

KS. MIROSŁAW KALINOWSKI

PRACOWNIK SOCJALNY W PLACÓWKACH HOSPICYJNYCH W STANACH ZJEDNOCZONYCH AMERYKI PÓŁNOCNEJ

SOCIAL WORKER IN THE HOSPICE FACILITIES IN THE UNITED STATES OF AMERICA

A b s t r a c t. The article is taking assignments of social worker in the hospice care in the United States of America. The first part is focusing on history and development of hospice movement in US, especially social, historical, economical and statistical conditions. Further part includes requirements for application for social worker in the institution for terminally ill, assignments and the scope of responsibilities in hospice team. Finally recalled fields of research exploration on the field of social working.

Key words: social working; hospice; terminally ill; the United States of America.

Wsparcie socjalne stanowi integralną część działalności hospicjum adresowanej do osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Charakteryzuje je komplementarność w stosunku do obszaru medycznego, psychospołecznego i duchowego. Już na poziomie korelacji płaszczyzn aktywności hospicyjnej zauważalne są specyficzne cechy pracownika socjalnego w tej placówce, w odróżnieniu od wielu instytucji zatrudniających pracowników socjalnych. Dalsza specyfika zadań wynika z uwarunkowań kulturowo-społecznych danego kraju, dlatego w pierwszej części artykułu zostanie przybliżony ruch ho-

Ks. prof. dr hab. Mirosław KALINOWSKI, kierownik Katedry Opieki Społecznej, Paliatywnej i Hospicyjnej, Instytut Nauk o Rodzinie i Pracy Socjalnej KUL; adres do korespondencji: ul. Radziszewskiego 7, 20-039 Lublin; e-mail: kalinowskim@kul.pl

spicyjny w USA, a w dalszej kolejności rola i zadania pracownika socjalnego w placówkach opieki paliatywno-hospicyjnej.

1. RUCH HOSPICYJNY W STANACH ZJEDNOCZONYCH

Działalność hospicyjna na kontynencie Ameryki Północnej związana jest z odpowiedzialnością na pracę Cicely Saunders¹ – promotorki współczesnej opieki nad umierającymi i założycielką Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie. Nie do przecenienia jest również wkład dr Elizabeth Kuebler-Ross, której publikacja *On Death and Dying* (1969), oparta na bazie rozmów z osobami umierającymi, przygotowała grunt dla rozwoju opieki paliatywno-hospicyjnej na tym kontynencie.

W roku 1971 powstała pierwsza korporacja hospicyjna i w dalszych latach rozkwitała nowa formuła pomocy osobom umierającym związana z wolontariatem i ubezpieczeniami zdrowotnymi. Na przestrzeni lat ciężar opieki nad chorymi podejmuje system opieki zdrowotnej, programy ubezpieczeń społecznych oraz indywidualne ubezpieczenia zdrowotne². Powstają liczne organizacje lokalne i o zasięgu krajowym służące opiece paliatywnej i hospicyjnej³.

Poszerzono zakres schorzeń objętych opieką hospicyjną, starając się respektować zasadę prognozowanej śmierci do 6 miesięcy, bądź krócej w następujących przypadkach: choroba nowotworowa, HIV/AIDS, Alzheimer, choroby serca, chroniczne choroby układu oddechowego lub inne poważne schorzenia⁴. Rozwijający się dynamicznie ruch hospicyjny, realizowany jako wsparcie zarówno w samodzielnych placówkach, jak i w domu chorego, wymagał nowych dróg finansowania. Powstał w roku 1982 program Świadczeń Medycznych na Rzecz Hospicjum (Medicare Hospice Benefit), który w cztery

¹ Cicely Saunders (1918-2005). W roku 1967 zainicjowała działalność stacjonarnego Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie, które stało się modelowym ośrodkiem opieki hospicyjnej i liderem w propagowaniu idei posługi umierającym i ich najbliższym. Dwa lata później zakres świadczonej pomocy poszerzono o zespoły hospicjum domowego. S. BOULAY, M. RANKIN, *Okno nadziei. Cicely Saunders – założycielka ruchu hospicyjnego*, Kraków 2009, s. 290 n.

² S.R. CONNOR, *Hospice: Practice, Pitfalls, and Promise*, Taylor&Francis, Washington, D.C. 1997; TENŻE, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, Worldwide Palliative Care Alliance, London 2014.

³ National Hospice and Palliative Care Organization, Hospice Foundation of America, National Association of Social Workers, Social Work Hospice and Palliative Care Network.

⁴ SOCIAL WORK POLICY INSTITUTE, *Hospice Social Work: Link Policy, Practice and Research*, National Association of Social Workers, Washington, DC 2010, s. 3.

lata później decyzją Kongresu Stanów Zjednoczonych i poszczególnych stanów staje się opcją w programach ubezpieczeń zdrowotnych, dając również możliwość korzystania ze świadczeń w ramach opieki w domach opieki pielęgnacyjnej dla osób w terminalnej fazie choroby.

Na początku XXI wieku działało w USA około 3000 programów hospicyjnych, z których skorzystało ok. 700 000 Amerykanów⁵, natomiast na początku drugiej dekady tego wieku liczba programów wzrosła do 5800, obejmując opieką prawie 1,7 mln mieszkańców, co stanowiło 38,5% wszystkich zgonów w Stanach Zjednoczonych.

Opieka paliatywno-hospicyjna stała się znaczącym segmentem usług w systemie opieki zdrowotnej, szacowanym na około 25 mld dolarów⁶. Istnieją dwie formuły funkcjonowania hospicjów: prowadzące dochodową działalność gospodarczą (46%) i prowadzące niedochodową działalność (50%) oraz prowadzone przez agencje rządowe (4%), adresowane np. do weteranów wojennych. Zdecydowana większość hospicjów (89%) otrzymuje środki finansowe za pośrednictwem systemu opieki zdrowotnej tzw. Medicare lub Funduszu Świadczeń Medycznych na Rzecz Hospicjum (Medicaid Hospice Benefit). Zakłada to realizację konkretnych świadczeń dla podopiecznych oraz gromadzenie właściwej dokumentacji medycznej.

Placówki hospicyjne powstają na bazie wspólnoty lokalnej lub służą kilku wspólnotom, miastom lub stanom w dogodnej lokalizacji. Może je cechować niezależność organizacyjna lub przynależność do sieci i/lub oddziału szpitalnego, systemu zdrowia albo prywatnego konsorcjum⁷.

Hospicja, współpracujące z rządowym systemem ubezpieczeń medycznych, zobowiązane są do świadczeń, jeżeli jest to konieczne, w opiece nad chorym w programie hospicyjnym w następujących obszarach:

- czas i usługi zespołu hospicyjnego, łącznie z wizytami chorego: lekarza, pielęgniarki, pracownika socjalnego, domowej pomocy medycznej, kapelana/duchowego doradcy;
- lekarstwa kontrolujące i/lub zmniejszające ból;
- sprzęt medyczny: wózki, chodziki oraz materiały medyczne, jak bandaże, opatrunki, cewniki itd.;

⁵ MICHEAL FREENY ASSOCIATES, *Understanding Hospice Care for Social Workers*, Orlando 2003, s. 3.

⁶ AMERICAS DEBT HELP ORGANIZATION, *Hospice and End-of-Life Options and Costs*, www.debt.org (dostęp: 28.07.2017).

⁷ HOSPICE FOUNDATION OF AMERICA, *Dispelling Hospice Myths*, www.hospicefoundation.org (dostęp: 13.06.2017).

- fizyczna i zawodowa terapia;
- pomoc w sytuacji upośledzenia narządu mowy;
- doradztwo dietetyczne;
- jakiegokolwiek usługi medyczne finansowane przez program rządowy a służące opanowaniu bólu lub innych objawów choroby w stanie terminalnym rekomendowanych przez zespół hospicyjny;
- krótkoterminowa stacjonarna opieka, np. kiedy adekwatna opieka domowa nie jest w stanie opanować objawów choroby w miejscu przebywania pacjenta;
- krótkoterminowa opieka wyręczająca, np. dla zmniejszenia wyczerpania najbliższych i/lub przeciwdziałania ich wypaleniu;
- poradnictwo w bólu i żałobie.

Program systemu opieki zdrowotnej nie finansuje następujących działań skierowanych do podopiecznych zespołu hospicyjnego:

- kuracje skierowane na leczenie terminalnej choroby lub z nią niezwiązane;
- lekarstwa nakierowane na leczenie choroby lub z nią niezwiązane;
- mieszkanie i utrzymanie w domu opieki lub stacjonarne hospicjum;
- pomoc na oddziale intensywnej terapii, pomieszczeniach stacjonarnej opieki, transporcie medycznym, z wyjątkiem zleceń i/lub wykonań przez zespół hospicyjny albo niezwiązanych z chorobą w stanie terminalnym⁸.

2. PRACOWNIK SOCJALNY W HOSPICJACH W STANACH ZJEDNOCZONYCH

Pracownik socjalny jest członkiem interdyscyplinarnego zespołu podejmującego holistyczny wymiar pomocy osobom umierającym. Rządowe przepisy regulują wymagane kryteria kwalifikujące do pracy socjalnej w opiece hospicyjnej:

- dyplom ukończenia studiów magisterskich z pracy socjalnej otrzymany w Szkole Wyższej posiadającej akredytację Komisji Edukacji ds. Pracy Socjalnej oraz minimum roczne doświadczenie pracy socjalnej w instytucjach opieki zdrowotnej, lub
- dyplom ukończenia studiów licencjackich z pracy socjalnej otrzymany w Szkole Wyższej posiadającej akredytację Komisji Edukacji ds. Pracy Socjalnej, lub
- dyplom ukończenia studiów licencjackich z psychologii, socjologii lub innych dyscyplin związanych z pracą socjalną i nadzór osoby z dyplomem

⁸ TENŹE, *What is Hospice?*

studiów magisterskich z pracy socjalnej oraz minimum roczne doświadczenie pracy w instytucjach opieki zdrowotnej, lub

– dyplom licencjacki uzyskany w szkole pracy socjalnej akredytowanej przez Komisję Edukacji ds. Pracy Socjalnej, zatrudnienie w hospicjum przed 2 grudnia 2008 r. bez nadzoru osoby z magisterium z pracy socjalnej⁹.

Pracownik socjalny w USA należy do grona osób w pierwszej kolejności odwiedzających chorych terminalnie w czasie ich przyjęcia pod opiekę całego zespołu. Średnie obciążenie pracownika socjalnego to ok. 24 pacjentów, pielęgniarki – ok. 13 pacjentów hospicyjnych¹⁰.

Głównym zadaniem pracownika socjalnego jest implementacja interdyscyplinarnego planu opieki celem dostarczenia najwyższej jakości usług dla chorych i rodzin¹¹. Zakres zadań jest zróżnicowany od standardowego, zwyczajnego wsparcia pacjentów i rodzin do intensywnego poradnictwa kryzysowego. Choroba w fazie terminalnej niesie ze sobą często stres finansowy i pracownik socjalny może być instrumentem łączącym chorego i jego rodzinę z zasobami i usługami lokalnymi, np. dostarczanie posiłków do domu (Meals on Wheels). Kiedy niemożliwa jest optymalna troska o chorego w miejscu jego zamieszkania, pracownik socjalny podejmuje działanie zmierzające do znalezienia właściwego miejsca opieki hospicyjnej¹².

W pracy członka wielozadaniowego zespołu hospicyjnego pracownik socjalny skupia się na:

- administrowaniu psychospołecznej analizy chorego i związanych z nią konsultacjach;
- zapewnia choremu wsparcie w kontakcie z zespołem, w programie zdrowotnym i we wspólnocie lokalnej;
- prowadzi edukację rodziny i członków zespołu w zakresie zagadnień psychospołecznych, dynamiki rodziny i grupy;
- wspiera współpracę w ramach zespołu;
- prowadzi wspólne wizyty członków dla zapewnienia jakości opieki;
- aranżuje spotkania grupowe członków rodzin z przedstawicielami zespołu hospicyjnego;

⁹ Federal Social Work Qualifications for Hospice Care. Conditions of Participation 418.114 (b) Standard: Personnel qualifications for certain disciplines.

¹⁰ SOCIAL WORK POLICY INSTITUTE, *Hospice Social Work*, s. 2.

¹¹ SOCIAL WORK POLICY INSTITUTE, *Hospice Social Work*, s. 4.

¹² W.B. FORMAN, D. KOPCHAK, J. SHEEHAN, A. KITZES. *Hospice and Palliative Care: Concepts and Practice*, Jones&Bartlett Pub, Sudbury, Mass 2003, s. 19-22; P. MURPHY, *Hospice care: Comfort and compassion when its needed most*, The Senior Alliance, 17.09.2010.

- uczestniczy w medycznej pracy socjalnej na telefon według rotacyjnego planu dla zapewnienia potrzeb pacjentów i rodzin;
- prowadzi właściwą dokumentację karty pacjenta;
- uczestniczy w tygodniowych spotkaniach zespołu analizujących kartę pacjenta;
- uczestniczy w treningach, warsztatach i szkoleniach zespołowych;
- rozwija i koordynuje relacje pomiędzy hospicjum a zewnętrznymi podmiotami i usługodawcami medycznymi;
- pomaga grupom wsparcia w żałobie¹³.

Instytut Polityki Pracy Socjalnej w Washington, DC opracował zasady klinicznej odpowiedzialności hospicyjnych pracowników socjalnych, przedstawiając cztery obszary ich aktywności: wstępnej analizy, interwencji, edukacji i interwencji dla pacjentów pediatrycznych, rodzeństwa i dzieci dorosłych pacjentów, zapewnienie pożytecznych usług w pracy zespołowej.

Wstępna analiza, ocena obejmuje: bezpośredniość i materialność, sieć społeczną i rodzinną, psychospołeczność, kulturalność i duchowość, finanse i legalność, potrzeby na końcu życia, bezpieczeństwa domowego i środowiskowego, sprawy bezpieczeństwa – nadużyć i zaniedbań (fizycznych, seksualnych, powierniczych).

Obszar interwencji dotyczy: konkretnych działań pomocowych (w sytuacji strachu, rozpacz, depresji, złości, bólu itd.), edukacji pacjentów i rodzin, wspólnotowych i rodzinnych zasobów i braków (włączając rządowe świadczenia), planowanie wypisów, wsparcie w zabezpieczeniu dokumentacji, rzecznictwo dotyczące pacjenta i rodziny, identyfikacja nadużyć i zaniedbań, wsparcie w żałobie.

Kliniczna odpowiedzialność pracownika socjalnego w stosunku do zespołu hospicyjnego obejmuje następujące zadania: psychospołeczne konsultacje; przedstawicielstwo pacjenta w odniesieniu do zespołu, programu i wspólnoty lokalnej; edukacja i doskonalenie w kwestiach psychospołecznych, dynamiki rodziny i grupy; prognoza i rozwój planu opieki nad pacjentem i uczestnictwo w spotkaniach zespołu; połączone wizyty przedstawicieli zespołu celem podniesienia adekwatności i skuteczności działań hospicyjnych; grupowe spotkania tematyczne: pacjenci, rodzina, zespół hospicyjny, wyposażenie i sprzęt hospicyjny.

Należy zasygnalizować obszar badań naukowych nad rolą pracowników socjalnych w opiece hospicyjnej zyskujących coraz większe znaczenie w optymalizacji świadczeń hospicyjnych. Wynika to z kilku powodów: czynnika demograficznego, atomizacji ról społecznych, anomii relacji rodzinnych, kosztowności alternatywnych form opieki krótko i długoterminowej. Ostatnie

¹³ SOCIAL WORK POLICY INSTITUTE, *Hospice Social Work*, s. 4.

badania naukowe w obszarze hospicyjnej pracy socjalnej na terenie kontynentu amerykańskiego podejmowały zagadnienia: technik analizy sytuacji pacjenta, natury zadań pracownika socjalnego w różnorodnych placówkach opieki dla osób umierających: szpitalny oddział medycyny paliatywnej, hospicja domowe, hospicja więzienne; skutki zaangażowania pracownika socjalnego w konkretne działania i w określonych etapach aktywności hospicyjnej, np. Oceny i analizy sytuacji pacjenta, planu działań medycznych, wsparcia w żałobie¹⁴; oceny satysfakcji klientów i hospicjów z pracy pracownika socjalnego¹⁵. Oprócz badań skoncentrowanych na roli pracowników socjalnych w hospicjach eksploracji empirycznej poddawane są zagadnienia perspektyw ich ról i zadań, a wśród nich: podjęcie kwestii etycznych opieki, np. śmierci z godnością praktykowanej w stanie Oregon¹⁶, zarządzanie zagadnieniami etycznymi: rozpatrywanie medycznych uwarunkowań, udział rodziny w procesach decyzyjnych, problem zaprzeczenia nieuleczalności i nieuchronności śmierci; filozofia opieki paliatywnej w perspektywie końca życia, od onkologii, pracy socjalnej do pracowników socjalnych w hospicjach i domach opieki¹⁷.

Badania nad rolą pracowników socjalnych, jako członków wielodyscyplinarnego zespołu hospicyjnego, dotyczyły mocnych stron i wyzwań pracowników socjalnych w dostarczaniu usług w kontekście współpracy z zespołem¹⁸, łączenia wysiłków z opiekunem w zakresie walki z bólem, wzrostu zaangażowania pacjenta i rodziny w pracę zespołu hospicyjnego¹⁹.

¹⁴ D.J. REESE, M. RAYMER, *Relationships between social work involvement and hospice outcomes: Results of a national hospice social work survey*, „Social Work” 3(49)2004, s. 415-422.

¹⁵ J.B. DOHERTY, K.L. DEWEAVER, *A survey of evaluation practices for hospice social workers*, „Home Health Care Services Quarterly” 4(23) 2004, s. 1-13; C.K. BRADSEN, *Social work and-of-life-care: reviewing the past and moving forward*, „Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care” 1(2)2005, s. 45-70; J. MUNN, S. ZIMMERMAN, *A good death for residents of long-term care: Family members speak*, „Journal of Social Work in End of Life and Palliative Care” 2006, nr 2 s. 45-49.

¹⁶ P.J. MILLER, S.C. HEDLUND, A.B. SOULE, *The challenge to support patients who consider death with dignity in Oregon*, „Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care” 2(2006), nr 2, s. 25-43.

¹⁷ E.L. CSIKAI, *Social workers' participation in the resolution of ethical dilemmas in hospice care*, „Health and Social Work” 1(29)2004, s. 49-63.

¹⁸ D. PARKER OLIVER, L.R. BRONSTEIN, L. KURZEJEWSKI, *Examining variables related to successful collaboration on the hospice team*, „Health and Social Work” 4(30)2005, s. 279-286; D. PARKER OLIVER, M. PECK, *Inside the interdisciplinary team experience of hospice social workers*, „Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care” 3(28)2006, s. 7-21.

¹⁹ D. PARKER OLIVER, E. WITTENBERG-LYLES, K.T. WASHINGTON, S. SEHRAWAT, *Social work role in hospice pain management: A national survey*, „Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care” 5(2010), s. 61-74; B. HANNON, V. O'REILLY, K. BENNETT, K. BREEN, P.G. LAWLOR, *Meeting the family: measuring effectiveness of family meetings in*

Kolejne badania dotyczą przeanalizowania udziału rodziny i opiekuna w ewaluacji pracy zespołu, a szczególnie działania kiedy oczekiwania rodziny nie wychodzą naprzeciw podjętym procedurom²⁰, w konflikcie z najbliższymi chorego na progu śmierci, roli rodzinnego opiekuna w podejmowaniu decyzji dotyczących codziennych życiowych aktywności i zarządzania przyjmowaniem leków²¹. W dalszej kolejności radzenie sobie z opieką w finalnym stadium życia i zrozumienia jej czasowości oraz podejmowania trudnych decyzji²². Bada się również psychospołeczne stresory opiekuna osoby w finalnej fazie życia²³, uwzględnienie obaw rodziny i jej systemu wartości w programowaniu opieki²⁴.

Eksploracji naukowej, w ramach pracy socjalnej, poddawane są również zagadnienia zrozumienia z perspektywy oceny umierającego pacjenta: jak poszukuje kontroli nad podejmującymi decyzje, niezależności, codziennych aktywności życiowych, instrumentów codziennej aktywności życiowej oraz więzów społecznych²⁵. Uwarunkowania chęci przyspieszenia śmierci, np. niska jakość życia i obawy związane z cierpieniem oraz prognozy dotyczące przyspieszenia śmierci w niewydolnym systemie wsparcia²⁶. Wątpliwości dotyczące śmierci i decyzje związane z czasem po śmierci²⁷, potencjalności

a specialist inpatient palliative care unit, „Palliative Support Care” 1(10)2012, s. 43-49.

²⁰ E.M. ARNOLD, K.A. ARTIN, D. GRIFFITH, J.L. PERSON, K.G. GRAHAM, *Unmet needs at the end of life: Perceptions of hospice social workers*, „Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care” 2(4)2006, s. 61-83.

²¹ B.J. KRAMER, A.Z. BOELK, C. AUER, *Family conflict at the end of life: Lessons learned in a model program for vulnerable adults*, „Journal of Palliative Medicine” 3(9)2006, s. 791-801; S. ENGUIDANOS, P. HOUSEN, M. PENIDO, B. MEJIA, J.A. MILLER, *Family members' perceptions of inpatient palliative care consult services: qualitative study*, „Palliative Medicine” 1(28)2014, s. 42-48; B.T. KRAMER, M. KAVANAUGH, A. TRENTAM-DIETZ, M. WALSH, J.A. YONKERS, *Predictors of Family Conflict at the End of Life: The Experience of Spouse and Adult Children of Persons with Lung Cancer*, „The Gerontologist” 2(50)2010, s. 215-225.

²² D.P. WALDROP, B.J. KRAMER, J.A. SKRETNY, R. MILCH, B. FINN, *Final transitions: Family caregiving at the end of life*, „Journal of Palliative Medicine” 3(8)2005, s. 623-638.

²³ D.P. WALDROP, E.S. RINFRETTE, *Making the transition to hospice: Exploring hospice professionals' perspectives*, „Death Studies” 6(33)2009, s. 557-580.

²⁴ M.A. MEEKER, D.P. WALDROP, J.Y. SEO, *Examining family meetings at end of life: The model of practice in hospice inpatient unit*, „Palliative Support Care” 5(13)2015, s. 1283-91.

²⁵ T.A. SCHROEPFER, H. NOH, M. KAVANAUGH, *The myriad strategies for seeking control in the dying process*, „The Gerontologist” 6(49)2009, s. 755-766.

²⁶ T.A. SCHROEPFER, *Social relationships and their role in the consideration to hasten death*, „The Gerontologist” 5(48)2008, s. 612-621.

²⁷ M. BERN-KLUG, *State variations in nursing home social workers qualifications*, „Journal of Gerontological Social Work” 3-4(51)2008, s. 379-409.

i niejednoznaczności śmierci wśród rezydentów domów opieki²⁸, efektywności krótkoterminowych pobytów w hospicjum²⁹ oraz definiowania komfortu życia w placówkach hospicyjnych i opieki długoterminowej³⁰.

Powyżej wskazano tylko na wybrane obszary badawcze podejmowane w ramach opieki hospicyjnej i medycyny paliatywnej na terenie Stanów Zjednoczonych. Rozległość materii wynika z wielu powodów, głównym motywem jest liczba osób korzystających z tego rodzaju usług medycznych oraz ilość podmiotów dostarczających wsparcia w terminalnym stadium chorób. Wiąże się to również z podnoszeniem jakości życia i zapewnienia komfortu obsługi oraz optymalizacji wsparcia rodziny i ponoszenia kosztów opieki przez chorego, jego rodzinę, system ubezpieczeń prywatnych i państwowych.

BIBLIOGRAFIA

- Americas Debt Help Organization. Hospice and End-of-Life Options and Costs. www.debt.org z dnia 2017-07-28
- ARNOLD E.M., ARTIN K.A., GRIFFITH D., PERSON J.L., GRAHAM K.G., Unmet needs at the end of life: Perceptions of hospice social workers, „Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care” 2(4)2006, s. 61-83.
- BERN-KLUG M., State variations in nursing home social workers qualifications, „Journal of Gerontological Social Work” 3-4(51)2008, s. 379-409.
- BERN-KLUG M., A framework for categorizing social interactions related to end-of-life care in nursing homes, „The Gerontologist” 4(49)2010, s. 495-507.
- BOULAY S., RANKIN M., Okno nadziei. Cicely Saunders – założycielka ruchu hospicyjnego, Kraków 2009.
- BRADSEN C.K., Social work and-of-life-care: reviewing the past and moving forward, „Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care” 1(2)2005, s. 45-70.
- CSIKAI E.L., Social workers' participation in the resolution of ethical dilemmas in hospice care. „Health and Social Work” 1(29)2004, s. 49-63.
- CONNOR S.R., Hospice: Practice, Pitfalls, and Promise, ed. Taylor&Francis, Washington D.C. 1997.
- DOHERTY J.B., DEDEWEAVER K.L., A survey of evaluation practices for hospice social workers, „Home Health Care Services Quarterly” 4(23)2004, s. 1-13.
- ENGUIDANOS S., HOUSEN P., PENIDO M., MEJIA B., MILLER J.A., Family members' perceptions of inpatient palliative care consult services: qualitative study, „Palliative Medicine” 1(28) 2014, s. 42-48.

²⁸ M. BERN-KLUG, *A framework for categorizing social interactions related to end-of-life care in nursing homes*, „The Gerontologist” 4(49)2010, s. 495-507.

²⁹ D.P. WALDROP, E.S. RINFRETTE, *Making the transition to hospice: Exploring hospice professionals' perspectives*, „Death Studies” 6(33)2009, s. 557-580.

³⁰ D.P. WALDROP, A. KIRKENDALL, *Comfort measures: A qualitative study of nursing home-based-end-of-life care*, „Journal of Palliative Medicine” 8(12)2009, s. 719-724.

- Federal Social Work Qualifications for Hospice Care. Conditions of Participation 418.114 (b) Standard: Personnel qualifications for certain disciplines.
- FORMAN W.B., KOPCHAK D., SHEEHAN J., KITZES A., *Hospice and Palliative Care: Concepts and Practice*, Jones&Bartlett Pub, Sudbury, Mass 2003.
- HANNON B., O'REILLY V., BENNETT K., BREEN K., LAWLOR P.G., Meeting the family: measuring effectiveness of family meetings in a specialist inpatient palliative care unit, „Palliative Support Care” 1(10)2012, s. 43-49.
- HOSPICE FOUNDATION OF AMERICA, *Dispelling Hospice Myths*. www.hospicefoundation.org (dostęp: 13.06.2017).
- KRAMER B.T., KAVANAUGH M., TRENTHAM-DIETZ A., WALSH M., YONKERS J.A., Predictors of Family Conflict at the End of Life: The Experience of Spouse and Adult Children of Persons with Lung Cancer. „The Gerontologist” 2(50)2010, s. 215-225.
- KRAMER B.J., BOELK A.Z., AUER C., Family conflict at the end of life: Lessons learned in a model program for vulnerable adults, „Journal of Palliative Medicine” 3(9)2006, s. 791-801.
- MEEKER M.A., WALDROP D.P., SEO J.Y., Examining family meetings at end of life: The model of practice in hospice inpatient unit, „Palliative Support Care” 5(13)2015, s. 1283-91.
- MILLER P.J., HEDLUND S.C., SOULE A.B., The challenge to support patients who consider death with dignity in Oregon, „Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care” 2(2006), nr 2, s. 25-43.
- MURPHY P., *Hospice care: Comfort and compassion when its needed most*. The Senior Alliance, 17.09.2010.
- MICHEAL FREENY ASSOCIATES, *Understanding Hospice Care for Social Workers*, Orlando 2003.
- MICHEAL FREENY ASSOCIATES, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, [b.m.w.] 2014.
- MUNN J., ZIMMERMAN S., A good death for residents of long-term care: Family members speak. „Journal of Social Work in End of Life and Palliative Care” 2(2006), s. 45-49.
- NATIONAL HOSPICE AND PALLIATIVE CARE ORGANIZATION, *NHPCO's Facts and Figures Hospice Care in America*, 2015.
- PARKER OLIVER D., BRONSTEIN L.R., KURZEJEWSKI L., Examining variables related to successful collaboration on the hospice team, „Health and Social Work” 4(30)2005, s. 279-286.
- PARKER OLIVER D., PECK M., Inside the interdisciplinary team experience of hospice social workers, „Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care” 3(28)2006, s. 7-21.
- PARKER OLIVER D., WITTENBERG-LYLES E., WASHINGTON K.T., SEHRAWAT S., Social work role in hospice pain management: A national survey, „Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care” 5(2010), s. 61-74.
- REESE D.J., RAYMER M. Relationships between social work involvement and hospice outcomes: Results of a national hospice social work survey, „Social Work” 3(49)2004, s. 415-422.
- SCHROEPFER T.A., Social relationships and their role in the consideration to hasten death, „The Gerontologist” 5(48)2008, s. 612-621.
- SCHROEPFER T.A., NOH H., KAVANAUGH M., The myriad strategies for seeking control in the dying process, „The Gerontologist” 6(49)2009, s. 755-766.
- SOCIAL WORK POLICY INSTITUTE, *Hospice Social Work: Link Policy, Practice and Research*, DC: National Association of Social Workers, Washington 2010.
- WALDROP D.P., KIRKENDALL A., Comfort measures: A qualitative study of nursing home-based-end-of-life care, „Journal of Palliative Medicine” 8(12)2009, s. 719-724.
- WALDROP D.P., KRAMER B.J., SKRETNY J.A., MILCH R., FINN B., Final transitions: Family caregiving at the end of life, „Journal of Palliative Medicine” 3(8)2005, s. 623-638.
- WALDROP D.P., RINFRETTE E.S., Making the transition to hospice: Exploring hospice professionals' perspectives, „Death Studies” 6(33)2009, s. 557-580.

PRACOWNIK SOCJALNY W PLACÓWKACH HOSPICYJNYCH
W STANACH ZJEDNOCZONYCH AMERYKI PÓŁNOCNEJ

S t r e s z c z e n i e

Zadania pracownika socjalnego w opiece hospicyjnej w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej to zagadnienie podejmowane w niniejszym artykule. W jego pierwszej części uwaga została skupiona na genezie i rozwoju ruchu hospicyjnego w tym kraju, przedstawiając uwarunkowania społeczno-historyczne i ekonomiczne oraz statystyczne. W dalszej części, poświęconej pracownikom socjalnym, ukazano wymagania stawiane przy ich zatrudnieniu w placówkach opieki nad umierającymi, zadania i zakres odpowiedzialności w pracy zespołu hospicyjnego. Przywołano również obszary eksploracji badawczej podejmowanej w amerykańskich środowiskach naukowych w zakresie pracy socjalnej.

Słowa kluczowe: praca socjalna; pracownik socjalny; hospicjum; zespół hospicyjny; choroba nowotworowa; Stany Zjednoczone.