



Socijalni rad u palijativnoj skrbi neuroloških bolesnika

V. Ivanković, A. Mikulić, N. Pavlović Cvetkov

SAŽETAK - Palijativna skrb je holistički i multidisciplinarni pristup pacijentu što podrazumijeva skrb koju oboljelome pruža skupina liječnika, medicinskih sestara, fizikalnih terapeuta, socijalnih radnika, duhovnika i volontera. Palijativna skrb s aspekta socijalnog rada obuhvaća rad svih sudionika u timskom pristupu skrbi za bolesnika u kojih bolest više ne reagira na liječenje, a sukladno potrebama i željama bolesnika. Unaprjeđenje kvalitete života takvih bolesnika i njihovih obitelji osnovni je cilj djelovanja socijalnih radnika.

Ključne riječi: palijativna skrb, neurološki bolesnici, multidisciplinarni pristup, socijalni radnik

UVOD

Palijativna skrb usredotočena je prema Smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) na sveobuhvatan pristup bolesti i bolesniku, dobru komunikaciju, emocionalnu potporu, postupak etičkog donošenja odluka te procjenu potreba bolesnika i njegove obitelji (1). Karakteristike specijalističke palijativne medicine su sveobuhvatan pristup bolesti i bolesniku uz pomoć interdisciplinarnog tima, optimalne intervencije i kontrola simptoma, dobra komunikacija i emocionalna podrška, postupak etičkog donošenja odluka te procjena potreba i zahtjeva bolesnika i njihovih obitelji (2).

Palijativna skrb u neurologiji je socijalno-medicinski problem. Angažman socijalnog radnika razlikuje se ovisno o tome o kakvoj se neurološkoj dijagnozi radi. U našoj zdravstvenoj ustanovi socijalni radnik uključen je od samog postavljanja

dijagnoze u rad s pacijentom i članovima njegove obitelji.

Za kvalitetno provođenje svih postulata palijativne skrbi od strane socijalnog radnika od iznimne su važnosti njegova teorijska znanja, komunikacijske vještine, empatijski kapacitet i savjetodavne sposobnosti. Dobivanje detaljnih informacija o bolesniku, obitelji i životnom okruženju osnovni su preduvjet uspješne socijalne intervencije.

RASPRAVA

Uspjesi suvremene medicine često imaju paradoksalne posljedice – za razliku od prijašnjeg razdoblja, danas je sve više pacijenata koji trebaju živjeti

Klinički bolnički centar Zagreb, Služba za socijalni rad, Zagreb, Hrvatska

sa svojom kroničnom bolesti. Svaka bolest dovodi do promjena u načinu života, ponašanju i socijalnom okruženju onih koji su kronično somatski oboljeli ili su životno ugroženi. Napredak kurativne medicine doveo je u znatnoj mjeri do zanemarijanja holističkog pristupa bolesniku koji, u kontekstu poimanja medicine u njenom samom početku, nameće obavezu poštovanja i psihosocijalnog konteksta bolesti, koji je ujedno star kao i umijeće vidanja. Bolesnika treba promatrati kao osobu koja uz niz organa ima i emocije, stavove i želje koje treba poštovati, on je član obitelji, zajednice, regije, naroda i kulture te osoba s duhovnim profilom.

Gubitak zdravlja je gubitak koji dovodi do mnogih drugih promjena. Gubitak zdravlja doprinosi promjeni ranijeg načina života, promjeni posla i zanimanja, promjeni neispunjenih planova te promjeni socijalnog statusa. Gubitak zdravlja smatra se jednim od najtežih gubitaka koji, ako je zdravlje nepovratno oštećeno, izaziva brojne psihičke teškoće i napore u prilagodbi bolesnika i njegova okruženja. Način na koji pojedinac prihvaća svoj gubitak ovisi o prijašnjim iskustvima, subjektivnom vrednovanju izgubljenog i pruženoj socijalnoj pomoći kojom se veličina gubitka može umanjiti (3).

Sve to naglašava potrebu za sveobuhvatnim pristupom koji bi bio usmjeren na poboljšanje kvalitete života bolesnika i njihovih obitelji kada su suočeni s problemima povezanim s bolešću koja ugrožava život. Takav je pristup svakako sadržan u konceptu palijativne skrbi koja je fokusirana na kvalitetu života, orijentirana na čovjeka a ne primarno na bolest, nije joj primarni cilj produljenje života (ali ne i skraćivanje), uvažava sve pacijentove potrebe i probleme, nade, ciljeve i očekivanja, te pokriva sve aspekte skrbi za bolesnika i njegovu obitelj zahvaljujući multidisciplinarnom odnosno multiprofesionalnom pristupu (4).

U tom smislu i Povjerenstvo ministara Vijeća Europe uputilo je državama članicama 2003. godine Preporuku br. 24 o organizaciji palijativne skrbi u kojoj se detaljno razrađuje koncept palijativne skrbi, a koja je prihvaćena i od Povjerenstva ministara 12. studenog 2003. god. (5). Sinanović i sur. (6) navode da je prema jednoj nedavnoj analizi objavljenih radova u tri značajna časopisa koji se bave palijativnom skrbi iz Engleske, Kanade i SAD-a, najčešći primarni fokus autora na uznapredovaloj malignoj bolesti. Manje od 5% radova bave se nekanceroznim stanjima, a među njima najčešće respiratornim, kardijalnim i renalnim bolestima. Među neurološkim bolestima amiotrofična lateralna skleroza (ALS) jedini je predstavnik. Tekstovi i članci objavljeni u neurologiji, uglavnom se bave

dijagnostičkim postupcima i aktivnim tretmanom bolesti, a vrlo malo uključuju stanja vezana za brigu o neurološkom bolesniku na kraju njegova života, efektivnom tretmanu simptoma u uznapredovaloj fazi bolesti. U praktičnoj neurologiji mnoge degenerativne bolesti nisu izlječive i uzrokuju velike poteškoće bolesniku i njegovoj obitelji. Neke su brzo progresivne, poput ALS-a, neke manje, ali kod njih je nužno znanje palijativne neurologije i primjena palijativnog pristupa. Nadalje, brojne su neurološke bolesti (dementna stanja, cerebrovaskularne bolesti, Parkinsonova bolest, multipla skleroza, bolni neurološki sindromi) koje dugim nizom godina bolesnika i njegovu obitelj dovode u vrlo teško stanje.

Neurološke bolesti su, bez obzira na to radi li se o progresivnoj neizlječivoj bolesti, bolesti iz skupine zloćudnih novotvorina ili o naglo nastupajućim bolestima poput moždanog udara, svakako bolesti koje s ciljem ispravnog zbrinjavanja bolesnika zahtijevaju primjenu principa palijativne medicine (7). Zbog toga je na Klinici za neurologiju KBC-a Zagreb 2007. god. započelo radom Savjetovalište za neurološke bolesnike. U rad Savjetovališta uključeni su liječnici specijalisti neurolozi, psihijatri, psiholog, socijalni radnik, nutricionist, fizioterapeut i medicinska sestra. Na taj način omogućili smo oboljelima i članovima obitelji dobivanje informacija i savjeta s područja palijativne skrbi neuroloških bolesnika, što može omogućiti dostojanstven život do kraja.

Socijalni se radnik često susreće s nizom emocionalnih i psiholoških faza kroz koje prolaze bolesnik i njegova obitelj kao posljedica saznanja dijagnoze. Prvo nastupa šok koji se očituje nepovjerenjem, zbunjenošću i emocionalnom izgubljenost. Zatim nastupa reakcija koja se manifestira tugom, žalost, razočaranjem, ljutnjom, depresijom, krivnjom i negiranjem. Sljedeća faza je prilagodba u kojoj obitelji traže točne informacije kako bi razmotrile budućnost. U četvrtoj fazi orijentacije traže savjete za iznalaženje vlastitog pravca u organizaciji palijativne skrbi za oboljelog člana obitelji. U fazi funkcionalnog prihvaćanja oboljeli i obitelji spremno nastavljaju živjeti u novonastalim uvjetima.

Važan trenutak funkcionalnog prihvaćanja je i intervencija socijalnog radnika nakon bolesnikove smrti, premda neki autori (8,9) govore i o anticipativnom tugovanju, tugovanju unaprijed ili predsmrtnoj tuzi u očekivanju prognoziranog gubitka. Skrb za bolesnika tijekom njegova života i skrb za obitelj tijekom žalovanja dva su oblika skrbi koja su usko povezana: sve što je doživljeno pozitivnim

prije smrti voljene osobe pomoći će u razdoblju nakon gubitka.

Tugovanje je složen prirodan iscjeljujući proces koji predstavlja specifičan odgovor na gubitak osjećajno bliske osobe i prilagodbu neophodnu za oporavak osobe, a većina ga ljudi izdrži sama. Tugovanje je spontan i neophodan proces u situaciji gubitka. Izražava se kroz višestruke psihičke, tjelesne i socijalne pokazatelje. Tijekom njega se najveći broj ljudi dobro prilagodi na smrt bliske osobe i nakon određenog vremena bez stručne pomoći oporavi i nastavi smisleno živjeti (10). Iako je tugovanje duboko osobni doživljaj, za svoje odvijanje treba socijalno okruženje u kojem će se očitovati i koje će ga poticati te olakšavati. Stoga je ključni resurs suočavanja s gubitkom i čimbenik uspješnog dovršenja procesa tugovanja predstavlja odgovarajuća socijalna podrška. To su, razumije se, ljudi iz prirodnog okruženja ili prirodni pomagači (članovi šire obitelji, prijatelji, poznanici, susjedi), stručnjaci koji pružaju profesionalnu pomoć (liječnik, socijalni radnik, duhovnik, terapeut) te osobe uključene u grupe podrške ili samopomoći. Profesionalna pomoć neophodna je u slučajevima kad se tugovanje odvija uz teškoće: uporno odbijanje prihvaćanja činjenice smrti, jaki proturječni osjećaji, razvoj depresije, nemogućnost izražavanja osjećaja, socijalno isključivanje, narušavanje zdravlja i sva ostala stanja koja predstavljaju složeno, otežano, patološko ili produženo tugovanje (11).

Prema Barbari Monroe (12) tijekom svih tih navedenih faza bolovanja, od postavljanja dijagnoze do smrti, kao i nakon nje određuje područje rada socijalnog radnika kao:

- pružanje instrumentalne pomoći te savjetodavne i psihosocijalne potpore obitelji u promjeni organizacije života,
- povećanje specifičnih životnih vještina i učenje učinkovitijih načina suočavanja sa stresom i osjećajima,
- olakšavanje obiteljske komunikacije i zajedničkog donošenja odluka,
- pomoć u prevladavanju osjećaja izolacije i napuštenosti,
- pomoć u procesu tugovanja.

Za kvalitetan rad socijalnog radnika u palijativnoj skrbi neophodni su:

- kvalitetna procjena socijalno-ekonomske situacije bolesnika i zdravstvenog stanja,
- intervencija.

Za kvalitetnu procjenu neophodno je uzeti u obzir očekivanja bolesnika, članova obitelji i srodnika i ne-medicinske socijalne ciljeve.

Čovjek je po svojoj prirodi socijalno biće. Iz te perspektive Kastenbaum (13) navodi da je jedan od načina ugrožavanja temeljnih ljudskih vrijednosti promjena socijalnog statusa osobe i socijalna dezintegracija. Često zbog bolesti osoba više nije sposobna ispunjavati svoje uobičajene obiteljske uloge pa tada gubi utjecaj i važnost. Značajno se smanjuju intenzitet i učestalost komunikacije i interakcije s obitelji. Članovi obitelji mogu reagirati udaljavanjem pa bolesnik doživljava osamljenost, odvojenost, isključenost, odbačenost, smanjivanje obiteljske podrške i gubitak obiteljske integracije.

Među najvažnije potrebe oboljelih, uz potrebu za ublažavanjem boli, pripadaju potrebe za očuvanjem samopoštovanja, za pažnjom, pozornošću i pripadnošću, te suosjećanjem. Samim poznavanjem hijerarhije tih potreba u pojedinog bolesnika može se odrediti vrijeme, način i sadržaj komunikacije (14). Dobra procjena obiteljske situacije uzima u obzir i saznanja o njihovoj prošlosti, obiteljskim interakcijama i socijalno-kulturološkom okruženju.

Skrb za bolesnike usko je povezana s razvojem i obilježjima suvremene obitelji. Zbog društvenih promjena obitelj je postala mala, generacije starijih roditelja i odrasle djece ne žive zajedno, češći su razvodi braka, članovi obitelji su zaposleni i okupirani različitim izvanobiteljskim aktivnostima, mogući davatelji skrbi u obitelji su i sami stari i slično (15). Stoga obitelj često nije spremna niti sposobna samostalno i uspješno skrbiti o bolesnom članu obitelji. Opterećenja koja doživljava obitelj bolesnika su brojna: zahtjevnost njega u obitelji, promjene organizacije obiteljskog života, povećani novčani izdaci, javljanje negativnih osjećaja, razvoj trauma zbog trpljenja drage osobe, suočavanje s gubitkom i tugovanjem, donošenjem odluke kada bolesnik nije više sposoban sam sebe zastupati i drugo (16).

Uloga socijalnog radnika u velikom je dijelu oblikovana ponekad nerealnim očekivanjima i lošom procjenom, neinformiranosti i šoka zbog dijagnoze, kako kod bolesnika tako i članova njihovih obitelji. Najčešće su to očekivanja s područja materijalnih davanja i smještaja u odgovarajuću instituciju.

Dobra procjena omogućit će ispravnu intervenciju. Socijalni radnik mora znati koje će društvene usluge biti primjenjive za konkretnog oboljelog i koje

su mu socijalne mjere dostupne, a sve u skladu s pozitivnom zakonskom regulativom.

Kod kroničnih neuroloških bolesnika koji još uvijek imaju očuvane sposobnosti za samostalnu intervenciju u rješavanju svojih socijalno-medicinskih potreba, važno je da ih adekvatno savjetujemo da ih ostvare. Dobro savjetovanje oboljelih i članova obitelji umanjuje opasnost od nereálnih očekivanja u rješavanju socijalno-ekonomske i zdravstvene situacije oboljelog.

Socijalni radnik, osim ustanove u kojoj se bolesnik liječi, surađuje i s nadležnim centrima za socijalnu skrb, domovima za starije i nemoćne, obiteljskim liječnicima, patronažnom službom i zdravstvenom kućnom njegom te udrugama koje pomažu u promicanju ideja i vrijednosti palijativne skrbi.

Posebno je veliki problem pomanjkanje bolničkih kapaciteta, nepostojanje specijaliziranih institucija za palijativnu skrb u sistemu državne skrbi, dok su postojeći privatni kapaciteti često zbog visokih cijena obiteljima nedostupne, neadekvatni zakoni iz područja zdravstva i socijalne skrbi - nemogućnost dobivanja bolovanja za njegu takvih pacijenata; nedostupnost pomagala za kućnu njegu takvih pacijenata - izuzetno visoke cijene iznajmljivanja kreveta, ortopedskih pomagala i sl. Umjesto Ministarstva zdravstva, za taj se problem pobrinulo tržište, pa je iznajmljivanje invalidskih kreveta, kolica, antidekubitalnih madraca i druge opreme postao unosan posao (17). Sve to dodatno opterećuje obitelj, kako financijski tako i psihološki.

Svi socijalni radnici u palijativnoj skrbi, bez obzira na postavke prakse, neizbježno će raditi s klijentima koji se nalaze u akutnim ili dugoročnim situacijama do kojih dolazi zbog bolesti, umiranja, smrti, tuge i žalosti.

Socijalni rad podrazumijeva čovječnost na djelu. To je pomažuća aktivnost pojedincima i obiteljima u rješavanju teškoća društvenog i osobnog karaktera, njihovu spriječavanju i obavljanju savjetodavno-informativne funkcije (18).

Koristeći svoje znanje u radu s različitim populacijama, pripadnicima različitih kultura, dobi, socijalno-ekonomskog statusa, netradicionalnih obitelji, pomažu oboljelima i njihovim obiteljima u suočavanju s traumom koju donosi bolest i smrt, na način da su osposobljeni procijeniti takve potrebe i intervenirati na odgovarajući način. Socijalni radnici su pozvani pružiti stručno mišljenje i pokazati odgovarajuće vještine u izravnom interveniranju u odnosu na bolesnika i obitelj. Istodobno, svojim

radom utječu i na ostali dio stručnjaka u palijativnom timu.

Sve veće područje prakse socijalnog rada u palijativnoj skrbi zbog napretka medicinske tehnologije, rastuće stope kroničnih bolesti, sve veći broj starijih ljudi, i duži životni vijek, dovodi do potrebe da socijalni radnici neprekidno unaprjeđuju svoja znanja, vještine, vrijednosti, metode i osjetljivost koji su potrebni za učinkovit rad s bolesnicima, njihovim obiteljima, svim sudionicima u pružanju zdravstvene skrbi i širom zajednicom u slučajevima kada se pojavi potreba za palijativnom skrbi.

Ključna točka razvoja palijativne skrbi je izobrazba profesionalaca, a time naravno i socijalnih radnika. Csikai i Raymer (19) ističu nekoliko bitnih područja znanja i razumijevanja o palijativnoj skrbi i kraju života koja smatraju neophodnim za praksu socijalnog rada. To su:

1. znanja o etičkim i bioetičkim razmatranjima kao i o pravnim aspektima tih problema (pri tomu je posebnu pozornost potrebno obratiti i svjesnosti vlastitih stavova i vrednovanja i utjecaja koji bi oni mogli imati na aktualna pitanja palijativne skrbi - na primjeru tema vezanih uz kraj života),
2. znanja o etničkim, vjerskim i kulturnim, obrazovnim i ekonomskim razlikama,
3. znanja o mentalnom funkcioniranju u bolesti (fizičke i psihičke manifestacije boli - pojam „totalne boli“ - s posebnim naglaskom na anksioznost, depresiju ili smetenost, rizik od suicida i izmijenjeni kognitivni status, uključujući i prethodna iskustva s bolesti i u bolesti, smanjenom pokretljivosti ili invalidnosti, smrti i gubitkom),
4. znanja o obiteljskoj dinamici (obiteljska struktura i uloge, obrasci odnosno stil komunikacije i odlučivanja u obitelji, uloga i položaj tzv. „obiteljskog njegovatelja“),
5. izobrazba i uvježbavanje vještine komunikacije, kako verbalne tako i neverbalne,
6. znanja o nadležnosti i strukturi zdravstvenog, socijalnog te pravnog sustava, raspoloživim službama, te ostalim formalnim i neformalnim resursima pomoći.

Za učinkovitu praksu socijalnog rada na području palijativne skrbi uz navedena znanja smatramo da socijalni radnik mora u svojem radu pokazivati osjetljivost i suosjećanje u reagiranju na bol, patnju i nevolju drugih, poštujući pravo na samoodređenje i dostojanstvo svakog bolesnika. Isto tako,

mora biti dosljedan u individualizaciji svakog bolesnika, posjedovati „dnevnu„ fleksibilnost i prilagodljivost njegovim potrebama, kao i potrebama njegova okruženja, te poticati interakcije s njima. Zalagat će se za njegove potrebe, odluke i prava u palijativnoj skrbi pri čemu mora iskazati spremnost da poštuje njegov izbor, vrijednosti i uvjerenja (20).

Kako je socijalni radnik član tima palijativne skrbi, on mora imati sposobnost komuniciranja i rada u timu. Unutar tima mora se zalagati za stavove i potrebe bolesnika i članova obitelji te im pomagati u komunikaciji s drugim članovima tima, a s ciljem poboljšavanja razumijevanja, pravilnog odabira oblika intervencije i odluke te formuliranju planova daljnjeg tretmana. Osim toga, socijalni radnik identificira resurse, nudi savjetovanje, usluge podrške i praktične intervencije.

ZAKLJUČAK

Palijativna skrb predstavlja aktivnu potpunu skrb za bolesnike u kojih bolest više ne reagira na liječenje, te unaprjeđivanje kvalitete života bolesnika i njihovih obitelji. Palijativno liječenje treba obuhvatiti razdoblje od dijagnoze neizlječive bolesti do razdoblja žalovanja nakon bolesnikove bolesti.

Uloga socijalnog radnika u palijativnoj skrbi neuroloških bolesnika zauzima izuzetno važno mjesto u multidisciplinarnom pristupu i timskom radu. Socijalni radnik procjenjuje socijalno-zaštitne potrebe oboljelih i članova njihovih obitelji, te intervenira na odgovarajući način, identificira resurse, nudi savjetovanje, usluge podrške i praktične intervencije.

Za kvalitetno provođenje postulata palijativne skrbi od strane socijalnog radnika od iznimne su važnosti njegova teorijska znanja, komunikacijske vještine, empatijski kapacitet i savjetodavne sposobnosti.

LITERATURA

- World Health Organization (2009). WHO Definition of Palliative Care. Retrieved May 04, Available from: URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Preuzeto 25.05.2011.
- Braš M, Đorđević V. Osnovni pojmovi o palijativnoj medicini. *Palijativna medicina* 2010; 6: 4-5.
- Havelka, M. *Zdravstvena psihologija*. Zagreb: Biblioteka udžbenici i priručnici Medicinskog fakulteta u Zagrebu, 1988, 97.
- Jušić A. Palijativna medicina-palijativna skrb. *Medicus* 2001;10: 247-52.
- Povjerenstvo ministara vijeća Europe: Preporuka br.24 o organizaciji palijativne skrbi. 2003; <http://WWW.hospicij-hrvatska>. Preuzeto 27.05.2011.
- Sinanović O, Delibegović A, Husić S, Kalajlić S, Vidović M, Ćirkušić E. Razvoj palijativne skrbi i perspektive razvoja palijativne neurologije u Tuzli. *Glas pul boln* 2009; 5:136-9.
- Vrabec-Matković D, Šklebar D. Principi palijativne skrbi u zbrinjavanju bolesnika s neurološkim bolestima. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 2010; 6: 36-9.
- Selecky PA, Eliasson CAH, Hall RI, Shneider RF, Varkey B, Mc Caffree DR. Palliative and end-of-life care for patients with cardiopulmonary diseases. *Chest* 2005; 128: 3599-610.
- Buzov I. Žalovanje. U: Jušić A i sur. *Hospicij i palijativna skrb*. Zagreb: Školska knjiga i Hrvatska liga protiv raka, 1995, 73-5.
- Buzov I. Psihoanaliza žalovanja. Zagreb: Jume-na, 1989, 14.
- Arambašić L. Gubitak, tugovanje, podrška. Zagreb: Naklada Slap, 2005, 25.
- Monroe B. *Social Work in Palliative care*. Palliative Medicine. Second edition. New York: Medicine Handbook, 1999, 867-78.
- Kastenbaum, R. Encyclopedia of death and dying: <http://WWW.deathreference.com/Da-Em/Dying-Process-of.html>. Preuzeto 25.05.2011.
- Havelka M. Komunikacija s teškim bolesnikom i njegovom obitelji. U: Jušić A i sur. *Hospicij i palijativna skrb*. Zagreb: Školska knjiga, Hrvatska liga protiv raka, 1995, 61-3.
- Ajduković M. Društvena skrb o starijim osobama-izazov 21 stoljeća. U: *Starost i starenje-izazov današnjice*. Savjetovanje, Makarska 1995, 41-5.
- Cicak M. Obitelj u palijativnoj skrbi. *Ljetopis socijalnog rada* 2008; 15: 113-30.
- Bratonja Martinović Lj. Umiranje kod kućskupa tragedija za unosan biznis. *Zadarski list* 2010. [Http://zadarski.list.hr7članci/27122010](http://zadarski.list.hr7članci/27122010). Preuzeto 26.05.2011.
- Martinović M. Znanstvene osnove socijalnog rada. Zagreb: Narodne novine, 1986, 26-34.
- Csikai E, Raymer M. Socijalni rad End of Life Care Projekta obrazovanja: procjena obrazovnih potreba. <http://WWW.nhpco.org7files/public7InsightIssue22003Social Workerpp8-9.pdf>. Preuzeto 05.06.2011.

20. NASW Standardi za praksu socijalnog rada u palijativnoj i End of Life Care (2011). <http://translate.googleusercontent.com/translate>. Preuzeto 07.06.2011

Adresa za dopisivanje: Vladimira Ivanković, Služba za socijalni rad, Klinički bolnički centar Zagreb, Kišpatićeva ul. 12, 10000 Zagreb, Hrvatska

Social work in palliative care of neurologic patients

ABSTRACT – Palliative care integrates holistic and multidisciplinary approach to patient, implying care offered to patient by a team of physicians, nurses, physical therapists, social workers, spiritual counsel and volunteers. From the aspect of social work, palliative care includes activities of all those involved in the team approach to care of patients whose disease has become unresponsive to treatment, all this in line with the patient's needs and desires. Improving the quality of life of these patients and their families is the main goal of social workers' activities.

Key words: palliative care, neurologic patients, multidisciplinary approach, social worker