

Ks. JERZY ZAJĄC
UKSW, Warszawa

KOŚCIÓŁ W SŁUŻBIE CHORYM

1. WPROWADZENIE

Na czas transformacji ustrojowej datuje się przeobrażenie organizacyjnej działalności prospołecznej Kościoła oraz rozwój nowych form i metod podejmowanych działań. Zielone światło dla prowadzonej od wieków przez Kościół w Polsce działalności na rzecz człowieka potrzebującego dała ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła katolickiego¹, która przywróciła Kościołowi katolickiemu w Polsce pełną swobodę instytucjonalnego działania².

Kierując się wskazaniem Soboru Watykańskiego II oraz II Polskiego Synodu Plenarnego, który zachęca, aby „na przełomie drugiego i trzeciego tysiąclecia do najważniejszych obszarów, które należy objąć posługą charytatywną, należały m.in. życie i zdrowie człowieka od chwili poczęcia aż do naturalnej śmierci”³, placówki Kościoła w większym wymiarze podjęły działania na polu opieki medycznej i społecznej. Pomocą w podejmowaniu tych zadań stały się zmiany wprowadzone do obowiązujących w Polsce kilku ważnych aktów prawnych. Warto tu wymienić ustawy i rozporządzenia traktujące o zakładach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej, oświacie i szkolnictwie wyższym, o podatku od osób prawnych, o nieruchomościach, ordynacji podatkowej⁴. Kwestią wymagającą

¹ *Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej*, Dz. U. 1989 Nr 29, poz. 154 z późn. zm.

² Por. tamże.

³ *II Polski Synod Plenarny (1991–1999)*, Pallottinum 2001, s. 227.

⁴ Por. *Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej*, Dz. U. 1991 Nr 91, poz. 408 z późn. zm.; *Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej*, Dz. U. 2001 Nr 57, poz. 602 (na podstawie tekstu ogłoszonego w Dz. U. 1996 r. Nr 91, poz. 410 z późn. zm.); *Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, Dz. U. 1997 Nr 28, poz. 153 z późn. zm.; *Ustawa z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej*, Dz. U. 1998 Nr 64, poz. 414 (na podstawie tekstu ogłoszonego w Dz. U. 1993 Nr 13, poz. 60 z późn. zm.); *Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych*, Dz. U. 2000 Nr 54, poz. 654 z późn. zm.; *Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. Ordynacja podatkowa*, Dz. U. 1997 r. Nr 137, poz. 926 z późn. zm.; *Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty*, Dz. U. 1996 Nr 67, poz. 329 z późn. zm.

wyjaśnienia jest odpowiedź na pytanie: na ile te zmiany prawne spowodowały ożywienie działalności Kościoła w Polsce na polu medyczno-społecznym i czy Kościół w Polsce może dzisiaj pomagać chorym?

2. ASPEKTY FORMALNO-PRAWNE FUNKCJONOWANIA PLACÓWEK

Ustawy regulujące funkcjonowanie opieki społecznej realizowanej przez samorządy i państwo zachęcają do współpracy z podmiotami III sektora organizacji pozarządowych i Kościołem katolickim, pokazując jednocześnie możliwości i ramy uzupełniania się działalności Kościoła i Państwa dla dobra człowieka potrzebującego⁵. Chociaż „znaczący nurt różnorodnych działań opiekuńczych przez wieki realizowany był przez Kościół i ludzi wierzących, którzy nadawali opiece specyficzny, zakotwiczony w wierze i Ewangelii, wymiar samarytańskiej posługi — to obecnie — po transformacji ustrojowej, Kościół i wiele wspólnot religijnych ma szansę, by coraz wyraźniej zaznaczać swoją aktywność opiekuńczą”⁶.

Praca charytatywna była i jest niezwykle ważnym odcinkiem działalności Kościoła i często probierzem jego autentyczności, bo „działalność dobroczynna, skierowana nie tylko ku własnym wyznawcom, stała się w społeczności Kościoła znaczącym przejawem ewangelicznej solidarności międzyludzkiej, owocującej na przestrzeni stuleci coraz to nowymi formami: od doraźnych akcji charytatywnych aż do wielkich programów powszechnej sprawiedliwości i miłości. Jedną z owych form, dobrze wypróbowaną, pozostaje niesienie wsparcia potrzebującym pomocy — tak materialnej, jak i moralnej — w sposób stały i zorganizowany”⁷. Jak zaznaczy papież Benedykt XVI w *Liście apostolskim motu proprio „Intima Ecclesiae natura”* posługa miłości jest konstytutywnym wymiarem misji Kościoła i nieodzownym wyrazem jego istoty⁸.

⁵ Por. Ustawy: z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, Dz. U. 2001 Nr 142, poz. 1591 (na podstawie tekstu ogłoszonego w Dz. U. 1996 r. Nr 13, poz. 74); z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, Dz. U. 2001 r. Nr 142, poz. 1592 (na podstawie tekstu ogłoszonego w Dz. U. 1998 r. Nr 91, poz. 578 z późn. zm.); z dnia 5 czerwca 1998 r. o administracji rządowej w województwie, Dz. U. 2001 Nr 80, poz. 872 (na podstawie tekstu ogłoszonego w Dz. U. 1998 r. Nr 91, poz. 577 z późn. zm.); z dnia 24 lipca 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej w związku z reformą ustrojową państwa, Dz. U. 1998 Nr 106, poz. 668 z późn. zm.; z dnia 13 października 1998 r. Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną, Dz. U. 1998 Nr 133, poz. 872 z późn. zm.; Ustawa z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej...; Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej...; H. Skorowski, *Człowiek kultura świat. Refleksje etyczno-społeczne nad współczesną rzeczywistością*, Warszawa 2002.

⁶ *Koncepcje opieki i zawody opiekuńcze. Pracownicy socjalni i pielęgniarki*, red. Z. Kawczyńska-Butrym, Olsztyn 2001, s. 10.

⁷ W. Góralski, *Katolickie Towarzystwo Dobroczynności Diecezji Płockiej „Caritas” w świetle statutu z 1932 roku*, Notatki Płockie (1989)4, s. 14.

⁸ Por. Benedykt XVI, *List apostolski motu proprio „Intima Ecclesiae natura”* (11 listopada 2012), nr 1.

Przekształcenia systemowe polskiej opieki zdrowotnej ostatnich lat pokazały, że do zaspokojenia „potrzeb zdrowotnych jest wymagane istnienie zasobów: ludzkich, kapitałowych, rzeczowych, których ilość jest ograniczona. Niestety, potrzeby są zwykle nieograniczone i dysproporcja między ilością zasobów a ilością potrzeb stanowi, nie tylko w ochronie zdrowia, tzw. problem rzadkości w ekonomii”⁹. W nowym systemie funkcjonowania służby zdrowia zakłada się funkcjonowanie wielu podmiotów na rynku usług medycznych, w tym podmiotów utworzonych przez kościelne osoby prawne¹⁰. System finansowania usług medycznych obowiązujący w Polsce od 1999 r. wprowadził równy dostęp do środków publicznych dla podmiotów świadczących usługi medyczne: publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. W obecnym systemie szeroko rozumianej ochrony zdrowia człowiekowi choremu, często zagubionemu w gąszczu przepisów prawnych, niejednokrotnie z trudem i bezskutecznie szukającemu pomocy dla poprawy swego zdrowia, wychodzi naprzeciw Kościół, który troszczy się nie tylko o jego duszę, ale również o ciało, w myśl znanej maksymy, że w zdrowym ciele — zdrowy duch. Nowe formy pracy umożliwia i gwarantuje Kościołowi aktualny system organizacyjno-prawny państwa. To m.in. reforma służby zdrowia wprowadziła nowe świadczenia medyczne, zauważyła potrzebę opieki paliatywno/hospicyjnej domowej opieki długoterminowej i finansowania tych świadczeń przez płatnika świadczeń zdrowotnych.

Analiza dokumentów Kościoła i przytoczonych tu ustaw, zajmujących się problematyką zdrowia ludzi chorych i niepełnosprawnych pokazuje, że kościelne osoby prawne, w tym m.in. Caritas w Polsce, mają ogromne możliwości pracy na polu świadczeń zdrowotnych. Oczekiwania pacjenta są jasno artykułowane niezależnie od formy organu tworzącego zakład opieki zdrowotnej. Pacjent chce uzyskać pomoc jak najlepszą, w możliwie najkrótszym czasie i w jak najlepszych warunkach¹¹. Za rzecz naturalną przyjął te oczekiwania II Polski Synod Plenarny, zwracając uwagę w wydanych dokumentach, że „w dziedzinie pracy

⁹ Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 1998, s. 11.

¹⁰ Art. 38 *ustawy o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej*: „osoby prawne Kościoła mają prawo prowadzenia właściwej dla każdej z nich działalności charytatywno — opiekuńczej”; art. 39: działalność charytatywno-opiekuńcza Kościoła obejmuje w szczególności: prowadzenie zakładów dla sierot, starców, osób upośledzonych fizycznie lub umysłowo oraz innych kategorii osób potrzebujących pomocy; prowadzenie szpitali i innych zakładów leczniczych oraz aptek; organizowanie pomocy w zakresie ochrony macierzyństwa; organizowanie pomocy sierotom, osobom dotkniętym klęskami żywiołowymi i epidemiami, ofiarom wojennym, znajdującym się w trudnym położeniu materialnym lub zdrowotnym, rodzinom i osobom, w tym pozbawionym wolności; prowadzenie żłobków, ochroniek, burs i schronisk; udzielanie pomocy w zapewnianiu wypoczynku dzieciom i młodzieży znajdującym się w potrzebie; krzewienie idei pomocy bliźnim i postaw społecznych temu sprzyjających; przekazywanie za granicę pomocy ofiarom klęsk żywiołowych i osobom znajdującym się w szczególnej potrzebie”.

¹¹ Por. J. Zając, *Troska Kościoła o chorych*, Płock 2005.

charytatywnej należy dążyć do większej współpracy z administracją rządową i samorządową”¹².

Ludzie chorzy często zdani są na niewydolną pomoc rodziny, co przysparza im cierpień i skazuje na pomoc sporadyczną i niewystarczającą. Tymczasem posługa wobec chorych i cierpiących w myśl dokumentów Soboru Watykańskiego II, stanowi istotny i niezbywalny element działalności Kościoła¹³. W *Dekrecie o apostołstwie świeckich* podkreślono, że „Kościół otacza szczególnym szacunkiem miłosierdzie względem ubogich i chorych oraz tak zwane dzieła miłosierdzia i wzajemnej pomocy, mające na celu niesienie pomocy w różnych potrzebach ludzkich”¹⁴. Rozwijając zaś to pryncypium zauważono, iż „gdziekolwiek znajdują się ludzie, którym brak pokarmu i napoju, ubrania, mieszkania, lekarstw, pracy, oświaty, środków do prowadzenia życia godnego człowieka, ludzie nękani różnymi chorobami i przeciwnościami, cierpiący wygnanie i więzienie, tam miłość chrześcijańska winna ich szukać i znajdować, troskliwie pocieszać i wspierać”¹⁵. Pomoc ta powinna objąć ubogich, chorych, samotnych oraz wszystkich potrzebujących pomocy bez względu na wyznanie i światopogląd¹⁶. Obowiązek ten Kościół wypełnia przez powoływanie odpowiednich placówek i instytucji do świadczenia takich form opieki w oparciu o prawo kościelne i państwowe¹⁷.

W przytoczonych dokumentach należy szukać początków idei pomocy medycznej realizowanej przez placówki Kościoła. Jak i na ile kościelne osoby prawne skorzystały z nowej możliwości prowadzenia tak potrzebnej dzisiaj działalności na rzecz życia i zdrowia człowieka w formie instytucjonalnej? Zbadano jedną z diecezjalnych Caritas — Caritas Diecezji Płockiej działająca w urozmaiconym wiejsko-miejskim środowisku. To w jej biurze w Płocku 7 marca 1996 r. kierownictwo Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej wraz z ministrem oraz przedstawiciele Caritas Polska i Caritas Diecezji Płockiej zastanawiali się nad koniecznymi zmianami w służbie zdrowia, jak również miejscem i rolą Caritas w Polsce na polu tych przemian¹⁸.

Warto odpowiedzieć na pytanie: na ile ta Caritas skorzystała z nowej rzeczywistości na polskim rynku służby zdrowia, jakie placówki tworzyła, dla kogo

¹² II Polski Synod Plenarny (1991–1999), s. 227.

¹³ Por. *Wiarą i miłością ratujemy rodzinę (z ubiegłorocznej działalności charytatywnej — wg sprawozdania ks. Jerzego Zająca, dyrektora Caritas Diecezji Płockiej)*, *Humanae Vitae* 2(1994), s. 13–15.

¹⁴ Sobór Watykański II, *Dekret o apostołstwie świeckich*, w: Sobór Watykański II, *Konstytucje, dekrety, deklaracje. Tekst polski*, Poznań 1968, nr 8.

¹⁵ Tamże.

¹⁶ Por. J. Koral, *Wprowadzenie*, w: *Caritas — zawód czy powołanie*, red. H. Skorowski, J. Koral, Warszawa 1996, s. 7.

¹⁷ Por. *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej; Ustawa o pomocy społecznej; Statut Caritas Diecezji Płockiej; Ustawa o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej*.

¹⁸ Por. *Sprawozdanie z działalności Caritas Diecezji Płockiej za rok 1996*, Archiwum CDP.

i na ile wpisały się one w nauczanie Kościoła o potrzebie służenia człowiekowi, zwłaszcza cierpiącemu i choremu.

3. CENTRA PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO

Pierwsze placówki medyczne powstałe w granicach diecezji płockiej — to Centra Pielęgniarstwa Rodzinnego¹⁹ otwarte w Ciechanowie (26 stycznia 1998 r.), Mławie (24 listopada 1998 r.)²⁰, Nasielsku (28 października 1999 r.), Puławach (28 kwietnia 1998 r.)²¹, Płocku (20 listopada 1998 r.), Żurominie (10 sierpnia 1998 r.). Praca pielęgniarek i położnych zatrudnionych w placówkach charakteryzowała się komplementarnością troski o zdrowie, walki z chorobą, opieki nad człowiekiem chorym; a także edukacją chorego i jego rodziny; upodmiotowieniem pacjenta, objęciem pomocą także rodziny pacjenta — przy zachowaniu indywidualizacji w pielęgnowaniu, jak również umiejętnością wyodrębnienia i realizacji samodzielnych zadań, przy zachowaniu i doskonaleniu współdziałania z lekarzem²². „Świadczenia zdrowotne, wykonywane przez pielęgniarkę środowiskową/rodzinną to świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki, zapobiegawcze, diagnostyczne, terapeutyczno-lecznicze, pielęgnacyjno-higieniczne wynikające ze stanu zdrowia podopiecznego i socjalno-bytowe”²³. Pielęgniarki i położne, dysponując w swojej pracy bogatym zapleczem (aparatura medyczna, urządzenia ułatwiające w miarę normalne funkcjonowanie i rehabilitację, środki transportu), które pomagało im czas pracy wykorzystać także na edukację zdrowotną, promocję zdrowia czy udzielanie pacjentowi wsparcia, znacznie rozszerzyły zakres świadczeń.

Reforma zdrowia — tak często krytykowana — z formalno-prawnymi rozwiązaniami, polegającymi na zawieraniu odrębnych kontraktów na zakres usług pielęgniarstwa oraz organizowanie placówek, pozwoliła wyjść do środowiska z bardzo zróżnicowaną ofertą samodzielnych usług pielęgniarstwa²⁴. Usługi te objęły różne grupy wiekowe oraz realizowane były i w placówkach, i w domach osób cho-

¹⁹ Por. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie ogólnych warunków zawierania i rozwiązywania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz trybu ustalania i rozliczania należności za te świadczenia*, Dz. U. 1991 Nr 91, poz. 408; Dz. U. 1993 Nr 76, poz. 363.

²⁰ Por. A. Stefańska, *Stacja Caritas w Mławie*, *Niedziela Płocka* (1999)2, s. 1; *Mława: stacja opieki Caritas w salach katechetycznych*, Biul. KAI (1998)99, s. 9.

²¹ Por. E. Belter, *Nowa stacja Caritas*, *Niedziela Płocka* (1998)14, s. 1; *Stacja misji i służby*, *Tygodnik Puławski* (1998)27, s. 3; *Stacja opieki*, *Caritas* (1998)3, s. 26; *Stacja opieki. Wigilie. Zimowiska*, *Caritas* (1999)1, s. 25.

²² Por. Z. Kawczyńska-Butrym, *Rodzina — zdrowie — choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego*, Lublin 2001; też, *Podstawy naukowe diagnozy pielęgniarstwa*, Lublin 1986; też, *Diagnoza pielęgniarstwa*, Lublin 1999.

²³ *Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r.*, Dz. U. 1991 Nr 91, poz. 410 z późn. zm.

²⁴ Por. J. Zając, *Troska Kościoła o chorych*, s. 98–132.

rych. Prezentuje to przykładowo tabela ukazująca liczebność świadczeń w jednym z wybranych lat funkcjonowania Centrum Pielęgniarstwa Rodzinnego.

Tabela nr 1. Świadczenia wykonywane przez Centra Pielęgniarstwa Rodzinnego w roku 2003.

Rok 2003							
Wyszczególnienie	Ciechanów	Płock	Pułtusk	Żuromin	Mława	Nasielsk	RAZEM
Pacjenci wpisani w Księgę Główną	68190	17481	46465	20489	53619	25838	232082
Porady ogółem	51064	18264	63469	58732	118150	108850	418529
W placówce porady dzieciom /0–15 roku życia /	4730	16578	3249	2168	1342	2580	30647
dorosłym w placówce	46334	21240	64229	56617	116808	106270	411498
w Poradni „K”	5935	345	3226	119	625	2507	12757
Wizyty domowe u dzieci /0–15 roku życia/	4730	730	3045	1137	865	1094	11601
u dorosłych /nagłych/	3608	362	73	5307	691	56	10097
u dorosłych /planowe/	57597	1083	33710	11231	47797	19749	171167
Wizyty pielęgniarские w środowisku pacjenta	53197	18001	33783	17675	49798	20899	193353
Patronaże pielęgniarek lub położnych u dzieci do 1 miesiąca życia	1293	88	398	39	305	140	2263
Patronaże pielęgniarek lub położnych u dzieci do 1 roku życia	1648	146	1746	87	1129	843	5599
Badania profilaktyczne i przesiewowe	102135	384	0	0	0	70675	173194
Zabiegi w gabinecie zabiegowym /iniekcje, kroplówki itp../	139025	14381	75969	2799	38940	5471	276585
Pomiar RR	51503	1486	36891	19245	49123	19735	177983
Pomiar EKG	522	5621	70	10	186	8	6417
Pobranie materiałów do badań laboratoryjnych	3431	11368	1563	493	1226	881	18962

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z archiwum CDP.

Służba zdrowia funkcjonująca głównie w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w pierwszym etapie reformy była zupełnie niewydolna. Placówki niepubliczne były dopiero tworzone przez różne podmioty, a tę lukę wypełniły placówki Caritas.

4. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA

W ramach długoterminowej opieki domowej nad nieuleczalnie chorym człowiekiem świadczenia wobec chorego i jego rodziny realizowane są w domu chorego.

a) Zespoły Długoterminowej Opieki Domowej

Zupełnie nową inicjatywą były Zespoły Długoterminowej Opieki Domowej, powołane do istnienia w 2000 roku, jako Biskupie Dzieła Charytatywne Roku Jubileuszowego²⁵. Ich działanie zapoczątkował Biskup Płocki prof. dr hab. Stanisław Wielgus w dniu 28 grudnia 2000 r. w Mławie²⁶. Zespoły Długoterminowej Opieki Domowej — powstały w Ciechanowie, Mławie, Nasielsku, Płocku, Przasnyszu, Pułtusk i Żurominie, zabezpieczały świadczenia zdrowotne pacjentom przewlekle chorym i wymagającym stałej opieki, a płatnik świadczeń medycznych uznał to za zadanie priorytetowe²⁷. Zespół zapewniał opiekę nad przewlekle chorym w domu, zapewniając leczenie, pielęgnację oraz rehabilitację, odpowiednio do stanu pacjenta i zapotrzebowania na konkretny rodzaj opieki. Opieka stała, systematyczna, profesjonalna świadczona była przez zespół (lekarz, pielęgniarka, rehabilitant, pracownik socjalny, psycholog), a objęte nią osoby w międzynarodowej punktowej skali oceniającej zdolność osoby przewlekle chorej i niepełnosprawnej do samoopieki (skala Barthel) nie przekraczała 40 punktów. Placówki wypożyczały również sprzęt pielęgnacyjny i rehabilitacyjny. Oprócz podstawowych świadczeń o charakterze ściśle medycznym (procedury diagnostyczne, terapeutyczne, rehabilitacyjne, pielęgnacyjno-higieniczne), wspierano rodzinę, prowadzono edukację otoczenia chorego, swoje procedury wykonywał pracownik socjalny, duchowny, psycholog i pedagog (opieka nad chorymi dziećmi bądź dziećmi pacjenta).

Każdy z członków zespołu realizował zadania w zakresie swoich kompetencji zawodowych. W zasadzie tylko zadania lekarza obejmowały standard świadczeń odpowiadający innym placówkom. Poszerzeniu uległy zadania pielęgniarek, które oprócz wykonywania zleceń lekarskich, przeprowadzały wywiad, badania przedmiotowe, stawiały diagnozę, interwencyjnie podawały leki, prowadziły edukację rodziny, prowadziły dokumentację. Psycholog prowadził rozmowy z chorym, jego rodziną lub innymi opiekunami, ustalał zakres wsparcia i realizował je oraz prowadził dokumentację. Podobnie pracownik socjalny:

²⁵ Por. J. Augustynowicz, *Biskupie Dzieła Charytatywne Roku Jubileuszowego*, Niedziela Płocka (2000)52–53, s. II.

²⁶ Por. A. Siemiątkowska, *Biskupie Dzieła Charytatywne Roku Jubileuszowego*, Niedziela Płocka (2002)46, s. II–III; też, *Wyznawstwo miłosierdzia: opieka nad nieuleczalnie chorymi*, Niedziela Płocka (2002)46, s. I–II; *Rok Miłosierdzia. Płock. Pomoc dla ciężko chorych*, Gazeta Wyborcza — Gazeta na Mazowszu (2000)190, s. 1; *Opieka długoterminowa*, Caritas 1(2001), s. 26.

²⁷ Por. K. Łakomska, *Zespół Długoterminowej Opieki Domowej*, Warszawa 2001, s. 3–5.

diagnozował zakres i rodzaj wsparcia, udzielał świadczeń oraz prowadził dokumentację. Do zadań pedagoga należała rozmowa z chorym i jego rodziną, innymi osobami i instytucjami opiekującymi się chorym dzieckiem, ustalanie potrzeb, zakresów wsparcia, udzielania wsparcia, prowadzenie dokumentacji.

Nowym wyzwaniem dla otoczenia chorego i jego rodziny są dzieci, bo choroba członka rodziny, chaos, który ona powoduje, ból i smutek, dotyczą także dzieci. W tej formie opieki bardzo ważna jest praca pedagoga, żeby od początku dokładnie informować dziecko o tym, co się dzieje. Ma ono do tego prawo. Dzieciom należy przede wszystkim powiedzieć: że mama, tato czy dziadek są ciężko chorzy; podać im nazwę choroby (nawet gdy jest ona trudna, muszą dokładnie usłyszeć ją od swoich bliskich, gdyż inaczej będą się czuły oszukane); powiedzieć, co zmienia się w domu w związku z chorobą (jak zostanie zorganizowane życie codzienne); kto teraz się będzie nimi zajmował; że choroba nie jest zaraźliwa; że nie ponoszą żadnej winy za czyjąś chorobę. To właśnie pedagog informował dzieci, że mają prawo do dobrej informacji i że w każdym momencie wolno im o wszystko pytać. Potraktowanie dzieci we właściwy sposób także w momentach, gdy rodzina jest konfrontowana z chorobą i cierpieniem, pomagała im nie tylko w przeżywaniu choroby najbliższych, ale zapobiegała późniejszym trudnościom. Dzieci to jutrzejsi dorośli, czego nauczą się w młodości, będą mogły przekazać innym ludziom. Poświęcenie uwagi potrzebom dzieci pomaga także dorosłym chorym w wyzwoleniu się z roli ofiary, co może dodać im sił w radzeniu sobie z chorobą.

Kolejnym pracownikiem hospicjum był duszpasterz. Do jego zadań należało: udzielanie sakramentów świętych, gdy chory o nie prosił, odmawianie modlitwy, rozmowy z chorym i jego bliskimi, obecność przy chorym, towarzyszenie choremu w agonii, wspieranie rodziny w okresie ciężkiej choroby bliskiej osoby i w okresie osierocenia, prowadzenie dokumentacji²⁸. Zespół miał świadomość, że życie zbliżające się ku końcowi jest nie mniej cenne niż życie, które się rozpoczyna. Dlatego osoba umierająca zasługuje na szacunek i serdeczną opiekę.

Pracę zespołu w roku 2004 obrazuje poniższa tabela.

²⁸ Por. M. Kalinowski, *Chorzy terminalnie-wsparcie duchowe*, w: *Wzrastanie człowieka w godności, miłości i miłosierdziu*, red. M. Kalinowski, Lublin 2005, s. 317–332.

Tabela nr 2. Świadczenia Zespołów Długoterminowej Opieki Domowej w roku 2004.

l.p.	Wyszczególnienie	Ciechanów	Płock	Pułtusk	Żuromin	Przasnysz	Nasielsk	Mława	RAZEM
1.	Chorzy objęci opieką	58	82	76	41	95	134	67	553
2.	Wizyty pielęgniarskie	4525	7114	3896	2354	9708	6456	3404	37457
3.	Wizyty lekarskie	36	5003	166	364	545	0	49	6163
4.	Wizyty psychologa	0	1859	16	55	153	0	43	2126
5.	Wizyty rehabilitanta	661	2997	190	462	2476	150	787	7723
6.	Wizyty pracownika socjalnego	0	866	0	308	508	66	651	2399
7.	Wizyty duchownego	24	624	10	0	187	384	0	1229
8.	Zgony	11	22	12	3	21	18	19	106
9.	Wizyty u osieroconych	0	516	0	0	23	4	41	584
10.	Wizyty pedagoga	0	0	0	0	42	0	0	42

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z archiwum CDP.

b) Hospicja domowe

Warunkiem przyjęcia do opieki hospicyjnej domowej jest: rozpoznanie choroby nieuleczalnej, zgoda chorego na opiekę hospicyjną, skierowanie do hospicjum (od lekarza pierwszego kontaktu lub zaleceniem karty informacyjnej ze szpitala), posiadanie ubezpieczenia. Zespół hospicjum tworzą lekarz, pielęgniarka, rehabilitant, psycholog, pedagog, pracownik socjalny, duchowny. Celem opieki jest poprawa jakości życia chorego głównie poprzez łagodzenie występujących dolegliwości, odpowiednią pielęgnację, wsparcie psychiczne i duchowe. Lekarz odwiedza chorego co najmniej dwa razy w tygodniu, pielęgniarki spotykają się z chorym częściej — nawet kilka razy dziennie, jeżeli jest taka potrzeba. Pielęgniarki wykonują zlecone zabiegi medyczne, doradzają rodzinie w rozwiązywaniu problemów pielęgnacyjnych i wyjaśniają sposób podawania leków. Istnieje możliwość telefonicznego kontaktowania się z personelem hospicjum przez całą dobę. Kolejne tabele informują o liczebności udzielanych świadczeń.

Tabela nr 3. Świadczenia wykonane przez hospicja domowe w latach 2004–2005.

Rok 2004								
l.p.	Wyszczególnienie	Ciechanów	Płock	Pułtusk	Żuromin	Przasnysz	RAZEM	
1.	Liczba chorych objętych opieką	116	121	116	74	152	579	
2.	Liczba wizyt pielęgniar- skich	6905	4883	4618	2540	6013	24959	
3.	Liczba wizyt lekarskich	1723	3012	1187	874	1395	8191	
4.	Liczba wizyt psychologa i pedagoga	502	7426	442	70	688	9128	
5.	Liczba wizyt rehabilitanta	294	1896	288	209	568	3255	
6.	Liczba wizyt pracowni- ka socjalnego	199	1825	716	583	901	4224	
7.	Liczba wizyt duchownego	41	621	220	0	42	924	
8.	Zgony	50	53	74	36	99	312	
9.	Liczba wizyt u osieroconych	42	621	124	47	173	1007	
10.	Ilość wspólnych spotkań osieroconych i zespołu	12	28	12	12	12		
Rok 2005								
l.p.	Wyszczególnienie	Ciechanów	Płock	Pułtusk	Żuromin	Przasnysz	Nasielsk	RAZEM
1.	Liczba chorych objętych opieką	107	127	108	76	141	8	567
2.	Liczba wizyt pielęgniar- skich	5581	38103	3543	3376	5811	451	56865
3.	Liczba wizyt lekarskich	1460	34176	925	1042	1574	154	39331
4.	Liczba wizyt psychologa i pedagoga	465	3048	360	87	668	0	4628
5.	Liczba wizyt rehabilitanta	458	7620	240	74	324	80	8796
6.	Liczba wizyt pracowni- ka socjalnego	183	6096	336	700	935	90	8340
7.	Liczba wizyt duchownego	24	4572	0	0	22	74	4692

8.	Zgony	47	63	51	38	93	3	295
9.	Liczba wizyt u osieroconych	23	2268	60	35	190	3	2579
10.	Ilość wspólnych spotkań osieroconych i zespołu hospicyjnego	12	28	12	12	12	0	76

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z archiwum CDP.

5. HOSPICJA STACJONARNE

Misterium cierpienia, które przeżywa człowiek nieuleczalnie chory w stanie terminalnym, zrozumiałe jest jedynie w świetle tajemnicy Jezusa Chrystusa, prowadząc do odkrycia istotnej dla człowieka prawdy o ostatecznym sensie ludzkiej egzystencji, sięgającym poza życie doczesne²⁹. Osoby objęte opieką paliatywno-hospicyjną w sytuacjach trudnych od strony medycznej do opanowania w domu mają możliwość skorzystania ze stacjonarnej opieki hospicyjnej całodobowej. Wskazaniem do niej są m.in. problemy psychologiczne i duchowe, objawy psychicznego nieprzystosowania chorego do stanu terminalnego, trudności w osiągnięciu pełnej kontroli objawów³⁰, jak też „opieka wyręczająca” celem okresowego odciążenia przemęczonej rodziny. Hospicjum jest samodzielnym zakładem opieki zdrowotnej, sprawującym wielodyscyplinarną opiekę: medyczną, psychologiczną, duchową i społeczną nad chorymi znajdującymi się w terminalnym okresie choroby oraz opiekę nad rodzinami chorych.

Rok Jubileuszowy 2000 był dobrą okazją do tworzenia dzieł charytatywnych. Pasterz Płocki bp prof. Stanisław Wielgus powołał cały szereg Biskupich Dzieł Charytatywnych, jako konkretne ośrodki stałej, systematycznej, zorganizowanej pomocy, które przyniosły ulgę w cierpieniu przewlekłe i nieuleczalnie chorym oraz niepełnosprawnym mieszkańcom diecezji płockiej. Należą do nich Hospicjum Stacjonarne w Pułtusku i w Płocku. Są one samodzielnymi zakładami opieki zdrowotnej i sprawują wielodyscyplinarną opiekę: medyczną, psychologiczną, duchową oraz socjalną nad chorymi znajdującymi się w terminalnym okresie choroby (głównie nowotworowej), a także opiekują się rodzinami chorych. Celem hospicyjnej opieki jest pomoc choremu w przeżyciu terminalnego okresu choroby. Leczenie objawowe, pielęgnacja oraz towarzyszenie choremu i jego rodzinie w trudnej drodze cierpienia³¹, jaką wspólnie przechodzą, to główne zadanie tej opieki.

²⁹ Por. Jan Paweł II, *List apostolski „Salvifici doloris”* (11 lutego 1984).

³⁰ Por. Z. Żylicz, K. de Walden-Gałuszko, A. Zapaśnik, *Ogólne zasady leczenia i opieki w daleko zaawansowanym okresie choroby nowotworowej*, w: *Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych*, red. M. Hebanowski, K. de Walden-Gałuszko, Z. Żylicz, Warszawa 1998, s. 43–46.

³¹ Por. D. Pater, *Człowiek wobec bólu i cierpienia*, Warszawa 2012, s. 13–17.

Hospicjum stacjonarne w Pułtusk, które rozpoczęło swoją działalność 16 czerwca 2000 r., jak i hospicjum stacjonarne w Płocku zostały utworzone zgodnie z *Ustawą o zakładach opieki zdrowotnej*, *Ustawą o stosunku Państwa do Kościoła* i statutem, w którym określono generalnie założenia i zasady opieki hospicyjnej, organizację wewnętrzną hospicjum, strukturę i jego funkcje³². Liczbę chorych korzystających z tej formy pomocy obrazuje poniższa tabela.

Tabela nr 4. Chorzy objęci opieką hospicjów stacjonarnych w latach 2003–2005.

Lp.	Liczba chorych objętych opieką w danym roku	Hospicjum Stacjonarne Pułtusk	Hospicjum Stacjonarne Płock	RAZEM
1	2003	252	111	363
2	2004	214	127	341
3	2005	205	137	342

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z archiwum CDP.

6. GABINETY REHABILITACJI

W strukturach płockiej Caritas funkcjonuje 5 gabinetów rehabilitacji (Mława, Nasielsk, Płock, Pułtusk, Żuromin) wyposażonych w nowoczesny sprzęt rehabilitacyjny. Dziennie korzysta z ich pomocy ponad 600 chorych. Wykonane zabiegi w placówce, w domu chorego i udzielone porady lekarza o specjalności rehabilitacja ruchowa obrazują dane zawarte w tabeli.

Tabela nr 5. Świadczenia w gabinetach rehabilitacji w latach 2004–2005.

Rok 2005							
L.p.	Wyszczególnienie	Miejsce świadczenia usług rehabilitacyjnych					
		Płock	Pułtusk	Żuromin	Mława	Nasielsk	RAZEM
1	Liczba osób korzystających ze świadczeń — Księga Główna	57802	11443	11205	27415	10645	118510
2	Liczba wykonanych zabiegów w placówce	23123	19550	22035	75384	27792	167884
3	Liczba wykonanych zabiegów w domu chorego	5426	7411	450	1672	5544	20503
4	Liczba udzielonych porad lekarskich	2721	0	605	2978	600	6904

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z archiwum CDP.

³² Por. *Statut Hospicjum stacjonarnego Caritas Diecezji Płockiej w Pułtusk* i *Statut Hospicjum stacjonarnego Caritas Diecezji Płockiej w Płocku*, archiwum Caritas Diecezji Płockiej.

Osoby korzystające ze świadczeń wpisywano do księgi Głównej. W badanym okresie lat 2000–2005 skorzystało z pomocy gabinetów rehabilitacji 393 582 osób wymagających rehabilitacji i posiadających skierowanie i zlecenie od lekarza.

7. OPIEKA STACJONARNA NAD NIEPEŁNOSPRAWNYMI I CHORYMI NA CHOROBY ALZHEIMERA

Kolejnym ważnym obiektem medycznym płockiej Caritas był otwarty 1 września 2003 r. w Żurominie Środowiskowy Dom Samopomocy im. Jana Pawła II, przeznaczony dla 30 dorosłych osób niepełnosprawnych wymagających pomocy i wsparcia niezbędnego do samodzielnego życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Dom ten stworzył tej grupie osób korzystne warunki szerszego dostępu do wielu świadczeń, a w pierwszym rzędzie do rehabilitacji społecznej, socjoterapii i psychoterapii, opieki pielęgniarskiej i różnych oddziaływań usprawniających oraz pomaga w zaspokajaniu potrzeb rekreacyjno-kulturalnych, samorealizacji, wzbudzania i podtrzymywania samodzielności. Równocześnie, placówka ta niesie pomoc w kształtowaniu i rozwijaniu zasad współżycia w środowisku poprzez: wychowanie i edukację, uczestniczenie w zajęciach kulturalnych, sportowych i rekreacyjnych oraz utrzymywanie kontaktów z rodzinami podopiecznych Domu. Środowiskowy Dom w Żurominie posiada wszystkie pomieszczenia i sprzęt niezbędny do realizacji owych zadań wspierająco-rehabilitacyjnych. Prowadzona jest tam terapia zajęciowa, m.in. zajęcia plastyczne, rękodzielnictwo, krawiectwo, zajęcia muzyczne, teatralne, ruchowe, komputerowe, kulinarne. Dom ten służy też poradnictwem psychologicznym i socjalnym zarówno swoim pensjonariuszom, jak też członkom ich rodzin.

Od 1 czerwca 2003 r. rozpoczął działalność — w Centrum Charytatywno-Opiekuńczym im. Abpa A.J. Nowowiejskiego w Płocku — Dom Dziennego Pobytu i Terapii dla Chorych z Chorobą Alzheimera, pierwszy prowadzony w Polsce przez instytucję kościelną. Dom służy 30 osobom dotkniętym tą chorobą. Podopieczni mają zapewniony dowóz do placówki i transport do domu, cztery posiłki dziennie, opiekę medyczną oraz rehabilitację grupową i indywidualną. Z chorymi pracują terapeuci zajęciowi, rehabilitanci, fizjoterapeuci, lekarze, pielęgniarki, pedagog oraz ksiądz. Dom funkcjonuje od poniedziałku do piątku w godz. 6.30–20.00, a zadaniem jego jest między innymi: utrzymanie jak najdłużej samodzielności chorego, zwiększenie interakcji społecznych pomiędzy chorymi i ich rodzinami, pobudzenie emocjonalności, zmniejszenie liczby i nasilenia objawów psychopatologicznych oraz uzyskanie stabilnego stanu psychicznego chorego w czasie jego pobytu w domu. Ponadto zwraca się tam także uwagę na określenie poziomu rozumienia i funkcjonowania chorego z zaznaczeniem jego nieupośledzonych jeszcze funkcji, indywidualną pomoc rodzinom i edukowanie ich co do radzenia sobie z problemami bliskiej osoby dotkniętej

chorobą Alzheimera. Stosowane formy opieki wpływają na lepsze dostosowanie społeczne chorych i łagodniejszy przebieg choroby. Wśród podejmowanych działań stosowane są treningi orientacji, terapia reminiscencyjna i walidacyjna oraz działania o charakterze opiekuńczo-pielęgnacyjnym. Głównym celem tych zabiegów jest maksymalne uaktywnienie wszystkich funkcji chorego przy zastosowaniu psychoterapii i terapii grupowej. Pomagają w tym wydatnie zajęcia z malarstwa, plastyki, śpiewu, muzykoterapia, ćwiczenia usprawniające, które „uplastyczniają mózg” i pobudzają jego zdolności kompensacyjne.

W wielu przypadkach skutecznie spowalnia to postępowanie choroby i łagodzi jej skutki. Bardzo ważnym elementem jest też terapia ruchowa, systematyczne wykonywanie ogólnousprawniających ćwiczeń oraz specjalistycznych zabiegów leczniczych dostosowanych do indywidualnych potrzeb chorego. Pozwalają one na wytworzenie stereotypów ruchowych i pamięci wzrokowo-ruchowej. Celem terapii jest jak najdłuższe podtrzymanie ogólnej wydolności całego organizmu oraz zdolności chorego do samodzielności.

8. WNIOSKI

Kościół, w świetle obowiązującego w Polsce prawa i wprowadzanej od 1998 roku reformy służby zdrowia teoretycznie mógł bardzo dużo zrobić dla ochrony zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, w myśl założeń formułowanych w oficjalnych swoich dokumentach. Nowy medyczny aspekt dobroczynności z przełomu XX i XXI wieku oraz reforma służby zdrowia otworzyły wreszcie przed instytucją Caritas nowe możliwości pracy na rzecz ludzi w wielu dziedzinach pomocy medyczno-duchowej. Przykładem tego stały się działania Caritas Diecezji Płockiej, której udało się zjednoczyć wielu ludzi dobrej woli, z różnych urzędów, instytucji i organizacji, w dziele miłosierdzia i pomocy dla potrzebujących, chorych, opuszczonych, wyrzuconych na margines społeczny, czasem zdegenerowanych przez nałogi i własne czyny³³.

W pracach płockiej Caritas uwzględniono pogłębianie wiedzy i doświadczeń w sprawowaniu opieki paliatywnej, kształtowanie postawy szacunku dla życia człowieka od chwili poczęcia do naturalnej śmierci, ram organizacyjno-prawnych w prowadzeniu tego typu placówek. Pozyskano największe polskie autorytety których audytorium stanowi personel hospicjów działających w ramach Caritas wszystkich diecezji. Zorganizowano je wspólnie z Ogólnopolskim Forum Ruchu Hospicyjnego, a patronat nad Seminarium sprawuje Przewodni-

³³ S. Wielgus, *Dobra jest więcej. Płockie homilie, kazania, listy pasterskie i przemówienia*, Płock 2000, s. 24.

czący Rady Naukowej Episkopatu Polski — Biskup Płocki prof. dr hab. Stanisław Wielgus³⁴.

Ważną rolę odgrywała stała formacja osób posługujących w placówkach, które szczególną troską otaczają osoby cierpiące i chore oraz ich rodziny. Formacja ta miała na celu ukształtowanie pracownika, dla którego poszanowanie godności człowieka i jego podstawowego prawa od chwili poczęcia aż do naturalnej śmierci jest prawem niepodważalnym. W innym przypadku poważnie można zaburzyć zaufanie chorego i jego otoczenia do działań praktycznych (medycznych, opiekuńczych itp.), jeżeli w nich nie jest dostrzegalna miłość do człowieka, a ta zawsze szanuje jego prawo do życia. Stąd konieczność wszechstronnego szkolenia personelu medycznego: kursy podstawowe opieki paliatywno-hospicyjnej; konferencje i doskonalenie pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych; rehabilitantów i całych zespołów hospicjów domowych i stacjonarnych; pracowników i wolontariuszy ośrodków w Polsce, a także krajów Europy Wschodniej (Białorusi, Litwy, Rosji, Ukrainy), dla których doświadczenia polskie są często wzorcem do tworzenia tego typu placówek na swoim terytorium.

9. PODSUMOWANIE

Wewnętrzna natura Kościoła wyraża się w potrójnym zadaniu: *kerygma-martyria* głoszenie Słowa Bożego, *leiturgia* (sprawowanie Sakramentów), *diakonia* (posługa miłości). Kościół i jego instytucje powołane są do pełnienia posługi miłości również poprzez placówki wspierające osoby cierpiące i chore. Prawodawstwo, zarówno państwowe, jak i kościelne z ostatnim *Listem apostołskim motu proprio „Intima Ecclesiae natura”* o posłudze miłości³⁵ dają asumpt do zagospodarowania szerokiego pola posługi wobec ludzi chorych. Kościelne osoby prawne, stowarzyszenia i fundacje przez nie zakładane powinny korzystać z tych możliwości. Celem podejmowanych przez nich działań powinno więc być, obok zbierania i rozdziału środków pieniężnych i materialnych, także rozszerzenie zakresu kształtowania stałej, systematycznej pracy w zorganizowanych formach, poprzez otoczenie opieką osoby chorej, cierpiącej, umierającej, która jest w potrzebie, i jej rodziny. Działania takie — jak wykazały zgromadzone dane — mogą obejmować szeroki krąg ludzi, szczególnie w okresie kryzysu opieki medycznej, którego dziś doświadczają Polacy.

³⁴ Por. J. Zając, *Sprawozdanie z działalności Seminaryjnego Centrum Psychologiczno-Formacyjnego ADSUM*, *Seminare. Poszukiwania naukowe* 32(2012), s. 270–273.

³⁵ Por. Benedykt XVI, *List apostolski motu proprio „Intima Ecclesiae natura”*.

THE CHURCH IN THE SERVICE OF THE SICK

Summary

The century preceding the social processes of transformation in Poland in the 1990s prompted via new state and church legislation the creation and equal functioning of public and private health care facilities, including those run by church bodies. The reactivated Church institution, Caritas, along with the Diocesan Caritas of Plock, brought to life new forms of care for the sick and those in need of medical care and their families. The health care crisis in Poland, as it were, forced the genesis of such activities.

Keywords: healthcare, social doctrine of the church, help the sick, long-term care home

Nota o Autorze: ks. dr Jerzy Zajac, adiunkt w UKSW, socjolog, absolwent UKSW, członek Towarzystwa Naukowego Franciszka Salezego i Ostrołęckiego Towarzystwa Naukowego im. Adama Chętnika. Obszar zainteresowań naukowo-badawczych: czasopiśmiennictwo seminariów duchownych, regionalizm, służba zdrowia, praca socjalna.

Słowa kluczowe: służba zdrowia, nauka społeczna Kościoła, pomoc chorym, opieka długoterminowa domowa