

**W czerwcu 2012 r. w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie powołana została Komisja Etyki, której podstawowym celem jest przygotowanie ocen etycznych w sytuacjach wymagających specjalnej, wnikliwej analizy moralnej oraz udzielanie pomocy pracownikom Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, jak również pacjentom lub członkom ich rodzin w podejmowaniu trudnych decyzji etycznych, zwłaszcza w obliczu śmiertelnej lub ciężkiej choroby.**

**Zadaniem Komisji jest:**

- prowadzenie i organizowanie szkoleń w zakresie etyki klinicznej dla pracowników Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie a także dla pacjentów i ich rodzin,**
- prowadzenie mediacji w sytuacji konfliktów: personel-pacjent/rodzina,**
- prowadzenie mediacji w sytuacji konfliktu między personelem,**
- wydawanie etycznych opinii w sprawach trudnych przypadków klinicznych,**
- formułowanie ogólnych wytycznych zalecających określony sposób rozwiązywania typowych problemów etycznych.**

**Decyzję o zaangażowaniu Komisji Etyki i ewentualną mediację podejmuje lekarz lub przedstawiciel pacjenta.**

**Opinia Komisji Etyki **nie jest** dla decydującego lekarza wiążąca i nie zmniejsza ona jego zdolności decyzyjnej, ani nie zwalnia go od osobistej odpowiedzialności za ostatecznie podjętą decyzję.**

**Pierwsze posiedzenie Komisji Etyki odbyło się 28 czerwca 2012 roku. Na zebraniu byli obecni Prof. dr hab. med. J. Dubiel, dr n.med. T. Weber, dr hab.n. med. A. Słowik, Prof. dr hab. med. J. Składzień, Prof. dr hab. J. Gierowski, dr n. hum. Z. Zalewski oraz P. Monika Kurbiel i Pani L. Pejas –Grzybek.**

•

- Przewodniczącym zebrania został prof. Jacek Dubiel przedstawiając główne kierunki działania Komisji, dotyczące kwestii opiniowania trudnych przypadków medycznych, prowadzenie mediacji w sytuacjach konfliktowych oraz edukacji personelu szpitala. Koordynację prac Komisji powierzono dr med T. Weber. Po dyskusji Komisja zatwierdziła program działania i przyjęła wnioski do pracy na najbliższe miesiące.

**2. Następne posiedzenie Komisji Etyki Szpitala Uniwersyteckiego odbyło się w dniu 24.10.2012r i dotyczyło problemu komunikacji pomiędzy lekarzami z różnych oddziałów.**

**Ustalono, że zaistniała sytuacja powoduje konieczność wprowadzenia działań naprawczych, obejmujących edukację personelu Szpitala Uniwersyteckiego na temat roli Oddziału Paliatywnego i procedury kierowania pacjentów na ten Oddział.**

**3. Trzecie posiedzenie Komisji Etyki SU. Odbyło się w trybie pilnym w dniu 15. 01. 2013 i dotyczyło wydania opinii wniosku prof. T. Macha o wyrażenie zgody na zaprzestanie uporczywej terapii u chorego B.L.**

- **W lutym 2013 została uruchomiona zakładka na stronie internetowej Komisji Etyki Szpitala Uniwersyteckiego z ogólnie dostępnym formularzem do opisanie problemu etycznego.**
- **We wrześniu 2013 został zgłoszony problem dotyczący odmowy wypisu do domu i opuszczenia oddziału pacjentki u której zakończono proces terapeutyczny (leczenie bólu) z dobrym efektem i brakiem postępu choroby nowotworowej. Ze względu na problematykę prawną sprawa została rozwiązana przez zespół radców prawnych, którzy uświadomili chorej konsekwencje finansowe pozostania w szpitalu po zakończeniu leczenia.**
- **W dniu 17 grudnia 2013 roku Komisja zebrała się w trybie pilnym aby dokonać analizy i oceny stanu chorego – J.F. na wniosek lekarzy z Oddziału Pulmonologii.**

- **W roku 2014 pierwsze zebranie odbyło się w lutym. W czasie tego spotkania zatwierdzono regulamin pracy Komisji i plan pracy na 2014 rok.**
- 
- **23.06.2014 odbyło się pilne spotkanie w sprawie wydania opinii o zaprzestaniu terapii daremnej u chorego W.P. z Kliniki Chorób Wewnętrznych.**
- **Następne planowe zebranie odbyło się we wrześniu, kiedy to przedstawiono wniosek o zwołanie zebrania otwartego, które przybliży prace Komisji pracownikom szpitala.**
- **Obecne „Zebranie Otwarte” zostało zwołane celem zapoznania pracowników Szpitala Uniwersyteckiego z działalnością Komisji.**



**Etyka jest teorią moralności.**

**Moralność** - (łac. *moralis* = obyczajowy) **to zjawisko społeczne**, którego zadaniem jest regulowanie stosunków między jednostką a jednostką oraz między jednostkami a grupami społecznymi, to poglądy i przekonania znajdujące swój wyraz w postawach i zachowaniach wobec innych, **to rodzaj systemu normatywnego bliskiego obyczajowi i prawu.**

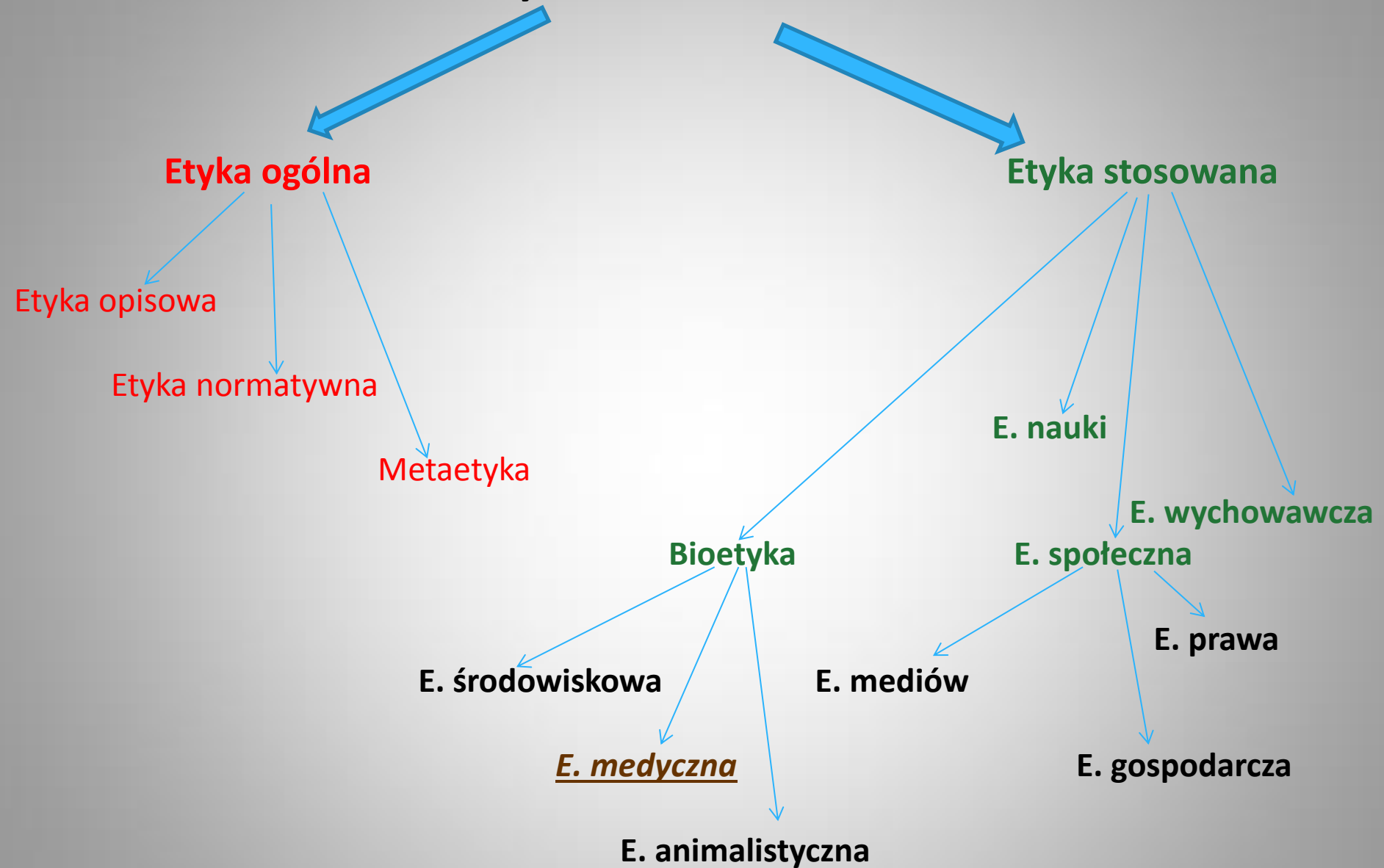
**W zawodzie lekarza należy stale podnosić poziom wiedzy etycznej, aby los pacjentów nie był zależny od prywatnego sumienia poszczególnych członków tej profesji.**



**Ze względu na stały rozwój medycyny, powstawanie nowych  
Procedur terapeutycznych należy:**

- ☐ **Wymieniać doświadczenia i stworzyć forum, które pomoże rozwiązywać problemy, przed którymi stają lekarze i pielęgniarki w codziennej pracy.**
- ☐ **Analizować problemy , jakie stwarza zastosowanie konkretnej terapii.**
- ☐ **Ustalać zasady postępowania, stwarzać procedury, którymi będą się posługiwać personel medyczny.**
- ☐ **Rozwiązywać problemy wspólnie, korzystając z zapomnianej formy jaką **jest konsylium lekarskie** a w trudniejszych przypadkach zgłaszając problem do **Komisji Etyki szpitala****

# Etyka filozoficzna





- **Etyka to dział filozofii, zajmujący się badaniem moralności i tworzeniem systemów myślowych, z których można wyprowadzać zasady moralne. Etyka bywa też nazywana filozofią moralną.**



- **Etyki nie należy mylić z moralnością. Moralność to z formalnego punktu widzenia zbiór dyrektyw w formie zdań rozkazujących w rodzaju: "Nie zabijaj", których słuszności nie da się dowieść ani zaprzeczyć, gdyż zdania rozkazujące nie są zdaniami w sensie logicznym.**
- **Celem etyki jest dochodzenie do źródeł powstawania moralności, badanie efektów, jakie moralność lub jej brak wywiera na ludzi oraz szukanie podstawowych przesłanek filozoficznych, na podstawie których dałoby się w racjonalny sposób tworzyć zbiory nakazów moralnych.**
- **Poglądy etyczne przybierają zwykle formę teorii, na którą składa się zespół pojęć i wynikających z nich twierdzeń, na podstawie których można formułować zbiory nakazów moralnych.**

**BIOETYKA JEST CZĘŚCIĄ FILOZOFII MORALNEJ, KTÓRA OKREŚLA  
GODZIWOŚĆ, LUB BRAK GODZIWOŚCI PODEJMOWANYCH  
INTERWENCJI W ŻYCIU LUDZKIM.**

**TO NAUKA, KTÓRA NIE OGRANICZA SIĘ JEDYNNIE  
DO MEDYCyny I BIOLOGII.**

**REFLEKSJA BIOETYCZNA MUSI UWZGLĘDNIĄĆ ODNIESIENIA  
DO PROBLEMATYKI SPOŁECZNEJ I DUCHOWEJ, ZE  
SZCZEGÓLNYM NACISKIEM NA JAKOŚĆ ŻYCIA.**

**BIOETYKA** wg. PROF. ŚLIPKI TO DZIAŁ FILOZOFOCZNEJ ETYKI SZCZEGÓŁOWEJ, KTÓRA USTALA OCENY I NORMY MORALNE WAŻNE W DZIEDZINIE DZIAŁAŃ LUDZKICH POLEGAJĄCYCH NA INGERENCJI W SYTUACJACH GRANICZNYCH:

- POWSTAWANIA ŻYCIA  
BIOGENEZA
- JEGO TRWANIA  
BIOTERAPIA
- ORAZ ŚMIERCI  
TANATOLOGIA



**CO JEST NAJWYŻSZYM DOBREM W  
MEDYCYNIE ? DOBRO PACJENTA !!!!!**



**PACJENT WG.ENCYKLOPEDII BIOETYKI**

**/str. 341-348/, TO CZŁOWIEK DOTKNIĘTY CHOROBAŁ Poddany PROCESOWI  
DIAGNOSTYCZNEMU, KTÓRY PRAGNĄC WYZDROWIENIA ZAWIERZA SIĘ  
OPIECIE SŁUŻBY ZDROWIA.**

**PACJENT WG. SŁOWNIKA JĘZYKA POLSKIEGO /tom II L-P WARSZAWA 1984  
PWN, str. 578 TO CHORY ZWRACAJĄCY SIĘ PO PORADĘ DO LEKARZA, BĘDĄCY  
POD OPIEKĄ LEKARZA.**

**CO JEST DOBREM W MEDYCYNIE???**



**JAK CZYNIĆ DOBRO????**

**KTO MA CZYNIĆ DOBRO???**

??????????



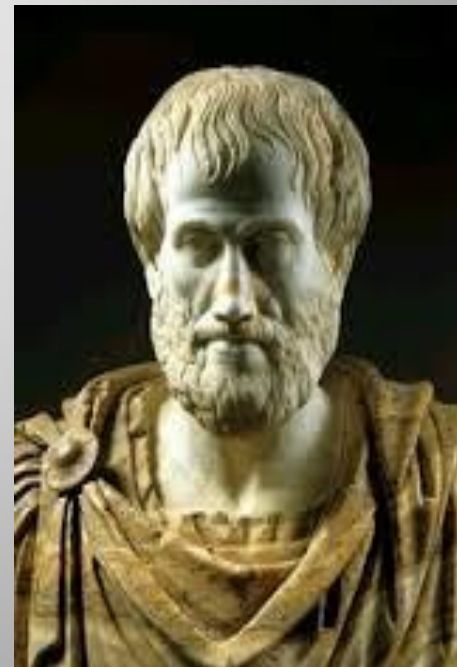
# Starożytni

## „Aby dobro czynić trzeba dobro znać”



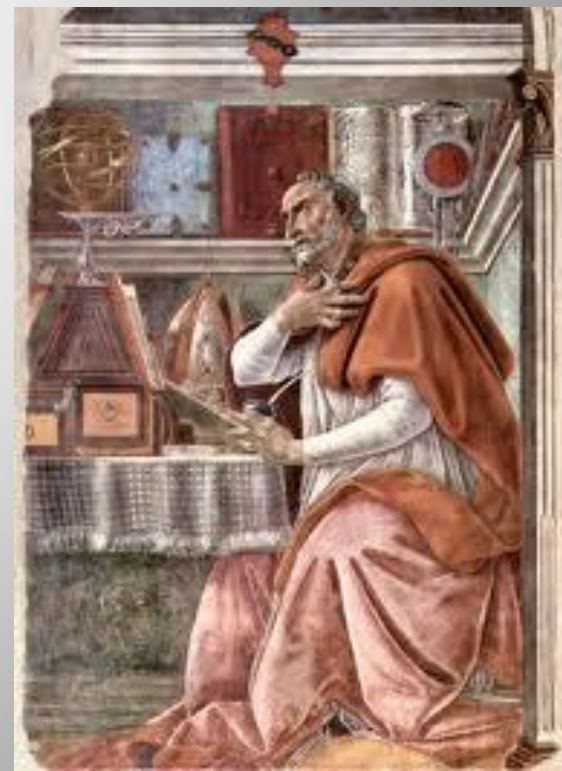
## **Arystoteles**

**„Aby dobro czynić - gdy człowiek narażony jest  
na przeciwnieństwa losu - zachowuje dobro, bo  
jest to dobro wewnętrzne**



# **Augustyn**

## **„Aby dobro czynić, trzeba dobro kochać”**





**CEL - DOBRO PACJENTA WPISANE JEST W NATURĘ  
MEDYCYNY, W RELACJĘ LECZENIA.**

**TO JEST CEL WEWNĘTRZNY MEDYCYNY**

**/DOBRO MEDYCZNE, DOBRO PRZEŻYWANE PRZEZ  
PACJENTA, DOBRO PACJENTA JAKO OSOBY,  
DOBRO DUCHOWE/ I TEN CEL**

**/A NIE CELE ZEWNĘTRZNE/ STANOWI MORALNOŚĆ MEDYCZNĄ.**

**CELE ZEWNĘTRZNE - TAKIE JAK SŁAWA LEKARZA,  
JEGO PRESTIŻ SPOŁECZNY I POLITYCZNY,  
PIENIĄDZE I ZYSKI - NIE MOGĄ DECYDOWAĆ O RELACJI  
Z PACJENTEM I REALIZACJI TEGO CO PIERWSZORZĘDNE.**

**NA DOBRO PACJENTA SKŁADAJĄ SIĘ:**

**1. DOBRO MEDYCZNE**

**WYZNACZONE PRZEZ AKTUALNĄ WIEDZĘ MEDYCZNĄ,  
SZTUKĘ LEKARSKĄ, W KTÓREJ OLBRZYMIA ROLĘ  
ODGRYWAJĄ NAUKOWE, TECHNICZNE I PRAKTYCZNE  
UMIEJĘTNOŚCI LEKARZA.**

**DOBREM TYM, JEST PRZYWRÓCENIE FUNKCJI  
ŻYCIOWYCH CIAŁA I UMYSŁU CHOREGO,  
UWOLNIENIE GO OD BÓLU, PRZEZ UŻYCIE  
MEDYKAMENTÓW, OPERACJE, PSYCHOTERAPIĘ.**

## **2. DOBRO PRZEŻYWANE PRZEZ PACJENTA,**

**CHODZI TU O JEGO OSOBISTE PREFERENCJE, WARTOŚCI I WYBORY, O TO, JAK CHORY CHCE PRZEŻYWAĆ SVOJE ŻYCIE, W TYM CHOROBE, JAK WIDZI KORZYŚCI I SZKODY ZAPROPONOWANEGO LECZENIA.**

**W DOBRU TYM ODBIJA SIĘ NIEPOWTARZALNOŚĆ KAŻDEJ OSOBY I SPECYFICZNOŚĆ JEJ ŚWIATA WARTOŚCI. CHODZI TU O WIEK, STATUS ZAWODOWY, RODZINNY, ZAANGAŻOWANIE SPOŁECZNE, KULTUROWE I RELIGIJNE.**

### **3. DOBRO PACJENTA JAKO OSOBY,**

**W CHARAKTERYSTYCE TEGO DOBRA WAŻNE JEST USZANOWANIE GODNOŚCI LUDZKIEJ, TRAKTOWANIE OSOBY JAKO CELU SAMEGO, A NIE ŚRODKA DO OSIĄGNIĘCIA INNYCH CELÓW.**

### **4. DOBRO DUCHOWE PACJENTA,**

**CHODZI O DOBRA, KTÓRE NADAJĄ ŻYCIU OSTATECZNY SENS. TO SĄ OSOBISTE PRZEKONANIA CZŁOWIEKA, ŚWIAT WARTOŚCI, JEGO WIARA I RELIGIA.**

## **JAK CZYNI DOBRO LEKARZ:**

- **KIERUJE LECZENIEM,**
- **PRZEPROWADZA BADANIA I INTERPRETUJE WYNIKI,**
- **WYDAJE ZLECENIA I OCENIA SKUTECZNOŚĆ TERAPII,**
- **KONSULTUJE Z INNYMI SPECJALISTAMI**
- **PRZEPROWADZA ZABIEGI CHIRURGICZNE**
- **WALCZY Z BÓLEM I CIERPIENIEM**



**LEKARZ LECZY**, czyli podejmuje czynności zmierzające do osiągnięcia celu terapeutycznego opierając się na dwu modelach:

**1. modelu biomedycznym**, który funkcjonowanie ludzkiego organizmu tłumaczy w kategoriach procesów empirycznych.

**Procesy te są badane metodami odpowiednimi dla nauk takich jak fizyka, chemia czy biologia.**

Aby więc dobrze zrozumieć organizm, konieczny jest rozbiór tego złożonego tworu na prostsze elementy, ponieważ takie łatwiej poddają się procesowi badawczemu.

.....

**”Wiedza medyczna – jak stwierdza w tym kontekście Szawarski – jest sumą wiedzy gromadzonej przez poszczególne dyscypliny cząstkowe, zajmujące się poszczególnymi organami lub układami biologicznymi człowieka”**



**To model terapeutyczny w którym ludzki umysł i życie duchowe nie mają większego znaczenia,** są dołączone do organizmu i mają niewielki wpływ na jego funkcjonowanie.

Ludzkie zdrowie w tym modelu jest rozumiane wyłącznie jako dobrze, bez zakłóceń funkcjonujący **organizm biologiczny** a choroba jest interpretowana jako rodzaj awarii tego mechanizmu.

**Postępowanie lecznicze/terapia** w tym modelu będzie polegało na ustaleniu przyczyny awarii, czy odstępstwa od normy i poszukiwaniu metod i środków aby naprawić zepsuty organizm.

**Lekarz, więc całą uwagę poświęca na analizę danych empirycznych** i poszukiwanie panaceum na powstałe zaburzenia a w centrum jego zainteresowania pozostaje źle działający biologiczny organizm, jako mechanizm.

**Model biomedyczny pokazuje podejście ściśle naukowe i merytoryczne w procesie terapeutycznym.**





**Biomedyczny model terapeutyczny jest szczególnie często reprezentowany przez wąskie specjalności medyczne chirurgów dbających o zdrowie jednego lub kilku narządów tworzących źle funkcjonujący układ biologiczny człowieka chorego.**

**Całe pokolenia chirurgów uważały, że usunięcie chorego narządu, ewentualnie zastąpienie go nowym, uzdrowią cały organizm, zapominając o złożonej istocie człowieczeństwa.**



W drugim modelu, zwanym również **holistycznym**, fakt, że człowiek ma jakieś schorzenie somatyczne nie czyni go chorym, jeśli bowiem jego subiektywna ocena stanu zdrowia jest pozytywna, jeśli może realizować swoje cele życiowe, jeśli jego życie ma głęboki sens to będzie przez siebie i innych traktowany jak zdrowy człowiek.

**Holizm rozumie człowieka**, jako złożoną istotę, więc i choroba jest dla niego wielowymiarowym procesem, obejmującym większą liczbę czynników.

**W modelu tym wielką wartością są siły, które człowiek czerpie ze spokoju psychicznego i równowagi emocjonalnej, z jasno określonych celów życiowych i sposobu przeżywania wartości duchowych.**



Podejście holistyczne jest dość wymagające, zarówno od indywidualnego lekarza jak pacjenta.

**Od lekarza wymaga wrażliwości na drugiego cierpiącego** człowieka, co przejawia się w umiejętności poświęcania czasu, a czasem nawet emocji na troskliwą opiekę.

Wrażliwość na cierpienie musi obejmować biegłość w ocenie rodzaju i stopnia natężenia wszelakich cierpień.

**Dopiero potem potrzebna jest wiedza,** jak walczyć z tym negatywnym doświadczeniem ludzkim - cierpieniem, które jest fenomenem życia człowieczego.





Inaczej, jest to model terapeutyczny określany mianem **aksjomedycznego** i w modelu tym – jak stwierdza Szawarski ...

**”zdrowie nie sprowadza się jedynie do sprawności systemu biologicznego lecz stanowi stan dynamicznej równowagi wielu systemów obejmujących biologiczne, psychiczne i społeczne poziomy funkcjonowania jednostki”...**



**Dobry lekarz** wie, że sukces terapeutyczny, czyli osiągnięcie założonego celu w postępowaniu lekarskim jest zależny od bardzo wielu czynników, nie tylko od możliwości jakie niesie ze sobą nowoczesna medycyna opierająca się na współczesnych technologiach.

Aby sukces był **możliwy, prawdopodobny lub pewny**, musi istnieć ważny element w procesie terapeutycznym, jakim jest wzajemna współpraca, współdziałanie wręcz współistnienie partnerów, **czyli lekarza i jego pacjenta.**

**Dla nowoczesnej medycyny taka holistyczna postawa, aksjomedyczny model terapii, daje większą szansę na** wyzdrowienie, poprawę stanu zdrowia, wydłużenie życia, czy ulgę w cierpieniu.

Współcześnie podstawą etyki jest troska o podopiecznego w zdrowiu, chorobie i *umieraniu*.

Wyznaczone przez tę etykę działania białego personelu podporządkowane są **moralnej zasadzie troszczenia się o konkretnego podopiecznego.**

**Innego rodzaju troski wymaga zdrowy pacjent, innego chory, a jeszcze innego człowiek umierający.**

Troska jest *wartością ustanawiającą* relację lekarz - pacjent.

Będąc taką wartością jest, jak pisze etyk amerykański Paul Ramsey, źródłem moralnych obowiązków lekarzy wobec pacjentów, w każdym z wyliczonych przejawów ich jednostkowego istnienia.

**Inaczej mówiąc, relację lekarz - pacjent ustanawia bezwzględny wymóg troski o podopiecznego, także w obliczu jego śmierci, a nie tylko w zdrowiu i chorobie.**

### ***Zasada towarzyszenia cierpiącemu – jedna z zasad etyki troski.***

- Zgodnie z tym pryncypium towarzyszenie każdemu pacjentowi aż do jego śmierci stanowi nakaz moralny.
- Obejmuje on personel medyczny.
- Odnieść go trzeba także do bliskich cierpiącego pacjenta.

Wagę zasady towarzyszenia podkreślają redaktorzy dokumentu wydanego przez Światową Organizację Zdrowia, stwierdzając, że „w czasie ostatnich dni życia tracą znaczenie techniczne aspekty leczenia, ich miejsce zajmuje ciągła obecność przy chorym oraz psychiczne i duchowe wspieranie go”.

- Towarzyszenie jest także konieczne, gdy chory utracił świadomość i gdy – jak noworodki – jeszcze jej nie wykształcił.

***Jest ono wyrazem niezbywalnego obowiązku troski o pacjenta i stanowi odpowiednik procedury minimalnej zawsze mu należnej.***

***W tym znaczeniu omawiany standard jest jednym z najważniejszych pryncypiów etyki troski.***

## *Zasada podwójnego skutku – druga z zasad etyki troski.*

W bioetyce najbardziej popularną niekonsekwencjalistyczną normą dającą sankcję łagodzeniu bólu i cierpienia aż do końca, nawet za cenę przyspieszenia śmierci jest **zasada podwójnego skutku przypisywana św. Tomaszowi z Akwinu.**

Nie odwołuje się ona do skutków wynikających z bilansu zysków i strat, jak w najlepiej pojętym interesie chorego, **lecz do intencji (zamiarów) lekarza lub/i pacjenta.**

Św. Tomasz posłużył się nią w celu usprawiedliwienia zabójstwa w obronie własnej.

**Dla procesu decyzyjnego w medycynie jest to na tyle ważne pryncypium, że wyodrębnia się je zazwyczaj w osobną zasadę.**

**Uchyła ona zarzut spowodowania śmierci przez lekarzy stosujących leczenie przeciwbólowe, a w odniesieniu do chorych żądających skutecznej analgezji oddala podejrzenie o domaganie się eutanazji.**

**Zgodnie z nazwą, omawiana norma dotyczy sytuacji, **gdy działanie, które samo w sobie jest dobre powoduje dwa skutki: jeden dobry, drugi zły.****

**Na mocy zasady podwójnego skutku, działanie takie jest moralnie usprawiedliwione, **jeśli intencją jest wywołanie jedynie dobrego skutku, natomiast zły, choć przewidywalny, nie jest zamierzony.****



- Lekarz rozpoczynając realizację jakiegokolwiek przedsięwzięcia powinien jasno określić cel do jakiego będzie zmierzał.
- Oczywistym wydaje się być cel medycyny, jako
- ...postępowanie lekarskie (terapia) wobec pacjenta, człowieka chorego, często cierpiącego, który oczekuje od lekarza pomocy.
- Aby skonkretyzować te cele warto oprzeć się na Kodeksie Etyki Lekarskiej, gdzie w artykule 2. napisano, że „powołaniem lekarza jest: ochrona zdrowia i życia ludzkiego, zapobiegania chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu.
- Lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem”
- **Wg porządku chronologicznego można je przedstawić w kolejności:**
  - 1. Prewencja,
  - 2. Terapia i opieka,
  - 3. Łagodzenie bólu i cierpienia oraz towarzyszenie w umieraniu.

- **Proces leczenia chorego lekarze rozpoczynają od postawienia właściwej diagnozy oraz potem stosownej terapii koniecznie połączonej z opieką nad chorym i dopiero te wszystkie działania są gwarancją sukces procesu terapeutycznego.**
- **A jednak lekarz może mieć problem z zaakceptowaniem faktu, że jego działania terapeutyczne kończąc się sukcesem dla obdarowanego dając mu dłuższe, lepszej jakości życie, okaleczają darczyńcę, który zostaje pozbawiony części siebie ryzykując znacznie więcej niż biorca.**

- **Proces leczenia chorego lekarze rozpoczynają od postawienia właściwej diagnozy oraz potem stosownej terapii koniecznie połączonej z opieką nad chorym i dopiero te wszystkie działania są gwarancją sukces procesu terapeutycznego.**
- **Skoro lekarz w punkcie wyjścia postanawia, by „po pierwsze nie szkodzić”, perspektywa terapii, której skutki uboczne są problemem samym w sobie, musi go zatrzymać – nie tyle po to, by zrezygnować z planowanej interwencji, ale by należycie rozważyć wszystkie „za” i „przeciw” jej podjęciu.**
- **Pomocą w tym rozeznaniu jest właśnie zasada działania o podwójnym skutku.**
- **Na jej podstawie, jeśli tylko są spełnione określone warunki, lekarz może uznać, iż pomimo występowania niekorzystnych skutków, istnieją racje pozwalające na godziwe podjęcie interwencji.**

- **Innymi słowy,**
- zasadę działania o podwójnym skutku stosuje się wówczas, gdy jedno działanie pociąga za sobą dwa skutki (lub więcej), przy czym jeden z nich jest pożądaný i zamierzony, a drugi, choć przewidywany, chcianym nie jest.
- Należy z ogromnym naciskiem podkreślić kwestię owego *nastawienia woli w stosunku do negatywnego, szkodliwego efektu działania, gdyż za każdy skutek chciany, człowiek ponosi odpowiedzialność.*
- Podobnie ponosi odpowiedzialność za to zło, którego mógł uniknąć wybierając inną drogę postępowania, oraz za te następstwa swoich wyborów, których nie przewidział i nie uniknął z racji zaniedbania.

- Jeśli jednak proces rozpoznawania jasno pokazuje nieunikniony charakter negatywnych skutków podejmowanych działań, wówczas należy rozważyć, czy równocześnie spełnione są cztery warunki:

**po pierwsze**, czy skutek zły jest rzeczywiście niechcianym a jego dopuszczenie wynika wyłącznie z faktu niemożności jego uniknięcia;

**po drugie**, czy skutek zły jest rzeczywiście skutkiem podejmowanego działania a nie jego elementem i przez to drogą do osiągnięcia pożądaných efektów;

**po trzecie**, czy działanie samo w sobie jest godziwe, bądź przynajmniej obojętne moralnie – jeśli byłoby niegodziwym, to niezależnie od swoich efektów nie ma możliwości, by je zaakceptować jako dobre;

**po czwarte**, czy pożądane i oczekiwane efekty terapii są proporcjonalnie większe, niż negatywne efekty interwencji medycznej.

- Innymi słowy, należy ocenić, czy – jak to ujmie przysłowie – nie przyjdzie „oddać skóry za wyprawkę”.

**Terapia - czyli postępowanie lekarskie z którym spotykamy się codziennie wymaga wielu decyzji od każdego z nas, decyzji które, jak wynika z rozważań, czasem nie są łatwe a wręcz bardzo trudne dostarczając lekarzom rozterek, bywa, że na resztę życia.**

**Lekarz nie ma prawnego, ani etycznego obowiązku ochrony życia „za wszelką cenę” więc.....” stojąc w obliczu postępującej nieuleczalnej choroby w fazie umierania **nie tylko nie ma obowiązku** włączać procedur reanimacyjnych, ale w odpowiednich okolicznościach **ma nawet obowiązek jej nie włączać”.....****

**Na tych samych przesłankach opiera się moralna ocena decyzji ewentualnego wyłączenia aparatów reanimacyjnych w sytuacji, kiedy zostały podłączone w nadziei, że przyniosą skutki zdrowiotwórcze, niepotwierdzone jednak w toku reanimacji.**

**Ingerencja lekarza nie polega na spowodowaniu śmierci pacjenta, ale na usunięciu przeszkody hamującej rozwój biologicznego procesu umierania zapoczątkowanego niezależnie od lekarza.....**