



Kompetencja do wyrażenia zgody na przyjęcie i pobyt w szpitalu a kompetencja do wyrażenia zgody na leczenie

*Competence to express consent
for admission to psychiatric hospital versus competence
to express consent for treatment*

JANUSZ MORASIEWICZ

Z Katedry Psychiatrii AM we Wrocławiu

STRESZCZENIE. *W artykule przedstawiono odejście od modelu paternalistycznego w kierunku respektowania świadomej zgody pacjenta w odniesieniu do interwencji medycznej w polskim ustawodawstwie medycznym. Poddano analizie poglądy dotyczące kompetencji do podejmowania decyzji jako elementu progowego świadomej zgody. Przedstawiono kryteria i wymogi kompetencji w odniesieniu do polskiego prawa medycznego, zwracając uwagę na istniejące w tym zakresie braki. Podkreślono potrzebę rozwiązania problemu oceny kompetencji osób zaburzonych psychicznie w procedurach medycznych i prawnych.*

SUMMARY. *The article discusses withdrawal from the paternalistic model in favour of respect for patients' informed consent to medical intervention in Polish medical legislation. Various opinions concerning decisional competence as a threshold element of informed consent are discussed. The criteria and demands of competence in Polish medical law are presented and attention is paid to existing shortcomings. Special emphasis is put on the need to solve the problem of how to assess competence in mentally disturbed individuals in medical and legal procedures.*

Słowa kluczowe: kompetencja / świadoma zgoda / kryteria kompetencji / zaburzenia psychiczne
Key words: competence/ informed consent/ criteria of competence/ mental disorders

We współczesnych rozważaniach na temat relacji między pacjentem a lekarzem, czy szerzej – instytucją leczącą, uwzględniane są nowe okoliczności wynikające z kryzysu dotychczasowego wzorca wywodzącego się z etycznego przesłania Hipokratesa, a opartego o model paternalistyczny [3, 10, 18]. Powszechne zaakceptowanie zgody pacjenta jako czynnika z zasady niezbędnego do podjęcia interwencji lekarskiej, a w szerszym ujęciu – medycznej, dokonało się w większości kultur w ostatnim półwieczu. Jednakże problem oceny zdolności pacjenta do wyrażenia świadomej zgody pozostaje nadal otwarty [3].

ZGODA NA INTERWENCJĘ MEDYCZNĄ W POLSKIM PRAWIE MEDYCZNYM

Polskie ustawodawstwo medyczne w różny sposób określa warunki zgody na interwencję lekarską czy szerzej medyczną.

W *Ustawie o zakładach opieki zdrowotnej* (1991 r.) w art. 19 ust. 1 pkt 3 jest mowa o tym, że „pacjent ma prawo do... wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy po uzyskaniu odpowiedniej informacji”. Dalej w art. 21 ust. 1 stwierdza się, że „o przyjęciu do szpitala osoby zgłaszającej się lub skierowanej

przez lekarza albo uprawnioną instytucję orzeka lekarz wyznaczony do tych czynności, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody tej osoby lub przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego, chyba że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do szpitala bez wyrażenia zgody” [26].

W *Kodeksie Etyki Lekarskiej* (1993 r.) w art. 13 mowa jest o respektowaniu prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu podstawowych decyzji lekarskich oraz o wymogu informowania pacjenta o ryzyku i korzyściach zabiegów diagnostycznych i leczniczych oraz o ich alternatywach. Z kolei w art. 15 postanowiono, że „postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta”, przy czym należy ocenić zdolność pacjenta „do świadomego wyrażenia swej zgody” [17].

W *Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego* (1994 r.) w art. 3 pkt 4 podana została dla potrzeb tej ustawy definicja zgody, która powinna być:

-
- swobodnie wyrażona;
 - poprzedzona poinformowaniem o:
 - 1) celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego,
 - 2) stanie zdrowia,
 - 3) proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych,
 - 4) dających się przewidzieć skutkach działań diagnostycznych i leczniczych lub ich zaniechania;
 - wyrażona przez osobę z zaburzeniami psychicznymi zdolną do zrozumienia przekazywanej jej w dostępny sposób powyższej informacji.
-

W art. 22 ust. 1 dodatkowo określono jako warunek przyjęcia do szpitala psychiatrycznego pisemne wyrażenie zgody przez osobę przyjmowaną [25].

W *Ustawie o zawodzie lekarza* (1996 r.) w art. 32 określono, że z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, przepro-

wadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń przez lekarza jest możliwe po wyrażeniu zgody przez pacjenta, przy czym lekarz powinien ocenić czy pacjent jest zdolny lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody. W odniesieniu do zabiegów operacyjnych oraz metod leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta jako wymagalne określono w art. 34 uzyskanie jego pisemnej zgody oraz ocenienie przez lekarza zdolności lub niezdolności pacjenta do świadomego wyrażenia pisemnej zgody [27].

Porównanie treści cytowanych wyżej rozwiązań prawnych zwraca uwagę na odejście od ogólnikowości i braku wymagań dla zgody traktowanej zresztą jako prawo, a nie wymóg (z prawa wszakże można zrezygnować) w Ustawie o zakładach opieki zdrowotnej – najwcześniejszej z wymienionych aktów – w kierunku ustalenia, że osoba wyrażająca zgodę musi być zdolna uczynić to świadomie oraz wymagać zgody pisemnej w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi przyjmowanymi do szpitala psychiatrycznego, podobnie jak w odniesieniu do osób poddawanych zabiegom operacyjnym oraz metodom diagnostycznym lub leczniczym stwarzającym dla pacjenta podwyższone ryzyko.

PRIORYTET ŚWIADOMEJ ZGODY I JEGO ISTOTA

Takie rozstrzygnięcia świadczą o przyjęciu w polskim ustawodawstwie medycznym priorytetu świadomej zgody pacjenta w odniesieniu do interwencji medycznej. Jest to konsekwencją przyjęcia priorytetu autonomii pacjenta w jego relacji z lekarzem w przeciwieństwie do wcześniejszego wielowiekowego prymatu paternalizmu lekarskiego [3, 10, 18].

Dalszym następstwem tych decyzji staje się konieczność: (1) uwzględnienia zdolności pacjenta do udzielenia takiej zgody, (2) ustalenia kryteriów zgody świadomej, (3) ustalenia procedur postępowania, gdy pacjent nie speł-

nia kryteriów do udzielenia świadomej zgody, (4) ustalenia zakresu wyrażanej każdorazowo zgody.

Wg Beauchampa i Childressa określenie „świadoma zgoda” może być rozumiane dwojako, jako mianowicie: (1) „autonomiczne przyzwolenie jednostki na interwencję medyczną lub na wzięcie udziału w eksperymencie medycznym”, (2) przyzwolenie wiążące „w ramach reguł istniejących w obrębie danej instytucji czy prawa” [3]. Istotne jest rozróżnienie tych dwóch znaczeń, gdyż nie są one tożsame. Pacjent może bowiem autonomicznie udzielić świadomej zgody w rozumieniu pierwszej definicji, a jednocześnie nie spełniać warunków do jej wydania z powodu niespełniania reguł prawnych, tj. wg zasad, o których mówi druga definicja [8]. Przykładem może tu być tzw. „dojrzały małoletni”, który spełnia warunki do wydania autonomicznego przyzwolenia, jednakże przyzwolenie to nie może być wiążące z uwagi na zasady prawne wymagające zgody opiekuna.

W rozważaniach nad czynnikami niezbędnymi do określenia zgody jako świadomej przyjmuje się różne elementy [3, 10, 24], które można sprowadzić do kilku zasadniczych:

-
1. kompetencji pacjenta w rozumieniu i decydowaniu,
 2. ujawnienia informacji przez lekarza,
 3. rozumienia sytuacji przez pacjenta,
 4. dobrowolności pacjenta przy podejmowaniu decyzji,
 5. zgody pacjenta.
-

KOMPETENCJA JAKO ELEMENT PROGOWY ZGODY ŚWIADOMEJ

Wśród wymienionych czynników kompetencja pacjenta odgrywa istotną rolę, będąc elementem progowym pozwalającym wstępnie określić czy zgoda pacjenta może być uznana za świadomą. Podobną rolę odgrywa dobrowolność w decyzji pacjenta, jed-

nakże w dalszej części przedstawiony zostanie szczegółowo tylko ten pierwszy czynnik z uwagi na jego podstawowe znaczenie dla interwencji medycznej wobec osób z zaburzeniami psychicznymi [3, 11]. Ponadto, w polskim piśmiennictwie niewiele jest gruntownych rozważań na ten temat [23].

Kompetencja określana jest jako zdolność do wykonania zadania. Takim zadaniem może być podejmowanie określonych decyzji.

Kompetencja do podejmowania decyzji zależy od rodzaju decyzji (zadania). Nie jest się kompetentnym do podejmowania wszelkich decyzji, a z drugiej strony rzadko kto wykazuje niekompetencję we wszelkich sferach życia. Można być kompetentnym do podjęcia jednych decyzji, a niekompetentnym w odniesieniu do innych. Oznacza to, że granica kompetencji zależy od zadania (lub inaczej: to określone zadanie stawiane przed określoną osobą wyznacza granice jej kompetencji). Takim zadaniem może być podejmowanie decyzji o swoim zdrowiu.

W odniesieniu do określonego zadania można podzielić ludzi, a zatem i pacjentów, na kompetentnych i niekompetentnych. Tak podzieleni różnią się między sobą progiem kompetencji.

Kompetencja do podjęcia określonej decyzji dotyczy określonej osoby w określonym czasie. Niektórzy ludzie nigdy nie byli kompetentni do podejmowania decyzji w odniesieniu do swego zdrowia. Inni utracili kompetencję, którą w tym zakresie uprzednio posiadali.

Można być niekompetentnym trwale albo czasowo.

Warunkiem uznania osoby za kompetentną jest przyjęcie, iż jest ona autonomiczna, tj. niezależna w działaniu. Autonomia jest cechą stopniowalną w odróżnieniu od kompetencji: wobec jakiegoś zadania (podjęcia jakiejś decyzji) można być albo kompetentnym albo niekompetentnym [3, 22].

Na ogół przyjmuje się, że oceniając kompetencję pacjenta lekarze nie powinni ustalać wyższych (lub niższych) standardów dla autonomii, niezbędnych do określenia kryteriów

i ustalenia progów kompetencji, niż jest to wymagane w danym społeczeństwie w odniesieniu do podejmowania takich zadań, jak: zawarcie związku małżeńskiego czy prawomocnej umowy, wyrażanie zgody na pożycie seksualne, prowadzenie pojazdów mechanicznych, wyrażanie ostatniej woli, czy nawet picie alkoholu lub palenie papierosów, tj. różnych ryzykownych zajęć i branie za swoje decyzje odpowiedzialności [10]. Prawnicy skłaniają się zwykle do ustalenia „słabych” kryteriów kompetencji, kładąc nacisk na autonomię pacjenta, podczas gdy lekarze preferują na ogół rygorystyczne kryteria, przedkładając dobro i bezpieczeństwo pacjenta nad jego autonomię [10, 15].

Te dwie przesłanki stanowią często o tym, że lekarze częstokroć podważają kompetencję pacjenta wtedy, gdy nie godzi się on z proponowaną mu interwencją medyczną.

O wiele rzadziej kwestionowana jest kompetencja pacjenta do podejmowania decyzji, gdy pozostaje ona w zgodzie z wartościami uznawanymi przez lekarza, tj. gdy pacjent akceptuje proponowane mu postępowanie medyczne. Tymczasem uznanie kogoś za kompetentnego powinno opierać się na przyjęciu określonych kryteriów kompetencji, z możliwym wyeliminowaniem wpływu wartości uznawanych przez lekarza.

Większość prawników, etyków i lekarzy przyjmuje obecnie zasadę, że wymagany poziom kompetencji pacjenta powinien rosnać proporcjonalnie do ryzyka, jakie niesie rozpatrywana interwencja medyczna. Brak jest jednak rozstrzygnięć prawnych, kto ma oceniać stopień tego ryzyka [3, 4, 7, 10, 11]. Odbiciem takiego rozumienia problemu jest m.in. wymóg uzyskania pisemnej zgody pacjenta na zabiegi operacyjne oraz na leczenie i diagnostykę stwarzające dla pacjenta podwyższone ryzyko.

Kierując się powyższą zasadą należy stawić inny próg kompetencji pacjentowi akceptującemu określoną interwencję medyczną, a inny pacjentowi odrzucającemu tę interwencję, gdyż zwykle ryzyko dla życia i zdrowia pacjenta jest inne w przypadku

podjęcia danej interwencji i inne w razie jej zaniechania. Ten aspekt oceny wymaganej kompetencji pacjenta rzadko jest w praktyce uwzględniany przez lekarzy.

Beauchamp i Childress wyrażają inny pogląd na tę sprawę. Twierdzą, że nie jest właściwym przyjęcie powyższej zasady, gdyż „błędem jest utożsamianie stopnia trudności lub złożoności zadania z ryzykiem związanym z decyzją”. Proponują w zamian jako rozwiązanie problemu przyjęcie, że tylko nasze przekonanie na temat kompetencji pacjenta powinno się zmieniać w zależności od ryzyka wynikającego z decyzji, którą ma on podjąć, chociaż rzeczywista jego kompetencja zależy jedynie od stopnia trudności w podejmowaniu decyzji [3].

Sformułowanie „kryterium kompetencji” może być rozumiane dwojako: (1) jako wymogi kompetencji, tj. warunki związane z rozumieniem, myśleniem i podejmowaniem decyzji, które muszą zostać spełnione, aby uznać kogoś za kompetentnego lub niekompetentnego, tj. sytuujące tę osobę po jednej lub drugiej stronie progu kompetencji, (2) jako wskaźniki pragmatyczne pozwalające zaliczyć określoną osobę do grona osób kompetentnych lub nie.

Takimi pragmatycznymi wskaźnikami mogą być:

-
-
- kryterium wieku,
 - kryterium wyniku badania testowego,
 - kryterium umiejętności wyrażania zgody w określony prawem sposób, np. pisemnie,
 - kryterium posiadania zdolności do czynności prawnych.
-
-

WYMOGI I KRYTERIA KOMPETENCJI A PRAWO

Do oceny kompetencji danej osoby do wyrażenia zgody na interwencję medyczną formułuje się współcześnie różne wymogi (kryteria merytoryczne). Do najczęściej akceptowanych należą modele postępowania

zaproponowane przez Rotha i wsp. [20, 21], Gutheila i wsp. [12], Appelbauma i Grisso [1] oraz strategia ruchomej skali Brocka [4]. W wielu opracowaniach przedstawiono syntetyczne dane dotyczące kryteriów kompetencji [3, 6, 9, 10, 11, 16, 24]. Obok tradycyjnego poglądu, że kompetencję pacjenta powinien oceniać lekarz, pojawiły się próby oceny kompetencji pacjentów przez interdyscyplinarne zespoły z udziałem lekarza, prawnika, etyka i innych specjalistów [19].

W polskim prawie medycznym nie zostały dotąd sformułowane wymogi kompetencji, czyli warunki, jakie muszą być spełnione, aby uznać daną osobę za kompetentną lub niekompetentną do świadomego wyrażenia zgody i podlega to dowolnej ocenie lekarza, wobec którego zgoda jest wyrażana. Brak jest również na ogół odpowiedniej pragmatyki w poszczególnych instytucjach medycznych, jak również standardów profesjonalnych, wypracowanych przez lekarzy.

Tak więc warunki związane z rozumieniem, myśleniem i podejmowaniem decyzji, niezbędne do spełnienia przez pacjenta aby uznać go za kompetentnego lub nie, pozostają do wyboru przez lekarza.

Czynnik ryzyka zawartego w danej interwencji medycznej znalazł odbicie w polskich przepisach prawnych, wg których na zabieg operacyjny czy na metody leczenia i diagnostyki stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjenta zgoda musi być wyrażona pisemnie [27]. Wskazywałoby to na uwzględnienie jako kryterium pragmatycznego kompetencji wymogu pisemnej zgody w odniesieniu do niektórych interwencji medycznych.

Stopień trudności lub złożoności zadania związanego z podejmowaniem decyzji jako przesłanka ustalania kompetencji pacjenta nie znajduje odbicia w obowiązujących w Polsce przepisach prawnych, chociaż powinien on być uwzględniony w pierwszej kolejności. Prawo nie wymaga zatem od lekarza oddzielnej oceny kompetencji pacjenta w odniesieniu do decydowania o poddaniu się badaniu lekarskiemu, o przyjęciu do szpitala, o podjęciu określonego leczenia, o odmowie

określonego leczenia czy o wypisie ze szpitala. Pomija się okoliczność, że każda z tych decyzji pacjenta może mieć inny stopień trudności i złożoności, a więc różnić się progiem niezbędnej kompetencji, a dana osoba może być raz oceniona jako kompetentna, a drugim razem jako niekompetentna [3, 7].

W Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego przyjęto wstępne warunki, które zapowiadały, że ustawodawca uwzględni różnorodne aspekty i elementy zgody wydawanej przez osoby z zaburzeniami psychicznymi – oddzielnie na przyjęcie do szpitala, podjęcia lub zaniechania leczenia czy postępowania diagnostycznego [art. 3 pkt 4]. Jednakże z dalszego tekstu Ustawy wynika, że na mocy przepisów w niej zawartych rozstrzygane jest tylko przyjęcie do szpitala psychiatrycznego. Tak więc pozostałe elementy odbywającej się za zgodą pacjenta interwencji psychiatrycznej, obejmującej badanie, procedury diagnostyczne i lecznicze, regulują przepisy ogólnego prawa medycznego. Takie rozstrzygnięcie pomija fakt, że w przypadku interwencji medycznej wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi należałoby oddzielnie rozpatrywać kompetencję pacjenta z zaburzeniami psychicznymi do podjęcia decyzji w sprawie: (1) poddania się badaniu, (2) przyjęcia do szpitala, (3) pobytu w szpitalu (wypisu ze szpitala), (4) podjęcia określonego leczenia, (5) odmowy określonego leczenia.

W każdym przypadku oddzielnie należałoby analizować zdolność pacjenta do wyrażenia zgody odnośnie interwencji psychiatrycznej i niepsychiatrycznej [4].

KOMPETENCJA OSOBY ZABURZONEJ PSYCHICZNIE DO WYRAŻENIA ZGODY

Ocena kompetencji pacjenta do wyrażenia zgody na interwencję medyczną ma szczególne znaczenie wobec osób zaburzonych psychicznie, gdyż z jednej strony stan zdrowia psychicznego jest głównym czynnikiem determinującym kompetencję danej osoby

[5, 23], a z drugiej strony zaburzenia psychiczne są jednym z najczęstszych powodów podejmowania postępowania leczniczego bez zgody określonej osoby. Ustalenie, czy dana osoba może być traktowana jako kompetentna do wyrażenia zgody, jest istotne z wielu powodów.

Galen uważa, że ocena kompetencji pacjenta zaburzonego psychicznie do wyrażenia przezeń zgody na leczenie powinna być bardziej wnikliwa i dokładna niż w odniesieniu do pacjentów bez takich zaburzeń. Argumentuje, że psychiatria bardziej niż inne specjalności medyczne jest zależna od opinii i relacji pacjenta prawie w każdym aspekcie praktyki – od rozpoznania poprzez monitorowanie efektów leczenia, do psychoterapii. Kompetencja tych pacjentów może podlegać fluktuacjom, stąd autor zaleca okresowe ponawianie jej oceny przez lekarza [9].

Kompetencja osoby z zaburzeniami psychicznymi jest tak samo ważna dla oceny jej zdolności do wyrażenia zgody na interwencję medyczną, jak i do oceny jej zdolności do odmowy poddania się tej interwencji.

Częsty konflikt pomiędzy wartościami uznawanymi za priorytetowe przez osobę z zaburzeniami psychicznymi a wartościami uznawanymi przez lekarza – takimi jak zdrowie tej osoby i bezpieczeństwo jej życia – powoduje, że osoby z zaburzeniami psychicznymi wyrażające zgodę na interwencję medyczną będą oceniane z użyciem „słabszych” kryteriów kompetencji, gdyż ich zgoda będzie oczekiwana przez lekarza.

Brak jednoznacznego rozstrzygnięcia tego problemu będzie sprzyjał kwalifikowaniu osób niekompetentnych do wyrażenia zgody na interwencję medyczną do grupy osób, wobec których stosowane będą procedury bez zgody mimo faktycznego niespełniania przez nich kryteriów ustawy („naciąganie przepisów ustawy dla dobra zdrowia pacjenta”).

Ocena, czy określona osoba z uwagi na stan zdrowia psychicznego jest kompetentna czy też nie do udzielenia zgody na określoną interwencję medyczną, poprzedzająca kwalifikowanie do interwencji bez zgody (ograni-

zionej tylko do osób kompetentnych), pozwoliłaby na istotne rozróżnienie tak procedur, jak i osób poddawanych oddziaływaniom medycznym. Osoby niekompetentne poddawane byłyby interwencjom medycznym po zastosowaniu przewidzianej prawem procedury z wydaniem zgody substytucyjnej.

PIŚMIENNICTWO

1. Appelbaum P.S., Grisso T.: Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N. Engl. J. Med.* 1988, 319, 1635–1638.
2. Appelbaum P.S., Lidz Ch.W., Meisel A.: *Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice.* Oxford Univ. Press, New York 1987.
3. Beauchamp T.L., Childress J.F.: *Zasady etyki medycznej.* Książka i Wiedza, Warszawa 1996.
4. Brock D.: Decision-making competence and risk. *Bioethics* 1991, 5, 105–112.
5. Culver C.M., Gert B.: *Philosophy in medicine – conceptual and ethical issues in medicine and psychiatry.* Oxford Univ. Press, New York 1982, 109–125.
6. Draper R., Dawson D.: Competence to consent to treatment: A guide for psychiatrist. *Canad. J. Psychiatry* 1990, 35, 285–288.
7. Eth S.: Competency and consent to treatment. *JAMA* 1985, 253, 778–779.
8. Faden R.R., Beauchamp T.L.: *A History and Theory of Informed Consent.* Oxford Univ. Press, New York 1986.
9. Galen K.D.: Assessing psychiatric patients' competency to agree to treatment plans. *Hosp. Community Psychiatry* 1993, 44, 4, 361–364.
10. Gillon R.: *Etyka lekarska – problemy filozoficzne.* PZWL, Warszawa 1997.
11. Glass K.C.: Refining definitions and devising instruments: Two decades of assessing mental competence. *Int. J. Law Psychiatry* 1997, 20, 1, 5–33.
12. Gutheil T.G., Bursztajn H., Brodsky B.A.: The multidimensional assessment of dangerousness: competence assessment in patient care and liability prevention. *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law* 1986, 14, 126–169.
13. Hermann D.F.H.: Autonomy, self determination, the right of involuntarily committed persons to refuse treatment, and the use of substituted judgement in medication deci-

- sions involving incompetent persons. *Int. J. Law Psychiatry* 1990, 13, 361–385.
14. Hołówka J.: Paternalizm w psychiatrii. W: Siwiak-Kobayashi M., Leder S. (red.): *Psychiatria i etyka*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 1995, 25–45.
 15. Kaufmann C.L., Roth L.H., Lidz Ch.W., Meisel A.: Informed consent and patient decision-making. The reasoning of law and psychiatry. *Int. J. Law Psychiatry* 1981, 4, 345–361.
 16. Kloezen S., Fitten L.J., Steinberg A.: Assessment of treatment decision-making capacity in a medically ill patient. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1988, 36, 1055–1058.
 17. Kodeks etyki lekarskiej z dnia 14 grudnia 1993 r. przyjęty przez III Krajowy Zjazd Lekarzy. Ofic. Wyd. Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa 1994.
 18. Kress J.J.: Zgoda pacjenta psychotycznego na oddziaływanie lecznicze. W: Siwiak-Kobayashi M., Leder S. (red.): *Psychiatria i etyka*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 1995, 61–66.
 19. Pepper-Smith R., Harvey W.R.C., Silberfeld M., Stein E., Rutman D.: Consent to a Competency Assessment. *Int. J. Law Psychiatry* 1992, 15, 13–23.
 20. Roth L.H., Meisel A., Lidz Ch.W.: Tests of competency to consent to treatment. *Am. J. Psychiatry* 1977, 134, 279–284.
 21. Roth L.H., Meisel A., Lidz Ch.W. i wsp.: Competency to decide about treatment or research: an overview of some empirical data. *Int. J. Law Psychiatry* 1982, 5, 29–50.
 22. Schaffner K.F.: Competency: a triaxial concept. W: Cutter M.A.G., Shelp E.E. (red.): *Competency*. Kluwer Acad. Publisher, Dordrecht 1991, 252–281.
 23. Sidorowicz S., Bagiński G.: Świadoma zgoda w schizofrenii. *Farm. Psychiat. Neurol.* 1996, 3, 62–70.
 24. Wyszyński A.A., Wyszyński B.: A Case Approach to Medical-psychiatric Practice. *Am. Psychiatric Press*, Washington DC, London 1996, 404–407.
 25. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. *Dz. U.* nr 111, poz. 535, Warszawa 1994 wraz późn. zm.
 26. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. *Dz. U.* nr 91, poz. 408, Warszawa 1991 wraz z późn. zm.
 27. Ustawa z dn. 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza. *Dz. U.* nr 28, poz. 152, Warszawa 1997 wraz z późn. zm.

*Adres: Dr Janusz Morasiewicz, Katedra Psychiatrii AM,
ul. Kraszewskiego 25, 50-229 Wrocław*