

## Opieka paliatywna – interdyscyplinarna z natury

### *Palliative care – interdisciplinary in nature*

Aleksandra Modlińska

Zakład Medycyny Paliatywnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

#### Streszczenie

Zespół interdyscyplinarny to grupa profesjonalistów, reprezentantów różnych dziedzin, którzy mogą i chcą podjąć współpracę, aby osiągnąć ustalony cel. Interdyscyplinarność winna odgrywać podstawową rolę w systemie opieki zdrowotnej. Pierwszym krokiem w budowaniu zespołu jest określenie jego kluczowych założeń. Konieczne jest podtrzymywanie podstawowych zasad, tj. celowości, profesjonalizmu i koordynacji. Ich stosowanie pozwala na realną ocenę korzyści i efektów nowej formy działania. Zespół interdyscyplinarny stanowi jedno z podstawowych założeń opieki paliatywnej. Takie ujęcie prowadzi do lepszej jakości opieki i poprawy jakości życia chorych i ich rodzin. Dla pracowników wiąże się z lepszą motywacją i wyższą satysfakcją z pracy. Dla całej grupy (chory, opiekunowie, personel) funkcjonowanie w zespole pozytywnie wpływa na poczucie znaczącej roli, dobrostanu i doświadczenie efektywnego systemu opieki.

#### Abstract

Interdisciplinary team is a group of people from various disciplines who are able and willing to collaborate to achieve established goal. Interdisciplinarity should play a key role in the health care system. The first step in team building is to determine the key rules. The principles of professionalism, defined goal and good coordination must be upheld. The application of mentioned rules leads to a fair evaluation of the benefits and true effects of new activity. Interdisciplinary teams is a cornerstone of palliative care. For patients and their families it leads to improved quality of life and better quality of care. For staff such work is connected with improved motivation and job satisfaction. For all of them, group functioning positively impacts personal well-being of team members and effective delivery of health care services.

#### Adres do korespondencji

dr Aleksandra Modlińska, Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Dębinki 2, 80-211 Gdańsk, e-mail: [aleksandra.modlinska@gumed.edu.pl](mailto:aleksandra.modlinska@gumed.edu.pl)

*Celem medycyny jest troska o zdrowie pacjenta.  
Dobro pacjenta to dobro medyczne,  
dobro osobiste,  
jego dobro osobowe  
i dobro ostateczne.  
Edmund Pellegrino*

Rozwój medycyny prowadzi nie tylko do postępu w diagnostyce, leczeniu czy zwiększenia przewidywanej długości życia. Sprawia on także, że praktykowanie medycyny odbiega coraz bardziej od obrazu dziewiętnastowiecznego lekarza znajdującego pacjentów i ich rodziny od kilku pokoleń i podejmującego się leczenia wielu schorzeń.

Współczesna medycyna, zgodnie z polskim systemem kształcenia, to aż czterdzieści specjalizacji głównych i dwadzieścia osiem szczegółowych. Prowadzi to do sytuacji, gdy z jednej strony powszechnie oczeku-

je się od lekarza specjalisty szczegółowej i aktualnej wiedzy w wąskiej dziedzinie, którą reprezentuje, z drugiej – staje on często wobec wielu pytań dotyczących ogólnego stanu zdrowia lub tych dolegliwości, które pozostają poza jego codzienną praktyką. Chory ze skomplikowanym urazem dłoni może pozostawać pod opieką chirurga ręki, ale jednocześnie istnieje w określonych warunkach socjalnych (utrata pracy), rodzinnych (utrata roli), jakości podstawowej opieki zdrowotnej, szans na pomoc kapelana czy psychologa, możliwości rehabilitacji itd. – pewnym systemie, któ-

regu jeden, wysokiej klasy specjalista nie ma możliwości poznania. Nabiera to szczególnego znaczenia w sytuacji osób przewlekle i nieuleczalnie chorych, gdzie wąska wiedza specjalistyczna odgrywa mniejszą rolę wobec niekorzystnego rokowania czy braku perspektywy spektakularnych efektów. Narastająca niesprawność, liczne hospitalizacje, dolegliwości i negatywne emocje towarzyszące chorym i ich rodzinom wpływają na pogorszenie jakości życia, a przy tym na poczucie zagubienia w wyniku konsultacji licznych specjalistów i braku oczekiwanej, kompleksowej pomocy.

Idea opieki paliatywnej uwzględniająca „zapobieganie i zmniejszanie cierpienia” wynikającego z „ból i innych objawów fizycznych, psychosocjalnych i duchowych” zakłada poprawę „jakości życia chorych z zaawansowaną chorobą oraz ich rodzin” (definicja WHO 2002). W powszechnym ujęciu jest ona sprawowana nad osobami z chorobą nowotworową, choć ciągle podnosi się konieczność rozszerzenia jej założeń na inne choroby przewlekle. Tradycyjny model medycyny z jego koncentracją na chorobie, pomijaniem problemów niefizycznych i paradoksalnie, mimo postępu nauki, często nieskoordynowaną, „wycinkową” opieką jest przeciwstawiany modelowi, w którym w centrum znajduje się chory i jego najbliżsi. Dużego znaczenia nabiera tu właściwa koordynacja opieki z kluczową rolą zespołu opieki paliatywnej czy hospicyjnej.

## PRACA W ZESPOLE

Podejście zespołowe do obowiązków zawodowych czy współpracy nie jest ani nowe, ani unikalne. Poparcie dla wielodyscyplinarnej czy interdyscyplinarnej pracy odnaleźć można m.in. w środowisku nauki, gdzie na pojmowanie świata ma wpływ wiele różnych koncepcji zależnie od relacji międzyludzkich i międzykulturowych, przenikania się światopoglądów i pokoleń [1, 2]. Becher porównuje dziedziny wiedzy do „plemion” zamieszkujących pewne intelektualne terytoria. Związki łączące poszczególne dyscypliny zależą w tej teorii od szeregu czynników, takich jak relacje socjalne, uznanie społeczne, różnorodność interesów, zdolność do przyswajania i gromadzenia wiedzy, a także od siły (lub słabości) granic intelektualnych [2–4]. Łączenie sił i umiejętności w celu podniesienia efektywności działań ma miejsce również w modelach zarządzania opartych na relacjach międzyludzkich. Pojęcie zespołu jednak, zależnie od dziedziny życia, której dotyczy, nie zawsze jest jasno rozumiane. Niewątpliwie im ważniejszych wymiarów dotyka, tym trudniejsze jest jego definiowanie. Często zdarza się, że pojęcia wielo-, inter- czy nawet transdyscyplinarności są stosowane wymiennie, choć w praktyce nie jest to już tak oczywiste. W środowisku służby zdrowia tylko jedna osoba na

dziesięć potrafi poprawnie określić definicję i rolę zespołu interdyscyplinarnego [1, 4, 5].

Co zatem decyduje o uznaniu zespołu stojącego wobec licznych dziedzin (dyscyplin) medycyny za interdyscyplinarny, a nie wielodyscyplinarny? A może, czasem, niejako jednocześnie wielo- i interdyscyplinarny?

## ZESPÓŁ WIELODYSCYPLINARNY

W ogólnym (nie tylko medycznym) wymiarze podejście **wielodyscyplinarne** oznacza włączanie osób reprezentujących kilka dziedzin w proces pewnego „świadczenia usług”.

Wielodyscyplinarne zespoły pracują równoległe albo kolejno w celu rozwiązania określonego problemu [1]. Zespoły takie dysponują jako całość znacznie większą wiedzą i doświadczeniem. Nie zmienia to jednak faktu, że każda z osób – członków zespołu, odpowiada jedynie za aktywność na polu dziedziny, którą reprezentuje (*discipline-oriented approach*) [5]. Od konstruktora statków kosmicznych nie wymaga się biegłości w astronomii i odwrotnie – astronom nie musi być ekspertem mechaniki, mimo że cały zespół łączy wspólny cel, jakim jest eksploracja przestrzeni kosmicznej (poznawanie kosmosu odbywa się również przez obiekty bezzałogowe).

Skupianie się poszczególnych ekspertów na jednej dziedzinie może być najłatwiejszą drogą do osiągnięcia celu. Dzieje się tak z punktu widzenia indywidualnych korzyści członków grupy. W przypadku zespołów świadczących opiekę medyczną istnieje jednak niebezpieczeństwo, że nie prowadzi to do właściwie pojmowanego dobra pacjenta. Bywa, że wnioski z pracy zespołowej oznaczają faktycznie pewną kompilację indywidualnych opinii – każdej z perspektywy eksperta w coraz węższych dziedzinach. Spotkania, choćby w formie popularnych „kominków chirurgicznych”, konsultacji czy omawiania przypadków, odbywają się bardzo często bez udziału chorego, nawet jeśli dotyczą kluczowych dla niego problemów terapii czy rokowania [5].

We wspomnianym ujęciu Bechera dyscypliny *in spe* są częściowo wewnątrznie zintegrowane, półautonomiczne i niezupełnie trwałe. Niepełna integracja bierze się z faktu, że większość dziedzin opiera się na bazie (*core*) z szeregiem pobocznych elementów i pól działania (np. w medycynie – specjalizacji szczegółowych) [1, 4]. Quasi-stabilność (Becher) wynika z nieustannego wpływu nowych (lub weryfikowanych) teorii, badań i sposobów rozwiązywania problemów [4]. Wzajemne oddziaływania mogą mieć charakter tylko prostego przekazu koncepcji (informowania o idei), mogą też w coraz szerszym zakresie prowadzić do ujednolicania terminologii, integracji organizacji, procedur czy metod postępowania [1, 6]. To zacieranie się granic przy udziale wysiłków wielodyscyplinarnego

zespołu może sprzyjać stopniowej ewolucji ku podejściu interdyscyplinarnemu [7].

## INTERDYSCYPLINARNOŚĆ

Encyklopedyczna definicja **interdyscyplinarności** wskazuje, że jest to rodzaj współpracy, w której włączone w nią osoby „przy pomocy charakterystycznych dla reprezentowanych dziedzin ujęć tematu starają się dopracować przedstawiony im na wstępie problem” [8, 9]. Efektem jest tworzenie, poprzez łączenie osiągnięć, koncepcji, metod badawczych, pewnej „nowej wiedzy, która przedstawia podejście odmienne od dziedzin, na których się opiera” [8, 9]. Tak ujęte celowe i profesjonalne działanie zakłada istnienie interakcji (koordynacji) pomiędzy dyscyplinami. Za punkt wyjścia przyjmuje się tu nie istnienie wielu odrębnych dziedzin, lecz pojęcie licznych gałęzi wiedzy, z wiedzy tej wyrastających. Niemniej dostrzega się coraz większe, także wewnętrzne, zróżnicowanie dyscyplin naukowych, w tym medycyny i biotechnologii [1].

Współpraca interdyscyplinarna powinna się opierać na wiedzy i wzajemnym zaufaniu członków zespołu [10]. Reprezentujący różne dziedziny partnerzy nie tylko mają swój udział w osiąganiu założonego celu. Ponoszą także odpowiedzialność za pracę grupy i efekty wspólnie podjętych działań [5, 11]. Wysiłki takiego zespołu przynoszą lepsze rezultaty w niemal wszystkich aspektach pracy jego członków

w porównaniu z podejściem wielodyscyplinarnym [7]. Badania wskazują, że członkowie zespołów interdyscyplinarnych są otwarci, korzystają z doświadczenia innych i chętnie się uczą [10, 12]. Opierając się nierealnej pokusie bycia ekspertem w każdej z włączanych w pracę zespołu dziedzin, mogą czerpać satysfakcję z faktu, że są bardziej gotowi na nowe wyzwania niż reprezentanci wąskich, choćby najbardziej spektakularnych dyscyplin [10]. Mają uznanie dla innych specjalności, szanują i wykorzystują nieznanne im wcześniej metody i sposoby rozwiązywania problemów [1]. Osobowość bywa przy tym bardziej istotnym czynnikiem niż przyjęte reguły [10].

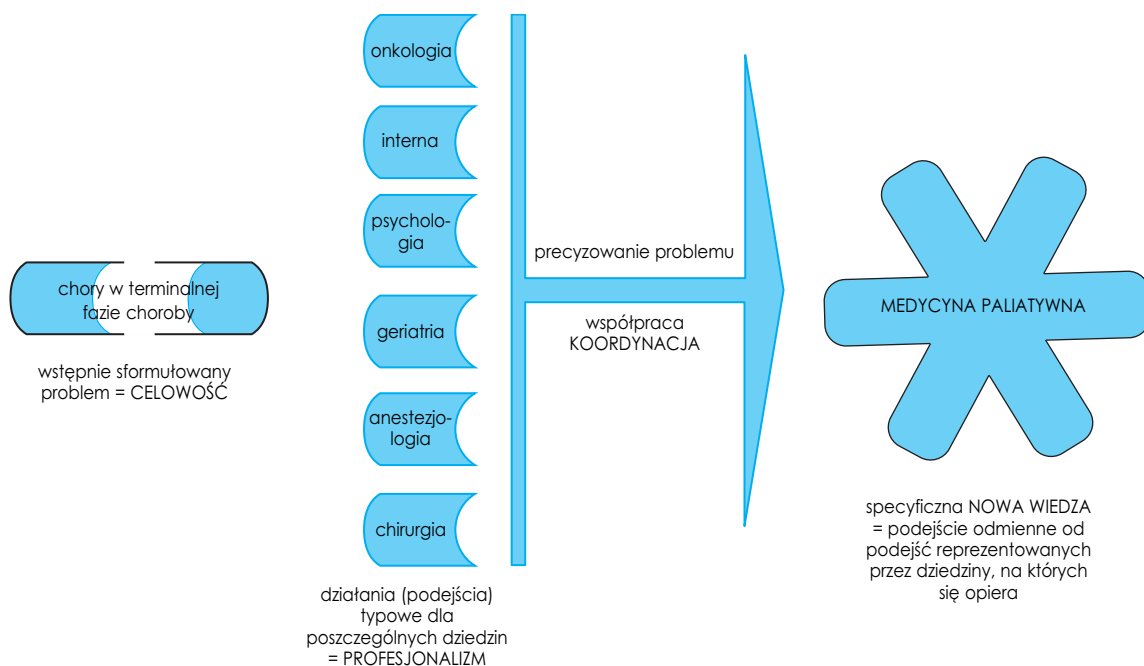
## INTERDYSCYPLINARNOŚĆ W MEDYCYNIE

Zalety pracy w zespole interdyscyplinarnym sprawiają, że ten model wzajemnych relacji w grupie profesjonalistów rekomendowany jest w medycynie, zwłaszcza w tych jej dziedzinach, które dotyczą szerokich problemów psychosomatycznych, np. sytuacji przewlekle chorego i jego najbliższych [7].

Podejście interdyscyplinarne w praktyce klinicznej wymaga skutecznej i stałej komunikacji między poszczególnymi członkami zespołu wdrażanymi (często w różnym czasie, w miarę rozwoju schorzenia) do opieki nad chorym. Niezależnie od motywacji, ważne jest, aby osiągnąć wspólne zrozumienie celów i uzgodnić kluczowe punkty działania [10]. W naj-

**Tabela 1.** Pozytywne aspekty interdyscyplinarności w medycynie [2, 3, 5, 7, 8, 11, 13, 14]

Chory	<ul style="list-style-type: none"> <li>• umacnianie pozycji chorego jako aktywnego partnera</li> <li>• zapewnienie opieki pacjentom z różnych środowisk społecznych i kulturowych</li> <li>• poprawa jakości opieki poprzez koordynację działań, zwłaszcza w skomplikowanych przypadkach</li> <li>• lepsze wykorzystanie czasu</li> <li>• jednoczenie systemów opieki dla szerszego zaspokajania potrzeb i skuteczniejszego rozwiązywania problemów</li> <li>• tworzenie wspólnego języka komunikacji</li> </ul>
Personel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wzrost satysfakcji z pracy</li> <li>• perspektywa stałego rozwoju</li> <li>• przesunięcie akcentu z agresywnych działań medycznych na opiekę długoterminową</li> <li>• kształcenie nowego podejścia i nowych umiejętności – wspieranie innowacji</li> <li>• dzielenie się problemami i metodami ich rozwiązywania</li> <li>• kształtowanie zasad wzajemnej komunikacji</li> <li>• tworzenie wspólnych koncepcji</li> <li>• uczenie się rozumienia języka innych dyscyplin</li> </ul>
Studenci i nauczyciele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• możliwość poznania poszczególnych dziedzin opieki zdrowotnej, w tym obowiązujących norm i wartości</li> <li>• promowanie znaczenia i rozumienia innych dyscyplin</li> <li>• kształtowanie strategii dla przyszłej praktyki zawodowej</li> <li>• promowanie praktycznego udziału studentów</li> <li>• stawia wyzwanie dla norm i wartości każdej z dyscyplin</li> </ul>
System opieki zdrowotnej	<ul style="list-style-type: none"> <li>• potencjał dla poprawy efektywności opieki</li> <li>• zwiększenie zaplecza i zasobów ludzkich</li> <li>• motywacja dla starań o stałą poprawę jakości usług</li> <li>• zmniejszenie obciążenia specjalistycznych oddziałów szpitalnych w wyniku profilaktyki czy opieki w warunkach domowych</li> </ul>



Ryc. 1. Interdyscyplinarność medycyny paliatywnej

prostszy ujęciu oznacza to integrację kilku różnych punktów widzenia w jedną opinię (strategię postępowania czy zalecenie) [5, 13].

Zespoły interdyscyplinarne mają przewagę nad wielodyscyplinarnymi przede wszystkim w związku z ukierunkowaniem ku choremu spojrzeniem (*patient-centered approach*). Co więcej, interdyscyplinarność zapewnia stymulujące środowisko pracy, w którym pracownicy mogą poznać, a nawet podejmować działania wykonywane zwykle przez specjalistów innych dziedzin [5]. Jest to doświadczenie dobrze znane, choćby członkom domowych zespołów opieki paliatywnej, prowadzącym często działania zależne bardziej od sytuacji, którą zastali, niż od zawodowej roli.

W badaniach Aram i wsp. na sukces pracy zespołu interdyscyplinarnego wpływa, zdaniem respondentów, szereg czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Do pozazespołowych należy np. wyraźne zobowiązanie instytucji do interdyscyplinarności i posiadanie wystarczających do tego zasobów ludzkich. Pozytywne czynniki wewnątrz zespołu to właściwa komunikacja, wzajemne zaufanie oraz odpowiedni liderzy [1]. Tylko co piąty (19%) respondent wskazuje na indywidualne cechy członków zespołu, takie jak zaangażowanie, elastyczność i przyjemność czerpana z wykonywanej pracy, jako sprzyjające kształtowaniu się interdyscyplinarności [1]. Przebieg i rezultaty współpracy w zespole są mniej przewidywalne w przypadku skomplikowanych, np. społecznych czy społecznych, problemów, wymagających większej elastyczności i szerszej wiedzy [3, 10].

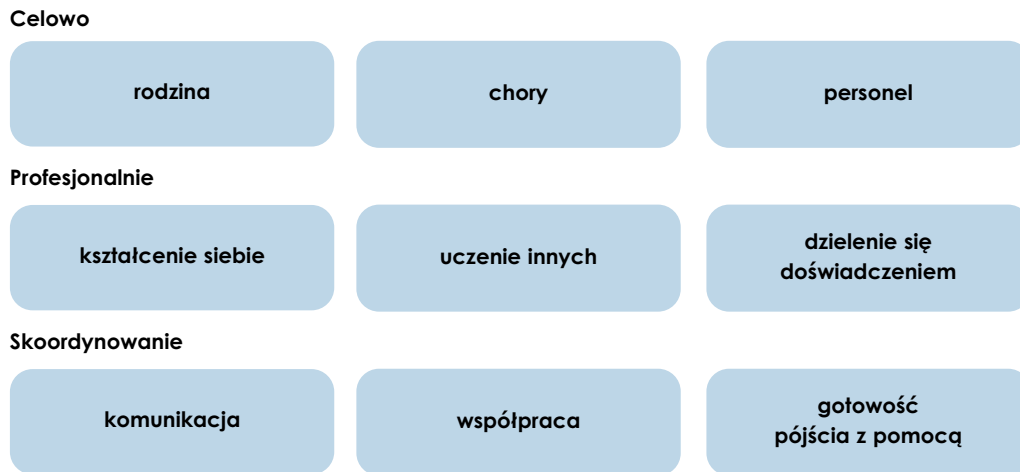
Interdyscyplinarne podejście do pracy w medycynie niesie ze sobą korzyści nie tylko dla członków zespo-

łu (tabela 1.). Angażowanie pozornie niezwiązanych dziedzin prowadzi do stopniowej eliminacji problemów związanych choćby z różną terminologią, sposobem podchodzenia do tematu czy metodologią [13, 14]. Sprzyja poszerzaniu horyzontów myślenia, poszukiwaniu nowych rozwiązań, a także powstawaniu nowych obszarów działania, które od początku z założenia są już interdyscyplinarne [3, 13]. Należy do nich rozwój opieki paliatywnej – specjalizacji szczegółowej skupiającej wiele dziedzin, interdyscyplinarnej z natury [15].

## ZESPÓŁ W OPIECE PALIATYWNEJ

W ujęciu ogólnym kluczowe dla działań interdyscyplinarnych są **celowość**, **profesjonalizm** i **skoordynowanie**. Cechy te leżą u podstaw głównych założeń opieki paliatywnej (ryc. 1.).

Podmiotem działania w opiece paliatywnej jest człowiek w zaawansowanej fazie chorób przewlekłych i jego najbliżsi. **Cel** – łagodzenie cierpienia i poprawa jakości życia – jest osiągany poprzez skupienie uwagi całego zespołu nie tylko na aspektach fizycznych i psychosocjalnych, lecz także na potrzebach etycznych, duchowych czy kulturalnych. **Profesjonalizm** znajduje odbicie w kształtowaniu opieki w oparciu o różne i wykorzystywane w różnym zakresie zasoby personelu i jednostek służby zdrowia. Zapewnienie opieki zespołu interdyscyplinarnego w łączności z innymi, właściwymi formami postępowania medycznego jest możliwe dzięki właściwej **koordynacji**.



Ryc. 2. Interdyscyplinarność zespołu opieki paliatywnej

Wraz ze zdobywanym doświadczeniem i dostrzeganymi problemami wzrasta naturalna potrzeba poszukiwania optymalnych metod postępowania [5]. Zespół – profesjonalny, połączony jednym celem – koordynuje swoje działania w kierunku pogłębiania wiedzy w celu rozwiązywania problemów, które w zintegrowanym zespole stają się wspólne [10, 14].

Stworzenie zespołu interdyscyplinarnego jest procesem, często pewnym przechodzeniem od wielo- do interdyscyplinarności [5]. W części przypadków, zwłaszcza na początku, być może słuszne jest przyjęcie, że zespół jeszcze wielodyscyplinarny (poprzez zajmowane miejsca: chorego, członka rodziny, opiekuna, pielęgniarki, lekarza, wolontariusza, psychologa itd.) cechuje już interdyscyplinarność w zakresie wykonywanych zadań [1]. Doświadczenie pracy w zespole pozwala dostrzec podopiecznego i jego najbliższych jako jedność – „całego” człowieka, a nie tylko poszczególne jego części czy dotknięte schorzeniem układy [5, 16]. Wspólna praca pielęgniarek, lekarzy, opiekunów, pracowników socjalnych, kapelana wraz z przedstawicielami innych potencjalnych specjalności zapewnia wachlarz działań odpowiednio do potrzeb w określonych obszarach jakości życia. Pozwala też na identyfikację luk w systemie opieki, nie zawsze możliwą w zespołach wielodyscyplinarnych, gdzie dominuje koncentracja na określonej, własnej dziedzinie [5].

Budowanie zespołu interdyscyplinarnego to nie tylko wyznaczenie celu, przed jakim staje. Zespół wymaga lidera, aby dobrać współpracowników i ustalić ich rolę w zespole. Dobry przewodnik winien mieć doświadczenie w pracy interdyscyplinarnej, chęć uczenia się od innych, zainteresowanie i szacunek dla innych dyscyplin [10]. W opiece paliatywnej w pozycji lidera staje chory<sup>1</sup>. Ocena dotychczasowego postę-

powania, diagnozy i leczenia, aktualnej sytuacji, rokowania i planowanych działań winny być dokonywane z udziałem chorego i jego najbliższych. Mają oni prawo do wyrażenia swojej opinii i równoprawnego zaangażowania w podejmowanie decyzji [5]. Mają też prawo do otrzymywania wsparcia ze strony pozostałych członków zespołu na każdym etapie choroby.

#### TRUDNOŚCI W PRACY ZESPOŁOWEJ

Interdyscyplinarność jest najbardziej skutecznym sposobem opieki nad pacjentem. Praca w zespole, zwłaszcza w sytuacji, gdy jego „wielodyscyplinarni” członkowie stają wobec szeregu interdyscyplinarnych zadań (celowych, skoordynowanych, profesjonalnych), wiąże się z ryzykiem wystąpienia trudności, toteż podtrzymywanie jej założeń wymaga stałej uwagi [2, 3, 16] (ryc. 2.).

Istotna jest świadomość, że dla wielu profesjonalistów podjęcie decyzji o rozwoju kariery zawodowej w oparciu o pracę w zespole interdyscyplinarnym nie jest proste, a bywa wręcz niemożliwe. Jest to tym trudniejsze, im bardziej taka idea jest sprzeczna z utartymi schematami organizacji pracy, hierarchią, relacjami podwładny – przełożony, perspektywą awansu czy tradycyjnym podziałem obowiązków [10, 16]. W wypadku opieki paliatywnej dotyczyć to może np. dominującego udziału pielęgniarki czy decydującego głosu chorego – sytuacji nie do zaakceptowania w paternalistycznym modelu medycyny. Nie bez znaczenia jest też opinia środowiska zewnętrznego – postrzeganie medycyny paliatywnej jako pozbawionej perspektywy spektakularnych osiągnięć zawo-

<sup>1</sup>„Szefem zespołu jest chory. Tylko on wie, jak się umiera” – przypisywane ks. E. Dutkiewiczowi.

dowych czy wręcz zagrożonej ryzykiem regresji [15].

U podstaw interdyscyplinarności leży równoczesne zachowywanie wspomnianych trzech zasad: celowości, profesjonalizmu i koordynacji działań. W przeciwnym razie znajdzie się pole dla negatywnych stron przypisywanych wielodyscyplinarności. Każdy z członków zespołu będzie dążył do wyznaczonego sobie zadania, np. lekarz czy pielęgniarka do złagodzenia bólu fizycznego, pozostawiając jednocześnie innym (kapelanowi, psychologowi, pracownikowi socjalnemu, terapeutce) ich własne cele [3, 12, 14]. Wśród związanych z organizacją pracy trudności są błędy na płaszczyźnie komunikacji, np. nieprecyzyjnie sformułowane i przekazywane komunikaty, brak podziału kompetencji, a co za tym idzie – nieokreślona odpowiedzialność. Kształtowaniu interdyscyplinarnych postaw w zespole nie sprzyjają też niedokładnie określone zadania, niedostateczne zaangażowanie lub niejasne kompetencje członków, źle pojmowana lojalność, utrata zaufania [3, 16]. Błędem jest pozostawianie członków zespołu bez wsparcia, brak świadomości stałego ryzyka wypalenia czy nadmierny nacisk na umiejętności techniczne [14].

Skuteczne zespoły wymagają uwagi, czasu i wsparcia. Satysfakcję z wykonywanej pracy zwiększa identyfikacja z zespołem czy poczucie wspólnego celu. Udział traktowanych z jednakową uwagą dyscyplin pozwala na stworzenie obszaru do dyskusji. Oparta na określonych zasadach współpraca o zdefiniowanych celach i ustalonych środkach pozwala jednocześnie na pewną elastyczność (w razie potrzeby) [3, 16]. Różnorodność daje w pewnych sytuacjach szansę na zapewnienie kompleksowej opieki na ograniczonym obszarze, gdzie dostęp do specjalistów jest utrudniony [2, 13]. Istotna jest możliwość stałego rozwoju, w tym okazja do odpowiedzialnego podejmowania nowych wyzwań.

## PODSUMOWANIE

Interdyscyplinarność, rozumiana jako skoordynowane działanie ku wspólnemu celowi, powinna stanowić kluczowy element pracy zespołowej w medycynie. Jest to konieczne do dostrzeżenia wagi problemu, wymiany doświadczeń i połączenia potencjału różnych dziedzin. Zapewnienie skutecznej opieki nad chorym w zaawansowanej fazie choroby przewlekłej wymaga zaangażowania reprezentantów wielu obszarów medycyny i dyscyplin pokrewnych. Opieka paliatywna spełnia kryteria interdyscyplinarności poprzez wyznaczenie celu (jakość życia chorego i jego najbliższych), zaangażowanie profesjonalistów różnych dziedzin oraz właściwą koordynację działań [12]. Wyrastając z uznanych korzeni, opieka paliatywna, „interdyscyplinarna z natury”, stanowi dziedzinę przekraczającą granice nie tylko

struktur organizacji i hierarchii, lecz także sposobu myślenia i podejmowania nowych zadań.

## PIŚMIENNICTWO

1. Aram JD Concepts of interdisciplinarity: configurations of knowledge and action. *Human Relations* 2004; 57: 379-412.
2. Wickramasinghe A. Is interdisciplinary management research rational, truth or realities? A research agenda for strategic management research in developing countries. SIBR Conference of Interdisciplinary Business & Economics Research: Advancing Knowledge from Interdisciplinary Perspectives, Bangkok, Thailand, 16-18.06.2011.
3. Sharland E. All together now? Building disciplinary and interdisciplinary research capacity in social work and social care. *Br J Soc Work* 2012; 42: 208-226.
4. Becher T, Trowler PR. *Academic tribes and territories: intellectual enquiry and the cultures of disciplines*. Society for Research into Higher Education/Open University Press, Buckingham 1989.
5. Jessup RL. Interdisciplinary versus multidisciplinary care teams: do we understand the difference? *Aust Health Rev* 2007; 31: 330-331.
6. Morillo F, Bordons M, Gomez I. Interdisciplinarity in science: a tentative typology of disciplines and research areas. *J Am Soc Information Science Technology* 2003; 54: 1237-1249.
7. Körner M. Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. *Clin Rehabil* 2010; 24: 745-755.
8. Jacobs JA, Frickel S. Interdisciplinarity: a critical assessment. *Ann Rev Soc* 2009; 35: 43-65.
9. Frodeman R, Klein JT, Mitcham C. *Oxford Handbook of Interdisciplinarity*. Oxford University Press, Oxford 2010.
10. Lyall C, Meagher L. A Short Guide to Troubleshooting some Common Interdisciplinary Research Management Challenges ISSTI Briefing Note (No 5) 2008.
11. Lakhani J, Benzies K, Hayden KA. Attributes of interdisciplinary research teams: a comprehensive review of the literature. *Clin Invest Med* 2012; 35: E226.
12. Puchalski CM. Spirituality and end-of-life care: a time for listening and caring. *J Palliat Med* 2005; 5: 289-294.
13. Aboeela SW, Larson E, Bakken S i wsp. Defining interdisciplinary research: conclusions from a critical review of the literature. *Health Serv Res* 2007; 42 (1 Pt 1): 329-346.
14. Goldsmith J, Wittenberg-Lyles E, Rodriguez D, Sanchez-Reilly S. Interdisciplinary geriatric and palliative care team narratives: collaboration practices and barriers. *Qual Health Res* 2010; 20: 93-104.
15. Latimer EJ, Deakin A, Ingram C i wsp. An interdisciplinary approach to a day-long palliative care course for undergraduate students. *CMAJ* 1999; 161: 729-731.
16. Blackmore G, Persaud DD. Diagnosing and improving functioning in interdisciplinary health care teams. *Health Care Manag* 2012; 31: 195-207.