

LEKARZE FUTRZANYCH DZIECI

KIEDY ZACZYNAŁEM PRACĘ JAKO LEKARZ WETERYNARII PONAD DWADZIEŚCIA LAT TEMU, MEDYCYNA ZWIERZĄT TOWARZYSZĄCYCH WYGLĄDAŁA INACZEJ NIŻ DZIŚ. DIAGNOSTYKA OBRAZOWA BYŁA OGRANICZONA, DOSTĘP DO SPECJALISTYCZNYCH TERAPII NIEWIELKI, A WIELE CHOROÓB, KTÓRE OBECNIE POTRAFIMY KONTROLOWAĆ PRZEZ LATA, KOŃCZYŁO SIĘ ZNACZNIE SZYBCIEJ DECYZJĄ O EUTANAZJI. W CIĄGU DWÓCH DEKAD NASTĄPIŁ JEDNAK POSTĘP, KTÓREGO SKALA JEST TRUDNA DO PRZECENIENIA. TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA, REZONANS MAGNETYCZNY, ROZWÓJ ONKOLOGII WETERYNARYJNEJ, ZAAWANSOWANE TECHNIKI CHIRURGICZNE CZY NOWOCZESNA FARMAKOTERAPIA SPRAWIŁY, ŻE NASZE MOŻLIWOŚCI DIAGNOSTYCZNE I TERAPEUTYCZNE ZBLIŻYŁY SIĘ W WIELU OBSZARACH DO STANDARDÓW MEDYCYNY CZŁOWIEKA.

Kuba Letek

Ten rozwój przyniósł ogromne korzyści naszym pacjentom. Choroby, które jeszcze niedawno oznaczały szybkie pogorszenie stanu zdrowia, dziś często można stabilizować przez miesiące lub lata. Leczenie bólu stało się integralną częścią terapii, a pojęcie jakości życia przestało być wyłącznie deklaracją etyczną i stało się realnym parametrem klinicznym. Z perspektywy praktyki lekarskiej

jest to jeden z najważniejszych rozdziałów w historii współczesnej weterynarii.

A jednak największa zmiana, jaką obserwuję w codziennej pracy, nie dotyczy technologii ani farmakologii. Dotyczy relacji. Zwierzęta towarzyszące coraz częściej przestają być postrzegane jedynie jako zwierzęta. W wielu domach stały się pełnoprawnymi członkami rodziny. Dla części opiekunów – „futrzanymi dziećmi”.

To zjawisko nie jest wyłącznie zmianą języka. W praktyce klinicznej wpływa na sposób podejmowania decyzji terapeutycznych, na oczekiwania wobec lekarza oraz na granice leczenia, które coraz częściej okazują się trudne do wyznaczenia.

Wraz ze wzrostem możliwości diagnostycznych i terapeutycznych pojawia się bowiem pytanie, które jeszcze kilkanaście lat temu zadawaliśmy znacznie rzadziej:



”

Silna więź emocjonalna pomiędzy opiekunem a zwierzęciem zmienia nie tylko sposób postrzegania zwierząt w społeczeństwie, ale także dynamikę podejmowania decyzji terapeutycznych.

nie tylko czy możemy coś zrobić, lecz także czy powinniśmy.

Studium przypadku

Kilka miesięcy temu do kliniki trafił pacjent, którego prowadziłem od wielu lat. Starszy pies z rozpoznaniem rok wcześniej uogólnionym procesem nowotworowym. Wdrożone wówczas leczenie onkologiczne pozwoliło przez długi czas utrzymy-

wać względną kontrolę choroby i – co najważniejsze – akceptowalną jakość życia. Pacjent pozostawał pod regularną kontrolą, a opiekunowie byli bardzo zaangażowani w proces leczenia.

Podczas ostatniej wizyty obraz kliniczny był jednak wyraźnie odmienny. Pacjent prezentował objawy postępującego wyniszczenia nowotworowego: apatię, utratę apetytu oraz istotne ograniczenie aktywności. W praktyce klinicznej takie

momenty rozpoznajemy dość szybko – zmienia się nie tylko wynik badania czy obraz diagnostyczny, ale przede wszystkim jakość życia pacjenta.

W tym przypadku była ona wyraźnie obniżona. Badanie kliniczne, uzupełnione o wyniki badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, potwierdziło progresję choroby i bardzo ostrożne rokowanie. Możliwości dalszego leczenia przyczynowego były w praktyce wyczerpane.

Z klinicznego punktu widzenia najbardziej racjonalnym postępowaniem było rozważenie eutanazji, jako sposobu zapobieżenia dalszej degradacji jakości życia pacjenta. Rozmowa z opiekunami pokazała jednak wyraźną różnicę perspektyw. Dla nas był to pacjent w terminalnym stadium choroby nowotworowej. Dla nich – zwierzę, które przez lata było częścią życia rodzinnego.

Padła prośba, którą wielu z nas słyszało w podobnych sytuacjach: spróbować jeszcze wszystkiego, co możliwe. Ostatecznie zdecydowaliśmy się na krótkotrwałą hospitalizację i intensyfikację leczenia objawowego, mimo świadomości, że nie wpłynie to na przebieg choroby podstawowej. Pacjent zmarł kilka dni później w klinice.

Takie sytuacje nie są rzadkością. To momenty, w których ocena jakości życia, biologiczne granice choroby i oczekiwania opiekuna zaczynają się rozchodzić. Właśnie w takich chwilach szczególnie wyraźnie widać, jak bardzo współczesna praktyka weterynaryjna zmieniła się wraz z pojawieniem się zjawiska, które coraz częściej nazywamy „futrzanymi dziećmi”.

Antropomorfizacja i neurobiologia więzi

Sytuacje takie jak opisany wcześniej przypadek nie wynikają wyłącznie z różnicy w ocenie klinicznej. Coraz częściej są konsekwencją głębszej zmiany w relacji pomiędzy opiekunem a zwierzęciem. W wielu gospodarstwach domowych zwierzęta towarzyszące przestały pełnić jedynie funkcję użytkową czy towarzyską. Stały się pełnoprawnymi członkami rodziny. Dla części opiekunów – „futrzanymi dziećmi”.

Zjawisko to bywa określane w literaturze mianem antropomorfizacji relacji człowiek–zwierzę. W praktyce klinicznej oznacza ono jednak coś więcej niż tylko zmianę języka. Wpływa na sposób interpretowania choroby, na oczekiwania wobec lekarza oraz na gotowość do podej-

mowania kolejnych interwencji diagnostycznych i terapeutycznych.

Warto przy tym pamiętać, że intensywność tej relacji nie jest wyłącznie konstruktem kulturowym. Coraz więcej badań wskazuje na jej biologiczne podstawy. W pracy „Oxytocin-gaze positive loop and the coevolution of human-dog bonds”, opublikowanej w 2015 roku w czasopiśmie *Science*, Nagasawa i wsp. wykazali, że wzajemne spojrzenia pomiędzy psem a opiekunem prowadzą do wzrostu stężenia oksytocyny zarówno u zwierzęcia, jak i u człowieka. Mechanizm ten przypomina neuroendokryny model wzmacniania więzi obserwowany w relacji matka–dziecko.

Z biologicznego punktu widzenia oznacza to, że silne poczucie odpowiedzialności i przywiązania wobec zwierzęcia nie jest wyłącznie metaforą. W pewnym stopniu zakorzenione jest w tych samych mechanizmach neurobiologicznych, które odpowiadają za relacje opiekuńcze w obrębie naszego gatunku.

Dla lekarza weterynarii ma to bardzo konkretne konsekwencje. Silna więź emocjonalna zwiększa gotowość opiekunów do podejmowania leczenia i ponoszenia kosztów diagnostyki czy terapii. W dużej mierze to właśnie ta zmiana przyczyniła się do rozwoju współczesnej medycyny zwierząt towarzyszących.

Jednocześnie ta sama więź sprawia, że akceptacja biologicznych granic choroby staje się znacznie trudniejsza. Zwłaszcza wtedy, gdy rokowanie zaczyna być niekorzystne, a dalsze interwencje nie poprawiają już jakości życia pacjenta.

W praktyce oznacza to, że coraz częściej pracujemy na styku dwóch porządków: biologii choroby i emocjonalnej relacji opiekuna ze zwierzęciem. I to właśnie w tym miejscu zaczyna się jeden z najważniejszych problemów współczesnej medycyny weterynaryjnej – moment, w którym dostępność kolejnych narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych za-

czyna przesłaniać pytanie o ich rzeczywistą wartość dla pacjenta.

Medykalizacja relacji

Silna więź emocjonalna pomiędzy opiekunem a zwierzęciem zmienia nie tylko sposób postrzegania zwierząt w społeczeństwie, ale także dynamikę podejmowania decyzji terapeutycznych. Wraz ze wzrostem znaczenia zwierzęcia w strukturze rodziny rośnie oczekiwanie, że współczesna medycyna weterynaryjna wykorzysta wszystkie dostępne narzędzia diagnostyczne i terapeutyczne. W wielu przypadkach prowadzi to do zjawiska, które można określić mianem medykalizacji relacji człowiek–zwierzę.

W praktyce klinicznej oznacza to sytuacje, w których sama dostępność procedur zaczyna stawać się argumentem za ich zastosowaniem. Jeżeli istnieje możliwość rozszerzenia diagnostyki lub wdrożenia kolejnej interwencji terapeu-

tycznej, rezygnacja z takiego działania bywa interpretowana jako zaniechanie. Leczenie przestaje być wyłącznie narzędziem poprawy zdrowia pacjenta, a zaczyna być postrzegane jako moralny obowiązek wobec zwierzęcia.

Problem polega jednak na tym, że biologiczne doświadczenie choroby przez zwierzę różni się zasadniczo od ludzkiego. Zwierzę nie interpretuje cierpienia w kontekście przyszłości ani nadziei na wyzdrowienie. Funkcjonuje w czasie teraźniejszym, a chorobę odczuwa przede wszystkim poprzez ból, ograniczenie aktywności, utratę apetytu czy zmianę zachowania.

Dlatego w praktyce klinicznej jednym z najważniejszych kryteriów oceny sensowności terapii pozostaje jakość życia pacjenta. W wielu sytuacjach to właśnie ona, a nie możliwość wykonania kolejnej procedury diagnostycznej czy terapeutycznej, powinna wyznaczać granice dalszego postępowania.

SHUTTERSTOCK





Overdiagnosis czyli „nadrozpoznawalność”

Wraz z rozwojem diagnostyki weterynaryjnej coraz wyraźniej dostrzegamy zjawisko znane z medycyny człowieka jako nadrozpoznawalność. Termin ten odnosi się do sytuacji, w której rozpoznajemy zmiany chorobowe, które z biologicznego punktu widzenia prawdopodobnie nigdy nie doprowadziłyby do objawów klinicznych ani nie wpłynęłyby istotnie na długość czy jakość życia pacjenta. Welch i Black w pracy *Overdiagnosis in cancer* (Journal of the National Cancer Institute) zwracają uwagę, że nie jest to błąd diagnostyczny, lecz naturalna konsekwencja coraz większej czułości narzędzi medycznych.

W praktyce klinicznej widzimy to coraz częściej wraz z powszechniejszym dostępem do zaawansowanej diagnostyki obrazowej oraz rozbudowanych paneli badań laboratoryjnych. Tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny czy

profile geriatryczne pozwalają wykrywać liczne zmiany o niejednoznacznym znaczeniu klinicznym: drobne guzki w płucach, przypadkowe zmiany w nadnerczach, niewielkie ogniska w śledzionie czy subkliniczne odchylenia parametrów biochemicznych.

Literatura opisuje w tym kontekście tzw. efekt kaskady diagnostycznej. Jedno przypadkowe znalezisko prowadzi do kolejnych badań mających je wyjaśnić, które z kolei generują następne wątpliwości. Liczba wykonywanych procedur rośnie, podczas gdy ich rzeczywisty wpływ na dobrostan pacjenta bywa ograniczony.

W przypadku zwierząt towarzyszących presja wyjaśnienia każdej nieprawidłowości dodatkowo rośnie. Zwierzę coraz częściej traktowane jest jak członek rodziny, a każda zmiana w wyniku badania wydaje się wymagać odpowiedzi. W praktyce oznacza to, że lekarz weterynarii coraz częściej musi zdecydować nie tylko, jakie badania wykonać, lecz także które z roz-

poznać rzeczywiście wymagają dalszej interwencji.

Overtreatment czyli „nadmierne leczenie”

Naturalną konsekwencją nadrozpoznawalności może być nadmierne leczenie. W literaturze medycznej funkcjonuje tu pojęcie overtreatment – sytuacji, w której podejmowane interwencje terapeutyczne przynoszą pacjentowi niewielką korzyść w stosunku do obciążenia związanego z leczeniem. Brownlee i wsp. w pracy *Evidence for overuse of medical services around the world* opublikowanej w *The Lancet* pokazują, że nadmierne stosowanie procedur medycznych jest dziś problemem systemowym w wielu dziedzinach medycyny. Intensywność interwencji często rośnie szybciej niż ich rzeczywista wartość kliniczna.

W praktyce weterynaryjnej widzimy to szczególnie w chorobach przewlekłych oraz w zaawansowanych stadiach chorób nowotworowych czy niewydolności narządowych. Dostępność kolejnych metod diagnostycznych i terapeutycznych sprawia, że leczenie można eskalować niemal bez końca. Pytanie brzmi jednak nie tylko, czy możemy coś zrobić, lecz także czy rzeczywiście przyniesie to pacjentowi odczuwalną korzyść.

Problemem nie jest sama intensywność terapii. W wielu przypadkach agresywne leczenie jest w pełni uzasadnione i ratuje życie. Kluczowa jest jednak proporcja między obciążeniem terapii a jej wpływem na dobrostan pacjenta. Kolejne hospitalizacje, procedury diagnostyczne czy intensywne farmakoterapie mogą oznaczać dla zwierzęcia stres, ból i ograniczenie naturalnych zachowań.

Dlatego w praktyce klinicznej szczególne znaczenie nabiera jasne określenie celu terapii. Leczenie przyczynowe, kontrola objawów, poprawa jakości życia czy opieka paliatywna to różne strategie postępowania. Jeżeli ich nie rozróżniamy, bardzo łatwo przejść od leczenia uzasadnionego do terapii uporczywej – takiej, która przedłuża proces chorobowy, ale nie poprawia już jakości życia pacjenta.

Medycyna defensywna

Do tej układanki dochodzi jeszcze jeden element, który wielu z nas rozpoznaje w codziennej pracy, choć rzadko nazywamy go wprost. Chodzi o zjawisko medycyny defensywnej. Termin ten opisuje sytuację, w której decyzje diagnostyczne lub terapeutyczne podejmowane są nie tylko

na podstawie wskazań klinicznych, lecz także z myślą o ograniczeniu potencjalnych zarzutów wobec lekarza. Kumar i Singh w artykule Defensive medicine: a bane to healthcare opisują je jako strategię minimalizowania odpowiedzialności poprzez rozszerzanie zakresu badań i procedur medycznych.

W medycynie weterynaryjnej zjawisko to nabiera szczególnego znaczenia właśnie w epoce „futrzaných dzieci”.

Im silniejsza jest emocjonalna relacja opiekuna ze zwierzęciem, tym trudniej zaakceptować sytuację, w której nie wykorzystuje się wszystkich dostępnych możliwości diagnostycznych czy terapeutycznych. W takich warunkach decyzja o powściągliwości terapeutycznej bywa interpretowana nie jako element racjonalnej oceny klinicznej, lecz jako zaniechanie.

Współczesny lekarz weterynarii funkcjonuje więc w środowisku, w którym jego decyzje podlegają nie tylko ocenie medycznej, ale również społecznej. Opinie publikowane w internecie, dyskusje w mediach społecznościowych czy rosnąca świadomość praw opiekunów sprawiają, że pojawia się presja, aby wykazać, że zrobiono wszystko, co było możliwe.

W takich warunkach łatwo pojawia się pokusa rozszerzania diagnostyki lub wdrażania kolejnych procedur nie tylko dlatego, że mogą przynieść korzyść pacjentowi, lecz także dlatego, że stanowią zabezpieczenie decyzji lekarskiej. Paradoxs polega na tym, że działania podejmowane w celu ochrony lekarza mogą jednocześnie zwiększać obciążenie pacjenta.

Lekarz weterynarii staje więc często pomiędzy trzema perspektywami: biologii choroby, emocjonalnej relacji opiekuna ze zwierzęciem oraz własnej odpowiedzialności zawodowej. Właśnie w tej przestrzeni rodzi się napięcie, które wielu z nas dobrze zna – napięcie pomiędzy tym, co można zrobić, a tym, co rzeczywiście służy pacjentowi.

ARCHIWUM KUBA LETEK



LEK. WET. KUBA LETEK

Polski lekarz weterynarii od dziesięciu lat pracujący w jednym ze szpitali weterynaryjnych w południowej Norwegii, gdzie specjalizuje się w ortopedii i chirurgii małych zwierząt. Autor projektu „Weterynaria: Instrukcja Przetrwania” – głosu środowiska, który mówi o emocjach, granicach i prawdzie o tym zawodzie. www.kubaletek.pl

Stres moralny i koszt dla środowiska

Jeżeli spojrzymy na opisane wcześniej zjawiska razem – antropomorfizację relacji, medykację, nadrozpoznowalność, nadmierne leczenie czy presję medycyny defensywnej – łatwo zauważyć, że ich skutki nie dotyczą wyłącznie pacjentów. Dotykają także lekarzy weterynarii. W literaturze bioetycznej opisuje się to zjawisko jako stres moralny (ang. moral distress).

Pojęcie to wprowadził Andrew Jameton w pracy Nursing Practice: The Ethical

Issues. Odnosi się ono do sytuacji, w której profesjonalista wie, jakie działanie byłoby z jego punktu widzenia właściwe, lecz z powodu presji zewnętrznej nie jest w stanie go zrealizować. W praktyce klinicznej wielu z nas rozpoznaje te momenty bardzo dobrze. To sytuacje, w których ocena jakości życia pacjenta wskazuje, że dalsza eskalacja diagnostyki lub terapii nie przyniesie realnej poprawy dobrostanu, a mimo to proces leczenia jest kontynuowany.

W realiach „futrzaných dzieci” takie sytuacje pojawiają się coraz częściej.

Opiekun kieruje się silną więzią emocjonalną ze zwierzęciem i naturalną potrzebą zrobienia wszystkiego, co możliwe. Lekarz patrzy na ten sam przypadek przez pryzmat biologii choroby, rokowania i jakości życia pacjenta. Obie perspektywy są zrozumiałe, ale nie zawsze dają się łatwo pogodzić.

Badania Moses i wsp. opublikowane w *Journal of Veterinary Internal Medicine* w artykule *Ethical conflict and moral distress in veterinary medicine: A survey of North American veterinarians* pokazują, że konflikty etyczne należą do istotnych czynników obciążających lekarzy weterynarii w codziennej pracy. Wysoka częstość takich sytuacji koreluje z nasileniem objawów wypalenia zawodowego i poczuciem utraty wpływu na proces decyzyjny.

Stres moralny ma więc wymiar nie tylko indywidualny, lecz także środowiskowy. Jeżeli lekarz wielokrotnie uczestniczy w procesach terapeutycznych, które w jego ocenie nie przynoszą realnej poprawy dobrostanu pacjenta, pojawia się napięcie pomiędzy rolą klinicysty a rolą wykonawcy oczekiwań. W dłuższej perspektywie to napięcie zaczyna kosztować całe środowisko zawodowe.

Spektrum opcji terapeutycznych jako próba przywrócenia równowagi

Jeżeli spojrzymy na opisane wcześniej zjawiska – antropomorfizację relacji, medykalizację, nadrozpoznawalność, nadmierne leczenie czy presję medycyny defensywnej – łatwo zauważyć, że wszystkie one prowadzą do jednego pytania: gdzie w tym wszystkim znaleźć punkt równowagi?

Jedną z odpowiedzi, coraz częściej przywoływaną w literaturze weterynaryjnej, jest koncepcja spektrum opcji terapeutycznych (ang. *Spectrum of Care*). Zakłada ona, że opieka weterynaryjna nie musi oznaczać jednej, maksymalnie rozbudowanej ścieżki diagnostycznej i terapeutycznej. W wielu sytuacjach istnieje kilka klinicznie uzasadnionych strategii postępowania, różniących się zakresem interwencji, kosztami czy obciążeniem dla pacjenta.

Blackwell i wsp. w artykule *Spectrum of Care: A Paradigm Shift for Veterinary Medicine* opublikowanym w *Journal of the American Veterinary Medical Association* zwracają uwagę, że takie podejście pozwala lekarzowi uwzględnić nie tylko rozpoznanie i rokowanie, ale także realny kontekst życia pacjenta. W praktyce oznacza to odejście od przekonania,

że istnieje tylko jedna właściwa decyzja terapeutyczna.

Właśnie tutaj pojawia się dobrze znana w praktyce klinicznej pułapka „złotego standardu”. W wielu sytuacjach traktujemy go jako jedyną dopuszczalną drogę postępowania. Tymczasem codzienna praktyka pokazuje, że pomiędzy minimalną interwencją a najbardziej agresywną terapią istnieje szerokie spektrum rozwiązań, które mogą być racjonalne i etycznie uzasadnione.

Coraz częściej mówi się w tym kontekście także o medycynie kontekstowej. Decyzje terapeutyczne nie wynikają wyłącznie z rozpoznania i rokowania, lecz również z warunków życia zwierzęcia, możliwości opiekuńczych opiekuna czy poziomu stresu związanego z hospitalizacją. To czynniki, które w praktyce mogą mieć równie duży wpływ na dobrostan pacjenta jak sama interwencja medyczna.

Nie bez znaczenia jest również świadoma selekcja przypadków. Nie każda dostępna metoda diagnostyczna czy terapeutyczna musi być właściwa dla każdego pacjenta, nawet jeśli technicznie można ją wykonać. Współczesna praktyka weterynaryjna coraz częściej wymaga uwzględnienia także pozamedycznych aspektów leczenia: obciążenia związanego z kolejnymi procedurami, stresu hospitalizacji czy realnych możliwości prowadzenia terapii w środowisku życia zwierzęcia.

Warto zauważyć, że takie podejście zaczyna stopniowo pojawiać się również w edukacji przyszłych lekarzy weterynarii. Koncepcja spektrum opcji terapeutycznych coraz częściej trafia do programów nauczania na uczelniach weterynaryjnych jako próba przygotowania studentów do realiów współczesnej praktyki.

Z tej perspektywy spektrum opcji terapeutycznych nie oznacza ograniczania możliwości medycyny weterynaryjnej. Przeciwnie – pozwala korzystać z nich w sposób bardziej świadomy i proporcjonalny. A dla lekarza weterynarii oznacza powrót do roli klinicznego doradcy, który pomaga opiekunowi znaleźć rozwiązanie rzeczywiście służące pacjentowi.

Powrót do pacjenta

Współczesna medycyna weterynaryjna dysponuje dziś możliwościami diagnostycznymi i terapeutycznymi, które jeszcze niedawno pozostawały poza naszym zasięgiem. Postęp technologiczny, rozwój farmakoterapii i rosnąca specjalizacja pozwalają podejmować leczenie w sytuacjach, które wcześniej uznawano

za beznadziejne. To jeden z największych sukcesów naszej profesji. Jednocześnie jednak rozwój tych możliwości wymaga coraz większej świadomości granic, w których powinny być stosowane.

W praktyce klinicznej coraz częściej znajdujemy się pomiędzy dwiema perspektywami. Z jednej strony stoi wiedza medyczna – diagnostyka, rokowanie i doświadczenie kliniczne. Z drugiej oczekiwania opiekunów, dla których zwierzę jest kimś znacznie więcej niż tylko pacjentem. W epoce „futranych dzieci” te dwie perspektywy nie zawsze łatwo się spotykają.

Pomiędzy nimi pozostaje jednak ktoś jeszcze – sam pacjent. Zwierzę nie podejmuje decyzji o kolejnych badaniach, hospitalizacji czy intensywnej terapii. Chorobę doświadcza tu i teraz – poprzez ból, ograniczenie ruchu, utratę apetytu czy brak zainteresowania otoczeniem.

Dlatego jednym z najważniejszych zadań lekarza weterynarii pozostaje interpretowanie tych sygnałów. Powrót do pacjenta oznacza przywrócenie centralnej roli jego dobrostanu w procesie decyzyjnym. W wielu sytuacjach będzie to oznaczało wykorzystanie pełnych możliwości współczesnej medycyny. W innych – świadomą powściągliwość terapeutyczną, leczenie objawowe lub opiekę paliatywną.

Bo w świecie „futranych dzieci” łatwo zapomnieć o jednym głosie.

Głosie pacjenta.

A to właśnie on powinien być w naszej pracy najważniejszy. ●

Piśmiennictwo

1. Nagasawa M, Mitsui S, En S, Ohtani N, Ohta M, Sakuma Y, Onaka T, Mogi K, Kikusui T.: Oxytocin-gaze positive loop and the coevolution of human-dog bonds. *„Science”*, 2015, 348 (6232), 333–336, <https://doi.org/10.1126/science.1261022>.
2. Welch H. G., Black W. C.: Overdiagnosis in cancer. *„Journal of the National Cancer Institute”*, 2010, 102 (9), 605–613. <https://doi.org/10.1093/jnci/djq099>.
3. Brownlee S., Chalkidou K., Doust J., Elshaug A., Glasziou P., Heath I., Nagpal S., Saini V., Srivastava D., Chalmers K., Korenstein D.: Evidence for overuse of medical services around the world. *„The Lancet”*, 2017, 390 (10090), 156–168, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5).
4. Kumar S., Singh S. K.: Defensive medicine: a bane to healthcare. *„Medical Journal of Dr. D. Y. Patil University”*, 2015, 8 (2), 118–120, <https://doi.org/10.4103/0975-2870.153127>.
5. Moses L., Malowney M. J., Boyd J. W.: Ethical conflict and moral distress in veterinary medicine: a survey of North American veterinarians. *„Journal of Veterinary Internal Medicine”*, 2018, 32 (6), 2115–2122, <https://doi.org/10.1111/jvim.15315>.
6. Blackwell M. J., Twedt D. C., Bonvicini K., Adams C. L.: Spectrum of Care: A paradigm shift for veterinary medicine. *„Journal of the American Veterinary Medical Association”*, 2021, 259 (9), 1009–1016, <https://doi.org/10.2460/javma.259.9.1009>.

Kuba Letek, e-mail: kuba.letek@gmail.com