki se pa ne prekrivata popolnoma. Kajti prilagoditev vsem pravnim mejam in zahtevam (»živeti in delati tako, da se ne bom izpostavil kazni«) ne izčrpava vseh moralnih dolžnosti zdravstvenega delavca, ki ima čut za svoje poslanstvo.

Deontologija s pravnega gledišča je torej samo minimalni program, ki ga — bolj ali manj — bogati vsakdo v skladu z lastno moralno občutljivostjo.¹

Zakaj prisojamo razvijanju etike in deontologije tolikšen pomen prav pri vzgoji in zorenju zdravstvenih delavcev, vsekakor precej drugače kot v večini drugih poklicev?

Za to so pač tehtni razlogi:

GRMEK² jih je opredelil za zdravnika. Z nepomembno prilagoditvijo jih lahko uporabimo tudi za medicinsko sestro:

* Predavanje v Društvu medicinskih sester v Ljubljani dne 23. IX. 1967.

¹ PALMIERI, V. M., *Medicina Forense*, Morano, Napoli, 1951, 43

² GRMEK, D. M., *Med. enciklopedija*, III, 56 (1959)

1. Predmet dela je čisto poseben: človeško življenje in zdravje. Zato zasluži prav posebno skrb; pogoške pri delu imajo lahko za posledico neprecenljivo in nepopravljivo škodo.

2. Delo zdravnika, enako tudi za medicinske sestre, ni obrt, marveč poklic. Dokaz temu so dolžnosti, neodvisne od delovnega razmerja, npr. dolžnost prve pomoči, dolžnost pomagati — ne glede na lastno varnost — v množičnih nesrečah, epidemijah in pri podobnih dogodkih. Za kršitev teh dolžnosti so v nekaterih primerih predvidene celo kazni, pravic pa navedena obveznost ne daje.

3. Bolnik je proti zdravstvenemu delavcu, še posebej proti zdravniku, vedno v podrejenem položaju. Mora mu zaupati, in sicer v dvojnem pogledu: da svoje delo obvlada in da bolniku vedno hoče dobro. Brez takega zaupanja si ne moremo misliti uspešnega zdravljenja.

4. Zelo težko, često pa praktično nemogoče je nadzorovati postopke pri zdravljenju, in sicer tako zdravnikove ukrepe, kakor tudi tista dejanja, ki jih zdravnik zaupa sodelavcem. Zato je toliko bolj važna notranja etična kontrola. V tem je nadaljnja temeljna razlika od večine drugih poklicev.

Ko smo tako pokazali, da obseg dolžnosti po državljskih, delovnih oziroma družbenih in moralnih merilih ni enak, marveč v istem redu širši in širši, je ustrezno širši tudi obseg odgovornosti po pravnih, delovnih in moralnih merilih. Vendar pa bi teh vse širših odgovornosti ne smeli ponazarjati s tremi koncentričnimi krogi, marveč pravilneje s tremi različno velikimi krogi, ki se prekrivajo samo deloma. Kaka storitev ali opustitev, ki ima znamenja kaznivega dejanja po določbah kazenskega prava, je praviloma hkrati tudi kršitev delovne dolžnosti in je po moralnih merilih oporečna. Vendar ne vedno. Zdi se nam bistveno, da zdravstvenemu delavcu vcepimo sposobnost in notranjo potrebo, da bo svoja (in tudi tuja) dejanja ocenjeval po nakazanih merilih neodvisno in se zavedal, da utegne kdaj biti kaka odločitev z etičnega stališča prava, četudi pomeni kršitev delovne dolžnosti ali pa ima celo znamenje kaznivega dejanja; a tudi obratno, da dejanje, ki ni kaznivo in ne krši delovne obveznosti, ni v vsakem primeru neoporečno po etičnih merilih.

II.

Preden se podrobneje spustimo v razpravo o dolžnostih in odgovornostih medicinske sestre, moramo poudariti bistveno razliko v pooblastilih, pravicah, dolžnostih in odgovornosti med zdravnikom in medicinsko sestro, in sicer na področju, ki je za zdravstvo najbolj značilno, to je na področja zdravljenja.

Zdravljenje s svojimi tremi temeljnimi dejanji — z diagnozo, indikacijo in terapijo — je pridržano zdravniku: on odloča o njih in odgovarja za to, da so njegove odločitve ustrezne za konkretnega bolnika in njegovo bolezen in da se skladajo z medicinsko doktrino. Medicinska sestra je usposobljena za to, da naročila, ki jih je v procesu zdravljenja dal zdravnik, opravi skladno z načeli in predpisi medicinske tehnike. V tem je temeljna razlika in obenem ključ za pravilno porazdelitev odgovornosti. Vsakršno zamegljevanje te razlike vodi lahko kvečjemu v škodo za pacienta, za zdravstvo in lahko naprti medicinski sestri nesorazmeren in nepravilčen delež odgovornosti za pogoške in škodo v procesu zdravljenja.

V luči navedene temeljne ugotovitve bomo laže konkretnije razpravljali o dolžnostih in odgovornosti.

Pred tem pa naj navedemo dve izjemi od navedenega pravila, da nas potlejš ne bosta motili:

1. Babica in dentist imata med zdravstvenimi delavci — v primerjavi z zdravnikom — poseben položaj. Imata namreč enako kot zdravnik pravico zdravljenja in nosita za to vso odgovornost; njuna pravica pa ne zajema vsakršnega zdravljenja, marveč je natanko omejena na določena dogajanja oziroma procese in na določene posege. Samo v okviru teh natančno opredeljenih meja sta dentist in babica neodvisna in v celoti odgovorna pri zdravljenju. Poseganje prek začrtane meje pa ima že samo po sebi — ne glede na uspeh ali neuspeh — znamenja kaznivega nedovoljenega zdravljenja.

2. Na področju prve pomoči so vsem zdravstvenim delavcem dane pravice in naložene dolžnosti, ki segajo globoko v zdravljenje. V razmerah skrajne nujnosti zaupa zdravnik drugim zdravstvenim delavcem zahtevne in tvegane naloge, vse po načelu, da se s tem prepreči za bolnika škoda, ki bi nastala z odlaganjem. Dolžnost prve pomoči izhaja iz zakonov in iz etičnega kodeksa in ne obsega samo dolžnosti *dajanja*, marveč predvsem dolžnosti *znanja* prve pomoči. Dolžnost je toliko težja, kolikor višje je zdravstveni delavec po stroki in izobrazbi; za medicinsko sestro je potemtakem zvezana z veliko odgovornostjo. Dolžnost veže tudi zdravstvene zavode. Zavoljo tega veže medicinsko sestro (enako tudi druge zaposlene zdravstvene delavce) po dvojni plati: neposredno kot zdravstvene delavce in posredno kot člane skupnosti zdravstvene ustanove.

O kršitvah te dolžnosti in odgovornosti za take kršitve bomo govorili pozneje.

III.

Moralne dolžnosti zdravstvenih delavcev, načela in vodila za vse njihovo delo so zbrana v kodeksu etike zdravstvenih delavcev SFRJ. Naj ob kratkem orišemo glavne faze v zgodovini nastajanja tega izredno pomembnega dokumenta in o njegovi vlogi pri vzgoji zdravstvenih delavcev.

Prva pobuda za kodeks etike zdravstvenih delavcev se je rodila v zvezi s prvim kongresom o medicinski morali leta 1955 v Parizu. Poročilo profesorja dr. Frana Bulića o tem kongresu je sprožilo razpravo o vprašanju, ali potrebujemo kodeks zdravniške etike ali ne. Zdravniki so se hitro odločili v korist kodeksa in naša zveza zdravniških društev je dala pobudo za pripravo osnutkov. Komisija iz predstavnikov republiških društev in medicinskih fakultet se je sestajala leto za letom in je preučila in dopolnila vrsto osnutkov, ki so bili hkrati v široki razpravi v zdravniških društvih, v sindikatih zdravstvenih delavcev in upravnih organih zdravstvene službe. V komisiji in razpravah pa se je znova in znova vsiljevalo vprašanje, koga naj bi etični kodeks zavezoval. Ker nimamo zdravniške zbornice ali podobnega organa, članstvo v zdravniškem društvu in v sindikatu pa je prostovoljno, bi bile določbe kodeksa brez prave moči, ker bi mogle veljati samo za člane društva, ki je kodeks sprejelo. Zaplet je razrešil šele zvezni zakon o zdravstveni službi, ki je pooblastil zvezo zdravniških društev, da pripravi in sprejme kodeks etike, ki bo veljal za vse zdravstvene delavce. Zakon je ukazal vsem zdravstvenim delavcem in zdravstvenim zavodom, naj se ravnajo po načelih kodeksa.

Dokončno besedilo kodeksa etike zdravstvenih delavcev je sprejela zveza zdravniških društev na plenarni seji dne 23. decembra 1963. S tem je naš etični kodeks dobil zakonsko moč.

Načela kodeksa so zbrana v 20 odstavkih z uvodom in sklepom. Večina določb velja za zdravstvene delavce, z nekaterimi določbami pa se kodeks obrača posebej

na zdravnika: npr. o neodvisnosti pri zdravljenju, o obveščanju bolnika in njegovih svojcev. Za vse zdravstvene delavce pa veljajo naslednja načela:

Dolžnost zdravstvene pomoči vsakomur ne glede na raso, spol, narodnost, vero, politično prepričanje, družbeni in ekonomski položaj in na svoje razmerje do človeka in njegove družine.

Dolžnost prve pomoči, posebno še pri množičnih boleznih in katastrofah, in sicer ne glede na nevarnost za lastno zdravje in življenje.

Obveznost, da nikdar ne bo uporabil svojega znanja v nasprotju s svojo vestjo ali za namene, ki niso skladni z načeli humanizma.

Dolžnost spoštovanja osebnosti vsakega človeka in njegovega dostojanstva.

Dolžnost biti skromen pri obravnavanju osebnih zaslug in previden pri objavljanju novih načinov zdravljenja, ki niso dovolj preizkušeni.

Dolžnost učiti se iz lastne pobude in poučevati druge.

Dolžnost varovati poklicno skrivnost.

Odločna odklonitev evtanazije.

Obsodba nedovoljenega medicinskega poskusa.

Odklonilno stališče do splava brez medicinske indikacije in dolžnost zavestnega prizadevanja zoper pojav splava, ki ga kodeks ocenjuje kot biološko-medicinsko, psihološko in socialno zlo.

Kodeks se končuje z obljubo zdravstvenih delavcev, da se bodo ravnali po njem in delali vselej v prid človekovemu zdravju in življenju.

Sestavljalce kodeksa — med njimi moramo posebej imenovati najbolj zavzetega in tvornega, pokojnega dr. Jožeta Potrča — je vodila misel, da naj kodeks poudarja predvsem dolžnosti in naj kar najbolj pokaže pozitivne lastnosti, čim manj pa naj našteva prepovedi; naj poudari skupno odgovornost vseh zdravstvenih delavcev za zdravje ljudi in naj postavi človeka v ospredje vseh prizadevanj v zdravstvu. Kodeks ne vsebuje kazni za kršitve: za najhujšo kazen naj velja ugotovitev, da se zdravstveni delavec ni ravnal po etičnih načelih.

Skupni etični kodeks vseh zdravstvenih delavcev je gotovo novost v našem delu sveta. V primerjavi z zdravniškimi kodeksi iz drugih dežel ima sicer nekatere pomanjkljivosti, pa tudi veliko prednosti. Med temi je po našem mnenju najbolj tehtna ta, da povezuje zdravstvene delavce in jih opominja na njihove skupne dolžnosti, da podpira idejo ekipe in njene skupne odgovornosti, ne da bi se pri tem odrekal osebne odgovornosti vsakega člana delovne skupine.

IV.

Doslej namenoma nismo omenili kazenske odgovornosti. Nikakor nočemo zbuditi vtisa, da zdravstvenemu delavcu strah pred kaznijo more ali celo mora biti vodilo, ki ga usmerja pri delu. Razen tega pa bi premočno poudarjanje kazenske odgovornosti lahko navajalo na neutemeljeno misel, da je obravnavanje odgovornosti zdravstvenega delavca pred sodiščem kar vsakdanji pojav. Obratno, povedati moramo, da so bili kazenski postopki zoper zdravstvene delavce pri nas nasploh redki, obsodbe v teh postopkih pa še redkejše in, kadar je sploh prišlo do njih, največkrat pogojne. Ne bi pa bilo prav, če bi to ugotovitev jemali za dokaz, da stvari v zdravstvu, kar se tiče odnosa do bolnika in napak zdravstvenih delavcev ter iz tega nastalih slabih posledic na pacientovem zdravju, pri nas teko boljše kakor drugje ali pa povsem dobro. Ne, pogrešek in škode je več, kot je neogibno. Toda marsikaj tega se ne razkrije, morda prav zaradi tega ne,

ker je posluš za pacientovo korist nekoliko otopel v hrušču razprav o finanširanju zdravstva in v skrbi za materialno blaginjo posameznika in ustanove.

Naš kazenski zakonik našteva celo vrsto kaznivih dejanj, ki jih zdravstveni delavec — zdravnik ali nezdravnik — lahko zagreši pri izvrševanju poklica oziroma dejanj, ki so vezana na delo v zdravstvu: zanemarjanje zdravstvenih predpisov ob epidemijah, zaposlitev nalezljivo bolnih, mazaštvo, zapustitev slabotne osebe, neupravičena izdaja skrivnosti, nevestno pripravljanje in izdajanje zdravil, in še druga. Za veliko večino dejanj lahko trdimo, da se v skoraj dveh desetletjih, kar velja kazenski zakonik, še niso pojavila v obtožnici, kaj šele v pravnomočni sodbi. Seznam kaznivih dejanj, zaradi katerih se v praksi resnično morajo zagovarjati zdravstveni delavci, je dokaj omejen: Zdravnika dolžne nevestnega zdravljenja po 203. členu ali pa odklonitve zdravniške pomoči po 204. členu Kazenskega zakonika. Zdravstveni delavci razen zdravnikov pa se znajdejo praktično samo pod obtožbo nevestnega zdravljenja po 2. in 3. odstavku 203. člena KZ. — Seveda bi si bilo lahko zamisliti kot podlago kazenskega postopka tudi prilaščanje pravic in kršitev dolžnosti v smislu mazaštva, zapustitev slabotne osebe in še drugih kaznivih dejanj. Splavljanja, ki je za zdravstvenega delavca — nezdravnika v vsakem primeru kaznivo dejanje, ne omenjamo v tej skupini. V nasprotju s pretežno večino dejanj in opustitev, ki od časa do časa sprožijo kazenski postopek zoper zdravstvenega delavca, se nedovoljeni splav v kazenskem postopku skoraj brez izjeme razkrije kot umazano dejanje, rojeno in ponavljano zavoljo pohlepa po denarju. Pri obtožbah o nevestnem zdravljenju so okoliščine pri dogodku bistveno drugačne: Praviloma gre pri tem za na videz nepomembno opustitev, vsakdanjo in razumljivo kratko nepazljivost, nedovoljeno improvizacijo ali poenostavitev predpisanega postopka pri pacientu, torej za majhen vzrok, ki pa sproži hudo posledico. Skoraj vedno je ta neznatni vzrok velike nesreče po svoji naravi in obliki še zelo blizu prvi nezgodi ali naključju. Če bi ga ocenili z navadnimi nepravniškimi merili, bi skoraj v vseh primerih ugotovili, da je krivda (spet v navadnem, laičnem pomenu besede) neposrednega storilca prav majhna.

Prav zavoljo tega, ker se taka vsakdanja, na pogled nepomembna napaka ali nezgoda lahko pripeti na vsakem delovnem mestu, ob vsakem času in vsakemu zdravstvenemu delavcu, ki ima opravka z bolniki; in zavoljo tega, ker ima vsaka takih majhnih napak lahko najhujše posledice, celo bolnikovo smrt, torej posledico, ki ni v nikakem sorazmerju z majhno stopnjo krivde — prav zato moramo reči nekaj besed o kaznivem dejanju nevestnega zdravljenja, kakor ga obravnavata naš kazenski zakonik in naša pravosodna praksa.

Besedilo 203. člena Kazenskega zakonika se glasi:

(1) Zdravnik, ki pri svoji zdravniški pomoči uporabi očitno neprimerno sredstvo ali očitno neprimeren način zdravljenja ali ne uporabi ustrežajočih higienskih ukrepov ali sploh nevestno ravna pri zdravljenju in s tem povzroči, da se komu poslabša zdravje, se kaznuje z zaporom.

(2) Tako se kaznuje tudi babica ali kdorkoli iz zdravstvene stroke, ki pri zdravstveni pomoči ali oskrbi nevestno ravna in s tem povzroči, da se komu poslabša zdravje.

(3) Če je dejanje iz prvega ali drugega odstavka tega člena storjeno iz malomarnosti, se storilec kaznuje z zaporom do enega leta.

Za primer hude posledice, kot so huda telesna poškodba, huda okvara zdravja ali smrt ene ali več oseb, so v 212. členu zagrožene strožje kazni, celo strogi zapor do 15 let. Praktično pridejo v obravnavanje pred sodišči sploh samo primeri s hudimi posledicami, medtem ko se dogodki s posledico, kot jo omenja 203. člen,

to je vsakršno poslabšanje zdravja, poravnajo in pozabijo pod streho zdravstvene ustanove. Naj mimogrede omenimo, da tako poravnavanje ni skladno z določbami naših zakonov. Kazniva dejanja nevestnega zdravljenja se preganjajo po uradni dolžnosti in je zato brez pomena, ali oškodovanec (v našem primeru pacient) želi kazenski postopek ali ne; postopek se mora začeti in končati neodvisno od oškodovančevih želja.

Prvi odstavek navedenega člena velja samo zdravniku, drugi je namenjen vsem zdravstvenim delavcem, med njimi tudi medicinski sestri.

Besedo razlage je treba posvetiti še dvojni obliki krivde, ki izhaja tudi iz besedila 203. člena: naklep in malomarnost. Po besedi zakona je kaznivo dejanje *»storjeno z naklepom, če se je storilec zavedal svojega dejanja in ga hotel storiti; ali če se je zavedal, da lahko zaradi njegove storitve ali opustitve nastane prepovedana posledica, pa je privolil, da posledica nastane«*.

Z vsebinsko običajnim pojmom naklepa pred očmi si kaj težko zamislimo, da bi zdravstveni delavec naklepoma, z namenom, nalašč storil nekaj očitno neprimernega v bolnikovo škodo. Če pa preberemo v zakonu *»pa je privolil, da posledica nastane«* in dopolnimo za razlago *»četudi škodljive posledice ni želel«*, smo natanko omejili psihološke okoliščine pri zamolčanju nezgode ali napake. V takih okoliščinah bi bila mogoča obdolžitev zaradi naklepnega dejanja nevestnega zdravljenja:

Vsakomur se lahko zgodi, da se mu pri intramuskularnem injiciranju zalomi igla ali da mu pri intravenozni injekciji uide nekaj nevarnega zdravila mimo žile v tkivo. V obeh primerih lahko štejemo dogodek za čisto nezgodo, če je komplikacija nastala navzlic pravilni tehniki. Ne glede na izid bo komplikacija obdržala naravo nezgode brez neprijetnih posledic za udeleženega zdravstvenega delavca (zdravnika ali medicinsko sestro), če bo le-ta po dogodku ravnal po načelih sodobne medicinske doktrine. Za medicinsko sestro velja, da mora ob taki nezgodi nemudoma obvestiti zdravnika, ki mora zatem ukreniti vse, kar je potrebno, da se škoda zaradi nezgode prepreči ali pa vsaj kolikor mogoče zmanjša. Če pa bi medicinska sestra (isto velja tudi za zdravnika ali drugega zdravstvenega delavca) v strahu za svoj ugled in mir nezgodo zamolčala in tako vzela bolniku možnost, da bi bila škoda za njegovo zdravje omejena na najmanjšo mero, bi s tem dopustila, da bi nastopila škodljiva posledica.

Na enak način se lahko tudi dejanje, prvotno storjeno iz malomarnosti, npr. zamenjava injekcij, opustitev naročenega ukrepa iz pozabe ali podobno, izprevrže v naklepno, če zdravstveni delavec zavestno opusti ukrepe, ki so sposobni zmanjšati nastopajočo škodo.

Nekaj dlje smo se ustavili pri teh primerih, ne samo zaradi njihove večne aktualnosti, ampak tudi zato, ker so v razvoju osebnosti zdravstvenega delavca prav to tisti dogodki, ob katerih se preizkuša in gradi etična trdnost in čut odgovornosti. Odločnost zdravstvenega delavca, da bo v opisanih okoliščinah ukrepal brez računanja in ne glede na neprijetnosti, ki ga morda čakajo, mora biti zgrajena že zdavnaj prej, preden je nastopila kritična minuta odločitve. Sicer je vse preveč nevarno, da bo človek v stiski in skrbi gubil čas s preudarjanjem in odlašanjem, ostajal pasiven in ne bo ničesar ukrenil, pri tem pa že s samo pasivnostjo povzročil, da bo zamujen ugodni čas, ko bi še bilo mogoče preprečiti posledice.

Mnogo pogostnejša od naklepnih so iz malomarnosti storjena dejanja nevestnega zdravljenja. Naš kazenski zakonik pravi, da je *»kaznivo dejanje storjeno iz malomarnosti, če se je storilec zavedal, da lahko nastane prepovedana posledica, pa je lahkomišlno mislil, da ne bo nastala ali da jo bo lahko odvrnil; ali če*

se ni zavedal, da lahko nastane prepovedana posledica, pa bi se tega po svojih osebnih lastnostih moral in mogel zavedati«. Z navedeno razlago je zakon zelo natančno zadel razmere, ki jih pogosto srečujemo pri zdravstvenem delu: Improvizacije in poenostavljanja, odkloni od pravil medicinske doktrine, torej hibe, ki jih sicer nihče odprto ne zagovarja, ki pa so si vendar z dolgoletno tradicijo pridobile domovinsko pravico na določenem delovnem prostoru in za katere slišimo eno samo opravičilo: »Že leta dolgo tako delamo, pa se še nikdar ni nič zgodilo!« Naj ob tem pripomnimo samo to, da taka izkušnja nikakor ne opravičuje poznejše nezgode, marveč je samo še dodatna ilustracija slabe organizacije dela in dvomljivega odnosa do bolnika.

Ne bomo se mudili pri oblikah nevestnega zdravljenja, kakršne spoznavamo v kazenskih postopkih zoper zdravnike: največkrat gre za zmotne diagnoze, neustrezno terapijo, opustitev nujnih ukrepov, da bi se v pravem času uvedlo specialistično zdravljenje, pa tudi za pogoške pri anesteziji, transfuziji itd.

Navedli bomo nekaj situacij, v katerih medicinski sestri najpogosteje grozi nevarnost, da pogoše in s tem povzroči škodo bolniku, sama pa se izpostavi graji strokovne službe, disciplinskemu postopku ali celo kazenskemu pregonu pod obtožbo nevestnega zdravljenja. Pri tem imejmo pred očmi, da nastane največ pogošek zavoljo tega, ker pravice in dolžnosti pri delu s pacientom niso določno porazdeljene, in sicer niti med zdravnikom in medicinsko sestro niti med medicinsko sestro in niže usposobljenimi delavci. Preprosto rečeno, nezgoda nastane največkrat zato, ker kak zdravstveni delavec opravlja dela, za katera ni niti formalno niti praktično usposobljen. Lahko ugotovimo, da razmeroma malo nezgod v zdravstvu nastane zaradi resnične nevestnosti oziroma zaradi osebne napake neposrednega storilca in še manj zaradi tako imenovanih objektivnih razlogov (npr. tehničnih pomanjkljivosti), marveč da jih največji delež lahko zapišemo na rovaš organizacijskih slabosti. Le-te se pri delitvi dela kažejo v tem, da se v kritičnem trenutku na delovnem mestu pojavi strokovno ali osebno neprimeren delavec, ki poskuša svojo insuficientnost kompenzirati z improvizacijami in »iznajdljivostjo«. Drugo, kronično obliko slabe organizacije pa vidimo v tem, da pravice do posameznih del ali sploh niso določno porazdeljene ali pa so porazdeljene po tako imenovanih profilih zdravstvenih delavcev, ne pa z osebnimi pooblastili, kakor bi glede na občutljivost in odgovornost takega dela bilo prav. Zavoljo tega se pri izvedenskem delu v kazenskih zadevah zoper zdravstvene delavce znova in znova srečujemo z vprašanjem »Ali je obdolženi zdravstveni delavec po svoji izobrazbi in izkušenosti upravičen opravljati delo, kakršno je opravljal v času nezgode — in ali je mogel in moral predvideti nevarno posledico ter ob njenem nastopu ustrezno ukrepati?«

Enako stereotipno se ponavlja vprašanje, »ali medicinska sestra sme dajati intravenozne injekcije«. Incidenti pri injekcijah lahko nastanejo zaradi zamenjave zdravila, zaradi pogoške v tehniki dajanja ali pa zaradi posebne pacientove reakcije na zdravilo in so razmeroma pogostni. Stališče do njih se da uporabiti tudi za oceno večine drugih napak, nezgod in komplikacij, ki se utegnejo pripetiti medicinski sestri. Zato bomo v nadaljnjem razložili naše poglede na to vprašanje, tako, kot ga razlagamo pred sodiščem.

Temeljno načelo pri delitvi in zaupanju dela v zdravstvu zahteva, naj bo vsakemu delavcu dodeljeno samo tisto delo, ki ga je po svoji izobrazbi zmožen obvladati in ga po svoji izkušenosti tudi zares obvlada. Delitev dela mora biti individualna in konkretna. Opravljena mora biti nadrobno, nedvoumno in dokumentirano, v soglasju in pod odgovornostjo obeh oseb: tiste, ki delo odkazuje, in

tiste, ki pooblastilo sprejema. Pri odkazovanju dela ne sme odločati samo ročna sposobnost, marveč naj dobi in prevzame delo samo tisti, ki je ob pojavu komplikacij, s katerih možnostjo moramo računati pri zaupanem delu, zmožen prepoznati in tudi ustrezno ukrepati, vsaj v obsegu nujne pomoči. Delitev pooblastila za injekcije po kraju oziroma načinu aplikacije je nemedicinska in nevarna. Deliti bi jih bilo namreč po zdravilih, ki se aplicirajo, in po lastnostih pacienta, ki zdravilo dobiva. Nikakega pomisleka nimamo zoper to, da medicinska sestra — katera koli — daje intravenozno injekcijo nenevarne tekočine, kakršna je npr. fiziološka raztopina, toda odločno smo proti temu, da medicinska sestra, pa če še tako zanesljiva in spretna, daje v zdravnikovi odsotnosti zdravila močnega učinka (npr. strofantin), katerih delovanje je treba sproti nadzirati. Za tako delo medicinska sestra ni usposobljena; zato ji ga ne smemo naložiti, ona pa ga ne sme sprejeti. Med obema navedenima skrajnima primeroma je neprekinjena vrsta vmesnih stopenj. Meja med dovoljenim in nedopustnim seveda ne sme biti prepuščena naključju in trenutni potrebi, marveč bi morala biti nedvoumno določena, ne za tako imenovane profile, marveč za posamezno sestro, glede na njeno znanje, izkušnost in osebne moralne kvalitete, kot so vestnost, čut odgovornosti in brezpogojna odkritost, če je treba priznati napako.

Zanimivo je, da so predlogi o taki konkretni in zapisani porazdelitvi dela skoraj povsod naleteli na hladen sprejem tako pri zdravnikih kot tudi pri njihovih sodelavcih. In vendar je prav v tem ukrepu edina res uspešna pot za preprečevanje nezgod v zdravstvu. Kadar bi vsak sodelavec imel zapisano, za katera dela je pooblaščen in preizkušen, bi mu nihče več ne mogel naprtiti dela, ki ga ne obvlada — in sam tudi sprejeti ne bi smel takega dela.

Širši ali ožji repertoar del, za katera bi bil po znanju in izkušnosti pooblaščen ta ali oni delavec, bi bil stvarna podlaga za oceno sposobnosti in za nagrajevanje, obenem pa bi bil v stalno in živo pobudo za izpopolnjevanje.

S tako porazdelitvijo dela bi dosegli čisto izhodišče: Medicinska sestra (ali katerikoli drug zdravstveni delavec razen zdravnika) bi smela dobiti in sprejeti za nalogo samo tisto delo, za katero je sposobna in pooblaščen, in bi nosila za zaupano delo popolno odgovornost. Čista delitev z vso odgovornostjo pomeni obenem največjo stopnjo varnosti za pacienta — in za zdravstvenega delavca; obenem je prvi pogoj za mirno, zbrano in uravnovešeno delo, ki jamči za dobre uspehe zdravljenja.

Oddaljevanje od navedenih načel je sprva lahko samo strokovna površnost in odsev slabe organizacije in smo mu voljni prizanašati, ker na videz daje neke prednosti, v bistvu nedisciplino, ki jo — dokler nam godi — licemersko imenujemo »svobodo« del. Pri določeni razvojni stopnji se taka strpnost do površnosti izprevrže v etično hibo. Obratno pa se etična naglušnost ali neupoštevanje etičnih načel mora neogibno pokazati tudi na strokovni ravni zdravljenja.

Tako smo spet prišli na stojišče obeh poti razpravljanja o pravicah in dolžnostih zdravstvenega delavca, poti, ki smo ju uvodoma razdelili in nato ločeno prehodili. Sedaj laže razumemo nerazdružnost obojnih lastnosti, ki samo povezane označujejo dobrega zdravstvenega delavca: strokovnost s trdnim temeljnim znanjem in željo po dopolnjevanju in poglobljanju znanja ter z živo težnjo vedeti in razumeti več — obenem pa etična trdnost z globokim čutom za bolnika, z neomajnim spoštovanjem njegovega življenja in njegove osebnosti, z zavestjo odgovornosti in z voljo pomagati, kadarkoli in kjerkoli je to mogoče.