

PIOTR KRAKOWIAK

Praca socjalna w opiece u kresu życia na świecie i możliwości jej rozwoju w Polsce

Social Work at the End of Life Care in the World and the Possibilities of its Development in Poland

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Fundacja Lubię Pomagać

Streszczenie

Opieka paliatywno-hospicyjna przywróciła współczesnej medycynie i społeczeństwu holistyczną wizję człowieka z jego złożonymi potrzebami u kresu życia. Obok aspektów medycznych, duchowych i emocjonalnych, ważnych u kresu życia, nie mogą być pomijane potrzeby socjalne chorego i jego bliskich. Praca socjalna od początku współczesnej opieki paliatywno-hospicyjnej stanowi ważną część zespołowej opieki. Przykładem może być model amerykański, gdzie specjaliści z pracy socjalnej w opiece paliatywno-hospicyjnej są zrzeszeni w Stowarzyszeniu SWHPN (*Social Work Hospice-Palliative Care Network*). Wysoki poziom profesjonalizacji pracy socjalnej u kresu życia w krajach anglosaskich powinien być inspiracją dla zespołów opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce. Obecna przez lata w zespołowej opiece praca socjalna przestała być wymaganiem na liście świadczeń opieki paliatywnej, co może prowadzić do likwidacji etatu pracownika socjalnego w interdyscyplinarnym zespole. Zarówno działania edukacyjne w pracy socjalnej, jak również świadomość istotnej roli pracownika socjalnego w opiece u kresu życia i w towarzyszeniu w żałobie są ważnymi wyzwaniami. Obecność pracownika socjalnego w zespole opieki paliatywno-hospicyjnej lub stała współpraca z siecią pomocy społecznej w środowisku są gwarancją właściwego wypełniania misji hospicyjnej, w której nie może zabraknąć troski o medyczne i pozamedyczne aspekty opieki u kresu życia (**Piel. Zdr. Publ. 2011, 1, 3, 245–250**).

Słowa kluczowe: praca socjalna, opieka u kresu życia, opieka paliatywno-hospicyjna.

Abstract

Social work, since its origins, has been always concern for the seriously ill, dying and bereaved. The modern Hospice Movement, had evoked that the human being at the end of life has not only medical needs. Apart of the medical aspects of care, there is an urgent need for the psychological and spiritual care, as well as for the social care. Social work has been part of the modern interdisciplinary hospice team since the beginning. The example of good practice of cooperation between medical and non-medical part of the team is American model of integrated care towards the end of life. Adequately prepared and trained social workers for the hospice-palliative care are united in SWHPN – *Social Work Hospice-Palliative Care Network*. Professional competencies, standards and procedures, as well as training might overwhelmed social workers and hospice-palliative teams in Poland. They should inspire them instead, to prepare the adequate training for social workers dealing with the end of life issues in Poland, and open the interdisciplinary teams for important impact of social work. It is especially important in the current situation, when the good practices of social work in hospice-palliative care have been stopped by the change of the required members of the interdisciplinary team in NFZ standards. It creates the temptation of reducing the team from social worker in search of always short financial resources. Both medical, and non-medical aspects of care, among them social work, are crucial for the patients, their loved ones and those in grief (**Piel. Zdr. Publ. 2011, 1, 3, 245–250**).

Key words: social work, end of life care, hospice-palliative care.

Troska o człowieka umierającego od zawsze była zadaniem, z którym musieli się zmierzyć jego najbliżsi i przedstawiciele lokalnej społeczności, troszczącej się zarówno o medyczne, jak i socjalne oraz duchowe aspekty opieki. Od XIX w., w związku z gwałtownym rozwojem medycyny i stopniową izolacją człowieka ciężko chorego od społeczeństwa, umieranie stawało się coraz bardziej problemem czysto medycznym. Dzięki współczesnemu ruchowi hospicyjnemu, stopniowo przestaje być ono jednak wyłączną domeną zespołu medycznego, stając się wyzwaniem dla grupy profesjonalistów różnych dziedzin, współpracujących z rodziną w opiece u kresu życia [1]. W zespole opiekuńczym ważne miejsce zajmuje pracownik socjalny, odpowiadający na potrzeby chorego i jego bliskich. Przypomnienie genezy pracy socjalnej jako dyscypliny opieki, a następnie przedstawienie współczesnego ruchu hospicyjnego pozwolą ukazać istniejącą współpracę dla dobra człowieka u kresu życia na świecie i możliwości podobnych działań w Polsce.

Praca socjalna i jej zadania w opiece u kresu życia (*end of life care*)

Praca socjalna (*social work*) jako dyscyplina powstała w świecie anglosaskim, gdzie została podzielona na liczne grupy profesjonalne [2]. W Polsce jej rozwój wiązał się z teoretycznymi pracami i ich praktycznymi aplikacjami, zainicjowanymi przez Helenę Radlińską [3]. Istotnym elementem wpływającym na współczesny obraz pracy socjalnej miały również prace nestora pedagogiki społecznej – Aleksandra Kamińskiego. Choć główny akcent pracy społecznej był związany z troską o rozwój dzieci i młodzieży lub los rodzin i osób wykluczonych, to u podstaw pracy socjalnej w Polsce była także troska o chorych i osoby osierocone [4]. Obecnie w kreowaniu modelu pracy socjalnej zwraca się szczególną uwagę na kwestie integralnego oddziaływania pomocowego oraz kreowania postaw i modelu kształcenia pracownika socjalnego [5]. Istotnym elementem działań związanych z integracją opieki medycznej i pomocy społecznej jest zaangażowanie organizacji pozarządowych i wolontariatu w działaniach pomocowo-opiekuńczych. Powstają programy, w których elementy pracy socjalnej są prezentowane wolontariuszom jako pola ich współdziałania z profesjonalistami z zakresu opieki u kresu życia [6].

Współczesne rozumienie pracy socjalnej zawiera się w następującym opisie: „Praca socjalna promuje zmianę społeczną, rozwiązywanie pro-

blemów w relacjach międzyludzkich oraz wspieranie i wyzwalamie ludzi w celu podniesienia ich poziomu życia. (...) Fundamentalne dla pracy socjalnej są prawa człowieka i zasady sprawiedliwości społecznej” [7]. Amerykańskie stowarzyszenie pracowników socjalnych podaje definicję: „praca socjalna jest to działalność profesjonalna polegająca na pomocy jednostkom, grupom lub społecznościom we wzbogacaniu lub odbudowywaniu ich zdolności społecznego funkcjonowania oraz na tworzeniu społecznych warunków sprzyjających tym celom. Praktyka pracy socjalnej opiera się na profesjonalnym wdrożeniu wartości i technik w celu osiągnięcia co najmniej jednego z następujących rezultatów: pomagania ludziom w uzyskaniu konkretnych usług; służenia poradnictwem i psychoterapią jednostkom, rodzinom, grupom; pomagania społecznościom lub grupom w zdobyciu lub poprawie usług socjalnych i medycznych; uczestniczenia w odnośnych procesach legislacyjnych” [8].

Praca socjalna w Polsce jest regulowana ustawą o pomocy społecznej z 1990 r., znowelizowaną w 2004 r., w której czytamy: „Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie na zasadzie partnerstwa z organizacjami społecznymi, związkami wyznaniowymi, stowarzyszeniami o charakterze charytatywnym, fundacjami oraz osobami fizycznymi i prawnymi. Osoby i rodziny korzystające z pomocy społecznej, są obowiązane do współdziałania w rozwiązywaniu ich trudnej sytuacji życiowej. Warto zauważyć, że wśród powodów, z jakich udziela się osobom i rodzinom pomocy społecznej są wymienione niepełnosprawność oraz długotrwała lub ciężka choroba [9]. Profesjonalny wymiar pracy socjalnej wiąże się z empatycznym rozumieniem potrzeb klienta i jego otoczenia, co staje się szczególnie ważne w przypadku ciężkiej choroby lub śmierci, a także towarzyszącym im problemom straty, osierocenia i żałoby [10].

Pomoc społeczna przechodzi w Polsce duże przeobrażenia. „Praca Socjalna jest dla organów rządzących i instytucji najważniejszym instrumentem rozwoju i realizacji zadań polityki społecznej. Podobnie jak w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej także w Polsce nie jest ona wystarczająco doceniana i nie ma dostatecznych środków do radzenia sobie z wieloma problemami socjalnymi oraz właściwego wspierania rozwoju społeczeństwa obywatelskiego” [11]. W czasie zmian

związanych z systemem kształcenia pracowników socjalnych, a także dostosowywania standardów pomocy społecznej w Polsce do standardów europejskich, nie można zapomnieć o konieczności przygotowania adeptów pracy socjalnej do opieki nad osobami u kresu życia i ich rodzinami. Instytucjami, w których można uczyć pracowników socjalnych troski o pozamedyczne aspekty opieki, w współpracy z zespołem medycznym i wolontariuszami, mogą być ośrodki opieki paliatywno-hospicyjnej, troszczące się o zintegrowanie różnych działań na rzecz chorego i jego rodziny. Przykłady takich działań istnieją w krajach języka angielskiego i francuskiego [12]. Prezentacja historii współczesnego ruchu hospicyjnego pozwoli zrozumieć, dlaczego te ośrodki wydają się najwłaściwszymi miejscami kształcenia pracowników socjalnych do praktycznych aspektów opieki nad ciężko chorymi i ich rodzinami.

Zespołowa opieka paliatywno-hospicyjna

Twórczynią pierwszego nowoczesnego hospicjum St. Christopher's Hospice, otwartego w 1967 r. w Londynie, była Cicely Saunders – pielęgniarka, pracownik socjalny i lekarz, która swe profesjonalne kompetencje łączyła z duchowością chrześcijańską [13]. Przyjmując nazwę „hospicjum”, powróciła do korzeni chrześcijańskiej tradycji opieki hospicyjnej, wywodzącej się jeszcze ze starożytności. Wskazywała, że zespół hospicyjny to wspólnota opierająca się na chrześcijańskich i humanistycznych wartościach, otwarta na pacjentów każdej religii i kultury. Człowiek był przez nią widziany jako całość – ciało, duch i umysł, uczestniczący w większej całości, jaką jest rodzina. Stał się podmiotem opieki zespołu, w którym oprócz potrzeb medycznych i pielęgnacyjnych dostrzegano także sferę niemedyzną. Jedną z nich były potrzeby socjalno-bytowe chorego i jego bliskich, także w okresie żałoby.

W ciągu 30 lat od otwarcia St. Christopher's Hospice w Londynie powstało około 4000 ośrodków paliatywno-hospicyjnych na całym świecie [14]. W 1987 r. Royal College of Physicians w Wielkiej Brytanii uznał medycynę paliatywną za odrębną specjalność, a uczelnie medyczne zaczęły tworzyć zakłady i kliniki medycyny paliatywnej, szkoląc lekarzy i pielęgniarki – specjalistów w tej dziedzinie. Prowadzone są także specjalizacje dla psychologów, pracowników socjalnych i kapelanów hospicyjnych, a także szkolenia dla wolontariuszy. Obecnie międzynarodowe działania ruchu hospicyjnego i opieki paliatywnej są koordynowane przez międzynarodowe komitety i inspirowane

przez akty prawne Światowej Organizacji Zdrowia, Rady Europy lub innych organizacji międzynarodowych [15].

W Polsce jedną z inspiratorek współczesnego ruchu hospicyjnego była wykładowczyni pielęgniarstwa na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie – Hanna Chrzanowska, organizatorka pielęgniarstwa domowego. Widziała ona konieczność objęcia opieką chorych przewlekle i terminalnie w ich własnych domach. Oprócz potrzeb fizycznych chorych wymieniała też psychospołeczne i duchowe elementy opieki, z dużym naciskiem podkreślając wagę pielęgniarstwa o chorych u kresu życia oraz ich bliskich [16]. Na doświadczeniach zespołów pielęgniarstwa Hanny Chrzanowskiej opierały się prace grupy charytatywnej Synodu Diecezjalnego w Krakowie. Przy parafii w Nowej Hucie rozpoczęły się spotkania pracowników służby zdrowia i wolontariuszy, tworzących podwaliny ruchu społecznego, troszczącego się o ludzi chorych i umierających.

Wpływ na powstanie pierwszego współczesnego hospicjum w Polsce miała także Cicely Saunders, która w 1978 r. wygłosiła wykłady w Krakowie, Warszawie i Gdańsku [17]. W 1981 r. w Krakowie powstało Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum, przyjmując model działania hospicjum stacjonarnego z Londynu. W 1983 r. powstało Hospicjum Pallottinum w Gdańsku. Założył je kapelan Akademii Medycznej ksiądz Eugeniusz Dutkiewicz we współpracy m.in. z prof. Joanną Muszkowską-Penson. Wiele kolejnych ośrodków powstających w Polsce w tym czasie przyjęło model domowej opieki hospicyjnej. Po 1989 r., działające wyłącznie na zasadach wolontariatu hospicja, zaczęły rozszerzać swoją działalność. W końcu 1993 r. zostały przekazane fundusze rządowe na rozwój opieki paliatywnej i hospicyjnej. Pięć lat później zatwierdzono w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej (MZiOŚ) program rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce. Od 2003 r. medycyna paliatywna uzyskała w Polsce status specjalizacji szczegółowej dla lekarzy i pielęgniarek. Wprowadzono także specjalizację dla psychologów, troszcząc się o szkolenia dla kapelanów i pracowników socjalnych oraz koordynatorów wolontariatu [18]. Obecnie istnieje w Polsce ponad 400 ośrodków paliatywno-hospicyjnych, a ich dalszy rozwój jest odpowiedzią na rosnące potrzeby onkologii, geriatry i innych specjalności medycznych. Przesłanie, które w zespołowej opiece u kresu życia udaje się realizować, dobrze oddają słowa „Nie sposób dzisiaj mówić o systemie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej bez uwzględnienia pracy i zaangażowania osób, których pozamedyczne dyscypliny służą wielorakim potrzebom ludzi chorych, starszych, niepełnosprawnych fizycznie i intelektualnie,

a także ich rodzinom i bliskim. To rzesza psychologów, pracowników socjalnych, wychowawców, pedagogów, osób zakonnych, kapelanów i wolontariuszy, zatroskanych o psychosocjalne i religijno-duchowe potrzeby chorych i ich rodzin” [19]. Ważnym elementem pozamedycznych działań jest praca socjalna, której rolę ukaże przykład systemowych działań z USA i możliwości ich podjęcia w Polsce.

Praca socjalna w zespołowej opiece paliatywno-hospicyjnej na świecie

Przykładem dobrych praktyk związanych ze ścisłą współpracą zespołów opieki paliatywno-hospicyjnej ze specjalistami pracy socjalnej są Stany Zjednoczone Ameryki, lider w zintegrowanej opiece u kresu życia. Wiąże się to z tradycją współpracy, koordynacji opieki, a także z jej systemem, w którym praca socjalna pełni bardzo ważną rolę. Stowarzyszenie Pracowników Socjalnych w USA (NASW) jest największą organizacją pracowników socjalnych na świecie, zrzeszającą ponad 145 tys. członków. Wśród różnych specjalności pracy socjalnej w służbie zdrowia istnieje również specjalizacja związana z pracą socjalną u kresu życia. W 2004 r. NASW wydało „Standardy opieki paliatywnej i troski u końca życia” [20]. Wśród 11 opisanych standardów szczególnie ważny dla zrozumienia roli pracownika socjalnego w zespole opieki paliatywno-hospicyjnej jest 8 punkt tego dokumentu. „Pracownicy socjalni powinni być członkami zespołowej troski wykorzystującej zdobycze opieki paliatywnej i dobre praktyki troski u kresu życia. Pracownicy socjalni muszą dążyć do takiej współpracy z pozostałymi członkami zespołu, aby być adwokatami wielorakich potrzeb pacjentów, zachowując obiektywność i szacunek nakazujący umocnienie relacji opiekunów z podopiecznymi w trakcie choroby” [21].

W związku z rozwojem opieki paliatywno-hospicyjnej w USA, a także z dużym projektem „Death in America”, od początku XXI w. pracownicy socjalni zaangażowani w opiekę nad chorymi u kresu życia i ich rodzinami stworzyli nową organizację: SWHPN – Social Work Hospice-Palliative Care Network (Sieć Pracy Socjalnej w Opiece Paliatywno-Hospicyjnej). Jej celem jest informacja i poprawa jakości pracy socjalnej w opiece paliatywno-hospicyjnej. Ukazuje rolę pracy socjalnej w tej opiece, poprawianiu jakości życia, wspieraniu rodziny i przyjaciół przez pomoc w trudach decyzji u kresu życia, a także przez towarzyszenie po

stracie i pomoc w przeżywaniu żałoby. SWHPN powstało, by połączyć różne działania w celu poprawy jakości pracy socjalnej u kresu życia. Ważną częścią pracy są publikacje książkowe, konferencje i wykłady prowadzone przez platformę e-learningową [22].

Możliwości włączenia pracy socjalnej do zespołowej opieki u kresu życia w Polsce

Obie przedstawione organizacje pokazują, że praca socjalna to jedna z podstawowych dziedzin interdyscyplinarnej opieki u kresu życia. Jest przede wszystkim praktyką społeczną związaną z konkretnymi systemami pomocy społecznej, borykającą się z działaniami zmierzającymi w kierunku familiaryzmu lub instytucjonalizmu w działaniu [23]. W Polsce praca socjalna ciągle jest kojarzona głównie z pomocą społeczną bezrobotnym, upośledzonym społecznie i osobom ze środowisk patologicznych, zmiany w jej rozumieniu są już jednak zauważalne i należy zadbać, by wykorzystać to w zespołowej opiece paliatywno-hospicyjnej. Dobrym wsparciem pracy socjalnej i socjalno-bytowej pomocy ciężko chorym i ich rodzinom będących pod opieką hospicjów może być wolontariat hospicyjny, wzmocniony i ożywiony przez ogólnopolski projekt Fundacji Hospicyjnej „Lubię pomagać” [24]. Pracownicy socjalni mogą działać w zespołach, pełniąc również rolę koordynatorów wolontariatu. Zespołowa opieka znalazłaby w ten sposób profesjonalne wsparcie pracowników socjalnych i pomogłaby pełniej odpowiedzieć na potrzeby wskazywane przez politykę społeczną, zachęcającą do współpracy z sektorem pozarządowym i integracji podejmowanych działań [25]. Zespoły paliatywno-hospicyjne w Polsce przez lata powiększały liczbę pracowników socjalnych zaangażowanych w opiekę nad ciężko chorymi i ich rodzinami, a także w pomocy w żałobie. W tradycji domowej i stacjonarnej opieki hospicyjnej od lat było w zespołach interdyscyplinarnych miejsce dla pracownika socjalnego.

Ostatnie zmiany w standardach opieki z 2009 r., nie umieszczają pracownika socjalnego wśród osób wymaganych przez NFZ w zespołach paliatywno-hospicyjnych. W niektórych przypadkach może to spowodować redukcję tego stanowiska związane z oszczędnościami i problemami budżetowymi poszczególnych jednostek opiekuńczych.

Wsparcie socjalne chorego u kresu życia jest szczególnie istotne podczas przechodzenia od intensywnej szpitalnej opieki medycznej do opieki

domowej oraz w czasie domowej opieki, gdy pojawia się potrzeba wsparcia systemu pomocy społecznej dla niepełnosprawnych. Do tej grupy są bowiem zaliczani przewlekle chorzy oraz pacjenci w terminalnym okresie choroby nowotworowej. Gdy pacjent przechodzi z opieki domowej do hospicjum stacjonarnego, pracownik socjalny powinien mu towarzyszyć właściwie od chwili przyjęcia. W czasie jego pobytu w hospicjum może wraz z personelem niemedycznym ułatwić choremu lepsze przystosowanie się do środowiska i procesu leczenia. Rola pomocy socjalnej w ochronie zdrowia, a szczególnie w opiece zajmującej się chorym u kresu życia powinna być uprzedzająca, gdyż zarówno w sytuacji samego chorego, jak i jego rodziny wymaga przewidywania i szybkiego działania wobec bliskości śmierci. W zespołowej opiece w pierwszej kolejności pomoc musi być udzielana osobom bezpośrednio obciążonym problemem. Pracownik socjalny może odgrywać istotną rolę w wyjaśnianiu wszelkich dostępnych dla nich sposobów pomocy, koordynując jednocześnie ten aspekt opieki z opieką medyczną i pielęgniarską, a także wskazując na możliwości współpracy z organizacjami pozarządowymi, mogącymi pomóc w mobilizowaniu zasobów społecznych na rzecz fizycznego i psychicznego dobrostanu ciężko chorego i wsparcia jego otoczenia [26]. Zadania pracownika socjalnego w opiece paliatywno-hospicyjnej wybiegają poza zwyczajowe obowiązki wyznaczane w ośrodkach zdrowia. Nie kończą się w chwili śmierci pacjenta, gdyż misją hospicjów jest kontynuowanie wsparcia wobec rodzin w żałobie. Skupia się ono na przywracaniu im aktywności

społecznej i tworzeniu „sieci oparcia społecznego” [27]. Przez proponowanie i organizowanie różnych form pomocy wsparcie o charakterze emocjonalnym, informacyjnym lub strukturalnym zapobiega procesowi marginalizacji społecznej.

W starzejącym się społeczeństwie, wobec rosnącej liczby osób niesamodzielnych, przewlekle chorych w domu i umierających, niezbędne są konkretne kroki zmierzające do poprawienia i zintegrowania opieki u kresu życia. Takim działaniem jest program rozwoju wolontariatu „Lubię pomagać”, którego narzędziem jest poradnik „Przewlekle chory w domu” [28]. Zawarte w nim praktyczne wskazania są edukacyjną pomocą do tworzenia modelu zintegrowanej opieki i współpracy zespołów opiekuńczych, pomocy społecznej i organizacji pozarządowych z rodzinami opiekującymi się chorymi w ich domach. Jest to także podręcznik dla wolontariuszy z sąsiedztwa, z parafii lub lokalnej społeczności, które powinny doczekać się realizacji w najbliższej przyszłości w Polsce. Będzie to możliwe wówczas, gdy dobre praktyki ze świata, takie jak troska o opiekunów nieformalnych odciążających system swoją pracą na rzecz ciężko chorych (*Care for the Carers* – program w Wielkiej Brytanii) przestaną być dla nas tylko nowinkami. Aby odpowiedzieć na rosnące potrzeby naszego społeczeństwa [29], inicjatywy łączące służbę zdrowia, pomoc społeczną, wolontariat i związki wyznaniowe muszą jak najszybciej stać się rzeczywistością budowaną przez wzajemne zrozumienie, zaangażowanie i współpracę różnych grup prawdziwie zatroskanych o osoby u kresu życia i ich najbliższych.

Piśmiennictwo

- [1] **Binnebesel J., Janowicz A., Krakowiak P., Paczkowska A. (red.):** Pozamedyczne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2010.
- [2] **Payne M.:** What is Professional Social Work? (2nd edn) Bristol, Policy Press, Chicago, Lyceum, Jaipur.
- [3] **Radlińska H.:** Pedagogika społeczna. Ossolineum, Wrocław 1961.
- [4] **Marynowicz-Hetka E.:** Pedagogika społeczna. PWN, Warszawa 2007.
- [5] **Kromolicka B.:** Społeczno-zawodowa rola pracownika socjalnego. WNUS, Szczecin 2002.
- [6] **Krakowiak P., Modlińska A., Binnebesel J. (red.):** Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2008.
- [7] www.ifsw.org/en/p38000208.html, dostęp w sierpniu 2011.
- [8] www.socialworkers.org, dostęp w sierpniu 2011.
- [9] Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, (Art. 7, 5–6), <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20030960873>, dostęp w sierpniu 2011.
- [10] **Granosik M.:** Profesjonalny wymiar pracy socjalnej. Śląsk, Katowice 2006.
- [11] **Błok W.M.J.:** Praca socjalna w Polsce: zawód niosący pomoc w potrzebie. www.dps.pl/img/upload_files/inne_388_socwyniki.pdf.
- [12] CHPCA, Teaching Resources for Social Work Education in Hospice Palliative Care, Ottawa 2011.
- [13] **du Boulay S., Rankin M.:** Okno nadziei. Cicely Saunders – założycielka ruchu hospicyjnego. Znak, Kraków 2009.
- [14] www.nhpc.org, dostęp w sierpniu 2011.
- [15] www.eolc-observatory.net, dostęp w sierpniu 2011.
- [16] **Krzyżanowski D.:** Towarzyszenie umierającym w literaturze pielęgniarskiej z początku wieku XX. [W:] X Konferencja Naukowa „Nie lękajcie się... nadzieja aż do kresu”. Jasna Góra, 27–29 stycznia 2006 r. s. 57–64.
- [17] **Krakowiak P., Stolarczyk A. (red.):** Ks. Eugeniusz Dutkiewicz SAC Ojciec ruchu hospicyjnego w Polsce. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2007.

- [18] **Krakowiak P., Modlińska A., Binnebesel J. (red.):** Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2008.
- [19] **Regmunt S.:** Słowo wstępne. [W:] *Pozamedyczne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej*. Red.: Binnebesel J., Janowicz A., Krakowiak P., Paczkowska A. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2010.
- [20] www.naswdc.org, dostęp w sierpniu 2011.
- [21] www.socialworkers.org/practice/bereavement/standards/default.asp, sierpień 2011.
- [22] www.swhpn.org, dostęp w sierpniu 2011.
- [23] **Smolińska-Theiss B.:** Modele pracy socjalnej – między rodziną a organizacją i instytucją. [W:] *Praca socjalna w organizacjach pozarządowych. Z problemów działania i kształcenia*. Red.: Kromolicka B. Akapit, Toruń 2005, 49–67.
- [24] www.wolontariat.hospicja.pl, dostęp w sierpniu 2011.
- [25] **Piątek K.:** Organizacje pozarządowe jako podmioty polityki społecznej. [W:] *Praca socjalna w organizacjach pozarządowych. Z problemów działania i kształcenia*. Red.: Kromolicka B. Akapit, Toruń 2005, s. 25–38.
- [26] **Krakowiak P., Starkel E.:** Społeczne potrzeby i pomoc socjalna przewlekle chorym i ich rodzinom. [W:] *Przewlekle chore w domu*. Red.: Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A. Fundacja Lubię Pomagać, Gdańsk 2011.
- [27] **Kromolicka B.:** Holistyczny charakter opieki nad przewlekle i terminalnie chorymi. [W:] *Przewlekle chore w domu*. Red.: Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A. Fundacja Lubię Pomagać, Gdańsk 2011.
- [28] **Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A. (red.):** *Przewlekle chore w domu*. Fundacja Lubię Pomagać, Gdańsk 2011.
- [29] Grupa Robocza ds. Przygotowania Ustawy o Ubezpieczeniu od Ryzyka Niesamodzielnosci przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej: *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*. Warszawa 2010.

Adres do korespondencji:

Piotr Krakowiak
ul. Chodowieckiego 1o
80-208 Gdańsk
e-mail: p.krakowiak@lubiepomagac.pl
www.lubiepomagac.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 06.08.2011 r.

Po recenzji: 10.09.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 14.09.2011 r.

Received: 06.08.2011

Revised: 10.09.2011

Accepted: 14.09.2011