

การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพในบริการสุขภาพระดับอำเภอ: ปัจจัย
ความสำเร็จที่สำคัญของการจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

Inter-professional collaborative practice in district health system:
key success factors of quality in healthcare

บทความวิชาการ (Academic article)

Corresponding author E-mail: boonrid@gmail.com

(Received: November 26, 2018; Revised: January 27, 2019;

Accepted: February 1, 2019)

บุญฤทธิ ประสิทธิ์นราพันธุ์ (Boonrid Prasitnarapun)¹

นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์ (Nithra Kitreerawutiwong)²

บทคัดย่อ

เป้าหมายของระบบสุขภาพอำเภอ คือ การมีสุขภาพที่ดีของคนในพื้นที่ ซึ่งต้องขับเคลื่อนโดยกำลังคนที่มีมาจากหลากหลายวิชาชีพ ทั้งภาคสาธารณสุข ท้องถิ่น และประชาชน มาทำงานร่วมกันผ่านแนวคิดการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ โดยแนวคิดดังกล่าวจะทำให้การดูแลสุขภาพครอบคลุมปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ทำให้เกิดความปลอดภัยในผู้รับบริการ เป็นการควบคุมค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ และตอบสนองความพึงพอใจของการทำงานร่วมกัน การนำแนวคิดการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพไปปฏิบัติผู้ปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพ ควรมีความรู้ ความเข้าใจ และมีสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในทีมสุขภาพ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมายและความสำคัญของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ สมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุน อุปสรรคและเสนอแนะแนวทางการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพระบบสุขภาพอำเภอ

คำสำคัญ: การทำงานร่วมกับระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ, บริการสุขภาพระดับอำเภอ, คุณภาพในบริการสุขภาพ

ABSTRACT

The goal of the District Health System (DHS) was to maintain good health for all individuals in catchment areas which are driven by several sectors. These included public health system, local communities, and people sectors. The concept of Inter-professional

1 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรดิตถ์
RN., Senior Professional level , Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit

อีเมล: boonrid@gmail.com

E-mail: boonrid@gmail.com

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

Collaborative Practice (IPCP) are cooperated through health care teamwork which is used to develop health care system due to social determinants of health management. This IPCP concept can contribute to improve patient safety and to reduce health care costs. Moreover, this response addresses the needs and job satisfactions related to cooperation among healthcare workers. The IPCP concept are utilized to develop health care cooperation. The knowledge base, understanding and competency are required among healthcare workers to enhance group coordination. This article described the definition and the importance of IPCP, IPCP competency domain, a facilitator and a barrier of IPCP, and the suggestions to improve IPCP in teamwork and the district health system.

Keywords: Inter-professional collaborative practice, District Health System, Health care quality

บทนำ

การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในปัจจุบันมีความสำคัญมาก เนื่องจากปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน การขาดแคลนกำลังคน และงบประมาณที่จำกัด (Mickan et al., 2010) ในปี ค.ศ. 2001 สถาบันการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine; IOM) (หรือชื่อใหม่คือ National Academy of Medicine) ของสหรัฐอเมริกา ได้เสนอแนะว่าผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพควรมีการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ซึ่งจะทำให้มีการสื่อสารที่ดี แก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนได้ (Lumague et al., 2006) โดยแนวคิดการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ (Interprofessional collaborative practice: IPCP) จะเป็นการนำความเชี่ยวชาญ มุมมองของทุกวิชาชีพ มาปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ของการทำงานร่วมกัน เกิดการใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Bridges et al., 2011) ซึ่งการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพจะ

ช่วยทำให้เกิดการประหยัดทรัพยากร ลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ เกิดความปลอดภัยกับผู้รับบริการ และทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Chan & Wood, 2010)

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอำเภอของประเทศไทยมีตั้งแต่พ.ศ. 2555 โดยใช้แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน (Kitreerawutiwong & Jariya, 2015) ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันจากหลายวิชาชีพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพและพัฒนาผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ในปีพ.ศ. 2560 มีการประกาศนโยบายการทำงานร่วมกันระหว่างภาคท้องถิ่น ภาคสาธารณสุข และภาคประชาชน ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อมุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสังคมและสุขภาพ ตามปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ภายใต้ความเชี่ยวชาญและทรัพยากรที่มีในพื้นที่ (Pongsupap, 2017) ซึ่งการทำงานในระบบสุขภาพอำเภอโดยคณะกรรมการพชอ. สอดคล้องกับแนวคิดการทำงานร่วมกัน

ระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ ทั้งนี้การทำงานควรสร้างค่านิยมร่วม การใช้ทักษะ ความรู้ การเคารพในบทบาทของแต่ละวิชาชีพ (Chan & Wood, 2010) เพื่อให้การทำงานร่วมกันมีประสิทธิภาพ

“การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ (Interprofessional collaborative practice; IPCP)” ให้ความสำคัญกับผู้ปฏิบัติงานสุขภาพในระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งเป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาและทำงานในรูปแบบของวิชาชีพในอำเภอ ที่ทำงานร่วมกันระหว่างภาคท้องถิ่น และสาธารณสุข เพื่อให้สามารถจัดการกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพของกลุ่มประชากรที่ดูแล

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมายของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ ความสำเร็จของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ ระบบสุขภาพอำเภอ สมรรถนะของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ และเสนอแนะแนวทางการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในพื้นที่สามารถนำแนวคิดไปทำงานประสานร่วมกันเกิดคุณภาพในระบบบริการสุขภาพ

ความหมายของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ (Interprofessional collaboration practice; IPCP) คือ บุคคลากรวิชาชีพสุขภาพจากหลายวิชาชีพมาทำงานร่วมกันกับ ผู้ป่วย ครอบครัว

ผู้ดูแล และชุมชน เพื่อส่งมอบบริการที่มีคุณภาพให้กับผู้รับบริการ (WHO, 2010) ซึ่งทีมสุขภาพ คือ ผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์ การศึกษา และการอบรมที่หลากหลาย ที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ที่จะทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ให้บริการและผู้ป่วยมีการสื่อสารกันและพิจารณามุมมองสุขภาพในมุมมองของแต่ละวิชาชีพ ทำให้เห็นปัจจัยหลายตัวที่ส่งผลต่อสุขภาพ ในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน และนำความคิดเห็นมาตัดสินใจร่วมกัน (Sullivan et al., 2015) ทำให้สามารถดูแลปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม สมาชิกในทีมสุขภาพที่ทำงานร่วมกัน จะมีการสื่อสารกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการดูแลแบบร่วมมือกัน (Collaborative care)

นอกจากนี้ยังพบคำที่ใกล้เคียงกับ IPCP คือ การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) และการทำงานระหว่างวิชาชีพ (Interdisciplinary team) ซึ่งทั้งสองคำนี้มีความหมายเหมือนกันในส่วนของการทำงานตั้งแต่สองวิชาชีพขึ้นไป อย่างไรก็ตามการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) มีการทำงานร่วมกัน แต่การตัดสินใจในการดูแลรักษา สามารถดำเนินการได้ โดยวิชาชีพเดียว มีอิสระในการตัดสินใจของวิชาชีพตนเอง ในขณะที่การทำงานระหว่างวิชาชีพ (Interdisciplinary team) การตัดสินใจในการดูแลรักษา จะตัดสินใจร่วมกันมากกว่าหนึ่งวิชาชีพ กล่าวได้ว่า การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) จะทำงานแบบคู่ขนาน (Parallel) ส่วนการทำงานระหว่างวิชาชีพ (Interdisciplinary team) ทำงานแบบประสานร่วมมือกัน (Mitchell, 2005)

ความสำคัญของการทำงานร่วมกันระหว่าง วิชาชีพแบบทีมสุขภาพ

การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ จะมีการแบ่งปันความรู้ ทักษะ และมีการตัดสินใจร่วมกัน ทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ในแต่ละภาคส่วน เพื่อให้เกิดการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ ทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ดังนี้

1. ผลดีต่อผู้รับบริการ

1.1 ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพดีขึ้น เช่น ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนสู่สถานบริการสุขภาพดีขึ้น (Allen et al., 2014) ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติได้ (Janson et al., 2009) โดยทีมสหวิชาชีพมีการเยี่ยมบ้าน ติดตามผู้ป่วยร่วมกัน เกิดการประสานงานและติดตามระดับน้ำตาล และมีการเพิ่มความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตและไขมันในผู้ป่วย มีการเน้นย้ำเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัว การรับประทานยา และการออกกำลังกายและใช้หลักการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพสามารถผู้ป่วยสามารถปรึกษาหรือสื่อสารกับทีมสุขภาพได้ ช่วยลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วย โดยแต่ละวิชาชีพร่วมกันวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล และก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งมีการติดตามอาการผู้ป่วยเมื่อกลับไปที่บ้าน มีการประสานส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกับทีมสุขภาพในระดับชุมชน

(Shah, Forsythe & Murray, 2018) ลดอัตราการตาย เช่นการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีการคัดกรองภาวะเสี่ยงในผู้สูงอายุ ถ้าพบว่ามีภาวะซึมเศร้าจะมีการขอคำปรึกษากับจิตแพทย์เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ หรือผู้สูงอายุเป็นโรคถุงลมโป่งพองมีภาวะทุพโภชนาการ โดยทีมสุขภาพจะมีการประสานกับนักกำหนดอาหารเพื่อปรับเปลี่ยนลักษณะอาหารให้เหมาะสมกับโรคและตัวผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น (Mudge, Denaro & O'Rourke, 2012)

1.2 ลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากการที่ทุกวิชาชีพวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย เช่นแพทย์ เภสัชกรและพยาบาลร่วมกันวางแผนเรื่องการให้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เริ่มมีภาวะไตเสื่อม เพื่อชะลอการเกิดภาวะไตวายและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ลดการใช้บริการที่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพลดลง (Bauer et al., 2006)

2. ผลดีต่อผู้ให้บริการ

2.1 ลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน โดยการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ มีการประสานงานและร่วมมือกันทำงานอย่างเป็นระบบที่ดี ปฏิบัติตามแผนดูแลที่วางไว้ ทีมเข้าใจในบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพ ช่วยลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนระหว่างวิชาชีพ การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ เมื่อแต่ละวิชาชีพมีความเป็นอิสระทางวิชาชีพและมีบทบาทที่ชัดเจน รวมทั้งมีการสื่อสารภายในทีมสุขภาพ จะลดกระบวนการทำงานที่ซ้ำซ้อน

ระหว่างการทำงานร่วมกัน (MacNaughton, Chreim & Bourgeault, 2013)

2.2 เพิ่มความพึงพอใจในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานในทีมมีประสบการณ์เชิงบวกในการทำงานร่วมกันมากขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่ทำงานในรูปแบบวิชาชีพเดี่ยว ซึ่งการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในทีมสุขภาพ จะมีการสื่อสาร การแบ่งปันความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยตามความเชี่ยวชาญของแต่ละวิชาชีพ ทำให้เกิดการปรับปรุงการทำงานร่วมกัน ตระหนักและเข้าใจในบทบาทและขอบเขตการทำงานของแต่ละวิชาชีพ เกิดการยอมรับ และไว้วางใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานร่วมกัน (Barrett et al., 2007)

ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS)

ระบบสุขภาพอำเภอ คือการทำงานสุขภาพโดยใช้อำเภอเป็นฐาน มองทุกส่วนในอำเภอเป็นหนึ่งเดียวกัน หน่วยงานสาธารณสุข ส่วนราชการในอำเภอ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายภาคประชาชน โดยมีเป้าหมายที่จะขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของคนในอำเภอ ทั้งงานส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีความสำคัญที่จะรับรู้ถึงปัญหา ความต้องการ และความจำเป็นในพื้นที่เนื่องจากมีความใกล้ชิดพื้นที่ และสามารถเชื่อมประสานกับระบบบริการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น เพื่อการส่งต่อหรือการประสานในระดับนโยบาย (Sae-Lee et al., 2014) ขณะเดียวกันก็เป็นหน่วยกลางที่สามารถทำงานในลักษณะของการบูรณาการงาน

สาธารณสุขร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพในทุกระดับ ดำเนินงานที่อยู่บนฐานของข้อมูลปัญหาและบริบทของพื้นที่ ยึดหลักการบูรณาการและผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ส่งผลให้ประชาชนในระดับอำเภอได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึงและพึ่งตนเองได้ มีสถานะสุขภาพที่ดีขึ้น (Pongsupap, 2014) การทำงานร่วมกันของทุกหน่วยในระบบสุขภาพอำเภอ ทำให้มีการใช้ความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญของแต่ละคนในทีมช่วยลดความซ้ำซ้อนของงาน ภาระงานและประหยัดทรัพยากร ผู้รับบริการและประชาชนในพื้นที่ได้รับบริการที่ตรงกับความต้องการทางสุขภาพ

การดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ นั้นได้มีการพัฒนาทั้งในด้านโครงสร้างและด้านการจัดการเรียนรู้ มาอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือด้านโครงสร้าง มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) การจัดตั้งทีมหมอครอบครัว (Family Care Team; FCT) งานคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster; PCC) เพื่อสร้างเป็นเครือข่ายการดูแลร่วมกันในกลุ่มระหว่างวิชาชีพ สามารถบริหารจัดการให้เกิดการหมุนเวียนของทรัพยากรภายในกลุ่มเครือข่ายให้ดำเนินการดูแลสุขภาพที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับด้านการจัดการเรียนรู้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML) โดยพัฒนาการทำงานของทีมสุขภาพระดับอำเภอซึ่งเรียกว่า ทีมเรียน อำเภอละ 10-12 คน ประกอบด้วย ทีมสุขภาพ ภาคท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนกลุ่มต่างๆ ในชุมชน

เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มผู้สูงอายุ มาเรียนรู้ร่วมกัน จัดทุก 2 เดือน โดยใช้แนวความคิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม (Participatory Interactive Learning through Action; PILA) มีทีมพี่เลี้ยง สถาบันการศึกษา เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Pongsupap, 2014) ปีพ.ศ. 2560 ปรับเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสังคมและสุขภาพ ไปพร้อมกันตามปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ด้วยความร่วมมือของท้องถิ่น สาธารณสุข และประชาชน ภายใต้ความเชี่ยวชาญและทรัพยากรที่มีในพื้นที่ (Pongsupap, 2017)

ระบบสุขภาพอำเภอจะมีการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ โดยจะมีบุคลากรอย่างน้อยจากสองภาคส่วนมาทำงานร่วมกัน เช่น สาธารณสุข และสังคม ในการจัดการปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนเพื่อให้บริการที่ตรงกับความจำเป็นทางสุขภาพ (Barr et al., 2005) มีการศึกษาเชิงคุณภาพของการทำงานของทีมหมอครอบครัว พบว่า ผู้ปฏิบัติงานในทีมมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ ผลลัพธ์ของการให้บริการปฐมภูมิ มีการเข้าถึงบริการ การดูแลต่อเนื่อง และการประสานงานดีขึ้น ข้อจำกัดที่พบคือ บทบาทระหว่างวิชาชีพไม่ชัดเจน การสื่อสารภายในทีมและระหว่างผู้ปฏิบัติงานในทีมมีข้อจำกัด บทบาททางการจัดการของทีมหมอครอบครัวแต่ละระดับยังไม่ชัดเจน และกระบวนการตัดสินใจของทีมที่ให้ความสำคัญตามมุมมองวิชาการแพทย์

(Kitreerawutiwong et al., 2018) ดังนั้น การเตรียมกำลังคนให้สามารถทำงานได้อย่างเหมาะสม จึงควรที่จะมีการกำหนดสมรรถนะการทำงานร่วมกัน เพื่อช่วยให้บุคลากรมีความรู้ ทักษะและคุณลักษณะที่ต้องการ ที่จะทำงานร่วมกัน อันจะทำให้การดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่บรรลุผลสำเร็จตรงตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของทีม

สมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ

สมรรถนะ หมายถึง บุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลสามารถสร้างผลการปฏิบัติงานในงานที่ตนรับผิดชอบได้สำเร็จและบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังนั้นบางครั้งเมื่อกล่าวถึงองค์ประกอบมักกล่าวถึง 3 ส่วน คือเช่น ความรู้ ทักษะ คุณลักษณะ (David C. McClelland, 1973) ซึ่งสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับการทำงานให้บรรลุผลสำเร็จ ด้วยการใช้องค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive) ได้แก่ ความรู้ 2) ทักษะพิสัย (Psychomotor) ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติ และ 3) จิตพิสัย (Affective) ได้แก่ พฤติกรรม ค่านิยม ความรู้สึก โดยนำความสามารถทั้งหมดไปทำงานทำงานร่วมกันในสถานการณ์ต่างๆ (Brunt & Papa, 2009) จากการทบทวนสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ พบว่ามีการกำหนดไว้ดังแสดงในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 องค์ประกอบสมรรถนะการทำงานร่วมระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ

ชื่อหน่วยงาน ชื่อเรื่อง ปี	องค์ประกอบสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ
หน่วยงาน Combined Universities Interprofessional Learning Unit (United Kingdom) ชื่อเรื่อง Interprofessional capability framework ปี ค.ศ. 2004	1. ความรู้ในการปฏิบัติ 2. จริยธรรมในการปฏิบัติ 3. การทำงานระหว่างวิชาชีพ 4. การสะท้อนคิด
หน่วยงาน Curtin Interprofessional capability framework(Australia) ชื่อเรื่อง Interprofessional capability framework ปี ค.ศ. 2010	1. การสื่อสาร 2. การทำงานเป็นทีม 3. ความชัดเจนในแต่ละบทบาทหน้าที่ 4. การแก้ไขความขัดแย้ง 5. การสะท้อนคิด
หน่วยงาน Canadian Interprofessional Health Collaborative (Canada) ชื่อเรื่อง A National Interprofessional Competency Framework ปี ค.ศ. 2010	1. การเข้าใจในบทบาทของตนเองและผู้อื่น 2. การยึดผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดูแล 3. การทำงานเป็นทีม 4. ภาวะผู้นำและความร่วมมือ 5. การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ 6. การแก้ไขความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพ
หน่วยงาน Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (United States) ชื่อเรื่อง Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice ปี.ค.ศ. 2016	1. ค่านิยมและจริยธรรมในการปฏิบัติระหว่างวิชาชีพ 2. บทบาทและความรับผิดชอบ 3. การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ 4. ทีมและการทำงานเป็นทีม

สรุปที่มาขององค์ประกอบสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพประกอบด้วย 6 สมรรถนะหลัก ดังนี้

1. การเข้าใจในบทบาทของตนเองและผู้อื่น แต่ละวิชาชีพควรเข้าใจบทบาทของตัวเองและบทบาทของผู้อื่น รวมทั้งเข้าใจในความรู้และทักษะของแต่ละวิชาชีพตามบริบทของการปฏิบัติงาน และมีการแบ่งปันความรู้ และทักษะเพื่อนำไปสู่การดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก แต่ละวิชาชีพยังมีบทบาทที่ทับซ้อนกันอยู่ เช่น ในการดูแลผู้ป่วยนอนติดเตียงที่บ้าน แพทย์แผนไทยสามารถรักษาผู้ป่วยโดยใช้สมุนไพรได้หรือไม่ จำเป็นต้องขอคำปรึกษาจากแพทย์และเภสัชกรก่อนการรักษา

หรือไม่ จึงต้องมีการทำความเข้าใจในบทบาทของแต่ละวิชาชีพให้มีความชัดเจน

2. การทำงานเป็นทีมโดยการยึดผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/ชุมชน เป็นศูนย์กลางในการดูแล ทีมต้องมีการทำงานแบบร่วมมือกัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/ชุมชน การทำงานร่วมกันต้องการความไว้วางใจ ความเคารพซึ่งกันและกัน พร้อมใช้การสื่อสารหลากหลายช่องทางและการฟังอย่างตั้งใจ ซึ่งแต่ละวิชาชีพจะต้องสามารถแบ่งปันข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้รับบริการเพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการ

3. ภาวะผู้นำและความร่วมมือ แต่ละวิชาชีพ สามารถประยุกต์หลักการภาวะผู้นำไปสนับสนุนการทำงานร่วมกัน โดยที่ทุกวิชาชีพ

สามารถที่จะมีภาวะผู้นำ ซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์และบริบทนั้นๆ โดยไม่ผูกขาดภาวะผู้นำในวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์การดูแลสุขภาพที่ดีของผู้รับบริการ เช่น พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจเป็นคนกลางและเป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการทรัพยากรและบริการต่างๆ ไปสู่ผู้ป่วย โดยจัดให้มีการติดต่อสื่อสารระหว่างวิชาชีพอื่นๆ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพ นักสังคมสงเคราะห์กับผู้ป่วยในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

4. การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ แต่ละวิชาชีพจะต้องมีการสื่อสารซึ่งกันและกัน ในการทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการปฏิบัติงาน และมีการรับผิดชอบร่วมกัน

5. การแก้ไขความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพ ซึ่งอาจเกิดจากการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันและบทบาทหน้าที่ที่ไม่ชัดเจน แต่ละวิชาชีพประเมินความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้นในการทำงานร่วมกัน และแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้น ให้เป็นมุมในเชิงบวกและสร้างสรรค์ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติงานร่วมกันของสมาชิกในทีมได้อย่างต่อเนื่อง

6. การสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนกระบวนการทำงานของทีม หน้าที่และบทบาทของตัวเอง เกิดการยอมรับข้อเสนอแนะ และคำวิจารณ์ที่สร้างสรรค์ เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและเกิดความร่วมมือกันส่งผลให้เกิดกระบวนการพัฒนาการทำงานของทีม

กรอบสมรรถนะนี้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากำลังคนในระบบสุขภาพ นอกจากนี้ยังสามารถใช้ประเมินความพร้อมของกำลังคนก่อนทำงานร่วมกัน ค้นหาช่องว่างของการพัฒนาสร้างหลักสูตรการอบรมที่สอดคล้องกับสมรรถนะ จัด

อบรมให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ ประเมินการคงอยู่ของสมรรถนะ หรือค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อนำไปปรับปรุงบรรยากาศการทำงานของทีมที่ปรับปรุงบทบาทของแต่ละวิชาชีพให้สามารถทำงานร่วมกันเป็นทีมสุขภาพได้ อันจะนำไปสู่การส่งมอบบริการที่มีคุณภาพ ผู้รับบริการได้รับบริการตามความจำเป็นทางสุขภาพ

ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ

การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ เป็นเรื่องสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและผู้รับบริการ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่สนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ (Hall, 2005; Hellquist et al., 2012; Supper et al., 2015) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยสนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ

1.1. การสร้างแรงจูงใจทีมสุขภาพ ให้มีมุมมองหรือทัศนคติที่ดี และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการทำงานร่วมกันของผู้ปฏิบัติงานในทีมสุขภาพ

1.2. ฝึกอบรมเพิ่มทักษะการทำงานร่วมกันก่อนปฏิบัติงานร่วมกัน โดยสมาชิกในทีมสุขภาพควรได้รับการแนะนำ ให้เข้าใจในเรื่องบทบาทและความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพ

1.3. การสร้างความไว้วางใจภายในทีมสุขภาพการเคารพซึ่งกันและกันในการทำงานเพื่อเกิดการแบ่งปัน การสะท้อนคิด และมีส่วนร่วมใน

การเรียนรู้การทำงานร่วมกัน

1.4. การมีเครื่องมือที่ช่วยในการติดต่อสื่อสารระหว่างวิชาชีพในทีมสุขภาพ ที่เข้าถึงง่ายและรวดเร็ว เช่น เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ บันทึกข้อมูลสุขภาพ ที่ทีมวิชาชีพเข้าถึงง่าย จะช่วยให้มีการสื่อสาร การตัดสินใจ การแบ่งปันความรู้ ทักษะ ได้รวดเร็วและประหยัดเวลาได้ดีขึ้น

1.5. การกำหนดสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และการเข้าใจบทบาทของแต่ละวิชาชีพ สร้างความมั่นใจในกระบวนการทำงานเป็นทีมร่วมกัน

2. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ

2.1 การรับรู้อุปสรรคของลำดับขั้นของวิชาชีพ เป็นสิ่งที่ขัดขวางการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพเช่น วิชาชีพที่มีสถานะสูงหรืออำนาจสูง เช่นแพทย์ จะมีโอกาสในการตัดสินใจในการทำงานมากกว่าวิชาชีพอื่นๆ ภายในทีม เกิดความรู้สึกไม่เท่าเทียมกันระหว่างวิชาชีพ

2.2 อุปสรรคการทำงานร่วมกัน เกิดจากขาดการให้นิยามในการปฏิบัติงานที่ตรงกัน การไม่ตระหนัก และมีการรับรู้ถึงบทบาทการทำงานร่วมกันของแต่ละวิชาชีพที่ไม่สอดคล้องกัน ขาดการไว้วางใจซึ่งกันและกัน ภายในทีม

2.3 การขาดการฝึกอบรมร่วมกันระหว่างวิชาชีพ ทำให้ไม่เข้าใจบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพ

2.4 การทำงานเป็นทีมสุขภาพ ที่เป็นลักษณะการสั่งการจากข้างบนลงล่าง ขาดการประสานงานในแนวราบในทีมผู้ปฏิบัติงานร่วมกัน

2.5 การขาดเครื่องมือในการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ และเวลาในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การตัดสินใจร่วมกันภายในทีม

ทิศทางการพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ

การพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพนั้น ถือเป็นความท้าทายในการออกแบบการจัดอบรม เนื่องจากวิชาชีพบทบาท และวัฒนธรรมที่ต่างกัน เพื่อให้ทุกคนในทีมมาทำงานร่วมกัน แบ่งปันค่านิยม มีสมรรถนะและความสามารถในการทำงานตัดสินใจร่วมกัน และมองผลลัพธ์ที่ต้องการตรงกัน ทั้งนี้หากมีการเริ่มต้น ดำเนินการ พัฒนาและเรียนรู้ผลจากการทำงาน จะทำให้ทุกคนในระบบสุขภาพอำเภอ มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยมีข้อเสนอแนะการพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพ ดังนี้

1. การปรับกระบวนการทัศนในการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ จากการที่ทุกวิชาชีพจากหลายภาคส่วน มาทำงานร่วมกัน ดังนั้นแนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในการทำงานในระบบสุขภาพอำเภอ จะต้องมีการทบทวนให้กับทีม ให้มีเป้าประสงค์และทิศทางการทำงานที่ตรงกัน

2. การกำหนดคุณค่าหลัก (Core values) ของการทำงาน เช่น การให้ความสำคัญกับความจำเป็นทางสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน คุณภาพชีวิตที่ดี การเคารพความหลากหลายของทีมงาน ความเท่าเทียมกันของทีมงาน และบรรยากาศของการเรียนรู้ร่วมกัน เป็นต้น

3. การกำหนดสมรรถนะหลัก และ
แนวทางการประเมินการทำงานร่วมกันระหว่าง
วิชาชีพ เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาการทำงานของ
ทีมงาน

4. การออกแบบเนื้อหา การอบรม
หลักสูตร ควรครอบคลุมการปรับกระบวนการ
การสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ และการจัดการใน
ระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งในเนื้อหาของการจัดการนี้
จะมีการกำหนดบทบาทของการทำงานทั้งใน
แนวราบและแนวตั้ง ของทีมงาน

5. การเตรียมผู้สอน ต้องผ่านการ
อบรมและปรับกระบวนการให้ตรงกัน เนื่องจาก
เป็นผู้ที่มีความสำคัญในการเป็นผู้จัดกระบวนการ
เรียนรู้

6. การเตรียมผู้เรียน องค์ประกอบ
ของทีมผู้เรียน การกำหนดประเด็นของการทำงาน
ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เช่น โรคเรื้อรัง สุขภาพจิต
การดูแลระยะยาว ทันตสุขภาพ เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นกับ
ปัญหาสุขภาพของพื้นที่ เพื่อใช้ในการอบรม

7. การประเมินติดตาม กำกับ
สมรรถนะของผู้เรียน และผลลัพธ์ทางสุขภาพของ
ประเด็นที่กำหนด ตามบริบทของแต่ละพื้นที่

8. การปรับปรุงและพัฒนาการ
ทำงาน หลังจากการประเมินและติดตาม การ

ทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่
ดีอย่างต่อเนื่องกับผู้รับบริการ

สรุป

การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบ
ทีมสุขภาพ เป็นกลไกหนึ่งที่สำคัญของการทำงาน
ในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพแต่
ละประเด็นได้ตรงกับความจำเป็นทางสุขภาพ และ
ครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ สมรรถนะที่
จำเป็นต่อการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบ
ทีมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การเข้าใจในบท
บาทของตนเองและผู้อื่น 2) การทำงานเป็นทีม
โดยการยึดผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/ชุมชน เป็น
ศูนย์กลางในการดูแล 3) ภาวะผู้นำและความ
ร่วมมือ 4) การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ 5) การ
แก้ไขความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพ 6) การ
สะท้อนคิด ทั้งนี้สถานบริการสุขภาพ สามารถนำ
สมรรถนะดังกล่าวไปใช้เป็นกรอบในการพัฒนา
สมรรถนะการทำงานร่วมกันของระหว่างทีมวิชาชีพ
สุขภาพ เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการทำงานร่วมกัน
ระหว่างวิชาชีพ อันจะทำให้เกิดคุณภาพในระบบ
บริการสุขภาพ เช่น ลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ
ตอบสนองความพึงพอใจและความจำเป็นทาง
สุขภาพของผู้ป่วยและประชาชน ผู้ให้บริการมี
ความพึงพอใจในการทำงาน

References

Allen, J., Hutchinson, A. M., Brown, R., & Livingston, P. M. (2014). Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 14(1),314-346. doi:10.1186/1472-6963-14-346.

- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth, D. (2005). *Effective interprofessional Education. Argument, Assumption and Evidence*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Barrett, J., Curran, V., Glynn, L., & Godwin, M. (2007). *CHSRF synthesis: interprofessional collaboration and quality primary healthcare*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Bauer, M. S., McBride, L., Williford, W. O., Glick, H., Kinosian, B., Altshuler, L., & Sajatovic, M. (2006). Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatric Services*, 57(7), 937-945. doi:10.1176/ps.2006.57.7.937
- Bridges, D. R., Davidson, R. A., Odegard, P. S., Maki, I. V., & Tomkowiak, J. (2011). Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Medical education online*, 16, 10.3402/meo.v16i0.6035. doi:10.3402/meo.v16i0.6035
- Brunt BA. & Papa KS. (2009). *Competency management in Long-term care: Skill for validation and assessment*. Denver, MA: HCPro Inc.
- Chan AK, & Wood V. (2010) Preparing Tomorrow's Healthcare Providers for Inter professional Collaborative Patient-Centred Practice Today. *University of British Columbia Medical Journal*, 1(2), 22-24.
- David C McClelland. (1973). Test for Competency. rather than intelligence. *American Psychologists*. January, 1-14.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers *Journal of Interprofessional Care*, Supply 1 (19), 188-196. doi:10.1080/13561820500081745
- Hellquist, K., Bradley, R., Grambart, S., Kapustin, J., & Loch, J. (2012). *Collaborative Practice Benefits Patients: An Examination of Interprofessional Approaches to Diabetes Care* (Vol. 1).
- Janson, S. L., Cooke, M., McGrath, K. W., Kroon, L. A., Robinson, S., & Baron, R. B. (2009). Improving chronic care of type 2 diabetes using teams of interprofessional learners. *Academic Medicine*, 84(11), 1540-1548. doi:10.1097/ACM.0b013e3181bb2845
- Kitreerawutiwong, N. & Jariya, W. (2015). District health system based on primary health care approach *Journal of Nursing and Health Care*, 33(3), 6-15. (in Thai)
- Kitreerawutiwong, N., Mekrungrongwong, S., Wongwonsin, A., & Phetphum, C. (2018). Assessing the implementation of the family care team in the district health system of health

- region 2, Thailand. *Family Medicine and Community Health*, 6(1), 39-50.
doi:10.15212/FMCH.2017.0139
- Lumague, M., Morgan, A., Mak, D., Hanna, M., Kwong, J., Cameron, C., Sinclair, L. (2006). Interprofessional education: the student perspective. *Journal of Interprofessional Care*, 20(3), 246-253. doi:10.1080/13561820600717891
- MacNaughton, K., Chreim, S., & Bourgeault, I. L. (2013). Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: a qualitative study. *BMC health services research*, 13, 486. doi:10.1186/1472-6963-13-486
- Mickan, S., Hoffman, S. J., & Nasmith, L. (2010). Collaborative practice in a global health context: Common themes from developed and developing countries. *Journal of Interprofessional Care*, 24(5), 492-502. doi:10.3109/13561821003676325
- Mitchell, P. H. (2005). What's In A Name? *Journal of Professional Nursing*, 21(6), 332-334. doi:10.1016/j.profnurs.2005.10.009
- Mudge, A. M., Denaro, C. P., & O'Rourke, P. (2012). Improving hospital outcomes in patients admitted from residential aged care: results from a controlled trial. *Age Ageing*, 41(5), 670-673. doi:10.1093/ageing/afs045.
- Pongsupap, Y.(2017). *Document(draft) regulations of the office of the prime Minister on procurement of district health board*. Thailand Healthy Strategic Management Office.Office of The Permanent Secretary Ministry of public Health. (in Thai)
- Pongsupap, Y. (2014). *District health system management learning: DHML*. Samut Sakhon: National Health Security Office. (in Thai)
- Sae-Lee, D et al (editors).(2014). *District health system (DHS)*. Health Administration Division. Office of the Permanent Secretary Ministry of public Health. (in Thai)
- Shah, B.,Forsythe, L & Murray, C. (2018). Effectiveness of interprofessional care teams on reducing hospital readmissions in patients with heart failure: A systematic review. *MEDSURG Nursing*, 27(3), 177–185. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=130397402&site=ehost-live>.
- Sullivan, M., Kiovsky, R. D., D, J. M., Hill, C. D., & Dukes, C. (2015). Interprofessional collaboration and education. *American Journal of Nursing*, 115(3), 47-54. doi:10.1097/01.naj.0000461822.40440.58

Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y., & Letrilliart, L. (2015). Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health (Oxf)*, 37(4), 716-727. doi:10.1093/pubmed/fdu102

World Health Organization. (2018, September 5). *Framework for action on inter professional education & Collaborative Practice*. Retrieved from.

http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/