

Achieving Clinical Excellence and Sustainability via Value-Based Healthcare

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

การประชุมวิชาการและมหกรรมคุณภาพครั้งที่ 2

รพ.สรรพสิทธิประสงค์ ร่วมกับ HACCC เขตสุขภาพที่ 10 “อุบลมุกศรีโสธรเจริญ”

“Compassionate Innovation Shaping the Future of Care”

ณ ห้องประชุมชั้น 6 อาคาร 50 พรรษามหาชริาลงกรณ์ รพ.สรรพสิทธิประสงค์

24 พฤศจิกายน 2568 เวลา 9.00-12.00 น.

Achieving Clinical Excellence and Sustainability via Value-Based Healthcare

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

การประชุมวิชาการ Northeast Regional HA Forum ครั้งที่ 20

Building Quality and Safety Culture for the Future Sustainability

สร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อความยั่งยืนในอนาคต

ณ โรงแรมอวานี ขอนแก่น

24 กรกฎาคม 2568 เวลา 13.00-14.30 น.



Achieving Clinical Excellence And Sustainability via Value-Based Healthcare

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

การประชุมวิชาการ Med NU Expo ประจำปี 2568

@ Topland Hotel and Convention Centre, Phitsanulok

วันที่ 22 พฤษภาคม 2568 เวลา 13.15-14.45 น.

Value Based Healthcare

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

งานประชุมวิชาการและมหกรรมคุณภาพ รพ.สมุทรสาคร

วันที่ 23 มกราคม 2568

The Economic Value of Nursing Professional and Practice



นพ.อนวัช คุภชุตikul

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

การประชุมวิชาการสภาการพยาบาล

“บริการพยาบาลนวัตกรรมใหม่ เพื่อคนไทยสุขภาพดี”

ณ ศูนย์ประชุมวายุภักษ์ โรงแรมเซ็นทาราไลฟ์ ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์

29 พฤษภาคม 2567 เวลา 13.00-15.00 น.



29-31 พฤษภาคม 2567

ณ หอประชุมวายุภักษ์ โรงแรมเซ็นทาราไลฟ์ ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ

WWW.TNMC.ORG.TH



Value Based Healthcare

การดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชติกุล

การประชุมวิชาการผลงานการพัฒนาคุณภาพ HACC นครชัยบุรินทร์
จัดโดยศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HACC) นครชัยบุรินทร์
2 ธันวาคม 2565 9.15-10.00 น.



Value Based Healthcare

การดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

การประชุมเครือข่ายกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 78

ห้อง Grand Ballroom โรงแรมลีการ์เดินส์ พลาซ่า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

28 ตุลาคม 2565 8.30-10.00 น.



ปาฐกถาทั่วแกมทอง
การดูแลสุขภาพโดยเห็นคุณค่า
Value Based Healthcare

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

การประชุมวิชาการอายุรศาสตร์ ประจำปี 2563 ครั้งที่ 9

ห้องประชุมกลุ่มงานอายุรกรรม อาคารเฉลิมสิริบุญญการ รพ.ชลบุรี

18 กันยายน 2563 13.50-15.30 น.

Value-based Health Care



นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล


ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ประชุมวิชาการชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาล (University Hospital Nursing Director Consortium)

“Nursing Quality Coach for Sustainable Nursing Quality”

ณ ห้องประชุมพิบูลสงคราม อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ ชั้น 12 โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ

12 พฤศจิกายน 2562 8.15-9.45 น.



บริการสุขภาพที่ยั่งยืน
คือบริการที่ตอบโจทย์สังคม
ให้คุณค่าแก่ผู้รับบริการ

ความหมายของคุณค่า



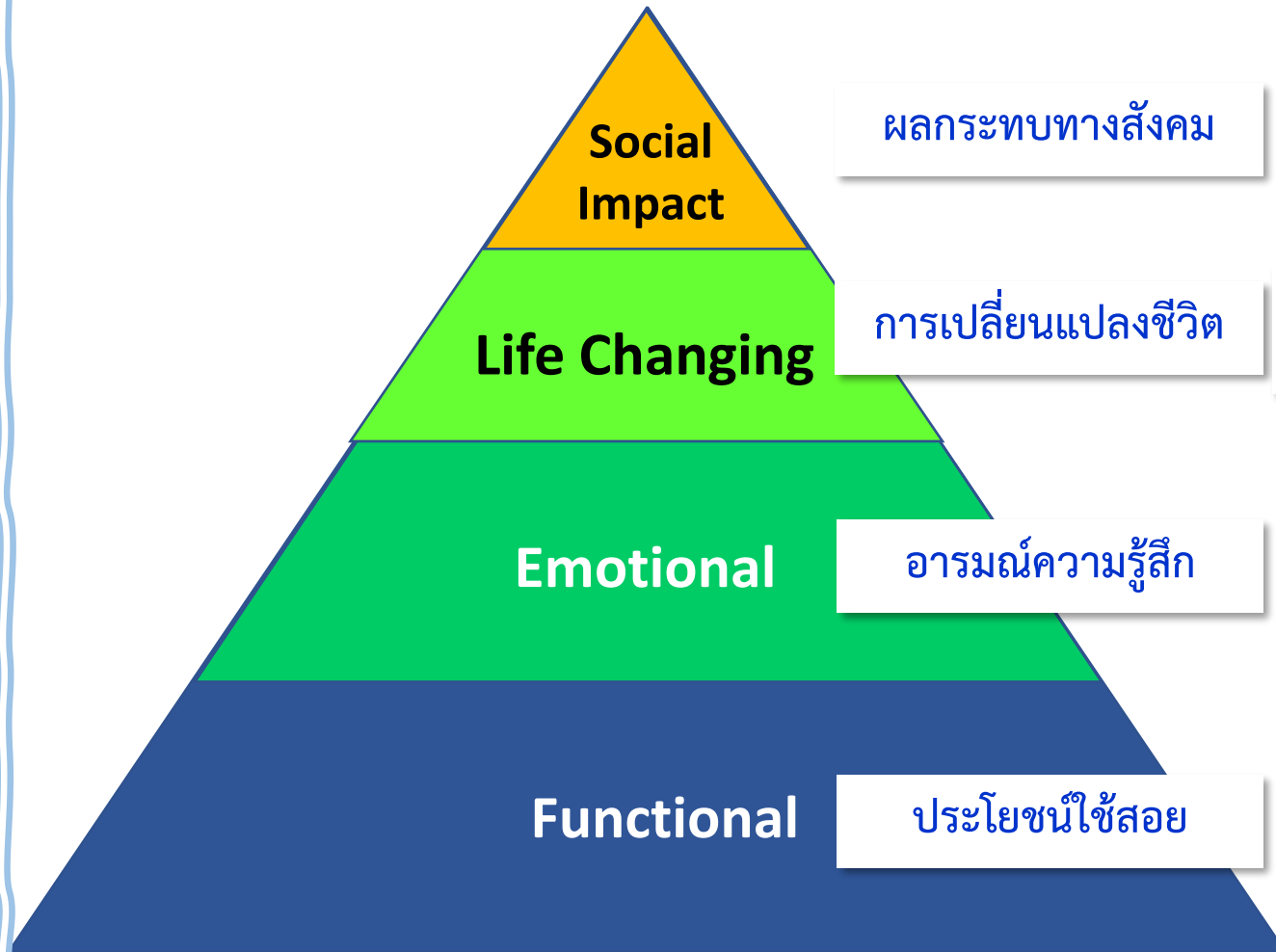
คุณค่าคือสิ่งที่สำคัญ มีประโยชน์สมควรได้รับ

Value = the regard that something is held to deserve; the importance, worth, or usefulness of something

คุณค่า คือ ความมีประโยชน์จากภายในที่ไม่อาจจะวัดได้ด้วยสายตาและราคา

มูลค่า คือ การประเมินราคาที่เราควรจ่ายกับสิ่งที่เรามองเห็นและตัดสินใจ

องค์ประกอบและระดับของคุณค่า



ผลกระทบทางสังคม

การก้าวข้ามตนเอง

การเปลี่ยนแปลงชีวิต

ความหวัง ความสมบูรณ์แห่งตน
แรงจูงใจ ความเป็นส่วนหนึ่ง

อารมณ์ความรู้สึก

ประโยชน์ใช้สอย

The Elements of Value Pyramid

Products and services deliver fundamental elements of value that address four kinds of needs: functional, emotional, life changing, and social impact. In general, the more elements provided, the greater customers' loyalty and the higher the company's sustained revenue growth.

SOCIAL IMPACT



Self-transcendence

LIFE CHANGING



Provides hope



Self-actualization



Motivation



Heirloom



Affiliation/belonging

EMOTIONAL



Reduces anxiety



Rewards me



Nostalgia



Design/aesthetics



Badge value



Wellness



Therapeutic value



Fun/entertainment



Attractiveness



Provides access

FUNCTIONAL



Saves time



Simplifies



Makes money



Reduces risk



Organizes



Integrates



Connects



Reduces effort



Avoids hassles



Reduces cost



Quality



Variety



Sensory appeal



Informs

SOURCE © 2015 BAIN & COMPANY INC.
FROM "THE ELEMENTS OF VALUE," SEPTEMBER 2016

© HBR.ORG

EMOTIONAL

อารมณ์ความรู้สึก

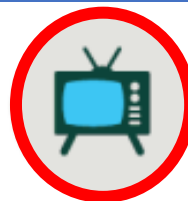
ดูคน



ลดความ
กังวล



เป็นรางวัล
ให้ฉัน



โหยหา
คิดถึง



การออกแบบ/
สุนทรีย์



คุณค่าของ
เครื่องหมาย (badge)



ความ
เป็นอยู่ที่ดี



คุณค่าของ
การบำบัด



สนุก
บันเทิงใจ



ประทับใจ



เข้าถึงง่าย

FUNCTIONAL

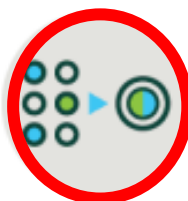
ประโยชน์ใช้สอย

ดูใช้

ดูคุ้ม



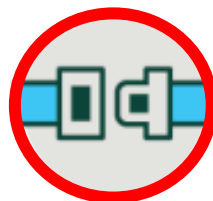
ประหยัด
เวลา



เรียบง่าย



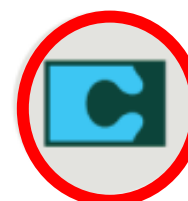
ทำเงิน



ลด
ความเสี่ยง



เป็นระบบ
ระเบียบ



ธุรณาการ



เชื่อมต่อ



ลดการลงแรง
(effort)



เสี่ยงความ
ขัดแย้ง



ลด
ค่าใช้จ่าย



คุณภาพ



ความ
หลากหลาย

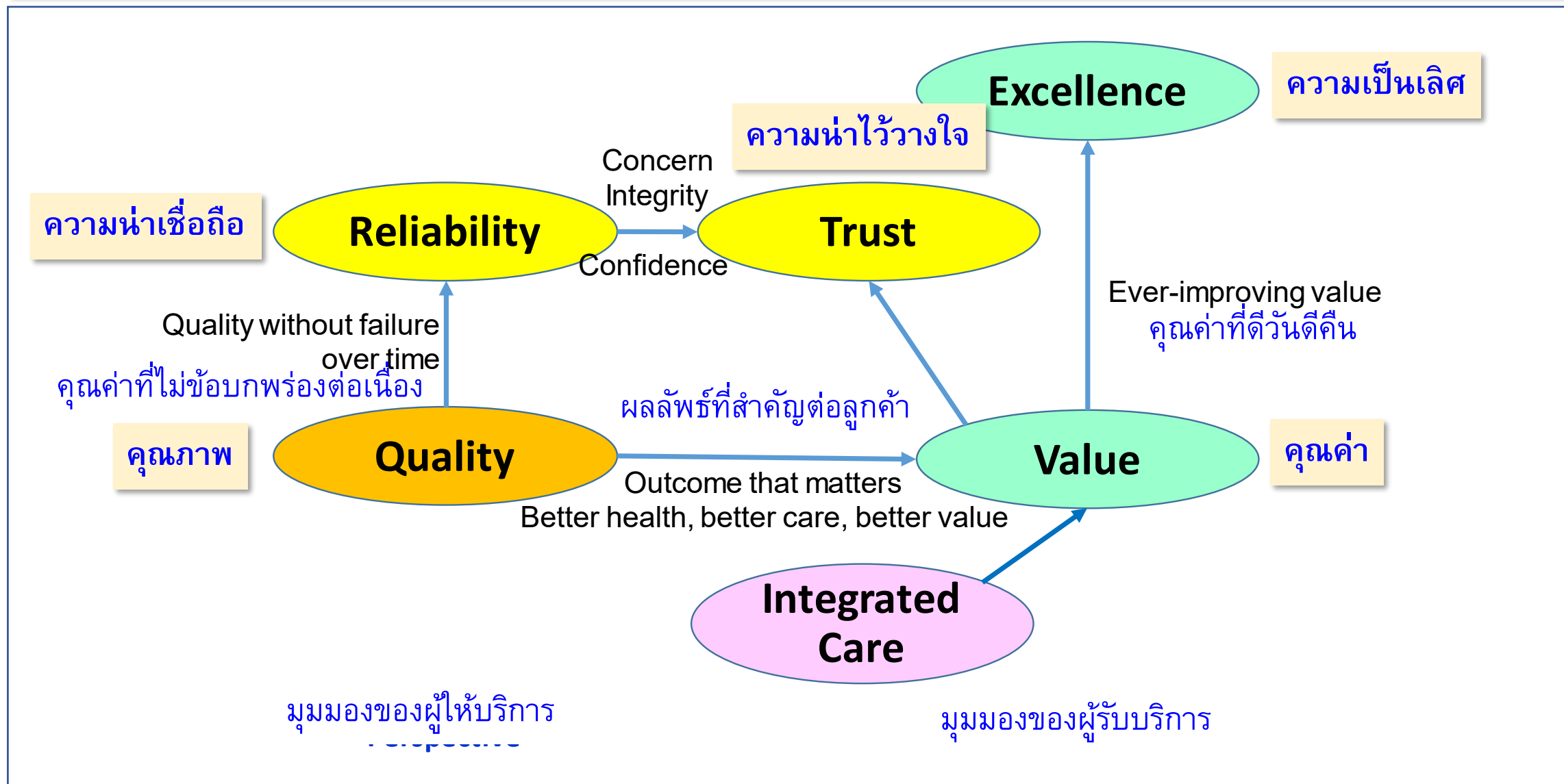


มีเสน่ห์ใน
ความรู้สึก



รับรู้ข้อมูล

ความเชื่อมโยงของคำที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ



VALUE-BASED HEALTHCARE

$$\text{PATIENT VALUE} = \frac{\text{HEALTH OUTCOMES}}{\text{COST}}$$

FOCUS

Disease-specific



IMPROVEMENT METHOD

Linear



MARKET MECHANISM

Competition



TRIPLE AIM



ประสบการณ์ผู้ป่วยดีขึ้น (ดูคน)
สุขภาพประชากรดีขึ้น (ดูไข้)
ค่าใช้จ่ายลดลง (ดูคุ้ม)

Person-focused



Circular



Collaboration



บริการสุขภาพที่มีคุณค่า (Value-based Healthcare)

ดูใช้

Better Health

ความเป็นเลิศทางเทคนิค Technical excellence
วัตถุประสงค์ด้านคลินิก Clinical objective
มิติความเหมาะสม Appropriateness
มิติประสิทธิผล Effectiveness
มิติความปลอดภัย Safety



ดูคน

Better Care

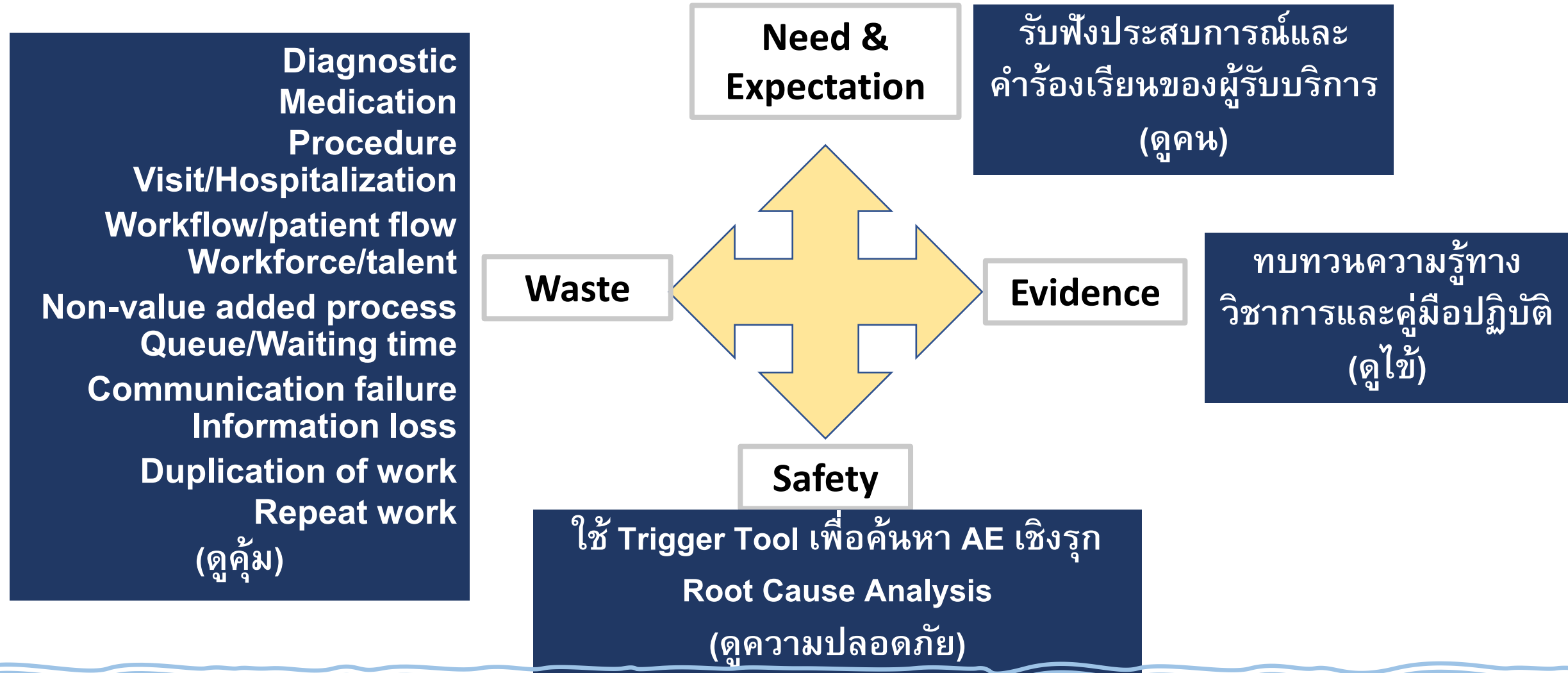
ความเป็นเลิศด้านบริการ Service excellence
วัตถุประสงค์ด้านสังคม Social objective
มิติคนเป็นศูนย์กลาง People-centeredness
ประสบการณ์ของผู้ป่วย Patient experience
มิติความเป็นธรรม Equity

Better Value

ความเป็นเลิศด้านการจัดการ Management excellence
วัตถุประสงค์ด้านเศรษฐศาสตร์ Economic Objective
มิติประสิทธิภาพ Efficiency

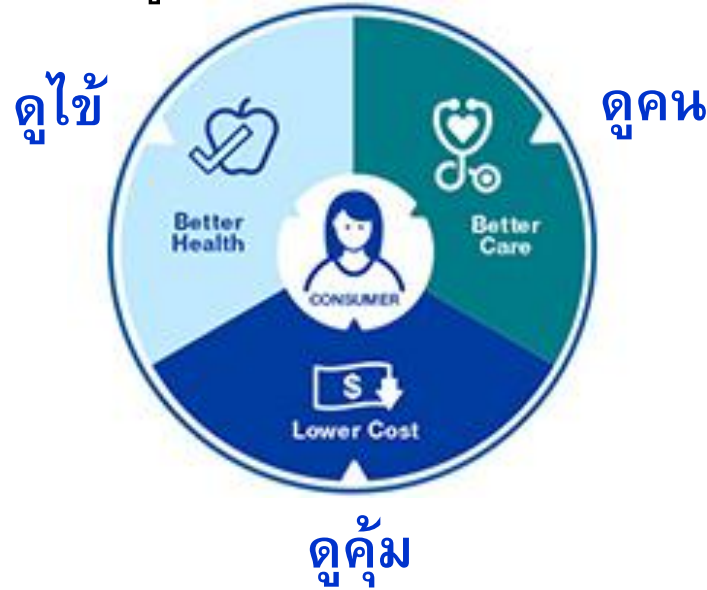
ดูคุ้ม

ทบทวนและเรียนรู้จากรอบทิศ (NEWS)



Triple Value Healthcare (UK)

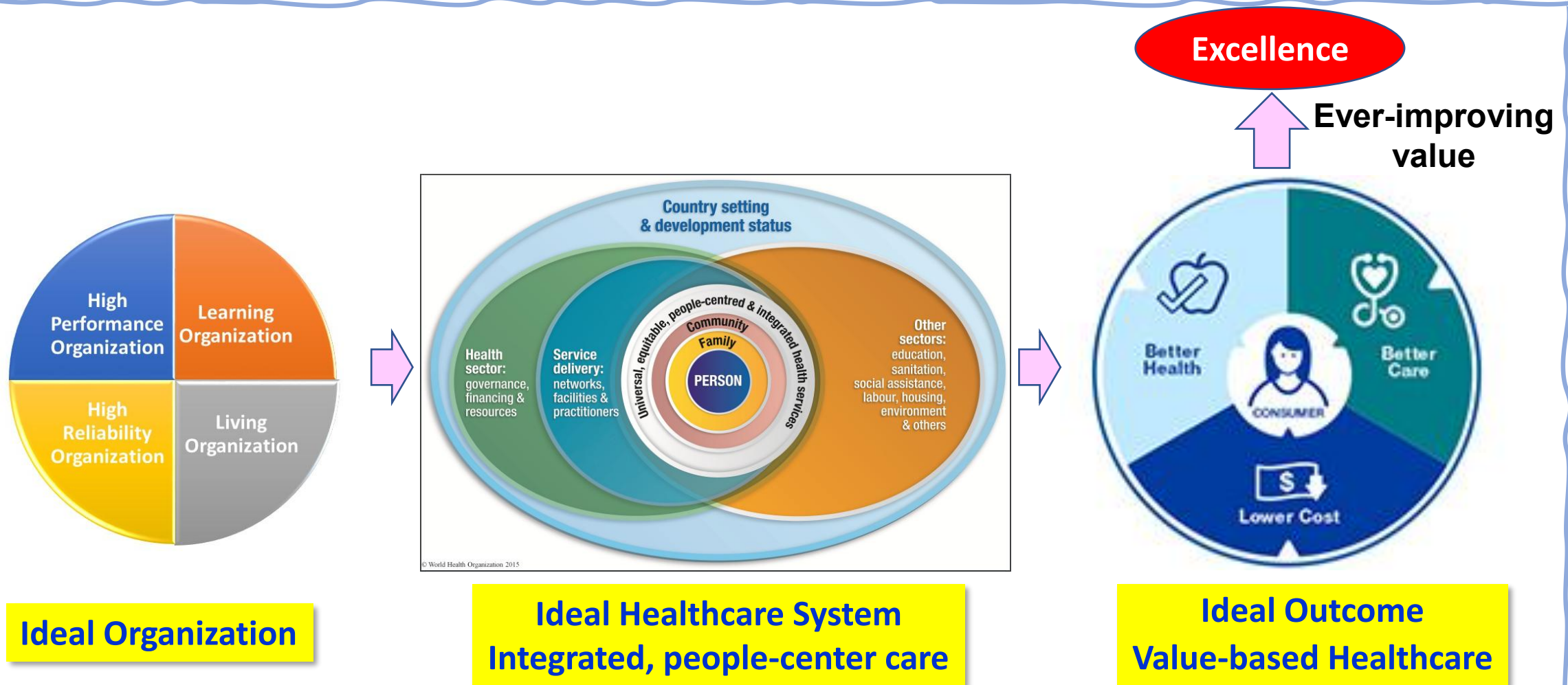
Personalized value: ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการที่เป็นปัจจุบันที่ดีที่สุด ร่วมกับการประเมินสถานะและค่านิยมของผู้ป่วยอย่างรอบคอบ (clinical effective & social objective)



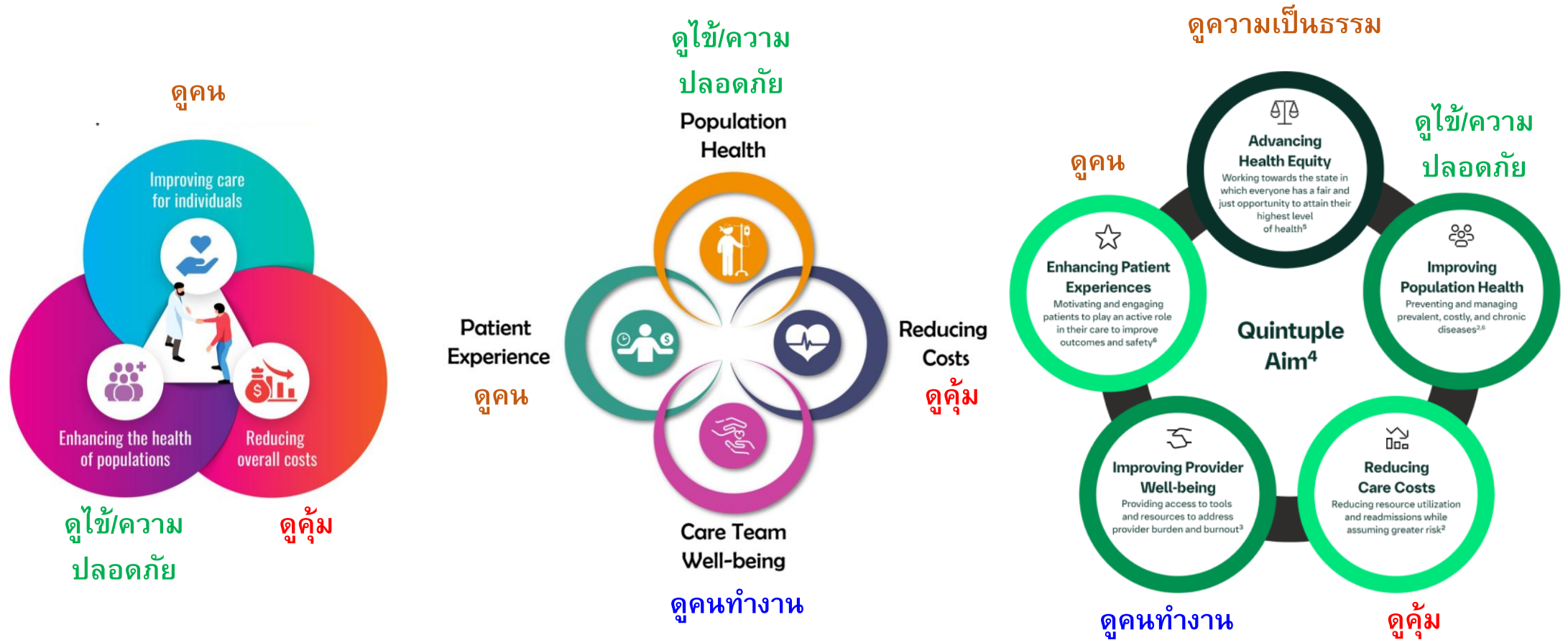
Technical value: ปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มคุณค่าจากทรัพยากรที่ได้รับจัดสรร (micro-economic objective)

Allocative value: จัดสรรทรัพยากรสำหรับกลุ่มต่างๆ อย่างเป็นธรรมเพื่อให้เกิดคุณค่าสูงสุดกับประชากรโดยรวม (macro-economic objective)

Success Healthcare Organization



Aims of Healthcare: Triple-> Quadruple -> Quintuple



The background is a 3D-rendered pattern of dark gray hexagons. Some of the hexagons are slightly raised, creating a textured surface. Between the hexagons, there are glowing teal lines that follow the edges of the raised sections, giving the impression of a circuit board or a network of data paths.

Value-based Healthcare

ทำไมต้อง Value-based Healthcare

Incremental solutions มีผลกระทบที่จำกัด
ต้อง **restructure** ระบบบริการสุขภาพ

- Evidence-based medicine
- Safety/eliminating errors
- Prior authorization
- Patients as paying customers
- Electronic medical records
- “Lean” process improvements
- Care coordinators
- Retail clinics / urgent care
- Programs to address high cost areas (e.g. readmissions, post acute)
- Mergers and consolidation
- Personalized medicine
- Population health
- Analytics and big data (IBM Watson)

การส่งมอบบริการสุขภาพที่มีคุณค่าสูง เป็นนิยามของความสำเร็จ

คุณค่าเป็นเป้าหมายอย่างเดียวกันเท่านั้นที่สามารถรวมความสนใจของผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ ในระบบ

การยกระดับคุณค่าเป็นทางออกที่เป็นจริงเพียงอย่างเดียว (the only real solution) ที่จะลดภาระของการดูแลสุขภาพประชาชน

คำถามคือจะออกแบบระบบบริการสุขภาพอย่างไรที่สามารถยกระดับคุณค่าที่ให้แก่ผู้ป่วยได้ชัดเจน และส่งเสริมการแข่งขันในเรื่องการเพิ่มคุณค่า

Principles of Value-Based Healthcare Delivery

เป้าหมายที่เป็นร่มใหญ่ของบริการสุขภาพ
จะต้องเป็นการส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย
มิใช่การเข้าถึง การควบคุมต้นทุน ความสะดวกสบาย หรือบริการลูกค้า

The overarching goal in health care must be **value for patients**,
not access, cost containment, convenience, or customer service

สมการคุณค่า (Value Equation)

Value =

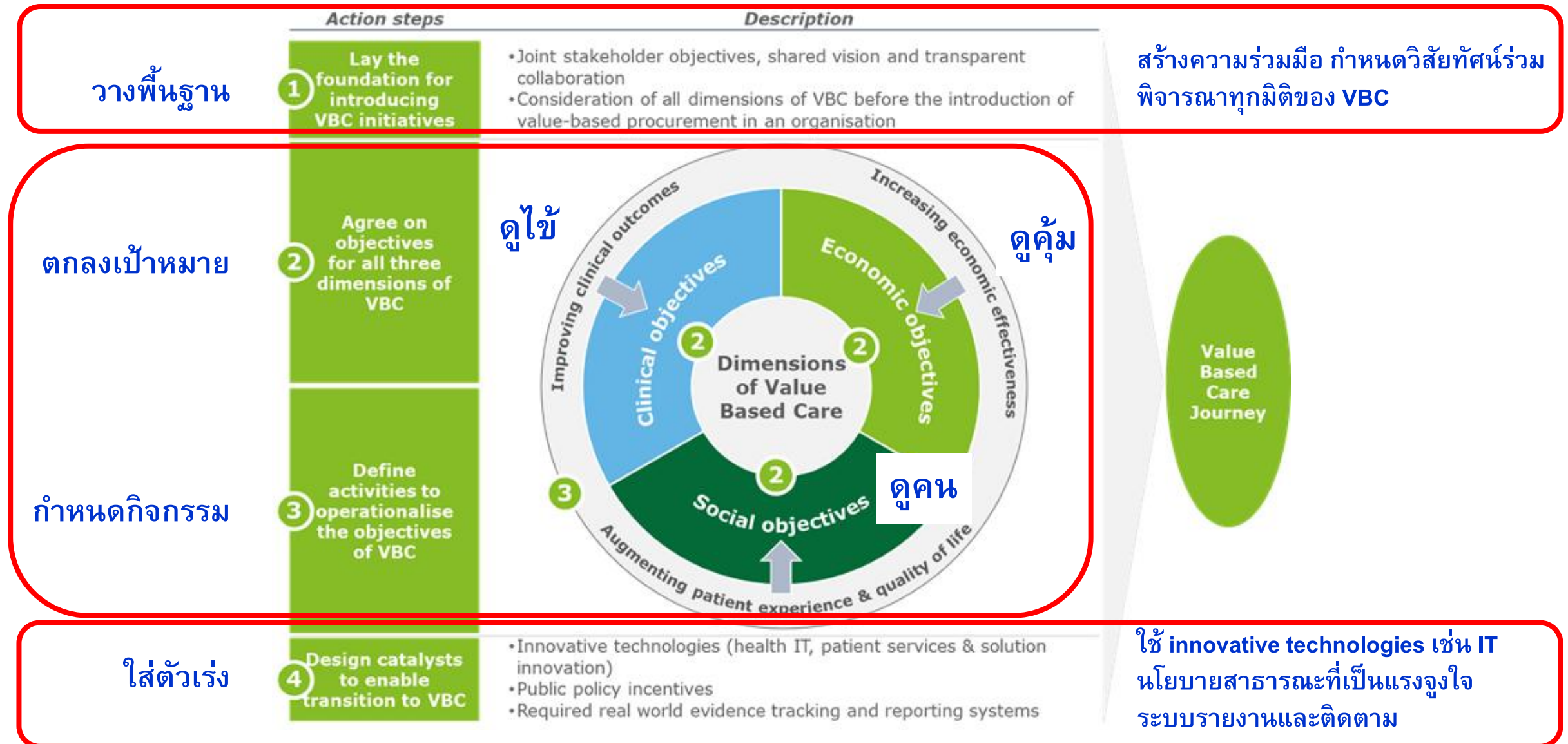
ดูใช้	ดูคน
ผลลัพธ์ด้านคลินิก + ผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ + ประสบการณ์/การรับรู้ + ความเป็นธรรม	
Clinical Outcome + Functional Outcome + Experience/Perception + Equity	
<hr/>	
Harm + Unethical Issues + Waste + Resources Use	
อันตราย + ขาดจริยธรรม + ความสูญเสีย + การใช้ทรัพยากร	

ดูคุ้ม

Resources: people, time, facility, equipment, diagnosis, drug, other resources

คน เวลา สถานที่ เครื่องมือ การตรวจวินิจฉัย ยา ทรัพยากรอื่นๆ

The Value-based Care (VBC) Journey



High-value Healthcare & Health System Goals (STEEEP)



A widely accepted approach to defining what constitutes high-value health care is the National Academy of Medicine's (NAM) six health system goals. Health care should be:

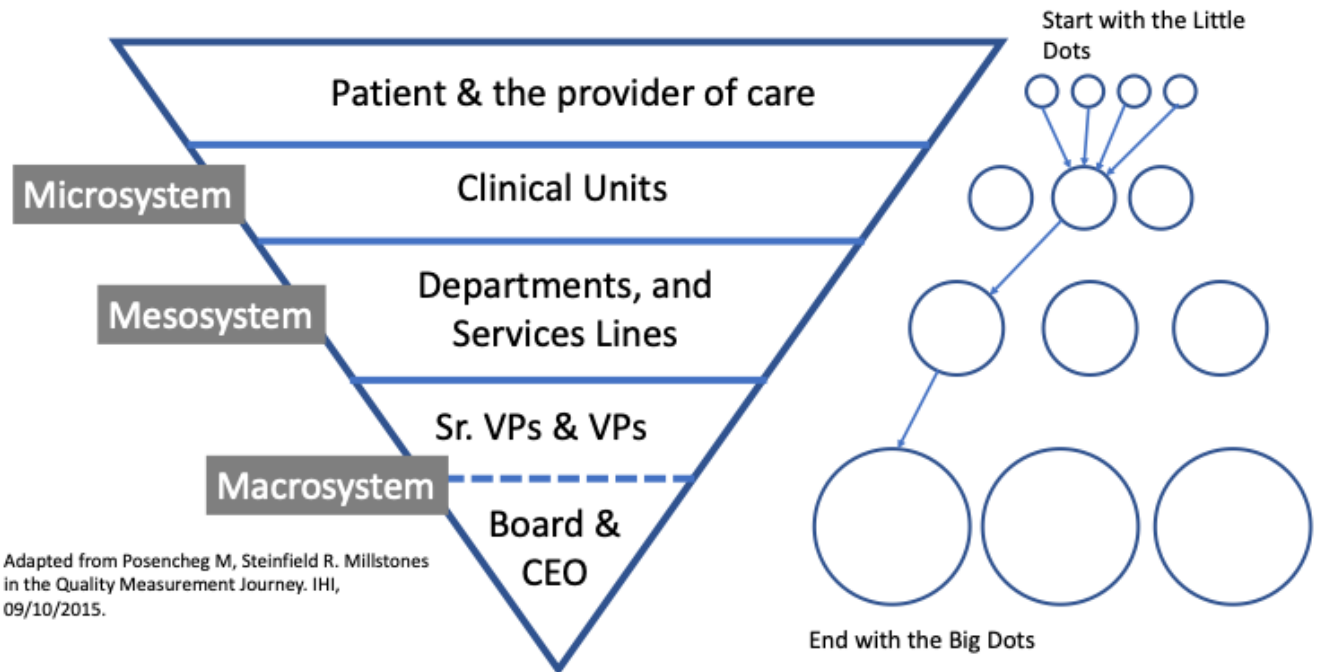
ดูใช้

ดูคุ้ม

ดูคน

- **S:** safe
- **T:** timely
- **E:** effective
- **E:** efficient
- **E:** equitable
- **P:** patient-centered

ใช้ STEEEP มาตั้งเป้า แล้วกำหนดตัววัดเพื่อเฝ้าดู เริ่มจาก small dots จากหน่วยงาน รวมเป็น big dots เพื่อสร้าง engagement กับผู้บริหารและ Board



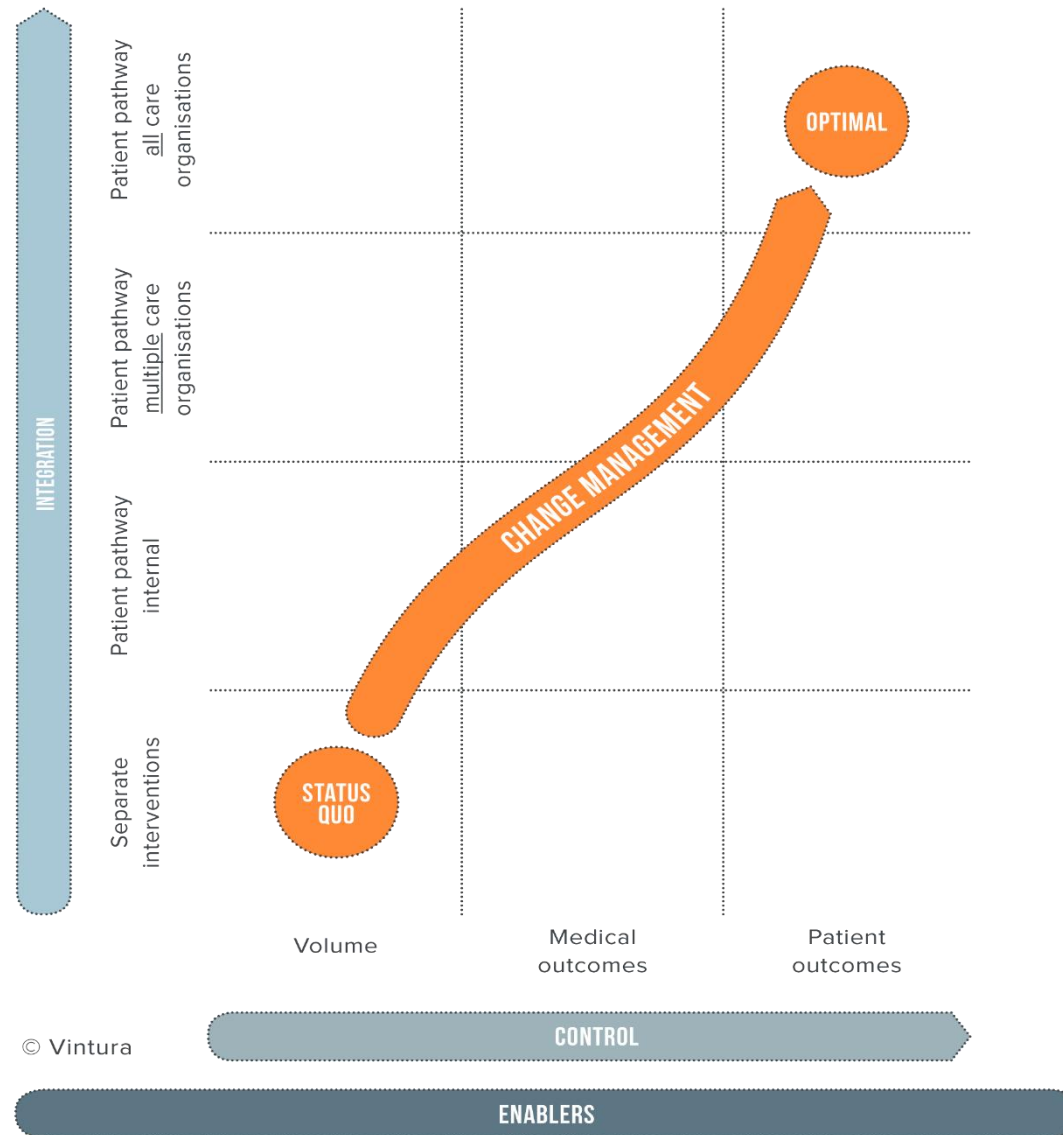
Vintura's Value Based Healthcare Growth Track

บูรณาการ patient pathway
กับทุกหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง (all HCOs)

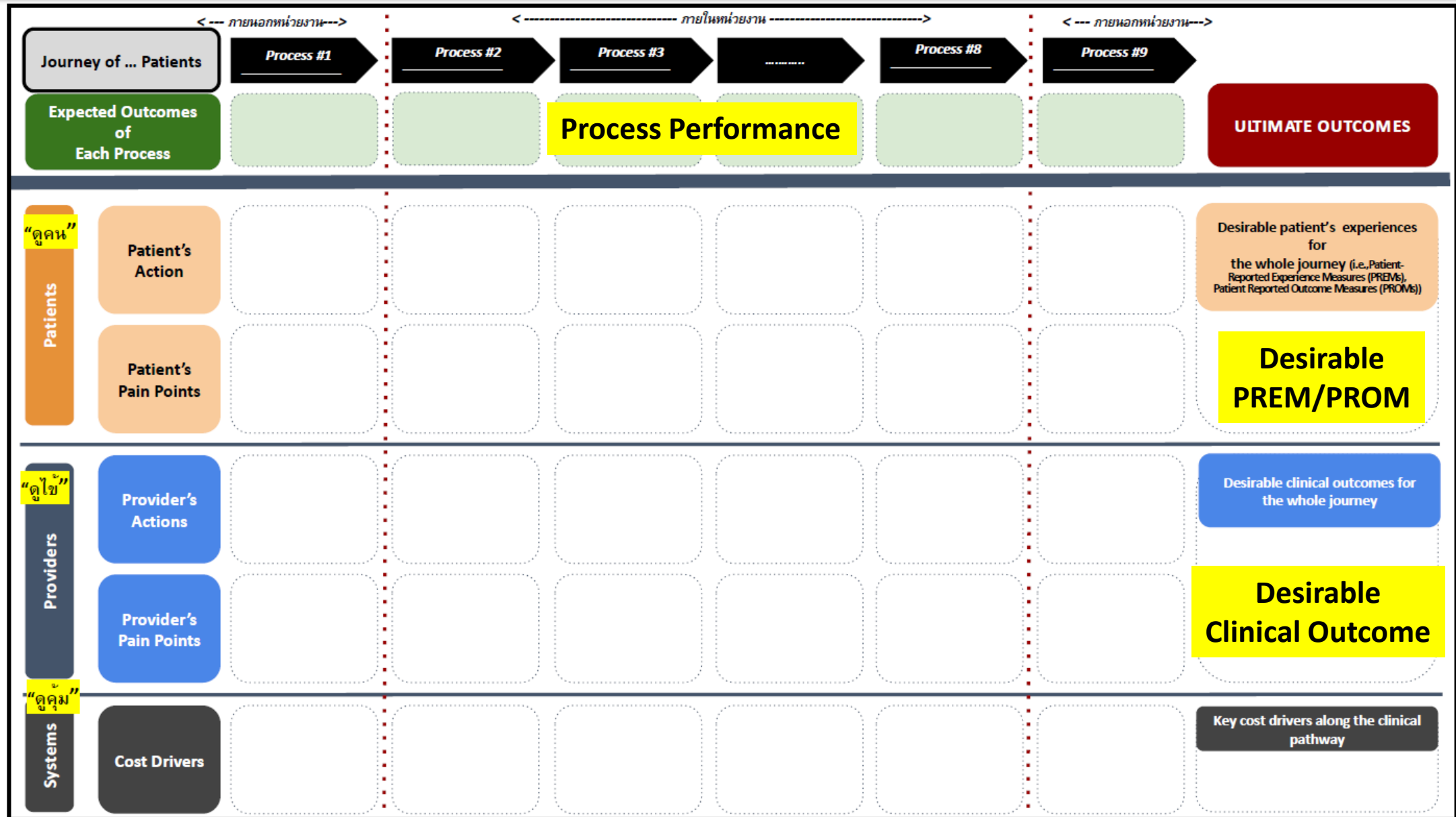
บูรณาการ patient pathway กับ
สถานพยาบาลอื่น ๆ (multiple HCOs)

บูรณาการ patient pathway ใน รพ.

ต่างคนต่างทำ



Combined Patient Journey Map & Service Blueprint



ตัวอย่างเครื่องมือสำหรับ care redesign/integration of value chain (patient journey)

1. Measurement and Feedback Tools (To evaluate performance, patient outcomes, and guide improvements):

- Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)
- Patient-Reported Experience Measures (PREMs)
- Clinical Outcome Tracking Dashboards
- Care Quality Benchmarking Tools
- Utilization and Variation Analytics
- Patient Satisfaction Surveys

2. Clinical Pathway Management Tools (To standardize best-practice workflows across the patient journey):

- Clinical Pathway Design
- Standard Operating Procedures (SOPs)
- Checklists and Order Sets
- Clinical Decision Support Systems (CDSS)
- Prehabilitation/Rehabilitation Programs

3. Patient Engagement and Self-Management Tools (To activate and support patients in managing their care):

- Personalized Patient Education Platforms
- Interactive Treatment Plans via Apps
- Digital Consent and Shared Decision Aids
- Symptom Tracking and Reminders
- Community Health Worker Programs

4. Care Coordination & Integration Tools (To promote continuity and integration across providers, settings, and time):

- Integrated Practice Units (IPUs)
- Multidisciplinary Teams (MDTs)
- Care Navigators / Case Managers
- Shared Care Plans
- Transition-of-Care Protocols
- Referral Management Systems

ตัวอย่างเครื่องมือสำหรับ care redesign/integration of value chain (patient journey)

5. Health Information and Digital Communication Tools (To enable real-time information sharing, documentation, and remote communication):

- Shared Electronic Health Records (EHRs)
- Health Information Exchanges (HIEs)
- Telemedicine Platforms
- Remote Monitoring Devices
- Patient Portals / Mobile Health Apps
- Secure Messaging Systems

6. Financial Alignment & Incentives Tools (To align provider behavior with value-based goals):

- Bundled Payment Models
- Capitated Payment with Quality Bonuses
- Pay-for-Performance Schemes
- Shared Savings Programs
- Value-Based Purchasing Metrics

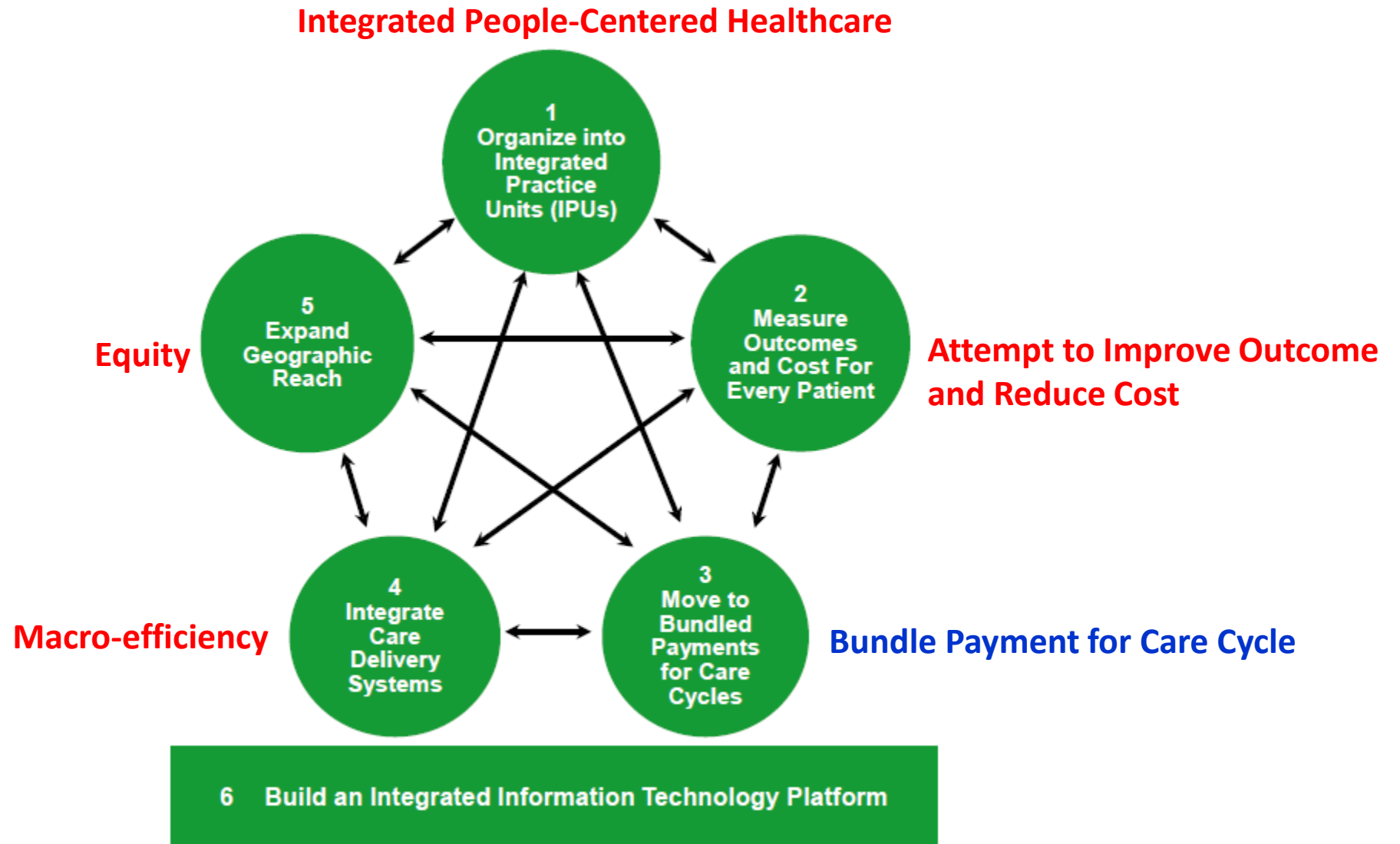
7. Governance & Organizational Change Management Tools (To support redesign processes, governance structures, and transformation leadership):

- Redesign Workshops and Process Mapping Tools
- Value Improvement Committees
- Learning Health System Frameworks
- Policy and Incentive Alignment Plans
- Stakeholder Engagement Strategies



Strategic Agenda for Value-based Healthcare (Michael E. Porter)

Strategic Agenda เพื่อสร้าง Value-based Health Care Delivery



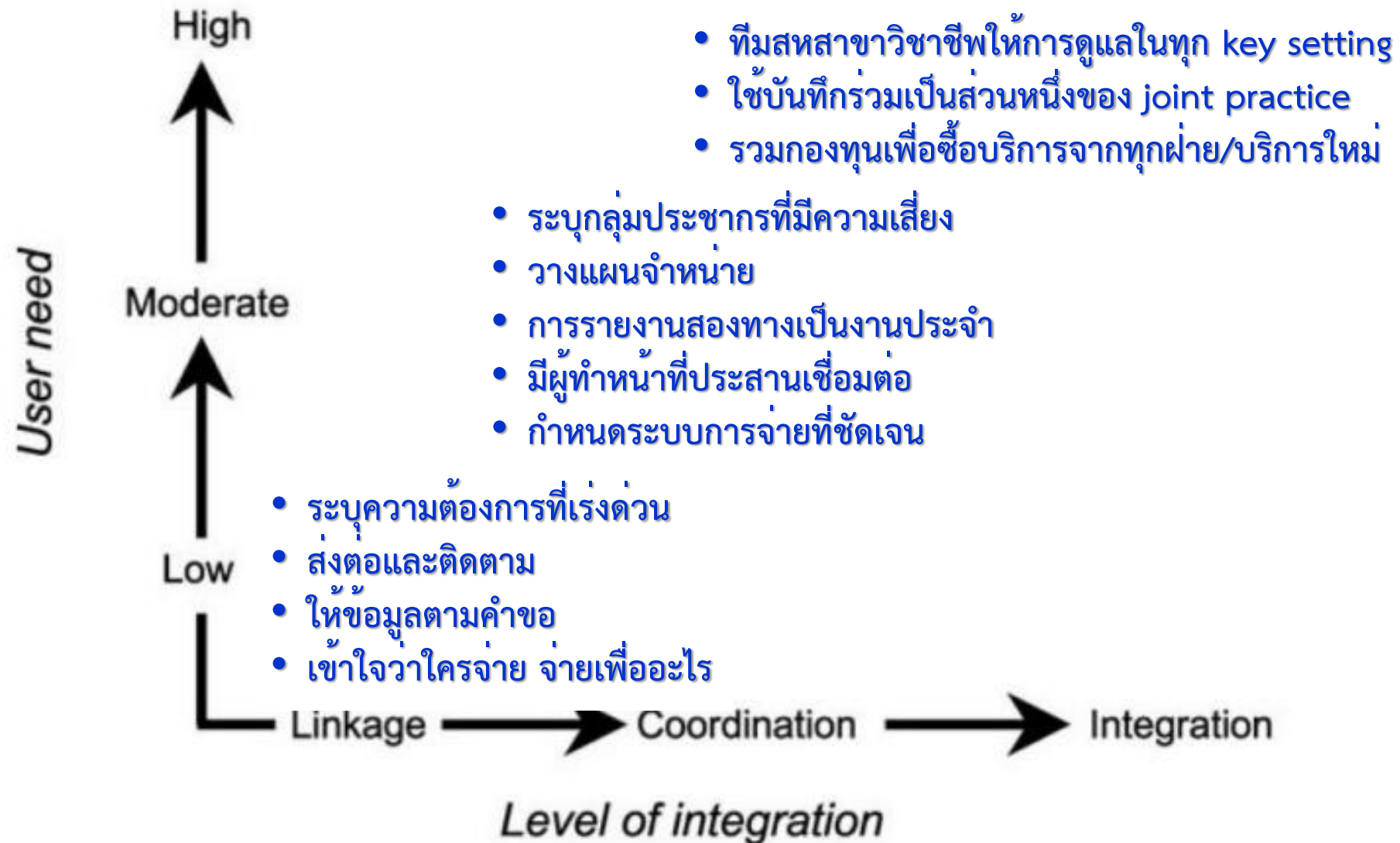
Agenda 1 Care Integration Design

- จัดบริการโดยใช้กลุ่มของ **medical condition** เป็นตัวตั้ง
 - **medical condition**) เป็นชุดของสภาวะการณ์ทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน และควรได้รับการดูแลในลักษณะที่บูรณาการ
 - กำหนดจากมุมมองของผู้ป่วย
 - เกี่ยวข้องกับสาขาและบริการ**มากกว่าหนึ่ง**
- ดูแลครบ **full cycle of care** รวมทั้งการเจ็บป่วยร่วมและภาวะแทรกซ้อน
- ดูแลโดยทีมสหวิชาชีพที่ทุ่มเท และร่วมมือกับพันธมิตร
- มีสถานที่เฉพาะที่เหมาะสม
- มีแพทย์หรือ **care manager** เป็นผู้กำกับดูแล
- มีการวัด **outcome, cost, process, patient experience** โดยใช้ **common platform**

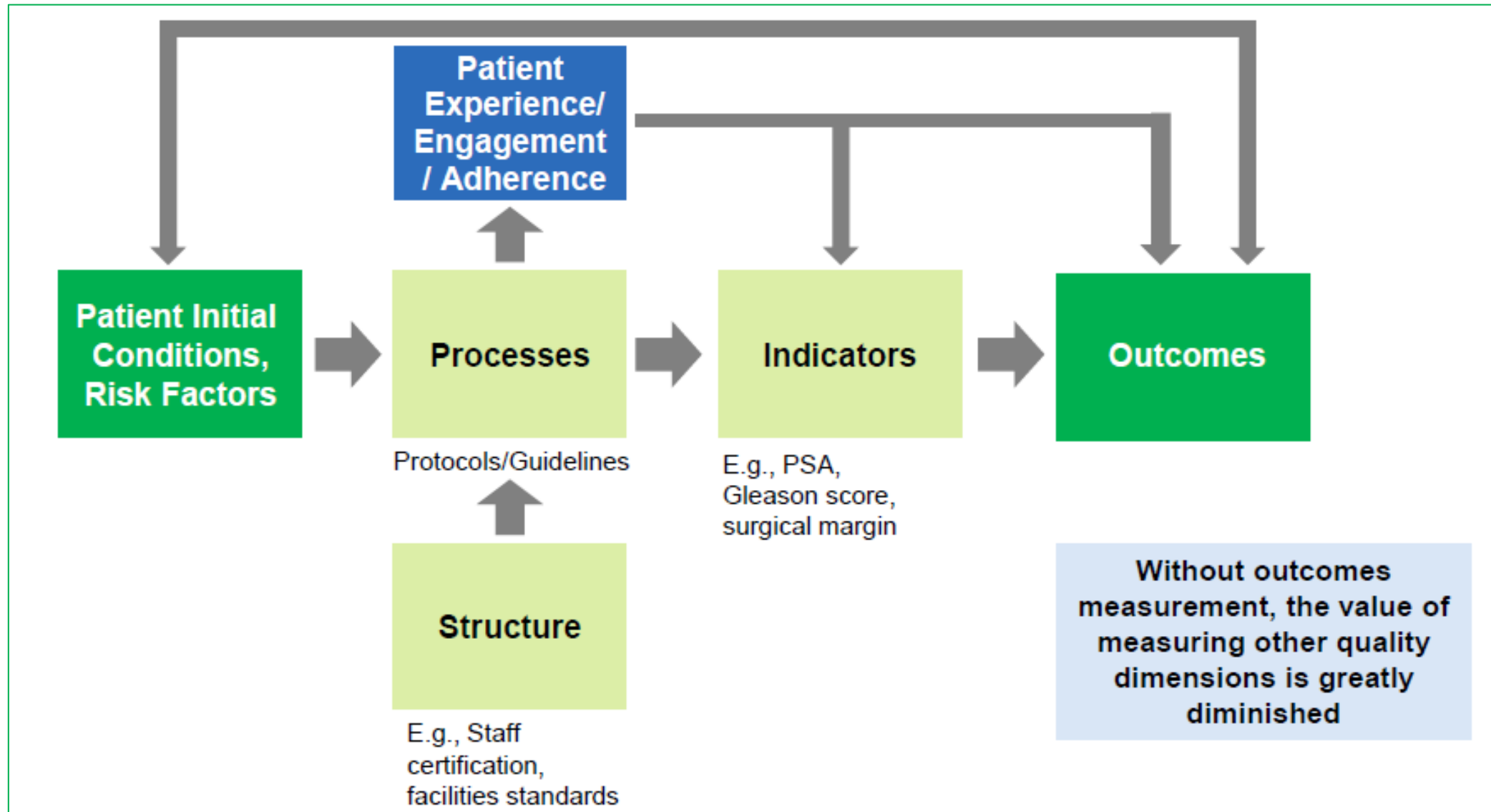


ควรจัดระบบบริการผ่าน
Integrated Practice Units (IPUs) โดยยึดเอาสภาวะหรือกลุ่มของสภาวะที่สัมพันธ์กัน ต้องใช้ทีมลักษณะเดียวกัน และมีกระบวนการดูแลคล้ายกัน

Integrated Care ต้องมีทั้ง Care-coordination และ Integration



Agenda 2 วัด Outcome & Cost ในผู้ป่วยทุกราย

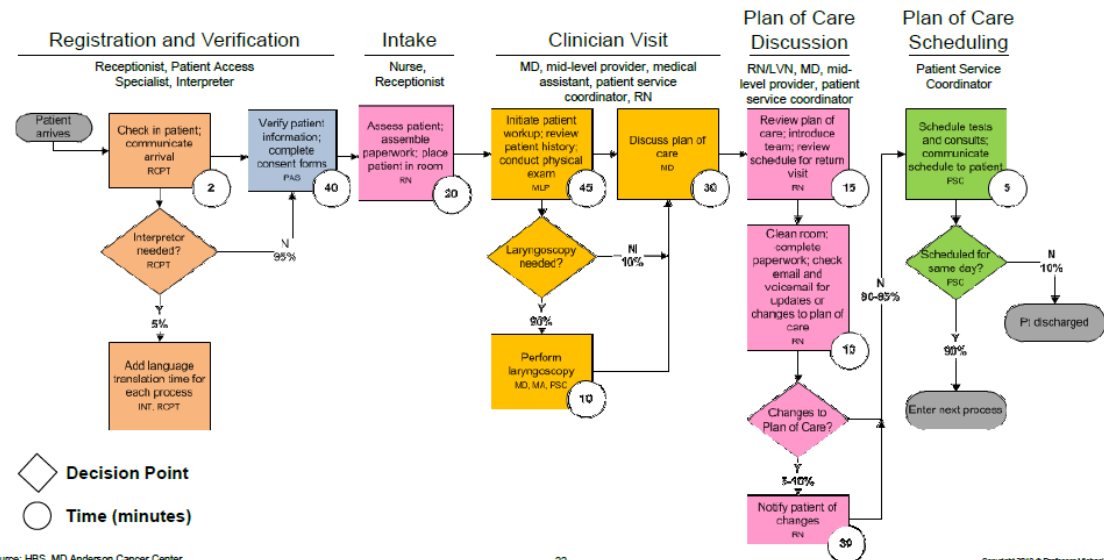


Agenda 2 Measure Outcome & Cost for Every Patient

หลักการสำหรับการวัดต้นทุน (cost)

- Cost เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงในการดูแลผู้ป่วย ไม่ใช่ยอดเรียกเก็บค่ารักษาจริง
- ควรวัด cost ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ตลอด full cycle ของการดูแลสภาวะหนึ่ง ๆ
- Cost เกิดจากการใช้ทรัพยากรในการดูแล ควรพิจารณาเวลาและทรัพยากรที่ใช้จริง
- การทำความเข้าใจ cost ต้อง map care process

Mapping Resource Utilization MD Anderson Cancer Center – New Patient Visit

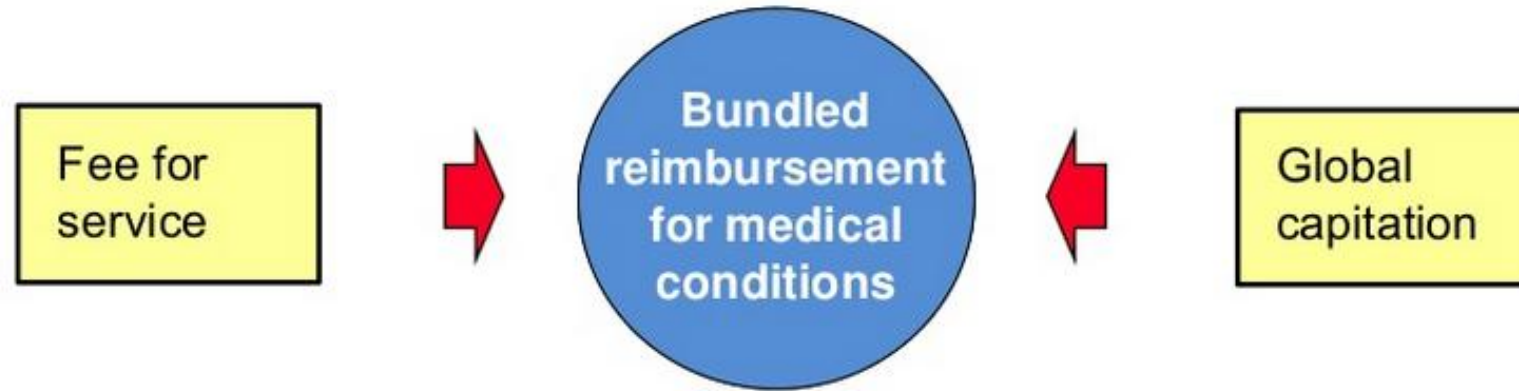


Source: HBS, MD Anderson Cancer Center

22

Copyright 2019 © Professor Michael E. Porter

Agenda 3 การจ่ายเงินแบบ Bundle Reimbursement



Bundled Price

- A single price covering the **full care cycle for an acute medical condition**
- Time-based reimbursement for overall care of a **chronic condition**
- Time-based reimbursement for **primary/preventive care** for a **defined patient segment**

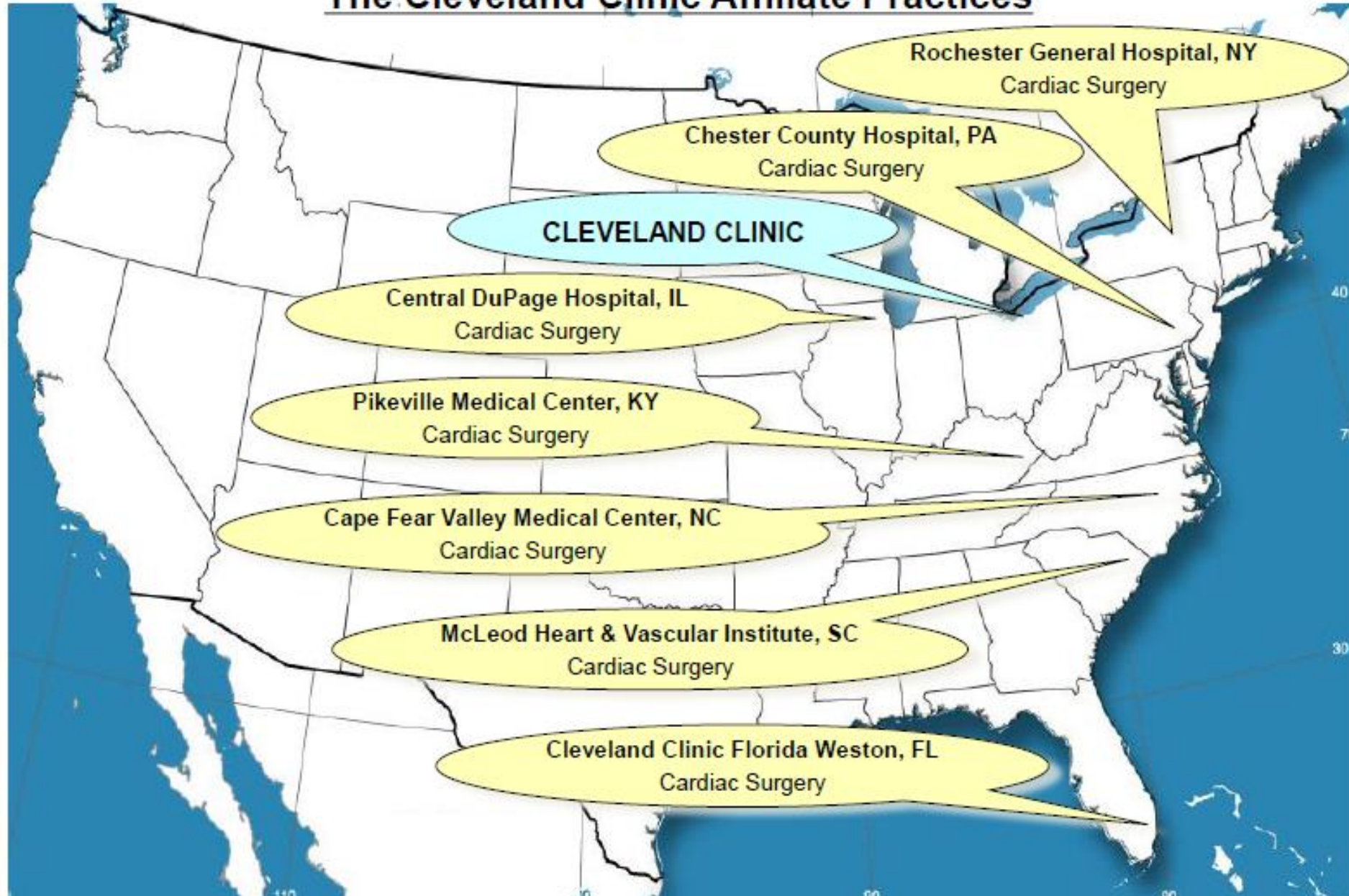
Agenda 4 บูรณาการระบบการให้บริการ (Macro-efficiency)

1. เลือกขอบเขตบริการโดยรวมที่สามารถให้คุณค่าที่เป็นเลิศ
2. ใช้เหตุผลกำหนดหน่วยบริการ/IPUs ณ สถานพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้มีประมาณผู้ป่วยที่มากพอ และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า
3. จัดให้มีบริการเฉพาะ ณ สถานพยาบาลที่เหมาะสม
4. บูรณาการการดูแลตลอด care cycle จากปฐมภูมิถึงเฉพาะทาง

5. Expanding Across Geography

The Cleveland Clinic Affiliate Practices


Equity)



6. Building an Enabling Information Technology Platform

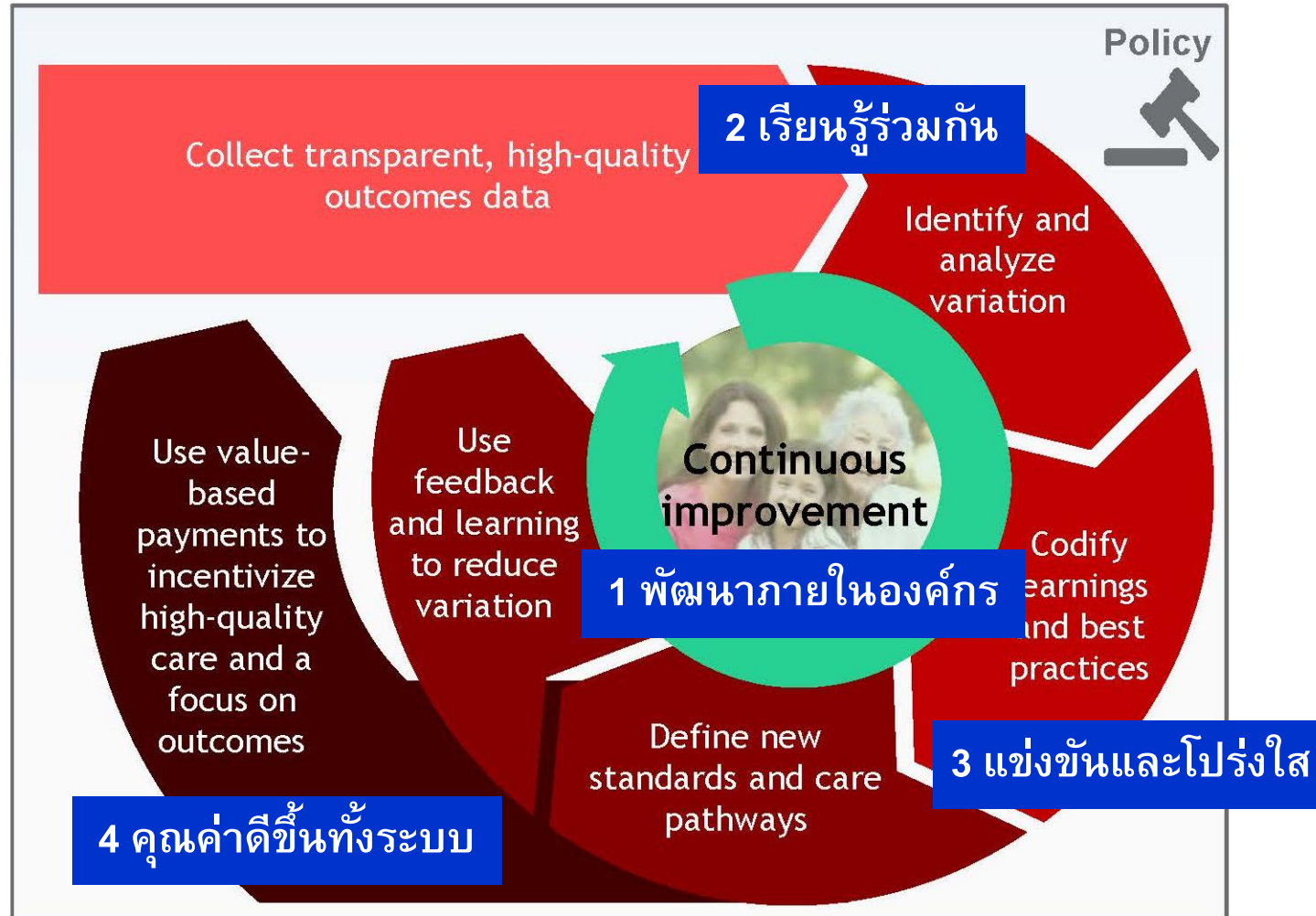
Utilize information technology to enable **restructuring of care delivery** and **measuring results**, rather than treating it as a solution itself

- Common **data definitions**
- Combine **all types of data** (e.g. notes, images) for each patient
- Data encompasses the **full care cycle**, including care by referring entities
- Allow access and communication among **all involved parties**, including with patients
- **Templates** for medical conditions to enhance the user interface
- “**Structured**” data vs. free text
- Architecture that allows easy extraction of **outcome measures**, **process measures**, and **activity-based cost measures** for each patient and medical condition
- Interoperability standards enabling communication among **different provider** (and payor) **organizations**



Health System Improvement For Value-based Healthcare (World Economic Forum)

Improve Value for Patients Through Improvement Cycle



ขั้นตอนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพให้ประสบความสำเร็จ

1. ระบุ health value problem (ปัญหาคุณค่าสุขภาพ)
สำหรับกลุ่มประชากรเฉพาะ
(ระบุปัญหาในรูปผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายของกลุ่มประชากรที่มีโอกาสปรับปรุง)

4. ออกแบบทางออกเพื่อจัดการ
กับต้นเหตุของปัญหา
(ผู้เกี่ยวข้องร่วมคิดด้วยตนเอง มิใช่คนอื่นแนะนำ)

6. เรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้นและ
ขยายผลในระบบ

1 Identify a health value problem
for a specific population segment

3 Understand the
root causes of
the problem

4 Design
solutions to
address these
root causes

5 Develop a
workplan and
implement the
solutions

6 Learn from
findings and
scale up in the
health system

2 Mobilize stakeholders across the
system to address the problem

2. ระดมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน
ระบบมาพิจารณาปัญหา

3. ทำความเข้าใจต้นตอของปัญหา
(เจาะเข้าไปที่หัวใจของปัญหา มิใช่เรื่องผิว ๆ)

5. ทำแผนและนำทางออกไปสู่การปฏิบัติ
(วางแผน จัดการ สื่อสารอย่างเข้มข้น เพื่อรักษาระดับความ
ผูกพันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับ)

ขั้นที่ 1 ระบุ health value problem สำหรับกลุ่มประชากรเฉพาะ

This step should be conducted in parallel with ensuring broad support for the initiative (Step 2.1)

By the end of this step, the initiative should have...

- A problem statement that identifies low value for a specific population segment in the health system
- Estimation of the size of that problem and the opportunity for improvement
- A clear "case for change" developed with external stakeholders and used to convince stakeholders why this is an important problem

How long will this step take?

- The timeline for this step will vary - Stakeholders may quickly identify a problem, or it may take several months to gain agreement, depending on the scope of the problem to address and the degree to which stakeholders already understand the problem

What are the roles of key players in this step?

- This step can be initiated by any key player in the health system aiming to improve value for patients, but it is critical to develop a shared view of the problem among key stakeholders

Detailed guidelines in this section

1.1

Define the health problem statement

- Identify a specific population segment to focus on
- Define the current level of value (in terms of outcomes and costs), and specifically identify areas of low value

1.2

Evaluate / validate the opportunity for improvement

- Review external benchmarks, internal variations in performance, research literature, and other sources to determine whether there is an opportunity to improve value for this population segment

1.3

Make a case for change

- To convince other stakeholders to address this issue in a collaborative way, articulate why there is a problem for a specific population, what are the opportunities for improvement, and how these opportunities could be realized

ขั้นที่ 1.1 ระบุ health problem statement (ระบุกลุ่มประชากร และปัญหาเกี่ยวกับคุณค่าของบริการสุขภาพในกลุ่มประชากรนี้)

Illustrative examples of problem statements

Population segment	Current level of value (or lack thereof) delivered by the system
ผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2...	...ประสบกับอัตราภาวะแทรกซ้อนสูง เช่น แผลเบาหวานที่เท้า แม้ว่าจะมีค่าใช้จ่ายต่อหัวสูงในผู้ป่วยกลุ่มนี้
ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง (LBP)...	...ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ ส่งผลให้ต้องแบกรับภาระทางการเงินจากการเจ็บป่วย
หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นชนกลุ่มน้อยในชนบท...	... ประสบกับอัตราภาวะแทรกซ้อนสูง ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยและต่อระบบในระดับสูง และมารดาเสียชีวิตสูง

ขั้นที่ 1.3 จัดทำเอกสารชี้ชวน (make a case for change) เปลี่ยนข้อความปัญหา เป็นวิสัยทัศน์ร่วม เพื่อระดมขอการสนับสนุน

Problem statement...

... ระบุสถานะในปัจจุบัน
... เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าใจสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน

ผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพของเราประสบกับอัตราภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าคู่แข่ง ทั้งที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงกว่า



Vision statement...

... ระบุสถานะในอนาคตที่คาดหวัง
... เป็นสิ่งสำคัญสำหรับระดมการสนับสนุนเพื่อบรรลุเป้าหมาย

ระบบบริการสุขภาพของเราจะให้ผลลัพธ์ที่เหนือชั้นกว่าแก่ผู้ป่วย ในราคาที่แข่งขันได้ภายใน 5 ปี

ขั้นที่ 2 ระดมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดในระบบมาร่วมพิจารณา

It is critical to make significant progress on this step to achieve broad stakeholder buy-in for systems change before starting the initiative, and to keep stakeholders engaged during the process. This will increase the likelihood that stakeholders stay engaged during the difficult work of systems change

By the end of this step, the initiative should have...

- A comprehensive set of stakeholders with the right level of expertise and authority to drive systems change
- Terms of reference with clear roles and responsibilities for all stakeholders
- Neutral project management to support the initiative

How long will this step take?

- Gathering the right group of stakeholders to participate in the initiative and selecting project management will likely take several months; This step can be conducted in parallel with defining the problem
- Defining roles and responsibilities should be done upfront and agreed to by all stakeholders before launching the initiative

What are the roles of key players in this step?

- Taking a grassroots approach, the stakeholder / organization initially driving the initiative will have to identify other stakeholders to participate in the initiative
- Stakeholders may be recruited on an ongoing basis to the initiative / added over time

Detailed guidelines in this section

2.1

Ensure broad support for the initiative

- Determine the key stakeholders needed to move the health system to a more value-based approach (for the relevant population segment)
- Recruit key leaders from these organizations to support and participate in the initiative

2.2

Define roles and responsibilities for stakeholders

- Set expectations for roles and deliverables
- Ensure that there is a clear understanding of the approach for the initiative / how each stakeholder will contribute
- Develop terms of reference (e.g. formal statement of roles) for all relevant groups

2.3

Select neutral project management for the initiative

- Identify a neutral organization that can provide project management for the initiative
 - This organization should have project management and health systems expertise, and should be able to manage multi-stakeholder collaboration

ขั้นที่ 3 ทำความเข้าใจต้นตอของปัญหา

By the end of this step, the initiative should have...

- A clear understanding of patient pain points along the patient journey, and how these contribute to the overall problem statement
- List of root causes contributing to these pain points and the overall problem statement A prioritized list of which root causes to address with solutions

How long will this step take?

- 2-3 months

What are the roles of key players in this step?

- The project management team should drive this activity and should gather input via interviews, surveys, and workshop sessions from the Working Team, with additional research as needed
- The role of the project management team is not to make decisions for the Working Team, but rather to aggregate inputs and facilitate a process so that the Working Team has a shared understanding of the current state and can take decisions collectively

Detailed guidelines in this section

3.1 Understand the patient journey and pain points

- Interview patients, caretakers, and providers to understand the patients' points along the patient journey
- Supplement interviews with additional research to validate the key interview themes

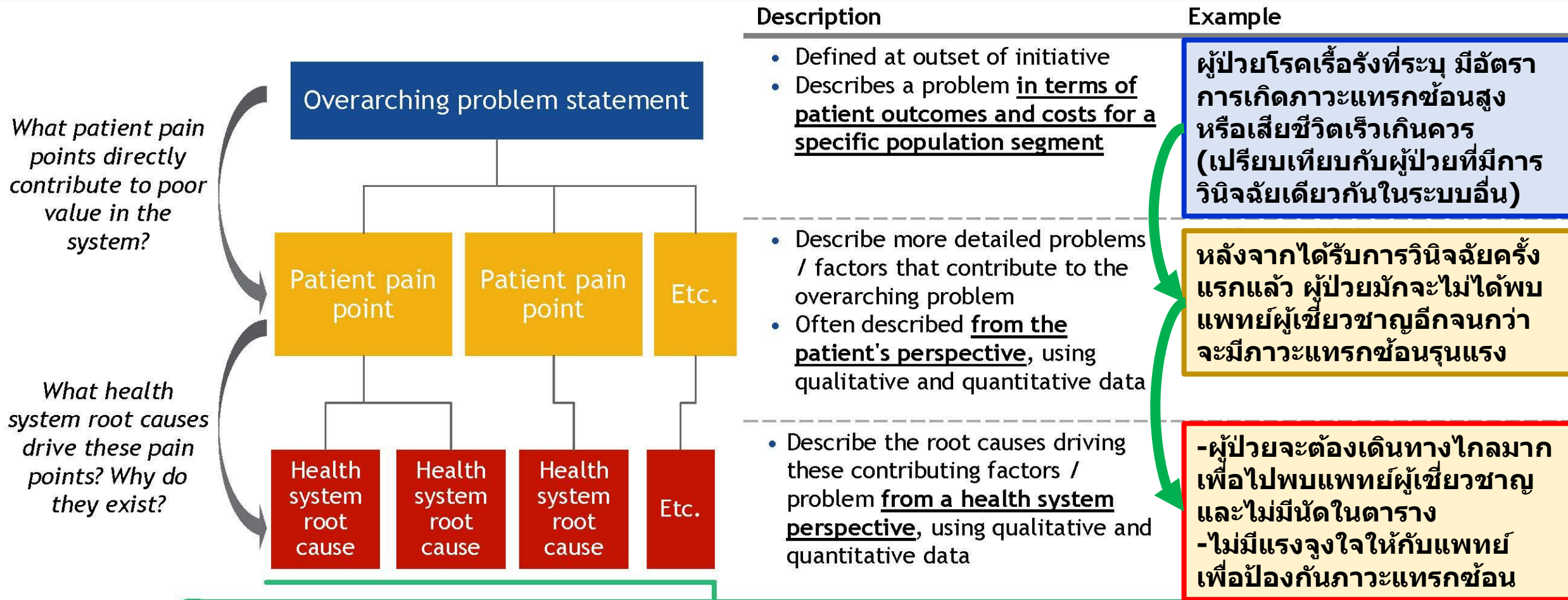
3.2 Determine the health system root causes of the problem

- Interview patients and a broad spectrum of health system stakeholders (e.g. those represented on the Working Team) to understand the health system root causes of these pain points
- Supplement interviews with additional research to validate the key interview themes

3.3 Prioritize these health system root causes

- Conduct a survey with the Working Team to prioritize these root causes based on importance and addressability

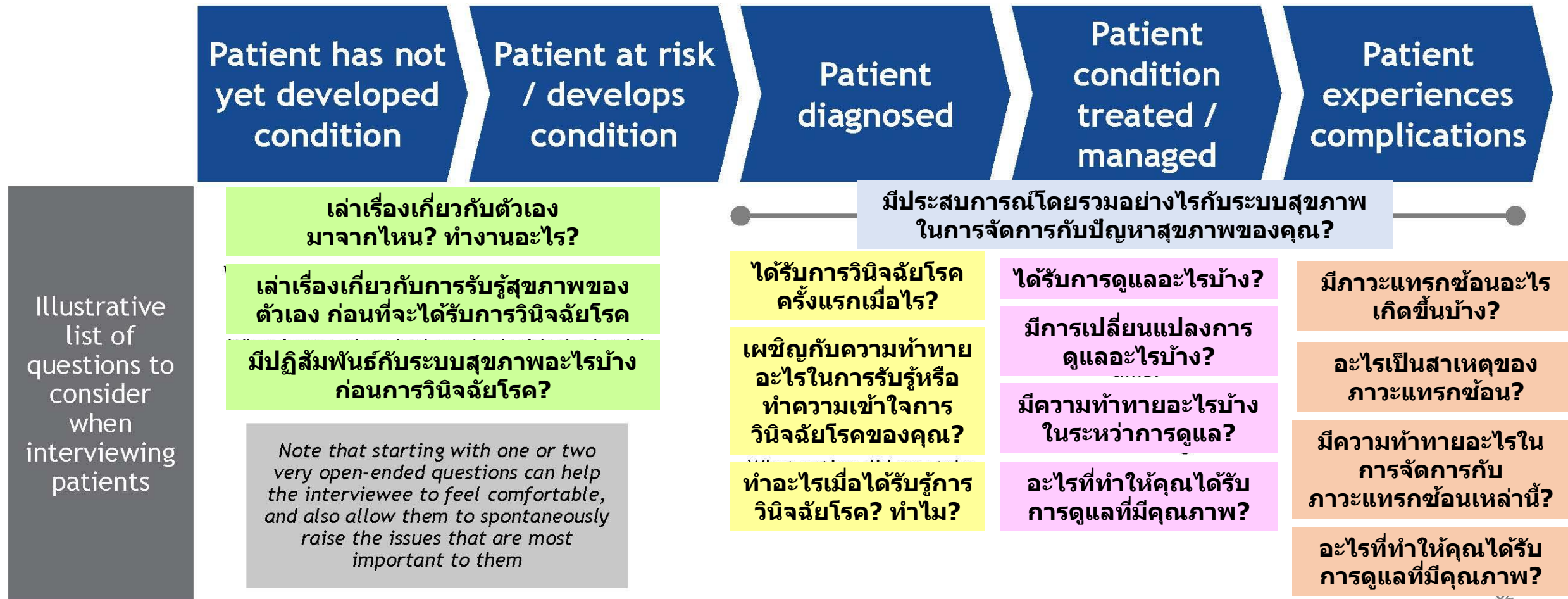
เป้าหมายของขั้นตอนนี้คือการทำความเข้าใจสาเหตุต้นตอ (root cause) ของข้อความปัญหาใหญ่ (overarching problem statement)



Key message
Identifying root causes of the problem will allow the initiative to design targeted solutions that address these root causes, rather than addressing more superficial challenges in the system

ขั้นที่ 3.1 ทำความเข้าใจ patient journey

การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งหลากหลาย ทำให้รับรู้ประสบการณ์ที่พวกเขาได้รับ



ขั้นที่ 3.1 ทำความเข้าใจ patient journey

การสัมภาษณ์ทำให้รับรู้ pain point ของผู้ป่วย ที่ส่งผลให้เกิดปัญหาที่ระบุไว้

Illustrative
problem
statement

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง... มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูง
(เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเดียวกันที่ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลอื่น)

Patient has not
yet developed
condition

Patient at risk
/ develops
condition

Patient
diagnosed

Patient
condition
treated /
managed

Patient
experiences
complications

Illustrative
list of
patient pain
points
contributing
to the
overall
problem
statement

ผู้ป่วยมีความรู้และความตระหนักน้อย ไม่รู้ตัวว่ามีความเสี่ยง
วินิจฉัยโรคได้ช้า

ผู้ให้บริการไม่ได้คัดกรองอย่าง proactive

หลังจากวินิจฉัยโรคครั้งแรก ผู้ป่วยไม่ได้พบ
ผู้เชี่ยวชาญจนเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

การประสานงานระหว่างแพทย์ปฐมภูมิกับ
ผู้เชี่ยวชาญยังไม่ดี

ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินค่ายาและอุปกรณ์ที่จำเป็น
เอง ทำให้จำกัดการเข้าถึงการรักษา

ขั้นที่ 3.2 พิจารณาสาเหตุต้นตอของปัญหา (root cause of the problem)

After identifying contributing factors to the overall problem, understand what health system factors are driving them

หลังจากระบุปัจจัยเอื้อต่อปัญหาโดยรวมแล้ว ให้ทำความเข้าใจว่าปัจจัยของระบบสุขภาพใดที่เป็นสาเหตุ



Informatics

- การขาดข้อมูลทำให้เกิดปัญหาหรือไม่
- ที่จุดให้บริการ? ที่ระดับนโยบาย/การบริหาร?



Benchmarking
research & tools

- มีหลักฐานเกี่ยวกับวิธีการปรับปรุงผลลัพธ์?
- ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีเครื่องมือที่ดีเพื่อการตัดสินใจและให้บริการผู้ป่วย?



Delivery
organization

- ให้บริการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง?
- ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงแพทย์ ยา เครื่องมือ และการรักษาที่ควรได้?



Payments

- แพทย์มีแรงจูงใจที่จะให้การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตลอด care continuum? ให้การดูแลที่มีคุณภาพ/ประสานกัน?



Policy

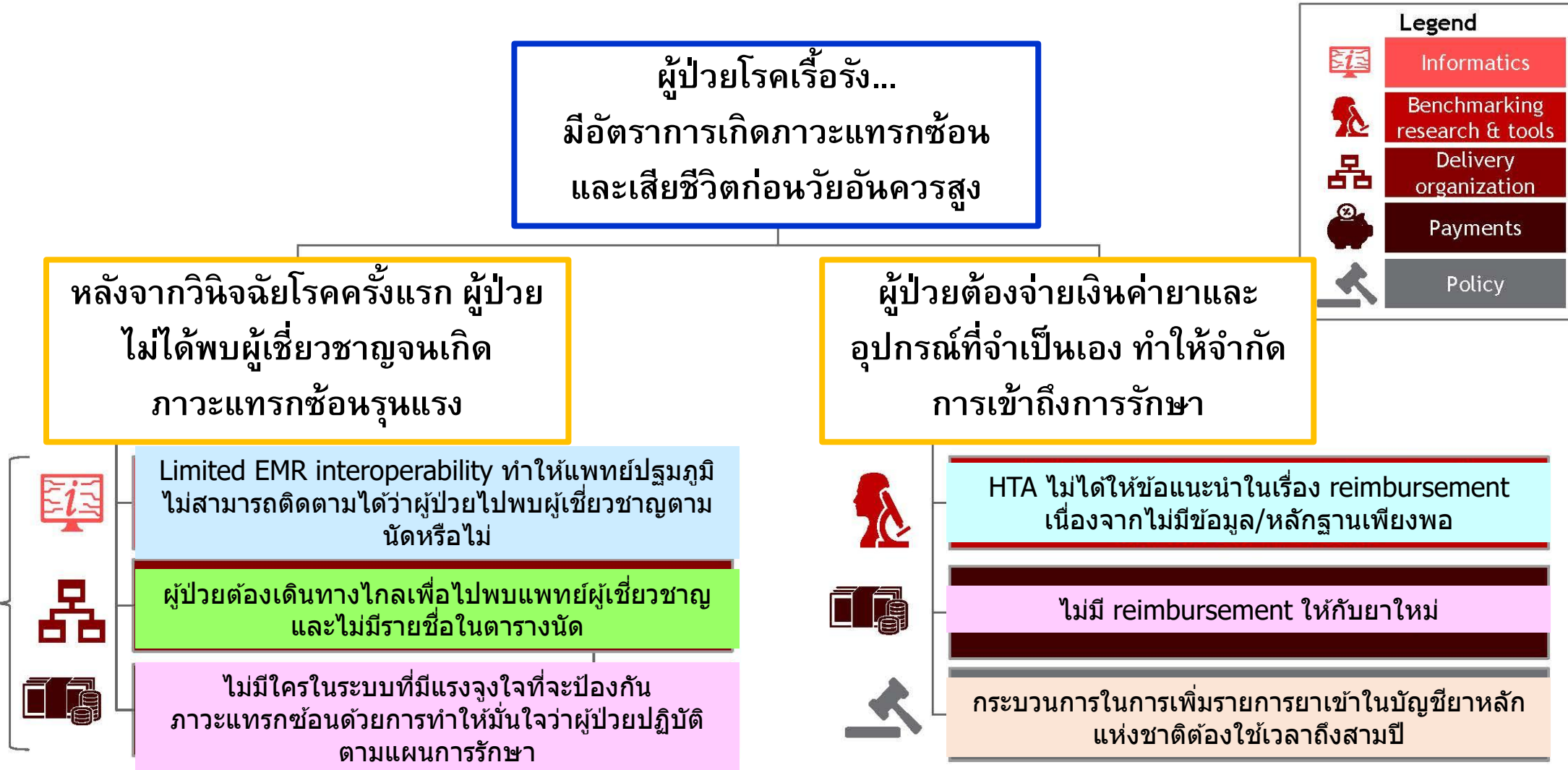
- นโยบายสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคอีก 4 ปัจจัย?
- ผู้กำหนดนโยบายสามารถประสานเพื่อจัดทำนโยบายที่เหมาะสม หรือทำงานเป็น siloes

ขั้นที่ 3.2 พิจารณาสาเหตุต้นตอของปัญหา (root cause of the problem)

Overarching
problem
statement

Patient pain
points

Health
system root
causes



ขั้นที่ 3.3 จัดลำดับความสำคัญของสาเหตุต้นตอ (prioritization these root causes)

แบ่งสาเหตุเป็น 3 กลุ่ม ตามความสำคัญและความเป็นไปได้ในการจัดการ

Root causes rated on two dimensions...

ความสำคัญ (importance): root cause นี้มีความสำคัญที่ต้องจัดการเพื่อระบบสุขภาพนั้นคุ้มค่าหรือไม่? แบ่งเป็น high, medium, low

ความเป็นไปได้ (addressability): จะต้องใช้ทรัพยากรมากเพียงใดเพื่อจัดการกับ root cause นี้? อุปสรรคนี้สามารถจัดการได้โดยองค์กรที่ร่วมในคณะทำงานหรือไม่? แบ่งเป็น high, medium, low



...to create three groups based on priority

High priority root causes

- Important and feasible to address
- Working Team will propose solutions to address these

Medium root causes

- Somewhat important and/or somewhat addressable
- Working Team may propose solutions that opportunistically address these

Low priority root causes

- Either low importance or addressability
- Working Team will not propose solutions to address these

ขั้นที่ 3.3 จัดลำดับความสำคัญของสาเหตุต้นตอ (prioritization these root causes)

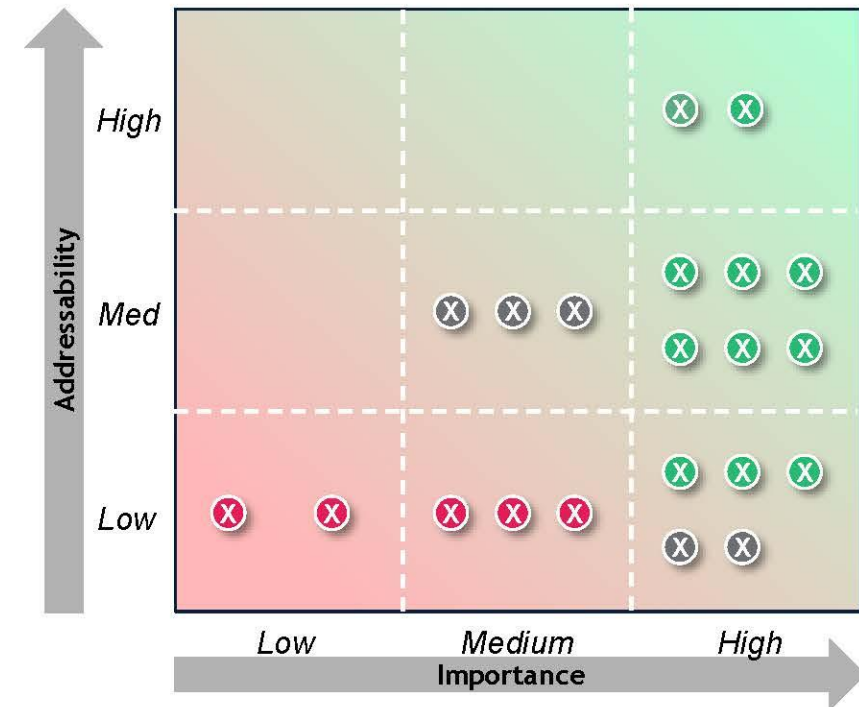
ใช้การสำรวจความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมเพื่อประเมินความสำคัญและความเป็นไปได้ในเชิงปริมาณ

Survey will allow participants to quantify the importance and addressability of each root cause

ความสำคัญ (importance): root cause นี้มีความสำคัญที่ต้องจัดการเพื่อระบบสุขภาพนั้นคุณค่าหรือไม่? แบ่งเป็น high, medium, low

ความเป็นไปได้ (addressability): จะต้องใช้ทรัพยากรมากเพียงใดเพื่อจัดการกับ root cause นี้? อุปสรรคนี้สามารถจัดการได้โดยองค์กรที่ร่วมในคณะทำงานหรือไม่? แบ่งเป็น high, medium, low

Average survey results can be plotted on grid to visualize relative importance and addressability of each root cause



X High priority
 X Medium priority
 X Low priority

Numbers 1-3 can be used to quantitatively score root causes by Working Team members

ขั้นที่ 4 ออกแบบทางออก (design solutions) เพื่อจัดการกับสาเหตุต้นตอ

By the end of this step, the initiative should have...

- A list of agreed-to solutions that the stakeholders involved in the initiative will undertake to address the root causes of the problem
- Buy-in from stakeholders to co-develop implementation roadmaps for solutions in the next phase of the initiative

How long will this step take?

- 1-3 months

What are the roles of key players in this step?

- The project management team should drive this activity and should gather input via interviews, surveys, and workshop sessions from the Working Team, with additional research as needed
- The role of the project management team is not to make decisions for the Working Team, but rather to aggregate inputs and facilitate a process so that the Working Team can take decisions collectively

Detailed guidelines in this section

4.1

Brainstorm solutions to these problems

- Develop a long list of potential solutions that would help address the health system root causes identified in the previous step

4.2

Select priority solutions

- Use a collaborative process to select which solutions to adopt / implement
- Solutions can fall into one of two broad categories:
 - Solutions that will result in direct improvements to patient outcomes
 - Solutions that focus on long-term strengthening of the system

ตัวอย่าง Solution สำหรับการยกระดับผลลัพธ์ของผู้ป่วยโดยตรง และความเข้มแข็งของระบบในระยะยาว

Illustrative
problem
statement

Patients with a specific chronic disease experience high rates of complications and early mortality (especially when compared to benchmarks from patients with the same diagnosis from other systems)

Solution ที่ให้คุณค่าแก่ผู้ป่วยโดยตรง

ขยายผลเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจทาง
คลินิกเพื่อช่วยให้แพทย์ตัดสินใจสั่งการรักษา
ได้ดีขึ้น

ดำเนินการและประเมินนวัตกรรมของ
ต้นแบบการจัดบริการเพื่อยกระดับผลลัพธ์

Solution ที่สร้างความเข้มแข็งให้ระบบในระยะยาว

ติดตามและรายงานต่อสาธารณะเกี่ยวกับชุด
มาตรฐานของผลลัพธ์สำหรับกลุ่มประชากร
เพื่อเปรียบเทียบผลงานของระบบสุขภาพ และ
ใช้เพื่อการจัดสรรงบประมาณสุขภาพ

ใช้ผลของการประเมินนี้เพื่อ inform value-
based payments และจัดทำ clinical
guidelines ฉบับใหม่

Informatics

Benchmarking, research,
and tools

Delivery organization

Payments

Policy

ขั้นที่ 4.1 ระดมสมองทางออก (brainstorm solutions)

มุ่งเน้นปริมาณให้ได้บัญชีรายการทางออกมากๆ ไม่ต้องกังวลคุณภาพ



สงสัย (doubt): เริ่มต้นด้วยการกระตุ้นให้ผู้มีส่วนร่วมท้าทายสมมติฐานของตนเกี่ยวกับวิธีการเปลี่ยนแปลงระบบ ถ้ายังคงยึดติดอยู่กับวิธีการเก่า ๆ จะไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงใด ๆ



สำรวจ (explore): กระตุ้นให้ผู้มีส่วนร่วมตั้งคำถามขึ้น ๆ เกี่ยวกับ root cause แต่ละประเด็น – ทำไมจึงเกิดเหตุนี้ขึ้น? ทำไมระบบจึงไม่สามารถจัดการกับปัญหานี้ได้? กลุ่มนี้จะทำอะไรที่แตกต่างออกไปได้บ้าง?



ขยายออก (diverge): ระดมความคิดให้ได้มากที่สุด โดยยังไม่ต้องประเมินว่าจะใช้การได้หรือไม่ วิธีที่ดีที่สุดที่จะได้ความคิดดี ๆ คือให้มีความคิดจำนวนมาก ๆ

Working Team can develop long-list of solutions in workshops / brainstorm solutions, online surveys, or other collaborative formats

In-person meetings typically generate more productive discussion, but may not always be feasible

Priority health system root cause



Long list of potential solutions to address these root causes

Priority health system root cause



Solutions may address individual root causes, or cut across multiple root causes

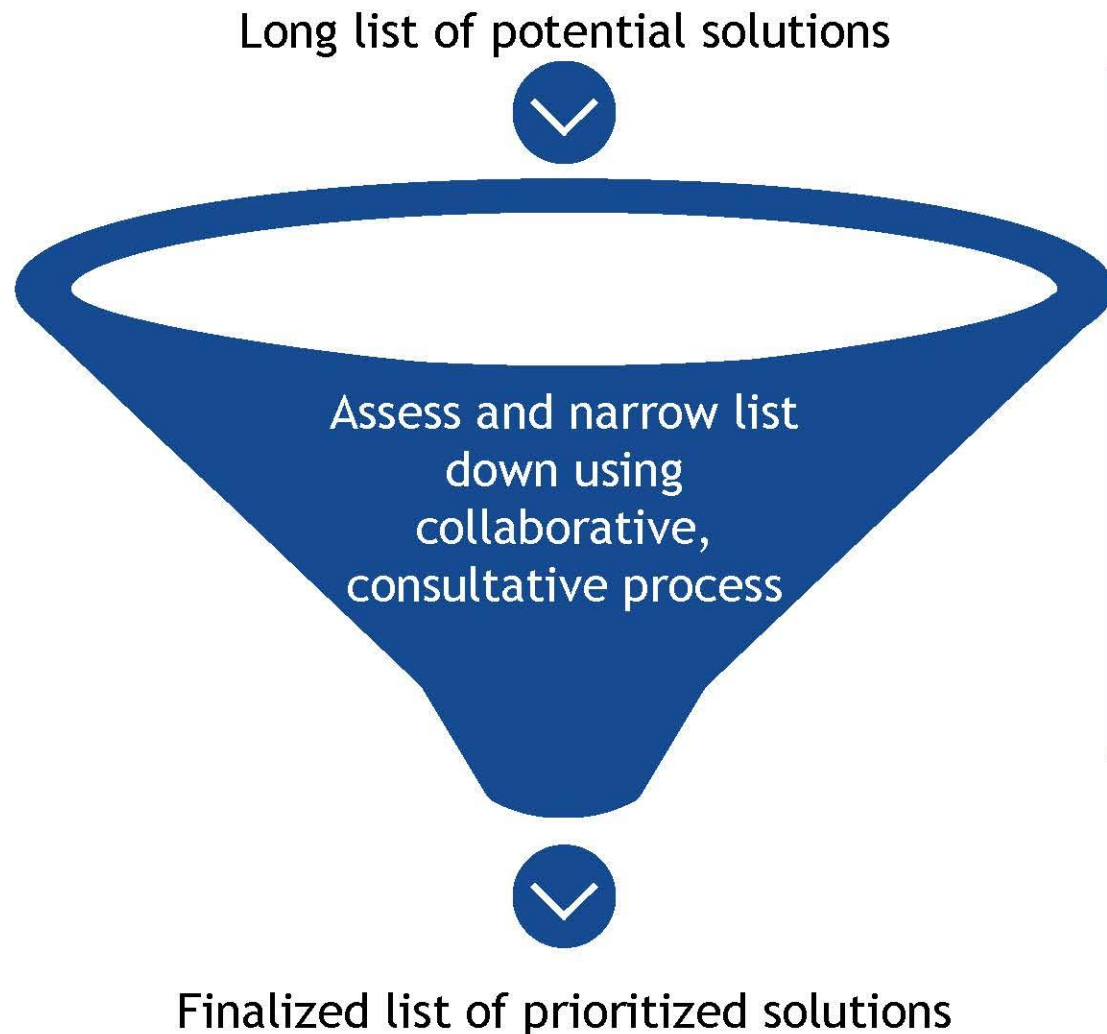
Priority health system root cause



Deprioritized root causes not addressed by solutions

ขั้นที่ 4.2 เลือกทางออกตามลำดับความสำคัญ (select priority solutions)

เลือก solution ที่คณะทำงานจะนำไปปฏิบัติ



Criteria for assessing solutions:

- Which solutions are organizations who are part of the initiative willing to implement?
- Are there key themes that emerged across multiple ideas ?
 - If many people recommended similar solutions, that may indicate they are high-priority.
- Which solutions seem most feasible?
- Which solutions focus on which enablers of a value-based health system (informatics, benchmarking / research / tools, payments, delivery org, policy)?
 - Picking a set of solutions that cover all enablers will help keep a broad set of stakeholders engaged, and will help ensure that the initiative focuses on root causes that require collaboration across organizational siloes

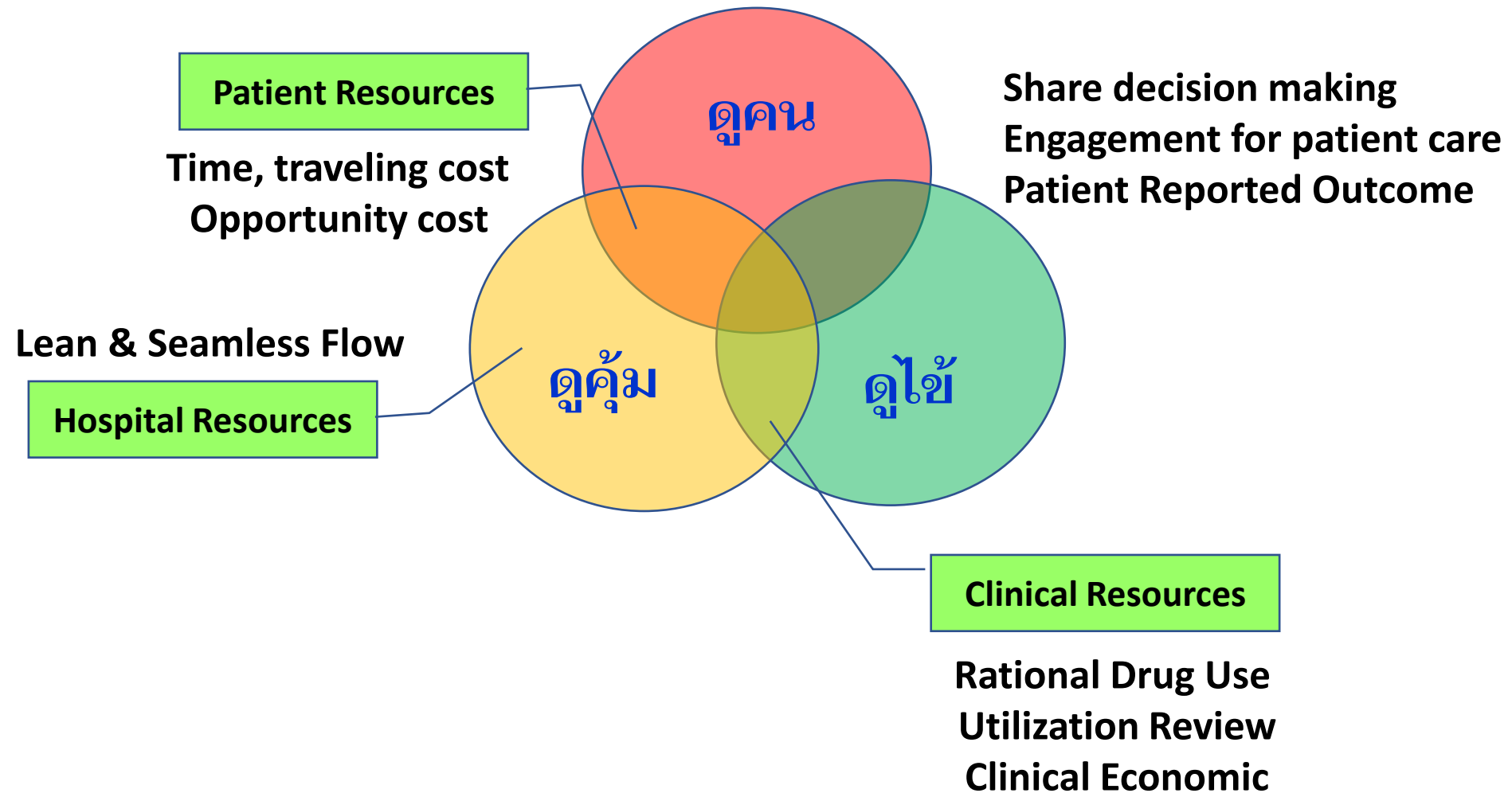
Key message

หลีกเลี่ยงการเขียนชุดของ “recommended action” ให้คนอื่นนำไปปฏิบัติ
ให้มุ่งเน้น solution ซึ่งองค์กรที่เกี่ยวข้องในโครงการ
เต็มใจที่จะนำไปปฏิบัติด้วยตนเอง

The background of the slide is an abstract pattern of dark gray, three-dimensional hexagons. These hexagons are arranged in a honeycomb-like structure, but some are slightly offset or raised, creating a sense of depth. Within the recessed areas and along the edges of these hexagons, there are glowing cyan or light blue lines, giving the impression of a digital or technological surface.

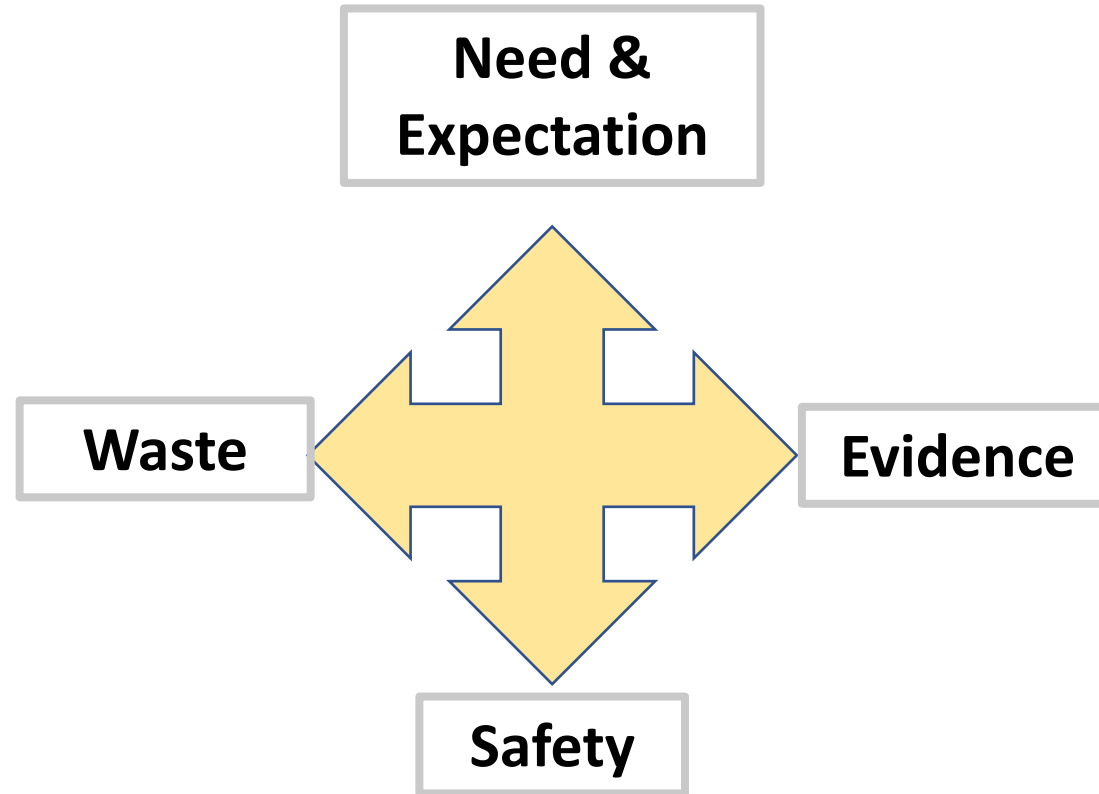
Economic Objective (Efficiency)

Overlapping Parts

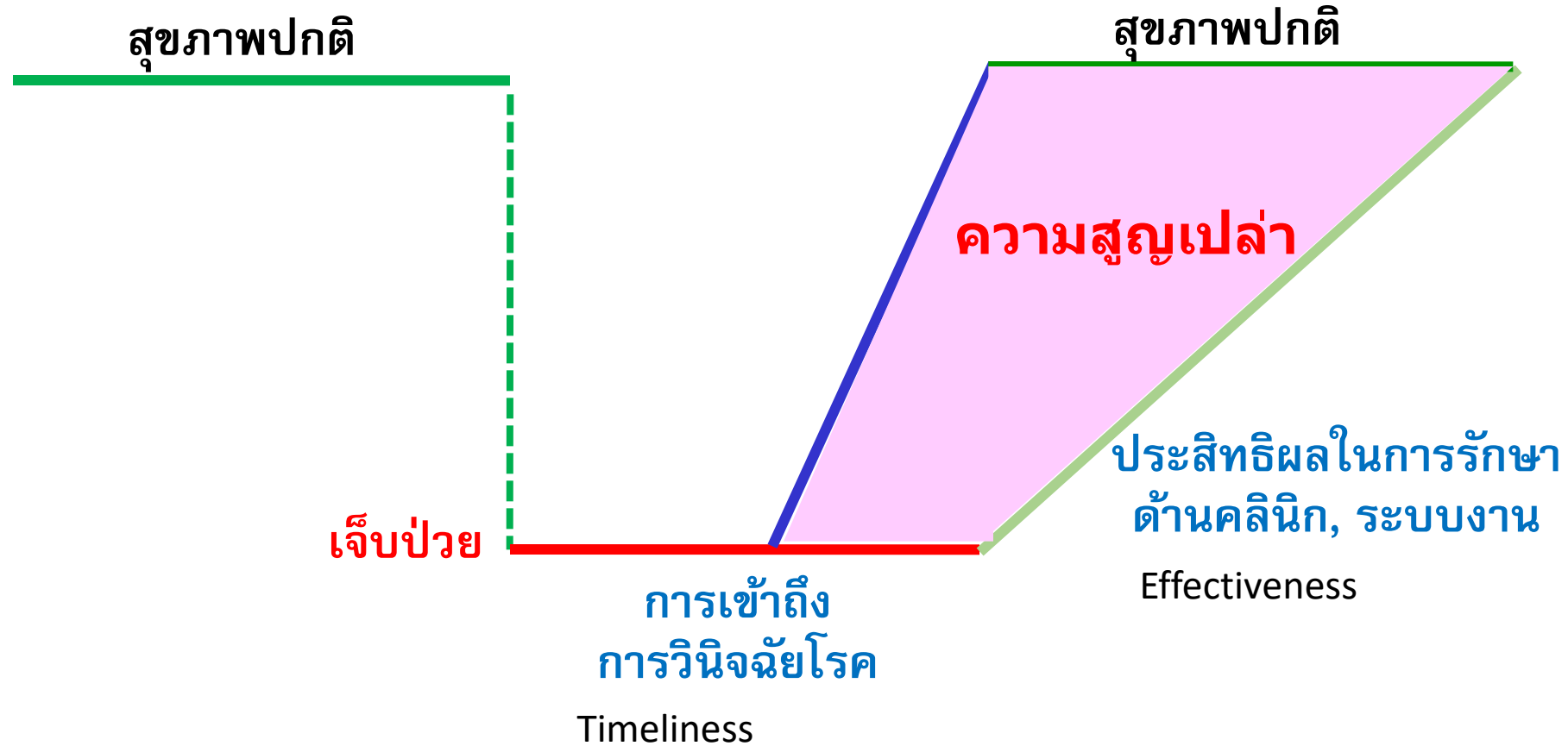


บททวนและเรียนรู้จากรอบทิศ (NEWS)

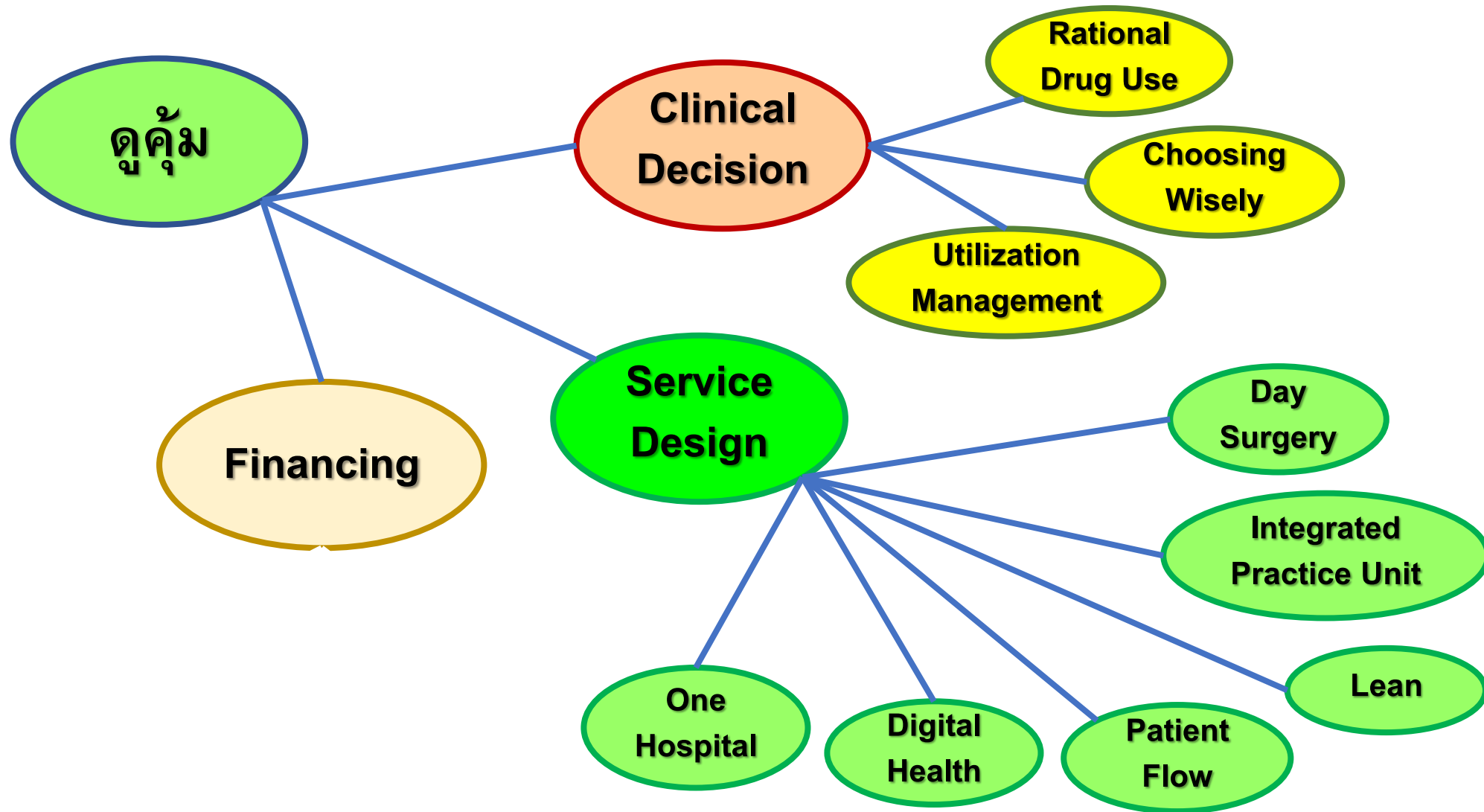
Diagnostic
Medication
Procedure
Visit/Hospitalization
Workflow/patient flow
Workforce/talent
Non-value added process
Queue/Waiting time
Communication failure
Information loss
Duplication of work
Repeat work
(ดูคุ่ม)



ลดความสูญเปล่าโดยคืนสู่ภาวะที่พึงประสงค์โดยเร็วที่สุด



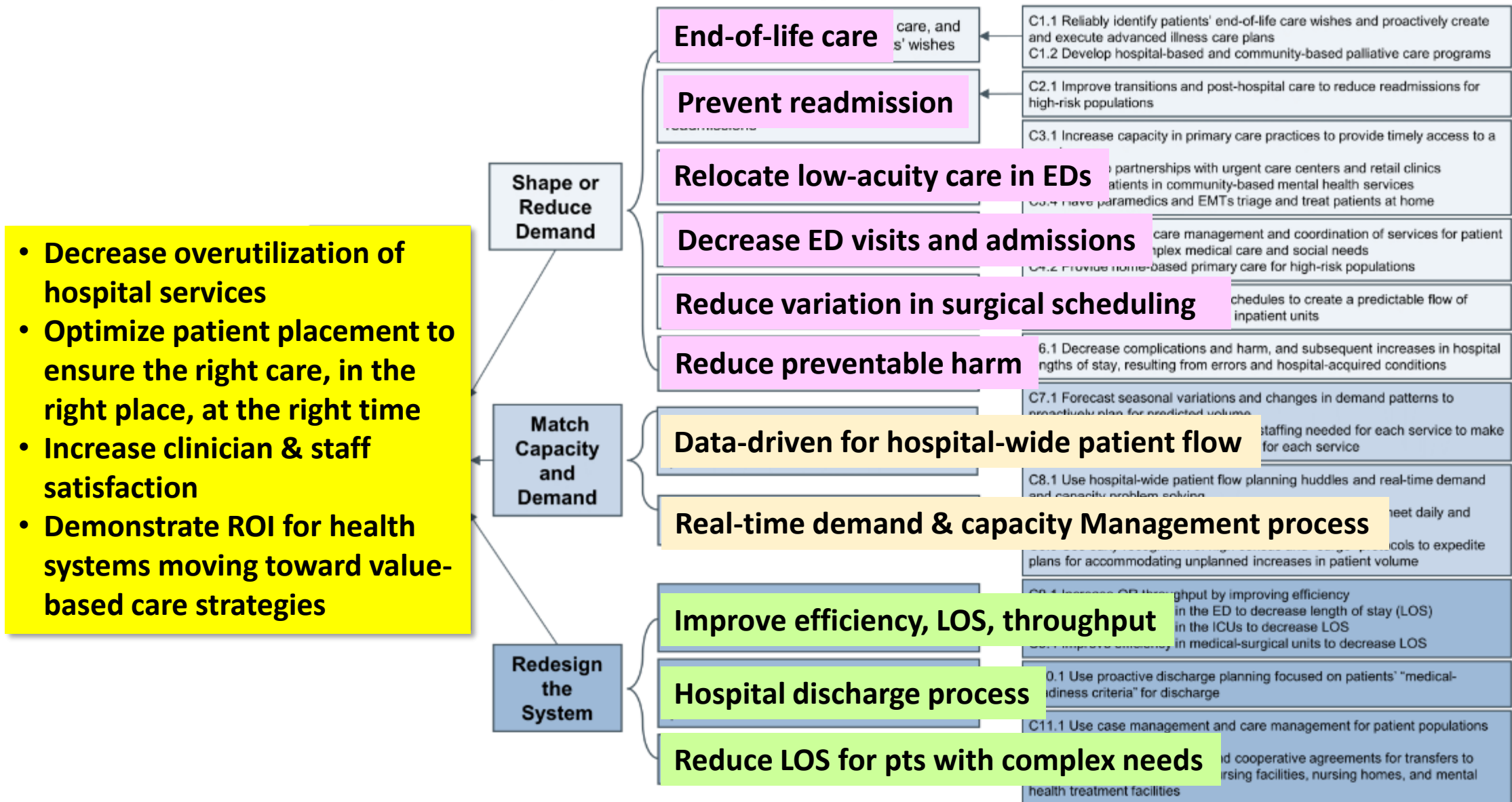
ดูคุ้ม: รพ.ทำอะไรได้บ้างเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร



ดูคุ่ม : วิธีการหลัก ๆ ในการลดต้นทุนบริการสุขภาพ

- ใช้แพทย์และบุคลากรวิชาชีพให้ทำงานเต็มศักยภาพตามใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- ลด **process variation** ที่เพิ่มความซับซ้อนและต้นทุน (เช่น reconcile WAD & WAI)
- จัดการให้บริการหรือการทดสอบที่ไม่เพิ่มคุณค่า หรือมีค่าน้อย
- ลด **cycle time** ทุกขั้นตอนตลอด care cycle เพื่อขยาย capacity ของบุคลากรและสถานที่
- ลงทุนกับการเพิ่มทรัพยากรหรือบริการที่จะช่วยลดต้นทุนโดยรวมตลอด care cycle (เช่น การมาตรวจเพิ่ม การใช้ telemedicine)
- เปลี่ยนการให้บริการที่ไม่ซับซ้อนไปทำในสถานบริการที่ใช้ทรัพยากรน้อยกว่า
- ลดการให้บริการที่ซ้ำซ้อน (service duplication) ระหว่างสถานพยาบาล
- ลดการทำงานสนับสนุนที่ไม่มีประสิทธิภาพ (เช่น การนัดหมาย การบริหารจัดการ)
- เพิ่มความตระหนักเรื่องต้นทุนในที่มงาน (เช่น ต้นทุนของการใช้ทรัพยากร ระหว่าง suture & staple)
- เพิ่มประสิทธิภาพและ automation ในการเรียกเก็บเงิน

ดูคัม: Hospital-wide Patient Flow



10 Healthcare Quality Improvement Trends

- 1. Augmented Reality training:** การฝึกอบรมที่ใช้เทคโนโลยีที่ผสมผสานโลกแห่งความเป็นจริงและความเสมือนจริง
- 2. Leverage data for healthcare:** ใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการจัดบริการสุขภาพ
- 3. Patient-customer experience personalization:** สร้างประสบการณ์เฉพาะตัวสำหรับผู้ป่วย ด้วยการรับรู้และตอบสนอง patient preference มีการสื่อสารที่เปิดกว้าง
- 4. Using wearable devices in healthcare:** ใช้ wearable device ในการเก็บข้อมูล ติดตามพฤติกรรมสุขภาพ ส่งสัญญาณเตือน ติดตามจากระยะไกล (remote tracking)
- 5. Hospitals using smart technology:** ใช้ connectivity & automation -> comfort, efficiency, safety
- 6. Artificial Intelligence and Internet of Things:** ใช้ปัญญาประดิษฐ์และ IoT เพื่อให้มีความถูกต้องแม่นยำมากขึ้น ลดความซ้ำซ้อนของงานที่ทำด้วยมือ ลดข้อผิดพลาด
- 7. Big data and analytics transforming data into health outcome:** ใช้ big data & analytics เพื่อเปลี่ยนข้อมูลมาเป็นผลลัพธ์สุขภาพ ที่คาดการณ์ได้ค่อนข้างแน่นอนเกี่ยวกับผลลัพธ์ ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นไปได้
- 8. Interest in population health management:** การจัดการสุขภาพประชากร ทั้งระดับประชากรทั่วไป กลุ่มผู้ป่วย หรือ cohort of individuals
- 9. Technology will drive efficiency:** ใช้เทคโนโลยีมาขับเคลื่อนประสิทธิภาพด้วยการมีระบบที่บูรณาการตลอด care continuum และ automation
- 10. Personalized medicine:** unique need, genetic makeup, lifestyle -> pharmacogenomics -> access?

10 Strategies to Improve Clinical Efficiency



1. Optimize physician time

2. Eliminate paperwork

3. Simplify health information management

4. Eliminate data silos and care blind spots

5. Enable better care through patient portals

6. Streamline patient intake

7. Enable better care collaboration

8. Use clinician-centered EHR design

9. Choose the right technology partners

10. Measure performance continuously

การใช้ enterprise document management & enterprise imaging เพื่อช่วยให้แพทย์สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในระบบ EHR ได้ง่ายขึ้น

บูรณาการเนื้อหาในเอกสารบันทึกและภาพการแพทย์เข้าใน EHR workflow ร่วมกับการจัดหมวดหมู่เอกสารอัตโนมัติ จะช่วยให้เข้าถึงและวิเคราะห์ข้อมูลได้ง่ายขึ้น

การใช้ enterprise document management system (EDMS) และ intelligent document processing (IDP) ครอบคลุม entire medical record lifecycle

การมี single interface ในการค้นหาทบทวนเวชระเบียน รวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เข้าใน platform เดียวกัน

การใช้ patient portal เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงเวชระเบียนและผลการตรวจทดสอบของตนเอง ตลอดจนแชร์ข้อมูลกับหน่วยอื่น

10 Strategies to Improve Clinical Efficiency

1. Optimize physician time

2. Eliminate paperwork

3. Simplify health information management

4. Eliminate data silos and care blind spots

5. Enable better care through patient portals

6. Streamline patient intake

7. Enable better care collaboration

8. Use clinician-centered EHR design

9. Choose the right technology partners

10. Measure performance continuously

การลงทะเบียนและให้คำยินยอมผ่าน mobile phone ช่วยลดข้อขัดข้องในการรับผู้ป่วย

การจัดการความสัมพันธ์ของข้อมูล เอกสาร และกระบวนการบนแพลตฟอร์มเดียวกัน
การใช้เทคโนโลยีที่ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์แบบ real time

ออกแบบระบบ EHR โดยให้ความสำคัญกับความต้องการของแพทย์

เลือกพันธมิตรทางเทคโนโลยีที่เหมาะสม สามารถบูรณาการ solution ด้านเทคโนโลยีกับระบบที่มีอยู่แล้วได้

วัดผลการดำเนินการทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง มี regular audit & feedback loop

For Hospitals, the Road to “Net Zero” Begins with Reprocessing “Single-Use” Devices

Net Zero Begins with Extending the Life of “Single-Use” Medical Devices

Hospitals that use FDA-cleared, reprocessed medical devices reduce cost, waste, and greenhouse gas emissions. They strengthen our supply chain too. Find out how.

[In LINKEDIN](#)[TWITTER](#)[NEWSLETTER](#)

ขั้นตอนการดำเนินการ

Phase 1

- สำรวจรายการ SUDs ทั้งหมด
 - ราคาจัดซื้อหน่วยงานที่ใช้และผู้เกี่ยวข้อง
- แบ่งกลุ่ม SUDs เป็น **critical item, semi-critical item และ non critical items** (พร้อมรูปภาพของ SUDs)
- ทำ **unit cost** ในการ reprocessing (ประเมินความคุ้มค่า)

Phase 2

- แต่งตั้งคณะกรรมการ SUDs
- กำหนดนโยบายการนำ SUDs กลับมาใช้ซ้ำ
 - ทำทะเบียนควบคุม SUDs (**tracking system**)
 - ระบุข้อกำหนด function การใช้งาน (หน่วยงานที่ใช้ร่วมกับ CSSD)
 - ระบุจำนวนครั้งที่จะใช้ซ้ำ (ทดลองเก็บข้อมูลจากโครงการนำร่อง)
 - การทำความสะอาดและการตรวจสอบอย่างละเอียดทุกอุปกรณ์ หรือ จัดทำเป็นกลุ่ม family
 - การติดตามการใช้งานกับผู้ป่วยที่ใช้ SUDs เพื่อดู adverse event

ขั้นตอนการดำเนินการ

Phase 3

- เลือกหน่วยงานนำร่อง
- ทดลองปฏิบัติในหน่วยงานนำร่อง

Phase 4

- ประเมินผล และขยายผลในการปฏิบัติไปยังหน่วยงานอื่น ๆ

ตัวอย่างข้อมูลที่ควรมีเพื่อใช้ในการจัดการและขึ้นทะเบียน

ลำดับ	หน่วยงาน	หมายเลขอุปกรณ์	รายการ	ราคาชิ้น, อัน	ค่า Repr ocess (บาท)	จำนวนครั้ง reuse	จำนวน การใช้ Re- use/ เลื่อน	ประเภท	Functionการใช้ สำหรับผ่าตัด	ขั้นตอน การทำ ความ สะอาด(A)	วิธีตรวจสอบการทำงาน (Function) (C&D)
15	OR	OR15	Disposable irrigate cassette	3,500	400	4	4	critical	ดัดสายส่งน้ำล่อ กับด้ามมือถือเพื่อ ดัดเนื้อเยื่อในโพรง จมูก	1,6,7,8	C1-2 D1,4,6
16	OR	OR16	Trocar 5-10mm	4,494	560	3	120	critical	เป็นด้ามนำในการ แทงเข้าผิวหนัง ผู้ป่วยเพื่อใส่ เครื่องมือ Lap	2,3,4,5,6, 7,8	C1-4 D1,2,3,6
17	OR	OR17 A	Curve dissector	6,527	560	5	180	critical	เป็นด้ามจับเนื้อเยื่อ, ดัดชิ้นเนื้อในการ ทำผ่าตัดLap	3,4,7,8	C1-4 D1,6

ขั้นตอนการทำความสะอาด Single Use Device เพื่อการ Reuse

1. เช็ดทำความสะอาดพื้นผิวเครื่องมือ/ อุปกรณ์ภายนอก
2. ถอดแยกชิ้นส่วนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่สามารถถอดออกได้ (เช่น trocar ที่เป็น single use ของบางบริษัท ก็สามารถถอดได้บางส่วน)
3. แช่อุปกรณ์/เครื่องมือในน้ำผสมสารทำความสะอาดเอนไซม์ ใช้เวลาตาม IFU ของบริษัทที่ทาง รพ ใช้ซึ่งคำแนะนำก็อิงตามลักษณะคราบสิ่งสกปรก ถ้าฝังแน่นนาน ก็ใช้เวลาแช่นาน (เช่น 10 นาที)
4. ขัดถูทำความสะอาดใต้น้ำด้วยแปรงขนนุ่ม/ ฟองน้ำ ทุกซอกมุมจนไม่พบคราบเปื้อนใด ๆ หรือใส่ไว้ในเครื่อง ultrasonic
5. ใส่ Guide ชนิดที่มีขนแปรงพอเหมาะกับรู แขนงเข้า-ออก ภายในท่อจนไม่พบคราบสกปรก
6. ใช้ Syringe 20 ml ดูดน้ำยาเอนไซม์ดันผ่านท่อด้านในอย่างน้อย 4-5 ครั้งและตามด้วยน้ำสะอาดอย่างน้อย 4-5 ครั้ง
7. ล้างทำความสะอาดออกด้วยน้ำจนสะอาด



An initiative of the ABIM Foundation

American Geriatrics Society



Leading Change. Improving Care for Older Adults.

Ten Things Clinicians and Patients Should Question

1

Don't recommend percutaneous feeding tubes in patients with advanced dementia; instead offer oral assisted feeding.

Careful hand feeding for patients with severe dementia is at least as good as tube feeding for the outcomes of death, aspiration pneumonia, functional status and patient comfort. Food is the preferred nutrient. Tube feeding is associated with agitation, increased use of physical and chemical restraints and worsening pressure ulcers.

2

Don't use antipsychotics as the first choice to treat behavioral and psychological symptoms of dementia.

People with dementia often exhibit aggression, resistance to care and other challenging or disruptive behaviors. In such instances, antipsychotic medicines are often prescribed, but they provide limited and inconsistent benefits, while posing risks, including over sedation, cognitive worsening and increased likelihood of falls, strokes and mortality. Use of these drugs in patients with dementia should be limited to cases where non-pharmacologic measures have failed and patients pose an imminent threat to themselves or others. Identifying and addressing causes of behavior change can make drug treatment unnecessary.

3

Avoid using medications other than metformin to achieve hemoglobin A1c <7.5% in most older adults; moderate control is generally better.

There is no evidence that using medications to achieve tight glycemic control in most older adults with type 2 diabetes is beneficial. Among non-older adults, except for long-term reductions in myocardial infarction and mortality with metformin, using medications to achieve glycated hemoglobin levels less than 7% is associated with harms, including higher mortality rates. Tight control has been consistently shown to produce higher rates of hypoglycemia in older adults. Given the long time frame to achieve theorized microvascular benefits of tight control, glycemic targets should reflect patient goals, health status and life expectancy. Reasonable glycemic targets would be 7.0 – 7.5% in healthy older adults with long life expectancy, 7.5 – 8.0% in those with moderate comorbidity and a life expectancy < 10 years, and 8.0 – 9.0% in those with multiple morbidities and shorter life expectancy.

4

Don't use benzodiazepines or other sedative-hypnotics in older adults as first choice for insomnia, agitation or delirium.

Large-scale studies consistently show that the risk of motor vehicle accidents, falls and hip fractures leading to hospitalization and death can more than double in older adults taking benzodiazepines and other sedative-hypnotics. Older patients, their caregivers and their providers should recognize these potential harms when considering treatment strategies for insomnia, agitation or delirium. Use of benzodiazepines should be reserved for alcohol withdrawal symptoms/delirium tremens or severe generalized anxiety disorder unresponsive to other therapies.

5

Don't use antimicrobials to treat bacteriuria in older adults unless specific urinary tract symptoms are present.

Cohort studies have found no adverse outcomes for older men or women associated with asymptomatic bacteriuria. Antimicrobial treatment studies for asymptomatic bacteriuria in older adults demonstrate no benefits and show increased adverse antimicrobial effects. Consensus criteria has been developed to characterize the specific clinical symptoms that, when associated with bacteriuria, define urinary tract infection. Screening for and treatment of asymptomatic bacteriuria is recommended before urologic procedures for which mucosal bleeding is anticipated.

6

Don't prescribe cholinesterase inhibitors for dementia without periodic assessment for perceived cognitive benefits and adverse gastrointestinal effects.

Although some randomized control trials suggest that cholinesterase inhibitors may improve cognitive testing results, it is unclear whether these changes are clinically meaningful. It is uncertain whether these medicines delay institutionalization, improve quality of life or lessen caregiver burden. No studies have investigated benefits beyond a year nor clarified the risks and benefits of long-term therapy. Clinicians, patients and their caregivers should discuss treatment goals of practical value that can be easily assessed and the nature and likelihood of adverse effects before beginning a trial of Cholinesterase inhibitors. If the desired effects (including stabilization of cognition) are not perceived within 12 weeks or so, the inhibitors should be discontinued.

7

Don't recommend screening for breast, colorectal, prostate or lung cancer without considering life expectancy and the risks of testing, overdiagnosis and overtreatment.

Cancer screening is associated with short-term risks, including complications from testing, overdiagnosis and treatment of tumors that would not have led to symptoms. For prostate cancer, 1,055 older men would need to be screened and 37 would need to be treated to avoid one death in 11 years. For breast and colorectal cancer, 1,000 older adults would need to be screened to prevent one death in 10 years. For lung cancer, much of the evidence for benefit from low dose CT screening for smokers is from healthier, younger patients under age 65. Further, although screening 1,000 persons would avoid four lung cancer deaths in six years, 273 persons would have an abnormal result requiring 36 to get an invasive procedure with eight persons suffering complications.

8

Avoid using prescription appetite stimulants or high-calorie supplements for treatment of anorexia or cachexia in older adults; instead, optimize social supports, discontinue medications that may interfere with eating, provide appealing food and feeding assistance, and clarify patient goals and expectations.

Unintentional weight loss is a common problem for medically ill or frail elderly. Although high-calorie supplements increase weight in older people, there is no evidence that they affect other important clinical outcomes, such as quality of life, mood, functional status or survival. Use of megestrol acetate results in minimal improvements in appetite and weight gain, no improvement in quality of life or survival, and increased risk of thrombotic events, fluid retention and death. In patients who take megestrol acetate, one in 12 will have an increase in weight and one in 23 will have an adverse event leading to death. The 2012 AGS Beers criteria lists megestrol acetate and cyproheptadine as medications to avoid in older adults. Systematic reviews of cannabinoids, dietary polyunsaturated fatty acids (DHA and EPA), thalidomide and anabolic steroids have not identified adequate evidence for the efficacy and safety of these agents for weight gain. Mirtazapine is likely to cause weight gain or increased appetite when used to treat depression, but there is little evidence to support its use to promote appetite and weight gain in the absence of depression.

9

Don't prescribe a medication without conducting a drug regimen review.

Older patients disproportionately use more prescription and non-prescription drugs than other populations, increasing the risk for side effects and inappropriate prescribing. Polypharmacy may lead to diminished adherence, adverse drug reactions and increased risk of cognitive impairment, falls and functional decline. Medication review identifies high-risk medications, drug interactions and those continued beyond their indication. Additionally, medication review elucidates unnecessary medications and underuse of medications, and may reduce medication burden. Annual review of medications is an indicator for quality prescribing in vulnerable elderly.

10

Don't use physical restraints to manage behavioral symptoms of hospitalized older adults with delirium.

Persons with delirium may display behaviors that risk injury or interference with treatment. There is little evidence to support the effectiveness of physical restraints in these situations. Physical restraints can lead to serious injury or death and may worsen agitation and delirium. Effective alternatives include strategies to prevent and treat delirium, identification and management of conditions causing patient discomfort, environmental modifications to promote orientation and effective sleep-wake cycles, frequent family contact and supportive interaction with staff. Nursing educational initiatives and innovative models of practice have been shown to be effective in implementing a restraint-free approach to patients with delirium. This approach includes continuous observation; trying re-orientation once, and if not effective, not continuing; observing behavior to obtain clues about patients' needs; discontinuing and/or hiding unnecessary medical monitoring devices or IVs; and avoiding short-term memory questions to limit patient agitation. Pharmacological interventions are occasionally utilized after evaluation by a medical provider at the bedside, if a patient presents harm to him or herself or others. If physical restraints are used, they should only be used as a last resort, in the least-restrictive manner, and for the shortest possible time.

2

Don't let older adults lie in bed or only get up to a chair during their hospital stay.

Up to 65% of older adults who are independent in their ability to walk will lose their ability to walk during a hospital stay. Walking during the hospital stay is critical for maintaining functional ability in older adults. Loss of walking independence increases the length of hospital stay, the need for rehabilitation services, new nursing home placement, risk for falls both during and after discharge from the hospital, places higher demands on caregivers and increases the risk of death for older adults. Bed rest or limited walking (only sitting up in a chair) during a hospital stay causes deconditioning and is one of the primary factors for loss of walking independence in hospitalized older adults. Older adults who walk during their hospital stay are able to walk farther by discharge, are discharged from the hospital sooner, have improvement in their ability to independently perform basic activities of daily living, and have a faster recovery rate after surgery.

3

Don't use physical restraints with an older hospitalized patient.

Restraints cause more problems than they solve, including serious complications and even death. Physical restraints are most often applied when behavioral expressions of distress and/or a change in medical status occur. These situations require immediate assessment and attention, not restraint. Safe, quality care without restraints can be achieved when multidisciplinary teams and/or geriatric nurse experts help staff anticipate, identify and address problems; family members or other caregivers are consulted about the patient's usual routine, behavior and care; systematic observation and assessment measures and early discontinuation of invasive treatment devices are implemented; staff are educated about restraints and the organizational culture and structure support restraint-free care.

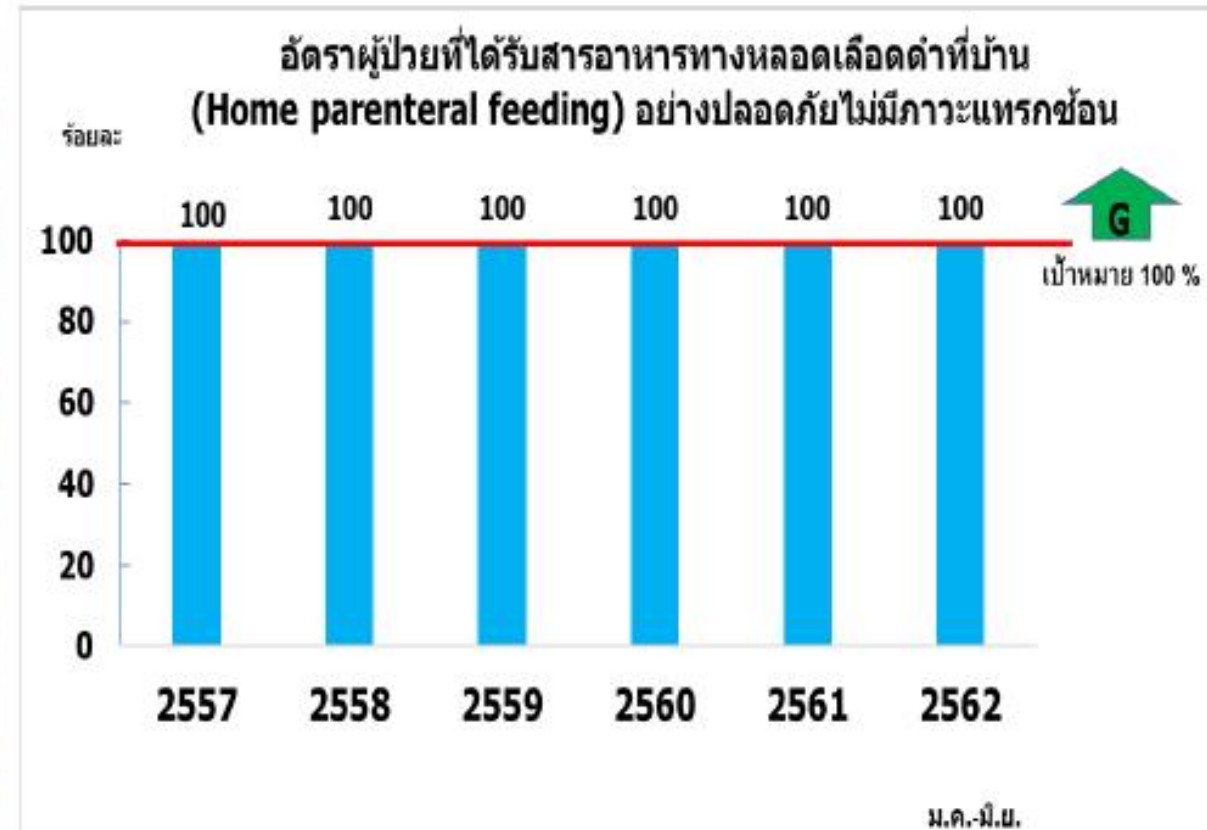
4

Don't wake the patient for routine care unless the patient's condition or care specifically requires it.

Studies show sleep deprivation negatively affects breathing, circulation, immune status, hormonal function and metabolism. Sleep deprivation also impacts the ability to perform physical activities and can lead to delirium, depression and other psychiatric impairments. Multiple environmental factors affect a hospitalized person's ability for normal sleep. Factors include noise, patient care activities and patient-related factors such as pain, medication and co-existing health conditions.

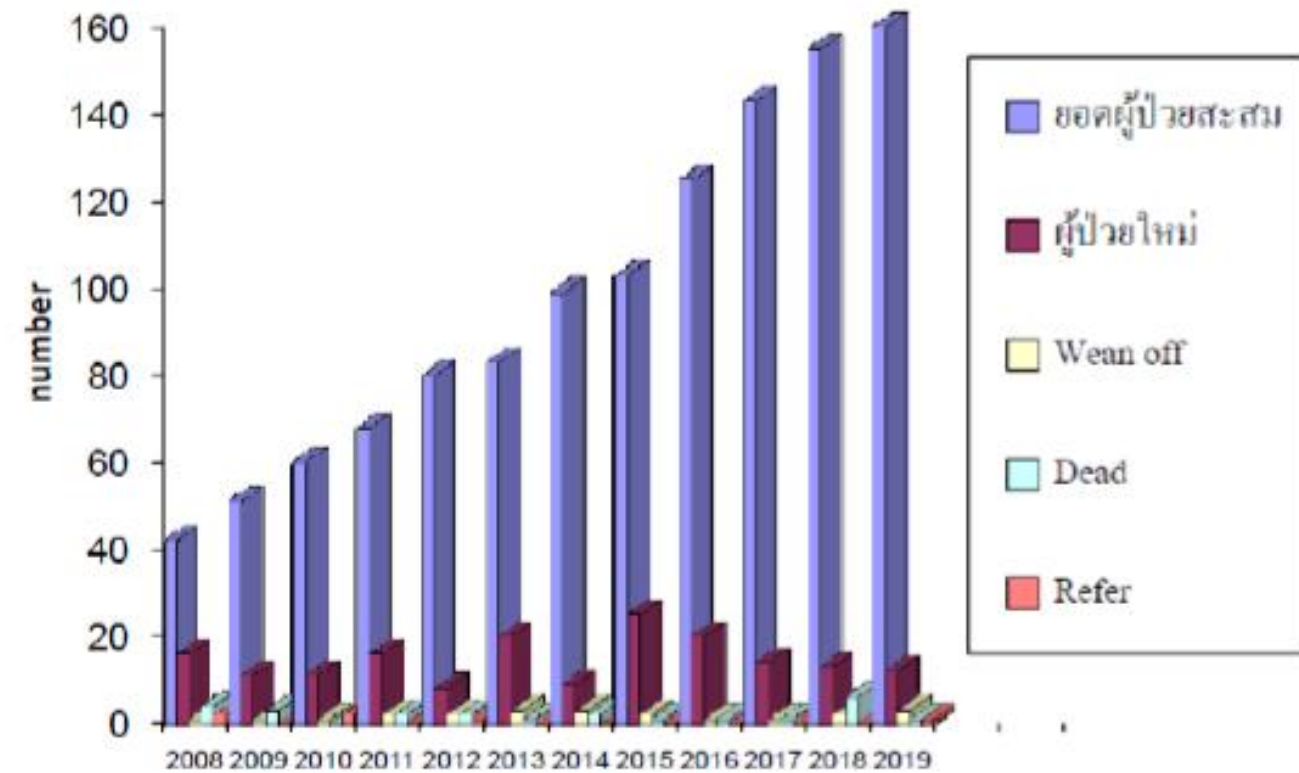


- เปลี่ยนชีวิตผู้ป่วยที่ต้องนอน รพ. ตลอดชีวิต ไปสู่ชีวิตครอบครัว
- อัตราการเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาไม่แตกต่างแบบ IPD
- ลดวันนอน(เตียง)แก่ผู้ป่วย acute case รายอื่น



Home Mechanical Ventilator

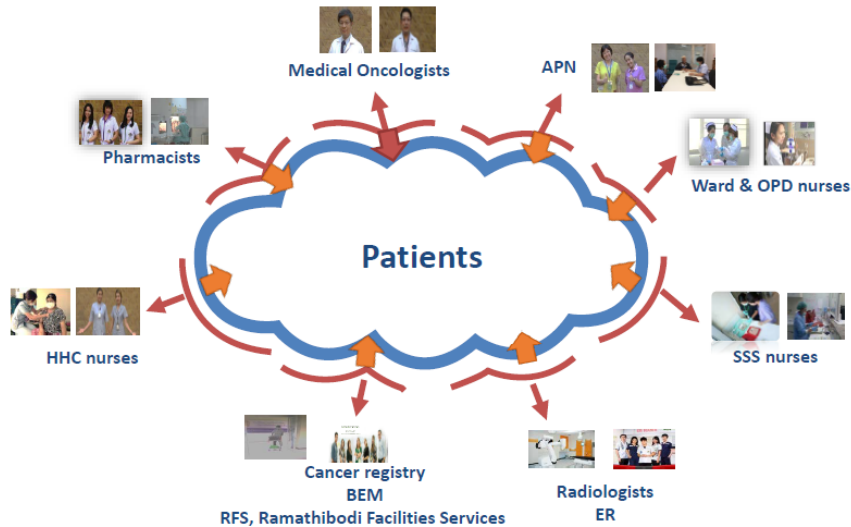
สถิติผู้ป่วยเด็กที่ใช้ Home ventilator (2008-2019)



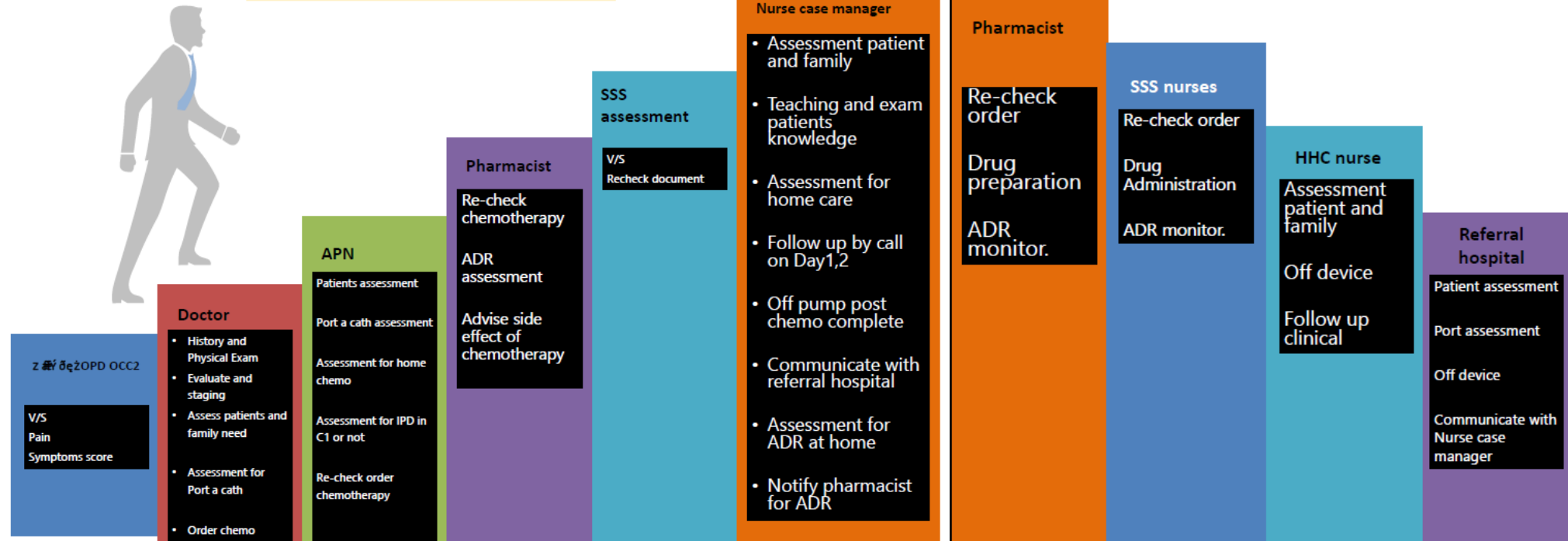
Train her to be her own carer

Home Chemotherapy

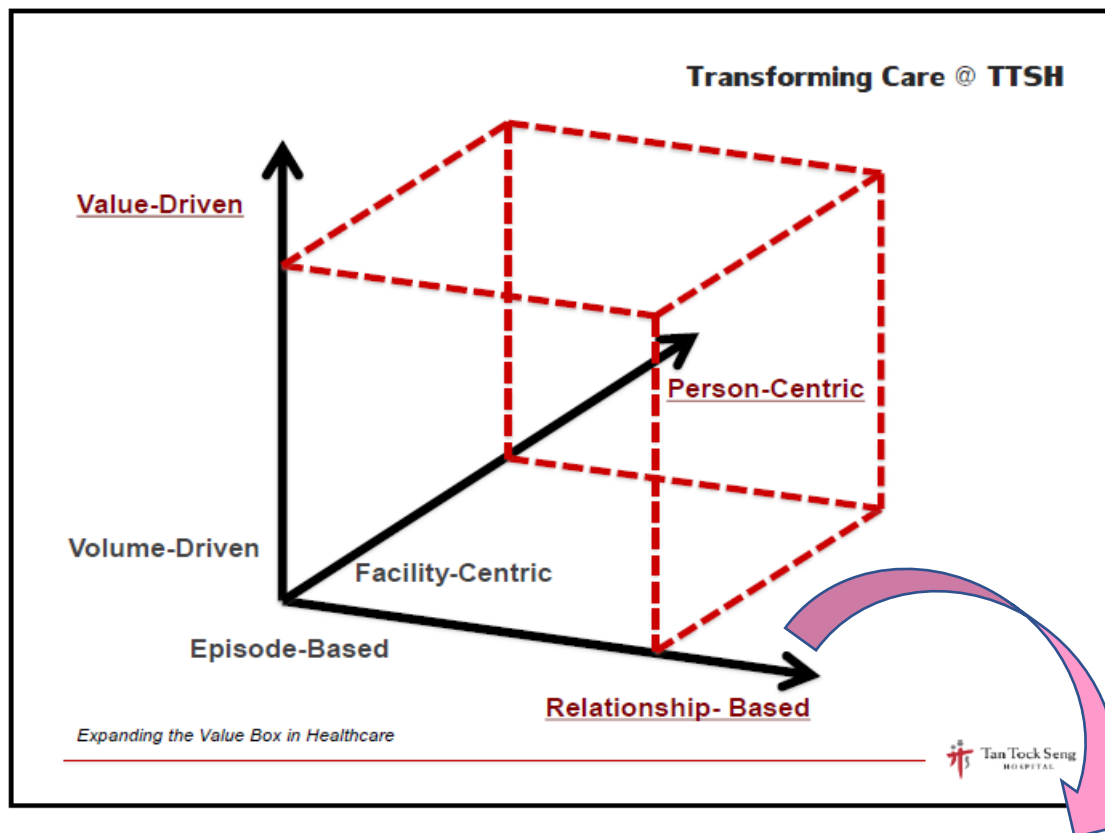
รพ.รามธิบดี



Workflow of RHCM



Transforming Care at Tan Tock Seng Hospital



**Transition of Care along the Continuum
Population Health**

Core Skills Nurses for VBHC

Advanced education (formal & informal)

Continuous Learning

- **Mentor/coach**
- **New learning method (simulation, national initiatives, learn from other industries)**

Proficiency in technology

- **Use to establish & maintain relationship**
- **Share best practice, improve patient safety, eliminate waste**

Building relationship

- **Beyond the hospitals, collaborate with partners**

Community leadership

Performance-driven business

- **Clinical value analysis**
- **Lean-> reduce waste, inefficiency, & cost**

Emotional Intelligence (motivate & engage staff -> collaboration)

Flexibility & adaptability

Roles of Nurses in the New Era

Advocate patient to manage their health proactively

- Communication their care plan & expectation
- Engage patient for lifestyle change
- Identify potential pitfall
- Establish communication

Create **better workflow & practice**

Smart use of **digital tools**

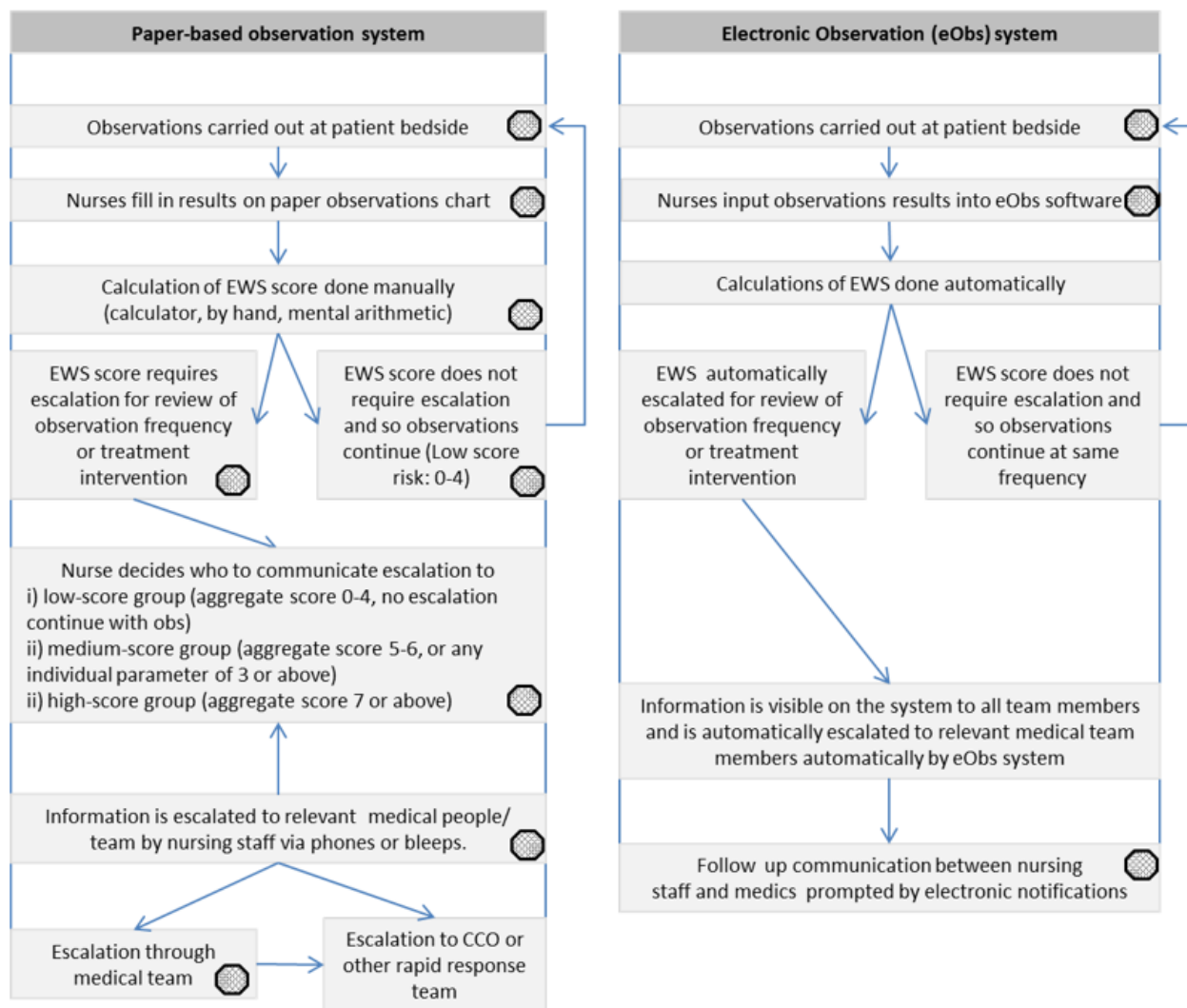
- Integrate valuable data
- Coordinate care
- Clinical decision support
- As resources to educate, engage, empower, motivate patients

Observation Chart & Early Warning System

Respiratory Rate (breaths/min)	>37
	36
	31-35
	21-30
	9-20
	5-8
	<4
O₂ Flow Rate (L/min)	>5
	1-5
	<1
O₂ Saturation (%)	>=93
	90-92
	85-89
	<=84
Heart Rate (beats/min)	Write >=140
	130s
	120s
	110s
	100s
	90s
	80s
	70s
	60s
	50s
	40s
	If heart rate >=240
	Write value in box

[illegible]

Electronic Patient Bedside Observation



⊗ = indicates opportunity for error to occur in information processing or communication

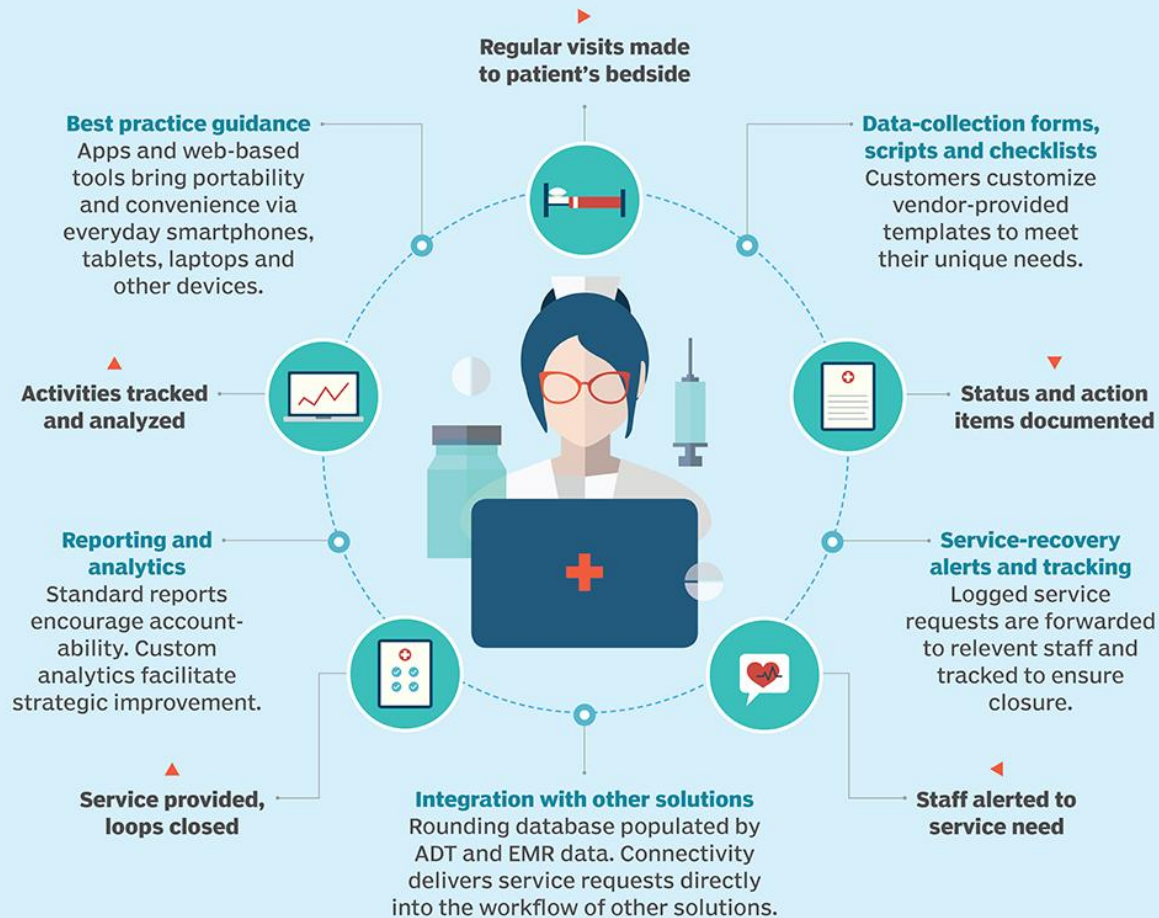
Electronic Patient Observations

Open Source and Open Standards

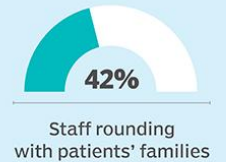
Key features:

- Capturing of vital signs and clinical risk indicators
- **Automated alerts, monitoring and scheduling**
- Bedside or community use with mobile devices
- Observations stored in real time
- Multi-level access control
- Open Source and Open Standards
- Customisable to specific needs and requirements
- National Early Warning Scores (NEWS)
- Traffic light system to indicate risk levels
- Full patient details available with one touch

Digital Rounding



USE CASES FOR DIGITAL ROUNDING TOOL



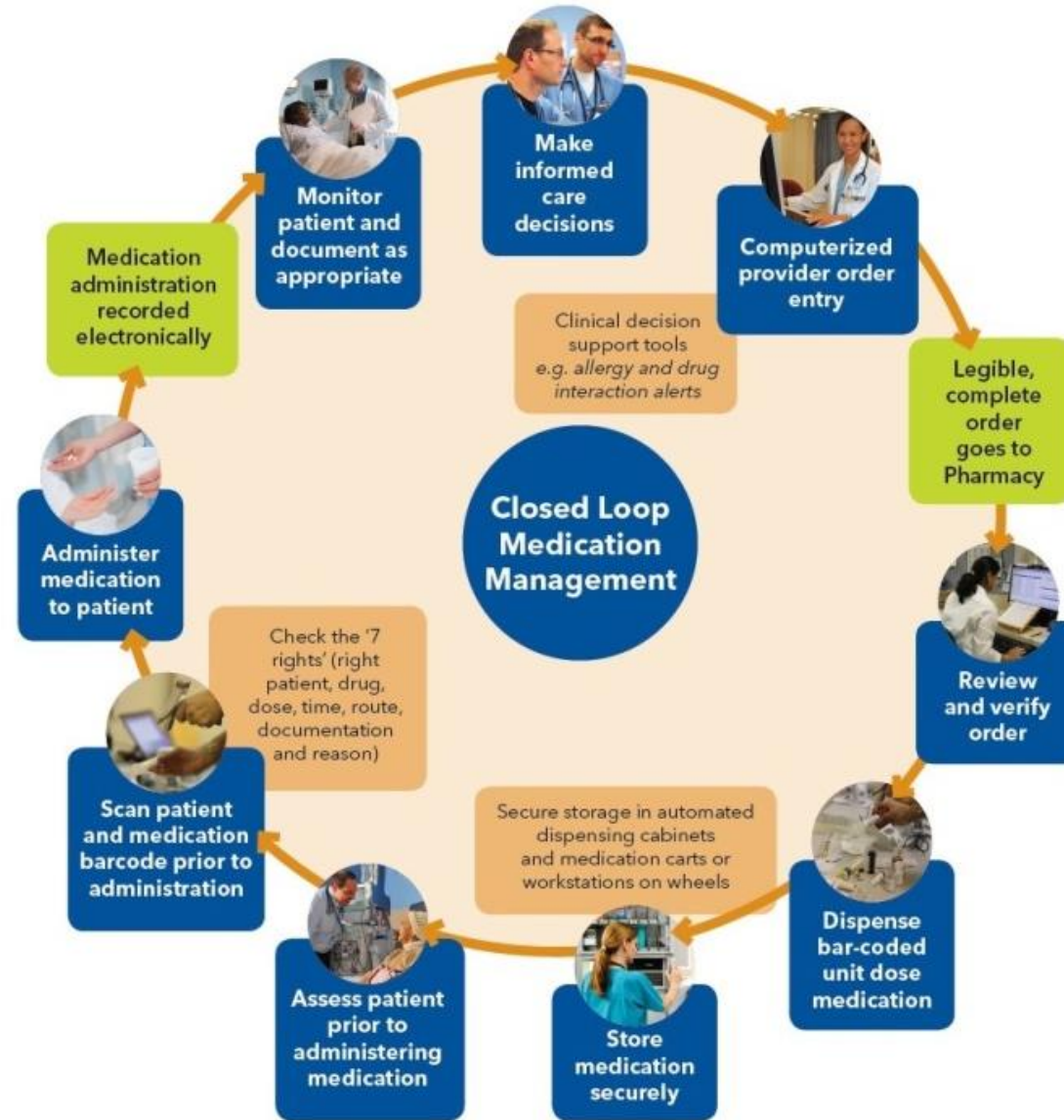
TOP TEN MOST MEANINGFUL OUTCOMES ACHIEVED



THE STATE OF DIGITAL ROUNDING

TODAY	FUTURE
Simple	Complex
Few use cases	Many use cases
Technology facilitates existing processes	Technology facilitates creation of new processes
Standard templates and reports	Custom scripts and reports
Little integration	Lots of integration
Customer service fills gaps	Customer service augments tools
Manual workarounds, vendor help	Vendor-enabled self-service

Closed Loop Medication Management



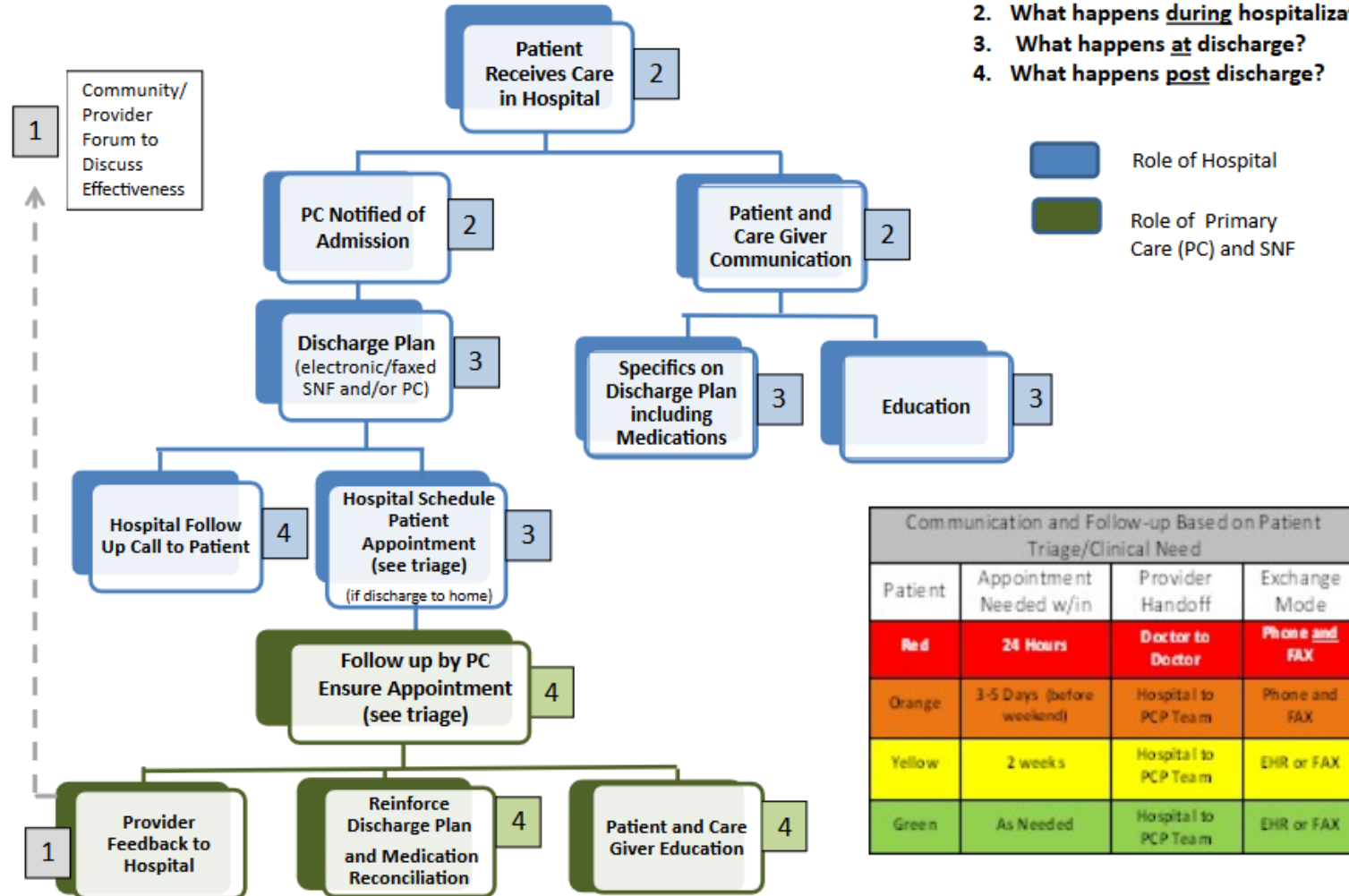
ระบบข้อมูลที่ต่อเชื่อมกัน

SMOOTH COMMUNICATIONS OVERVIEW

Cohesive plan of care between transitions
at arrival and discharge from the hospital
(Stays more than 24 hours)

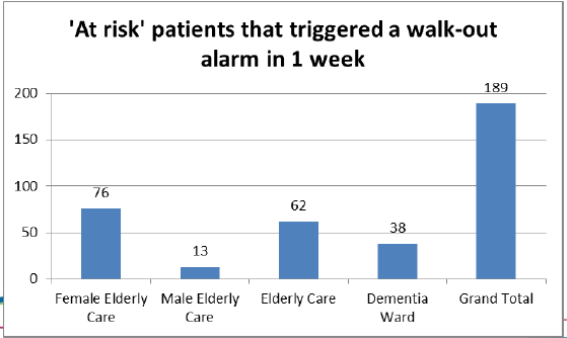
DRAFT

1. What happens prior to hospital care?
2. What happens during hospitalization?
3. What happens at discharge?
4. What happens post discharge?

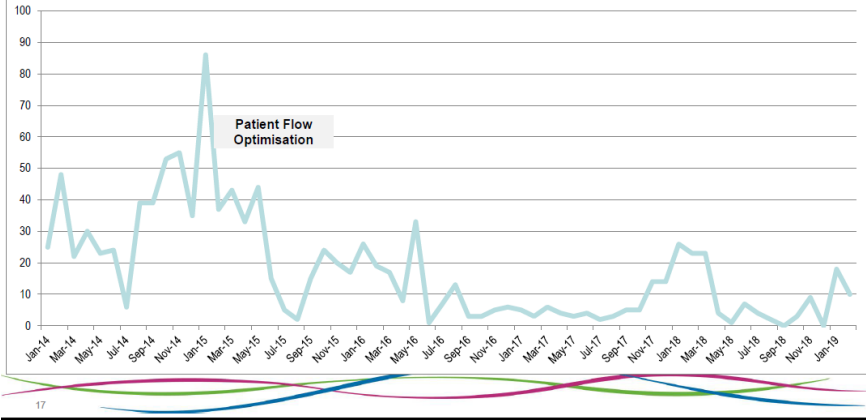


Real-Time Locating System (STLS)

Patient flow & safety together



Cancelled Operations due to Bed Shortages Jan 2014 – Feb 2019



Digital Narrative Medicine (DNM)



DNM IS THE FIRST DIGITAL PLATFORM DESIGNED ENTIRELY TO DEVELOP NARRATIVE MEDICINE PROGRAMS.

DNM IS A DIGITAL DIARY WHICH ALLOWS PATIENT TO SHARE THEIR STORIES WITH CAREGIVERS, USING A GUIDED PATH OF NARRATIVE PROMPTS

DNM TRANSFORMS THE CURRENT PATIENT DIGITAL EMPOWERMENT PROCESS INTO A RESOURCE FOR TREATMENT GUIDED BY DOCTORS.

DNM is a digital diary which allows patient to share their stories with caregivers using a guided path of narrative prompts.

Expecting Timeline for Adopting Digital Technology At Scale

Deloitte.

(/us/en.html)

Utility still being explored

- Blockchain
- Virtual/augmented reality
- Digital assistants and voice recognition

Ready for near-term adoption

- E-consent
- Patient-reported outcomes captured using mobile devices
- Risk-based site monitoring
- Technology-based medication adherence solutions
- Assessing feasibility of protocol using multiple data sources

Next in line

- eSource (electronic recording and integration of all findings, observations, or other trial activities)
- Mine EHRs and patient records to assess protocol feasibility and target patients
- Workflow automation of some routine activities
- *Partially* virtual trials
- Digital biomarkers as *secondary endpoints*
- Natural language processing to produce patient safety narratives

Advanced technologies

- Synthetic and in-silico trials
- Artificial intelligence to analyze and interpret unstructured information from other studies and data
- Cognitive technologies to clean and analyze trial data
- *Completely* virtual trials
- Digital biomarkers as *primary endpoints*
- Natural language processing to perform more complex medical writing activities

Now

3 years

5 years

10 years



Clinical Effectiveness & Outcome Measurement

คู่มือ: Clinical Effectiveness

องค์ประกอบสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ
Evidence-based	Clinical appraisal, CPG, CareMap, Clinical audit
Care integration	Care integration design (by medical condition) Care implementation Care team Finance & incentive
Outcome measurement	Clinical outcome, Functional outcome PREM (patient's reported experience measure) PROM (patient's reported outcome measure)
Safety management	Risk management process Learning from incident Learning from daily operation
Digital technology	E-bedside observation & monitoring of clinical deterioration Digital rounding Closed loop medication management Communication between level of care

การดูแลด้านความเจ็บป่วยนั้นอาจพิจารณาองค์ประกอบต่อไปนี้

- ความเหมาะสมทางด้านวิชาการแพทย์ โดยใช้ evidence-based practice
- การออกแบบระบบบริการในลักษณะบูรณาการโดยยึดเอา medical condition เป็นตัวตั้ง
- การวัดผลลัพธ์ทั้งด้านคลินิก ด้าน functional และส่วนที่ผู้ป่วยรายงานผล (patient reported)
- การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย
- การใช้ digital technology เพื่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความปลอดภัย

1. Encourage Evidence-based Practices

1. Make Evidence Readily Accessible and Visible

- "The EBP Cheat Sheet / QR Code Quick Link"
- "Digital Library Shortcut"

2. Integrate Evidence into Daily Conversations & Rituals (Normalize Discussion)

- "The Evidence Question of the Day": อะไรคือ recommended first line treatment for..
- "Journal Club Micro-Dose" 5-10 Min

3. Promote Peer-to-Peer Learning and Constructive Challenge

- "The 'What's the Evidence?' Challenge"
- "Clinical Conundrum Corner" มุมปริศนา clinical dilemma

4. Standardize & Simplify Best Practices (Make it Easy to Do the Right Thing)

- "Best Practice Visual Reminders"
- "The 'Pre-Shift Best Practice Check'"

5. Leadership as Evidence Champions: ผู้นำเล่าเรื่องของทีมหรือตั้งคำถามหา evidence

Clinical Pathway Management Tools

Tools to standardize best-practice workflows across the patient journey

- Clinical Pathway Design
- Standard Operating Procedures (SOPs)
- Checklists and Order Sets
- Clinical Decision Support Systems (CDSS)
- Prehabilitation/Rehabilitation Programs

2. Care Integration Design

- จัดบริการโดยใช้กลุ่มของ **medical condition** เป็นตัวตั้ง
 - **medical condition**) เป็นชุดของสภาวะการณ์ทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน และควรได้รับการดูแลในลักษณะที่บูรณาการ
 - กำหนดจากมุมมองของผู้ป่วย
 - เกี่ยวข้องกับสาขาและบริการ**มากกว่าหนึ่ง**
- ดูแลครบ **full cycle of care** รวมทั้งการเจ็บป่วยร่วมและภาวะแทรกซ้อน
- ดูแลโดยทีมสหวิชาชีพที่ทุ่มเท และร่วมมือกับพันธมิตร
- มีสถานที่เฉพาะที่เหมาะสม
- มีแพทย์หรือ **care manager** เป็นผู้กำกับดูแล
- มีการวัด **outcome, cost, process, patient experience** โดยใช้ **common platform**



ควรจัดระบบบริการผ่าน
Integrated Practice Units (IPUs) โดยยึดเอาสภาวะหรือกลุ่มของสภาวะที่สัมพันธ์กัน ต้องใช้ทีมลักษณะเดียวกัน และมีกระบวนการดูแลคล้ายกัน

จัดบริการโดยใช้หลัก Care Integration

Care Process Implementation

- จัดทำ process mapping / protocols ที่ชัดเจน พร้อมระบุตำแหน่งของจุดบริการเฉพาะ
- มีกระบวนการ handover ที่รัดกุม
- มีกำหนดเวลาที่ชัดเจน
- มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ
- มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้เชี่ยวชาญภายนอกในสาขาที่เกี่ยวข้อง
- มีวัฒนธรรมของความร่วมมือและการเรียนรู้

Role of Meeting

- Case management meetings เพื่อวางแผนการดูแล
- Difficult case reviews
- Outcome review & improvement processes
- Literature workshops

Finance & Incentive

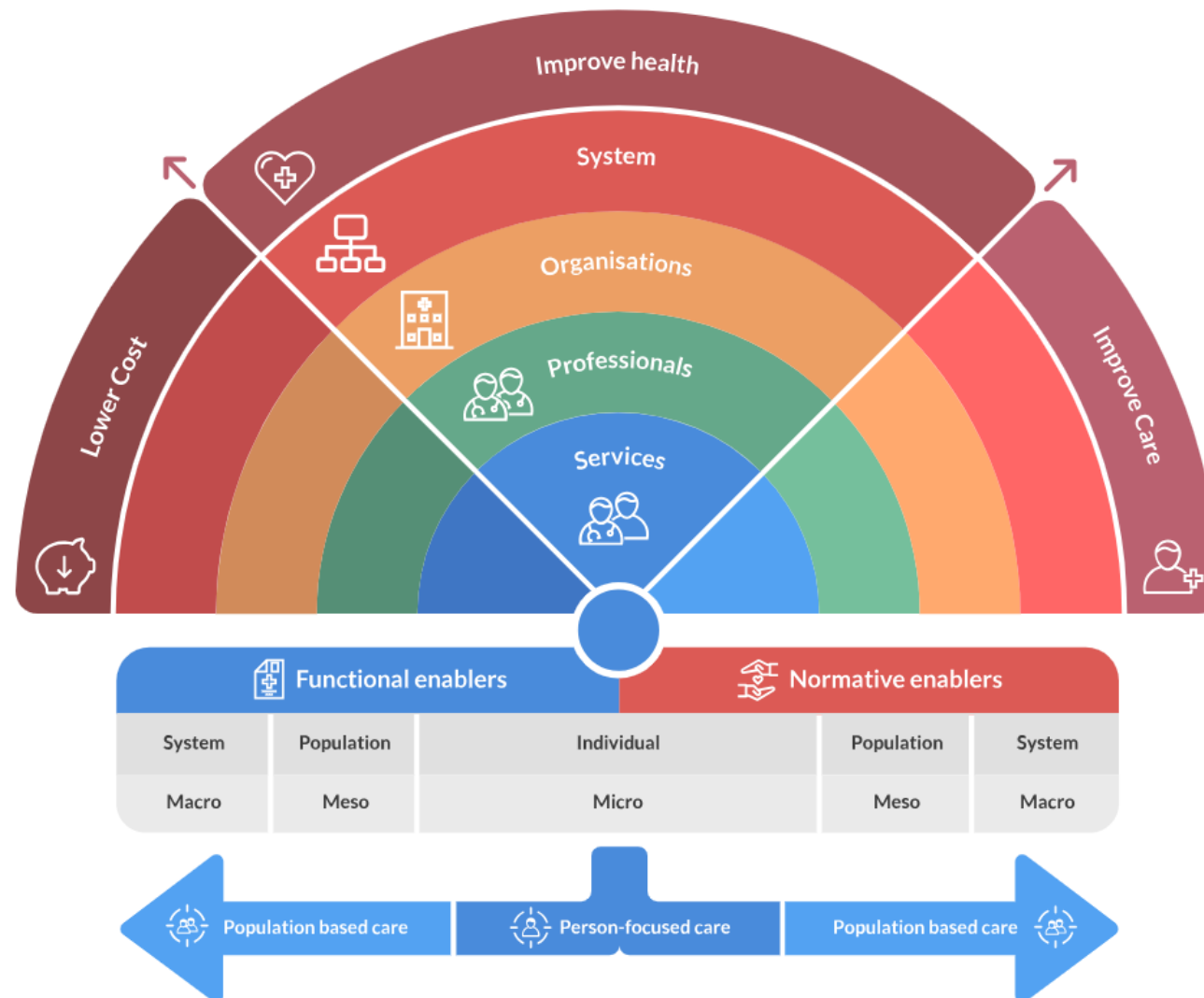
- มีระบบการจ่ายเงินกลางระบบเดียว
- การจ่ายสะท้อนเป้าหมายของทีมที่เป็นคุณค่า มิใช่ปริมาณ

Care Coordination & Integration Tools

Tools to promote continuity and integration across providers, setting, and time

- Integrated Practice Units (IPUs)
- Multidisciplinary Teams (MDTs)
- Care Navigators / Case Managers
- Shared Care Plans
- Transition-of-Care Protocols
- Referral Management Systems

Rainbow Model for Integrated Care (RMIC)



Rainbow Model for Integrated Care (RMIC)



Person-centred care

มุ่งเน้นไปที่ความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย แทนที่จะมุ่งเน้นไปที่โรค. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังสามารถทำอะไรได้บ้าง? จะทำอย่างไรให้ชีวิตของพวกเขา น่าอยู่ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้? ต้องอาศัยความร่วมมือรูปแบบใหม่ระหว่างผู้กำกับดูแล ผู้จ่ายเงิน รัฐบาล และรวมถึงตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย

Population-centred care

มุ่งเน้นไปที่ประชากรหรือกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ. ดุลสุขภาพด้วยต้นทุนที่ต่ำที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยการตอบสนองความต้องการด้านการดูแลสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง. ผู้ให้บริการจะต้องรับผิดชอบต่อคุณภาพและต้นทุนของการดูแลที่พวกเขาให้บริการร่วมกัน. ซึ่งจำเป็นต้องมีการจัดการข้อมูลที่ทันสมัย. ต้องมีรูปแบบธุรกิจใหม่เพื่อจัดหาเงินทุนสำหรับการดูแลสุขภาพในลักษณะที่เชื่อมโยงกัน. ในทางกลับกัน จำเป็นต้องมีวิธีการใหม่ๆ ในการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง.

Rainbow Model for Integrated Care (RMIC)

Functional Enablers

เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) มีบทบาทสำคัญ. ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพจำเป็นต้องมี insight เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพและค่าใช้จ่าย เพื่อให้มั่นใจว่าพวกเขาสามารถบรรลุเป้าหมายสามประการ (Triple Aim) ได้.

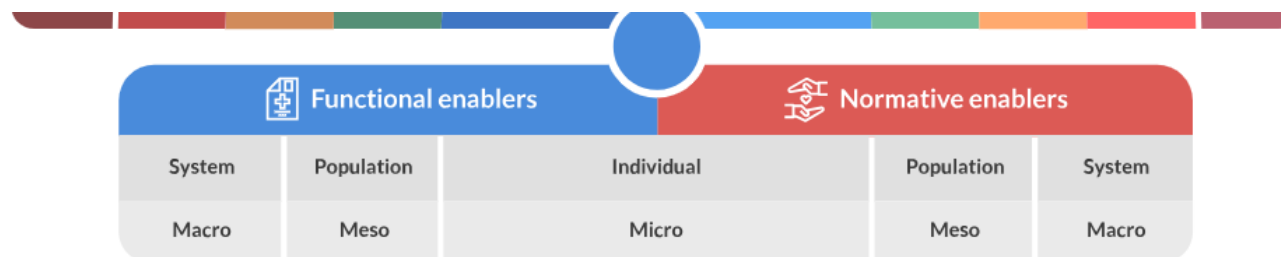
นโยบายแบบบูรณาการเกี่ยวกับการฝึกอบรม การเงิน การคลัง และคุณภาพก็มีความสำคัญอย่างยิ่งยวดต่อการบรรลุเป้าหมายสามประการ. ข้อมูลในหัวข้อเหล่านี้ช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถให้บริการดูแลสุขภาพที่มีคุณค่าได้ตลอดทั้งระบบนิเวศของการป้องกันโรค การดูแลสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี.

Normative Enablers

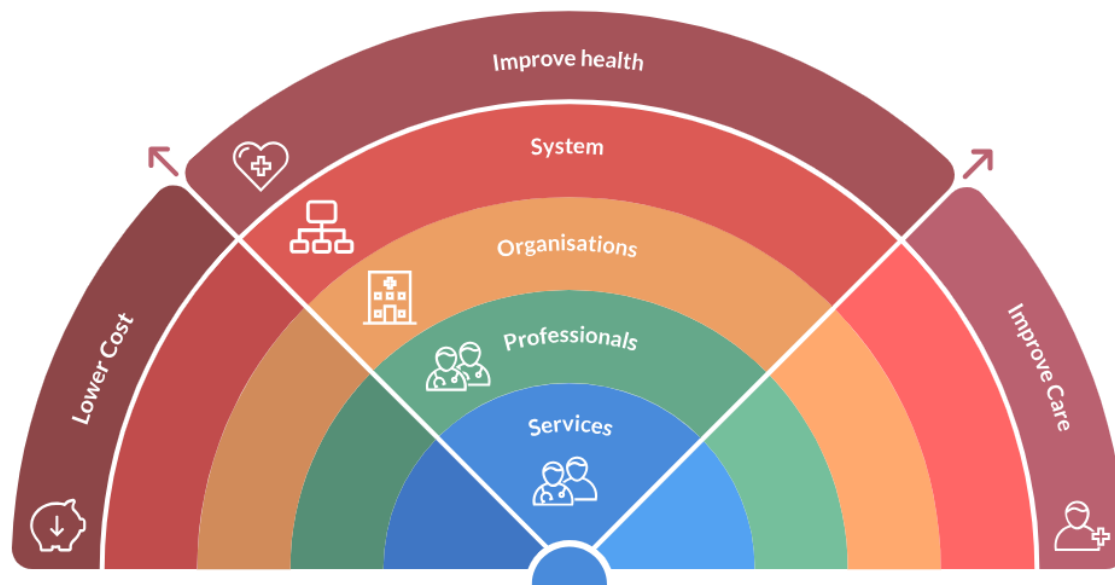
วัฒนธรรมอาจเป็นรากฐานที่สำคัญที่สุดสำหรับความสำเร็จ.

Shared ambitions and trust เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการนำพาทุกคนทั้งในและนอกองค์กรให้ก้าวไปในทิศทางเดียวกัน. เพราะคุณจะสามารถสร้างคุณค่าที่แท้จริงได้ก็ต่อเมื่อคุณคำนึงถึงผลประโยชน์ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง.

ความท้าทาย: ความสำเร็จของการทำงานร่วมกันขึ้นอยู่กับ mutual ambitions และความกล้าที่จะแบ่งปันผลประโยชน์ขององค์กรกับองค์กรอื่น.



Rainbow Model for Integrated Care (RMIC)



Services

การดูแลที่ให้จะเพียงพอเมื่อเหมาะสมกับผู้รับการดูแลนั้น. ดังนั้น จุดเน้นจึงต้องอยู่ที่ผู้ป่วยอยู่เสมอ. สิ่งสำคัญคือผู้ดูแลต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยสามารถทำอะไรได้ด้วยตนเอง และครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนบ้านสามารถช่วยเหลือได้อย่างไร. การดูแลสุขภาพจะกลายเป็นเรื่องส่วนบุคคลเมื่อผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างจริงจังและการรักษาต่างๆ ได้รับการประสานงานอย่างดี. ดังนั้น **แผนการดูแลส่วนบุคคลที่บ้าน** (personal home care plan) ซึ่งทุกคนสามารถเข้าถึงได้จึงมีประโยชน์อย่างมาก.

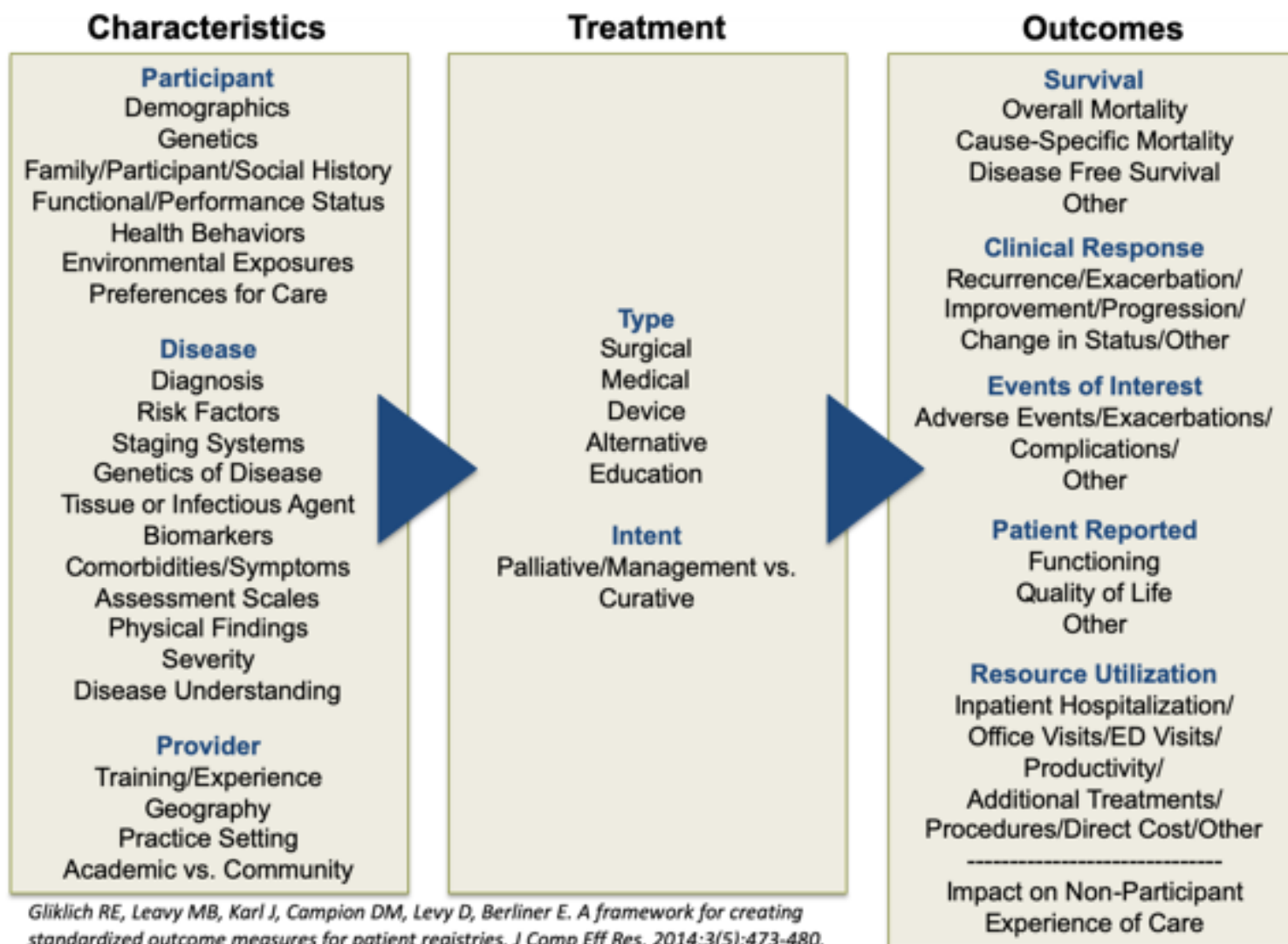
ความท้าทาย: ผู้ที่มีภาวะซับซ้อนและหลายโรคมักบอกว่าพวกเขาหลงทางในระบบการดูแลสุขภาพ. มีผู้ให้บริการด้านสุขภาพและการรักษาจำนวนมากเกี่ยวข้องในการให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้. ซึ่งหมายความว่า**การประสานงานร่วมกัน** (mutual coordination) เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งและมีความซับซ้อนมาก.

3. Measurement and Feedback Tools

Tools to evaluate performance, patient outcomes, and guide improvement

- Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)
- Patient-Reported Experience Measures (PREMs)
- Clinical Outcome Tracking Dashboards
- Care Quality Benchmarking Tools
- Utilization and Variation Analytics
- Patient Satisfaction Surveys

AHRQ Outcome Measures Framework (OMF)



การรอดชีวิต

อัตราการตาย อัตรารอดชีวิต

การตอบสนองทางคลินิก

การกลับเป็นซ้ำ การกำเริบ การทุเลา
การเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพ

เหตุการณ์สำคัญ

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภาวะแทรกซ้อน

มุมมองของผู้ป่วย/บุคคล

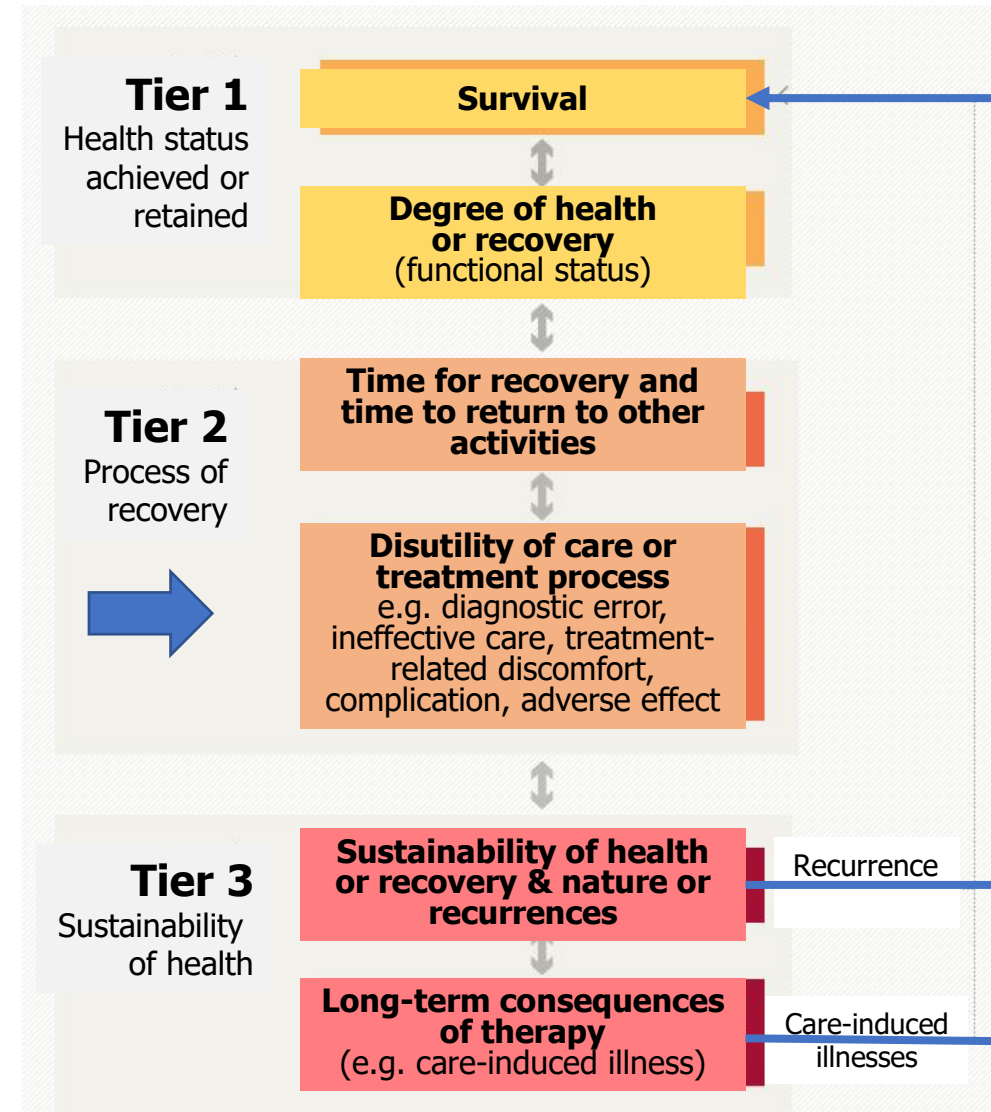
คุณภาพชีวิต, functional outcome, ประสิทธิภาพ

การใช้ทรัพยากร/ต้นทุน

การนอน รพ. การมา OPD/ER ผลผลิตภาพ
การรักษาเพิ่มเติม ค่าใช้จ่าย

Outcome Measurement Principles

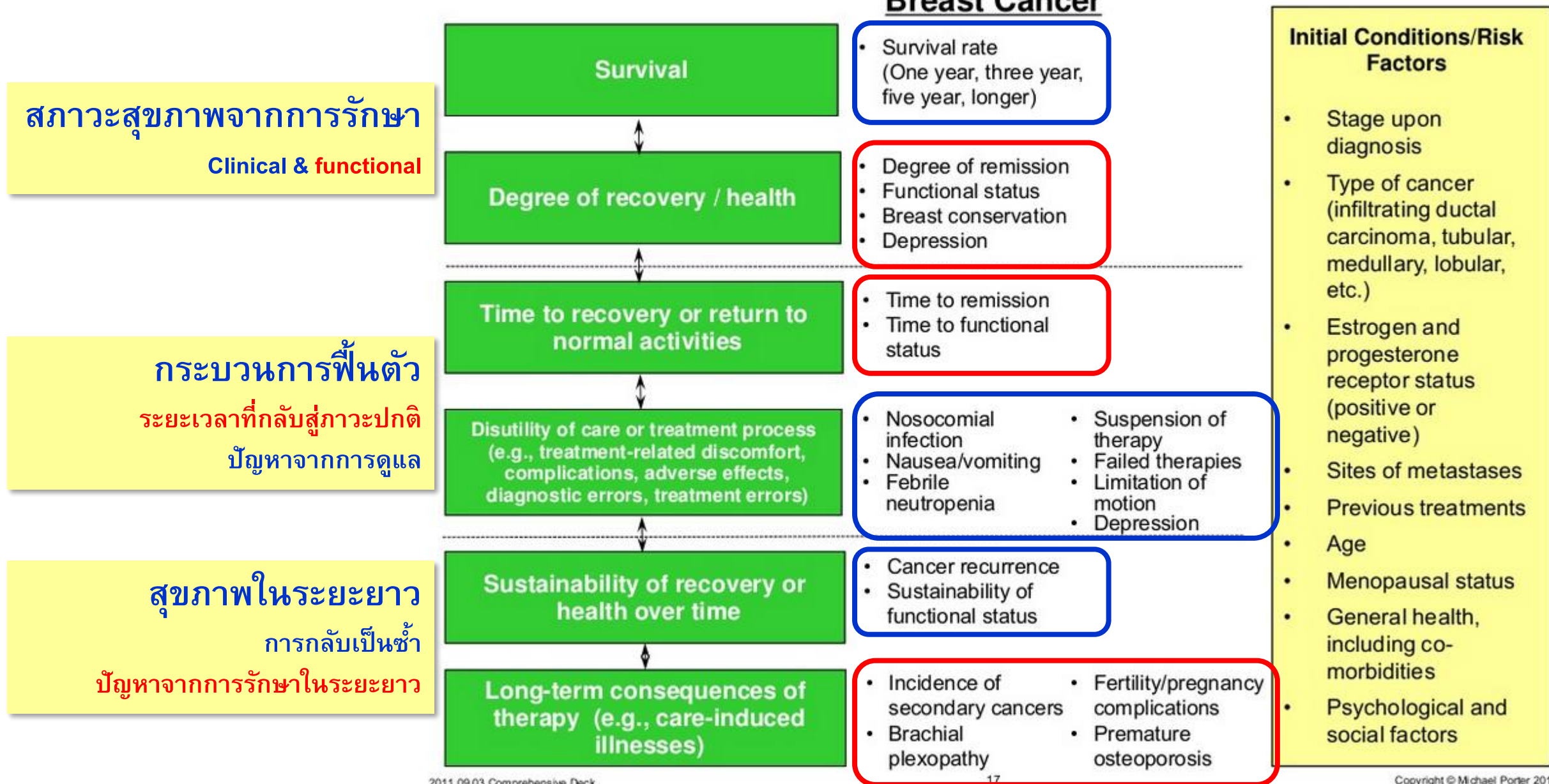
- วัดผลลัพธ์สำหรับ **medical condition** หรือ **segment** ของ **primary care population**
- วัดความสำเร็จโดยรวมของผู้ป่วย (**overall patient success**)
- วัดในสิ่งที่สอดคล้องหรือเป็นผลของการดูแล (**in line of care**)
- วัดในหลายมิติ (**multidimensional**) ในสิ่งที่มีความสำคัญในมุมมองของผู้ป่วยและวิชาชีพที่ให้การดูแล
- ครอบคลุมตลอดวงจรรอบของการดูแลสำหรับสภาวะนั้น (**full cycle of care**)
- ทำให้เป็นมาตรฐานสำหรับแต่ละสภาวะ (**be standardized**)
- มี **risk adjustment** สำหรับความรุนแรงและ **underlying condition**



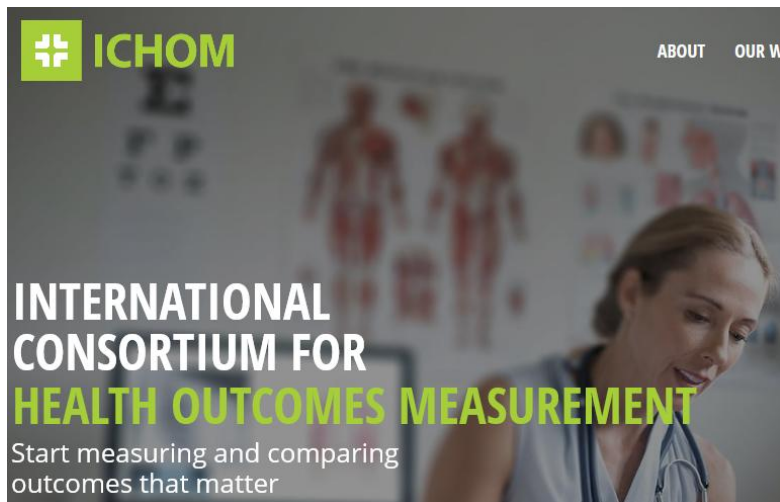
Source: Institute For Strategy & Competitiveness. <https://www.isc.hbs.edu>

The Outcome Measures Hierarchy

Breast Cancer



International Consortium for Health Outcomes Measurement



A new definition of success

แพทย์มักจะคิดถึงความสำเร็จของการรักษา prostate cancer ด้วยการพิจารณา PSA levels แต่ผู้ป่วยทั่วไปไม่ได้คิดอย่างนั้น นี่เป็นเหตุที่เราจำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีการประเมินและวิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับสุขภาพของพวกเขา
ที่ ICHOM ใช้กระบวนการที่ใหม่ที่มุ่งเน้นผลลัพธ์สุขภาพ ผลลัพธ์ซึ่งเป็นที่ต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด หวังให้ผู้ป่วยถามแพทย์เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่มีความหมาย และแพทย์ตอบด้วย data-driven answers.

เป็นเรื่องที่มากกว่าการปรับปรุงความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วย เราจะสร้างนิยามความสำเร็จที่ transforms บริการสุขภาพ โดย:



INFORMED DECISION
MAKING



QUALITY
IMPROVEMENT



REDUCING COSTS

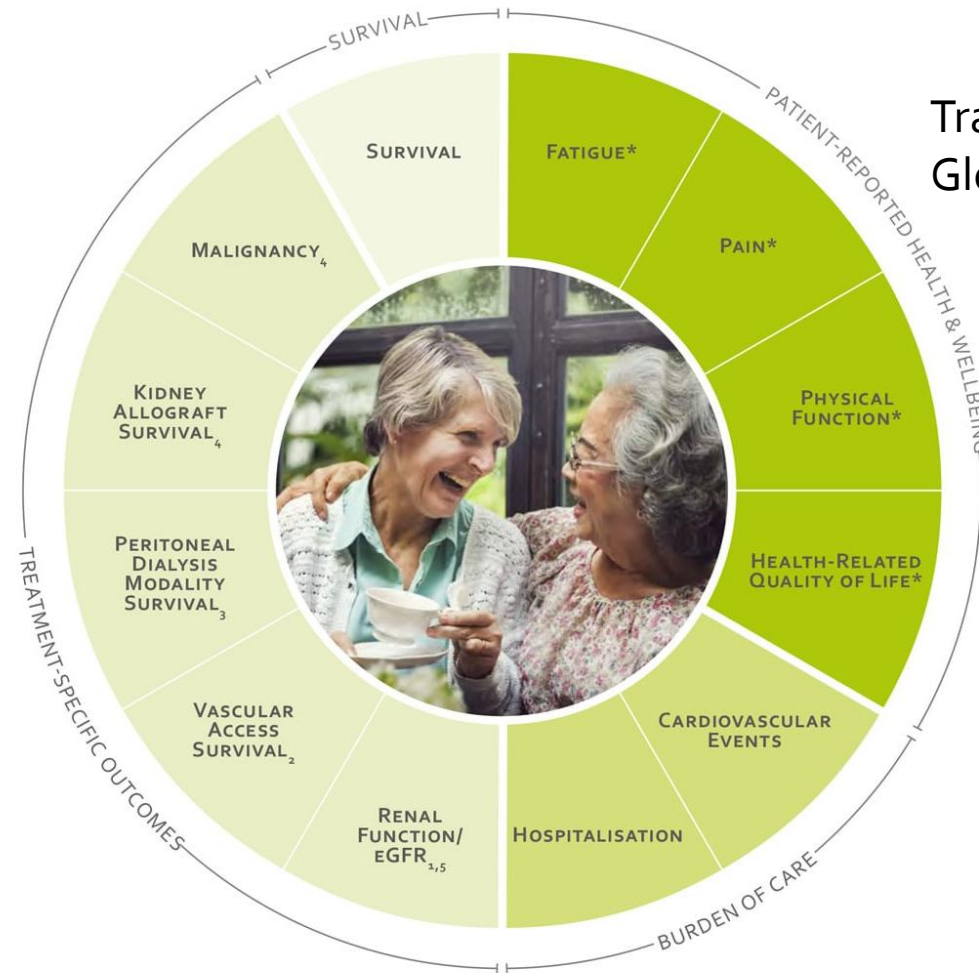
Source: www.ichom.org

Outcomes Measurement for Chronic Kidney Disease

Population Segment
Chronic Kidney Disease

Segment Specific Intervention

1. Pre-RRT Patients
2. Hemodialysis Patients
3. Peritoneal Dialysis Patients
4. Transplant Patients
5. Conservative Care Patients



Tracked with PROMIS-29 + PROMIS Global Health, or RAND-36 or SF-36

Source: www.ichom.org

Outcomes Measurement for Diabetes



Source: www.ichom.org

Standardizing Outcome Measures (ICHOM)

Advanced Prostate Cancer
Atrial Fibrillation
Autism Spectrum Disorder
Blood and Endocrine
Breast cancer
Cancer
Cardiovascular and Circulatory
Cataracts
Chronic Kidney Disease
Cleft Lip and Palate
Colorectal cancer
Conference
Congenital Anomalies
Congenital Heart Disease
Congenital Upper Limb Anomalies
Coronary Artery Disease
Covid-19
Craniofacial microsomia
Dementia

Depression and Anxiety
Depression and Anxiety for Children and Young People
Diabetes
Disorders Related to Substance Abuse and Addiction Behaviours
Eating Disorders
Epilepsy
General
Hand and Wrist Conditions
Heart failure
Heart Valve Disease
Hip and Knee Osteoarthritis
HIV & Aids
Hypertension
Infectious diseases!
Inflammatory Arthritis
Inflammatory Bowel Disease
Localised Prostate Cancer
Localized Prostate Cancer
Low Back Pain

Lung Cancer
Macular Degeneration
Maternal and Neonatal
Mental and Behavioural Disorders
Mental Health
Neurodevelopmental Disorders
News
Older person
Oral Health
Overactive Bladder
Overall Adult Health
Overall Paediatric Health
Paediatric
Paediatric Facial Palsy
Parkinson's Disease
Personality Disorders
Pregnancy And Childbirth
Preterm and Hospitalized Newborn Health
Primary/Preventative Care

PROMs
Protocols
Psychotic Disorders
Sense Organ
Stroke
Uncategorized
Urogenital
VBHC
Venous Thromboembolism



Patient Reported Outcome Measures (PROMs)



THE DIFFERENCE BETWEEN PROMS AND PREMS

	PROMs	PREMs
Full term	Patient-Reported Outcome Measures	Patient-Reported Experience Measures
Definition	Tools used to measure a patient's perspective on their health, quality of life, and the impact of treatment	Tools used to measure the patient's experience of healthcare services, such as their interactions with healthcare providers, access to care, and overall satisfaction
Purpose	Evaluate the effectiveness of treatments or interventions from the patient's point of view	Help healthcare providers assess the quality of the care experience and identify areas for improvement
Questionnaires used	SF-36, EQ-5D, PROMIS, custom surveys	HCAHPS, NHS Friends and Family Test, CARE Measure, custom surveys

**Health, quality of life,
impact of treatment**

**Experience: interactions,
access, satisfaction**

The CARE measure, a relational questionnaire, is an example of a PREMs (Patient Reported Experience Measures) tool

<https://www.bjaed.org/article/S2058-5349%2817%2930058-6/fulltext>

Please rate the following statements about today's consultation.

Please mark the box like this ☒ with a ball point pen. If you change your mind just cross out your old response and make your new choice. Please answer every statement.

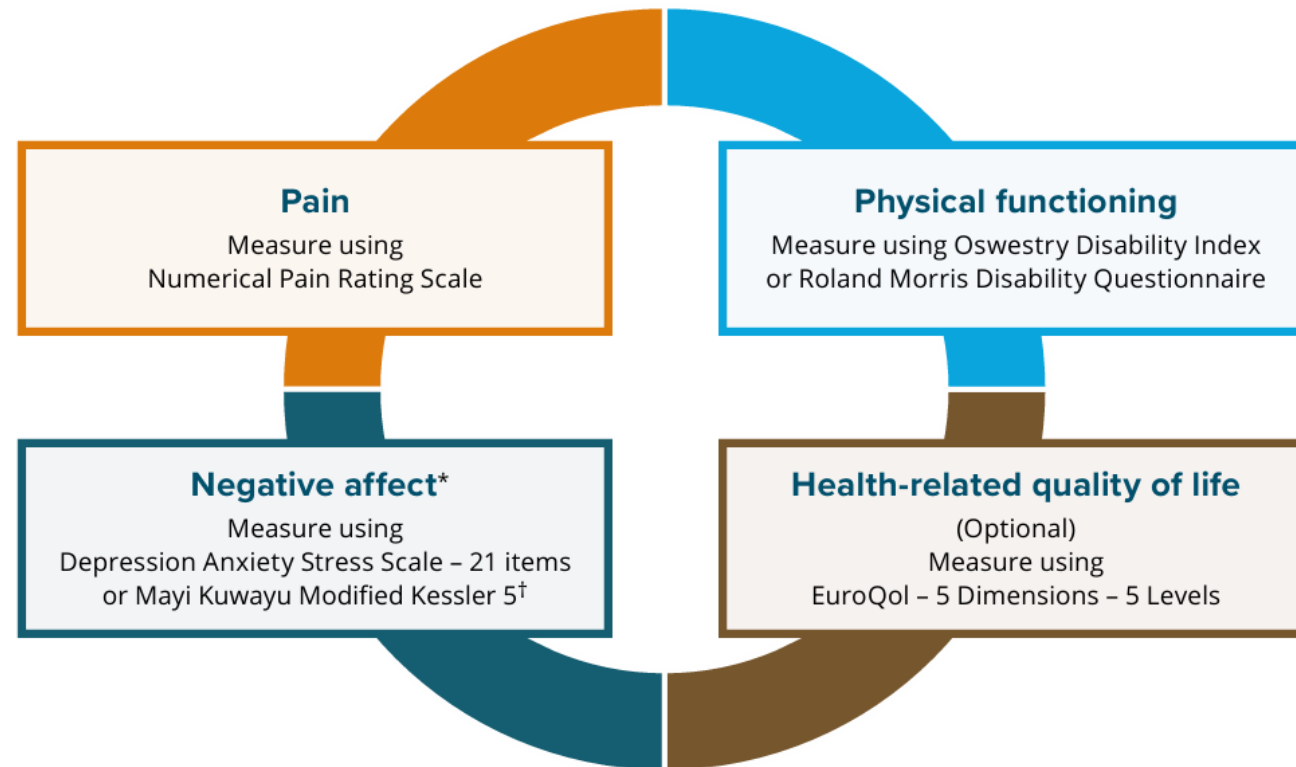
How good was the practitioner at...	Poor	Fair	Good	Very Good	Excellent	Does not apply
1) Making you feel at ease (introducing him/herself, explaining his/her position, being friendly and warm towards you, treating you with respect; not cold or abrupt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) Letting you tell your "story" (giving you time to fully describe your condition in your own words; not interrupting, rushing or diverting you)						
3) Really listening (paying close attention to what you were saying; not looking at the notes or computer as you were talking)						
4) Being interested in you as a whole person (asking/knowing relevant details about your life, your situation; not treating you as "just a number")						
5) Fully understanding your concerns (communicating that he/she had accurately understood your concerns and anxieties; not overlooking or dismissing anything)						
6) Showing care and compassion (seeming genuinely concerned, connecting with you on a human level; not being indifferent or "detached")						
7) Being positive (having a positive approach and a positive attitude; being honest but not negative about your problems)						
8) Explaining things clearly (fully answering your questions; explaining clearly, giving you adequate information; not being vague)						
9) Helping you to take control (exploring with you what you can do to improve your health yourself; encouraging rather than "lecturing" you)						
10) Making a plan of action with you (discussing the options, involving you in decisions as much as you want to be involved; not ignoring your views)						

1. ทำให้คุณรู้สึกอบอุ่น
2. เปิดโอกาสให้คุณเล่าเรื่อง
3. ตั้งใจรับฟัง
4. สนใจคุณ as a whole person
5. เข้าใจสิ่งที่คุณห่วงกังวลอย่างแท้จริง
6. แสดงถึง care & compassion
7. มีเจตคติเชิงบวก ตรงไปตรงมา
8. อธิบายสิ่งต่างๆ อย่างชัดเจน
9. ช่วยเหลือให้คุณดูแลสุขภาพตนเองได้
10. วางแผนปฏิบัติการร่วมกับคุณ

Patient Reported Outcome Measures (PROMs)

Recommendations for low back pain

Figure 1: Overview of recommended PROMs for low back pain in patients receiving non-surgical or surgical interventions, for people aged 16 and over



* For patients with chronic low back pain, or who are at risk of developing chronic back pain.

† For Aboriginal and Torres Strait Islander people.

Table 1: Summary of recommended PROMs for low back pain

Outcome	Measure	Number of items	Time to complete	Licensing, fees and distributor	How to score
Pain	Numerical Pain Rating Scale (NPRS)	1	Less than 1 minute	<ul style="list-style-type: none"> ■ Licence not required ■ Free in public domain 	Not applicable
Physical functioning (choose one of either)	Oswestry Disability Index (ODI)	10	3–5 minutes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Licence required ■ Free for clinical practice ■ Fees may apply to healthcare organisations ■ MAPI Research Trust ePROVIDE™ 	Scoring guide at MAPI Research Trust ePROVIDE™
	Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ)	24	5 minutes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Licence not required ■ Free in public domain ■ www.rmdq.org 	Scoring guide at www.rmdq.org
Negative affect	Depression Anxiety Stress Scale – 21 items (DASS-21)	21	Not assessed in any study	<ul style="list-style-type: none"> ■ Licence not required ■ Free in public domain ■ Psychology Foundation of Australia 	Scoring key provided at DASS downloads and explained in DASS FAQ #30
	Mayi Kuwayu Modified Kessler 5 (MK-K5) (Suitable for Aboriginal and Torres Strait Islander people)	5	Not assessed in any study	<ul style="list-style-type: none"> ■ Licence not required ■ Free ■ Mayi Kuwayu Modified Kessler 5 	Scoring guide within Mayi Kuwayu Modified Kessler 5
Health-related quality of life (optional)	EuroQol – 5 Dimensions – 5 Levels (EQ-5D-5L) (Suitable for Aboriginal and Torres Strait Islander people)	5	Less than 5 minutes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Licence required ■ Fees may apply ■ EuroQol Group 	Scoring guide in EQ-5D-5L User Guide

1. I stay at home most of the time because of my back.
2. I change position frequently to try and get my back comfortable.
3. I walk more slowly than usual because of my back.
4. Because of my back I am not doing any of the jobs that I usually do around the house.
5. Because of my back, I use a handrail to get upstairs.
6. Because of my back, I lie down to rest more often.
7. Because of my back, I have to hold on to something to get out of an easy chair.
8. Because of my back, I try to get other people to do things for me.
9. I get dressed more slowly than usual because of my back.
10. I only stand for short periods of time because of my back.
11. Because of my back, I try not to bend or kneel down.
12. I find it difficult to get out of a chair because of my back.
13. My back is painful almost all the time.
14. I find it difficult to turn over in bed because of my back.
15. My appetite is not very good because of my back pain.
16. I have trouble putting on my socks (or stockings) because of the pain in my back.
17. I only walk short distances because of my back.
18. I sleep less well because of my back.
19. Because of my back pain, I get dressed with help from someone else.
20. I sit down for most of the day because of my back.
21. I avoid heavy jobs around the house because of my back.
22. Because of my back pain, I am more irritable and bad tempered with people than usual.
23. Because of my back, I go upstairs more slowly than usual.
24. I stay in bed most of the time because of my back.

The Roland-Morris Disability Questionnaire

- The score of the RDQ is the total number of items checked – i.e. from a minimum of 0 to a maximum of 24.
- It is acceptable to add boxes to indicate where patients should tick each item.

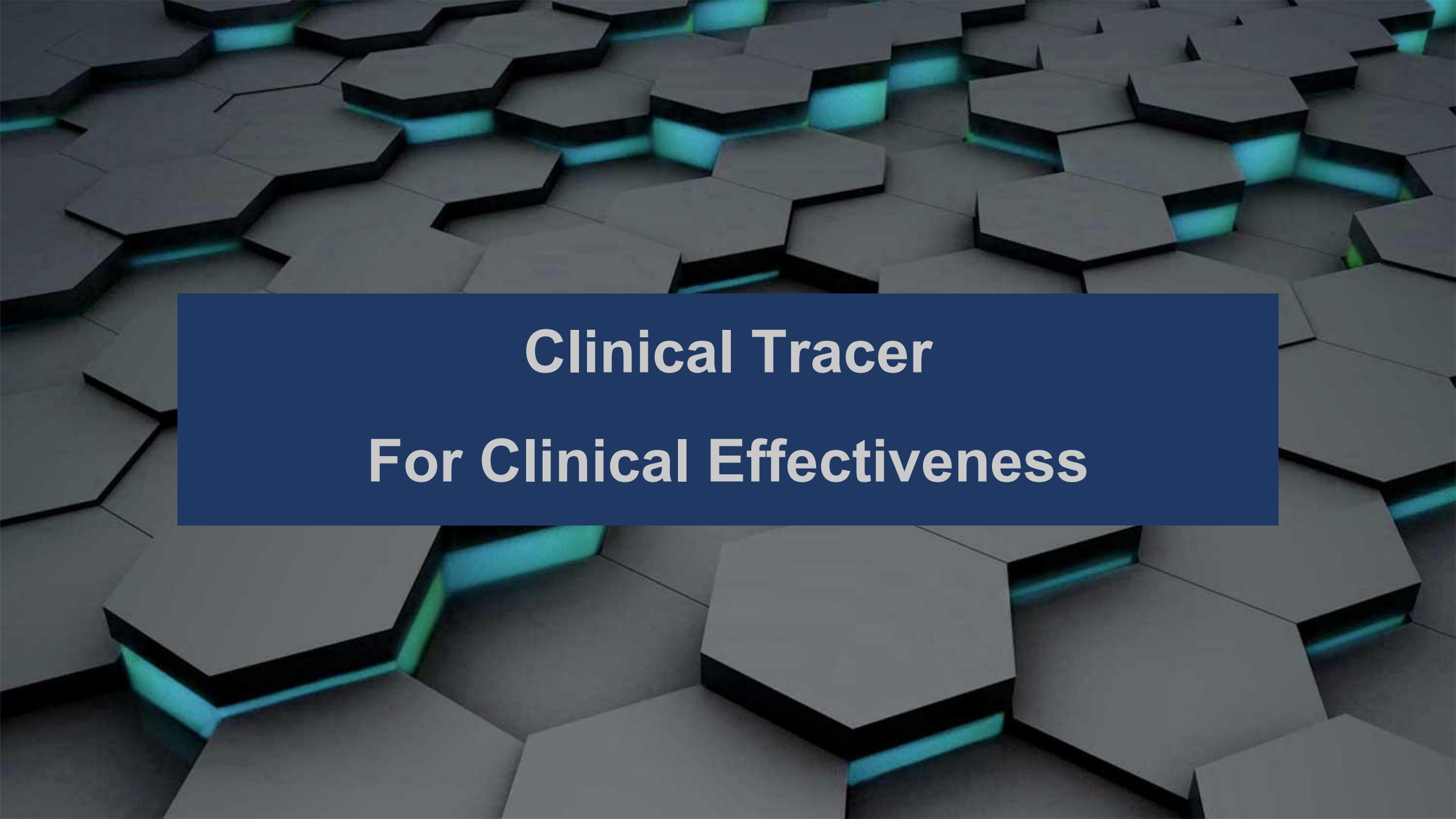
When to Use PROMs

เราอาจแนะนำ/เชิญชวนให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม PROMs ในช่วงเวลาต่อไปนี้

- ในวันที่มาพบแพทย์ตามนัด อาจทำมาก่อนหรือมาทำระหว่างรอที่ OPD
- เมื่อไรก็ตามที่รู้สึกว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงแตกต่างไปจากเดิม บันทึกข้อมูลเข้าระบบผ่านโทรศัพท์มือถือของตนเอง ให้ข้อมูลมาปรากฏในระบบของโรงพยาบาลเสมือนเป็นการ monitor ค่า lab ตัวหนึ่ง
- ทำอย่างสม่ำเสมอทุกช่วงเวลาที่กำหนด

ข้อพึงระวัง

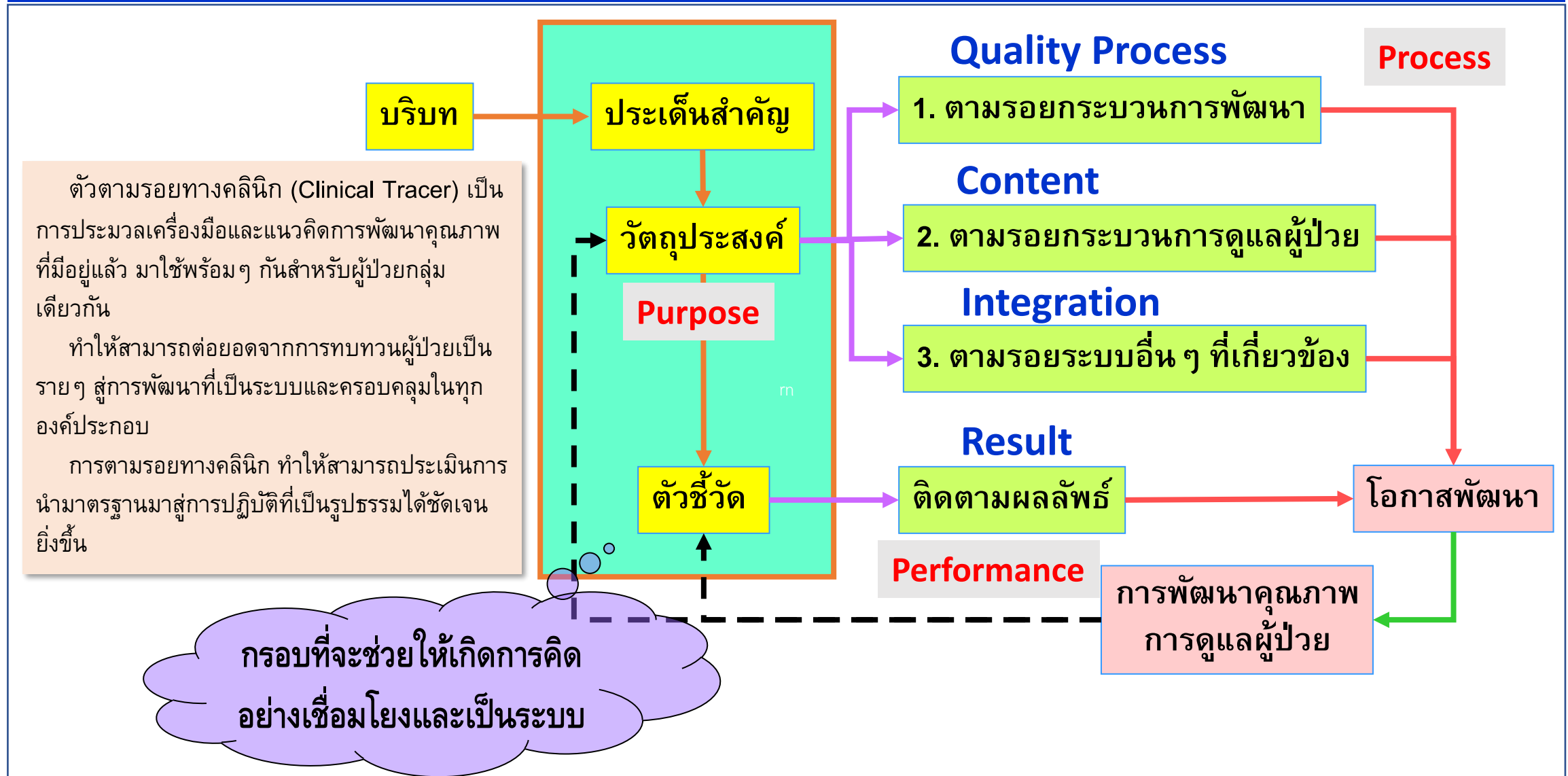
- อย่ากังวลเรื่องการ benchmark เพราะเราต้องการ monitor อาการของผู้ป่วยมากกว่าการเปรียบเทียบ
- อย่ากังวลว่าจะต้องใช้ข้อความให้ครบถ้วนทุกข้อ ให้เลือกเอาเท่าที่เห็นว่าเป็นประโยชน์



Clinical Tracer

For Clinical Effectiveness

ใช้ตัวตามรอยทางคลินิก เพื่อเรียนรู้และพัฒนาทุกองค์ประกอบในระบบงาน



Clinical Tracer

Clinical Tracer เป็นเครื่องมือในการประมวลความคิดและประเมินการดูแลผู้ป่วย กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เพื่อค้นหาว่าอะไรที่ทำได้ดี อะไรที่ควรพัฒนา (กระบวนการดูแล ระบบ การวัดผล ผลลัพธ์)

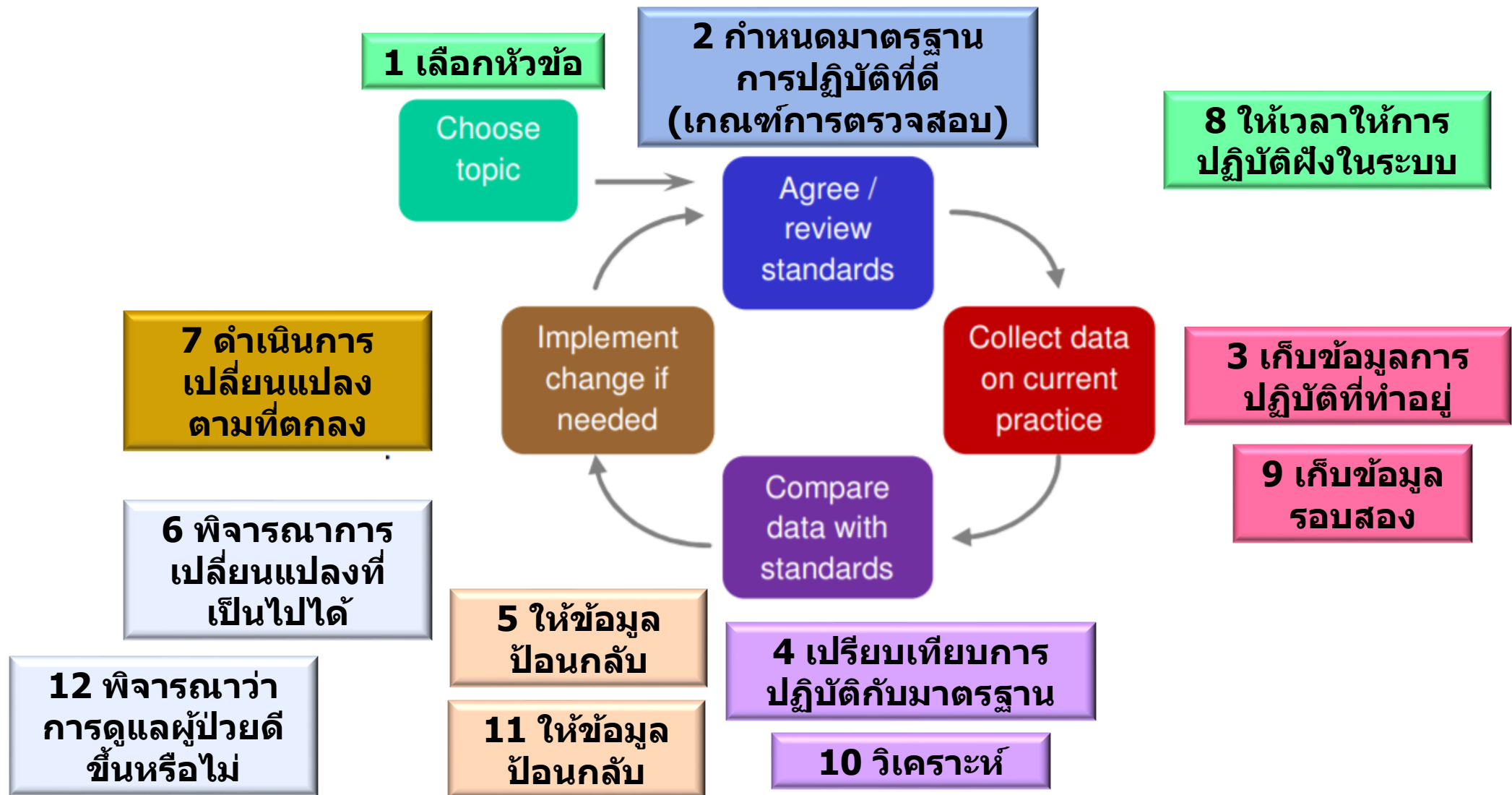
โดยเริ่มด้วยเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนั้น ๆ แล้ว**ถามคำถามสำคัญว่า**

- (1) องค์ประกอบสำคัญในการดูแลเพื่อบรรลุเป้าหมายมีอะไร (อาจใช้ driver diagram หรือ mindmap รูปแบบอื่น)
- (2) กระบวนการดูแลที่ดีควรเป็นอย่างไร เราทำได้ดีหรือไม่ (แสดงด้วย process flow chart, ลักษณะที่ดีของแต่ละขั้นตอน, วิธีการกำกับควบคุมในขั้นตอนที่สำคัญ)
- (3) ระบบที่ต้องมาสนับสนุนมีอะไรบ้าง (สะท้อน integration ของการทำงาน)
- (4) เราได้พัฒนาวิธีการทำงานไปอย่างไรบ้าง (แสดง timeline ของการพัฒนา หรือระบบ การพัฒนาในกราฟผลลัพธ์)
- (5) ผลลัพธ์การดูแลเป็นอย่างไร บรรลุเป้าหมายหรือไม่ เทียบเคียงกับคนอื่นเป็น อย่่างไร

Clinical Tracers

- เป็นเครื่องมือเพื่อช่วยให้ทีมเรียนรู้ อย่าเอาเป็นเอาตายกับความสมบูรณ์ถูกต้อง
- กระตุ้นให้ตามรอยทุกรูปแบบ
 - Table top (แนวคิด ข้อมูล)
 - On site (เข้าไปดูในสถานที่จริง พูดคุย ดูหลักฐาน เชื่อมโยงกับระบบที่เกี่ยวข้อง)
 - Clinical audit (ตรวจสอบหลักฐานการปฏิบัติในเวชระเบียน)
- ต่อยอด
 - ปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย
 - ปรับปรุงระบบการวัดผล
 - ปรับปรุงผลลัพธ์
- ฝึกใช้มุมมองที่เสริมกัน (แต่ไม่ทับซ้อนกัน) ระหว่าง
 - การพิจารณาทุกกระบวนการในแต่ละโรค (Clinical Tracer)
 - การพิจารณาคุณภาพของแต่ละกระบวนการในมาตรฐานตอนที่ III

วงรอบของการทำ Clinical Audit (Audit Cycle)



Source: <http://www.uhbristol.nhs.uk/files/nhs-ubht/1%20What%20is%20Clinical%20Audit%20v3.pdf>

การวางแผนการตามรอย (5P)

Purpose	เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วย/ระบบ
Pathway/Object	เส้นทางที่จะตามรอย/วัตถุที่จะใช้ตาม
Process-Normal	วิธีการทำงานในยามปกติ/การสื่อสาร/ส่งมอบ Critical issues / ความเสี่ยง ในแต่ละขั้นตอน การสื่อสาร / การส่งมอบ ระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง HR, IM, RM, etc.
Preparedness	การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ไม่ปกติ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเฉพาะ ช่วงเวลาบางช่วง สิ่งแวดล้อมที่ไม่พร้อม/ไม่เป็นไปตามคาด อุบัติการณ์ที่เคยเกิด
Performance-Learning	เรียนรู้จากการประเมินและปรับปรุง

การวางแผนการตามรอย (10 ขั้น)

Detailed Planning	What to Trace?	5P
(1) ระบุโรค/ระบบที่จะตามรอย		
(2) ระบุ Purpose (Quality Dimension)		Purpose
(3) วิเคราะห์ Pathway/Flow/Value Stream Map		Pathway
(4) ระบุ Key Risk/Quality Issue & ขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง		
(5) วางแผนตามรอยคุณภาพในกระบวนการที่วิเคราะห์ไว้	Patient care process Support process	Process
(6) วางแผนตามรอยคุณภาพในลักษณะการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์		Preparedness
(7) วางแผนตามรอยคุณภาพในการสื่อสารและส่งมอบ (Hand over)		
(8) วางแผนตามรอยระบบ Monitoring โดยหัวหน้า/ทีมหน้าที่กำกับดูแล		
(9) วางแผนตามรอยผลลัพธ์ (Performance/Results) และการเรียนรู้	Outcome	Performance
(10) วางแผนตามรอยกระบวนการพัฒนา NEWS-HIM-BR	Quality process	

Need
Evidence
Waste
Safety

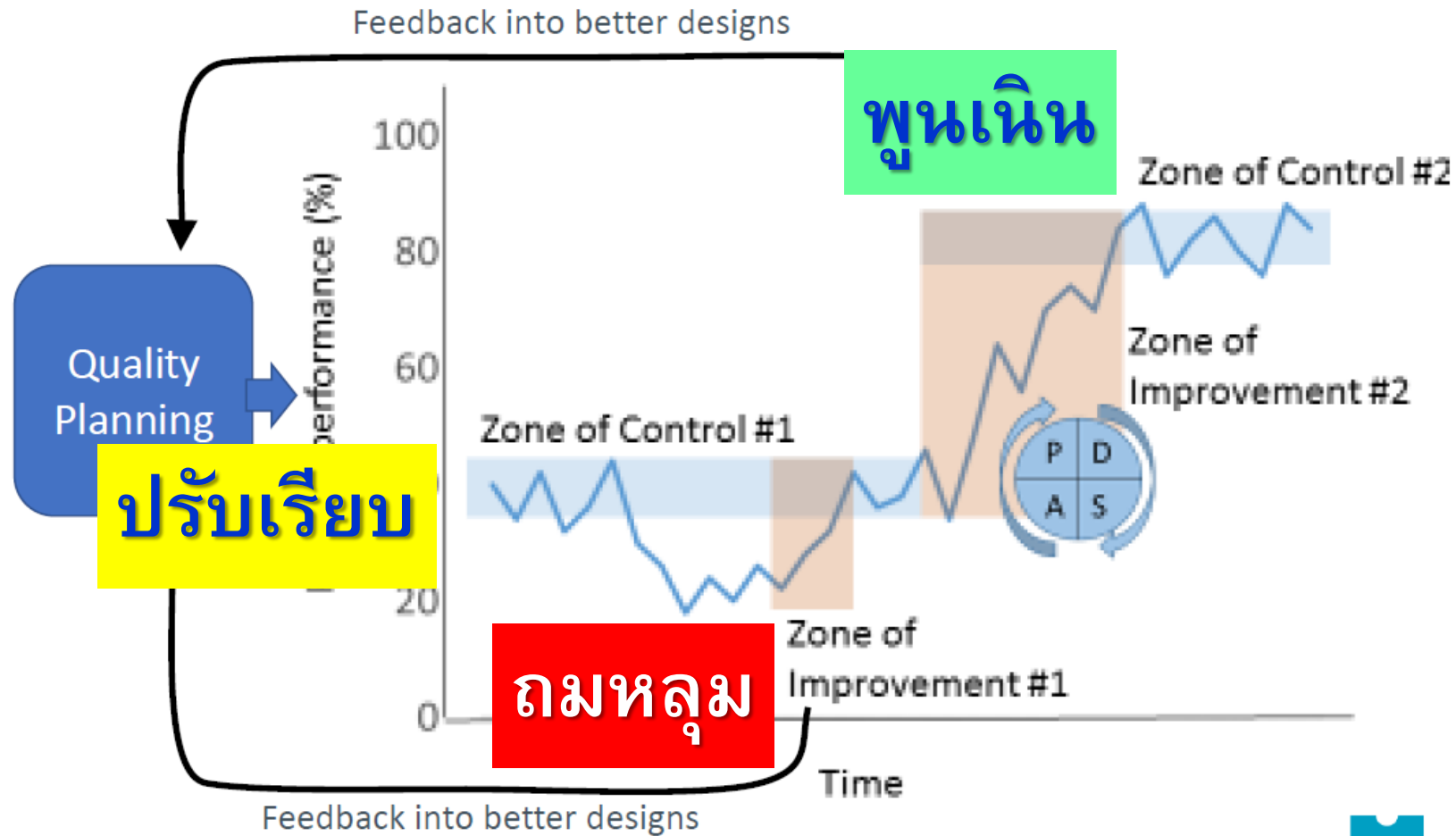
Holistic/Promotion
Innovation/integration
Multidisciplinary

Benchmarking
Research



Learning in Daily Operation

เพิ่มคุณค่าด้วยการถนอมหลุม ปรับเรียบ พูนเนิน



ถ่มหลุม

Learning from Incidents / Adverse Events

ปรับเรียบ

Resilient Healthcare & Safety II

พูนเนิน

Change to Enhance Trust in Healthcare

Learning in Daily Operation



Learning from Excellence

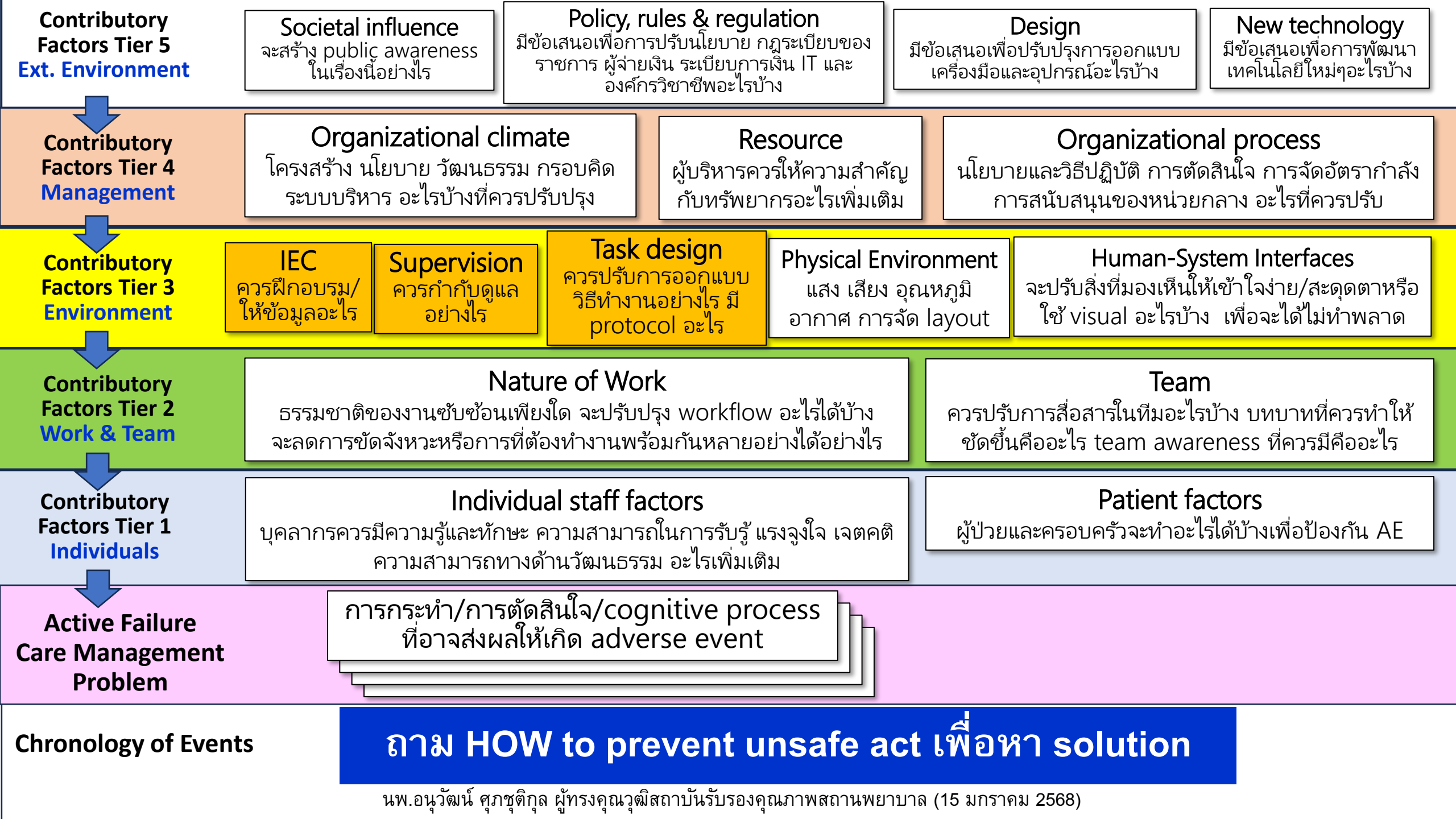
- ทำอย่างไรจะมีการจดบันทึกเรื่องราวดี ๆ ความสำเร็จ การแก้ปัญหายาก ๆ
- ทำอย่างไรจะมีเวทีนำเรื่องเหล่านี้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน
- ทำอย่างไรจะมีการขยายผลเรื่องราวดี ๆ เหล่านี้

Learning from Variation

- ทำอย่างไรจะมีคุยกันเพื่อปรับ Work-as-Done (สิ่งที่ทำจริง) & Work-as-Imagine (สิ่งที่เขียนในคู่มือ)
- ทำอย่างไรจะลดการใช้ดุลยพินิจที่แตกต่างกัน
- ทำอย่างไรจะพร้อมรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่คาดฝันและประสบความสำเร็จ
- จะจัดระบบให้มีเจ้าภาพ monitor key process ได้อย่างไร

Learning from Incident

- ทำอย่างไรจะมี **psychological safety** เพื่อพูดคุยเมื่อเกิดเหตุการณ์ ไม่คาดฝัน/ไม่พึงประสงค์
- ทำอย่างไรจะก้าวข้ามการถาม “**WHY it happened?**” ไปสู่การถาม “**HOW to prevent it?**”
- ทำอย่างไรจะมองเห็นทั้ง **cognitive failure & system failure** ร่วมกัน



Incident: Delayed Dx STEMI

สาเหตุระดับองค์กรอาจจะเป็นสาเหตุร่วมของหลายเรื่องตามมา

การกำกับติดตามโดยผู้บริหาร

Onboarding

ตัวอย่างกรณีศึกษาซึ่งเป็นที่มาของ template

ภาระงานมากใน
ชั่วโมงเร่งด่วน

สิ่งแวดล้อมที่จุดคัดกรอง
ไม่เอื้อต่อการสื่อสาร

สถานที่ทำ EKG
คับแคบ

อาจจะโดดข้ามขั้นได้

เครื่อง EKG
คนละยี่ห้อ

มีสาเหตุต่อกับเป็นลำดับ

ไม่มีแนวทางการคัดกรอง
atypical chest pain,
แบบฟอร์มยุ่งยาก

การสื่อสารในทีม, ไม่มี
ระบบคิว, ไม่มีการประกัน
เวลา, ไม่มีระบบติดตาม

ระบบ buddy
ไม่ work ใน
ชั่วโมงเร่งด่วน

อาจจะจบที่ขั้นไหนก็ได้

พยาบาลแจ้งเหมา
ใหม่ไม่ปรึกษาพี่

แพทย์ไม่ได้ขอ
2nd opinion

แพทย์ ER ขาด
ความมั่นใจ
การวินิจฉัย

อาจจะข้ามขั้นก็ได้

อาจจะมีหลายเหตุในขั้นเดียวกัน

จท.ขาดทักษะ
ถูกผู้ป่วยชี้นำ
ด้วย GERD

Screening error

Delayed EKG

Delayed decision (MD)

Care Management Problem

Chronology of events

Screen

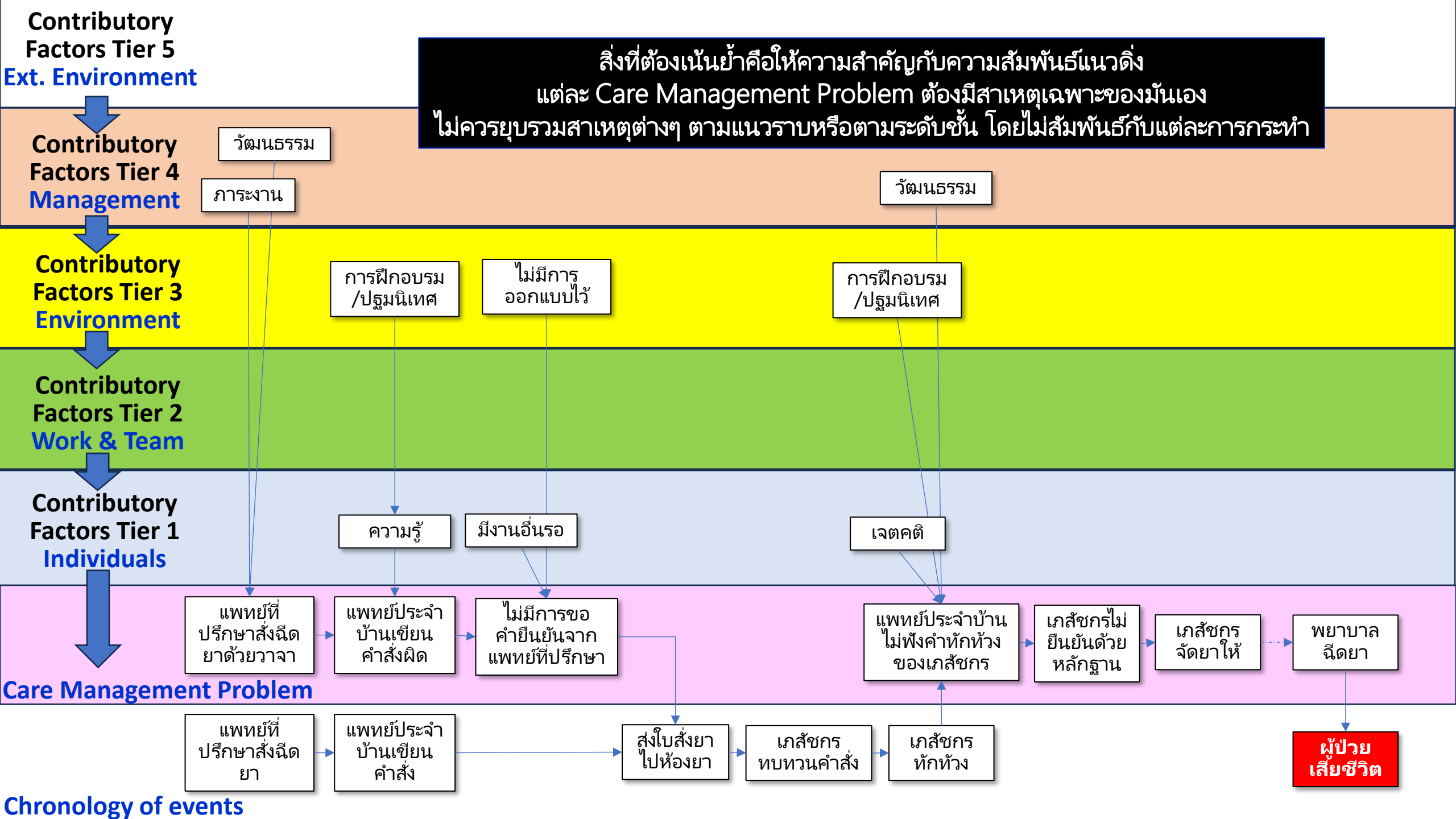
Assess

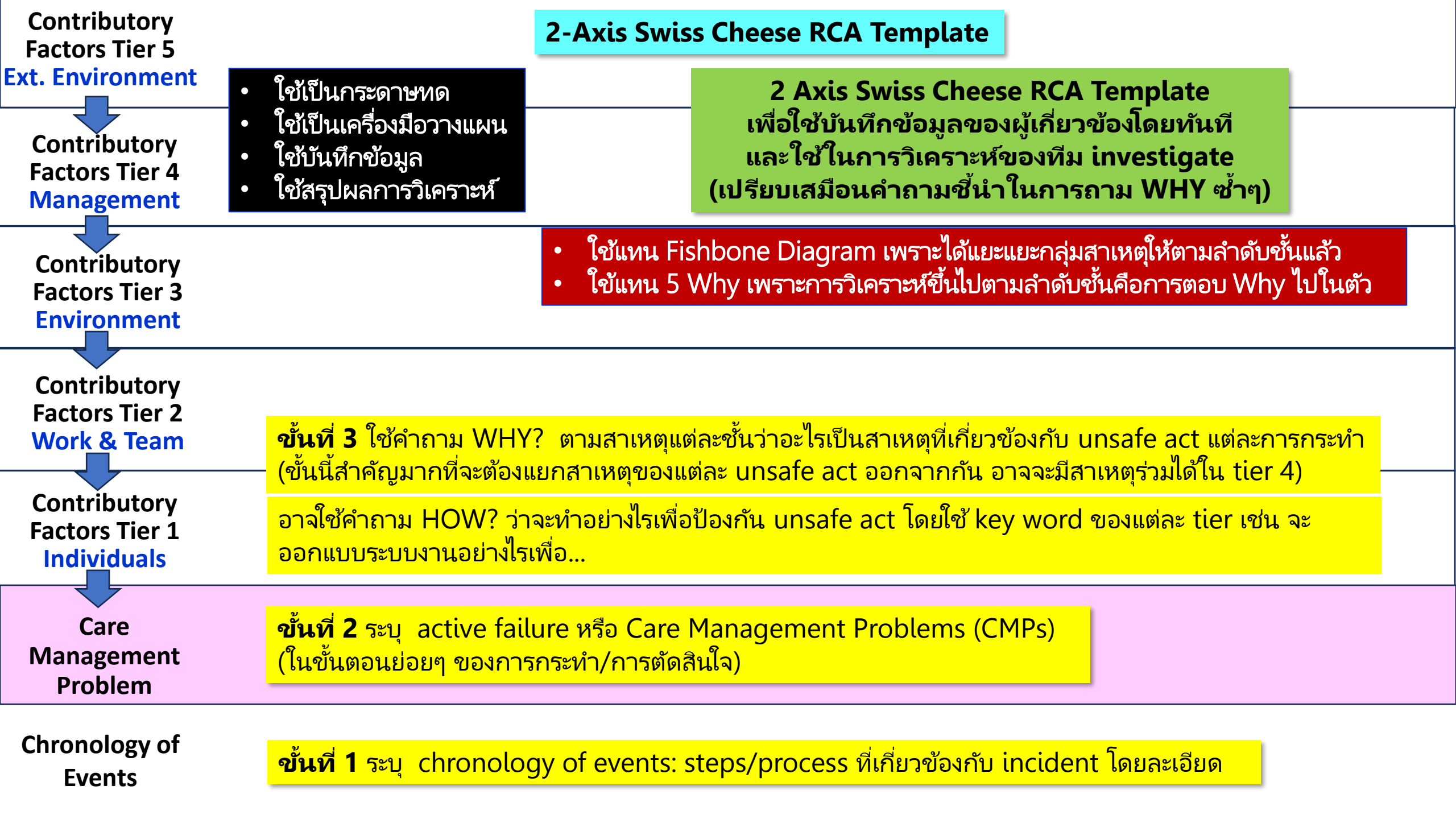
EKG

Consult MD

Diagnosis

Treat





Proper Risk & Incident Management by Level of Errors

CPSI/WHO	NCC MERP Index		Proper Management	Aim
	A	Capacity to cause error	Apply risk register	Proactive risk management
Near miss	B	Not reach the patient	Select serious potential harm for RCA	Prevent serious potential harm
No harm incident	C	Reach, no harm	Select high frequency errors for RCA Try to create a culture of AAR	Reduce frequency of errors
	D	Require monitoring		
Harmful incident	E	Require intervention	AAR & mindfulness review	Effective error prevention Early detection of errors Effective mitigation
	F	Require hospitalization	Concise or comprehensive RCA	
	G	Permanent harm	AAR & mindfulness review	
	H	Intervention to sustain life	Proper mitigation	
	I	death	Comprehensive RCA	

NCC MERP = National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention



Need & Expectation
People-/Customer-focused Culture
Spiritual Healthcare

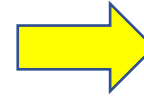
ผู้ป่วย / บุคคล / คน เป็นศูนย์กลาง ต่างกันอย่างไร

ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง Patient-Centered Care	บุคคลเป็นศูนย์กลาง Person-Centered Care	คนเป็นศูนย์กลาง People-Centered Care
ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ ของผู้ป่วย	ปรับการดูแลสำหรับแต่ละบุคคล (Care is personalized)	
เข้าถึงการดูแลที่จำเป็นได้		
มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ		
การประสานงานและบูรณาการ	การประสานการดูแล (Care is coordinated)	
ดูแลความสุขสบายทางร่างกาย		
ดูแลสุขภาวะทางอารมณ์		
การให้ข้อมูลและความรู้	เพิ่มความสามารถให้ผู้ป่วย (Care is enabling)	
ประสบการณ์ของผู้ป่วย	ใส่ใจสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ	ใช้มุมมองของปัจเจก ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน ในฐานะผู้เข้าร่วมและผู้ได้รับประโยชน์จากระบบ บริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการและ ความชอบด้วยวิถีของความเป็นมนุษย์และเป็น องค์รวม
	ค่านิยมและความชอบของผู้ป่วย	
	ศักดิ์ศรี เอื้ออาทร เคารพ	
	ผู้ป่วยร่วมผูกพัน	

Change for Person-Centered Care

Goals

Diagnosis centered,
episodic, & reactive care



Person-centered, integrated,
& pro-active care

Professionals

Tailor **evidence-based care** to the
person's **need, values, & preference**

Information flow

Make **“what matter”** to the patients **the goal of care**
Make **care decision** linked to the goal
Provide **system feedback** on the impact on patient defined goals

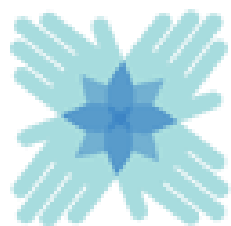
System structures

- Incentive reward PCC
- Legislation allows information flow along the patient journey
- Information system support the patient goals
- Seamless patient journey
- Proactive risk management

Patient Engagement and Self-Management Tools

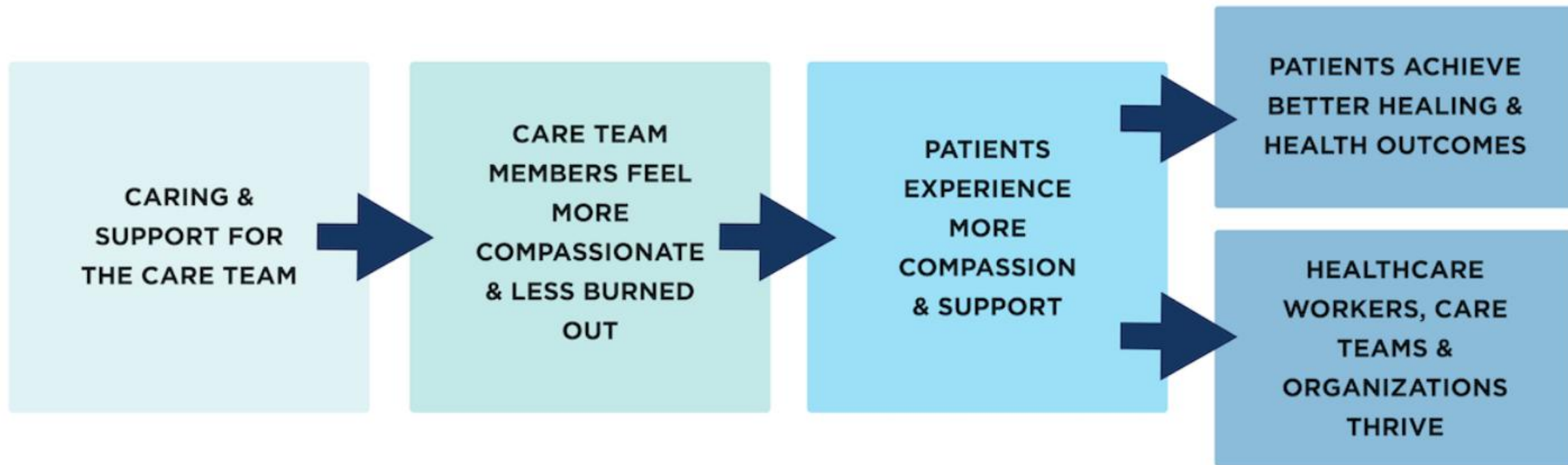
Tools to activate and support patients in managing their care

- Personalized Patient Education Platforms
- Interactive Treatment Plans via Apps
- Digital Consent and Shared Decision Aids
- Symptom Tracking and Reminders
- Community Health Worker Programs



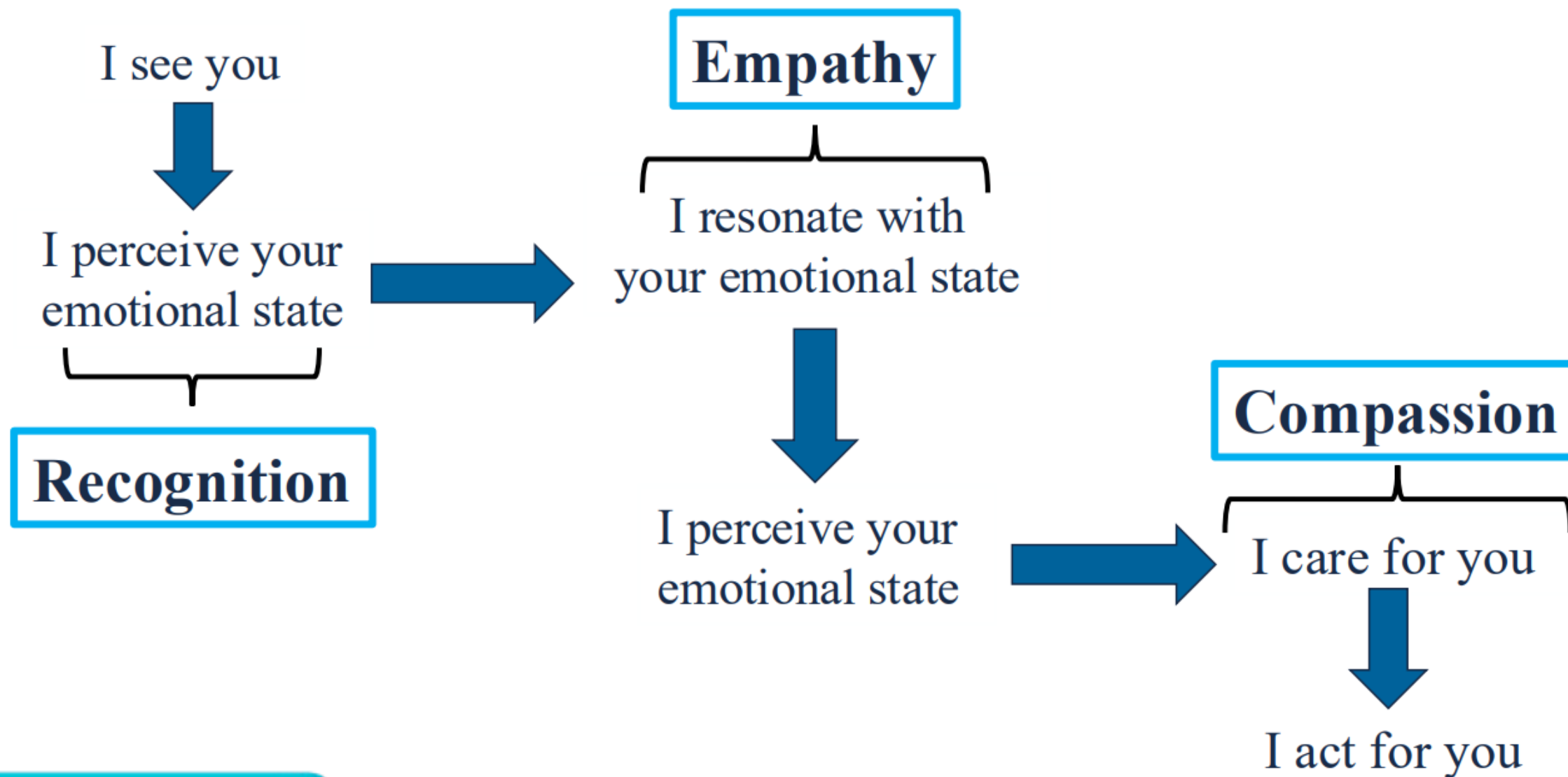
the schwartz center

FOR COMPASSIONATE HEALTHCARE

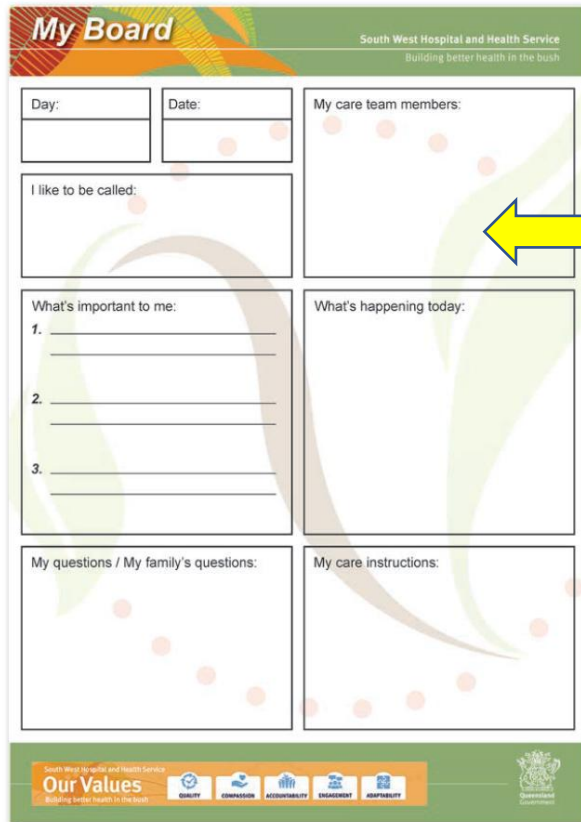


Value Chain of Compassionate Care เพื่อประเมินจากต้นน้ำถึงปลายน้ำ

Empathy and Compassion: A Process



Compassionate Care Bundle



My Board South West Hospital and Health Service
Building better health in the bush

Day: Date:

I like to be called:

My care team members:

What's important to me:

-
-
-

What's happening today:

My questions / My family's questions:

My care instructions:

Our Values
Building better health in the bush

QUALITY COMPASSION RESPONSIBILITY ENGAGEMENT RESPONSIVENESS

Figure Three, My Board

AIDET (Acknowledge, Introduce, Duration, Explain, Thanks)

Hello my name is.....

My Board

Purposeful hourly rounding

Clinical handover at the bedside

Telephone discharge follow-up

- Policy that has become a standard practice
- Checking on each patient the nurse is assigned and assessing for
 - Safety risk
 - Change in the patient's condition
 - Pain
 - Additional needs they may have



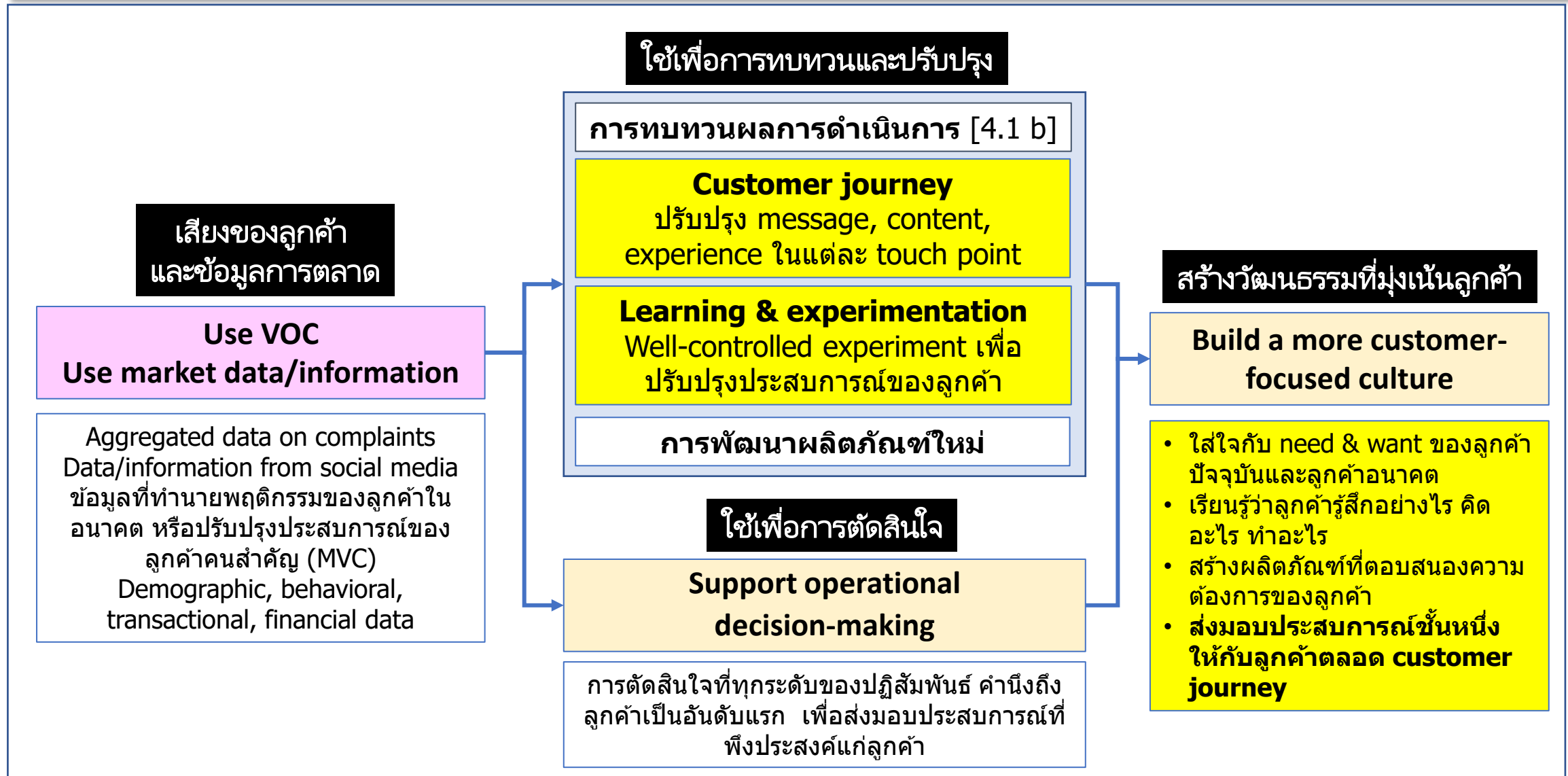
Figure Four, Clinical Handover at the Bedside.

Needs->People-centered Care

- ทำอย่างไรจะส่งมอบ positive experience ให้ผู้รับบริการในทุกจุดสัมผัส (touch point)
- ทำอย่างไรจะ engage ให้ผู้ป่วยเป็น activated patient มี self-care ability
- จะใช้โอกาสที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และจุดแข็งของวิชาชีพ สร้าง compassionate care ที่เป็น role model ของโลกอย่างไร
- จะสร้าง integrated care โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างไร

การใช้ข้อมูลเสียงของลูกค้าและข้อมูลตลาดเพื่อสร้างวัฒนธรรมการมุ่งเน้นลูกค้า

Use of VOC & Market Data



Together with Patient/Customer

Patient engagement

ให้ข้อมูล ปรีกษา ร่วมมือ ร่วมดำเนินการ เป็นผู้นำ

Patient opinion

ผู้ป่วยบอกเล่าประสบการณ์บน web-site ทั้งสิ่งที่ดีและโอกาสพัฒนา

Patient's diary ผู้ป่วยบันทึกประสบการณ์การนอน รพ.ของตน

Open notes ผู้ป่วยสามารถดูเวชระเบียนของตนเอง

Shared decision making

Open disclosure ผู้ป่วยได้รับข้อเท็จจริงเมื่อเกิด AE

PROM (Patient Reported Outcome Measures)

ตัววัดผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยเป็นผู้รายงาน

Patient journey map

Customer Insight

Customer Insight (ข้อมูลเชิงลึกของลูกค้า) คืออะไร

- พฤติกรรม ความชื่นชอบ ความต้องการ เหตุผลที่ผู้รับบริการมาใช้หรือไม่มาใช้บริการของเรา

วิธีการได้มาซึ่ง Customer Insight

- การสัมภาษณ์เชิงลึก กับผู้รับบริการ 5-10 คน ความรู้สึกในแต่ละจุดสัมผัส
- การทำความเข้าใจกับแรงจูงใจของผู้รับบริการ: วางแผนอะไร มองหาอะไร ชอบอะไร
- การรับ feedback จากผู้รับบริการ
- สอบถามข้อมูลจากทีมเยี่ยมบ้าน
- Onboarding survey: พบปัญหาอะไรในช่วงเรียนรู้การใช้บริการ

Patient Engagement

ระดับขั้นของความผูกพันของผู้ป่วย
(Patient Engagement)

มีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาวะให้แก่สังคม

มีความเป็นเจ้าของในการดูแลสุขภาพของตนเอง

มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนดูแลตนเอง

มีโอกาสซักถามและได้รับข้อมูล

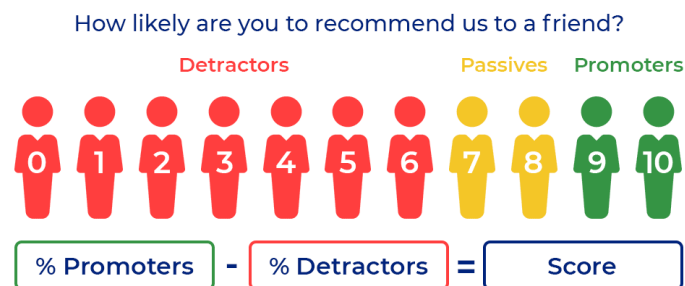
พึงพอใจกับบริการที่ได้รับ

Patient & family engagement activities

- First contact
- การให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย
- การให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนของตนเอง
- การตรวจเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ
- การใช้ patient board เพื่อสื่อสารกับผู้ป่วย
- การส่งเวรข้างเตียงผู้ป่วย
- การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนดูแลรักษา
- การรับรู้และตอบสนองต่อ patient preference
- การประชุมครอบครัวผู้ป่วย
- การร่วมกันจัดทำแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วย
- การโทรศัพท์ติดตามหลังจำหน่าย
- การจัดตั้ง self-help group

I-3.2 2(2)

Examples of Customer Engagement Measures



Why you gave a specific rating to a particular product or service?

The Net Promoter Score (NPS)

The churn rate is the number of customers lost in a given period divided by the number of customers at the beginning multiplied by 100%.

CHURN RATE FORMULA

$$\frac{150}{30000 + 600} \times 100 = 0,49\%$$

customer who left

customer at the beginning of the period (month/year)

new customers gained in that period (month/year)

your churn rate for the period (month/year)

Churn

CUSTOMER ACQUISITION COST FORMULA

$$\text{CUSTOMER ACQUISITION COST} = \frac{\text{Costs Devoted to Acquiring New Customers}}{\text{Number of New Customers}}$$

© Patriot Software, LLC. All Rights Reserved.
This is not intended as legal advice.

PATRIOT
SOFTWARE

The Customer Acquisition Cost (CAC)

Customer Effort Scores

CX Central made it easy to find the information I needed:

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree	Disagree	Somewhat Disagree	Neither Agree or Disagree	Somewhat Agree	Agree	Strongly Agree

CES SCORE

$$\frac{\text{Number of Customers who scored 5, 6 or 7}}{\text{Total Number of Customers who responded}} = \text{Customer Effort Score}$$

Central

Customer Effort Score (CES)

Conversion Rate Formula

Calculate how frequently a click or visit results in a conversion.
Clicks are used for links, ads, or posts, while visits are used for websites.

$$\text{Conversion Rate} = \left(\frac{\text{Total Attributed Conversions}}{\text{Total No. of Clicks or Visits}} \right) \times 100$$

*Conversion Rate is expressed as a percentage, so for ease of use x100 is added to the above equation.

What does it mean?
Conversions: An action you want people to complete (for example buying something or signing up for something).
Total Attributed Conversion: The total amount of conversions which were caused by these clicks/visits. Conversions usually have multiple causes, so someone (usually the advertiser) has to decide what to attribute for each conversion.
Total No. of Clicks or Visits: The number of clicks a link, ad, or post received, or the number of visits a website had.

theonlineadvertisingguide.com TO AG

Conversion Rate

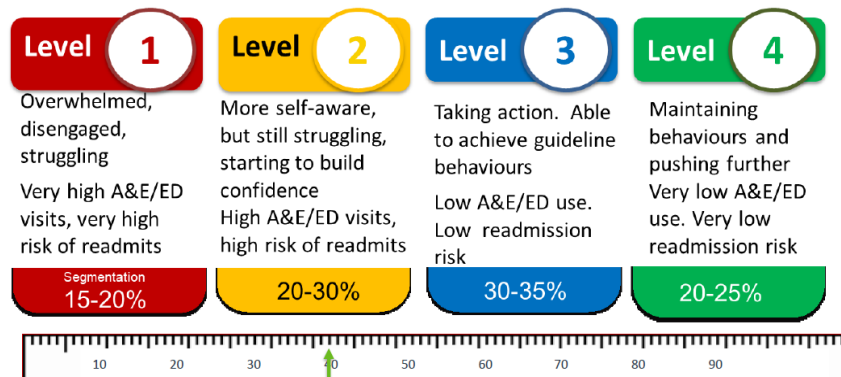
Patient activation Measures (PAM)

PAM[®] measures a persons underlying self-care ability or activation

- Three key domains are assessed
- Two key metrics: Score on a 100 point scale and four levels of activation

Four activation levels

Four activation levels reside along an empirically derived, equal interval scale 100-point scale



The value of a single point change in PAM score is significant and well understood, as is the shift between PAM Levels



1. I am the person who is responsible for taking care of my health

Disagree Strongly	Disagree	Agree	Agree Strongly	N/A
-------------------	----------	-------	----------------	-----

1. ฉันเป็นผู้ที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของฉัน
2. การมีบทบาทที่แข็งแกร่งในการดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่มีผลต่อสุขภาพของฉัน
3. ฉันรู้ว่ายาแต่ละตัวที่แพทย์สั่งให้ฉันนั้นเข้าไปทำอะไร
4. ฉันมั่นใจว่าฉันบอกได้ว่าเมื่อไรที่ต้องไปพบแพทย์หรือสามารถดูแลปัญหาได้ด้วยตนเอง
5. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถบอกแพทย์หรือพยาบาลถึงสิ่งที่ฉันห่วงกังวลแม้ไม่ถูกถาม
6. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถจัดการเกี่ยวกับยาที่ฉันต้องทำที่บ้านได้
7. ฉันสามารถรักษาการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต เช่น การกิน การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
8. ฉันรู้วิธีการป้องกันปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของฉัน
9. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถหาคำตอบสำหรับปัญหาสุขภาพใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นกับฉัน
10. ฉันมั่นใจว่าสามารถรักษาการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต เช่น การกิน การออกกำลังกาย ไว้ได้แม้ในช่วงที่มีความกดดันหรือความเครียด

วัด patient engagement ผ่าน active role ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

Ask Me 3 ถามหมอ 3 ข้อ ขอหมออธิบาย 3 ประเด็น

Good Questions for Your Good Health

Ask Me3[®]

*Every time you talk with
a health care provider*

Ask these questions

1.

What is
my main
problem?

ปัญหาหลักของฉันคืออะไร

2.

What do I
need to do?

ฉันต้องทำอะไรบ้าง

3.

Why is it
important
for me to
do this?

ทำไมสิ่งที่ต้องทำจึงสำคัญสำหรับฉัน

Write your health care provider's answers to the 3 questions here:

1. What is my main problem?

2. What do I need to do?

3. Why is it important for me to do this?

Asking these questions can help you:

- ☒ Take care of your health
- ☒ Prepare for medical tests
- ☒ Take your medications the right way

You don't need to feel rushed or embarrassed if you don't understand something. You can ask your health care provider again.

When you Ask 3, you are prepared. You know what to do for your health.

Your providers *want* to answer 3

Are you nervous to ask your provider questions? Don't be. You may be surprised to learn that your medical team wants you to let them know that you need help or more information.

Like all of us, health care providers have busy schedules. Yet they want you to know:

- All you can about your health or condition.
- Why their instructions are important for your health.
- Steps to take to keep you healthy and any conditions under control.

Bring your medications with you the next time you visit a health care provider. Or, write the names of the medications you take on the lines below.

Like many people, you may see more than one health care provider. It is important that they all know about all of the medications you are taking so that you can stay healthy.

Ask Me 3® is an educational program provided by the Institute for Healthcare Improvement / National Patient Safety Foundation to encourage open communication between patients and health care providers.

ชม. (เชียงใหม่) Share SHA Day

เด็ก...ไม่ใช่ผู้ใหญ่ตัวเล็ก

Caring

Responsibility/
Accountability

Non-maleficence



การดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณ

ความเมตตา กรุณา (kindness)

ความห่วงใย (caring and
concern)

ความเข้าใจ (empathy)



เคารพผู้อื่น (respect for others)

การใช้มุมมองเชิงบวก
(positive thinking)

ยินดีในการช่วยเหลือผู้อื่น
(appreciating the contributions of others)

ความสามารถในรับรู้ตัวเองและตระหนักถึงสิ่งต่างๆ ที่เกิด
มีความเข้าใจ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก สิ่งที่ตนเอง
ให้คุณค่า (self-awareness)

ชม. (เชียงใหม่) Share SHA DAY

เมื่อหน่วยไตเทียมต้องฟอกเลือดให้เด็ก
เป็นงานที่ไม่เคยทำมาก่อน
มิติ spiritual เกิดขึ้นเมื่อไม่ได้ทำเพื่อตัวเอง
อาหาร พัฒนาการ หนังสือ เล่น เป็นแทนแม่

จากอุตรดิตถ์ กว่าเจ็ดสิบขวบดอกก็เกินเที่ยง
เมื่อเอ๊ะแล้ว ไม่ลังเลที่จะพูดคุย

Spirituality in Daily Lives Quality



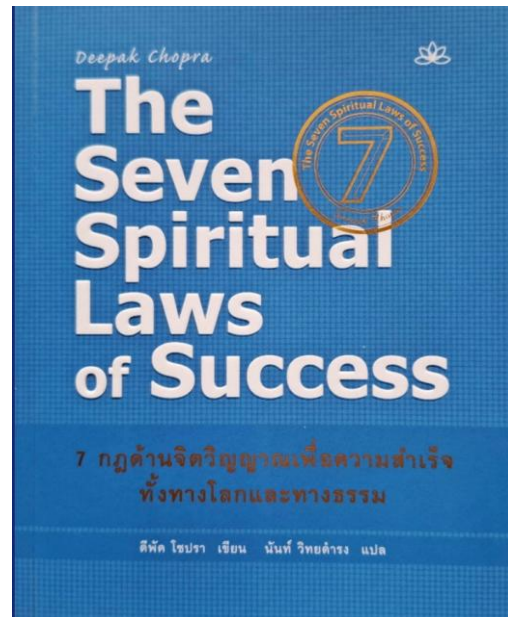
ตนเอง: ใช้พลังของจิตที่นิ่งและตื่นรู้
เพื่อนรอบตัว: รับฟังและสื่อสารอย่างสร้างสรรค์
ผู้ป่วย: ดูแลด้วยหัวใจ เคารพศักดิ์ศรี
องค์กร: ใช้พลังขององค์กรที่มีชีวิต
สิ่งแวดล้อม: สร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา
สังคม โลก มนุษยชาติ: รับผิดชอบต่อสังคมในภาพใหญ่

7 กฎด้านจิตวิญญาณเพื่อความสำเร็จ



โรงพยาบาล
โรงพยาบาลคุณภาพ

AHA



กฎแห่งธรรมะ (7)
ค้นหาเป้าหมายในชีวิต
ใช้ความสามารถเฉพาะตัว

กฎแห่งการให้ (2)
หมั่นเวียนความมั่งคั่ง
อุดมสมบูรณ์

กฎแห่งความมุ่งมั่น (5)
ระบุความมุ่งมั่น
Slip into the gap

กฎแห่งศักยภาพ (1)
ความเจียบ สมาธิ
ไม่ตัดสิน

กฎแห่งกรรม (3)
เฝ้าดูการตัดสินใจเลือก
เลือกอย่างรู้ตัว

พยายามน้อยที่สุด (4)
ยอมรับทุกสิ่ง ไม่แสวงหา
รับผิดชอบ ไม่กล่าวโทษ

กฎแห่งการปล่อยวาง (6)
ไม่ยึดติด รับความไม่
แน่นอน ไร้ขีดจำกัด



ว่าด้วยความยั่งยืน

Enjoy Quality เพื่อความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพ

Simplicity

ง่าย

ทำงานประจำให้ง่ายขึ้น
พัฒนาคุณภาพแบบเรียบง่าย

Simplicity
Innovation
Human Factors

Joyful

มัน

มันจากการได้ทำสิ่งแปลกใหม่
มันจากการไม่ถูกกดดัน
มันจากสัมพันธภาพระหว่างการทำงาน
มันเพราะเห็นเป็นความท้าทาย

Effective

ดี

ดีต่อตัวเองและทีมงาน
ดีต่อผู้รับผลงาน
ดีต่อองค์กร

CQI
Evidence-based
Patient Safety
Clinical Tracer
Trigger Tools

Spirituality

มีความสุข

ฝากำแพงสู่ความมีจิตใจที่งดงาม

ระบบคุณภาพที่ยั่งยืน (Sustainable Quality System)

Sustainability เป็นแนวทางการดำเนินธุรกิจเพื่อสร้างคุณค่าในระยะยาว โดยนำวิธีการที่องค์กรปฏิบัติภายใต้สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และนิเวศวิทยามาพิจารณา เพื่อส่งเสริมความยั่งยืนขององค์กร “ความสามารถขององค์กรในการปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมของกิจการ เพื่อนำเอาวิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุดร่วมสมัยมาใช้และรักษาผลการดำเนินงานที่เหนือชั้นไว้ได้” (Zairi & Liburd 2001)

ระบบคุณภาพที่ยั่งยืนหมายถึงอะไร

ระบบคุณภาพซึ่งเป็นที่ยอมรับ ให้ผลดีมีคุณค่า มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ระบบคุณภาพที่ใช้แนวคิดความยั่งยืนเข้ามาร่วม

ระบบคุณภาพที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนขององค์กรและสังคม

ระบบคุณภาพที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของสังคมและสิ่งแวดล้อม

Tips for Building a Sustainable Organization



ทางเลือกเชิงกลยุทธ์เพื่อสร้างความเติบโตที่ยั่งยืนให้องค์กร

1. เราเป็นใคร (อะไรคือ **winning aspiration**)
เราสร้างคุณค่าที่แตกต่าง
ให้กับลูกค้ากลุ่มเป้าหมายของเราอย่างไร

Unique capability = ชีตความสามารถที่เหนือกว่า -> ส่ง
มอบคุณค่าที่ดีกว่าให้แก่ลูกค้ากลุ่มเป้าหมาย

2. **Unique capability** และกิจกรรมอะไรที่จะสร้างคุณค่า
เราจะจัดโครงสร้างอย่างไรเพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ลูกค้า

“ดูคน ดูใช้ ดูคุ้ม” เป็น **unique capability**



5. เราต้องสร้างกระบวนการด้านคนอะไร
เพื่อสนับสนุนทางเลือกเชิงกลยุทธ์ของเรา
(ปรัชญา นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ กระบวนการ
เกี่ยวกับกำลังคน)

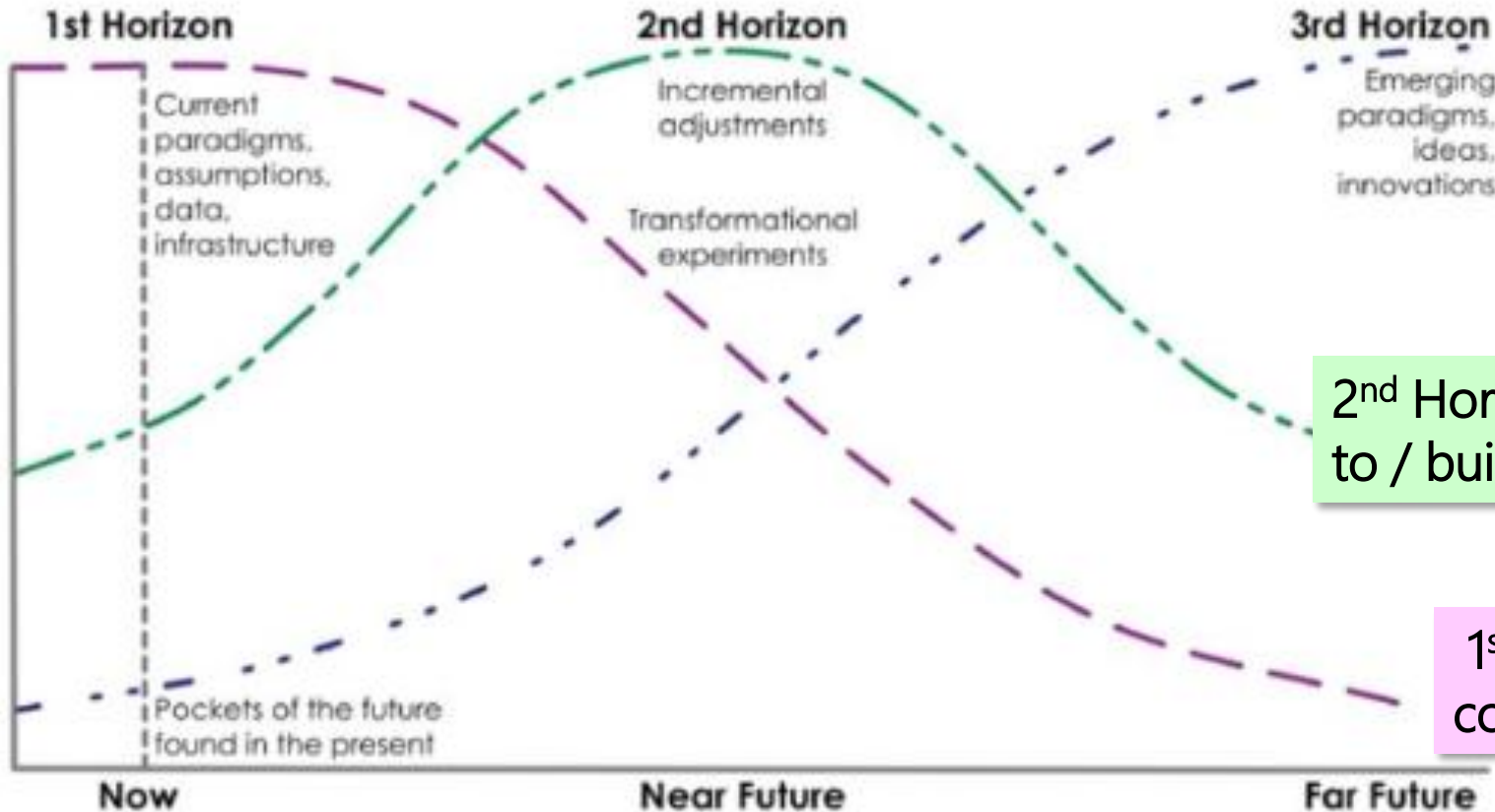
4. เราจะ **align** การยกย่องชมเชยและการให้รางวัลกับทางเลือก
เชิงกลยุทธ์ของเราอย่างไร
Recognition-reinforcement based on emotional need
Reward-reinforcement based on rational need

3. เราจะสร้าง **alignment** ผ่าน **processes** และการเชื่อมโยง
ระหว่างโครงสร้างอย่างไร

- กำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วย
- **Process maps: SIPOC & Swim Lanes**
- **RACI Charts** (responsible, accountable, consult, inform)
- **Operating mechanism** (objectives & plans)
- **Linkages** (policies, network, cross-discipline team, matrix)

Awareness of Change : Three Horizons

“ดูคน ดูใช้ ดูคุ้ม” เป็นเป้าหมาย

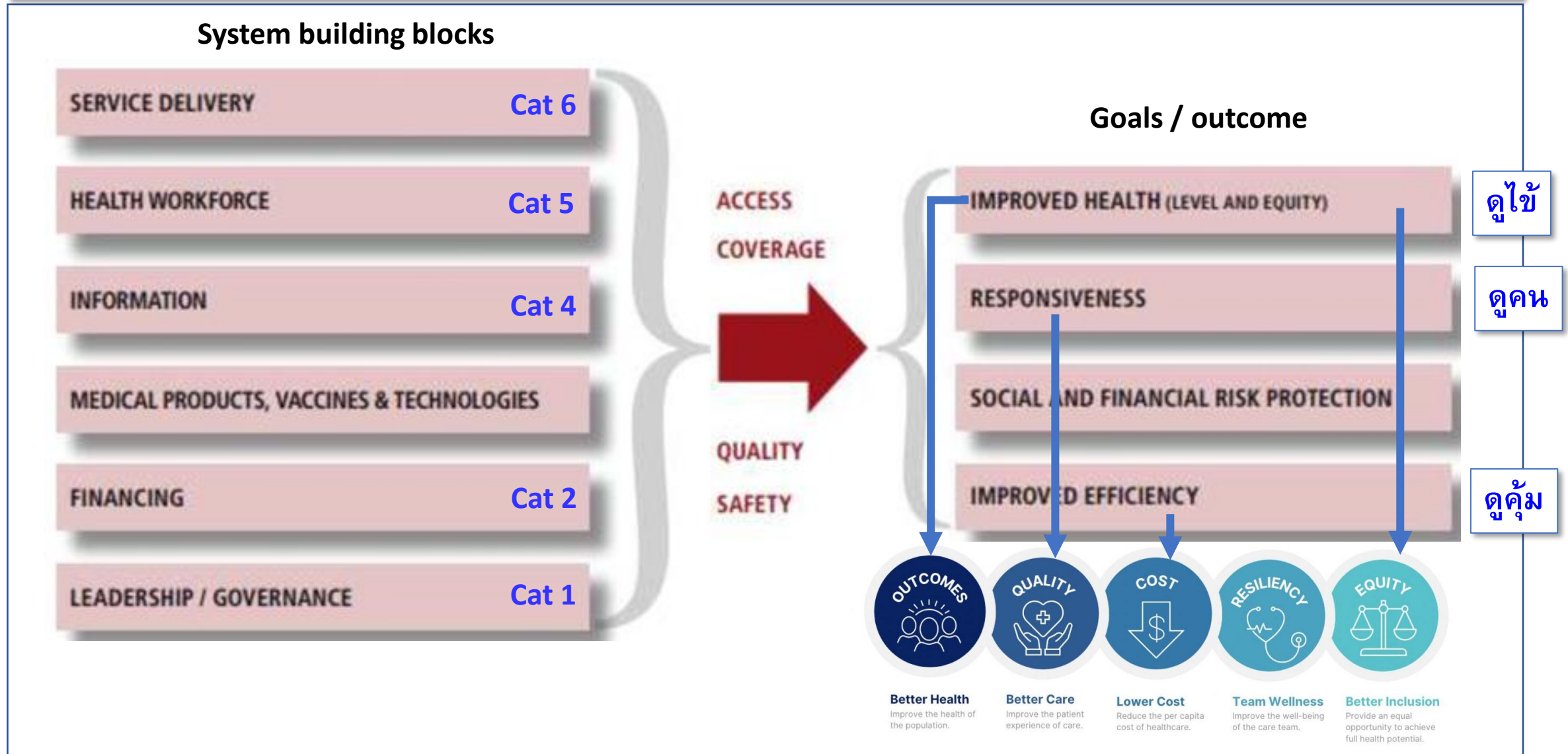


3rd Horizon “transformative emerging change” (mindset of the visionary)

2nd Horizon “present actions to (resist / adapt to / build on) change (mindset of entrepreneur)”

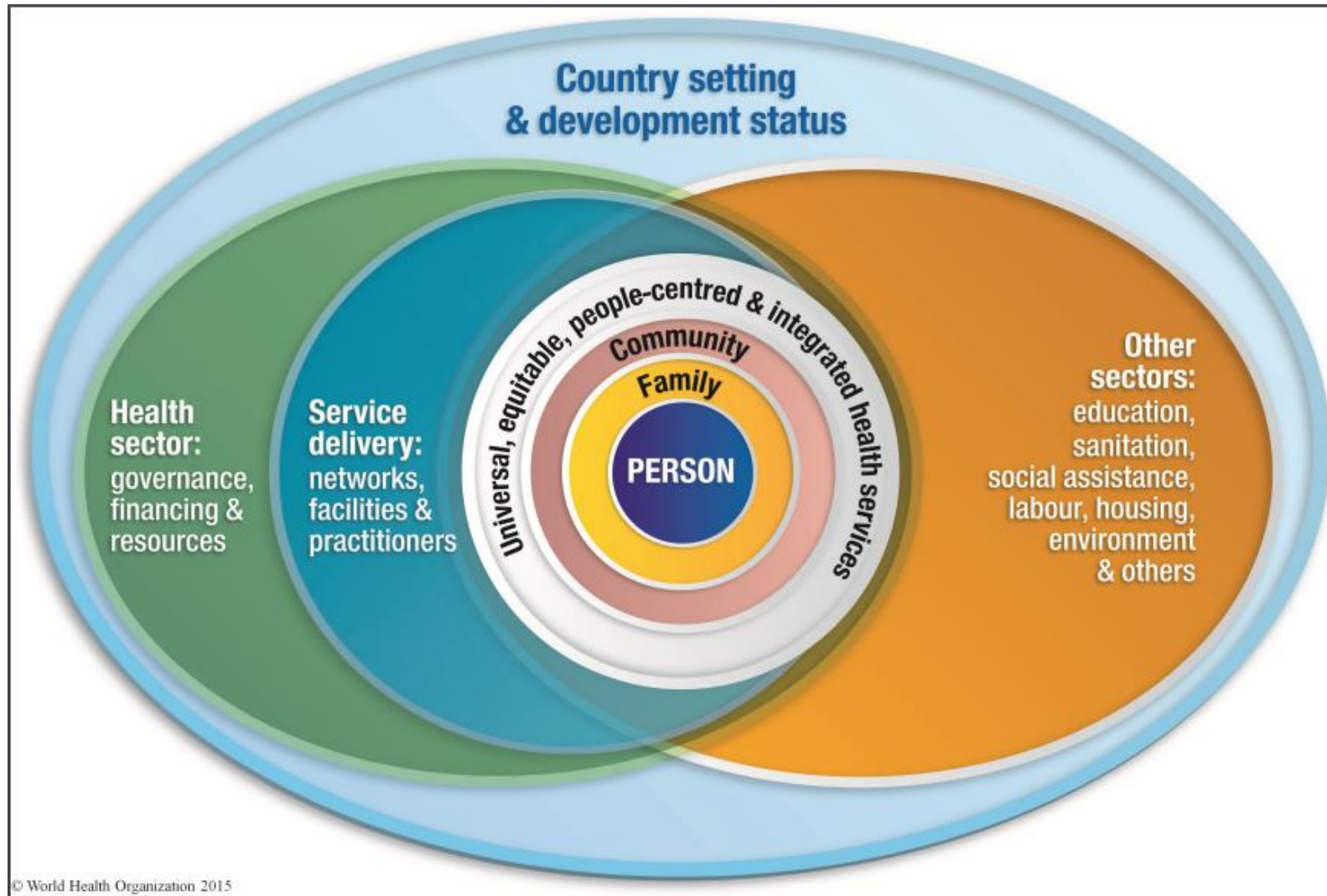
1st Horizon “the current context & condition” (mindset of manager)

“ดูคน ดูใช้ ดูคุ้ม” กับ Outcome ของ System Building Blocks



The WHO health system building blocks framework

“ดูคน ดูใช้ ดูคุ้ม” กับบริการสุขภาพที่ยั่งยืน (บูรณาการและคนเป็นศูนย์กลาง)



WHO conceptual framework for people-centred care and integrated health services

“ดูคน-ดูใช้-ดูคุ้ม” กับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG)

“Sustainable development is development that meets the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs.”

SDG 2 Zero hunger
SDG 3 Good health and well-being
SDG 4 Quality education
SDG 5 Gender equality
SDG 10 Reduce inequalities
SDG 11 Sustainable cities and communities
SDG 16 Peace, justice and strong institutions

ดูคน ดูใช้



SDG 6 Clean water and sanitation
SDG 7 Affordable and clean energy
SDG 13 Climate action
SDG 14 Life below water
SDG 15 Life on land

SDG 1 No poverty
SDG 8 Decent work and economic growth
SDG 9 Industry, innovation and infrastructure
SDG 12 Responsible consumption and production

ดูคุ้ม



ส่งท้าย

What This World Needs (Margaret Wheatley)

This world does **not need more entrepreneurs.**

This world does **not need more technology breakthroughs.**

This world **needs leaders.**

We need leaders who **put service over self**, who can be steadfast through crises and failures, who want to stay present and make a difference to the people, situations and causes they care about.

We need leaders who are **committed to serving people**, who recognize what is being lost in the haste to dominate, ignore and abuse the human spirit.

Now it's up to us, not as global leaders but as **local leaders**. We can lead people to create positive changes locally that make life easier and more sustainable, that create possibility in the midst of global decline.

Let us **use whatever power and influence we have, working with whatever resources are already available, mobilizing the people who are with us to work for what they care about.**

Can we work beyond hope and fear? (Margaret Wheatley)

Can we work beyond hope and fear?

Can we find a way to be motivated, to be energetic, to be happy; to take delight in the work that we're doing that isn't based on outcomes, that isn't based on needing to see a particular result? Is that even available?

What if we could offer our work as a gift so lightly, and with so much love, that that's really the source of fearlessness? We don't need it to be accepted in any one way. We don't need it to create any certain outcome. We don't need it to be any one thing. It is in the way we offer it, that the work transforms us. It is in the way we offer our work as a gift to those we love, to those we care about, to the issues we care about. It is in the way we offer the work that we find fearlessness. Beyond hope and fear, I think, is the possibility of love.

เราจะสามารถหาวิธีที่จะมีแรงจูงใจ มีพลัง มีความสุข มีความปลื้มปิติในงานที่เรา กำลังทำ โดยไม่ต้องอิงผลลัพธ์ได้หรือไม่? มีโอกาสหรือไม่? จะเกิดอะไรขึ้นถ้าเราหยิบยื่นงานของเราเสมือน เป็นของขวัญเล็กๆ ที่ส่งมอบให้ด้วยความรักอัน ยิ่งใหญ่ เป็นแหล่งของการปราศจากความกลัว? เราไม่ต้องการได้รับการยอมรับด้วยวิธีใด ๆ ไม่ ต้องเป็นอะไร. งานเป็นสิ่งที่ทำให้เรา transform. ก้าวข้ามความหวังและความกลัว คือความเป็นไปได้ของความรัก.

Fear is the constant, unavoidable companion of hope.



- พลังความรักจะเกิดได้ต่อเมื่อทุกฝ่ายปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพในคุณค่าของกันและกัน มีความเท่าเทียมกัน ถือว่าทุกฝ่ายเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อระบบใหญ่ เมื่อพลังนี้เกิดขึ้น เราไม่จำเป็นต้องใช้พลังอำนาจก็สามารถก่อให้เกิดความสำเร็จได้ และอาจจะสำเร็จมากกว่าการใช้พลังอำนาจ เพราะพลังอำนาจก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมกัน ก่อให้เกิดความรู้สึกต่อต้าน กระตุ้นให้แย่งชิงความเป็นใหญ่และตามมาด้วยความบาดหมาง
- ความรักต่อผู้ป่วย คือพื้นฐานสำคัญของบริการที่มีคุณภาพ ความรักต่อเพื่อนร่วมงาน คือพื้นฐานสำคัญของการทำงานเป็นทีม
- ความรักต่อเพื่อนร่วมงานจะเกิดได้อย่างไร หากท่านยังสวมหัวโขนและเครื่องทรงหัวโขนคือตำแหน่งบริหาร เครื่องทรงคือความรู้สึกในวิชาชีพของตนเอง สวมเครื่องทรงเช่นไรก็ต้องเล่นไปตามบทเช่นนั้น หากถอดเครื่องทรงเสียได้ ทุกคนก็คือเพื่อนร่วมงานซึ่งมีความเท่าเทียมกัน ความรักที่ท่านแผ่ให้กับคนอื่น จะส่งผลกลับมาสู่ท่านมากมายมหาศาลเกินกว่าจะคาดคิด จะเป็นเกราะคุ้มครองท่านเมื่อท่านประสบปัญหา จะทำให้ท่านไม่ต้องเหนื่อยกับแรงต้านที่ไม่จำเป็น จะทำให้ท่านกล้าที่จะก้าวเข้าไปสู่ดินแดนแห่งความไม่แน่นอนด้วยความมั่นใจ

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล

25 กุมภาพันธ์ 2543 (2nd HA National Forum)

- พลังความรักจะเกิดได้ต่อเมื่อทุกฝ่ายปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพในคุณค่าของกันและกัน มีความเท่าเทียมกัน ถือว่าทุกฝ่ายเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อระบบใหญ่ เมื่อพลังนี้เกิดขึ้น เราไม่จำเป็นต้องใช้พลังอำนาจก็สามารถก่อให้เกิดความสำเร็จได้ และอาจจะสำเร็จมากกว่าการใช้พลังอำนาจ เพราะพลังอำนาจก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมกัน ก่อให้เกิดความรู้สึกต่อต้าน กระตุ้นให้แย่งชิงความเป็นใหญ่และตามมาด้วยความบาดหมาง
- ความรักต่อผู้ป่วย คือพื้นฐานสำคัญของบริการที่มีคุณภาพ ความรักต่อเพื่อนร่วมงาน คือพื้นฐานสำคัญของการทำงานเป็นทีม
- ความรักต่อเพื่อนร่วมงานจะเกิดได้อย่างไร หากท่านยังสวมหัวโขนและเครื่องทรงหัวโขนคือตำแหน่งบริหาร เครื่องทรงคือความรู้สึกในวิชาชีพของตนเอง สวมเครื่องทรงเช่นไรก็ต้องเล่นไปตามบทเช่นนั้น หากถอดเครื่องทรงเสียได้ ทุกคนก็คือเพื่อนร่วมงานซึ่งมีความเท่าเทียมกัน ความรักที่ท่านแผ่ให้กับคนอื่น จะส่งผลกลับมาสู่ท่านมากมายมหาศาลเกินกว่าจะคาดคิด จะเป็นเกราะคุ้มครองท่านเมื่อท่านประสบปัญหา จะทำให้ท่านไม่ต้องเหนื่อยกับแรงต้านที่ไม่จำเป็น จะทำให้ท่านกล้าที่จะก้าวเข้าไปสู่ดินแดนแห่งความไม่แน่นอนด้วยความมั่นใจ

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล

25 กุมภาพันธ์ 2543 (2nd HA National Forum)

การส่งมอบบริการสุขภาพที่มีคุณค่าสูง เป็น**นิยาม**ของความสำเร็จ

คุณค่าเป็นเป้าหมายอย่างเดียวกันเท่านั้นที่สามารถ**รวมความสนใจ**ของ
ผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ ในระบบ











โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ร่วมกับ ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation Collaborating Center : HACC) เขตสุขภาพที่ 10 "อุบลมุกศรีโสธรเจริญ" จัดงานมหกรรมคุณภาพ ภายใต้แนวคิด Compassionate Innovation Shaping the Future of Care "นวัตกรรมที่เปี่ยมไปด้วยความใส่ใจ สร้างมิติใหม่ของการดูแล"

โดยในงานนี้ แพทย์หญิงกนกนันทน์ มหาสุวีระชัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้มอบหมายให้ แพทย์หญิงสุวิมล ทองประเสริฐ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นประธานในพิธีเปิด ซึ่งการประชุมครั้งนี้ คณะผู้จัดได้เล็งเห็นถึง ความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงได้กำหนดจัดการประชุมวิชาการและมหกรรมคุณภาพ ครั้งที่ 2 ขึ้น ภายใต้แนวคิด "Compassionate Innovation Shaping the Future of Care" "นวัตกรรมที่เปี่ยมไปด้วยความใส่ใจ สร้างมิติ ใหม่ของการดูแล" วัตถุประสงค์หลัก คือ การสร้างเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ นวัตกรรม และผลงานด้านการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างบุคลากรสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 10 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ยังเป็นการคัดเลือก ผลงานคุณภาพที่มีความโดดเด่นและสร้างสรรค์ เพื่อเป็นตัวแทนเข้าประกวดในเวทีระดับชาติ ต่อไป คือ HA National Forum ครั้งที่ 26 โดยได้รับเกียรติจากวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิได้แก่ นพ. อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล ผู้ทรงคุณวุฒิจาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน), นพ.ทรง พิลาลัย ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน), ศ.ดร.ระพีพันธ์ ปิตาคะโส อาจารย์คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

การจัดงาน มีขึ้นระหว่างวันที่ 24-25 พฤศจิกายน 2568 ณ ห้องประชุมชั้น 6 อาคาร 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์