Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No.11, 366-370

COMPARISON OF PLAN-DOCUMENT AND ON-SITE ASSESSMENT SCORES IN TWO-LEVEL 5S MONITORING AT K HOSPITAL IN 2025

Nguyen Ngoc Ly[1*], Nguyen Ngoc Phuoc[2], Nguyen Thi Ngoc Le[3], Phung Thi Huyen[1]

[1]K Hospital - No. 30 Cau Buou, Thanh Liet Ward, Hanoi, Vietnam
[2]Hanoi Medical University Hospital - No. 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi, Vietnam
[3]Vinmec Times City International Hospital - Times City Urban Area, 458 Minh Khai Street, Hanoi, Vietnam

Received: 22/06/2026
Reviced: 19/08/2026; Accepted: 19/11/2026

ABSTRACT

Objective: To describe 5S improvement plan-document scores (Level 1), on-site assessment scores (Level 2) and the relationship between the two indicators at K Hospital in 2025.

Methods: A descriptive study of retrospective routine 5S assessment data. Of 57 units assessed at Level 1, all 18 units scoring 80 points or higher received an unannounced on-site assessment. The two checklists differed in content and were converted to a 100-point scale.

Results: The mean Level 1 score was 82.5 ± 3.3 and the mean Level 2 score was 72.0 ± 9.1; Level 2 scores were lower in 16 of 18 units, by 10.5 points on average (arithmetic difference, for reference only). At Level 2, 27.8% of units were rated Good, 22.2% Fair and 50.0% Needs improvement. All four units at the Quan Su site scored below 70 at Level 2. Scores at the two levels were almost uncorrelated (rho = −0.05).

Conclusion: Among units with high plan-document scores, on-site scores were lower, more dispersed and did not correspond to document scores. This difference does not directly reflect the gap between plans and practice; on-site assessment adds necessary information to document review.

Keywords: 5S, quality monitoring, document review, on-site assessment, hospital.

*Corresponding author
Email: lynguyen.bvk@gmail.com **Phone**: (+84) 948993929 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7186

SO SÁNH ĐIỂM ĐÁNH GIÁ HỒ SƠ KẾ HOẠCH VÀ ĐIỂM ĐÁNH GIÁ THỰC TẾ TRONG GIÁM SÁT 5S HAI CẤP TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2025

Nguyễn Ngọc Lý[1*], Nguyễn Ngọc Phước[2], Nguyễn Thị Ngọc Lệ[3], Phùng Thị Huyền[1]

[1]Bệnh viện K - Số 30 Cầu Bươu, phường Thanh Liệt, TP Hà Nội, Việt Nam
[2]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, TP Hà Nội, Việt Nam
[3]Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City - Khu đô thị Times City, 458 Phố Minh Khai, TP Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 22/06/2026
Ngày chỉnh sửa: 19/08/2026; Ngày duyệt đăng: 19/11/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả điểm đánh giá hồ sơ kế hoạch cải tiến 5S (Cấp 1), điểm đánh giá thực tế tại đơn vị (Cấp 2) và mối liên quan giữa hai chỉ số tại Bệnh viện K năm 2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu số liệu đánh giá 5S thường quy. Trong 57 đơn vị được chấm Cấp 1, toàn bộ 18 đơn vị đạt từ 80 điểm được kiểm tra thực tế đột xuất. Hai bảng kiểm có nội dung khác nhau, cùng quy về thang 100 điểm.

Kết quả: Điểm trung bình Cấp 1 là 82,5 ± 3,3 và Cấp 2 là 72,0 ± 9,1; điểm Cấp 2 thấp hơn Cấp 1 ở 16/18 đơn vị, trung bình thấp hơn 10,5 điểm (chênh lệch số học, chỉ để tham khảo). Ở Cấp 2, 27,8% đơn vị xếp loại Tốt, 22,2% Khá và 50,0% Cần cải thiện. Bốn đơn vị cơ sở Quán Sứ có điểm Cấp 2 đều dưới 70. Điểm hai cấp gần như không tương quan (*rho* = −0,05).

Kết luận: Trong nhóm đơn vị có hồ sơ đạt điểm cao, điểm đánh giá thực tế thấp hơn, phân tán hơn và không tương ứng với điểm hồ sơ. Chênh lệch này không phản ánh trực tiếp khoảng cách giữa kế hoạch và thực hành; kiểm tra thực tế bổ sung thông tin cần thiết cho chấm hồ sơ.

Từ khóa: 5S, giám sát chất lượng, đánh giá hồ sơ, đánh giá thực tế, bệnh viện.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình 5S (Sàng lọc, Sắp xếp, Sạch sẽ, Săn sóc, Sẵn sàng) được Bộ Y tế khuyến khích áp dụng như một công cụ cải tiến chất lượng cơ bản [1] và là bước nền tảng của cách tiếp cận 5S-KAIZEN-TQM do Tổ chức Hợp tác Quốc tế Nhật Bản (JICA) hỗ trợ tại nhiều quốc gia [2]. Các nghiên cứu về 5S trong y tế phần lớn là mô tả hoặc định tính, ghi nhận cải thiện về môi trường làm việc và nhận thức của nhân viên, đồng thời cho thấy khó nhất là duy trì hai bước Săn sóc và Sẵn sàng, vốn phụ thuộc nhiều vào lãnh đạo và việc giám sát định kỳ [3, 4, 5].

Ở nhiều bệnh viện, đánh giá 5S chủ yếu dựa vào hồ sơ và ảnh minh chứng do đơn vị gửi lên, chủ yếu phản ánh kế hoạch và những gì đơn vị báo cáo, chưa hẳn phản ánh việc thực hiện hằng ngày. Trong khi đó, tác dụng của kiểm tra và phản hồi phụ thuộc nhiều vào độ tin cậy của số liệu [6]. Kiểm tra nội bộ năm 2024 tại Bệnh viện K vẫn ghi nhận vật tư quá hạn, hồ sơ lưu trữ chưa thống nhất và mức độ thực hiện 5S chênh lệch giữa các đơn vị [7]. Năm 2025, bệnh viện áp dụng giám sát 5S hai cấp: chấm hồ sơ kế hoạch (Cấp 1) và kiểm tra thực tế tại đơn vị (Cấp 2). Kết quả của hai cấp trên cùng đơn vị chưa được phân tích.

Mục tiêu nghiên cứu: mô tả điểm đánh giá hồ sơ kế hoạch cải tiến 5S và điểm đánh giá thực tế tại các đơn vị đạt từ 80 điểm ở Cấp 1; mô tả chênh lệch số học, sự thay đổi xếp loại và mối liên quan giữa hai chỉ số tại Bệnh viện K năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu số liệu đánh giá 5S thường quy, so sánh hai lần đánh giá trên cùng đơn vị; không có nhóm đối chứng và số liệu trước triển khai.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại ba cơ sở của Bệnh viện K (Tân Triều, Quán Sứ, Tam Hiệp) từ tháng 4 năm 2025 đến tháng 12 năm 2025. Đánh giá Cấp 1 được tiến hành trong tháng 9 và tháng 10 năm 2025; đánh giá Cấp 2 được tiến hành trong tháng 10 và tháng 11 năm 2025, sau khi có kết quả Cấp 1.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Các khoa, phòng, trung tâm triển khai 5S năm 2025. Tiêu chuẩn lựa chọn: đơn vị nộp đầy đủ, đúng hạn hồ sơ kế hoạch cải tiến 5S kèm ảnh minh chứng trước và sau cải tiến; có điểm Cấp 1 từ 80 điểm trở lên. Tiêu chuẩn loại trừ: đơn vị đang sáp nhập, thay đổi tổ chức hoặc đang cải tạo, sửa chữa lớn ảnh hưởng đến việc bố trí không gian làm việc.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn toàn bộ đơn vị đáp ứng tiêu chuẩn, được 18 đơn vị. Do mẫu được chọn theo chính điểm Cấp 1, kết quả không đại diện cho toàn bệnh viện (Hình 3.1).

2.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Cơ sở và khối chuyên môn của đơn vị; điểm Cấp 1 và Cấp 2 (thang 100 điểm); chênh lệch D = điểm Cấp 1 − điểm Cấp 2, dùng thống nhất trong toàn bài (D dương khi điểm Cấp 2 thấp hơn). Xếp loại: Xuất sắc (≥ 90 điểm), Tốt (80–89), Khá (70–79; bảng kiểm gốc ghi "Đạt yêu cầu"), Cần cải thiện (< 70). Các ngưỡng do Tổ 5S quy định năm 2025, dùng chung cho hai bảng kiểm, chưa được thẩm định. Chỉ tiêu bệnh viện đặt từ đầu là ít nhất 90% đơn vị đạt từ 80 điểm ở Cấp 2.

*Tác giả liên hệ
Email: lynguyen.bvk@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 948993929 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7186

2.6. Công cụ và quy trình thu thập số liệu

Bệnh viện triển khai 5S theo Kế hoạch số 1143/KH-BVK. Tổ triển khai và duy trì 5S (Tổ 5S) được thành lập theo Quyết định số 1018/QĐ-BVK ngày 08/4/2025, gồm 12 thành viên của Phòng Quản lý chất lượng và Phòng Điều dưỡng. Theo thiết kế, Cấp 1 chấm kế hoạch và minh chứng, dùng để chọn đơn vị kiểm tra thực tế; Cấp 2 chấm mức độ thực hiện quan sát được, là căn cứ chính để phản hồi. Việc so sánh hiệu số giữa hai cấp không được đặt ra từ trước.

Hai bảng kiểm do Tổ 5S xây dựng dựa trên hướng dẫn của JICA [2] và Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam [1], chưa được đánh giá độ giá trị và độ tin cậy. Bảng kiểm Cấp 1 gồm 20 tiêu chí (11 tiêu chí về kế hoạch, 9 tiêu chí về ảnh minh chứng); bảng kiểm Cấp 2 gồm 15 tiêu chí (7 tiêu chí về kết quả thực tế, 8 tiêu chí về duy trì và sự tham gia của nhân viên). Mỗi tiêu chí chấm 2, 1 hoặc 0 điểm, tổng điểm quy về thang 100; toàn văn hai bảng kiểm được gửi kèm làm tài liệu bổ sung. Bảng 2.1 cho thấy 9/20 tiêu chí Cấp 1 không có tiêu chí tương ứng ở Cấp 2 và nguồn thông tin của hai cấp khác nhau; vì vậy hai điểm số không phải hai lần đo cùng một nội dung, việc quy về thang 100 chỉ đưa chúng về cùng khoảng giá trị.

Bảng 1. Đối chiếu nội dung bảng kiểm Cấp 1 và Cấp 2

Nhóm nội dung	Số tiêu chí Cấp 1	Số tiêu chí Cấp 2
Xác định vấn đề, mục tiêu, giải pháp	5	0
Kế hoạch hành động, hình thức văn bản	4	0
Kết quả cải tiến, so sánh trước và sau	6	5
Tiêu chuẩn hóa (Săn sóc)	1	2
Cơ chế duy trì, giám sát nội bộ	3	5
Sự tham gia, hiểu biết của nhân viên (Sẵn sàng)	1	3
Tổng	20	15
Nguồn thông tin	Kế hoạch và ảnh do đơn vị nộp	Quan sát tại chỗ, hỏi nhân viên

Ở Cấp 1, Tổ 5S chấm hồ sơ do đơn vị nộp; ảnh trước và sau cải tiến phải chụp cùng góc, có ảnh sau cải tiến ít nhất 1 tuần; hồ sơ nộp trong đợt đánh giá năm 2025 không bắt buộc hiển thị ngày, giờ chụp trên ảnh. Ở Cấp 2, đoàn gồm các thành viên Tổ 5S kiểm tra đột xuất, không báo trước ngày giờ, mỗi đơn vị một lần: quan sát các khu vực đã đăng ký trong kế hoạch, đối chiếu với ảnh minh chứng do đơn vị cung cấp và hỏi trực tiếp nhân viên. Ảnh tại thời điểm kiểm tra được chụp bằng phần mềm TimeMark, lưu ngày, giờ chụp trên ảnh để xác định thời điểm khảo sát và đối chiếu với hồ sơ minh chứng. Các thành viên được tập huấn thống nhất cách chấm; điểm Cấp 2 là trung bình điểm của các thành viên chấm. Đoàn biết nội dung hồ sơ và điểm Cấp 1; mức độ thống nhất giữa người chấm chưa được đánh giá.

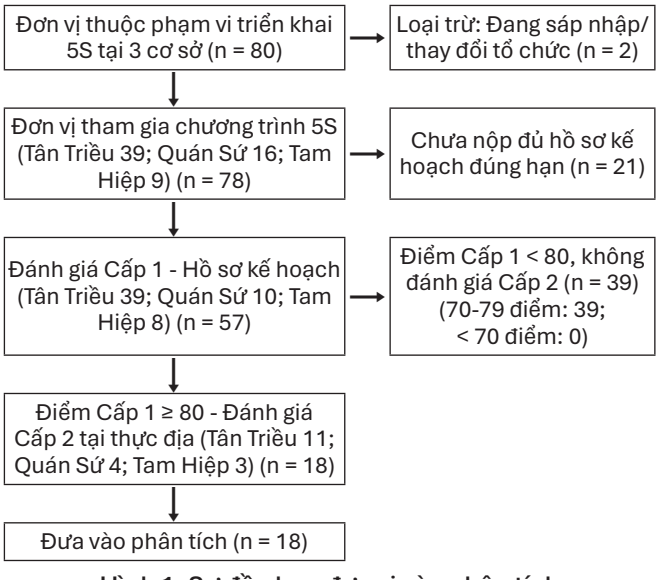
2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Biến định lượng được mô tả bằng trung bình ± độ lệch chuẩn (*SD*), trung vị (nhỏ nhất – lớn nhất). Điểm Cấp 1 và Cấp 2 được trình bày như hai chỉ số quản lý khác nhau. Vì hai bảng kiểm khác nhau về nội dung, số tiêu chí và mục tiêu đo lường, nghiên cứu không dùng kiểm định so sánh trung bình (kiểm định *t* ghép cặp hoặc kiểm định phi tham số tương ứng) và không tính hệ số ảnh hưởng; chênh lệch D chỉ được mô tả bằng trung bình, *SD*, trung vị, giá trị nhỏ nhất – lớn nhất và số đơn vị có D dương hoặc âm để tham khảo. Mối liên quan về thứ hạng giữa hai chỉ số được đánh giá bằng hệ số tương quan Spearman (*rho*), mức ý nghĩa $p < 0,05$; sự thay đổi xếp loại được trình bày theo từng đơn vị, điểm hai cấp được mô tả theo cơ sở và khối chuyên môn.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Số liệu được thu thập trong hoạt động đánh giá 5S thường quy năm 2025, không can thiệp vào khám bệnh, chữa bệnh và không thu thập thông tin người bệnh. Nghiên cứu được Lãnh đạo Bệnh viện K thông qua theo Quyết định số 1019/QĐ-BVK ngày 08/4/2025. Tên đơn vị được mã hóa (A đến R); số liệu gốc do Phòng Quản lý chất lượng quản lý.

3. KẾT QUẢ



Hình 1. Sơ đồ chọn đơn vị vào phân tích

Trong 78 đơn vị tham gia, 57 đơn vị (73,1%) nộp đủ hồ sơ, điểm Cấp 1 trung bình 77,9 ± 3,9; 18 đơn vị (31,6%) đạt từ 80 điểm và đều được kiểm tra thực tế (Hình 3.1). Điểm Cấp 1 của 18 đơn vị này (82,5 ± 3,3) cao hơn 39 đơn vị không được chọn (75,8 ± 1,8).

Bảng 1. Điểm Cấp 1, Cấp 2 và chênh lệch của từng đơn vị (n = 18)

Đơn vị	Điểm Cấp 1	Điểm Cấp 2	Chênh lệch D
A	80,0	85,0	−5,0
B	92,5	83,5	9,0
C	80,0	83,5	−3,5
D	85,0	83,0	2,0
E	82,5	80,0	2,5
F	80,0	78,5	1,5
G	80,0	77,0	3,0
H	80,0	73,5	6,5
I	80,0	71,5	8,5
J	82,5	68,5	14,0
K	87,5	68,0	19,5
L	85,0	67,0	18,0
M	82,5	67,0	15,5
N	82,5	67,0	15,5
O	82,5	65,0	17,5

Đơn vị	Điểm Cấp 1	Điểm Cấp 2	Chênh lệch D
P	80,0	63,5	16,5
Q	80,0	63,0	17,0
R	82,5	52,0	30,5

D = điểm Cấp 1 − điểm Cấp 2.

Có 16/18 đơn vị (88,9%) có điểm Cấp 2 thấp hơn điểm Cấp 1 và 2 đơn vị có điểm Cấp 2 cao hơn (đơn vị A cao hơn 5,0 điểm, đơn vị C cao hơn 3,5 điểm). Chênh lệch lớn nhất ở đơn vị R (30,5 điểm), tiếp đến là đơn vị K (19,5 điểm).

Bảng 2. Điểm Cấp 1, Cấp 2 và chênh lệch số học giữa hai cấp (n = 18)

Chỉ số	Kết quả
Điểm Cấp 1: TB ± SD; trung vị (min–max)	82,5 ± 3,3; 82,5 (80,0–92,5)
Điểm Cấp 2: TB ± SD; trung vị (min–max)	72,0 ± 9,1; 70,0 (52,0–85,0)
Chênh lệch D: TB ± SD; trung vị (min–max)	10,5 ± 9,3; 11,5 (−5,0–30,5)
Số đơn vị có D dương; D âm	16; 2
Tương quan Spearman giữa hai cấp	rho = −0,05 p = 0,85

TB: trung bình; SD: độ lệch chuẩn; D = điểm Cấp 1 − điểm Cấp 2, chỉ mang tính tham khảo do hai bảng kiểm khác nhau.

Xét về số học, điểm Cấp 1 cao hơn điểm Cấp 2 trung bình 10,5 điểm; chênh lệch này chỉ có ý nghĩa mô tả. Độ lệch chuẩn của điểm Cấp 2 gần gấp ba điểm Cấp 1 và thứ hạng của các đơn vị theo hai cấp hầu như không tương quan (Bảng 2).

Bảng 3. Thay đổi xếp loại của các đơn vị từ Cấp 1 sang Cấp 2 (n = 18)

Xếp loại Cấp 1	Cấp 2 Tốt	Cấp 2 Khá	Cấp 2 Cần cải thiện	Tổng
Xuất sắc	1	0	0	1
Tốt	4	4	9	17
Tổng, n (%)	5 (27,8)	4 (22,2)	9 (50,0)	18 (100)

Không có đơn vị Xuất sắc ở Cấp 2; Cấp 1 không có đơn vị Khá, Cần cải thiện do tiêu chuẩn chọn mẫu.

Trong 17 đơn vị xếp loại Tốt ở Cấp 1, 9 đơn vị ở mức Cần cải thiện khi kiểm tra thực tế. Trong 4 đơn vị có điểm Cấp 1 cao nhất (từ 85 điểm), 2 đơn vị đạt Tốt và 2 đơn vị ở mức Cần cải thiện tại Cấp 2. Tỷ lệ đạt từ 80 điểm ở Cấp 2 (27,8%) thấp hơn nhiều so với chỉ tiêu 90% (Bảng 3.3).

Bảng 4. Điểm Cấp 1 và Cấp 2 theo cơ sở và khối chuyên môn (n = 18)

Nhóm đơn vị	n	Điểm Cấp 1: TB (min–max)	Điểm Cấp 2: TB (min–max)	Cấp 2 < 70 điểm, n
Cơ sở Tân Triều	11	82,5 (80,0–92,5)	73,5 (52,0–85,0)	4
Cơ sở Quán Sứ	4	84,4 (82,5–87,5)	66,8 (65,0–68,0)	4
Cơ sở Tam Hiệp	3	80,0 (80,0–80,0)	73,5 (63,5–83,5)	1
Khối lâm sàng	13	82,1 (80,0–92,5)	72,1 (52,0–85,0)	6
Khối khám bệnh, cận lâm sàng	5	83,5 (80,0–87,5)	71,9 (63,5–83,0)	3

TB: trung bình.

Bốn đơn vị cơ sở Quán Sứ có điểm Cấp 1 trung bình cao nhất nhưng đều có điểm Cấp 2 dưới 70; giữa hai khối chuyên môn không có khác biệt rõ (Bảng 4).

4. BÀN LUẬN

Chênh lệch giữa hai cấp cần được hiểu thận trọng vì hai bảng kiểm chỉ trùng nhau một phần (Bảng 2.1). Chênh lệch có thể do khác biệt thực sự giữa kế hoạch và việc thực hiện; do bảng kiểm Cấp 2 có nhiều tiêu chí về duy trì, giám sát nội bộ và hiểu biết của nhân viên vốn khó đạt hơn; do đơn vị được chọn vì có điểm Cấp 1 cao nên lần đánh giá sau dễ thấp hơn theo hiện tượng hồi quy về trung bình [8]; và do người chấm biết điểm Cấp 1, mỗi đơn vị chỉ được kiểm tra một lần. Thiết kế hiện tại không tách được các nguyên nhân này, nên 10,5 điểm không phải độ lớn khoảng cách giữa kế hoạch và thực hành hay bằng chứng về hiệu quả của mô hình.

Một số kết quả ít phụ thuộc vào việc hai bảng kiểm có tương đương hay không. Chiều hướng chênh lệch nhất quán. Điểm Cấp 1 của nhóm được chọn tập trung ở 80,0–82,5 điểm, trong khi điểm Cấp 2 trải từ 52,0 đến 85,0 điểm, và thứ hạng theo hai cấp gần như không tương quan. Do khoảng điểm Cấp 1 đã bị thu hẹp bởi tiêu chuẩn chọn mẫu, chưa thể kết luận điểm hồ sơ không có giá trị dự báo trên toàn bệnh viện; nhưng trong nhóm đạt từ 80 điểm, điểm hồ sơ không phân biệt được đơn vị nào thực hiện tốt hơn.

Nguyễn Hoài Phong và Nguyễn Thị Thúy Nga (2024) ghi nhận kết quả đánh giá độc lập thường thấp hơn kết quả tự đánh giá của các khoa [9]. Trong nghiên cứu này, Cấp 1 do Tổ 5S chấm chứ không phải tự đánh giá, nên sự tương đồng chỉ ở chỗ cả hai đều dựa trên thông tin do đơn vị chủ động chuẩn bị. Chênh lệch giữa hai cấp cũng không phân bố đều giữa các cơ sở: cả bốn đơn vị ở cơ sở Quán Sứ có điểm hồ sơ cao nhưng điểm thực tế đều dưới 70, và đây cũng là cơ sở có tỷ lệ nộp hồ sơ thấp nhất (10/16 đơn vị). Điều này gợi ý các yếu tố ở cấp cơ sở, như mức độ giám sát thường xuyên hoặc điều kiện cơ sở vật chất, có thể ảnh hưởng đến việc chuyển kế hoạch thành thực hành, phù hợp với vai trò của giám sát định kỳ đã được nêu trong các nghiên cứu trước [4, 5]; do số đơn vị mỗi cơ sở ít, đây chỉ là nhận định cần kiểm chứng. Việc chỉ 2/4 đơn vị có điểm hồ sơ cao nhất đạt Tốt khi kiểm tra thực tế cho thấy nếu chỉ dựa vào hồ sơ để công nhận hoặc khen thưởng, kết quả có thể chưa phản ánh đúng thực tế.

Nghiên cứu có một số hạn chế: hai bảng kiểm không tương đương về nội dung và chưa được thẩm định; mẫu nhỏ, số đơn vị mỗi cơ sở ít, được chọn theo điểm Cấp 1 và không gồm các đơn vị chưa nộp hồ sơ hoặc dưới 80 điểm; người kiểm tra biết điểm Cấp 1, chưa đánh giá mức độ thống nhất giữa người chấm; mỗi đơn vị chỉ được kiểm tra một lần; ảnh minh chứng Cấp 1 do đơn vị tự chọn và không bắt buộc hiển thị ngày giờ chụp; số liệu chỉ lưu tổng điểm; không có số liệu trước triển khai, nhóm đối chứng hay kết quả sau phản hồi. Chu kỳ tiếp theo cần xây dựng tiêu chí tương ứng giữa hai cấp và lưu điểm từng tiêu chí, kiểm tra thực tế ngẫu nhiên một số đơn vị dưới 80 điểm, bố trí người chấm độc lập và đánh giá mức độ thống nhất giữa họ [10], kiểm tra đột xuất nhiều lần, yêu cầu ảnh Cấp 1 hiển thị ngày giờ chụp và theo dõi kết quả sau phản hồi.

5. KẾT LUẬN

Trong nhóm đơn vị có hồ sơ kế hoạch 5S đạt điểm cao, điểm kiểm tra thực tế thấp hơn điểm hồ sơ ở phần lớn đơn vị, phân tán hơn nhiều và không tương ứng với thứ hạng theo điểm hồ sơ. Do hai bảng kiểm đo nội dung khác nhau

và đơn vị được chọn theo điểm hồ sơ, chênh lệch này chưa phản ánh khoảng cách giữa kế hoạch và thực hành hay hiệu quả của mô hình. Kiểm tra thực tế cung cấp thông tin mà chấm hồ sơ chưa phản ánh được, kể cả khác biệt giữa các cơ sở, nên cần được duy trì song song với chấm hồ sơ và tiếp tục được kiểm chứng qua nhiều chu kỳ.

6. TUYÊN BỐ VỀ ĐÓNG GÓP KHOA HỌC CỦA CÁC TÁC GIẢ

Nguyễn Ngọc Lý: ý tưởng, thiết kế, thu thập, phân tích số liệu và viết bản thảo; Nguyễn Ngọc Phước, Nguyễn Thị Ngọc Lệ: phân tích số liệu, chỉnh sửa bản thảo; Phùng Thị Huyền: hướng dẫn khoa học, chỉnh sửa bản thảo. Các tác giả đã đọc và đồng ý với bản thảo cuối cùng.

7. TUYÊN BỐ XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Các tác giả không có xung đột lợi ích về tài chính. Tác giả Nguyễn Ngọc Lý và Phùng Thị Huyền công tác tại Bệnh viện K, nơi xây dựng và triển khai mô hình giám sát 5S hai cấp.

8. LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả cảm ơn Ban Giám đốc Bệnh viện K, Tổ 5S và các khoa, phòng, trung tâm đã tạo điều kiện và tham gia đánh giá 5S năm 2025.

9. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bộ Y tế. Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam (phiên bản 2.0), ban hành kèm theo Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016. Hà Nội: Bộ Y tế; 2016.

[2] Japan International Cooperation Agency. Manual for implementation of 5S in hospital setting. Tokyo: JICA; 2015.

[3] Kanamori S, Sow S, Castro MC, et al. Implementation of 5S management method for lean healthcare at a health center in Senegal: a qualitative study of staff perception. Glob Health Action. 2015;8:27256. doi:10.3402/gha.v8.27256.

[4] Kanabar BR, Piparva KG, Pandya D, et al. The impact and challenges of the implementation of 5S methodology in healthcare settings: a systematic review. Cureus. 2024;16(7):e64634. doi:10.7759/cureus.64634.

[5] Ishijima H, Eliakimu E, Mshana JM. Factors influencing national rollout of quality improvement approaches to public hospitals in Tanzania. Clinical Governance: An International Journal. 2014;19(2):137-152. doi:10.1108/CGIJ-09-2013-0033.

[6] Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(6):CD000259. doi:10.1002/14651858.CD000259.pub3.

[7] Bệnh viện K. Báo cáo kết quả kiểm tra 5S năm 2024 (tài liệu nội bộ, lưu tại Phòng Quản lý chất lượng). Hà Nội: Bệnh viện K; 2024.

[8] Barnett AG, van der Pols JC, Dobson AJ. Regression to the mean: what it is and how to deal with it. Int J Epidemiol. 2005;34(1):215-220. doi:10.1093/ije/dyh299.

[9] Nguyễn Hoài Phong, Nguyễn Thị Thúy Nga. Kết quả thực hiện 5S và các yếu tố ảnh hưởng tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Thiện Hạnh, Đắk Lắk năm 2024. Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển. 2024;8(6):43-50. doi:10.38148/JHDS.0806SKPT24-119.

[10] Koo TK, Li MY. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. J Chiropr Med. 2016;15(2):155-163. doi:10.1016/j.jcm.2016.02.012.