

## **SOCIJALNI RAD U HOSPICIJU**

mr.sc. Daša Poredoš, dipl.socijalni radnik  
Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“ Popovača

Adresa autora:

mr.sc. Daša Poredoš, dipl.socijalni radnik

44 000 Sisak, J. J. Strossmayera 17

e-mail: [dasa.poredos@sk.t-com.hr](mailto:dasa.poredos@sk.t-com.hr)

*Ako postoji kultura rađanja, te kultura i kvaliteta življenja, treba postojati i dostojanstvo umiranja. Hospicijski pokret upravo potiče i razvija filozofiju u kojoj je smrt normalan proces i posljednja faza života, kao posebno vrijeme za integraciju i pomirenje. Nadalje, prihvaća potrebu umirućih da žive potpuno, ponosno i udobno sve dok ne umru i niti požuruje niti odgađa smrt. Uspjeh djelovanja hospicijskog pokreta, prije svega, ovisi o umjeću i stavovima osoblja koje radi s teško oboljelim i umirućim ljudima. Palijativna skrb predstavlja aktivnu potpunu skrb za bolesnike u kojih bolest više ne reagira na liječenje, te unapređivanje kvalitete života bolesnika i njihovih obitelji. Pri tome socijalni rad kao čovječnost na djelu od iznimne je važnosti.*

***Ključne riječi:*** hospicijski pokret, palijativna skrb, socijalni rad

## **O hospiciju, palijativnoj skrbi i socijalnom radu**

Hospicij nije samo zgrada u kojoj bi mogli biti smješteni teško bolesni i umirući ljudi, hospicij je ponajprije oživotvorenje jedne filozofije. U skladu s definicijom Udruženja za hospicij južne Australije vidimo da *hospicijska skrb prihvaća smrt kao normalan proces i shvaća je kao posljednju fazu života za osobu koja umire, kao posebno vrijeme za integraciju i pomirenje, te prihvaća potrebu umirućih da žive potpuno, ponosno i udobno sve dok ne umru i niti požuruje niti odgađa smrt, uz osiguravanje podrške ožalošćenju obitelji i prijateljima* (1). Ovdje je važno istaknuti da naglasak nije na smrti, koja je događaj koji se prihvaća i događa kada za to dođe vrijeme, nego na kvaliteti života bolesnika i njima bliskih osoba koje će ih nadživjeti. Hospicij se ponajprije bavi životom. Uspjeh ove životne filozofije ponajprije ovisi o umijeću i stavovima osoblja koje može raditi u nekom specijalističkom hospicijskom odjelu u sklopu neke bolnice ili izvan nje i na terenu u domovima bolesnika. Ljudi koji boluju od neizlječive bolesti ne smatraju se promašenima, a skrb o njima jednaka je načelima skrbi o oboljelima od bilo koje druge bolesti.

Riječ hospicij upotrebljavala se još tijekom ranog srednjeg vijeka u Europi za mjesta gdje se vodila briga o hodočasnicima koji bi se ozlijedili ili oboljeli na svojim dugim putovanjima, a i o lokalnim oboljelima i siromasima. Dr. Cicely Saunders osnivač je i pokretač St. Christopher's hospice u Londonu – prvog hospicija u suvremenom smislu.

U skladu s definicijom Svjetske zdravstvene organizacije *palijativna skrb je aktivna potpuna skrb za bolesnike u kojih bolest više ne reagira na liječenje. Svrha je palijativne skrbi najbolja kvaliteta života bolesnika i njihovih obitelji. Usredotočuje se na kontrolu boli i drugih simptoma, na olakšanje patnji i na poboljšanje preostala života. Integrira psihološke i duhovne oblike skrbi, omogućuje bolesnicima da svoj život završe dostojanstveno, a obitelji daje pomoć i podršku za vrijeme bolesnikove bolesti i za njihova žalovanja. Pruža jedinstvenu kombinaciju skrbi u hospiciju i kod kuće oboljelog* (1).

Socijalni rad podrazumijeva čovječnost na djelu. To je pomažuća aktivnost pojedincima i porodicama u rješavanju teškoća društvenog i osobnog karaktera, njihovu sprečavanju i obavljanju savjetodavno-informativne funkcije (Nedeljković/Martinović, 1986.). Socijalni rad predstavlja i aktivnosti kojima se nastoji pomoći pojedincu, grupi i zajednici da što je moguće u većem stupnju obogati ličnost u socijalnom i duhovnom smislu (2).

Od iznimne su važnosti, a osobito u hospicijskom radu, vještine kvalitetne komunikacije, empatijske sposobnosti i umijeće savjetovanja.

### **Interdisciplinarnost u hospicijskoj skrbi**

Osnovna vještina u hospicijskoj skrbi treba biti kontrola simptoma jer bez olakšanja boli i drugih fizičkih i emocionalnih smetnji malo se što može postići. Temeljni principi kontrole simptoma su pravovremena i ispravna dijagnoza uzroka, objašnjavanje simptoma bolesniku, rasprava o mogućnostima suzbijanja simptoma, postavljanje realističnih ciljeva, te pravovremeno predviđanje novih problema (3). Naglasak je na životu do dolaska smrti, uz poticanje svake osobe da pronalazi i razrađuje vlastite ciljeve koliko god je to moguće. To je nemoguće ako simptomi nisu pod kontrolom. Svaki čovjek je više od fizičkog entiteta, te su njegovi simptomi više nego ono što se može jednostavno odrediti njihovim fizičkim činiteljima. Tu su još i socijalni, emotivni i duhovni činitelji. Za kontrolu simptoma potrebna je ekipa (tim): liječnik, medicinska sestra, fizioterapeut, socijalni radnik i duhovnik (koji nije nužno i svećenik). Oni trebaju svoju suradnju prilagoditi svakome bolesniku pojedinačno i djelovati kao jedinstven interdisciplinarni tim. Interdisciplinarni hospicijski tim neće se baviti samo kontrolom bolesnikovih simptoma, nego će mu i pomagati kako bi mu bilo udobnije, kako bi se osjećao sigurnije maksimizirajući potencijale njegova života. Za većinu ljudi ostvarenje tog potencijala blisko je povezano s međuljudskim odnosima. Najčešće je

najvažnija veza s obitelji. O ciljevima prema kojima treba težiti u posljednjoj fazi života mogu odlučivati jedino bolesnici sami, no potpora obitelji je važna za taj proces. Često je cilj pomirba obitelji. Nije rijetkost da se problemi koji su dugo postojali rješavaju za nekoliko dana, pa čak i za nekoliko sati. Interdisciplinarni rad tima je potreban kako bi se bolesnicima i njihovim obiteljima pomoglo da prevladaju te brze promjene. Puno rada usmjereno je na omogućavanje komunikacije u obitelji. Ako u timu postoji socijalni radnik, on će vjerojatno preuzeti vodstvo, jednako kao što će liječnik preuzeti kontrolu simptoma, no komunikacija mora biti briga cjelokupnog osoblja. Obitelji nisu samo primaoci naše skrbi. Kod kuće oni su tim koji se brine o oboljelom i oni se ne smiju osjećati zapostavljenima ako bolesnik mora u hospicij (naravno, ako takva institucija postoji). Putem pružanja utjehe i pomoći da osoba stekne potpuniji uvid u svoju bolest, oni i sami mogu postati dijelom hospicijskog tima.

Duhovna skrb ne odnosi se nužno na vjeru, nego više na pitanja o značenju iskustva neizlječive bolesti, onemogućenosti, gubitaka i sl. Ta pitanja vode do bavljenja temeljnim značenjem života koji se privodi kraju, sebe samoga kao pojedinca u svijetu i suočavanja ne samo s onima koji su nam na brizi nego i s nama kao profesionalcima čiji bolesnici nisu izlječeni, koji često vidimo smrt i redovito doživljavamo ono što je za većinu zdravstvenog osoblja poraz (4).

Osnovni je čovjekov doživljaj da mu život teče nezaustavljivo, da teče bez kraja. Čovjek je toliko zaljubljen u život da nerado ili uopće ne pomišlja na njegovu krhkost, privremenost i prolaznost. Međutim, stvarnost je da nas svaki sat nosi bliže završnom stadiju – dometu. Ljudski život nezustavljivo juri svome završetku – smrti, kroz bolest, patnju, bol i kadšto agoniju (5). Uz dobru terminalnu skrb i njegu i uz uspješno suzbijanje tegoba, prvenstveno bolova, nema pojave eutanazije. Pojava želje za eutanazijom znak je loše skrbi za bolesnika (6).

Glavni cilj socijalnog radnika u hospiciju je profesionalna pomoć bolesniku i njegovoj obitelji u razumijevanju i prihvaćanju različitih stadija bolesti i same smrti, te zadovoljavanje potreba uz pomoć korištenja osobnih kapaciteta, pomoći okoline (ljudi i mreže institucija), kao i šire društvene zajednice.

Socijalni rad je neophodan i odgovarajući dio palijativne skrbi. Palijativna skrb započinje sa specifičnim fizičkim simptomima, no jedino može biti potpuna ako uzmemo u obzir pacijentove osjećaje, obitelj i socijalne uvijete. Ovo zahtjeva raznovrsnost vještina i uloga, uključujući i vještine socijalnog rada.

Na formiranje uloga socijalnog rada u hospicijskim aktivnostima značajno utječu (7):

- ne-medicinski socijalni ciljevi
- timski rad i multidisciplinarnе vještine koje su potrebne da bi se ostvarili ne-medicinski socijalni ciljevi
- očekivanja bolesnika, članova obitelji, srodnika, te različitih profesionalaca koji se bave palijativnom skrbi

Svaku obitelj trebamo promatrati uzimajući u obzir njihovu prošlost i budućnost, socijalno i kulturološko okruženje. Za socijalnog radnika oboljeli nije samo pojedinac s problemima, nego i dio socijalne/društvene mreže koja ima različite snaga i izvora koji se mogu iskoristiti kako bi se uspješnije suočili s posljedicama bolesti i smrti pojedinca. Socijalni radnik će znati kako će oboljeli i njihove obitelji biti tretirani od strane zakona i ostalih socijalnih institucija. Npr. koje će društvene usluge biti primjenjive i koje socijalne mjere dostupne.

Uloga socijalnog radnika također je oblikovana očekivanjima i stavovima društva, kolega, te oboljelih i njihovih obitelji.

Ljudi očekuju sigurnosnu mrežu kada stvari krenu po zlu. Društvo vidi socijalnog radnika kao sredstvo za ostvarivanje različitih materijalnih i nematerijalnih davanja, koji je u mogućnosti manipulirati institucijama u korisnikovu (bolesnikovu) korist.

Kolege koje se bave palijativnom skrbi očekuju od socijalnih radnika da im osiguraju sigurnu mrežu za obavljanje složenih zadataka socijalnog rada. Timovi palijativne skrbi često će se naći u situacijama koje su emotivno iscrpljujuće i teške. Mogu se zahtijevati dodatno vrijeme i specijalizirane vještine socijalnog radnika koje će koristiti u mentalnoj skrbi za pomagače. Oboljeli i njihove obitelji također će imati određena očekivanja od organizacija koje osiguravaju palijativnu skrb. Oni u sve većoj mjeri očekuju dostupnost profesionalnih usluga

savjetovanja kako bi lakše savladali emotivne probleme. Očekivati će savjete koji su u vezi s osobnim obiteljskim stvarima, npr. koliko dijete treba znati o roditeljevoj smrti i koliko treba u nju biti uključen; kako im to treba reći i što trebaju znati.

Prema Barbari Monroe (7) osnovu socijalnog rada u hospicijskoj skrbi čine socijalno i psihološko zdravlje oboljelog i njegove obitelji prije i poslije smrti. Ono ima dva dijela: procjenu i intervenciju.

Procjena bi trebala identificirati bilo koju potrebu za budućom intervencijom, za koordinacijom između različitih profesija i eventualnom specijalističkom pomoći. Ponekad će sam proces u kojem se bolesnik nalazi već identificirati probleme koji zahtijevaju detaljniju psihosocijalnu pomoć i podršku. Procjenu vršimo na četiri razine – u radu s pojedincem i obitelji, te fizičkih resursa i socijalne mreže.

Intervencija će biti usmjerena na oboljele i obitelji koje trebaju pomoć kako bi se nosili sa svojom situacijom. Oni obično trebaju pomoć jer nemaju informacije koje trebaju, ne mogu dovoljno komunicirati jedni s drugima da riješe problem, nemaju samopouzdanja ili nemaju izvore koji su značajni za suočavanje sa stresnom situacijom. Intervencija može biti usmjerena i ka ožalošćenim pojedincima ili obiteljima nakon bolesnikove smrti.

Kad govorimo o «pravu na istinu o vlastitom stanju i prognozi», govorimo upravo o pravu bolesnika da sazna tešku ili nepovoljnu prognozu, jer se kod većine bolesti to pravo inače i ne postavlja. Zbog velikih individualnih razlika u reakcijama ljudi na tešku bolest trebali bismo, ako želimo govoriti o pravu na istinu o vlastitom stanju i prognozi, istodobno govoriti i o «pravu na zaštitu od istine o vlastitom stanju». Ne možemo i ne smijemo prihvatiti univerzalan odgovor za postupak s ljudima oboljelima od neke teške bolesti. Postoji velik raspon različitih reakcija prema tzv. saznavanju istine. Neki zaiste žale saznati točnu dijagnozu, pa i prognozu svoje bolesti, neki žele saznati samo pojedine podatke o liječenju, a neke zanima samo hoće li ozdraviti. Ti različiti stavovi bolesnika prema poznavanju dijagnoze uglavnom nisu uvjetovani kognitivnim statusom ili obrazovanjem, već osobinama njihove личности i dotadašnjim životnim iskustvom. Osobe koje su se tijekom života suočavale sa životnim problemima i manje-više uspješno ih rješavale, vjerojatno će htjeti saznati istinu o svom stanju. Oni pak koji su čitav život izbjegavali nositi se s problemima, koji su odluke

prebacivali na druge, neće se ni u vlastitoj bolesti moći ni htjeti nositi s istinom. Većina se ljudi, međutim, nalazi negdje između tih dviju krajnosti. U svakom pojedinačnom slučaju treba odlučiti što reći bolesniku, koliko, kada i na koji način (8).

Uloga je socijalnog radnika i u pomoći oboljelima i njihovim obiteljima da međusobno komuniciraju. Opće je poznata činjenica da se s bolesnim ljudima tijekom njihova liječenja ne komunicira ni dovoljno ni učinkovito. To se posebice odnosi na neke kategorije bolesnika, kao što su bolesnici oboljeli od bolesti s neugodnim pojavnostima, stariji dugotrajni bolesnici i bolesnici oboljeli od neizlječivih, smrtonosnih bolesti. Osjećaj vlastite nesposobnosti i bespomoćnosti pred problemom umiranja stvara neugodu, pa se i s tog razloga komunikacija izbjegava. U sklopu zdravstvene odnosno pomagačke profesije postoji i konflikt između afektivne neutralnosti i potrebe za suosjećanjem s bolesnikom. Afektivna neutralnost je zdravstvenom pomagačkom osoblju potrebna kako bi moglo racionalno primijeniti najbolje postupke liječenja. Preintenzivno emocionalno proživljavanje bolesnikovih patnji moglo bi se odraziti na smanjenu racionalnost u primjeni tih postupaka. Katkad je teško naći ravnotežu između nužnosti racionalnog pristupa i količine emocionalne uključenosti u bolesnikove probleme.

Postavlja se pitanje kada treba razgovarati s bolesnikom. Najrazumniji je odgovor na to: uvijek kada bolesnik zaželi. No, bolesnici često ne izražavaju svoju želju za razgovorom, a zdravstveni pomagački djelatnici ne prepoznaju potrebu bolesnika da razgovara. Nikako ne treba razgovarati “pod svaku cijenu”, već treba pričekati da bolesnik pokaže neki znak interesa, ali treba prepoznati i neverbalne znakove koji upućuju na veliku tjeskobu i potištenost bolesnika. Ne treba davati lažne nade, ali i nikada ne uništiti svaku nadu u ozdravljenje ili produljenje života. Među najvažnije potrebe umirućih bolesnika pripadaju potreba za ublažavanjem boli, 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 (9).

Komunikacija je naročito teška u periodu žalovanja. Obitelj koja ne može dijeliti informacije i osjećaje ne može lako riješiti problem koji donosi smrt. Intervencija je potrebna kako bi popravila obiteljsku komunikaciju, otklanjajući prepreke koje je nametnutno žalovanje možda postavilo.

Prepreka u komunikaciji je najvjerojatnije jak, nepoznat i često kontradiktoran osjećaj koji svaki član obitelji može iskusiti u svezi sa nadolazećom smrću. Ovo će poremetiti njihov normalan pristup komunikaciji jednih s drugima. Osim toga, smrt i kriza često potiču ljude da jedni druge zaštite. Ođanost i konvencionalno odbijanje pokazivanja emocija i uznemirenosti može onemogućiti razgovor o tome što se to emotivno i praktično događa.

Poboljšanje obiteljske komunikacije može biti vrlo moćno sredstvo za rješavanje vlastitih problema. Članovi obitelji mogu početi pomagati umjesto štitići jedni druge, te se tako mogu uspostaviti nove uloge i odnosi. Za neke obitelji žalovanje može biti jedina prilika da riješe predhodne rasprave; iskoristiti zajedničku ljubav za umirućim roditeljem kako bi se obnovila komunikacija između članova obitelji koji nisu razgovarali mnogo godina i sl. (10).

Intervencija može biti potrebna nakon bolesnikove smrti. Normalan proces osiguravanja palijativne skrbi treba uključiti napore za identifikacijom onih osoba koje spadaju u rizičnu skupinu žalovanja. Gubitak i tuga koje slijede su normalne ljudskom iskustvu, no neki ljudi možda trebaju pomoć kako bi izrazili svoju tugu bilo zbog njihovih prijašnjih iskustava i odnosa ili zbog osobitih okolnosti njihovog žalovanja. Neizražena tuga može rezultirati fizičkim simptomima, obsesivnim ponašanjem i može potaknuti raspad pojedinca ili obitelji. Jednostavna intervencija npr. da ponudimo ožalošćenoj rodbini, uključujući i djecu mogućnost da pogledaju tijelo, da kažu konačno zbogom, da pitaju pitanja o bolesti i smrti znači da im se dopušta mogućnost da započnu bolan, ali neophodan proces žalovanja. Važno je ponuditi dugoročniju pomoć, možda od dobrovoljaca ili duhovnika u žalovanju koji predstavlja zajednicu iz koje je bolesnik došao i u koju se rođaci vraćaju. Specijalistička pomoć može biti potrebna kada su okolnosti ekstremnije i žalovanje postaje kronično.

Smatramo (autori) da žalovanje nikad ne prestaje, već da se s vremenom dolazi do prihvaćanja gubitka i daljnjeg življenja s njim. Lijepa uspomena na čovjeka koji je znao doći do kraja i ostati čovjekom u punom smislu te riječi najbolja je motivacija za nastavak daljnjeg života.

Prihvatanje hospicijskog pokreta znatno ovisi o tome hoće li se hospicij pokazati klinički vrijednim i izgraditi dobru reputaciju u zajednici, kako među profesionalcima tako i u cijelokupnom stanovništvu. Osoblje hospicija treba biti vrlo precizno izabrano, tj. u svoj rad uključivati ljude s odgovarajućom izobrazbom, te znanjima i vještinama potrebnim za obavljanje tog posla. Najčešće se započinje s radom dobrovoljaca (volontera), no to nikako ne znači da se moraju prihvatiti neodgovarajući ljudi samo zato što su se dragovoljno ponudili. Osobito se treba paziti da se u hospicijski rad ne uključe oni ljudi koji kroz hospicijski rad vide priliku za olakšavanje vlastitog tugovanja za nekim ili da umire svoj osjećaj krivnje. Oni koji su iskusili gubitak drage osobe možda mogu puno ponuditi bolesnicima i njihovim obiteljima, ali ne smiju početi raditi prije nego je prošlo dovoljno vremena da pravilno prihvate to iskustvo. Jedan socijalni radnik može nadgledati tim od 6 dobrovoljaca, a svaki dobrovoljac može se brinuti za 6 osoba. U hospiciju Baffalo (SAD) socijalni radnici s odgovarajućom poslijediplomskom naobrazbom pružaju usluge savjetovanja u zajednici, žalovanja, individualne i grupne psihoterapije, hospicijske kućne posjete, te supervizije i edukacije (11.).

Starenje se još i danas često doživljava kao *socijalni problem*. Hoće li ili neće starija osoba biti *socijalni problem* ne ovisi o njenoj dobi nego o društvenom stajalištu da joj se omogući dostojanstvena starost (12.). Sasvim je identična situacija i s odnosom prema teško oboljelim i umirućim osobama.

### **Zaključna razmišljanja i smjernice za daljnje djelovanje**

Timski rad i holistički pristup neophodni su u skrbi za oboljele u terminalnoj (završnoj) fazi bolesti i članove njihove obitelji. Holistički pristup oboljelom podrazumijeva da se osobi pristupa vodeći računa o svim njenim potrebama, a to su: fiziološke, psihološke, socijalne i duhovne, te su shodno tome u timu hospicija liječnik, medicinska sestra, socijalni

radnik i duhovnik. Socijalnog radnika susrećemo u ulogama zastupnika interesa oboljelih u kriznim situacijama između bolesnika i osoblja/obitelji; savjetovatelja pri pomaganju oboljelom i njegovoj obitelji pri rješavanju problema, bolnih emocija i prisjećanja; učitelja kod poučavanja o suočavanja s problemima pojedinaca i grupe; voditelja u identificiranju i korištenju postojećih resursa; pomagaču pri identifikaciji mogućnosti i izbora oboljelih; posrednika u konfliktnim situacijama i sudinoka u bolesnikovom definiranju problema kroz sustav podrške i identificiranju mogućih opcija. Ne smijemo zaboraviti da radimo s čovjekom koji pati, koji se nada i koji želi da ga saslušamo i prije svega da ga ne ostavimo samog.

Uz pojam kvalitete života na pragu smo uvođenja i operacionalizacije pojma «kvaliteta umiranja» - gdje je smrt shvaćena kao dio života (13). Hospicijski pokreti šire ideju kulture života, nasuprot eutanazijskim pokretima, koji šire kulturu smrti. U Hrvatskoj, na žalost, ni *društvo* ni *crkva* nisu dosad uspjeli ostvariti ono što već postoji u cijelome svijetu – hospicij. Za kiruške se zahvate troše sati i sati, a za priopćenje o prognozi bolesti samo minute. Hrvatska je zemlja u poslijeratnom tranzicijskom razdoblju u kojoj su riječi smrt i umiranje prestale biti tabu teme. Kad smo već jednom, silom prilika, probili taj tabu oklop, pokušajmo izgraditi i razraditi ideju i praksu umiranja koje je dostojno čovjeka (prema Jušić, 1995.).

O odnosu života i smrti značajno govori i *zaštitni znak* Hrvatskog društva za hospicij/palijativnu skrb HLZ-a: golubica koja izlijeće iz krletke zemaljskog globusa.

**LITERATURA:**

1. Jušić A. i sur. **Hospicij i palijativna skrb**. Školska knjiga, Hrvatska liga protiv raka – Zagreb, 1995; 139-144.
2. Martinović, M. **Znanstvene osnove socijalnog rada**. Narodne novine – Zagreb, 1986; 26-34.
3. Katić, M. Palijativna skrb. U: Budak A. i sur. **Obiteljska medicina**. Udžbenik za studente i priručnik za liječnike. Gandalf – Zagreb, 2000; 291-294.
4. Sykes, N. Hospicij/palijativna skrb. U: Jušić, A. i sur. **Hospicij i palijativna skrb**. Školska knjiga, Hrvatska liga protiv raka – Zagreb, 1995; 3-10.
5. Pozaić, V. Rješenje je hospicij, na ne eutanazija. U: Jušić, A. i sur. **Hospicij i palijativna skrb**. Školska knjiga, Hrvatska liga protiv raka – Zagreb, 1995; 49-54.
6. Ružička, I. III. Hrvatski simpozij «Hospicij i palijativna skrb». U: **Medix – specijalizirani dvomjesečnik (24): 1999; 6**
7. Monroe, B. Social Work in Palliative care. **Palliative Medicine**. Second Edition. Medicine handbook - New York, 1999; 867-878.
8. Krizmanić, M. (Pravo na istinu o vlastitom stanju i prognozi. U: Jušić, A. i sur. **Hospicij i palijativna skrb**. Školska knjiga, Hrvatska liga protiv raka – Zagreb, 1995; 58-60.
9. Havelka, M. Komunikacija s teškim bolesnikom i njegovom obitelji. U: Jušić, A. i sur. **Hospicij i palijativna skrb**. Školska knjiga, Hrvatska liga protiv raka – Zagreb, 1995; 61-63.
10. Buckman, R. **Ne znam što reći – kako pomoći i podržati umiruće**. Školska knjiga – Zagreb, 1996; 33-37.
11. Štambuk, A. Studijski boravak u hospiciju Buffalo (SAD). U: **Ljetopis studijskog centra socijalnog rada 8 (1)**. Pravni fakultet sveučilišta u Zagrebu, Studijski centar socijalnog rada – Zagreb, 2001; 113-115.
12. Ajduković, M. Društvena skrb o starijim osobama – izazov 21. stoljeća. U: **Starost i starenje – izazov današnjice**. Savjetovanje - Makarska, 1995; 97-102.
13. Jušić, A. On Death. U: **Acta Medica Croatica (47)**. Zagreb, 1993; 41-45.

*Summary****Social work in hospice****Daša Poredoš**Dr. Ivan Barbot Neuropsychiatric Hospital, Popovača*

*If there is the culture of birth, as well as the culture of the quality of life, there should be the dignity of dying. The hospice movement stimulates and develops the philosophy, where the death is a normal process and the last phase of life, as a special time of integration and reconciliation. Furthermore, it accepts the need of the dying to live completely, proudly and comfortably as long as they live; it doesn't delay or provoke dying. The success of the hospice movement depends on the abilities and attitude of the people working with terminally ill and dying people. Palliative care represents the active and complete care for people who do not respond to treatment. It also promotes the better quality of life of the ill and their families. Social work as the humanity at work is also one important factor.*

***Key words:*** *hospice movement, palliative care, social work.*