

QUALITY WATCH

আগস্ট ২০২৬ | প্রথম সংখ্যা

সেবার মান (Quality of Care) নিয়ে আমাদের কী ভাবা উচিত?

সম্পাদকের কথা | Editorial Note

Quality Watch-এর এই প্রথম সংখ্যা Quality Care Network (QCN)-এর জন্য প্রস্তুত করেছে Quality Care Concern (QCC)-এর Technical Team। এই প্রকাশনার বিষয় নির্বাচন, প্রাসঙ্গিক তথ্য ও ডেটা সংগ্রহ ও পর্যালোচনা, evidence synthesis, data analysis, quality implications চিহ্নিতকরণ এবং সম্পাদনা ও উপস্থাপনা—সমগ্র কাজটি একটি সমন্বিত technical ও editorial process-এর মাধ্যমে QCC team পরিচালনা করেছে।

এই সংখ্যার লক্ষ্য শুধু স্বাস্থ্যখাতের সাম্প্রতিক পরিবর্তন, policy initiative বা evidence তুলে ধরা নয়। প্রতিটি বিষয়কে Quality of Care, Patient Safety, accountability, service readiness এবং measurable improvement-এর দৃষ্টিতে বিশ্লেষণ করে পাঠকের সামনে একটি সংগঠিত ও ব্যবহারযোগ্য quality perspective উপস্থাপন করা। সেই কারণে Quality Watch-এ policy, evidence, data এবং practice—এই চারটি দিককে একটি ধারাবাহিক আলোচনার মধ্যে আনা হয়েছে।

QCC Technical Team-এর জন্য এটি কেবল একটি newsletter তৈরি করার কাজ নয়; বরং available information-কে বিশ্লেষণ করে quality improvement-এর জন্য প্রাসঙ্গিক প্রশ্ন, implication এবং next steps স্পষ্ট করার একটি চলমান জ্ঞান-ভিত্তিক প্রচেষ্টা। Quality Care Network-এর জন্য এই publication সেই learning, evidence এবং dialogue-কে আরও সুসংগঠিতভাবে সামনে আনার একটি platform হিসেবে কাজ করবে।

Dr Md Aminul Hasan PhD
Secretary General, Quality Care Network Bangladesh

Quality Care Network (QCN)

QUALITY WATCH

কোয়ালিটি ওয়াচ (Quality Watch)

Quality Watch বলতে আমরা কী বুঝি?

স্বাস্থ্যসেবার মান কেবল চিকিৎসকের কক্ষ বা রোগীর শয্যার পাশে নির্ধারিত হয় না। একটি স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠান কতটা নিরাপদ, কার্যকর, সময়োপযোগী ও রোগীকেন্দ্রিক সেবা দিতে পারছে, তা নির্ভর করে তার সামগ্রিক ব্যবস্থা, কাঠামো, জনবল, অবকাঠামো এবং সেবা প্রদানের প্রক্রিয়ার ওপর।

এই দৃষ্টিভঙ্গি থেকেই Quality Watch বাংলাদেশের স্বাস্থ্যব্যবস্থার গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তন, নীতি, উদ্যোগ, চ্যালেঞ্জ ও নতুন বাস্তবতাকে শুধু প্রশাসনিক বা নীতিগত দৃষ্টিকোণ থেকে দেখে না; বরং এগুলোর সেবার মান, রোগীর নিরাপত্তা, সেবা প্রদানের সক্ষমতা, রোগীর অভিজ্ঞতা এবং স্বাস্থ্যফলের ওপর সম্ভাব্য প্রভাব বিশ্লেষণ করে।

Quality Watch-এর উদ্দেশ্য তাই প্রতিটি বিষয়কে ‘quality issue’ হিসেবে চিহ্নিত করা নয়। বরং একটি গুরুত্বপূর্ণ প্রশ্ন সামনে রাখা—

এই পরিবর্তন বা উদ্যোগটি স্বাস্থ্যসেবার মান ও নিরাপত্তাকে কীভাবে প্রভাবিত করতে পারে?

প্রতিটি বিষয় নিজেই মানসম্পর্কিত সমস্যা নয়; কিন্তু স্বাস্থ্যব্যবস্থার প্রতিটি গুরুত্বপূর্ণ বিষয়েরই সেবার মানের ওপর কোনো না কোনো প্রভাব থাকতে পারে।

আমাদের বিশ্লেষণের ভিত্তি: Donabedian-এর Structure–Process–Outcome framework

Quality Watch এই বিশ্লেষণকে Avedis Donabedian-এর Structure–Process–Outcome (S–P–O) framework-এর ওপর ভিত্তি করে সাজিয়েছে। এই framework-এ Structure হলো মানসম্মত সেবার প্রয়োজনীয় ভিত্তি—যেমন উপযুক্ত অবকাঠামো, দক্ষ জনবল, প্রয়োজনীয় যন্ত্রপাতি ও সরঞ্জাম, তথ্যব্যবস্থা, নীতিমালা, governance এবং প্রয়োজনীয় resource availability। Process হলো সেই সক্ষমতাকে কাজে লাগিয়ে বাস্তবে কীভাবে সেবা দেওয়া হচ্ছে; আর Outcome হলো সেই সেবার ফলে রোগী ও জনগণের ওপর কী ফল তৈরি হচ্ছে।

এখানে একটি গুরুত্বপূর্ণ বিষয় স্পষ্ট করা দরকার। অনেক সময় Quality Improvement-এর আলোচনায় Process ও Outcome-কে সামনে রেখে Structure-কে শুধু ‘input’ হিসেবে দেখা হয়। Quality Watch-এর দৃষ্টিভঙ্গি হলো—Structure নিজেই quality-এর একটি গুরুত্বপূর্ণ dimension এবং নির্ভরযোগ্য Process ও কাজক্ষিত Outcome অর্জনের ভিত্তি। প্রয়োজনীয় জনবল, অবকাঠামো, equipment, তথ্য ও ব্যবস্থাপনা ব্যবস্থা কার্যকর না থাকলে ভালো clinical process নিয়মিতভাবে বজায় রাখা কঠিন; আর নির্ভরযোগ্য Process ছাড়া ভালো Outcome টেকসই করা যায় না।

তবে Structure-এর উপস্থিতিই যথেষ্ট নয়—Leadership-এর ভূমিকা হলো এই resources ও systems-কে কার্যকরভাবে কাজে রূপান্তর করা। কার্যকর leadership-এর মাধ্যমে প্রয়োজনীয় motivation, clear communication এবং accountability নিশ্চিত করা যায়; যা কর্মীদের সম্পৃক্ততা বাড়ায়, standards ও processes ধারাবাহিকভাবে অনুসরণে সহায়তা করে এবং improvement-এর জন্য একটি supportive quality culture তৈরি করে। তাই Structure provides the foundation, Leadership activates the system, Process delivers care, and Outcome reflects the quality achieved.

এই দৃষ্টিভঙ্গিতে Quality Improvement শুধু কোনো একটি process পরিবর্তনের বিষয় নয়; বরং Structure, Leadership, Process এবং Outcome—এই পরস্পর-সংযুক্ত উপাদানগুলোর ধারাবাহিক উন্নয়নের একটি সমন্বিত প্রচেষ্টা।

তাই এই প্রতিবেদনে আমরা প্রথমে **system readiness** ও **Structure** নিশ্চিত করার দিকে তাকাই, তারপর **Process** কীভাবে পরিচালিত হচ্ছে তা দেখি, এবং শেষে **Outcome**—অর্থাৎ রোগীর অভিজ্ঞতা, নিরাপত্তা ও স্বাস্থ্যফল—পর্যবেক্ষণ করি। তবে **Structure** থাকলেই **quality** নিশ্চিত হয় না; মূল বিষয় হলো সেই **Structure**-কে কার্যকর ও সক্রিয় করে **Process**-এর মাধ্যমে বাস্তব সেবায় রূপান্তর করা।

অর্থাৎ **Quality Watch**-এর মূল দৃষ্টিভঙ্গি হলো: **Structure → Process → Outcome**। এই তিনটি পরস্পর সংযুক্ত; কোনো একটি অংশকে আলাদা করে শক্তিশালী করলেই পুরো **health-care system**-এর **quality** নিশ্চিত হয় না। একটি কার্যকর **system** তৈরি, সেটিকে নিয়মিতভাবে চালু রাখা এবং তার ফল পরিমাপ ও উন্নত করাই আমাদের **quality-care analysis**-এর কেন্দ্রবিন্দু।

এই দৃষ্টিভঙ্গিই **Quality Watch**-এর মূল ভিত্তি—

নীতি ও ব্যবস্থাপনা থেকে শুরু করে মাঠপর্যায়ের সেবা এবং শেষ পর্যন্ত রোগীর অভিজ্ঞতা ও স্বাস্থ্যফল—পুরো ধারাবাহিকতাকে মানসম্পন্ন ও নিরাপদ সেবার দৃষ্টিতে দেখা।

QUALITY WATCH

আগস্ট ২০২৬-এর গুরুত্বপূর্ণ মানোন্নয়ন-সম্পর্কিত উদ্যোগ ও পরিবর্তন

আগস্ট ২০২৬-এর গুরুত্বপূর্ণ মানোন্নয়ন-সম্পর্কিত উদ্যোগ ও পরিবর্তন

১. দেশব্যাপী হাসপাতাল পরিদর্শন ব্যবস্থা চালু

সরকারি হাসপাতালগুলোর সেবা ব্যবস্থাপনা, অবকাঠামো, জনবল ও সার্বিক প্রস্তুতি পর্যবেক্ষণের জন্য দেশব্যাপী নিয়মিত হাসপাতাল পরিদর্শন ব্যবস্থা চালু করা হয়েছে। এ উদ্দেশ্যে স্বাস্থ্য সেবা বিভাগের ৬৯ জন জ্যেষ্ঠ কর্মকর্তাকে বিভিন্ন সরকারি হাসপাতাল পরিদর্শনের দায়িত্ব দেওয়া হয়েছে।

পরিদর্শনের আওতায় থাকছে—

- ডিজিটাল উপস্থিতি ও জনবলের উপস্থিতি
- হাসপাতালের পরিচ্ছন্নতা ও পরিবেশ
- প্রয়োজনীয় যন্ত্রপাতি ও অবকাঠামোর অবস্থা
- নিরাপত্তা ব্যবস্থা
- সার্বিক ব্যবস্থাপনা ও সেবা প্রস্তুতি
- পরিদর্শনের ফলাফলভিত্তিক নিয়মিত প্রতিবেদন

Quality Implication



হাসপাতাল পরিদর্শন ও সেবা প্রস্তুতি পর্যবেক্ষণ | Illustrative field visual

নিয়মিত পরিদর্শন ব্যবস্থা স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানে জবাবদিহিতা বাড়ানোর পাশাপাশি compliance-এর বাইরে গিয়ে measurable improvement নিশ্চিত করার একটি সুযোগ তৈরি করতে পারে। তবে এর প্রকৃত মূল্য নির্ভর করবে পরিদর্শনে শনাক্ত সমস্যাগুলো কীভাবে সমাধান করা হচ্ছে এবং সেই উন্নতির প্রভাব রোগীর সেবা-অভিজ্ঞতা ও ফলাফলে কতটা প্রতিফলিত হচ্ছে তার ওপর।

QUALITY WATCH

ডিজিটাল উপস্থিতি ও জিও-ফেন্সিং | বেসরকারি লাইসেন্সিং

২. ডিজিটাল উপস্থিতি ও জিও-ফেন্সিং বাধ্যতামূলক

সরকারি স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানে কর্মকর্তা-কর্মচারীদের উপস্থিতি আরও কার্যকরভাবে নিশ্চিত করতে ডিজিটাল attendance এবং geofencing ব্যবস্থাকে বাধ্যতামূলক করা হয়েছে। এর সঙ্গে biometric attendance এবং ধাপে ধাপে face recognition ব্যবস্থাও যুক্ত করার উদ্যোগ রয়েছে।

ডিজিটাল উপস্থিতির তথ্য IBAS++ ব্যবস্থার সঙ্গে সংযুক্ত করার মাধ্যমে উপস্থিতি, ছুটি এবং সংশ্লিষ্ট প্রশাসনিক ব্যবস্থাপনায় তথ্যের ব্যবহার আরও শক্তিশালী করার উদ্যোগ নেওয়া হয়েছে। উপস্থিতির তথ্য ভবিষ্যতে বেতন, ছুটি ও পদোন্নতির মতো প্রশাসনিক সিদ্ধান্তের সঙ্গেও সম্পর্কিত হতে পারে।

Quality Implication

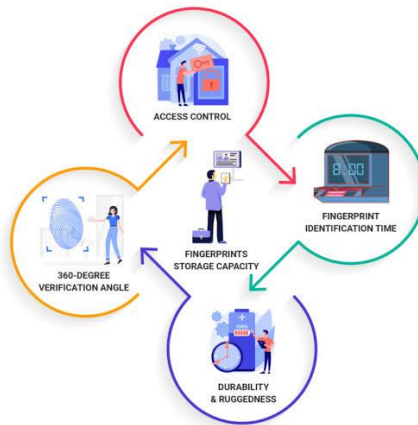
ডিজিটাল attendance শুধু কর্মীদের উপস্থিতি নিশ্চিত করার একটি প্রশাসনিক পদ্ধতি নয়; এটি service readiness এবং continuity of care-এর একটি গুরুত্বপূর্ণ ভিত্তি হতে পারে। তবে উপস্থিতি নিশ্চিত হওয়া মানেই ভালো সেবা নিশ্চিত হওয়া নয়। পরবর্তী ধাপে দেখতে হবে—উপস্থিতি বৃদ্ধির সঙ্গে সেবার সময়ানুবর্তিতা, waiting time, patient experience এবং care outcomes-এর কী পরিবর্তন হচ্ছে।

৩. বেসরকারি হাসপাতালের লাইসেন্সের মেয়াদ দুই বছর করা

২০২৬–২৭ অর্থবছর থেকে বেসরকারি হাসপাতাল ও ক্লিনিকের লাইসেন্সের মেয়াদ এক বছর থেকে বাড়িয়ে দুই বছর করার সিদ্ধান্ত নেওয়া হয়েছে। তবে লাইসেন্সের মেয়াদ বাড়লেও নিয়মিত পরিদর্শনের বাধ্যবাধকতা বহাল রয়েছে।

এটি একদিকে প্রতিষ্ঠানগুলোর জন্য প্রশাসনিক প্রক্রিয়া কিছুটা সহজ করার সুযোগ তৈরি করে; অন্যদিকে নিয়মিত পরিদর্শনের মাধ্যমে সেবার মান, নিরাপত্তা ও প্রয়োজনীয় মানদণ্ড বজায় রাখার দায়িত্বও অব্যাহত থাকে।

Quality Implication



ডিজিটাল/বায়োমেট্রিক উপস্থিতি ব্যবস্থাপনা | Illustrative visual

লাইসেন্স নবায়নের প্রশাসনিক সময়সীমা বাড়ানো হলেও quality assurance-এর ধারাবাহিকতা বজায় রাখা জরুরি। লাইসেন্সের বৈধতা এবং বাস্তব সেবার মান—এই দুটি বিষয়কে পৃথকভাবে দেখা প্রয়োজন। নিয়মিত inspection, accreditation এবং quality monitoring-এর মাধ্যমে প্রতিষ্ঠানের বাস্তব performance পর্যবেক্ষণ করাই হবে গুরুত্বপূর্ণ।

QUALITY WATCH

National Institute of Neurosciences | Laboratory Accreditation



National Institute of Neurosciences and Hospital-এর ৫০০ শয্যা সম্প্রসারণ | Photo provided

৪. National Institute of Neurosciences-এ ৫০০ শয্যা সম্প্রসারণ

National Institute of Neurosciences and Hospital-এ নতুন ১৫ তলা ভবনের মাধ্যমে আরও ৫০০ শয্যা যুক্ত করার উদ্যোগ নেওয়া হয়েছে। এর ফলে প্রতিষ্ঠানের মোট শয্যা সংখ্যা ১,০০০-এ উন্নীত হওয়ার কথা।

নতুন সম্প্রসারণে ICU, HDU, operating theatre, MRI, CT এবং trauma care-এর মতো গুরুত্বপূর্ণ সেবা ও অবকাঠামো অন্তর্ভুক্ত থাকবে।

Quality Implication

শয্যা ও অবকাঠামো সম্প্রসারণ স্বাস্থ্যসেবার access এবং service capacity বৃদ্ধিতে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখতে পারে। তবে capacity expansion-এর প্রকৃত quality impact নির্ভর করবে প্রয়োজনীয় জনবল, দক্ষতা, equipment maintenance, infection prevention, clinical governance এবং referral/continuity ব্যবস্থা কতটা কার্যকরভাবে নিশ্চিত করা হচ্ছে তার ওপর।

৫. মেডিকেল ল্যাবরেটরি অ্যাক্রেডিটেশনে জাতীয় পর্যায়ে নতুন গুরুত্ব

মেডিকেল ল্যাবরেটরির নির্ভরযোগ্যতা ও মান নিশ্চিত করার লক্ষ্যে বাংলাদেশ অ্যাক্রেডিটেশন বোর্ড (BAB)-এর উদ্যোগে আন্তর্জাতিক মানসম্পন্ন laboratory accreditation নিয়ে আলোচনা ও উদ্যোগ জোরদার হয়েছে।

সঠিক ও নির্ভরযোগ্য diagnostic result রোগ নির্ণয়, চিকিৎসার সিদ্ধান্ত এবং রোগীর নিরাপত্তার জন্য অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। তাই laboratory quality assurance-কে বৃহত্তর Quality of Care agenda-এর একটি অবিচ্ছেদ্য অংশ হিসেবে দেখা প্রয়োজন।

Quality Implication

ল্যাবরেটরি অ্যাক্রেডিটেশন শুধু একটি certificate অর্জনের বিষয় নয়। এটি pre-analytical, analytical এবং post-analytical—তিন পর্যায়েই নির্ভরযোগ্যতা নিশ্চিত করার একটি কাঠামো। রোগীর সঠিক diagnosis এবং সঠিক treatment decision-এর জন্য diagnostic accuracy ও reliability অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ।

QUALITY WATCH

Infection Prevention and Control (IPC)



Infection Prevention and Control (IPC) training | 250 Bed District Hospital, Cox's Bazar

৬. Infection Prevention and Control (IPC) কমিটি গঠনের নির্দেশনা

স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানে Infection Prevention and Control আরও শক্তিশালী করার লক্ষ্যে IPC কমিটি গঠনের ওপর গুরুত্ব দেওয়া হয়েছে। এ বিষয়ে SingHealth-এর বিশেষজ্ঞদের কাছ থেকে IPC-এর ভালো চর্চা ও অভিজ্ঞতা বিনিময়ের উদ্যোগও নেওয়া হয়েছে। IPC কার্যক্রম কার্যকর করতে হলে শুধু একটি কমিটি গঠন করাই যথেষ্ট নয়। এর সঙ্গে প্রয়োজন পরিষ্কার দায়িত্ব বন্টন, নিয়মিত monitoring, training, surveillance এবং identified gaps-এর corrective action।

Quality Implication

IPC হলো patient safety এবং quality of care-এর মৌলিক ভিত্তি। কার্যকর IPC ব্যবস্থা healthcare-associated infection কমাতে এবং রোগী ও স্বাস্থ্যকর্মী উভয়ের নিরাপত্তা বাড়াতে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখে। তাই IPC committee-কে কেবল প্রশাসনিক কাঠামো হিসেবে নয়, বরং measurable improvement-এর একটি কার্যকর mechanism হিসেবে প্রতিষ্ঠা করা প্রয়োজন।

QCN Note

আগস্টের উদ্যোগগুলোতে একটি গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তন স্পষ্ট—policy intent থেকে operational accountability-এর দিকে অগ্রসর হওয়ার চেষ্টা।

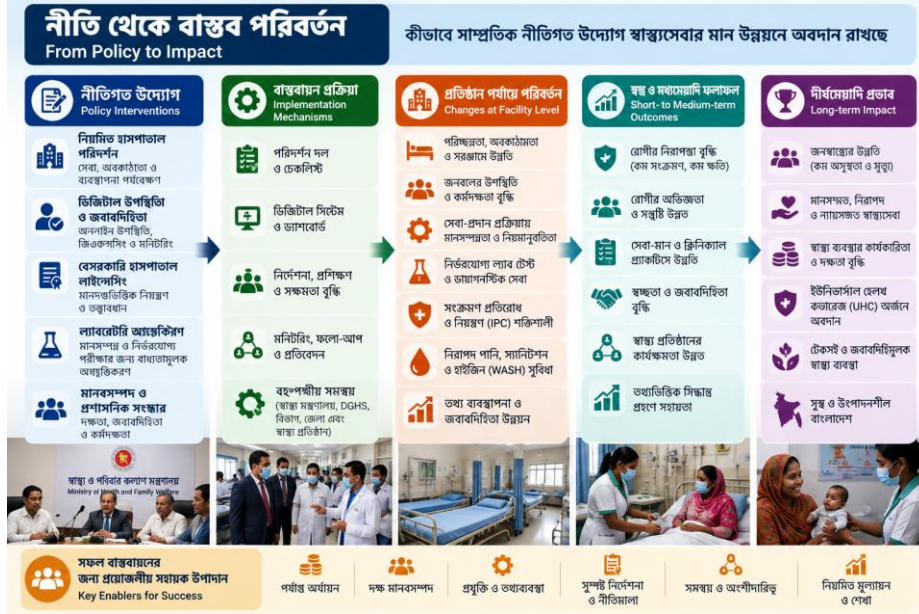
হাসপাতাল পরিদর্শন, ডিজিটাল উপস্থিতি, লাইসেন্সিং, অবকাঠামো সম্প্রসারণ, laboratory accreditation এবং IPC—প্রতিটি উদ্যোগই স্বাস্থ্যসেবার মানের সঙ্গে সরাসরি সম্পর্কিত। তবে এসব উদ্যোগের সাফল্য শেষ পর্যন্ত নির্ভর করবে একটি মৌলিক প্রশ্নের ওপর:

এই পরিবর্তনগুলো কি সত্যিই রোগীর জন্য আরও নিরাপদ, কার্যকর, সময়োপযোগী এবং মানসম্মত সেবা তৈরি করছে?

QCN-এর দৃষ্টিতে আগামী পর্যায়ের গুরুত্বপূর্ণ কাজ হবে compliance থেকে improvement-এর দিকে অগ্রসর হওয়া—অর্থাৎ কী করা হয়েছে তার পাশাপাশি কী পরিবর্তন এসেছে, রোগীর অভিজ্ঞতা কীভাবে বদলেছে এবং health outcomes কতটা উন্নত হয়েছে—এসবও নিয়মিতভাবে পরিমাপ করা।

POLICY WATCH

পলিসি ওয়াচ (Policy Watch)



নীতিগত উদ্যোগ থেকে সম্ভাব্য বাস্তব পরিবর্তন | Policy-to-impact visual

পলিসি ওয়াচ (Policy Watch)

আগস্ট ২০২৬

Policy in Focus

নিয়মিত পরিদর্শন ও ডিজিটাল উপস্থিতির মাধ্যমে সরকারি হাসপাতালে জবাবদিহিতা জোরদার

আগস্ট ২০২৬-এ স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়ের স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ সরকারি হাসপাতালগুলোতে জবাবদিহিতা ও তদারকি জোরদারের জন্য দুটি পরস্পর-সম্পর্কিত উদ্যোগ গ্রহণ করেছে। এগুলো হলো—নিয়মিত হাসপাতাল পরিদর্শন এবং প্রযুক্তিনির্ভর ডিজিটাল উপস্থিতি নিশ্চিতকরণ।



POLICY WATCH

What is the policy? | What has changed?

১. What is the policy? — নীতিতে কী বলা হয়েছে?

এই উদ্যোগের আওতায়—

দেশব্যাপী সরকারি হাসপাতালগুলো নিয়মিত পরিদর্শনের জন্য অতিরিক্ত সচিব থেকে সহকারী সচিব পর্যায়ের ৬৯ জন কর্মকর্তাকে দায়িত্ব দেওয়া হয়েছে। এ বিষয়ে ১৬ আগস্ট ২০২৬ তারিখে অফিস আদেশ জারি করা হয়।

সরকারি স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানে biometric attendance ব্যবস্থা কার্যকর করা এবং geofencing technology চালুর উদ্যোগ নেওয়া হয়েছে।

উপস্থিতির তথ্য IBAS++ ব্যবস্থার সঙ্গে সংযুক্ত করার পরিকল্পনা রয়েছে, যাতে salary, leave এবং promotion-এর মতো প্রশাসনিক সিদ্ধান্তে উপস্থিতির তথ্য ব্যবহার করা যায়।

জুলাই মাসের উচ্চপর্যায়ের পর্যালোচনার পর এসব নির্দেশনা জোরদার করা হয় এবং ২১ আগস্ট DGHS-এর পক্ষ থেকেও তা পুনর্ব্যাক্ত করা হয়। এই উদ্যোগগুলোর মূল উদ্দেশ্য হলো স্বাস্থ্যসেবার মানোন্নয়ন, প্রশাসনিক শৃঙ্খলা নিশ্চিত করা, চিকিৎসক ও স্বাস্থ্যকর্মীদের কর্মস্থলে উপস্থিতি নিশ্চিত করা এবং সরকারি স্বাস্থ্যসেবা প্রদান ব্যবস্থাকে আরও কার্যকর করা।

২. What has changed? — কী পরিবর্তন এসেছে?

আগে হাসপাতাল পরিদর্শন অনেকাংশে ছিল অনিয়মিত এবং স্থানীয় পর্যায়ের supervisory visit-এর ওপর নির্ভরশীল। নতুন ব্যবস্থায় তদারকির দায়িত্ব আরও উচ্চপর্যায়ের কর্মকর্তাদের কাছে দেওয়া হয়েছে।

একই সঙ্গে—

নিয়মিত ও কাঠামোবদ্ধ পরিদর্শনের ওপর জোর দেওয়া হয়েছে;

প্রতি মাসের ৭ তারিখের মধ্যে পরিদর্শন-সংক্রান্ত প্রতিবেদন দেওয়ার ব্যবস্থা করা হয়েছে;

attendance যাচাইয়ে প্রযুক্তির ব্যবহার বাড়ানো হয়েছে;

এবং প্রথমবারের মতো attendance record-কে salary, leave ও promotion-এর মতো প্রশাসনিক ব্যবস্থার সঙ্গে আনুষ্ঠানিকভাবে যুক্ত করার উদ্যোগ নেওয়া হয়েছে।

POLICY WATCH

Implementation Status — বাস্তবায়নের বর্তমান অবস্থা

৩. Implementation Status — বাস্তবায়নের বর্তমান অবস্থা

৬৯ জন কর্মকর্তাকে নির্দিষ্ট geographic ও institutional responsibility দেওয়া হয়েছে, যার আওতায় দেশের সব বিভাগ এবং গুরুত্বপূর্ণ specialised hospital রয়েছে।

DGHS biometric machine সচল রাখার বিষয়ে নির্দেশনা দিয়েছে এবং ধাপে ধাপে face-recognition technology চালুর উদ্যোগ নেওয়া হয়েছে।

প্রাথমিক compliance reporting-এর সময়সীমা নির্ধারণ করা হয়েছে এবং আগস্টের শেষ দিকে অগ্রগতি পর্যালোচনার লক্ষ্য রাখা হয়েছিল।

তবে আগস্টের শেষ নাগাদ এই ব্যবস্থা এখনও প্রাথমিক operational phase-এ ছিল। সামগ্রিক coverage ও compliance-এর পূর্ণাঙ্গ systematic data তখনও publicly available হয়নি।



POLICY WATCH

Opportunities & Gaps



সম্ভাবনা ও ঘাটতি: policy implementation-এর quality perspective

8. Opportunities — সম্ভাবনা কোথায়?

- এই নীতি কার্যকরভাবে বাস্তবায়িত হলে—
- জনবল, পরিচ্ছন্নতা, equipment ও infrastructure-এর quality gap দ্রুত শনাক্ত ও সমাধানের একটি কাঠামোবদ্ধ platform তৈরি হতে পারে;
- absenteeism কমানো সম্ভব হলে continuity of care এবং patient safety উন্নত হতে পারে;
- ভালো performance করা facility-গুলোকে recognition দেওয়ার পাশাপাশি প্রয়োজনীয় corrective action নেওয়া সম্ভব হতে পারে;
- accountability-কে measurable করে broader Quality Improvement এবং Patient Safety agenda-এর সঙ্গে আরও কার্যকরভাবে যুক্ত করা যেতে পারে।

৫. Gaps — কোথায় ঘাটতি রয়েছে?

তবে কিছু গুরুত্বপূর্ণ প্রশ্ন এখনো স্পষ্ট নয়—

ব্যবস্থাটি যদি মূলত punitive বা শাস্তিমূলক হয়ে ওঠে, তাহলে learning ও improvement-এর সংস্কৃতি বাধাগ্রস্ত হতে পারে।

inspection findings কীভাবে বিশ্লেষণ করা হবে, facility-কে কীভাবে feedback দেওয়া হবে এবং system-level change-এ সেগুলো কীভাবে ব্যবহার হবে—তা এখনো পুরোপুরি পরিষ্কার নয়।

বিভিন্ন facility-তে technology readiness সমান নয়; বিশেষ করে উপজেলা পর্যায়ে connectivity ও equipment-related challenges থাকতে পারে।

inspection findings-এর সঙ্গে বিদ্যমান Quality Improvement (QI) team বা National Quality Framework-এর tools-এর সুস্পষ্ট linkage এখনো প্রতিষ্ঠিত হয়নি।

patient experience এবং clinical outcome indicators এখনো monitoring framework-এর অংশ হিসেবে স্পষ্টভাবে যুক্ত হয়নি।

POLICY WATCH

What Should We Watch Next Month?

৬. What Should We Watch Next Month? — আগামী মাসে কী নজরে রাখা উচিত?

আগামী মাসে বিশেষভাবে দেখা প্রয়োজন—

দায়িত্বপ্রাপ্ত ৬৯ জন কর্মকর্তার মধ্যে কতজন আগস্টে অন্তত একটি inspection সম্পন্ন করেছেন এবং report জমা দিয়েছেন;
 district ও upazila level-সহ কত দ্রুত biometric ও geofencing system পুরোপুরি operational হচ্ছে;
 inspection findings targeted QI action বা resource allocation-এর সিদ্ধান্তে ব্যবহার করা শুরু হচ্ছে কি না;
 DHIS2 বা internal dashboard-এ staff attendance এবং service readiness-এর উন্নতির কোনো প্রাথমিক ইঙ্গিত পাওয়া যাচ্ছে কি না।

Quality Impact

এই inspection ও attendance reform-এর প্রকৃত মূল্যায়ন শুধু compliance দিয়ে করা উচিত নয়। দেখতে হবে এগুলোর ফলে—
 service readiness,
 continuity of care,
 waiting time,
 patient experience,
 এবং measurable patient outcomes
 কতটা পরিবর্তিত হচ্ছে।

Implication for Quality

এই policy সাম্প্রতিক বছরগুলোর অন্যতম গুরুত্বপূর্ণ accountability reform। তবে এর সাফল্য কতগুলো inspection হয়েছে—তার ওপর কম, বরং inspection থেকে পাওয়া data care process এবং patient outcome-এর অর্থবহ উন্নয়নে কতটা ব্যবহৃত হচ্ছে—তার ওপর বেশি নির্ভর করবে।
 অর্থাৎ, compliance monitoring-কে quality improvement-এর চালিকাশক্তিতে রূপান্তর করাই এখন সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ পরবর্তী পদক্ষেপ।

EVIDENCE WATCH

এভিডেন্স ওয়াচ (Evidence Watch)

এভিডেন্স ওয়াচ (Evidence Watch)

আগস্ট ২০২৬

১. স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানে WASH ব্যবস্থায় স্থায়ী ঘাটতি

Study: WHO–UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) 2025 assessment — স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানে water, sanitation, hygiene, environmental cleaning এবং waste management।

Setting: বাংলাদেশের সরকারি ও বেসরকারি স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানের জাতীয় পর্যায়ে estimates; বিশেষভাবে rural–urban disparity বিবেচনায়।



EVIDENCE WATCH

WASH — পানি, স্যানিটেশন, হাইজিন ও পরিবেশগত পরিচ্ছন্নতা

মূল তথ্য

মাত্র—

২৫% স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানে basic sanitation রয়েছে;

৩২% প্রতিষ্ঠানে basic hygiene services রয়েছে;

১৬% প্রতিষ্ঠানে basic waste management রয়েছে;

২০% প্রতিষ্ঠানে basic environmental cleaning-এর মান পূরণ হয়;

৭১% প্রতিষ্ঠানে basic drinking water coverage রয়েছে—তবে পানির নিরাপত্তা নিশ্চিত কিনা, তা সব ক্ষেত্রে নিশ্চিত নয়।

কেন এটি গুরুত্বপূর্ণ?

এই ঘাটতিগুলো সরাসরি Infection Prevention and Control (IPC)-কে দুর্বল করে এবং healthcare-associated infection-এর ঝুঁকি বাড়ায়। ফলে রোগীর নিরাপত্তা হুমকির মুখে পড়ে।

WASH ঘাটতিকে শুধু অবকাঠামোগত সমস্যা হিসেবে দেখলে বিষয়টির গুরুত্ব কমে যায়। এগুলো আসলে Quality of Care-এর মৌলিক ঘাটতি, যা অন্যান্য quality improvement উদ্যোগের কার্যকারিতাকেও সীমিত করতে পারে।

What should we watch/do next?

WASH indicators-কে routine quality improvement checklist এবং facility supervision tools-এর সঙ্গে যুক্ত করা প্রয়োজন। বিশেষ করে আগস্টে চালু হওয়া hospital inspection system বাস্তবে এসব মৌলিক service gap কতটা পরিমাপ ও সমাধান করছে, তা পর্যবেক্ষণ করা জরুরি।

EVIDENCE WATCH

Antimicrobial Resistance (AMR)



বাংলাদেশের AMR Surveillance Monitoring & Evaluation Framework-এর Technical Working Group

২. হাসপাতাল পর্যায়ে Antimicrobial Resistance (AMR) বৃদ্ধি

Study: National Antimicrobial Resistance Surveillance Report, Bangladesh 2025 — IEDCR / DGHS।

Setting: জুলাই ২০২৪ থেকে জুন ২০২৫ পর্যন্ত দেশের আটটি বিভাগের ৩৩টি laboratory-এর data; case-based ও laboratory-based surveillance মিলিয়ে মোট ৯৬,৪৭৭টি sample বিশ্লেষণ করা হয়েছে।

মূল তথ্য

Klebsiella pneumoniae-তে carbapenem resistance ২০২৪ সালের ২৩.১% থেকে ২০২৫ সালে ২৯.১%-এ বৃদ্ধি পেয়েছে।
Acinetobacter spp.-এর meropenem resistance জাতীয় পর্যায়ে ৭১% এবং Dhaka Medical College Hospital-এ ৯৬% পর্যন্ত পৌঁছেছে।

Bloodstream infection-এ ESBL-producing E. coli বেড়ে ৮৪.৩% হয়েছে।

Bloodstream infection-এ MRSA-এর হার ছিল ৫৩.৯%।

কেন এটি গুরুত্বপূর্ণ?

বিশেষ করে tertiary hospital-গুলোতে উচ্চ এবং ক্রমবর্ধমান antimicrobial resistance ইঙ্গিত করে যে last-resort antibiotic-এর কার্যকারিতা দুর্বল হয়ে পড়ছে। একই সঙ্গে এটি IPC, antibiotic stewardship এবং diagnostic quality-এর বিভিন্ন ঘাটতির দিকেও ইঙ্গিত করে।

তাই AMR-কে শুধু microbiological concern হিসেবে না দেখে patient safety-এর একটি জরুরি বিষয় হিসেবে বিবেচনা করা প্রয়োজন।

What should we watch/do next?

আগস্টে নির্দেশিত facility-level IPC committees স্থানীয় antibiogram data ব্যবহার করে কি না, এবং antibiotic stewardship কার্যক্রম কয়েকটি tertiary centre-এর বাইরে অন্যান্য facility-তেও সম্প্রসারিত হচ্ছে কি না—তা পর্যবেক্ষণ করা প্রয়োজন।

EVIDENCE WATCH

Patient Safety Culture — Bengali Tool Validation

৩. Patient Safety Culture পরিমাপের জন্য Bengali Tool-এর Validation

Study: Cross-cultural adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC 2.0), Bengali version (B-HSOPSC 2.0) among nurses |

(Reference : Khalek MA, Huq KATM E, Hasegawa T, Hatakeyama Y, Babaita AO, Moriyama M.

Cross-cultural adaptation and validation of hospital survey on patient safety culture in Bengali version (B-HSOPSC 2.0) among nurses in Bangladesh: a cross-sectional study. BMC Nursing. 2026;25:679. Published: 29 May 2026. DOI: 10.1186/s12912-026-04817-3. Full article — BMC Nursing)

Setting: বাংলাদেশের বিভিন্ন হাসপাতালে ৪,৯৮২ জন নার্সের ওপর cross-sectional study; valid response rate ছিল ৬৯.৫%।

মূল তথ্য

সাংস্কৃতিক ও স্থানীয় প্রেক্ষাপট অনুযায়ী adaptation-এর পর content validity এবং test-retest reliability গ্রহণযোগ্য ছিল।
উদাহরণ হিসেবে, “manager/clinical leader” এবং “units”-এর মতো শব্দকে বাংলাদেশের প্রেক্ষাপটের সঙ্গে সামঞ্জস্যপূর্ণ শব্দ দিয়ে প্রতিস্থাপন করা হয়েছে।

তবে ১০-dimension এবং ৯-dimension model-এর overall psychometric properties পুরোপুরি robust ছিল না।

কেন এটি গুরুত্বপূর্ণ?

বাংলাদেশে patient safety culture পরিমাপের জন্য validated local-language tool-এর ঘাটতি ছিল। যদিও toolটির psychometric properties এখনো পুরোপুরি শক্তিশালী নয়, তবুও এটি একটি গুরুত্বপূর্ণ practical starting point।

- এটির মাধ্যমে স্বাস্থ্যকর্মীরা—
- patient safety সম্পর্কে কীভাবে ভাবছেন, • incident reporting কীভাবে দেখছেন,
- এবং organisation কতটা learning-oriented— • এসব বিষয়ে প্রাথমিকভাবে ধারণা পাওয়া যেতে পারে।

What should we watch/do next?

QI team এবং nursing leadership-এর উচিত নির্বাচিত কিছু facility-তে B-HSOPSC 2.0 pilot করা, tool-টির আরও refinement করা এবং safety-culture score-কে বাস্তব improvement action-এর সঙ্গে যুক্ত করা।

শুধু assessment বা score তৈরি করাই যেন এর উদ্দেশ্য না হয়।

Evidence to Action

এই evidence-গুলো QI team-গুলোর জন্য তিনটি স্পষ্ট priority নির্দেশ করে—

WASH → IPC → Safety Culture

অর্থাৎ, evidence-কে শুধু report বা publication-এর মধ্যে সীমাবদ্ধ না রেখে measurable priority হিসেবে চিহ্নিত করতে হবে এবং routine Quality Improvement cycle-এর সঙ্গে যুক্ত করতে হবে।

QCN Perspective

আগস্ট ২০২৬-এর evidence landscape একটি অভিন্ন চিত্র তুলে ধরে: স্বাস্থ্যসেবা ব্যবস্থার কিছু মৌলিক ভিত্তি—WASH, IPC, diagnostic reliability এবং safety culture—এখনো দুর্বল।

এই foundational elements শক্তিশালী না হলে উচ্চপর্যায়ের quality initiative-গুলোর কার্যকর প্রভাব সীমিত হতে পারে।

তাই এখনকার অগ্রাধিকার হওয়া উচিত শুধু নতুন উদ্যোগ গ্রহণ নয়, বরং বিদ্যমান evidence-কে facility-level measurable action-এ রূপান্তর করা।

শেষ পর্যন্ত প্রশ্নটি হওয়া উচিত—

আমরা কী জানলাম—তার চেয়েও গুরুত্বপূর্ণ হলো, এই evidence-এর ভিত্তিতে আমরা কী পরিবর্তন করলাম এবং সেই পরিবর্তনের ফল কী হলো?

QUALITY IN PRACTICE

কোয়ালিটি ইন প্র্যাকটিস (Quality in Practice)

কোয়ালিটি ইন প্র্যাকটিস (Quality in Practice)

আগস্ট ২০২৬

নতুন হাসপাতাল পরিদর্শন ও ডিজিটাল উপস্থিতি নির্দেশনার দ্রুত স্থানীয় প্রয়োগ:

একটি জেলা পর্যায়ের সরকারি হাসপাতালের Learning Story.

শিরোনাম:

“জাতীয় জবাবদিহিতার নির্দেশনাকে স্থানীয় মানোন্নয়নের সুযোগে রূপ দেওয়া”

জাতীয় পর্যায়ে যখন কোনো নতুন policy বা directive জারি হয়, তখন তার প্রভাব অনেক সময় নির্ভর করে স্থানীয় পর্যায়ের নেতৃত্ব সেটিকে কীভাবে গ্রহণ করছে তার ওপর। একই নির্দেশনা কোনো প্রতিষ্ঠানে শুধুই compliance-এর বিষয় হয়ে উঠতে পারে, আবার অন্য কোনো প্রতিষ্ঠানে সেটিই বাস্তব quality improvement-এর সূচনা করতে পারে।

আগস্ট ২০২৬-এ একটি জেলা পর্যায়ের সরকারি হাসপাতাল দ্বিতীয় পথটি বেছে নেওয়ার চেষ্টা করেছিল।

A Learning Story
Improving WASH for Safer Care
at a District Hospital

A District Hospital, Bangladesh

“Clean Facilities, Safer Patients, Healthier Communities”

Before: Key Challenges

- Poor and inadequate sanitation facilities
- Improper waste segregation and disposal
- Limited hand hygiene facilities
- Poor environmental cleaning and maintenance

After: What Changed

- Clean, functional and gender-sensitive toilets
- Proper waste segregation and safe disposal
- Adequate hand hygiene facilities with soap and water
- Regular environmental cleaning and trained staff

Key Results

- Cleaner and safer hospital environment
- Reduced risk of health care-associated infections (HAIs)
- Better experience for patients and visitors
- Improved morale among health workers
- Sustainable system with regular monitoring

Key to Success

- Commitment from hospital leadership
- Engagement of health workers and support staff
- Practical and low-cost solutions
- Regular monitoring and feedback
- Support from partners and community

“WASH শুধু অবকাঠামো নয়, এটি রোগীর নিরাপত্তা, মানসম্মত সেবা এবং একটি সম্মানজনক হাসপাতাল পরিবেশে রূপান্তর করার মৌলিক শর্ত।”
— হাসপাতাল পরিচালক
জেলা সদর হাসপাতাল

হাত ধুয়ে
রিজকে ও অন্যকে
নিরাপদ রাখুন

“আমরা হাসপাতালের টয়লেটে ব্যবহার করতে ভয় লাগত। এখন পরিষ্কার, নিরাপদ এবং ব্যবহার করতে অনেক সহজ। এটা শুধু রোগীদের জন্য না, আমাদের মতো স্বজনদের জন্যও বড় স্বস্তির।”
— একজন রোগীর স্বজন
জেলা সদর হাসপাতাল

WASH creates a safer, cleaner and more dignified hospital for everyone.

একটি জেলা পর্যায়ের হাসপাতাল থেকে একটি শেখার গল্প

QUALITY IN PRACTICE

একটি জেলা পর্যায়ের সরকারি হাসপাতাল: প্রেক্ষাপট ও টিম

এই সংখ্যার Quality in Practice-এ আমরা একটি উদাহরণভিত্তিক শেখার গল্প তুলে ধরি। এটি কোনো নির্দিষ্ট হাসপাতালের আনুষ্ঠানিক Case Study নয়; বরং জেলা পর্যায়ের একটি সরকারি হাসপাতালের সম্ভাব্য বাস্তব পরিস্থিতি, Quality Improvement-এর কিছু প্রচলিত পদ্ধতি এবং সংশ্লিষ্ট শিক্ষণীয় দিককে সমন্বয় করে তৈরি করা হয়েছে। এর উদ্দেশ্য কোনো প্রতিষ্ঠানের সাফল্য বা ব্যর্থতা তুলে ধরা নয়; বরং সীমিত সম্পদ ও বিদ্যমান ব্যবস্থার মধ্যেই কীভাবে ছোট ছোট পরিবর্তনের মাধ্যমে জবাবদিহিতা, কর্মপরিবেশ এবং সেবার প্রস্তুতি উন্নত করা যেতে পারে—তা নিয়ে ভাবনার সুযোগ তৈরি করা।

প্রেক্ষাপট

ধরা যাক, একটি ২৫০ শয্যার জেলা পর্যায়ের সরকারি হাসপাতালে নিয়মিত পরিদর্শনের সময় দেখা গেল, দিনের শুরুতে কিছু ইউনিটে কর্মীদের উপস্থিতি প্রত্যাশিত মাত্রায় নেই এবং কিছু ওয়ার্ডে পরিচ্ছন্নতা ও WASH-এর প্রস্তুতিতেও ঘাটতি রয়েছে। হাসপাতালে বায়োমেট্রিক attendance system থাকলেও সেটি নিয়মিত ও কার্যকরভাবে ব্যবহৃত হচ্ছিল না।

পরিস্থিতিটিকে কেবল শাস্তিমূলক বা compliance issue হিসেবে দেখার পরিবর্তে হাসপাতালের একটি ছোট দল এটিকে Quality Improvement-এর সুযোগ হিসেবে বিবেচনা করল।

এরপর তারা বিদ্যমান ব্যবস্থার মধ্যেই কয়েকটি ছোট পরিবর্তন পরীক্ষা করার উদ্যোগ নিল...

১৬ আগস্ট স্বাস্থ্য সেবা বিভাগের নিয়মিত senior-level inspection এবং mandatory digital attendance সংক্রান্ত নির্দেশনা জারির পর হাসপাতালটির নেতৃত্ব বিষয়টিকে শুধু একটি নতুন administrative requirement হিসেবে দেখেনি। তারা একই সঙ্গে এটিকে দীর্ঘদিনের দুটি সমস্যাকে নতুনভাবে মোকাবিলা করার একটি সুযোগ হিসেবে বিবেচনা করে—কর্মীদের peak hour-এ অনুপস্থিতি এবং হাসপাতালের পরিচ্ছন্নতার অসামঞ্জস্যপূর্ণ অবস্থা।

সমস্যাটি কোথায় ছিল?

হাসপাতালটিতে staff absenteeism, বিশেষ করে ব্যস্ত সময়ে, একটি পুনরাবৃত্ত সমস্যা ছিল। একই সঙ্গে পরিচ্ছন্নতার মানও সবসময় একরকম থাকত না।

হাসপাতালে biometric attendance machine আগে থেকেই ছিল। কিন্তু বাস্তবে সেটি নিয়মিতভাবে সচল থাকত না বা systematicভাবে ব্যবহার করা হতো না। ফলে attendance-এর তথ্য থাকলেও সেটি management decision বা improvement action-এর জন্য কার্যকরভাবে ব্যবহার করা যাচ্ছিল না।

নতুন inspection ও digital attendance directive আসার পর hospital leadership দুটি বিষয় একসঙ্গে দেখতে শুরু করে। একদিকে ছিল compliance-এর প্রয়োজনীয়তা—নতুন national directive বাস্তবায়ন করতে হবে।

অন্যদিকে ছিল একটি বড় opportunity—যে data ও monitoring ব্যবস্থা তৈরি হচ্ছে, সেটিকে কি সত্যিকারের quality improvement-এর কাজে ব্যবহার করা যায়?

এই প্রশ্ন থেকেই স্থানীয় উদ্যোগটির শুরু।

হাসপাতালটির প্রেক্ষাপট

এটি ছিল ২৫০ শয্যার একটি জেলা পর্যায়ের সরকারি হাসপাতাল, দেশের সাতটি বিভাগের আওতাভুক্ত নতুন inspection mandate-এর অন্তর্ভুক্ত একটি প্রতিষ্ঠান।

হাসপাতালটি একটি বড় catchment population-কে সেবা দেয়। ফলে এখানে patient volume বেশি, supervisory capacity সীমিত এবং staff motivation-এও কিছুটা variation রয়েছে।

এই ধরনের পরিবেশে বড় কোনো নতুন project শুরু করার জন্য অতিরিক্ত budget, external consultant বা sophisticated technology-এর প্রয়োজন হতে পারে। কিন্তু এই উদ্যোগে team প্রথমেই একটি ভিন্ন approach নেয়—

“যা আছে, সেটিকে আরও ভালোভাবে ব্যবহার করা যায় কি?”

ছোট একটি team, দ্রুত সিদ্ধান্ত

National directive পাওয়ার মাত্র ৪৮ ঘণ্টার মধ্যে একটি ছোট informal improvement team গঠন করা হয়।

দলে ছিলেন—

Hospital Superintendent

Residential Medical Officer (RMO)

Nursing Supervisor

Statistician—attendance data-এর দায়িত্বে

একজন senior Ward Sister

এই উদ্যোগে কোনো external facilitator যুক্ত ছিলেন না।

এখানে গুরুত্বপূর্ণ বিষয় ছিল team-এর আকার নয়, বরং দ্রুত সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষমতা এবং বিভিন্ন পেশার মানুষকে একই improvement goal-এর অধীনে একত্র করা।

QI IN PRACTICE : KPJ Specialized Hospital

অ্যান্টিবায়োটিক স্টয়ার্ডশিপের মাধ্যমে অযৌক্তিক Meropenem ব্যবহার কমানো :

KPJ Specialized Hospital অ্যান্টিবায়োটিকের সঠিক নির্বাচন, ডোজ, প্রয়োগের পথ ও ব্যবহারের সময়কাল নিশ্চিত করতে একটি বহুবিভাগীয় Antibiotic Stewardship Program চালু করেছে। উদ্যোগটির অন্যতম প্রধান লক্ষ্য হলো বিস্তৃত-স্পেকট্রামের অ্যান্টিবায়োটিক Meropenem-এর অযৌক্তিক ব্যবহার কমানো।

চিকিৎসক, মাইক্রোবায়োলজি, ফার্মেসি, নার্সিং, ইনফেকশন প্রিভেনশন ও কন্ট্রোল এবং হাসপাতাল প্রশাসনের সমন্বয়ে প্রেসক্রিপশন পর্যালোচনা, ফিডব্যাক, শিক্ষা এবং মাইক্রোবায়োলজি-ভিত্তিক সিদ্ধান্ত গ্রহণ করা হচ্ছে। VITEK 2 ও RT-PCR ডায়াগনস্টিক সুবিধাও এই উদ্যোগকে সহায়তা করেছে।

উল্লেখযোগ্য উন্নতি

Meropenem ব্যবহার: ১১.৪৬% → ২.২২%

কমেছে: ৯.২৪ percentage points | আপেক্ষিক হ্রাস: ≈৮০.৬%

২৭ আগস্ট থেকে ২৮ সেপ্টেম্বর ২০২৬-এর মধ্যে রিপোর্ট করা তথ্য অনুযায়ী এই পরিবর্তন দেখা গেছে।

দলটি উন্নতি ধরে রাখতে এবং আরও উন্নয়নের জন্য PDSA cycle ও ধারাবাহিক measurement ব্যবহার করে কাজ চালিয়ে যাচ্ছে।

QI Learning: বহুবিভাগীয় teamwork, সময়োপযোগী diagnostic information এবং ধারাবাহিক measurement—এই তিনটির সমন্বয় অ্যান্টিবায়োটিকের আরও যুক্তিসংগত ব্যবহার এবং রোগী-নিরাপত্তা উন্নয়নে সহায়তা করতে পারে।

QUALITY IN PRACTICE

দুটি ছোট পরিবর্তন: Attendance + Cleanliness

নীতিমালা বাস্তবায়নের ফলে কী পরিবর্তন দেখা যাচ্ছে?

 সেবা প্রস্তুতি ও প্রাতিষ্ঠানিক সক্ষমতা উন্নয়ন	 জবাবদিহি ও নিয়মিত তদারকি জোরদার	 মানসম্মত ও নিরাপদ সেবাদান নিশ্চিতকরণ	 রোগী অভিজ্ঞতা ও স্বাস্থ্য ফলাফল উন্নয়ন
			
<ul style="list-style-type: none"> অবকাঠামো ও পরিবেশ উন্নয়ন প্রয়োজনীয় যন্ত্রপাতি ও সরঞ্জাম সরবরাহ জনবল ও সেবাদান কাঠামো শক্তিশালীকরণ পরিচ্ছন্নতা ও স্যানিটেশন জোরদার 	<ul style="list-style-type: none"> নিয়মিত হাসপাতাল পরিদর্শন ডিজিটাল উপস্থিতি ও জিও-ফেন্সিং লাইসেন্সিং ও মানদণ্ড বাস্তবায়ন বাস্তবায়ন ও সেবা প্রদানের জবাবদিহি বৃদ্ধি 	<ul style="list-style-type: none"> সংক্রমণ প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণ (IPC) জোরদার পরিচ্ছন্ন ও নিরাপদ হাসপাতাল পরিবেশ মানসম্মত ল্যাবরেটরি ও ডায়াগনস্টিক সেবা রোগীর নিরাপত্তা নিশ্চিতকরণ 	<ul style="list-style-type: none"> রোগী-কেন্দ্রিক সেবা প্রদান রোগীর সন্তুষ্টি ও আস্থা বৃদ্ধি চিকিৎসার ফলাফল উন্নয়ন সরকারি স্বাস্থ্যসেবা ব্যবস্থার প্রতি জনগণের আস্থা সুদৃঢ় করা
01	02	03	04

ডিজিটাল উপস্থিতি ও biometric verification-এর illustrative visual

প্রথম পদক্ষেপ: Attendance data দৃশ্যমান করা

Team প্রথমে দুটি দ্রুত action নেওয়ার সিদ্ধান্ত নেয়।

প্রথমত, বিদ্যমান সব biometric device সাত দিনের মধ্যে পুরোপুরি operational করা এবং একটি সহজ daily attendance dashboard চালু করা। এই dashboard department heads-দের কাছে দৃশ্যমান রাখা হয়।

এর উদ্দেশ্য ছিল শুধু “কে অনুপস্থিত” তা খুঁজে বের করা নয়। বরং attendance-কে এমন একটি তথ্য হিসেবে ব্যবহার করা, যা facility leadership প্রতিদিন দেখতে, বুঝতে এবং প্রয়োজন অনুযায়ী action নিতে পারে।

লিখিত নির্দেশনা অনেক সময় file-এর মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকে। কিন্তু যখন data প্রতিদিন দৃশ্যমান হয়, তখন সেটি আলোচনার অংশ হয়ে ওঠে।

এই উদ্যোগে সেই পরিবর্তনটিই দেখা যেতে শুরু করে।

দ্বিতীয় পদক্ষেপ: Cleanliness-কে attendance-এর সঙ্গে যুক্ত করা

Team একই সঙ্গে একটি সাপ্তাহিক “Cleanliness & Readiness Walk” চালু করে।

Nursing Supervisor-এর নেতৃত্বে এই walk-এর জন্য ব্যবহার করা হয় মাত্র এক পৃষ্ঠার একটি checklist। সেখানে বিশেষভাবে দেখা হতো—

hand-hygiene station কার্যকর আছে কি না;

waste যথাযথভাবে segregated হচ্ছে কি না;

toilet কার্যকর অবস্থায় আছে কি না।

এগুলো এমন কিছু বিষয়, যা নতুন inspection-এর সময়ও গুরুত্বপূর্ণ হয়ে উঠতে পারে।

কিন্তু team-এর উদ্দেশ্য ছিল inspection-এর আগে শুধু “দেখানোর জন্য” পরিষ্কার করা নয়। বরং নিয়মিতভাবে basic readiness-এর ঘাটতিগুলো চিহ্নিত করা এবং দ্রুত corrective action নেওয়া।

QUALITY IN PRACTICE

PDSA Cycle | তিন সপ্তাহে কী পরিবর্তন দেখা গেল?

প্রথম দুই সপ্তাহকে একটি PDSA cycle হিসেবে দেখা

এই উদ্যোগের আরেকটি গুরুত্বপূর্ণ বৈশিষ্ট্য ছিল—team এটিকে শুরু থেকেই একটি permanent system হিসেবে বিবেচনা করেনি।

প্রথম দুই সপ্তাহকে একটি PDSA (Plan–Do–Study–Act) cycle হিসেবে দেখা হয়েছিল।

অর্থাৎ—

Plan: কী পরিবর্তন আনা হবে?

Do: ছোট পরিসরে দ্রুত বাস্তবায়ন করা।

Study: data দেখে কী পরিবর্তন হচ্ছে তা বোঝা।

Act: শেখা অনুযায়ী পরবর্তী পদক্ষেপ নির্ধারণ করা।

এই approach-এর ফলে নতুন directive-কে শুধু “একবারের compliance exercise” না বানিয়ে একটি learning process হিসেবে ব্যবহার করার সুযোগ তৈরি হয়।

তিন সপ্তাহে কী পরিবর্তন দেখা গেল?

তিন সপ্তাহের মধ্যে biometric record অনুযায়ী doctors-এর average morning attendance আনুমানিক ৬৮% থেকে বেড়ে ৮৯%-এ পৌঁছায়।

একই সময়ে weekly cleanliness walk-এর মাধ্যমে কয়েকটি মৌলিক WASH সমস্যা শনাক্ত ও সমাধান করা হয়। এর মধ্যে ছিল—

অকার্যকর hand-washing point;

খোলা waste container;

এবং অন্যান্য basic cleanliness-related gap।

তবে পরিবর্তনটি শুধু সংখ্যায় সীমাবদ্ধ ছিল না।

শুরুতে কিছু staff এই উদ্যোগকে মূলত punitive বা শাস্তিমূলক ব্যবস্থা হিসেবে দেখেছিলেন। কিন্তু প্রতিদিনের attendance

প্রশ্নটি ধীরে ধীরে—

“কে অনুপস্থিত?”

থেকে সরে গিয়ে—

“আমাদের সেবার প্রস্তুতি কীভাবে আরও ভালো করা যায়?”

এই দিকে যেতে শুরু করে।

কীভাবে পরিবর্তন মাপা হয়েছিল?

প্রথম cycle-এ team খুব অল্প কিছু process measure ব্যবহার করেছিল।

দুটি প্রধান indicator ছিল:

১. Daily biometric attendance percentage

— চিকিৎসক ও নার্সদের দৈনিক উপস্থিতির হার।

২. Weekly cleanliness checklist-এ corrected items-এর সংখ্যা

— প্রতি সপ্তাহে চিহ্নিত সমস্যার কতগুলো সমাধান করা হয়েছে।



এখানে একটি গুরুত্বপূর্ণ সীমাবদ্ধতা ছিল।

প্রথম cycle-এ কোনো clinical outcome বা patient experience data সংগ্রহ করা হয়নি।

অর্থাৎ attendance বেড়েছে এবং basic WASH-related সমস্যা সমাধান হয়েছে—এটি দেখা গেছে; কিন্তু এর ফলে রোগীর অপেক্ষার সময় কমেছে কি না, রোগীর অভিজ্ঞতা উন্নত হয়েছে কি না, কিংবা clinical outcome-এর কোনো পরিবর্তন হয়েছে কি না—তা এই প্রথম cycle থেকে বলা সম্ভব নয়।

এই সীমাবদ্ধতাটি গুরুত্বপূর্ণ, কারণ quality improvement-এ process improvement এবং patient outcome এক জিনিস নয়।

QUALITY IN PRACTICE

এই উদ্যোগ থেকে কী শেখা গেল?

এই উদ্যোগ থেকে কী শেখা গেল?

এই ছোট উদ্যোগ থেকে কয়েকটি গুরুত্বপূর্ণ শিক্ষা পাওয়া যায়।

১. Speed of response matters

জাতীয় circular পাওয়ার কয়েক দিনের মধ্যেই পদক্ষেপ নেওয়া হয়েছিল। দ্রুত action নেওয়ার ফলে staff-এর মধ্যে ownership তৈরি হওয়ার সুযোগ হয়েছে।

অর্থাৎ policy implementation-এর প্রথম কয়েক দিনই অনেক সময় গুরুত্বপূর্ণ হয়ে উঠতে পারে।

২. Data visibility matters

একটি সহজ daily dashboard written instruction-এর তুলনায় বেশি কার্যকর হতে পারে।

যে data সবাই দেখতে পাচ্ছে, সেটি নিয়ে আলোচনা এবং action নেওয়া সহজ হয়।

৩. Accountability ও quality-কে একসঙ্গে নেওয়া যায়

শুধু attendance monitoring করলে উদ্যোগটি policing-এর মতো মনে হতে পারত।

কিন্তু attendance-এর সঙ্গে cleanliness ও readiness-এর মতো quality measure যুক্ত করার ফলে পুরো উদ্যোগটি ধীরে ধীরে monitoring থেকে improvement-এর দিকে যেতে শুরু করে।

৪. Patient voice-এর অনুপস্থিতি ছিল একটি missed opportunity

প্রথম cycle-এর সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ সীমাবদ্ধতাগুলোর একটি ছিল—রোগীদের কাছ থেকে কোনো structured feedback নেওয়া হয়নি।

অর্থাৎ hospital management এবং staff-এর perspective থেকে improvement দেখা হয়েছে, কিন্তু রোগীরা এই পরিবর্তনকে কীভাবে অনুভব করেছেন, তা জানা হয়নি।

পরবর্তী PDSA cycle-এ কী পরিবর্তন করা হবে?

Team-এর পরিকল্পনা হলো পরবর্তী cycle থেকেই একটি সহজ patient feedback mechanism যুক্ত করা।

এটি হতে পারে একটি সংক্ষিপ্ত daily feedback slip অথবা facility-এর উপযোগী অন্য কোনো সহজ ব্যবস্থা। লক্ষ্য হবে রোগীর কাছ থেকে অন্তত কয়েকটি মৌলিক বিষয় সম্পর্কে জানা—

সেবা পাওয়ার সময় কেমন ছিল;

staff availability কেমন ছিল;

পরিচ্ছন্নতা সম্পর্কে রোগীর অভিজ্ঞতা কেমন;

এবং কোথায় তাৎক্ষণিক improvement-এর প্রয়োজন রয়েছে।

একই সঙ্গে পরবর্তী PDSA cycle আরও formalভাবে document করার পরিকল্পনা রয়েছে, যাতে এই learning অন্য facility-গুলোর সঙ্গেও ভাগ করে নেওয়া যায়।

QUALITY IN PRACTICE

Can This Be Replicated Elsewhere?

Can This Be Replicated Elsewhere?

অন্য হাসপাতালেও কি এই পদ্ধতি প্রয়োগ করা সম্ভব?

এই approach-এর সবচেয়ে বড় শক্তি হলো—এটির জন্য অতিরিক্ত budget প্রয়োজন হয়নি।

- ব্যবহার করা হয়েছে—
- বিদ্যমান biometric devices,
- একটি simple dashboard,
- একটি one-page checklist,
- এবং সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণভাবে, leadership attention।

নতুন inspection এবং digital attendance requirements-এর আওতাভুক্ত অন্য facility-গুলোও নিজেদের বাস্তবতার সঙ্গে সামঞ্জস্য রেখে এই rapid-cycle approach গ্রহণ করতে পারে।

তবে মূল বিষয়টি technology নয়।

মূল বিষয় হলো জাতীয় directive-কে শুধু compliance requirement হিসেবে না দেখে local learning এবং improvement-এর trigger হিসেবে ব্যবহার করা।

Patient Experience Snapshot

“প্রথম PDSA cycle-এ কোনো structured patient feedback সংগ্রহ করা হয়নি। পরবর্তী cycle-এ একটি সংক্ষিপ্ত patient feedback mechanism যুক্ত করা হবে।”

এই একটি বাক্যই আমাদের মনে করিয়ে দেয়—সেবার মানোন্নয়নের চূড়ান্ত বিচারক হলো রোগীর অভিজ্ঞতা এবং সেবার ফলাফল।

QCN Reflection

এই learning story-টি ইচ্ছাকৃতভাবেই একটি ছোট ও বাস্তবসম্মত উদাহরণ হিসেবে উপস্থাপন করা হয়েছে।

এখানে কোনো dramatic clinical outcome দাবি করা হচ্ছে না। তিন সপ্তাহের attendance data বা কয়েকটি WASH সমস্যা সমাধানকে clinical quality-এর চূড়ান্ত সাফল্য হিসেবেও দেখা হচ্ছে না।

বরং গল্পটির গুরুত্ব অন্য জায়গায়।

একটি জাতীয় পর্যায়ের accountability policy যখন একটি স্থানীয় facility-র leadership-এর হাতে পৌঁছায়, তখন সেটি কীভাবে local improvement opportunity-তে রূপ নিতে পারে—এই গল্পটি তার একটি প্রাথমিক উদাহরণ।

August 2026 policy space তৈরি করেছে; এখন প্রকৃত quality work নির্ভর করবে কতগুলো facility সেই সুযোগকে disciplined, measured এবং sustained improvement-এ রূপ দিতে পারে তার ওপর।

একটি পরিদর্শন শেষ হয়ে যায়। একটি circular-এর মেয়াদও একসময় শেষ হয়। কিন্তু একটি facility যদি data দেখে শেখে, ছোট পরিবর্তন পরীক্ষা করে, patient feedback নেয় এবং PDSA cycle চালিয়ে যায়—তাহলে সেই পরিবর্তনই একটি Quality Culture-এর ভিত্তি তৈরি করতে পারে।

QCN তাই অন্যান্য হাসপাতাল ও স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানকে শুধু তাদের সাফল্যের গল্প নয়, তাদের ব্যর্থ PDSA cycle-গুলোর গল্পও শেয়ার করার আহ্বান জানায়।

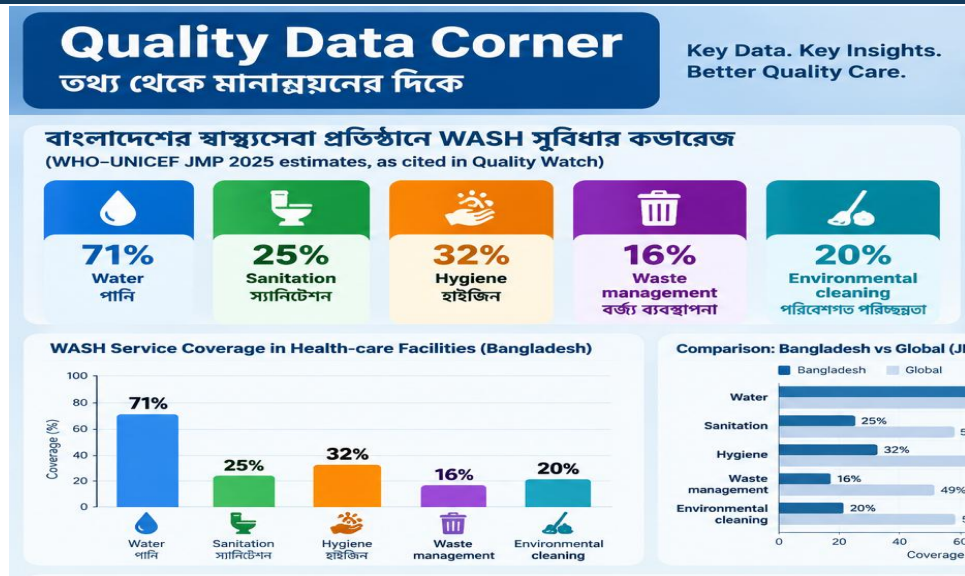
কারণ quality improvement-এর প্রকৃত শিক্ষা শুধু “কী কাজ করেছে” তা থেকে আসে না।

অনেক সময় আরও মূল্যবান শিক্ষা আসে—

কী কাজ করেনি, কেন করেনি, এবং পরেরবার আমরা কীভাবে ভিন্নভাবে চেষ্টা করব—সেখান থেকে।

QUALITY DATA CORNER

কোয়ালিটি ডেটা কর্নার (Quality Data Corner)



Quality Data Corner: Bangladesh health-care facility WASH indicators | Source: WHO–UNICEF JMP 2025 estimates as cited in Quality Watch

কোয়ালিটি ডেটা কর্নার (Quality Data Corner)

আগস্ট ২০২৬

মাত্র ২৫% স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানে মৌলিক স্যানিটেশন সুবিধা

Safe Care-এর জন্য এর অর্থ কী?

স্বাস্থ্যসেবার মান নিয়ে আলোচনা করতে গিয়ে আমরা প্রায়ই clinical service, equipment, medicines কিংবা skilled workforce-এর দিকে বেশি নজর দিই। কিন্তু নিরাপদ সেবা নিশ্চিত করার কিছু মৌলিক শর্ত রয়েছে, যেগুলো অনেক সময় চোখের আড়ালে থেকে যায়।

পানি, স্যানিটেশন, hygiene, waste management এবং environmental cleaning—এসবই রোগীর নিরাপত্তা এবং Quality of Care-এর মৌলিক ভিত্তি।

বাংলাদেশের স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানগুলো নিয়ে WHO–UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) 2025-এর estimates আমাদের সামনে সেই বাস্তবতাটিই তুলে ধরে।

ডেটা কী বলছে?

তবে drinking water coverage ৭১% হলেও পানির নিরাপত্তা সব ক্ষেত্রে নিশ্চিত নয়।

এই সংখ্যাগুলোর অর্থ কী?

এই সংখ্যাগুলো শুধু infrastructure gap-এর পরিমাপ নয়। এগুলো সরাসরি Patient Safety এবং Quality of Care-এর সঙ্গে সম্পর্কিত।

একটি হাসপাতালে যদি হাত ধোয়ার পর্যাপ্ত ও কার্যকর ব্যবস্থা না থাকে, waste সঠিকভাবে segregate না হয়, toilet কার্যকর না থাকে কিংবা environmental cleaning যথাযথ না হয়—তাহলে infection prevention and control দুর্বল হয়ে পড়ে।

ফলে healthcare-associated infection-এর ঝুঁকি বাড়তে পারে এবং রোগীর নিরাপত্তা বিঘ্নিত হতে পারে।

অর্থাৎ WASH-কে “facility management” বা “maintenance issue” হিসেবে আলাদা করে দেখার সুযোগ নেই।

WASH is a quality issue.

WASH is a patient safety issue.

QUALITY DATA CORNER

Data থেকে Action | Quality Data Corner

Quality-এর জন্য এখন কী করা দরকার?

নতুন hospital inspection system এবং quality improvement activities-এর সঙ্গে WASH indicators-কে আরও সুস্পষ্টভাবে যুক্ত করা প্রয়োজন।

প্রতিটি facility অন্তত কয়েকটি মৌলিক WASH indicator নিয়মিতভাবে পরিমাপ করতে পারে, যেমন—

কার্যকর hand-hygiene station-এর availability;

waste segregation-এর compliance;

functional toilet-এর availability;

environmental cleaning-এর compliance।

এর মাধ্যমে একটি গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তন আনা সম্ভব:

“আমাদের facility পরিষ্কার কি না?”—এই subjective প্রশ্নের পরিবর্তে,

“আমাদের WASH performance কী এবং গত মাসের তুলনায় তা কতটা উন্নত হয়েছে?”—এই measurable প্রশ্ন করা।

Data থেকে Action

Quality Data Corner-এর উদ্দেশ্য শুধু একটি সংখ্যা তুলে ধরা নয়। উদ্দেশ্য হলো সেই সংখ্যাকে local improvement question-এ রূপান্তর করা।

এই মাসের ২৫% sanitation coverage তাই আমাদের জন্য একটি গুরুত্বপূর্ণ reminder:

যে স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানে নিরাপদ পরিবেশ নিশ্চিত করার মৌলিক শর্তগুলোই দুর্বল, সেখানে আরও উন্নত clinical quality অর্জনের পথও কঠিন হয়ে যায়।

পরবর্তী ধাপে facility-level measurement, regular monitoring এবং PDSA-based improvement-এর মাধ্যমে WASH gap কমানোর দিকে নজর দেওয়া প্রয়োজন।

(Source & Context: WHO–UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) 2025 estimates for water, sanitation, hygiene, environmental cleaning and waste management in health facilities in Bangladesh, covering public and private facilities and considering rural–urban differences.)

QCN QUALITY AGENDA

QCN কোয়ালিটি এজেন্ডা (QCN Quality Agenda)

QCN কোয়ালিটি এজেন্ডা (QCN Quality Agenda)

সেপ্টেম্বর ২০২৬-এর দিকে তাকিয়ে

আগস্ট ২০২৬ স্বাস্থ্যসেবার মানোন্নয়নের ক্ষেত্রে **accountability, inspection, digital monitoring, WASH, IPC, laboratory quality** এবং **patient safety**—এই বিষয়গুলোকে নতুন করে সামনে নিয়ে এসেছে।

কিন্তু **policy** এবং **evidence** থেকে বাস্তব **improvement**-এ পৌঁছাতে হলে সেপ্টেম্বর মাসে আমাদের **focus** আরও স্পষ্ট করতে হবে।

আগামী মাসে বাংলাদেশের **quality community**-এর জন্য পাঁচটি অগ্রাধিকার বিশেষভাবে গুরুত্বপূর্ণ।

১. নতুন **inspection** ও **digital attendance system**-কে শুধু **compliance** নয়, **improvement**-এর হাতিয়ারে পরিণত করা

আগস্টের নতুন নির্দেশনাগুলো স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানে **accountability** নিশ্চিত করার একটি শক্তিশালী **mechanism** তৈরি করেছে।

কিন্তু প্রকৃত সাফল্য নির্ভর করবে **inspection** কতবার হয়েছে তার ওপর নয়; বরং **inspection** থেকে পাওয়া **data** কীভাবে **care process** শক্তিশালী করতে এবং স্থানীয় সমস্যা সমাধানে ব্যবহার করা হচ্ছে তার ওপর।

পরিদর্শন যেন শুধু একটি **bureaucratic exercise** না হয়ে **learning, feedback** এবং **Quality Improvement**-এর একটি কার্যকর **cycle** তৈরি করে—এটাই হওয়া উচিত পরবর্তী পদক্ষেপ।

২. স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানের মৌলিক **WASH** ঘাটতি কমানো

জাতীয় পর্যায়ে মাত্র ২৫% স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানে **basic sanitation** এবং মাত্র ১৬%-এ **basic waste management** রয়েছে।

এই পরিস্থিতিতে **infection prevention** এবং **patient safety** নিশ্চিত করা কঠিন।

তাই **WASH gap**-গুলোকে শুধু **report** বা **inspection finding** হিসেবে রেখে না দিয়ে প্রতিটি **facility**-র **specific action plan**-এর অংশ করা প্রয়োজন।

পরবর্তী ধাপে **facility-level team**-কে নির্দিষ্ট **WASH indicator** নির্বাচন করে নিয়মিত **measurement, corrective action** এবং পুনর্মূল্যায়নের দিকে যেতে হবে।

৩. **Infection Prevention and Control (IPC)** কাঠামোকে কার্যকর করা

আগস্টে **IPC committee** গঠনের ওপর যে গুরুত্ব দেওয়া হয়েছে, তা **antimicrobial resistance**-এর ক্রমবর্ধমান চ্যালেঞ্জের প্রেক্ষাপটে বিশেষভাবে গুরুত্বপূর্ণ।

তবে একটি **committee** গঠন করাই যথেষ্ট নয়।

- সেপ্টেম্বরে আমাদের দেখতে হবে—
- **IPC committee** কার্যকরভাবে কাজ করছে কি না;
- নিয়মিত **meeting** ও **monitoring** হচ্ছে কি না;
- **facility-level infection data** ব্যবহার করা হচ্ছে কি না;
- এবং স্থানীয় **antibiogram** ও অন্যান্য **evidence**-এর ভিত্তিতে **intervention** নেওয়া হচ্ছে কি না।

অর্থাৎ **IPC structure** থেকে **IPC action**-এর দিকে অগ্রসর হওয়া প্রয়োজন।

৪. Laboratory accreditation এবং diagnostic reliability সম্প্রসারণ

নিরাপদ ও কার্যকর চিকিৎসার শুরুই হলো সঠিক diagnosis।

তাই laboratory accreditation নিয়ে নতুন করে জাতীয় পর্যায়ে যে গুরুত্ব তৈরি হয়েছে, সেটিকে শুধু seminar বা accreditation process-এর মধ্যে সীমাবদ্ধ না রেখে diagnostic reliability-এর বাস্তব উন্নতিতে রূপ দিতে হবে।

Pre-analytical, analytical এবং post-analytical—প্রতিটি পর্যায়ে quality নিশ্চিত করার মাধ্যমে রোগ নির্ণয়ের নির্ভুলতা ও clinical decision-making আরও শক্তিশালী করা প্রয়োজন।

৫. Patient harm এবং safety culture পরিমাপের ভিত্তি তৈরি করা

বাংলাদেশে patient harm-এর বিষয়ে নিয়মিত জাতীয় পর্যায়ের data এখনো নেই।

কিন্তু যা পরিমাপ করা হয় না, তা নিয়মিতভাবে উন্নত করাও কঠিন।

তাই patient safety-এর পরবর্তী ধাপে incident reporting, patient harm measurement এবং safety culture assessment-এর ভিত্তি তৈরি করা প্রয়োজন।

সম্প্রতি আলোচিত Bengali HSOPSC 2.0-এর মতো tool-গুলোকে নির্বাচিত facility-তে ব্যবহার করে safety culture সম্পর্কে প্রাথমিক understanding তৈরি করা যেতে পারে। তবে measurement-এর উদ্দেশ্য যেন শুধু score তৈরি করা না হয়; বরং সেই data থেকে বাস্তব improvement action তৈরি হওয়াই হওয়া উচিত।

QCN QUALITY AGENDA

What Should We Measure Next?

What Should We Measure Next?

এখন আমাদের কী পরিমাপ করা উচিত?

Quality improvement-এর যাত্রায় সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তনটি হতে পারে activity থেকে outcome-এর দিকে নজর সরানো।

- আমরা ইতিমধ্যে জানতে শুরু করেছি—
- কতগুলো inspection হয়েছে;
- কতজন staff উপস্থিত ছিলেন;
- কতটি facility-তে biometric system চালু হয়েছে;
- কতটি WASH gap পাওয়া গেছে;
- কতটি IPC committee গঠন করা হয়েছে।

কিন্তু এর পরের প্রশ্নগুলো আরও গুরুত্বপূর্ণ:

Are patients safer?

রোগীরা কি এখন আরও নিরাপদ?

Are patients experiencing better care?

রোগীরা কি আরও ভালো সেবা-অভিজ্ঞতা পাচ্ছেন?

Are health outcomes improving?

স্বাস্থ্যগত ফলাফল কি উন্নত হচ্ছে?

এই প্রশ্নগুলোই আগামী দিনের Quality Agenda-এর কেন্দ্রবিন্দু হওয়া উচিত।

কারণ শেষ পর্যন্ত Quality of Care-এর সাফল্য শুধু আমরা কী করেছি তার ওপর নির্ভর করে না; বরং রোগীর জন্য কী পরিবর্তন তৈরি হয়েছে, তার ওপর নির্ভর করে।

QCN QUALITY AGENDA

QCN-এর আহ্বান

QCN-এর আহ্বান

আগামী মাসে আমাদের প্রত্যেকটি initiative-এর সঙ্গে অন্তত একটি সহজ প্রশ্ন যুক্ত করা যাক:

“এই উদ্যোগের ফলে রোগীর জন্য কী পরিবর্তন হলো—এবং আমরা তা কীভাবে পরিমাপ করব?”

এই প্রশ্ন থেকেই accountability → improvement → patient safety → better outcomes-এর যাত্রা আরও শক্তিশালী হতে পারে।