

Ks. Marcin FERDYNUS

MIĘDZY UPORCZYWOŚCIĄ A DAREMNOŚCIĄ TERAPII?

O przydatności pojęcia terapii uporczywej w etyce medycznej w odniesieniu do postępowania wobec pacjentów terminalnie chorych

Główną przyczynę chaosu terminologicznego i definicyjnego wokół kwestii medycznej daremności należy upatrywać w naruszaniu rygorów metodologicznych. Koncepcje medycznej daremności, które poza kryteriami medycznymi (sądami o stanie fizjologicznym pacjenta) uwzględniają również kryteria pozamedyczne (sądy wartościujące), są nieprawidłowe. W przypadkach takich błąd leży w zbyt szerokim pojmowaniu pojęcia medycznej daremności – zakres semantyczny koncepcji medycznej daremności zostaje wówczas poszerzony w sposób nieuprawniony.

W roku 2009 oraz 2016 Polskie Towarzystwo Bioetyczne (PTB) zorganizowało debaty internetowe. Pierwsza z nich poświęcona została kwestii uporczywej terapii, druga zaś zagadnieniu terapii medycznie daremnej (ang. futile medical care). W obu debatach wzięli udział niektórzy członkowie PTB, jak również naukowcy i eksperci nienależący do tego grona. Warto podkreślić, że dyskutanci prezentowali różne profesje, debata miała zatem charakter interdyscyplinarny. Poruszono w jej trakcie wiele kwestii szczegółowych, których – ze względu na ramy niniejszych rozważań – nie sposób wyczerpująco przedstawić. Cel tych rozważań jest zdecydowanie skromniejszy. Artykuł stanowić będzie polemikę z poglądem Kazimierza Szewczyka, że w polskich regulacjach bioetycznych i medycznych należy zrezygnować z terminu „uporczywa terapia” oraz z definicji uporczywej terapii wypracowanej przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia. Głównym punktem odniesienia dla prowadzonych w artykule analiz będzie tekst Szewczyka *O medycznej daremności proceduralnej i o powodach, dla których należy ją włączyć w polskie regulacje bioetyczne i system prawny*¹, w którym wyjaśnia on powody, dlaczego należy odejść od terminu „terapia uporczywa”. Szewczyk sugeruje również, że debata internetowa z roku 2016 stanowi kontynuację tej wcześniejszej, z 2009, a zatem, polemizując z jego tezami, należy wziąć też pod uwagę kolejne dwa teksty jego autorstwa: *Uporczywa terapia w projek-*

¹ Zob. K. S z e w c z y k, *O medycznej daremności proceduralnej i o powodach, dla których należy ją włączyć w polskie regulacje bioetyczne i system prawny*, Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ, Bioetyka / Wprowadzenie – Opinie i dyskusje, <http://bazy.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=53>.

cie tzw. ustawy bioetycznej – pięć krytycznych konkluzji² oraz *Podsumowanie debaty z subiektywnym akcentem*³. W artykułach tych pojawiają się bowiem ważne konkluzje, których w rozważaniach nie można pominąć.

Istnieją co najmniej dwa powody, dla których polemika z opiniami Szewczyka wydaje się sensowna. Po pierwsze, nie podjęto jak dotąd krytyki jego poglądu w kwestii przydatności określenia „uporczywa terapia” w literaturze przedmiotu. Po drugie, nie wydaje się, by debata dotycząca definicji terapii uporczywej została definitywnie zakończona.

Artykuł obejmuje kilka części. Kluczowe partie poświęcone są argumentom Szewczyka na rzecz odrzucenia terminu „uporczywa terapia” oraz odpowiedziom na zarzuty przywołane przez niego wobec posługiwania się tym terminem. Chociaż z nielicznymi spośród tych zarzutów się zgadzam, przyznanie Szewczykowi racji w tych punktach nie wpłynie ostatecznie na zmianę głoszonej tu tezy. Jej treść można zaś ująć następująco: Nie należy rezygnować z terminu „uporczywa terapia” ani z definicji terapii uporczywej w polskich regulacjach bioetycznych i medycznych. Celem moim nie jest przy tym prowadzenie obrony definicji terapii uporczywej, którą to definicję wypracowała Polska Grupa Robocza do spraw Problemów Etycznych Końca Życia, a raczej wskazanie na przydatność terminu „terapia uporczywa”, jak również ukazanie, że nie istnieją wystarczająco silne racje, by koncepcję terapii uporczywej porzucić. W ostatniej części artykułu, obok definicji terapii medycznie daremnej, proponuję definicję terapii uporczywej. Definicje te nie mają przy tym charakteru definitywnego, stanowią jedynie propozycję, która może stać się podstawą do szczegółowej refleksji wokół terapii medycznie daremnej i terapii uporczywej. Ostatecznie skłaniam się ku opinii, że obie koncepcje mogą być pomocne w praktyce medycznej, o ile uwzględniają adekwatną perspektywę metodologiczną.

ZASTRZEŻENIA WSTĘPNE

Podsumowując debatę z roku 2009 poświęconą zagadnieniu uporczywej terapii, Szewczyk stawia następującą tezę: „[Uporczywa terapia – M.F.] 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

² Zob. t e n ż e, *Uporczywa terapia w projekcie tzw. ustawy bioetycznej – pięć krytycznych konkluzji*, Polskie Towarzystwo Bioetyczne, Debata: „Czym jest uporczywa terapia?”, 22 I – 1 II 2009, s. 1-15, http://www.ptb.org.pl/pdf/Szewczyk_uporczywa_terapia_1.pdf.

³ Zob. t e n ż e, *Podsumowanie debaty z subiektywnym akcentem*, Polskie Towarzystwo Bioetyczne, Debata: „Czym jest uporczywa terapia?”, 22 I – 1 II 2009, s. 1-8, https://ptb.org.pl/opinie_uporczywa.html.

daremności terapii z nieproporcjonalnością leczenia postuluję, aby całkowicie zrezygnować z tego pojęcia⁴. Opinię tę Szewczyk podtrzymuje w wypowiedzi późniejszej, wskazując, że „należy bezwzględnie odrzucić popularne (dominujące?) w naszym kraju określenie *terapia uporczywa*”⁵. Dodam, że głównym przedmiotem kontestacji jest następująca definicja zaproponowana przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia: „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. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta”⁶.

Pobieżna lektura poglądów Szewczyka może sprawiać wrażenie, że krytyki definicji terapii uporczywej w jej rozumieniu przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia dokonuje on jedynie w odniesieniu do proceduralnego ujęcia daremności (na takie ujęcie wskazywałby też tytuł jego publikacji). Niemniej jednak spostrzeżenie tego rodzaju nie wydaje się całkowicie trafne, chociaż w pewnym sensie pozostaje prawdziwe. Mówiąc dokładniej, mimo że przeprowadzona przez Szewczyka krytyka w istocie dotyczy definicji uporczywej terapii w sensie terminu zaproponowanego przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia, a krytyki tej dokonuje on w kontekście proceduralnego ujęcia daremności, to jednak wnioski, do których dochodzi, wyraźnie ekstrapoluje na szeroko pojmowaną kategorię terapii uporczywej. Potwierdzenie tego spostrzeżenia znajdujemy w sugestjach Szewczyka zawartych w dwóch fragmentach tekstu stanowiącego główny punkt odniesienia dla prowadzonych tu analiz: (1) „Obecny tekst uznać można za kontynuację tej [wcześniejszej – M.F.] debaty, obejmującą t a k ż e (i p r z e d e w s z y s t k i m) etap daremności proceduralnej”⁷. (2) „W polskich opracowaniach popularny jest termin «uporczywa terapia». W części V. omówię szczegółowo powody, dla których należy c a ł k o w i c i e z niego zrezygnować”⁸. Treść przywołanych fragmentów pozwala sądzić, że głoszony przez Szewczyka postulat dotyczący rezygnacji z terminu „uporczywa terapia” oraz z definicji uporczywej terapii w polskiej literaturze przedmiotu nie ogranicza się do zakwestionowania przez

⁴ Tamże, s. 8.

⁵ T e n ż e, *O medycznej daremności proceduralnej i o powodach, dla których należy ją włączyć w polskie regulacje bioetyczne i system prawny*.

⁶ Cyt. za: W. B o ł o z, M. K r a j n i k, *Definicja uporczywej terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2(2008) nr 3, s. 77.

⁷ S z e w c z y k, *O medycznej daremności proceduralnej i o powodach, dla których należy ją włączyć w polskie regulacje bioetyczne i system prawny* (podkr. – M.F.).

⁸ Tamże (podkr. – M.F.).

niego definicji terapii uporczywej zaproponowanej przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia.

Lista zastrzeżeń wstępnych nie byłaby pełna, gdyby pominąć jeszcze jedną istotną kwestię. Otóż Szewczyk utożsamia w swoich analizach termin „terapia uporczywa” w jego rozumieniu przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia z terminem „terapia medycznie daremna”, traktując je jako synonimy. Wydaje się jednak, że choć w tym konkretnym przypadku są one zbliżone do siebie znaczeniowo (treściowo), to jednak nie należy ich ze sobą utożsamiać. Innymi słowy, nie można postawić znaku równości między zakresami znaczeniowymi pojęć „terapia uporczywa” oraz „terapia medycznie daremna”. Za takim punktem widzenia przemawiają względy metodologiczne.

Sformułowane tu wstępne zastrzeżenia wobec stanowiska Szewczyka prowadzą do pytania, jakie racje skłaniają go do przekonania, że zarówno sam termin „terapia uporczywa”, jak również definicję uporczywej terapii należy bezwzględnie usunąć z polskiej literatury przedmiotu?

ARGUMENTY ZA ODRZUCENIEM TERMINU „TERAPIA UPORCZYWA”

Argumenty wysuwane przez różnych autorów na rzecz rezygnacji z terminu „terapia uporczywa” zebrał Szewczyk w przywoływanym już tutaj artykule *O medycznej daremności proceduralnej i o powodach, dla których należy ją włączyć w polskie regulacje bioetyczne i system prawny*. Po pierwsze, wskazuje on, że pozostawienie w dokumentach określenia „terapia uporczywa” przyczynia się do chaosu terminologicznego. Konserwowanie bałaganu terminologicznego utrudnia zaś bądź wręcz uniemożliwia właściwą komunikację nie tylko między personelem oddziałów intensywnej terapii, ale również między personelem a pacjentem, jego rodziną, a w szerszym kontekście – społeczeństwem. Po drugie, wieloletnia i wieloetapowa historia debaty nad medyczną kwestią daremności terapii pokazuje, że definicja terminu „terapia uporczywa” sformułowana przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia stanowi trudny do utrzymania anachronizm. Po trzecie, zatrzymanie się w debacie na etapie definicji terminu sprawia, że definicja wypracowana przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia, podobnie jak „jej konkurentki z bioetyki amerykańskiej – jest narażona na zarzut nieusprawiedliwionego paternalizmu”⁹. Po czwarte, posługiwanie się pojęciem godności przy formułowaniu definicji terapii uporczywej

⁹ Tamże.

sprawia, że lekarz musi każdorazowo rozstrzygać, czy terapia, której podjęcie rozważa, „narusza tę wartość, czy jeszcze nie”¹⁰. Wprowadzenie pojęcia godności do definicji terapii uporczywej staje się źródłem obaw przed nadmiernym paternalizmem lekarzy w przypadku ustalania przez nich kryteriów uporczywości terapii. Po piąte, termin „godność” jest wieloznaczny i w związku z tym uniemożliwia osiągnięcie konsensu dotyczącego kryteriów uporczywości terapeutycznej między profesjonalistami, lekarzem a pacjentem, jak również w społeczeństwie. Po szóste, definicja terapii uporczywej wypracowana przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia obarcza lekarza, chorego lub jego pełnomocnika „trudem «szacowania» mocy cierpień pacjenta umierającego, co jest sprawą niezmiernie trudną, moralnie wątpliwą i wysoce subiektywną”¹¹. Po siódme, związek definicji uporczywej terapii z nauczaniem Kościoła katolickiego rodzi obawy, że przyjęcie tej definicji naruszy zasady, którymi kieruje się zróżnicowane światopoglądowo demokratyczne państwo prawa. Po ósme, termin „terapia uporczywa” charakteryzuje się prowincjonalizmem: jego stosowanie ogranicza się do kręgu rodzimego, co utrudnia dyskusję na międzynarodowym forum bioetycznym i prawnym. Po dziewiąte, negatywną stroną definicji zaproponowanej przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia jest również „stopień jej skomplikowania”¹². Po dziesiąte, „argument z zasiedzenia”¹³ terminu „terapia uporczywa” w literaturze polskiej jest słaby i w związku z tym można go pominąć¹⁴.

W związku z wymienionymi argumentami postuluje się, by w kontekście bioetycznym i medycznym w miejsce terminu „terapia uporczywa” wprowadzić termin „terapia medycznie daremna” oraz – zgodnie z wcześniejszymi zastrzeżeniami – termin „daremność proceduralna”. Z opinią o zastąpieniu terminu „uporczywa terapia” terminem „terapia medycznie daremna” zgadzają się między innymi Janina Suchorzewska¹⁵ oraz Andrzej Kübler¹⁶.

¹⁰ Tamże.

¹¹ Tamże.

¹² Tamże.

¹³ Tamże.

¹⁴ Z ostatnim zarzutem w pełni się zgadzam i dlatego nie będę się do niego odnosić. Fakt powszechności terminu „terapia uporczywa” nie jest wystarczającym powodem, by pozostawić go w literaturze.

¹⁵ Zob. J. Suchorzewska, *Wokół terapii daremnej – głos w dyskusji*, Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ, Bioetyka / Wprowadzenie – Opinie i dyskusje, <http://bazy.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=58>.

¹⁶ Zob. A. Kübler, *Terapia daremna na oddziale intensywnej terapii*, Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ, Bioetyka / Wprowadzenie – Opinie i dyskusje, <http://bazy.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=55>.

ODPOWIEDZI NA ZARZUTY

Pierwszy argument przeciwko zastosowaniu terminu „terapia uporczywa” wskazuje, że posługiwanie się nim w literaturze, jak również na oddziałach intensywnej terapii, przyczynia się do bałaganu terminologicznego oraz zaburza komunikację między profesjonalistami, jak również między personelem a pacjentem (lub jego rodziną czy reprezentantem). Kontrargumentu dostarczają przeprowadzone w ciągu kilku ostatnich lat badania, które pokazują, że mimo mankamentów związanych z brakiem regulacji prawnych dotyczących stosowania w Polsce terapii uporczywej sam ten termin jest przez personel pielęgniarski właściwie rozumiany i interpretowany¹⁷. Podobne wnioski płyną z innych badań, wskazując, że zdecydowana większość personelu medycznego zna koncepcję terapii uporczywej, choć w praktyce nie zawsze rozpoznaje objawy kliniczne choroby¹⁸. Wydaje się więc, że w polskim kontekście należy mówić nie tyle o bałaganie terminologicznym (mamy tu na uwadze jeden termin), ile raczej o problemie diagnozowania pacjenta – klinicznego rozpoznawania, czy jest on w takim stanie, że podejmowanie dalszych procedur leczniczych można uznać za terapię uporczywą. O bałaganie terminologicznym można natomiast mówić w odniesieniu do bioetyki anglosaskiej. Okazuje się bowiem, że w związku z silną krytyką terminu „terapia medycznie daremna” (ang. futile medical care) wielu autorów posługujących się językiem angielskim postanowiło ze stosowania tego terminu zrezygnować, zastępując go alternatywnymi. Należą do nich na przykład: „leczenie nieprzynoszące korzyści” (ang. nonbeneficial treatment), „klinicznie niewłaściwe” (ang. not clinically appropriate), „medycznie niewskazane” (ang. not medically indicated), wykazujące „daremność kliniczną” (ang. clinical futility), „medycznie niewłaściwe” (ang. medically inappropriate), „medycznie niewskazane (ang. medically inadvisable), „potencjalnie niewłaściwe” (ang. potentially inappropriate)¹⁹.

Drugi argument mający przemawiać za odrzuceniem terminu „terapia uporczywa” wiąże się według Szewczyka z wieloletnią już i wieloetapową debatą nad kwestią daremności medycznej – dyskusją, która nie doprowadziła do wy-

¹⁷ Zob. E. Kiełbasa-Siennicki, K. Marczewski, *Analiza postaw personelu pielęgniarskiego wobec uporczywej terapii*, „Aspekty Zdrowia i Choroby” 3(2018) nr 2, s. 91-110.

¹⁸ Zob. V. Cebulska, V. Kozłak, P. Dybalski, *Wiedza i opinie personelu medycznego oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii na temat prowadzenia uporczywej terapii*, „Medycyna Paliatywna” 11(2019) nr 4, s. 170-179; D. Bazaliński, I. Marciniak, I. Sałacińska i in., *Doświadczenie uporczywej terapii w pracy pielęgniarek pracujących w oddziałach intensywnej terapii – doniesienie wstępne*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 12(2018) nr 1, s. 52-61.

¹⁹ Por. D. Wilkinson, J. Savulescu, *Ethics, Conflicts and Medical Treatment for Children: From Disagreement to Dissensus*, Elsevier, London-Edinburgh 2019, s. 22.

pracowania konsensu w kwestii terminologii dotyczącej tego obszaru. Na tej podstawie wskazuje on, że definicja uporczywej terapii zaproponowana przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia stanowi trudny do utrzymania anachronizm. W istocie analizy dotyczące różnych koncepcji medycznej daremności, przeprowadzone przez autorów artykułu *Medical Futility and Its Challenges: A Review Study*²⁰ potwierdzają spostrzeżenia Szewczyka. Mówiąc precyzyjniej, autorzy ci stwierdzają, że pojęcie medycznej daremności „ma charakter złożony, niejednoznaczny, subiektywny, zależny od sytuacji, wartościujący i ukierunkowany na określony cel, a jako takie, niemal zawsze niesie z sobą pewną dozę niepewności”²¹. Ponadto, dokonany przez nich przegląd różnych definicji terapii medycznie daremnej pokazał, że na urabianie tych definicji wpływ mają bardzo różne czynniki: system wartości lekarzy i pacjentów, cele medyczne, kontekst społeczny, kulturowy i religijny, jak również emocje i cechy osobowościowe poszczególnych jednostek. Na podstawie przeprowadzonych badań autorzy ci doszli do przekonania, że osiągnięcie konsensu w kwestii koncepcji terapii medycznie daremnej nie jest możliwe, gdyż nie istnieje żadne faktyczne kryterium obiektywne, które mogłoby stanowić podstawę do zdefiniowania tego pojęcia²². Na niemożliwość uzyskania konsensu w sprawie możliwości wypracowania powszechnie obowiązującej koncepcji terapii medycznie daremnej wskazują także inni autorzy²³. Stąd też w literaturze pojawia się postulat, by terapię medycznie daremną określać na poziomie indywidualnym, każdorazowo w oparciu o faktyczny stan konkretnego pacjenta²⁴.

Biorąc pod uwagę przywołane tu opinie, można przypuszczać, że samo zastąpienie terminu „terapia uporczywa” terminem „terapia medycznie daremna” nie rozwiąże problemu w polskim kontekście medycznym czy bioetycznym. Co więcej, można sądzić, że taka zamiana terminów jedynie nasili problemy interpretacyjne, z którymi do tej pory nie poradziła sobie bioetyka anglosaska.

²⁰ Zob. M. Aghabary, N. Deghan Nayeri, *Medical Futility and Its Challenges: A Review Study*, „Journal of Medical Ethics and History of Medicine” 9(2016) nr 11, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5203684/>.

²¹ Tamże. O ile nie wskazano inaczej, tłumaczenie fragmentów obcojęzycznych – M.F.

²² Zob. tamże.

²³ Zob. M. Nair-Collins, *Laying Futility to Rest*, „Journal of Medicine and Philosophy” 40(2015) nr 5, s. 554-583; J.L. Nates, M. Nunnally, R. Kleinpellin, *ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research*, „Critical Care Medicine” 44(2016) nr 8, s. 1553-1602; J.J. Paris, A. Hawkins, „Futility” is a Failed Concept in Medical Decision Making: Its Use Should Be Abandoned, „American Journal of Bioethics” 15(2015) nr 7, s. 50-52.

²⁴ Zob. np. R.J. Jo x, A. Schaid er, G. Marckmann, G.D. Borasio, *Medical Futility at the End of Life: The Perspectives of Intensive Care and Palliative Care Clinicians*, „Journal of Medical Ethics” 38(2012) nr 9, s. 540-545.

Nie rozwiąże ich też wprowadzenie postulowanego przez Szewczyka określenia „medyczna daremność proceduralna” – nie unikniemy w ten sposób problemów interpretacyjnych, tym bardziej że w proponowane pojęcie zawsze wpisane będzie jakieś rozumienie medycznej daremności. Określenie „medyczna daremność proceduralna” wyrasta bowiem z rozbudowanej koncepcji takiego stanu, angażującej kryteria medyczne i wartościujące, i ostatecznie okazuje się jego szeroką interpretacją²⁵.

Niewykluczone, że główną przyczyną chaosu terminologicznego i definicyjnego wokół kwestii medycznej daremności należy upatrywać w naruszaniu rygorów metodologicznych. Koncepcje medycznej daremności, które poza kryteriami medycznymi (sądami o stanie fizjologicznym pacjenta) uwzględniają również kryteria pozamedyczne (sądy wartościujące), są nieprawidłowe. W przypadkach takich błąd leży w zbyt szerokim pojmowaniu pojęcia medycznej daremności – zakres semantyczny koncepcji medycznej daremności zostaje wówczas poszerzony w sposób nieuprawniony. Wbrew przywołanym tu opiniom, starając się wypracować konsens w sprawie koncepcji medycznej daremności, należy zatem odwoływać się do pierwotnego sensu tego terminu i uwzględniać jedynie kryteria ściśle medyczne (fizjologiczne). Za takim właśnie rozwiązaniem opowiadają się też autorytety ze świata bioetyki i medycyny²⁶. Zarysowana tu perspektywa metodologiczna wskazuje ponadto, dlaczego terminów „terapia medycznie daremna” i „terapia uporczywa” nie należy stosować zamiennie. Otóż nie są one ze sobą tożsame znaczeniowo; „terapia uporczywa” jest terminem zakresowo szerszym od terminu „terapia medycznie daremna”. W celu uwyrażnienia tej różnicy można odwołać się do charakterystyki „uporczywości”, którą przedstawia Antoni Bartoszek. Autor ten podkreśla: „Przymiotnik «uporczywy», wskazując na wyraz „upór”, oznacza „uporczywe (czyli trwające ciągle, nieprzerwanie) obstawanie przy

²⁵ Proceduralne podejście w definiowaniu stanu medycznej daremności proponują między innymi Gabriel T. Bosslet oraz jego współpracownicy (zob. G.T. Bosslet, T.M. Pope, G.D. Rubenfeld i in., *An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units*, „American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine” 191(2015) nr 11, s. 1318-1330). Ważnymi elementami proponowanego podejścia, mającego na celu rozwiązanie konfliktu między pacjentem (lub tym, kto go reprezentuje) a lekarzem (zespołem medycznym) są: uzyskanie drugiej opinii medycznej w celu zweryfikowania rokowania i oceny, że żądane leczenie jest niewłaściwe (ang. inappropriate); zasięgnięcie opinii szpitalnej komisji etycznej, którą tworzy gremium interdyscyplinarne; próba znalezienia innego szpitala, który byłby w stanie przyjąć pacjenta i zapewnić mu dalszą intensywną opiekę medyczną; poinformowanie tych, którzy reprezentują pacjenta, o przysługującym im prawie do odwołania się do sądu (zob. tamże).

²⁶ Por. Wilkinson, Savulescu, dz. cyt., s. 29; D. Waisel, R. Truog, *The Cardio-pulmonary Resuscitation-not-indicated Order: Futility Revisited*, „Annals of Internal Medicine” 122(1995) nr 4, s. 308.

swoim, nieustępliwość; zaciętość, zawziętość”²⁷. Pisze ponadto: „«Uporczywa terapia» wskazuje na działanie przedłużające życie za cenę dodatkowych cierpień fizycznych i psychicznych chorego, w sytuacji, gdy nie ma już nadziei na uniknięcie śmierci. Uporczywe obstawanie przy działaniach przedłużających życie za wszelką cenę jest określane także wyrażeniami dosadniejszymi, takimi jak «zaciekłość» lub «zajadłość terapeutyczna», a nawet «okrucieństwo terapeutyczne»”²⁸. Można przypuszczać, że działania określane jako „uporczywość terapeutyczna” wykraczają poza przesłanki medyczne; uwzględniają bowiem również przesłanki pozamedyczne, na przykład subiektywne opinie pacjenta²⁹.

Kolejne trzy zarzuty, które przywołuje Szewczyk, można potraktować łącznie. Dotyczą one bowiem nieusprawiedliwionego czy też nadmiernego paternalizmu oraz kwestii godności. Trudno nie zgodzić się z autorem, że termin „godność”, opisujący pojęcie filozoficzne, może jawić się jako wieloznaczny, a przez to niejasny³⁰. Wydaje się jednak, że wiele zależy od tego, w jakim kontekście termin ten znajduje zastosowanie. W kontekście katolickim można odwołać się do aktów stworzenia i odkupienia, twierdząc, że godność to niezbywalna wartość, którą nadaje człowiekowi Bóg³¹. Chcąc uniknąć kontekstu konfesyjnego, można zaś odwołać się na przykład do myśli Immanuela Kanta. Filozof ten mówi o bezwzględnym charakterze ludzkiej godności. Twierdzi, że jest ona wartością niemającą żadnej ceny, żadnego równoważnika, że jest ona niewymienna: „W państwie celów wszystko ma albo jakąś cenę, albo godność. To, co ma cenę, można zastąpić także przez coś innego, jako jego równoważnik, co zaś wszelką cenę przewyższa, posiada godność [...]; to zaś, co stanowi warunek, pod którym jedynie coś może być celem samym w sobie, ma nie tylko względną wartość, tj. cenę, lecz wartość wewnętrzną, tj. godność”³². Można sensownie twierdzić, że życie osoby ludzkiej ma wartość niekwestionowaną, nieredukowalną czy też neutracalną. Jeśli uznać, że godność

²⁷ A. B a r t o s z e k, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Księgarnia św. Jacka, Katowice 2000, s. 268.

²⁸ Tamże.

²⁹ Por. M. F e r d y n u s, *Przedłużanie życia jako problem moralny*, Biblos, Tarnów 2017, s. 133n.

³⁰ Por. S. N a p i e r, *Uncertain Bioethics: Moral Risk and Human Dignity*, Routledge, New York – London 2020, s. 83-105; J. L o m b a r d, *Law, Palliative Care and Dying: Legal and Ethical Challenges*, Routledge, London – New York 2018, s. 98-100.

³¹ Por. D.F. K e l l y, G. M a g i l l, H. t e n H a v e, *Contemporary Catholic Health Care Ethics*, Georgetown University Press, Washington 2013, s. 10; J.P. B a i l e y, *Palliative Care and the Common Good*, w: *Palliative Care and Catholic Health Care: Two Millennia of Caring for the Whole Person*, red. P.J. Cataldo, D. O’Brien, Springer, Cham 2019, s. 167n.

³² I. K a n t, *Uzasadnienie metafizyki moralności*, tłum. M. Wartenberg, PWN, Warszawa 1984, s. 70n.

nie jest wartością nadaną, ale zastaną, niezbywalną i niestopniowalną, to nie można jej w żaden sposób naruszyć. Jeśli zaś godności nie można naruszyć, to wydaje się, że zarzut odwołujący się nadmiernego czy też nieusprawiedliwionego paternalizmu lekarzy orzekających o uporczywości terapii może zostać uchylony przynajmniej na poziomie definicji. Co więcej, takie właśnie rozumienie pojęcia godności uderza w samą konstrukcję definicji uporczywej terapii w ujęciu tej definicji przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia. Jeśli bowiem godność stanowi wartość nienaruszalną, to wprowadzenie pojęcia godności do definicji terapii uporczywej niczego nowego pod względem treści nie dodaje. Nie można jednak wykluczyć, że godność została w tej definicji utożsamiona z autonomią pacjenta, którą można rozumieć jako zdolność do racjonalnego i moralnego samostanowienia³³. W przeciwieństwie do godności autonomia podlega (trwałemu lub przejściowemu) naruszeniu bądź ograniczeniu³⁴. Jeśli uznać, że godność została w tej definicji utożsamiona z autonomią, to przynajmniej z teoretycznego punktu

³³ Por. R. Spaemann, *O pojęciu godności człowieka*, w: tenże, *Granice. O etycznym wymiarze działania*, tłum. J. Merecki, Oficyna Naukowa, Warszawa 2006, s. 158.

³⁴ W literaturze pojawiają się opinie, że autonomia pacjenta oznacza, iż ma on zawsze prawo, by odmówić leczenia (por. Szewczyk, *Uporczywa terapia w projekcie tzw. ustawy bioetycznej – pięć krytycznych konkluzji*, s. 8). Zdarza się jednak, że owo „zawsze” nie zawsze respektowane jest przez lekarza. Sugestywną opinię w tej kwestii wyraża następująca wypowiedź: „Jeśli odmowa pacjenta jest nieracjonalna bądź jeśli zachodzi wątpliwość co do tego, czy – biorąc pod uwagę wyznawane przez pacjenta wartości – uznanie braku terapii za lepsze od terapii wymuszonej nie jest z jego punktu widzenia rozsądne, to osoby racjonalne mogą publicznie uznać, że tego rodzaju akt naruszenia zasady moralnej jest wskazany i uzasadniony” (Bert, Ch.M. Cliver, K.D. Clouser, *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, tłum. M. Chojnacki, słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2009, s. 429). Warto też dodać, że autonomię pacjenta mogą ograniczać różne systemy wartości. Wierni Kościoła katolickiego mają na przykład obowiązek poddania się terapii zwyczajnej (proporcjonalnej). Z kolei świadkowie Jehowy mają prawo odmówić transfuzji krwi w racji swoich przekonań religijnych, jeśli nawet lekarz uzna taką decyzję za nieracjonalną. Pomijając kontekst konfesyjny, można przypuszczać, że każdy człowiek jako istota racjonalna godzi się na terapię zwyczajną (proporcjonalną), lekarz zaś może mieć wątpliwość co do racjonalności decyzji chorych, którzy odmawiają poddania się takiej terapii. Wydaje się, że opinia mówiąca, iż pacjent ma zawsze prawo zrezygnować z terapii (jest to tak zwany negatywny aspekt autonomii pacjenta), z uwagi na powszechnie podzielane przekonanie dotyczące potrzeby zachowania życia i zdrowia (wyjąwszy przypadki skrajne, na przykład przypadek samobójcy) nie stanowi silnego argumentu. Chronimy życie i zdrowie, ponieważ uważamy je za wartościowe, a jeśli godzimy się z opinią, że życie i zdrowie należy chronić (choć nie za wszelką cenę), to w konsekwencji musimy też uznać, że terapia zwyczajna (proporcjonalna) wpisuje się w tę ochronę. Krótko mówiąc, terapia zwyczajna (proporcjonalna) służy zachowaniu życia i zdrowia. Jeśli wyrażona opinia jest zasadna, to pacjent nie zawsze ma prawo zrezygnować z terapii. Autorzy, którzy twierdzą, że zawsze można zrezygnować z wszelkiej terapii, stawiają się w bardzo trudnym położeniu. Muszą bowiem ustosunkować się do powszechnie uznanego roszczenia, że życie i zdrowie należy chronić. Twierdząc, że przyjmowana w medycynie opinia o tym, że pacjent zawsze ma prawo zrezygnować z każdego rodzaju terapii, wskazuje na fałszywe przekonanie o absolutnym charakterze ludzkiej wolności i całkowicie pomija racjonalne ograniczenia, które obejmują zachowanie życia i zdrowia. W związku z tym zobligowanie, na przykład wiernych Kościoła

widzenia trzeba by przyjąć, że mówienie o naruszeniu autonomii pacjenta przez jednostronne, a więc paternalistyczne decyzje lekarza mogłoby być zasadne. Zauważmy jednak, że członkowie Polskiej Grupy Roboczej do spraw Problemów Etycznych Końca Życia posługują się terminem „godność”, nie zaś „autonomia”, co może wskazywać, że chodzi im raczej o kantowskie (lub podobne) rozumienie tego słowa³⁵. Dyskusja w tej sprawie jest utrudniona, gdyż nie precyzują oni, o jakim znaczeniu godności mówią³⁶. Niewątpliwie brak takiego wyjaśnienia stanowi słabe ogniwo zaproponowanej definicji. Ponadto obecność w niej aspektu wartościującego (na który wskazuje odwołanie się do pojęcia godności) sprawia, że w świetle tej definicji nie można utożsamić uporczywej terapii z terapią medycznie daremną. Wynika to z wcześniejszych zastrzeżeń o charakterze metodologicznym.

Kolejny, szósty argument mający przemawiać na rzecz zakwestionowania definicji uporczywej terapii również nie jest przekonujący. Przypomnę, że według autora, z którym polemizuję, definicja wypracowana przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia obarcza lekarza, chorego lub jego pełnomocnika trudem szacowania stopnia cierpienia pacjenta umierającego. Przypomnę też, że Szewczyk postuluje, by w dokumentach bioetycznych i medycznych zastąpić termin „terapia uporczywa” terminem „terapia medycznie daremna”. Pomijając całą dyskusję o tym, że cierpienie może być rozumiane w różny sposób (nie tylko jako ból fizjologiczny)³⁷, należy zauważyć, że w literaturze traktującej o medycznej daremności terapii autorzy często zwracają uwagę, że cierpienie, jako skutek intensywnej terapii, wymaga szacowania³⁸. Krótko mówiąc, cierpienie jest jednym z czynników

katolickiego, do poddania się terapii zwyczajnej (proporcjonalnej), jest racjonalnym ograniczeniem ich autonomii, które w gruncie rzeczy chroni ją przed jej wypaczeniem.

³⁵ Na kantowskie rozumienie pojęcia godności zwraca uwagę biorący udział w debacie Polskiego Towarzystwa Bioetycznego Marian Machinek (zob. M. Machinek, *Czy życie ludzkie ma wartość? Odpowiedź na polemikę prof. K. Szewczyka. Głos uzupełniający*, Polskie Towarzystwo Bioetyczne, Debata: „Czym jest uporczywa terapia?”, 22 I – 1 II 2009, s. 1-4, http://www.ptb.org.pl/pdf/machinek_uporczywa_terapia_2.pdf).

³⁶ W swoim komentarzu do definicji wypracowanej przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia Romuald Krajewski nie precyzuje, jak rozumie termin „godność”, ale odwołuje się do terminu „autonomia” (zob. R. Krajewski, *Czy powinno się mówić o „terapii uporczywej”?*, Polskie Towarzystwo Bioetyczne, Debata: „Czym jest uporczywa terapia?”, 22 I – 1 II 2009, s. 1-5, http://www.ptb.org.pl/pdf/Krajewski_uporczywa_terapia_1.pdf).

³⁷ Por. R.C. Macaulay, *Ethics in Palliative Care: A Complete Guide*, Oxford University Press, New York 2018, s. 206; zob. też: E.J. Cassell, *The Nature of Suffering*, w: *The Oxford Handbook of Ethics at the End of Life*, red. S.J. Youngner, R.M. Arnold, Oxford University Press, New York 2016, s. 216-226.

³⁸ Zob. R. Robinson, *Registered Nurses and Moral Distress*, „Dimensions of Critical Care Nursing” 29(2010) nr 5, s. 197-202; R. Sibald, J. Downar, L. Hawryluk, *Perceptions of*

branych pod uwagę w różnych definicjach medycznej daremności³⁹. Jeśli więc o cierpieniu mówi się zarówno w definicji uporczywej terapii w jej ujęciu przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia, jak i w definicjach medycznej daremności, to argument Szewczyka w tej sprawie wydaje się bezprzedmiotowy. Zgodzić się można jedynie co do tego, że szacowanie cierpienia ma charakter subiektywny i z tego powodu może rodzić moralne wątpliwości. Ważne w tym miejscu jest to, na ile „uporczywość” terapeutyczna wiążąca się z cierpieniem jest faktycznie uporczywa. Można sądzić, że dla obserwatorów zewnętrznych (nawet dla lekarzy) zweryfikowanie tego rodzaju stanów rzeczy nie zawsze jest możliwe. Kwestię tę może rozstrzygnąć jedynie pacjent⁴⁰. Wydaje się również, że szacowanie stopnia cierpienia, którego dokonuje on sam, stanowi rację przemawiającą za tym, że ma on w tej sprawie coś do powiedzenia. Tego typu działanie jest przejawem podmiotowości (autonomii) pacjenta.

Z kolei obawy związane z faktem, że między definicją uporczywej terapii w jej ujęciu wypracowanym przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia a nauczaniem Kościoła katolickiego może zachodzić związek, co łączyłoby się z naruszeniem „zasady zróżnicowanego światopoglądowo demokratycznego państwa prawa”, wydają się nieuzasadnione. Szewczyk słusznie zauważa, że chociaż wśród teologów rysują się znaczne rozbieżności w interpretacji zakresu „uporczywości terapeutycznej”⁴¹, w kwestiach dotyczących wiary i moralności katolickiej należy się odnosić do oficjalnego nauczania Kościoła zawartego w *Katechizmie Kościoła katolickiego*. Czytamy tam, co następuje: „Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione. Jest to odmowa «uporczywej terapii». Nie zamierza się w ten sposób zadawać śmierci; przyjmuje się, że w tym przypadku nie można jej przeszkodzić. Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny; w przeciwnym razie – przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słusznych interesów pacjenta”⁴². Z tą opinią spójne wydają się wypowiedzi, które znalazły swój wyraz w Deklaracji o eutanazji⁴³. Jeśli zatem za reprezentatywne dla

„Futile Care” among Caregivers in Intensive Care Units, „Canadian Medical Association Journal” 177(2007) nr 10, s. 1201-1208.

³⁹ Zob. A g h a b a r a r y, D e g h a n N a y e r i, dz. cyt.

⁴⁰ Por. C a s s e l l, dz. cyt., s. 221-223.

⁴¹ Zob. T. O r ł o w s k i, *Zasada proporcjonalności a problem uporczywej terapii*, Polskie Towarzystwo Bioetyczne, Debata: „Czym jest uporczywa terapia?”, 22 I – 1 II 2009, s. 1-8. http://www.ptb.org.pl/pdf/Orlowski_uporczywa_terapia_1.pdf.

⁴² *Katechizm Kościoła katolickiego*, nr 2278, Pallottinum, Poznań 1994.

⁴³ Zob. Święta Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*, The Holy See, https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_eutanasia_pl.html.

stanowiska Kościoła katolickiego uznać nauczanie na temat uporczywości terapeutycznej zawarte w katechizmie, to trzeba zgodzić się z opinią, że definicja uporczywej terapii sformułowana przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia jest w porównaniu z nauczaniem tym zawężona pod względem treściowym i w swoim ujęciu przypomina koncepcję medycznej daremności⁴⁴. Zgadając się z tym wnioskiem, trzeba jednocześnie dostrzec, że interpretacja uporczywości terapeutycznej dokonana przez członków Polskiej Grupy Roboczej do spraw Problemów Etycznych Końca Życia odbiega od oficjalnego nauczania Kościoła katolickiego⁴⁵. W związku z tym wpływ nauczania Kościoła katolickiego na kształt tej definicji można uznać za nikły, a nawet za nieobecny. Jeśli zatem zaprezentowane tu rozumowanie ma charakter spójny, to nieuzasadniona jest obawa, że przyjęcie rozumienia uporczywości terapeutycznej w jej definicji opracowanej przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia narusza zasady zróżnicowanego światopoglądowo demokratycznego państwa prawa.

Z ósmym spośród zarzutów wymienionych przez Szewczyka można się zgodzić. Autor, z którym polemizuję, twierdzi, że termin „terapia uporczywa” stosowany jest wyłącznie w kontekście polskim, co utrudnia posługiwanie się nim na forum międzynarodowym. O tym, że termin ten popularny jest w literaturze polskiej, świadczy pokaźna liczba publikacji autorów różnych profesji⁴⁶. Trzeba jednak podkreślić, że w zagranicznej literaturze medycznej i etycznej występują terminy „uporczywy” (ang. persistent) czy „uporczywość terapeutyczna” (ang. therapeutic persistence), choć nie są one dyskutowane⁴⁷.

⁴⁴ Por. S z e w c z y k, *Uporczywa terapia w projekcie tzw. ustawy bioetycznej – pięć krytycznych konkluzji*, s. 5.

⁴⁵ Spostrzeżenie to nie oznacza, że definicja uporczywej terapii przedstawiona przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia nie jest zgodna z oficjalnym nauczaniem Kościoła, a jedynie że pod względem zakresu znaczeniowego jest ona zdecydowanie węższa niż definicja uporczywej terapii obecna w *Katechizmie Kościoła katolickiego*.

⁴⁶ Zob. np. G. R a u c h, *Problematyka śmierci w ujęciu prawno-etycznym*, „Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ” 2019, nr 2(46), s. 97-105; A. B a Ń c z y k, *Zaprzestanie uporczywej terapii na tle orzeczenia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Lambert i inni przeciwko Francji*, „Problemy Współczesnego Prawa Międzynarodowego, Europejskiego i Porównawczego” 15(2017), s. 206-231; *Uporczywa terapia we współczesnej medycynie*, red. R. Budziński, t. 2, Wydawnictwo Bernardinum, Gdańsk 2016; G. C e p u c h, D. D o m a Ń s k a, G. D ę b s k a, *Ból i cierpienie a godność i prawa dziecka chorego w aspekcie uporczywej terapii*, „Psychoonkologia” 17(2013) nr 4, s. 163–169; W. B o ł o z, *Utrzymywanie życia za wszelką cenę czy rezygnacja z uporczywej terapii. Punkt widzenia etyka*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 7(2013) nr 3-4, s. 69-74; M. S z e r o c z y Ń s k a, *Odstąpienie od uporczywej terapii – „de lege lata” i „de lege ferenda”*, „Medycyna Paliatywna” 5(2013) nr 2, s. 31-40; A. B a r t o s z e k, *Uporczywa terapia przeciwnowotworowa – aspekty etyczne*, „Hematologia” 3(2012) nr 2, s. 136-142.

⁴⁷ Zob. M. A l i A l b a r, H. C h a m s i - P a s h a, *Exploring a New Concept at the End of Life: Accountability Before God (Mukallaf)*, „American Journal of Bioethics”, 15(2015) nr 1, s. 19-21; J.J. P a r i s, B.M. C u m m i n g s, M.P. M o o r e, *Compassion and Mercy Are Not Helpful in Resolving*

W dobie chaosu terminologicznego, który pojawił się wokół złożonej dyskusji na temat terapii medycznie daremnej, termin „terapia uporczywa” może stanowić alternatywę, którą warto przypomnieć, doprecyzować i wprowadzić do obiegu międzynarodowego⁴⁸. W ten sposób można uniknąć izolacji dorobku polskich ekspertów oraz czegoś, co określa się mianem prowincjonalizmu.

Nie jest całkowicie jasne, dlaczego negatywną stroną definicji uporczywej terapii, zgodnie z jej formułą wypracowaną przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia, jest „stopień jej skomplikowania”, co podnosi się w dziewiątym z wymienionych przez Szewczyka zarzutów. Nie wiadomo, które właściwie elementy faktycznie komplikują tę definicję. Szewczyk powołuje się jedynie na doświadczenie wybranych klinicystów, którzy twierdzą, że na oddziale intensywnej terapii lepiej jest posługiwać się określeniem „medyczna daremność” niż „uporczywa terapia” – jest tak z uwagi na to, że pierwsza kategoria jest bardziej precyzyjna niż druga⁴⁹. Dodajmy, że Jacek Siewiera i Andrzej Kübler określają medyczną daremność jako interwencję, która nie pozwala na przeżycie chorego ani na odwrócenie niewydolności jego narządów, które umożliwiłoby wypisanie go z oddziału intensywnej terapii⁵⁰. Wydaje się jednak, że to, czy definicja stworzona przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia powoduje jakieś komplikacje w praktyce medycznej, w dużym stopniu zależy od tego, do jakiej definicji daremności medycznej ją porównamy. Najczęściej cytowana, a zarazem klasyczna definicja medycznej daremności została wprowadzona do literatury

Intractable Family–Physician Conflicts on End-of-Life Care, „Journal of Perinatology” 39(2019) nr 1, s. 11–17; K.S. H o e h n, *Conflict between Autonomy and Beneficence in Adolescent End-of-Life Decision Making*, „National Catholic Bioethics Quarterly” 19(2019) nr 1, s. 55-60.

⁴⁸ Próbę taką podejmuję w odrębnym artykule (zob. M. F e r d y n u s, *Why the Term „Persistent Therapy” Is Not Worse Than the Term „Medical Futility”*, „Journal of Medical Ethics” 48(2021) nr 5, s. 350-352).

⁴⁹ Zob. S z e w c z y k, *O medycznej daremności proceduralnej i o powodach, dla których należy ją włączyć w polskie regulacje bioetyczne i system prawny*. Por. też: J. S i e w i e r a, A. K ü b l e r, *Terapia daremna dla lekarzy i prawników*, EDRA Urban & Partner, Wrocław 2015, s. 18.

⁵⁰ Por. S i e w i e r a, K ü b l e r, dz. cyt., s. 17. W innej publikacji Kübler oraz współautorzy twierdzą, że termin „terapia daremna” można uznać za obowiązujący na oddziałach intensywnej terapii i że terminem tym należy określać podtrzymywanie czynności narządów nieprzynoszące korzyści dla pacjenta (por. A. K ü b l e r, J. S i e w i e r a, G. D u r e k i i n., *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(2014) nr 4, s. 230). Przywołana opinia budzi jednak pewną wątpliwość. Odwołajmy się do przykładu. Leczenie zapalenia górnych dróg oddechowych za pomocą terapii antybiotykowej może być daremne, jeśli okaże się, że infekcja wywołana jest przez wirusy, nie zaś przez bakterie. Wydaje się więc, że stosowanie terminu „medyczna daremność” wyłącznie na oddziałach intensywnej terapii nie wydaje się zasadne. Ponadto tego typu ograniczenie powoduje kolejny problem, a mianowicie wymusza tworzenie kolejnych definicji medycznej daremności, które mogłyby obowiązywać poza tymi oddziałami.

przez Lawrence'a J. Schneidermana oraz współautorów⁵¹. Bierze ona pod uwagę dwa parametry: ilościowy i jakościowy. Aspekt ilościowy odnosi się do doświadczenia lekarzy oraz ich współpracowników i do dostępnych danych empirycznych: jeśli terapia okazała się bezskuteczna w stu ostatnich przypadkach, to można powiedzieć, że jest ona medycznie daremna⁵². Z kolei, biorąc pod uwagę parametr jakościowy, autorzy ci proponują, by wszelką terapię, która jedynie podtrzymuje stan trwałej nieświadomości lub całkowicie unie możliwia pacjentowi niezależność od intensywnej opieki medycznej, uznać za nieużyteczną, a więc daremną⁵³. Nie wydaje się zatem, by tego rodzaju ujęcie medycznej daremności było mniej skomplikowane niż to, z którym mamy do czynienia w przypadku definicji terapii uporczywej w ujęciu Polskiej Grupy Roboczej do spraw Problemów Etycznych Końca Życia. Przegląd różnych definicji medycznej daremności pokazuje, że elementy składowe określenia zaproponowanego przez tę grupę – z wyjątkiem jednego, a mianowicie odniesienia do godności⁵⁴ – pojawiają się także w innych przypadkach. Miejsce pojęcia godności zajmuje w definicjach medycznej daremności – nie zawsze formułowane wprost – pojęcie autonomii⁵⁵. Można przypuszczać, że w koncepcji autorstwa Schneidermana i współautorów punktem odniesienia staje się kategoria jakości życia, podczas gdy w koncepcji wypracowanej przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia jest nim zaś kategoria obiektywnej, nieredukowalnej wartości życia (godności)⁵⁶. W przypadku pierwszej koncepcji podkreśla się rolę autonomii pacjenta, który – jeśli tylko jest do tego zdolny – może ocenić jakość swojej kondycji; może

⁵¹ Por. L.J. Schneiderman, N.S. Jecker, A.R. Jonsen, *Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications*, „Annals of Internal Medicine” 112(1990) nr 12, s. 951n.; por. też: L.J. Schneiderman, *Defining Futility and Improving Medical Care*, „Journal of Bioethical Inquiry” 8(2011) nr 2, s. 124.

⁵² Medyczna daremność określana na podstawie kryterium ilościowego krytykowana jest głównie z trzech powodów: (1) Nie jest jasne, w którym miejscu należy ustawić próg procentowy. (2) Posługiwanie się pomiarami pochodzącymi z badań na poziomie populacji jest bardzo nieprecyzyjne. (3) Wskaźniki zachorowań i śmiertelności oparte są często na przewidywaniach. Por. D. White, T. Pope, *Medical Futility and Potentially Inappropriate Treatment*, w: *The Oxford Handbook of Ethics at the End of Life*, s. 73.

⁵³ Por. L.J. Schneiderman, N.S. Jecker, *Wrong Medicine: Doctors, Patients and Futile Treatment*, Johns Hopkins University Press, Baltimore 2011, s. 14-19.

⁵⁴ Por. L.B. Jena, J. Moreno, *Not the Worst Thing: Life and Death in Clinical Ethics*, Createspace Independent Publishing Platform, Wood Dale 2017, s. 101-121.

⁵⁵ Zob. Aghabary, Deghani, Nayeri, dz. cyt. Warto zauważyć, że w znajdującej się w *Katechizmie Kościoła katolickiego*, przywołanej już definicji terapii uporczywej podkreśla się rolę pacjenta w podejmowaniu decyzji, a zatem wskazuje się na jego autonomię.

⁵⁶ Zgodnie z wcześniejszymi uwagami zakładam, że termin „godność”, którym posługuje się Polska Grupa Robocza do spraw Problemów Etycznych Końca Życia, należy rozumieć w taki lub w podobny sposób.

ją ocenić również lekarz. W przypadku koncepcji drugiej podkreśla się rolę godności, co daje gwarancję, że dopóki człowiek żyje, jego życie w żaden sposób nie traci swojej wartości, jeśli nawet jego jakość okazuje się niska. Można więc przypuszczać, że różnica między definicją terapii medycznie daremnej według Schneidermana i współautorów a definicją terapii uporczywej w ujęciu Polskiej Grupy Roboczej do spraw Problemów Etycznych Końca Życia nie tkwi jedynie w warstwie semantycznej czy medycznej, ale w sądach wartościujących. Nie twierdzę w tym miejscu, że Szewczyk skłania się ku wartościowaniu życia w oparciu o kategorię jakości życia. Taka teza nie pojawia się w przywoływanych tu pracach tego autora. Należy jednak podkreślić, że niektóre definicje medycznej daremności wikłają się w sądy wartościujące, zakładając, że przewidywana niska jakość życia pacjenta w jakimś sensie umniejsza wartość tego życia.

Potencjalnym przykładem medycznej daremności jakościowej jest odżywianie i nawadnianie pacjenta znajdującego się w trwałym stanie wegetatywnym (ang. persistent vegetative state – PVS), który to pacjent wcześniej oświadczył, że pragnie być utrzymywany przy życiu niezależnie od okoliczności. Bez interwencji medycznej pacjent w takim stanie umrze wskutek odwodnienia. Odżywianie i nawadnianie pacjentów znajdujących się w trwałym stanie wegetatywnym może być skuteczne przez lata, a zatem procedura tego typu nie jest ani fizjologicznie, ani probabilistycznie daremna, a jedyny powód, by ją jednostronnie wstrzymać, opiera się na przekonaniu, że trwały stan wegetatywny stanowi o niskiej jakości życia. Chociaż więc pacjent bądź reprezentująca go osoba może w takiej sytuacji wskazywać na potrzebę realizacji celu, który jest medycznie osiągalny, klinicysta może ów cel uznać za pozbawiony wartości⁵⁷. Loretta M. Kopelman wskazuje, że lekarze są ekspertami medycznymi, ale nie są ekspertami w zakresie wartości leżących u podstaw interesów i planów życiowych jednostki⁵⁸. To, czy utrzymanie przy życiu pacjenta znajdującego się w trwałym stanie wegetatywnym jest zasadne, czy też nie, należy do pytań natury filozoficznej lub religijnej, nie zaś medycznej⁵⁹. Krytycy podejścia akcentującego jakość życia podkreślają też, że chorzy z niepełnosprawnością fizyczną lub intelektualną doświadczają w życiu wiele satysfakcji, mimo że niektórzy nie potrafią dostrzegać potencjalnych korzyści leczenia takich osób. Wielu ciężko chorych pacjentów wchodzi w interakcje z otoczeniem, zwłaszcza z najbliższymi. Ponadto w wielu przypadkach trudno

⁵⁷ Por. M a c a u l e y, dz. cyt., s. 371.

⁵⁸ Por. L.M. K o p e l m a n, *Conceptual and Moral Disputes About Futile and Useful Treatments*, „Journal of Medicine and Philosophy” 20(1995) nr 2, s. 116.

⁵⁹ Por. F e r d y n u s, *Przedłużanie życia jako problem moralny*, s. 129.

jest przewidzieć, czy ciężko chory pacjent faktycznie będzie trwale zależny od intensywnej opieki medycznej⁶⁰.

Powyższemu rozumowaniu można by postawić zarzut, że nie nawiązuje ono do tez Szewczyka, nie twierdzi on bowiem, że definicje medycznej daremności są mniej lub bardziej skomplikowane niż definicja uporczywej terapii wypracowana przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia. Należy jednak pamiętać, że Szewczyk postuluje, by zamiast terminu „uporczywa terapia” wprowadzić do literatury termin „medyczna daremność”. Taki zabieg semantyczny mógłby być sensowny, gdyby udało się wykazać, że definicje medycznej daremności lepiej radzą sobie z klasyfikacją przypadków klinicznych niż definicja terapii uporczywej. Ponieważ Szewczyk tego nie wykazał, postulowany tu argument pozostaje w mocy.

Odpowiedzi na wymienione przez Szewczyka zarzuty pokazują, że nie istnieją wystarczająco silne racje, by zrezygnować z definicji uporczywej terapii ani też z terminu „terapia uporczywa” w polskiej literaturze przedmiotu.

PROPOZYCJA DWÓCH DEFINICJI ZARYS OGÓLNY

Przedstawiona w niniejszych rozważaniach krytyka poglądów Szewczyka byłaby niepełna, gdyby nie wiązała się z propozycją pewnych rozwiązań teoretycznych w kwestii definiowania medycznej daremności oraz terapii uporczywej. Zaproponowane poniżej definicje nie mają charakteru ostatecznego, a więc nie są projektem zamkniętym; stanowią jedynie próbę zarysowania kierunku dalszych szczegółowych analiz zagadnień dotyczących terapii medycznie daremnej i terapii uporczywej.

Skłaniam się ku przekonaniu, że w polskim kontekście bioetycznym i medycznym jest miejsce zarówno dla koncepcji terapii medycznie daremnej, jak i dla koncepcji terapii uporczywej, pod warunkiem że w przypadku każdej z nich zachowana zostanie adekwatna perspektywa metodologiczna. Taki warunek spełnia najwęższa koncepcja medycznej daremności, czyli koncepcja fizjologicznej daremności terapii (ang. physiological futility). Uznaje się w niej, że terapia daremna to taka interwencja, która nie może osiągnąć zamierzonego celu fizjologicznego⁶¹. Przykładem uznania terapii za medycznie daremną może być odmowa stosowania resuscytacji krążeniowo-oddechowej w przypadku pacjenta, który nieodwracalnie utracił zdolność spontanicznego oddychania. Klinicysta nie dokonuje w takim wypadku żadnej oceny pod ką-

⁶⁰ Por. White, Pope, dz. cyt., s. 74.

⁶¹ Por. Bosslet, Pope, Rubenfeld i in., dz. cyt., s. 1325.

tem wartości zamierzonych efektów leczenia, lecz orzeka o daremności terapii wyłącznie na podstawie aktualnej wiedzy medycznej⁶². Innymi słowy, orzekanie o daremności terapii medycznej ma charakter naukowy i empiryczny. Uprawnienia lekarza do odmowy leczenia oparte są wyłącznie na podstawie faktów medycznych.

Uwzględniając z kolei znaczenie słowa „uporczywy” oraz wspomniane już aporie dotyczące definicji zaproponowanej przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia, proponuję, by przez terapię uporczywą rozumieć stosowanie nadzwyczajnych procedur medycznych w celu podtrzymania życia terminalnie chorego pacjenta. Tego rodzaju podejście – w przeciwieństwie do definicji zaproponowanej przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia – nie zawęży pojęcia terapii uporczywej w taki sposób, że może ono być stosowane wyłącznie w przypadku nieuleczalnie chorych, obarczonych nadmiernym cierpieniem i umierających. Określenie „pacjent w stanie terminalnym” odnosi się bowiem do chorego, co do którego wiadomo, że umrze w krótkim czasie⁶³. Z kolei o „nadzwyczajnym” charakterze stosowania procedur mogą decydować różne czynniki, na które wskazuje sam pacjent. Czynniki te mogą dotyczyć fizjologicznego, psychologicznego, aksjologicznego czy też finansowego wymiaru terapii.

Fizjologiczny aspekt uporczywości terapeutycznej wiąże się najczęściej z doświadczaniem przez pacjenta bólu trudnego do wyeliminowania, którego nie da się w sposób adekwatny leczyć. Pacjent może na przykład uznać terapię za uporczywą, jeśli stosowanie kolejnych serii chemioterapii wiąże się z jego nadmiernym cierpieniem. Uporczywość w wymiarze psychologicznym może też wiązać się ze strachem pacjenta lub jego silną niechęcią wobec poddania się terapii. Pacjent chory na stwardnienie zanikowe boczne (ang. amyotrophic lateral sclerosis – ALS) może na przykład wyrażać silną niechęć wobec perspektywy stałego podłączenia do respiratora. W przypadku chorego na stwardnienie zanikowe boczne zastosowanie wentylacji inwazyjnej oznacza, że rozpoczął się terminalny stan choroby⁶⁴. Znalazłszy się w takim stanie, chory ma prawo uznać, że podłączenie go na stałe do respiratora ma charakter nad-

⁶² Por. W h i t e, P o p e, dz. cyt., s. 72.

⁶³ W Stanach Zjednoczonych za terminalnie chorego uważa się pacjenta, który umrze w ciągu sześciu miesięcy lub w krótszym czasie (por. A. K. S m i t h, P. G l a r e, *Ethical Issues in Prognosis and Prognostication*, w: *The Oxford Handbook of Ethics at the End of Life*, s. 172). Wydaje się, że określanie zakresu czasu nie jest tu potrzebne, ponieważ niektórzy ciężko chorzy pacjenci mogą być klasyfikowani jako terminalnie chorzy, ale mogą jednocześnie żyć znacznie dłużej niż sześć miesięcy.

⁶⁴ Por. D. A d a m e k, B. T o m i k, *Stwardnienie boczne zanikowe*, ZOZ Ośrodek UMEA Shinoda-Kuracejo, Kraków 2005, s. 71; zob. też: M. F e r d y n u s, *Rezygnacja z uporczywej terapii. Problem odmowy podłączenia do respiratora w przypadku pacjentów chorych na stwardnienie zanikowe boczne (ALS). Perspektywa „Evangelium vitae”*, „Ethos” 31(2018) nr 2(122), s. 409-422.

zwyczajny, a więc uporczywy. Interpretacja aksjologicznego wymiaru terapii przez pacjenta związana jest z jego subiektywnymi preferencjami w zakresie przekonań i wartości⁶⁵. Jak już wspomniano, w przypadku chorych, którzy znaleźli się w trwałym stanie wegetatywnym, lekarz nie może być jednostronnym sędzią w sprawie orzekania o tym, czy terapia ma charakter uporczywy (nie jest on ekspertem w sprawach światopoglądowych czy filozoficznych i może orzekać wyłącznie w kwestiach medycznych). Finansowy aspekt prowadzenia terapii uporczywej wiąże się bezpośrednio nie tyle z zastosowaniem nadzwyczajnej procedury medycznej, ile raczej z ogromnym wysiłkiem towarzyszącym zdobyciu środka medycznego lub z kosztami, które okazują się uciążliwe dla pacjenta (lub jego rodziny). Chociaż życie ludzkie nie może podlegać kalkulacjom finansowym, nie można przejść w sposób obojętny obok kwestii kosztów związanych z zastosowaniem terapii ani też twierdzić, że dostęp do zasobów medycznych jest nieograniczony.

Biorąc pod uwagę fizjologiczny, psychologiczny, aksjologiczny i finansowy aspekt terapii, do kryteriów pozwalających uznać procedurę medyczną za nadzwyczajną można zaliczyć: (1) nadmierny wysiłek wiążący się ze zdobyciem lub zastosowaniem środka medycznego, (2) doświadczany przez pacjenta ból, którego nie można złagodzić, (3) koszty, które okazują się uciążliwe dla pacjenta lub jego rodziny, (4) ogromny lęk pacjenta przed zastosowaniem środka medycznego lub jego silną niechęć wobec tego środka, (5) rozsądną ocenę ryzyka utraty zdrowia lub życia, której to oceny dokonuje pacjent w oparciu o swoją aktualną kondycję kliniczną, (6) niską szansę osiągnięcia pozytywnego dla pacjenta rezultatu klinicznego zgodnie z jego osobistą oceną sytuacji i przyjętą przez niego hierarchią wartości, (7) niemożliwość wypełnienia przez pacjenta zobowiązań moralnych z uwagi na stan kliniczny, w jakim znajdzie się on po zastosowaniu terapii⁶⁶. Nie twierdzę przy tym, że jest to jedyny i wyczerpujący zbiór kryteriów, który pozwala uznać terapię za uporczywą⁶⁷. Podkreślam jedynie, że – inaczej niż mówi definicja terapii uporczywej stworzona przez Polską Grupę Roboczą do spraw Problemów Etycznych Końca Życia – określenia „terapia uporczywa” nie można ograniczać tak, aby odno-

⁶⁵ Zob. E. D. Pellegrino, *Decisions at the End of Life – The Abuse of the Concept of Futility*, „Practical Bioethics” 1(2005) nr 3, s. 3-6.

⁶⁶ Por. E. Sgreccia, *Personalist Bioethics: Foundations and Applications*, tłum. J.A. Di Camillo, M.J. Miller, The National Catholic Bioethics Center, Philadelphia 2012, s. 685.

⁶⁷ Poza zakresem analiz tego artykułu pozostaje szereg kwestii szczegółowych, dotyczących na przykład pytania o to, kto ma decydować o uznaniu terapii za uporczywą w przypadku chorego, z którym lekarz nie ma kontaktu i co do którego brak jest oświadczenia woli, oraz czy odżywianie i nawadnianie go, jeśli znajduje się on w stanie wegetatywnym, należy uznać za procedurę uporczywą, czy za zwyczajną opiekę medyczną (szerzej na temat tych zagadnień por. Ferdy n u s, *Przedłużanie życia jako problem moralny*, s. 147-189).

siło się ono jedynie do leczenia pacjentów nieuleczalnie chorych, obarczonych nadmiernym cierpieniem i umierających.

*

Przeprowadzone analizy ukazują, że przywołane przez Kazimierza Szewczyka argumenty mające przemawiać za odrzuceniem terminu „uporczywa terapia” nie są wystarczająco silne, by uznać je za prawomocne. W polskiej literaturze przedmiotu jest miejsce zarówno dla pojęcia medycznej daremności, jak i dla pojęcia terapii uporczywej. Obie te kategorie mogą okazać się pomocne, o ile ich stosowanie podlega rygorom metodologicznym. Proponuję, by za pomocą określenia „medyczna daremność terapii” opisywać jedynie fakty medyczne i przez terapię medycznie daremną rozumieć interwencję, która nie jest w stanie doprowadzić do zamierzonego celu fizjologicznego. Osobą uprawnioną do orzekania o medycznej daremności terapii jest lekarz, nie zaś pacjent. Określenie „terapia uporczywa” proponuję z kolei odnosić do kwestii wykraczających poza fakty medyczne i rozumieć przez nie stosowanie nadzwyczajnych procedur medycznych w celu podtrzymania życia terminalnie chorego pacjenta. O uporczywości terapii należy zatem mówić w sytuacji, w której pacjent, na podstawie wyrażonych i racjonalnie uzasadnionych przez siebie opinii, uznałby ją za nadzwyczajną.

BIBLIOGRAFIA / BIBLIOGRAPHY

- Adamek, Dariusz, and Barbara Tomik. *Stwardnienie boczne zanikowe*. Kraków: ZOZ Ośrodek UMEA Shinoda-Kuracejo, 2005.
- Aghabarary, Maryam, and Nahid Dehghan Nayeri. “Medical Futility and Its Challenges: A Review Study.” *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 9, no. 11 (2016). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5203684/>.
- Ali Albar, Mohammed, and Hassan Chamsi-Pasha. “Exploring a New Concept at the End of Life: Accountability Before God (Mukallaf).” *American Journal of Bioethics* 15, no. 1 (2015): 19–21.
- Bailey, James P. “Palliative Care and the Common Good.” In *Palliative Care and Catholic Health Care: Two Millennia of Caring for the Whole Person*. Edited by Peter J. Cataldo and Dan O’Brien. Cham: Springer, 2019.
- Bańczyk, Alicja. “Zaprzestanie uporczywej terapii na tle orzeczenia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Lambert i inni przeciwko Francji.” *Problemy Współczesnego Prawa Międzynarodowego, Europejskiego i Porównawczego* 15 (2017): 206–31.

- Bartoszek, Antoni. *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania: Moralne aspekty opieki paliatywnej*. Katowice: Księgarnia św. Jacka, 2000.
- . “Uporczywa terapia przeciwnowotworowa – aspekty etyczne.” *Hematologia* 3, no. 2 (2012): 136–42.
- Bazaliński, Dariusz, Izabela Marciniak, Izabela Sałacińska, et al. “Doświadczenie uporczywej terapii w pracy pielęgniarek pracujących w oddziałach intensywnej terapii – doniesienie wstępne.” *Anestezjologia i Ratownictwo* 12, no. 1 (2018): 52–61.
- Bołoz, Wojciech. “Utrzymywanie życia za wszelką cenę czy rezygnacja z uporczywej terapii: Punkt widzenia etyka.” *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 7, nos. 3–4 (2013): 69–74.
- Bołoz, Wojciech, and Małgorzata Krajnik. “Definicja uporczywej terapii: Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia.” *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2, no. 3 (2008): 77–78.
- Bosslet, Gabriel T., Thaddeus M. Pope, Gordon D. Rubenfeld, et al. “An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units.” *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 191, no. 11 (2015): 1318–30.
- Budziński, Roman, ed. *Uporczywa terapia we współczesnej medycynie*. Vol 2. Gdańsk: Bernardinum, 2016.
- Cassell, Eric J. “The Nature of Suffering.” In *The Oxford Handbook of Ethics at the End of Life*. Edited by Stuart J. Youngner and Robert M. Arnold. New York: Oxford University Press, 2016.
- Cebulka, Violetta, Violetta Koźlak, Piotr Dybalski, et al. “Wiedza i opinie personelu medycznego oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii na temat prowadzenia uporczywej terapii.” *Medycyna Paliatywna* 11, no. 4 (2019): 170–9.
- Cepuch, Grażyna, Dorota Domańska, and Grażyna Dębska. “Ból i cierpienie a godność i prawa dziecka chorego w aspekcie uporczywej terapii.” *Psychoonkologia* 17, no. 4 (2013): 163–9.
- Ferdynus, Marcin. *Przedłużanie życia jako problem moralny*. Tarnów: Biblos, 2017.
- . “Rezygnacja z uporczywej terapii: Problem odmowy podłączenia do respiratora w przypadku pacjentów chorych na stwardnienie zanikowe boczne (ALS); Perspektywa ‘Evangelium vitae.’” *Ethos* 31, no. 2 (122) (2018): 409–22.
- . “Why the Term ‘Persistent Therapy’ Is Not Worse Than the Term ‘Medical Futility.’” *Journal of Medical Ethics* 48, no. 5 (2021): 350–2.
- Gert, Bernard, Charles M. Culver, and K. Danner Clouser. *Bioetyka: Ujęcie systematyczne*. Translated by Marek Chojnacki. Gdańsk: słowo/obraz terytoria, 2009.
- Hoehn, K. Sarah. “Conflict between Autonomy and Beneficence in Adolescent End-of-Life Decision Making.” *National Catholic Bioethics Quarterly* 19, no. 1 (2019): 55–60.
- Jenal, Leslie B., and Jesse Moreno. *Not the Worst Thing: Life and Death in Clinical Ethics*. Wood Dale: Createspace Independent Publishing Platform, 2017.

- Jox, Ralf J., Andreas Schaidler, Georg Marckmann, and Gian Domenico Borasio. "Medical Futility at the End of Life: The Perspectives of Intensive Care and Palliative Care Clinicians." *Journal of Medical Ethics* 38, no. 9 (2012): 540–5.
- Kant, Immanuel. *Uzasadnienie metafizyki moralności*. Translated by Młcisław Wartenberg. Warszawa: PWN, 1984.
- Katechizm Kościoła katolickiego*. Poznań: Pallottinum, 1994.
- Kelly, David F., Gerard Magill, and Henk ten Have. *Contemporary Catholic Health Care Ethics*. Washington: Georgetown University Press, 2013.
- Kiełbasa-Siennicki, Ernest, and Krzysztof Marczewski. "Analiza postaw personelu pielęgniarskiego wobec uporczywej terapii." *Aspekty Zdrowia i Choroby* 3, no. 2 (2018): 91–110.
- Kopelman, Loretta M. "Conceptual and Moral Disputes About Futile and Useful Treatments." *Journal of Medicine and Philosophy* 20, no. 2 (1995): 109–21.
- Krajewski, Romuald. "Czy powinno się mówić o 'terapii uporczywej'?" Polskie Towarzystwo Bioetyczne. Debata: "Czym jest uporczywa terapia?" 22 January – 1 February 2009: 1–5. http://www.ptb.org.pl/pdf/Krajewski_uporczywa_terapia_1.pdf.
- Kübler, Andrzej. "Terapia daremna na oddziale intensywnej terapii." Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ, Bioetyka / Wprowadzenie – Opinie i dyskusje. <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, et al. "Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii darme) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii." *Anestezjologia Intensywna Terapia* 46, no. 4 (2014): 229–34.
- Lombard, John. *Law, Palliative Care and Dying: Legal and Ethical Challenges*. London and New York: Routledge, 2018.
- Macauley, Robert C. *Ethics in Palliative Care: A Complete Guide*. New York: Oxford University Press, 2018.
- Machinek, Marian. "Czy życie ludzkie ma wartość? Odpowiedź na polemikę prof. K. Szewczyka: Głos uzupełniający." Polskie Towarzystwo Bioetyczne. Debata: "Czym jest uporczywa terapia?" 22 January – 1 February 2009: 1–4. http://www.ptb.org.pl/pdf/machinek_uporczywa_terapia_2.pdf.
- Nair-Collins, Michael. "Laying Futility to Rest." *Journal of Medicine and Philosophy* 40, no. 5 (2015): 554–83.
- Napier, Stephen. *Uncertain Bioethics: Moral Risk and Human Dignity*. New York and London: Routledge, 2020.
- Nates, Joseph L., Mark Nunnally, Ruth Kleinpell, et al. "ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research." *Critical Care Medicine* 44, no. 8 (2016): 1553–1602.
- Orłowski, Tomasz. "Zasada proporcjonalności a problem uporczywej terapii." Polskie Towarzystwo Bioetyczne. Debata: "Czym jest uporczywa terapia?" 22 January – 1

- February 2009: 1–8. http://www.ptb.org.pl/pdf/Orlowski_uporczywa_terapia_1.pdf.
- Paris, John J., Brian M. Cummings, and Patrick M. Moore. “Compassion and Mercy Are Not Helpful in Resolving Intractable Family–Physician Conflicts on End-of-Life Care.” *Journal of Perinatology* 39, no. 1 (2019): 11–17.
- Paris, John J., and Andrew Hawkins. “‘Futility’ is a Failed Concept in Medical Decision Making: Its Use Should be Abandoned.” *American Journal of Bioethics* 15, no. 7 (2015): 50–52.
- Pellegrino, Edmund, D. “Decisions at the End of Life—The Abuse of the Concept of Futility.” *Practical Bioethics* 1, no. 3 (2005): 3–6.
- Rauch, Gabriela. “Problematyka śmierci w ujęciu prawno-etycznym.” *Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ*, no. 2 (46) (2019): 97–105.
- Robinson, Ruthie. “Registered Nurses and Moral Distress.” *Dimensions of Critical Care Nursing* 29, no. 5 (2010): 197–202.
- Schneiderman, Lawrence J. “Defining Futility and Improving Medical Care.” *Journal of Bioethical Inquiry* 8, no. 2 (2011): 123–31.
- Schneiderman Lawrence J., and Nancy S. Jecker. *Wrong Medicine: Doctors, Patients and Futile Treatment*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2011.
- Schneiderman, Lawrence J., Nancy S. Jecker, and Albert R. Jonsen. “Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications.” *Annals of Internal Medicine* 112, no. 12 (1990): 949–54.
- Sgreccia, Elio. *Personalist Bioethics: Foundations and Applications*. Translated by John A. Di Camillo and Michael J. Miller. Philadelphia: The National Catholic Bioethics Center, 2012.
- Sibbald, Robert, James Downar, and Laura Hawryluck. “Perceptions of ‘Futile Care’ among Caregivers in Intensive Care Units.” *Canadian Medical Association Journal* 177, no. 10 (2007): 1201–8.
- Siewiera, Jacek, and Andrzej Kübler. *Terapia daremna dla lekarzy i prawników*. Wrocław: EDRA Urban & Partner, 2015.
- Smith, Alexander K., and Paul Glare. *Ethical Issues in Prognosis and Prognostication*. In *The Oxford Handbook of Ethics at the End of Life*. Edited by Stuart J. Youngner and Robert M. Arnold. New York: Oxford University Press, 2016.
- Spaemann, Robert. “O pojęciu godności człowieka.” In Spaemann, *Granice*. Translated by Jarosław Merecki. Warszawa: Oficyna Naukowa, 2006.
- Suchorzewska, Janina. “Wokół terapii daremnej – głos w dyskusji.” Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ, Bioetyka / Wprowadzenie – Opinie i dyskusje. <http://bazy.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=58>.
- Szeroczyńska, Małgorzata. “Odstąpienie od uporczywej terapii – *de lege lata* i *de lege ferenda*.” *Medycyna Paliatywna* 5, no. 2 (2013): 31–40.
- Szewczyk, Kazimierz. “O medycznej daremności proceduralnej i o powodach, dla których należy ją włączyć w polskie regulacje bioetyczne i system prawny.” Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ, Bioetyka / Wprowadzenie – Opinie i dyskusje. <http://bazy.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=53>.

- . “Podsumowanie debaty z subiektywnym akcentem.” Polskie Towarzystwo Bioetyczne. Debata: “Czym jest uporczywa terapia?” 22 January – 1 February 2009: 1–8. https://ptb.org.pl/opinie_uporczywa.html.
- . “Uporczywa terapia w projekcie tzw. ustawy bioetycznej – pięć krytycznych konkluzji.” Polskie Towarzystwo Bioetyczne. Debata: “Czym jest uporczywa terapia?” 22 January – 1 February 2009: 1–15. http://www.ptb.org.pl/pdf/Szewczyk_uporczywa_terapia_1.pdf.
- Święta Kongregacja Nauki Wiary. Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*. The Holy See. https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_eutanasia_pl.html.
- Waisel, David, and Robert Truog. “The Cardiopulmonary Resuscitation-not-indicated Order: Futility Revisited.” *Annals of Internal Medicine* 122, no. 4 (1995): 304–8.
- White, Douglas, and Thaddeus Pope. “Medical Futility and Potentially Inappropriate Treatment.” In *The Oxford Handbook of Ethics at the End of Life*. Edited by Stuart J. Youngner and Arnold M. Robert. New York: Oxford University Press, 2016.
- Wilkinson, Dominic, and Julian Savulescu. *Ethics, Conflicts and Medical Treatment for Children: From Disagreement to Dissensus*. London and Edinburgh: Elsevier, 2019.

ABSTRAKT / ABSTRACT

Ks. Marcin FERDYNUS – Między uporczywością a daremnością terapii? O przydatności pojęcia terapii uporczywej w etyce medycznej w odniesieniu do postępowania wobec pacjentów terminalnie chorych

DOI 10.12887/35-2022-3-139-14

Autor nie zgadza się z tezą Kazimierza Szewczyka, że w polskich regulacjach bioetycznych i medycznych należy zrezygnować z terminu „terapia uporczywa” oraz z prób definiowania uporczywej terapii. Przeprowadzone analizy pokazują, że argumenty przywołane przez Szewczyka nie są wystarczająco silne, by uznać je za prawomocne. W polskiej literaturze jest miejsce dla pojęcia tak medycznej daremności, jak i uporczywej terapii. Obie kategorie mogą okazywać się pomocne, o ile zachowują adekwatną perspektywę metodologiczną. Określenie „medyczna daremność terapii” należy odnosić jedynie do faktów medycznych i stosować je w celu opisanego interwencji, która nie jest w stanie doprowadzić do osiągnięcia zamierzonego celu fizjologicznego. Przez określenie „terapia uporczywa” należy natomiast rozumieć stosowanie nadzwyczajnych procedur medycznych w celu podtrzymania życia terminalnie chorego pacjenta.

Słowa kluczowe: terapia uporczywa, medyczna daremność, etyka postępowania wobec pacjentów terminalnie chorych

Kontakt: Katedra Etyki, Instytut Filozofii, Wydział Filozofii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Al. Raławickie 14, 20-950 Lublin

E-mail: marcin.ferdynus@kul.pl

<https://pracownik.kul.pl/marcin.ferdynus>

ORCID: 0000-0003-0176-1023

Fr. Marcin FERDYNUS, *Between Medical Persistence and Medical Futility? On the Usefulness of the Concept of Persistent Therapy in the Ethics of the Treatment of Terminally Ill Patients*

DOI 10.12887/35-2022-3-139-14

The author contends the thesis put forward by Kazimierz Szewczyk, who claims that the term “persistent therapy” and the definition of persistent therapy should be abandoned in Polish bioethical and medical regulations. The analyses conducted in the paper show that the arguments Szewczyk uses are not strong enough to be valid. There is room for both the concept of medical futility and that of persistent therapy in Polish literature. Both categories can be helpful as long as they maintain an adequate methodological perspective. The concept of medical futility should refer to medical facts only and be defined as an intervention which cannot achieve its intended physiological goal. Persistent therapy should in turn be defined as the application of extraordinary medical procedures for the purpose of sustaining the life of a terminally ill patient.

Keywords: persistent therapy, medical futility, terminally ill patient, end-of-life ethics

Contact: Department of Ethics, Institute of Philosophy, Faculty of Philosophy, John Paul II Catholic University of Lublin, Al. Raławickie 14, 20-950 Lublin, Poland

E-mail: marcin.ferdynus@kul.pl

<https://pracownik.kul.pl/marcin.ferdynus>

ORCID: 0000-0003-0176-1023