

O pojęciu kompetencji w podejmowaniu decyzji terapeutycznych

Jakub Zawiła-Niedźwiecki, Uniwersytet Warszawski

Pojęcie kompetencji do podejmowania decyzji terapeutycznych jest niezbędne dla teorii i praktyki autonomii pacjenta. Artykuł przedstawia różne podejścia do tego zagadnienia w ramach prawa, filozofii i nauk medycznych oraz wskazuje kierunki rozwoju i integracji badań pomiędzy dziedzinami. Istniejący dorobek analizy pojęciowej, badań empirycznych i rozstrzygnięć prawnych z różnych krajów wymaga dalszego uzgodnienia i wypracowania nowego pojęcia kompetencji zgodnego ze współczesną wiedzą z nauk kognitywnych.

Wstęp

Zdolność do podejmowania decyzji, nazywana kompetencją decyzyjną (ang. *competence*), jest warunkiem koniecznym przyjmowanym przez koncepcje bioetyczne i koncepcje prawa medycznego oparte na autonomii jednostki. Wraz z odrzuceniem myślenia paternalistycznego autonomia stała się dominującą wartością w rozważaniach etyczno-prawnych dotyczących decyzji medycznych. Mimo znacznej wagi problemu kompetencji, w analizach teoretycznych nie poświęcano mu dotąd zbyt wiele uwagi. Chociaż problem ten jest wspominany zarówno w dużych opracowaniach z zakresu filozofii medycyny¹, prawa medycznego² i bioetyki³, jak i w specjalistycznym

1 P. Łuków, *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR 2005.

2 M. Boratyńska, *Wolny wybór – gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia sp. z o.o. 2012.

3 T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 6th Ed., New York – Oxford, Oxford University Press 2009. W pracy korzystam z oryginalnego wydania VI książki, cytaty podaję jednak za wydaniem polskim, które oparte jest na wydaniu IV – T.L. Beauchamp i J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, przeł. W. Jacórzynski, Warszawa, Książka i Wiedza 1996. Cytowane fragmenty są takie same w obu wydaniach.

piśmiennictwie lekarskim⁴, zwykle nie jest poddawany dogłębnej analizie i uważa się raczej, że jest to kwestia profesjonalnego osądu lekarzy, a w szczególności lekarzy psychiatrów⁵. Ze względu na praktyczną potrzebę w ramach nauk medycznych próbuje się stworzyć pewne standardy orzekania tej zdolności lub jej braku. Powstał też pewien zasób wiedzy empirycznej dotyczącej praktyki rozpoznawania kompetencji, możliwych podejść, procedur, standaryzacji testów itd.⁶ Nakreślenie relacji pomiędzy problemem kompetencji decyzyjnej w prawie, etyce i medycynie, przedstawienie możliwych konceptualizacji tego problemu i ich wzajemnych relacji pomiędzy dziedzinami akademickimi i praktykami społecznymi wydaje się więc bardzo potrzebne.

W poniższej pracy koncentruję się na problemie kompetencji do wyrażenia zgody, jednak jest ona ściśle związana z takimi kwestiami jak kompetencja do odmowy wyrażenia zgody, kompetencja do wyrażenia sprzeciwu czy kompetencja do wyrażenia zgody równoległej (ang. *assent*). Szczegółowa typologia tych problemów i ich wzajemnych relacji wymaga jednak obszerniejszego opracowania. Należy również zastrzec, że nie zajmuję się tu szczególnymi problemami związanymi z pacjentami pediatrycznymi i geriatrycznymi, te kwestie poruszam tylko o tyle o ile jest to element ogólnych rozważań.

Przed przystąpieniem do omówienia problemu kompetencji konieczna jest uwaga terminologiczna. W języku polskim funkcjonują określenia *kompetencja* i *zdolność*, w języku angielskim odpowiadają im *competence* i *capacity*. Inne używane w odniesieniu do tego problemu terminy to *competency*, *capability*, *decision making capacity* (także w skrócie *DMC*), *ability to provide consent*. W literaturze filozoficznej i części literatury medycznej zwykle, chociaż nie zawsze, traktowane są one jak synonimy. Trzeba jednak zauważyć, że w literaturze prawniczej to rozróżnienie jest

4 P.S. Appelbaum, *Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment*, „New England Journal of Medicine” 2007, vol. 357, nr 18, s. 1834–1840; K. Wroński, R. Bocian, *How to manage patients who refuse medical treatment? Case report and review of legislative acts on patient autonomy in Poland*, „Acta Angiologica” 2011, tom 1, nr 17, s. 109–116.

5 Co ciekawe lekarze psychiatrzy nie zawsze są tym problemem zainteresowani. Psychiatrzy sądowi, którzy są niejako powołani do zajmowania się takimi kwestiami jak kompetencja czy poczytalność, wg niektórych badaczy często nie mają specjalnego przygotowania teoretycznego w tym obszarze. Jak piszą Weinstock et al. w komentarzu do swoich badań na ten temat: „Most psychiatrists who are asked to evaluate competence have no special knowledge or training in forensic psychiatry, and most forensic psychiatrists have tended to ignore the entire area of competence to give informed consent to medical procedures” – R. Weinstock, R. Copelan, A. Bagheri, *Competence to Give Informed Consent for Medical Procedures*, „The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law” 1984, vol. 12, nr 2, s. 117.

6 Np. S. Fassassi, Y. Bianchi, F. Stiefel, G. Waeber, *Assessment of the Capacity to Consent to Treatment in Patients Admitted to Acute Medical Wards*, „BMC Medical Ethics” 2009, vol. 10, nr 15, doi:10.1186/1472-6939-10-15; I. Sleman, K. Saunders, *An Audit of Mental Capacity Assessment on General Medical Ward*, „Clinical Ethics” 2013, vol. 8, nr 2/3, s. 41–51; P.S. Appelbaum, *Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment*, dz. cyt.

często uznawane za istotne. Szczególnie w prawniczej i prawno-medycznej literaturze anglojęzycznej *capacity* jest używane jako odpowiednik tego, co odpowiada zdolności formalnej⁷, a *competence* to termin odnoszący się do zdolności podmiotu do wykonania pewnej czynności. W niektórych tekstach dotyczących bezpośrednio ewaluacji psychiatrycznej pacjentów podkreśla się, że przeciwnie, właśnie *competence* to termin prawny i obszar decyzji sądów, a *capacity* to termin medyczny i obszar ocen lekarskich⁸. Jak widać na gruncie literatury przedmiotu występuje znaczna chwiejność terminologiczna.

W tym tekście używam tych pojęć synonimicznie, starając się uniknąć sztucznych, właściwych dla jednego tylko języka rozróżnień, stosując więc dodatkowe kwalifikacje jak *zdolność faktyczna* i *zdolność formalna*. Warto jednak mieć świadomość, że na styku różnych dyscyplin mogą występować istotne nieporozumienia związane z różnicami terminologicznymi.

Kompetencja faktyczna jako warunek świadomej zgody

Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry nie wprowadza *explicite* ani pojęcia kompetencji, ani zdolności, mowa w niej jest o „osobie, która jest w stanie z rozważaniem wypowiedzieć opinię” na temat badania lub eksperymentu medycznego albo o pacjencie, który jest „niezdolny do świadomego wyrażenia zgody”⁹. Ustawa *par excellence* dotycząca osób, wśród których znajdują się osoby niekompetentne, czyli ustawa o ochronie zdrowia psychicznego¹⁰, w definicji legalnej „zgody” na procedurę medyczną posługuje się określeniem osoby „rzeczywiście zdolnej” do wyrażenia zgody. Dalej ustawa ta posługuje się terminem osoby „zdolnej”. Istotnym aktem normatywnym dla polskiego systemu prawnego jest również Kodeks Etyki Lekarskiej (KEL), jest to akt normatywny *sui generis*, bo chociaż nie stanowi źródła prawa powszechnie obowiązującego, jest podstawą m.in. orzecznictwa sądów lekarskich, stanowi też często wskazówkę dla sądownictwa powszechnego¹¹. KEL konsekwentnie

7 Szczegółowe omówienie różnicy pomiędzy tymi terminami na gruncie prawa angielskiego można znaleźć w: P. Bielby, *The Conflation of Competence and Capacity in English Medical Law: A Philosophical Critique*, „Medicine, Health Care and Philosophy” 2005, vol. 8, nr 3, s. 357–369.

8 P. J. Resnick, R. Sorrentino, *Forensic Issues in Consultation-Liaison Psychiatry*, „Psychiatric Times”, 1 December 2005; protokół dostępu: <http://www.psychiatrictimes.com/forensic-issues-consultation-liaison-psychiatry> [22/03/2015].

9 Zob. art. 25 i 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, tj. Dz.U. 2015, poz. 464 z późn. zm.

10 Zob. art. 3 ust. 4 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, tj. Dz.U. 2011, nr 231, poz. 1375 z późn. zm.

11 Na KEL powoływał się m.in. Sąd Najwyższy np. w sprawie sygn. akt: III CSK 227/11. Biul. SN, 2012; 7: 13.

używa pojęcia „osoba zdolna do świadomego wyrażenia zgody”. W żadnym z powyższych aktów normatywnych nie ma ścisłej definicji ani wyrażonych *explicite* kryteriów pozwalających odróżnić osoby kompetentne decyzyjnie od niekompetentnych.

Kluczowe dla zrozumienia pojęcia kompetencji rozróżnienie pojęciowe, które pojawia się na gruncie prawa, to rozróżnienie na kompetencję formalną oraz kompetencję faktyczną, nazywaną też kompetencją materialną. Pojęcie kompetencji formalnej związane jest z pojęciem zdolności do czynności prawnych w prawie cywilnym, ale nie jest z nim tożsame. Zdolność do czynności prawnych posiadają osoby, które osiągnęły pewien wiek a odbiera się ją lub ogranicza, w określonych ustawowo przypadkach, w drodze postępowania sądowego o ubezwłasnowolnienie¹². Tak rozumiana zdolność determinuje kompetencję podmiotu do samodzielnego kształtowania własnej sytuacji prawnej – majątkowej i osobistej – poprzez wykonywanie czynności prawnych. Kompetencja ta warunkuje również zdolność osoby do samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących leczenia. Jednak w tej dziedzinie życia, ze względu na szczególnie charakter chronionych dóbr i szczególnie rodzaj decyzji, konieczne są dalsze rozróżnienia.

W doktrynie prawa medycznego wyróżnia się trzy rodzaje zgody na świadczenia zdrowotne¹³: zgodę własną, której udziela sam pacjent; zgodę zastępczą, której w imieniu pacjenta udziela inny podmiot upoważniony do jego reprezentowania (np. przedstawiciel ustawowy albo sąd) oraz zgodę podwójną (zwaną też równoległą albo kumulatywną), która wymaga zgodnych oświadczeń woli dwóch podmiotów – pacjenta oraz podmiotu upoważnionego do jego reprezentowania.

Zgody własnej udziela pacjent, który ma pełną kompetencję formalną (pełną zdolność do czynności prawnych) oraz kompetencję faktyczną, czyli – mówiąc najprościej i najogólniej – wystarczające zdolności poznawcze i emocjonalne, aby z rozeznaniem zgody takiej udzielić. W przypadku pacjenta, który nie ma pełnej kompetencji formalnej, bo jest małoletni lub ubezwłasnowolniony, albo taką formalną kompetencję posiada, ale z braku kompetencji faktycznej nie jest w stanie wypowiedzieć się w sprawie proponowanej interwencji medycznej, zgodę zastępczą na poddanie go leczeniu wyraża jego przedstawiciel ustawowy lub inny uprawniony do tego podmiot. Jeśli jednak pacjent małoletni lub ubezwłasnowolniony ma wystarczającą kompetencję faktyczną, to – na warunkach określonych przez dany porządek prawny¹⁴ – wymagane

12 M. Boratyńska, *Wolny wybór...*, dz. cyt., s. 84.

13 Zob. np. M. Świdorska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń, Wydawnictwo „Dom Organizatora” 2007, s. 37–65; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Wyd. IX, Toruń, Wydawnictwo „Dom Organizatora” 2010, s. 133–148; R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa, Wydawnictwo C. H. Beck 2010, s. 343–356;

14 Zob. art. 32 ust. 2, 4 i 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza. Na marginesie warto dodać, że polski

jest uzyskanie także jego zgody (obok zgody przedstawiciela ustawowego lub innego uprawnionego podmiotu), czyli tzw. zgody podwójnej.

KOMPETENCJA FORMALNA [pełna zdolność do czynności prawnych]	+	+	-	-
KOMPETENCJA FAKTYCZNA [wystarczające rozeznanie]	+	-	+	-
	Zgoda własna	Zgoda zastępcza	Zgoda równoległa	Zgoda zastępcza

Tabela 1 (opracowanie własne)

W porządku prawnym ocenę tego, czy pacjent jest faktycznie kompetentny do wyrażenia zgody lub odmowy leczenia, zostawia się po pierwsze lekarzom, a po drugie sądom, które jednak w praktyce zdane są w znacznym stopniu na opinie biegłych. Lekarze występują jako biegli sędziwi albo samodzielnie stwierdzają niekompetencję pacjenta w stanach nagłych. Najczęstszą zaś praktyką związaną z kompetencją decyzyjną jest domyślne uznanie, że pacjent jest kompetentny do wyrażenia zgody na proponowaną terapię – lekarze robią to codziennie w swoich gabinetach podczas normalnych działań lekarskich, gdy pacjenci nie zgłaszają sprzeciwu wobec proponowanych procedur.

Jak zasadnicze znaczenie dla prawa medycznego ma kwestia kompetencji faktycznej, a równocześnie z jak wielkimi wiąże się trudnościami, pokazuje fragment uzasadnienia wyroku dotyczącego kompetencji pacjentki, która odmówiła poddania się operacji ratującej życie. W orzeczeniu angielskiego sędziego Petera Jacksona czytamy: „Prawo do udzielenia zgody na postępowanie medyczne jest jednym z najważniejszych praw gwarantowanych przez porządek prawny. Należy koniecznie unikać pokusy, by opierać ocenę zdolności osoby na tym, czy jej decyzja zdaje się dobra czy zła, a w szczególności na tym, czy przyjęła ona czy odrzuciła rady lekarzy”¹⁵. Równocześnie ten sam sędzia Jackson w innej części uzasadnienia wskazuje, że ocena kompetencji decyzyjnej pacjenta jest kwestią doświadczenia zawodowego, praktyki

ustawodawca wymaga od lekarza uzyskania zgody podwójnej na udzielenie świadczenia zdrowotnego osobie małoletniej wyłącznie wtedy, gdy ukończyła ona 16 rok życia. Natomiast pacjent ubezwłasnowolniony całkowicie ma prawo do udzielenia zgody równoległej tylko na badanie diagnostyczne, o ile jest w stanie z rozeznanie wypowiedzieć opinię w tej sprawie.

15 Heart of England NHS Foundation Trust v JB [2014] EWHC 342 (COP) (17 February 2014) Tłum. własne. *Court of Protection* (COP) to specjalny sąd działający na podstawie ustawy the Mental Capacity Act (2005), który orzeka m.in. o sprawach kompetencji pacjentów na terenie Anglii i Walii.

i profesjonalnej oceny: „Wszyscy lekarze, a także wielu profesjonalistów nie-lekarzy (na przykład pracownicy socjalni i prawnicy), muszą w tym lub innym czasie dokonywać oceny kompetencji”¹⁶. W cytowanym orzeczeniu sędziego Jackson wzięł pod uwagę opinię chirurga o kompetencji pacjentki na równi z opinią biegłego psychiatry, przyznając zarazem, że chirurg nie ma żadnego specjalnego przygotowania do dokonywania takiej oceny. Argumentem przemawiającym za uznaniem opinii chirurga było w tym przypadku to, że w toku swojej normalnej praktyki uzyskuje on zgodę pacjentów na różne operacje, przez co także ocenia ich kompetencję do wyrażenia zgody¹⁷.

Warto w tym miejscu zauważyć, że kwestia kompetencji w kontekście prawnym zwykle wyrażona jest w języku negatywnym. Znacznie częściej niż o kompetencji do wyrażenia zgody na jakieś czynności medyczne mowa jest o kompetencji do odmowy udzielenia zgody albo kompetencji do wyrażenia sprzeciwu. Świadoma odmowa funkcjonuje w debacie na ten temat od czasu użycia takiego określenia przez amerykański sąd w sprawie z 1993 roku¹⁸. Chociaż w niniejszej pracy mowa jest głównie o kompetencji faktycznej i jej charakterystykach, prawo interesują przede wszystkim pacjenci niekompetentni.

Jak wynika z powyższych ustaleń, ciężar decyzji w kwestiach kompetencji spoczywa na opiniach ekspertów. W obrębie tego rodzaju dyskusji w kręgach medycznych przyjmuje się zwykle pewne rozstrzygnięcia i rozróżnienia pojęciowe powstałe w ramach etyki medycznej.

Pojęcie kompetencji w bioetyce

Kluczowym tekstem, do którego odnosi się praktycznie całe piśmiennictwo z zakresu etyki medycznej, są *Zasady etyki medycznej* Toma Beauchampa i Jamesa Childressa¹⁹. Jego kolejne edycje wpłynęły na większość kodeksów etycznych zawodów medycznych na całym świecie. Ze wszystkich znaczących autorów prawdopodobnie właśnie ci poświęcają problemowi kompetencji najwięcej miejsca. Nie sposób zrekonstruować tutaj całego ich systemu ze wszystkimi jego zastrzeżeniami i warunkami, z konieczności więc poniższe omówienie jest pewnym uproszczeniem.

Dla problemu kompetencji szczególnie istotne są sformułowane przez tych autorów warunki zaistnienia świadomej zgody.

16 Tamże.

17 Tamże.

18 Ang. „informed refusal”, za: SCOCAL, *Thor v. Superior Court (Andrews)*, 5 Cal. 4th 725.

19 T. L. Beauchamp i J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, dz. cyt.

Warunki według Beauchampa i Childressa²⁰:

- 1) kompetencja (do podjęcia danej decyzji),
- 2) ujawnienie informacji,
- 3) rozumienie sytuacji,
- 4) dobrowolność,
- 5) przyzwolenie.

Autorzy ci przyjmują w powyższych warunkach bardzo wąsko rozumiany model kompetencji. Kompetencja nie jest tu zależna od rozumienia informacji zdolności jej zapamiętania czy orientacji w sytuacji, nie zależy także od braku przymusu, który jest warunkiem dobrowolności. W tym kontekście wydaje się, że kompetencja rozumiana jest znacznie wężej niż wspomniane wcześniej konteksty prawne i kliniczne chciałyby ją rozumieć. Autorzy rozwijają jednak dalej swoją koncepcję kompetencji i w tej formie wchłania ona, w mojej ocenie, część tych wcześniej sformułowanych warunków, tak że w zasadzie zostałyby następujące:

- 1) kompetencja,
- 2) informacja,
- 3) dobrowolność,
- 4) decyzja.

Beauchamp i Childress stwierdzają, że kompetencja jest „strażnikiem”, bez którego nie może być świadomej zgody, ale też definiują ją przez zdolność do wykonania pewnego zadania, w odróżnieniu od ogólniejszego pojęcia autonomii, która ma być rozumiana jako zdolność do ogólnego kierowania działaniem. Można być kompetentnym w różnym stopniu. Zauważają oni również, że tak rozumianą kompetencję decyzyjną, podobnie jak pospolite pojęcie kompetencji w jakiejś dziedzinie, należy rozumieć jako pewne kontinuum. Tak jak istnieją osoby mniej lub bardziej kompetentne do wykonania pewnego działania, tak kompetencja decyzyjna w sprawach medycznych może być rozwinięta w różnym stopniu. Na kompetencję mogą wpływać różne czynniki, takie jak posiadana wiedza, doświadczenie, ale też stan emocjonalny. Na przykład pacjent, który miał już doświadczenie podejmowania danego typu decyzji i ponoszenia jej skutków, jest bardziej kompetentny niż pacjent, który staje przed taką decyzją pierwszy raz. Ze względów pragmatycznych, gdy mowa o kompetencji i niekompetencji, Beauchamp i Childress postulują mówienie o progu kompetencji. Pacjenci poniżej progu byłiby niekompetentni a powyżej progu kompetentni. Dlatego,

²⁰ Tamże, s. 157.

mimo że faktycznie istnieją różne stopnie kompetencji, koncepcja ta traktuje to pojęcie binarnie, nie różnicując kompetencji np. doświadczonego pacjenta chorego na przewlekłą chorobę, który sam jest lekarzem i doskonale rozumie uwarunkowania i perspektywy związane ze swoją decyzją, i decyzji przypadkowej ofiary wypadku o niskim poziomie zrozumienia problemu, podejmującej decyzję pod wpływem bólu, szoku i silnych emocji, o ile ta osoba przekroczy tylko próg kompetencji.

W tym miejscu Beauchamp i Childress formułują kilka możliwych kryteriów pozwalających odróżniać pacjentów niekompetentnych:

„Kryteria niekompetencji. [...]

1. Niezdolność do wyrażenia lub zakomunikowania preferencji czy wyboru.
2. Niezdolność do zrozumienia sytuacji wraz ze wszystkimi jej konsekwencjami.
3. Niezdolność do zrozumienia istotnych racji.
4. Niezdolność do podania racji.
5. Niezdolność do podania racji racjonalnej [...]
6. Niezdolność do podania racji stojących za oceną spodziewanych zysków i strat [...]
7. Niezdolność do podjęcia rozumnej decyzji (uznanej za taką z punktu widzenia rozsądnej hierarchii wartości, prezentowanej przez daną osobę)”²¹.

Przedstawione kryteria można zinterpretować jako rodzaj hierarchii, w której kolejne punkty stawiają coraz wyższe wymogi podmiotowi podejmującemu decyzję do uznania jego wyboru za kompetentny. W punkcie 1. pojawia się wymóg minimalny – zdolność do komunikacji w jakiejś formie. Bez tego ciężko wyobrazić sobie jakikolwiek wybór, nie tylko wybór, którego dokonano kompetentnie. Kolejne punkty dodają wymogi dotyczące:

- 1) percepcji,
- 2) przetwarzania informacji,
- 3) racjonalności.

Zastosowane sformułowania – jeśli interpretować je dosłownie – stanowią wymogi trudne do spełnienia przez faktycznie działające podmioty. Trzeba tutaj wskazać szczególnie na punkt drugi, który nakłada zupełnie nierealistyczny wymóg

²¹ Tamże, s. 149.

zrozumienia wszystkich konsekwencji zaistniałej sytuacji. Trudność stanowi również wymóg siódmy. Konieczność oceny racjonalności podjętej decyzji z punktu widzenia przekonań osoby decydującej wprowadza do oceny kompetencji dodatkowy element normatywny i stawia tę ocenę bardzo blisko oceny faktycznych interesów podmiotu, czyli tego, na czym polega podejmowanie decyzji zastępczych w przypadku pacjentów niekompetentnych²².

Podjęcie to, próbując ująć wszystkie przypadki, narażone jest też na dodatkowe trudności. Z jednej strony autorzy zastrzegają, że dziwne lub nietypowe przekonania nie mogą być podstawą do uznania wszystkich przejawiających je pacjentów za niekompetentnych²³, z drugiej jednak zastrzegają, że uporczywe trwanie przy fałszywych przekonaniach, wbrew przedstawianym dowodom, jest oznaką niekompetencji ze względu na niezdolność do racjonalnego wyciągania wniosków²⁴. Pełne wyjaśnienie wpływu fałszywych przekonań na kwestie kompetencji wymagałoby ustalenia powodów uzyskiwania odmiennych od osoby oceniającej wyników rozumowania. Błędy mogą powstawać na etapie odbioru faktów, ich przetwarzania i wreszcie komunikowania wyników tego przetwarzania. Szczególnie etap przetwarzania jest narażony – również u osób zdrowych i kompetentnych – na różne czynniki, które mogą doprowadzić do fałszywych wniosków.

Większość osób żywi przeróżne fałszywe przekonania, często z uporem i wbrew faktom. Widać to choćby w ruchach antymedycznych i tzw. medycyny alternatywnej. W mediach mnóstwo jest ofert irydoterapii, akupunktury, leczenia nowotworów głodem, czy homeopatii, a fora internetowe pełne są osób wymieniających się doświadczeniami i poradami dotyczącymi tych metod „leczenia”. Miliony dolarów wydano na próby znalezienia wśród tych wszystkich „terapii” rzeczywiście działających metod leczniczych – jak dotąd bezskutecznie²⁵. Sugerowane przez Beauchampa i Childressa przekonywanie osób utrzymujących fałszywe przekonania oznaczałoby bezskuteczne próby zmiany poglądów zwolenników magicznych metod leczenia, astrologii oraz innych przesądów do przyjęcia racjonalnych poglądów przed podjęciem przez nich

22 W literaturze przedstawiającej badania empiryczne problemu kompetencji można znaleźć informacje o silnym wpływie myślenia o celach oceny i jej potencjalnych skutkach na wyniki oceny biegłych. Por. np. P. L. Schenider, K. A. Bramstedt, *When psychiatry and bioethics disagree about patient decision making capacity (DMC)*, „Journal of Medical Ethics” 2006, vol. 32, nr 2, s. 90–93.

23 T. L. Beauchamp i J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, dz. cyt., s. 149.

24 Tamże, s. 173.

25 Istnieją poważne przesłanki za tym, że same badania naukowe w zakresie tzw. medycyny alternatywnej są nieetyczne, nieefektywne z punktu widzenia ekonomiki systemu ochrony zdrowia, a w pewnych jurysdykcjach może i nielegalne. Analiza tych kwestii wykracza jednak poza zakres niniejszej pracy. Por. P. A. Offit, *Studying Complementary and Alternative Therapies*, „Journal of the American Medical Association” 2012, vol. 307, nr 17, s. 1803–1804.

decyzji dotyczącej leczenia. Nie bardzo wiadomo, jak takie postulaty można zoperacjonalizować, a co gorsza nie jest jasne, co miałyby się stać z osobami, których nie sposób przekonać. W niektórych krajach, jeśli przyjąć dane przytaczane przez Offita²⁶, 50% populacji mogłoby zostać uznane za niekompetentne. Zwalczanie przesądów, które prowadzą do szkód społecznych, np. w obszarze zdrowia publicznego, można uznać za istotną wartość w etyce medycznej. Wydaje się jednak, że postulat ten potraktowany poważnie, doprowadziłby nas zbyt daleko.

Na główne założenie autorów *Zasad etyki medycznej* głoszące, że kompetencja decyzyjna jest koniecznym warunkiem powszechnie przyjmowanej teorii autonomii, zgadza się większość autorów piszących o tej tematyce. Na gruncie polskim wskazuje na to choćby Paweł Łuków²⁷, który jednak zauważa szereg kwestii, które w praktyce medycznej muszą być wzięte pod uwagę, a które Beauchamp i Childress ignorują ze względu na swoje rozumienie kompetencji. Widać tu silne uwarunkowanie anglosaskiej etyki medycznej prawniczym sposobem myślenia i silną zależność od prawa, które wymaga rozstrzygalności i w związku z tym nie boi się rozwiązań arbitralnych.

Warto w tym miejscu wskazać na pewien ciekawy wątek w podręczniku bioetyki Jana Hartmana, który określa osobę autonomiczną jako „dorosłą, świadomą i inteligentną”²⁸. Pojawia się tam kryterium kompetencji formalnej (wiek), warunek kompetencji faktycznej (świadomość) i inteligencja, która zdaje się odpowiadać w jakiś sposób wymogom racjonalności stawianym przez Beauchampa i Childressa. Kryterium tak ujęte wydaje się kontrowersyjne, szczególnie jeśli czytać je w języku potocznym. A przecież podręcznik Hartmana jest adresowany do lekarzy, nie filozofów. Jednak może takie ujęcie tematu trafia w sedno problemu kompetencji do decyzji medycznych? W końcu zrozumienie, wytworzenie właściwych przewidywań co do przyszłości i ocena ich prawdopodobieństwa w przypadku postępowań nowoczesnej biomedycyny wymaga nie tylko znacznego zasobu wiedzy, ale i pewnej inteligencji. Tylko czy takie pojmowanie kompetencji decyzyjnej nie prowadzi znowu do swoistej „epidemii” pacjentów niekompetentnych? I jak rozumieć pojęcie inteligencji w świetle psychologii i neuronauk, które wyróżniają wiele rozmaitych rodzajów funkcji mentalnych, które zbiorowo potocznie określamy inteligencją?

Paweł Łuków w *Granicach zgody* tylko mimochodem dotyka tematyki kompetencji, jednak dokonuje tam kilku ciekawych obserwacji, które należy tu odnotować. Pacjent może być jego zdaniem niekompetentny decyzyjnie w sensie prawnym, ale

²⁶ Zob. tamże.

²⁷ P. Łuków, *Granicach zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*, dz. cyt., s. 92.

²⁸ J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, Warszawa, Wolters Kluwer Polska 2011, s. 106.

może być kompetentny w sensie formułowania swoich planów życiowych, preferencji, wyrażania wyznawanych wartości. Tak więc pacjent uznany za niekompetentnego nadal posiada pewne (sub)kompetencje, którymi może wspierać lekarza w podejmowaniu decyzji terapeutycznej. Jeśli przyjąć partnerski model relacji terapeutycznej, to chociaż ciężar prawny decyzji w przypadku pacjenta uznanego za niekompetentnego jest przesunięty na jego przedstawiciela ustawowego (czy też sąd), to pacjent nadal może być kompetentny do bycia uczestnikiem tego procesu.

Kolejna kwestia, którą dostrzega Łuków, to fakt, że istnieją różne poziomy funkcji psychicznych, na których można umiejscowić ten aspekt kompetencji, który jest istotny z punktu widzenia decyzji terapeutycznych²⁹. Poziom pierwszy to poziom, na którym powstają przekonania o własnym dobru, np. wartości lub cele, które są dla danej osoby istotne. Poziom drugi to zdolność do podążania za posiadanymi przekonaniami. Osoba może nie być zdolna (czasowo lub trwale) do wytworzenia nowych przekonań, ale może posiadać przekonania z okresu, kiedy miała kompetencję z pierwszego poziomu. Na przykład może być w stanie podać wartości i cele, które są dla niej istotne i być w stanie formułować preferencje działania w oparciu o te wartości czy cele. Teoria kompetencji musi rozstrzygnąć, czy do podjęcia ważnej decyzji wymagana jest kompetencja na pierwszym, drugim czy obu poziomach.

Trzecia, istotna dla teorii kompetencji decyzyjnej, obserwacja Łukowa zakłada spojrzenie na kompetencję decyzyjną jako na produkt relacji między pacjentem a lekarzem³⁰. Obaj, jako podmioty, zależnie od posiadanej wiedzy specjalistycznej, zdolności do rozumowania czy też stanu emocjonalnego, mają różne poziomy kompetencji do zajęcia stanowiska wobec danego zagadnienia terapeutycznego. Pewne kompetencje lekarza uzupełniają kompetencje pacjenta, a kompetencje pacjenta wspomagają kompetencję lekarza do podejmowania właściwych decyzji terapeutycznych – np. proponowania adekwatnych dla danego pacjenta metod terapeutycznych.

Problem kompetencji w praktyce

Rozwój medycyny wymusił konieczność powstania i uporządkowania kwestii oceny kompetencji pacjentów. Było to związane ze zmianą w paradygmacie relacji lekarz–pacjent, ogólnym rozwojem biomedycyny i coraz liczniejszą grupą przypadków kontrowersyjnych. Oparty na autonomii paradygmat relacji terapeutycznej wymusił refleksję i badania nad kompetencją także w obrębie samych nauk medycznych.

²⁹ P. Łuków, *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*, dz. cyt., s. 265.

³⁰ Tamże, s. 101.

Badania empiryczne nad tym problemem zaczęto prowadzić w latach 80. XX wieku. Towarzystwa naukowe i korporacje specjalistów z różnych krajów, opracowały szereg zaleceń i wytycznych w oparciu o wiedzę ogólnomedyczną i dedykowane kompetencji badania empiryczne. Najbardziej pogłębione i ciekawe badania przeprowadzono na pacjentach psychiatrycznych. Omówienie tego problemu z punktu widzenia medycyny i przegląd istniejącej literatury medycznej można znaleźć w badaniach Appelbauma i Grisso³¹. Były to badania empiryczne zmierzające do opracowania wygodnego narzędzia do oceny kompetencji w warunkach klinicznych. Autorzy tego opracowania przeanalizowali przygotowywane na potrzeby amerykańskich sądów opinie psychiatryczne i wskazali na tej podstawie na cztery komponenty kompetencji:

- 1) Zdolność do zakomunikowania wyboru.
- 2) Zdolność do zrozumienia informacji.
- 3) Zdolność do zrozumienia sytuacji i jej prawdopodobnych konsekwencji.
- 4) Zdolność do racjonalnego przetwarzania informacji.

Dążąc do operacjonalizacji tych pojęć, autorzy starali się uzyskać w badaniach kwantyfikowalne miary poszczególnych komponentów, posługując się testami funkcji kognitywnych pacjentów opartymi o scenariusze mające odpowiadać prawdziwym sytuacjom podejmowania decyzji o leczeniu. Badania Appelbauma i Grisso stanowiły całkowicie nowe podejście w stosunku do wcześniejszych prób badań, które opierały się o testy psychologiczne przeprowadzane w całkowitym oderwaniu od kontekstu decyzji podejmowanej w warunkach klinicznych³². Nowe podejście opiera się na koncepcji mówiącej, że zdolność decyzyjna jest zawsze zdolnością do podjęcia konkretnej decyzji, a nie uogólnioną własnością podmiotu. Narzędzie, które stworzyli Appelbaum i Grisso, potwierdziło w kolejnych testach klinicznych swoją zgodność z wynikami ustaleń biegłych psychiatrów³³. Warto tu nadmienić, że narzędzie zostało tak pomyślane, że może być z powodzeniem stosowane przez klinicystów nie będących specjalistami od zdrowia psychicznego³⁴.

31 P. S. Appelbaum, T. Grisso, *The MacArthur Treatment Competence Study. I, II, III*, „Law and Human Behaviour” 1995, vol. 19, nr 2, s.105–174. MacArthur Competence Tool (MacCAT) to powszechnie dziś stosowane narzędzie do oceny kompetencji decyzyjnej. Z biegiem czasu opracowano specjalne warianty tego narzędzia dla różnych sytuacji – np. badań klinicznych, pacjentów geriatrycznych i innych.

32 We wcześniejszych badaniach sprawdzano np. zdolności kognitywne pacjentów przy użyciu psychologicznych testów IQ albo zadań z układaniem różnokolorowych przedmiotów.

33 P. S. Appelbaum, *Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment*, dz. cyt.

34 Trzeba jednak zastrzec, że w literaturze medycznej nadal powtarzana jest opinia, że punktem odniesienia (*gold standard*) w kwestii kompetencji jest opinia biegłego psychiatry. Por. *Competence Assessment in Dementia*, ed. G. Stoppe, New York, Springer 2008, s 3.

Wnioski Appelbauma i Grisso wskazują na ciekawe fakty dotyczące pacjentów i możliwości oceny ich kompetencji. Chociaż pacjenci z zaburzeniami psychicznymi istotnie różnili się wynikami testów od grupy kontrolnej i od grupy pacjentów z chorobami somatycznymi, to jednak różnicę tę powodowała niewielka grupa ciężko zaburzonych psychicznie pacjentów. Autorzy wskazują jednak na trudności metodologiczne, które powodują, że „badanie tego typu trudno zaprojektować i przeprowadzić”³⁵.

Problem, na który wskazują autorzy, można zrekonstruować w języku przedstawionych już wymiarów kompetencji. Pacjenci reprezentują pewne kontinuum zdolności do realizowania czterech zaproponowanych wymiarów kompetencji. Nie jest jednak jasne, jak tłumaczyć umiejscowienie pacjenta w tym kontinuum na język prawa, czy nawet klinicznej oceny tego, czy jest on w danym momencie i sytuacji kompetentny do podjęcia określonej decyzji. Zdaniem autorów jedyny pewny wniosek, który można wysunąć, jest taki, że nie jest prawdą, że wszyscy pacjenci zaburzeniu umysłowo są *a limine* niekompetentni. Pewne deficyty funkcji umysłowych występują u znacznego procenta pacjentów, np. od 23% do 52% pacjentów z diagnozą schizofrenii wykazuje deficyty funkcji decyzyjnej – czyli zdolności do podjęcia i zakomunikowania wyboru. Autorzy wskazują, że z braku zasobów niemożliwe jest zapewnienie odpowiedniej oceny prawnej i fachowej każdego takiego pacjenta.

Appelbaum i Grisso wskazują też, że w praktyce klinicznej istotne i warte dalszego badania mogą być takie kwestie, jak sposób podawania informacji, która ma być przedmiotem decyzji. Informowanie rozciągnięte w czasie, rozłożone na etapy, dawało statystycznie lepsze wyniki. Ważne jest też to, że oceny kompetencji pacjentów muszą uwzględniać ich diagnozę medyczną i stan psychiczny. Na przykład schizofrenicy wymagają, zdaniem tych autorów, uważniejszej oceny ze względu na większe prawdopodobieństwo ograniczonej kompetencji.

Już dawniej prowadzono badania wskazujące na bardzo silny wpływ wykształcenia, w szczególności umiejętności czytania i pisania, na zdolność do zrozumienia informacji potrzebnej do uzyskania kompetencji decyzyjnej³⁶. Ze względu na znaczny już wpływ czasu od wykonania tych badań a także odmienny kontekst kulturowy

35 Istotnym problemem utrudniającym przeprowadzenie takiego badania jest kwestia świadomej zgody. Badanie pacjentów, których kompetencja budzi wątpliwości, wymaga uzyskania nie tylko formalnej zgody, ale także zgody lekarzy prowadzących i często po prostu nie jest możliwe. Dlatego autorzy uważają, że osoby niekompetentne będą niedostatecznie reprezentowane w badaniu wykonywanym w ten sposób. W pewnym sensie badanie kompetencji jest niemożliwe ze względu na brak *nomen omen* kompetencji.

36 Np. A. Berg, K.B. Hammitt, *Assessing the Psychiatric Patient's Ability to Meet the Literacy Demands of Hospitalization*, „Hospital & Community Psychiatry” 1980, vol. 31, nr 4, s. 266–268; P.S. Appelbaum and T. Grisso, *The MacArthur Treatment Competence Study...* dz. cyt, s. 105–126.

i edukacyjny, należy podkreślić tylko bardzo ogólny wniosek, a mianowicie taki, że istotnym elementem kompetencji decyzyjnej, także w ocenie medycznej, są kwestie związane z faktycznym poziomem wykształcenia i zdolnością do zrozumienia złożonych treści. W omawianych badaniach mowa jest o pacjentach psychiatrycznych, którzy mają specyficzne trudności ze zrozumieniem swojego stanu, ale nie ma powodu by nie podejrzewać, że podobnego rodzaju trudności występują w innych populacjach pacjentów. Wraz z rozwojem biomedycyny i pogłębiającą się specjalizacją wiedzy będą się tylko nawarstwiać.

Od czasu powstania MacCAT (MacArthur Competence Assessment Tool) i jego różnych odmian przeznaczonych dla konkretnych obszarów praktyki klinicznej, poszczególne towarzystwa medyczne sformułowały wiele zaleceń dotyczących metod i standardów oceny kompetencji. Można tu wymienić, tylko dla przykładu, *The Academy of Psychosomatic Medicine Practice Guidelines for Psychiatric Consultation in the General Medical Setting* – niezwykle obszerne wytyczne dla psychiatrów pracujących w środowisku ogólnomedycznym³⁷. Zawierają one niektóre elementy będące z pewnością wynikiem przedstawionych powyżej badań empirycznych a także analiz filozoficznych. W szczególności podkreśla się w nich indywidualny charakter danej sytuacji i decyzji, która ma być przez pacjenta podjęta, dla każdego orzeczenia o kompetencji. Podkreśla się też związek stanu pacjenta, trudności decyzji i jej konsekwencji. Zdaniem autorów tych wytycznych ocena kompetencji jest ważną decyzją kliniczną.

W zaleceniach wyraźnie widać konieczność oceny różnych aspektów kognitywnego funkcjonowania pacjenta, nie zawierają one jednak konkretnych wytycznych dotyczących sposobów testowania poszczególnych populacji pacjentów. Podobne, ale mniej rozbudowane, są zalecenia opublikowane przez APA³⁸.

Dalsze kierunki badań

Na tle prześludzonej literatury wydaje się, że stosunkowo najsłabiej kwestię kompetencji decyzyjnej zbadało środowisko bioetyczne. Mimo dość rozległego omówienia w najpopularniejszym ujęciu bioetyki Beauchampa i Childressa widać, że ich analizy, które od początku były niedoskonałe, są dziś w pewnym stopniu także nieaktualne,

37 H. E. Bronheim, G. Fulop, E. J. Kunkel, P. R. Muskin, B. A. Schindler, W. R. Yates, R. Shaw, H. Steiner, T. A. Stern, A. Stoudemire, *The Academy of Psychosomatic Medicine Practice Guidelines for Psychiatric Consultation in the General Medical Setting*, *The Academy of Psychosomatic Medicine*, „Psychosomatics” 1998, vol. 39, nr 4, s. S8–S30. Protokół dostępu: <http://www.apm.org/prac-gui/s8.pdf>

38 American Psychiatric Association (APA), *Practice Guideline for Psychiatric Evaluation of Adults*, 2nd Edition, American Psychiatric Association (APA), Washington (DC) 2006.

istnieją bowiem ustalenia empiryczne, do których kompletne ujęcie tematu musi się odnieść i wziąć je pod uwagę.

W świetle tych badań, a także analiz filozofów zajmujących się tematem, wydaje się, że nie do utrzymania jest ujęcie kompetencji jako całościowo pojmowanej własności pacjentów, której pewne tylko ich grupy są pozbawione. W trafnym uchwyceniu tego problemu konieczne jest zrozumienie relacji między daną czynnością medyczną, na którą ma być wyrażona zgoda, różnymi funkcjami umysłowymi danego pacjenta w danym czasie i działaniami osób zaangażowanych w podejmowanie przez pacjenta decyzji.

Ciekawe nowe podejście w tym duchu do omawianej tematyki proponuje Neil Levy³⁹. Przedstawia on liczne ograniczenia kognitywne, którym podlegają nie tylko osoby chore czy zaburzone psychicznie, ale też osoby zdrowe w codziennych niestresujących sytuacjach. Racjonalność człowieka ma ograniczony zakres – niezależnie od stanu ciała i umysłu czy wpływu otoczenia. Ograniczenia, takie jak nieprzykładanie właściwej wagi do przyszłości, sugerowanie się niepowiązanymi informacjami czy niezdolność do adekwatnej oceny przyszłego samopoczucia powodują, że – zdaniem tego autora – w zasadzie żadna decyzja medyczna nie jest w pełni racjonalna i autonomiczna w taki sposób, w jaki przedstawia to zwykle etyka medyczna. Świadoma zgoda udzielana przez w pełni kompetentny, tj. racjonalny i poinformowany podmiot wydaje się tylko nieosiągalnym ideałem. Autor proponuje więc wspomaganie autonomii pacjentów przez wspomaganie ich kompetencji decyzyjnej. Mogłoby ono mieć wiele wymiarów, ale godne uwagi są tutaj dwie grupy takich działań. Jedna miałaby polegać na rozpoznawaniu elementów nieracjonalnych albo błędów poznawczych, które skłaniają pacjenta to podjęcia takiej, a nie innej decyzji i próba ich zmiany przez wywieranie wpływu, tłumaczenie, dodatkowe informacje. Druga grupa działań miałaby na celu zmniejszanie wpływu czynników zewnętrznych, takich jak stres czy silne emocje. Rozciąganie decyzji w czasie, utrudnianie podejmowania decyzji, które są wbrew racjonalnym interesom pacjenta, miałyby wspomagać go w dokonaniu racjonalnego, autonomicznego wyboru zbliżonego do wzorca. W ramach tej koncepcji pojawia się też pomysł wprowadzenia do praktyki medycznej specjalistów od świadomej zgody, którzy pomagaliby pacjentowi uzyskać wyższy poziom kompetencji. Oczywiście klinicyści doskonale znają takie podejście z praktyki, ale wyrażenie tego *explicite* i niejako usankcjonowanie w ramach akademickiej etyki medycznej jest znaczącą zmianą w podejściu do autonomii pacjenta.

39 N. Levy, *Forced to be Free? Increasing Patient Autonomy by Constraining It*, „Journal of Medical Ethics” 2011, vol. 40, nr 5, s. 293–300.

Takie podejście wydaje się ciekawe, ale wymaga z pewnością jeszcze bardzo obszernych badań empirycznych dotyczących czynników faktycznie wpływających na decyzje podejmowane przez różne kategorie pacjentów. Znając taki katalog grup pacjentów i czynników ograniczających ich kompetencję, można sobie wyobrazić wspomaganie ich, skutkujące podejmowaniem bardziej kompetentnych decyzji. Wydaje się, że właściwe byłoby rozpatrywanie kompetencji w jakiś wspólny sposób w ramach zespołu pacjent – profesjonalista medyczny⁴⁰. Niestety nie jest jasne, jakby to mogło w szczególności wyglądać w coraz szybciej depersonalizującej się praktyce medycznej, w której coraz trudniej o funkcjonującą relację terapeutyczną.

Żadna jednak liczba badań empirycznych nie usunie problemu konieczności arbitralnego rozstrzygnięcia co do znaczenia takich pojęć jak racjonalność, czy określenia minimalnego koniecznego poziomu funkcji poznawczych dla podjęcia danej decyzji. Wydaje się, że w sposób nieunikniony rzeczy te muszą zostać przyjęte w ramach jakiegoś konsensusu ekspertów. Badania nie są też w stanie zaproponować zoperacjonalizowanej koncepcji kompetencji na potrzeby prawa medycznego, która zamknęłaby spory raz na zawsze. Im więcej wiemy na temat tego pojęcia, tym bardziej wydaje się, że decyzje dotyczące kompetencji pozostaną jednymi z najbardziej chwiejnych rozstrzygnięć na gruncie bioetyki i bioprawa. Na przykład, osoba zaburzona psychicznie, ale posiadająca znane i ugruntowane poglądy na temat sposobu śmierci i umierania, prawdopodobnie może być kompetentna do odmowy leczenia zaawansowanego nowotworu, a równocześnie nie być kompetentna do odmowy leczenia psychiatrycznego. Można tu jednak wyrazić wątpliwość co do trwania tożsamości osobowej, a przez to i ciągłości trwania takich utrwalonych preferencji u osoby, która nabyła pewne zaburzenia psychiczne. Takie wątpliwości dotyczyłyby jednak tylko osób szczególnie ciężko zaburzonych, a więc tych, które umiemy oddzielić również w empirycznych i w miarę obiektywnych badaniach, jako osoby ze szczególnie wątpliwą kompetencją. Chociaż możemy poczynić wszystkie te rozróżnienia, wydaje się, że nie zawsze będziemy w stanie je zastosować w praktyce klinicznej.

Podsumowanie

Zagadnienie kompetencji decyzyjnej jest badane w trzech odrębnych dziedzinach wiedzy z własnymi instytucjami, metodami i aparatem pojęciowym. Chociaż istniejąca literatura pokazuje znaczne przenikanie języka bioetyki do pozostałych dziedzin, badania nie są zwykle prowadzone interdyscyplinarnie, rzadko też sama kompetencja

40 Por. P. Łuków, *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*, dz. cyt., s. 101.

jest ich przedmiotem, zwykle jest charakteryzowana niejako przy okazji. Na gruncie polskim znaczący jest brak opracowań, które funkcjonowałyby w lokalnej kulturze prawnej odmiennej od systemu anglosaskiego, w którym wytworzono większość literatury bioetycznej na ten temat.

Dominujące podejście bioetyczne ma swoje korzenie w myśleniu prawniczym charakterystycznym dla *common law* i wywodzi swoje pojęcie kompetencji z tej tradycji. Nowoczesna praktyka medycyny i refleksja nad nią wyrażona w bioetyce wymaga podejścia opartego na najnowszych ustaleniach neuronauk i najlepszym możliwym zrozumieniu procesów decyzyjnych człowieka. Jeśli poważnie chcemy traktować zasadę autonomii w podejmowaniu decyzji medycznych, musimy nie tylko zrozumieć, jak odróżnić osoby nieautonomiczne, ale także w jaki sposób możemy zwiększyć ich zdolność do autonomii – ich kompetencję decyzyjną.

Abstract

The Notion of Capacity for Therapeutic Decision-Making

The notion of capacity for therapeutic decision-making is indispensable for theory and practice of patient autonomy. The paper presents different approaches to this issue in law, philosophy and medical science and points to directions of future development and integration between those disciplines. Existing conceptual analyses, empirical science and jurisprudence from different countries requires further coordination and development of new concept of capacity in agreement with data from modern cognitive science.

