

Choroba, o której chory dowiaduje się ostatni

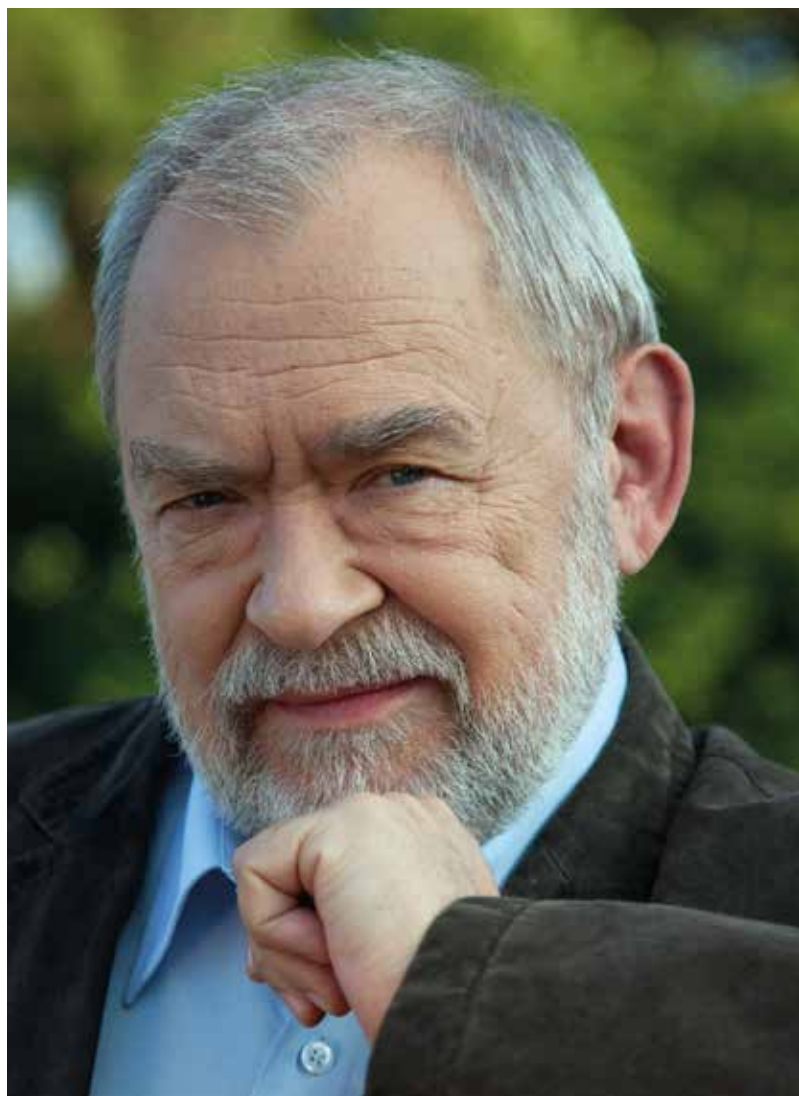
Z dr. n. med. Bohdanem Woronowiczem, psychiatrą, specjalistą i superwizorem psychoterapii uzależnień, rozmawia Katarzyna Sajboth-Data z portalu mp.pl

Jeżeli popatrzymy na uzależnienie jako szereg zaprzeczeń i złudnej kontroli (nad sobą i nad swoimi decyzjami czy działaniami), staje się ono szczególnie groźne w przypadku pracy lekarza, ponieważ stanowi nie tylko zagrożenie dla jego zdrowia i życia, ale także dla zdrowia i życia jego pacjentów. Pracuje Pan z lekarzami ponad 50 lat – jak duża jest ich wiedza o specyfice uzależnienia?

Wiedza jest minimalna, a czasami nie ma jej wcale. Lekarze w czasie swojej edukacji niewiele się dowiadują o uzależnieniach, bowiem stanowi to drobny fragment w ramach niewielkiego obszaru psychiatrii na studiach medycznych.

W czasach, kiedy studiowałem, a było to wiele lat temu, o „alkoholizmie” nie dowiedziałem się właściwie niczego. O uzależnieniu uczyłem się głównie od pacjentów i z nielicznych wówczas książek. Ostatnio rozmawiałem ze studentką IV roku medycyny, która powiedziała, że nie ma pojęcia, czym faktycznie jest uzależnienie. To są ogromne zaniedbania.

Przeciętny lekarz wie mniej więcej tyle, co przeciętna osoba, która nie zajmuje się zawodowo tą tematyką. A ponieważ, tak jak pani wspomniała, jest to choroba wiążąca się z zaprzeczaniem, to osoba chora dowiaduje się o tym, że jest uzależniona, czyli chora, na samym końcu. To jest powszechne zjawisko wśród osób dotkniętych tą chorobą i nie inaczej wygląda ono wśród lekarzy. Co więcej, z mojego doświadczenia wynika, że lekarze, mając wiedzę medyczną, często sięgają po nią, by wyjaśnić objawy, które się u nich pojawiają, różnymi



Fot. arch. własne / B. Woronowicz

Dr n. med. Bohdan Tadeusz Woronowicz – psychiatra i seksuolog, certyfikowany specjalista i superwizor psychoterapii uzależnień. Utworzył Ośrodek Terapii Uzależnień w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, którym przez 35 lat kierował. Autor ponad 250 artykułów naukowych i popularnonaukowych oraz kilku książek poświęconych problematyce uzależnień. Za swoje osiągnięcia został odznaczony krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski, honorową odznaką „Za zasługi dla ochrony zdrowia” oraz warszawską Syrenką „w uznaniu zasług dla Stolicy Rzeczypospolitej Polskiej”.

Nikt nie chce być „alkoholikiem” czy „lekomanem”, bo słowa te mają w społeczeństwie pejoratywny wydźwięk. Wiele osób, w tym także część lekarzy, nie uznaje zaburzeń związanych z używaniem substancji za chorobę, chociaż od dawna figurują one w różnych klasyfikacjach choroby.

zmianami chorobowymi, byle tylko nie powiązać ich wystąpienia z uzależnieniem.

Nikt nie chce być „alkoholikiem” czy „lekomanem”, bo słowa te mają w społeczeństwie pejoratywny wydźwięk. Wiele osób, w tym także część lekarzy, nie uznaje zaburzeń związanych z używaniem substancji za chorobę, chociaż od dawna figurują one w różnych klasyfikacjach jako choroby.

Między innymi wskutek braku zrozumienia mechanizmów i specyfiki uzależnienia lekarze, którzy sami z nim się borykają, nie otrzymują właściwej pomocy w wyjściu z niego. W polskich warunkach, kiedy któryś z kolegów przyjdzie do pracy pod wpływem alkoholu, otrzyma od przełożonego reprimendę i obieca poprawę, wyjaśniając swój stan wyjątkowymi okolicznościami. Kiedy sytuacja się powtórzy, zakończy się ponownym zobowiązaniem do zmiany swojego zachowania. Trzeba rozumieć, że ta osoba naprawdę wierzy, że uda się jej zapanować nad sobą i nad swoim nałogiem. Wierzy w to tym bardziej, że przecież jest lekarzem, który ukończył studia, odbył staż, pracuje i ma osiągnięcia zawodowe, a zatem doświadczył tylu wymagających i stresujących sytuacji, z którymi sobie poradził, że jest przekonany, iż z tym także mu się uda. On nie rozumie, że jest chory, że to nie zależy od jego woli i niestety nie rozumieją tego jego koledzy oraz zwierzchnicy.

Artykuł 52. Kodeksu Etyki Lekarskiej mówi: *Lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Jeżeli interwencja ta okaże się nieskuteczna albo dostrzeżony błąd lub naruszenie zasad etycznych powodują poważną szkodę, konieczne jest poinformowanie organu izby lekarskiej. Czy zdarzyły się Panu sytu-*

acje, w których zwrócił się do Pana lekarz z prośbą o pomoc dla innego, uzależnionego lekarza?

Na przestrzeni 50 lat pracy z osobami uzależnionymi mógłbym na palcach jednej ręki policzyć takie sytuacje. Wiem o przypadkach, kiedy lekarz zwrócił uwagę swojemu koledze czy próbował podejmować rozmowę i zachęcić do leczenia, ale niezwykle rzadko informacje o czymś problemie z nadużywaniem substancji psychoaktywnych docierały do przełożonych lub wyższych instytucji nadzorujących. Osobiście postrzegam to zjawisko jako patologiczną solidarność zawodową, wynikającą głównie z nieznamomości specyfiki uzależnienia. Znałem wielu doskonałych lekarzy, którzy w sposób widoczny nadużywali alkoholu, leków czy używali narkotyków i wskutek braku właściwej reakcji otoczenia część z nich przestała być w stanie wykonywać swój zawód, a część już nie żyje.

Według badań, w Polsce problemy z uzależnieniem ma około 8–16% lekarzy, czyli 12–26 tysięcy. Jaka jest skuteczność programów funkcjonujących w innych krajach, polegających na egzekwowaniu konieczności podjęcia leczenia, wyrwykowych badaniach lekarza i konsekwencjach wyciąganych wobec jego przełożonego?

Jeżeli przyjmiemy, że przeciętnie 30% osób uzależnionych od alkoholu po leczeniu przestaje spożywać alkohol, 30% się waha – ma okresy abstynencji i używania alkoholu, a 30% pije dalej, to w przypadku programów zdrowotnych dla lekarzy skuteczność leczenia jest znacznie większa. Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych pokazują, że wskutek programów zdrowotnych skierowanych do tej grupy zawodowej nawet do 90% z uzależnionych lekarzy zaniecha przyjmowania substancji psychoaktywnych. Podobne efekty osiągają analogiczne programy przeznaczone dla pilotów pasażerskich linii lotniczych. Z uwagi na ogromną odpowiedzialność osób wykonujących te zawody względem zdrowia i życia innych ludzi, problem uzależnień jest w ich środowiskach traktowany bardzo poważnie i dlatego przygotowano dla tych z nich, których dotyczy uzależnienie, przeznaczone specjalnie dla nich skuteczne programy wsparcia.

Carl Fischer, który jest lekarzem, napisał fantastyczną książkę „Przymus”. Autor, będąc dzie-

kiem dwójki alkoholików, sam również uzależnił się od alkoholu oraz od stymulantów, ale gdy w pracy zorientowano się, że ma z nimi problem, natychmiast podjęto działania. Zgodnie z procedurami trafił najpierw na „odtrucie” do kliniki psychiatrycznej, w której zresztą był wcześniej rezydentem i uczył się psychiatrii, następnie odbył program psychoterapii uzależnień, a później przez pięć lat był monitorowany, co polegało między innymi na wyrwykowych badaniach weryfikujących obecność określonych substancji w jego organizmie. Od wielu lat jest trzeźwy, a opisując własne doświadczenia, doskonale nakreśla mechanizmy uzależnienia. Obecnie pracuje z osobami uzależnionymi i często powtarza, że okres pięciu lat, kiedy go sprawdzano i badano, czy jest „czysty”, uratował mu życie.

Wiem, jak w naszym środowisku moi koledzy lekarze potrafią zapewnić sobie właściwe wyniki badania krwi czy moczu. Kiedy byłem pełnomocnikiem do spraw zdrowia w warszawskiej OIL, nawiązałem współpracę z agencją antydopingową. Chciałem, żeby w niektórych przypadkach można było do niej wysyłać lekarzy, aby mieć pewność odnośnie do wiarygodności wyników badań. Niestety, kiedy w 2018 roku zmieniły się władze samorządu lekarskiego w Warszawie, w znacznym stopniu zaprzestały kontynuowania tych działań.

Osobiście nie wierzę w to, że kierownik kliniki, poradni czy przychodni lub ordynator oddziału nie wie, kto z jego pracowników ma problem z uzależnieniem. Niestety, problem ten bywa „załatwiany” zazwyczaj poprzez rozwiązanie umowy o pracę, najczęściej w drodze porozumienia stron, by koledze „nie zaszkodzić”. Lekarz zaczyna więc pracować w sąsiedniej przychodni bądź szpitalu lub dojeżdża do innej miejscowości. Znam też przypadki, kiedy podejmuje pracę w innym województwie. Jednak niezależnie od tego, gdzie mieszka i pracuje, nadal przyjmuje substancje psychoaktywne i schemat się powtarza. Moim zdaniem owo „błędne koło” jednoznacznie szkodzi zarówno lekarzowi, jak i jego pacjentom. Takie praktyki są niestety powszechne i powielane, bowiem brakuje zmian na poziomie ustawowym regulujących postępowanie w takich sytuacjach. Odpowiedzialność za ten stan ponoszą również przełożeni danego lekarza

Osobiście nie wierzę w to, że kierownik kliniki, poradni czy przychodni lub ordynator oddziału nie wie, kto z jego pracowników ma problem z uzależnieniem. Niestety, problem ten bywa „załatwiany” zazwyczaj poprzez rozwiązanie umowy o pracę, najczęściej w drodze porozumienia stron, by koledze „nie zaszkodzić”.

oraz samorząd lekarski prezentujący brak profesjonalizmu względem omawianego problemu.

Niestety, brak zrozumienia, czym jest uzależnienie, źle rozumiana solidarność koleżeńska, wypalenie zawodowe, zła organizacja pracy i braki kadrowe przyczyniają się do podtrzymywania problemu, jednak dalsze „zamiatanie go pod dywan” z całą pewnością go nie rozwiąże.

W trosce o zdrowie i życie lekarzy oraz o zdrowie i życie pacjentów należy takie programy wprowadzić ustawowo. Udział w nich nie powinien zależeć od czyjejś chęci lub jej braku, ale być obowiązkowy i warunkujący możliwość dalszego wykonywania zawodu. Dlatego w procesie nowelizacji ustawy o izbach lekarskich czy ustawy o zawodzie lekarza postulowałem, żeby znalazły się w nich zapisy uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej i prawnie obligowały do stosowania określonych rozwiązań w tej kwestii.

Stworzył Pan broszurę „Pomagajmy sobie” i Program Zdrowotny dla Lekarzy – co one zawierały i dlaczego nie weszły w życie?

Kiedy w 2007 roku Naczelna Rada Lekarska podjęła, z mojej inicjatywy, uchwałę dotyczącą organizacji systemu pomocy lekarzom, których stan zdrowia ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie zawodu, ustanowiono funkcję pełnomocnika do spraw zdrowia. Jednym z jego zadań miało być zbieranie informacji o faktach nadużywania substancji psychoaktywnych wśród lekarzy w danej izbie. Następnie miał on nawiązać kontakt z danym lekarzem i zweryfikować problem. Jeśli faktycznie go potwierdził, powinien zadziałać tak, by lekarz został w profesjonalny sposób zdiagnozowany. Kiedy potwierdziło się jego uzależnienie, należało mu pomóc w znalezieniu miejsca leczenia, a następnie monitorować jego przebieg. Jeśli

postawa danego lekarza wiązała się z jakimkolwiek zagrożeniem dla pacjentów, pełnomocnik powinien wnioskować o powołanie komisji, która mogłaby orzec o niezdolności do wykonywania zawodu. Jednocześnie samorząd lekarski miał zapewniać lekarzowi, który nie mógłby pracować ze względu na podjęte leczenie, wsparcie finansowe i zabezpieczyć jego byt przez utworzony w tym celu fundusz.

Już wtedy nie wszystkim izbom ten pomysł się podobał. Większość izb powołała pełnomocników, a ci zaangażowali się w swoje zadania, jednak inne zignorowały uchwałę i nikogo nie powołały do pełnienia tej funkcji, twierdząc, że u nich takie problemy nie występują, co było oczywiście bzdurą.

Kiedy przygotowywałem Program Zdrowotny dla Lekarzy, dowiedziałem się, że w Stanach Zjednoczonych już w latach 70. ubiegłego wieku zajęto się tym problemem i utworzono tam programy skupione nie tylko na poufnym poradnictwie i odbyciu leczenia, ale, co jest szczególnie ważne, także na 3–5-letnim okresie monitorowania osoby po jej intensywnym leczeniu. Proces leczenia uzależnienia należy rozpocząć od odbycia podstawowego programu psychoterapii uzależnień, podczas którego dochodzi do uświadomienia sobie tego, że jest się osobą uzależnioną, poznaje się mechanizmy działające w tej chorobie oraz sposoby życia z nią w trzeźwości. Natomiast jeżeli przez kolejne 3 do 5 lat nie sięgnie się ponownie po substancję psychoaktywną, szansa, że się do niej nie powróci, zwielokrotnia się. Z takiego programu skorzystał wspomniany wcześniej dr Carl Fisher.

W Polsce często wystarczy samo dostarczenie izbie lekarskiej zaświadczenia o odbyciu leczenia, by uznać sprawę za zamkniętą. Pamiętam sytuację, gdy sam występowałem o zawieszenie prawa wykonywania zawodu na czas leczenia, na które uzależniony lekarz udał się do niekoniecznie profesjonalnego ośrodka, gdzie uzyskał wymagane potwierdzenie i dostał zgodę na powrót do pracy. Większość z takich osób szybko wróciło do uzależnienia. Nikt ich nie monitorował. Niektóre z nich przedawkowały i już nie żyją. Pamiętam doskonale młodszego kolegę, który wkrótce po „odbyciu leczenia” i przywróceniu mu prawa wykonywania zawodu wrócił do narkotyków i popełnił samobójstwo.

W trosce o lekarzy, ale i o pacjentów, należy to zmienić i zabezpieczyć takie osoby. W naszym zawodzie nie odpowiada się tylko za siebie, ale i za osobę, która przychodzi do nas po pomoc – nie wolno o tym zapominać. Kiedy ktoś zaczyna leczyć, będąc pod wpływem substancji psychoaktywnych, często dochodzi do tragedii. Tragedii pacjenta i samego lekarza.

Jeżeli widzimy, że kolega lub koleżanka z pracy jest pod wpływem substancji psychoaktywnych, jak zareagować? Co powiedzieć, a czego lepiej nie mówić? Lepiej to zrobić samemu czy zorganizować interwencję kilku osób?

Pierwszą rozmowę należy przeprowadzić na osobności, podkreślając jej poufność, i podjąć ją dopiero wtedy, kiedy ta osoba nie będzie pod wpływem jakichkolwiek substancji.

Zachęcam do mówienia raczej o problemach z alkoholem czy lekami niż nazywania kogoś „alkoholikiem” bądź „lekomanem”. Mówiąc o tym, co nas niepokoi, należy operować faktami – co się wydarzyło, co zaobserwowaliśmy, kiedy to było, w jakich okolicznościach – żeby nie brzmiało to jak oskarżenie.

Pamiętajmy też o wysłuchaniu naszego rozmówcy i spróbujmy zachęcić go do zwrócenia się do profesjonalistów w celu uzyskania pomocy. Należałoby również uprzedzić, że jeśli tego nie zrobi, a sytuacja się powtórzy, nie pozostanie się towarzyszem jego tajemnicy, tylko zgłosi sprawę odpowiednim osobom.

Przygotowując się do takiej rozmowy, warto poszukać informacji na temat samego uzależnienia i ośrodków, w których można się leczyć. Niejednokrotnie kluczowa okazuje się pomoc w dotarciu do nich. Najważniejsze, żeby były to profesjonalne miejsca, tym bardziej, że wiele reklamujących się dzisiaj placówek zajmuje się „pseudopomaganiem”, a ich wartość terapeutyczna jest znikoma.

Wydaje mi się, że wciąż nam trudno poruszać tematy związane z nadużywaniem bądź uzależnieniem od czegośkolwiek. Nie tylko w obszarze zawodowym, ale i prywatnym. Czasem nie orientujemy się, że ktoś ma problem, a kiedy go dostrzegamy, niejednokrotnie chronimy – jako rodzina lub współpracownicy – osobę uzależnioną przed konsekwencja-

mi jej zachowań, nie zdając sobie sprawy, że takimi zachowaniami wspieramy jej chorobę, a nie ją. Jakie postawy pomagają rozwiązać problem, a jakie podtrzymują chorobę?

Wiele lat temu miałem kolegę, który ilekroć do mnie wpadł, po wspólnym wypiciu wina podczas kolacji, chciał kontynuować spotkanie i sugerował sięganie po kolejne butelki. Kiedy powiedziałem, że więcej nie będziemy pili, jego wizyty stały się znacznie rzadsze, aż całkowicie zanikły.

Jeżeli widzisz, że ktoś z twoich znajomych, ilekroć się spotkacie, nie potrafi zatrzymać potrzeby dalszego picia, warto o tym powiedzieć. Jeżeli on tego nie przyjmuje lub się obraża, to znaczy, że problem istnieje.

Ludzie wstydzą się „być alkoholikiem” czy „mieć w domu alkoholika”. Dlatego rodziny też często zaprzeczają i udają, że wszystko jest w porządku.

Najlepiej porozmawiać ze specjalistą psychoterapii uzależnień, aby zrozumieć zarówno zachowania osoby uzależnionej, jak i swój wpływ na nią. Przychodzi do mnie wiele osób, chcących zweryfikować u siebie potencjalny problem z uzależnieniem. W zależności od sytuacji odpowiadam tej osobie, że jeśli ze swoim używaniem substancji pozostanie na obecnej drodze, pewnie wkrótce będę mógł stwierdzić uzależnienie, albo że już została przekroczona jego granica. Część z nich decyduje się na zmianę swojej relacji z alkoholem, a część podejmuje terapię. Niektórzy nadal „eksperymentują” i wracają po latach, tak jak np. Borys Szycc, który po ostatecznym odbyciu terapii utrzymuje pełną abstynencję od wielu lat i chętnie opowiada swoją historię, przekonując innych do podjęcia leczenia.

Czy lekarz w trakcie leczenia może pracować?

Można zawiesić prawo wykonywania zawodu, ale często nie jest to konieczne. Wszystko zależy od tego, jak funkcjonuje – jak realizuje program terapeutyczny. Powinien jednak zgodzić się na to, żeby wyznaczona przez przełożonych osoba mogła kontaktować się z placówką terapeutyczną, w której się leczy i weryfikować postępy leczenia. Jeżeli ktoś potrafi łączyć swoją terapię z pracą zawodową i niczego „nie brać”, to czemu nie, ale to wszystko jest bardzo indywidualne. Są też sytuacje, w któ-

Jeżeli widzisz, że ktoś z twoich znajomych, ilekroć się spotkacie, nie potrafi zatrzymać potrzeby dalszego picia, warto o tym powiedzieć. Jeżeli on tego nie przyjmuje lub się obraża, to znaczy, że problem istnieje.

rych powinno się zawiesić prawo wykonywania zawodu przynajmniej na czas leczenia, przywrócić je po jego ukończeniu i monitorować przez kolejne lata.

A jeśli lekarz jest uzależniony od leków, jego środowisko pracy nie sprzyja jego trzeźwości. Czy jest w stanie w nim zdrowo funkcjonować, czy może się to wiązać z koniecznością zmiany zawodu?

Może nie zmianą zawodu, ale ze zmianą stanowiska przynajmniej w tym początkowym okresie, kiedy on sam jest najbardziej zagrożony. Można pomóc takiemu lekarzowi, a mądry przełożony znajdzie dla niego odpowiednie miejsce. Jeśli problem dotyczy leków, należy rozważyć zawieszenie prawa wykonywania zawodu, żeby nie mógł wypisywać recept.

Znam wiele osób, które przestały spożywać alkohol, ale twierdziły, że nie przeszkadzają im osoby pijące w ich towarzystwie. Moje doświadczenie zawodowe wskazuje na to, że w końcu się z nimi napiły. Trzeba być szczególnie ostrożnym wobec miejsc, środowiska i okoliczności, w których używało się danej substancji.

Powiedział Pan kiedyś, że „zdrowiejący alkoholik wie, jaki deficyt wypełniał alkoholem, a samo powstrzymywanie się od picia, nie daje tego efektu na dłuższą metę”. Czym się różni trzeźwość od abstynencji?

Abstynencja to jest „niepicie”. Sprowadza się więc do usilnego powstrzymywania od spożywania alkoholu. Trzeźwienie polega na zmienianiu siebie – sposobu myślenia, relacji z ludźmi, podejścia do świata i życia, swojego postępowania, reakcji, ogólnym poprawianiu jakości życia. Tym jest prawdziwe trzeźwienie i zdrowienie. Bardzo często powtarzam, że zdrowiejąc z uzależnienia, stajesz się znacznie lepszym człowiekiem.

Zdrowieniu z uzależnienia pomagają grupy wsparcia, np. AA, jednak lekarze niechętnie korzystają z ich mityngów z obawy przed spotkaniem tam swoich pacjentów. Co Pan na to?

Często nie wiemy, gdzie i kogo ze znajomych spotkamy. Kiedy człowiek pozostaje trzeźwy, zazwyczaj przestaje tak bardzo przejmować się, co pomyśli o nim inni. Nie zapomnę, kiedy przyszedł do mnie profesor psychologii i zastanawialiśmy się, gdzie ma się udać na leczenie. Znalazłem dla niego ośrodek położony daleko od jego miejsca zamieszkania, ponieważ chciał pozostać anonimowy. Pojechał tam, a kiedy wrócił, powiedział mi, że jedną z pierwszych osób personelu, którą spotkał po przybyciu do placówki, była jego niegdysiejsza studentka. Dokładnie tego chciał uniknąć, ale został tam, odbył terapię i do dzisiaj pozostaje trzeźwy.

Czy z uzależnieniem jest się w stanie poradzić sobie samemu, czy konieczna jest terapia lub odwyk albo spotkania grup samopomocowych?

Najlepszą drogą do trzeźwego życia jest rozpoczęcie go od programu psychoterapii uzależnień i odbycie jego podstawowej wersji. Później można kontynuować leczenie w placówce terapii uzależnień, ale zdecydowanie zachęcam do uczestniczenia w spotkaniach grup Anonimowych Alkoholików, czy też odpowiedników takich grup. Dają one bowiem największą szansę na uzyskanie wsparcia w wielu miejscach w Polsce i na świecie. Pomagają w poradzeniu sobie z chorobą i w uniknięciu powrotu do jej aktywnej formy. W grupie widzisz, że nie tylko ty masz problem. Umacnia cię korzystanie z doświadczeń innych ludzi, tak jak wspiera współprzeżywanie chwil trudnych. Znam pojedyncze osoby, które samodzielnie poradziły sobie z uzależnieniem, ale to jest choroba, w przypadku której znacznie łatwiej i efektywniej zdrowieje się z innymi ludźmi. Podczas prób samodzielnego zmagania się z nią, bardzo łatwo jest do niej wrócić.

Obecnie grup Anonimowych Alkoholików jest w Polsce ponad 2800, można zatem pozostać w nich anonimowym, pojechać do innej miejscowości, znaleźć grupę dla siebie. Znam wielu lekarzy, którzy korzystają z tej formy wsparcia, mimo że wcześniej się jej obawiali.

Nie zapomnę pacjenta, który jakiś czas po odbytym leczeniu spotkał swojego sąsiada, a ten serdecznie się z nim przywitał i powiedział, że cieszy się widząc go trzeźwego. Ów pacjent powiedział mi wtedy: „Jaki ja byłem głupi, myśląc, że nikt nie wie, że ja piję”. Ukrywanie uzależnienia naprawdę nie ma sensu, najczęściej ludzie wokół i tak wiedzą. To jest choroba, o której chory dowiaduje się ostatni.

►► cd. ze s. 16

Leczyć bez ocen moralnych

Warto przy okazji obalić mit dotyczący rzekomo masowych zakażeń osób starszych w sanatoriach, które są odpowiedzialne za wzrost zakażeń w Polsce. Nie określiłabym tego w ten sposób. W obyczajowości zachodzą zmiany, poza tym żyjemy dłużej w dobrym zdrowiu, więc dłużej jesteśmy aktywni seksualnie. Starsi ludzie również uprawiają seks i też są narażeni na związane z seksem choroby zakaźne. Nie demonizowałabym wyjazdów sanatoryjnych. Owszem, sanatoria mogą być miejscem, gdzie może dojść do zakażenia, ale przecież nie jedynym.