

Terapia daremna – problemy definicyjne

Streszczenie

W swoim artykule omawiam trudności definicyjne dotyczące pojęcia terapii daremnej oraz dokonuję przeglądu i oceny strategii, a także propozycji definicyjnych, jakie pojawiły się w literaturze przedmiotu. Trudności w adekwatnym zdefiniowaniu pojęcia terapii daremnej są typowe dla problemów definicyjnych, z jakimi stykamy się w definiowaniu pojęć medycznych, zwłaszcza w odniesieniu do procedur końca życia, gdzie mamy do czynienia z polem niedostatecznie zdefiniowanych pojęć o zachodzących na siebie znaczeniach i zakresach. Na to pole pojęciowe, obok terapii daremnej, składają się środki „zwyčajne” i „nadzwyczajne”, jak również pojęcie najlepiej pojętego interesu pacjenta. W polskiej literaturze medycznej obraz ten dodatkowo komplikuje używanie terminu „terapia uporczywa”.

Słowa kluczowe: terapia daremna, terapia uporczywa, środki nadzwyczajne/zwyčajne, najlepiej pojęty interes pacjenta, definicja częściowa

Wprowadzenie

Wybitny polski lekarz Andrzej Szczeklik swoją ostatnią książkę zatytułował *Nieśmiertelność. Prometejski sen medycyny*¹. Wydaje się, że tytuł ten trafnie nazywa

¹ A. Szczeklik, *Nieśmiertelność. Prometejski sen medycyny*, Znak, Kraków 2012.

miejsce, jakie dążenie do pokonania śmierci zajmuje w dyskursie nauk medycznych. Pokonanie śmierci było niewątpliwie odwiecznym pragnieniem człowieka – i choć filozoficzna idea nieśmiertelności jest złożona i niejednoznaczna, a jej modele bywają mroczne, to alchemicy poszukiwali kamienia filozoficznego nie tylko do transmutacji wszelkich metali w złoto, ale również w celu wytworzenia eliksiru życia, zapewniającego nieśmiertelność. Medycyna jednak dość długo broniła się przed wprzęgnięciem w walkę ze śmiercią *per se*. Lekarz hipokratejski, dostrzegłszy zwiastuny nieuchronnie zbliżającego się zgonu pacjenta, nie do końca słusznie nazwane *proprietates mortis*, opuszczał pacjenta – jego rola była skończona. Śmierć należała do porządku egzystencjalnego, podczas gdy zadania medycyny zamykały się w sferze empirycznej. Jednak z czasem medycyna nowożytna zaczęła ulegać oświeceniowej wizji przewyższalności wszelkich form zła, w tym choroby i cierpienia, a jej nowoczesna postać dośniła prometejski sen do końca, podejmując walkę ze śmiercią, którą uznano za część świata faktualnego, wykreowanego technologicznie². Jednak, jak zauważa Zygmunt Bauman, „Mimo swych rzadko wyrażanych, ale co dzień śnionych marzeń, nowoczesność nie pokonała śmiertelności. Nie osiągnąwszy ostatecznego celu, skupiła się na wysiłku osiągnięcia drugich co do znaczenia rozwiązań i zastępczych celów. Jak widzieliśmy, usunęła śmierć i umieranie z pola widzenia, a tym samym, jak się ludziła, również z myśli. Zreinterpretowała chimerę ostatecznego zwycięstwa nad śmiercią jako długi łańcuch chwilowych triumfów nad jej aktualnie najbardziej rozpowszechnionymi przyczynami. Zastąpiła wielką troskę o przeżycie wieloma małymi – poddającymi się kontroli – troskami o wybrane przypadki umierania”³. Nawiązując do znanego stwierdzenia Michela Vovelle’a, można powiedzieć, że niemożność pokonania śmierci stała się skandalem, który spowodował, że walka ta zaczęła przeradzać się w zarządzanie śmiercią aż po jego spotworniałą wersję przedłużania agonii.

² Zdaniem Z. Baumana w latach 1780–1850 nowożytny naukowy model świata przyjął postać technologiczną, czyli nowoczesną, zob. Z. Bauman, *Etyka ponowoczesna*, tłum. J. Bauman, J. Tokarska-Bakir, PWN, Warszawa 1996, s. 258–271.

³ Z. Bauman, *Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia*, tłum. N. Leśniewski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998, s. 182.

Potencjał naukowy i technologiczny współczesnej medycyny jest imponujący, a sukcesy niezaprzeczalne. Ten spektakularny postęp technologiczny ma jednak także ciemne oblicze, manifestujące się postawą, którą nazwano imperatywem technologicznym (*technological imperative*). Sprowadza się on do przekonania, które można wyrazić prostą formułą: jeśli można coś zrobić, to trzeba to zrobić, czyli to, co jest technicznie wykonalne, musi zostać wykonane. Jest to część szerszego stylu myślenia, nazwanego przez amerykańskiego bioetyka Daniela Callahana „monizmem technologicznym”. Opiera się na nieuznawaniu naturalności zjawisk świata i przeświadczeniu, że wszystkie zdarzenia, zarówno pozytywne, jak i negatywne, w tym śmierć, są efektami działalności człowieka. Wynika stąd nakaz podjęcia wszelkich działań przedłużających życie, jakie umożliwia dzisiejsza medycyna technologiczna, bez względu na ich skutki i koszt⁴. Rozważania dotyczące tego problemu znalazły się w książkach Callahana pod wymownymi tytułami *The Troubled Dream of Life* czy *The Tyranny of Survival and Other Pathologies of Civilized Life*⁵. Wysiłki niedopuszczające do śmierci pacjenta mogą więc przekształcić się w „zarządzanie śmiercią” (*management of death*), sprowadzające się do odwlekania jej za cenę przedłużania fazy terminalnej lub nawet agonii, zwiększania cierpienia pacjenta, a także, *last but not least*, nieracjonalnie wydatkowanych środków. Skutkuje to domyślnym charakterem *full code*, czyli obowiązkiem podjęcia wszystkich czynności ratujących życie niezależnie od stanu pacjenta⁶.

Przełomowym osiągnięciem technologicznym, które poza oczywistymi pozytywnymi skutkami przyniosło niebezpieczeństwo bezsensownego ulegania imperatywowi technologicznemu, był respirator. Jeśli przyjąć, że nowoczesny respirator skonstruowano w 1952 r.⁷, to należy zauważyć, że lekarze dość szybko zdali sobie sprawę z tego zagrożenia:

⁴ D. Callahan, *The Troubled Dream of Life*, Simon & Schuster, New York 1993, s. 67–69.

⁵ Idem, *The Tyranny of Survival and other Pathologies of Civilized Life*, University Press of America 1985.

⁶ Ch. Staudt, *Whole-Person, Whole-Community Care at the End of Life*, „Virtual Mentor” 2013, 13(12), s. 1069–1080. DOI: 10.1001/virtualmentor.2013.15.12.msoc1-1312.

⁷ P. Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, PIW, Warszawa 1997, s. 32.

już w 1957 r. anestezjologodzy sformułowali pytanie o granice stosowania respiratora w wypadku głębokiej śpiączki⁸. Z czasem potrzeba zdefiniowania pojęcia terapii daremnej i sformułowania odnoszących się do niej wytycznych klinicznych stała się coraz bardziej nagląca.

Podanie zadowalającej definicji terapii daremnej okazuje się jednak bardzo trudne i najeżone pułapkami pojęciowymi, które są typowe nie tylko dla definiowania pojęć z zakresu etyki medycznej, ale także dla definiowania pojęć i procedur klinicznych. Pojęcia te są często niedostatecznie zdefiniowane, a tym samym mają charakter nazw semantycznie wadliwych – o chwiejnym znaczeniu i nieostrym zakresie.

Trudności definicyjne

W etyce medycznej niejednokrotnie mamy do czynienia z pojęciami o niejasnym sensie. Wieloznaczność używanych terminów skutkuje znacznymi rozbieżnościami interpretacyjnymi w rozumieniu wyrażeń, w których terminy te się pojawiają. Niedookreślenie wyrażeń może wynikać z braku odpowiedniej kwantyfikacji, jak również z pewnych milczących założeń czy stosowania określeń metaforycznych. Poważnym problemem jest też używanie terminów o zakresie nieostrym, skutkujące nierozstrzygalnością twierdzeń, w których wyrażenia te występują. Gdy używane terminy obarczone są nieokreślonością i chwiejnością znaczenia, a także nieostrością zakresu, podanie definicji sprawozdawczej, a więc uchwytyjącej zastany sens lub przynajmniej zakres danego wyrażenia bywa często niemożliwe. W takim wypadku, aby ustalić sens używanych terminów, należy proponować definicje regulujące, częściowo dostosowujące się do zastanego znaczenia pojęcia, a częściowo od niego odchodzące w celu zaostrezenia sensu i zakresu używanego terminu. W niektórych zaś przypadkach, gdy pełna eksplikacja znaczenia okaże się niemożliwa, należy sformułować definicje kontekstowe, a więc takie, gdzie dany termin występuje

⁸ R. Gillon, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997, 152; zob. też A. Alichniewicz, *Wzorce śmierci w bioetyce amerykańskiej*, Aureus, Kraków 2007, s. 118–119.

w definiendum w określonym kontekście i jego znaczenie ustalane jest relatywnie, a nie absolutnie. Stosuje się też definicje cząstkowe, zawierające składnik analityczny o charakterze ustalenia terminologicznego i składnik empiryczny podlegający sprawdzaniu empirycznemu. Mamy wówczas do czynienia z empirycznymi kryteriami stosowalności, określającymi cechy przedmiotu (procedury, zjawiska, procesu) pozwalające na stosowanie danego terminu⁹.

Problemy te dodatkowo komplikuje fakt, że choć ideałem logicznym jest podanie czysto deskryptywnego i neutralnego aksjologicznie definiensu, to jednak w odniesieniu do procedur klinicznych jest to niezwykle trudne, a często niemożliwe. Kliniczne definiendum przeważnie nie pozwala na precyzyjne oddzielenie cech definicyjnych od warunków dopuszczalności oraz zasad należytej staranności. Stanowi to nie tylko problem natury logicznej, ale także praktyczny, gdyż włączenie elementów wartościujących, normatywnych¹⁰ i kryteriów należytej staranności utrudnia zbieranie wiarygodnych danych dotyczących częstości i sposobu przeprowadzania danej procedury. Jednak włączanie kryteriów lub wręcz utożsamienie definiensu ze zbiorem kryteriów jest typowe dla definiowania w naukach klinicznych.

Gdy chodzi o definiowanie terapii daremnej, pojawia się dodatkowy aspekt wartościujący o charakterze perswazyjnym, to znaczy mający określony wydźwięk emocjonalny świadomie lub nieświadomie nadany wyrażeniu definiującemu (definiens), który powoduje, że dana reakcja emocjonalna trwale wiąże się z wyrażeniem definiowanym (definiendum). Niekiedy zaś nie tyle ustanowienie definicyjne, ile koincydencja empiryczna przesądza o zabarwieniu emocjonalnym. Definicje perswazyjne nierzadko są elementami szerszego kontekstu argumentacji perswazyjnej,

⁹ T. Pawłowski, *Tworzenie pojęć i definiowanie w naukach humanistycznych*, PWN, Warszawa 1978; J. Kmita, *Wykłady z logiki i metodologii nauk*, PWN, Warszawa 1976.

¹⁰ Na ten aspekt trudności pojęciowych zwróciła uwagę L.M. Kopelman, przy czym jej analiza dotyczy sytuacji granicznych (nieznaczna korzyść/prawie daremność), zob. L.M. Kopelman, *Pojęcia i moralne problemy terapii daremnej i użytecznej*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęśna, [w:] *Dylematy bioetyki*, red. A. Alichniewicz, A. Szczęśna, Zakład Etyki i Filozofii Medycyny Akademii Medycznej w Łodzi, Łódź 2001, s. 117–130.

mającej na celu kształtowanie określonych postaw. Istotne jest zatem rozpoznanie odniesień normatywnych i oceniających, zwłaszcza że odniesienia te mają niejednokrotnie charakter niejawny¹¹. Fakt, że kwestie terminologiczne i definicyjne spełniają też pewną funkcję perswazyjną, a zatem wpływają na sposób postrzegania problemu czy procedury przez personel medyczny, czyni proces definicyjny szczególnie odpowiedzialnym. W polskiej literaturze medycznej obraz ten dodatkowo wikła używanie określenia „terapia uporczywa”, zamiast lub obok powszechnie stosowanego w literaturze medycznej i bioetycznej terminu „terapia daremna”¹².

Terapia uporczywa

Definicję terapii uporczywej, w której podano zarówno kryteria pozytywne, jak i negatywne, opracowała w 2008 r. Polska Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia, proponując, by rozumieć przez nią „stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta”¹³. Ta propozycja definicyjna i zasadność posługiwania się terminem „terapia uporczywa” zamiast albo obok terminu „terapia daremna” stały się następnie przedmiotem zarówno pozytywnych¹⁴, jak i krytycznych opinii, wyrażanych m.in. w trakcie debat poświę-

¹¹ T. Pawłowski, *Tworzenie pojęć i definiowanie w naukach humanistycznych*, op. cit., s. 223–227.

¹² W uchwalonym w 1991 r., a następnie dwukrotnie (1993, 2003) nowelizowanym Kodeksie Etyki Lekarskiej użyto terminu „terapia uporczywa”. Termin „terapia daremna” wprowadza dopiero najnowsza nowelizacja, dokonana 18.05.2024 r., obowiązująca od 1.01.2025 r., zob. <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>.

¹³ Opublikowana w języku angielskim w „Advances in Palliative Medicine” 2008, 7, s. 91–92, zob. też: W. Bołoz, M. Krajnik i in., *Definicja uporczywej terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2008, 2, 3, s. 77–78.

¹⁴ Zob. np. M. Ferdynus, *Między uporczywością a daremnością terapii? O przydatności pojęcia terapii uporczywej w etyce medycznej w odniesieniu do postępowania wobec pacjentów terminalnie chorych*, „Ethos” 2022, 35, 3(139), s. 237–261. DOI: 10.12887/35-2022-3-139-14.

conych problematyce daremności medycznej, prowadzonych w 2009 i 2016 r. pod auspicjami Polskiego Towarzystwa Bioetycznego. Zdecydowaną krytykę zarówno samego określenia „terapia uporczywa”, którego prowincjonalizm uniemożliwia posługiwanie się nim w medycznych czy bioetycznych debatach na forach międzynarodowych, jak i opracowanej definicji sformułował Kazimierz Szewczyk. Poddając zaproponowaną definicję szczegółowej analizie, wskazał na jej anachroniczność, wieloznaczność użytych w niej pojęć o charakterze filozoficznym, podlegających różnym interpretacjom (godność), ryzyko arbitralności sądów oceniających (oszacowywanie cierpienia pacjenta), a także silne zakorzenienie w nauczaniu Kościoła katolickiego, co pozbawia ją pożądaną w definiowaniu procedur medycznych neutralności światopoglądowej¹⁵. Można więc zauważyć, że powyższa definicja obarczona jest wieloma wadami i słabościami, z jakimi zmagają się definiowanie pojęć medycznych.

W roku 2011 obszerne opracowanie nadal posługujące się terminem „terapia uporczywa” zostało opublikowane przez Polskie Towarzystwo Pediatriczne¹⁶. Autorzy odwołali się do zastanych sposobów definiowania uporczywej terapii, uznając, że kryteriami pozwalającymi uznać uporczywość postępowania są:

- działanie wbrew najlepiej pojętym interesom pacjenta,
- działanie wbrew przekonaniom pacjenta,
- działanie wbrew godności istoty ludzkiej,
- działanie wbrew naturze,

których skutkami są:

- przedłużanie umierania,
- nadmierne cierpienie,
- naruszenie godności¹⁷.

¹⁵ K. Szewczyk, *O medycznej daremności proceduralnej i o powodach, dla których należy ją włączyć w polskie regulacje bioetyczne i system prawny*, Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ 2008, <http://bazy.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&ci=3&m=19&n=1&z=0&k=53>.

¹⁶ T. Dangel, R. Grenda, J. Kaczkowski i in., *Zaniechanie i nycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy*, Polskie Towarzystwo Pediatriczne, Warszawa 2011.

¹⁷ Ibidem, s. 44.

Ta lista kryteriów pokazuje, że mamy tu do czynienia z podobnymi słabościami jak w wypadku definicji sformułowanej przez Grupę Roboczą, tzn. posłużeniem się rozmaicie definiowanymi i rozumianymi pojęciami filozoficznymi, jak godność czy natura, oraz określeniami oceniającymi („nadmierne cierpienie”). Ponadto przedstawiona w *Wytycznych* wykładnia pojęcia terapii uporczywej wskazuje, że autorzy inkorporowali w nim szereg innych pojęć, takich jak środki nadzwyczajne czy środki nieproporcjonalne oraz najlepiej pojmowany interes pacjenta¹⁸. W końcowej części opracowania autorzy postulowali nowelizację art. 32 KEL, która miałaby polegać na wprowadzeniu definicji terapii uporczywej opracowanej przez Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia oraz zastąpienie neutralnego sformułowania: „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych”, bardziej zdecydowanym stwierdzeniem, że: „W stanach terminalnych lekarz nie powinien podejmować resuscytacji ani stosować innych form uporczywej terapii”¹⁹.

Zdaniem autorów dokumentu opracowanego przez Towarzystwo Internistów Polskich „uporczywość określa (pejoratywnie) postawę osoby stosującej nieskuteczne interwencje medyczne”²⁰. Należy jednak zauważyć, że konotacja tego określenia może być całkiem pozytywna, tzn. np. taka, jaką spotykamy w kontekście: nie zważając na trudności losu, uporczywie dążył do celu; lub: nie zrażając się niepowodzeniem, uporczywie ponawiał wysiłki uzyskania pożądanego skutku. W obu kontekstach nie jest oczywiste, że trud był daremny. Zatem wbrew opinii cytowanych autorów określenie „uporczywy” niekoniecznie wskazuje na

¹⁸ Zob. też: M. Boratyńska, *Prawne i etyczne zagadnienia zaprzestania terapii daremnej u dzieci*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2023, 28, 3, s. 131; K. Szewczyk, *Czy rodzice powinni mieć prawo do decydowania o życiu i śmierci krytycznie chorych noworodków?*, „Diametros” 2012, 34, s. 167.

¹⁹ T. Dangel, R. Grenda, J. Kaczkowski i in., *Zaniechanie i nycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci*, op. cit., s. 131.

²⁰ W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski i wsp., *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu – stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych*, „Medycyna Praktyczna” 2023, 4, s. 123.

bezskuteczność. O powszechności tego typu rozumienia terminu „uporczywy” świadczą też wyniki badań opinii publicznej²¹.

Jednak największa trudność, z jaką trzeba się zmierzyć przy próbie sformułowania adekwatnej definicji terapii daremnej, wynika z tego, że mamy tu do czynienia z całym obszarem niedostatecznie zdefiniowanych, nieostrych znaczeniowo i rozmytych zakresowo pojęć o zachodzących na siebie znaczeniach i zakresach. Na to pole pojęciowe, obok terapii daremnej, składają się środki zwyczajne (proporcjonalne) i nadzwyczajne (nieproporcjonalne), jak również pojęcie najlepiej pojętego interesu pacjenta i korzyści dla pacjenta.

Doktryna środków zwyczajnych i nadzwyczajnych

Twierdzenie Tomasza z Akwinu, że obowiązkiem człowieka jest dostarczenie swemu ciału tego, co niezbędne dla przeżycia, złagodzili w XVI wieku Francisco de Vittorio i Domingo Bañez²², którzy wyrazili pogląd, iż nie można wymagać, by czyniono to kosztem nadmiernych cierpień, a jedynie „za pomocą zwyczajnych środków, takich jak zwyczajne odżywianie, odzież i lekarstwa, nawet za cenę zwyczajnego bólu lub cierpienia. Ludzie nie mają natomiast moralnego obowiązku znoszenia nadzwyczajnego bólu czy udreki, nieproporcjonalnych do stanu, w jakim się znajdują”²³. A zatem nie jest to obowiązek bezwarunkowy, z którego wynikałaby na przykład konieczność poddania się skrajnie bolesnej i niebezpiecznej procedurze chirurgicznej, jaką była w tamtych czasach amputacja. W kontekście interesującego nas zagadnienia warto zauważyć, że interpretacja podana przez XVII-wiecznego teologa Juana de Lugo, iż środkami zwyczajnymi można nazywać te, które przynoszą proporcjonalną korzyść, a więc nie sprowadzają się do przedłużenia życia

²¹ https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_003_13.PDF [dostęp: 3.05.2024].

²² W. Chańska, *Rezygnacja z leczenia podtrzymującego życie*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2013, s. 252.

²³ R. Gillon, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęśna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997, s. 152.

jedynie o kilka chwil kosztem wielkiego cierpienia²⁴, zbliżała pojęcie środków nadzwyczajnych do terapii daremnej.

Doktryna ta została przywołana w 1957 r. przez Piusa XII, który w wypowiedzi skierowanej do anesteziologów sformułował opinię, że „jest się zobowiązany do użycia jedynie zwyczajnych środków odpowiednich w danej sytuacji, tj. biorąc pod uwagę zaangażowane osoby, miejsce, czas i kulturę – to znaczy środków, które nie nakładają ciężkiego brzemienia na daną osobę lub innych ludzi”²⁵. Problem właściwego zdefiniowania środków zwyczajnych i nadzwyczajnych oraz kryteria pozwalające je zasadnie odróżnić stały się przedmiotem długotrwałej debaty bioetycznej, w efekcie której zaproponowano szereg definicji, nierzadko znacznie odchodzących od sensu oryginalnej doktryny²⁶. W toku tej dyskusji pojawiły się stanowiska, które można podzielić na definicje wąskie i szerokie. Definicje wąskie z kolei przyjęły postać wykładni technicznej albo medycznej.

Wykładnia techniczna uznaje dany środek za zwyczajny lub nadzwyczajny w zależności od stopnia jego technicznego zaawansowania. Pewną odmianą tej interpretacji jest rozróżnienie oparte na kryterium naturalności, zgodnie z którym środkiem zwyczajnym jest środek naturalny, zaś nadzwyczajnym jest nienaturalny, co oczywiście wikła to rozróżnienie w problem definiowania „naturalności”²⁷. Inna wersja wykładni technicznej przyjmuje kryterium wysokości kosztów, gdzie dany środek uważany jest za zwyczajny albo nadzwyczajny w zależności od jego ceny.

Wykładnia medyczna również przyjmuje kilka postaci. Jeśli procedura ma charakter tradycyjny lub rutynowy, traktowana bywa jako środek zwyczajny, natomiast nietypowy sposób postępowania, nazywany niekiedy

²⁴ D.E. Henke, *A History of Ordinary and Extraordinary Means*, [w:] *Artificial Nutrition and Hydration and the Permanently Unconscious Patient: The Catholic Debate*, red. R.P. Hamel, J.J. Walter, Georgetown University Press, Washington 2007, s. 53–77.

²⁵ R. Gillon, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, op. cit., s. 152.

²⁶ Szerszą analizę tej dyskusji przedstawiłam w pracy *Wzorce śmierci w bioetyce amerykańskiej*, op. cit., s. 118–123.

²⁷ T. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, przeł. W. Jacórzynski, Książka i Wiedza, Warszawa 1996, s. 213.

„heroicznym”, uważa się za środek nadzwyczajny²⁸. Inna odmiana tego stanowiska to podział środków na zwyczajne i nadzwyczajne w zależności od ich nieinwazyjnego albo inwazyjnego charakteru.

Można zauważyć, że sens doktryny środków zwyczajnych i nadzwyczajnych trafniej oddają definicje szerokie, które jednak również wystąpiły w kilku wersjach. Środek może być uważany za zwyczajny albo nadzwyczajny na podstawie kryterium, jakim jest brzemię, jakie sam w sobie nakłada na pacjenta. Brzemieniem tym może być ból, dyskomfort, ale także koszt dla pacjenta lub innych osób. Najbliższe istocie doktryny wydaje się jednak przyjęcie, że żaden środek medyczny jako taki sam w sobie nie jest zwyczajny albo nadzwyczajny, gdyż rozstrzygające znaczenie mają nie cechy samego środka, lecz wynikająca z jego zastosowania jakość przeżycia pacjenta. Inaczej mówiąc, rozstrzygające jest to, czy obciążenie, jakie dany środek stanowi dla pacjenta, jest proporcjonalne do skutku wynikającego z jego zastosowania. Taka interpretacja pojawiła się u kilku autorów, np. u Daniela Callahana, który stwierdził, że chodzi przede wszystkim o „brzemię życia, jakie wyniknie z zastosowania danego środka”²⁹, a także u Roberta Veatcha, dla którego kryterium stanowi nie tyle obciążenia niesione przez sam środek, ile raczej brzemię, jakim będzie uzyskane dzięki niemu przeżycie³⁰. Również Kongregacja Doktryny Wiary w *Deklaracji o eutanazji* zaproponowała zastąpienie oryginalnych nazw „zwyczajny/nadzwyczajny”, określeniami „proporcjonalny/nieproporcjonalny” jako lepiej oddającymi sens rozróżnienia, czyli porównanie charakterystyki danego środka medycznego z oczekiwanym rezultatem³¹. Podobnie ujmują to Beauchamp i Childress, dla których „prawdopodobieństwo i jakość poprawy stanu zdrowia pacjenta” należy

²⁸ P. Ramsey, *On (Only) Caring for the Dying*, [w:] *Ethical issues in Death and Dying*, red. R.F. Weir, Columbia University Press, New York 1977, s. 194.

²⁹ D. Callahan, *The Troubled Dream of Life*, Simon & Schuster, New York 1993, s. 70.

³⁰ R.M. Veatch, *Death, Dying and the Biological Revolution. Our Last Quest for Responsibility*, Yale University Press, New Haven–London 1989, s. 80–82.

³¹ Kongregacja Doktryny Wiary, *Deklaracja o eutanazji*, dokument przyjęty 5 maja 1980 r., „L'Osservatore Romano” 1980, nr 8.

porównać z „przewidywanymi uciążliwościami wynikłymi z leczenia”³². Niemniej należy zauważyć, że pojęcia te pozostają na tyle niejasne, że ich przydatność dla współczesnej medycyny jest kwestionowana.

Archaiczność i anachroniczność pojęcia środków zwyczajnych i nadzwyczajnych oraz trudności i niejednoznaczności interpretacyjne, jakie ewokują, wskazują na nieprzydatność tego rozróżnienia dla współczesnej medycyny. Zachodząc znaczeniowo na pojęcie środków daremnych oraz dodatkowo komplikując i tak już bardzo trudny obszar semantyczny, zasługują na użycie brzytwy Ockhama.

Najlepiej pojęty interes pacjenta

Postęp naukowy i technologiczny medycyny oraz rosnące skomplikowanie procedur medycznych skutkują coraz szerszym wachlarzem opcji terapeutycznych, które można zastosować u pacjenta. Temu pozytywnemu efektowi towarzyszy jednak coraz większa trudność epistemiczna w określeniu tego, co leży w najlepiej pojętym interesie pacjenta. Proces decyzyjny jest szczególnie trudny, gdy dotyczy pacjentów, których preferencje są nieznanne – nie sporządzili oświadczeń *pro futuro* (w Polsce notabene nadal pozbawionych ustawowego umocowania) ani też w żaden inny sposób, pisemny czy ustny, nie wyrazili życzeń dotyczących opieki medycznej, nie ma też przesłanek pozwalających na ich zrekonstruowanie – oraz pacjentów, który ze względu na swój wiek (dzieci) albo stan kognytywny (osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności intelektualnej) nie byłiby w stanie ich sformułować. Konieczna w takim wypadku decyzja zastępcza opiera się na określeniu najlepiej pojętego interesu pacjenta. Przeważnie uważa się, że w najlepiej rozumianym interesie pacjenta leży odniesienie korzyści przewyższającej skutki negatywne. A zatem należy wybrać taki wariant postępowania, który zapewni korzyść większą niż obciążenie, biorąc pod uwagę stan, w jakim pacjent się znajduje³³. Jed-

³² T. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, op. cit., s. 214.

³³ L. Gee, *Treatment in patients' best interests*, „London J Prim Care” (Abingdon) 2016, 8/5, s. 91–92; R. Griffith, *Best interest meetings*, „Br J Community Nurs”, 2018, 23/5, s. 252–254.

nak zarówno korzyść, jak i obciążenie mogą być rozumiane wielorako. Pierwszą najczęściej rozumie się jako wyleczenie lub ulgę w cierpieniu bądź utrzymanie jakości życia albo tylko jego przedłużenie, drugą jako ból, niepełnosprawność lub zły stan psychiczny, przy czym ocena ta powinna mieć zawsze zindywidualizowany charakter³⁴.

Widać zatem, że pojęcie najlepiej pojętego interesu pacjenta jest zakreślo- sowo bliskie pojęciu środka proporcjonalnego, dlatego też rozróżnienie środków medycznych na proporcjonalne i nieproporcjonalne często wykorzystuje się dla ustalenia, co leży w interesie pacjenta niezdolnego do podejmowania decyzji. Postuluje się, aby w służący temu ustaleniu proces decyzyjny zaangażowany był zarówno personel medyczny, jak i osoby bli- skie pacjentowi i mogące go reprezentować (przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny).

Terapia daremna

W literaturze przedmiotu pojawił się szereg prób zdefiniowania terapii daremnej, które także można podzielić na kilka grup. Terapia daremna może być rozumiana jako terapia niedająca szans przeżycia, co jednak nie rozwiązuje problemu definicyjnego, ponieważ brak szans przeżycia rów- nież występuje w kilku wersjach interpretacyjnych. Możliwe jest bardzo wąskie, tzw. fizjologiczne rozumienie tego kryterium, a zatem niemoż- ność osiągnięcia jakiegokolwiek skutku – np. wiadomo, że pacjenta nie uda się zreanimować. Choć językowo poprawne, jako narzędzie pojęciowe pozbawione jest sensu praktycznego – będąc w istocie redundantne, nic nie wnosiłoby do praktyki klinicznej³⁵.

³⁴ W. Chańska, *Pacjenci niezdolni do wyrażenia zgody*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2013, s. 96–108. W niektórych krajach, np. w Zjednoczonym Królestwie, zdecydowano się na prawne uregulowanie zasad stosowania kryterium najlepiej pojętego interesu pa- cjenta, zob. The National Archives, *Mental Capacity Act 2005* (2005–2019), <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9> [dostęp: 15.03.2024].

³⁵ N. Spritz, *Physicians and Medical Futility: Experience in the Setting of General Medical Care*, [w:] *Medical Futility and the Evaluation of Life-Sustaining Interventions*, red. M.B. Zucker, H.D. Zucker, Cambridge Uni- versity Press, Cambridge 1997, s. 37–38.

Kolejnym, występującym w literaturze kryterium braku szans przeżycia jest brak szansy na przedłużenie pacjentowi życia poza bezpośredni kryzys. Jako przykład podaje się pacjenta, u którego wprawdzie powiedzie się przywrócenie czynności życiowych, ale z góry wiadomo, że praca serca za chwilę ponownie ustanie³⁶. Jeszcze inna interpretacja proponuje rozumienie braku szans przeżycia jako brak szansy na przedłużenie pacjentowi życia, gdyż wiadomo, że pacjent umrze w bardzo niedalekiej przyszłości z powodu toczącego się procesu chorobowego. Bywa to niekiedy wyrażane jako brak szansy na opuszczenie przez pacjenta szpitala, choć ściśle biorąc, niekoniecznie jest to równoznaczne ze śmiercią w bardzo krótkim czasie. Przykładem może być pacjent, u którego udało się przywrócić spontaniczną pracę serca, ale o którym wiadomo, że umrze w bardzo krótkim czasie wskutek rozsianej choroby nowotworowej³⁷.

Terapia daremna bywa też definiowana jako terapia niedająca szans leczniczych. Zgodnie z tą wykładnią daremna jest terapia niemająca wpływu na istniejącą chorobę nieuleczalną, która spowoduje śmierć pacjenta w krótkim czasie (np. resuscytacja u pacjenta z zaawansowaną marskością wątroby)³⁸.

Inne zaproponowane ujęcie terapii daremnej traktuje ją jako terapię niedającą szans na poprawę stanu pacjenta, tzn. osiągnięcie akceptowalnej jakości życia, zbliża ją definicyjnie do środka nieproporcjonalnego³⁹.

W literaturze można spotkać także inną terminologię, jednak sens pojęć pozostaje bardzo zbliżony do przedstawionego. I tak fizjologiczna daremność (*physiological futility*) rozumiana jako leczenie, które z największym prawdopodobieństwem nie przyniesie oczekiwanego rezultatu, jest równoznaczna z bardzo wąskim rozumieniem kryterium braku szans przeżycia. Daremność ilościowa (*quantitative futility*) określana jako małe, np. nieprzekraczające 1% prawdopodobieństwo, że dane leczenie przyniesie

³⁶ W. Prip, A. Moretti, *Medical Futility: a Legal Perspective*, [w:] *Medical Futility*..., op. cit., s. 144.

³⁷ B.A. Brody, A. Halevy, *Is Futility a Futile Concept?*, „The Journal of Medicine and Philosophy” 1995, 20, 2, s. 127–132.

³⁸ Ibidem.

³⁹ Ibidem. Zob. też A. Alichniewicz, *Wzorce śmierci w bioetyce amerykańskiej*, op. cit., s. 120–121.

pozytywny efekt, gdzie jako przykład podaje się szansę na skuteczne przywrócenie funkcji układu sercowo-naczyniowego po zatrzymaniu krążenia u pacjenta z rozsiałym procesem nowotworowym, jest bliska znaczeniowo kryterium braku szans przeżycia, rozumianemu jako brak szans na przedłużenie pacjentowi życia. Natomiast daremność ewaluacyjna (*evaluative futility*), definiowana jako leczenie, które choć przynosi określony skutek fizjologiczny, to jednak nie przyczynia się do dobrostanu danej osoby, odpowiada znaczeniowo szerokiej definicji terapii daremnej, czyli wykładni uznającej, że jest to terapia niedająca szans na osiągnięcie akceptowalnej jakości życia, co *de facto* identyfikuje ją ze środkiem nieproporcjonalnym⁴⁰.

Światowa Organizacja Medyczna (World Medical Association – WMA) definiuje terapię daremną jako terapię, która „nie daje rozsądnej nadziei na wyzdrowienie lub poprawę stanu zdrowia” lub terapię, „w wyniku której pacjent na stałe nie odnosi korzyści”⁴¹, co jak widać, mieści się w zarysowanych powyżej strategiach definicyjnych.

Zagmatwanie obrazu definicyjnego jest dostrzegane nie tylko przez teoretyków, ale również praktyków, którzy stwierdzają, że „jest bardzo trudno o jednoznaczne, precyzyjne i jednocześnie perspektywne zdefiniowanie terapii daremnej, które można by odnieść i zastosować do większości przypadków”⁴². Kwestią, co do której panuje względna zgoda, jest natomiast podmiot decyzyjny – uznaje się, że choć wskazana jest rozmowa z pacjentem i wzięcie pod uwagę jego woli, to jednak o daremności terapii ostatecznie powinni decydować lekarze, zatem przysługuje im prawo podjęcia jednostronnej decyzji o zaprzestaniu lub zaniechaniu terapii daremnej. Należy jednak zauważyć, że konsens ten dotyczy krajów europejskich i Zjednoczonego Królestwa, natomiast odmienne stanowisko wyrażane jest przez amerykańskie środowiska medyczne

⁴⁰ P. Clark, *Medical Futility: Legal and ethical analysis*, „AMA Journal of Ethics” 2007, 9/5, s. 375–383. Zob. też A. Alichniewicz, K. Czarnik, *Pacjent przytomny, bez kontaktu słowno-logicznego*, [w:] A. Alichniewicz, K. Czarnik, Ł. Kowalczyk, M. Michałowska, *Medycyna na krawędzi życia. Medyczne i bioetyczne wyzwania opieki terminalnej*, Semper, Warszawa 2020, s. 60–61.

⁴¹ L.L. Bossaert, G.D. Perkins, H. Askitopoulou i in., *Etyka w resuscytacji i decyzje dotyczące końca życia*, [w:] *Wytyczne resuscytacji 2015*, s. 384, <https://www.prc.krakow.pl/wytyczne.html> [dostęp: 22.04.2024].

⁴² *Ibidem*, s. 383.

i bioetyczne, które znacznie większą rolę w decydowaniu o odstąpieniu od terapii daremnej przyznają pacjentom lub osobom ich reprezentującym⁴³. Można przypuszczać, że ta postawa, a nie tylko stwierdzony już w 1994 r. przez American Medical Association fakt, że niemożliwe jest wystarczająco precyzyjne i zrozumiałe zdefiniowanie pojęcia daremności, leży u podstaw podejścia proceduralnego, czyli wieloetapowej procedury rozwiązywania problemu terapii daremnej bez formułowania jej definicji, wprowadzonej po raz pierwszy przez konsorcjum szpitali w Houston. Rozwiązanie to zyskało następnie poparcie American Medical Association, a w 1999 r. weszło do systemu prawnego stanu Teksas. Procedura ta jest szczególnie przydatna w sytuacji odmiennych opinii lekarzy i pacjenta czy też pełnomocnika pacjenta lub jego rodziny. Gdy wystąpi różnica zdań, podmiot leczący jest zobowiązany wspierać pacjenta lub osoby z jego otoczenia w znalezieniu placówki, która podejmie się kontynuacji zakwestionowanej terapii. Należy jednak zauważyć, że jeśli taka instytucja nie zostanie znaleziona, po upływie przewidzianych prawem 10 dni, terapia uznana za daremną nie musi być prowadzona⁴⁴.

Wiele zespołów medycznych stoi na stanowisku, że doniosłość praktyczna problemu daremności terapeutycznej nie pozwala poprzestać na skonstatowaniu trudności definicyjnych. Podejmowane są zatem próby skonstruowania kontekstowych definicji terapii daremnej, a więc proponujących określoną wykładnię pojęcia daremności w kontekście danej specjalności. Definicje takie zostały zaproponowane dla pediatrii, neonatologii, interny czy intensywnej terapii. Można dostrzec, że mają one charakter definicji cząstkowych, a zatem nie dostarczają kryteriów

⁴³ P.A. Clark, M.J.H. Lee, O. Nguyen, *On Charlie Gard: Ethics, Culture, and Religion*, „The Journal of Healthcare Ethics & Administration” 2018, 4, 2, s. 1–17, <https://doi.org/10.22461/jhea.1.71618> [dostęp: 22.04.2024].

⁴⁴ A. Halevy, B.A. Brody, *A Multi-Institution Collaborative Policy on Medical Futility*, „Journal of the American Medical Association” 1996, 7, s. 571–574; American Medical Association, *Council of Ethical and Judicial Affairs Report 2 – 1-96, Medical Futility in End-of-Life Care*, https://download.ama-assn.org/resources/doc/ethics/x-pub/ceja_2i96.pdf?cb=1425313117&retrieve=yes [dostęp: 27.03.2024]; Texas Legislative Council, *Advance Directives Act*, s. 25–29, <http://www.tapm.org/vault/Texas%20Advance%20Directives%20Act.pdf> [dostęp: 27.03.2024]. Zob. też A. Alichniewicz, K. Czarnik, *Pacjent przytomny, bez kontaktu słowno-logicznego*, op. cit., s. 62–63.

pozwalających w wypadku każdej procedury czy każdego środka medycznego jednoznacznie rozstrzygnąć, czy podpada pod pojęcie daremności. Niemniej zasadność posłużenia się definicją cząstkową wynika z dyspozycyjnego charakteru pojęcia „daremny”⁴⁵. Definicje te przeważnie podają pozytywne kryteria stosowalności predykatu daremny, a zatem formułują warunki dostateczne, by dany środek medyczny lub procedurę uznać za daremne, natomiast nie określają kryteriów negatywnych⁴⁶.

Istotny jest fakt, że empiryczne kryteria daremności podlegają zmianom, ewoluując wraz z postępowaniem medycyny. Na przykład według opracowanych w 2015 r. wytycznych resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO) jest daremna, jeśli „szanse na akceptowalnej jakości przeżycie są minimalne”⁴⁷. W tym samym dokumencie zauważono jednak, że „zdefiniowanie kwestii braku «szansy na sukces» w przypadku RKO jest (...) trudne w porównaniu z innymi interwencjami medycznymi”, a zatem nawet „mniej niż jednoprocetowa szansa na sukces ciągle usprawiedliwia wykonanie RKO”⁴⁸, co jest niezgodne z kryterium ilościowej definicji daremności. W wytycznych z 2021 r. zmienia się sposób widzenia tego problemu. Autorzy zauważają, że choć tradycyjnie terapię uznaje się za daremną, jeśli szansa przeżycia jest mniejsza niż 1%, to jednak w wypadku RKO ocena daremności jest bardzo trudna ze względu na szereg uwarunkowań, związanych z czasem, miejscem, postawami pacjentów oraz klinicystów, a także rosnącym zaawansowaniem technologii resuscytacyjnych. Z tego powodu zdaniem autorów „odchodzi się obecnie od pojęcia daremnej terapii na rzecz szerszej koncepcji działania w interesie pacjenta, zgodnie z którą ocenia się obciążenie w porównaniu z korzyściami”⁴⁹,

⁴⁵ Pojęcia dyspozycyjne odnoszą się do cech, postaw, dyspozycji itp., np. rozpuszczalny, sfrustrowany, tolerancyjny, T. Pawłowski, op. cit., s. 118; trochę inne ujęcie problemu zob. P. Brykczyński, *Predykaty dyspozycyjne i definicje cząstkowe*, „Filozofia Nauki” 1997, 18, 2, s. 69–80.

⁴⁶ Por. T. Pawłowski, op. cit., s. 116–117.

⁴⁷ L.L. Bossaert, G.D. Perkins, H. Askitopoulou i in., op. cit., s. 384.

⁴⁸ Ibidem, s. 387.

⁴⁹ S.D. Mentzelopoulos, K. Couper, P. Van de Voorde i in., *Etyka w resuscytacji i decyzje dotyczące końca życia*, [w:] *Wytyczne resuscytacji 2021*, https://www.prc.krakow.pl/wytyczne_2021.html [dostęp: 22.04.2024].

tym samym optując za oparciem się na pojęciu środka nieproporcjonalnego. Stanowisko to potwierdza opisany powyżej stan pola pojęciowego, wykazując zarazem optymizm co do możliwości adekwatnego zdefiniowania korzyści pacjenta w aspekcie RKO.

Nowsze stanowiska i wytyczne opracowywane przez polskie zespoły specjalistyczne rezygnują z określenia „terapia uporczywa” na rzecz terminu „terapia daremna”, zaostrzając jednocześnie ocenę jej stosowania. W opracowanych w 2014 r. *Wytycznych postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii* stwierdzono, że „Prowadzenie podtrzymywania funkcji narządów nieprzynoszące korzyści dla pacjenta, bez możliwości uzyskania założonych celów terapeutycznych, określa się terminem terapii daremnej i stanowi błąd postępowania medycznego”⁵⁰. Podobną definicję terapii daremnej przyjęto w opracowanych w 2021 r. *Wytycznych postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej*⁵¹. Można zauważyć, że środowisko medyczne zdaje sobie sprawę zarówno z konieczności operacjonalizacji pojęcia terapii daremnej, jak i wymogu ustawicznej aktualizacji zaleceń, tak by były zgodne zarówno ze stanem faktualnym, jak i przesłankami normatywnymi, czego przykładem są *Zasady podejmowania decyzji o wszczęciu postępowania paliatywnego w neonatologii*⁵². Grupa Robocza Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych za terapię daremną uznała „działania medyczne nieprzynoszące choremu korzyści, za to często będące dla niego lub jego bliskich

⁵⁰ A. Kübler, J. Siewiera, G. Durek et al., *Guidelines regarding the ineffective maintenance of organ functions (futile therapy) in ICU patients incapable of giving informed statements of will*, „Anaesthesiol Intensive Ther” 2014, 46, s. 215–220.

⁵¹ A. Bartkowska-Śniatkowska, E. Byrska-Maciejasz, M. Cettler et al., *Guidelines regarding ineffective maintenance of organ functions (futile therapy) in paediatric intensive care units*, „Anaesthesiol Intensive Ther” 2021, 53, 5, s. 369–375.

⁵² M.E. Rutkowska, S. Szczepaniak, W. Walas et al., *Zasady podejmowania decyzji o wszczęciu postępowania paliatywnego w neonatologii*, [w:] *Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce – zalecenia PTN*, wyd. 5, Media-Press, Warszawa 2023.

źródłem cierpienia”, podkreślając, że „W przyjętym przez Grupę Roboczą rozumieniu daremność akcentuje niemożność osiągnięcia celu działania”⁵³. Autorzy opracowania trafnie identyfikują czynniki zwiększające ryzyko stosowania terapii daremnej w polskich szpitalach, to znaczy brak wytycznych co do opieki nad chorymi umierającymi w szpitalu, fakt, że poza oddziałami medycyny paliatywnej rzadkością jest planowanie opieki medycznej z wyprzedzeniem (*advanced care planning*, ACP – oznacza prowadzenie z pacjentami rozmów na temat ich życzeń i oczekiwań odnoszących się do przyszłej opieki medycznej, tak by była zgodna z ich systemem wartości i preferencjami) oraz brak regulacji prawnych dotyczących pełnomocnika medycznego. W *Wytycznych* można jednak zauważyć pewną niespójność: autorzy deklarują, że „Obok pielęgnacji i interwencji z zakresu opieki paliatywnej do terapii nie zalicza się żywienia i nawadniania (także np. przez zgłębnik żołądkowy, o ile choremu nie szkodzi) – są to interwencje z zakresu opieki podstawowej”, a zatem te „**sposoby postępowania nie wchodzą w zakres terapii** [podkr. w tekście cytowanym] (ponieważ są formami opieki), a więc nie można im przypisać cechy daremności terapeutycznej, która mogłaby stanowić podstawę do rezygnacji z ich stosowania”⁵⁴. Następnie autorzy stwierdzają, że „jedynie w okresie samego umierania (ostatnie dni i godziny życia), jeśli chory nie może przyjmować płynów i pokarmów drogą doustną ani przez zgłębnik, lekarz powinien rozważyć, czy istnieją medyczne wskazania do nawadniania pozajelitowego (np. ocenić, czy taka interwencja zmniejszy splątanie), czy też nawadnianie będzie raczej stanowić obciążenie dla umierającego organizmu. Trzeba mieć na względzie to, aby skutki zaprzestania nawadniania i żywienia nie stały się bezpośrednią przyczyną śmierci chorego. Sposób realizacji opieki podstawowej (w tym nawadnianie) powinno się dopasowywać do tego, co umierający jest w stanie znieść, co przyniesie mu ulgę, co będzie dla

⁵³ W. Szczeklik, M. Krajnik, J. Pawlikowski et al., *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu – stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych*, op. cit.

⁵⁴ Ibidem.

niego dobre w ostatnich chwilach życia”⁵⁵. Biorąc pod uwagę, że za terapię daremną Grupa Robocza Internistów uznała „działania medyczne nieprzynoszące choremu korzyści, za to często będące dla niego lub jego bliskich źródłem cierpienia”⁵⁶, może dziwić tak kategoryczne wyłączenie nawadniania i odżywiania z katalogu środków terapeutycznych, które mogą nabrać cech daremności. Problem, jak należy traktować odżywianie i nawadnianie, jest bowiem od dawna dyskutowany, a pogląd, że stanowią odrębną kategorię środków, jest często prezentowany przez autorów katolickich⁵⁷, choć np. John Paris i Anne Fletcher skrytykowali tzw. regulację Baby Doe, nakazującą odżywiać i nawadniać noworodki urodzone z mnogimi wadami, chore nieuleczalnie i będące w stanie terminalnym. Zdaniem tych autorów są przypadki, gdy „odżywianie i pojenie może być całkowicie daremne”⁵⁸. Warto przy tym zauważyć, że pierwszymi oficjalnymi dokumentami Kościoła katolickiego poświęconymi temu zagadnieniu są dwa oświadczenia biskupów amerykańskich, których stanowisko można streścić następująco: „niemoralne jest niepodanie w sposób sztuczny pożywienia i płynów dlatego, że pacjent nie umiera (a komuś wydaje się, że już powinien umrzeć), natomiast jest moralne zaprzestanie tego działania dlatego, że pacjent już umiera (a działanie to sprawia dodatkowe cierpienia)”⁵⁹.

Także bioetycy Beauchamp i Childress wyrażają opinię, „że w pewnych sytuacjach mamy prawo zaprzestać sztucznego odżywiania, tak samo jak mamy prawo wycofać inne środki podtrzymujące życie. W naszym rozumowaniu wychodzimy z dwu przesłanek: 1. nie istnieje żadna moralnie istotna różnica między różnymi środkami podtrzymującymi życie; 2. prawo do odmowy leczenia nie zależy od rodzaju stosowanych środków.

⁵⁵ Ibidem.

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ J. Mahoney, *Bioethics and Belief*, Sheed and Ward, London 1964, s. 46.

⁵⁸ J.J. Paris, A.B. Fletcher, *Infant Doe Regulations and the Absolute Requirement to Use Nourishment and Fluids for the Dying Infant*, „Law, Medicine and Health Care” 1983, 11, s. 210–213.

⁵⁹ A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Księgarnia św. Jacka, Katowice 2000, s. 273.

Nie widzimy powodu, by sądzić, że dostarczanie pożywienia jest zawsze istotną częścią opieki paliatywnej lub że stanowi koniecznie opcję najkorzystniejszą dla pacjenta⁶⁰.

Stanowisko to podzielają też inni autorzy amerykańscy⁶¹ oraz większość brytyjskich specjalistów w zakresie medycyny paliatywnej, która wzięła udział w dyskusji na ten temat, toczącej się już w połowie lat dziewięćdziesiątych na łamach „Journal of Medical Ethics”⁶². Podobne rozwiązania znajdujemy w zbiorze zasad dotyczących opieki medycznej nad chorymi terminalnie przygotowanym przez Niemieckie Towarzystwo Lekarskie (Bundesärztekammer). W opublikowanym w 1998 r. dokumencie uznano, że obowiązkiem lekarza jest zapewnienie każdemu pacjentowi podstawowej opieki, w skład której wchodzi: godne warunki, indywidualna troska, zapewnienie higieny, zwalczanie bólu, trudności w oddychaniu i mdłości oraz łagodzenie głodu i pragnienia⁶³, przy czym podkreśla się, że istotą i celem opieki terminalnej nie jest „utrzymywanie prawidłowej wartości parametrów fizjologicznych, lecz zaspokojenie indywidualnych potrzeb”⁶⁴ i „zapewnienie odpowiedniej opieki paliatywnej. Sztuczne odżywianie nie jest zaliczane do opieki podstawowej”⁶⁵.

Również wytyczne opracowane przez European Society for Clinical Nutrition and Metabolism pozwalają zaliczyć odżywianie

⁶⁰ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, op. cit., s. 216; podobne stanowisko zob.: M. Ashby, B. Stoffell, *Artificial Hydration and Alimentation at the End of Life: a Reply to Craig*, „Journal of Medical Ethics” 1995, 21, 3, s. 135–140.

⁶¹ E. Pence, *Classic Cases in Medical Ethics*, Boston, McGraw-Hill 2000, s. 49; American Academy of Hospice and Palliative Care 2013, *Statement on Artificial Nutrition and Hydration Near the End of Life*, L.S. Sulmasy, T.A. Bledsoe, *American College of Physicians Ethics Manual*, „Annals of Internal Medicine” 2019, 170, 2:S1.

⁶² Zob. „Journal of Medical Ethics” 1994, 20, 3; 1995, 21, 3, a zwłaszcza R.J. Dunlop, J.E. Ellershaw, M.J. Baines, N. Sykes, C.M. Saunders, *On Withholding Nutrition and Hydration in the Terminally Ill: Has Palliative Medicine Gone Too Far? A Reply*, „Journal of Medical Ethics” 1995, 21, 3, s. 141–143.

⁶³ *Principles of the German Medical Association Concerning Terminal Medical Care*, „The Journal of Medicine and Philosophy” 2000, 25, 2, s. 254.

⁶⁴ S.W. Sahn, *Palliative Care versus Euthanasia. The German Position: The German General Medical Council's Principles for Medical Care of the Terminally Ill*, „The Journal of Medicine and Philosophy” 2000, 25, 2, s. 195.

⁶⁵ Ibidem, s. 208; zob. też A. Alichniewicz, *Wzorce śmierci w bioetyce amerykańskiej*, op. cit., s. 126–128.

i nawadnianie do katalogu środków medycznych, które mogą mieć charakter daremny⁶⁶. Warto przy tym zauważyć, że zalecenia National Institute for Health and Care Excellence (NICE), na które w analizowanym fragmencie powołują się autorzy *Wytycznych*, są sformułowane znacznie mniej kategorycznie. W dokumencie NICE podkreśla się, że sztuczne nawadnianie pacjentów umierających niesie zarówno pozytywne, jak i negatywne skutki oraz że nie jest pewne (*it is uncertain*), ani że jego włączenie wydłuży życie pacjenta, ani że odstępianie od sztucznego nawadniania przyspieszy jego śmierć⁶⁷.

Wnioski

Charakter pojęcia terapii daremnej czyni niemożliwym sformułowanie jego pełnej definicji, niemniej praktyczna doniosłość problemu skłania kolejne zespoły specjalistów do podjęcia trudnego zadania zaproponowania definicji kontekstowych, które pozwolą na zoperacjonalizowanie pojęcia daremności terapeutycznej w określonych kontekstach klinicznych. Wydaje się, że trudno o ściślejszą eksplikację pojęcia daremności medycznej niż sformułowanie definicji cząstkowej zawierającej ustalenie terminologiczne (terapia daremna) i składnik empiryczny (terapia nieprzynosząca pacjentowi korzyści ze względu na niemożliwość osiągnięcia celów terapeutycznych), podlegający sprawdzeniu empirycznemu. Strategia ta wydaje się słuszna, gdyż charakter pojęcia terapii daremnej pozwala zaliczyć je do klasy pojęć dyspozycyjnych, w wypadku których możliwe jest jedynie definiowanie cząstkowe⁶⁸. Ustalenie empirycznych kryteriów stosowalności określających cechy terapii pozwalające na stosowanie wobec niej terminu „terapia daremna” ma charakter kontekstowy

⁶⁶ C. Druml, P.E. Ballmer, W. Druml, F. Oehmichen et al., *ESPEN Guideline on Ethical Aspects of Artificial Nutrition and Hydration*, „Clinical Nutrition” 2016, 35, s. 545–556, zob. też A. Alichniewicz, K. Czarnik, *Pacjent przytomny, bez kontaktu słowno-logicznego*, op. cit., s. 60–63.

⁶⁷ NICE guideline: *Care for the dying in the last days of life*, 16.12.2015, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/chapter/Recommendations#maintaining-hydration> [dostęp: 1.09.2024].

⁶⁸ T. Pawłowski, *Tworzenie pojęć i definiowanie w naukach humanistycznych*, op. cit., s. 118.

i jest zadaniem dla zespołów specjalistów reprezentujących poszczególne specjalności medyczne, podobnie jak operacjonalizacja pojęcia poprzez sformułowanie adekwatnych wytycznych.

Coraz bardziej stanowczo wyrażany pogląd, że prowadzenie terapii daremnej jest błędem medycznym, przyniósł wymierny efekt w postaci dokonanej 18.05.2024 r. nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej. W rozdziale odnoszącym się do medycyny terminalnej, zatytułowanym „Pomoc chorym w stanach terminalnych”, dotychczas obowiązujący kodeks stanowi, że:

1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.
2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych⁶⁹.

Wersja znowelizowana, która będzie obowiązywać od 1.01.2025 r.⁷⁰, zastępuje problematyczne określenie „terapia uporczywa” bardziej adekwatnym terminem „terapia daremna”, nie pozostawiając zarazem jej prowadzenia kwestią otwartą („nie ma obowiązku”), lecz jednoznacznie formułując zakaz jej stosowania:

1. Lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia resuscytacji u pacjentów znajdujących się w stanie terminalnym.
2. Decyzja o zaprzestaniu resuscytacji należy do lekarza lub zespołu lekarzy i jest związana z negatywną oceną szans leczniczych.
3. Lekarzowi nie wolno stosować terapii daremnej. Decyzja o uznaniu terapii za daremną należy do zespołu leczącego i powinna w miarę możliwości uwzględniać wolę pacjenta.

Jest to pozytywna tendencja świadcząca o wyzwaniu się środowiska lekarskiego spod panowania imperatywu technologicznego i racjonalnym

⁶⁹ Kodeks Etyki Lekarskiej, art. 32, <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej> [dostęp: 20.08.2024].

⁷⁰ Na mocy Uchwały nr 5 w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, przyjętej 18 maja 2024 r. przez Nadzwyczajny XVI Krajowy Zjazd Lekarzy, zob. <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>.

rozpoznaniu granic medycyny w ratowaniu zdrowia i życia pacjenta⁷¹. Pozytywnie należy też ocenić usunięcie z KEL anachronicznego terminu „środki nadzwyczajne”.

Bibliografia

- Alichniewicz A., *Wzorce śmierci w bioetyce amerykańskiej*, Aureus, Kraków 2007.
- Alichniewicz A., Czarnik K., *Pacjent przytomny, bez kontaktu słowno-logicznego*, [w:]: Alichniewicz A., Czarnik K., Kowalczyk Ł., Michałowska M., *Medycyna na krawędzi życia. Medyczne i bioetyczne wyzwania opieki terminalnej*, Semper, Warszawa 2020.
- American Academy of Hospice and Palliative Care 2013, *Statement on Artificial Nutrition and Hydration Near the End of Life*.
- Ashby M., Stoffell B., *Artificial Hydration and Alimentation at the End of Life: a Reply to Craig*, „Journal of Medical Ethics” 1995, 21, 3, s. 135–140.
- Ariès Ph., *Człowiek i śmierć*, tłum. E. Bąkowska, PIW, Warszawa 1989.
- American Medical Association, Council of Ethical and Judicial Affairs Report 2 – 1-96, *Medical Futility in End-of-Life Care*, https://download.ama-assn.org/resources/doc/ethics/xpub/ceja_2i96.pdf?cb=1425313117&retrieve=yes.
- Bartkowska-Śniatkowska A., Byrska-Maciejasz E., Cettler M. et al., *Guidelines regarding ineffective maintenance of organ functions (futile therapy) in paediatric intensive care units*, „Anaesthesiol Intensive Ther” 2021, 53, 5.
- Bartoszek A., *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Księgarnia św. Jacka, Katowice 2000.
- Bauman Z., *Etyka ponowoczesna*, tłum. J. Bauman, J. Tokarska-Bakir, PWN, Warszawa 1996.
- Bauman Z., *Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia*, tłum. N. Leśniewski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.
- Beauchamp T.L., Childress J.F., *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzyński, Książka i Wiedza, Warszawa 1996.

⁷¹ Obszerny komentarz prawny do problematyki terapii daremnej, obejmujący zarówno aspekty *de lege lata*, jak i *de lege ferenda*, zob. M. Świdorska, *Aspekty prawne terapii daremnej w okresie końca życia*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2023, 28, 3, s. 71–107.

- Boloz W., Krajnik M. i in., *Definicja uporczywej terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2008, 2, 3.
- Boratyńska M., *Prawne i etyczne zagadnienia zaprzestania terapii daremnej u dzieci*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2023, 28, 3, s. 125–158.
- Bossaert L.L., Perkins G.D., Askitopoulou H. i in., *Etyka w resuscytacji i decyzje dotyczące końca życia*, [w:] *Wytyczne resuscytacji 2015*, <https://www.prc.krakow.pl/wytyczne.html>.
- Brody B.A., Halevy A., *Is Futility a Futile Concept?*, „The Journal of Medicine and Philosophy” 1995, 20, 2.
- Bryczyński P., *Predykaty dyspozycyjne i definicje cząstkowe*, „Filozofia Nauki” 1997, 18, 2.
- Callahan D., *The Troubled Dream of Life*, Simon & Schuster, New York 1993.
- Callahan D., *The Tyranny of Survival and other Pathologies of Civilized Life*, University Press of America 1985.
- Chańska W., *Pacjenci niezdolni do wyrażenia zgody*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2013.
- Chańska W., *Rezygnacja z leczenia podtrzymującego życie*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2013.
- Clark P.A., *Medical Futility: Legal and ethical analysis*, „AMA Journal of Ethics” 2007, 9, 5.
- Clark P.A., Lee M.J.H., Nguyen O., *On Charlie Gard: Ethics, Culture, and Religion*, „The Journal of Healthcare Ethics & Administration” 2018, 4, 2, <https://doi.org/10.22461/jhea.1.71618>.
- Dangel T., Grenda R., Kaczkowski J. i in., *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy*, Polskie Towarzystwo Pediatriczne, Warszawa 2011.
- Dunlop R.J., Ellershaw J.E., Baines M.J., Sykes N., Saunders C.M., *On Withholding Nutrition and Hydration in the Terminally Ill: Has Palliative Medicine Gone Too Far? A Reply*, „Journal of Medical Ethics” 1995, 21, 3.
- Druml C., Ballmer P.E., Druml W., Oehmichen F. et al., *ESPEN Guideline on Ethical Aspects of Artificial Nutrition and Hydration*, „Clinical Nutrition” 2016, 35.
- Ferdynus M., *Między uporczywością a daremnością terapii? O przydatności pojęcia terapii uporczywej w etyce medycznej w odniesieniu do postępowania wobec pacjentów terminalnie chorych*, „Ethos” 2022, 35, 3(139). DOI: 10.12887/35-2022-3-139-14.

- Gee L., *Treatment in patients' best interests*, „London J Prim Care” (Abingdon) 2016, 8, 5.
- Gillon R., *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęśna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997.
- Griffith R., *Best interest meetings*, „Br J Community Nurs” 2018, 23, 5.
- Halevy A., Brody B.A., *A Multi-Institution Collaborative Policy on Medical Futility*, „Journal of the American Medical Association” 1996, 7.
- Henke D.E., *A History of Ordinary and Extraordinary Means*, [w:] *Artificial Nutrition and Hydration and the Permanently Unconscious Patient: The Catholic Debate*, red. R.P. Hamel, J.J. Walter, Georgetown University Press, Washington 2007.
- https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_003_13.PDF
- Kmita J., *Wykłady z logiki i metodologii nauk*, PWN, Warszawa 1976.
- Kodeks Etyki Lekarskiej* (wersja z 1991 r. ze zmianami wprowadzonymi w 1993 i 2003 r. oraz wersja po nowelizacji z dnia 18 maja 2024 r., obowiązująca od 1 stycznia 2025), <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>.
- Kongregacja Doktryny Wiary, *Deklaracja o eutanazji*, dokument przyjęty 5 maja 1980 r., „L'Osservatore Romano” 1980.
- Kopelman L.M., *Pojęciowe i moralne problemy terapii daremnej i użytecznej*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęśna, [w:] *Dylematy bioetyki*, red. A. Alichniewicz, A. Szczęśna, Zakład Etyki i Filozofii Medycyny Akademii Medycznej w Łodzi, Łódź 2001.
- Kübler A., Siewiera J., Durek G. et al., *Guidelines regarding the ineffective maintenance of organ functions (futile therapy) in ICU patients incapable of giving informed statements of will*, „Anaesthesiol Intensive Ther” 2014, 46.
- Mahoney J., *Bioethics and Belief*, Sheed and Ward, London 1964.
- Mentzelopoulos S.D., Couper K., Van de Voorde P. et al., *Etyka w resuscytacji i decyzje dotyczące końca życia*, [w:] *Wytuczne resuscytacji 2021*, https://www.prc.krakow.pl/wytuczne_2021.html.
- Pence E., *Classic Cases in Medical Ethics*, Boston, McGraw-Hill 2000.
- Paris J.J., Fletcher A.B., *Infant Doe Regulations and the Absolute Requirement to Use Nourishment and Fluids for the Dying Infant*, „Law, Medicine and Health Care” 1983, 11.
- Pawłowski T., *Tworzenie pojęć i definiowanie w naukach humanistycznych*, PWN, Warszawa 1978.

- Principles of the German Medical Association Concerning Terminal Medical Care*, „The Journal of Medicine and Philosophy” 2000, 25, 2.
- Prip W., Moretti A., *Medical Futility: a Legal Perspective*, [w:] *Medical Futility and the Evaluation of Life-Sustaining Interventions*, red. M.B. Zucker, H.D. Zucker, Cambridge University Press, Cambridge 1997.
- Ramsey P., *On (Only) Caring for the Dying*, [w:] *Ethical issues in Death and Dying*, red. R.F. Weir, Columbia University Press, New York 1977.
- Rutkowska M.E., Szczepaniak S., Walas W. et al., *Zasady podejmowania decyzji o mszczeniu postępowania paliatywnego w neonatologii*, [w:] *Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce – zalecenia PTN*, wyd. 5, Media-Press, Warszawa 2023.
- Sahm S.W., *Palliative Care versus Euthanasia. The German Position: The German General Medical Council's Principles for Medical Care of the Terminally Ill*, „The Journal of Medicine and Philosophy” 2000, 25, 2.
- Singer P., *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, PIW, Warszawa 1997.
- Spritz N., *Physicians and Medical Futility: Experience in the Setting of General Medical Care*, [w:] *Medical Futility and the Evaluation of Life-Sustaining Interventions*, red. M.B. Zucker, H.D. Zucker, Cambridge University Press, Cambridge 1997.
- Staudt Ch., *Whole-Person, Whole-Community Care at the End of Life*, „Virtual Mentor” 2013, 13(12), s. 1069–1080. DOI: 10.1001/virtualmentor.2013.15.12.msoc1-1312.
- Sulmasy L.S., Bledsoe T.A., *American College of Physicians Ethics Manual*, „Annals of Internal Medicine” 2019, 170/2:S1.
- Szczeklik A., *Nieśmiertelność. Prometejski sen medycyny*, Znak, Kraków 2012.
- Szczeklik W., Krajnik M., Pawlikowski J. et al., *Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu – stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych*, „Medycyna Praktyczna” 2023, 4.
- Szewczyk K., *Czy rodzice powinni mieć prawo do decydowania o życiu i śmierci krytycznie chorych noworodków?*, „Diametros” 2012, 34.
- Szewczyk K., *O medycznej daremności proceduralnej i o powodach, dla których należy ją włączyć w polskie regulacje bioetyczne i system prawny*, Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ 2008, <http://bazy.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=53>.
- Świdarska M., *Aspekty prawne terapii daremnej w okresie końca życia*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2023, 28, 3.

Texas Legislative Council, *Advance Directives Act*, <http://www.tapm.org/vault/Texas%20Advance%20Directives%20Act.pdf>.

The National Archives, *Mental Capacity Act 2005* (2005-2019), <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9>.

Veatch R.M., *Death, Dying and the Biological Revolution. Our Last Quest for Responsibility*, Yale University Press, New Haven–London 1989.

Vovelle M., *Śmierć w cywilizacji Zachodu. Od roku 1300 po współczesność*, Słowo Obraz Terytoria, Gdańsk 2005.

Summary

In my article, I discuss the definitional challenges concerning the concept of futile therapy and review and evaluate the strategies and definitional proposals that have appeared in the literature. Difficulties in adequately defining the concept of futile therapy are typical of the definitional problems encountered in defining medical notions, especially in relation to end-of-life procedures, where we are faced with a field of inadequately defined concepts with overlapping meanings and scopes. In addition to futile therapy, this conceptual field consists of ‘ordinary’ (proportionate) and ‘extraordinary’ (disproportionate) means, as well as the concept of the patient’s best interests. In the Polish medical literature, this picture is further complicated by the use of the term ‘overzealous therapy’.

Key words: Futile therapy, overzealous therapy, extraordinary/ordinary means, best interests of the patient, partial definition