GERONTOLOGIA POLSKA 2025; 33; 181-187 ARTYKUŁ ORYGINALNY / ORIGINAL PAPER
zgłoszono 12.09.2025 – zaakceptowano 23.09.2025

Interdyscyplinarna współpraca w opiece geriatrycznej – wpływ na jakość, bezpieczeństwo i efektywność opieki nad osobami starszymi

Interdisciplinary collaboration in geriatric care – impact on quality, safety and efficiency of care for older adults

Aldona Katarzyna Jankowska[1,2], Edyta Stefanko-Palka[1,3], Joanna Matjanowska[1], Magdalena Mikulska[3]

[1] Katedra Komunikacji Medycznej i Humanistyki Medycznej, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

[2] Stacja Naukowa Polskiej Akademii Nauk w Paryżu

[3] Centrum Komunikacji Klinicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Streszczenie

Wstęp. *Starzenie się społeczeństwa prowadzi do rosnącej liczby pacjentów geriatrycznych ze złożonymi potrzebami zdrowotnymi. W opiece medycznej nad osobami starszymi kluczowe wyzwania stanowią wielochorobowość, polipragmazja oraz brak skutecznej współpracy zespołowej, prowadzący do fragmentacji opieki i pogorszenia jakości życia.* **Cel pracy.** *Celem artykułu jest przedstawienie znaczenia interdyscyplinarnej współpracy w zespołach geriatrycznych, omówienie jej komponentów, mechanizmów działania oraz korzyści klinicznych i organizacyjnych.* **Pacjenci i metody.** *Przegląd obejmuje literaturę naukową z lat 2020-2025, zidentyfikowaną w bazach danych PubMed, PMC, Scopus oraz Google Scholar, z wykorzystaniem słów kluczowych: interdisciplinary team, geriatrics, polypharmacy, deprescribing, interprofessional collaboration. Uwzględniono prace oryginalne, metaanalizy, przeglądy systematyczne oraz wytyczne międzynarodowe i krajowe.* **Wyniki.** *Współpraca interdyscyplinarna pomiędzy lekarzem, farmaceutą, pielęgniarką, fizjoterapeutą, terapeutą zajęciowym, psychologiem i pracownikiem socjalnym prowadzi do redukcji hospitalizacji, poprawy funkcjonowania, skuteczniejszej depreskrypcji oraz wyższej satysfakcji pacjentów i zespołu. Modele wdrożeniowe wykazują również poprawę bezpieczeństwa farmakoterapii i jakości życia seniorów.* **Wnioski.** *Interdyscyplinarna współpraca stanowi fundament nowoczesnej geriatrii. Jej rozwój wymaga wzmocnienia kompetencji komunikacyjnych, wdrożenia szkoleń zespołowych oraz integracji opieki pomiędzy środowiskiem szpitalnym, ambulatoryjnym i domowym. (Gerontol Pol 2025; 33; 181-187) doi: 10.53139/GP.20253324*

Słowa kluczowe: *geriatria, interdyscyplinarność, polipragmazja, depreskrypcja, opieka nad osobami starszymi, komunikacja zespołowa*

Abstract

Introduction. *Population aging leads to a growing number of geriatric patients with complex health needs. Major challenges in elderly care include multimorbidity, polypharmacy, and insufficient interdisciplinary communication, resulting in fragmented care and reduced quality of life.* **Aim.** *This paper presents the significance of interdisciplinary collaboration in geriatric teams, describing its components, mechanisms, as well as clinical and organizational benefits*. **Patients and Methods.** *The review includes scientific literature from 2020-2025 identified in the PubMed, PMC, Scopus, and Google Scholar databases using the keywords: interdisciplinary team, geriatrics, polypharmacy, deprescribing, interprofessional collaboration. Original studies, meta-analyses, systematic reviews, and both international and national guidelines were included.* **Results.** *Interdisciplinary collaboration among physicians, pharmacists, nurses, physiotherapists, occupational therapists, psychologists, and social workers reduces hospitalizations, improves functional capacity, supports deprescribing, and enhances satisfaction among both patients and care teams.* **Conclusions.** *Interdisciplinary teamwork is a cornerstone of modern geriatrics. Its further development requires strengthening communication competencies, introducing joint training, and integrating care across hospital, outpatient, and community settings. (Gerontol Pol 2025; 33; 181-187) doi: 10.53139/GP.20253324*

Keywords: *geriatrics, interdisciplinary care, polypharmacy, deprescribing, geriatric care, interprofessional communication*

Adres do korespondencji / Correspondence address: Aldona Katarzyna Jankowska, Katedra Komunikacji Medycznej i Humanistyki Medycznej, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. Świętojańska 20, 85-077 Bydgoszcz ☎ (+48 52) 585 54 29 k.jankowska@cm.umk.pl
ORCID: Aldona Katarzyna Jankowska 0000-0001-9555-0977, Joanna Matjanowska 0000-0002-7971-182X

© Akademia Medycyny

Wstęp

Proces starzenia się społeczeństw w Polsce i Europie prowadzi do systematycznego wzrostu liczby osób powyżej 65. roku życia. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) do 2050 roku osoby starsze będą stanowiły około 30% populacji Unii Europejskiej, co oznacza podwojenie ich liczby w porównaniu z początkiem XXI wieku [1]. Zjawisku temu towarzyszy wzrost odsetka pacjentów z wielochorobowością oraz zwiększone ryzyko polipragmazji, czyli jednoczesnego przyjmowania wielu leków bez właściwej koordynacji między lekarzami różnych specjalności [2,3]. W populacji geriatrycznej polipragmazja jest jednym z najistotniejszych czynników ryzyka upadków, zaburzeń poznawczych, delirium, hospitalizacji oraz utraty samodzielności [4].

Wraz z narastającym obciążeniem chorobami przewlekłymi i ograniczeniami funkcjonalnymi, pacjenci starsi wymagają nie tylko interwencji medycznych, ale także wsparcia psychologicznego, dietetycznego, fizjoterapeutycznego i społecznego. Tradycyjny model opieki, oparty na fragmentarycznym podejściu specjalistycznym, okazuje się niewystarczający w kontekście złożonych potrzeb osób w wieku podeszłym. Brak skutecznej komunikacji między członkami zespołu, duplikacja działań terapeutycznych oraz brak wspólnego planu leczenia prowadzą do niespójności decyzji klinicznych i obniżenia jakości opieki [5].

Z tej perspektywy kluczowego znaczenia nabiera interdyscyplinarne podejście do pacjenta geriatrycznego, w którym lekarze, pielęgniarki, farmaceuci, fizjoterapeuci, psycholodzy, terapeuci zajęciowi i pracownicy socjalni wspólnie tworzą zintegrowany plan opieki. Taki model umożliwia nie tylko skuteczniejsze leczenie i profilaktykę powikłań, ale również wspiera utrzymanie funkcji, autonomii i dobrostanu seniorów [6]. Interdyscyplinarna współpraca stanowi dziś nieodzowny element nowoczesnej geriatrii – kierunku, który łączy medycynę, rehabilitację, psychologię i nauki społeczne w służbie zdrowego i aktywnego starzenia się.

Cel pracy

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie znaczenia komunikacji i współpracy w zespołach geriatrycznych, analiza korzyści klinicznych, mechanizmów działania, barier oraz opis mechanizmów poprawy funkcjonowania pacjentów, bezpieczeństwa farmakoterapii wraz z przedstawieniem praktycznych rekomendacji.

Materiał i metody

Przegląd obejmuje literaturę naukową z lat 2020-2025 wyszukaną w bazach PubMed, PMC, Scopus oraz Google Scholar, z użyciem słów kluczowych: *interdisciplinary team*, *geriatrics*, *polypharmacy*, *deprescribing*, *interprofessional collaboration*. Uwzględniono prace oryginalne, metaanalizy, przeglądy systematyczne oraz wytyczne międzynarodowe i krajowe.

Omówienie

Definicja i kontekst

Zespół interdyscyplinarny w geriatrii (*interdisciplinary team*) stanowi grupę specjalistów z różnych dziedzin, którzy wspólnie planują, realizują i monitorują opiekę nad pacjentem starszym. Zgodnie z definicją Xavier University, obejmuje on co najmniej dwie profesje medyczne lub społeczne: najczęściej lekarza geriatrę, pielęgniarkę geriatryczną, farmaceutę klinicznego, fizjoterapeutę lub terapeutę zajęciowego, psychologa oraz pracownika socjalnego [7]. Wspólnym celem zespołu interdyscyplinarnego jest utrzymanie zdrowia, funkcji i jakości życia pacjenta poprzez połączenie interwencji medycznych, rehabilitacyjnych, psychologicznych i społecznych.

W literaturze gerontologicznej pojęcia *interdyscyplinarny* i *multidyscyplinarny* bywają stosowane zamiennie, jednak nie oznaczają tego samego. Według Clarka [8] zespół multidyscyplinarny działa równolegle – każdy specjalista realizuje swoje zadania niezależnie, a decyzje terapeutyczne są sumą indywidualnych opinii. Z kolei zespół interdyscyplinarny charakteryzuje się realną integracją działań, aktywną wymianą informacji i wspólnym podejmowaniem decyzji klinicznych [8-10]. Jak podkreślają Ellis i Sevdalis [6], skuteczność takiego zespołu zależy od komunikacji, współodpowiedzialności i wzajemnego szacunku dla kompetencji jego członków.

Do kluczowych komponentów efektywnego zespołu interdyscyplinarnego należą: otwarta komunikacja, wspólne cele terapeutyczne, jasny podział ról i kompetencji, regularna wymiana informacji oraz wspólne planowanie opieki z udziałem pacjenta i jego rodziny [6,11,12]. Modele te wspierają wymianę wiedzy, pozwalają uniknąć błędów wynikających z braku koordynacji i sprzyjają lepszemu utrzymaniu funkcji pacjenta w środowisku domowym lub instytucjonalnym.

Opieka geriatryczna ma charakter złożony, gdyż obejmuje pacjentów z wielochorobowością, zwiększonym ryzykiem interakcji lekowych, upadków, pogorszenia funkcji poznawczych i emocjonalnych, a także z potrze-

bami psychospołecznymi i rehabilitacyjnymi. Zespół interdyscyplinarny umożliwia skoordynowanie działań medycznych i społecznych, zapobiega fragmentacji opieki między szpitalem, domem i środowiskiem oraz wspiera realizację kompleksowego planu terapeutycznego [11,13].

Korzyści i mechanizmy działania współpracy interdyscyplinarnej

Wyniki licznych badań potwierdzają, że interdyscyplinarna współpraca w geriatrii prowadzi do mierzalnej poprawy wyników klinicznych, funkcjonalnych i jakości życia osób starszych. Metaanalizy wskazują, że zespoły interdyscyplinarne zmniejszają liczbę hospitalizacji średnio o 25%, ograniczają polipragmazję oraz poprawiają utrzymanie funkcji fizycznych i poznawczych [9,14,15]. W kanadyjskim modelu podstawowej opieki zdrowotnej pacjenci objęci interdyscyplinarną opieką mieli średnio o 1,8 mniej leków i o 23% mniej wizyt w izbach przyjęć. w porównaniu z grupą kontrolną [16]. W metaanalizie dotyczącej interdyscyplinarnej opieki domowej wykazano redukcję hospitalizacji (RR = 0,73; 95% CI 0,55-0,97) oraz poprawę samodzielności pacjentów [17].

Skuteczność współpracy interdyscyplinarnej wynika z integracji kompetencji wielu specjalistów oraz systematycznej wymiany informacji między nimi. W przeciwieństwie do modeli multidyscyplinarnych, w których decyzje zapadają sekwencyjnie, w zespołach interdyscyplinarnych są one podejmowane wspólnie, co skraca czas reakcji na pogorszenie stanu zdrowia i redukuje liczbę błędów terapeutycznych [10,18]. Przepływ informacji między członkami zespołu pozwala łączyć objawy w szerszym kontekście klinicznym (np. zaburzenia równowagi jako efekt uboczny farmakoterapii), co sprzyja depreskrypcji leków sedatywnych, poprawie funkcji ruchowych i bezpieczeństwa pacjenta [19].

Badania nad edukacją zespołową (IDT/IPE) wykazują, że regularne szkolenia międzyprofesjonalne zwiększają kompetencje komunikacyjne o 30-40%, precyzują role zawodowe i wzmacniają poczucie współodpowiedzialności [12, 20]. W efekcie poprawia się koordynacja opieki, maleje ryzyko konfliktów roli, a satysfakcja personelu i pacjentów wzrasta [6].

Interdyscyplinarne podejście umożliwia holistyczne ujęcie pacjenta: integrację danych medycznych, funkcjonalnych, psychologicznych i społecznych, co prowadzi do bardziej spójnych planów leczenia i ogranicza fragmentację opieki [11,21]. Utrzymanie ciągłości opieki między szpitalem, ambulatoryjną i domową formą leczenia poprawia bezpieczeństwo farmakoterapii i wyniki funkcjonalne [22].

Kluczowym elementem pozostaje komunikacja terapeutyczna – dostosowanie języka, struktury i tempa rozmowy do możliwości poznawczych pacjenta zwiększa jego adherencję, poczucie bezpieczeństwa i współpracę z zespołem [23]. W konsekwencji interdyscyplinarność nie tylko poprawia wyniki kliniczne, lecz także humanizuje opiekę, wzmacniając podmiotowość seniora i satysfakcję zespołu medycznego [13]. Efekty obrazuje tabela I.

Bariery organizacyjne, komunikacyjne i edukacyjne we wdrażaniu multidyscyplinarnych zespołów opieki geriatrycznej

Bariery organizacyjne, komunikacyjne i edukacyjne stanowią istotne wyzwanie w tworzeniu i funkcjonowaniu zespołów zajmujących się opieką nad populacją geriatryczną. Multidyscyplinarność odgrywa kluczową rolę w poprawie jakości opieki, jednak jej wdrożenie wymaga znacznych zasobów, koordynacji i inwestycji organizacyjnych oraz edukacyjnych [24].

Jednym z najpoważniejszych ograniczeń jest niedobór wykwalifikowanego personelu. Według raportu Najwyższej Izby Kontroli, jedynie 532 lekarzy w Polsce posiadało specjalizację w dziedzinie geriatrii, z czego 518 było aktywnych zawodowo. W krajach Unii Europejskiej liczba geriatrów przypadających na milion mieszkańców waha się od 16 do 50, przy średniej 31 w Belgii, Danii, Francji, Włoszech i Hiszpanii; w Polsce wskaźnik ten wynosi 12,8. Z kolei liczba pielęgniarek posiadających kwalifikacje w zakresie opieki geriatrycznej, paliatywnej, długoterminowej lub internistycznej wynosiła 11 158 [25].

Ograniczenia budżetowe oraz brak inwestycji w alternatywne modele opieki stanowią kolejną barierę. Badania wskazują, że choć wdrożenie zespołów multidyscyplinarnych wiąże się z początkowymi kosztami, to w dłuższej perspektywie może przynosić oszczędności dzięki poprawie koordynacji leczenia i redukcji hospitalizacji [26]. Według danych kontrolnych leczenie pacjentów po 60. roku życia opuszczających oddziały geriatryczne było tańsze o 1380 zł rocznie w porównaniu z kosztami leczenia pacjentów hospitalizowanych na oddziałach chorób wewnętrznych [25].

Kolejnym problemem jest niedostateczny rozwój kompetencji komunikacyjnych i pracy zespołowej wśród pracowników ochrony zdrowia. Jak wskazuje Young [27], efektywna współpraca interdyscyplinarna wymaga otwartości na alternatywne perspektywy, wspólnego rozwiązywania konfliktów i jasnego określania ról. Na-

Tabela I. Modele interdyscyplinarnej opieki geriatrycznej: Polska vs Europa

Table I. Models of Interdisciplinary Geriatric Care: Poland vs. Europe

Kraj	Model zespołu	Skład zespołu	Częstotliwość spotkań zespołu	Efekty kliniczne
Polska	wstępny pilotażowy	lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta	co 2 tygodnie	wstępne obserwacje: poprawa satysfakcji pacjentów i lepsza koordynacja opieki
Niemcy	szpital geriatryczny	lekarz, pielęgniarka, farmaceuta, fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk, pracownik socjalny	raz w tygodniu	zmniejszenie hospitalizacji, depreskrypcja, poprawa funkcji fizycznych i poznawczych
Holandia	zespół POZ	lekarz POZ, pielęgniarka, farmaceuta, fizjoterapeuta	co tydzień	ograniczenie liczby leków, lepsza koordynacja opieki i redukcja hospitalizacji

Źródło: opracowanie własne na podstawie Dąbrowska (2014), *Platzer et al. (2020), De Graaf et al. (2021), NIK (2021), Geriatrics Ontario (2025).*

Tabela II. Przypadek kliniczny- opieka tradycyjna vs interdyscyplinarna (*Pacjentka: Maria K., 84 lata; Rozpoznania: cukrzyca, nadciśnienie, depresja, upadki – postępująca utrata samodzielności*)

Table II. Clinical Case – Traditional Care vs. Interdisciplinary Care (*Patient: Maria K., 84 years old; Diagnoses: diabetes, hypertension, depression, falls – progressive loss of independence*)

Diagnoses: diabetes, hypertension, depression, falls – progressive loss of independence. Aspekt opieki	Opieka tradycyjna	Opieka interdyscyplinarna
Koordynacja	Wielu specjalistów bez współpracy.	Zespół: geriatra, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk, farmaceuta.
Farmakoterapia	8 leków dziennie, brak przeglądu interakcji (polipragmazja).	Kompleksowa ocena geriatryczna (CGA), depreskrypcja 3 leków.
Rehabilitacja	Upadki uznawane za „normalne”.	Program rehabilitacji ukierunkowany na równowagę i chód.
Wsparcie psychologiczne	Brak wsparcia dla pacjentki i opiekunki.	Psychoterapia oraz edukacja opiekuna w zakresie bezpiecznej pomocy.
Wyniki po 6 miesiącach	Narastająca zależność i lęk, częste hospitalizacje.	Brak upadków, większa samodzielność, poprawa nastroju i funkcji poznawczych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie modelu interdyscyplinarnej opieki geriatrycznej (Dąbrowska, 2014; *Platzer et al., 2020; De Graaf et al., 2021).*

dal jednak szkolenia interdyscyplinarne są ograniczone głównie do kierunków lekarskich, a studenci różnych zawodów medycznych kształceni są w izolacji, co utrudnia zrozumienie specyfiki i kompetencji innych profesji. Podobne wnioski przedstawia Reuben i wsp. [28], wskazując, że brak zintegrowanego kształcenia skutkuje podziałami między dyscyplinami i utrudnia współpracę w praktyce klinicznej.

Brakuje także systemowych rozwiązań edukacyjnych na poziomie podyplomowym, w tym obowiązkowych modułów interdyscyplinarnych w ramach programów specjalizacyjnych w dziedzinie geriatrii [29].

Bariery obejmują również aspekt metodologiczny – autorzy przeglądu systematycznego Platzer i wsp. [9] zwracają uwagę na brak jednolitych narzędzi do oceny skuteczności interwencji multidyscyplinarnych, co utrudnia porównanie wyników badań i wdrażanie najlepszych praktyk.

Podsumowując, główne przeszkody we wdrażaniu zespołów interdyscyplinarnych w Polsce obejmują: niedobór specjalistów, ograniczenia finansowe, słabe przygotowanie komunikacyjne i edukacyjne oraz brak jednolitego systemu oceny skuteczności działań zespołowych.

Realia polskie

W 2013 roku, z inicjatywy Ministra Zdrowia, powołany został Zespół ds. Gerontologii, który opracował *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej* podkreślające znaczenie zespołów multidyscyplinarnych w opiece nad osobami starszymi [30]. Dokument ten stanowił jeden z pierwszych prób systemowego ujęcia koncepcji interdyscyplinarnej opieki geriatrycznej w Polsce.

W warunkach krajowych funkcjonują obecnie różne inicjatywy mające na celu usprawnienie i integrację opieki nad seniorami. Jednym z przykładów jest Całościowa Ocena Geriatryczna (COG) – narzędzie łączące dane pochodzące od lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa i pracownika socjalnego. COG jest realizowana głównie w oddziałach i poradniach geriatrycznych,

umożliwiając kompleksową ocenę stanu funkcjonalnego, psychicznego i społecznego pacjenta.

Według raportu Najwyższej Izby Kontroli z 2021 roku, w Polsce funkcjonowało 58 oddziałów geriatrycznych (łącznie 1254 łóżka) oraz 96 poradni geriatrycznych. W odniesieniu do tempa starzenia się społeczeństwa, liczby te pozostają niewystarczające i nierównomiernie rozmieszczone na terenie kraju [25].

W 2023 roku wprowadzono ustawę o szczególnej opiece geriatrycznej (*Dz.U. 2023 poz. 1831*), przewidującą utworzenie Centrów Zdrowia 75+, których zadaniem jest decentralizacja opieki nad seniorami, rozwój opieki ambulatoryjnej i środowiskowej oraz integracja świadczeń zdrowotnych i społecznych. W skład zespołów centrów mają wchodzić lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk oraz terapeuta zajęciowy. Choć ustawa weszła w życie 1 stycznia 2024 roku, według aktualnych danych nie otwarto jeszcze żadnego takiego ośrodka [31].

Reasumując, główne bariery wdrażania interdyscyplinarnych modeli opieki geriatrycznej w Polsce obejmują: brak jasno określonej struktury organizacyjnej, ograniczenia finansowe, niewystarczającą liczbę specjalistów, niedostateczne przygotowanie w zakresie komunikacji międzyprofesjonalnej oraz fragmentację systemu opieki zdrowotnej [30]. Dodatkowo, brak powszechnie dostępnych szkoleń interdyscyplinarnych oraz słaba integracja opieki szpitalnej, ambulatoryjnej i środowiskowej utrudniają wprowadzenie spójnych modeli opieki nad seniorami.

Dobre praktyki

Raport Najwyższej Izby Kontroli (NIK) „Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej" -analiza funkcjonowania zespołów interdyscyplinarnych w Polsce wskazuje, że optymalny zespół powinien składać się z lekarza geriatry, pielęgniarki, farmaceuty, fizjoterapeuty, dietetyka, psychologa oraz pracownika socjalnego. Tak skonstruowany zespół umożliwia kompleksową ocenę medyczną, funkcjonalną, poznawczą i społeczną pacjenta oraz wspólne ustalanie celów opieki [6,12,14,25]. Model Całościowej Oceny Geriatrycznej (CGA) i program WHO ICOPE (Integrated Care for Older People) podkreślają konieczność koordynacji interwencji między profesjami i łączą opiekę zdrowotną z wsparciem środowiskowym [1].

Raport podkreśla także znaczenie cotygodniowych spotkań zespołu dla omówienia stanu pacjentów i planowania dalszej opieki. Regularne spotkania zespołu, odbywające się co najmniej raz w tygodniu, pozwalają na przegląd pacjentów, ocenę realizacji celów i modyfikację planów terapeutycznych. Dowody z przeglądów systematycznych i projektów jakościowych wskazują, że takie spotkania poprawiają koordynację opieki, ułatwiają depreskrypcję i zmniejszają liczbę błędów komunikacyjnych [5, 9, 33]. Interdyscyplinarne odprawy (IDT meetings) usprawniają przepływ informacji między członkami zespołu i umożliwiają bieżące rozwiązywanie problemów klinicznych.

Raport zwraca również uwagę, że kluczowym elementem jest również prowadzenie elektronicznego, wspólnego planu opieki (care plan) dostępnego dla wszystkich członków zespołu i pacjenta lub jego opiekuna. Rozwiązania cyfrowe, takie jak ICOPE-CARE oraz niderlandzki system ZWIP (Zorg en Welzijn Informatie Portaal), umożliwiają zintegrowane zarządzanie informacjami o leczeniu, monitorowanie postępów i angażowanie rodziny w proces opieki [1,34,35]. Badania nad e-zdrowiem i portalami pacjentów wskazują, że współdzielony dostęp poprawia bezpieczeństwo, dokładność informacji i satysfakcję zarówno pacjentów, jak i profesjonalistów [36,37].

Wnioski

Interdyscyplinarna współpraca stanowi kluczowy element nowoczesnej geriatrii, umożliwiając kompleksową ocenę i koordynację opieki nad osobami starszymi. Dowody naukowe wskazują, że zespoły interdyscyplinarne, obejmujące lekarza, pielęgniarkę, farmaceutę, fizjoterapeutę, psychologa, terapeutę zajęciowego i pracownika socjalnego, prowadzą do redukcji hospitalizacji, skuteczniejszej depreskrypcji oraz poprawy bezpieczeństwa farmakoterapii, funkcjonowania i jakości życia pacjentów.

W polskich warunkach rozwój takiego modelu ograniczają niedobory kadrowe, rozproszenie systemu opieki, niewystarczające szkolenia międzyprofesjonalne oraz brak integracji informatycznej między poziomami opieki. Priorytetem powinno być wdrożenie stałych odpraw zespołowych, przeglądów lekowych z udziałem farmaceuty oraz wprowadzenie wspólnego elektronicznego planu opieki.

Dalszy rozwój interdyscyplinarnej geriatrii w Polsce wymaga wzmocnienia kompetencji komunikacyjnych, włączenia modułów IPE/IDT do kształcenia przed- i podyplomowego, a także pełnego uruchomienia Centrów Zdrowia 75+ z zespołami o ustandaryzowanym składzie i jasnym systemem finansowania. Integracja działań medycznych, rehabilitacyjnych i społecznych jest warunkiem zapewnienia seniorom opieki bezpiecznej, spójnej i skoncentrowanej na potrzebach pacjenta.

Konflikt interesów/ Conflict of interest
Brak/ None

Piśmiennictwo/References

1. World Health Organization. Global Report on Ageing and Health. Geneva: WHO 2021.
2. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, Fratiglioni L. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. Ageing Res. Rev. 2011;10(4): 430-9. https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003.
3. Maher RL, Hanlon J, Hajjar E. R. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert Opinion on Drug Safety, 2014;13(1):57-65. https://doi.org/10.1517/14740338.2013.827660.
4. Payne RA, Avery AJ. Polypharmacy: One of the greatest prescribing challenges in general practice. Br J Gen Pract. 2011;61(583):83-84. https://doi.org/10.3399/bjgp11X556146.
5. Kripalani S, Le Fevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: Implications for patient safety and continuity of care. JAMA, 2007;297(8): 831-41. https://doi.org/10.1001/jama.297.8.831.
6. Ellis G, Sevdalis, N. Understanding and improving multidisciplinary team working in geriatric medicine. Age and Ageing, 2019;48(4):498-505. https://doi.org/10.1093/ageing/afz031.
7. Xavier University. Interdisciplinary Team in Geriatric Care: Definition and Core Competencies. Cincinnati: Xavier University Press 2023.
8. Clark PG. Learning on interdisciplinary gerontological teams. Educ Gerontol. 1994;20(4):349-64. https://doi.org/10.1080/0360127940200402.
9. Platzer E, Rieger S, Tinschert P. Impact of inter- and multiprofessional interventions in geriatric care: A systematic review. BMC Geriatr. 2020;20:358. https://doi.org/10.1186/s12877-020-01771-w.
10. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009;(3):CD000072. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub2.
11. Dąbrowska B. Interdyscyplinarny model opieki nad osobami starszymi. Wrocław: Dolnośląska Biblioteka Cyfrowa 2014.
12. Waters L, Tumosa N. The Geriatrics Workforce Enhancement Program: Building collaborative geriatric care models. J. Am. Geriatr. Soc. 2019;67(10):2123-2129. https://doi.org/10.1111/jgs.16133.
13. Cesari M. Defining the role and reach of a geriatrician. The Lancet Healthy Longevity, 2024;5(7): e456-e458. https://doi.org/10.1016/S2666-7568(24)00127-2.
14. Kongkar, R., et al. The impact of interdisciplinary team-based care on patient outcomes. Int J Integr Care, 2025;25(1):e105.
15. Albarqi MN, et al. Assessing the impact of multidisciplinary collaboration on quality of life among older patients. BMC Geriatr. 2024;24:105.
16. McNabney MK. et al. Collaborative primary care models for older adults: Improving medication management and reducing ED visits. J. Am. Geriatr. Soc. 2022;70(12):3512-20.
17. Kamei T, Kawada A, Minami K, Takahashi Z, Ishigaki Y, Yamanaka T, Yamamoto N, Yamamoto Y, Suzuki Y, Watanabe T, Iijima K. Effectiveness of an interdisciplinary home care approach for older adults with chronic conditions: A systematic review and meta-analysis. Geriatr Gerontol Int. 2024;24(9):827-40. https://doi.org/10.1111/ggi.14931.
18. Deschodt M, Claes V, Van Grootven B, Van den Heede K, Flamaing J, Milisen K. Structure and processes of interdisciplinary geriatric consultation teams in acute care hospitals: A scoping review. Int J Nurs Stud. 2016;55:98-114. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.015.
19. Patterson SM, Hughes C, Crealey G, Cardwell CR, Lapane KL. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012;5:CD008165.
20. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeney D. Effective interprofessional education: Argument, assumption and evidence. Oxford 2016: Blackwell Publishing.
21. Hayes C, Manning, M, Fitzgerald C, de Lacy M, O'Brien K, Carroll Á. Effectiveness of community-based multidisciplinary integrated care for older adults with general practitioner involvement: A systematic review and meta-analysis. Health & Social Care in the Community. 2024; Article ID 6437930, 23 pages, https://doi.org/10.1155/2024/6437930.
22. Barrault-Couchouron, M. et al. Exploring determinants of interdisciplinary collaboration in oncogeriatric care. Frontiers in Oncology, 2022;12:894678.

23. Pitala, A. Perswazja w dyskursie gerontologicznym - przeszkody i strategie komunikacyjne z pacjentem geriatrycznym. Acta Universitatis Lodziensis: Polonica, 2023;44(2):161-9.
24. Taberna M, Gil Moncayo F, Jané-Salas E, Antonio M, Arribas L, Vilajosana E, i wsp. The multidisciplinary team (MDT) approach and quality of care. Front Oncol. 2020;10:85-93.
25. Najwyższa Izba Kontroli. Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej. Informacja o wynikach kontroli. Warszawa; 2021. https://www.nik.gov.pl/plik/id,25632,vp,28405.pdf.
26. Shepperd S, Iliffe S, Doll H, Clarke M, Kalra L, Wilson A, i wsp. Admission avoidance hospital at home. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(7):CD007491.
27. Young HM. Interdisciplinary approaches in geriatrics: Education, research, and practice. Nurs Stand. 2011;25(41):42-7.
28. Reuben D, Levy-Storms L, Yee M, i wsp. Disciplinary split: A threat to geriatrics interdisciplinary team training. J Am Geriatr Soc. 2004;52(6):1000-6.
29. Ministerstwo Zdrowia. Program specjalizacji w dziedzinie geriatrii. Warszawa; 2023.
30. Polskie Towarzystwo Gerontologiczne. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. Geriatria Polska. 2013;21(2):33-47.
31. Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej. Dz.U. 2023 poz. 1831.
32. Szarota Z. Gerontologia społeczna i oświatowa: zarys problematyki. Kraków 2004: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
33. O'Leary KJ, Sehgal NL, Terrell G, Williams MV. Interdisciplinary teamwork in hospitals: A review and practical recommendations for improvement. Journal of Hospital Medicine, 2012;7(1):48-54. https://doi.org/10.1002/jhm.970.
34. De Graaf A, Verbeek H, Zuidema S. et al. (2021). Generalist-specialist collaboration in primary care for frail older persons: A promising model for the future. UKON Netwerk Geriatrie. https://www.ukonnetwerk.nl/media/2013/generalist-specialist-collaboration.pdf.
35. Geriatrics Ontario. (2025). Models and Examples of Primary Care Integrated Geriatric Teams: Resources. Toronto: Geriatrics Ontario Portal. https://geriatricsontario.ca/resources.
36. van der Veen R, Robben S, Kemperman A, Wijnen M. ZWIP: A secure health and welfare information portal for the elderly. International Journal of Integrated Care, 2015;15(2). https://doi.org/10.5334/ijic.2114.
37. Wolff JL, Darer JD, Lichtenberg PA. Sharing patient portals with family caregivers: A scoping review. Journal of the American Medical Informatics Association, 2020;27(6):934-43. https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa023.