

รายงานการทบทวนเอกสารวิชาการ

"บทเรียนการแก้ไขปัญหาล้างมือในประเทศต่างๆ"

โดย ภาณุ.ดร. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เสนอ คณะกรรมการกำกับทิศทางการวิจัยและพัฒนาระบบยาของไทย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

เมษายน 2552

บทเรียนการแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยาในประเทศต่างๆ

ภญ.ดร.นิธิดา สุ่มประดิษฐ์

สนับสนุนโดย: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

การควบคุมหรือแก้ไขปัญหาเรื่องเชื้อดื้อยาได้มีการหารือในระดับนานาชาติ เช่น ในการประชุม World Health Assembly (WHA) ในปี 1998 ที่ประชุมได้มี resolution กระตุ้นให้ประเทศสมาชิก ดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องเชื้อดื้อยา ในปี 2000 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ขอให้ทุกฝ่ายร่วมกันปกป้องความหายนะด้านสุขภาพในอนาคต (health care catastrophe of tomorrow) และได้จัดทำและออกหนังสือชื่อ *A global strategy for the containment of antimicrobial resistance* ซึ่งวิธีการที่ระบุในหนังสือนี้อาศัยการทำงานร่วมกันแบบสหสาขา (multidisciplinary and coordinated approach) อย่างไรก็ตามข้อเสนอที่จัดทำโดย WHO ไม่ได้รับการตอบรับในการนำไปใช้ใน กลุ่มประเทศสมาชิก เนื่องจากว่าไม่มีการจัดสรรทรัพยากรด้านบุคคลและงบประมาณที่เพียงพอ ในปี 2005 WHA ขอให้มีการเพิ่มบทบาทการเป็นผู้นำของ WHO ในการควบคุมและแก้ไขปัญหาเรื่องเชื้อดื้อยา และ ขอให้ WHO ให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการให้มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม กลยุทธ์ที่จัดทำโดย WHO (*A global strategy for the containment of antimicrobial resistance resolution*) ไม่ค่อยถูกนำไปใช้และมักไม่ได้รับการยอมรับจากผู้กำหนดนโยบาย จากประเทศต่างๆ เนื่องจากมีความยากในการปฏิบัติ เพราะแต่ละประเทศมีปัจจัยที่แตกต่างกัน ในประเทศ ที่พัฒนาแล้ว แม้จะมีระบบการควบคุมการกระจายยาที่ดี แต่ก็ยังปัญหาด้านการประสานความร่วมมือ ระหว่างกัน ซึ่งพบว่าในประเทศในยุโรปบางแห่งที่ยาปฏิชีวนะหาซื้อได้ง่ายโดยไม่ต้องมีใบสั่งแพทย์ หรือมี การเก็บยาปฏิชีวนะที่กินไม่หมดไว้ใช้ในคราวต่อไป สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนา การควบคุมหรือการแก้ไข ปัญหาเชื้อดื้อยามีความยากกว่า เพราะประเทศในกลุ่มนี้มักมีระบบดูแลสุขภาพที่ไม่ดี มีปัญหาความ ยากจน และการไม่มีประสิทธิภาพในการประสานกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา¹

ดังนั้น แต่ละประเทศจึงมีการดำเนินการในการควบคุมหรือแก้ไขปัญหาเรื่องเชื้อดื้อยากันเอง แต่จะ แตกต่างในระดับความเข้มข้นของการดำเนินการ การดำเนินการในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจะสำเร็จมาก น้อยเพียงใดขึ้นกับขนาดของประเทศและความจริงจังของของภาครัฐในการแก้ปัญหาดังกล่าว

ประเทศที่มีจำนวนใบสั่งยาและปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะในคนใช้นอกลดลงในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ ทวีปยุโรป (ฝรั่งเศส เบลเยียม สเปน เยอรมนี สหราชอาณาจักร และสวีเดน) ทวีปเอเชีย-แปซิฟิก

¹ Cars, O. Meeting the challenge of antibiotic resistance. *BMJ*. 2008. (337). 726-728.

(เกาหลีใต้ ไต้หวัน และออสเตรเลีย) และทวีปอเมริกา (สหรัฐอเมริกา แคนาดา และชิลี) ซึ่งในรายงานนี้จะนำเสนอเฉพาะในบางประเทศ คือ เกาหลีใต้ ไต้หวัน ฝรั่งเศส เบลเยียม สวีเดน ชิลี และสหรัฐอเมริกา ตารางที่ 1 สรุปชื่อมาตรการหรือโครงการของประเทศเหล่านี้ ซึ่งรายละเอียดของมาตรการหรือโครงการของแต่ละประเทศสรุปต่อท้าย

ทวีป	ประเทศ	ชื่อมาตรการ / ชื่อโครงการ
ยุโรป	ฝรั่งเศส	การรณรงค์ระดับประเทศอย่างต่อเนื่อง
	เบลเยียม	การรณรงค์ระดับประเทศอย่างต่อเนื่อง
	สวีเดน	Swedish Strategic Programme for the Rational Use of Antimicrobial Agents and Surveillance (STRAMA)
เอเชีย-แปซิฟิก	เกาหลีใต้	นโยบายของประเทศ เรื่อง ห้ามแพทย์จ่ายยาและห้ามเภสัชกรสั่งใช้ยา
	ไต้หวัน	นโยบายของประเทศ เรื่อง การไม่คืนเงินค่ายาปฏิชีวนะถ้าใช้ยานั้นโดยไม่มีหลักฐานการติดเชื้อแบคทีเรียในผู้ป่วยนอก
อเมริกา	สหรัฐอเมริกา	การรณรงค์ Get Smart: Know When Antibiotics Work
	ชิลี	การบังคับใช้กฎหมายปัจจุบันอย่างเข้มแข็งที่ต้องมีใบสั่งยาในการซื้อยาปฏิชีวนะ

เกาหลีใต้

ในเดือนกรกฎาคม 2000 รัฐบาลของประเทศเกาหลีใต้ได้ออกนโยบายแห่งชาติ ห้ามแพทย์จ่ายยาและห้ามเภสัชกรสั่งใช้ยา (prohibit dispensing physicians and prescribing pharmacists) นั่นคือแพทย์สามารถสั่งใช้ยาได้ และคนไข้ต้องนำไปสั่งยาไปซื้อจากเภสัชกร การออกนโยบายเช่นนี้ตั้งอยู่บนสมมุติฐานที่ว่า ถ้าแพทย์มีหน้าที่เฉพาะสั่งใช้ยาแต่ไม่มีอำนาจในคลินิกหรือสถานพยาบาลจะทำให้การ用药สมเหตุสมผลมากขึ้น Park และคณะได้ศึกษาผลของนโยบายนี้ต่อปริมาณการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ โดยเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) เปรียบเทียบข้อมูลการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ และจำนวนของยาปฏิชีวนะที่สั่งใช้ต่อคนไข้ 1 รายของเดือนมกราคม 2000 กับมกราคม 2001 ในคนไข้รวมทั้งสิ้น 50,999 ราย ผลการศึกษาพบว่า

- ข้อมูลพื้นฐาน (baseline date) แสดงให้เห็นว่าก่อนประกาศใช้นโยบาย (1994 – 2000) การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะไม่ลดลง แต่เมื่อประกาศใช้นโยบาย การสั่งใช้ยาในภาพรวมลดลง (ทั้งยาทั่วไป และยาปฏิชีวนะ)
- การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะลดลงในโรคที่วินิจฉัยว่าเป็นการติดเชื้อไวรัส มากกว่าโรคที่วินิจฉัยว่าเป็นการติดเชื้อแบคทีเรีย นั่นคือ ในโรคที่เป็นการติดเชื้อไวรัส การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะลดลงจาก 80.8% เป็น 72.8% (ค่า adjusted relative risk = 0.89, $p < 0.05$) โรคที่เป็นการติดเชื้อ

แบบที่เรียกว่าการใช้ยาปฏิชีวนะลดลงจาก 91.6% เป็น 89.7% (ค่า adjusted relative risk = 0.98, $p < 0.05$)

- ความหลากหลายของยาปฏิชีวนะที่สั่งใช้ลดลงหลังมีการประกาศนโยบาย และความหลากหลายของยาปฏิชีวนะที่สั่งใช้นี้ไม่แตกต่างกันทั้งการใช้ในความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย
- แม้ว่าการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะจะลดลง แต่การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรคที่ติดเชื้อไวรัสยังมีปริมาณที่สูงอยู่²

ชิลี

ประเทศชิลีเป็นประเทศหนึ่งที่ยาปฏิชีวนะสามารถซื้อหาตัวเองได้เสมือนยาทั่วไป (OTC drugs) ทั่วๆ ที่มีกฎหมายว่าการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะต้องมีใบสั่งแพทย์ ในปี 1999 รัฐบาลของประเทศชิลีได้ประกาศให้นำกฎหมายดังกล่าวมาใช้บังคับอย่างจริงจัง โดยห้ามจำหน่ายยาปฏิชีวนะโดยไม่มีใบสั่งแพทย์ อย่างไรก็ตาม ก่อนทำการบังคับใช้จริง รัฐบาลได้มีการทำการประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจผ่านสื่อมวลชน ผลการบังคับใช้กฎหมายพบว่า มาตรการนี้ได้ผลที่ยั่งยืนในการลดการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยนอก โดยยอดขายจำหน่ายยาปฏิชีวนะชนิดกินในช่วง 1998 – 2002 ลดลงร้อยละ 43³

ไต้หวัน

ไต้หวันเป็นประเทศหนึ่งที่มีปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะที่สูงมาก และตั้งแต่ปี 1996 ไต้หวันกลายเป็นจุดศูนย์กลางที่สำคัญแห่งหนึ่งในโลกของการมีเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะกลุ่มเพนนิซิลลินและแมคโครไลด์⁴ ไต้หวันมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health insurance system) ที่ดำเนินการโดย Department of Health ที่อนุญาตให้เบิกค่ายาได้ในการรักษาผู้ป่วยนอก⁵

² Park S. et al. Decreased inappropriate antibiotic use following a Korean National Policy to prohibit medication dispensing by physicians. Preceding in 2nd ICIUM. 2004.

³ Bavestello FL. et al. Impact of regulatory measures on antibiotic sale in Chile. *Rev. Med. Chile.* 2002; 130: 1265-1272.

⁴ Hsueh PR. Decreasing rates of resistance to penicillin, but not erythromycin, in *Streptococcus pneumoniae* after introduction of a policy to restrict antibiotic usage in Taiwan. *Clinical Microbiology and Infection.* 11(11). November 2005.

⁵ Ho M. et al. Change before and after a policy to restrict antimicrobial usage in upper respiratory infections in Taiwan. *International Journal of Antimicrobial Agents.* 2004. 23. 438-445.

ไต้หวันได้ดำเนินมาตรการหลายอย่างในการแก้ปัญหา เช่น มาตรการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในปี 1998 อย่างไรก็ตาม จะให้ความสำคัญมาตรการใน 2 ด้าน มากกว่า คือ มาตรการเฝ้าระวัง และมาตรการควบคุม

มาตรการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา เช่น การติดตั้งระบบการติดตามเชื้อดื้อยาของประเทศในปี 1998 ภายใต้ชื่อว่า Surveillance of Multicentre Antimicrobial Resistance (SMART)⁴

มาตรการควบคุม เช่น เช่น การบังคับใช้กฎหมายที่การจ่ายยาปฏิชีวนะต้องมีใบสั่งยา (prescription-filling practice in pharmacy) ในปี 1997⁴ และล่าสุดในเดือนกุมภาพันธ์ 2001 ไต้หวันได้ออกกฎระเบียบใหม่เพื่อจำกัดการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยใช้กลไกด้านการควบคุมการเบิกจ่ายสำหรับค่ายาปฏิชีวนะที่ใช้กับผู้ป่วยนอกที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลัน (Acute upper respiratory tract infection: Acute URI) โดยไม่อนุญาตให้เบิกจ่ายยาปฏิชีวนะในกรณีที่ไม่มีความจำเป็นว่าเป็นการติดเชื้อแบคทีเรีย⁴

กฎระเบียบการไม่ให้เบิกจ่ายยาปฏิชีวนะกรณีที่ไม่มีหลักฐานของการติดเชื้อแบคทีเรียเริ่มจากการที่มีรายงานส่งไปยังหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องกับยาปฏิชีวนะ จากนั้นได้มีความพยายามในการให้ความรู้โดยภาควิชา Department of Health, Bureau of National Health Insurance (BNHI) และองค์กรวิชาชีพ ต่อมาในเดือนมิถุนายน 2000 สถาบันวิจัยสุขภาพแห่งชาติ (National Health Research Institutes: NHRI) ได้สนับสนุนและผลักดันให้มีการลดใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับโรค URI ในการรักษาผู้ป่วยนอก เพื่อบังคับใช้คำแนะนำนี้ BNHI จึงออกกฎระเบียบใหม่โดยไม่อนุญาตให้เบิกจ่ายยาปฏิชีวนะในการรักษา URI ของผู้ป่วยนอก กรณีที่ไม่มีความจำเป็นว่าเป็นการติดเชื้อแบคทีเรีย โดยเริ่มใช้เมื่อกุมภาพันธ์ 2001⁵

การศึกษาผลกระทบของกฎระเบียบดังกล่าวต่อปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะพบว่า

1. โดยรวมปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยนอกระหว่างปี 1999 - 2001 ที่วัดเป็น Defined Daily Doses: DDDs/ 1000 population/day ในช่วง 1999 - 2001 พบว่าปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะระหว่างปี 1999 - 2000 (ก่อนประกาศกฎระเบียบดังกล่าว) ลดลงร้อยละ 11 (จากร้อยละ 29.7 เป็นร้อยละ 26.5 DDDs ตามลำดับ) หลังจากประกาศกฎระเบียบดังกล่าว ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะระหว่างปี 2000 - 2001 ลดลงร้อยละ 25 (จากร้อยละ 26.5 เป็นร้อยละ 19.8 DDDs ตามลำดับ)

2. ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยนอกที่เป็นการติดเชื้อทางเดินหายใจ (ทั้งที่เป็น URI และ ไม่ใช่ URI) ระหว่างปี 1999 - 2000 (ก่อนประกาศกฎระเบียบดังกล่าว) ลดลงร้อยละ 11 (จากร้อยละ 18.0 เป็นร้อยละ 16.1 DDDs ตามลำดับ) หลังจากประกาศกฎระเบียบดังกล่าว ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะระหว่างปี 2000 - 2001 ลดลงร้อยละ 38 (จากร้อยละ 18.0 เป็นร้อยละ 10.0 DDDs ตามลำดับ)⁴

การศึกษาดังกล่าวได้สรุปว่าหากนโยบายด้านการควบคุมการเบิกจ่ายดังกล่าวมีการบังคับใช้อย่างต่อเนื่องจะแก้ปัญหาได้ อย่างไรก็ตาม มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่ากฎระเบียบดังกล่าวทำให้การวินิจฉัยโรค

คลาดเคลื่อนหรือไม่ เนื่องจากมีหลักฐานแสดงว่าแพทย์มีการวินิจฉัยเป็นโรคอื่นแทนเพื่อให้สามารถสั่งใช้ยาปฏิชีวนะและสามารถเบิกจ่ายยาปฏิชีวนะได้⁵

เบลเยียม

ในปี 1998 เบลเยียมมีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะสูงเป็นอันดับสองในกลุ่มประเทศยุโรป⁶ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ในผู้ป่วยนอก (ambulatory care)⁷ ในการแก้ปัญหานี้ Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC) จึงได้มีการดำเนินการใน 2 ด้าน คือ (1) การรณรงค์แก่ประชาชนทั่วประเทศ และ (2) กิจกรรมที่พุ่งเป้าสู่บุคลากรทางการแพทย์

การรณรงค์แก่ประชาชนทั่วประเทศ (National Public Campaigns)

การรณรงค์แก่ประชาชนทั่วประเทศมีการดำเนินการในทุกสื่อและทุกช่องทาง (และพบว่าโทรทัศน์เป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพสูงสุด) โดยการรณรงค์นี้ทำเฉพาะในช่วงหน้าหนาวเป็นเวลา 3 เดือน (ธันวาคม – กุมภาพันธ์) ติดต่อกันตั้งแต่ปี 2000-2003⁸ โดยสาระหลัก (theme) ของการรณรงค์จะเน้น 3 เรื่อง คือ “Use Antibiotics Less Frequency But Better”; “Save antibiotics, they may save your life” และ “Talk to your Doctor, Talk to your Pharmacist”^{7,9}

การประเมินผลกระทบของการรณรงค์ทำโดย (1) การสัมภาษณ์ประชาชนและแพทย์ ก่อนและหลังการรณรงค์ (2) การเปรียบเทียบยอดขายยาปฏิชีวนะ ก่อนและหลังการรณรงค์โดยใช้ time series analysis ซึ่งควบคุมปัจจัยกวนเรื่องฤดูกาล และ (3) ความคุ้มค่าของการรณรงค์ ผลการประเมินพบว่า (1) การรณรงค์สามารถเปลี่ยนความคาดหวังของคนไข้ในเรื่องยาปฏิชีวนะ แต่มีผลเล็กน้อยต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะของแพทย์ ความคาดหวังในการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคหลอดลมอักเสบแบบเฉียบพลัน ใช้หวัดใหญ่ หวัด เจ็บคอ ท้องเสียลดลงอย่างเห็นได้ชัด ($p < 0.05$)⁹ (2) ปริมาณยาปฏิชีวนะลดลงร้อยละ 25 (เมื่อคิดตามจำนวนกล่อง) เมื่อคำนวณจาก DDD พบว่าระหว่างปี 2000 – 2001 ลดลงร้อยละ 6.5 แต่ระหว่างปี 2001-2002 และปี 2002-2003 พบว่าลดลงร้อยละ 3.4 ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาโดยเพิ่มขนาดของยา amoxyclav และมียาใหม่ (levofloxacin) ออกสู่ท้องตลาด⁶ และ (3) ความคุ้มค่าของการรณรงค์ 2 ครั้งระหว่างปี 2000 – 2002 พบว่ามีความคุ้มค่าอย่าง

⁶ Goossens H et al. National campaigns to improve antibiotic use. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2006. 62: 373-379.

⁷ Coenen S. et al. The first European antibiotic awareness day after a decade of improving outpatient antibiotic use in Belgium. *Acta Clinica Belgica*. 2008. 63-65.

⁸ มีหลักฐานว่ามีการรณรงค์ในปี 2004-2005 ด้วย แต่ไม่พบข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผลจึงไม่นำมาระบุในที่นี้

มาก เนื่องจากการรณรงค์ใช้เงินไป 770,000 ยูโร แต่ให้ผลตอบแทนในการประหยัดค่าใช้จ่ายของประกันสังคมได้มากกว่า 5 เท่า⁹

กิจกรรมที่พุ่งเป้าสู่บุคลากรทางการแพทย์ (Professional interventions)

กิจกรรมที่พุ่งเป้าสู่บุคลากรทางการแพทย์ประกอบด้วยกิจกรรม เช่น (1) การจัดทำแนวทางการรักษาตามหลักการของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเน้นไปยังการรักษาโรคในผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) เช่น อาการเจ็บคอแบบเฉียบพลัน (acute sore throat) หูชั้นกลางอักเสบแบบเฉียบพลัน กระเพาะปัสสาวะอักเสบแบบเฉียบพลันในผู้หญิง ไส้สอักเสบแบบเฉียบพลัน โรคติดเชื้อแบบเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง และ acute exacerbation of COPD โดยแนวทางการรักษานี้ถูกแจกจ่ายไปยังแพทย์ที่อยู่ในหน่วยผู้ป่วยนอกทั่วประเทศ และ (2) การให้รายงาน feedback แก่แพทย์เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา การรายงานนี้ดำเนินการโดยคณะที่เรียกว่า Platform for Quality Promotion (ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงเรียนแพทย์ องค์การวิชาชีพของแพทย์ และ Federal Knowledge Center for Healthcare) แพทย์ได้รับ feedback เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของตนจะถูกเชิญให้ถกประเด็นกับเพื่อนแพทย์ด้วยกัน เรียกว่า peer review groups นอกจากนี้ ได้มีมาตรการเพิ่มค่าตอบแทนในกรณีที่มีการจัดให้มีการถกประเด็นกับ peer review groups และมีแนวโน้มที่แสดงว่าการการใช้ยาปฏิชีวนะลดลง⁷

ฝรั่งเศส

ก่อนปี 2000 ฝรั่งเศสเป็นประเทศหนึ่งที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะที่สูงมากในทวีปยุโรป ในปี 2002 ฝรั่งเศสจึงได้มีการทำการรณรงค์ระดับประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาวภายใต้ theme หลัก คือ “Keep antibiotics working” เพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมและเพิ่มคุณภาพของการดูแลสุขภาพซึ่งมุ่งเน้นในทั้งชุมชนและในโรงพยาบาล การรณรงค์ในชุมชนเน้นการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ป่วยกลุ่มอายุ 0 – 6 ปี โดยมีระบบการประกันสุขภาพ (National Health Insurance System) เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนการรณรงค์ การรณรงค์สู่ประชาชนทำในทุกสื่อทุกช่องทาง ส่วนการรณรงค์กับบุคลากรทางการแพทย์ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก คือ academic detailing, peer-to-peer visits และการส่งเสริมให้ใช้ชุดทดสอบเชื้อ Streptococcus (Streptococcal rapid diagnostic test for sore throat) ส่วนการรณรงค์ในโรงพยาบาลทำผ่านนโยบายการควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะของคณะกรรมการนโยบายด้านยาปฏิชีวนะ และการประกาศแผนของชาติในการสงวนรักษายาปฏิชีวนะ (Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques) เมื่อปี 2001 และได้มีการรับรองและบังคับแบบฉันทามติโดย French Society of Infectious Diseases ในปี 2002

⁹ Bauraind I. Two years of public campaigns to promote appropriate use of antibiotics in the community in Belgium. Available at: <http://www.bapcoc.be/ICAAC-2003-1362A.pdf> Access date: April 5, 2009.

ผลการประเมินเบื้องต้นพบว่า ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะระหว่าง 2001-2002 และ 2004-2005 ลดลงร้อยละ 13 การใช้ยาปฏิชีวนะในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ลดลงร้อยละ 19 โดยรวมอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มเพนิซิลินลดลงร้อยละ 25 แมคโครไลด์ลดลงร้อยละ 20 และกลุ่มเซฟาโรสปอรินลดลงร้อยละ 13 นอกจากนี้ พบว่าผลการสำรวจความรู้ ความเห็น และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะดีขึ้น

สวีเดน:

ประเทศสวีเดนเป็นประเทศที่มีประชากรเพียง 9 ล้านคน และมีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะที่ต่ำเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในยุโรป อย่างไรก็ตามรัฐบาลของสวีเดนได้ให้ความสำคัญเรื่องเชื้อดื้อยาอย่างมาก จึงมีการตั้งโครงการระดับประเทศภายใต้ชื่อ Swedish Strategic Programme for the Rational Use of Antimicrobial Agents and Surveillance (STRAMA) ในปี 1994 โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนโดยรัฐบาลสวีเดน และเน้นการดำเนินการแบบกระจายอำนาจ (decentralized approach)

STRAMA มีการบริหารโครงสร้างการทำงานเป็น 2 ระดับ คือ กลุ่ม STRAMA ระดับประเทศ (National STRAMA group) และระดับภูมิภาค (Regional STRAMA group)

กลุ่ม STRAMA ระดับประเทศประกอบด้วยคณะกรรมการ 2 ชุด คือ (1) คณะกรรมการกำกับทิศทาง (Steering committee) ซึ่งทำหน้าที่ประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรวิชาชีพต่างๆ เจ้าหน้าที่รัฐ วิศวกร แนวโน้มของการดื้อยาและการบริโภคยาปฏิชีวนะ ที่ประเด็นช่องว่างความรู้และริเริ่มการศึกษาวิจัยเพื่อมาเติมเต็มความรู้ในส่วนที่ขาดหาย และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม interventions และ (2) คณะกรรมการบริหาร (Executive working committee) ที่มีการประชุมกันทุกเดือนทำหน้าที่วางแผนปฏิบัติการของปี ประสานงานและกิจกรรม และสนับสนุนการทำงานของกลุ่ม STRAMA ระดับภูมิภาค (Regional STRAMA group)

กลุ่ม STRAMA ระดับภูมิภาค (Regional STRAMA group) มีประจำทุกจังหวัด และประกอบด้วยกลุ่มคนหลากหลายสาขา ในแต่ละจังหวัดจะมีห้องทดลองทางจุลชีววิทยาสำหรับเพาะเชื้อ เน้นกิจกรรมในผู้ป่วยนอก (แต่เมื่อเร็วๆ นี้ เริ่มดำเนินการในส่วนของผู้ป่วยใน)¹⁰

STRAMA มีการใช้กิจกรรม (interventions) ที่หลากหลาย เช่น การจัดทำแนวทางการรักษาของพื้นที่ การติดตามรูปแบบของพื้นที่ในการบริโภคยาปฏิชีวนะและการดื้อยา การให้ feedback กับผู้สั่งใช้ยา การแจกเอกสารกำกับยาสำหรับประชาชน (Patient information leaflets) การประสานงานกับสื่อ และการให้การรักษาฟรีกรณีที่มีการติดเชื้อภายหลัง

ปัจจัยความสำเร็จของ STRAMA คือ การที่สามารถเข้าถึงข้อมูลในพื้นที่เกี่ยวกับรูปแบบการบริโภคยาปฏิชีวนะและการดื้อยา ความเข้มแข็งของการบังคับใช้กฎหมายในการควบคุมยา การเพิ่มความ

¹⁰ S Mlstad et al. Sustained reduction of antibiotic use and low bacterial resistance: 10-year follow up of the Swedish Strama programme. *Lancet*. (8). February 2008. p.125-132

ตระหนักและทำความเข้าใจกับประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องในวงกว้าง การมีเวทีระดับประเทศเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการเป็นองค์กรแบบกระจายอำนาจ

สหรัฐอเมริกา:

ในปี 1995 Center of Disease Control ได้เริ่มโครงการรณรงค์ระดับประเทศเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมภายใต้ชื่อว่า “National Campaign for Appropriate Antibiotic Use in the Community” ในปี 2003 โครงการได้เปลี่ยนชื่อเป็น “Get Smart: Know When Antibiotics Work” พร้อมกับการรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนทั่วประเทศ กลุ่มเป้าหมายของโครงการนี้คือ คนไข้ และบุคลากรทางการแพทย์ เพราะความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติของคนทั้ง 2 กลุ่มนี้มีอิทธิพลซึ่งกันและกันในการใช้ยาปฏิชีวนะ¹¹ โครงการ Get Smart: Know When Antibiotics Work มีการดำเนินใน 3 ด้านซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายที่ต่างกัน ดังนี้ การรณรงค์ในชุมชน ในสถานพยาบาล และในภาคการปกครอง

1. การรณรงค์ในชุมชน ภายใต้ชื่อโครงการ Get Smart: Know When Antibiotics Work

การรณรงค์ในชุมชนนี้อยู่ในความรับผิดชอบของ Division of Bacterial and Mycotic Diseases Respiratory Diseases Branch ของ CDC โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลในชุมชน และลดการกระจายของเชื้อดื้อยา โดยส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์สั่งจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ลดความต้องการการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน และเมื่อใช้ยาให้ใช้อย่างถูกต้อง การรณรงค์เน้นในกลุ่มโรค URI คือ Otitis media, sinusitis, pharyngitis, bronchitis และ cold

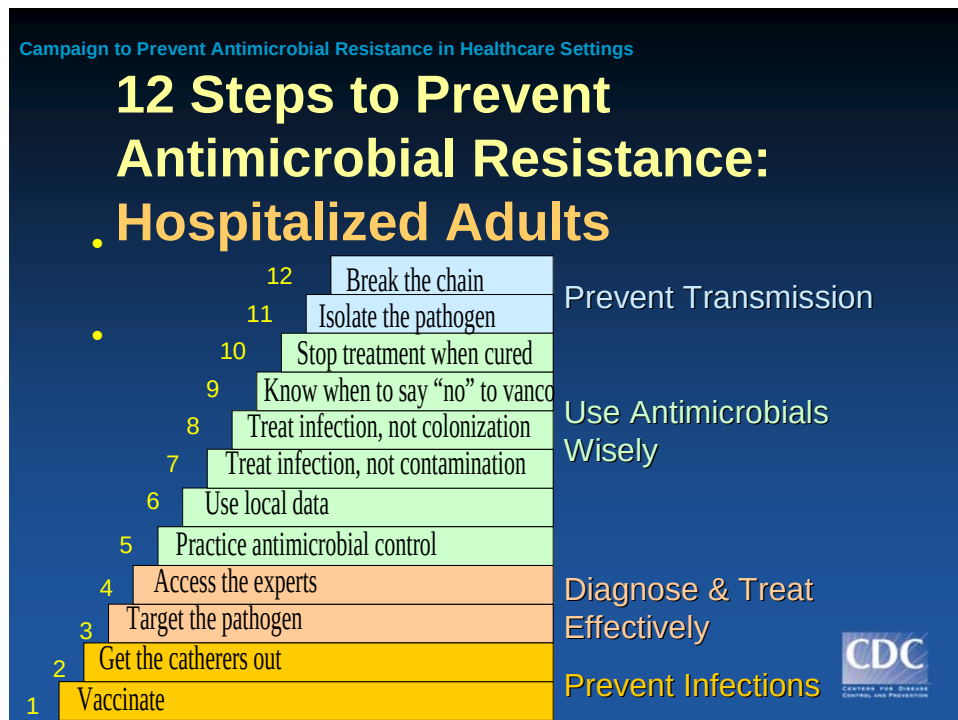
ในการรณรงค์ CDC ได้กำหนดบทบาทของตนเอง คือ เป็นผู้ผลิตและกระจายสื่อความรู้ให้แก่คนไข้ และบุคลากรทางการแพทย์ ให้ทุนสนับสนุนและการสนับสนุนทางวิชาการแก่รัฐต่างๆ และการรณรงค์ในพื้นที่ สร้างความร่วมมือ partnership กับหน่วยงานต่างๆ เพื่อขยายโครงการ ผลิตและออกสื่อรณรงค์ระดับประเทศ พัฒนาหลักสูตรสำหรับนิสิตในโรงเรียนแพทย์และแพทย์ resident พัฒนาและประเมินตัวชี้วัดของ Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) performance measures

2. การรณรงค์ในสถานพยาบาล ภายใต้ชื่อ Campaign to Prevent Antimicrobial Resistance in Healthcare Settings

การรณรงค์ในสถานพยาบาลนี้อยู่ในความรับผิดชอบของ Division of Healthcare Quality Promotion สังกัด CDC มีการกำหนดยุทธศาสตร์หลัก 4 ด้าน คือ การป้องกันการติดเชื้อ การวินิจฉัยการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม และการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค สำหรับกล

¹¹ Robertson C. Be Prepared! CDC Get Smart about Antibiotics Week, October 6-11, 2008. New Jersey State League of Municipalities. <http://www.njslom.org/ml092508.html>. Revised date: September 25, 2008. Access date: April 3, 2009.

ยุทธศาสตร์ในการสื่อสารประกอบด้วย การชี้แจงแก่แพทย์ คนไข้ และผู้ที่เกี่ยวข้อง สร้างความตระหนักเรื่องเชื้อดื้อยา และลงใจให้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อป้องกันและแก้ปัญหา โดยกิจกรรมที่ใช้แบ่งเป็น 12 ขั้น ดังนี้



ที่มา: Centers for Disease Control and Prevention, USA.

การรณรงค์ในสถานพยาบาลนี้ มีภาคีผู้ให้การสนับสนุนโดย CDC Foundation สนับสนุนทุนดำเนินการร่วมกับ Pharmacia, Inc., Premier, Inc., the Sally S. Potter Endowment Fund for the Prevention of Antimicrobial Resistance, Ortho-McNeil Pharmaceutical, Inc., และ Pfizer Inc. และรับรองโดย American Society for Microbiology, Infectious Diseases Society of America, National Foundation for Infectious Diseases และ the American College of Physicians-American Society of Internal Medicine¹²

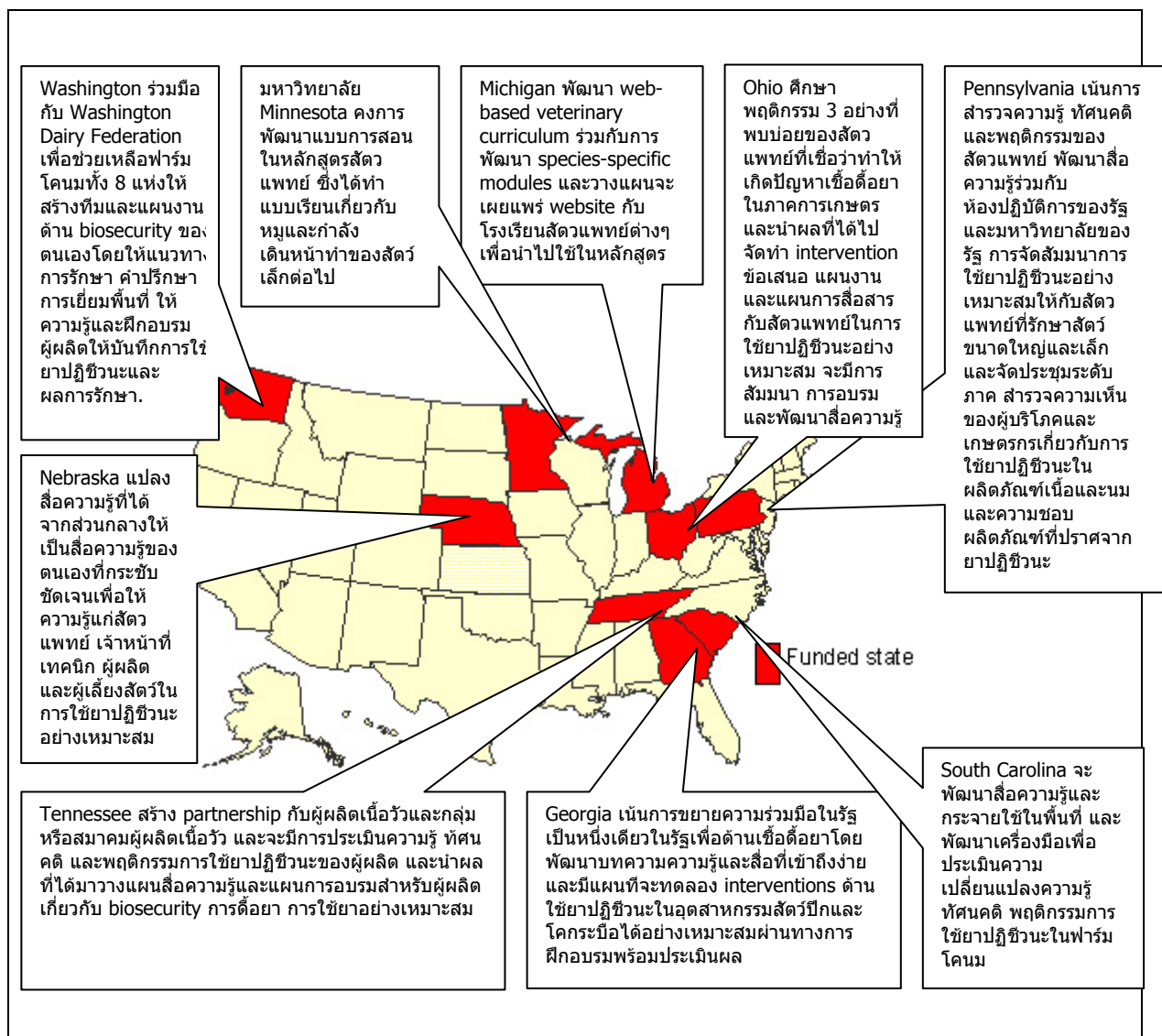
3. การรณรงค์ในในภาคการปศุสัตว์ ภายใต้ชื่อโครงการ Get Smart: Know When Antibiotics Work on Farm เรียกโดยย่อว่า Get Smart on Farm

โครงการ Get Smart: Know When Antibiotics Work on Farm เริ่มในปี ค.ศ. 2004 โดยขยายการรณรงค์สู่การใช้ยาในสัตว์ ซึ่งเรียกโดยย่อว่า Get Smart on Farm การรณรงค์นี้อยู่ในความรับผิดชอบของ Division of Bacterial and Mycotic Diseases Respiratory Diseases Branch ของ CDC มีเป้าหมายเพื่อ

¹² Centers for Disease Control and Prevention. Get Smart Campaign Update. Available at: www.dhh.louisiana.gov/offices/publications/pubs-249/7748.ppt. access date: April 8, 2009.

ส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผลในการเกษตร โดยโครงการมีหน้าที่หลัก 3 ประการ คือ (1) ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติ และเผยแพร่สื่อความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น เกษตรกร ภาควิชาการเกษตร กลุ่มวิชาชีพสัตวแพทย์ (2) สนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรของคณะสัตวแพทย์ และสร้างและเชื่อมโยงภาคีที่ควบคุมเชื้อดื้อยาในบริบาลสัตว์และปศุสัตว์ และ (3) สนับสนุนทุนในการดำเนินโครงการในรัฐต่างๆ ในการทำกิจกรรมให้ความรู้ และสนับสนุนด้านวิชาการเพื่อพัฒนาโครงการในแต่ละรัฐ การดำเนินโครงการ และการประเมินผลโครงการ รวมทั้งสนับสนุนทุนโฆษณาประชาสัมพันธ์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม

ปัจจุบัน CDC ได้มีการสนับสนุนทุนให้แก่ 9 รัฐ ในการดำเนินโครงการ Get Smart on Farm ซึ่งแต่ละรัฐมีการดำเนินการที่แตกต่างกันไป (แต่อยู่ภายใต้แนวคิดเดียวกันของ Get Smart on Farm) การดำเนินการในแต่ละรัฐสรุปได้ตามรูปด้านล่าง



ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

ในการเสนอแนะนี้ จะไม่ขอกกล่าวถึงการปฏิรูปโครงสร้างทางองค์กรของระบบสาธารณสุขที่จำเป็นต้องมีการจัดสรรเพื่อให้เกิดโครงสร้างหรือหน่วยงานที่ชัดเจน หรือมีการปรับโครงสร้างของคณะบุคคลหรือหน่วยงานพร้อมจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นและเพียงพออย่างต่อเนื่องในการแก้ปัญหาเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะและเชื้อดื้อยา เนื่องจากการปฏิรูปโครงสร้างดังกล่าวได้เป็นประเด็นที่มีการนำเสนอเกือบทุกครั้ง และไม่สามารถทำให้เกิดผลได้จริงในทางปฏิบัติด้วยเหตุผลต่างต่างนานา ข้อเสนอแนะในครั้งนี้ จึงเป็นข้อเสนอแนะที่ตั้งอยู่บนบริบทปัจจุบันที่สามารถดำเนินการได้ในช่วง 3-5 ปี ดังนี้

- จัดทำโครงการวิจัยเพื่อร่างแผนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม ประมวลผลข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่างๆ และสรุปเป็นร่างแผนยุทธศาสตร์เพื่อเสนอเป็นทางเลือกให้หน่วยงานหรือคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องและมีอำนาจพิจารณาต่อไป
- สรรหาและสร้างเครือข่ายหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประสานความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดเข้าไว้ด้วยกัน และมีการประชุมหารือเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายในส่วนกลางและภูมิภาค โดยให้มีเครือข่ายประจำอยู่ทุกจังหวัด และบริหารเครือข่ายโดยหลักการ decentralization อย่างเช่นในประเทศสวีเดน นอกจากนี้ ควรกำหนดผู้รับผิดชอบหลัก (focal point) ในการขับเคลื่อนงานในแต่ละ setting ที่แตกต่างกัน เช่น สถานพยาบาลภาครัฐ สถานพยาบาลภาคเอกชน ร้านขายยา ร้านขายของชำ การรณรงค์กับประชาชน เป็นต้น โดยประสานงานกับทาง สสส. ในการจัดทำรณรงค์ทั่วประเทศ ดังตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จในประเทศเบลเยียมและฝรั่งเศส
- จัดสรรงบประมาณเพื่อรองรับการดำเนินการของจังหวัดต่างๆ ที่ทำโครงการย่อยของตนในการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล พร้อมทั้งจัดสรรงบประมาณและสนับสนุนทรัพยากรเพื่อจัดทำระบบกลางในการแนะนำ ติดตาม และรวบรวมผลการดำเนินโครงการย่อยในพื้นที่
- บังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังเพื่อกำจัดการกระจายยาปฏิชีวนะ เช่น การปรับสถานะของยาปฏิชีวนะ การกำหนดรายชื่อยาปฏิชีวนะที่มีได้ในร้านขายยา ในคลินิก หรือที่ต้องสั่งใช้โดยแพทย์เฉพาะทาง เป็นต้น