

IV- 5 IV-5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR) ระบบงาน IC

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่สัมผัสสารคัดหลั่ง/ถูกเข็มทิ่มตำ < 5 ครั้ง/ปี



การพัฒนา/ แผนการดำเนินงาน

ในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดทิ่มตำ พบอุบัติการณ์การเกิดมากที่สุดในปี 2559 จำนวน 5 ครั้ง จึงได้มีการทบทวนและเน้นการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ดังนี้

1. บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด และทบทวนอุบัติการณ์ กรณีไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
2. หน่วยบริการพยาบาลที่มีบุคลากรได้รับอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง ให้มีการส่งเสริม ควบคุม การปฏิบัติตามแนวทางฯอย่างต่อเนื่อง
3. คณะกรรมการ IC ทำการประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางฯ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
4. มีการอบรมแนวทางการป้องกันอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาดและสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง สำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่ก่อนเข้าปฏิบัติงาน และทบทวนแนวทางฯสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานปีละ 1 ครั้ง
5. จัดหาอุปกรณ์การป้องกัน สำหรับเจ้าหน้าที่ เช่น ชุด PPE ก่อตั้งห้องเข็มหน้ากาก

IV- 5 IV-5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR) ระบบงาน RM

ตัวชี้วัด

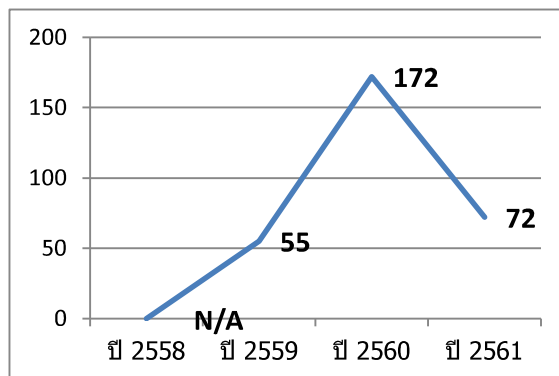
การพัฒนา/ แผนการดำเนินงาน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560	2561 (1 ตค.60-31 ธค.60)
จำนวนอุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่ได้รับ รายงาน	456 เรื่อง/ปี	N/A	55	172	72

รพ.สว่างวีระวงศ์ให้ความสำคัญต่อการรายงานความเสี่ยง โดยมีนโยบายให้ทุกหน่วยงานรายงาน 2 เรื่อง/เดือน โดยตั้งเป้าหมายให้มีรายงานไม่ต่ำกว่า 456 เรื่อง

จากกราฟจะเห็นได้ว่า การรายงานอุบัติการณ์ยังไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่จะเห็นได้ว่า ถึงแม้ยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ แต่แนวโน้มการรายงานความเสี่ยงมีมากขึ้น , ในช่วง 3 เดือนแรก ปี 2561 มีจำนวนอุบัติการณ์มากกว่า ปี 2559 ทั้งปี ด้วยเหตุผลคือ มีการเริ่มใช้โปรแกรมความเสี่ยงออนไลน์ ที่เจ้าหน้าที่รายงานได้สะดวกมากขึ้น

จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับรายงาน

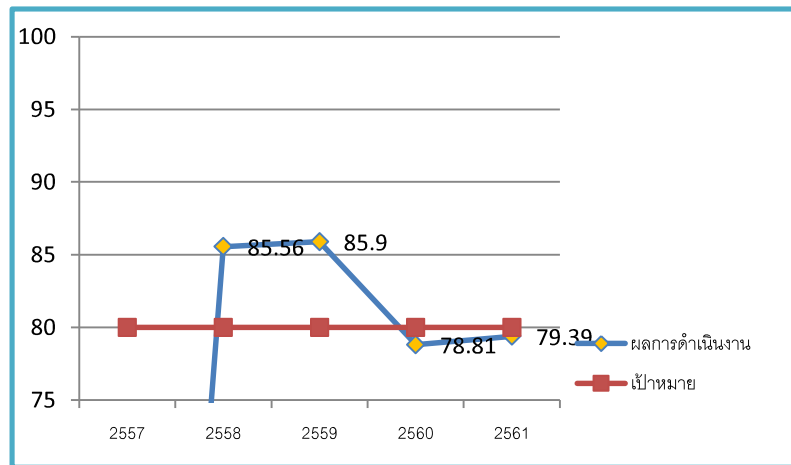


IV- 5 IV-5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR) ระบบงาน IM

ตัวชี้วัด

การพัฒนา/ แผนการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก



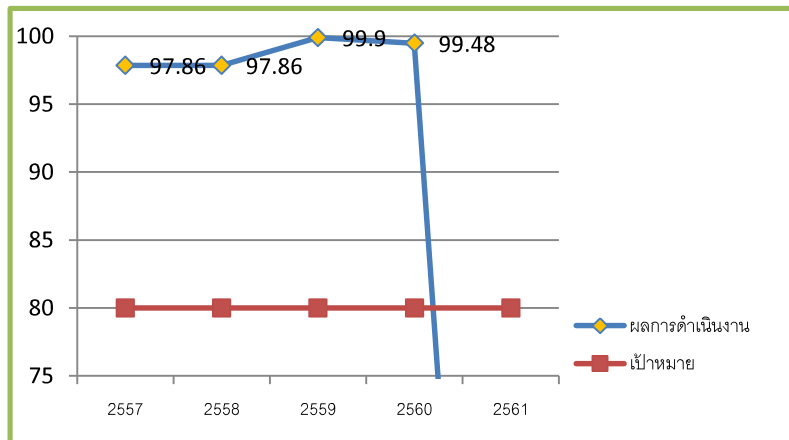
จากกราฟพบว่าอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ในปี 2560 และ 2561 ไตรมาส 1-2 มีแนวโน้มต่ำกว่าปี 2559 เนื่องจากมีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Hi และแบบฟอร์มบันทึกบางส่วนยังไม่สมบูรณ์ จึงมีระบบประสานทีมสารสนเทศให้เพิ่มรายละเอียดให้ครบถ้วนตามที่ สปสช.กำหนด เช่น การให้รหัสโรค ประวัติการเจ็บป่วย เป็นต้น และมีแนวทางเพื่อเพิ่มความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ทำให้อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2561 ดังนี้

1. ทบทวนและวางระบบการบันทึกเวชระเบียน ร่วมกับองค์กรแพทย์ พยาบาลงานผู้ป่วยนอก, พยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยมีข้อตกลงร่วมกันในการเพิ่มเติมการบันทึกประวัติแพ้ยา, ประวัติการสูบบุหรี่, ประวัติการฉีดวัคซีน และการ Advice ก่อนกลับบ้าน กำหนดให้บันทึกลงในโปรแกรมให้ครบถ้วน
2. Audit เวชระเบียนภายในองค์กรแพทย์ปีละ 1 ครั้ง
3. Audit ภายในโรงพยาบาลโดย Audit ทุก 3 เดือน และมีการสะท้อนข้อมูลให้แต่ ละวิชาชีพรับทราบ และปรับปรุงการบันทึกให้ครอบคลุม

IV- 5 IV-5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR) ระบบงาน IM

ตัวชี้วัด

อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน



การพัฒนา/ แผนการดำเนินงาน

ปี 2560 ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนลดลงเล็กน้อย เนื่องจากมีแพทย์และพยาบาลใหม่จำนวนมาก จากการวิเคราะห์ปัญหาและส่วนขาดของเวชระเบียน พบว่าส่วนขาด มีดังนี้

1. Past history ประวัติวิคซิน, growth development
2. Inform consent ซึ่งไม่สอดคล้องกับ สปสช. ทำให้ได้คะแนนต่ำ
3. Physical examination ส่วน Review of system

ในปี 2560 จึงได้มีแนวทางการพัฒนา ดังนี้

1. อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบันทึกเวชระเบียนให้กับเจ้าหน้าที่ใหม่โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล
2. กำหนดข้อตกลงในการรับผิดชอบ และจุดเน้นในการบันทึกเวชระเบียน เช่น ER และ องค์กรแพทย์ ดูแล Summary discharge, Admission form, Physical examination และ doctor order ส่วน ward รับผิดชอบบันทึก nurse note และ OPD รับผิดชอบ summary discharge และ Inform consent เป็นต้น
3. Audit chart ทุกไตรมาส โดยทีม IM และสะท้อนข้อมูลกลับทุกหน่วยงานที่รับผิดชอบ
5. ทบทวนและปรับปรุงเวชระเบียน ปรับปรุง Inform consent, Admission form และ summary discharge ให้ครอบคลุมและสมบูรณ์

IV- 5 IV-5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR) ระบบงาน IM							
ตัวชี้วัด				การพัฒนา/ แผนการดำเนินงาน			
อัตราการแก้ไขระบบล่มสำเร็จตามระยะเวลาที่กำหนด (15 นาที)							
	เป้าหมาย	57	58	59	60	61	62
อัตราการแก้ไขระบบล่มได้สำเร็จภายในระยะเวลา 15 นาที	100%	100%	-	-	-	-	-
<p>ปีงบประมาณ 58 (เดือน ต.ค.57) หยุดระบบเพื่อปรับปรุงฐานข้อมูล Hi เนื่องจากอัปเดตฐานข้อมูลและโปรแกรมไม่ทัน เดือน ก.ค.57-ก.ย.57 ไม่มีนักวิชาการคอมพิวเตอร์ เนื่องจากบุคลากรลาออก</p> <p><u>การป้องกันการ DownTime ของระบบ</u></p> <p><u>ระดับที่ 1</u> ได้ดำเนินการติดตั้งระบบ เครื่อง Server เครื่องหลัก ซึ่งมี HD 2 ตัว สามารถสำรองข้อมูลได้เอง หากมี HD ลูกใดลูกหนึ่งเสียก็สามารถนำ HD ลูกอื่นมาใช้แทนได้ทันที</p> <p><u>ระดับที่ 2</u> ได้นำเครื่อง Server เพิ่ม 1 เครื่องทำเป็นเครื่องสำรองข้อมูลเป็น Replication Database (Real time) ซึ่งถ้าหากเครื่องหลักเสีย ก็สามารถนำเครื่องสำรองมาใช้แทนได้ทันที</p> <p><u>ระดับที่ 3</u> สำรองข้อมูลทุกวันใน notebook , external harddisk และ google drive งานสารสนเทศทางการแพทย์ (08.30น. , 15.30 น.)</p>							

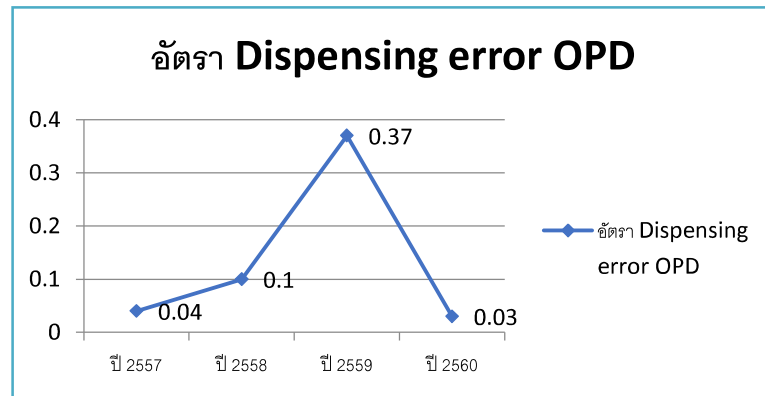
IV- 5 IV-5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR) ระบบยา

ตัวชี้วัด

การพัฒนา/ แผนการดำเนินงาน

ระบบยา

Dispensing error OPD



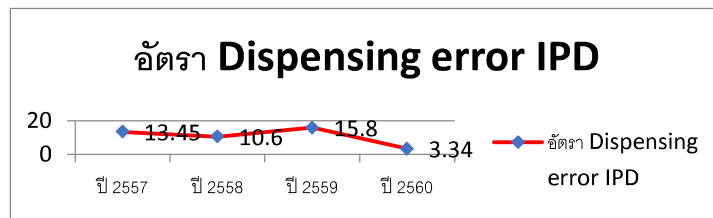
จากการวิเคราะห์ข้อมูลปี 2557-2559 พบว่า มีการจ่ายยาผิดพลาด (dispensing errors) เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยนอกที่เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยความผิดพลาดส่วนใหญ่เกิดขึ้น ในช่วงของการจ่ายยาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีจำนวนรายการยาหลายรายการ ยาแต่ละรายการมีปริมาณมาก และเป็นช่วงที่ต้องใช้ความรวดเร็วในการจ่ายยาเนื่องจากผู้ป่วยรอรับยาจำนวนมาก และมีการเปิดช่องจ่ายยาผู้ป่วยนอกแค่ช่องเดียวเป็นหลัก และอัตรากำลังเภสัชกรไม่เพียงพอ เนื่องจากในวันที่จ่ายยาโรคเรื้อรัง เภสัชกรคนหนึ่งต้องออกจ่ายยาที่ PCU ส่วนอีกคนหนึ่งต้องแบ่งไปทำงานผู้ป่วยใน ทำให้เหลือเภสัชกรที่จ่ายยาผู้ป่วยนอกเพียงคนเดียว ทำให้เสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดมากขึ้น ดังนั้น ในปี 2560 มีการพัฒนาคือเพิ่มช่องจ่ายยาเป็น 2 ช่องจ่ายยา จัดให้ผู้ป่วยโรคทั่วไปได้รับยาก่อน ส่วนปัญหาอัตรากำลังเภสัชกรที่ไม่เพียงพอ ซึ่งอาจจะแก้ไขได้ยาก จะพัฒนาคือ พยายามให้มีเภสัชกรอยู่ประจำที่โรงพยาบาลอย่างน้อย 2 คน และให้เภสัชกรที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยในพยายามจัดการงานให้รวดเร็ว เพื่อไปช่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก ซึ่งพบว่า อัตราการจ่ายยา ผิดพลาด ปี 2560 ลดลง นอกจากนั้นยังพบว่า ความผิดพลาดส่วนใหญ่เกิดจากการจัดยาผิดและลืมจัดยา ดังนั้นในปี 2560 จึงมีการปรับระบบเพิ่ม คือ มีการให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมลงชื่อผู้จัดในใบสั่งยาทุกครั้ง และมีการตรวจสอบรายการยาซ้ำ (Re check) จากเภสัชกรก่อนจ่ายยา

IV- 5 IV-5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR) ระบบยา

ตัวชี้วัด

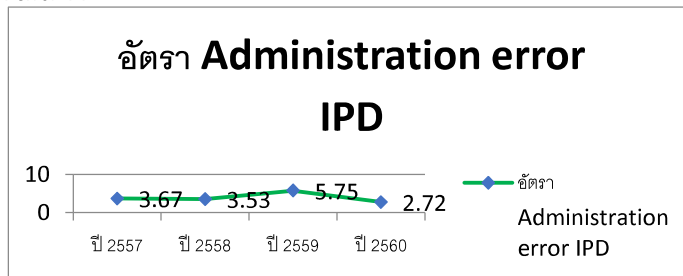
การพัฒนา/ แผนการดำเนินงาน

Dispensing error IPD



จากการวิเคราะห์ พบว่า ความผิดพลาดในการจ่ายยา (Dispensing error) ในปี 2557 ส่วนใหญ่เกิดในขั้นตอนของการจัดยาผิดชนิด ผิดความแรง ซึ่งได้มีการพัฒนา คือ มีการตรวจสอบรายการยาที่จัดกับใบorder แพทย์ทุกครั้ง และจัดให้มีเภสัชกรอีกคนหนึ่งตรวจสอบซ้ำอีกครั้ง (Re check) ก่อนนำยาไปจ่ายที่หอผู้ป่วยใน ซึ่งพบว่า ความผิดพลาดในปี 2558 ลดลง แต่เมื่อมาปี 2559 พบว่า ความผิดพลาดในการจ่ายยาเพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดจากมีการรายงานและดักจับความผิดพลาดที่เข้มงวดมากขึ้น ทำให้มีจำนวนการรายงานมากขึ้น ทำให้ข้อมูลความผิดพลาดเพิ่มขึ้นด้วย ต่อมาในปี 2560 พบว่าส่วนใหญ่มีการผิดพลาดในเรื่องของการคัดลอกรายการยาผิดชนิดยา จากลายมือแพทย์ไม่ชัดเจน, ไม่ลงความแรงในยาที่มี 2 ขนาดขึ้นไป ดังนั้น จึงให้มีการทวนสอบรายการยากับพยาบาลทุกครั้ง และตรวจสอบการจ่ายยา ก่อนส่งมอบโดยเภสัชกร จึงทำให้ความผิดพลาดลดลงจาก 15.80 เป็น 3.34 ต่อ 1000 วันนอน

Administration error IPD



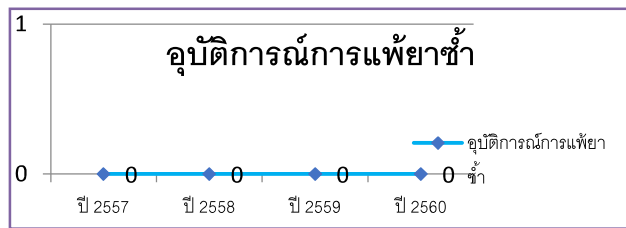
จากการวิเคราะห์ข้อมูลปี 2557 – 2558 พบว่า การบริหารยาผิดพลาด (administration errors) ส่วน ใหญ่เป็นการลืมให้ยาผู้ป่วย ซึ่งดักจับการบริหารยาผิดพลาดโดยหากมียาเหลือในล็อกยา unit dose หลังเวลา ให้ยาผู้ป่วยและผู้ป่วย ยังนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลโดยแพทย์ไม่มีคำสั่งหยุดใช้หรือปรับเปลี่ยนขนาด การ ใช้ยาดังกล่าวให้นับเป็น administration errorแต่ยังมีการรายงานความคลาดเคลื่อนค่อนข้างน้อย ในปี 2559 กลุ่มงานเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคมีแผนที่จะค้นหาการบริหารยาผิดพลาดในเชิงรุก โดยเภสัชกร ตรวจสอบการได้รับยาของผู้ป่วยขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการสอบถามผู้ป่วย ร่วมกับ nurse note ทำให้ความผิดพลาดในการบริหารยาในปี 2559 เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการค้นหาความผิดพลาดในเชิงรุก

IV- 5 IV-5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR) ระบบยา

ตัวชี้วัด

การพัฒนา/ แผนการดำเนินงาน

อุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ



จากการวิเคราะห์ ข้อมูลปี 2557-2560 พบว่า ไม่มีอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ มีเพียงแต่เหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงทำให้ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ เช่น แพทย์มีการสั่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยแพ้ แต่มีการตรวจสอบเจอก่อนที่จะจ่ายยา ทำให้สามารถแก้ปัญหาได้ทัน และยังมีเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยในมีประวัติแพ้ยา แต่ในใบ Doctor order แจ้งว่า ปฏิเสธแพ้ยา ซึ่งมีการตรวจสอบพบก่อน ดังนั้นจึงมีการแจ้งไปที่หอผู้ป่วยใน เพื่อแก้ไขและแจ้งเตือนประวัติแพ้ยาที่หน้าชาร์ตผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ในโรงพยาบาล ก็ได้มีการพัฒนาระบบป้องกัน การแพ้ยาซ้ำ คือ มีการทบทวนระบบสอบถามพยาบาลก่อนทุกครั้งที่จะบริหารยา ให้กับผู้ป่วย กรณีแพ้ยาผู้ป่วยในจะสติ๊กเกอร์ติดหน้าชาร์ตผู้ป่วยว่า มีประวัติแพ้ยา เพื่อให้ระวังทุกครั้งก่อนสั่งจ่ายและบริหารยาให้ผู้ป่วย เน้นย้ำการถามประวัติ แพ้ยาก่อนการบริหารยาทุกครั้ง กำหนดให้สั่งยาในโปรแกรม HI ก่อนบริหารยาทุกครั้ง และมีการแจ้งเตือนประวัติแพ้ยาในโปรแกรม มีการออกบัตรแพ้ยาและประเมินความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันตนเองจากการแพ้ยาซ้ำ

อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา High alert drug ที่มีผลต่อผู้ป่วย



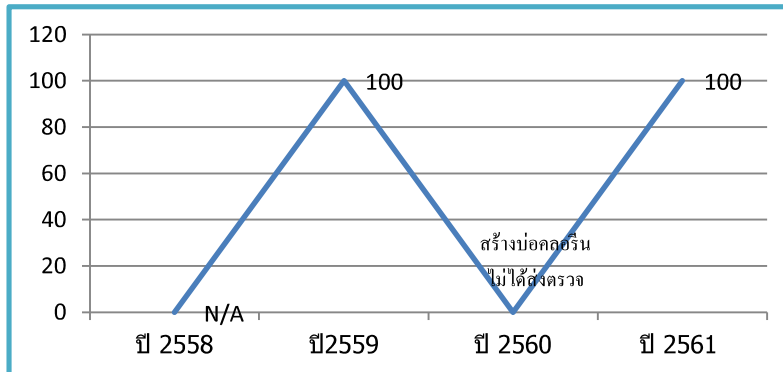
จากการวิเคราะห์ ข้อมูลปี 2557-2560 พบว่า ไม่มีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา High alert drug ที่มีผลต่อผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลได้มีมาตรการการป้องกัน ADE ในยาความเสี่ยงสูงทุกชนิดจะเก็บรักษาแยกจากยาอื่นๆเพื่อป้องกันเข้าถึงได้ง่าย และมีการติดสติ๊กเกอร์สีแดง ระบุข้อความ “ยาความเสี่ยงสูง” เพื่อบุคลากร โดยกลุ่มงานเภสัชกรรมเป็นผู้ดำเนินการติดที่ฉลากยา ส่วนยาความเสี่ยงสูงกลุ่มยาเสพติดให้โทษ จะมีการจำกัดการเข้าถึงโดยจะเก็บแยกไว้ในตู้หรือลิ้นชักโต๊ะที่มีกุญแจล็อกเสมอ โดยมีการควบคุมการนำออกมาใช้ และมีการตรวจสอบจำนวนยาอย่างสม่ำเสมอ การสั่งจ่ายยาที่มีความเสี่ยงสูงจะไม่สั่งยาด่วนจากถ้าไม่ใช่กรณีเร่งด่วน และการจ่ายยาความเสี่ยงสูง ต้องมีการตรวจสอบโดยเภสัชกร และมีการตรวจสอบซ้ำโดยเภสัชอีกคนหนึ่ง (Re-check) เพื่อความถูกต้อง หลังการสั่งใช้ยาความเสี่ยงสูง จะต้องมีติดตามและเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยหลังจากได้รับยาโดยพยาบาลตามคู่มือที่กำหนดไว้ของโรงพยาบาล ติดตามและลงบันทึกผลการใช้ยาหรือความเปลี่ยนแปลงหลังการใช้ยาความเสี่ยงสูงไว้ในแฟ้มผู้ป่วยหรือเวชระเบียน ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติหลังได้รับยา ให้พยาบาลรายงานแพทย์เจ้าของไข้ทันที และมีการบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา High alert drug ที่มีผลต่อผู้ป่วย เพื่อนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุ (Root Cause Analysis : RCA) วางแผนแก้ไขและป้องกันเชิงระบบโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

IV- 5 IV-5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR) ระบบ ENV

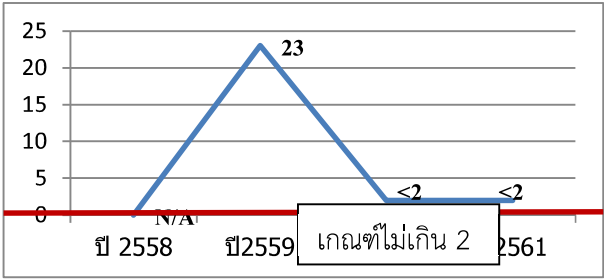

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2558	ปี2559	ปี2560	ปี2561	การพัฒนา/ แผนการดำเนินงาน
1.การซ่อมแผนอัคคีภัย	ปีละ 1 ครั้ง	NA	จัดอบรม 1 ครั้ง 20 ก.ย.2559 ยังไม่เคยซ่อม	0	plan มี.ค.- เม.ย.61	รพ.สว่างวีระวงศ์ให้ความสำคัญในการเตรียมความพร้อมรับภัย พิบัติ/ภาวะฉุกเฉิน ที่อาจเกิดขึ้น เช่น 1.อัคคีภัย รพ.สว่างวีระวงศ์มีการจัดตั้งงบประมาณใน จัดอบรม และซ่อมแผนอัคคีภัย มีการจัดหาถังดับเพลิงติดตั้ง ตามหน่วยบริการ ติดตั้งป้ายทางหนีไฟ จุดรวมพล มีการ ตรวจเช็คความพร้อมใช้ถังดับเพลิง ให้เจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้ วิธีการใช้ถังดับเพลิง และ ปี งบประมาณ 2561 มีแผนติดตั้ง Fire alarm , เครื่องมือตรวจจับควัน และ แผนผังทางหนีไฟ
2.ร้อยละเจ้าหน้าที่ร่วมอบรมฝึก ปฏิบัติใช้ถังดับเพลิง	ร้อยละ 40	N/A	51.47 % โครงการ 20 ก.ย.59	-	plan มี.ค -เม.ย.. 61	2. รพ.สว่างวีระวงศ์ตั้งอยู่บนถนนระหว่างอำเภอ และ เป็นถนนสู่ AEC มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นบ่อยครั้ง จากปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จัดทำแผนรับอุบัติเหตุ และมี แนวทางปฏิบัติเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินโดยมีการฝึกซ้อมร่วมกับ ตำรวจ ทีมกู้ภัยระดับอำเภอมมีการซ่อมแผนประจำปี ปีละ หนึ่ง สอง ครั้งแล้วนำผลการประเมินมาทบทวนเพื่อวาง แผนการดำเนินงานต่อไป
3.อุบัติการณ์การเกิดเพลิงไหม้	0 ครั้ง	NA	0	0	0	
4. การซ่อมแผนอุบัติเหตุหมู่	1ครั้งต่อปี	NA	1	1	1	

IV- 5 IV-5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR) ระบบ ENV

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2558	ปี2559	ปี2560	ปี2561	การพัฒนา/ แผนการดำเนินงาน												
ร้อยละดัชนีคุณภาพน้ำที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	100	NA	100	สร้างบ่อเติมคลอรีน	100	องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน ของกระบวนการสำคัญ ผลการดำเนินงาน งานสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์												
น้ำประปา รพ. ได้มาตรฐานตามเกณฑ์กรมอนามัย ไม่พบ coliform bacteria	ไม่พบ coliform หรือ <2	NA	23	<2	<2	<table border="1"> <thead> <tr> <th>พารามิเตอร์</th> <th>ปีงบ2559</th> <th>ปีงบ 2560</th> <th>ปีงบ 2561</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coliform bact.</td> <td>79</td> <td>สร้างบ่อเติมคลอรีน</td> <td><2</td> </tr> <tr> <td>Fecal coliform bact.</td> <td>33</td> <td>คลอรีน</td> <td><2</td> </tr> </tbody> </table>	พารามิเตอร์	ปีงบ2559	ปีงบ 2560	ปีงบ 2561	Coliform bact.	79	สร้างบ่อเติมคลอรีน	<2	Fecal coliform bact.	33	คลอรีน	<2
พารามิเตอร์	ปีงบ2559	ปีงบ 2560	ปีงบ 2561															
Coliform bact.	79	สร้างบ่อเติมคลอรีน	<2															
Fecal coliform bact.	33	คลอรีน	<2															
น้ำดื่ม รพ. ได้มาตรฐานตามเกณฑ์กรมอนามัย ไม่พบ coliform bacteria	ไม่พบ coliform หรือ < 2	NA	13	<2	<2													
ร้อยละดัชนีคุณภาพน้ำที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน						<p>จากภาพผลการตรวจคุณภาพน้ำที่ รพ.สว่างวีระวงศ์พบว่าผลคุณภาพน้ำที่ผ่านเกณฑ์ทุกพารามิเตอร์ แต่ถ้าดูในรายละเอียด มีความแตกต่างกันคือ</p> <p>ก่อนปี 2560 รพ.สว่างวีระวงศ์ยังไม่มีบ่อเติมคลอรีน แต่ผลการตรวจยังผ่านเกณฑ์มาตรฐาน อาจจะเป็นเพราะ ยังเป็น รพ.ขนาดเล็ก ปริมาณน้ำเสียยังไม่มาก แต่ถ้าดูในรายละเอียด ยังพบColiform bact ในปี 2560 หลังจากสร้างบ่อเติมคลอรีน ผลการตรวจเป็นที่น่าพอใจ ปริมาณ coliform ได้ถูกกำจัดด้วยคลอรีนมีปริมาณ < 2 MPN.</p>												



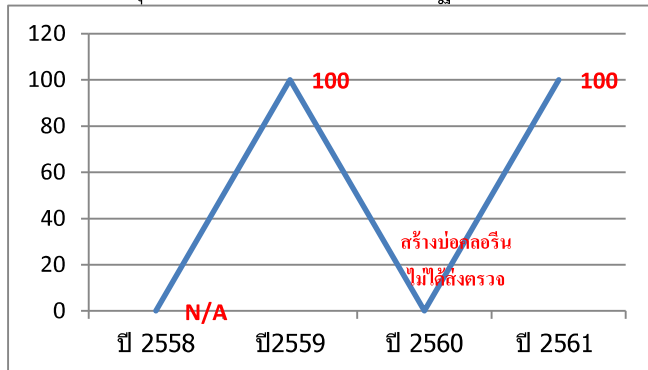
IV- 5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR) ระบบ ENV

ตัวชี้วัด	การพัฒนา/ แผนการดำเนินงาน										
<p>น้ำประปา รพ. ได้มาตรฐานตามเกณฑ์กรมอนามัย ไม่พบ coliform bacteria</p>  <table border="1" data-bbox="310 532 909 808"> <caption>Coliform bacteria in tap water (RPH)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ค่า</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2558</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>ปี 2559</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>ปี 2560</td> <td><2</td> </tr> <tr> <td>ปี 2561</td> <td><2</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ค่า	ปี 2558	N/A	ปี 2559	23	ปี 2560	<2	ปี 2561	<2	<p>จากกราฟแสดงผลการตรวจวิเคราะห์ คุณภาพน้ำประปา รพ.สว่างวีระวงศ์ พบว่า ในปี 2559 นั้นตรวจพบโคลิฟอร์ม เนื่องจาก มีปัญหาเรื่องการเติมคลอรีนที่ผิดวิธี ความเข้มข้นไม่เพียงพอ หลังจากปรับปรุงการเติมคลอรีนใหม่และได้ส่งตรวจวิเคราะห์ คุณภาพน้ำพบว่า ในปี 2560 2561 น้ำประปาผ่านเกณฑ์คุณภาพ คือ เกณฑ์ไม่เกิน 2 MPN</p>
ปี	ค่า										
ปี 2558	N/A										
ปี 2559	23										
ปี 2560	<2										
ปี 2561	<2										
<p>น้ำดื่ม รพ. ได้มาตรฐานตามเกณฑ์กรมอนามัย ไม่พบ coliform bacteria</p>  <table border="1" data-bbox="363 946 856 1263"> <caption>Coliform bacteria in drinking water (RPH)</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ค่า</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2558</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>ปี 2559</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>ปี 2560</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ปี 2561</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ค่า	ปี 2558	N/A	ปี 2559	13	ปี 2560	2	ปี 2561	2	<p>จากกราฟแสดงผลการตรวจวิเคราะห์ คุณภาพน้ำดื่ม รพ.สว่างวีระวงศ์ พบว่าในปี 2559 นั้นตรวจพบโคลิฟอร์ม เนื่องจาก น้ำประปามีเรื่องคุณภาพของคลอรีนที่เติมที่ผิดวิธี และ เข้มข้นไม่เหมาะสม หลังจากปรับปรุงการเติมคลอรีนในน้ำประปาใหม่ และได้ส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำดื่มพบว่า ในปี 2560 2561 น้ำประปาผ่านเกณฑ์คุณภาพ คือ เกณฑ์ไม่เกิน 2 MPN</p>
ปี	ค่า										
ปี 2558	N/A										
ปี 2559	13										
ปี 2560	2										
ปี 2561	2										

IV- 5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR) ระบบ ENV

ตัวชี้วัด

ร้อยละดัชนีคุณภาพน้ำที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน



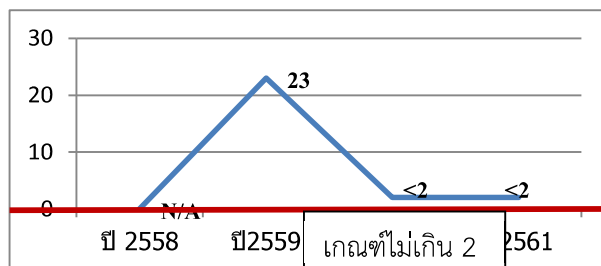
การพัฒนา/ แผนการดำเนินงาน

จากรายผลการตรวจคุณภาพน้ำที่ รพ.สว่างวีระวงศ์พบว่าผลคุณภาพน้ำที่ผ่านเกณฑ์ทุกพารามิเตอร์ แต่ถ้าดูในรายละเอียดมีความแตกต่างกันคือ

พารามิเตอร์	ปีงบ2559	ปีงบ 2560	ปีงบ 2561
Coliform bact.	79	สร้างบ่อเติม	<2
Fecal coliform bact.	33	คลอรีน	<2

ก่อนปี 2560 รพ.สว่างวีระวงศ์ยังไม่มีบ่อเติมคลอรีน แต่ผลการตรวจยังผ่านเกณฑ์มาตรฐาน อาจจะเป็นเพราะ ยังเป็น รพ.ขนาดเล็ก ปริมาณน้ำเสียยังไม่มาก แต่ถ้าดูในรายละเอียด ยังพบColiform bact ในปี 2560 หลังจากสร้างบ่อคลอรีน ผลการตรวจเป็นที่น่าพอใจ ปริมาณ coliform ได้ถูกกำจัดด้วยคลอรีนมีปริมาณ < 2 MPN.

น้ำประปา รพ. ได้มาตรฐานตามเกณฑ์กรมอนามัย ไม่พบ coliform bacteria

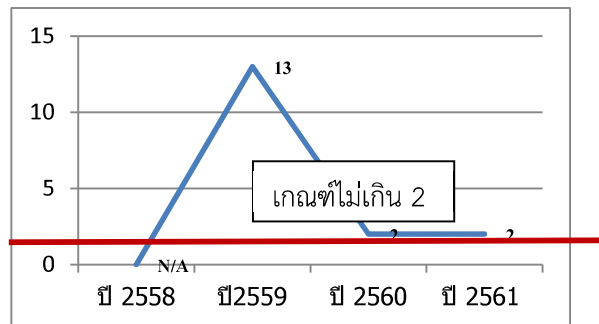


จากรายการแสดงผลการตรวจวิเคราะห์ คุณภาพน้ำประปา รพ.สว่างวีระวงศ์ พบว่าในปี 2559 นั้นตรวจพบโคลิฟอร์ม เนื่องจาก มีปัญหาเรื่องการเติมคลอรีนที่ผิดวิธี ความเข้มข้นไม่เพียงพอ หลังจากปรับปรุงการเติมคลอรีนใหม่และได้ส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำพบว่า ในปี 2560 2561 น้ำประปาผ่านเกณฑ์คุณภาพ คือ เกณฑ์ไม่เกิน 2 MPN

IV- 5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR) ระบบ ENV

ตัวชี้วัด

น้ำดื่ม รพ. ได้มาตรฐานตามเกณฑ์กรมอนามัย ไม่พบ coliform bacteria



การพัฒนา/ แผนการดำเนินงาน

.จากกราฟแสดงผลการตรวจวิเคราะห์ คุณภาพน้ำดื่ม รพ.สว่างวีระวงศ์ พบว่าในปี 2559 นั้นตรวจพบโคลิฟอร์ม เนื่องจาก น้ำประปามีเรื่องคุณภาพของคลอรีนที่เติมที่ผิดวิธี และ เข้มเข้มข้นไม่เหมาะสม หลังจากปรับปรุงการเติมคลอรีนในน้ำประปาใหม่ และได้ส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำดื่มพบว่า ในปี 2560 2561 น้ำประปาผ่านเกณฑ์คุณภาพ คือ เกณฑ์ไม่เกิน 2 MPN