

© 2011 г. *Е.В. Приз, С.А. Варгина*

УДК 101

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ В МЕДИЦИНЕ

Если пациент некомпетентен, он неспособен дать истинное или значимое информированное согласие, и по этой причине от врача не могут требовать уговаривать его. Однако врач должен просить доверенное лицо дать информированное согласие за пациента. Некомпетентность пациента, поэтому не настоящее исключение к требованию информированного согласия, а скорее условие, которое определяет того, от кого должно быть получено согласие. Однако не всегда легко определить, является ли пациент компетентным или нет.

Компетентность часто называется как одно из требований для информированного согласия. Строго говоря, компетентность не является элементом истинного информированного согласия, а относится к предварительному условию для практики получения информированного согласия. Поэтому компетентность, считают, функционирует как концепция «стража ворот» для информированного согласия [1]. Вообще принимается, что функция определения компетентности – это делить людей на две группы: одна, состоящая из компетентных людей, чье добровольное согласие или отказ обязательны, и другая состоящая из некомпетентных людей, чье согласие или отказ могут игнорироваться. Решение о компетентности человека, с этой точки зрения, означает, действительно ли свободные и информированные решения некоторого человека относительно себя должны будут уважаться. Тот факт, что это является нормативным вопросом, а не просто одним из эмпирических фактов или результатов, станет понятным, когда мы проанализируем концепцию компетентности более детально.

Быть компетентным означает быть способным или обладать возможностью, требуемой для того, чтобы выполнить некоторую задачу. Из этого определения следует, что компетентность всегда связана с задачей: можно

быть компетентным для исполнения некоторой задачи, но это не подразумевает компетентность для исполнения любой задачи. Так как способности и возможности могут изменяться во времени, компетентность также может изменяться. Кроме того, так как большинство способностей и возможностей, способствующих компетентности, могут быть получены в различных степенях, люди, как считают, могут обладать различными уровнями компетентности. Однако, согласно выше упомянутой цели, необходимо определить предел и классифицировать людей как компетентных или некомпетентных. Бремя доказательства в этой классификации находится на стороне некомпетентности: человек считается компетентным пока не доказано обратное. Для того чтобы определять, является ли человек компетентным дать информированное согласие, необходимо: 1) определить, какие возможности являются уместными, 2) определить соответствующий пороговый уровень для этих возможностей, и 3) иметь эмпирический тест, чтобы установить, достигнут ли этот уровень. Первые два этих условия вместе формируют стандарт компетентности. В литературе по информированному согласию предлагаются различные виды стандартов [2]. Первый – «минимальный» стандарт, в котором единственным критерием является способность выразить предпочтение. Этот стандарт часто критикуют, потому что, как заявляют Бьюкенен и Брок, это «фактически не критерий компетентного выбора вообще» [3, с. 49]. Действительно, вряд ли помимо способности выразить предпочтение, нет никаких других релевантных возможностей, которыми должен обладать человек, чтобы быть способным дать информированное согласие. Доктрина самого информированного согласия требует «понимания», так что способность понимать, по крайней мере некоторую информацию, кажется необходимым требованием для компетентности.

Во-вторых, стандарты «результата» обращены исключительно к результату решения. Этот вид стандарта критиковался по той причине, что он не в состоянии защитить самоопределение пациента, так как он не позволяет человеку «продолжать его собственное благо», как он это чувствует. Наконец, стандарт «процесса» сосредотачивается на процессе самого принятия решения и действительно рассматривает возможности и способности как условия компетентности. Бьюкенен и Брок, поддерживающие этот вид стандарта, идентифицируют два набора возможностей, необходимых для компетентно-

сти, а именно, возможности для понимания и общения, и возможности для рассуждения и обдумывания.

Таким образом, компетентность пациента – это и есть его способность принимать решения. Компетентность пациента устанавливается в том случае, если он:

- способен принять решение, основанное на рациональных мотивах;
- способен прийти в результате решения к разумным целям;
- способен принимать решения вообще.

Следовательно, можно дать следующее определение компетентности пациента: пациент компетентен, если и только если он может принимать приемлемые решения, основанные на рациональных мотивах.

Особенно актуальна проблема компетентности для психиатрии и педиатрии. При этом вопрос о принятии решения пациентом рассматривается в двух аспектах. Во-первых, принятие решения означает событие в определенный момент времени. После оценки состояния пациента врач ставит диагноз и составляет рекомендуемый план лечения. Заключение и рекомендации врача предоставляются пациенту вместе с информацией о риске и преимуществах, а также о возможных альтернативах и их риске и преимуществах. Взвешивая полученную информацию, пациент обдумывает ситуацию и затем делает выбор, который согласуется с врачебной стратегией и наиболее соответствует его личным ценностям. Во-вторых, принятие оправданного в медицинском отношении решения – длительный процесс, и обмен информацией должен идти в течение всего времени взаимодействия врача с пациентом. Лечение здесь подразделяется на три стадии: диагностическая, лечебная, реабилитационная. На каждой из этих стадий имеются свои особенности, на каждой из них существует разная степень психосоматогении и, следовательно, разная способность у пациента участвовать в выработке коллегиального решения вместе с врачом. Но везде присутствует одна составляющая – риск неправильного решения. Причем, если неправильное решение принял врач – это может быть как врачебной ошибкой (которая застрахована), так и некомпетентностью (за проявление которой следуют юридические санкции). Но если неправильное решение принял пациент, то причиной этого объявляется его некомпетентность, за которую он отвечает только своим здоровьем. При этом неправильное решение пациента не снимает ответственности

с врача, который позволил ему это сделать. Так, может быть, риск будет меньше, если решение будет принимать только врач? Это серьезная проблема, требующая специального обсуждения.

Поскольку люди считаются компетентными пока не доказано обратное, вопрос компетентности обычно не будет подниматься, пока человек не отказывается от лечения или делает выбор вопреки тому, что является лучшим для него. Когда пациент делает выбор, который для него влечет за собой большой риск, возникает вопрос о его компетентности. «Странные» или необычные решения также приводят к вопросу о компетентности, равно как и выбор, связанный с наибольшим риском. Совсем не обязательно требуемый уровень возможностей должен быть поднят в ситуациях большего риска. Функция спускового механизма риска не должна объединяться с его ролью в определении соответствующего уровня возможностей. Психиатрическая болезнь, слабоумие и некоторые неврологические нарушения могут также функционировать как спусковые механизмы. Некоторые решения связаны с рисками независимо от того, какая выбрана альтернатива, в то время как другие решения вообще с рисками не связаны. Должно быть проведено разграничение между определением соответствующего порогового уровня возможностей, и степени уверенности, с которой может быть установлено, достигнут ли этот уровень. Наконец, согласно переменному (связанному с риском) стандарту компетентности, риск должен играть роль в определении требуемого уровня возможностей. Бьюкенен и Брок, два из наиболее важных сторонников связанного с риском стандарта, утверждают, что это совместимо с фактическим определением компетентности людей. Однако, при этом, они объединяют риск выбора с его сложностью, и неправильно идентифицируют риск как причину определения более высокого или низкого стандарта.

Бьюкенен и Брок приводят несколько доводов в пользу переменного (связанного с риском) стандарта. Один из них заключается в том, что это «позволяет достичь лучшего и более чувствительного баланса между конкурирующими ценностями самоопределения и здоровья» [3, с. 64]. Если здоровье человека находится в серьезной опасности в результате сделанного им выбора, чаши весов склоняются в пользу защиты его здоровья, и тогда, его, скорее всего, назовут некомпетентным. С другой стороны, если вовлеченный риск мал, чаши весов склоняются в пользу самоопределения. Этот аргумент непо-

средственно следует из предположения, что определения компетентности всегда включают уравнивание права на самоопределение и здоровье человека, которое может быть оспорено. По сути дела, нельзя соединять две проблемы, является ли пациент способным к принятию решения относительно в отдельных случаях, и есть ли основание игнорировать предпочтение пациента и передавать принятие решения заместителю. Первая проблема компетентности, а вторая – патернализма. Видимо, в этом есть смысл, поскольку связанный с риском стандарт ведет к «оправданному» патернализму. Это приводит к наиболее важной причине поддержки стандарта, связанного с риском, поскольку именно он комплементарен существующим юридическим документам. Хотя стандарт, совместимый с юридической структурой, не обязательно является этически приемлемым или концептуально последовательным стандартом. Однако, стандарт, который является этически и концептуально подходящим, но неосуществимым в юридической или медицинской практике, также не подходит.

Второй вопрос – действительно ли стандарт, связанный с риском, более совместим с юридической структурой, чем стандарт, зависящий от решения. Можно предположить, что поскольку закон определяет границы некомпетентности, необходимым условием для оправданного патерналистского вмешательства в выбор пациента должен быть стандарт компетентности, включающий документальное заключение об оправданности патерналистского вмешательства. Получается, что такой стандарт делает компетентность частично зависимой от баланса между здоровьем и самоопределением. Но, с другой стороны, получается, что если выбор пациента отвергнут как угрожающий его здоровью, этот человек должен называться некомпетентным. Это положение представляется сомнительным. Некомпетентность – это предварительное условие для оправданного патернализма, следовательно, констатация некомпетентности не зависит от того, оправдан ли патернализм. Это означает, что стандарт, установленный зависимым решением, более совместим с юридическими требованиями. В литературе нет согласия по критериям компетентности, в основном спор идет между сторонниками стандарта компетентности, связанного с риском, и сторонников установленного стандарта. Несмотря на это, широко обсуждается вопрос о принятии решения в случаях некомпетентности пациента.

В отсутствии представителя, назначенного судом или самим пациентом (в то время, когда он был все еще компетентен), члены семьи пациента считаются первыми и основными представителями пациента. Причина этого в том, что «семья, обычно, наиболее хорошо осведомлена и о благе некомпетентного человека, и о его или ее предыдущих ценностях и предпочтениях, и наиболее заинтересована в пациенте» [4, с. 136]. Кроме того, семья имеет особые нравственные взаимоотношения с пациентом: «Члены семьи обычно несут особую ответственность за здоровье друг друга, ответственность, которая появляется из близкой природы их союза и длительных примеров взаимоотношения» [4, с. 140]. Этот аргумент интересен, поскольку вызывает большое сомнение утверждение о том, что члены семейства лучше других осведомлены о предпочтениях пациента. Возможен конфликт между интересами пациента и интересами его или ее семьи, с иерархией полномочий в пределах семьи, особенно в случаях разногласия между членами семьи. Также считается, что врачи должны первыми принимать решение за некомпетентных пациентов, потому что они обладают необходимыми знаниями. Однако обращение к медицинской экспертизе не в состоянии различить медицинские и ценностные аспекты принятия решения. В принципе, врачи менее хорошо осведомлены о ценностях и предпочтениях их (некомпетентных) пациентов, чем члены семьи. Поэтому при принятии решения за некомпетентных пациентов врач должен обеспечить информацию, облегчающую представителю принять решение, но самостоятельно не должен решать. Практически, врачи часто принимают решения за своих некомпетентных пациентов. Для этого есть различные причины. Прежде всего для врача часто намного легче принять решение самому, чем привлекать семью, так как это требует времени, усилия, навыков. Во вторых, врачи не всегда серьезно относятся к праву на самоопределение, или преждевременно записывают пациента в некомпетентные. В-третьих, сами члены семьи не всегда хотят брать на себя ответственность принятия решений. Они могут или отклонять такую ответственность в целом, или во многом полагаться на мнение или совет врача. В этом отношении, члены семьи, действующие как представители, не отличаются от компетентных пациентов, которые могут сами решать за себя.

В отношении того, кто должен решать за некомпетентных пациентов, все согласны, что полномочными представителями должны выступать члены се-

мы, если суд или сам пациент не назначили другого полномочного. Следующий вопрос – каким главным принципом должен руководствоваться заместитель в принятии решений за некомпетентного пациента. В медицинской этической литературе вообще принято считать, что уважение автономии требует, чтобы заместитель максимально отождествил свои цели и ценности с предпочтениями пациента, насколько это возможно. Основываясь на этой идее, обычно выделяют три стандарта или принципа для принятия решения заместителем: дополнительное указание, суждение заместителя и максимальная польза. Согласно стандарту дополнительного указания, нужно следовать дополнительным указаниям. Имеются в виду те пожелания пациента, которые он указывал, в дополнение к своей воле по поводу представителя, до того, как стал некомпетентным. Но тут также есть некоторые проблемы. Дополнительные указания используются широко, но они не всегда столь же ясны и определены, как хотелось бы. Кроме того, могут возникнуть вопросы о надежности дополнительной директивы (был ли пациент компетентен и хорошо осведомлен во время своих указаний?) или о его законности в течение более длинных периодов времени, например если медицинское знание и возможности изменились, или если сам пациент изменился. Наконец, стандарт дополнительного указания не применим к тем пациентам, которые никогда не были компетентны, таким как дети или некоторые умственно отсталые пациенты.

Согласно стандарту суждения заместителя, полномочный должен выбрать, как выбрал бы сам пациент, если бы он был компетентным и знал его медицинскую ситуацию и выбор. В некоторых случаях пациент выразил довольно ясные пожелания относительно некоторых видов лечения в то время, когда он был компетентен, в других случаях, его пожелания должны быть восстановлены из других выражений или более общих представлений пациента. Ясно, что это может привести к более или менее надежным представлениям о предполагаемых желаниях пациента.

Бьюкенен и Брок упоминают пять «правил большого пальца» для определения достоверности выбора представителя пациента. Согласно этим правилам, чем более направленное, чем более прямо и настойчиво выражал пациент свои пожелания, чем больше было свидетелей и чем надежнее они, тем более надежно и суждение представителя (1990, 120-121). Бьюкенен и Брок полагают, что чем больше неуверенность в том, что хотел бы пациент, тем меньший

вес должны иметь суждения заместителя при принятии решения, и большее внимание должно быть уделено интересам пациента. Однако можно предположить, что для пациента важнее, кто тот человек, который его представляет, а не то, насколько точно он выражает его желания. Иногда люди больше доверяют мнению других, если эти другие являются авторитетом для них. Но, в принципе, проблемы доверия и взаимоотношения между пациентом и его заместителем (названным или членом семьи) пока очень мало изучены.

Наконец, согласно стандарту максимальной пользы, заместитель должен выбрать то, что лучше всего способствует здоровью пациента. Как должно быть определено здоровье человека, зависит от субъективных представлений о благополучии. В субъективной теории благополучия, принцип максимальной пользы, практически, идентичен стандарту суждения заместителя, так как согласно такой теории, лучшие интересы пациента определены (по крайней мере частично) его собственными ценностями и предпочтениями (которое должен представить выбор заместителя). Однако в тех случаях, когда пожелания пациента не могут быть восстановлены, или из-за нехватки надежного свидетельства, или потому что пациент никогда не был компетентен, стандарт максимальной пользы должен применять другие способы определения интересов пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Childress J.F.* Who should decide? Paternalism in healthcare. N.Y. 1992.
2. *Singer P.* Practical Ethics. Cambridge. 2001.
3. *Buchanan A.E., Brock D.W.* Deciding for other. N.Y. 1995.
4. *Brock D.W.* Paternalism and Autonomy // Ethics. V.5.