

Błażej Kmieciak

## **Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej podczas pandemii: problemy, kwestie i dylematy**

W Polsce prawo do opieki duszpasterskiej zapewniane jest pacjentom już od kilku dekad. Członkowie poszczególnych kościołów i wspólnot religijnych mają podobne prawa na podstawie przepisów zawartych w odrębnych aktach prawnych.

Na początku 2020 roku na świecie pojawił się problem epidemii. Ogłoszenie stanu pandemii koronawirusa przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) wywołało falę pytań, dylematów i wyzwań dla wielu krajów. Dotyczyły one zazwyczaj problemu ochrony zdrowia milionów obywateli. Ta sytuacja uwidoczniała również zupełnie nowe konteksty dotyczące ochrony praw pacjenta, w tym prawa do opieki duszpasterskiej. Pojawia się ważne pytanie: czy prawo pacjenta do kontaktu z księdzem może być ograniczone podczas pandemii? A może wręcz przeciwnie, w tego typu sytuacjach prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej powinno być zapewnione? Jakie podejście do tych kwestii zastosowano w Polsce i w innych państwach?

Celem niniejszego artykułu jest próba odpowiedzenia na te pytania. Rozważania skoncentrowane będą na praktykowaniu czynności duszpasterskich podejmowanych przez reprezentantów Kościoła Katolickiego na terenie ośrodków opieki zdrowotnej.

### **1. Wstęp**

Wybuch pandemii koronawirusa w pierwszym kwartale 2020 r. doprowadził do nieprzewidzianych zmian w funkcjonowaniu milionów osób na całym świecie. Utrzymujące się zagrożenie epidemiologiczne zmusiło wiele krajów do wprowadzenia obostrzeń, które bezpośrednio wpłynęły na codzienność wielu osób. Mówimy tutaj nie tylko o obowiązkowej kwarantannie czy izolacji szpitalnej pacjentów, u których wykryto COVID-19, ale także o takich krokach jak: zamykanie instytucji publicznych, znaczne ograniczenie mobilności czy tymczasowe zakazanie działalności niektórych spółek i instytucji publicznych o ogromnym wpływie na codzienne życie niezliczonej ilości osób (Furman, Zalewski, Naszkiewicz, 2020).

Pojawienie się choroby wirusowej tak łatwo przenoszanej z osoby na osobę miało (i nadal ma) wyjątkowe znaczenie dla funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej. Na początku 2020 r. zaobserwowaliśmy dynamiczne zmiany w organizacji pracy szpitali, które przygotowywały się do przyjęcia ogromnej liczby pacjentów zakażonych nieznanym dotąd wirusem. Kolejne serwisy medialne przedstawiały raporty o wyzwaniach, zaniedbaniach, a także o dylematach, z jakimi codziennie musieli się mierzyć pracownicy służby zdrowia. Lekarze i pielęgniarki często borykali się z problemem wyboru pacjenta, któremu mogłaby zostać udzielona opieka medyczna. Podobne etyczne dylematy są nieuchronne w obliczu ryzyka utraty życia przez pacjenta. Padają wówczas pytania: Którego pacjenta uratować? Który pacjent powinien być podłączony do respiratora, gdy na oddziale jest tylko jedno dostępne urządzenie? Wątpliwości te zostały wyrażone przez wielu hiszpańskich i włoskich lekarzy, którzy w swoich oświadczeniach podkreślili dramatyczność sytuacji, w jakiej znaleźli się zarówno oni sami, jak i ich pacjenci. W reakcji na te wydarzenia władze państw wprowadziły wytyczne dotyczące leczenia pacjentów w ostatnich etapach życia w czasie pandemii (Pawlikowski, 2020).

Wspomniane wyżej wytyczne bezpośrednio odnoszą się do kwestii praw pacjenta. Po pierwsze mamy w tym kontekście do czynienia z prawem pacjenta do korzystania z usług ratowniczych, które, co ważne, są zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Po drugie należy wziąć pod uwagę „prawo pacjenta do pokojowej i godnej śmierci” (Prawa Pacjenta, 2008; ustawa o Rzeczniku Praw Pacjenta, 2009). Podobny przepis odnajdujemy w ustępie 4 (2) Ustawy o Prawach Pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta, która w artykułach 36-38 przywołuje trzecie zagadnienie, mianowicie prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej.

Kwestia ta stała się jednym z najważniejszych elementów dyskusji o prawach umierających pacjentów. Warto wspomnieć tutaj o oświadczeniu metropolity paryskiego, arcybiskupa Michela Aupetit. Arcybiskup, który sam jest lekarzem, podkreślił: „Nie ma powodu, by odmówić pacjentom zakażonym koronawirusem opieki duszpasterskiej, która może odegrać bardzo ważną rolę w ich leczeniu”. Jak podają komunikaty prasowe, arcybiskup „napisał list do dyrektorów paryskich szpitali, w którym poinformował ich o tym, że 55 młodych księży jest gotowych zaoferować duchowe i sakramentalne wsparcie osobom chorym, z zachowaniem wszelkich środków bezpieczeństwa. Z kolei on sam, jako były lekarz jest gotowy zaopiekować się chorymi” (Bronik, 2020). Papież Franciszek przekonywał włoskich księży: „Idźcie do chorych, by zapewnić im pomoc Boga i Eucharystii oraz by pokazać solidarność” (Wprost, 2020). Apel ten był bardzo trudny do zrealizowania w praktyce. Wskazania lekarzy podkreślały, że starsi duchowni nie powinni zapewniać opieki duszpasterskiej osobom chorym.

Jednocześnie zaznaczono, że „włoskie domy opieki i kliniki są zamknięte dla odwiedzających, jednak większość szpitali zatrudnia duszpasterzy z uprawnieniami pielęgniarskimi, którzy mogą czuwać przy pacjentach i udzielić ostatniego namaszczenia”. Reprezentanci Kościoła Katolickiego podkreślili, że gdyby nie było to możliwe, osoba chora może skontaktować się z duchownym przez telefon (Broniatowski, 2020).

Przywołane tu kwestie wpłynęły na pojawienie się nowych wyzwań i dylematów związanych z realizacją prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej.

## **2. Cel i metoda**

Zaprezentowane tu refleksje i rozważania mają służyć odpowiedzi na kilka kluczowych pytań. Po pierwsze, warto się zastanowić, czy podczas pandemii pacjent(ka) ma prawo do zastosowania wobec niego/niej czynności duchownych, czy konieczne jest raczej ograniczenie w tym czasie jego praw. Po drugie, należy rozważyć, czy istnieją przesłanki formalne pozwalające na takie ograniczenie prawa pacjenta. Po trzecie, należałoby zastanowić się: czy w czasie pandemii ograniczenie praw osób korzystających z usług służby zdrowia jest absolutnie konieczne? Być może istnieją rozwiązania, które umożliwią korzystanie z opieki duszpasterskiej zgodnie z epidemiologicznymi standardami bezpieczeństwa? Postaramy się odpowiedzieć na te pytania w oparciu o socjologiczno-prawne metody badań.

Rozważania oparte zostaną na analizie formalnych aktów prawnych (narodowych i międzynarodowych), które traktują o prawie pacjenta do opieki duszpasterskiej (Frieske, 2001, s. 8-12). Zostanie ona uzupełniona analizą treści publikowanych w mass mediach, szczególnie na portalach internetowych<sup>1</sup>. W omówieniu problemu poszanowania prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej w czasie pandemii równie ważna jest treść oficjalnych przemówień przedstawicieli władz oraz instytucji naukowych i spółek, a także wyniki badań opracowane przez ekspertów z zakresu prawa. Cenną pomocą może być tutaj również analiza doktryny dotyczącej tej kwestii<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Jak pokazuje Alicja Łaska-Formejster, obecnie Internet jest podstawowym źródłem informacji dotyczącym problemów, które są dla nas szczególnie ważne. Mogą to być informacje popularne, pozwalające nam na szybkie uzyskanie ważnych treści bezpośrednio dotyczących np. naszych praw jako pacjentów. Wiedza ta jest również często czerpana z portali internetowych specjalizujących się w kwestiach medycznych (Łaska-Formejster, 2015, s. 357-359). Jednakże Małgorzata Furmankiewicz i Piotr Ziuziański podkreślają, że Internet może stanowić szczególnie wsparcie dla naukowców w procesie zdobywania danych dotyczących np. problemów epidemiologicznych (Furmankiewicz & Ziuziański, 2013, s. 379. Zobacz: Puchalski, 2012, s. 121).

<sup>2</sup> Analiza doktryny poruszającej zaproponowany temat prowadzi nas bezpośrednio w kierunku metody analizy literatury, dobrze znanej w naukach prawnych i społecznych. Recenzja Jerzego Apanowicza stanowi niezbędną część procesu badawczego pozwalającego nam na udzielenie odpowiedzi na wiele pytań. Jego zdaniem: „w celu

### 3. Podłoże prawne

Poruszając kwestię prawa pacjenta do zapewnienia opieki ze strony osoby duchownej reprezentującej jego religię, warto mieć świadomość, że temat ten dotyczy poszanowania wyjątkowej sfery praw i wolności człowieka. Jednak zanim skupimy uwagę na specyfice omawianego problemu, warto omówić prawne podłoże czynności podejmowanych przez duszpasterzy na terenie szpitala.

Po pierwsze, w odniesieniu do konkretnych zapisów prawnych, konieczne jest zwrócenie uwagi na prawo do wolności religii. Artykuł 53 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (1997) jasno wskazuje, że „Każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii”. Jak wyjaśnia ustęp 2,

„Wolność religii obejmuje wolność wyznawania lub przyjmowania religii według własnego wyboru oraz uzewnętrzniania indywidualnie lub z innymi, publicznie lub prywatnie, swojej religii przez uprawianie kultu, modlitwę, uczestniczenie w obrzędach, praktykowanie i nauczanie. Wolność religii obejmuje także posiadanie świątyń i innych miejsc kultu w zależności od potrzeb ludzi wierzących oraz prawo osób do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajdują”.

Ratyfikowane ustawy prawa międzynarodowego obowiązujące w Polsce prezentują podobne standardy. Jako przykład warto przywołać zapis z artykułu 9 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka (1993), którego treść brzmi następująco:

„Każdy ma prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania; prawo to obejmuje wolność zmiany wyznania lub przekonań oraz wolność uzewnętrzniania indywidualnie lub wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swego wyznania lub przekonań przez uprawianie kultu, nauczanie, praktykowanie i czynności rytualne”.

Również w dokumentach utworzonych przez Organizację Narodów Zjednoczonych chronione jest prawo do wyznawania wiary i praktykowania religii. Artykuł 18 Międzynarodowego Paktu

---

uzyskania wiarygodnej odpowiedzi, konieczne staje się aktywne studiowanie literatury, gromadzenie spostrzeżeń i faktów naukowych, wybieranie ich oraz serii procesów myślowych (na przykład analizy), a także przygotowanie pisemnego raportu naukowego.” Zacytowany tutaj autor zaznacza, że w refleksji nad badaniem, krytyczna analiza literatury powinna być punktem wyjścia do dalszych rozważań. Dzięki temu jesteśmy w stanie określić jaki mamy poziom wiedzy. Apanowicz w dalszej części dodaje: „Poznanie jest osiągnięte przez analizę i krytycyzm literatury przedmiotu (kwestii) badania. Dotyczy pokazywania w jakim stopniu problem różni się (jest oryginalny) od istniejącego stanu wiedzy na dany temat. Tego jakie są różnice, podobieństwa, relacje, zależności i znaczące cechy znanych do tej pory teorii naukowych. Tego jakie są rozbieżności w funkcjonujących hipotezach, założeniach badawczych, koncepcjach działania, poglądach i opiniach (Apanowicz, 1997, s. 10). Zobacz też: Krajewski, 2010, s. 23.

Praw Obywatelskich i Politycznych potwierdza prawo każdego do „wolności myśli, sumienia i wyznania”. Podobnie jak w poprzednich zapisach, Pakt (1977) stwierdza, że prawo to

„obejmuje wolność posiadania lub przyjmowania wyznania lub przekonań według własnego wyboru oraz do uzewnętrzniania indywidualnie czy wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swej religii lub przekonań przez uprawianie kultu, uczestniczenie w obrzędach, praktykowanie i nauczanie”.

Jednak, co ważne, podkreśla również, że

„Wolność uzewnętrzniania wyznania lub przekonań może podlegać jedynie takim ograniczeniom, które są przewidziane przez ustawę i są konieczne dla ochrony bezpieczeństwa publicznego, porządku, zdrowia lub moralności publicznej albo podstawowych praw i wolności innych osób.”

Problem ochrony zdrowia i bezpieczeństwa publicznego sprawia, że prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej staje się coraz istotniejszą i bardziej aktualną kwestią.

Jarosław Maćkiewicz (2011), analizując problem dostępu pacjentów do opieki duszpasterskiej, wskazał, że pierwszym dokumentem regulującym tę kwestię była Instrukcja Ministerstwa Zdrowia z 1981 r. dotycząca udzielania posług religijnych pacjentom przebywającym w szpitalach, sanatoriach i domach pomocy społecznej. Zwrócił jednak uwagę na to, że „instrukcja, nie będąca aktem wykonawczym, zalecała wyłącznie, by pokoje przeznaczone do kultu religijnego były udostępnione osobom chorym i umożliwiły kierownictwu szpitala zawarcie porozumienia z duchownymi w celu zapewnienia opieki duszpasterskiej. Jest to pierwsze działanie władz od lat 40. XX w., które zezwoliło na zorganizowanie opieki duszpasterskiej w szpitalach”<sup>3</sup>. W odniesieniu do ustawowej podstawy prawnej dotyczącej prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej należy zwrócić uwagę na kilka kluczowych aktów prawnych. Warto podkreślić, że prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej wspomniane jest w artykule 19, ustępie 3, punkcie 3 Ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej (1991). Mówimy tutaj o szczególnie ważnym akcie prawnym, który w okresie przemian politycznych wprowadził obowiązujący w Polsce katalog praw pacjenta, który do tej pory pozostał niezmienny. Obecnie zapisy dotyczące prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej

---

<sup>3</sup> Analiza przeprowadzona dla Biura Rzecznika Praw Pacjenta – prezentacja i instrukcja Ministra Zdrowia z 1981 r. dotyczące zapewniania posług religijnych pacjentom przebywającym w szpitalach, sanatoriach i domach pomocy społecznej (Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia i Polityki Społecznej z 1981 roku, nr 9, ustęp 35, paragraf 1-6).

znajdują się w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jak stwierdza artykuł 36: „pacjent przebywający w podmiocie leczniczym ma prawo do opieki duszpasterskiej”. Nie można w tym kontekście pominąć również treści artykułu 37 i 38 wspomnianej ustawy. Warto podkreślić, że zgodnie z wolą prawodawcy prawo do opieki duszpasterskiej jest przyznawane pacjentowi szczególnie w momencie pogorszenia się stanu zdrowia. Co więcej, to podmiot leczniczy „ponosi koszty realizacji praw pacjenta, o których mowa w artykule 36 i 37” (ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, 2008). Warto zwrócić uwagę również na treść innych wybranych aktów prawnych gwarantujących korzystanie z prawa do wolności myśli, sumienia oraz – co szczególnie ważne w omawianym temacie – religii. Przede wszystkim należy przypomnieć treść ustawy o gwarancjach wolności sumienia i wyznania (1989), w której artykuł 1 stwierdza, że „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu obywatelowi wolność sumienia i wyznania”, zaś artykuł 2, że „wolność sumienia i wyznania obejmuje swobodę wyboru religii lub przekonań oraz wyrażania ich indywidualnie i zbiorowo, prywatnie i publicznie”. W odniesieniu do grupy dominującej w Polsce – członków Kościoła rzymskokatolickiego – warto przywołać zapisy konkordatu (1993) podpisanego pomiędzy Rzeczpospolitą Polską a Stolicą Apostolską. Zgodnie z artykułem 17 tego dokumentu „Rzeczpospolita Polska zapewnia warunki do wykonywania praktyk religijnych i korzystania z posług religijnych osobom przebywającym w zakładach penitencjarnych, wychowawczych, resocjalizacyjnych oraz opieki zdrowotnej i społecznej, a także w innych zakładach i placówkach tego rodzaju” (ustęp 1). „Osobom, o których mowa w ustępie 1, zapewnia się w szczególności możliwość uczestniczenia we Mszy świętej w niedziele i święta oraz w katechizacji i rekolekcjach, a także korzystania z indywidualnych posług religijnych w zgodzie z celami pobytu tych osób w zakładach wskazanych w ustępie 1” (ustęp 2, zobacz też: Ożóg, 2016, s. 222). Ustawa o stosunku państwa do Kościoła katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (1989) zawiera bardziej szczegółowe zapisy odnoszące się do omawianych tutaj problemów. Warto przywołać pełną treść artykułu 31 tej ustawy, który jest szczególnie ważny w kwestii prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej:

„1. Osobom przebywającym w zakładach leczniczych oraz zamkniętych zakładach pomocy społecznej zapewnia się prawo wykonywania praktyk religijnych i korzystania z posług religijnych. 2. W celu realizacji uprawnień, o których mowa w ustępie 1, kierownicy właściwych zakładów państwowych zatrudnią kapelanów skierowanych przez biskupa diecezjalnego. 3. W celu umożliwienia udziału zainteresowanych chorych i podopiecznych we Mszy św. i w innych zbiorowych praktykach religijnych, kierownicy właściwych

zakładów państwowych przeznaczą odpowiednie pomieszczenia na kaplice, a w wyjątkowych wypadkach udostępnią do tego celu inne pomieszczenia”.

#### **4. Prawo do opieki duszpasterskiej**

Zarówno doktryna o prawach człowieka, jak i – ważna w tym kontekście – katolicka nauka społeczna podkreślają, że prawo i wolność religii są kluczowymi elementami w poszanowaniu praw człowieka. Franciszek Mazurek (1991, s. 100) zaznacza, że to z wolności religii zrodziły się inne prawa, w tym prawo do życia. Henryk Skorowski (1996, s. 115) postrzega wolność religii jako prawo fundamentalne i pokazuje, że ten poziom „stanowi *raison d'être* innych poziomów wolności”. Należy także nadmienić, że najbardziej klasyczna definicja zdrowia podawana przez WHO dobrobyt nie tylko fizyczny i psychiczny, ale również społeczny i, co ważne, duchowy (Domaradzki, 2013).

Mając na uwadze wspomniane aspekty, możemy przejść do omówienia zagadnienia prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej. Dorota Karkowska podkreśla, że mówiąc o prawie osoby hospitalizowanej do kontaktu z osobą duchowną, należy mieć na uwadze, że jest to bardzo wrażliwa kwestia. W komentarzu do ustawy o opiece duszpasterskiej Karkowska wskazuje na to, że „nikt nie może ingerować w wybory pacjenta ani ograniczać sposobów ich realizacji. Opieka duszpasterska nad dzieckiem powinna być sprawowana w duchu poszanowania praw dziecka i władzy rodzicielskiej. Rodzice mają prawo wychowywać swoje dzieci zgodnie z własnymi przekonaniami, mając na uwadze dobro dziecka” (Karkowska, 2010, s. 221). Pacjent ma prawo do bezpośredniego kontaktu z osobą duchowną. Należy mu również zapewnić możliwość uczestniczenia w obrzędach religijnych. Może on także oczekiwać udzielenia informacji na temat możliwości spotkania z księdzem, pastorem, popem lub przedstawicielem innej religii. Jest to 24-godzinna instytucja opieki zdrowotnej, a pacjenci nie ponoszą żadnych kosztów za korzystanie ze swoich praw (Karkowska, 2010, s. 221). Według doktryny także szpital nie powinien oczekiwać zapłaty od duchownego za możliwość skorzystania z prawa (Augustynowicz & Budziszewska-Makulska, 2010, s. 196).

Jak wskazuje Robert Tabaszewski, „prawo do opieki duszpasterskiej jest szczególnie wartościowe dla pacjenta, gdyż dotyczy ono spraw egzystencjalnych o fundamentalnym znaczeniu, w które nikt poza uprawnionymi: pacjentem i duszpasterzem, nie powinien ingerować. Stąd też, także na poziomie normatywnym, uznano, że pełna realizacja tego prawa służy dobru pacjenta”. Analizując to prawo z perspektywy międzynarodowej, autor wskazuje,

że jego ważność została uznana przez Europejski Trybunał Praw Człowieka, z którego orzecznictwa należy wywnioskować, że brak możliwości kontaktu chorego z przedstawicielem własnego wyznania jest przykładem działań dyskryminacyjnych. Co więcej, jak wskazuje Tabaszewski, „w sprawie Koppi przeciwko Austrii ETPC pośrednio uznał niedopuszczalność realizacji prawa do opieki duszpasterskiej przez osoby należące do danej wspólnoty wyznaniowej, ale niebędące duchownymi”. Choć z perspektywy międzynarodowych norm prawnych trudno zdefiniować, kim jest pacjent, to jednocześnie, według autora, nie ma żadnej wątpliwości, że prawo do opieki duszpasterskiej, ze względu na swoją ważność, powinno być zapewnione pacjentowi bez względu na spełnianie przezeń dodatkowych kryteriów.

Dyskusja o prawie pacjenta do opieki duszpasterskiej ujawnia również kluczową rolę duszpasterza jako profesjonalisty, który staje się gwarantem realizacji usługi. Anne Vandenhoeck zaznacza, że w ostatnich latach miała miejsce znaczna zmiana w modelu funkcjonowania tej grupy profesjonalistów podejmujących działania w instytucjach opieki zdrowotnej. Zauważalny jest proces profesjonalizacji usług duszpasterskich. W Europie możemy zaobserwować trend włączania księży do szpitalnego zespołu terapeutycznego, na przykład w Szpitalu Uniwersyteckim w Leuven, w Belgii. Kolejne odkrycia badawcze dowodzą, że duszpasterze są coraz częściej postrzegani przez pracowników szpitala jako ważna część terapeutycznego wsparcia pacjentów, szczególnie w ich ostatnich etapach życia. Według Vandenhoeck „człowiek pojmuje sens życia lub stale dąży do jego poznania, ale potrzeby sfery duchowej stają się u niego zauważalne tylko wtedy, gdy mierzy się z utratą lub brakiem poczucia sensu życia. W tym kontekście pacjent(ka) może wyrazić swoje potrzeby duchowe, zaś duszpasterze mogą odpowiednio się do nich dostosować. Zazwyczaj rozróżniane są 3 poziomy sfery duchowej pacjenta: podstawowy egzystencjalny, duchowy i religijny. Odpowiednio wykształceni duszpasterze mogą intensywnie pracować na każdym z tych poziomów” (2017, p. 121).

Ten punkt widzenia jest podzielany przez przedstawicieli profesji medycznych. Władysław Sinkiewicz (2008) podkreśla, że „ksiądz jest szczególnie ważny dla osoby chorej, której duchowe cierpienie, cierpienie z powodu świadomości popełnionych w życiu błędów i wreszcie cierpienie z powodu samotności jest sporo razy większe niż fizyczne cierpienie”. Podobne opinie formułuje w kilku miejscach Janusz Skalski. Ordynator oddziału kardiologii pediatricznej zauważa, że osoba duszpasterza stanowi ważne wsparcie w zapewnianiu opieki medycznej pacjentowi zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej (Skalski i Bątkiewicz-



Brożek, 2015).<sup>4</sup> Co ważne, w krytycznych i niepewnych sytuacjach duszpasterz pojawia się jako naturalne wsparcie w czynnościach ukierunkowanych na poszanowanie godności pacjenta. Jak słusznie zauważa Jan Kaczkowski, „czasami jedyną rzeczą, którą duszpasterz może zrobić dla osoby cierpiącej, jest czuwanie przy niej w cichej modlitwie lub ofiarowanie jej czułego gestu” (Jabłońska i Kaczkowski, 2017, s. 264-265). Zatem „duszpasterz to ksiądz, który powinien mieć łatwość w kontakcie z innymi, ciekawość wobec drugiego człowieka oraz przynajmniej podstawową wiedzę na temat psychologii i medycyny paliatywnej” (*Ibidem*, 2017, s. 264-265).

Aktywność księży w środowisku szpitalnym bezpośrednio koreluje ze sposobem i stopniem respektowania praw pacjentów przez duszpasterzy. Co ważne, badania poziomu poszanowania praw pacjentów wskazują na to, że prawo do opieki duszpasterskiej jest chronione w Polsce na całkowicie satysfakcjonującym poziomie. Anna Jacek i Katarzyna Ożóg (2012, s. 270) podkreślają, że od 2012 r. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta nie otrzymało w tej sprawie żadnych skarg. Według obecnego Rzecznika Praw Pacjenta stan ten utrzymywał się do końca 2017 r.<sup>5</sup>. Jak się okazuje, wyniki badań socjomedycznych również świadczą o pozytywnym postrzeganiu duszpasterzy i ich roli w szpitalu. Badanie przeprowadzone przez Grzegorza Bejdę, Jolantę Lewko oraz Agnieszkę Kulak-Bejdę na grupie 79 pacjentów wykazało, że 82,5% badanych doceniło obecność duszpasterzy na oddziale, wskazując na takie ich cechy jak: empatia, cierpliwość, oddanie i spokój, zrozumienie i poszanowanie autonomii pacjenta (2017, s. 159-160). Do podobnych wniosków doszły Elżbieta Pawłowska i Klaudia Perzanowska, które w 2017 r. badały poziom poszanowania praw pacjenta. Analiza ta wzięła pod uwagę stanowiska zaledwie 30 pacjentów. Co ważne, dotyczyła ona tylko jednego oddziału, w którym prawie 90% pacjentów potwierdziło realizację prawa do opieki duszpasterskiej (Pawłowska i Perzanowska, 2017, s. 394).

## **5. Zaostrzenie prawa do opieki duszpasterskiej – kontekst pandemii**

Nie ulega wątpliwości, że prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej należy do ważnych praw, które bezpośrednio odnoszą się do specyficznych wartości osób, którym zapewniana jest opieka zdrowotna. Ponadto prawo to jest realizowane w sposób satysfakcjonujący. W wyniku

---

<sup>4</sup> Odniesienia do praktyki duszpasterskiej w Klinice Chirurgii Pediatricznej w Prokocimiu pojawiły się kilka razy na stronach książki *Mam odwagę mówić o cudzie* (Skalski i Bątkiewicz-Brożek, 2015). W kontekście ostatnich wydarzeń związanych z pandemią koronawirusa warto również przywołać dłuższy komentarz Lucjana Szczepańskiego, który regularnie pracował we wspomnianej instytucji (zobacz: Fortuna-Sudor, 2020).

<sup>5</sup> Raport dotyczący przestrzegania praw na terenie Rzeczypospolitej Polskiej obejmuje okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r. (Rzecznik Praw Pacjenta, 2017, s. 5 oraz Piorun, s. 2018)

stanu zagrożenia epidemiologicznego szeroko rozumiane prawa pacjenta mogą, a czasem muszą zostać zawieszane. Mówi o tym szczególnie artykuł 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który *expressis verbis* podkreśla, że właśnie taki stan może być podstawą ograniczania korzystania z praw pacjenta, w tym prawa do kontaktu z osobą bliską. Prawo do opieki duszpasterskiej nie zostało wyłączone spod rygoru, jaki narzuca wzmiankowany tu przepis. Doktryna wskazuje, że podstawą takich środków jest zapewnienie „bezpieczeństwa zdrowia pacjentów”. Jednakże podkreśla się, że zaostrenie praw przez kierownika instytucji opieki zdrowotnej musi opierać się na dwóch elementach. Po pierwsze, bezpieczeństwo pacjenta musi być zagrożone. Po drugie, opisane tu przeszkody, np. w kontakcie z krewnymi lub z duchownymi, powinny być wyeliminowane tak szybko, jak to możliwe. Ich przedłużanie się może de facto prowadzić do zawieszenia praw pacjenta bez żadnej formalnej podstawy (Jabłońska, 2014, s. 128). W literaturze przedmiotu często wskazuje się, że artykuł 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest specyficznie powiązany z artykułem 9 tej samej ustawy, który definiuje i prezentuje prawo pacjenta do informacji. Naruszenie prawa pacjenta/pacjentki dotyczące jego/jej relacji z bliską osobą powinno być powiązane ze szczególnym obowiązkiem wyjaśnienia zaistniałej sytuacji przez personel (Kawała i in., 2017, s. 17). Należy zaznaczyć, że możliwość ograniczenia kontaktu pacjenta z innymi ludźmi z powodu zagrożenia epidemiologicznego najczęściej dotyczy w literaturze osób bliskich osobie diagnozowanej lub leczonej. Mowa tutaj nie tylko o duszpasterzu, ale również na przykład o osobach odpowiedzialnych za analizowanie sytuacji dotyczącej przestrzegania praw pacjentów w danej instytucji (Flirski i Sroka, 2013, s. 42-52)<sup>6</sup>.

Pojawienie się pandemii koronawirusa na początku 2020 r. zmusza nas do zastanowienia się, czy ograniczenie prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej nie jest usprawiedliwionym działaniem. Przypadek COVID-19 jest kojarzony głównie ze specyfiką choroby, która jest przenoszona przez ludzi nieświadomych jej symptomów i, w konsekwencji, może szczególnie zagrozić osobom starszym lub innym pacjentom, u których zdiagnozowano choroby współistniejące (Państwowy Instytut Higieny, 2020). W sposób naturalny wyłoniły się wątpliwości co do zdolności duszpasterza do interakcji z pacjentem w dobie omawianego zagrożenia epidemiologicznego. W połowie marca 2020 r. Zarząd Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej skierował do Głównego Inspektora Sanitarnego oficjalne oświadczenie na

---

<sup>6</sup> Autor artykułu podczas pełnienia obowiązków Rzecznika Praw Pacjenta w szpitalu psychiatrycznym, pomimo całkowitego lub częściowego zamknięcia oddziałów z powodu zagrożenia epidemiologicznego, miał okazję przeprowadzić rozmowę z pacjentami przebywającymi na kwarantannie. Obowiązkowe było między innymi noszenie odzieży ochronnej.

ten temat. Podkreślono w nim, że opieka duszpasterska podczas epidemii powinna być zagwarantowana pacjentom w sposób, który zapewnia bezpieczeństwo zarówno ich samych, jak i pracowników szpitala oraz duszpasterzy. W tym samym czasie spierano się o to, czy obostrzenia w tym zakresie mogą stanowić nieusprawiedliwione naruszenie praw pacjenta (Krajnik, 2018). Okazuje się, że kilka dni wcześniej na stronach internetowych indywidualnych polskich diecezji pojawiła się treść komunikatu zastępcy Głównego Inspektora Sanitarnego. Jak podkreśla komunikat, „ksiądz zapewniający opiekę duszpasterską pacjentom hospitalizowanym z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 jest zobowiązany sprawować posługę przy użyciu takich samych środków ochrony indywidualnej jak personel medyczny opiekujący się pacjentem. Rekomendujemy, by wszystkie Sakramenty Święte były udzielane osobom chorym lub z podejrzeniem zakażenia z zachowaniem specjalnego reżimu sanitarnego. Ksiądz pracujący z osobą chorą musi postępować zgodnie z instrukcjami lekarza opiekującego się pacjentem” (Portal Diecezji Zielonogórskiej, 2020). O praktycznym znaczeniu podobnych zaleceń traktują liczne raporty medialne, które docierają do Polski z innych krajów (szczególnie ze Stanów Zjednoczonych), w których zaobserwowano częstsze występowanie koronawirusa oraz większą śmiertelność z jego powodu niż w Polsce.

Kara Tav, kierowniczka do spraw opieki duchowej w szpitalu w Nowym Jorku w wywiadzie udzielonym w szczycie epidemii COVID-19 podkreśliła, że jako duszpasterz również była wcześniej zmuszana do postępowania zgodnie z przepisami bezpieczeństwa, w tym do zakładania odzieży ochronnej i gogli. Jej zdaniem pandemia zmieniła charakter pracy duszpasterzy. Po pierwsze, nie mogli oni zbyt skupiać się na zapewnianiu pacjentom wsparcia duchowego, ale bardziej na czuwaniu przy umierających pacjentach, którzy zazwyczaj nie mieli możliwości kontaktu z ukochanymi osobami. Po drugie, duszpasterze stali się niezbędnym wsparciem dla wyczerpanego emocjonalnie personelu medycznego (Lithwick, 2020). Co ciekawe, ich rola i doświadczenie w spotkaniach z cierpiącymi ludźmi były również nieocenione w kontaktach z osobami przebywającymi na kwarantannie bądź w izolacji. Wspomniała o tym związana z Harvard Divinity School Kerry Maloney, która zainicjowała utworzenie wspólnoty specjalistów do spraw opieki duchowej, wspierających nie tylko chorych, ale także pracowników medycznych, którzy zmuszeni są mierzyć się z coraz to trudniejszymi dylematami moralnymi (Maloney, 2020; Laboratorium Innowacji Duszpasterskich, 2020). Jednakże należy pamiętać o tym, że praca szpitalnego duszpasterza odbywa się przede wszystkim wśród pacjentów. Robert Dowmen w artykule wydanym pod koniec marca 2020 r. zauważył, że w Stanach Zjednoczonych zaobserwowano trend

ograniczania duszpasterzom możliwości bezpośredniego kontaktu z pacjentami na oddziale zakaźnym. Lokalne władze do spraw zdrowia zarekomendowały kontakt metodą teleporady. Działania te dotyczyły nie tylko duszpasterzy różnych religii, ale także rodzin pacjentów i personelu medycznego. Pod koniec kwietnia 2020 r. nie było w Polsce takiego zalecenia, które miałyby doprowadzić do znacznego ograniczenia kontaktu pacjentów z duszpasterzem podczas przebywania na oddziale zakaźnym lub przeznaczonym dla osób z koronawirusem w tak zwanych „szpitalach kompleksowej obsługi”. Robert Arndt, duszpasterz w instytucji opieki zdrowotnej w Zgierzu, w swoich wypowiedziach podkreślił, że jego praca i posługa nieco się zmieniły w porównaniu z okresem, gdy szpital, w którym sprawuje swoją funkcję, zapewniał usługi wielospecjalistyczne. Duchowny zauważył: „Przychodzę do szpitala dwa razy w tygodniu, ale jestem pod stałym kontaktem telefonicznym, gdyby ktokolwiek nagle poprosił o moją posługę”. Arndt dodaje, że uprzedza kierownictwo szpitala o swojej działalności. Co więcej, przy każdym wejściu i wyjściu z oddziału jest zobowiązany użyć sprzętu ochronnego, aby zapobiec rozprzestrzenianiu się choroby.

## **6. Podsumowanie**

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej ma specyficzny charakter. Z jednej strony jest to uprawnienie, z którego nie wszyscy pacjenci mogą skorzystać. Z drugiej strony część leczonych może nawet nie chcieć nawiązywać kontaktu z duchownym, co może wynikać z trudnych dla nich sytuacji, jak na przykład śmierć bliskiej osoby. Jeszcze z innej strony, omawiane tutaj prawo osób diagnozowanych i leczonych kieruje nas ku wyjątkowej rzeczywistości osoby doświadczającej bólu, cierpienia lub straty związanej z chorobą. Prawo to z całą pewnością nie jest bezwzględne. Doskonałym tego przykładem może być sytuacja, do jakiej dochodzi regularnie w szpitalach i na oddziałach psychiatrycznych. Całkowicie zasadne jest ograniczenie prawa pacjenta do kontaktu z duszpasterzem, gdy pacjent wykazuje objawy urojeń religijnych, a duszpasterz zwiększa ich intensywność (Kmieciak, 2012). Podobnie dzieje się, gdy mamy do czynienia z rozprzestrzenianiem się silnego wirusa. Obawy dotyczą tu nie tylko pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, ale także ryzyka transmisji choroby.

Pojawienie się pandemii koronawirusa na świecie doprowadziło w szpitalach do niezwykle intensywnych i gwałtownych zdarzeń, które wywołały i nadal wywołują strach i panikę. Obserwujemy liczne dylematy związane bezpośrednio z ludzkim życiem. Wprowadzanie obostrzeń i kwarantanna mogą powodować niepokój u wielu osób przytłoczonych widokiem pacjentów podłączonych do respiratora w ośrodkach opieki zdrowotnej. Właśnie wtedy ksiądz

może występować nie tylko w charakterze eksperta, który wspiera personel medyczny dbający o pacjenta cierpiącego z powodu choroby. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stwierdza jasno, że prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej w trakcie leczenia nie jest tylko standardowym działaniem ze strony szpitala. Jego znaczenie w sposób szczególny zostało ujęte w polskich aktach prawnych i odnosi się do momentów, w których istnieje realne zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta. Z perspektywy przepisów ustawowych kierownik szpitala ma prawo do ograniczenia takich działań. Istnieje wprawdzie wiele możliwości technologicznych, które pozwalają pacjentowi na rozmowę z duszpasterzem. Jednakże są sytuacje, w których osobisty kontakt jest nie tylko konieczny, ale też bezcenny. Taka sytuacja ma miejsce, gdy niepewny jest stan zdrowia pacjenta lub gdy pacjent jest bliski śmierci. Zapewnianie pacjentowi w takich chwilach możliwości kontaktu z duchownym to wyjątkowy przejaw poszanowania godności osoby chorej. Prawa, które w żaden sposób nie powinny być zaostrzane.

## **Bibliografia**

- Apanowicz, J., 1997. *Zarys metodologii prac dyplomowych i magisterskich z organizacji i zarządzania*. Wyższa Szkoła Administracji i Biznesu im. Eugeniusza Kwiatkowskiego.
- Arndt, R., 2020, 11 marca. Idę z Jezusem do chorych, którzy na Niego czekają!, *Niedziela*, <https://www.niedziela.pl/artukul/51661/Lodz-Ks-Arndt-ide-z-Jezusem-do-chorych> [dostęp z: 29.03.2023].
- Augustynowicz, A., Budziszewska-Makulska, A., 2010. *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – komentarz*. Wolters Kluwer Polska.
- Furman, F., Zalewski, B., Naszkiewicz, M., 2020. *Rozwiązania prawne przyjęte w odpowiedzi na epidemię koronawirusa SARS-COV-2 w wybranych krajach świata i ich skutki epidemiologiczne*. Wydawnictwo Instytutu na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris.
- Bejda, G., Lewko, J., Kulak-Bejda, A., 2017. Postrzeganie roli kapelana szpitalnego w zespole terapeutycznym. *Medycyna Paliatywna*, 9, s. 157–163.
- Skalski, J., Bątkiewicz-Brożek, J., 2015. *Mam odwagę mówić o cudzie*. Wydawnictwo Znak.
- Broniatowski, M., 2020, 17 marca. Koronawirus przenosi włoskie kościoły do sieci – a jak sobie radzą w innych krajach? *Onet Politico*,

- <https://wiadomosci.onet.pl/politico/koronawirus-spowodowal-zamkniecie-wloskich-kosciolow-ale-w-grecji-duchowni-nie/vpwkfvj> [dostęp z: 29.03.2023].
- Bronik, K., 2020. Arcybiskup Paryża: chorzy potrzebują kapelana, a krewni pogrzebu. *Vatican News*, <https://www.vaticannews.va/pl/swiat/news/2020-03/arcybiskup-paryza-chorzy-potrzebuja-kapelana-a-krewni-pogrzebu.html> [dostęp z: 29.03.2023].
- Chaplaincy Innovation Lab, 2020, May 22. *Chaplaincy Innovation Lab shares resources for chaplains encountering coronavirus*, <https://chaplaincyinnovation.org/2020/04/chaplaincy-coronavirus> [Access: 29.03.2023].
- Dmaradzki, J., 2013. O definicji zdrowia i choroby, *Folia Medica Lodziensia*, 40(1), s. 5–29.
- Downen, R., 2020, 20 marca. For chaplains, COVID-19 forces distance, fear, introspection. *Houston Chronicle*, <https://www.houstonchronicle.com/news/houston-texas/houston/article/For-chaplains-COVID-19-forces-distance-fear-15146914.php> [Access: 29.03.2023].
- Fortuna-Sudor, M., 2020, 21 kwietnia. Jestem w szpitalu i dla szpitala. *Niedziela*, <https://m.niedziela.pl/arttykul/52102/Jestem-w-szpitalu-i-dla-szpitala> [dostęp z: 29.03.2023].
- Frieske, K., 2001. *Sociology of Law*. Wydawnictwo Iuris, Warszawa–Poznań.
- Łaska-Formejstej, A., 2015. *Pacjent w sieci zależności. Społeczny kontekst praw i autonomii pacjenta*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Lithwick, D., 2020, April 6. *A chaplain at an NYC hospital explains COVID-19*. *Slate.com*, <https://slate.com/technology/2020/04/chaplain-nyc-coronavirus-interview.html> [Access: 29.03.2023].
- Flirski, M., & Sroka, T., 2013. *Zrozumieć prawa pacjenta. Podstawowe wiadomości o organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce*. Narodowy Fundusz Zdrowia – Centrala. Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej.
- Furmankiewicz, M., Ziuziański, P., 2013. *Internet jako źródło danych epidemiologicznych*, w: Zieliński Z.E. (red.), *Rola informatyki w naukach ekonomicznych i społecznych. Innowacje i implikacje interdyscyplinarne*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Handlowej w Kielcach.

- Karkowska, D., 2010. *Komentarz do ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Wolters Kluwer Polska.
- Kawala, R. i in., 2017. *Czwarty Kongres Prawników Wielkopolski. Prawnicy dla Pacjentów i Lekarzy*. Sąd Apelacyjny w Poznaniu.
- Kmieciak, B., 2012. *Religia w kukułczym gnieździe, czyli refleksje o prawie pacjenta szpitala psychiatrycznego do opieki duszpasterskiej*, w: Skobel S., Perzyński A., Kamiński W. (red.), *Niepełnosprawni w państwie i Kościele. Potrzeby społeczne i duchowe osób niepełnosprawnych* (s. 149–158). Archidiecezjalne Wydawnictwo Łódzkie.
- Krajewski, M., 2010. *O metodologii nauk i zasadach pisarstwa naukowego*. Oficyna Wydawnicza Szkoły Wyższej im. Pawła Włodkowica.
- Krajnik, M., 2018. *Wystąpienie do Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 18 marca 2020*. Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej.
- Jabłońska, N., 2014. Poszanowanie życia prywatnego i rodzinnego pacjenta a możliwość jego ograniczenia w świetle artykułu 5 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, *Zeszyt Studencki Kół Naukowych Wydziału Prawa i Administracji UAM*, 4, s. 123–132.
- Jabłońska, K., Kaczkowski, J., 2017. *Żyć aż do końca. Instrukcja obsługi choroby*. Wydawnictwo Więż.
- N.N., 2020, 10 marca. Papież Franciszek apeluje do księży: Odwiedzajcie chorych na koronawirusa. *Wprost*, <https://zdrowie.wprost.pl/koronawirus/naswiecie/10305533/papiez-franciszek-apeluje-do-ksiezy-odwiedzajcie-chorych-na-koronawirusa.html> [dostęp z: 29.03.2023].
- Maćkiewicz, J., 2011. *Prawo do opieki duszpasterskiej w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej*. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta.
- Maloney, K., b.r.. *Spiritual Resources During the COVID-19 Pandemic*. Harvard Divinity School, <https://hds.harvard.edu/life-at-hds/religious-and-spiritual-life/spiritual-resources-during-covid-19-pandemic> [Access: 29.03.2023].
- Mazurek, J. F., 1991. *Prawa człowieka w nauczaniu społecznym Kościoła*. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej.

- Ożóg, K., Jacek, A., 2012. Przestrzeganie praw pacjenta przez personel medyczny. *Hygeia Public Health*, 47, s. 264–271.
- Ożóg, M., 2016. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej w świetle konstytucyjnej zasady równouprawnienia kościołów i innych związków wyznaniowych. *Studia z Prawa Wyznaniowego*, 19, s. 217–236.
- Państwowy Zakład Higieny, 2020. *Informacja dotycząca możliwości przenoszenia koronawirusa SARS-CoV-2 przez żywność*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Badawczy, <https://www.pzh.gov.pl/informacja-dotyczaca-mozliwosc-przenoszenia-koronawirusa-2019-ncov-przez-zywnosc/> [dostęp z: 29.03.2023].
- Pawlikowski, J., 2020. Etyczny wymiar decyzji priorytetyzacyjnych i alokacyjnych dotyczących stosowania zaawansowanych technologii medycznych w kontekście pandemii COVID-19. *Medycyna Praktyczna*, 4, s. 1–8.
- Pawłowska, E., Perzanowska, K., 2017. Respektowanie praw pacjenta w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej – analiza przypadku, *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej*, 100, s. 383–396.
- Piorun, M., 2018, 23 sierpnia. W szpitalach najlepiej przestrzega się... prawa do opieki duszpasterskiej! *Radio Zet-Zdrowie*, <https://zdrowie.radiozet.pl/Medycyna/Prawa-pacjenta/Rzecznik-Praw-Pacjenta-o-prawie-do-opieki-duszpasterskiej-w-szpitalach> [dostęp z: 29.03.2023].
- Portal Diecezji Zielonogórskiej, 2020, 13 marca. *Zalecenia dla kapelanów szpitalnych*, <https://dsz.zgora.pl/zalecenia-z-gis-dla-kapelanow-szpitalnych/> [dostęp z: 29.03.2023].
- Puchalski, K., 2012. Internet a możliwości poprawy efektów edukacji zdrowotnej. *Studia Edukacyjne*, 23, s. 119–139.
- Sinkiewicz, W., 2008, Kapelan szpitalny – persona grata. *Studia Bydgoskie*, 2, s. 95–106.
- Skorowski, H., 1996. *Problematyka praw człowieka*. Wydawnictwa Akademii Teologii Katolickiej.
- Rzecznik Praw Pacjenta, 2017. *Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za rok 2016*, Warszawa.
- Rzecznik Praw Pacjenta, 2018. *Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Obejmuje okres od dnia 1 stycznia 2017 do dnia*



[https://archiwum.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/\\_public/bip/sprawozdania\\_roczne/sprawozdanie\\_rpp\\_za\\_2017r.pdf](https://archiwum.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/bip/sprawozdania_roczne/sprawozdanie_rpp_za_2017r.pdf) [dostęp z: 29.03.2023].

Tabaszewski, R., b.r.. *Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej w świetle przepisów prawa międzynarodowego*, [https://www.academia.edu/35318658/Prawo\\_pacjenta\\_do\\_opieki\\_duszpasterskiej\\_w\\_%C5%9Bwietle\\_przepis%C3%B3w\\_prawa\\_mi%C4%99dzynarodowego](https://www.academia.edu/35318658/Prawo_pacjenta_do_opieki_duszpasterskiej_w_%C5%9Bwietle_przepis%C3%B3w_prawa_mi%C4%99dzynarodowego) [dostęp z: 29.03.2023].

Vandenhoeck, A., 2017. Kapelani jako specjaliści od opieki duchowej nad pacjentami w Europie. *Medycyna Praktyczna*, 2, s. 118–125.

### **Akty prawne:**

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. *Dziennik Ustaw*, 78(483), z późn. zm.

Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania. *Dziennik Ustaw*, 29(155), z późn. zm.

Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej. *Dziennik Ustaw*, 29(154), z późn. zm.

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. *Dziennik Ustaw*, 14(89).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. *Dziennik Ustaw*, 52(417), z późn. zm.

Konkordat pomiędzy Stolicą Apostolską a Rzeczpospolitą Polską podpisany w Warszawie dnia 28 lipca 1993 r. *Dziennik Ustaw*, 51(318).

Europejska konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności z dnia 10 lipca 1993 r. *Dziennik Ustaw*, 61(284).

Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 16 grudnia 1966 r. *Dziennik Ustaw*, 38(167).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1981 r. o korzystaniu z usług religijnych przez pacjentów szpitali, sanatoriów i domów opieki społecznej. *Dziennik Ustaw Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej*, 9(35), § 1-6.