

## เบื้องหลัง “คู่มือ” สุดปัง!



“แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้อย่างสมเหตุสมผลในชุมชน”<sup>1</sup> คู่มือเล่มสำคัญที่ผู้เกี่ยวข้องในแวดวงงานพัฒนาระบบ RDU Community ไม่กล้าบอกว่าไม่เคยเห็นไม่เคยรู้จัก เพราะเปรียบได้ดั่ง “คัมภีร์” ที่ประมวลหลักการพัฒนาระบบ RDU Community ไว้อย่างคมชัดและเข้มข้นเล่มนี้ ระบุถึงความตั้งใจจากผู้จัดทำไว้ในคำนำว่า *หวังให้เป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานในทุกๆระดับ ในการพัฒนางานร่วมกันอย่างต่อเนื่องต่อไป*

ที่น่าสนใจคือ คู่มือเล่มนี้ก็มีที่มาจากความร่วมมือร่วมใจของคนที่ตระหนักถึงความสำคัญของการ “ปกหมุด” งาน RDU Community ให้เกิดขึ้นอย่างจริงจังด้วยเช่นกัน

“ยาวิพากษ์” มีโอกาสได้สืบสาวถึงที่มาผลงานชิ้นสำคัญนี้จาก ภก.ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญยุทธ อนุภาคสมาคมเภสัชสาธารณสุข ผู้มีบทบาทสำคัญที่อยู่เบื้องหลังคู่มือเล่มนี้ และขอ “เก็บตก” เรื่องราวที่น่าสนใจมาเล่าสู่กันในคอลัมน์นี้

<sup>1</sup> คณะกรรมการจัดทำรายงานระบบยาของประเทศไทย 2563 นโยบายแห่งชาติด้านยาในระบบยาของประเทศไทย 2563. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2563.

## ● ยากแต่ไม่หวั่น

ภก.ชัยวัฒน์ เล่าว่า ได้รับมอบหมายจาก **ชมรมเภสัชสาธารณสุข** ให้เข้าไปมีส่วนร่วมขับเคลื่อนในเรื่อง RDU Community โดยมี **ภญ.นุชน้อย ประภาโส** จาก กองบริหารการสาธารณสุข (กบรส.) และ **ภญ.นภาพรณี ภูริปัญญาวิช** จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป็นผู้เชื่อมประสาน ซึ่งขณะนั้นทั้งสองหน่วยงานกำลังริเริ่มที่จะขับเคลื่อนเรื่อง RDU Community และ อย. ก็กำลังทำเรื่องยุทธศาสตร์ยาด้วย

ความร่วมมือกันในการขับเคลื่อนเรื่องนี้มาจากการที่ทุกฝ่ายตระหนักว่า “การใช้ยาของคนไทยมันคือปัญหาของประเทศไทย ทั้งในเชิงโครงสร้าง เชิงระบบ รวมทั้งพฤติกรรม” หลังจากที่ได้มีการทำงานในระดับสถานพยาบาล (RDU Hospital Based) มาระยะหนึ่งแล้ว จึงเห็นควรว่าการแก้ปัญหาเรื่องนี้จำเป็นต้องขยายผลสู่ชุมชน เพราะถึงที่สุดแล้วเมื่อคนไข้ออกจากโรงพยาบาลปัญหาก็จะกลับไปอยู่ที่ชุมชน

## ● สืบจาก “แนวหน้า”

การดำเนินงานเรื่อง RDU Community ในช่วงแรก ๆ เป็นไปแบบ “ค่อย ๆ แคะ ค่อย ๆ พัฒนาไป” โดยมองหาพื้นที่ที่พอจะมีการทำเรื่องนี้อยู่บ้างแล้ว โดยอาศัยเครือข่ายเภสัชกรที่ทำงานอยู่ตามโรงพยาบาลชุมชนต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนของงานคุ้มครองผู้บริโภคด้วย

จากการค้นหาและรวบรวมข้อมูลการทำงานในพื้นที่ ทำให้พบกรณีที่น่าสนใจจากหลายพื้นที่ โดยทาง กบรส. ได้ประสานงานผ่านทางสำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 (นครราชสีมา) ทำให้พบกรณีที่น่าสนใจคือ จ.สุรินทร์ ซึ่งกำลังทำเรื่อง RDU อยู่แล้ว พอที่จะถอดเป็นต้นแบบออกมาได้ ดังนั้นแนวทางการขับเคลื่อน RDU Community จึงได้ฐานมาจากจังหวัดสุรินทร์ โดยเชิญทีมงานที่ทำเรื่องนี้มาร่วมพูดคุยกันว่า มีรูปแบบการดำเนินงานอย่างไร จากนั้นจึงนำมาต่อยอดด้วยการเชิญเจ้าหน้าที่จากจังหวัดอื่น ๆ ทั่วทุกภูมิภาคมาร่วมแลกเปลี่ยนว่ามีรูปแบบการดำเนินงานอย่างไร ขยายวงออกไปเรื่อย ๆ โดยตั้งเป้าหมายว่าจะประมวลสรุปแนวทางการทำงาน RDU Community เพื่อให้พื้นที่ต่าง ๆ สามารถนำไปใช้เป็นหลักการการทำงานเรื่องนี้ได้

“ตอนถอดบทเรียนปีแรก ๆ มันก็เหมือนค่อย ๆ สะเปะสะปะไป ใช้เวลาพอสมควร แต่โมเดลตอนเริ่มต้นที่เก็บข้อมูลจากกรณีจังหวัดสุรินทร์คิดว่าชัดเจนระดับหนึ่งแล้ว แต่เราก็มายู่บนจุดที่ว่ามันต้องทำอะไรที่ต้องใช้ได้ทั่วประเทศ เป็นโมเดลระดับชาติ เป็นโมเดลที่เขียนออกมาแล้วทุกคนบอกว่า “ใช่” จึงค่อย ๆ แคะมาเรื่อย ๆ ใช้เวลาปีเศษ ๆ”

ในการจัดทำแนวทางดังกล่าว ทีมงานเห็นว่าจะต้องนำเรื่องของ Hospital Based มาเชื่อมต่อกับชุมชน หรือ Community Based และ Patient Based เพื่อให้เห็นภาพทั้งหมด เหมือนทำงานแบบมีหลักฐานเชิงประจักษ์ จึงได้เกิดหลักการข้อแรกคือเรื่อง **การทำงานเชิงรุก (Proactive)**

## ● หมวดบ...ไม่กอดใจ

ขณะที่ประสบการณ์จากพื้นที่ต่าง ๆ ค่อย ๆ ถูกกลั่นออกมาเป็นความรู้ชัดเจนขึ้นเป็นลำดับ แต่งบประมาณในการดำเนินการที่ได้รับการสนับสนุนจาก อย. ได้หมดลง โดยคณะทำงานยังเห็นว่าหลักการที่ประมวลสรุปได้ยังไม่ตกผลึกพอที่จะนำไปปฏิบัติในวงกว้างได้

ตอนนั้นเองที่ ภก.ชัยวัฒน์ และคณะทำงานหลัก ได้มีโอกาสพบกับ ผศ.ดร.ภญ.นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี ผู้จัดการ กพย. ทำให้เกิดการพูดคุยเกี่ยวกับแนวคิดการทำงานเรื่องนี้ กพย. จึงให้การสนับสนุนงบประมาณในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางการทำงาน RDU Community ต่อเนื่องจนสามารถสรุปเป็นหลักการและแนวทางดำเนินงานด้วย 5 กิจกรรมหลัก (5 Key Activities) ที่มีความเชื่อมโยงกัน รวมทั้งการจัดทำเป็นรูปเล่ม จนเผยแพร่ในเดือนพฤษภาคม 2536

### • มองไปข้างหน้า

ภก.ชัยวัฒน์ ย้ำว่าคู่มือเล่มนี้ไม่ใช่ “คัมภีร์” ที่ตายตัว แต่มีหน้าที่เป็นแนวทางปฏิบัติ หรือ guideline ต้นแบบ ที่นำเสนอหลักการสำคัญที่เก็บเกี่ยวจากประสบการณ์ที่ได้จากพื้นที่ที่ทำงานนี้มาก่อน ดังนั้น “แนวปฏิบัติเบื้องต้น” นี้จึงยังต้องมีการทบทวนเพิ่มเติมต่อยอดให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป ซึ่งในตอนนี้ก็มองเห็นบางประเด็นที่น่าสนใจบ้างแล้ว

“ยังมีอีกเรื่องหนึ่งที่อยู่นอกเหนือ 5 กิจกรรมหลักในคู่มือนี้ คือ ทางเลือกอื่น ๆ ในการแก้ปัญหา เช่น การนำเรื่องการแพทย์แผนไทยมาลดปัญหาเรื่องการช้ำยา ซึ่งน่าจะเป็นทางเลือก หรือ Alternative way ที่สามารถแก้ปัญหาเรื่องของการช้ำยาไม่ถูกต้องได้”

ท้ายสุดคือการแบ่งปันมุมมองว่า RDU Community เป็นการพลิกมุมมองเภสัชกรสู่ลีลาเชิงรุกเพื่อจัดการให้ถึงสาเหตุ

“มันเป็นเรื่องที่เคยทำอยู่แล้ว เภสัชกรต้องทำงาน Clinical คุณต้องรู้ข้อมูลพื้นฐานของคนไข้ เวลาเฝ้าระวัง คุณต้องรู้ว่าคนไข้ได้ยาอะไร อย่างไร แล้วจะดูยาและปัญหาการใช้ยาอย่างไร นั่นคือข้อมูลต้นเรื่อง...งานปฐมภูมิของเภสัชกรเป็นภารกิจที่สำคัญ เดียวนี้ เราต้องเปลี่ยนคำจำกัดความใหม่ว่า งานปฐมภูมิมรวมงาน คบส. เข้าไว้ด้วย และเป็น hub ใหญ่ ที่รับงานประสานตรงกลาง (Coordinator) เพื่อแปรงานไปสู่การปฏิบัติ และทำให้เห็นเนื้องานในเชิงรุกได้ด้วย”

บนเส้นทางสู่ “งานได้ผล ... ประชาชนเป็นสุข” ดังที่ว่า คู่มือเล่มนี้คือเครื่องมือชิ้นสำคัญ!

