

MARCIN FERDYNUS

O UPORCZYWEJ TERAPII
ORAZ ŚRODKACH ZWYCZAJNYCH I NADZWYCZAJNYCH
W POLSKIM KONTEKŚCIE BIOETYCZNYM.
NA MARGINESIE DWÓCH DEBAT
POLSKIEGO TOWARZYSTWA BIOETYCZNEGO

WSTĘP

Postęp w medycynie, który dokonał się w ciągu ostatnich lat, nie tylko przyniósł sukcesy, ale wygenerował również nieistniejące do tej pory problemy. Nowo powstałe i nieustannie rozwijające się techniki medyczne w znacznym stopniu wpłynęły na możliwość wydłużania życia w sytuacji jego bezpośredniego zagrożenia. Według opinii niektórych naukowców przekonanie o wysokiej skuteczności interwencji przywracania funkcji układu krążenia i oddychania oraz intensywnej terapii spowodowało, że resuscytacja w szpitalu poprzedza prawie każdy zgon, a intensywna terapia jest stosowana nawet u osób umierających, których szanse przeżycia są niewielkie (SUCHARZEWSKA, BASIŃSKA i OLEJNICZAK 2008, 62–63). Wybitny uczony Andrzej Szczeklik pisał: „Lekarze skupieni na eskalacji arcykosztownej terapii poddają się na samym końcu — po rodzinie i pielęgniarkach. Lekarska etyka «do rangi najwyższej zasady wyniosła bowiem imperatyw, na przekór wszelkim przeciwnościom losu»” (SZCZELIK 2012, 104).

Wyrażone opinie dotyczą niewątpliwie trudnego problemu: rezygnacji z uporczywej terapii czy terapii medycznie daremnej. Problem ten nie jest nowy, niemniej jednak pozostaje wciąż kontrowersyjny. O złożoności i kontrowersyjności problematyki świadczą między innymi dwie debaty interne-

tove, które zostały zorganizowane przez Polskie Towarzystwo Bioetyczne (dalej: PTB) w 2009 i 2016 r.¹ Ożywienie dyskusji na temat uporczywej terapii w ostatnich latach w Polsce (FERDYNUS 2017; BUDZIŃSKI 2016; SIEWIERA i KÜBLER 2015; BOŁOZ 2013a; SZEROCZYŃSKA 2013; BARTOSZEK 2012) świadczy z jednej strony o relewantności owej problematyki, z drugiej zaś o potrzebie dalszej refleksji przedstawicieli różnych profesji w celu poszukiwania rozwiązań dotyczących określenia terapeutycznych granic przedłużania życia ludzkiego.

Ponieważ dyskusja związana z terapią uporczywą i terapią medycznie daremną jest niezwykle złożona, dlatego refleksję filozoficzno-etyczną ograniczę do kilku zagadnień szczegółowych. Mówiąc dokładniej, będę chciał odpowiedzieć na następujące pytania: Czy należy zrezygnować z terminu „uporczywa terapia” na rzecz terminu „terapia medycznie daremna”? Czy należy zrezygnować z definicji uporczywej terapii i zastąpić ją definicją terapii medycznie daremnej w polskich regulacjach bioetycznych i prawnych? Czy w wytyczaniu granic przedłużania życia ludzkiego przydatny jest podział środków medycznych na zwyczajne i nadzwyczajne? Zasadniczym, lecz nie jedynym, kontekstem prowadzonych analiz będą opinie niektórych autorów, którzy wzięli udział we wspomnianych debatach PTB. Artykuł będzie miał charakter polemiczny z tezą Kazimierza Szewczyka, który twierdzi, że należy całkowicie odrzucić termin „uporczywa terapia”, jak również definicję uporczywej terapii, która została wypracowana przez Polską Grupę Roboczą ds. Problemów Etyki Końca Życia² (SZEWCZYK 2016). W artykule postaram się przedstawić własne rozwiązania niektórych kwestii szczegółowych, zwłaszcza zaś zmodyfikowaną wersję definicji uporczywej terapii Grupy Roboczej. Nie mam zamiaru ukrywać, że analizy dotyczące uporczywej terapii będę prowadził z pozycji etyki katolickiej. Taka perspektywa prowadzonej dyskusji może wydawać się dla wielu nieprzewidywalną wadą artykułu. Wydaje się jednak, że zawarte w nim kwestie metodologiczne (dwie pierwsze części) można rozważać, pomijając zupełnie kontekst konfesyjny. Niewykluczone też, że kryteria „nadzwyczajności” środków medycznych (ostatnia część) mogą być przyjęte przez tych, którzy nie podzielają poglądów etyki katolickiej w tej kwestii.

¹ Polskie Towarzystwo Bioetyczne. Archiwum, https://ptb.org.pl/opinie_archiwum.html, dostęp 14.02.2020.

² Dalej skrótkowo: Grupa Robocza.

WĄSKI ZAKRES ZNACZENIOWY „UPORCZYWEJ TERAPII” GRUPY ROBOCZEJ

Do najczęściej przywoływanych, jak również krytykowanych przez biorących udział w debacie PTB koncepcji uporczywej terapii należy definicja, którą Grupa Robocza określiła w następujący sposób: „Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta” (BOŁOZ i KRAJNIK 2008, 77).

Zaproponowana przez Grupę Roboczą definicja ogranicza zastosowanie terminu „uporczywa” do „umierania” osoby, która uchodzi za „nieuleczalnie chorą”. Ponadto przez „umieranie”, jak twierdzi Romuald Krajewski, należy rozumieć terminalny okres choroby, w którym stan pacjenta ulega ciągłemu pogarszaniu, prowadząc do śmierci w krótkim i dającym się przewidzieć czasie. Poza tym za pacjenta nieuleczalnie chorego uważa się osobę, wobec której wyczerpano możliwości terapeutyczne, które dawałyby realne szanse wyleczenia bądź zahamowania procesu chorobowego lub też taka terapia nie istnieje. Dodajmy nadto, że w definicji Grupy Roboczej podkreśla się to, że osobie nieuleczalnie chorej, umierającej, aplikuje się procedury, które w gruncie rzeczy podtrzymują życie pacjenta, przedłużając tym samym proces umierania (KRAJEWSKI 2009, 2).

Podana przez Grupę Roboczą definicja uporczywej terapii ma charakter zawężony w tym sensie, że odnosi się jedynie do osób nieuleczalnie chorych i jednocześnie umierających. Zwrócił na to uwagę inicjujący debatę *Czym jest uporczywa terapia?* Kazimierz Szewczyk (2009c, 5). Dla chorych umierających przewidywany czas przeżycia nie przekracza kilku lub kilkunastu dni, z kolei pacjent w stanie terminalnym to chory, który znalazł się w ostatniej fazie choroby, trwającej od kilku miesięcy do roku (SZEWCZYK 2009a, 291)³. Zdaniem Szewczyka określenie „terminalny” ulega rozszerzeniu na trzy grupy osób: (1) chorych umierających, (2) chorych w stanie terminalnym, (3) chorych w trwałym stanie wegetatywnym, śpiączce i cierpiących na tzw. syndrom zamknięcia. Racje usprawiedliwiające dla rozszerzenia

³ Zastosowane przez Szewczyka ograniczenie temporalne (od kilku miesięcy do roku) nie wydaje się właściwe w stosunku do wszystkich pacjentów, którzy znaleźli się w ostatniej fazie choroby. Długość tej fazy może być różna, zarówno krótsza niż kilka miesięcy, jak i dłuższa niż rok. Stąd w analizach poświęconych zmodyfikowanej wersji definicji uporczywej terapii Grupy Roboczej pominięto ograniczenie.

terminu „terminalny” na innych chorych odnosi się do okoliczności, które okazują się podobne w przypadku wszystkich trzech grup pacjentów: (1) uznanie leczenia przyczynowego za niecelowe, (2) podobieństwo zadań pielęgnacyjnych i opiekuńczych wobec chorych i rodziny, (3) podobieństwo dylematów moralnych dotyczących opieki paliatywnej (SZEWCZYK 2009a, 292).

Zestawiając poszerzoną klasyfikację terminalnie chorych z definicją uporczywej terapii Grupy Roboczej, można dojść do wniosku, że owa definicja obejmuje swoim zasięgiem jedynie pierwszą grupę pacjentów, czyli chorych umierających. Mimo że pacjenci należący do pozostałych dwóch grup klasyfikują się jako nieuleczalnie chorzy, z uwagi na to, że w ich przypadku leczenie przyczynowe okazuje się niecelowe, to jednak nie znajdują się w stanie chorych umierających. Można więc mieć wątpliwości, nie ukrywając ich również uczestnicy debaty PTB (ORŁOWSKI 2009, 6–8; SZEWCZYK 2009c, 2–7), czy rozumienie terapii uporczywej można ograniczyć jedynie do nieuleczalnie chorych i umierających. W celu rozstrzygnięcia tej kwestii trzeba najpierw zapytać o to, jak rozumieć „uporczywość”.

Przymiotnik „uporczywy” pochodzi od rzeczownika „upór” i wyraża tym samym zaciętość, wytrwałość, nieustępliwość, zaparcie wymagające trudu, a także wskazuje na coś, co trwa nieustannie w sposób ciągły (BARTOSZEK 2000, 268). Uporczywe jest coś, co trudno jest usunąć, zlikwidować albo coś, co okazuje się uciążliwe. Określenie to obejmuje czas trwania zjawiska, jak również jego intensyfikację. Bywa, że jako uporczywy określa się w medycynie nieprzemijający, permanentny ból (ASZYK 2006, 150–151), jeśli zaś przekracza granicę intensywności, powoduje ogromne cierpienie (SUCHO-RZEWSKA 2013, 199). Słusznie można więc sądzić, że nazywanie terapii uporczywą należy odnieść do takich pacjentów, w przypadku których kontynuowanie terapii niekoniecznie uchodziłoby za zupełnie nieefektywne, ale powodowałoby nadmierne cierpienie chorego. Pacjent mógłby zrezygnować z przyjęcia kolejnej chemioterapii, jeśli poprzednie nie przyniosły znaczącej poprawy zdrowia, powodując przy tym ogromne cierpienie. Nie można jednak wykluczyć, że kolejne chemioterapie nie spowodowałyby poprawy jego zdrowia. W związku z tym nie można jednoznacznie twierdzić, że kontynuowanie chemioterapii byłoby jedynie przedłużaniem umierania. Podobnie ma się rzecz z aplikowaniem terapii eksperymentalnych, a przez to dalece ryzykownych. Chory ma prawo zrezygnować lub odmówić terapii eksperymentalnej, nawet jeśli jej stosowanie przyczyniłoby się do znacznej poprawy stanu zdrowia lub całkowitego wyleczenia. Warto więc zauważyć, że jeśli rozpoczynanie, kontynuowanie czy też zaprzestanie terapii upor-

czywej staje się moralnie problematyczne, to nie z uwagi na to, że z medycznego punktu widzenia terapia okazuje się nieefektywna, lecz z uwagi na przywołane przypadki (CHYROWICZ 2015, 312–313). Wobec tego zarzuty kierowane pod adresem definicji uporczywej terapii wypracowanej przez Grupę Roboczą wydają się w pewnej mierze zasadne, definicja ta bowiem obejmuje swoim zasięgiem jedynie nieuleczalnie chorych i umierających.

Nie oznacza to jednak wcale, że z tego powodu, czy też z innych powodów, na które wskazuje Szewczyk w debacie PTB (SZEWCZYK 2016), należy zgodzić się z jego finalną opinią na temat uporczywej terapii, która brzmi następująco: „Jest to anachroniczna konstrukcja prawna bliska biolatrii i wyrażająca daleko idącą nieufność wobec profesji lekarskiej i jej podopiecznych. Ze względu na tożsamość konstruktu z leczeniem daremnym i nagminne mieszanie uporczywości jako daremności terapii z nieproporcjonalnością leczenia postuluję, aby całkowicie zrezygnować z tego pojęcia” (SZEWCZYK 2009b, 8). Ten pogląd podziela również Andrzej Kübler (2016). Dodajmy nadto, że wyraźną zwolenniczką zastąpienia terminu „uporczywa terapia” terminem „terapia medycznie daremna” jest również biorąca udział w debacie PTB Janina Suchorzewska (2016). O ile można zgodzić się z opinią sugerującą, że definicja uporczywej terapii Grupy Roboczej zakresowo zbliża się do tego, co w literaturze przedmiotu, począwszy od lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych ubiegłego stulecia, funkcjonuje pod nazwą „medycznej daremności” (*medical futility*, YOUNGER 2004, 1718), o tyle trudno jest przyjąć, by ową definicję zupełnie odrzucić. Definicję, o której mowa, należy zmodyfikować.

ZMODYFIKOWANA WERSJA „UPORCZYWEJ TERAPII” GRUPY ROBOCZEJ

Zmodyfikowaną wersję definicji uporczywej terapii Grupy Roboczej można przedstawić w następujący sposób: „Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu przedłużania życia terminalnie choremu, które są nadzwyczajne lub niewspółmierne do spodziewanych rezultatów oraz wiążą się z nieposzanowaniem godności pacjenta lub naruszeniem jego autonomii”.

W przypadku tego ujęcia nie ma wyraźnego sformułowania nakazującego zawężenie uporczywej terapii jedynie do nieuleczalnie chorego, który znalazł się w sytuacji bliskiej i nieuchronnej śmierci. Przez osobę terminalnie

chorą należy tu rozumieć chorego zarówno z pierwszej, jak i z drugiej grupy pacjentów, według wcześniej przywołanej klasyfikacji, a więc chorych umierających, których śmierć nastąpi w ciągu kilku lub kilkunastu dni, jak też chorych, którzy znaleźli się w ostatniej fazie choroby. Z obszaru chorych terminalnie należy wykluczyć chorych w trwałym stanie wegetatywnym (PVS), śpiączce lub też chorych cierpiących na syndrom zamknięcia. Mimo że leczenie tych osób jest nieefektywne (niecelowe), to jednak ich stan jest zazwyczaj stabilny, pozwalający przeżyć niektórym chorym kilka, a nawet kilkanaście lat (FERDYNUS 2018, 414). Trudno więc zgodzić się z opinią, że należy uznać tych chorych za osoby w stanie terminalnym.

Treść zmodyfikowanej definicji zawiera także ważne sformułowanie mówiące o „nieposzanowaniu godności pacjenta i naruszeniu jego autonomii”. Z jednej strony chodzi o zabezpieczenie tego, co Marian Machinek określa mianem „obiektywnej, nieredukowalnej wartości ludzkiego życia” (MACHINEK 2009, 5) — niewykluczone, że o to chodziło również Grupie Roboczej, gdy mowa w definicji o „naruszeniu godności”, z drugiej zaś o zabezpieczenie prawa kompetentnemu pacjentowi do wyrażania swoich autonomicznych preferencji. Trzeba w tym miejscu podkreślić, że „godność” i „autonomia” nie są z sobą tożsame, choć nie brakuje stanowisk zmierzających do utożsamienia godności ze zdolnością do autonomicznych wyborów (BOŁOZ 2013, 28–29). Jeśli uznać, że każdy człowiek jest osobą, a godność jest wartością wewnętrzną, to jak długo człowiek istnieje, tak długo ma właściwą sobie godność. Nie można jej naruszyć „z zewnątrz”, ponieważ podstawą godności nie jest ani czyjeś „uznanie”, ani „nadanie” przez wartościujące podmioty (CHYROWICZ 2015, 121). Tej wartości nikt i nic nie jest w stanie naruszyć — ani akt moralny drugiego człowieka, ani czyn samego podmiotu godności nie zmienia niczego w najgłębszym uposażeniu osoby (CHUDY 2005, 90; RODZIŃSKI 1966). Krótko mówiąc, tak rozumianej godności nie można urzeczywistnić, można ją jedynie respektować, wyrażając w ten sposób szacunek dla podmiotowości (FERDYNUS 2020; SPAEMANN 2006, 162). Z kolei nie można tego samego powiedzieć o autonomii, która w dominującym współcześnie rozumieniu oznacza „wolność wybierania i robienia tego, co uznaje się za najlepsze, czyli decydowania o sobie, o swoim dobru lub własnym losie” (ŁUKÓW 2013, 76). Tak rozumiana autonomia może być niekiedy ograniczona (np. osoby ubezwłasnowolnione), utracona (trwale lub przejściowo) lub naruszona (działania paternalistyczne). W tym miejscu dochodzą do głosu problemy związane z ustaleniem woli chorego, zwłaszcza niekompetentnego, a więc niezdolnego do samodzielnego podejmowania

decyzji i wyrażania swoich preferencji w sprawie świadczeń medycznych. Nie będziemy rozwijali tego wątku, ponieważ nie jest to celem artykułu, to po pierwsze, po drugie zaś zaprowadziłoby nas to daleko poza to, na co chcemy zwrócić tutaj uwagę. Zasadniczo chodzi o podkreślenie w definicji istotnej różnicy znaczeniowej między godnością a autonomią. Utrata, ograniczenie czy naruszenie może dotyczyć jedynie autonomii, a nie, jak sugerują członkowie Grupy Roboczej, godności⁴.

W treści zmodyfikowanej definicji uporczywej terapii pojawia się również sformułowanie „nadzwyczajne lub niewspółmierne do spodziewanych rezultatów”. Określenie „nadzwyczajne” nie mówi o tym, że jedynie „nadmierne cierpienie” — na co wskazuje w swojej definicji Grupa Robocza — stanowi główne kryterium, na którego podstawie można zrezygnować z uporczywej terapii. Tych kryteriów jest zdecydowanie więcej. Ponieważ owa „nadzwyczajność” odnosi się do złożonej dyskusji na temat zwyczajnych i nadzwyczajnych środków medycznych, dlatego wymaga odrębnego potraktowania, co uczynimy w następnym punkcie analiz. Na tym etapie warto jednak podkreślić, że kryteria traktujące o uporczywości nie ograniczają się tylko do „nadmiernego cierpienia” pacjenta. Z kolei sformułowanie mówiące o tym, że „stosowanie procedur medycznych jest niewspółmierne do spodziewanych rezultatów”, wskazuje na nieefektywność lub niecelowość terapeutyczną, czyli na terapię medycznie daremną. Sugestywną opinię w tej kwestii formułuje Tomasz Orłowski: „Terapia staje się uporczywa w momencie, kiedy z medycznego i technicznego punktu widzenia staje się nieskuteczna. Znaczy to, że pożądane rezultaty diagnostyczne, terapeutyczne czy minimalizujące objawy patologii organicznych nie mogą być za pomocą terapii osiągnane. Proporcja przyczyna-skutek zostaje załamana. Dlatego taką nieskuteczną terapię nazwiemy nieproporcjonalną. Terapia nieproporcjonalna z medycznego punktu widzenia, czyli po prostu nieefektywna — nie osiąga już zamierzonego celu (*futile*). Taka terapia to *medical futility*. Medyczna skuteczność takiej terapii jest żadna, wysiłek terapeutyczny staje się daremny” (ORŁOWSKI 2009, 3).

Jeśli przywołane intuicje są zasadne, to można przyjąć, że w przypadku uporczywej terapii mamy do czynienia z wąskim oraz szerokim zakresem znaczeniowym. Uporczywa terapia w zakresie szerokim może pokrywać się treściowo ze zmodyfikowaną wersją definicji uporczywej terapii Grupy Roboczej, z kolei uporczywa terapia w znaczeniu wąskim to terapia medycz-

⁴ Wyrażona opinia jest zgodna m.in. z opinią Andrzeja Szostka (1976, 52), który twierdzi, że naruszenie godności człowieka jest dla innych nieosiągalne.

nie daremna, a więc stosowanie procedur medycznych niewspółmiernych do zamierzonych rezultatów, albo — jeszcze krócej — terapia nieskuteczna przyczynowo. Zasadnicza różnica między szerokim a wąskim rozumieniem uporczywej terapii jest taka, że w tym pierwszym znaczeniu poza przesłankami natury medycznej (aspekt fizjologiczny) do głosu dochodzą osobiste preferencje pacjenta (aspekt aksjologiczny). Terapia medycznie daremna ogranicza się jedynie do przesłanek ściśle medycznych. Wydaje się zatem, że z metodologicznego punktu widzenia definiowanie terapii medycznie daremnej na podstawie przesłanek wykraczających poza fakty ściśle medyczne jest zabiegiem co najmniej wątpliwym, jeśli nie błędnym. Zabiegów konstruowania takich definicji, tj. definicji terapii medycznie daremnej w sensie szerokim i wąskim, nie brakuje wśród uczestników debaty PTB (GALEWICZ 2016), jak również wśród innych autorów dyskutujących o zakresie znaczeniowym „terapii medycznie daremnej” (BEAUCHAMP i CHILDRESS 2013; PELLEGRINO 2005; KOPELMAN 2001).

Wziąwszy pod uwagę wszystko to, co do tej pory zostało powiedziane, można sądzić, że nie należy rezygnować z określenia „uporczywa terapia” na rzecz „terapia medycznie daremna” z uwagi na to, że zakresy znaczeniowe obu terminów nie pokrywają się ze sobą. W sporze o zachowanie czy rezygnację z terminu „uporczywa terapia” nie chodzi bynajmniej o „zasiedzenie terminologiczne”, „naruszenie zasad zróżnicowanego światopoglądowo, demokratycznego państwa prawnego” czy o inne aspekty, na które wskazuje Szewczyk (2016), lecz o jej treść. W moim przekonaniu treść „terapii medycznie daremnej” jest zbyt uboga, by mogła zastąpić „uporczywą terapię” w polskich regulacjach bioetycznych i prawnych. Chcąc poruszać się w korbach poprawności metodologicznej, nie można pozwolić na to, by zakres znaczeniowy „terapii medycznie daremnej” był wzbogacany w sposób nieuprawniony. W polskich regulacjach bioetycznych i prawnych jest miejsce zarówno dla „uporczywej terapii”, jak i dla „terapii medycznie daremnej”. W końcu terapia medycznie daremna jest również uporczywą terapią, tyle że w wąskim zakresie znaczeniowym. Do rozważenia pozostaje ostatni spośród zaanonsowanych na początku problemów: Czy w wytyczaniu granic przedłużających życie ludzkie przydatny jest podział środków medycznych na zwyczajne i nadzwyczajne?

ŚRODKI ZWYCZAJNE I NADZWYCZAJNE

Nie wchodząc w zawiłości historyczne związane z podziałem środków medycznych na zwyczajne i nadzwyczajne oraz pomijając szczegółową dyskusję na ten temat — taka bowiem istnieje w literaturze przedmiotu (SCHOCKENHOFF 2014, 359–363; SZABAT 2013, 64–70; FERDYNUS 2012, 63–64; SZEWCZYK 2009a, 299–303; KELLY 2006, 1–11) — warto zauważyć, że wraz z postępem medycyny zaczęto zdawać sobie sprawę, że podział ten niesie z sobą wiele trudności. Środki medyczne, które uważano niegdyś za nadzwyczajne, zaczęto teraz klasyfikować jako zwyczajne, ponieważ stały się tańsze i bardziej dostępne (MALCZEWSKI 2012, 91). Z racji niejasności, braku precyzji czy też zagmatwania powstałego wokół podziału środków medycznych jedni postanowili odrzucić posługiwanie się terminami „zwyczajne” i „nadzwyczajne” (CHAŃSKA 2013, 256), inni zaś zaproponowali, by utrzymać podział, z tą jednak różnicą, by zamiast o środkach zwyczajnych i nadzwyczajnych mówić raczej o środkach proporcjonalnych i nieproporcjonalnych (KONGREGACJA NAUKI WIARY 1980). W trakcie dalszych analiz odwołam się tylko do jednej koncepcji podziału środków medycznych z uwagi na to, że jest ona dobrze uporządkowana (SGRECCIA 2012, 684–686)⁵, a także pozwoli na dookreślenie zakresu „nadzwyczajności”, o której mowa w zmodyfikowanej definicji uporczywej terapii Grupy Roboczej. Ponadto owa koncepcja środków medycznych okaże się pomocna w odróżnieniu rezygnacji z uporczywej terapii od eutanazji biernej, czyli od nieuzasadnionego medycznie zaprzestania terapii w celu przyspieszenia zgonu, motywowanego współczuciem dla cierpiącego (BRZEZIŃSKI 2011, 221).

Klasyfikacja środków może opierać się na zasadzie kombinacji łączącej z sobą „zwyczajność”/„nadzwyczajność” oraz „proporcjonalność”/„nieproporcjonalność”. Według tej propozycji podziału środków medycznych proces ich oceny jest podzielony na trzy etapy: (1) pierwszy polega na zbadaniu wszystkich aspektów pozwalających dokonać obiektywnej oceny środków, (2) drugi bierze pod uwagę aspekty subiektywne pacjenta, (3) trzeci formułuje sąd etyczny, który bierze pod uwagę oba wcześniejsze etapy, odnosząc je do moralnie adekwatnej, praktycznej decyzji (SGRECCIA 2012, 684).

Proporcjonalność lub nieproporcjonalność środków podtrzymujących życie oznacza odpowiednio „medyczną” i „techniczną” adekwatność lub nieadek-

⁵ Sgreccia przywołuje i komentuje w tym miejscu klasyfikację środków medycznych M. Calipariego. W literaturze rodzimej do tego podziału środków medycznych odwołują się m.in.: Ferdynus (2018) oraz Chyrowicz (2015).

watność ich użycia w stosunku do określonego celu (przywrócenie pacjentowi zdrowia lub utrzymanie go przy życiu). „Skuteczność medyczna” (*medical effectiveness*) oznacza osiągnięcie za pomocą środków podtrzymujących życie obiektywnie pozytywnego dla pacjenta skutku w odniesieniu do konkretnego medycznego celu. Z kolei „skuteczność całkowita” (*global effectiveness*) to osiągnięcie pozytywnego dla pacjenta skutku zgodnie z jego osobistą oceną sytuacji i przyjętą przez niego hierarchią wartości. Obiektywnie stwierdzana skuteczność medyczna jest pewnym minimum, a zatem stanowi konieczny, aczkolwiek jeszcze niewystarczający komponent skuteczności całkowitej (SGRECCIA 2012, 684–685).

Z obiektywnego punktu widzenia (etap pierwszy) terapia medyczna jest proporcjonalna, jeśli jest adekwatna w precyzyjnym osiągnięciu medycznego celu. Dokonując oceny pierwszej fazy, pod uwagę bierze się następujące elementy: (a) dostępność lub prawdopodobieństwo znalezienia środków, (b) rzeczywistą techniczną możliwość odpowiedniego zastosowania środków, (c) możliwe szkodliwe skutki uboczne, (d) przewidywalne ryzyko zastosowania środków dla zdrowia i życia, (e) rzeczywistą możliwość zastosowania alternatywnych terapii, które pod względem skutków są porównywalne lub bardziej efektywne, (f) dystrybucję zasobów opieki medycznej, zarówno w wymiarze technicznym, jak i ekonomicznym (SGRECCIA 2012, 685)⁶. W ostatnim z wymienionych elementów chodzi nie tyle o to, że życie ludzkie ma podlegać finansowym kalkulacjom, ale o to, że obok kosztów związanych z zastosowaniem leczenia nie można przejść w sposób zupełnie obojętny.

W drugim etapie pod uwagę bierze się te aspekty, które ściśle zależą od subiektywnej opinii pacjenta. Warto zauważyć, że zastosowanie środka medycznego może okazać się dla jednego pacjenta zwyczajne, dla drugiego zaś nadzwyczajne. Ponadto zastosowanie środka medycznego u tego samego pacjenta może okazać się albo zwyczajne, albo nadzwyczajne w zależności od różnych sytuacji klinicznych (MAZUR 2013, 8). Do kryteriów pozwalających uznać środek medyczny za nadzwyczajny (etap trzeci) zalicza się: (a) nadmierny wysiłek wiążący się ze zdobyciem lub zastosowaniem środka, (b) ból, którego nie można złagodzić (np. intensywny ból lub ból nie do zniesienia), (c) koszty, które są uciążliwe dla pacjenta lub jego bliskich, (d) ogromny strach lub silna niechęć przed zastosowaniem leczenia, (e) ocenę ryzyka utraty zdrowia lub życia, czego dokonuje pacjent w stosunku do swojej

⁶ Elio Sgreccia wymienia jeszcze jeden element — rozsądnie oczekiwaną, rzeczywistą medyczną skuteczność. Nie uwzględniam go w przywołanej klasyfikacji, ponieważ wydaje się, że wprowadza on niespójność w odróżnieniu proporcjonalności od skuteczności medycznej.

aktualnej kondycji klinicznej, (f) niski wskaźnik „skuteczności całkowitej” środka w stosunku do oczekiwanych przez pacjenta korzyści, ocenianych na podstawie przyjętej przez niego hierarchii wartości, oraz (g) niemożliwość wypełnienia przez pacjenta moralnych zobowiązań, z uwagi na stan, w jakim znajdzie się on po zastosowaniu terapii (SGRECCIA 2012, 685). Wszystkie wymienione tutaj kryteria wchodziłyby w zakres „nadzwyczajności”, o której mowa w zmodyfikowanej wersji definicji uporczywej terapii Grupy Roboczej⁷.

Wziąwszy pod uwagę zarówno obiektywne, jak i subiektywne kryteria oceny środków podtrzymujących życie, Sgreccia teoretycznie porządkuje je w następujący sposób: (a) środki proporcjonalne i zwyczajne, (b) środki proporcjonalne i nadzwyczajne, (c) środki nieproporcjonalne i zwyczajne, oraz (d) środki nieproporcjonalne i nadzwyczajne (SGRECCIA 2012, 686). Spróbujmy teoretycznie uporządkowany podział środków przełożyć na praktykę medyczną. Za proporcjonalne i zwyczajne uznamy zastosowanie respiratora u pacjenta, którego życie jest tymczasowo zagrożone wskutek doznanych obrażeń w trakcie wypadku (a). Zastosowanie respiratora stanie się jednak nieproporcjonalne, jeśli okaże się, że pacjent utracił bezpowrotnie zdolność do samodzielnego oddychania. Respirator jest środkiem zwyczajnym, niemniej w sytuacji trwałej utraty zdolności do oddychania staje się środkiem nieproporcjonalnym (c). Proporcjonalne, lecz nadzwyczajne będzie zastosowanie terapii, która przyniesie pacjentowi wymierne skutki terapeutyczne, aczkolwiek będzie wiązała się z trudnym do wyeliminowania bólem (b). Za nieproporcjonalne i nadzwyczajne będzie uchodziło takie leczenie, w którym pacjent, na przykład w ostatniej fazie postępującej choroby nowotworowej, daje lekarzowi do zrozumienia, że w sytuacji nieodwracalnego ustania pracy serca i oddychania nie chce, by go resuscytowano, próbując sztucznie podtrzymywać go przy życiu (np. przez podłączenie go do specjalistycznej aparatury), a lekarz, w przypadku zaistnienia takiego stanu rzeczy, nie uwzględnia opinii pacjenta i w dalszym ciągu go resuscytuje (d).

Zwróćmy jednak uwagę, że rezygnacja z terapii medycznej, która nie zostałaby uznana za terapię uporczywą ani za terapię medycznie daremną, mogłaby być kojarzona z eutanazją bierną. W kontekście prowadzonych analiz można więc zapytać jeszcze o to, jak dalece przywołany podział środków

⁷ Nie twierdzę w tym miejscu, że jest to jedyny zbiór kryteriów pozwalających uznać nadzwyczajny charakter środków medycznych. Niemniej jednak zakres tych środków nie ogranicza się jedynie do „nadmiernego cierpienia”, na co wskazuje w definicji uporczywej terapii Grupa Robocza.

medycznych może być pomocny do odróżnienia rezygnacji z uporczywej terapii od eutanazji biernej? Warto nadmienić, że w debacie PTB o zasygnalizowanym problemie wspomina między innymi Szewczyk (2016; 2009b)⁸.

Odróżnienie rezygnacji z uporczywej terapii od eutanazji biernej nie dotyczy sytuacji, w których chodzi o stosowanie terapii proporcjonalnej i zwyczajnej, ponieważ nawet wtedy, kiedy lekarz zaleci taką terapię, a pacjent odmówi skorzystania z niej (zgodnie z negatywnym aspektem autonomii pacjent zawsze ma prawo do rezygnacji z leczenia), decyzja ta nie będzie miała charakteru eutanatycznego. Wątpliwości natury moralnej nie ma także w przypadku terapii nieproporcjonalnej i nadzwyczajnej, ponieważ jest to terapia medycznie daremna, a zatem lekarz ma moralne prawo, a nawet obowiązek rezygnacji z takiej terapii, nawet jeśli pacjent domaga się jej wdrożenia lub kontynuowania. Kwalifikacja procedury do leczenia daremnego jest prerogatywą lekarzy, a nie pacjentów (CALLAHAN 2009, 175). Wśród etyków poruszających tę kwestię istnieje konsensus co do tego, że pacjent nie posiada pozytywnego prawa uzyskiwania nieskutecznych świadczeń medycznych (KEARNS i GORDIJN 2018, 13–14; MAZUR 2013, 7), a lekarz, który wdraża lub kontynuuje terapię medycznie daremną, popełnia „błąd postępowania medycznego” (KÜBLER, SIEWIERA et al. 2014, 231). Czy wątpliwości moralne dotyczące rozróżnienia między uporczywą terapią a eutanazją bierną mogą pojawić się w przypadku terapii proporcjonalnej i nadzwyczajnej lub nieproporcjonalnej i zwyczajnej? Mimo że w tego typu przypadkach do głosu dochodzą subiektywne preferencje chorego, komplikując oszacowanie faktycznego stanu jego zdrowia, to jednak nie będą one miały wpływu na odróżnienie terapii uporczywej od eutanazji biernej. Innymi słowy, w przypadku terapii proporcjonalnej i nadzwyczajnej oraz nieproporcjonalnej i zwyczajnej nie może być mowy o eutanazji biernej. Przerywając terapię nieproporcjonalną i zwyczajną, lekarz nie przyspiesza śmierci chorego, lecz przyjmuje, że nie można jej przeszkodzić. Przerwanie takiej terapii to nic innego jak odmowa kontynuowania terapii medycznie daremnej. Rezygnując z terapii proporcjonalnej i nadzwyczajnej, lekarz również nie przyspiesza śmierci chorego. W tym ostatnim przypadku lekarz przerywa terapię na wyraźną prośbę pacjenta, respektując podane przez niego racje

⁸ Szewczyk twierdzi, że nie ma czegoś takiego jak eutanazja bierna. Taką zbitkę pojęciową uznaje za oksymoron. Sądzę jednak, że określenie „eutanazja bierna” nie jest oksymoronem. Różnica między eutanazją czynną a eutanazją bierną jest analogiczna do różnicy między działaniem a zaniechaniem działania. Można przyspieszyć czyjąś śmierć przez aktywne działanie, ale można też przyspieszyć czyjąś śmierć, powstrzymując się od działania koniecznego dla podtrzymania życia.

na rzecz nierozpoczynania lub zaprzestania terapii, które, zgodnie z wcześniejszą klasyfikacją, mieszczą się w ramach środków nadzwyczajnych (na przykład leczenie niesie wymierne korzyści terapeutyczne, ale jest bardzo kosztowane i nie stać na nią ani pacjenta, ani jego rodziny).

Lekarze potrzebują konkretnych wskazówek, by mieć pewność, że to, co czynią, czynią w sposób moralnie dopuszczalny. Zaproponowana klasyfikacja podziału środków medycznych może stanowić skuteczną pomoc do moralnej oceny podejmowanych decyzji o rezygnacji z uporczywej terapii. Wydaje się, że przedstawiony w artykule zakres środków nadzwyczajnych można uznać za obligatoryjny dla dzielących poglądy moralne Kościoła katolickiego. Nie można tego samego twierdzić w przypadku osób, które nie uznają takiej moralności. Niemniej jednak zaproponowana klasyfikacja środków nadzwyczajnych wydaje się na tyle uniwersalna, że mogą korzystać z niej także ci, którzy nie uznają stanowiska Kościoła w sprawie rezygnacji z uporczywej terapii⁹.

ZAKOŃCZENIE

Przeprowadzone w artykule analizy pozwalają wyciągnąć kilka ważnych wniosków. Po pierwsze, nie należy rezygnować z terminu „uporczywa terapia”

⁹ W artykule wskazuję, że zaproponowana przeze mnie koncepcja uporczywej terapii wraz z podziałem środków na zwyczajne i nadzwyczajne jest zgodna z nauczaniem Kościoła katolickiego. Zgodność ta zachodzi w trzech punktach: (1) gdy mowa w definicji o środkach nadzwyczajnych, (2) autonomii oraz (3) o proporcjonalności i nieproporcjonalności terapeutycznej. Każdy z wymienionych elementów pojawia się albo w *Katechizmie Kościoła katolickiego*, albo w *Deklaracji o eutanazji*. Pacjenci niepodzielający poglądów moralnych Kościoła w sprawie świadczeń medycznych nie są moralnie zobligowani do poddania się jakiegokolwiek terapii, nawet tej, którą określiłem mianem proporcjonalnej i zwyczajnej. Wynika to z negatywnego aspektu autonomii, na mocy której pacjent zawsze może odmówić poddania się jakiegokolwiek terapii. Nie można tego samego powiedzieć o członkach Kościoła katolickiego, dla których istnieje moralny obowiązek poddania się terapii zwyczajnej i proporcjonalnej. Innymi słowy, nauczanie Kościoła nie pozwala jego członkom zrezygnować z takiej terapii w sposób moralnie dopuszczalny. Zwyczajny i nadzwyczajny charakter środków medycznych wpisuje się w to ograniczenie. Ponadto zaprezentowana przeze mnie koncepcja uporczywej terapii jest nie tyle zdeterminowana przez nauczanie Kościoła, ile raczej zbieżna z nim w konkluzjach. Staje się to widoczne zwłaszcza wtedy, gdy zestawimy zmodyfikowaną definicję Grupy Roboczej z definicją uporczywej terapii zawartą w *Katechizmie Kościoła katolickiego* (nr 2278). Nie oznacza to jednak, że zachowanie pojęcia „uporczywa terapia” czy definicji uporczywej terapii jest możliwe tylko na gruncie etyki katolickiej. Takie postawienie sprawy byłoby niedopuszczalnym uproszczeniem. Zaprezentowana przeze mnie koncepcja uporczywej terapii jest tylko jedną spośród wielu propozycji, projektem otwartym na dalszą debatę.

na rzecz terminu „terapia medycznie daremna”, ponieważ zakresy znaczeniowe obu terminów nie pokrywają się ze sobą. Po drugie, nie należy odrzucać definicji uporczywej terapii wypracowanej przez Grupę Roboczą, tylko ją zmodyfikować. Definicja terapii medycznie daremnej jest zbyt uboga w swojej treści, by mogła objąć swoim zakresem rzeczywiste historie przypadków, które dokonują się na oddziałach intensywnej terapii. W polskich regulacjach bioetycznych i prawnych jest miejsce dla „uporczywej terapii” i „terapii medycznie daremnej”. Po trzecie, choć tradycyjny podział środków medycznych na zwyczajne i nadzwyczajne stał się nieadekwatny w stosunku do szybkiego postępu medycyny, to jednak zaproponowana klasyfikacja środków medycznych, która na zasadzie kombinacji łączy z sobą pary pojęć „zwyczajność”/„nadzwyczajność” oraz „proporcjonalność”/„nieproporcjonalność”, może stanowić skuteczne narzędzie podejmowania moralnych decyzji o rezygnacji z uporczywej terapii.

REFERENCJE

- ASZYK, Piotr. 2006. *Granice leczenia. Etyczny problem odstąpienia od interwencji medycznych*. Warszawa: Rhetos.
- BARTOSZEK, Antoni. 2000. *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*. Katowice: Księgarnia św. Jacka.
- BARTOSZEK, Antoni. 2012. „Uporczywa terapia przeciwnowotworowa — aspekty etyczne”. *Hematologia* 3, nr 2: 136–142.
- BEAUCHAMP, Tom L., i James F. CHILDRESS, 2013. *Principle of Biomedical Ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press.
- BOŁOZ, Wojciech. 2013a. „Utrzymanie życia za wszelką cenę czy rezygnacja z uporczywej terapii. Punkt widzenia etyka”. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 7, nr 3–4: 69–74.
- BOŁOZ, Wojciech. 2013b. „Znaczenie godności człowieka w bioetyce”. W: *Dylematy etyczne końca życia — problem uporczywej terapii*, red. Władysław Sinkiewicz, Małgorzata Krajnik i Rafał Grabowski, 19–34. Bydgoszcz: Margrafen.
- BOŁOZ, Wojciech, i Małgorzata KRAJNIK. 2008. „Definicja uporczywej terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia”. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2, nr 3: 77–77.
- BRZEZIŃSKI, Tadeusz. 2011. *Etyka Lekarska*. Wyd. 2. Warszawa: PZWL.
- BUDZIŃSKI, Roman. 2016. *Uporczywa terapia we współczesnej medycynie: II Gdańska debata lekarska*. Pelplin: Bernardinum.
- CALLAHAN, Daniel. 2009. „Zabicie a przyzwolenie na śmierć”. W: *Wokół śmierci i umierania. Antologia bioetyki*, red. Włodzimierz Galewicz, t. 1, 173–180. Kraków: Universitas.
- CHAŃSKA, Weronika. 2013. „Rezygnacja z leczenia podtrzymującego życie”. W: *Bioetyka*, red. Joanna Różyńska i Weronika Chańska, 251–265. Warszawa: Wolters Kluwer.

- CHUDY, Wojciech. 2005. „Personalistyczne określenie wychowania”. W: *Filozofia i edukacja*, red. Piotr Jaroszyński, Paweł Tarasiewicz i Imelda Chłodna, 87–95. Lublin: Fundacja „Lubelska Szkoła Filozofii Chrześcijańskiej”.
- CHYROWICZ, Barbara. 2015. *Bioetyka. Anatomia sporu*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- FERDYNUS, Marcin. 2012. „Kilka uwag w dyskusji na temat rezygnacji z uporczywej terapii”. *Studia Paradyskie* 22: 51–67.
- FERDYNUS, Marcin. 2017. *Przedłużanie życia jako problem moralny*. Tarnów: Biblos.
- FERDYNUS, Marcin. 2018. “Rezygnacja z uporczywej terapii. Problem odmowy podłączenia do respiratora w przypadku pacjentów chorych na stwardnienie zanikowe boczne. Perspektywa *Evangelium vitae*”. *Ethos. Kwartalnik Instytutu Jana Pawła II* 122, nr 2: 409–422. DOI: 10.12887/31-2018-2-122-23.
- FERDYNUS, Marcin. 2020. „Albert Mieczysław Krapiec’s Theory of the Person for Professional Nursing Practice”. *Nursing Philosophy* 21, nr 2: e12286. DOI: <https://doi.org/10.1111/nup.12286>.
- GALEWICZ, Włodzimierz. 2016. „Terapia daremna a procedura rozstrzygania konfliktów”. INCET. Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ. Bioetyka / Wprowadzenie. Dostęp 09.05.2019. <http://bazy.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=57>.
- Katechizm Kościoła katolickiego*. 1994. Poznań: Pallottinum.
- KEARNS, Alan, i Bert GORDJN. 2018. „Withholding and Withdrawing Life-Saving Treatment: Ordinary/Extraordinary Means, Autonomy & Futility”. *Analiza i Egzystencja* 42: 13–14. DOI: 10.18276/aie.2018.42-01.
- KELLY, David F. 2006. *Medical Care at the End of Life: A Catholic Perspective*. Washington: Georgetown University Press.
- KONGREGACJA NAUKI WIARY. 1980. „Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*”. Opoka.org.pl. Dostęp 10.10.2019. https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WR/kongregacje/kdwiary/zbiort/t_1_38.html.
- KOPELMAN, Loretta M. 2001. „Pojęciowe i moralne problemy terapii daremnej i użytecznej”. W: *Dylematy bioetyki*, red. Anna Alichniewicz i Anna Szczesna, 117–130. Łódź: Akademia Medyczna w Łodzi.
- KRAJEWSKI, Romuald. 2009. „Czy powinno się mówić o ‘terapii uporczywej’?” Polskie Towarzystwo Bioetyczne. Dostęp 11.10.2019 http://www.ptb.org.pl/pdf/Krajewski_uporczywa_terapia_1.pdf.
- KÜBLER, Andrzej. 2016. „Terapia daremna na oddziale intensywnej terapii”. W: INCET. Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ. Bioetyka / Wprowadzenie. Dostęp 06.05.2019. <http://bazy.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=55>.
- KÜBLER, Andrzej, Jacek SIEWIERA, Grażyna DUREK, Krzysztof KUSZA, Mariusz PIECHOTA i Zbigniew SZKULMOWSKI. 2014. „Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii”. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 46, nr 4: 229–234.
- ŁUKÓW, Paweł. 2013. „Zgoda na świadczenia zdrowotne i autonomia pacjenta”. W: *Bioetyka*, red. Joanna Różyńska i Weronika Chańska, 73–84. Warszawa: Wolters Kluwer.
- MACHINEK, Marian. 2009. „Rezygnacja z terapii uporczywej oraz tzw. testament życia”. Polskie Towarzystwo Bioetyczne. Dostęp 10.10.2019. http://www.ptb.org.pl/pdf/machinek_uporczywa_terapia_1.pdf.
- MALCZEWSKI, Jacek. 2012. *Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem*. Warszawa: Wolters Kluwer.

- MAZUR, Grzegorz. 2013. „Czy odstąpienie od ratowania życia jest etycznie usprawiedliwione?” *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 7, nr 1: 6–10.
- ORŁOWSKI, Tomasz. 2009. „Zasada proporcjonalności a problem uporczywej terapii”. W: Polskie Towarzystwo Bioetyczne. Dostęp 10.10.2019. http://www.ptb.org.pl/pdf/Orlowski_uporczywa_terapia_1.pdf.
- PELLEGRINO, Edmund D. 2005. „Decision at the End of Life: The Use and Abuse of the Concept of Futility”. University Faculty for Life. Dostęp 09.10.2019. <http://www.uffl.org/vol10/pellegrino10.pdf>.
- RODZIŃSKI, Adam. 1966. „Naturalne płaszczyzny wartościowania moralnego w świetle filozofii personalistycznej”. *Roczniki Filozoficzne* 14, z. 2: 27–39.
- SCHOCKENHOFF, Eberhard. 2014. *Etyka życia. Podstawy i nowe wyzwania*. Tłum. Konrad Głombik. Opole: Wydawnictwo Świętego Krzyża.
- SGRECCIA, Elio. 2012. *Personalist Bioethics. Foundations and Applications*. Philadelphia: The National Catholic Bioethics Center.
- SIEWIERA, Jacek, i Andrzej Kübler. 2015. *Terapia daremna dla lekarzy i prawników*. Wrocław: Edra Urban&Partner.
- SPAEMANN, Robert. 2006. „O pojęciu godności człowieka”. W: *Granice. O etycznym wymiarze działania*. Przeł. Jarosław Merecki, 157–168. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- SUCHORZEWSKA, Janina. 2013. „Ból i cierpienie”. W: *Bioetyka*, red. Joanna Różyńska i Weronika Chańska, 191–203. Warszawa: Wolters Kluwer.
- SUCHORZEWSKA, Janina. 2016. „Wokół terapii daremnej — głos w dyskusji”. INCET. Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ. Bioetyka / Wprowadzenie. Dostęp 07.05.2019. <http://bazy.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=58>.
- SUCHORZEWSKA, Janina, Krystyna BASIŃSKA i Marek OLEJNICZAK. 2008. „Trudne decyzje wobec umierającego człowieka — refleksje klinicysty”. W: *Przedłużanie życia jako problem moralny*, red. Barbara Chyrowicz, 59–76. Lublin: TN KUL.
- SZABAT, Marta. 2013. *Elementy filozofii opieki paliatywnej a zagadnienie śmierci. Wątki bioetyczne i filozoficzne*. Warszawa: Semper.
- SZCZEKLIK, Andrzej. 2012. *Nieśmiertelność. Prometejski sen medycyny*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- SZEROCZYŃSKA, Małgorzata. 2013. „Odstąpienie od uporczywej terapii *de lege lata* i *de lege ferenda*”. *Medycyna Paliatywna* 2: 31–40.
- SZEWCZYK, Kazimierz. 2009a. *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*. T. 1. Warszawa: PWN.
- SZEWCZYK, Kazimierz. 2009b. „Podsumowanie debaty z subiektywnym akcentem”. Towarzystwo Bioetyczne. Dostęp 10.10.2019. http://www.ptb.org.pl/pdf/Szewczyk_uporczywa_terapia_4.pdf.
- SZEWCZYK, Kazimierz. 2009c. „Uporczywa terapia w projekcie tzw. ustawy bioetycznej — pięć krytycznych konkluzji”. Towarzystwo Bioetyczne. Dostęp 9.10.2019. http://www.ptb.org.pl/pdf/Szewczyk_uporczywa_terapia_1.pdf.
- SZEWCZYK, Kazimierz. 2016. „O medycznej daremności proceduralnej i o powodach, dla których należy ją włączyć w polskie regulacje bioetyczne i system prawny”. INCET. Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ. Bioetyka / Wprowadzenie. Dostęp 2.05.2019. <http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=53>.
- SZOSTEK, Andrzej. 1976. „Pozycja osoby w strukturze moralności”. *Roczniki Filozoficzne* 24, z. 2: 41–62.
- YOUNGER, Stuart J. 2004. „Medical futility”. W: *Encyclopedia of Bioethics*, red. Stephen Garrard Post, t. 3. 3th ed. New York: Mcmillan Reference: 1718–1721.

O UPORCZYWEJ TERAPII
ORAZ ŚRODKACH ZWYCZAJNYCH I NADZWYCZAJNYCH
W POLSKIM KONTEKŚCIE BIOETYCZNYM.
NA MARGINESIE DWÓCH DEBAT
POLSKIEGO TOWARZYSTWA BIOETYCZNEGO

Streszczenie

W artykule rozważam opinię mówiącą o rezygnacji z terminu „uporczywa terapia” i o potrzebie zastąpienia go terminem „terapia medycznie daremna”. Ponadto zastanawiam się nad przydatnością podziału środków medycznych na zwyczajne i nadzwyczajne. Opowiadam się przeciwko odrzuceniu terminu „uporczywa terapia”, jak również staram się pokazać, że klasyfikacja środków medycznych, która łączy pary pojęć „proporcjonalne/nieproporcjonalne” i „zwyczajne/nadzwyczajne”, może stanowić skuteczną pomoc w podejmowaniu decyzji o rezygnacji z uporczywej terapii zarówno dla lekarza, jak i dla pacjenta. Przedmiotem refleksji czynię wypracowaną przez Polską Grupę Roboczą ds. Etyki Końca Życia definicję uporczywej terapii oraz jej zmodyfikowaną wersję. Zasadniczym kontekstem prowadzonych analiz są opinie niektórych autorów biorących udział w debatach zorganizowanych przez Polskie Towarzystwo Bioetyczne na temat uporczywej terapii oraz terapii medycznie daremnej.

Słowa kluczowe: uporczywa terapia; terapia medycznie daremna; środki zwyczajne i nadzwyczajne; Polskie Towarzystwo Bioetyczne.

ABOUT PERSISTENT THERAPY
AND ORDINARY AND EXTRAORDINARY MEANS
IN THE POLISH BIOETHICAL CONTEXT:
ON THE MARGIN OF TWO DEBATES
OF THE POLISH BIOETHICS SOCIETY

Summary

In this paper, I consider an opinion concerning of resignation from the term ‘persistent therapy’ and the need to replace it with the term ‘medical futility’. I also consider the usability of the division of medical means into ordinary and extraordinary. I present my arguments against the rejection of the term ‘persistent therapy’ as well as I try to show that the classification of medical means, which it combines the concept pairs “proportionate/disproportionate” and “ordinary/extraordinary,” may serve as an effective aid in making decisions on abandoning persistent therapy both for the physician and for the patient. The subject-matter of my reflection is the definition of persistent therapy elaborated by the Polish Working Group for End-of-Life Ethics and its modified version. The basic context of the analyses consists of opinions of some authors taking part in debates on persistent therapy and medical futility held by the Polish Bioethics Society.

Keywords: persistent therapy; medical futility; ordinary and extraordinary means; Polish Bioethics Society.

Information about Author: Rev. MARCIN FERDYNUS, PhD — The John Paul II Catholic University of Lublin; Faculty of Philosophy, Institute of Philosophy, Department of Ethics; address for correspondence: Aleje Racławickie 14, 20–950 Lublin; marcin.ferdynus@kul.pl; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0176-1023>.