

# ROLA POMOCY SPOŁECZNEJ W OPIECE PALIATYWNEJ W POLSCE

## Role of social assistance in palliative care in Poland

PAWEŁ CEBULA<sup>1A,B,D-F</sup>  
KINGA KRASZEWSKA<sup>2E</sup>

1 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią,  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
2 Instytut Pielęgniarstwa,  
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa  
w Opolu

A – przygotowanie projektu badania | study design, B – zbieranie danych | data collection, C – analiza statystyczna | statistical analysis, D – interpretacja danych | data interpretation, E – przygotowanie maszynopisu | manuscript preparation, F – opracowanie piśmiennictwa | literature search, G – pozyskanie funduszy | funds collection

### STRESZCZENIE

Opieka paliatywna polega na sprawowaniu całościowej opieki nad pacjentem w terminalnym okresie życia. Dotyczy sfery medycznej, duchowej, psychicznej oraz socjalnej. Podstawową formą wsparcia jest działalność zespołu interdyscyplinarnego, w którym jednym z członków jest pracownik socjalny. Gwarantuje on pomoc, np. w bezpłatnym zaopatrzeniu w sprzęt, uzyskaniu informacji na temat otrzymania renty, oraz wsparcie psychiczne dla chorych i ich rodzin. Inną formę wspierania stanowią stowarzyszenia samopomocy, które oferują pomoc psychologiczną

**Słowa kluczowe:** pomoc społeczna, opieka paliatywna, Polska

chorym i ich rodzinom. Opieka paliatywna korzysta także z działalności medialnej, czego przykładem jest Warszawskie Hospicjum dla Dzieci. W opiece paliatywnej pomoc społeczna odgrywa ważną rolę, jednak w Polsce nie jest ona doceniana. Wzorem są tu Stany Zjednoczone, w których funkcjonuje organizacja pracowników socjalnych – Social Work Hospice-Palliative Care Network (SWHPN). W Polsce należy podnieść poziom współpracy pomiędzy służbą zdrowia a pomocą społeczną. Zespoły opieki zobowiązane są do wspólnej troski o chorych oraz ich rodziny.

### SUMMARY

Palliative care includes all forms of necessary care in terminally ill patients. It concerns medical, mental and social aspects. The primary form of the assistance is based on the action of the interdisciplinary team which, among others, includes a social worker. They provide help in organising free necessary equipment, obtaining information about the Disability Living Allowance (DLA) and ensuring psychological support for the patients and their families. Another form of help might be achieved from self-help associations which also offer psychological support.

**Keywords:** social assistance, palliative care, Poland

Palliative care uses a media work, too. The Warsaw Hospice for Children is one of the examples. However, social assistance in palliative care plays a fundamental role, although, it is not valued significantly in Poland. The formula from the USA with a special organization of social workers called Social Work Hospice-Palliative Care Network (SWHPN) should be the model to follow. In Poland the level of cooperation between the Health Service and Social Assistance should be improved as both institutions are obliged to ensure proper care of patients and their families.

(*PU-HSP* 2015; 9, 4: 40–42)

### Wstęp

Termin „opieka paliatywna i hospicyjna” oznacza zaspokajanie wszystkich podstawowych potrzeb chorego, który znajduje się w stanie terminalnym choroby. Opieka ta obejmuje chorego i jego rodzinę, zarówno w czasie trwania choroby, jak i w okresie żałoby, czyli w tzw. okresie osierocenia [1]. Zaspokajanie potrzeb umierającego jest realizowane nie tylko przez usuwanie lub łagodzenie dolegliwości somatycznych, lecz również polega na pomocy przy rozwiązywaniu problemów duchowych, psychicznych i socjalnych [2].

Opinia publiczna (wg danych Health Communication Online Course z 26 kwietnia 2013 r.) zwraca uwagę na potrzebę prowadzenia właściwej i całościowej opieki nad osobą u kresu życia oraz jej rodziną. Same działania medyczne nie są wystarczające. Powinna istnieć więc współpraca pomiędzy zespołem terapeutycznym prowadzącym działania medyczne i osobami świadczącymi pomoc społeczną [3].

W Polsce tego typu pomoc chorzy mogą uzyskać obecnie m.in. w ośrodkach opieki dziennej (hospicjum domowym dla chorych), a ich bliscy w poradniach,

np. opieki nad rodzinami i/lub osobami osieroconymi. Pacjent, trafiając do hospicjum stacjonarnego, ambulatoryjnego lub korzystający z opieki hospicjum domowego, zostaje automatycznie objęty opieką współpracującej poradni, w której jedną z form pomocy jest także działalność pracownika socjalnego. Ponadto istnieją również stowarzyszenia pomocy, które udzielają pomocy terapeutycznej w każdej sferze [4].

### Formy pomocy społecznej w opiece paliatywnej

Działalność pracownika socjalnego w zespole interdyscyplinarnym jest formą pomocy społecznej dla chorych w terminalnym okresie życia. Prowadzi on czynności związane z pozamedycznymi formami opieki. Działa w ramach swoich kompetencji i współpracuje z pozostałymi członkami zespołu. Swoją pracę rozpoczyna od wywiadu socjalnego, dzięki czemu dokładnie ocenia stan i sytuację rodziny chorego. W miarę możliwości udziela pomocy socjalnej, np. poprzez nieodpłatne wypożyczenie sprzętu medycznego. Dostrzega potrzeby osoby chorej, a także jej środowiska, oraz dba o właściwą komunikację między chorym a bliskimi [5]. Ważne też jest wsparcie psychiczne dla osób z rodziny, szczególnie tych, które sprawują opiekę nad chorym. Pomoc ta powinna być świadczona w czasie trwania choroby oraz w okresie osierocenia.

Dość często oprócz występowania choroby pojawiają się również problemy materialne dotyczące chorego i jego rodziny. Pracownik socjalny powinien pomóc w uzyskaniu wsparcia finansowego. W pierwszej kolejności osoba chora może ubiegać się o rentę, na podstawie badania lekarskiego, gdy zostanie uznana za niezdolną do pracy, dodatkowo pod uwagę brany jest odpowiedni okres składkowy i nieskładkowy, od którego zależy wysokość otrzymywanego świadczenia. Zarządzenie z dnia 23 października 2014 roku ustawiło minimalną kwotę renty dla osób całkowicie niezdolnych do pracy, wynosi ona 880,45 zł, natomiast dla osób częściowo niezdolnych do pracy – 675,13 zł [6].

Dodatkowo, jeśli osoba schorowana ukończyła 75 lat albo została uznana za niezdolną do samodzielnej egzystencji, ma możliwość skorzystania z dodatku pielęgnacyjnego pobieranego przez osobę opiekującą się chorym. Wysokość tego dodatku wynosi 208,17 zł (zarządzenie z 16 lutego 2015 r.). Renty i dodatki finansowane są z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych [7]. Pracownik socjalny powinien zadbać o rodzinę także po śmierci chorego, należy wtedy pomóc rodzinie zmarłego w uzyskaniu renty rodzinnej czy zasiłku pogrzebowego, jeśli wymaga tego sytuacja.

Kolejny rodzaj wsparcia mogą stanowić stowarzyszenia samopomocy, które funkcjonują w społeczeństwie niezależnie lub są organizowane przez poradnie hospicyjne. Są one uważane za bardzo dobrą formę terapii dla chorych onkologicznie oraz ich rodzin. Uczestnictwo w spotkaniach stowarzyszenia wzmacnia poczucie bezpieczeństwa, które wynika ze spotkania osób znajdujących się w podobnej sytuacji, przynależnych do danej grupy samopomocy [8]. Przykład stanowi stowarzyszenie Klub Amazonki w Opolu, które zrzesza kobiety z chorobą nowotworową piersi. Spotkania odbywają się tam średnio co dwa tygodnie i stanowią pomoc dla chorych kobiet oraz ich rodzin.

Działania grup samopomocy są realizowane w mniejszym gronie z udziałem terapeuty lub psychologa. W czasie trwania terapii każdy z uczestników ma możliwość dzielenia się doświadczeniami, porównania metod radzenia sobie z chorobą, trudną sytuacją oraz ujawnienia własnych przeżyć związanych z chorobą. Omawiane są problemy wspólne dla większości chorych. Terapia powinna być dopasowana do potrzeb określonej grupy, przy jej tworzeniu należy zwrócić uwagę na rodzaj nowotworu i etap zaawansowania choroby [8].

Kolejną formą wsparcia dla opieki hospicyjnej w Polsce jest działalność fundacji i stowarzyszeń społecznych opierająca się na środkach masowego przekazu. Coraz częściej w TV widzimy reklamy, które promują wzory zachowań oraz zwracają uwagę społeczeństwa na istotne problemy. Reklamy o charakterze społecznym są formą edukacji, informują o istniejącym problemie i namawiają do zmiany. Aby kampania społeczna była skuteczna, ważny jest właściwy komunikat w reklamie. W obecnych czasach fundacje i stowarzyszenia społeczne korzystają z oferowanych przez marketing społeczny narzędzi. Dobrym przykładem jest Warszawskie Hospicjum dla Dzieci – promuje ono swoje działania, których celem jest poszukiwanie wolontariuszy i zbieranie środków na dalszy rozwój. Wykorzystuje przy tym dostępne media: telewizję, prasę, radio, Internet. Przykładem wykorzystania przez hospicjum mediów jest utrzymany w czarno-białej tonacji billboard, na którym widnieją smutne oczy dziecka, z napisem „To nieprawda, że nie ma już nic do zrobienia. Twoja hojność może im pomóc” [9].

Reklamy społeczne są coraz częściej spotykane w naszej codzienności. Świadczyć to może o narastającej liczbie problemów, z którymi nie dajemy sobie rady w naszym społeczeństwie, natomiast z drugiej strony dowodzi, że została przełamana bariera tematów, o których nie wypadało wcześniej mówić.

### Dyskusja

Z powyższego opisu wynika, że pracownik socjalny jest wsparciem nie tylko dla chorego, ale także dla rodziny opiekującej się schorowanym w fazie terminalnej, jak również w okresie osierocenia. Potwierdza to publikacja P. Krakowiaka, który opisuje rolę i znaczenie pomocy społecznej dla osoby umierającej. Zwraca uwagę na działania związane z podnoszeniem poziomu życia i relacjami międzyludzkimi. Autor pisze o pracy pracownika socjalnego w zespole interdyscyplinarnym – oprócz oceny stanu sytuacji rodzinnej w domu chorego, pełni on rolę koordynatora wolontariatu [10]. Rex A. Skidmore i wsp. podkreślają rolę pracownika socjalnego, który ma za zadanie opisać stan psychologiczny pacjenta i wyedukować rodzinę w zakresie współpracy w trakcie leczenia oraz czynnej obecności w podejmowaniu czynności pielęgnacyjnych pacjenta [11].

Stowarzyszenia samopomocy są jedną z form wsparcia dla pacjenta w terminalnym okresie życia, a także dla jego rodziny w trakcie opieki i po śmierci bliskiego. Małgorzata Kowalczyk-Ziętek i wsp. w swojej pracy opisują korzyści z udziału w grupie wsparcia. Uczestnicy otwarcie mogli wyrażać swoje uczucia i przeżycia, pomagało im to zaakceptować śmierć bliskiego i poradzić sobie z właściwym przeżyciem żałoby [12].

Następną formą wśród opisanych działań instytucji społecznych w opiece paliatywnej były przekazy medialne. Są one skuteczną metodą działania na społeczeństwo, ponieważ oddziałują na każdego z osobna i wywołują emocje skłaniające do rozwiązania istniejącego problemu. Również K. Zięba w swojej pracy zwraca uwagę na istniejącą w reklamie telewizyjnej psychologię uwagi, działanie na odbiorcę obrazem i dźwiękiem oraz duży zasięg, wnioskując, że jest ona silnym środkiem przekazu [13].

Na podstawie wcześniej wymienionych informacji można zauważyć, jak dużą rolę odgrywa pomoc społeczna w opiece paliatywnej. Przy chorym umierającym same czynności medyczne i pielęgnacyjne nie są wystarczające, istnieje konieczność wsparcia chorego i rodziny poprzez pomoc socjalno-prawną, psychologiczną oraz wsparcie finansowe, jeśli wymaga tego sytuacja. W Polsce pomoc ta nie jest wystarczająco doceniana, świadczyć o tym mogą np. zmiany wprowadzone w standardach opieki z 2009 roku, które omijają stanowisko pracownika socjalnego w zespołach paliatywno-hospicyjnych. Wzorem są Stany Zjednoczone, uważane za lidera opieki u kresu życia. Działająca w USA, a stworzona przez pracowników socjalnych, organizacja Social Work Hospice-Palliative Care Network (SWHPN) pracuje na rzecz poprawy jakości życia cho-

rych, wspierania rodzin oraz towarzyszenia w żałobie. Ponadto organizacja prowadzi wykłady i wydaje publikacje na ten temat.

## Wnioski

W Polsce powinny być podjęte kroki w celu większego zintegrowania opieki paliatywnej. Jednym z nich jest program „Lubię pomagać”, w ramach którego powstała książka pt. *Przewlekłe chory w domu*. Przedstawiono tu, w jaki sposób powinna wyglądać współpraca pomocy społecznej, opiekunów oraz organizacji społecznych z rodzinami chorych [10]. Należy dążyć do podnoszenia poziomu współpracy pomiędzy służbą zdrowia a pomocą społeczną. Zespoły interdyscyplinarne, łączące specjalistów różnych dziedzin, muszą cechować się współpracą i zaangażowaniem na rzecz osób w stanie terminalnym oraz ich rodzin.

## Źródło finansowania

Praca sfinansowana ze środków własnych autorów.

## Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

## Piśmiennictwo

1. de Walden-Gatuszko K, Adamczyk A, red. *Podstawy opieki paliatywnej*. Warszawa: PZWL; 2005.
2. Jeziorski A, Fijuth J, red. *Onkologia: podręcznik dla pielęgniarzek*. Warszawa: PZWL; 2005.
3. Watson MS, Lucas CF, Hoy AM, Back JN. *Opieka paliatywna*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2007.
4. Kacperczyk A. *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2006.
5. de Walden-Gatuszko K. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: PZWL; 2010: 220–221.
6. Ustawa z dnia 23 października 2014 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2014 r. poz. 1682, (28 sierpnia 2015).
7. Komunikat Prezesa Zaktadu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 16 lutego 2015 r. w sprawie kwoty dodatku za tajne nauczanie, dodatku kombatanckiego, dodatku pielęgnacyjnego i dodatku dla sierot zupełnych, kwoty świadczenia pieniężnego przysługującego żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych, kwoty świadczenia pie-
- niężnego przysługującego osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich oraz kwot maksymalnych zmniejszeń emerytury lub renty, Monitor Polski 2015 poz. 213 T. 1, (28 sierpnia 2015).
8. Adamczak M. Rola stowarzyszeń samopomocy pacjentów z chorobą nowotworową. W: de Walden-Gatuszko K. *Psychoonkologia*. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne; 2000: 117–122.
9. Kaptunowska J. Ból i cierpienie jako element kampanii społecznych. W: Krzyżanowski D, Payne M, Fal A. red. *Ból i cierpienie – ujęcie interdyscyplinarne. Życie godnie do końca*. T. 4. Wrocław: Presscom; 2013: 317–326.
10. Krakowiak P. Praca socjalna w opiece u kresu życia na świecie i możliwości jej rozwoju w Polsce. *Piel Zdr Publ* 2011; (3): 245–250.
11. Skidmore RA, Thackeray MG. *Wprowadzenie do pracy socjalnej*. Katowice: Śląsk; 1998.
12. Kowalczyk-Ziętek M, Posytek A, Stanecka G. Grupa wsparcia dla osób w żałobie. Doświadczenia własne. *Psychoterapia* 2013; 165(2): 55–66.
13. Zięba K. Skuteczność działań marketingowych. *Zeszyty Naukowe SGGW Polityki Europejskiej, Finanse i Marketing* 2010; (53): 278–287.

### Adres do korespondencji:

Paweł Cebula  
ul. Koraszewskiego 13a  
46-050 Tarnów Opolski  
Tel. (+48) 790 283 830  
E-mail: pawelcebula1207@gmail.com

Kinga Kraszewska  
Wojnowice, ul. Okrężna 2a  
48-130 Kietrz  
Tel. (+48) 665 165 167  
E-mail: kinga.felicja.kraszewska@gmail.com

Praca wpłynęła do redakcji: 31.06.2015  
Po recenzji: 20.12.2015  
Zaakceptowana do druku: 31.12.2015