Commissioners for Human Rights of Poland answers to the Guiding Questions for the focus areas of the IX Session of the Open-ended Working Group on Ageing:

Autonomy and independence

1. **In your country/region, how is the right to autonomy and independence of older persons defined in legal and policy frameworks?**

W polskim ustawodawstwie brak definicji prawa do autonomii i niezależności osób starszych. Jedynie w Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014-2020 autonomia pojawia się jako jeden z celów wzmocnienia opieki zdrowotnej dla osób starszych. Niezależność osób starszych została wskazana jako cel, któremu służyć mają działania edukacyjne kierowane do osób starszych. Dokument ten, wprowadzony uchwałą Rady Ministrów w 2013 r., nie wskazuje środków ani zadań koniecznych do osiągnięcia wytyczonych celów.

Prawo do autonomii i niezależności osób starszych można wyprowadzić dla poszczególnych spraw z rozproszonych ustaw odnoszących się do m.in. do praw pacjenta.

Jednym z podstawowych praw pacjenta i zarazem obowiązków lekarza jest możliwość udzielenia świadczenia zdrowotnego dopiero po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta. Każdy pacjent (pełnoletni i nieubezwłasnowolniony) może odmówić udzielenia zgody lub ją cofnąć. Zgoda pacjenta powinna być poprzedzona udzieleniem przez osobę kompetentną informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Jednocześnie udzielenie świadczenia zdrowotnego bez zgody wymaganej prawem w danych okolicznościach, jest przestępstwem.

1. **What other rights are essential for the enjoyment of the right to autonomy and independence by older persons, or affected by the non-enjoyment of this right?**
2. **What are the key issues and challenges facing older persons in your country/region regarding autonomy and independence? What studies and data are available?**
3. Prawo do autonomii i niezależności w opiece instytucjonalnej:

Rzecznik Praw Obywatelskich od 2008 r. pełni również funkcję Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur i Nieludzkiego Traktowania. W 2017 r. Rzecznik opublikował raport z wizytacji 150 domów pomocy społecznej, czyli instytucji świadczących całodobową opiekę (nie tylko dla osób starszych). Wśród wyzwań zidentyfikowanych podczas wizytacji należy wymienić następujące problemy:

1. Ograniczanie wyjść mieszkańców poza teren instytucji - w wizytowanych domach wprowadzane ograniczenia przybierały bardzo różne formy począwszy od zniechęcania przez personel do samodzielnych wyjść, umożliwienia wyjść tylko w godzinach pracy administracji placówki, wydawania przepustek na wyjścia, aż do całkowitego zamknięcia drzwi wejściowych do budynku. Podkreślenia wymaga, iż w obowiązującym prawie brak jest podstaw, które dopuszczałyby ograniczenia w zakresie możliwości swobodnego opuszczania przez mieszkańców budynków oraz terenu instytucji.

2. Naruszenia prawa do intymności podczas zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych wykonywanych wobec mieszkańców - nieprawidłowości w tym zakresie dotyczyły wykonywania zabiegów w pokojach wieloosobowych, przy obecności innych mieszkańców, bez jednoczesnego zasłonięcia osoby poddawanej czynnościom pielęgnacyjnym oraz zmuszania mieszkańców oczekujących na kąpiel do pozostawania w pokojach nago.

3. Kontrolowanie rzeczy należących do mieszkańców - w niektórych placówkach pracownicy kontrolują należące do nich rzeczy, zakupy, paczki, bagaże oraz sprawdzają zawartość kieszeni ubrań, co wywołuje u mieszkańców uczucie upokorzenia oraz wstydu.

4. Angażowanie mieszkańców do wykonywania prac na rzecz domu lub innych mieszkańców - w tym przede wszystkim włączanie mieszkańców w przeprowadzanie zabiegów higienicznych innym osobom (pomoc w kąpaniu, zmiana pieluchomajtek, wyrzucanie zużytych pieluch), uczestniczenie w unieruchamianiu mieszkańców, wydawanie leków innym pensjonariuszom.

5. Naruszenia prawa mieszkańców do informacji odnośnie stosowanej wobec nich farmakoterapii - zastrzeżenia dotyczyły braku wiedzy mieszkańców na temat podawanych im leków oraz przede wszystkim podawania im leków ukrytych w jedzeniu, kruszenia albo rozpuszczania leków w posiłkach i potajemne podawanie w przypadku odmowy ich przyjęcia przez mieszkań. Zastrzeżenia wzbudziła praktyka podawania mieszkańcom wieczornej dawki leków, w tym leków psychotropowych i nasennych, już o godz. 18.00 (w celu odciążenia personelu).

6. Stosowanie wobec niektórych pensjonariuszy środków dyscyplinujących. Katalog wprowadzanych w instytucjach środków dyscyplinujących jest bardzo szeroki i obejmuje m.in.: przeniesienie do innego pokoju, w tym do pokoju o niższym standardzie, umieszczenie z osobami o większym stopniu niepełnosprawności intelektualnej, udzielenie upomnienia, nagany wraz z wpisem do akt osobowych, upomnienia z umieszczeniem w aktach, nagany w obecności współmieszkańców, ostrzeżenia, ograniczenie swobodnego dysponowania przez mieszkańca swoimi środkami pieniężnymi, czasowe pozbawienie mieszkańca prawa do uczestnictwa w organizowanych przez dom wyjazdach turystycznych, imprezach integracyjnych i zabawach, odroczenie wydania papierosów, pozbawienie możliwości dokonania zakupu karty do telefonu lub zakupów w sklepiku, zakaz wyjść do sklepu, zakaz otrzymania słodyczy lub kawy, zakaz picia kawy, pozbawienie artykułów tytoniowych, wnioskowanie o przeniesienie do innej placówki lub pozbawienie prawa przebywania w domu, zakaz wyjść poza teren domu, ograniczenie wyjść poza teren domu, zakaz wyjazdów do domu rodzinnego, kilkudniowy zakaz korzystania ze stołówki połączony z nakazem spożywania posiłków w pokoju, nakaz kilkudniowego noszenia piżamy przez osoby, które samowolnie opuszczą dom, zakaz gromadzenia się w pokojach, zakaz wyjścia z pokoju, zakaz przyjmowania gości w pokojach, zamykanie w łazience, stawianie do kąta, mycie okien, wykonywanie prac porządkowych, wysiłek fizyczny, zakaz oglądania telewizji, zakaz korzystania z komputera.

B) Prawo do autonomii i niezależności starszych pacjentów

Choć polski system prawny w zakresie wyrażania przez pacjenta zgody na leczenie należy określić jako rozbudowany, nie jest on pozbawiony wad. Z przepisów prawa nie wynika wprost moc wiążąca oświadczeń o zgodzie (braku zgody) na świadczenia udzielanych pro futuro (kwestię tę rozstrzyga orzecznictwo). Jako lukę należy również określić brak szczególnych regulacji procesowych dotyczących postępowania przed sądem opiekuńczym o wyrażenie zgody na świadczenie w przypadku pacjenta nieprzytomnego, który nie ma przedstawiciela ustawowego. Wskazane byłoby wprowadzenie regulacji, umożliwiającej sądowi ustanowienie z urzędu pełnomocnika dla pacjenta nieprzytomnego i nieposiadającego przedstawiciela ustawowego.

1. **What steps have been taken to ensure older persons' enjoyment of their right to autonomy and independence?**
2. **What mechanisms are necessary, or already in place, for older persons to seek redress for the denial of autonomy and independence?**

Potrzebne są mechanizmy zapewniające wzrost świadomości osób starszych i ich opiekunów w zakresie przysługujących im praw, zwłaszcza w kontekście ich praktycznej realizacji.

Dotychczasowe środki odwołania w postaci ścieżki sądowej, prawnej, jak również skarg do Rzecznika i Rzecznika Praw Pacjenta nie odpowiadają w satysfakcjonujący sposób na bieżącą potrzebę raportowania nadużyć lub niepokojących zjawisk w celu szybkiego ich rozwiązania lub zapobiegania rozwojowi ograniczania niezależności osób starszych. Te mechanizmy powinny uwzględniać zależność osób wymagających opieki od swoich opiekunów – zarówno w domu, jak i w instytucjach – i związane z tym uwarunkowania psychiczne i fizyczne.

1. **What are the responsibilities of other, non-State, actors in respecting and protecting the right to autonomy and independence of older persons?**