



สร้างผลงานให้ชนะรางวัล: จากเนื้อหาที่แข็งแกร่งสู่การนำเสนอที่ทรงพลัง

พว. ดร ยุวดี เกตสัมพันธ์

พยาบาลเชี่ยวชาญอิสระ

กรรมการสภาการพยาบาล

นายกสมาคมพยาบาลแผล ออสโตมีย์ และควบคุมการขับถ่าย

นายกสมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย



"A beautiful poster can catch eyes, but only strong content captures minds and awards."

การเตรียมเนื้อหา งานวิจัยทางคลินิก

- องค์ประกอบสำคัญ:
- ความเป็นมา (เหตุผล ความสำคัญ)
- วัตถุประสงค์ (แบบ SMART)
- วิธีวิจัย (ออกแบบ กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ)
- ผลการศึกษา (มีการวิเคราะห์และแสดงผลที่เข้าใจง่าย)
- สรุป (เชื่อมโยงกับผลลัพธ์)

การเตรียมเนื้อหา งานพัฒนาคุณภาพ (CQI)

- องค์ประกอบสำคัญ:
- การระบุปัญหาจากข้อมูลจริง
- ข้อมูลพื้นฐานก่อนการพัฒนา
- แนวทาง/โมเดลที่ใช้ (เช่น PDSA)
- การวัดผลลัพธ์
- บทเรียนที่ได้จากการดำเนินการ

เคล็ดลับ: ใช้กราฟหรือแผนภูมิแทนข้อความยาว ๆ

การเตรียมเนื้อหา กรณีศึกษา Case Study

- องค์ประกอบสำคัญ:
- ข้อมูลผู้ป่วยและบริบท
- ความท้าทาย/ปัญหาทางคลินิก
- แนวทางการดูแลที่เลือกใช้
- ผลลัพธ์และการสะท้อนบทเรียน

เคล็ดลับ: เน้น “ความเฉพาะ ความคิดวิเคราะห์ และบทบาทการพยาบาล”

แปลงเนื้อหาที่แข็งแกร่งให้เป็นโปสเตอร์ที่น่าสนใจ

- ใช้โครงสร้างโปสเตอร์พื้นฐานสำหรับแต่ละประเภท (วิจัย / CQI / Case study)
- หลักการออกแบบที่สำคัญ:
 - อ่านง่าย (ตัวอักษร ขนาด สี ช่องว่าง)
 - มี Flow การอ่านชัดเจน (ซ้าย → ขวา → ล่าง)
 - ใช้ภาพแทนคำ (กราฟ > ตาราง > ย่อหน้า)
- เทคนิค:
 - หลีกเลี่ยงข้อความยาวเกินไป
 - ใช้หัวข้อย่อยแทนย่อหน้า
 - ตั้งชื่อ section ให้น่าสนใจ เช่น “เวลารักษาลดลง 50%” แทน “ผลลัพธ์”

เกณฑ์การประเมินโปสเตอร์และมุมมองของกรรมการ

- ความถูกต้องทางวิชาการและคลินิก
- ความแปลกใหม่/นวัตกรรม
- ความชัดเจนของประเด็นสำคัญ
- ความสวยงามและสื่อสารได้ดี
- การประยุกต์ใช้ได้จริง
- การมีส่วนร่วมกับผู้ชม (เช่น QR code, takeaway)

โครงสร้างโปสเตอร์ งานวิจัย (Research Poster)

ส่วน	เนื้อหา
Title	ชื่อเรื่องที่ชัดเจน กระชับ สื่อถึงสาระสำคัญของการวิจัย 10% บนสุด
Authors & Affiliations	ชื่อผู้วิจัย ตำแหน่ง และสังกัด
Background / Rationale	ความสำคัญของปัญหา บริบทที่เกี่ยวข้อง ช่องว่างความรู้ที่ต้องการศึกษาต่อ 10–15%
Objectives	วัตถุประสงค์ของการวิจัย (ใช้ SMART objective ถ้าเป็นไปได้) 5-10%
Methods	ประเภทการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บข้อมูล เครื่องมือ วิเคราะห์ข้อมูล 20–25%
Results	การนำเสนอผลลัพธ์อย่างมีภาพรวม (ใช้กราฟ ตาราง หรือสถิติ) 25–30% (เน้นมากที่สุด)
Conclusion & Implications	ข้อค้นพบหลัก และข้อเสนอแนะจากการศึกษา ความหมายต่อการพยาบาล หรือนำไปใช้จริงในหน่วยงาน ได้อย่างไร 10–15%
References / QR Code	เอกสารอ้างอิงสำคัญ หรือ QR Code สำหรับโหลดไฟล์ฉบับเต็ม 5% ล่างสุด

ข้อเสนอแนะ Layout: Research Poster

- จัดเรียงจาก ซ้าย ➡ ขวา เป็นแถวบนลงล่าง
- ใช้กราฟและแผนภูมิในส่วนผลลัพธ์ให้เด่น
- ใช้สีพื้นอ่อนและหัวข้อชัดเจน เช่น กรอบสีน้ำเงินเข้ม

โครงสร้างโปสเตอร์ การพัฒนาคุณภาพ (CQI Poster)

ส่วน	เนื้อหา
Title	หัวข้อที่ชัดเจน เช่น “ลดการเกิด IAD ด้วยแนวทางใหม่ใน 3 เดือน” 10%
Team / Unit Name	ทีมงานและหน่วยงานที่ดำเนินการ 10-15%
Problem Statement (ก่อนการพัฒนา)	ปัญหาที่พบ พร้อมข้อมูลเบื้องต้น เช่น อัตราเกิด การร้องเรียน
Aim Statement	เป้าหมายที่ชัดเจน เช่น “ลดการเกิดฯ ลง 30% ภายใน 90 วัน”
Baseline Data	ข้อมูลก่อนเริ่มพัฒนา (อาจเป็นกราฟ Run Chart)
Intervention	การดำเนินงานที่ทำ เช่น ใช้แนวปฏิบัติใหม่ อบรม จัดอุปกรณ์ ฯลฯ 15-20%
Methodology	ใช้โมเดล PDSA หรือ DMAIC บรรยายขั้นตอน
Results	การเปลี่ยนแปลงหลังดำเนินการ (มีภาพเปรียบเทียบ Before-After) 25-30%
Lessons Learned	สิ่งที่ได้เรียนรู้ อุปสรรค และแนวทางแก้ไข 10-15%
Sustainability / Next Step	การต่อยอดหรือขยายผลในอนาคต 5%

ข้อเสนอแนะ Layout: CQI Poster

- เน้นให้มี Before–After graph หรือ Run Chart ชัดเจน
- ใช้ลูกศรหรือไอคอนเพื่อแสดง “การเปลี่ยนแปลง” และ “ผลที่เกิดขึ้น”
- รูปแบบนิยมแบบ 3 คอลัมน์

โครงสร้างโปสเตอร์ กรณีศึกษา (Case Study Poster)

Title	ชื่อกรณีที่น่าสนใจ สื่อสารถึงความพิเศษหรือความท้าทาย
Title	ชื่อกรณีที่น่าสนใจ สื่อสารถึงความพิเศษหรือความท้าทาย
Authors / Institution	ชื่อผู้จัดทำและหน่วยงาน
Patient Background	เพศ อายุ โรคประจำตัว ข้อมูลพื้นฐาน 10-15%
Clinical Problem	ปัญหาทางคลินิกที่ท้าทาย เช่น แผลเรื้อรัง ร่วมกับภาวะแทรกซ้อน
Nursing Assessment	การประเมินเชิงลึกโดยพยาบาล
Intervention	แนวทางการดูแล การตัดสินใจที่สำคัญ การเลือกอุปกรณ์หรือวิธี 25-30%
Outcome	ผลลัพธ์ที่ได้จากการดูแลทั้งเชิงคลินิกและเชิงคุณภาพชีวิต 15-20 %
Reflection / Lessons Learned	การวิเคราะห์สิ่งที่ได้เรียนรู้จากกรณีนี้ (Clinical reasoning) 10-15%
Implication to Practice + QR	ข้อคิดที่สามารถนำไปปรับใช้ในเคสอื่น ๆ 5%

ข้อเสนอแนะ Layout: Case Study Poster

- ใช้ภาพถ่าย (หากได้รับอนุญาต) หรือแผนภาพช่วยอธิบายกระบวนการดูแล
- อาจใช้ Timeline หรือขั้นตอนดูแลเป็นลำดับ
- ใช้ ลีออน-เข้ม ช่วยแยกส่วนเนื้อหา

รูปแบบโปสเตอร์เพื่อการนำเสนอและรับรางวัล

การจัดวางรูปแบบโปสเตอร์มีความสำคัญต่อการดึงดูดความสนใจและช่วยให้
กรรมการเข้าใจเนื้อหาได้ง่าย เพื่อให้มีโอกาสดำเนินการ

IMPROVING IAD PREVENTION THROUGH NURSING QUALITY IMPROVEMENT GUIDELINES

Elizabeth Brown, RN, James Smith, MSN, Sarah Johnson, PhD
Anytown Medical Center

Background

- Incontinence-Associated Dermatitis (IAD) (skin injury associated with incontinent urine)
- Prevalence used as impact on patients' quality of life through implementation of nursing guidelines to reduce IAD

Project Aim

- To decrease incidence of IAD by 30% within three months on a medical-surgical unit through implementation

Methodology

- Used on Plan Do Study Act (PDSA cycle)
- Regular staff-education sessions on IAD prevention guidelines presented

Results

- 35% reduction¹ IAD incidence
- Improvement with recommendations

Recommendations

- Ongoing monitoring of periphrigic staff training for sustainable results
- Expand the initiative to other hospital
- Further research to refine and optimize IAD prevention strategies

Guideline-Based Interventions

- Regular skin assessments (PSA) cycle
- Regular staff education sessions on IAD prevention guidelines
- Pre-and post-intervention IAD rates over a six-month period

Category	IAD Incidence
Baseline	35
Post-Intervention	22.75

35% reduction
Improvement in staff guidelines

Lessons Learned

- Importance of adequately train or inform adherence to guidelines
- Adaptability, life prioritizing of staff feedback on new protocol

References

1. Ait, D.; Ait, F. R.; J., Aut. 2: Cita Aut. (Ukt. Aut.): Jywni Sejpm.
2. Ait, D.; Ait, L. R.; J., Aut. 2: Cita Aut. (Ukt. Aut.): Jywni Sejpm.

[illegible]

PUT YOUR TITLE HERE – IT CAN BE RELATIVELY LONG AS MANY POSTER TITLES ARE.

1 INTRODUCTION

2 METHODS

3 RESULTS

4 DISCUSSION

5 CONCLUSION

REFERENCES

Table of Contents

Page	1	2	3	4	5
Introduction	Methods	Results	Discussion	Conclusion	References

Table

Year	2010	2011	2012	2013	2014
Value	100	120	150	180	200

Bar Chart

Figure 1

Figure 2

Figure 3

Figure 4

Figure 5

Figure 6

Figure 7

Figure 8

Figure 9

Figure 10

Figure 11

Figure 12

Figure 13

Figure 14

Figure 15

Figure 16

Figure 17

Figure 18

Figure 19

Figure 20

Figure 21

Figure 22

Figure 23

Figure 24

Figure 25

Figure 26

Figure 27

Figure 28

Figure 29

Figure 30

Figure 31

Figure 32

Figure 33

Figure 34

Figure 35

Figure 36

Figure 37

Figure 38

Figure 39

Figure 40

Figure 41

Figure 42

Figure 43

Figure 44

Figure 45

Figure 46

Figure 47

Figure 48

Figure 49

Figure 50

Figure 51

Figure 52

Figure 53

Figure 54

Figure 55

Figure 56

Figure 57

Figure 58

Figure 59

Figure 60

Figure 61

Figure 62

Figure 63

Figure 64

Figure 65

Figure 66

Figure 67

Figure 68

Figure 69

Figure 70

Figure 71

Figure 72

Figure 73

Figure 74

Figure 75

Figure 76

Figure 77

Figure 78

Figure 79

Figure 80

Figure 81

Figure 82

Figure 83

Figure 84

Figure 85

Figure 86

Figure 87

Figure 88

Figure 89

Figure 90

Figure 91

Figure 92

Figure 93

Figure 94

Figure 95

Figure 96

Figure 97

Figure 98

Figure 99

Figure 100

Figure 101

Figure 102

Figure 103

Figure 104

Figure 105

Figure 106

Figure 107

Figure 108

Figure 109

Figure 110

Figure 111

Figure 112

Figure 113

Figure 114

Figure 115

Figure 116

Figure 117

Figure 118

Figure 119

Figure 120

Figure 121

Figure 122

Figure 123

Figure 124

Figure 125

Figure 126

Figure 127

Figure 128

Figure 129

Figure 130

Figure 131

Figure 132

Figure 133

Figure 134

Figure 135

Figure 136

Figure 137

Figure 138

Figure 139

Figure 140

Figure 141

Figure 142

Figure 143

Figure 144

Figure 145

Figure 146

Figure 147

Figure 148

Figure 149

Figure 150

Figure 151

Figure 152

Figure 153

Figure 154

Figure 155

Figure 156

Figure 157

Figure 158

Figure 159

Figure 160

Figure 161

Figure 162

Figure 163

Figure 164

Figure 165

Figure 166

Figure 167

Figure 168

Figure 169

Figure 170

Figure 171

Figure 172

Figure 173

Figure 174

Figure 175

Figure 176

Figure 177

Figure 178

Figure 179

Figure 180

Figure 181

Figure 182

Figure 183

Figure 184

Figure 185

Figure 186

Figure 187

Figure 188

Figure 189

Figure 190

Figure 191

Figure 192

Figure 193

Figure 194

Figure 195

Figure 196

Figure 197

Figure 198

Figure 199

Figure 200

Figure 201

Figure 202

Figure 203

Figure 204

Figure 205

Figure 206

Figure 207

Figure 208

Figure 209

Figure 210

Figure 211

Figure 212

Figure 213

Figure 214

Figure 215

Figure 216

Figure 217

Figure 218

Figure 219

Figure 220

Figure 221

Figure 222

Figure 223

Figure 224

Figure 225

Figure 226

Figure 227

Figure 228

Figure 229

Figure 230

Figure 231

Figure 232

Figure 233

Figure 234

Figure 235

Figure 236

Figure 237

Figure 238

Figure 239

Figure 240

Figure 241

Figure 242

Figure 243

Figure 244

Figure 245

Figure 246</

การออกแบบและกราฟิก

ตัวอักษร:

- ขนาด: ใช้ขนาดตัวอักษรที่ใหญ่พอสมควร (เช่น หัวข้อ 48-72 pt, ข้อความหลัก 24-36 pt) เพื่อให้อ่านได้จากระยะไกล 1-2 เมตร
- Font: เลือกฟอนต์ที่อ่านง่ายและชัดเจน เช่น Sarabun, Sukhumvit Set, Kanit หรือ TH Niramit AS
- ความสม่ำเสมอ: ใช้ Font และขนาดตัวอักษรที่สม่ำเสมอทั่วทั้งโปสเตอร์

การออกแบบและกราฟิก

ภาพประกอบ/กราฟ:

- คุณภาพสูง: ใช้รูปภาพ กราฟ แผนภูมิ ที่มีความละเอียดสูง ไม่แตก ไม่เบลอ
- ความชัดเจน: กราฟและแผนภูมิควรมีป้ายกำกับแกน (axis labels), คำอธิบายภาพ (legends) และชื่อกราฟที่ชัดเจน
- ความเหมาะสม: เลือกภาพที่เกี่ยวข้องและเสริมเนื้อหา ไม่ควรใส่ภาพที่ไม่จำเป็น

การออกแบบ poster สำหรับการประชุมเพื่อรับรางวัล

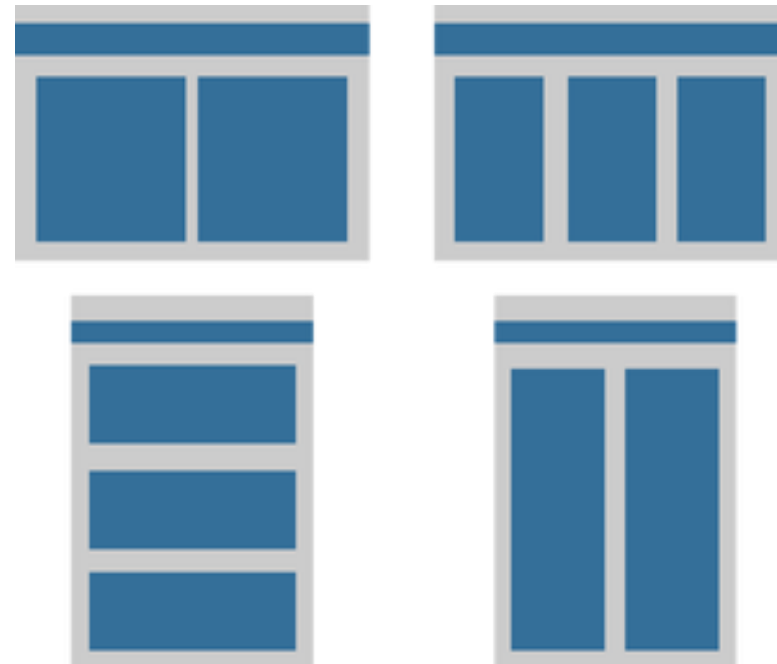
- ข้อตกลงเบื้องต้น ต้องมีพื้นฐานข้อมูล ที่เตรียมมาอย่างดี
- ต้องเข้าใจว่า poster ไม่ใช่ที่เก็บข้อมูลที่มีทั้งหมดแต่เป็น:
 - ✓ Networking tool
 - ✓ Communication tool

Poster คือ Visual abstract



ขั้นตอนการออกแบบ Poster

- Layout and size: แนวตั้ง หรือแนวนอน ขนาด check กับข้อมูลการประชุม
ทำให้สะดวกต่อการอ่านโดยการระบุแต่ละส่วนของ Poster แสดงความแตกต่างโดยใช้
- ใช้ลูกศรและเลขกำกับ
- ใช้เส้น แยกหรือช่องว่างอย่างเหมาะสม



ขั้นตอนการออกแบบ Poster

การออกแบบ

- Eye-catching visuals: ภาพสะดุดตาทำให้น่าสนใจ
- Color: เลือกสีไม่เกิน 3-5 สี รวมถึงสี Graphs
แนะนำใช้สีที่เน้น 2-3 สีและไล่สีอ่อนตามสีหลัก
- Background: ใช้สีขาว เทา หรือสีอ่อนตามสีหลัก

เปรียบเทียบระหว่าง 2 ชุดสีหลักสำหรับการออกแบบกราฟิกหรือสื่อการนำเสนอ

ชุดสีโทนเย็น (Cool Tone)

สีเน้นเพื่อดึงดูดความสนใจ

ชุดสีโทนเย็น (Cool Tone)

Dark primary color

Primary color

Accent color

Text 1

Text 2

1 - Sample headline

• Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit.

• Ut wisi enim ad minim veniam, quis nostrud exerci tation.

• Duis autem vel eum iriure dolor in hendrerit in vulputate velit.

87%

- ใช้ เติมความสดใส ให้การออกแบบไม่ดูจืด
- ดึงดูดสายตาไปยังจุดสำคัญ เช่น หัวข้อ, ตัวเลข, กราฟ
- ใช้ในสัดส่วนที่น้อยกว่าสีหลัก เพื่อ เสริม ไม่ใช่ แย่งความเด่น

Dark primary color

Primary color

Accent color

Text 1

Text 2

1 - Sample headline

• Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit.

• Ut wisi enim ad minim veniam, quis nostrud exerci tation.

• Duis autem vel eum iriure dolor in hendrerit in vulputate velit.

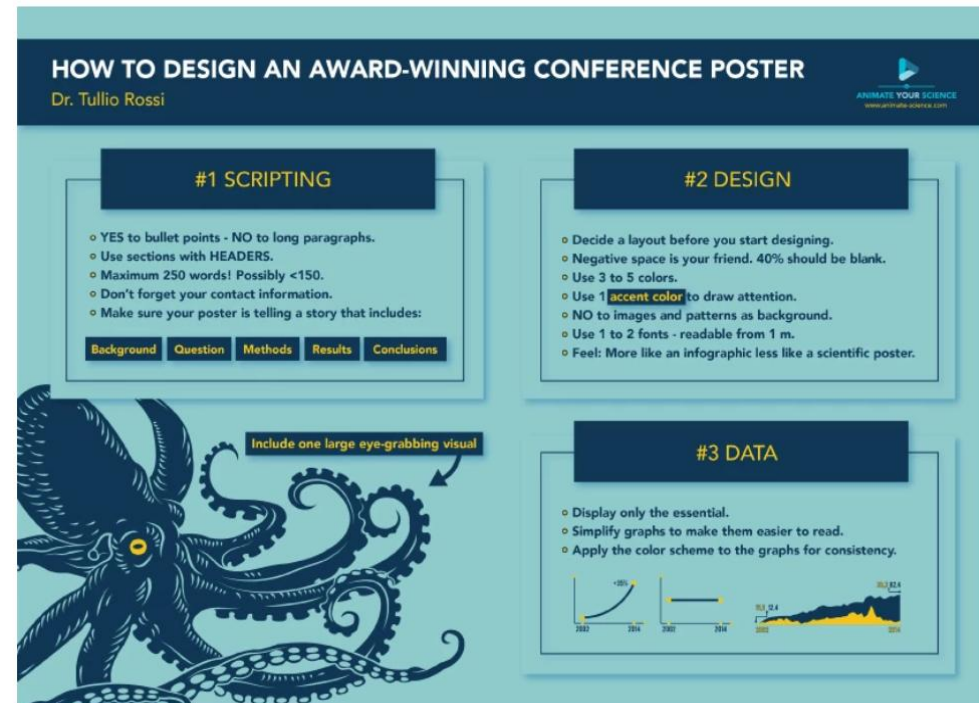
87%

ขั้นตอนการออกแบบ Poster

ได้ Poster ที่ออกแบบเสร็จแล้ว

ขั้นตอนที่ 4 Getting poster ready for print

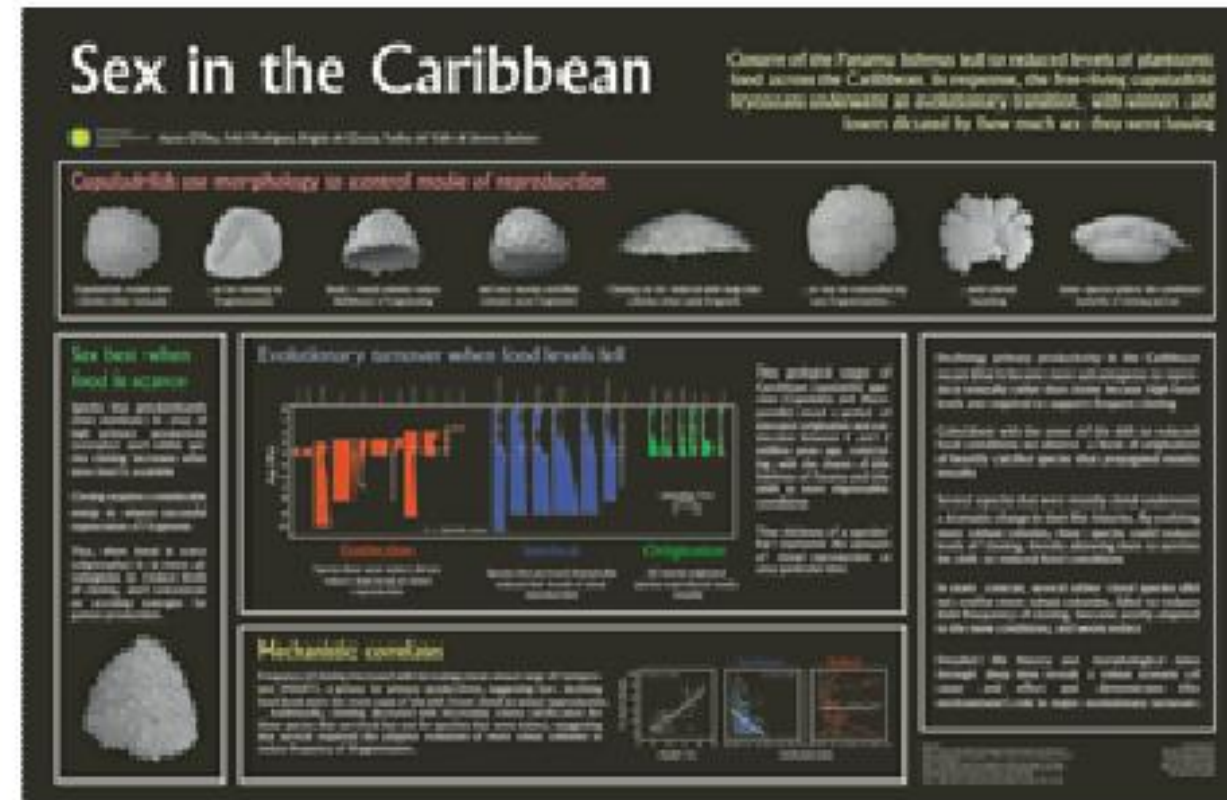
- ก่อนส่งพิมพ์ หาคนที่ช่วย feedback และลองพิมพ์ในกระดาษตรวจสอบดูก่อน
- หาที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้า เลือกดูที่มีผลงานดี
- กระดาษที่ใช้ แนะนำเป็นแบบกระดาษเคลือบที่ไม่มันมาก หรือ ผ้าใบ
- การขนส่ง poster เพื่อนำเสนอในการประชุม ควรใส่ในกล่องเฉพาะเพื่อกันรอยยับ



สำหรับ Digital Poster ต้องเตรียมเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะการหาคนช่วย feedback

และต้องวางแผนการนำเสนอเช่นเดียวกัน ที่สำคัญ มาทำใกล้ๆ วันกำหนดส่ง จะได้ Poster ที่มีคุณภาพ

ตอบถูกมีรางวัล





Deep Tissue Pressure Injury: Using Tissue Recovery Outcomes to Inform Best Practice at the Point of Care

Rhonda Sullivan DNP, PhD, MSN, MBA, CWON, LNCC, NE-BC, CSPHA
iWOC Nursing Foundation, Jacksonville, FL

Introduction

Deep tissue pressure injuries (DTPIs) represent a significant public health risk due to their proclivity for deterioration to costly, life-altering full thickness wounds. Although intermittent reports of tissue recovery among deep tissue pressure injury (DTPI) have emerged in the literature, these outcomes remain marginalized in wound management paradigms and reimbursement procedures.

Purpose

The purpose of this study was to analyze published evidence, to elucidate the prevalence of tissue recovery among DTPIs and identify mitigating factors that may guide detection, prognosis, and management at the point of care.

Tissue Recovery Defined

Tissue recovery is defined as interruption of the normal trajectory of DTPI destruction, as evidenced by any confirmed DTPI that completely resolves or evolves to a presentation consistent with a lesser degree of injury.

Hospital Day 5



Hospital Day 18



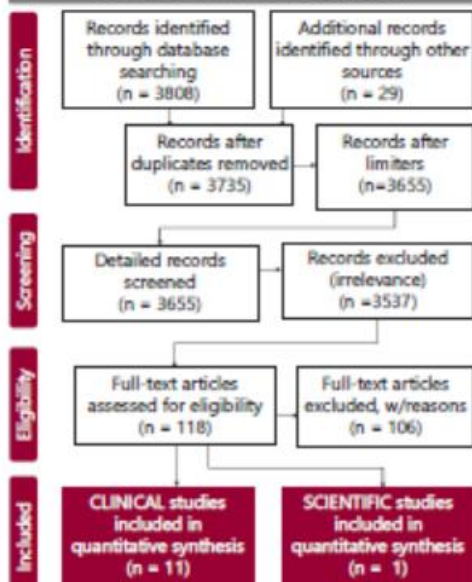
Methods

A scoping review was conducted of four bibliographic databases using the Arksey and O'Malley framework. A three-phase screening process was used to assess the relevance of identified citations to the research question. Twelve clinical (n=11) and scientific (n=1) citations reporting tissue recovery among adults with DTPIs were reviewed in detail and relevant data abstracted, analyzed, and reported.

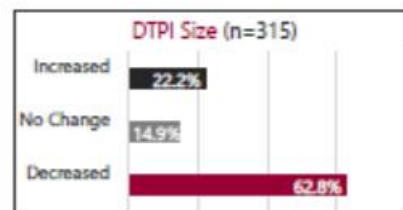
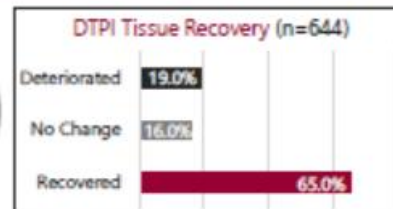
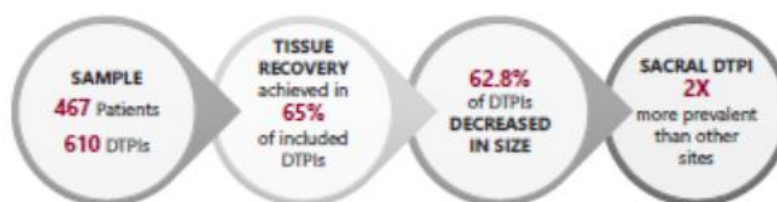
Scoping Review Defined

A scoping review is defined as a type of research synthesis that aims to map the literature on a specific topic and identify key concepts and gaps in the research to inform practice and future research.

PRISMA Evidence Flow Diagram



Results



DTPI Risks & Markers		
Patient Markers	Nutritional Markers	Care Markers
- Mean Braden: 12 - Nicotine Use (P=.0056) - Female (P=.046) - Heel (P=.045) - CVA (P=.03)	- Anemia (P=.005) - Prealbumin 10.9mg/dL - Albumin 2.5g/dL - Tube Feeding (P=.02)	- Surgical Procedure (P=.0033) - Ventilator (P<.01) - LOS (P<.001) - ICU (P=.03) - Low Air Loss Surface (P=.03)

Treatments Associated with DTPI Tissue Recovery*

Treatment	Frequency	Isolated DTPI Benefit	Daily Cost	Tissue Recovery Outcomes	Additional Outcomes
Air-Fluidized Therapy	9 days (mean)	NO+	<\$700.00	80%	- Reduced magnitude of tissue loss - Stage 3-4 prevented
Balsam Peru-based Ointments	BID	NO+	\$21 - \$50/30g+	NR	
Non-contact Low Frequency Ultrasound	QD-BID	NO+	\$100 - \$186	50%	
Soft-silicone Foam Dressings	Up to 7 days	YES	\$1.00 - \$1.50	66.4% - 89%	- Mean healing: 17.8 days - Resolution as early as day 4 - Reduced severity

*All studies included basic PIP as SoC +Adjunctive use with other DTPI-effective therapies •Daily cost depends on DTPI size NR=Not Reported

Conclusions

The absence of large studies aimed at addressing the intricacies of DTPI management presents a challenge to minimizing harm at the point of care. This scoping review fills that gap by mapping current DTPI literature to identify published outcomes that inform effective, evidence-based management, thereby helping clinicians at the point of care save time and money, while catalyzing the best clinical and financial outcomes.

REFERENCES:

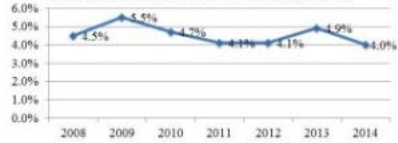
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2018). Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. Emily Hawker (Ed.). EPUAP/NPAAP/PPPIA.
- Levac, D., Colquhoun, H. & O'Brien, K.K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. Implementation Science, 5(8). <https://doi.org/10.1186/1745-6215-5-69>
- Sullivan, R. (2022). Deep tissue pressure injury: A scoping review of tissue recovery outcomes to inform best practice at the point of care. *NedJug Nursing Journal*. Accepted for publication.

พิจารณา Poster นี้ ควรได้รางวัลหรือไม่ เพราะอะไร

Outreach & Enrollment Reaching Those That Need to Re-Enroll in Health Insurance Student Author Massachusetts Health Connector

Background

2008-2014 Uninsurance Rate in Massachusetts



While Massachusetts has the lowest rate of uninsurance in the nation, in the last 6 years the uninsurance rate has remained near 4% of the population.

In order to successfully decrease the uninsurance rate in the state Massachusetts Health Connector* should focus outreach and enrollment efforts on both those who are uninsured and those who are insured but need to re-enroll into a new health plan. Unless those who are insured re-enroll, they will be uninsured after the end of Open Enrollment 2015.

For the 2015 Open Enrollment the focus was on re-enrolling individuals and families in health insurance plans since 7% of the population (slightly under half a million individuals) were currently insured but needed to re-enroll for health insurance.

Outreach & Enrollment Stage 1 – Open Enrollment 2015

The 2015 Open Enrollment period ran from November 1, 2014 to February 15, 2015. During this period individuals and families could enroll in health insurance.

To encourage enrollment in a health insurance plan the Massachusetts Health Connector sent out notices regularly to those who were currently insured but needed to re-enroll in a health insurance plan.



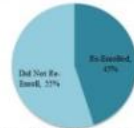
In addition to sending out notices, the Health Connector planned and participated in a number of enrollment events to assist individuals and families apply and enroll in health insurance. Patricia Bergeron, famous Boston Bruins hockey star, promoted and attended an enrollment event in Boston.

Furthermore, during Open Enrollment the Health Connector staff worked with Navigator organizations (Navigators are grantees of the Health Connector who work in the community enrolling people into health insurance) and Application Assistants to ensure that as many people as possible submitted an application and re-enrolled in health insurance.

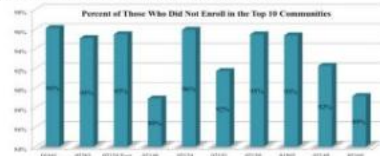
Outreach & Enrollment Stage 2 – Understanding Who Did Not Re-Enroll

While Open Enrollment was considered successful overall with over 400,000 people signing up for health insurance, of the 440,000 people who needed to re-enroll only 45% re-enrolled in a health insurance plan.

Percent that Did Not Re-enroll



The next step was to understand who the people were that did not enroll and identify ways to strengthen the current outreach and enrollment strategy to reach those who did not re-enroll in health insurance.



Even though the above 10 zip codes account for 15% of those who needed to re-enroll in a plan during Open Enrollment, together they account for 25% of the population that did not re-enroll in a plan.

Language preferences of those who did not re-enroll were reflective of the geographic locations in which people lived. Despite early hypotheses that those who did not re-enroll were non-English speakers, the data shows different with 50% of those who did not re-enroll speaking English. It appears that the common factor across those who did not re-enroll is geographic location and not language.

One of the barriers that may have caused large percentages of the insured population in these geographic areas not to re-enroll was a lack of Health Connector assister organizations in many of these communities. Other barriers are outlined below:

Barriers	
Technology	Some consumers do not have email addresses which are necessary to start and complete an online application for health insurance
Health Literacy	Many people do not understand terms like premium, deductible, co-pay, co-insurance or maximum out of pocket
Literacy	Example: The Cape Verdean immigrant population has a low general literacy rate in Massachusetts
Language	The online application is only available in English with a paper application version in Spanish
Cultural	Fears that signing up for health insurance will allow the Immigration and Customs Enforcement Agency to identify deport undocumented individuals

Outreach & Enrollment Stage 3 – Open Enrollment 2016

Using the results of the enrollment data analysis will allow the outreach and communication team to focus their outreach strategy to specific geographic regions for the 2016 Open Enrollment period which starts in November of 2016.

The following areas are areas that outreach and enrollment efforts should focus on for the 2016 Open Enrollment period:



This can be done in a number of ways as is outlined in the recommendations below.

Recommendations



1. The Health Connector needs to develop partnerships with community organizations and faith based organizations in these communities to strengthen future outreach campaigns and reach those that did not re-enroll.
2. Choose Navigator Organizations in these top 10 areas so that they can assist with the online application and help people enroll in health insurance. (In 2015, seven of these areas did not have a Navigator organization in them.)

*Massachusetts Health Connector

The Massachusetts Health Connector is the state based health insurance marketplace in Massachusetts. It runs the state's health insurance exchange which sells subsidized health insurance plans.



Assessing the Power of the Collective to Improve Perinatal Health: A Review of State Perinatal Quality Collaboratives Harvard T.H. Chan School of Public Health / Ariadne Labs Student Authors

Project Objectives

- Understand the landscape of state perinatal quality collaboratives
- Perinatal Quality Collaborative: multidisciplinary group of stakeholders committed to improving childbirth
- Stakeholders:



Relevance to Public Health

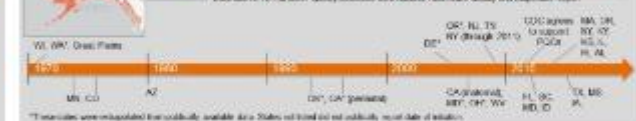
- Historically efforts in childbirth focused more on newborns
- US seen increase maternal mortality: avg 3.8% per year 1990-2013¹
- Best practice doesn't always make it to patient care²
- Ability to bridge the implementation gap³
- Quality collaboratives used in other health areas⁴
- Examples of success:
 - 12% reduction in severe complications related to preterm labor/induction (CA)
 - 57% decline in non-medically indicated deliveries before 30 weeks gestation (CA)
 - 88% decline in scheduled deliveries without medical indication (NY)
 - Reduce scheduled deliveries between 38-39 weeks = \$19 million in savings for state (OH)

Methods

- Review of literature related to quality collaboratives in perinatal health
- Extract data from websites of perinatal quality collaboratives (PQCs)
- Review of CDC make-to-order for observational Mass Perinatal Quality Collaborative
 - South Carolina Birth Outcomes Initiative
- Compare Quality Collaborative status against quality indicator (map data AHRQ quality review score)

Results & Findings

38/50 states have perinatal quality collaboratives (or similar); 46 states state collaboratives exist (some states have more than 1); Map: State Health Quality Scores & Availability of Perinatal Quality Collaborative



Frequently Identified Themes/areas of focus:

- Reduce active inductions <32 months
- Reduce cesarean rates
- Management of post-partum hemorrhage
- Now achieved success:
 - Payers have leverage (e.g. won't reimburse)
 - Providers bought in – we won't do it, peer accountability
 - Quick data feedback loops
- Funding: The V, CDC, CMS, private insurance companies, nonprofits, and foundations (especially March of Dimes)

Partnerships & Funding - (as publicly available on website)	#
Partnership with academic institutions	8
Partnership with state / DPH	23
Partnership with March of Dimes	12
Commercial funding	14
Private funding (business or foundation, including March of Dimes)	11

Significance & Next Steps

An Ariadne Labs (AL) seeks to improve childbirth in the United States understanding the key players is an important first step. AL may be seeking to partner with the collaboratives in an effort to discover the "secret sauce" of successful groups and potentially to build or expand similar networks to improve childbirth. Next steps will include design and administration of a short survey to the leadership of state perinatal quality collaboratives.

Conclusions & Learning

- Quality collaboratives can be powerful forces for change in perinatal health
- Collaboratives are in varying stages with different levels of support or leverage in state
- Not all of these forces for change are labeled under "quality collaborative"
- The partners involved matter
- Payers as a partner creates consultative dynamic
- Some states don't have quality collaboratives but do well in health indicators
- Need to better understand how regional perinatal networks and quality collaboratives interact
- Further in-depth needs to assess specific reasons for successes and challenges
- Some collaboratives may be created in response to poor health outcomes whereas others may have been able to contribute to the prevention of poor health

References

1. DHS, CDC, IHR, The World Bank and United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. World Health Organization, Geneva May 2014
2. Berenson M. Documenting innovations in health care. JAMA. 2003;289:1903-1905
3. Lofgren C. Innovation culture – about research to clinical practice – not innovation? N Eng J Med. 2013;369:965-974
4. Lofgren C. Optimizing quality collaboratives. Quality Safety Health Care. 2002;11:301
5. Gruneir J, Bass P, Chang P, et al. Quality collaboratives: lessons from research. Qual Saf Health Care. 2007;11:301-311

Improving the provision and quality of safety netting instructions for patients seen in Same Day Emergency Care (SDEC)

Chloë Jacklin^{1,2}, Saniya Naseer¹, Barbara Onen¹, John Nathan Spence¹, and Daniel Lasserson^{1,3}

Author affiliations
¹ Oxford University Hospitals
Foundation Trust
² University of Oxford
³ University of Warwick



Introduction

Patients who are sent home after same day acute medical assessment need know what to do should they deteriorate at home. Ensuring this safety net is patient-centric maximises effectiveness, and aligns with a key ethos of OUH. Furthermore, provision of clear and written safety netting instructions is a Society of Acute Medicine¹ quality standard.

SMART goal

Increase the provision of written safety netting instructions to 85% of discharge summaries in a 7-day period in the Ambulatory Assessment Unit (AAU).

Background Research



Patient and Public Survey

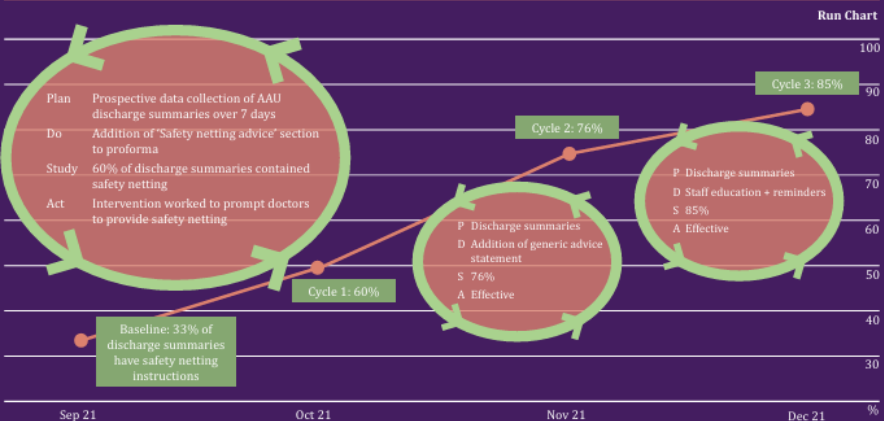
Participants 18 patients from AAU waiting room + 18 members of the public
Results 90% preferred written instructions to verbal
Generic safety netting instructions were helpful
Instructions specific to diagnosis were very helpful



Staff Survey

Participants 8 AAU juniors and fellows
Results Prompt in AAU proforma to provide safety netting instructions would be helpful

PDSA Cycles



Results

Following our PDSA cycles we increased the provision of written safety netting instructions from 33% to 85%, meeting our target of 85% in a 7-day period.

Re-survey of AAU patients showed 7/8 were very confident with written advice given

Sustainability

Data was re-audited 6 months later in June 2022: 86% of discharge summaries in a 7 day period contained written safety netting advice. Therefore, quality improvement was sustained.
Going forward, provision of safety netting instructions will be an audit standard in AAU and further data will be collected by AAU clinical fellows. Opportunities for future improvement including adding a safety netting checklist for Consultants and Nurses.
Limits to sustainability include unforeseen changes in how discharge summaries are delivered

Conclusions

A simple intervention of including a prompt in the discharge summary proforma significantly improved the provision of safety netting instructions.

This would be feasible to replicate in similar units, and the convenience of the prompt in the proforma may allay the time pressures in a busy clinical setting.

Furthermore, written and tailored instructions were preferred by surveyed patients.

References

1 Society for Acute Medicine, Royal College of Physicians of Edinburgh "Standards for Ambulatory Care", March 2019.
https://www.rcpe.ac.uk/sites/default/files/ambulatory_care_report.pdf Date accessed 23rd Jan 2022

การนำเสนอผลงานรูปแบบอื่น ตามองค์กรที่ให้รางวัล



**ASIA PACIFIC
EXCELLENCE CASE
SHARING AWARD
2025**

The award aims to recognize the contributions of healthcare professionals in Asia Pacific regarding wound healing, with the goals of improving quality of life and providing effective, value-based healthcare.

Theme:
**PREVENTION AND MANAGEMENT
OF PRESSURE INJURY**

Pressure
Moisture
Shear
Friction

**STOP
PRESSURE
INJURY**

MEDICINE
HEALTH
TREATMENT

Registration is now **OPEN**.
Award your wound practices and passion by taking part now.
The abstract submission deadline is on: **18 SEPT 2025**, midnight GMT.

Scan the QR code for more information and details, or
visit <https://www.myecca.com/en.html>

myecca
multidisciplinary excellence case sharing award

Florence Nightingale Excellence Award

Winner: 3,000 EUR

Runner up: 2,000 EUR



THANK YOU