

แบบประเมิน เรื่อง "การจัดบริการเกษักรรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ" อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิษฐ์ ปี พ.ศ. 2559

คำชี้แจง

1. กรุณาประเมินตามความเป็นจริง และทำเครื่องหมายถูกลงในช่องคะแนนให้ครบทุกข้อ
2. ประเมิน 1 ฉบับ ต่อ 1 หน่วยบริการปฐมภูมิ
3. ประเมินเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการพัฒนาระบบงานเกษักรรรมโดยเกษักรหรือเจ้าพนักงานเกษักรรรม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....ตำบล.....

วันที่ประเมิน.....ผู้ประเมิน.....ผู้รับการประเมิน.....

ที่	ประเด็นการประเมิน	ประเภทคะแนน			หลักฐาน/แหล่งข้อมูล
		ดี=2	พอใช้=1	ปรับปรุง=0	
1	การดำเนินงานให้มีบุคลากรวิชาชีพเกษักรรรม				
	1.1 มีเกษักรรับผิชอบประจำในการพัฒนางานเกษักรรรมปฐมภูมิ มีเกษักรรับผิชอบงานประจำ หมายถึง มีเกษักรเป็นผู้ดำเนินงาน วางแผนงาน ควบคุมกำกับติดตามการดำเนินงาน โดยไม่นับจำนวนชั่วโมงที่ไปปฏิบัติงาน โดยพิจารณาจากคำสั่งมอบหมายงาน หรือ Job description และมีช่องทางการติดต่อสามารถให้คำปรึกษากับเจ้าหน้าที่ที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	0 = ไม่สามารถแสดงคำสั่งมอบหมายงานหรือ Job description เกี่ยวกับเกษักรที่รับผิชอบได้ 1= มีเกษักรรับผิชอบประจำตามคำสั่งมอบหมายงานหรือ Job description โดยมีการปฏิบัติงานตามคำสั่งมอบหมายงานหรือเป็นที่ปรึกษา 2= มีเกษักรรับผิชอบประจำตามคำสั่งมอบหมายงานหรือ Job description และ มีการปฏิบัติงานตามแผนการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 2 เดือน/ครั้ง

ที่	ประเด็นการประเมิน	ประเภทคะแนน			หลักฐาน/แหล่งข้อมูล
		ดี=2	พอใช้=1	ปรับปรุง=0	
2	มีการจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ไม่ใช้อย่างเหมาะสม (คลังยาหรือบริเวณที่ใช้เก็บยา) มีการจัดเก็บยา และเวชภัณฑ์ไม่ใช้อย่างเหมาะสม และเป็นไปตามหลักวิชาการ หมายถึง ไม่วางยาบนพื้นโดยตรง แยกเป็นหมวดหมู่ และเรียงตามลำดับวันหมดอายุของยา (first expire in first expire out) พื้นที่จัดเก็บสะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก มีการควบคุมอุณหภูมิและความชื้น และมีการบันทึกอุณหภูมิเป็นปัจจุบัน จะประเมินในเรื่อง สถานที่การจัดเก็บมีความเหมาะสม ไม่วางบนพื้นโดยตรง แยกเป็นหมวดหมู่แยกเป็นหมวดหมู่ ตามบริบทของหน่วยบริการ วัตถุออกฤทธิ์ แยกเก็บจากยาอื่นและมีกุญแจล็อก บัญชีรยาEmergency มีครบทั้งจำนวนและรายการ เรียงตาม FEFO มีบัญชีการใช้วัตถุออกฤทธิ์ แนวทางการใช้ต้องเป็นตามข้อตกลง สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก มีการควบคุมอุณหภูมิและความชื้น และมีการบันทึกสม่ำเสมอ เป็นปัจจุบัน	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	0 = การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเกณฑ์ทั้งหมด 1 = การดำเนินงานเป็นไปตามเกณฑ์บางส่วน อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ โดยไม่กระทบต่อคุณภาพของยาโดยตรง 2 = การดำเนินงานเป็นไปตามเกณฑ์ทั้งหมด

ที่	ประเด็นการประเมิน	ประเภทคะแนน			หลักฐาน/แหล่งข้อมูล
		ดี=2	พอใช้=1	ปรับปรุง=0	
3	ไม่มีเวชภัณฑ์เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ (คลังยาและห้องจ่ายยา) สุ่มดูทั้งในคลังยาและจุดบริการผู้ป่วย อย่างน้อยร้อยละ 30 ของจำนวน item ทั้งหมด หากเป็นเวชภัณฑ์เสื่อมสภาพหรือหมดอายุซึ่งรอการทำลายหรือแลกเปลี่ยนต้องแยกเก็บจากเวชภัณฑ์ทั่วไป	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	0 = พบเวชภัณฑ์เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ ในคลังยา และ/หรือ ห้องจ่ายยา 1 = ไม่พบเวชภัณฑ์เสื่อมสภาพหรือหมดอายุในคลังยาและห้องจ่ายยา 2 = ไม่พบเวชภัณฑ์ที่ใกล้เสื่อมสภาพหรือใกล้หมดอายุน้อยกว่า 3 เดือน ในคลังยาและห้องจ่ายยา
4	มีการสำรองยาช่วยชีวิตฉุกเฉินที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย และพร้อมใช้งาน พิจารณาบริเวณที่จัดเก็บยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน ว่าสามารถเข้าถึงได้ง่าย และอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน (ไม่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ)	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	0 = ไม่มีการสำรองยาช่วยชีวิตฉุกเฉินเลยหรือมีแต่อยู่ในสภาพไม่พร้อมใช้งานหรือเสื่อมสภาพหรือหมดอายุ 1 = มีการสำรองยาช่วยชีวิตฉุกเฉินและพร้อมใช้งานแต่สามารถเข้าถึงได้ยาก 2 = มีการสำรองยาช่วยชีวิตฉุกเฉินสามารถเข้าถึงได้ง่าย และอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน

ที่	ประเด็นการประเมิน	ประเภทคะแนน			หลักฐาน/แหล่งข้อมูล
		ดี=2	พอใช้=1	ปรับปรุง=0	
5	การเก็บวัคซีนถูกต้องตามชนิดและความไวต่อ อุณหภูมิ และมีการบันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ พิจารณาการเก็บวัคซีนถูกต้องตามชนิดและความ ไวต่ออุณหภูมิตามคู่มือการบริหารจัดการจัดการ วัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น ปี 2554 และมีการ บันทึกอุณหภูมิอย่างสม่ำเสมอ	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	0 = จัดเก็บวัคซีนไม่ถูกต้องตาม ชนิดและความไวต่ออุณหภูมิ หรือ มีสิ่งอื่นที่ไม่ใช่วัคซีนรวมอยู่ใน ตู้เย็น 1 = จัดเก็บวัคซีนถูกต้องตามชนิด และความไวต่ออุณหภูมิ แต่ไม่มี การบันทึกอุณหภูมิอย่างสม่ำเสมอ 2 = จัดเก็บวัคซีนถูกต้องตามชนิด และความไวต่ออุณหภูมิ และมีการ บันทึกอุณหภูมิอย่างสม่ำเสมอ
6	ฉลากยาแสดงข้อมูลครบถ้วน ได้แก่ วันที่มารับ บริการ ชื่อสถานที่บริการ ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ขนาดยา วิธีการใช้ยา สรรพคุณ คำเตือนหรือฉลากช่วยที่ สำคัญ พิจารณาจากข้อมูลบนฉลากยาที่ใช้ในปัจจุบัน	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	0 = ไม่มีฉลากยา หรือฉลากยาไม่ แสดงข้อมูลสำคัญบางอย่างซึ่งอาจ ส่งผลกระทบต่อการใช้ยาของ ผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา วิธีการใช้ยา 1 = ฉลากยาและแสดงข้อมูล ครบถ้วนสมบูรณ์ 2 = ฉลากยา แสดงข้อมูลครบถ้วน สมบูรณ์และมีการพัฒนาฉลากยา สำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มเช่น ยา เทคนิคพิเศษ ผู้สูงอายุ

ที่	ประเด็นการประเมิน	ประเภทคะแนน			หลักฐาน/แหล่งข้อมูล
		ดี=2	พอใช้=1	ปรับปรุง=0	
7	มีระบบในการเฝ้าระวัง และป้องกันความ คลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) พิจารณาจากเอกสารหรือหลักฐานการปฏิบัติงาน	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	0 = ไม่มีระบบหรือมีระบบในการ เฝ้าระวัง และป้องกันความ คลาดเคลื่อนทางยา แต่ดำเนินการ ไม่ต่อเนื่อง 1 = มีการบันทึกอุบัติการณ์ความ คลาดเคลื่อนทางยา อย่างต่อเนื่อง (ครั้งสุดท้ายไม่เกิน 6 เดือน) 2 = มีการทบทวนอุบัติการณ์ความ คลาดเคลื่อนทางยาอย่างสม่ำเสมอ และมีแนวทางการป้องกัน หรือมี กระบวนการหรือมีการวางระบบ ป้องกันอุบัติการณ์ความ คลาดเคลื่อนทางยาเชิงรุกที่เป็น รูปธรรม
8	มีระบบเฝ้าระวังและป้องกันการแพ้ยา ประเมินจาก หลักฐานที่บันทึกใน OPD card โปรแกรม JHCIST ดูข้อมูลรายงานแพ้ยาจาก www.pharutth.net/adr พิจารณาจากการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยที่แพ้ยากับ โรงพยาบาลเอกสารหรือหลักฐานการปฏิบัติงาน เช่น แฟ้มประวัติผู้ป่วย (OPD card) โปรแกรม บันทึกการให้บริการฯ	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	0 = มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยที่ แพ้ยากับ โรงพยาบาล หรือไม่มี ระบบเฝ้าระวังและป้องกันการแพ้ ยา 1 = มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยที่ แพ้ยากับ โรงพยาบาล และมีระบบ เฝ้าระวังเฝ้าระวังและป้องกันการ แพ้ยา แต่ทำไม่ต่อเนื่องหรือไม่ เป็นปัจจุบัน 2 = มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยที่

ที่	ประเด็นการประเมิน	ประเภทคะแนน			หลักฐาน/แหล่งข้อมูล
		ดี=2	พอใช้=1	ปรับปรุง=0	
					แพ้ยากับโรงพยาบาลและมีระบบเฝ้าระวังและป้องกันการแพ้ยาซ้ำ โดยทำอย่างต่อเนื่อง
9	มีการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย (Drug related problem) และมีการวางแผนการจัดการอย่างเป็นระบบ มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดูแลต่อเนื่อง เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จิตเวช วันโรค พิจารณาจาก เอกสารแนวทางการดำเนินงานและ รายงานผลการเยี่ยมบ้านและการสัมภาษณ์ มีการค้นหาปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วย และมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยพิจารณาจากเอกสารแนวทางการดำเนินงานและรายงานผลการเยี่ยมบ้าน และการสัมภาษณ์	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	0 = ไม่มีระบบในการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย (Drug related problem) 1 = มีระบบในการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย (Drug related problem) แต่ไม่มีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแผน 2 = มีระบบในการค้นหาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย (Drug related problem) และมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแผน และมีการติดตามปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้านในรอบปีที่ผ่านมา
10	มีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง (CQI) มีการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพระบบอย่างต่อเนื่อง โดยพิจารณาจากเอกสารหรือหลักฐานการปฏิบัติงาน	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	0 = ไม่มี 1 = เคยมี ผลงานเกินกว่า 1 ปี นับจากวันที่ตรวจประเมิน 2 = มีผลงานไม่เกิน 1 ปี นับจากวันที่ประเมิน

ที่	ประเด็นการประเมิน	ประเภทคะแนน			หลักฐาน/แหล่งข้อมูล
		ดี=2	พอใช้=1	ปรับปรุง=0	
11	มีกระบวนการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในรพ.สต. (Antibiotic smart use = ASU) ใน รพ.สต. หรือ ชุมชน พิจารณาจากเอกสารหรือหลักฐานการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต.หรือชุมชน เช่น มีเอกสารเผยแพร่ให้ความรู้ มีการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะแก่ประชาชน	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	0 = ไม่มีกระบวนการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต.หรือชุมชน 1 = มีกระบวนการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต.หรือชุมชนบ้าง แต่ดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง 2 = มีกระบวนการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน รพ.สต.หรือชุมชนอย่างต่อเนื่อง
12	มีระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์ในชุมชน โดยพิจารณาจากเอกสารหรือหลักฐานการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	บันทึกรายละเอียด	0= ไม่มีระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน 1 = มีระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน แต่ดำเนินการไม่ต่อเนื่อง 2 = ชุมชนมีส่วนร่วมในระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพและมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

คะแนนเต็ม 24 คะแนน ได้.....คะแนน

จุดเด่น

.....

.....

ข้อเสนอแนะ.....

ผู้รับการตรวจประเมิน

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

คณะกรรมการตรวจประเมิน

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....