

Praca socjalna w leczeniu weteranów służby wojskowej w USA

The role of Social Work in Health Care for Veterans in the United States of America

Jarosław R. Romaniuk,¹ F. Christopher Esmurdoc²

¹ Jack, Joseph and Morton Mandel School of Applied Social Sciences, Case Western Reserve University; dean: Grover C. Gilmore

² Veterans Affairs Northeast Ohio Healthcare System, Cleveland Ohio; dyrektor zespołu medycznego: Brian Cmolik

Streszczenie. W pracy scharakteryzowano kliniczną pracę socjalną w amerykańskim systemie ochrony zdrowia oraz jej specyficzne cechy w leczeniu weteranów (VA). Szpitalnictwo VA zatrudnia największą liczbę pracowników socjalnych na świecie. Ponieważ służba zdrowia VA jest finansowana z funduszy rządowych, podlega wielu regulacjom ustalonym na podstawie badań jej skuteczności i opłacalności. Kliniczni pracownicy socjalni współpracują z lekarzami i średnim personelem medycznym, stanowiąc integralną część zespołów medycznych. Pracownicy socjalni, poza wypełnianiem zwykłych zadań socjalno-bytowych, pełnią rolę edukatorów zdrowotnych i psychoterapeutów. W szpitalach VA są członkami własnych specjalistycznych zespołów, w których uzyskują wsparcie, superwizję, pomoc w szkoleniu i zdobywaniu kolejnych doświadczeń zawodowych. Działalność pracowników socjalnych w VA przedstawiono na przykładzie pomocy bezdomnym weteranom w Cleveland, w stanie Ohio.

Słowa kluczowe: kliniczna praca socjalna, zespół medyczny, psychoterapia, bezdomność, COVID-19

Abstract. Clinical social work in the American system of health care and its specific features in the Veterans Affairs (VA) of veterans are described in this paper. VA hospitals are the largest employers of social work worldwide. Because health care for veterans is paid for from government funds, VA hospitals are subject to regulations developed on the basis of research into the system's effectiveness and efficiency. Clinical social workers cooperate with physicians and nurses to comprise an integral part of the health care team. Social workers fulfill the usual tasks related to social well-being but also act as health educators and counselors. All social workers of the hospital are members of their own division, in which they receive support, supervision, and assistance in further education and professional development. The example of serving homeless veterans in Cleveland, Ohio, is used to describe the function of social workers in VA hospitals.

Key words: clinical social work, COVID-19, health care team, homelessness, psychotherapy

Nadesłano: 14.05.2020. Przyjęto do druku: 24.06.2020
Nie zgłoszono sprzeczności interesów.
Lek. Wojsk., 2020; 98 (3): 199–205
Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji
dr hab. Jarosław R. Romaniuk
9101 Bancroft Avenue
Cleveland, OH 44 105, USA
e-mail: jrr3@case.edu

Wstęp

Głównym zadaniem lekarza jest utrzymanie sprawnego funkcjonowania organizmu pacjenta, a podstawowym zadaniem pracownika socjalnego (*social worker*) – pomoc mu w sprawnym funkcjonowaniu w jego naturalnym środowisku. W zależności od specyfiki środowiska potrzeby człowieka mogą być różne – inne w przypadku osoby, którą stać finansowo na zapewnienie sobie dobrych warunków życia, a inne w sytuacji osoby bezdomnej. Choć obie te osoby mogą mieć takie same

problemy zdrowotne, będą miały inne zasoby materialne i społeczne. Z kolei różnice w tych zasobach mogą mieć decydujący wpływ zarówno na skuteczność procesu leczenia, jak i na skuteczność procesu zdrowienia. Takie czynniki, jak zwiększony poziom stresu w życiu osoby bezdomnej, problemy z zachowaniem higieny i niewłaściwa dieta, mogą spowodować, że nawet najlepsze leczenie nie da rezultatu. Dlatego w większości zakładów leczenia szpitalnego, oprócz zespołów lekarzy i średniego personelu medycznego, opieką nad pacjentami zajmują się pracownicy socjalni. Znaczenie



Rycina. Centrum Medyczne VA im. Louisa Stokesa w Cleveland, Ohio
Figure. Louis Stokes Cleveland VA Medical Center, University Circle, Cleveland, Ohio

środowiska, z którego pochodzi pacjent, związane jest z podejściem ekologicznym, które jest podstawą wykształcenia zawodowego pracowników socjalnych [1,2].

Pracownik socjalny w szpitalach pierwszego poziomu referencyjnego, o małym zasięgu terytorialnym, ma uprzywilejowaną sytuację, ponieważ jest w stanie poznać zakres pomocy, którą lokalna społeczność może ofiarować pacjentom szpitala. Będzie mógł, zgodnie ze swoją znajomością środowiska, kierować pacjentów do dalszej opieki ambulatoryjnej lub środowiskowej poza terenem szpitala. Prawdopodobnie będzie mógł zaproponować nawet osobisty kontakt z organizacją, do której skieruje chorego. Wielu rekonwalescentów po interwencji medycznej może potrzebować nowych kontaktów, lekarstw i sprzętu rehabilitacyjnego, o których wcześniej nie miało pojęcia. Pracownik socjalny zapewnia kontakt między szpitalem i środowiskiem, w którym pacjent będzie żył po hospitalizacji [1,2].

Poza podziałem referencyjnym szpitale mogą się różnić również zakresem leczenia. Do szpitali z ukierunkowaną strukturą zalicza się szpitale psychiatryczne oraz utworzone przez różne stowarzyszenia i organizacje zawodowe. Pacjenci tych szpitali mogą pochodzić z odległych od siebie rejonów. Ogólnie, im większy zasięg terytorialny szpitala, tym mniejsze są możliwości rozpoznania przez pracowników socjalnych środowiska, do którego pacjent wróci po leczeniu. W przypadku szpitali branżowych środowisko pacjenta może być określone nie tylko terytorialnie, ale również przez charakter wykonywanego zawodu. Tak jest na przykład w przypadku szpitali wojskowych, a w USA również w przypadku szpitali dla weteranów służby wojskowej [3].

Ponieważ za pomocą wyszukiwarek Google Scholar i Case Western Reserve University (CWRU) nie udało nam się znaleźć w sieci informacji na temat pracy socjalnej w szpitalach wojskowych w Polsce, w niniejszym

artykule staramy się przybliżyć polskiemu czytelnikowi, na czym polega praca socjalna w szpitalach weteranów w USA (*Veteran Affairs – VA*). Jeden z autorów artykułu (JRR) ma doświadczenie jako pracownik socjalny administrujący programem VA dla bezdomnych weteranów, a drugi (FCE) jest szefem zespołu pracy socjalnej szpitala VA w Cleveland, Ohio.

Praca socjalna w szpitalach w USA różni się od pracy socjalnej w Polsce pod wieloma względami. Choć wiele funkcji jest podobnych, zwłaszcza tych zorientowanych na środowisko pacjenta, to istnieje grupa umiejętności klinicznych, które nie wchodzi w zakres kompetencji polskich pracowników socjalnych. I tak na przykład w szpitalu (lub na oddziale) psychiatrycznym pracownik socjalny może przeprowadzić wywiad diagnostyczny z pacjentem i zaproponować przebieg leczenia. Po konsultacji z psychiatrą pacjent może skorzystać z leczenia farmakologicznego oraz terapii prowadzonej przez pracownika socjalnego, który posiada kompetencje psychoterapeuty. W ten sposób lekarz ma więcej czasu na obserwacje medyczne i ocenę leczenia farmakologicznego, a pacjent może mieć więcej czasu na terapię indywidualną i/lub grupową. Dzięki temu, że pracownik socjalny sam przeprowadza wywiad diagnostyczny, zna już wstępne rozpoznanie pacjenta, co pomoże mu później w jego roli jako psychoterapeuty [3,4].

Pracownicy socjalni w USA są zatrudniani na wszystkich poziomach referencyjnych leczenia szpitalnego. Mówi się metaforycznie, że pracownicy socjalni „to olej, który pozwala kółkom się kręcić”. Bez nich system jest źle naoliwiony i może przestać działać. Zapotrzebowanie na pracowników socjalnych wynika z charakteru ich wykształcenia oraz posiadanych przez nich kompetencji, które obejmują pięć dziedzin.

■ **Działanie w imieniu pacjenta (rzecznik pacjenta).**

Pracownik socjalny poznaje potrzeby pacjenta – zarówno te, które dotyczą jego pobytu w szpitalu, jak i te, z którymi ma do czynienia w swoim środowisku. Zabezpiecza uzyskanie wszystkich niezbędnych usług w szpitalu i dokłada starań, by pacjent mógł sobie poradzić w swoim środowisku. Na przykład pacjent, który nie realizuje zaleceń lekarza, wymaga szczególnej troski pracownika socjalnego, kiedy lekarz nie podejmuje się jego dalszego leczenia. Ten sam pacjent może potrzebować szczególnej uwagi również po opuszczeniu szpitala.

■ **Problemy dotyczące zdrowia psychicznego.** Na każdym oddziale medycznym może znaleźć się pacjent, który dodatkowo potrzebuje leczenia w związku z problemami z zakresu zdrowia psychicznego. Może to być pacjent na oddziale onkologicznym, który usłyszał diagnozę, albo gastrologicznym, który dowiaduje się, że nadużywanie alkoholu zniszczyło jego organizm. Pracownik socjalny potrafi sam udzielić

wsparcia terapeutycznego pacjentowi albo skieruje go do właściwego specjalisty.

- **Edukacja pacjenta.** Wyjaśnienie pacjentowi jego sytuacji zdrowotnej, trybu leczenia i możliwości wyboru, czyli tego, co medycyna ma do zaoferowania i jakie są zasoby pacjenta w jego środowisku. W razie potrzeby przygotowanie pacjenta do tego, żeby umiał sobie sam poradzić ze stresem i emocjami. Pomoc w rozwiązaniu problemów, które współistnieją obok innych problemów zdrowotnych (np. nadużywanie alkoholu czy leków).
- **Organizacje społeczne.** Wielu pacjentów po rozpoznaniu choroby (rak, marskość wątroby, choroby postępujące) potrzebuje systemu wsparcia po wyjściu ze szpitala. Pracownik socjalny może pomóc w znalezieniu lub utworzeniu grup samopomocowych działających w środowisku pacjenta. Praktyka zorientowana na pacjenta pomaga pracownikom socjalnym w rozpoznaniu zasobów środowiskowych pacjenta i pozwala uruchomić mu własne możliwości, z których wcześniej mógł nie zdawać sobie sprawy (*empowerment*).
- **Organizacja społeczeństwa.** Na poziomie „makro” pracownik socjalny wpływa na politykę społeczną, której celem jest poprawa zdrowia i dobrostanu pacjentów. Może to być na przykład sprawa zanieczyszczenia powietrza albo dostępność programów zdrowego żywienia. Może to być zmiana priorytetów w badaniach przesiewowych albo programów prewencyjnych.

System opieki zdrowotnej weteranów jest największym takim systemem na świecie. Składają się na niego 152 szpitale i 971 ośrodków z leczeniem ambulatoryjnym [5]. System VA zatrudnia 14 tysięcy pracowników socjalnych i oferuje rocznie możliwość nauki około 1500 studentom tego zawodu [4]. Organizacja tak dużego systemu musi spełniać dwa warunki:

- podlegają wspólnym przepisom i regulacjom, dzięki którym wszystkie jednostki służby zdrowia są kompatybilne,
- każda jednostka (szpital, przychodnia) stanowi integralną część lokalnych struktur stworzonych dla pomocy weteranom.

Znajomość jednego szpitala może nie przekładać się na zrozumienie, jak działają szpitale VA w innych miastach i stanach. Organizacja każdego szpitala zależy od potrzeb i zasobów lokalnej społeczności, jego historii, współzależności z instytucjami wojskowymi w danym regionie oraz potrzeb środowiska weteranów. W prezentowanym artykule posiłkujemy się przykładami ze szpitala weteranów w Cleveland, Ohio [6].

System służby zdrowia VA w północno-wschodniej części Ohio składa się z 18 podmiotów leczniczych, w tym jednego głównego szpitala na terenie tzw. University Circle w Cleveland. W 2019 r. system ten zatrudniał

5389 pracowników i obsłużył 112 395 weteranów. Najliczniejszą grupą pacjentów są weterani wojny w Wietnamie (45%), następnie wojen w Zatoce Perskiej (23%), wojny w Korei (7%) i II wojny światowej (3%). 9 tysięcy weteranów stanowią kobiety. System dysponuje 674 łóżkami szpitalnymi. W 2019 r. odnotowano 2 mln przyjęć ambulatoryjnych, 35 tys. telewizyt i 58 tys. wizyt domowych (dane własne).

Organizacja pracy socjalnej w każdym z centrów zdrowia VA zależy od lokalnych potrzeb i uwarunkowań. Ponieważ jest to system rządowy (federalny), stworzony, by służyć weteranom służby wojskowej, pracownicy socjalni pracujący dla VA podlegają wielu regulacjom i mają ściśle określone zadania [4]. Najlepszym źródłem wiedzy dotyczącej specyfiki tego zawodu jest „Podręcznik wojskowej pracy socjalnej” z 2013 r., opracowany przez Allena Rubina, Eugenię L. Weiss i Josego E. Colla [7]. Charakterystyczny jest układ rozdziałów podręcznika. Zaczyna się od historii wprowadzenia pracy socjalnej do służby wojskowej – początkowo przez współpracę z organizacją Czerwonego Krzyża, a dopiero później przez zatrudnienie pracowników socjalnych w ramach służby wojskowej. Kolejny rozdział opisuje specyfikę pracy przez wyjaśnienie, na czym polega kultura i złożoność służby wojskowej. Pracując z pacjentem, należy rozumieć specyfikę danego rodzaju służby wojskowej, którą on reprezentuje, jego osobiste zasługi i stopień wojskowy. Trzeba znać zasady postępowania obowiązujące w danej służbie, wojskową etykę zawodową, rozumieć współpracę wśród równych stopniem i doceniać charakter zależności zawodowych. Kolejny rozdział podręcznika dotyczy kobiet w wojsku, które z każdym rokiem stanowią coraz większą grupę żołnierzy [7]. W tym miejscu należy zaznaczyć, że chociaż w tej pracy, pisząc o pracownikach i o pacjentach, używamy formy męskiej, to forma żeńska jest także właściwa.

Dalsze części i rozdziały podręcznika dotyczą specyficznych problemów w służbie wojskowej, takich jak problemy zdrowia psychicznego związane ze stresem porażkowym lub urazami mózgu, uzależnieniami i bezdomnością. W ostatniej części omówiono pracę z rodzinami wojskowymi. Strony internetowe VA przedstawiają specyfikę pracy socjalnej w szpitalach dla weteranów, od zadań związanych z pomocą finansową i poprawą sytuacji życiowej, do terapii problemów zdrowia psychicznego. Najczęściej wymienia się następujące czynności wykonywane przez pracownika socjalnego w VA:

- informowanie, jak uzyskać pomoc finansową i mieszkaniową; jak pacjent może utrzymać swoje mieszkanie, korzystając z pomocy środowiska,
- wyjaśnianie, jak wystąpić o zasiłki, uzyskać wsparcie finansowe zależne od historii służby,
- tłumaczenie korzyści wynikających ze służby, np. jak wykorzystać uprawnienia do studiowania i jak szukać doradztwa zawodowego,

- wystawianie opinii dotyczącej przebiegu leczenia krótko- i długoterminowego,
- zapisywanie w rejestrze pacjenta dyspozycji dotyczących postępowania lekarskiego na wypadek sytuacji, w których pacjent nie jest zdolny do podjęcia świadomej decyzji,
- prowadzenie psychoterapii dotyczącej radzenia sobie z problemami zdrowia psychicznego,
- pomoc w rozwiązaniu problemów występujących w rodzinie pacjenta.

Czynności pracownika socjalnego są zintegrowane z pracą zespołu medycznego składającego się z profesjonalistów w różnych specjalnościach zawodowych, który pomaga weteranowi w odzyskaniu zdrowia lub rehabilitacji jego funkcji życiowych. To może być centrum urazowe (oddział politraumatologii), zespół leczenia stresu pourazowego, oddział terapii uzależnień, pomoc dla bezdomnych czy poradnictwo zawodowe. Wojskowi pracownicy socjalni są grupą zawodową o wysokim poziomie kwalifikacji. VA wymaga od nich wyższego wykształcenia (magisterskiego) z minimum dwuletnią praktyką pod okiem superwizora w celu osiągnięcia optymalnego stopnia przygotowania zawodowego, jakim jest licencja niezależnego pracownika socjalnego [4,7].

Wraz ze zmianą sztuki wojennej zmienia się zakres i rodzaj potrzeb medycznych weteranów. Pracownicy socjalni muszą cały czas doskonalić swoje umiejętności zawodowe. Konieczne jest stosowanie nowoczesnych metod diagnostyki i programów terapeutycznych. W diagnostyce stosuje się podejście, które uwzględnia biologiczne, psychologiczne i społeczne uwarunkowania problemów psychicznych [5,8]. W terapii wykorzystuje się sprawdzone empirycznie metody, którymi posługują się zespoły specjalistów [5,9]. Terapie są zorientowane na pacjenta i to on uczestniczy w określaniu ich celów. Ze względu na charakter doświadczeń w służbie wojskowej najczęściej stosuje się terapie zorientowane na traumę [10]. Intensywna praca z weteranami w ramach systemu opieki zdrowotnej może być zarówno satysfakcjonująca, jak i wymagająca. Badania wykazały, że wielu pracowników socjalnych lubi pracę z weteranami, a możliwość ofiarowania im pomocy traktuje jako wyróżnienie. Dodatkowymi źródłami satysfakcji pracowników socjalnych w VA jest ich zaangażowanie w usprawnianie systemu opieki zdrowotnej oraz obserwacje, jak ich praca wpływa na poprawę życia weteranów. Źródłem negatywnych odczuć są trudności w zapewnieniu potrzebnych usług dla pacjenta (20%), biurokracja w VA (15%) i brak uznania zawodowego (5%). Pracownicy socjalni najwyżej cenią swoją rolę jako rzecznika pacjenta (23%), terapeuty (29%) i przewodnika w postępowaniu rehabilitacyjnym (25%) [5].

System VA jest niezwykle rozbudowany i podlega wielu regulacjom oraz ograniczeniom związanym z jego zależnością od rządu USA. Wiąże się to z określonymi

zasadami procedowania i opóźnieniami w podejmowaniu decyzji finansowych, które często oznaczają opóźnienia w przebiegu procesu leczenia. Dlatego w systemie VA rzecznik pacjenta ma prawo domagać się szybkich działań w jego interesie. Jak wspomniano powyżej, biurokracja wpływa negatywnie na poczucie satysfakcji z pracy. System VA i rola pracowników socjalnych w tym systemie podlega monitorowaniu, a uzyskane wyniki badań naukowych skłaniają do wprowadzania poprawek i zmian w funkcjonowaniu systemu [11]. Poprawa warunków pracy wpływa na zwiększenie satysfakcji z własnych kompetencji [12]. Opisane zasady procedowania w VA tworzą biurokrację, która bywa uciążliwa, ale służy przestrzeganiu zasad sprawiedliwości i uczciwości, a jej nadrzędnym celem jest zapewnienie dobrotę pacjenta.

Pracownik socjalny potrzebuje wsparcia zawodowego ze strony kolegów, którzy rozumieją jego pracę i mogą mu służyć radą oraz pomocą. Dlatego w ostatnich latach stworzono system, zgodnie z którym pracownicy społeczni są zarówno integralną częścią medycznych zespołów specjalistycznych, zajmujących się konkretnymi problemami zdrowotnymi (np. neurologicznymi czy gastrologicznymi), jak i członkami zespołu grupującego ludzi ich własnej specjalności – pracy socjalnej, ze swoją własną strukturą wpisaną w system szpitala. Szef zespołu pracowników socjalnych jest członkiem kolegium szefów pozostałych zespołów medycznych bezpośrednio podległych władzom szpitala. W ten sposób może być rzecznikiem swoich podwładnych we wszelkich sytuacjach, w których interes pacjenta gdziekolwiek w systemie VA zależy od pracownika socjalnego i pozostaje w gestii dyrekcji szpitala [6,11].

Zespół pracy socjalnej utrzymuje własną administrację, dzięki której wiadomo, jaką specjalizację ma każdy z jego członków, jakie szkolenia mogą go zainteresować, kto jest jego superwizorem i kto dokonuje oceny jego pracy. Dzięki spotkaniom i dyskusjom wewnątrz zespołu pracownicy socjalni mogą zaproponować zmiany w strukturze obsługi pacjenta od momentu jego przyjęcia do szpitala do chwili wypisania. Wiele z takich rozwiązań przyczyniło się do zdecydowanej poprawy organizacji i skuteczności leczenia [11]. Działania usprawniające funkcjonowanie szpitala podnoszą prestiż pracy socjalnej w lecznictwie weteranów. Wiele ośrodków VA we współpracy z uniwersytetami prowadzi prace badawcze, które dostarczają dowodów na to, że metody pracy socjalnej mają uzasadnienie empiryczne [11].

Bloeser i Ray [13] w swojej przedmowie do specjalnego wydania „Clinical Social Work Journal”, dotyczącego pracy socjalnej w VA (2018, tom 46), przedstawiają kilka danych liczbowych dotyczących tej profesji. W pracy podano, że 63% pracowników socjalnych pracowało w VA mniej niż pięć lat, 73% stanowiły kobiety i 70% było albo weteranami, albo pochodziło z rodzin weteranów. Jedna

trzecia zatrudnionych w VA pełni podstawowe funkcje pracowników socjalnych. 35% pracuje na oddziałach zdrowia psychicznego, 12% na oddziałach medycznych lub chirurgicznych, 8% w klinikach stresu pourazowego, 3% w klinikach urazów mózgu, a 7% w administracji. Kompetencje pracowników socjalnych muszą obejmować umiejętności komunikowania się z profesjonalistami różnych specjalności medycznych [14]. Kliniczny pracownik socjalny w USA prócz tego, że jest przygotowany do współpracy z innymi dyscyplinami medycznymi, niektóre czynności, takie jak psychoterapia, może realizować samodzielnie [5,11]. Każdy pracownik socjalny w ramach podejścia zorientowanego na pacjenta powinien rozumieć, w jaki sposób służba wojskowa wpłynęła na życie weterana. Pomijając różną kulturę i system wartości, o czym wcześniej wspomniano, istotna jest również wiedza dotycząca charakterystyki czynnej służby wojskowej. W jaki sposób specyfika konfliktu zbrojnego i jego społeczne uwarunkowania mogły wpłynąć na zdrowie fizyczne i psychiczne oraz życie po służbie różnych grup weteranów. Wiąże się to z ekologicznym podejściem do pacjenta, w którym jego funkcjonowanie rozpatruje się w zależności od warunków, w jakich żył [8].

Bloeser i Ray podają przykłady z historii działań zbrojnych, których znajomość jest niezbędna w pracy z weteranami różnych generacji [13]. Należy wiedzieć na przykład, że po II wojnie światowej Afroamerykanie spotkali się z przejawami rasizmu przy rozdziale zasług dotyczących ich służby. Wojna w Korei była z kolei źle przygotowana i wielu weteranów miało poodmrażane stopy oraz ręce, bo dowództwo nie przewidziało zimy w Korei. Po wojnie w Wietnamie zwiększyła się liczba weteranów potrzebujących leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych. Rozpoznanie stresu pourazowego było wtedy bardzo słabe i wielu weteranów musiało samodzielnie radzić sobie z problemami psychicznymi. Każda era działań wojennych odcisnęła swoje własne piętno na życiu weteranów. W przypadku ostatnich wojen przeciw terroryzmowi częste rozpoznania to stres pourazowy i urazy mózgu. Zwiększyła się również liczba samobójstw wśród weteranów, przekraczając liczbę żołnierzy, którzy zginęli w konfliktach zbrojnych.

Problemy zdrowia psychicznego najmłodszego pokolenia weteranów amerykańskich zostały opisane we wcześniejszej pracy [15]. Problemy starszego pokolenia opisano w pracy Clark i wsp. [16]. W latach 2004–2014 liczba osób po 65. roku życia zwiększyła się w USA o 10 milionów (z 36,2 do 46,2 mln). Co drugi mężczyzna w tej grupie wiekowej jest weteranem. Najczęstszym problemem zdrowia psychicznego w tej grupie jest stres pourazowy (PTSD). Weterani z nierozpoznanym w młodości PTSD sami musieli radzić sobie z jego objawami – niektórzy przez używanie substancji psychoaktywnych, inni – ucząc się kontrolowania swoich reakcji w sytuacjach wywołujących stany paniki. Dzisiaj są pacjentami

programów terapii uzależnień albo szukają pomocy psychiatrycznej, gdy przestają sobie radzić z kontrolą objawów. Wiąże się to z procesem starzenia, w którym udział kory czołowej w kontroli emocji ulega osłabieniu [16].

Wraz ze zmianą sposobu prowadzenia działań wojennych zmienia się ich wpływ na życie wojskowe. Zmiany w sposobie szkolenia podążają za nowymi rodzajami broni i taktyką wojskową, zmienia się również skład osobowy wojska. Obecnie około 10% wszystkich weteranów w USA stanowią kobiety. Po zniesieniu prawa „Nie pytaj, nie mów” (*Don't ask don't tell* – DADT) służą w wojsku również osoby transpłciowe i o różnej orientacji seksualnej (LGBT). Wymaga to zmian w przygotowaniu zawodowym pracowników socjalnych, którzy w swoich zasadach etycznych mają zapisaną pomoc dla grup społecznie wykluczonych. Wspomnieć należy, że na przykład problemy prowadzące do samobójstw wśród żołnierzy transpłciowych występują dwudziestokrotnie częściej niż u reszty wojska [13].

Rozpatrując różnice między pokoleniami weteranów wojennych, należy pamiętać o etapach rozwoju tożsamości człowieka wg Erika Eriksona. Pracownicy socjalni wiedzą, że inne są cele życiowe weteranów ostatnich działań wojennych, a inne pokolenia wojny w Wietnamie. Młodzi weterani myślą o wykształceniu i założeniu rodziny, starsi rozważają historię swoich relacji z dziećmi oraz rodzicami i zastanawiają się nad tym, co zostawią po sobie [13].

Specyfika problemów zdrowotnych weteranów każdego pokolenia wpływa na zmianę organizacji oddziałów w szpitalach wojskowych. Na przykład zwiększenie liczebności kobiet w służbie wojskowej spowodowało zwiększenie liczby oddziałów poświęconych ich problemom zdrowotnym. Weterani z grup LGBT również wymagają specyficznego podejścia ze względu na specyfikę ich problemów. W clevelandzkim szpitalu VA powstała na przykład klinika tożsamości weteranów (*Veteran Identity Clinic*), przeznaczona głównie dla tej grupy pacjentów [6,17]. Skutkiem braku adekwatnej odpowiedzi systemu zdrowia na syndrom PTSD w pokoleniu weteranów wojny w Wietnamie stało się rozwinięcie programów terapii uzależnień i opieki psychiatrycznej. Niestety, część weteranów nie uzyskuje niezbędnej pomocy, gdy tego potrzebuje. Może to wynikać z różnych komplikacji w ich sytuacji życiowej i nakładających się problemów zdrowotnych.

Dobrym przykładem roli pracowników socjalnych w funkcjonowaniu szpitala VA jest system pomocy dla bezdomnych weteranów. Przeglądając historię kontaktów osoby bezdomnej z VA, można zazwyczaj znaleźć konkretny moment, w którym brak wsparcia ze strony systemu zdrowia doprowadził do bezdomności. Takie obserwacje uwiadcniają słabości systemu opieki zdrowotnej i wskazują na kierunki niezbędnych zmian organizacyjnych [11,18]. Przez lata problem bezdomności

znajdował się na marginesie innych działań VA. Dopiero pojawienie się bezdomnych weteranów z ostatnich konfliktów zbrojnych wzbudziło opinię społeczną. Powstało wiele programów, których celem jest zlikwidowanie bezdomności wśród weteranów [19]. Według badań biura studiów VA w styczniu 2017 r. wśród 18,5 miliona amerykańskich weteranów 40 tysięcy było bezdomnych, z czego 91% stanowili mężczyźni, a 9% kobiety. Oznacza to 45-procentowe zmniejszenie liczby bezdomnych weteranów w stosunku do 2009 r.

Szpital VA w Cleveland posiada ośrodek noclegowy (dormitorium) dla bezdomnych weteranów. Z każdym pacjentem po przyjęciu do schroniska przeprowadzany jest wywiad diagnostyczny i wspólnie z weteranem określany jest plan wyjścia z bezdomności. Może to być skierowanie na dalsze badania lekarskie, najczęściej psychiatryczne, ale również na leczenie specjalistyczne ze względu na szereg zaniedbań w stanie zdrowotnym. W zależności od historii bezdomności, zasobów kompetencji i środowiska weterana, będzie on kierowany do różnych programów, które pomogą mu w osiągnięciu stałego zamieszkania. Na każdym z tych etapów weteran spotka się z pracownikiem socjalnym, który jest w stanie określić rodzaj pomocy, której może udzielić szpital VA, i ocenić zasoby środowiska pozaszpitalnego. Weterani, którzy mają możliwości szybkiego wyjścia z bezdomności, mogą skorzystać z programów w całości prowadzonych przez organizację poza systemem VA. W takich przypadkach pracownicy socjalni VA wspomagają działania tych organizacji [6,19].

W przypadku tzw. przewlekłej bezdomności, przy której zazwyczaj występują poważne zaburzenia psychiczne, weteran dostaje mieszkanie w trybie „najpierw mieszkanie” [9] i plan integracji w środowisku, w którym zamieszkał. Ze względu na ograniczone umiejętności w korzystaniu z systemu VA i pomocy środowiskowej każdy weteran z grupy przewlekłej bezdomności współpracuje z pracownikiem socjalnym ze specjalnego programu HUD-VASH. Program ten powstał w wyniku współpracy resortu Housing and Urban Development (HUD) oraz VA Supportive Housing, czyli dwóch departamentów rządu amerykańskiego.

Zadaniem pracownika socjalnego z programu HUD-VASH jest odwiedzanie weterana w jego miejscu zamieszkania, transport na wizyty lekarskie, robienie z nim zakupów oraz kontaktowanie się w jego imieniu ze specjalnymi ośrodkami pomocy ważnymi dla jego funkcjonowania. Pracownik HUD-VASH reaguje na sytuacje kryzysowe i działa jak psychoterapeuta. Jest to praca zorientowana na pacjenta, w której współpraca odbywa się etapami: od intensywnej pomocy w codziennym życiu, do powolnego wycofywania się pracownika socjalnego, umożliwiającego samodzielne funkcjonowanie weterana. Ze względu na złożoność funkcji do pracy w tym programie wybierani są pracownicy socjalni

o największych kompetencjach zawodowych. Jest to pozycja powszechnie znana w VA jako dająca największe swobody zawodowe i jednocześnie najlepiej opłacana. Razem ze swobodą decyzji zawodowych rośnie również odpowiedzialność za funkcjonowanie weterana oraz konieczność dbania o własne kompetencje i przydatność zawodową [19].

Epidemia koronawirusa, czyli COVID-19, jest ostatnim przykładem sytuacji, w której wyzwania stojące przed całym narodem wymagają zmian w pracy VA. Stan zagrożenia, który wpływa na stany psychiczne zarówno pacjentów, jak i zespołu klinicznego, prowadzi do przewartościowania dotychczasowego systemu organizacji szpitala. Trzeba zorganizować procedury kontaktów z pacjentem, wzajemnych kontaktów profesjonalistów, systemu testów identyfikacji zakażenia wirusem, oddziałów zakaźnych i odkażonych. Do rozwiązywania tych problemów przystępują pracownicy socjalni, ponieważ najlepiej znają cały system i jego współpracę ze środowiskiem. Jako przykład rozwiązania, które w ciągu bardzo krótkiego czasu zastąpiło w wielu przypadkach dotychczasowy system, jest praca z zastosowaniem telefonów i wykorzystaniem Internetu (*telehealth*). Największym wyzwaniem w tych kontaktach było zapewnienie ochrony prywatności pacjentów i bezpieczeństwa przekazywania danych osobowych [20]. Kryzys związany z pandemią wskazał na jeszcze jedną funkcję pracowników socjalnych, bardzo istotną w stanach zagrożenia i podwyższonego stresu. Otóż pracownik socjalny potrafi radzić sobie z własnymi emocjami i jest przygotowany do uczenia innych, jak rozpoznawać i kontrolować swoje emocje. Okazuje się, że kiedy tak mały element, jak niewidoczny gołym okiem wirus, zmienia istniejące procedury i zagraża życiu wszystkich wokół, ludzie doznają emocji często sobie nieznanych. Nawet ci, których zadaniem jest pomaganie innym, ulegają stanom paniki i rozpaczki. W takich sytuacjach pracownik socjalny ma kompetencje do udzielenia wsparcia potrzebującym – zarówno kolegom, jak i pacjentom [20].

Opisane w pracy funkcje pracownika socjalnego jako wykonawcy i koordynatora opieki nad weteranami pozwalają zrozumieć, jak ważną rolę pełni on w systemie ochrony zdrowia w USA.

Tekst nie reprezentuje oficjalnego stanowiska Departamentu ds. Weteranów Rządu Zjednoczonych Stanów Ameryki Północnej. F. Christopher Esmurdoc jest Dyrektorem ds. Pracy Socjalnej Systemu Zdrowia VA północno-wschodniego Ohio.

Piśmiennictwo

1. Auerbach C, Mason SE, Laporte HH. Evidence that supports the value of social work in hospitals. *Social Work in Health Care*, 2007; 44 (4): 17–32

2. Muskat B, Craig SL, Mathai B. Complex families, the social determinants of health and psychosocial interventions: Deconstruction of a day in the life of hospital social workers. *Social Work in Health Care*, 2017; 56 (8): 765–778
3. US Department of Veterans Affairs: Social work. www.socialwork.va.gov
4. US Department of Veterans Affairs: VHA Directive 1110.02, Transmittal Sheet, July 26, 2019
5. Beder J, Postiglione P. Social work in the Veterans Health Administration (VA) System: Rewards, challenges, roles and interventions. *Social Work in Health Care*, 2013; 52 (5): 421–433
6. US Department of Veterans Affairs: VA Northeast Ohio Healthcare System. www.cleveland.va.gov/services/socialwork.asp
7. Rubin A, Weiss EL, Coll JE, eds. *Handbook of military social work*. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, 2013
8. Gray S. *Psychopathology: A competency-based assessment model for social workers*. Cengage Learning, Boston, MA, 2016
9. Romaniuk JR. In search of a new paradigm: Social Work for Twenty First Century Veterans. *Int J Continuing Educ*, 2012; 15 (1): 49–60
10. Romaniuk JR. Leczenie uzależnień z uwzględnieniem historii przebytych doświadczeń traumatycznych. *Terapia Uzależnień i Współuzależnień*, 2018; 1: 16–22
11. Manske JE. Social work in the Department of Veterans Affairs: lessons learned. *Health Soc Work*, 2006; 31 (3): 233–238
12. Kayser K, Walker D, Demaio J. Understanding social workers' sense of competence within the context of organizational change. *Admin Soc Work*, 2000; 24 (4): 1–20
13. Bloeser K, Ray K. Contemporary social work practice with veterans: An introduction to the special issue. *Clin Soc Work J*, 2018; 46: 69–73
14. Żukiewicz A, Baran A, Cyranka K. The psychological, psychotherapeutic and medical dimensions of the activities of social services in Poland. *Arch Psychiatr Psychother*, 2018; 2: 7–12
15. Romaniuk JR. Problemy zdrowia psychicznego najmłodszego pokolenia weteranów amerykańskich. *Lek Wojsk*, 2019; 97 (1): 50–55
16. Clark G, Rouse S, Spangler H, Moye J. Providing mental health care for the complex older veteran: Implications for social work practice. *Health Soc Work*, 2018; 43 (1): 7–14
17. Romaniuk JR, Loue S. Military sexual trauma among men: A review of the literature and a call for research. *Best Pract Mental Health*, 2017; 13 (1): 81–105
18. Wax J. Developing social work power in a medical organization. *Soc Work*, 1968; 13 (4): 62–71
19. O'Toole TP, Pape L. Innovative efforts to address homelessness among veterans. *North Carol Med J*, 2015; 76 (5): 311–314
20. Farkas KJ, Romaniuk JR. Social work, ethics and vulnerable groups in the time of coronavirus and COVID-19. *Soc Reg*, 2020; 4 (2): 67–82