

Concept of Continuous Quality Improvement for HIV/AIDS Care

National Center for HIV/AIDS,
Dermatology and STD



CQI for CoC

What is CQI?

- **C = Continuous**
- **Q= Quality**
- **I= Improvement**

Continuous Quality Improvement

What is CoC?

- **C = Continuum**
- **o= of**
- **C= Care**

Continuum of Care

Background

- Before 2003; a few percentage of PLHA received ART mostly from NGOs, there was no National Guideline for ART yet;
- This becomes a concern. In 2003, MoH establish CoC to response to the need for care and treatment for people infected with HIV/AIDS;
- Five years later meaning in 2008; it is estimated that about 90% AIDS patients already received ART;
- What is the quality services provided to patients?
- HIV CQI would play important role in improving the quality services of HIV care

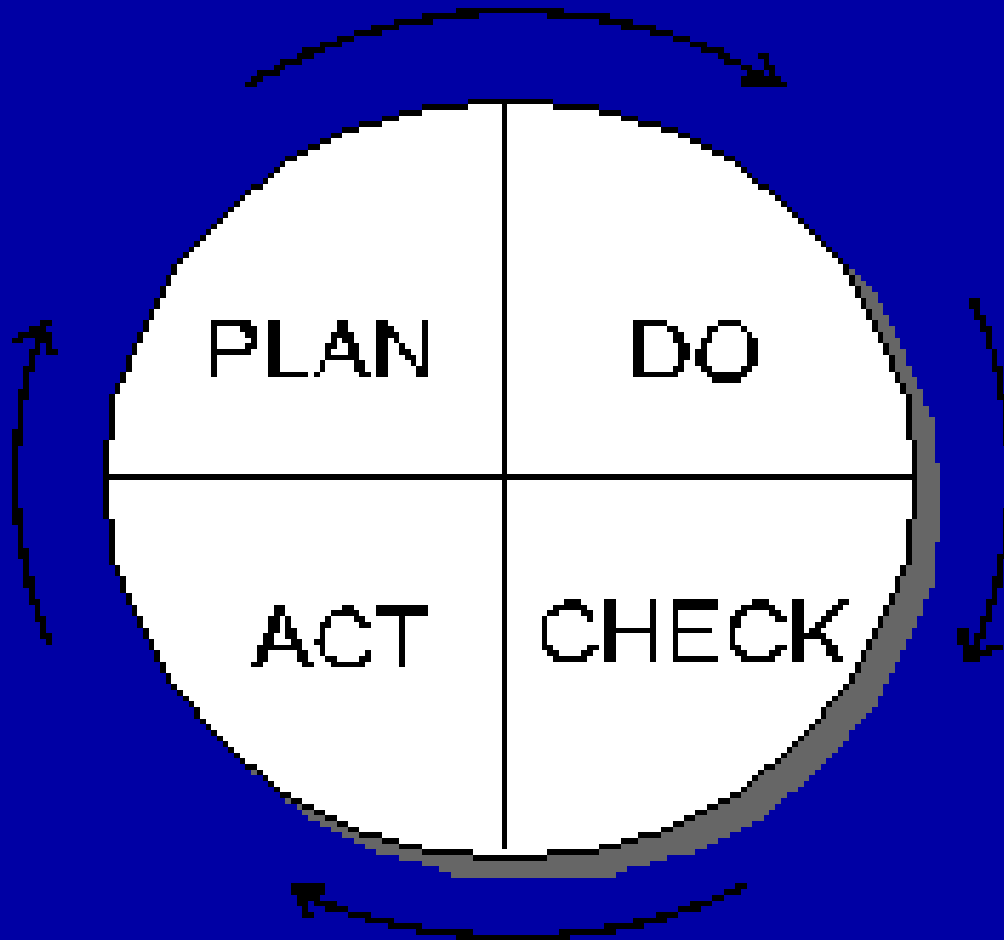
Background (cont.)

- This becomes another concern about the quality services provided to patients;
- In 2008, NCHADS in collaboration with UNAIDS, WHO, USCDC, and other concerned organizations to develop Standard Operation Procedure for CQI for Continuum of Care for HIV/AIDS in Cambodia in the hope that CQI would play important role in improving the quality services of HIV/AIDS care

Concept of CQI

- Deming and his colleague, Shewhart, promoted the **PDCA** cycle – mean that Plan, Do, Check and Act.

The PDCA Cycle



Overall objective

- To improve the quality of care and treatment services provided to PLHA in Cambodia

Specific objectives

- To create a culture of continuous quality improvement among CoC team
- To improve communication between health care providers , data management team, community support teams and other related organizations in the CoC
- Capacity building for CoC team to manage CQI

Indicators of CQI for CoC

- **Mortality indicators: consists of 3 key indicators;**
- **Quality of service indicators: consists of 5 key indicators;**
- **Case-finding and prevention indicators: consists of 4 indicators**

Mortality indicators

- Percentage of patients under ART who died;
- Percentage of patients under ART who were lost to follow-up;
- Percentage of patients under OI who died or were lost to follow-up

Quality of service indicators

- Percentage of patients on ART who kept all appointments in the last quarter (post-ART);
- Percentage of patients with CD4<350 (CD4<250 before April 2010) or WHO stage4 who start ART within 60 days (pre-ART);
- Percentage of patients with CD4 counts less than 200 and 100 receiving prophylaxis with CXT and fluconazole respectively

Quality of service indicators (cont.)

- TB screening: Percentage of patients newly registered at the OI/ART site who were screened for TB (pre-ART);
- Percentage of patients on ART who are still on first line regimens after 12 or 24 months (post-ART)

Case-finding and prevention indicators

- Percentage of new OI patients with an initial CD4 count of >350 (CD4 <250 before April 2010);
- Percentage of new TB patients who receive HIV testing and counseling (TB)

Case-finding and prevention indicators (cont.)

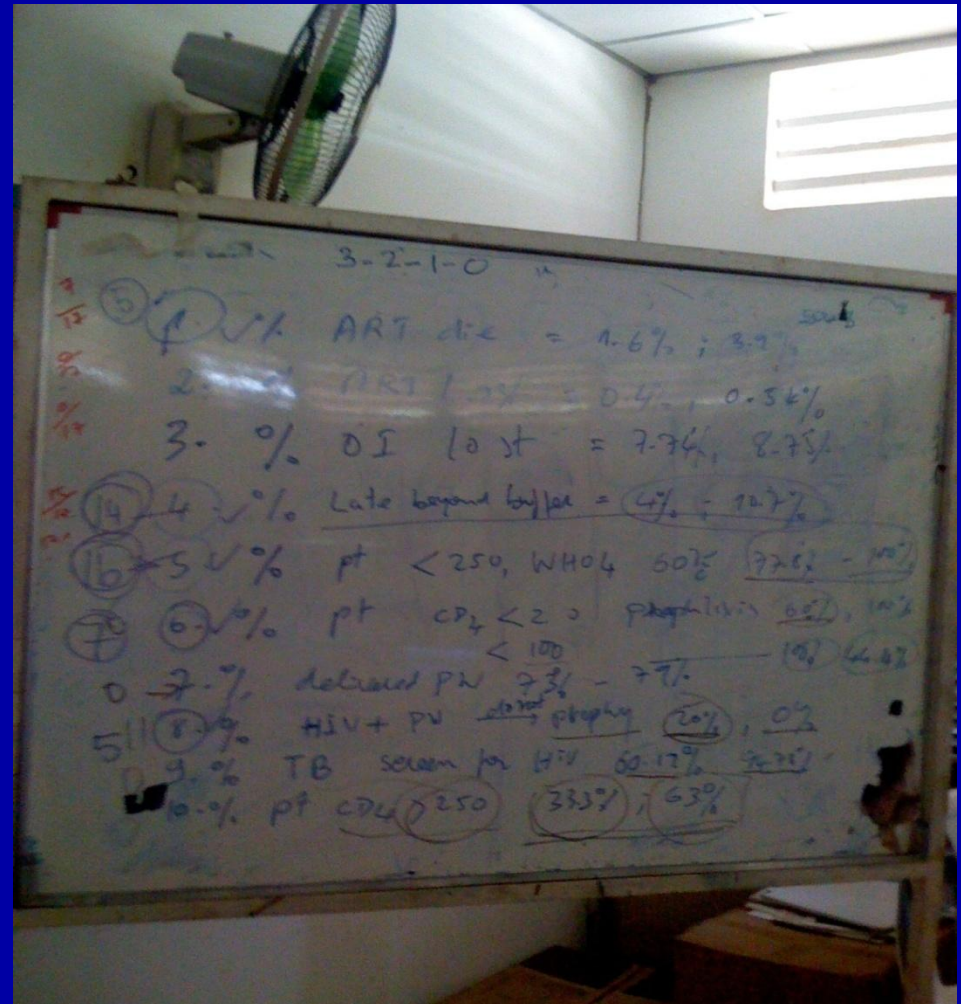
- Percentage of ANC1 patients who received HIV testing and counseling;
- Percentage of known HIV+ pregnant women who received prophylaxis (PMTCT).

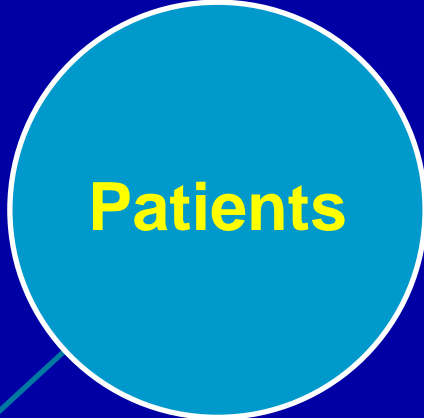
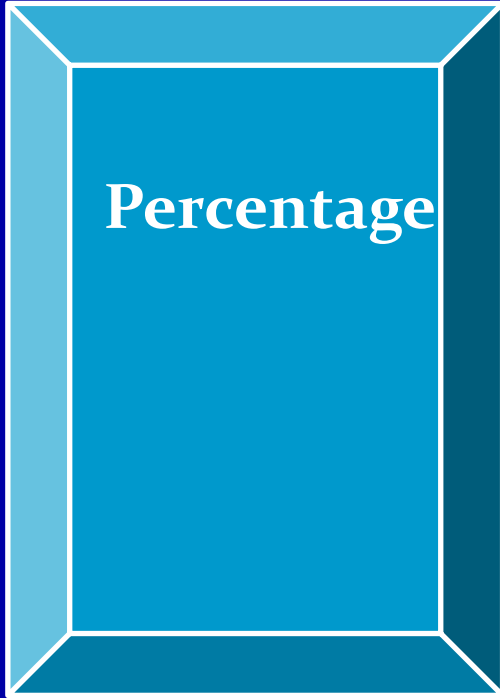
Outline

- Prioritization
- Root causes analysis
- Counter measure
- Corrective action plan

Prioritization criteria

- Importance
- Urgency
- Feasibility

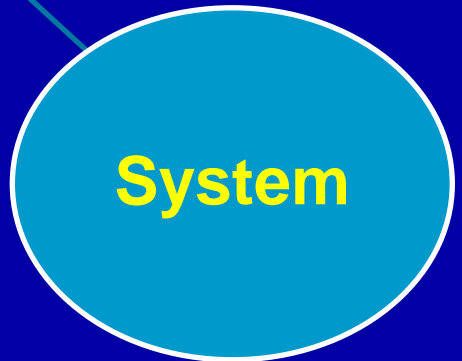




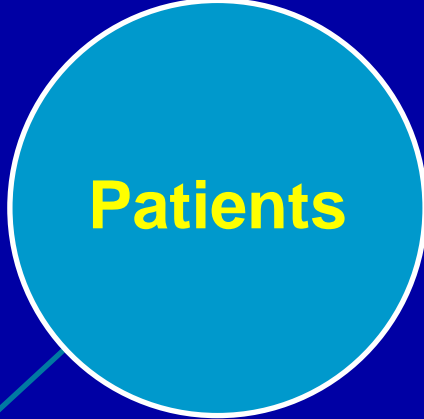
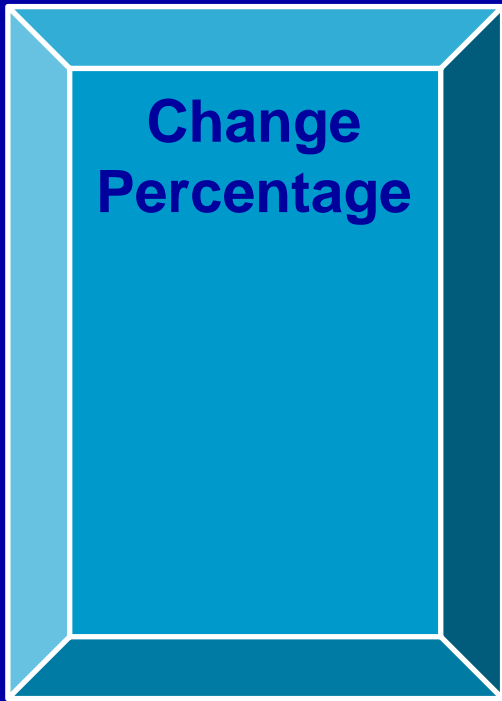
• ???



• ????????



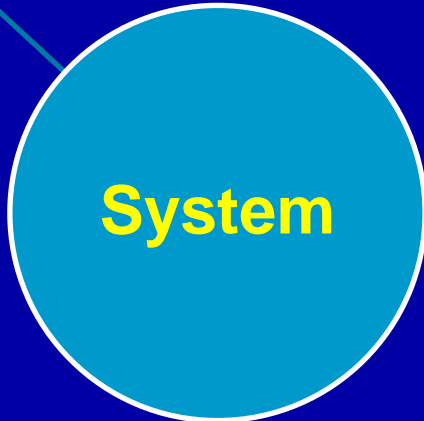
• ???



• ???



• ?????



• ????

THANK YOU

Launching of Continuous Quality Improvement for HIV/AIDS Care in Stung Treng RH, STG Province

December 03, 2010

**National Center for HIV/AIDS,
Dermatology and STDs**



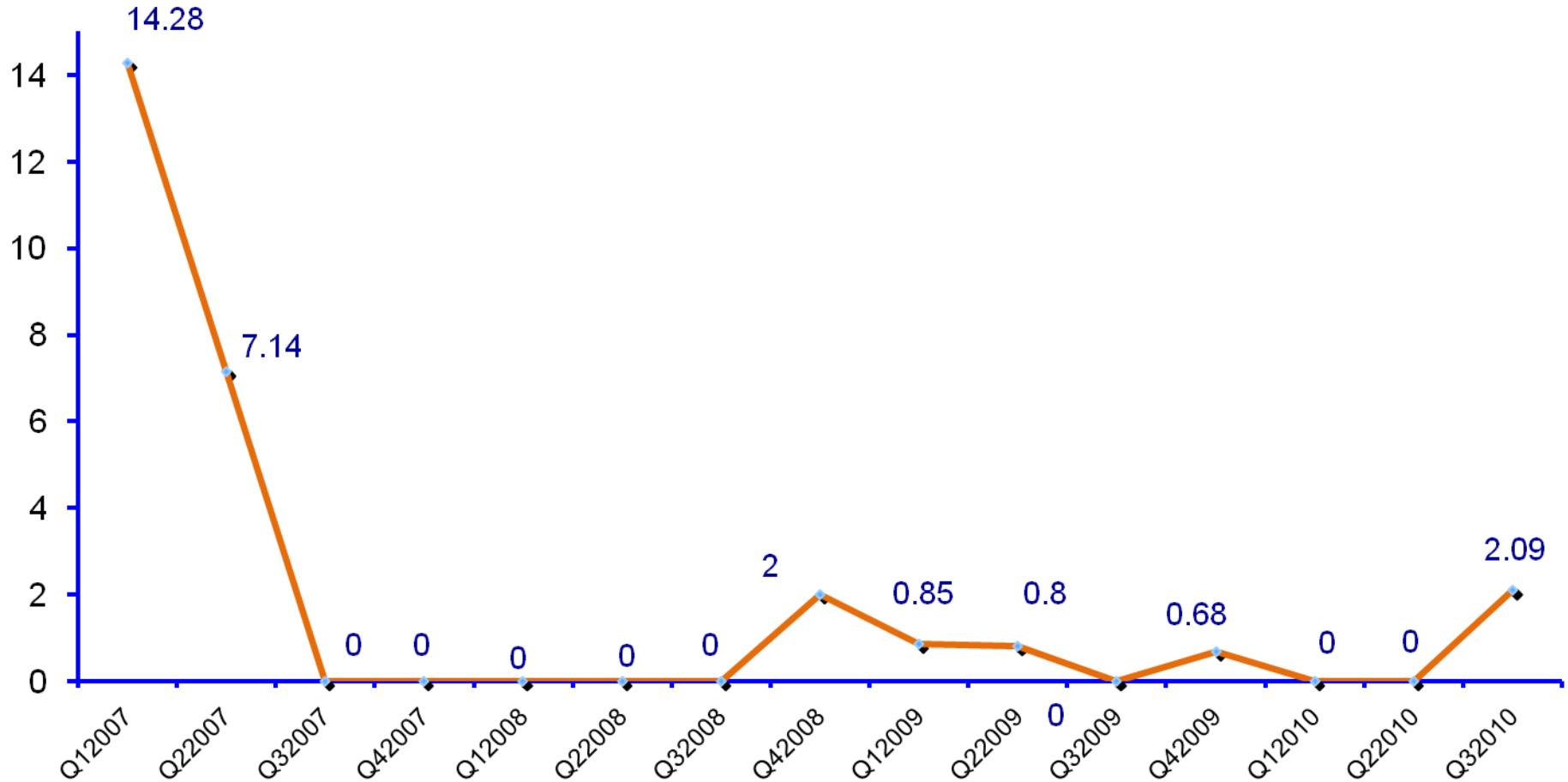
FINDINGS

Percentage of adult patients under ART who died by quarter in Stung Treng RH

Numerator: Total number of patients known to have died during the quarter

Denominator: Total number of active ART patients + total number of ART dead in the quarter

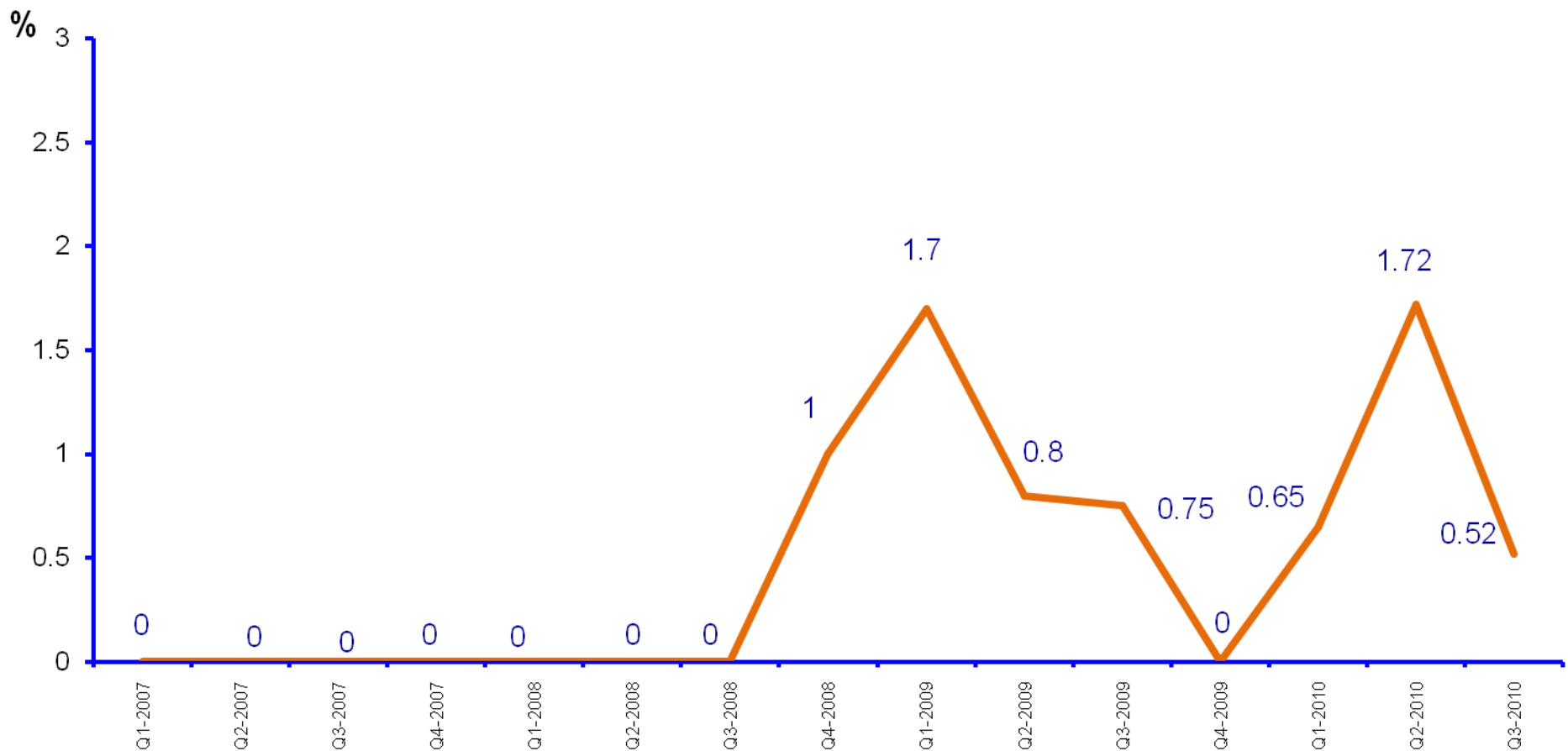
%



Percentage of adult patients under ART who were lost to follow-up by quarter in Provincial RH

Numerator: Total number of patients who were lost to follow up during the quarter. "Lost to follow up" is defined in the National ART Guidelines as lost for at least 3 months and not classified as dead, transferred out, or stopped ART.

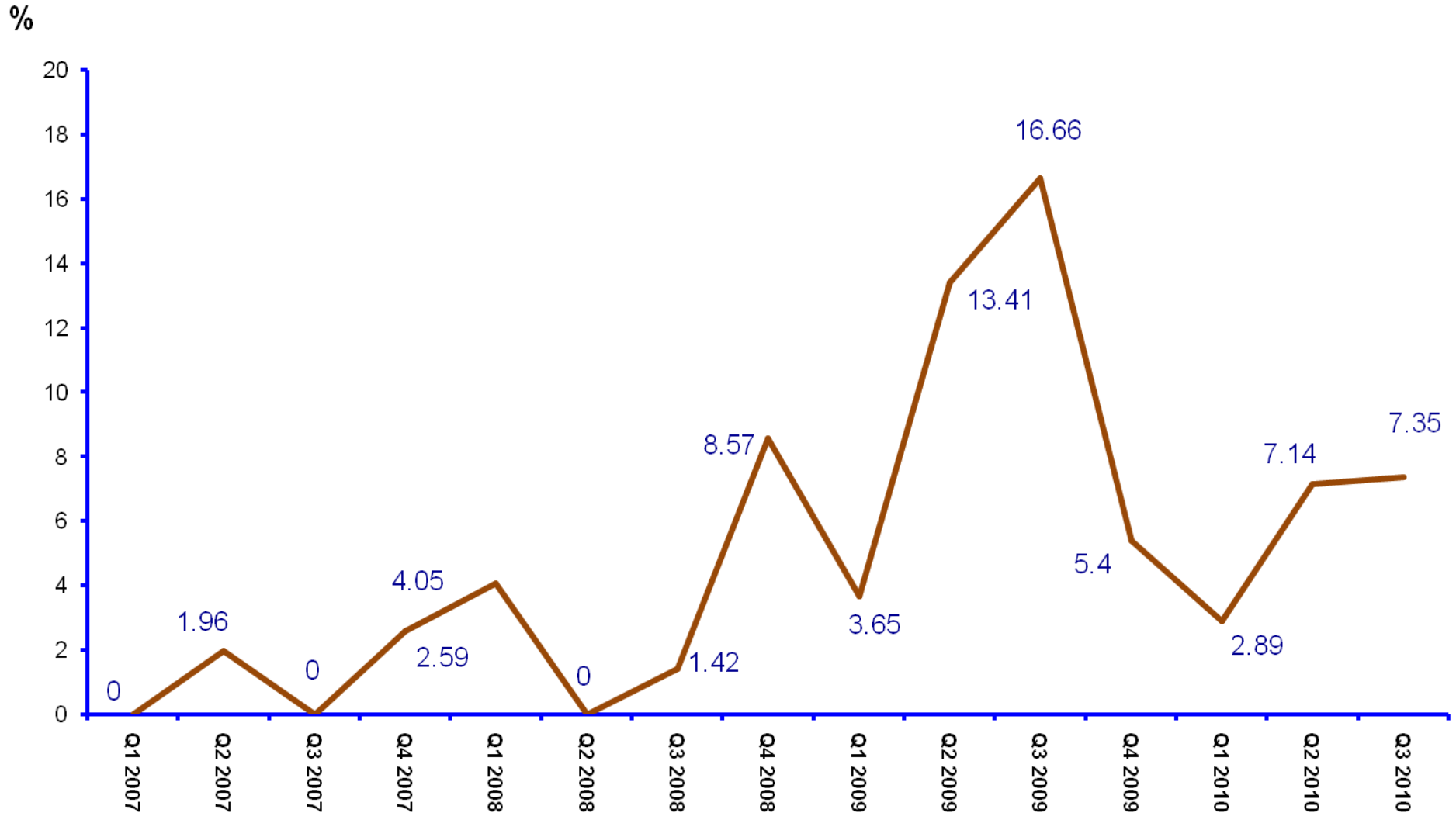
Denominator: Total number of active patients on ART at the end of the quarter + total number of patients who lost to follow up



Percentage of adult patients under OI who were lost to follow-up by quarter in STG RH

Numerator: Total number of OI patients who were lost (whether or not they are known to have died) during the quarter.

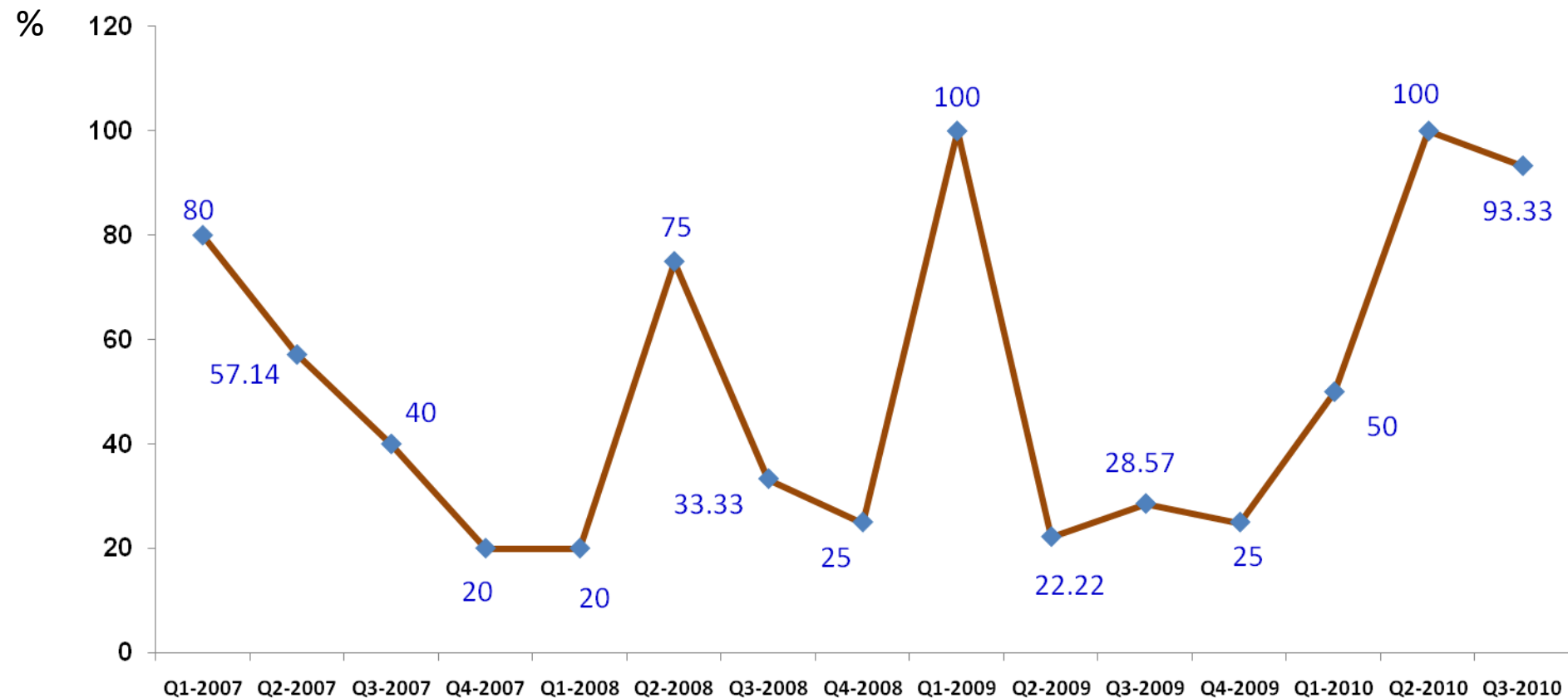
Denominator: Total number of active patients on OI at the end of the selected quarter + total number of OI patients who were lost during the quarter



Percentage of patients whose CD4<350 (CD4<250 before April 2010) or WHO stage 4 who start ART within 60 days after eligible in STG RH, STG

Numerator: Number OI patients with a CD4 count of <250 or WHO stage 4 within the first month of the reporting quarter or the two months previous who start ART by 60 days

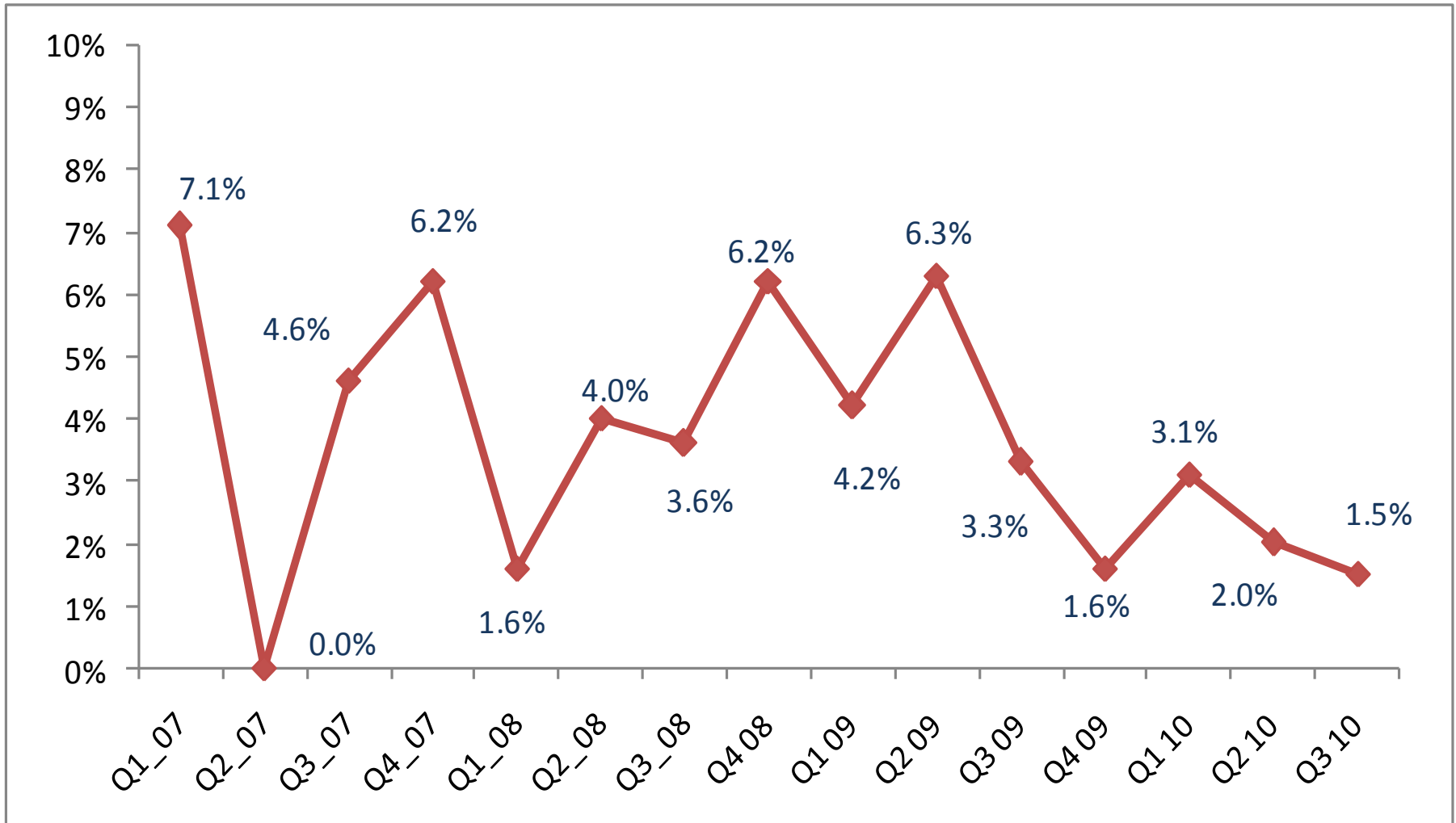
Denominator: Total number of OI patients with a CD4 count of <250 or WHO stage 4 within the first month of the reporting quarter or the two months previous.



Percentage of late visit beyond buffer by quarter in Stung Treng RH

Numerator = Number of Late Visits Beyond Buffer in the Quarter

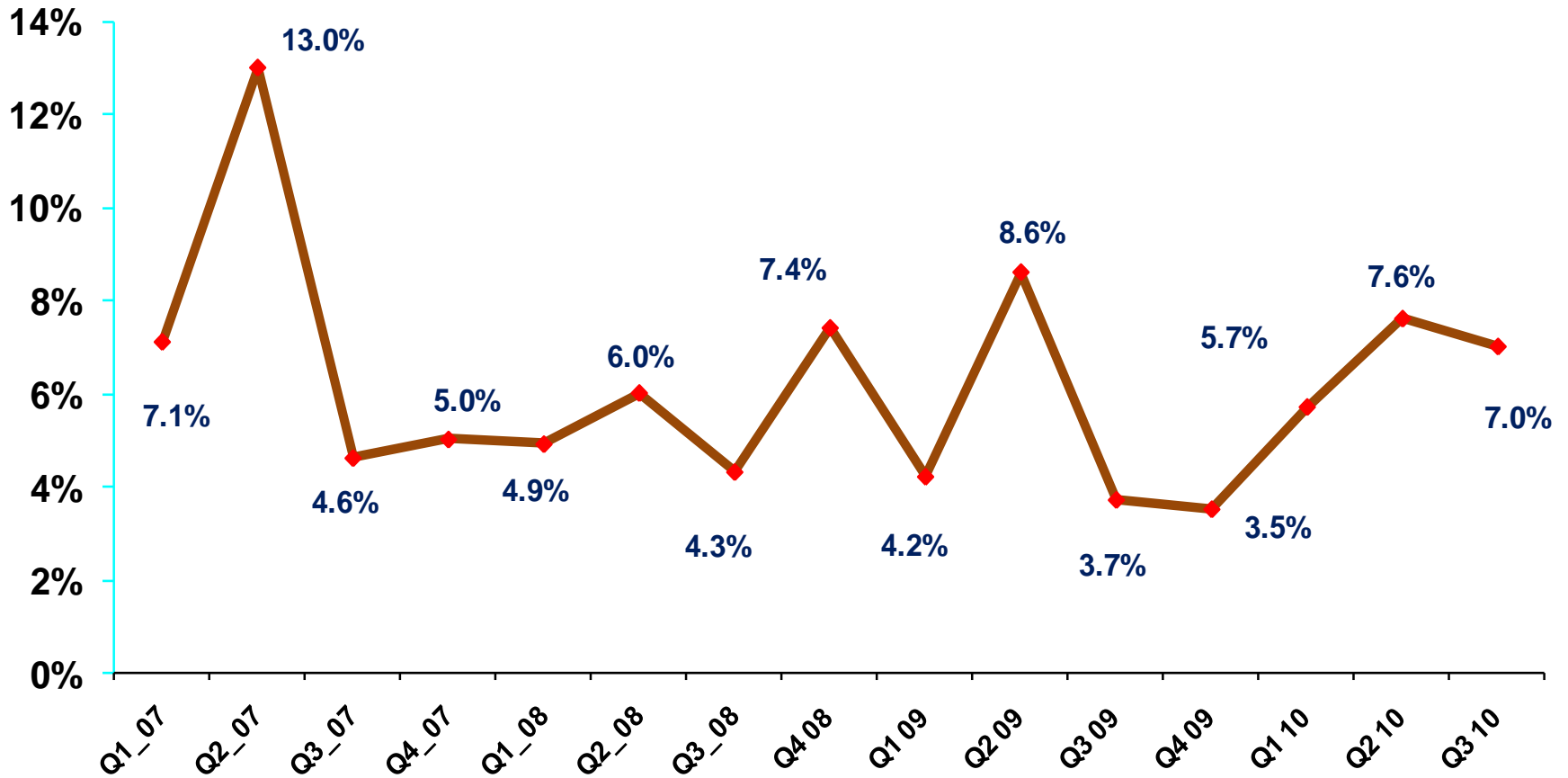
Denominator = Number of Total Visits in the Quarter



Percentage of late visit within buffer by quarter in Stung Treng RH

Numerator = Number of Late Visits in Buffer in the Quarter

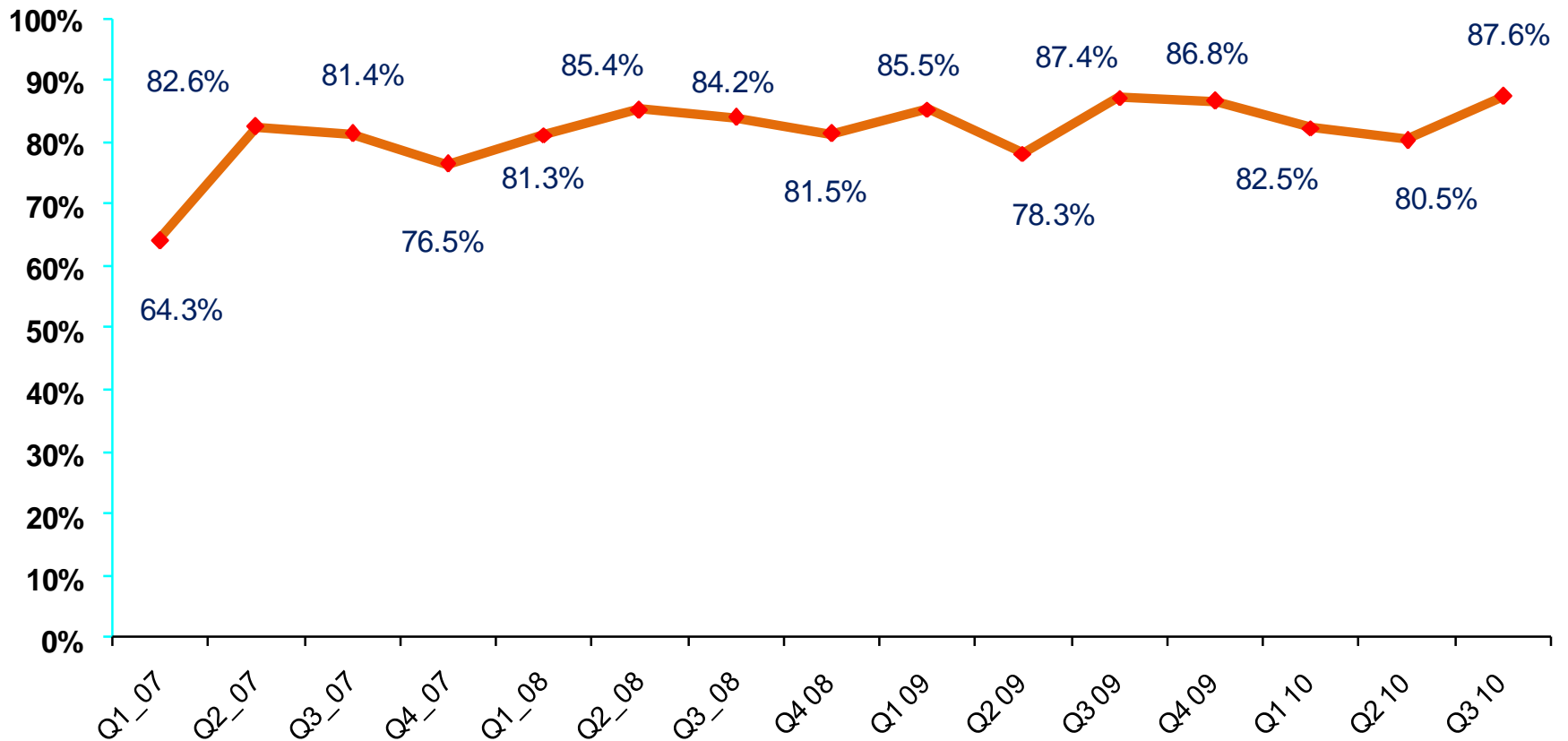
Denominator = Number of Total Visits in the Quarter



Percentage of visit exactly on schedule by quarter in Stung Treng RH

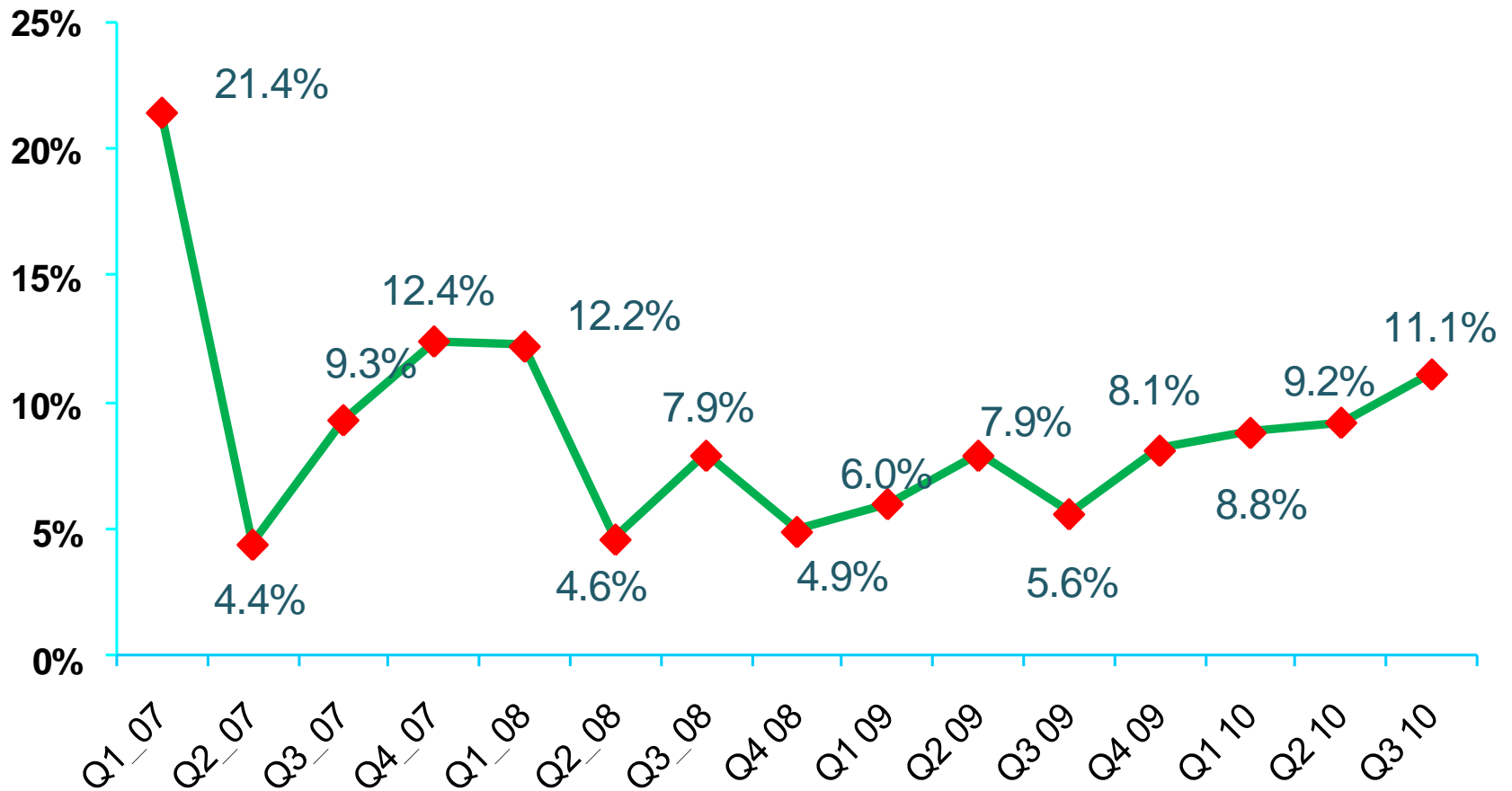
Numerator = Number of Visits Exactly in the Quarter

Denominator = Number of Total Visits in the Quarter

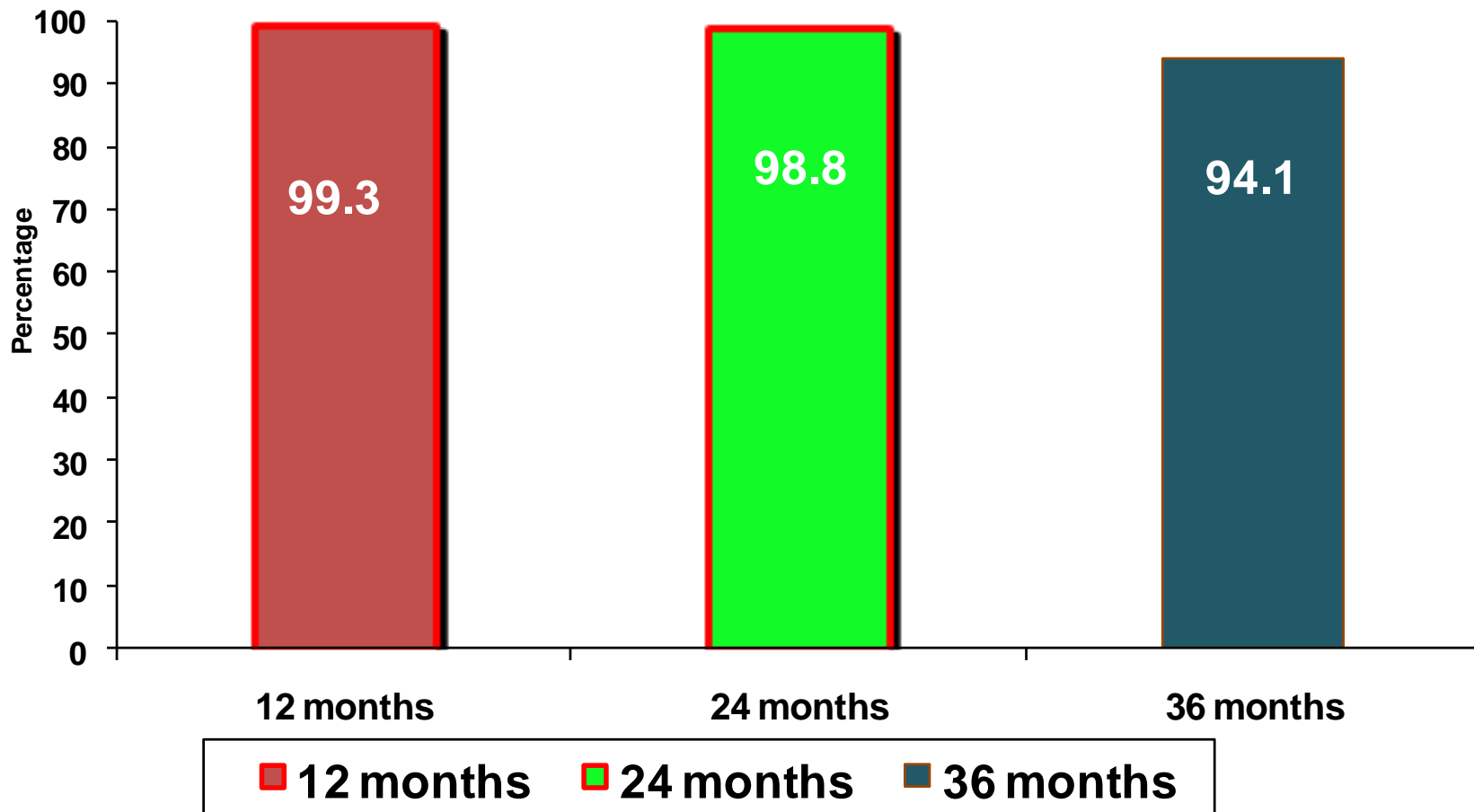


Percentage of early visit by quarter in Stung Treng RH

Numerator = Number of Early Visits in the Quarter
Denominator = Number of Total Visits in the Quarter



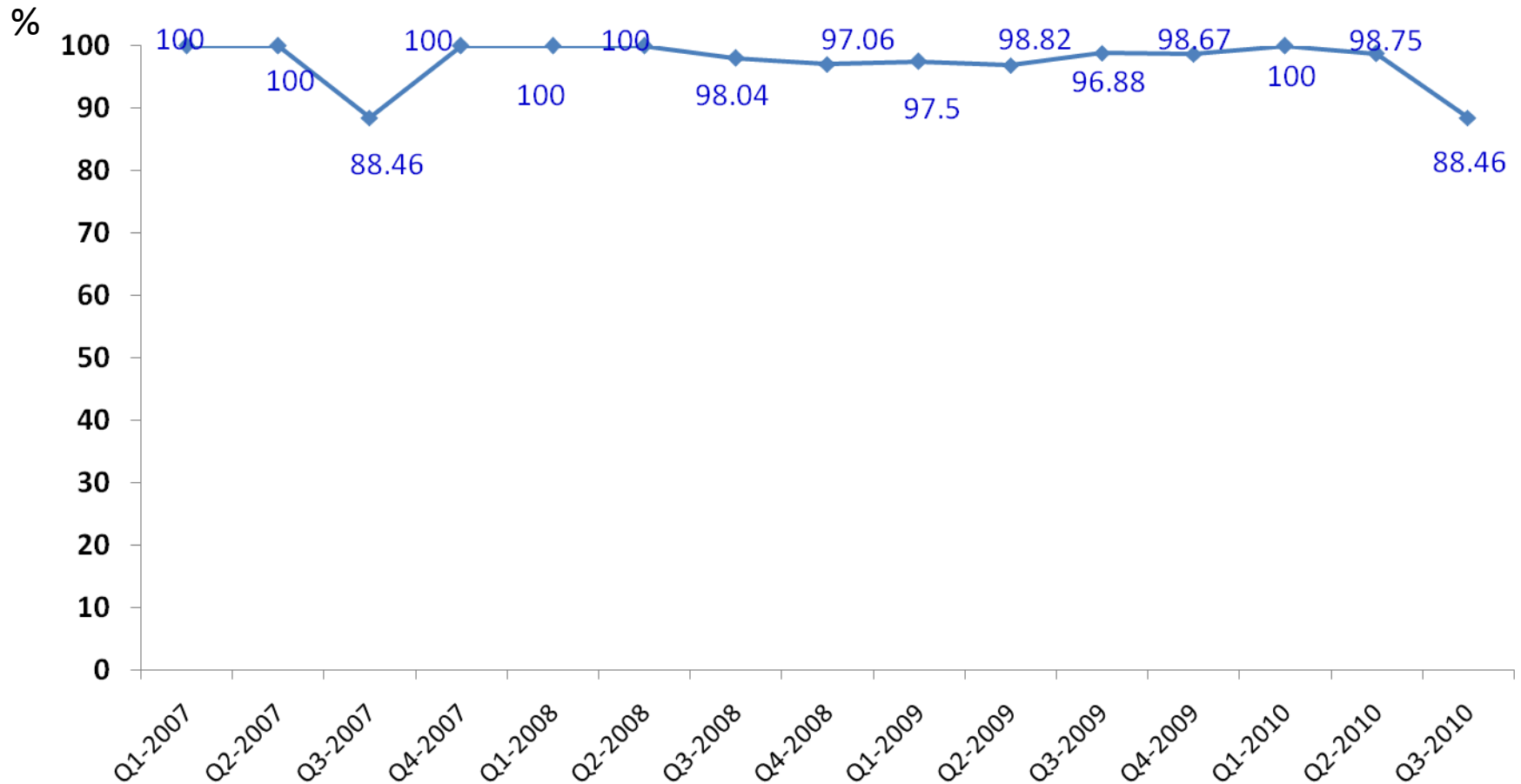
Percentage of patients on ART who are still on first line regimens after 12 months or 24 months or 36 months in Stung Treng RH



Percentage of Patients whose CD4<200 and received Cotrimoxazole by quarter in STGRH, STG

Numerator: Number of OI/ART patients with most recent CD4 <200 and who receive a new or ongoing prescription for cotrimoxazole at the appointment following the date of the CD4 test (within the quarter)

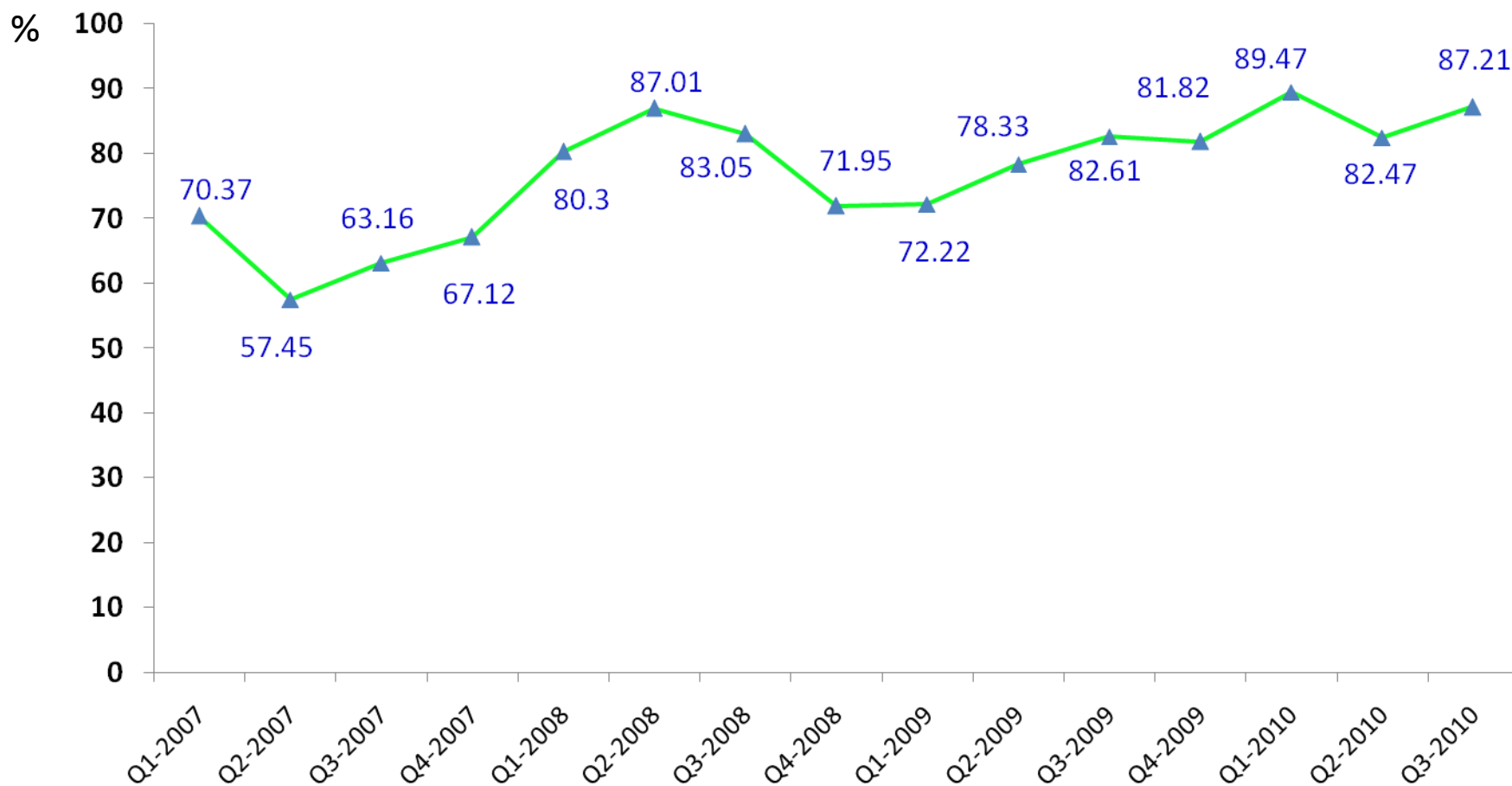
Denominator: All OI/ART patients with CD4 cell counts < 200 (within quarter)



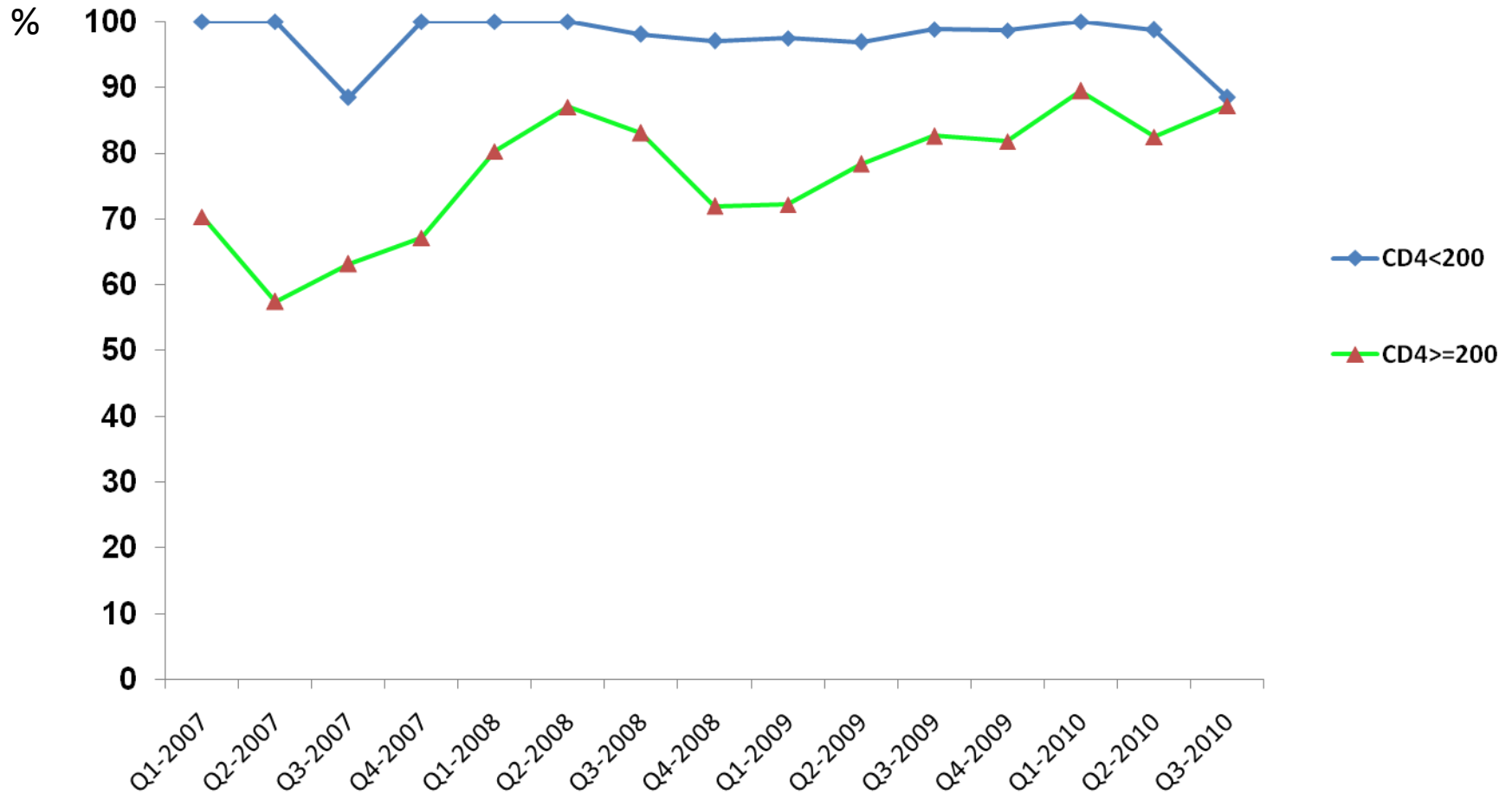
Percentage of Patients whose CD4 \geq 200 and received Cotrimoxazole by quarter in STG RH, STG

Numerator: Number of OI/ART patients with most recent CD4 \geq 200 and who receive a new or ongoing prescription for cotrimoxazole at the appointment following the date of the CD4 test (within the quarter)

Denominator: All OI/ART patients with CD4 \geq 200 (within quarter)



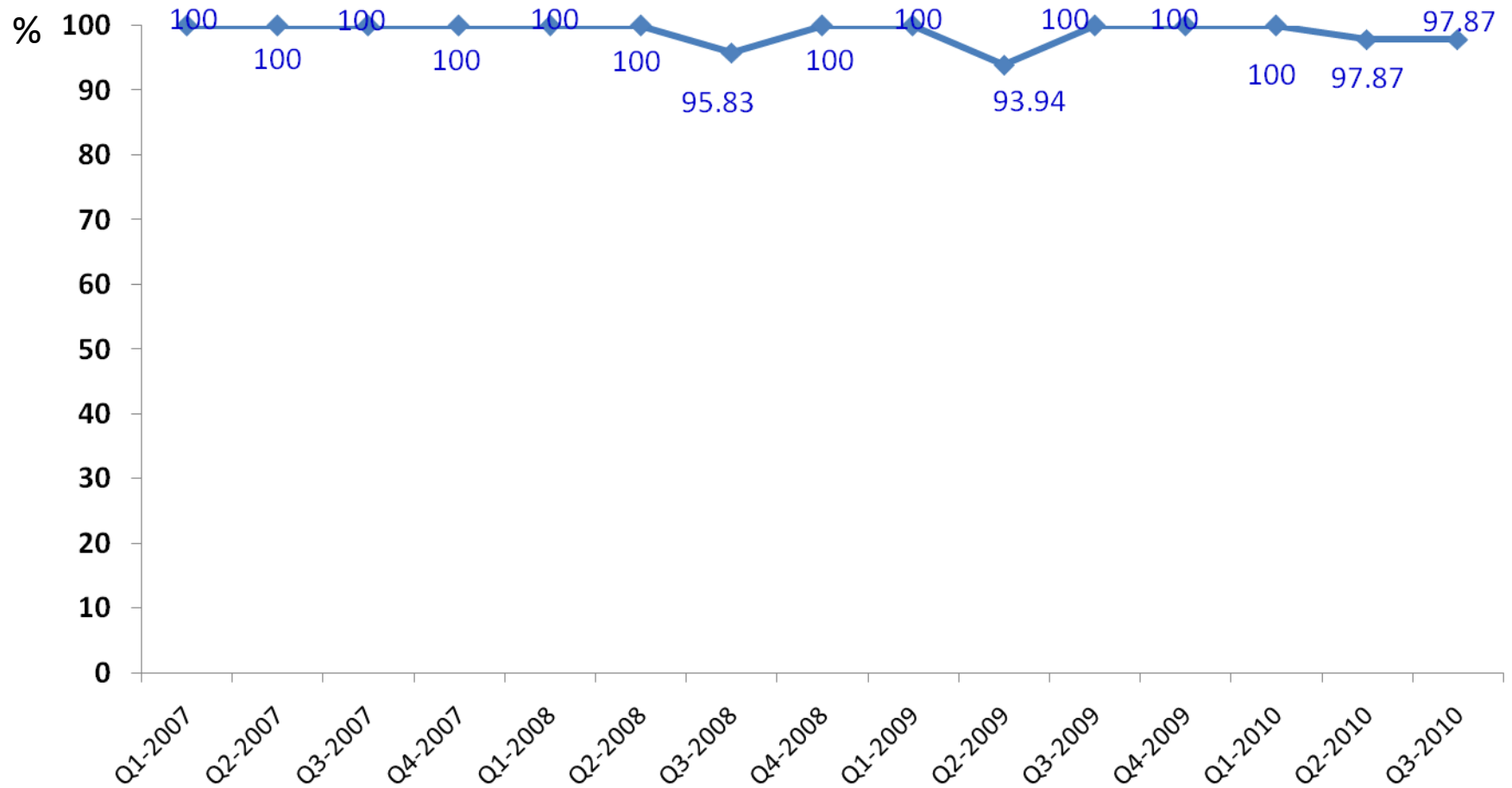
Percentage of Patients whose CD4<200 and CD4>=200 received Cotrimoxazole by quarter in STG RH, STG



Percentage of Patients whose CD4<100 and received Fluconazole by quarter in STG RH, STG

Numerator: Number of OI/ART patients with most recent CD4 <100 and who receive a new or ongoing prescription for Fluconazole at the appointment following the date of the CD4 test (within the quarter)

Denominator: All OI/ART patients with CD4 < 100 (within quarter)



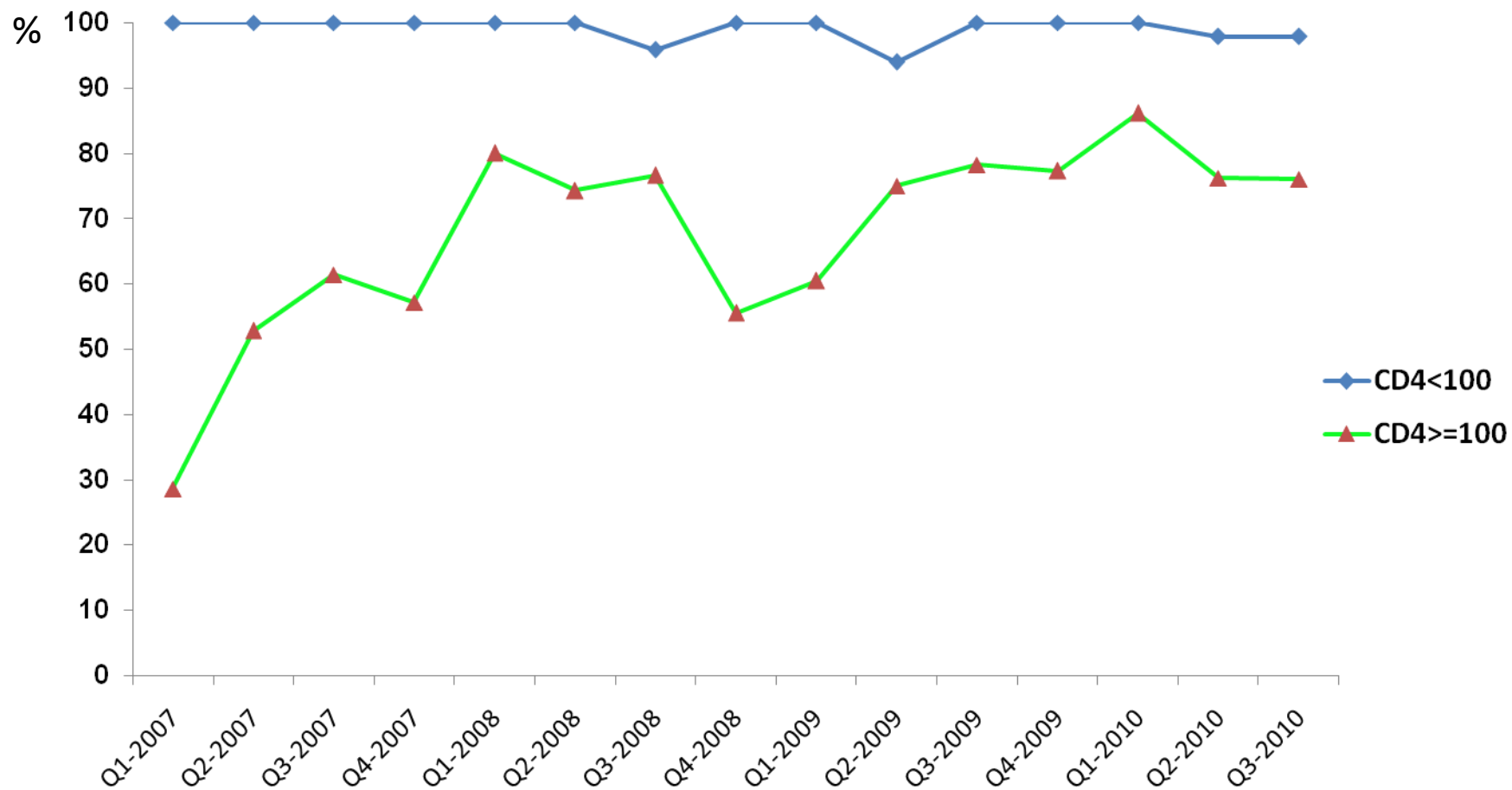
Percentage of Patients whose CD4 \geq 100 and received Fluconazole by quarter in STG RH, STG

Numerator: Number of OI/ART patients with most recent CD4 levels of \geq 100 and who receive a new or ongoing prescription for Fluconazole at the appointment following the date of the CD4 test (within the quarter)

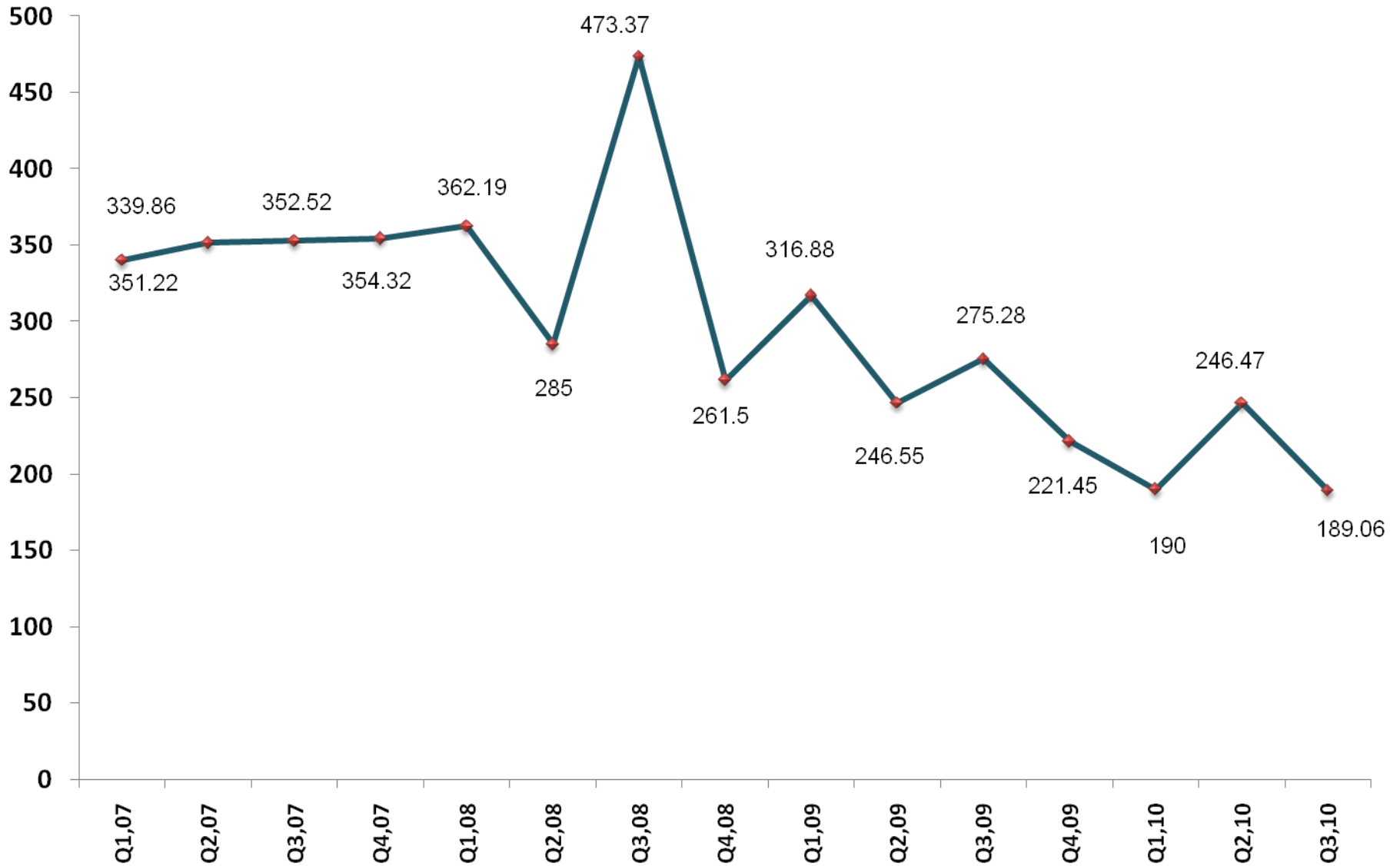
Denominator: All OI/ART patients with CD4 cell counts \geq 100 (within quarter)



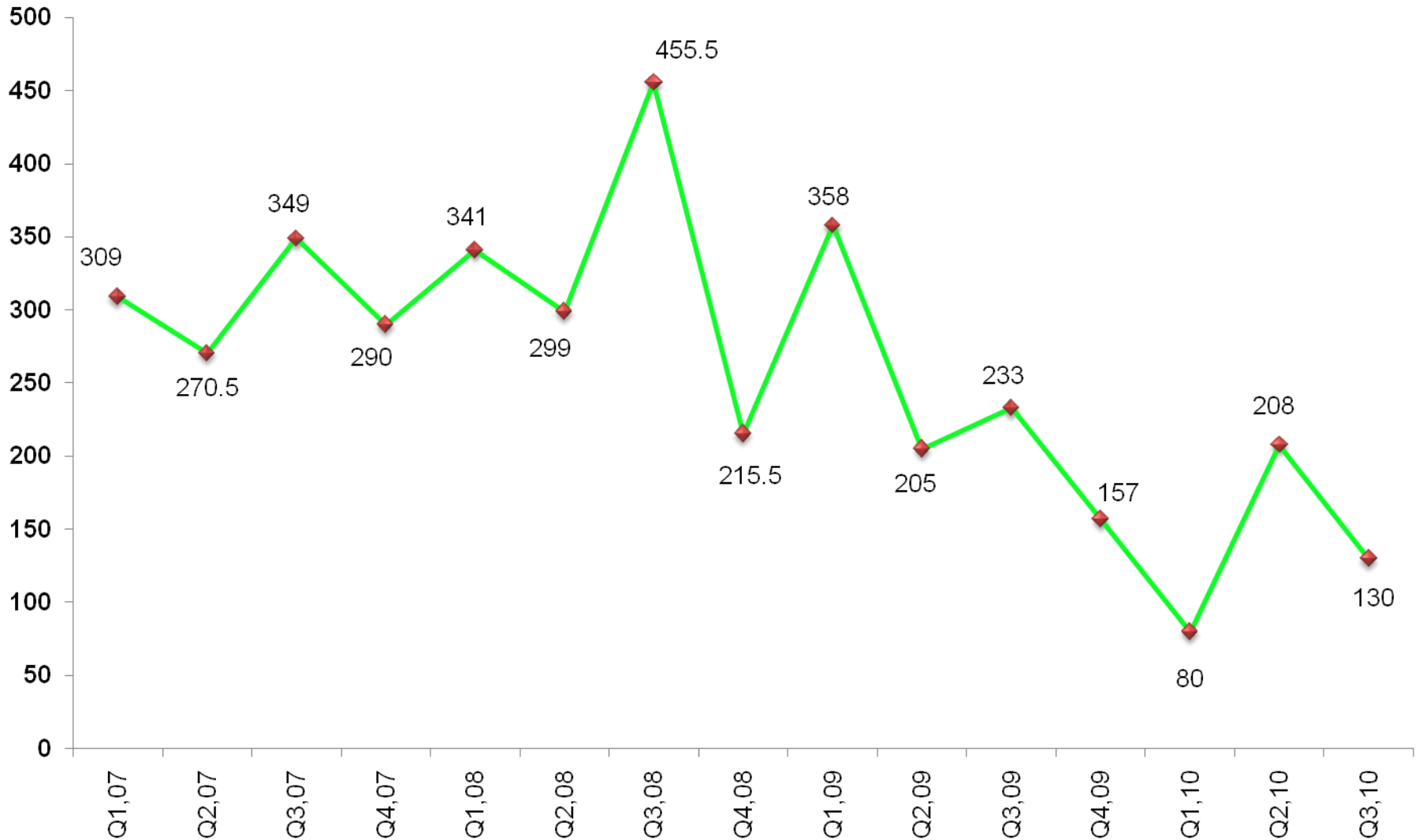
Percentage of Patients whose CD4<100 and CD4>=100 received Fluconazole by quarter in STG RH, STG



Mean of CD4 at initial visit by quarter, in Stung Treng RH, STG



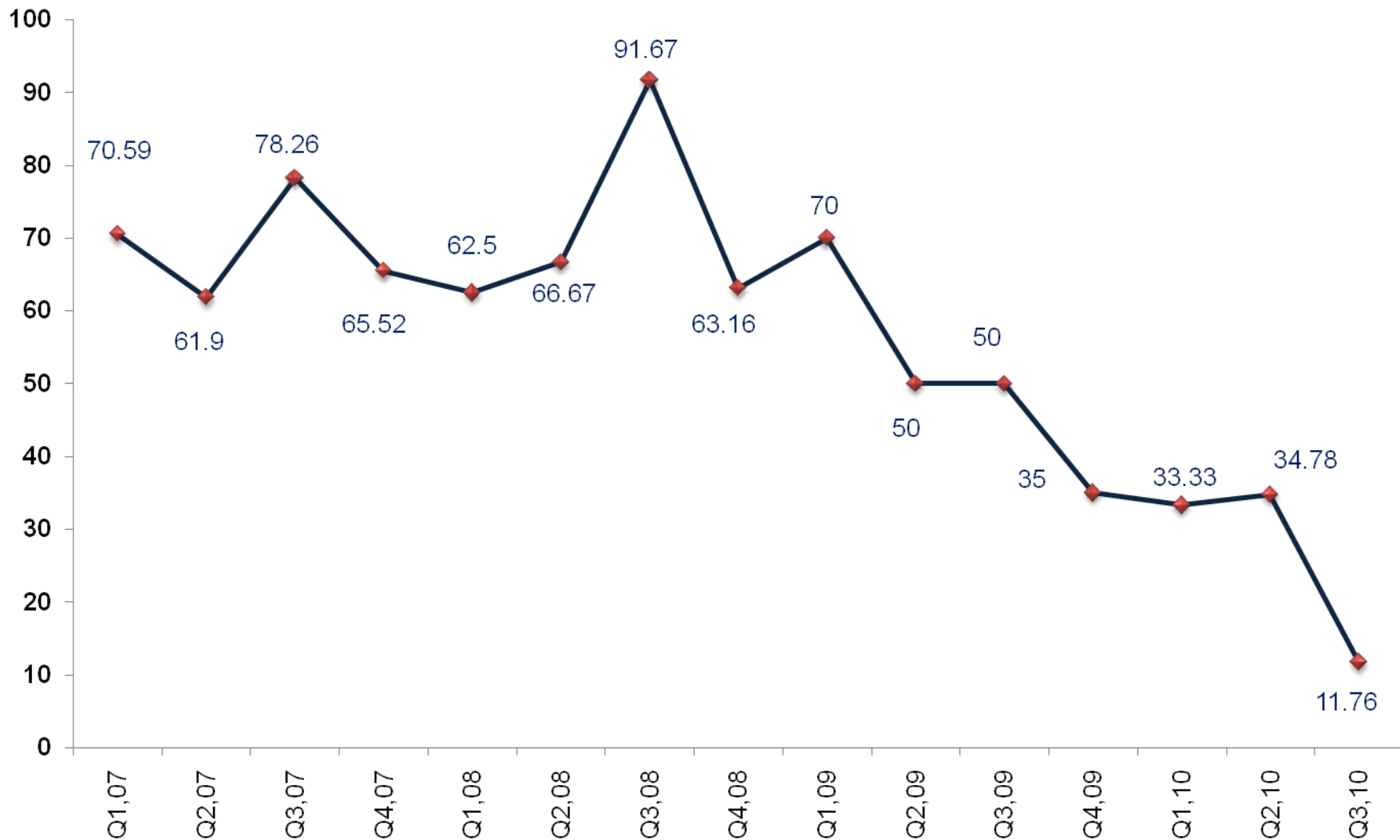
Median of CD4 at initial visit by quarter, in Stung Treng RH, STG



Percentage of patients who has CD4>350 (CD4>250 before April 2010) at initial visit by quarter in Stung Treng RH,

Numerator: Total number of initial visit patients with CD4> 250 by quarter

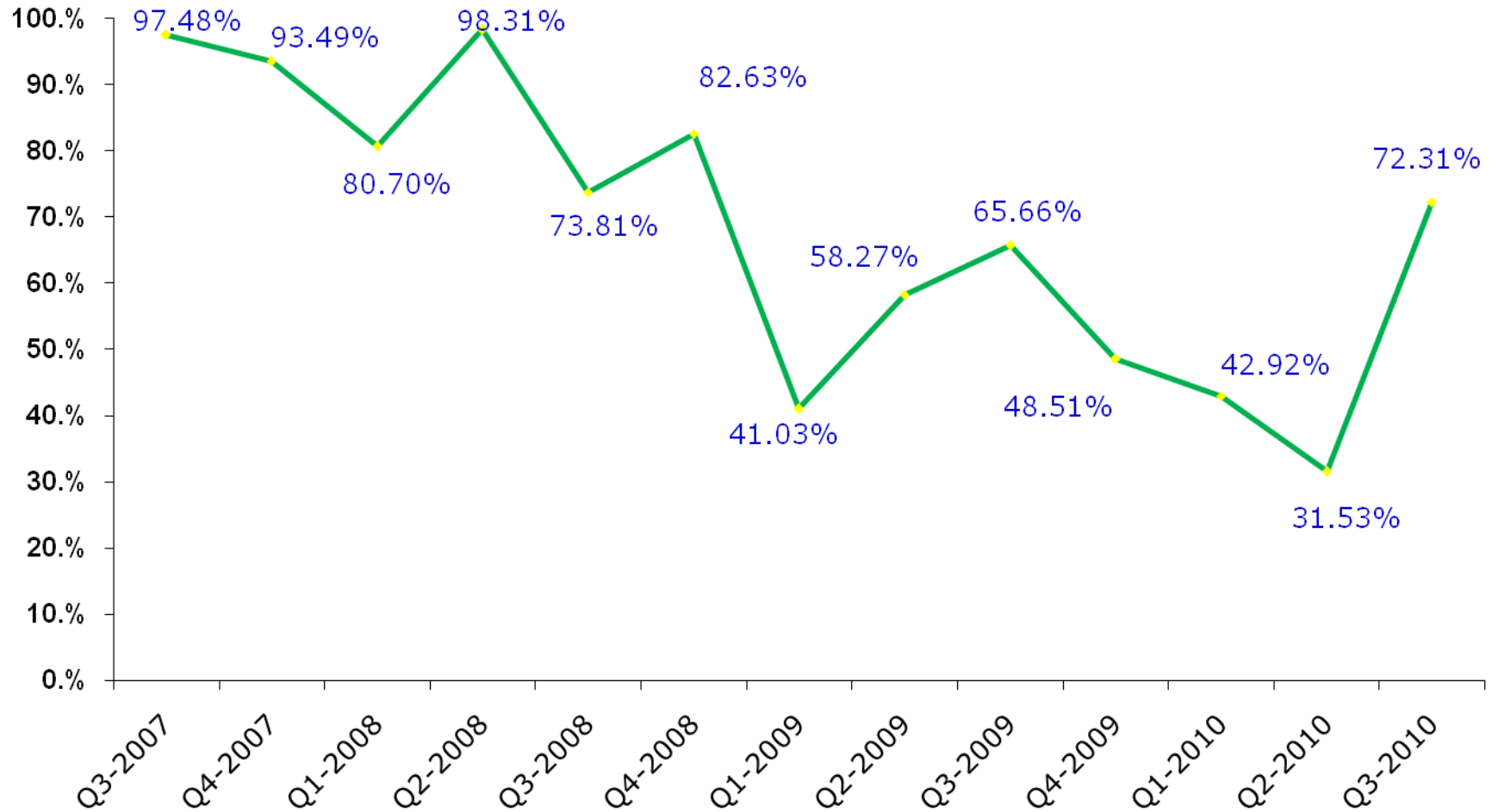
Denominator: Total number of initial visit patients by quarter



Percentage of HIV Testing among ANC 1 by Quarter in STG RH, STG

Numenator = number of ANC1 post tested counseled

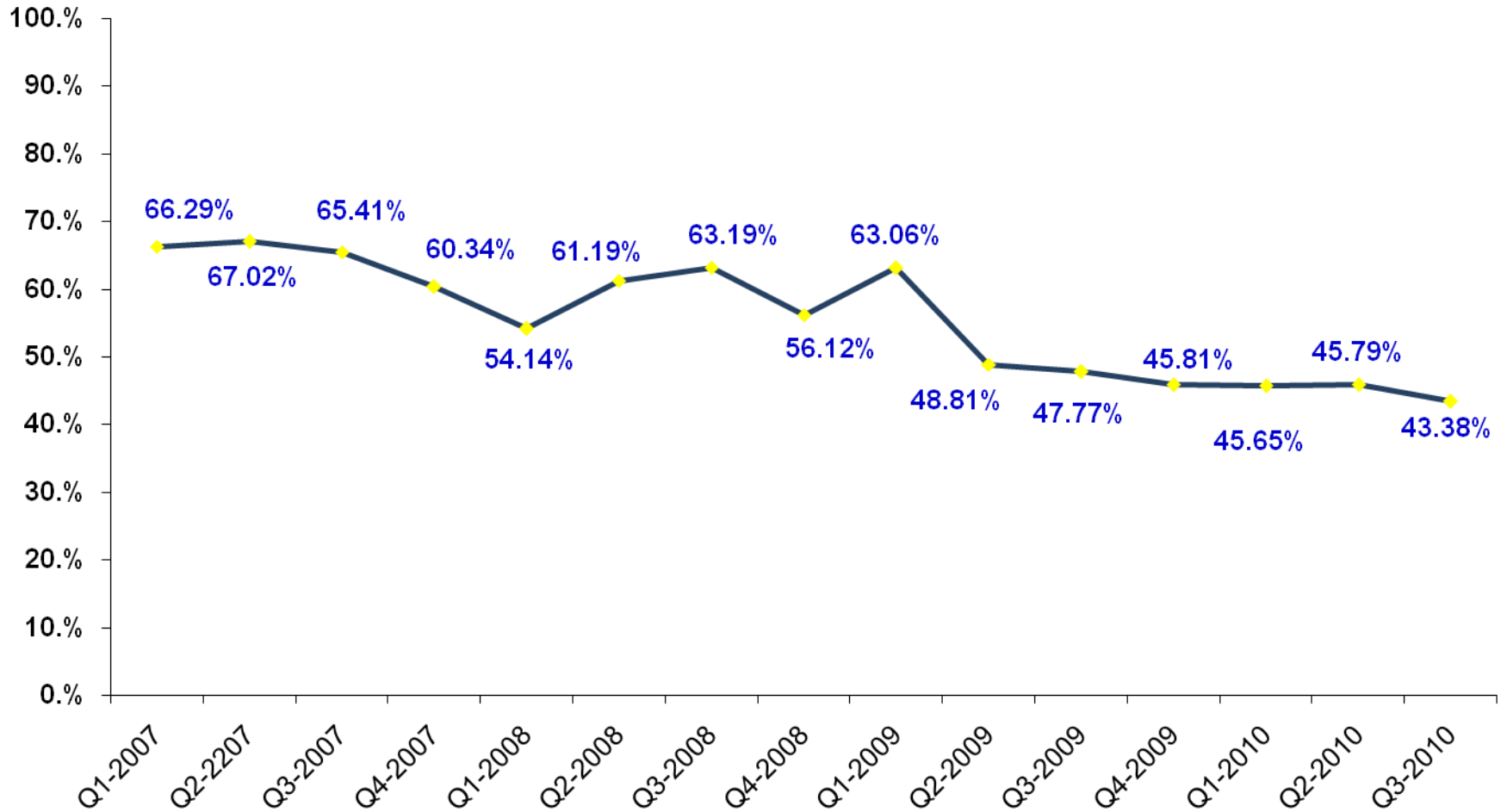
Denominator = total number of ANC first visit



Percentage of delivered women with known HIV status at by Quarter in STG RH, STG

Numerator = Total Number of delivered Women with known HIV status

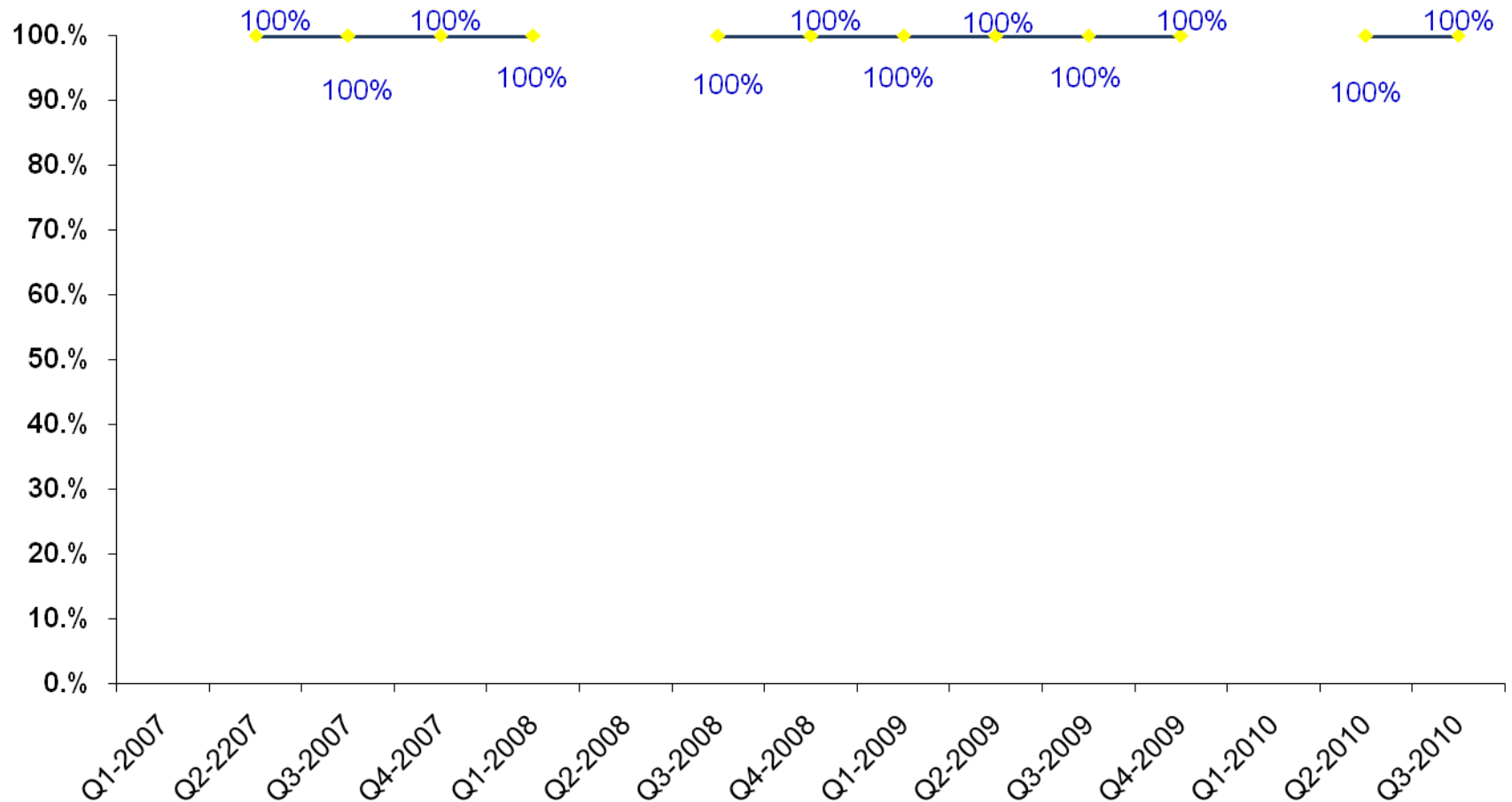
Denominator = Total Number of delivered Women



Percentage of HIV + Women who received any prophylaxis or HAART during Labor by Quarter in STG RH, STG

Numerator = Total Number of delivered women who received any prophylaxis or HAART during Labor;

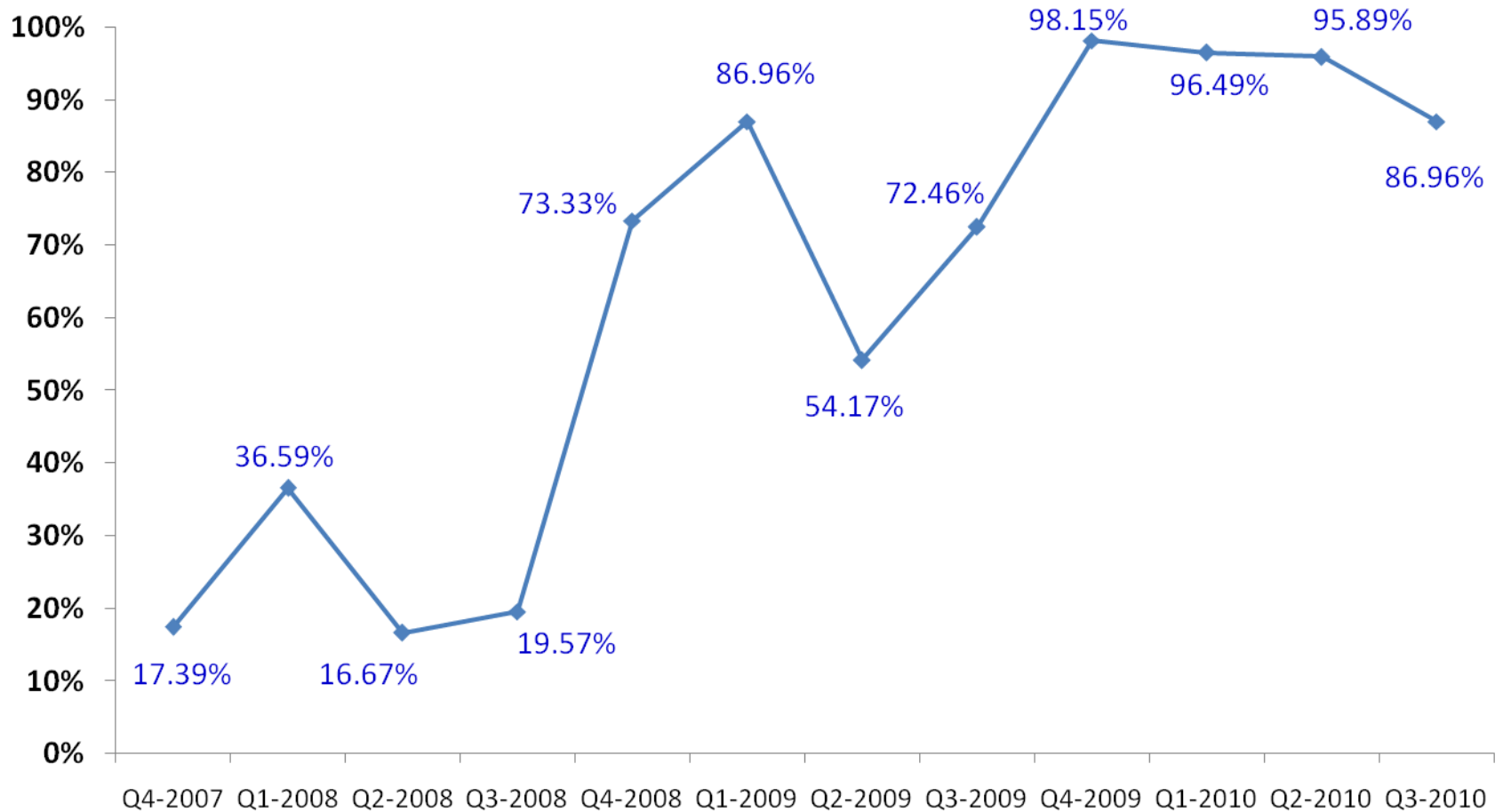
Denominator = Total Number of Women who Delivered with known HIV status +



Percentage of new TB Patients who were screened for HIV by quarter in STG RH, STG

Numerator: Total number of new TB patient screened for HIV status at VCCT by quarter

Denominator: Total number of new TB patient registered at TB ward by quarter



Percentage of patients newly registered at OI/ART who were
screened for TB by quarter in STG RH, STG

Numerator: Total number of new OI patient screened for TB status by quarter

Denominator: Total number of new patient registered at OI/ART site by quarter

The data is not available

វិភាគបញ្ហា ចំណាត់ថ្នាក់បញ្ហា ដំណោះស្រាយ

និង កែតម្រូវដៃនការសកម្មភាព

កម្មវិធីពង្រឹងគុណភាពបន្ត លើសេវាថែទាំបន្ត

មន្ទីរពេទ្យបង្អែកទេត្តស្ទឹងត្រែង

០៣ ធ្នូ ឆ្នាំ ២០១០

បង្ហាញដោយ លោកវេជ្ជ. មន វេជ្ជ

អគ្គប្រធានមន្ទីរពេទ្យទឹកថ្លាទេត្តស្ទឹងត្រែង

មាតិកា

- កំណត់បញ្ហាជាអាទិភាព
- វិភាគបញ្ហា
- ដោះស្រាយបញ្ហា
- កែតម្រូវផែនការសកម្មភាព

កំណត់បញ្ជាក់ជាអាទិភាព

- សំខាន់
- បន្ទាន់
- អាចធ្វើទៅបាន

Score and Rank

No.	Indicators	Important	urgent	Feasibility	Total Score	Rank
1	ART die	2	0	0	2	12
2	ART Lost	9	9	5	23	6
3	OI Lost	14	15	9	38	1
4	Eligible CD4<350 or WHO stage 4 (60days)	14	9	12	35	2
5	CD4<200 Cotrim or CD4<100 , Fluco	11	9	14	34	3
6	Initial visit with CD4>250 or CD4>350	11	12	2	25	4
7	ANC1, HIV testing	7	2	1	10	9
8	Delivery know HIV	8	5	5	18	8
9	HIV + get prophylaxies	9	0	0	9	10
10	Late beyon buffer (3day)	15	5	2	22	7
11	Keep firstline	13	6	5	24	5
12	TB New Screen HIV	3	0	0	3	11
13	OI New screen TB				0	13

ការស្រាវជ្រាវ indicators (6/13)

- ភាគរយនៃអ្នកជំងឺពេញវ័យដែលទទួលការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម ហើយបានបាត់មុខ
 - សំខាន់: ១៤/ ១៦
 - បន្ទាន់: ១៥/១៦ និង អាចធ្វើបាន: ៩/១៦
- ភាគរយនៃអ្នកនៃអ្នកជំងឺដែលមាន CD4 តូចជាង២៥០/៣៥០ ឬ WHO stage 4 ដែលបានផ្តល់ថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ក្នុងរយៈពេល ៦០ថ្ងៃ)
 - សំខាន់: ១៤/ ១៦
 - បន្ទាន់: ៩/១៦ និង អាចធ្វើបាន: ១២/១៦
- ភាគរយនៃអ្នកជំងឺដែលមាន CD4 តូចជាង ២០០/១០០ ទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ Cotrimoxazole/Fluconazole
 - សំខាន់: ១១/១៦
 - បន្ទាន់: ៩/១៦ និង អាចធ្វើបាន: ១៤/១៦

ការត្រួតពិនិត្យ indicators (5/13)

- ភាគរយអ្នកជំងឺដែលមកពិនិត្យជំងឺដំបូងហើយមាន CD4>350
 - សំខាន់: ១១/១៦
 - បន្ទាន់: ១២/១៦ និង អាចធ្វើបាន: ២/១៦
- ភាគរយនៃអ្នកនៃអ្នកជំងឺ OI ថ្មីមក Screen TB
 - សំខាន់:
 - បន្ទាន់: និង អាចធ្វើបាន:

វិទ្យាគម្ពីរ

ភាគរយនៃអ្នកជំងឺ
ដែលសមស្របនឹងទទួល
ARV ក្នុងរយៈពេល
៦០ថ្ងៃ

អ្នកជំងឺ

- មិនសូវមានកាយលំដឹងពីថ្នាំពន្យារ អត់ចេះអក្សរ ក្រីក្រ
- ខ្វះមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ/ធ្វើដំណើរ /ផ្ទះឆ្ងាយ
- ផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ ចំណាកស្រុក
- អ្នកជំងឺនៅមានសុខភាពល្អ

ប្រព័ន្ធ

- ខ្វះប្រព័ន្ធសំរាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងអ្នកជំងឺ
- មិនមានប្រព័ន្ធបញ្ជូនព័ត៌មានជាមួយ HBC, MMM, Data, Counselor Doctor, Lab,...
- មិនទាន់មានប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងអ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផល CD4<350
- IT មិនទាន់បានបញ្ចេញរបាយការណ៍អំពី CD4<350 ច្បាស់លាស់
- HBC ថវិការសំរាប់បញ្ជូនជំងឺនៅមានកំរិត (ដោយសារអ្នកជំងឺមានការកើនឡើងជារៀងរាល់ឆ្នាំ ហើយផ្តល់ជូនតែពេលទៅវិញតែប៉ុណ្ណោះ)
- ការផ្តល់សេវាមានតែពេលល្ងាច

អ្នកផ្តល់សេវា

- គ្រូពេទ្យ និង nurse មានបន្ទុកច្រើនផ្នែក
- ខ្វះគ្រូពេទ្យ ខ្វះ nurse

ភាគរយនៃអ្នកជំងឺពេញវ័យ
ដែលទទួលការព្យាបាលជំងឺ
ឱកាសនិយម ហើយបាន
បាត់មុខ

អ្នកជំងឺ

- ចំណាកស្រុក (ទៅរកស៊ីនៅថៃ... មកពីស្រុកផ្សេង) ផ្លូវពិបាក ផ្ទះនៅឆ្ងាយ មានជីវភាពក្រីក្រខ្លាំង
- ខ្វះថវិកាធ្វើដំណើរ រឹមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ អ្នកជំងឺជាប់រវល់ផ្ទាល់ខ្លួន មានបញ្ហាផ្លូវចិត្ត
- អ្នកជំងឺមិនចូលក្រុម HBC អ្នកជំងឺមួយចំនួនធំពឹងផ្អែកថវិកាធ្វើដំណើរលើ HBC ទាំងស្រុង
- អ្នកជំងឺពុំមានទីលំនៅច្បាស់លាស់ អ្នកជំងឺមកមិនជួបគ្រូពេទ្យ

ប្រព័ន្ធ

- ខ្វះមធ្យោបាយសំរាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងអ្នកជំងឺ
- មិនទាន់មានប្រព័ន្ធ សំរាប់ដាស់តឿនសំរាប់អ្នកជំងឺ

អ្នកផ្តល់សេវា

- អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាពន្យល់អ្នកជំងឺនៅមានកំរិត
- HBC មិនអាចទៅរកអ្នកជំងឺឃើញ ដោយជំងឺនៅឆ្ងាយពេក (ក្រៅតំបន់គ្របដណ្តប់...)
- គ្រូពេទ្យណាត់ថ្ងៃច្រើន
- អ្នកបញ្ជូនទិន្នន័យភ្លេចបញ្ជូន

អ្នកជំងឺ

-

ភាគរយនៃអ្នកជំងឺពេញវ័យ

ដែលមាន CD4<200/100 ទទួល

ការព្យាបាលដោយ Cotrim/Fluco

ប្រព័ន្ធ

- មិនទាន់មានរចនាសម្ព័ន្ធក្រុម OI/ARV

- មិនមានប្រព័ន្ធបញ្ជូនពត៌មានជាមួយ HBC, MMM, Data, Counselor Doctor, Lab,...

-មិនទាន់មានប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងអ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផល CD4<200 and CD4<100

អ្នកផ្តល់សេវា

-ខ្វះគ្រូពេទ្យ

-គ្រូពេទ្យភ្លេចបំពេញឯកសារ

ភាគរយអ្នកជំងឺដែលមកពិនិត្យ
ជំងឺដំបូងហើយមាន
CD4>350

អ្នកជំងឺ

- ចំណាកស្រុក (ទៅរកស៊ីនៅថៃ... មកពីស្រុកផ្សេង) ផ្លូវពិបាក ផ្ទះនៅឆ្ងាយ
- មានជីវភាពក្រីក្រខ្លាំង មិនសូវមានការយល់ដឹងអំពីអេដស៍ អ្នកជំងឺលាក់មុខ
- អ្នកជំងឺជាប់រវល់ផ្ទាល់ខ្លួន
- មានការភ័យខ្លាចក្នុងការរើសអើង

ប្រព័ន្ធ

- ប្រព័ន្ធព័ត៌មានផ្សព្វផ្សាយស្តីពីជំងឺអេដស៍នៅមានកំរិត (វិទ្យុ ទូរទស្សន៍...)
- ការគ្រប់ដណ្តប់របស់ HBC នៅមានកំរិត
- VCCT នៅមានកំរិត (កន្លែង នៅមានតិច)

អ្នកផ្តល់សេវា

- អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា (VCCT) ពន្យល់អ្នកជំងឺនៅមានកំរិត
- ការជ្រៀម ចូលរបស់ HBC ក្នុងសហគមន៍ នៅមានកំរិត
- ការអប់រំនៅតាមសហគមន៍ នៅមានកំរិត

သော့း နှုတ်ကပတ်တော်

អ្នកជំងឺ

- អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា MMM បង្កើនការផ្តល់ប្រឹក្សាដល់អ្នកជំងឺ
- HBC បង្កើនថវិការធ្វើដំណើរ

ភាគរយនៃអ្នកជំងឺដែលសម្រប
នឹងទទួលបាន ARV ក្នុងរយៈពេល ៦០ ថ្ងៃ
រក្សាអោយនៅចន្លោះពី ៩៣% ទៅ ១០០%
(ក្នុងរយៈពេល១២ខែ)

ប្រព័ន្ធ

- ប្រជុំក្រុមរួមមាន៖ IT, Doctor, nurse, pharmacist, counselors, MMM, HBC, PAO, Lab ... (1 times per month)
- IT បង្កើតប្រព័ន្ធបញ្ជាញរបាយការណ៍អំពី CD4<350 ច្បាស់លាស់ ទៅអោយគ្រូពេទ្យ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា
- ផ្តល់ប្រាក់បន្ថែមសំរាប់ទុរស័ព្ទ
- បង្កើនថវិការប្រចាំឆ្នាំសំរាប់ Home care

អ្នកផ្តល់សេវា

- សុំបន្ថែមគ្រូពេទ្យចំនួន២រូប និង nurse ចំនួន២រូប

កាត់បន្ថយអត្រាភាគរយនៃអ្នក
ជំងឺពេញវ័យដែលទទួលការព្យាបាលជំងឺ
ឱកាសនិយមហើយបានបាត់មុខ ពី ៧.៣៥
មកត្រឹម ២.៥០ (ក្នុងរយៈពេល១២ខែ)

អ្នកជំងឺ

- HBC ជួយចេញផ្លែធ្វើដំណើរបន្ថែមទៀតសំរាប់អ្នកជំងឺ
- បង្កើនការអប់រំដល់អ្នកជំងឺតាមរយៈ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា MMM, Doctors and HBC

ប្រព័ន្ធ

- ពង្រឹងប្រព័ន្ធ ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺអោយបានប្រសើរ
តាមរយៈ HBC, MMM, Doctor,....

អ្នកផ្តល់សេវា

- ផ្តល់វគ្គបណ្តុះបណ្តាលបន្ថែមសំរាប់អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា
- ផ្តល់សៀវភៅទិវានុប្បវេណីដល់គ្រូពេទ្យ និង អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា
- អ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យត្រូវប្រុងប្រយ័ត្នខ្ពស់

រក្សាអត្រាភាគរយនៃអ្នកជំងឺពេញវ័យដែល
មាន CD4<200/100 ទទួលការព្យាបាល
ដោយ Cotrim/Fluco អោយចន្លោះពី ៩០
និង ១០០ (ក្នុងរយៈពេល១២ខែ)

-

អ្នកជំងឺ

-បង្កើតរចនាសម្ព័ន្ធក្រុម OI/ARV អោយបានត្រឹមត្រូវ
(តែងតាំងប្រធានក្រុមអោយបានច្បាស់លាស់)
-ប្រជុំក្រុមរួមមាន:IT, Doctor, nurse, pharmacist, counselor
MMM, HBC,PAO, Lab ... (1 times per month)
-IT បង្កើតប្រព័ន្ធបញ្ជាញរបាយការណ៍អំពី CD4<200/100
ច្បាស់លាស់ ទៅអោយគ្រូពេទ្យ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា

ប្រព័ន្ធ

អ្នកផ្តល់សេវា

-សុំបន្ថែមគ្រូពេទ្យ
-គ្រូពេទ្យត្រូវបំពេញឯកសារអោយបានត្រឹមត្រូវ

បង្កើនភាគរយអ្នកជំងឺដែលមកពិនិត្យ
ជំងឺដំបូងហើយមាន CD4>350 ពី ១១.៧៦
ឡើងដល់ ៣៥^០ (ក្នុងរយៈពេល១២ខែ)

អ្នកជំងឺ

- បង្កើនការអប់រំដល់អ្នកជំងឺតាមរយៈ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា counselor (VCT) , HBC ,PAO, NGOs,...

ប្រព័ន្ធ

- បង្កើនប្រព័ន្ធព័ត៌មានផ្សព្វផ្សាយស្តីពីជំងឺអេដស៍នៅមានកំរិត (វិទ្យុ ទូរទស្សន៍....) ដោយប្រើប្រាស់ ប្រព័ន្ធផ្សព្វផ្សាយចល័ត ...
- បង្កើនការគ្រប់ដណ្តប់របស់ HBC តាមសហគមន៍
- បន្ថែមVCCT

អ្នកផ្តល់សេវា

- បណ្តុះបណ្តាលបន្ថែមដល់អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា (VCCT)
- បង្កើនការបញ្ជ្រាប ព័ត៌មានមេរោគអេដស៍ក្នុងសហគមន៍ តាមរយៈHBC

អ្នកផ្តល់សេវា

- ការទទួលខុសត្រូវលើប្រព័ន្ធការកត់ត្រា និង របាយការណ៍នៅមានកម្រិត
- ការតាមដានលើការកត់ត្រា មិនទាន់ល្អ
- ការសហការណ៍ និង ការទំនាក់ទំនង រវាង គ្រូពេទ្យ មន្ទីរពិសោធន៍ អ្នកចុះបញ្ជី និង អ្នកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ មិនទាន់ប្រសើរ

**អ្នកជំងឺ អេដស៍
ស្រាវជ្រាវ
រកមេរោគបេង**

បញ្ហា

ប្រព័ន្ធ

- ទំរង់ព័ត៌មានស្រាវជ្រាវរបេង មិនទាន់មាន បទដ្ឋានល្អ
- ដំណើរការការងារមិនទាន់បានល្អ ។
- ពុំមានប្រព័ន្ធការងារច្បាស់លាស់ ។

ដំណោះស្រាយ

ដំណោះស្រាយ

ការទទួលខុសត្រូវ-អ្នកចុះបញ្ជី

- ត្រូវកំណត់អោយច្បាស់ ចំពោះអ្នកជំងឺ OI ទើបចុះបញ្ជី ត្រូវធ្វើការស្រាវជ្រាវរក របេង
- ត្រូវបិត រឺ ភ្ជាប់ ទំរង់កំណត់ត្រាការស្រាវជ្រាវ របេង សំរាប់គ្រូពេទ្យបំពេញ
- ត្រូវប្រាកដថា ការសរសេរលេខកូដ អ្នកជំងឺ OI ត្រូវត្រឹមត្រូវ គ្រប់ទំរង់ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ
- នៅពេលទទួលបានលទ្ធផលពីមន្ទីរពិសោធន៍ ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានដល់គ្រូពេទ្យ និងអ្នកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ
- ត្រូវធ្វើរបាយការណ៍សង្ខេប រៀងរាល់ខែ

ការទទួលខុសត្រូវ-គ្រូពេទ្យ

- ត្រូវប្រាកដថា រាល់ អ្នកជំងឺ OI ត្រូវទាំងអស់ ត្រូវបានសួរពី ព័ត៌មានស្រាវជ្រាវរក របេង
- ត្រូវប្រាកដថា រាល់ព័ត៌មានស្រាវជ្រាវ របេងទាំងអស់ ត្រូវបានកត់ត្រា
- ផ្តល់ព័ត៌មាន ត្រឡប់ភ្លាមៗ ប្រសិនបើ អ្នកចុះបញ្ជីមិនបានភ្ជាប់ រឺ បិទ ទំរង់ព័ត៌មានស្រាវជ្រាវ របេង

ការទទួលខុសត្រូវ-អ្នកគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ

- ត្រូវប្រាកដថា រាល់ឯកសារអ្នកជំងឺ OI ទាំងអស់ ត្រូវមានទំរង់ ព័ត៌មានស្រាវជ្រាវរក របេង
- ត្រូវប្រាកដថា រាល់ព័ត៌មានស្រាវជ្រាវរបេងទាំងអស់ ត្រូវបានបញ្ចូលក្នុងប្រព័ន្ធដុកទិន្នន័យ
- ផ្តល់ព័ត៌មាន ត្រឡប់ភ្លាមៗ ប្រសិនបើ ឯកសារ អ្នកជំងឺ OI មិនបានភ្ជាប់ រឺ បិទ ទំរង់ព័ត៌មានស្រាវជ្រាវរបេង សំរាប់ ស្រាវជ្រាវនៅ ពេលគ្រូពេទ្យពេលក្រោយ
- បញ្ជាក់ព័ត៌មាននេះ សំរាប់ គ្រូពេទ្យ និងអ្នកដែលពាក់ព័ន្ធ

ប្រព័ន្ធព័ត៌មាន

- ធ្វើអោយ ប្រព័ន្ធបញ្ចូលព័ត៌មាន មានការងាយស្រួលក្នុងការបញ្ចូលទិន្នន័យ
- កែលម្អ និងរៀបចំដំណើរការអនុវត្តន៍ការងារ
- ធ្វើអោយ ងាយស្រួលក្នុងការបញ្ចេញព័ត៌មាននេះ

កែតម្រូវដៃគូសកម្មភាព

Action Plan for CQI for Stung Treng RH

Objective	Main activities	Detail activities	Project Month												Resources	Source
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1. Maintain the percentage of patient with CD4 less than 350 or WHO stage 4 who start ART within 60 days between 93% and 100% at the end of 2011																
1. Patient education and support																
		Counselors, MMM team explain the importance of appointment' s adherence to the patient	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
		HBC team provide transportation support to patient when necessary needed													YWAM and REDA will include budget to its annual workplan	
2. Improve staffing condition																
		Meeting IT, Doctor, nurse, pharmacist, counselors, MMM, HBC,PAO, Lab,...	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	25p*5\$*1t*12m	\$1,500.00
		More incentive 2 nurses	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	2p*100\$*12m	\$2,400.00	
		Salary for 2 contracted clinicians	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	2p*300\$*12m	\$7,200.00	
3. Request for more equipment/materials																
		Phone card	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	20\$*12m	\$240.00	
		Office supply	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	50\$*12m	\$600.00	
															Sub Total	\$11,940.00

2. Maintain the percentage of patients whose CD4<200/100 and received Cotrimoxazole/Fluconazole between 88% and 100% at the end of 2011																
1. Improve staffing condition																
		Meeting IT, Doctor, nurse, pharmacist, counselors, MMM, HBC,PAO, Lab	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
		Salary for 2 contracted clinicians	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
															Total:	\$0.00

Objective	Main activities	Detail activities	Project Month												Resources	Source
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
3. Reduce the Percentage of adult patients under OI who were lost to follow-up from 7.35% to 2.5% at the end of 2011																
1. Patient education and support																

	Doctor,Counselors, MMM team explain the importance of appointment' s adherence to the patient	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	
	HBC team provide transportation support to patient when necessary needed															YWAM and REDA will include budget to its annual workplan
2. Request for more equipment/materials																
	Calendar	x														5\$*20b \$100.00
3.Training																
	Refresher training for CoC counselors															

NCHADS

Sub total \$100.00

Objective	Main activities	Detail activities	Project Month												Resources	Source
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		

4. Increase the percentage of patients who has CD4>350 at initial visit at from 11.76% to 35% the end of 2011

1. Patient education and support																
	Field work for Communities education	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	4p*15\$*2d**1t*	\$1,440.00
	Transportation for field work	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	50\$*12m	\$600.00	
	Counselors at VCT provide additional education to patient who did HIV testing	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
2. Request for more equipment/materials for communities education																
	DVD player				x									1set	\$150.00	
	TV				x									1set	\$600.00	
	Set of Amplyfire				x									1set	\$350.00	

NCHADS

3.Increase number of VCCT site																
	4.Increase coverage of HBC in the communities															YWAM and REDA will include budget to its annual workplan
5. Training																
	Refresher training for VCCT staff															

NCHADS

Sub total \$3,140.00

Grand Total \$15,180.00