

全人照顧下的醫務社會工作 跨團隊角色實務

陳君儀

壹、前言

全人照顧發展的脈絡主要是回應病人在患病期間，因為複雜的心理、社會、文化需求，對於個人維持每日生活平衡能力的干擾。全人照顧係以病人為中心的照顧為核心，聚焦病人的身體、情緒、社會和靈性之整體性的需求，據此重置病人生活的平衡，使其能夠因應疾病及所帶來的各種挑戰，進而提升生活品質；相對於加總的概念，更著重於脈絡式的全方位理解。實踐以病人為中心的照顧取向，全人照顧賦予病人及其家屬相關的權能與責任，使其成為醫療照顧歷程中，主動、自主，具有與選擇力的一方，在獲得治療與照顧的過程中，病人及其家屬同時透過實際的參與，產生希望、尊嚴、自尊、自我效能、成長與活力。另一方面，在醫療照顧團隊與病人之間相互開放、平等、互惠的基礎上，全人照顧強調工作者與病人的夥伴關

係，以及有益於導向疾病復原、健康促進的照顧需求協商。整體而言，全人照顧的正向結果能夠促進和諧、健康與復能，以及病人的發展；也有助於醫療照顧者的個人與專業成長，以及其對於自身和工作的滿意度。是一種病人與照顧者同步投入、獲得的專業實施與工作歷程（Jasemi et al., 2017）。

因此，連結全人概念的實務工作，聚焦於與個人整體需求及其支持網絡一同工作的價值觀點，並且強調在連續的投入過程中，持續覺察並進行反思，立基於有效的團隊工作，關注與病人息息相關之每日生活當中相互關聯的多重元素（McMillan et al., 2020）。可見，實踐全人照顧是所有照顧團隊的理想目標，同時也是實務過程中的重要挑戰，需要最大化照顧團隊的協作與相乘效益。在跨團隊協作中，醫務社會工作者除了專業任務的實施之外，同時也在團隊間提供著串聯、協

調的關係工作，在持續發展與變動的疾病軌跡中，協助病人與家屬維持能量與平衡。本文奠基於醫務社會工作者以病人、家庭脈絡為中心的觀點，解析與疾病共存之生活軌跡、疾病複雜度的概念，進而檢視醫務社工的跨團隊工作內涵，並依據概念架構歸納出醫務社工的跨團隊實務角色。

貳、與生活共存的疾病觀點 ——患病軌跡與複雜度

患病軌跡 (illness trajectory) 由 Glaser 與 Strauss (1968) 提出，概念的意涵有別於單純的疾病自然進程 (illness course)，而是將疾病的演變以及各層面相關聯的影響均納入因應與管理疾病的考量範圍。因此，「軌跡」的概念有兩個層面的意義。第一，軌跡的演變是生理的、與生活風格相關的。第二，和健康相關的工作，是對人的工作 (people work)，據此，病人會對各項的醫療「處置」產生反應，而這些「反應」將會影響工作的過程；另一方面，病人是應該也能夠參與工作過程的投入者，生病後的角色也包含了成為一位共同工作者。整體而言，在「人的工作」的脈絡下，軌跡會隨著各種進程與反應產生各項可預期、非預期的發展和延伸，從而構成患病軌跡的高度複雜性。依據軌跡的概念，發覺與理解患病軌跡的

線索，包含了以下幾種途徑，第一，疾病或治療中所發展出的需求路徑，意即隨著病情發展、各種相對應的治療計畫、措施、用藥，均將展開不同的干擾與調適，進而接續發生各式可預期與非預期的需求；第二，雙家庭發展階段中平行的路徑，指的是在家庭脈絡中的病人與照顧者，可能處於個人與跨世代同時發生的不同家庭發展階段，例如同時撫養新生兒的失能長輩照顧者，此時家庭所面對的將可能是肩負老幼照顧的青壯年，因此，對於疾病因應與照顧的理解，需要考量病人與家屬各自與共同立基的發展階段；第三、病友與家屬所處脈絡與環境下的路徑，此一路徑即是醫務社工所熟悉的脈絡觀點，避免僅聚焦疾病的治療來理解需求，而是將與疾病共存的生活日常與環境複雜度同時納入考量；第四，生活風格差異所產生的路徑，此一路徑著重個人的獨特性，意即疾病軌跡會隨著個人的選擇與差異性而不同，進而衍生各種軌跡路徑的變化 (Strauss et al., 2019)。

複雜度 (complexity) 的概念主要是相對於標準化的照顧流程，呈現出臨床實務中患病軌跡的多面項性、變動性與不確定性。其複雜度導因於疾病的嚴重度、診斷的不確定性、無法解讀的行為、缺乏社會安全或參與、照顧團隊的失序，以及照顧系統關係的衝突。此外，對於複雜性的完整理解，還要加上不同病人在生

病經驗中遭遇到的各種個別化細節，諸如在治療照顧過程中所接觸互動的團隊工作人員數量、住院治療期間的訪客人數、曾經接受的醫療照顧服務數目暨失敗的服務數目、檢查項目數、住院的次數和時間長度、診斷和會診科別數、計畫外的診療和急診數量、多重助人系統的參與、疾病診療資訊與認知/預期的落差等（Peek et al., 2009）。匯集疾病、醫療計畫、照顧歷程以及與疾病共存之日常生活所形成的複雜度，與患病軌跡概念一致的凸顯落實全人照顧之有效跨團隊協作的迫切性。

參、跨團隊工作與醫務社會工作實務

隨著醫療科技與健康照顧服務知能的日新月異，個人在疾病治療、健康維護等需要上，獲得更多元的選擇，一方面提升壽命延長的可能性；另一方面，也拉長了個人與疾病共存的時間。需求脈絡發展的特性有三，首先，老年、多重與慢性病患者人數日益增加，疾病的治療愈顯現出連續、相互關聯的歷程發展特性。第二，多數的病人從被動的服務接受者，轉變成為治療計畫以及決策過程的積極參與者。第三，在整體健康照顧產業中，有愈來愈多元的健康專業參與其中，促使特定化、差別化服務的蓬勃發展（Körner et al., 2016）。健康需求的滿足，愈加倚賴

跨科際醫療團隊共同提供服務，以病人需求為中心，輸送多元且彈性整合的團隊服務（Martin & Manley, 2018）。因此，除了原本依專業分工的醫事人員團隊之外，包含病人及家屬，著重心理社會、靈性關懷的社工師、靈性人員/宗教師，以及相關的社區工作團隊等，都被納入以病人需求為核心的健康照顧團隊中。多項研究指出，透過跨專業團隊有效的互動，能夠提供安全、有品質且具有成效的健康照顧服務（Frenk et al., 2010）；並且互動密切、相互整合、充分落實協商與彈性機制的團隊，是能夠將團隊成果最大化、提供高品質服務的基礎（Bronstein, 2003、Firn et al., 2018）。如此一來，在跨專業團隊工作中，必要投入一定的資源，以促進多專業順暢協作、充分彈性整合。然而，跨團隊工作本身即具有一定的複雜度，意即，多重、複雜需求的介入過程，往往會產生許多「非計畫中、意料之外」的議題。Allen等人（2004）指出，跨專業團隊實務會面臨三種複雜的議題。第一，病人的照顧軌跡會因為工作者之間的互動模式而變得難以預測；第二，不同專業背景之工作者在文化、目標、訓練、價值上的差異，會影響跨專業協作的基礎；第三、在服務的實施中，專業之間的協作受到權力差異、制度、服務規範等條件的影響。

醫務社工在醫療機構中發揮專業的助人工作技術，扮演促進病患之心理社會

福祉的專責角色，提供心理社會層面問題的介入、服務品質倡導、促進多元溝通、充權案主、資源轉介與建構等服務（溫信學，2021；莫藜藜，2020；Cowles & Lefcowitz, 1992, 1995; Herbert & Levin, 1996; Donnelly, 1992）。為因應因疾病所產生的心理、社會、靈性等層面的問題，醫務社會工作者也成為醫療團隊的重要成員之一。相關研究曾對醫務社工的團隊角色進行實證討論，檢視了醫務社工之跨團隊角色功能在實務上的成效與限制。部分針對病人與家屬的研究顯示，醫務社工在服務互動的過程中，同步動員有效的社會資源，協助病人與家屬因應導因於傷病而產生的生活危機和轉變，促進其達到回歸社區的目標（Beresford et al., 2007; McLaughlin, 2016）。另有針對醫療或社區照顧成員觀點的分析，結果顯示，受訪者一致認同醫務社工在跨科技與跨機構協調方面的專業優勢，也肯定醫務社工對於整體健康照顧服務的實質貢獻，包含與病人建立有效的工作關係、提供服務的承諾，以及社會心理評估技術等（Davies & Connolly, 1995; Herod & Lymbery, 2002）。然而，亦有研究指出，部分健康照顧團隊成員對醫務社工角色與任務的不理解，以及不認同其團隊成員角色，未能及早與社工共享資訊，而傾向在醫院照顧歷程的末端，才將病人的問題照會社工。諸如此類在協作上的認知落

差，導致社會工作者無法參與整個醫療溝通與決策過程，僅能遵照醫囑照會提供片段式的服務（Brandsen, 2005; Cowles & Lefcowitz, 1995; Judd & Shedfield, 2010; Oliviere, 2001）。

經由以上討論可知，立基於社會工作之全人觀點與多元文化的價值取向，有助於提升所有團隊人員關注與理解服務對象的獨特性和生命歷程脈絡，也有益於突破文化差別認知的盲點，因此，醫務社工在專業職能發揮的同時，若能夠有效參與團隊工作，有助於促進全人照顧的落實（Borst, 2010; Gehlert & Browne, 2011; Long & Rosen, 2017）。

肆、歷程取向的健康照顧工作 ——串連與推進服務程序的 連結與協調工作

因應過程變動、推進程序步驟的連結工作（articulation），以及促進多重資源功能有效發揮的協調工作（coordination），是回應疾病軌跡與複雜度之各層面需求的重要實務內涵。

一、連結工作

Strauss（1985）針對醫療場域內的流程實施與工作分工，提出了連結工作（articulation work）的概念。連結工作依據工作任務的屬性而異，在複雜的串

聯與互動過程中，包含各項有目的的協商、妥協、遊說、以及教育等（Corbin & Strauss, 1993）；工作者需要隨著實務狀況判斷如何執行連結工作、評估連結工作執行的困難度，以及確認成功達成連結工作所需的資源質量，以因應各種預期外的改變與狀況（Timmermans & Freidin, 2007）。連結工作的概念，凸顯實務過程中需要工作者專注投入，卻又鮮少被注意的隱形工作項目。也因此，連結工作是每一種社會行動都需具備的要件，但卻未必是明確設定或實質給付的工作種類（Postma et al., 2015）。具體而言，連結工作的目的是因應各種未被納入規劃的事件，立基於對工作任務的全面掌握，隨著不同的工作安排而產生不同的工作協調過程、對應整合各式實務分工，以便達成任務目標（Strauss, 1988）；這些工作有可能是外行人無法覺察的，但為了達成任務，必須持續花費時間、投注精力與資源，以使所有的事情能夠步上軌道（Gerson & Star, 1986）。

Postma等人（2015）運用連結工作的概念來分析社區健康工作者在實務過程中所遭遇的多重工作對象與多重問題，進而歸納出三種連結工作的實務類型。第一是專業內部的連結工作（intraprofessional articulation work），指的是因應多重問題個案對於專業的抗拒，以及介入問題本質上的複雜性和困難度，工作者花費時

間與案主建立穩定的工作關係，並以個案需求為核心，整合回應特殊需求的各種服務措施，以利評估與服務輸送的實施。第二是專業間的連結工作（interprofessional articulation work），主要是協調參與個案服務的各個專業，進行媒合、協作、指導，並且監督服務的使用與輸送狀況；以因應多重專業服務整合，可能發生的各種錯誤溝通、業務重疊、不適切服務的狀況。第三是常民的連結工作（lay articulation work），目的是在服務設計與輸送的脈絡中，最小化專業化照顧的成分，透過教育的方式，提升個案自我照顧的能力；透過非正式資源之意願的徵詢、指導，加強個案的社會網絡能量。透過三個層面的實施，連結工作用於解決服務輸送過程中常見之「高度需求的個案，往往難以適用例行性服務」的實務困境，落實提供好的照顧服務之目標，顯示適切之連結工作是專業重要的特質與內涵。

二、協調工作

在個案管理的實施程序中，社會工作者透過協調工作來確保同時運作的多重資源能夠有效回應服務對象在事件歷程中持續產生的多重需求。協調是在服務實施的過程中確實追蹤與掌握計畫能夠如預期執行，並且必須持續透過資訊的更新來評估計畫轉換或調整的必要性，以維持跨團隊協作的有效性（巴列夫、明克，

1986 / 1998)。協調工作包含四個主要的元素，第一，與跨團隊協作的助人網絡成員工作，據以建立共同的目標以及工作方法；意即，跨團隊的工作不僅是以回應病人的需求為目標，如何組織與經營有效的網絡團隊，也是跨團隊工作的重要任務。第二，透過協調工作促進協作成員覺察自身角色功能發揮，對於彼此與工作成果的意義與影響；換言之，協作成員之間的協調，目的在於增進彼此的理解，並且在同一投入的過程中，學習並認知到個人和參與協作的重要性與影響力。第三，整合團隊的投入並降低衝突，協作過程中的衝突雖不必然發生，但可視為是可預期之軌跡取徑，協調工作即是以正向因應的策略來檢視衝突，並確保工作的投入朝計畫目標發展。第四，繼續監督病人與跨專業照顧團隊的投入與進展，據以預估服務實施成效，並且進行必要之修正（Healy, 2022）。

具體而言，協調工作的目的在於維持跨專業團隊工作的品質與穩定性，在多重資源所組成的跨團隊助人網絡中，深化跨團隊協作關係、促進參與者效能、降低衝突風險、確保工作投入能夠有效回應需求目標。

伍、醫務社會工作者的跨專業團隊實務角色

由以上的討論與實證分析中可知，連結與協調工作的概念具體反應了實務工作過程之複雜、連續性的場景脈絡，凸顯工作過程的動態屬性，以及歷程軌跡中的各種問題情境。在全人照顧的脈絡下，為了有效回應健康服務軌跡的複雜性，醫務社會工作者在團隊工作中的角色任務，除了社會工作知識基礎的場域轉化運用之外，各項促進實務運作的多元文化理解與跨領域連結、協商，亦發揮了關鍵的隱性團隊角色功能（Gehlert & Browne, 2011）。進一步，參照連結與協調工作的概念與實務功能，醫務社會工作者所扮演的跨專業團隊工作角色，大致可分為關係經紀人、社會心理脈絡領航者、預期需求掌握者、動態網絡發展與管理者等四個類型。

一、關係經紀人

跨專業團隊在病人照顧服務的過程中，會產生各種配對組合的工作關係。醫務社工得以運用以溝通及建立關係為基礎的核心職能，在團隊中促進其間的相互認知與協作磨合。首先是醫務社工與跨專業團隊成員之間，雙方在相對缺乏認知的條件下，更反應出由認知而行動、進而營造協作態度氛圍的重要性。分階段的策略能夠提升與跨專業團隊間的相互認識與信任

感，第一階段在提供特定醫療照顧前，採取自我行銷、自我倡導的方式，協助醫療團隊成員理解醫務社工的角色價值與功能；第二階段，在照會轉介後，即透由實際參與的經驗歷程、任務績效，與團隊成員一同模塑協作的方法，據此形成團隊默契與穩定合作的工作關係。第二，在高度情緒負荷的醫病溝通過程中，包含病情解釋、治療計畫說明與討論等，是提升家屬正確取得資訊的能力，同時促進照顧團隊適切理解家屬的需求，形成有效服務基礎的重要場合（蔡佩真，2004；Delany et al., 2017）；然而，若缺乏醫病雙方各自主觀認知與需求的澄清與交流，將可能干擾彼此間的關係品質，進而降低治療照顧計畫的成效，醫務社工必須在雙向的理解上搭建溝通的平臺，與醫療團隊分享病人與家屬所處的脈絡，並在各項決策商討的過程中，爭取訊息澄清與交流的機會，包含病人暨家屬的參與和表達，促進整體團隊之間發展適切的工作關係。第三，在家庭內部關係裡，工作者應敏感於決策自主在家庭關係取向脈絡中所衍生的複雜度（林雅萍，2016），必須將病人與家屬視為獨立且具有特殊性的個體，協助病人與家屬建立因應傷病衝擊的家庭內交流與協作；促進病人和家屬開啟與照顧相關之陌生甚或是禁忌話題的討論，使家庭內產生交流並嘗試形成需求的共識。據此，醫務社工在照顧服務軌跡的多重關係中，視需

求擴展關係建立、促進溝通的任務，扮演各種關係的連結者，暢通交流的阻礙、拉近需求與合作的共識，營造有益於需求滿足的多方關係基礎。

二、社會心理脈絡領航者

延續協助醫療團隊與病人暨家屬建立工作關係的需求，主責疾病治療的醫護團隊較難以立即掌握、甚至可能忽略了病人及其家屬的社會心理狀態和日常家庭脈絡（Ashcroft et al., 2018）。醫務社工精熟於脈絡觀點的專業視角，較能掌握疾病診斷與治療計畫過程對於家庭恆定性，以及病人暨家屬之社會心理層面的需求。因此，醫務社工需要適時發揮認知引導、領航的角色，將病人及其家屬在疾病衝擊下所受到的影響、以及與各項決策有關的社會心理和家庭脈絡等訊息納入照會回覆、即時更新，並且在團隊溝通的過程中，扮演真實需求的轉譯角色；在多元主觀的選擇中，為病人暨家庭進行倡導，適時透由關鍵訊息的澄清與填補，協助醫療團隊提供貼近生活實際需求的服務，降低醫病之間潛在的認知落差與衝突。

三、預期需求的掌握者

將疾病發展與照顧的過程視為一種軌跡，病人與家屬會面臨隨疾病、治療進展而形成或產生變化的議題，凸顯提早或即時回應不確定性與突發狀況的需求

(Allen et al., 2004; Strauss, 1985)。及早發現和掌握需求，是降低病人與家屬因應傷病衝擊及相關風險的有效策略。相對的，身處於生活風暴中的病人及家屬，或遭遇危機震撼、困陷失落循環，也可能埋頭於因應眼前的挑戰，而較難從容規劃以度過傷病所帶來的一連串問題。醫務社工除了提供所需的服務之外，也必須協助病人與家屬預先掌握需求、預先設想疾病照顧歷程中的各種可能性。透過評估預期性需求、探索未言明、未盡事宜的意義，在與病人及家庭工作的過程中整合病人意願、家庭脈絡資訊、疾病與照顧發展之預期，以及各式服務資源與制度的使用規範等知識，運用連結與協調工作的角色，與病人及家屬一同形成預期需求的具體方向，協助其盡可能的做好因應策略，或產生承接問題的能量。

四、動態網絡發展與管理者

資源連結與管理是社會工作專業的核心職能之一，透過連結資源、建構網絡，因應各式導因於資源未能到位、未能發揮功能的狀況（蔡美惠、溫信學，2001；Middleton et al., 2020）。隨著疾病持續發展和變化，為了回應軌跡中的各種需求，需要不同的資源協作單位陸續加入服務團隊。醫務社工在其中，不僅止於需求的持續評估與執行資源連結、轉介；在多重需求、多重團隊的服務脈絡下，連結與協調

工作在資源網絡實務上的核心任務有二，第一是兼顧團隊內外部資源；第二是協作網絡的永續運作與彈性整合。意即，參與協作的內外部夥伴都是以病人及家屬為中心的資源，在每一次協作的基礎上，必須持續建立關係、形成協作的默契與模式，在完成每次照顧任務的同時，同步累積、經營協作的資源網絡，持續深化跨專業團隊間的認識與協作動員效率。換句話說，跨團隊的協作不因任務完成而解散，而是不斷在每次的協作經驗中，增進彼此的認識、發展工作的彈性與有效的協作模式。

社會工作的實施是一種科學，也是藝術，而專業實務中往往內化了許多紮實經驗歷程與行動反思所形成的默會知識（DeRoos, 1990; Litchfield, 1999）。以上討論的四個類型理應是醫務社工所熟悉與勝任的，工作者應自我考察四個角色任務的落實程度，反思醫務社工在全人照顧脈絡下的專業實踐，一方面具體化默會知識，將之轉化為可仿效、學習的實務智慧；另一方面也嘗試進一步發掘醫務社工在跨團隊工作中可能被忽略的關鍵實務。健康照顧服務是具有高度變化、衍伸特質的連續性工作軌跡；由跨專業團隊共同參與的工作歷程，必須倚賴各式各樣的連結與協調工作，以達到的共同目標。本文以連結與協調工作為概念架構，探討醫務社工在跨團隊實務軌跡中實施的隱形實作，凸顯出醫務社工聚焦於病人及家屬之身心

社靈整體需求的專業價值與知能，以及促進跨團隊協作的連結與協調工作，是落實全人照顧的重要元素，醫務社工的有效參與應有助於促進全人照顧理念的實踐。

（本文作者為實踐大學社會工作學系助理教授）

關鍵詞：醫務社會工作、跨團隊工作、全人照顧

📖 參考文獻

- 巴列夫 (Ballew, J. R.)、明克 (Mink, G.) (1998)。《社會工作個案管理》(王玠、李開敏、陳雪真譯)。心理。(原著出版年：1986)
- 林雅萍 (2016)。〈對自主的再思考：關係取向〉，《應用倫理評論》，61，37-57。
- 莫藜藜 (2020)。《醫務社會工作》。松慧。
- 溫信學 (2021)。《醫務社會工作》。洪葉。
- 蔡佩真 (2004)。〈癌末家庭病情溝通之倫理困境與社會工作倫理辨明〉，《安寧療護雜誌》，9 (2)，141-152。 [https://doi.org/10.6537/TJHPC.2004.9\(2\).4](https://doi.org/10.6537/TJHPC.2004.9(2).4)
- 蔡美惠、溫信學 (2001)。〈淺談安寧療護社會工作〉，《榮總護理》，18 (4)，381-387。
<https://doi.org/10.6142/VGHN.18.4.381>
- Allen, D., Griffiths, L., & Lyne, P. (2004). Understanding complex trajectories in health and social care provision. *Sociology of Health & Illness*, 26(7), 1008-1030. <https://doi.org/10.1111/j.0141-9889.2004.00426.x>
- Ashcroft, R., McMillan, C., Ambrose-Miller, W., Mckee, R., & Brown, J. B. (2018). The emerging role of social work in primary health care: A survey of social workers in Ontario family health teams. *Health & Social Work*, 43(2), 109-117. <https://doi.org/10.1093/hsw/hly003>
- Beresford, P., Adshead, L., & Croft, S. (2007). *Palliative care, social work and service users: Making life possible*. Jessica Kingsley.
- Borst, J. M. (2010). *Social work and health care: Policy, practice, and professionalism*. Allyn & Bacon.
- Brandsen, C. K. (2005). Social work and end-of-life care: Reviewing the past and moving forward. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 1(2), 45-70. https://doi.org/10.1300/J457v01n02_05
- Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work*, 48(3), 297-306. <https://doi.org/10.1093/sw/48.3.297>
- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (1993). The articulation of work through interaction. *The Sociological*

- Quarterly*, 34(1), 71-83. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1993.tb00131.x>
- Cowles, L. A., & Lefcowitz, M. J. (1992). Interdisciplinary expectations of the medical social work in the hospital setting. *Health and Social Work*, 17(1), 57-65. <https://doi.org/10.1093/hsw/17.1.57>
- Cowles, L. A., & Lefcowitz, M. J. (1995). Interdisciplinary expectations of the medical social worker in the hospital setting: Part2. *Health & Social Work*, 20(4), 279-286. <https://doi.org/10.1093/hsw/20.4.279>
- Davies, M., & Connolly, J. (1995). The social worker's role in the hospital: Seen through the eyes of other health care professionals. *Health and Social Care in the Community*, 3(5), 301-309. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.1995.tb00031.x>
- Delany, C., Richards, A., Stewart, H., & Kosta, L. (2017). Five challenges to ethical communication for interprofessional paediatric practice: A social work perspective. *Journal of Interprofessional Care*, 31(4), 505-511. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1296419>
- DeRoos, Y. S. (1990). The development of practice wisdom through human problem-solving processes. *Social Service Review*, 64(2), 276-287.
- Donnelly, J. P. (1992). A frame for defining social work in hospital setting. *Social Work in Health Care*, 18(1), 107-119. https://doi.org/10.1300/J010v18n01_07
- Firn, J., Preston, N., & Walshe, C. (2018). Ward social workers' views of what facilitates or hinders collaboration with specialist palliative care team social workers: A grounded theory. *Palliative Care*, 17, Article 7. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0214-z>
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., & Evans, T. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1948. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Gehlert, S., & Browne, T. (2011). *Handbook of health social work*. Wiley & sons.
- Gerson, E. M., & Star, S. L. (1986). Analyzing due process in the workplace. *ACM Transactions on Information Systems*, 4(3), 257-270. <https://doi.org/10.1145/214427.214431>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1968). *Time for dying*. Aldine.
- Healy, K. (2022). *Social work theories in context: Creating frameworks for practice*. Bloomsbury academic.
- Herbert, M., & Levin, R. (1996). The advocacy role in hospital social work. *Social Work in Health Care*, 22(3), 71-83. https://doi.org/10.1300/J010v22n03_05
- Herod, J., & Lymbery, M. (2002). The social work role in multi-disciplinary teams. *Practice*, 14(4), 17-27. <https://doi.org/10.1080/09503150208411539>
- Jasemi, M., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., & Keogh, B. (2017). A concept analysis of holistic care

- by hybrid model. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(1), 71-80. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.197960>
- Judd, R. Sheffield, S. (2010). Hospital social work: Contemporary roles and professional activities. *Social Work in Health Care*, 49(9), 856-871. <https://doi.org/10.1080/00981389.2010.499825>
- Körner, M., Lippenberger, C., Becker, S., Reichler, L., Müller, C., Zimmermann, L., Rundel, M., & Baumeister, H. (2016). Knowledge integration, teamwork and performance in health care. *Journal of Health Organization and Management*, 30(2), 227-243. <https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2014-0217>
- Litchfield, M. (1999). Practice wisdom. *Advances in Nursing Science*, 22(2), 62-73. <https://doi.org/10.1097/00012272-199912000-00007>
- Long, D. D., & Rosen, I. (2017). Social work and optometry: Interprofessional practice revisited. *Health & Social Work*, 43(2), 117-120. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlx002>
- Martin, A., & Manley, K. (2018). Developing standards for an integrated approach to workplace facilitation for interprofessional teams in health and social care contexts: A Delphi study. *Journal of Interprofessional Care*, 32(1), 41-51. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1373080>
- McLaughlin, J. (2016). Social work in acute hospital settings in Northern Ireland: The views of service users, carers and multi-disciplinary professionals. *Journal of Social Work*, 16(2), 135-154. <https://doi.org/10.1177/1468017314568843>
- McMillan, B., McCance, T., Bulley, Brown, D., McMillan, A., & Martin, S. (2020). *Fundamentals of person-centred healthcare practice*. John Wiley & Sons.
- Middleton, A. A., Head, B. A., & Remke, S. S. (2020). Role of the hospice and palliative care social work. *Journal of Palliative Medicine*, 23(4), 573-574. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0698>
- Oliviere, D. (2001). The social worker in palliative care: The “eccentric” role. *Progress Palliative Care*, 9(6), 237-241. <https://doi.org/10.1080/09699260.2001.11746938>
- Peek, C. J., Baird, M. A., & Coleman, E. (2009). Primary care for patient complexity, not only disease. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family Healthcare*, 27(4), 287-302. <https://doi.org/10.1037/a0018048>
- Postma, J., Odnhof, L., & Putters, K. (2015). Organized professionalism in healthcare: Articulation work by neighbourhood nurses. *Journal of Professions and Organization*, 2(1), 61-77. <https://doi.org/10.1093/jpo/jou008>
- Strauss, A. (1985). Work and the division of labor. *The Sociological Quarterly*, 26(1), 1-19. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1985.tb00212.x>
- Strauss, A. (1988). The articulation of project work: An organizational process. *Sociological Quarterly*,

29(2), 163-178. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1988.tb01249.x>

Strauss, A. L., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (2019). *Illness trajectory, in Social organization of medical work*. Transaction.

Timmermans, S., & Freidin, B. (2007). Caretaking as articulation work: The effects of taking up responsibility for a child with asthma in labor force participation. *Social Science & Medicine*, 65(7), 1351-1363. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.027>