

# PERAWATAN PALIATIF BERBASIS KOLABORASI TIM: *CRITICAL REVIEW*

Raisa Farida Kafil<sup>1</sup>, Henny Susana Mediani<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mahasiswa Pascasarjana Keperawatan Medikal Bedah Universitas Padjadjaran,  
raisafarida.kafil@gmail.com

<sup>2</sup>Dosen Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran  
<sup>1,2</sup>Gedung Rumah Sakit Pendidikan UNPAD, Jalan Eyckman No.38 Bandung

## ABSTRAK

Pasien paliatif seringkali menghadapi berbagai macam permasalahan dengan gejala yang spesifik dari tiap penyakitnya. Kolaborasi tim diasosiasikan dengan peningkatan *outcome* perawatan terutama dalam perawatan pasien dengan kondisi medis yang kompleks. Tujuan dari *critical review* ini adalah untuk menarik sebuah kesimpulan berdasarkan temuan *evidence-based* yang membahas tentang efektivitas intervensi berbasis kolaborasi tim pada tatanan perawatan paliatif. Metode yang digunakan dalam artikel ini adalah *critical review* dari beberapa penelitian *Randomized Controlled Trial* (RCT). Database bibliografi terkomputerisasi dicari mulai dari tahun 2005-2015 dengan kombinasi kata kunci *Team-based collaborative*, *Interdisciplinary team*, *Multidisciplinary team*, *Palliative*, dan *Palliative care*. Artikel direview oleh dua orang untuk mengkaji kualitas penelitian. Enam artikel yang melibatkan 1.327 responden ini membahas tentang pendekatan multidisiplin dan interdisiplin dalam pengelolaan penyakit kronis di setting paliatif. Walaupun kedua pendekatan tersebut mampu meningkatkan *outcome* pasien berupa penurunan gejala penyakit, depresi, LOS, dan biaya kesehatan, namun adanya fragmentasi rencana perawatan pasien pada pendekatan tim multidisiplin menyebabkan kurang efektifnya intervensi yang diberikan dan mungkin saja merugikan pasien atau keluarga. *Review* ini menyimpulkan bahwa tim interdisiplin lebih direkomendasikan jika dibandingkan dengan tim multidisiplin karena mampu menciptakan lingkungan perawatan *patient-centered-care*, membangun lingkungan kerja yang kondusif, dengan waktu dan total biaya perawatan yang optimal. Selain itu, pendekatan interdisiplin mampu memenuhi prinsip perawatan yang efektif, yaitu adanya komunikasi efektif, kolaborasi, dan koordinasi.

Kata kunci: interdisiplin, kolaborasi, multidisiplin, paliatif

## PENDAHULUAN

Perawatan paliatif merupakan sebuah pendekatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi masalah yang berkaitan dengan penyakit yang mengancam jiwa, melalui upaya pencegahan dan pengelolaan gejala secara holistik, mencakup masalah fisik, psikososial dan spiritual. (*World Health Organization* [WHO], 2015). Dahulu, perawatan paliatif cenderung terpusat pada pasien kanker di setting Rumah Sakit, namun saat ini terjadi perluasan

integrasi perawatan di berbagai pelayanan kesehatan (WHO, 2011).

Pergeseran pola penyakit dari penyakit menular menuju penyakit tidak menular dalam beberapa dekade terakhir secara signifikan meningkatkan angka mortalitas dan morbiditas penyakit. Kematian yang terjadi lebih diakibatkan karena penyakit kronis maupun *multiple organ failure* (WHO, 2004). Sekitar 4600 pasien mengalami nyeri, 3400 pasien mengalami gejala pernafasan, dan 1900 pasien mengalami gejala muntah atau mual pada akhir kehidupannya. Dalam beberapa kasus, kondisi tersebut akan

mengarah pada progresifitas penyakit yang membutuhkan perawatan paliatif (Higginson, Edmonds, Viterbori, Costantini, & Cox, 2004). Apabila kondisi tersebut tidak dapat ditangani, maka hal ini dikaitkan dengan peningkatan beban yang signifikan lainnya seperti peningkatan stressor fisik dan psikis, depresi, serta penurunan kualitas hidup.

Terbatasnya EBP di area ini memberikan tantangan tersendiri bagi para peneliti untuk merancang model perawatan paliatif yang optimal (Krouse, 2008). Beberapa model perawatan pasien paliatif ditawarkan untuk meningkatkan interaksi antar disiplin profesi kesehatan, salah satunya perawatan berbasis tim. Model ini diasosiasikan dengan peningkatan *outcome* perawatan terutama dalam perawatan pasien dengan kondisi medis yang kompleks (Wen & Schulman, 2014).

Boon, Verhoef, O'Hara, dan Findlay (2004) menawarkan 7 model perawatan pasien yang berkelanjutan, yaitu bersifat paralel, konsultatif, kolaboratif, terkoordinasi, multidisipliner, interdisipliner, dan terintegrasi. Kolaborasi berbagai perspektif dalam perawatan kesehatan memberikan manfaat yang beragam, baik dari segi pengetahuan maupun pengalaman (Mitchell *et al.*, 2012). Manfaat yang

didapatkan tersebut bukan hanya bagi pasien atau *caregiver*, namun juga bagi praktisi maupun institusi pelayanan kesehatan (Leclerc *et al.*, 2014).

Meskipun beberapa studi melaporkan bahwa pendekatan ini dapat meningkatkan *outcome* pasien, terdapat kelemahan metodologis yang signifikan sehingga hasil penelitian sulit untuk digeneralisasi (Brumley *et al.*, 2007).

Berdasarkan pertimbangan tersebut maka penulis tertarik untuk melakukan sebuah *review* yang membahas tentang efektivitas intervensi berbasis kolaborasi tim pada tatanan perawatan paliatif.

## **METODE PENELITIAN**

Beberapa kriteria penelitian yang dilakukan dalam *review* ini:

### **Tipe penelitian:**

Artikel ini merupakan sebuah *critical review* dari beberapa penelitian RCT. *Critical review* merupakan sebuah telaah formal menggunakan beberapa metode berfikir kritis seperti logika, ringkasan akurat, analisis, argumen, atau evaluasi informasi dari sebuah artikel (Aysem, 2009). Dalam penulisannya, penulis menggunakan panduan dari *Cochrane Handbook for Systematic reviews of Interventions 4.2.6* yang dipublikasikan oleh *The Cochrane Library*.

### **Tipe partisipan**

Penulis melibatkan partisipan dewasa (usia  $\geq$  18 tahun) yang membutuhkan perawatan paliatif di berbagai setting pelayanan kesehatan.

### **Tipe intervensi**

Penulis mengikutsertakan penelitian yang membahas tentang kolaborasi beberapa disiplin profesi kesehatan. Pendekatan multidisipin dan interdisipin dimasukkan dalam *review* ini karena beberapa hasil temuan penelitian sebelumnya memaparkan adanya korelasi positif terhadap *outcome* pasien.

### **Tipe outcome**

#### *Outcome* primer

- *Symptom control* (termasuk keparahan gejala yang dirasakan pasien)
- Kepuasan terhadap perawatan
- *Length of stay* (LOS)

#### *Outcome* sekunder

- Biaya perawatan
- Kepatuhan pengobatan
- Tingkat kekambuhan

Apabila dalam satu artikel memuat hanya salah satu *outcome* yang digunakan, penulis tetap mengambil artikel tersebut untuk dimasukkan dalam kriteria inklusi.

### **Strategi Pencarian:**

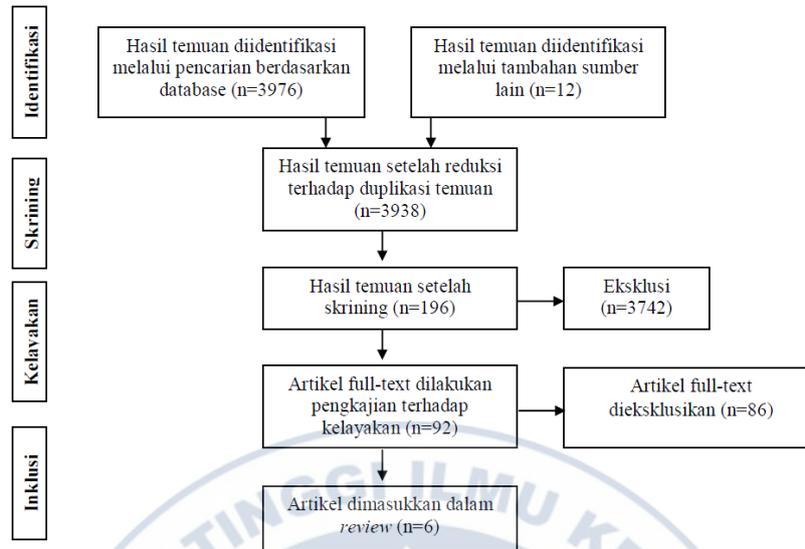
ScienceDirect, Emerald, ProQuest, dan SpringerLink merupakan database yang digunakan dalam *critical review* ini. Kata kunci yang digunakan adalah *Team-based collaborative*, *Interdisciplinary team*, *Multidisciplinary team*, *Palliative*, dan *Palliative care*. Kata kunci tersebut saling dikombinasikan agar tercapai hasil pencarian yang spesifik. Pencarian dilakukan pada bulan Agustus 2015 yang mempertimbangkan batasan publikasi artikel pada tahun 2005 hingga 2015. Artikel yang didapat kemudian diidentifikasi terkait penggunaan RCT sebagai rancangan penelitiannya. Peneliti juga mencari sumber diluar *database* yang mampu mendukung hasil temuan artikel tersebut.

### **Pengumpulan dan analisis data**

Dua orang *reviewer* (RFK dan HSM) melakukan penilaian terhadap *screening* atrikel sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Perbedaan opini akan diselesaikan dengan diskusi antar kedua belah pihak *reviewer*. Dalam tahap ini, penulis mendokumentasikan seluruh artikel yang masuk dalam kriteria inklusi maupun eksklusif.

## HASIL

### Deskripsi artikel yang dimasukkan dalam *review*



**Gambar 1.** PRISMA Flow Diagram of Trial Selection Process for the Systematic Review.

Total hasil penelusuran artikel dengan kata kunci yang telah ditentukan adalah 3.988 artikel, dengan rincian *ScienceDirect* sejumlah 1.988 artikel, *ProQuest* sejumlah 568 artikel, *SpringerLink* sejumlah 1.304 artikel, *Emerald* sejumlah 116 artikel, dan sumber lain sebanyak 12 artikel. Didapatkan 196 artikel melalui pemilihan judul dan menjadi 92 artikel melalui *screening* kesesuaian dengan tujuan *review*. Sebanyak 86 artikel dieksklusikan karena tidak memenuhi kriteria yang ditentukan; partisipan bukan merupakan pasien dengan indikasi perawatan paliatif, intervensi yang diberikan tidak mencakup adanya kolaborasi disiplin kesehatan, serta desain yang digunakan bukan merupakan RCT. Setelah skrining lebih lanjut sesuai

desain, sampel dan keterkaitan dengan implikasi keperawatan maka terpilih 6 artikel, 3 artikel yang membahas tentang kolaborasi multidisiplin dalam perawatan paliatif (Preen *et al.*, 2005: Lemstra & Olszynski, 2005: Chock *et al.*, 2013), dan 3 artikel yang membahas tentang kolaborasi interdisiplin dalam perawatan paliatif (Brumley *et al.*, 2007: Gade *et al.*, 2008: Amris *et al.*, 2014).

### **Kolaborasi multidisiplin dalam perawatan paliatif**

Chock *et al.*, (2013) melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengukur efektifitas intervensi multidisiplin terhadap peningkatan 5 domain mayor dalam kualitas hidup (fungsi kognitif, fisik, emosi, spiritual, dan sosial) pada pasien kanker tahap

lanjut dengan persentasi harapan hidup 0%-50%. Lima puluh empat responden dirandomisasi secara terkomputerisasi terhadap intervensi yang diberikan. Kelompok intervensi menerima terapi fisik, sesi diskusi, dukungan dan refleksi spiritual, serta sesi relaksasi yang diberikan oleh tim multidisiplin selama 2-4 minggu yang terdiri atas 90 menit intervensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat peningkatan kualitas hidup secara keseluruhan pada responden lansia (LASA 74.4 vs. 62.9,  $p=0.040$ ), peningkatan kesejahteraan sosial (FACT-G 91.1 vs. 83.3,  $p=0.045$ ), dan penurunan gejala emosi/amarah (POMS *anger-hostility* 95.0 vs. 86.4,  $p=0.028$ ).

Penelitian serupa juga dilakukan oleh Preen *et al.*, (2005), dimana tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui efektivitas dari *discharge care plan* oleh tim multidisiplin pada pasien dengan gejala kardiorespiratori kronis. Penelitian ini melibatkan 189 responden yang dirandomisasi menjadi kelompok intervensi ( $n=91$ ) dan kelompok kontrol ( $n=98$ ). Kelompok intervensi menerima *discharge care plan* sesuai dengan *the Australian Enhanced Primary Care Package* yang selanjutnya dipulangkan ke komunitas untuk dikaji lebih lanjut oleh tim pekerja sosial. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *discharge care plan* yang dilakukan secara multidisiplin,

secara signifikan meningkatkan kualitas hidup mental ( $p=0.003$ ), namun tidak signifikan pada kualitas hidup fisik ( $p=0.45$ ).

Lemstra & Olszynski (2005) melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui efektivitas rehabilitasi multidisiplin pada pasien fibromyalgia yang melibatkan 79 responden, dirandomisasi secara terkomputerisasi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok intervensi ( $n=43$ ) dan kelompok kontrol ( $n=36$ ). Kelompok intervensi terdiri atas terapi rheumatologi dan fisik, sesi latihan tersupervisi, edukasi, dan terapi *massage*. Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan terhadap *perceived self-health status* ( $p=0.000$ ), penurunan intensitas nyeri ( $p=0.019$ ), penurunan skor *Pain Disability Index* (PDI) ( $p=0.012$ ), skor *Beck Depression Index* (BDI) ( $p=0.047$ ) dan durasi perawatan ( $p=0.002$ ) dibandingkan dengan kelompok kontrol.

### **Kolaborasi interdisiplin dalam perawatan paliatif**

Gade *et al.*, (2008) dalam penelitiannya, menilai efektivitas *Interdisciplinary Palliative Care Service* (IPCS) terhadap kepuasan pasien, *outcome* klinis, dan biaya selama 6 bulan perawatan. Penelitian ini melibatkan 517 responden (kelompok intervensi;  $n=158$ ,

kelompok kontrol; n=138). Tim interdisiplin (dokter, perawat, pekerja sosial, dan rohaniwan) bertemu dengan pasien atau keluarga untuk membuat perencanaan pengelolaan gejala, pembuatan diagnosis, prognosis, dan tujuan perawatan. Hasil penelitian menunjukkan skor yang lebih tinggi pada *Care Experience Scale* (IPCS: 6.9 vs UC: 6,6,  $p=0,04$ ) bagi dokter dan perawat, skor *Other Care Providers Communication Scale* (IPCS: 8.3 vs UC: 7.5,  $p=0.0004$ ), frekuensi re-admisi di ICU (12 versus 21,  $p=0.04$ ), dan biaya perawatan yang lebih rendah; \$4,855 per pasien ( $p=0.001$ ). Kelompok IPCS menunjukkan rata-rata LOS yang lebih lama (24 hari vs 12 hari,  $p=0,04$ ).

Penelitian selanjutnya dilakukan oleh Amris *et al.*, (2005), bertujuan untuk menilai efek rehabilitasi interdisiplin terhadap *outcome* fungsional dan psikologis pada pasien dengan nyeri kronis menyebar. Responden yang terlibat dalam penelitian ini adalah 191 pasien yang dirandomisasi kedalam kelompok intervensi (n=96) dan kelompok kontrol (n=95). Kelompok intervensi menerima perawatan interaktif menggunakan pendekatan partisipatif, yang terdiri atas kombinasi edukasi dan diskusi kelompok, serta pedoman terstruktur terhadap pengobatan yang

dijalaninya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi peningkatan yang signifikan pada skor AMPS (group mean difference: 0.20 [95% confidence interval (CI): 0.09 to 0.31] dan ADL (0,20 [95% CI: 0,12-0,27]  $p<.0001$ ), sedangkan tidak ada perbedaan pada skor SF-36 MCS (1,14 [95% CI: 1,52-3,81],  $p=0,40$ ) yang diamati.

Selanjutnya, Brumley *et al.*, (2007) melakukan penelitian yang bertujuan untuk menentukan efektivitas *In-Home Palliative Care* oleh tim interdisiplin terhadap beberapa *outcome*, yaitu kepuasan pasien, biaya perawatan, dan proporsi pasien yang meninggal di rumah. Penelitian ini melibatkan pasien terminal (n=297) dengan prognosis masa hidup  $\leq 1$  tahun, yang dirandomisasi kedalam kelompok intervensi (n=145) dan kelompok kontrol (n=152). Intervensi yaitu berupa *In-Home Palliative Care* yang dikombinasikan dengan perawatan standard oleh tim interdidipliner. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi peningkatan yang signifikan pada tingkat kepuasan terhadap perawatan pada hari ke-30 dan 90 ( $p<.05$ ), penurunan kunjungan instalasi gawat darurat ( $p=.01$ ) dan frekuensi hospitalisasi ( $p<.001$ ), sehingga biaya perawatan secara signifikan lebih rendah pada kelompok intervensi ( $p=.03$ ).

## PEMBAHASAN

Pasien paliatif didefinisikan sebagai individu dengan progresifitas penyakit yang mengancam jiwa tanpa kemungkinan perbaikan prognosis melalui perawatan medis optimal (Mechelen, 2012). Istilah tim multidisiplin dan interdisiplin telah digunakan dalam perawatan kesehatan sejak dahulu (Fergusson, 2014). Tim multidisiplin terdiri atas praktisi dari berbagai disiplin ilmu, masing-masing mengembangkan rencana perawatan, namun bersifat independen (Leclerc *et al.*, 2014) sedangkan praktik interdisipliner didefinisikan sebagai suatu kemitraan antara tim profesional kesehatan dan pasien dalam bentuk perawatan partisipatif, kolaboratif dan terkoordinasi dalam proses pengambilan keputusan bersama terhadap masalah kesehatan pasien (Orchard, Curran, & Kabene, 2005).

Jika ditelaah lebih dalam, keenam artikel yang membahas pendekatan tim multidisiplin dan interdisiplin diatas memiliki kesamaan, yaitu seluruh intervensi yang dilakukan memberikan efek yang positif seperti penurunan gejala penyakit, komorbiditas, dan biaya pengobatan. Adanya kolaborasi interprofesi dari beberapa disiplin ilmu seperti dokter, perawat, fisioterapis, ahli gizi, bahkan pekerja sosial di masyarakat

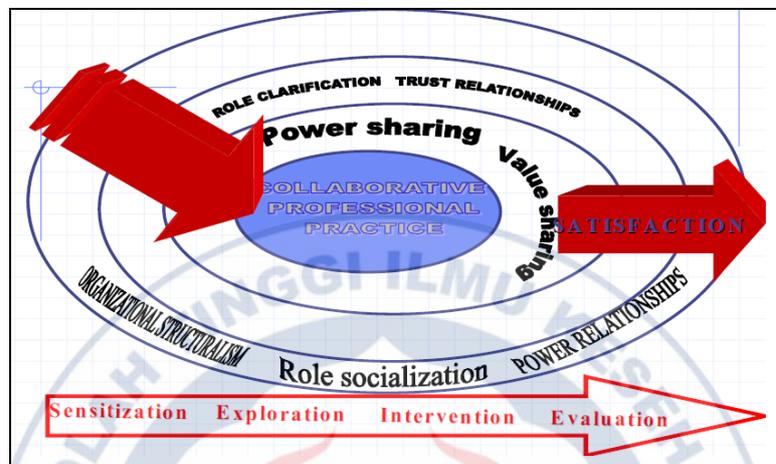
juga mampu meningkatkan kualitas hidup dan kepuasan pasien maupun tenaga kesehatan. Perbedaannya terletak pada tingkat interaksi, komunikasi, dan integrasi rencana perawatan pasien yang disusun oleh tim. Pada pendekatan multidisiplin, rencana perawatan yang disusun cenderung terfragmentasi karena masing-masing anggota tim merumuskan tujuan yang terpisah untuk pasien. Perawatan yang terfragmentasi dapat merugikan pasien karena dikaitkan dengan penundaan intervensi akibat buruknya koordinasi tim, duplikasi intervensi, meningkatkan biaya perawatan yang tidak perlu, dan ketidakjelasan pengobatan (Tang, 2009).

Menurut Scarborough (2013), kurangnya interaksi dan komunikasi antar anggota tim multidisiplin sering menciptakan hambatan karena tiap anggota tim bertanggung jawab hanya pada intervensi yang berkaitan dengan profesinya, atau diistilahkan dengan "*do his or her own thing*". Tang (2009) menambahkan, kurangnya partisipasi pasien dalam pendekatan multidisiplin tidak sesuai dengan prinsip kunci perawatan yang berfokus pada pasien.

Berbeda dengan pendekatan multidisiplin, saat ini pendekatan interdisiplin lebih banyak dipilih dalam pengelolaan pasien dengan kondisi medis yang kompleks. Jessup (2007)

memaparkan beberapa keuntungan dari tim interdisiplin jika dibandingkan dengan tim multidisiplin, yaitu terbangunnya *patient-centered care* dan terciptanya lingkungan kerja yang kondusif dengan waktu dan biaya

perawatan yang optimal. Hal tersebut sejalan dengan Orchard, Curran, dan Kabene (2005) yang memaparkan model konseptual praktik kolaborasi tim interdisiplin digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2. Konsep praktik kolaborasi interdisipliner yang berpusat pada pasien

Lingkaran paling dalam pada konsep tersebut menunjukkan tujuan dari praktik kolaborasi interdisiplin, sedangkan lingkaran paling luar menunjukkan potensi hambatan pencapaian tujuan tersebut. Potensi hambatan dapat dijumpai dengan faktor *enabler*, yaitu *role classification*, *trust relationship*, dan *power sharing* melalui sensitisasi, eksplorasi, intervensi, dan evaluasi (Orchard, Curran, & Kabene, 2005).

Setidaknya ada 10 prinsip yang harus dimiliki oleh kolaborasi tim untuk menciptakan perawatan yang efektif, yaitu kepemimpinan dan manajerial yang baik, strategi komunikasi terstruktur, insentif, pelatihan dan pengembangan,

prosedur dan sumber daya yang tepat, keterampilan, kondisi tim yang mendukung, karakteristik individu yang mendukung kerja tim, kejelasan visi, penetapan kualitas dan hasil perawatan, serta kemampuan menghormati dan memahami peran antar anggota tim (Nancarrow *et al.*, 2013).

Pada pendekatan interdisiplin, komunikasi dilakukan secara kolaboratif dan penerapan praktiknya bersifat interdependen (Scarborough, 2013). Anggota tim tidak hanya berkontribusi spesifik sebatas keahlian profesi mereka sendiri, namun juga saling berkolaborasi untuk mengidentifikasi data dan mengembangkan rencana perawatan

pasien. Walaupun pengkajian dapat dilakukan secara terpisah, namun anggota tim bekerja untuk mencapai tujuan bersama. Masalah pasien dikomunikasikan bersama dan diselesaikan secara sistematis antar anggota tim (Jessup, 2007).

Lebih lanjut, pengelolaan pasien secara partisipatif dapat tercapai pada pendekatan ini mengingat pasien dan keluarga dilibatkan dalam semua aspek perawatannya. Pasien dan keluarga memegang peran dalam penentuan keputusan pengobatan yang dijalaninya. Kondisi ini kemudian dapat menjadi motivasi tersendiri bagi tim interdisiplin untuk mengeksplorasi solusi dan menentukan intervensi terbaik bagi pasien (Jessup, 2007).

## PENUTUP

*Review* ini menyimpulkan bahwa tim interdisiplin lebih direkomendasikan jika dibandingkan dengan tim multidisiplin karena mampu menciptakan lingkungan perawatan *patient-centered-care*, membangun lingkungan kerja yang kondusif, dengan waktu dan total biaya perawatan yang optimal. Selain itu, pendekatan interdisiplin mampu memenuhi prinsip perawatan yang efektif, yaitu adanya komunikasi efektif, kolaborasi, dan koordinasi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amris, K., Wæhrens, E. E., Christensen, R., Bliddal, H., Danneskiold-Samsøe, B. (2014). Interdisciplinary rehabilitation of patients with chronic widespread pain: Primary endpoint of the randomized, nonblinded, parallel-group IMPROvE trial. *PAIN*. 155, 1356–1364. doi: 10.1016/j.pain.2014.04.012
- Aysem. (2009). Writing a critical review. Retrieved from: <http://www.awc.metu.edu.tr/handouts/Writing a Critical Review.pdf>
- Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D., Findlay, B. (2004). From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. *BMC Health Services Research*. 4, 15, 1-5. doi:10.1186/1472-6963-4-15
- Brumley, R., Enguidanos, S., Jamison, P., Seitz, R., Morgenstern, N., Saito, S., et al. (2007). Increased Satisfaction with Care and Lower Costs: Results of a Randomized Trial of In-Home Palliative Care. *Journal of the American Geriatrics Society*. 55, 7, 993-1000.
- Chock, M. M., Lapid, M. I., Atherton, P. J., Kung, S., Sloan, J. A., Richardson, J. W., et al. (2013). Impact of a structured multidisciplinary intervention on quality of life of older adults with advanced cancer. *International Psychogeriatrics*. 25, 12, 2077–2086. doi:10.1017/S1041610213001452
- Ferguson, M. (2014). *Multidisciplinary vs interdisciplinary teamwork: Becoming a more effective practitioner*. Retrieved from: <http://www.socialworkhelper.com/2014/01/14/multidisciplinary-vs-interdisciplinary-teamwork-becoming-effective-practitioner/>

- Gade, G., Venohr, I., Conner, D., Mcgrady, K., Beane, J., Richardson, R. H., et al. (2008). Impact of an Inpatient Palliative Care Team: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Palliative Medicine*. 11, 2, 180-190. doi: 10.1089/jpm.2007.0055
- Higgins, J. P. T., Green, S. editors. (2006). *Cochrane Handbook for Critical reviews of Interventions* 4.2.6. The Cochrane Library. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Higginson, I. J., Edmonds, P., Viterbori, P., Costantini, M., Cox, S. (2004). Terminal and Palliative Care. *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. 1, 259-264.
- Jessup, R. L. (2007). Interdisciplinary versus multidisciplinary care teams: do we understand the difference?. *Australian Health Review*. 31, 3, 330-331.
- Krouse, R. S. (2008). Palliative Care for Cancer Patients: An Interdisciplinary Approach. *Cancer Chemotherapy Review*. 3, 4, 152-160.
- Leclerc, B-S., Blanchard, L., Cantinotti, M., Couturier, Y., Gervais, D., Lessard, S., et al. (2014). The effectiveness of interdisciplinary teams in end-of-Life Palliative care: A critical review of comparative studies. *Journal of Palliative care*. 30, 1, 44-54.
- Lemstra, M., Olszynski, W. P. (2005). The Effectiveness of Multidisciplinary Rehabilitation in the Treatment of Fibromyalgia A Randomized Controlled Trial. *Clinical Journal of Pain*. 21, 2, 166-174.
- Mitchell, P., Wynia, M., Golden, R., McNellis, B., Okun, R., Webb, C. E., et al. (2012). *Core Principles & Values of Effective Team-Based Health Care. Discussion Paper*. Institute of Medicine, Washington, DC.
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., Roots, P. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*. 11, 19, 1-11.
- Orchard, C. A., Curran, V., Kabene, S. (2005). Creating a Culture for Interdisciplinary Collaborative Professional Practice. *Medical Education Online*. 10, 11, 1-13.
- Preen, D. B., Bailey, B. E. S., Wright, A., Kendall, P., Phillips, M., Hung, J., et al. (2005). Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: A randomized controlled trial. *International Journal for Quality in Health Care*. 17, 1, 43-51. doi: 10.1093/intqhc/mzi002
- Scarborough, P. (2013). Defining Unidisciplinary, Multidisciplinary, Interdisciplinary and Transdisciplinary Team Models. *Wound Source*. 1-6.
- Tang, M. (2009). Multidisciplinary teams in cancer care: Pros and cons. *Cancer Forum*. 33, 3, 1-4.
- Wen, J., Schulman, K. A. (2014). Can Team-Based Care Improve Patient Satisfaction? A Critical review of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE*. 9, 7, 1-10. doi:10.1371/journal.pone.0100603
- WHO. (2004). *The Solid Facts. Palliative Care*. Retrieved from: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98418/E82931.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf)
- WHO. (2011). *Palliative Care for Older People: Better Practices*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.