สรุปผลการประเมิน
มาตรฐาน 5ส 3ก กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลมหาสารคาม

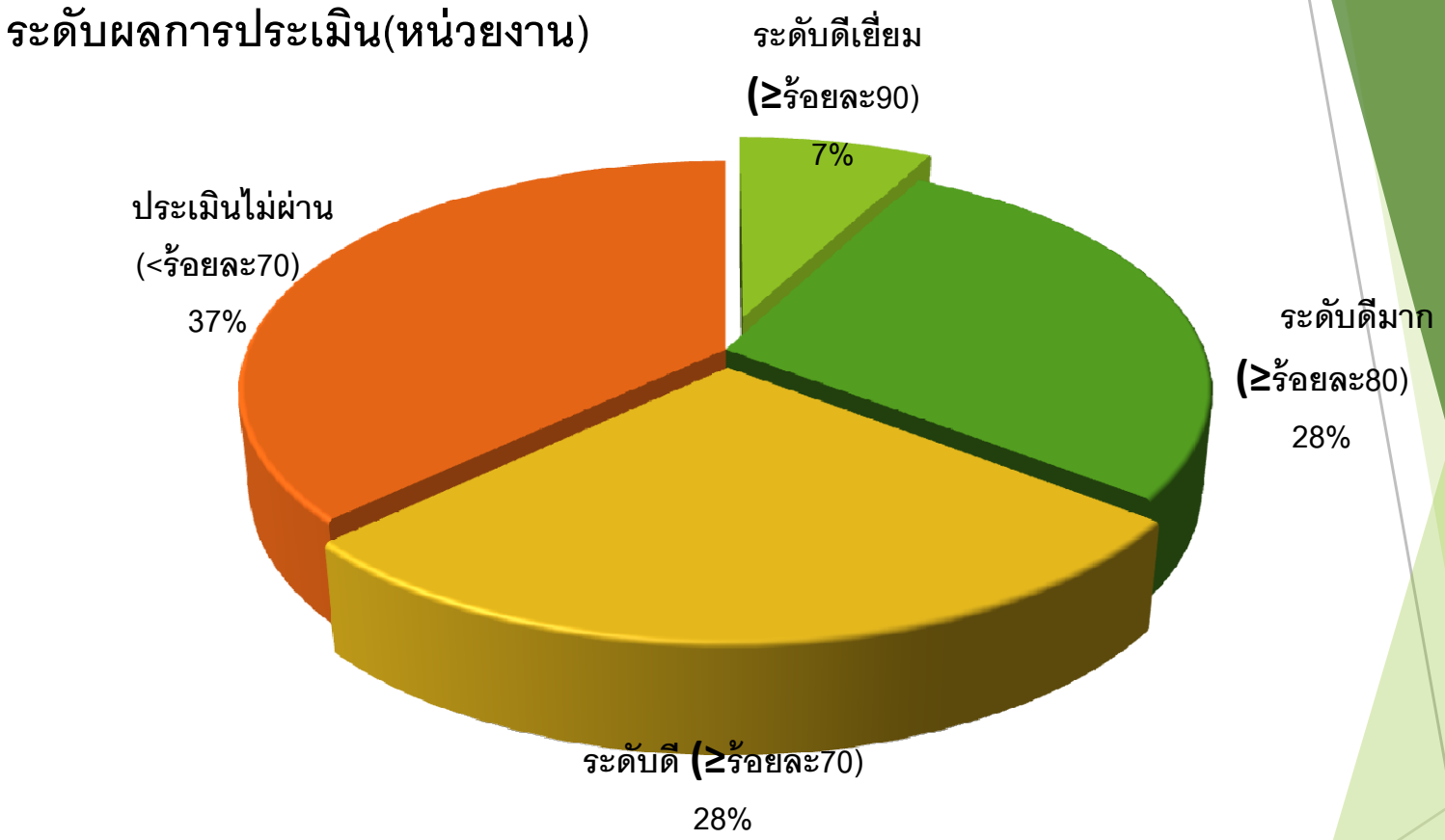
หน่วยงานที่ประเมิน 65 หน่วยงาน

ประเมิน 7 หัวข้อ จำนวน 55 หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 84.61

ประเมิน 6 หัวข้อ จำนวน 4 หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 6.15

ประเมิน 4 หัวข้อ จำนวน 1 หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 1.53

ประเมิน 1 หัวข้อ จำนวน 5 หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 7.69


ระดับผลการประเมิน(หน่วยงาน)
ระดับดีเยี่ยม (≥ร้อยละ90) 7%
ระดับดีมาก (≥ร้อยละ80) 28%
ระดับดี (≥ร้อยละ70) 28%
ประเมินไม่ผ่าน (<ร้อยละ70) 37%

เกณฑ์	หน่วยงาน	คะแนน
หน่วยงานที่มีผลการประเมิน ระดับดีมาก (≥ร้อยละ90)	พิเศษรวมMed	95
	TICU	93.1
	พิเศษ Med2	92.2
	60 ปี ชั้น 5	90.8
	พิเศษ Med3	90.2

เกณฑ์	หน่วยงาน	คะแนน
หน่วยงานที่มีผลการประเมิน ระดับดี (ร้อยละ80 - 89)	ตึกจิตเวช	89.7
	จิตเวช	88.9
	60 ปี ชั้น 3	88.1
	Ortho ชาย	87.7
	ห้องตรวจผิวหนัง	87.5
	ตา	86.6
	ห้องฉีดยาทำแผล	85.8
	สงฆ์อาพาธ	85.6
	SICU	85.6
	จ่ายกลาง	84.8
	Orthoหญิง	84.5
	NICU	84.1
	วิสัญญีF5	83.3
	ทารกป่วย	83.2
	เด็ก ชั้น 6	82.8
	PICU	82.6
	60 ปี ชั้น 4	81.1
	ห้องผ่าตัดF5	80.8

เกณฑ์	หน่วยงาน	คะแนน
หน่วยงานที่มีผลการประเมิน	ศัลย์ ยูโร	79.2
ระดับปานกลาง (ร้อยละ75 -79)	นรีเวชกรรม	79.1
	CCU	79
	ห้องผ่าตัดF3	77.7
	ศัลยกรรมทั่วไป	76.6
	Medหญิง1	76.5
	OPD (ANC)	76.4
	MICU 2	75.8
	ห้องผ่าตัดF6	75.1
	ศูนย์เปลใต้อาคารกุมาร	75

เกณฑ์	หน่วยงาน	คะแนน
หน่วยงานที่มีผลการประเมิน ระดับพอใช้ (ร้อยละ71 - 74)	หู คอ จมูก	74.5
	วิสัญญีF3	74.4
	ห้องคลอด	73.3
	วิสัญญีF4	73.1
	Stroke	72.6
	Medชาย2	71.8
	วิสัญญีF6	71
	Echo	70.3

แผนการติดตามกิจกรรม 5ส 3ก ต่อเนื่อง

รายการ	จำนวน	การติดตามประเมิน	พ.ค.66	มิ.ย.66	ก.ค.66	ส.ค.66	ก.ย.66
หน่วยงานที่มีผลการประเมิน ระดับดีมาก (≥ร้อยละ90)	5	ทุก 6 เดือน				↔	
หน่วยงานที่มีผลการประเมิน ระดับดี (ร้อยละ81 - 89)	18	ทุก 6 เดือน				↔	
หน่วยงานที่มีผลการประเมิน ระดับปานกลาง (ร้อยละ76 - 80)	9	ทุก 3 เดือนร่วมกับกลุ่มงานIC	↔				↔
หน่วยงานที่มีผลการประเมิน ระดับพอใช้ (ร้อยละ71 - 75)	9	ทุกเดือน ร่วมกับกลุ่มงานIC	←				→
หน่วยงานที่ผลการประเมิน ระดับปรับปรุง (≤ร้อยละ70)	24	ทุกเดือน ร่วมกับกลุ่มงานIC	←				→

เกณฑ์	หน่วยงาน	คะแนน
หน่วยงานที่ผลการประเมินระดับปรับปรุง (≤ร้อยละ 70)	OPDกุมาร	69.6
	ห้องผ่าตัดF4	68.5
	สูติกรรมชั้น4	68.3
	ศัลย์อุบัติเหตุ	67.6
	ศัลยกรรมชาย	67.5
	ศัลยกรรมหญิง	66.7
	ศูนย์ส่งต่อ	66.1
	MICU1	66
	Medชาย1	64.4
	เฉพาะโรค 3	62.5

เกณฑ์	หน่วยงาน	คะแนน
หน่วยงานที่ผลการประเมินระดับปรับปรุง (≤ร้อยละ 70)	OPDนรีเวช	61.4
	OPDตา	61.4
	Medหญิง2	61.2
	OPD (Ortho)	61.2
	ไตเทียม	59.7
	เฉพาะโรค 4	59.4
	ER/ศูนย์เปล	59.1
	OPD (Surg)	56.2
	OPD ENT	54.9
	พัฒนาการเด็ก	54.6
	OPD (Med)	53.7
	คลินิคพิเศษชั้น2	48.8
	OPD (คัดกรอง)	38.5
	ศูนย์เปล	0

หัวข้อประเมิน	จำนวนข้อ	Max	Min	เฉลี่ย
1. มีการกำหนดนโยบาย การมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ แผนดำเนินงาน และการประเมินผล น้ำหนักคะแนน10	8	98.3	88.3	89.58
2. มีการกำหนดพื้นที่ทางเดิน ทางขนย้าย เหมาะสม น้ำหนักคะแนน10	7	98.3	62.71	77.01
3. หน่วยงานสะอาด เป็นระเบียบ น่าอยู่น่าทำงาน น้ำหนักคะแนน10	9	100	64.51	87.26
4. การจัดการขยะ ถังพักขยะ ถังผ้าเปื้อน น้ำหนักคะแนน20	8	89.83	29.31	70.72
5. มาตรฐาน ห้องน้ำ ห้องส้วม การจัดเก็บน้ำสำรอง น้ำหนักคะแนน10	9	96.6	49.15	69.4
6. มาตรฐานการจัดเก็บวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือปราศจากเชื้อ น้ำหนักคะแนน20	8	91.5	23.7	65.66
7. มาตรฐานรถฉีดยา และการจัดเก็บวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือปราศจากเชื้อ น้ำหนักคะแนน20	7	84.9	65.45	72.92

สรุปผลการประเมิน 5ส 3ก กลุ่มการพยาบาล

78.07

หัวข้อ	รายละเอียด	ร้อยละ	หมายเหตุ
1. มีการกำหนดนโยบาย การมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ แผนดำเนินงาน และการประเมินผล	1.1 มีนโยบายด้านสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย	88.3	มีไม่ครบ
	1.2 มีนโยบาย 5 ส.3 ก.(นโยบายGreen and clean)	81.6	มีไม่ครบ
	1.3 มีคู่มือแผนอัคคีภัยของหน่วยงาน	86.6	คู่มืออัคคีภัยของหอผู้ป่วยไม่มี และของ รพ.ไม่update
	1.4 มีแผนการดำเนินงาน 5 ส. มีการกำหนดวันเวลาในการทำกิจกรรม 5 ส. ชัดเจน	88.3	มีไม่ครบ
	1.5 มีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบและมีผู้รับผิดชอบ ที่เป็นปัจจุบัน	95	มีไม่ครบ
	1.6 มีป้ายชื่อห้องที่ชัดเจน เช่น ห้องทำงานพยาบาล ห้องประชุม ห้องสุขาชาย หญิง ฯลฯ	98.3	มีไม่ครบ
	1.7 มีผลการดำเนินงาน 5ส. ที่เป็นปัจจุบัน	88.3	ไม่มีผลที่เป็นปัจจุบัน
	1.8 สอบถามบุคลากรในหน่วยงานด้านนโยบาย 5 ส. 3 ก. สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง	95	
น้ำหนักคะแนน10	เฉลี่ยรวม	89.58	

นโยบายและคู่มือการปฏิบัติไม่เป็นปัจจุบัน

หัวข้อ	รายละเอียด	ร้อยละ	หมายเหตุ
2. มีการกำหนดพื้นที่ทางเดิน ทางขนย้ายเหมาะสม	2.1 ทางหนีไฟ ไม่มีสิ่งกีดขวาง เข้าถึงได้ง่าย	62.71	ทางหนีไฟมีสิ่งกีดขวาง
	2.2 ถังดับเพลิงสะอาด พร้อมใช้ สายฉีดมีถุงครอบกันแมลง มีการตรวจสอบสม่ำเสมอครบทุกถังตามมาตรฐานของชนิดถังดับเพลิง	63.79	1.ไม่มีถุงครอบกันแมลง 2.ถังดับเพลิงขึ้นสนิม 3. ไม่มีการตรวจสอบน้ำหนัก
	2.3 ถังดับเพลิงส่วนกลาง มีการทำความสะอาดและจัดเก็บเป็นระเบียบ	84.2	ไม่มีการทำความสะอาด
	2.4 มีแผนผังอัคคีภัยแสดงเส้นทางขนย้ายเมื่อเกิดเหตุ ในจุดที่เหมาะสม อย่างเพียงพอ	89.3	มีไม่ครบ
	2.5 มีป้ายทางหนีไฟ แสดงชัดเจน	98.3	แผนผังทางหนีไฟควรมีการติดให้ชัดเจน มีแต่ในแฟ้ม
	2.6 อุปกรณ์หรือเครื่องมือสำคัญ ติดสติ๊กเกอร์สี มองเห็นชัดเจน แสดงลำดับการขนย้าย	68.9	ติดไม่ตรงมาตรฐาน
	2.7 มีการประเมินความพร้อมเมื่อเกิดอัคคีภัย (สอบถามเจ้าหน้าที่ ตอบได้ถูกต้องในการปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัยในแต่ละตำแหน่ง)	71.1	จนท.ยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องอัคคีภัย
น้ำหนักคะแนน10	เฉลี่ยรวม	77.01	

หัวข้อ	รายละเอียด	ร้อยละ	หมายเหตุ
3. หน่วยงานสะอาด เป็นระเบียบ น่าอยู่น่าทำงาน	3.1 พื้นที่ภายในหน่วยงาน แห้ง สะอาด	100	มีอุปกรณ์ชำรุด
	3.2 พื้นที่ภายนอกหน่วยงาน แห้ง สะอาด	100	
	3.3 กระจกใส มีการดูแลความสะอาดอยู่เสมอ	90.3	
	3.4 บานเกล็ดใส สะอาด ไม่มีหยากไย่	70.3	บานเกล็ดไม่สะอาด
	3.5 มุ้งลวด สะอาด ไม่มีหยากไย่	90.74	มุ้งลวดมีหยากไย่
	3.6 ฝ้าเพดาน สะอาด ไม่มีหยากไย่	77.41	เพดานมีเชื้อรา
	3.7 ห้องรับประทานอาหารเจ้าหน้าที่ สะอาดเป็นระเบียบ กลิ่นสะอาด	94.82	ไม่มีน้ำยาล้างมือ
	3.8 แอลกอฮอล์เจล หรือ Waterless มีทุกห้องผู้ป่วยหรือทุกเตียงและไม่หมดอายุ	64.51	ไม่มีทุกห้องผู้ป่วยหรือทุกเตียงและหมดหมดอายุ
	3.9 บันไดทางลง 1 ชั้น สะอาด (บันไดที่รับผิดชอบ) พื้นสะอาด ผนังไม่มีคราบ หยากไย่	98	
น้ำหนักคะแนน10	เฉลี่ยรวม	87.26	

หัวข้อ	รายละเอียด	ร้อยละ	หมายเหตุ
4. การจัดการขยะ ถังพักขยะ ถังผ้าเปื้อน	4.1 จัดเตรียมถังรองรับขยะ ครบทุกประเภท **ตามบริบทการให้บริการ**	84.7	1.ถังขยะในห้องน้ำไม่ครบทุกห้อง 2.ถังขยะในห้องพักขยะไม่ครบ
	4.2 ถังขยะและฝาถังสะอาด มีฝาปิด (ยกเว้นตะกร้ารองรับกระดาษสำนักงานกระดาษ recycle)	74.5	ถังขยะไม่มีฝาปิด
	4.3 มีป้ายบ่งบอกประเภทถังขยะชัดเจนที่ฝาถังขยะ มองเห็นง่าย ติดป้ายครบทุกถัง	54.23	1.ป้ายบ่งชี้ขยะไม่ครบ 2.ถุงขยะและป้ายบ่งชี้ไม่ตรงกัน
	4.4 การทิ้งขยะถูกประเภท	29.31	ทิ้งขยะไม่ถูกประเภท
	4.5 สถานที่ตั้งถังขยะเหมาะสม ขยะไม่ล้นถัง	89.83	
	4.6 มีถุงรองรับผ้าเปื้อนเพียงพอ แยกประเภทถูกต้อง มีฝาปิด โครงถังสะอาดไม่ชำรุด	87.93	ไม่มีป้ายถังผ้าเปื้อน ผ้าห่มผ้าเปื้อนทิ้งรวมกัน
	4.7 ถังม็อบพื้นสะอาด เก็บถังม็อบพื้นในห้องที่กำหนด (ไม่วางในพื้นที่ให้บริการ)	82.75	ถังม็อบพื้นวางในพื้นที่ให้บริการ
	4.8 ไม่ตากผ้าถูพื้น/ผ้าขี้ริ้ว ที่หน่วยงานไม่ใช้ซ้ำ (หลังใช้งาน ทิ้งถุงแดงมัดปากถุง ส่งซักฟอก)	62.06	ผ้าม๊อบพื้นคนงานซักเอง ตากเอง
น้ำหนักคะแนน 20	เฉลี่ยรวม	70.72	

หัวข้อ	รายละเอียด	ร้อยละ	หมายเหตุ
5. มาตรฐาน ห้องน้ำ ห้องส้วม การจัดเก็บน้ำสำรอง	5.1 ห้องน้ำสะอาด	66.6	ห้องน้ำสกปรก เพดานห้องน้ำชำรุดมีน้ำหยด ชักโครกมีคราบ
	5.2 พื้นห้องน้ำสะอาด พื้นแห้ง ไม่มีน้ำขัง	73.3	พื้นห้องน้ำไม่แห้งมีน้ำขัง มีกลิ่น
	5.3 สบู่ล้างมือ พร้อมใช้ ขวดบรรจุสะอาด ติดป้ายวันหมดอายุ	50	น้ำยาล้างมือหมดอายุ สบู่ล้างมือไม่มีป้ายระบวันหมดอายุ
	5.4 ภาชนะเก็บกักน้ำ ขันตักน้ำ สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้	55	ในห้องน้ำไม่มีถังสำรองน้ำ
	5.5 ถังสำรองน้ำมีฝาปิด สะอาด ไม่มีลูกน้ำมีการกำหนดวันล้างที่ชัดเจน(ล้างทุกสัปดาห์)	49.15	ถังสำรองน้ำไม่มีระบุวันล้างทำความสะอาดและไม่มีฝาปิด
	5.6 มีหม้อนอน/กระบอกปัสสาวะ สะอาด แห้ง พร้อมใช้ จัดเก็บเหมาะสม	76	1.ไม่มีที่วางหม้อนอน 2.หม้อนอนไม่สะอาด 3.วางบนถังสำรองน้ำ
	5.7 ห้องส้วมทุกห้องมีถังรองรับขยะติดเชื้อ ในห้องน้ำผู้ป่วย(ถุงขยะสีแดง)	75.92	1.ห้องน้ำผู้ป่วยไม่มีถังขยะในห้อง 2.ไม่มีถังขยะแดงในห้องน้ำผู้ป่วย
	5.8 ห้องส้วมทุกห้องมีถังรองรับขยะในห้องน้ำเจ้าหน้าที่ (ถุงขยะสีดำ)	96.6	
	5.9 ในบริเวณห้องน้ำมีถังรองรับมูลฝอยทั่วไป สะอาด มีฝาปิด	83.33	ไม่มีถังขยะรองรับขยะทั่วไป
น้ำหนักคะแนน 10	เฉลี่ยรวม	69.4	

หัวข้อ	รายละเอียด	ร้อยละ	หมายเหตุ
6. มาตรฐานการจัดเก็บวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือปราศจากเชื้อ	6.1 จัดเรียงอุปกรณ์ตามหลัก FIFO	23.7	1.จัดของไม่เป็นระเบียบ ไม่จัดวางตาม FI/FO 2.มีอุปกรณ์หมดอายุ
	6.2 ตู้จัดเก็บอุปกรณ์ปราศจากเชื้อได้มาตรฐาน ถ้าเป็นระบบเปิด ชั้นต่ำสุดอยู่สูงกว่าพื้นไม่น้อยกว่า 12 นิ้วฟุต ห่างจากผนัง 2 นิ้วฟุต ห่างจากฝ้าเพดาน 18 นิ้วฟุต(ไม่วางอุปกรณ์ที่พื้น)	91.5	เก็บอุปกรณ์ปราศจากเชื้อในกล่องและวางที่พื้น
	6.3 อุปกรณ์เพียงพอต่อการใช้งาน ไม่ล้น ไม่เกินจำนวน Max	67.79	อุปกรณ์ล้น เกินความจำเป็น
	6.4 ตู้จัดเก็บอุปกรณ์ปราศจากเชื้อตั้งอยู่บริเวณที่ไม่มีคนพลุกพล่าน อยู่ห่างจากจุดที่มีความชื้นสูง เช่น อ่างล้างมือ,ห้องอาหาร	88.13	เก็บอุปกรณ์ปราศจากเชื้อติดกับถังขยะติดเชื้อ อ่างล้างมือและใต้เพดานที่มีน้ำหยด
น้ำหนักคะแนน 20	รวม	65.66	

หัวข้อ	รายละเอียด	ร้อยละ	หมายเหตุ
6. มาตรฐานการจัดเก็บวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือปราศจากเชื้อ	6.5 ตู้เก็บเวชภัณฑ์และน้ำยาต่างๆ, ยา stock และของใช้ สะอาดเป็นระเบียบ จัดเรียงตามหลัก FIFO	41.66	1.จัดของไม่เป็นระเบียบ ไม่จัดวางตาม FI/FO 2.มีอุปกรณ์หมดอายุ
	6.6 ตู้เย็นเก็บอาหารของเจ้าหน้าที่แยกจากตู้เย็นเก็บยา สะอาด จัดเก็บเป็นระเบียบ	81.66	1.มีของกินหมดอายุ น้ำแข็งเกาะมากหนา ข้างในไม่สะอาด รกมาก 2.ตู้เย็นอาหารเยอะ สกปรกมาก 3.ตู้เย็นเป็นคราบสกปรกไม่มีชื่อผู้รับผิดชอบ
	6.7 ตู้เย็นเก็บยา จัดเก็บตามมาตรฐาน มีการตรวจสอบอุณหภูมิสม่ำเสมอ (แนะนำช่องแข็งไม่มีน้ำแข็งเกาะ)	64.7	ไม่เก็บยา protocol เก็บยาในช่องผักรอส่งคืนปนในตู้เย็น
	6.8 ตู้เย็นเก็บBD จัดเก็บตามมาตรฐาน มีการตรวจสอบอุณหภูมิสม่ำเสมอ (แนะนำช่องแข็งไม่มีน้ำแข็งเกาะ)	66.6	1.ไม่การบันทึกอุณหภูมิ 2.ตู้ BD มีกระติก Blood gas มีคราบเลือด
น้ำหนักคะแนน 20	รวม	65.66	

หัวข้อ	รายละเอียด	ร้อยละ	หมายเหตุ
7. มาตรฐานรถฉีดยา และการจัดเก็บวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือปราศจากเชื้อ	7.1 รถฉีดยา สะอาด จัดวางของเป็นระเบียบ อุปกรณ์ไม่หมดอายุ (เก็บในลิ้นชักในกล่อง)	81.13	1.ไม่มี FIFO อุปกรณ์หมดอายุ 2.รถไม่สะอาด 3.น้ำยาหมดอายุ
	7.2 รถฉีดยา กำหนดให้มีชนิดของขยะตามความจำเป็น โดยเป็นที่รองรับขยะชั่วคราว มีป้ายบอกชนิดชัดเจน มีฝาปิด ทิ้งขยะถูกประเภทและขยะไม่ล้น	84.9	1.ทิ้งขยะไม่ถูกประเภท ไม่มีป้ายบอกชนิดขยะ ถังขยะไม่ปิดฝา
	7.3 รถหัตถการ สะอาด จัดวางของเป็นระเบียบอุปกรณ์ไม่หมดอายุ(ขวดน้ำยาต่างๆระบุวันและเวลาที่เปิดและหมดอายุชัดเจน)	70.9	1.ไม่มี FIFO อุปกรณ์หมดอายุ 2.รถไม่สะอาด 3.น้ำยาหมดอายุ
	7.4 รถหัตถการ กำหนดให้มีชนิดของขยะตามความจำเป็น โดยเป็นที่รองรับขยะชั่วคราว มีป้ายบอกชนิดชัดเจน มีฝาปิด ทิ้งขยะถูกประเภทและขยะไม่ล้น	78.18	1.ทิ้งขยะไม่ถูกประเภท ไม่มีป้ายบอกชนิดขยะ ถังขยะไม่ปิดฝา
น้ำหนักคะแนน 20	รวม	72.92	

หัวข้อ	รายละเอียด	ร้อยละ	หมายเหตุ
7. มาตรฐานรถฉีดยา และการจัดเก็บวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือปราศจากเชื้อ	7.5 Sharp container มีตัวล็อค อยู่ต่ำกว่าอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ และปิดฝาเมื่อเลิกใช้งาน	65.45	ไม่มีตัวล็อค ไม่มีฝาปิด
	7.6 รถEmergency สะอาด จัดวางของเป็นระเบียบอุปกรณ์ไม่หมดอายุ	58.82	1.อุปกรณ์หมดอายุ(ETT)จำนวนมาก 2.รถไม่สะอาด 3.เช็คอุปกรณ์ไม่เป็นปัจจุบัน
	7.7 Laryngoscope สะอาด พร้อมใช้งานมีการทดสอบความสว่างและมีแบตเตอร์รี่พร้อมใช้(ไม่ใส่คาไว้)	70.58	ไม่คลายเกลียว ตรวจเช็คไม่ต่อเนื่อง
น้ำหนักคะแนน 20	รวม	72.92	

ข้อเสนอแนะการประเมิน

1.คณะกรรมการ 5 ส ควรมีการอัพเดตนโยบายสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย 5ส. Green and Clean และมีการสื่อสารให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันอย่างน้อย 1 เดือน

2.รูปแบบเอกสารการดำเนินงาน 5 ส ควรเป็นรูปแบบเดียวกัน เช่น แผนปฏิบัติการ แบบฟอร์มการรายงานตามกิจกรรม 5 ส, แบบประเมินการปฏิบัติตาม 5 ส.

3.สืบเนื่องจากหัวหน้างานมีการกำกับดูแลหลายหน่วยงานย่อย ทำให้ต้องทำหลายแฟ้มซ้ำซ้อน ไม่ครบ ข้อเสนอคือ ให้จัดทำแฟ้มนโยบาย การดำเนินงาน จำนวน 1 แฟ้ม หรือควรยึดตามหัวหน้างาน แต่ตรวจสอบการสื่อสารให้ครอบคลุมสู่การปฏิบัติ

4.หน่วยงานควรมีการเตรียมเอกสารให้เป็นหมวดหมู่ พร้อมใช้ กำกับ ติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติของหน่วยงาน และง่ายต่อการนำเสนอรายงานต่อทีม

5.การลงเยี่ยมให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานของกลุ่มการพยาบาล เช่น ส่องกล้อง IC และ งานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล

6.ตารางลงเยี่ยมในครั้งนี้กระชั้นชิดเกินไป ทำให้การสื่อสารไม่ทั่วถึง หน่วยงานไม่มีเวลาในการเตรียม และบางหน่วยงานไม่ได้เข้าในไลน์กลุ่มประเมิน 5 ส ทำให้ไม่ทราบการลงเยี่ยมประเมิน 5 ส

7.เกณฑ์การประเมิน ควรมีระดับการให้คะแนนที่มากกว่านี้ เพื่อเป็นการสร้างกำลังใจแก่หน่วยงาน

8.ควรดำเนินการประเมิน อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

9.การกำหนดอายุน้ำยาชนิดต่างๆ ควรชัดเจนเพื่อให้สามารถปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

10.ระยะเวลาในการลงประเมิน

11.ควรกำหนดมาตรฐานที่นำมาใช้ให้เป็นแนวเดียวกัน

Thank you