

# ម៉ាណីស៊ីតា ប្រតិបត្តិការកម្ពុជា ជាមួយស្ថាប័ន: កម្មវិធីការប្រឌុះអន្តរជាតិ (JCI)

Manila Prak, BSN, MSN

JCI Presidential Fellow, Cambodia

# ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ ឈាន វ៉ាន់ ឆ្លើយស្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល៖

«គ្មានគុណភាពណាដែលបានមកពីសេវាដែល  
គ្មានសុវត្ថិភាពនោះទេ អ្នកមិនអាចសម្រេចបាននូវ  
គុណភាព ដោយគ្មានសុវត្ថិភាពនោះទេ»

«សុវត្ថិភាពអ្នកជំងឺគឺជាអាទិភាពសម្រាប់ក្រសួង  
សុខាភិបាល ហើយត្រូវតែជាអាទិភាពសម្រាប់អ្នក  
ពាក់ព័ន្ធទាំងអស់នៅទូទាំងប្រទេសកម្ពុជា»។



នៅប្រទេសកម្ពុជា **ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ រដ្ឋមន្ត្រី ក្រសួង**  
សុខាភិបាលបានចេញលិខិតបង្គាប់ការឲ្យមន្ទីរពេទ្យចំនួន៣ ដើម្បីអនុវត្ត  
“ការផ្តួចផ្តើមមាតិកាសុវត្ថិភាពអ្នកជំងឺនៃគណៈកម្មាធិការចម្រុះអន្តរជាតិ”  
( JCI Patient Safety Pathways Initiative ) ក្រោមអនុស្សរណៈ  
យោគយល់រវាង ក្រសួងសុខាភិបាល និង JCI:

- ១. មន្ទីរពេទ្យ មិត្តភាព ខ្មែរ សូរៀត មន្ទីរពេទ្យជាតិ
- ២. មន្ទីរពេទ្យខេត្តសៀមរាប
- ៣. មន្ទីរពេទ្យខេត្តកំពង់ចាម



# គណៈកម្មាធិការចម្រុះអន្តរជាតិ (Joint Commission International/JCI)

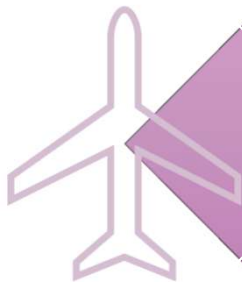
- អង្គការអន្តរជាតិ មិនរកប្រាក់ចំណេញ សម្រាប់ការកែលម្អគុណភាព
- បង្កើតឡើងក្នុងឆ្នាំ 1951 ផ្តល់សេវាទទួលស្គាល់ និងកែលម្អគុណភាពភាពឈានមុខគេ លើពិភពលោកបម្រើអង្គការសុខាភិបាលជាង 24,000 នៅក្នុងប្រទេសជាង៧០



# គណៈកម្មាធិការចម្រុះអន្តរជាតិ Joint Commission International (JCI)



ទស្សនៈវិស័យ៖ ទាំងអស់គ្នាទទួលបានសុវត្ថិភាព និង គុណភាពខ្ពស់បំផុត និងការថែទាំសុខភាពដែលប្រកបដោយគុណតម្លៃ នៅគ្រប់គ្រឹះស្ថានថែទាំសុខភាពទាំងអស់។



បេសកកម្ម៖ បង្កលទ្ធភាពដែលបញ្ជាក់ពីស្តង់ដារគុណភាព និងសុវត្ថិភាពខ្ពស់បំផុត សម្រាប់ទាំងអស់គ្នា។

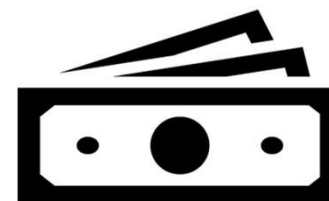
# អ្វីទៅជាសុខភាពអ្នកជំងឺ ?

- គឺជាអវត្តមាននៃគ្រោះថ្នាក់ដែលអាចការពារបាន និងការកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃគ្រោះថ្នាក់ដែលមិនសមនឹងកើតឡើងចំពោះអ្នកជំងឺ នៅពេលទទួលការថែទាំ និងព្យាបាល។
- ក្របខ័ណ្ឌនៃសកម្មភាពដែលរៀបចំឡើងដើម្បីបង្កើត វប្បធម៌ ដំណើរការ នីតិវិធី ឥរិយាបថ បច្ចេកវិទ្យា និងបរិស្ថានក្នុងការថែទាំសុខភាពដែលបន្ថយហានិភ័យជាប់លាប់ និងប្រកបដោយចីរភាព កាត់បន្ថយការកើតឡើងនៃគ្រោះថ្នាក់ឱ្យដល់កម្រិតអប្បបរមាដែលអាចទទួលយកបាន និងកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់នៃគ្រោះថ្នាក់នៅពេលដែលវាកើតឡើង។
- គិលានុបដ្ឋាក/ឆ្មប មានជំហរពិសេសនៅជួរមុខនៃការថែទាំ ដោយចំណាយពេលច្រើនជាមួយអ្នកជំងឺជាងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពទៀតទៀត។ នេះផ្តល់ឱ្យយើងទាំងការទទួលខុសត្រូវដ៏ធំសម្បើម និងឱកាសដែលមិនអាចប្រៀបធៀបបានក្នុងការគាំទ្រសុវត្ថិភាពអ្នកជំងឺ។

# ហេតុអ្វីបានជាសុវត្ថិភាពអ្នកជំងឺសំខាន់ ?

## Why Patient Safety Matters?

### Health and Economic Burden of Unsafe Care



#### Patient Harm in Hospitals

1 in 10 patients is harmed while receiving health care in HICs

#### Adverse Events in LMICs

134 million adverse events in LMICs in hospitals due to unsafe care every year  
2.6 million deaths

#### Harm in Primary Care

50% patient harm burden originates in primary/ambulatory care  
Safety lapses in primary lead to >7 million hospital admissions/yr

#### Cost of Patient Harm

15% total hospital expenditure direct result of safety failures  
>1 trillion USD cost of unsafe care



**១ក្នុង១លាន** ករណី មានហានិភ័យ គ្រោះថ្នាក់/  
ស្លាប់នៅក្នុងការធ្លាក់យន្តហោះ

**១ក្នុង៣០០** ករណីមានហានិភ័យ គ្រោះថ្នាក់ ស្លាប់  
ក្នុងកំឡុងពេលទទួលការថែទាំ និងព្យាបាល

# Building a Non-Punitive, Blame-Free Culture

---

## Empowering Midwives to Speak Up for Patient Safety

Manila Prak, BSN, MSN

JCI Presidential Fellow, Cambodia

# ទិដ្ឋភាពទូទៅនៃបទបង្ហាញ

Why This Matters

The Problem – Blame Culture

The Solution – Blame-Free & Just Culture

Console, Coach, Discipline

Speaking Up – Your Role

Call to Action

# ហេតុអ្វីនេះជាបញ្ហា ?

## សេណារីយ៉ូទី១: អ្នកគ្រូពេទ្យឆ្លងស្បៀមស្ទាត់

- ឆ្លងម្នាក់សង្កេតឃើញថា កម្រិតថ្នាំដែលសរសេរនៅលើវេជ្ជបញ្ជាមើលទៅមិនត្រឹមត្រូវ។ គាត់ស្ទាក់ស្ទើរ។ គាត់គិតចង់និយាយអ្វីមួយ ប៉ុន្តែព្រួយបារម្ភថា៖ ចុះបើគ្រូពេទ្យខឹង ? ចុះបើអ្នកគ្រប់គ្រងរបស់គាត់គិតថាគាត់ជាមនុស្សពិបាក ? ចុះបើគាត់ខុស ហើយបុគ្គលិកផ្សេងទៀតសើចំអក ? ដូច្នោះគាត់សម្រេចចិត្តនៅស្ងៀម។

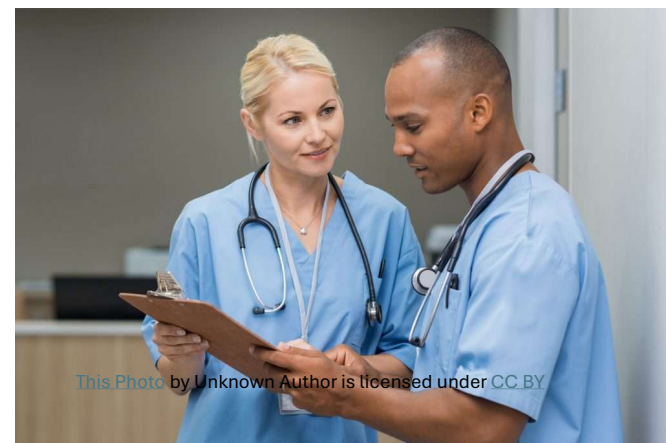


This Photo by [Shutterstock](#) Author is licensed under [CC BY-ND](#)

# ហេតុអ្វីនេះជាបញ្ហា ?

## សេណារីយ៉ូទី២: អ្នកគ្រូពេទ្យឆ្លងបំណែងទទួលបានការគាំទ្រ (The Empowered Midwife)

- ឆ្លងបំណែងទទួលបានការគាំទ្រឃើញកម្រិតថ្នាំដែលសរសេរនៅលើវេជ្ជបញ្ជាមិនត្រឹមត្រូវ។ គាត់និយាយឡើងភ្លាមៗព្រោះគាត់ដឹងថាមន្ទីរពេទ្យមានគោលនយោបាយ ឬនីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារដែលការពារគាត់។ គាត់ដឹងថាការរាយការណ៍ពីការព្រួយបារម្ភត្រូវបានគេឱ្យតម្លៃ និងមិនត្រូវបានទទួលទោសទេ។ គ្រូពេទ្យបានអរគុណគាត់។ កំហុសត្រូវបានកែតម្រូវ។ ម្តាយ និងទារកមានសុវត្ថិភាព។



This Photo by Unknown Author is licensed under CC BY

# ហេតុអ្វីនេះជាបញ្ហា ?

- ភាពខុសគ្នារវាងសេណារីយ៉ូទាំងពីរនេះមិនមែនដោយសារឆ្មបទេ។ តែគឺជាវប្បធម៌នៃកន្លែងធ្វើការ។ យើងអាចកសាងកន្លែងធ្វើការប្រភេទទីពីរ - វប្បធម៌មិនដាក់ពិន័យ និងមិនបន្ទោស - និងមូលហេតុដែលមតិ ឬការនិយាយ លើកឡើងរបស់អ្នកក្នុងនាមជាឆ្មបមានសារៈសំខាន់ក្នុងការរក្សាសុវត្ថិភាពអ្នកជំងឺ។
- សុវត្ថិភាពអ្នកជំងឺអាស្រ័យលើការបញ្ចេញមតិ ឬការនិយាយ លើកឡើងរបស់បុគ្គលិក។ ឧប្បត្តិហេតុភាគច្រើនបណ្តាលមកពីការបរាជ័យនៃប្រព័ន្ធ មិនមែនកំហុសរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗទេ - ប៉ុន្តែយើងអាចកែតម្រូវប្រព័ន្ធបានលុះត្រាតែបុគ្គលិករាយការណ៍។
- ការភ័យខ្លាចនៃការដាក់ពិន័យ ឬបន្ទោស គឺជាឧបសគ្គលេខមួយចំពោះការរាយការណ៍។ នៅពេលដែលបុគ្គលិកខ្លាចការស្តីបន្ទោស ពួកគេនៅស្ងៀម។ ភាពស្ងៀមស្ងាត់គឺអាចមានគ្រោះថ្នាក់។
- ប្រទេសកម្ពុជាកំពុងមានវឌ្ឍនភាព។ ស្តង់ដារ CHAS LM.4 តម្រូវឱ្យមន្ទីរពេទ្យបង្កើតវប្បធម៌មិនបន្ទោស វប្បធម៌យុត្តិធម៌ និងវប្បធម៌សុវត្ថិភាព។ នេះគឺជាស្តង់ដារជាតិ។

# What a Blame Culture Looks Like?

## **Staff fear reporting errors**

Mistakes stay hidden and repeat

## **Reporters labeled 'troublemakers.'**

Silence becomes self-protection

## **Workarounds normalize risk**

Short-cuts become routine, hazards ignored

## **Focus on WHO not WHY**

Individual blame replaces system analysis

## **Anger, shame, discipline**

Disproportionate responses to honest errors

## **Gossip and isolation**

Staff distance from those involved in errors

# When Midwives Cannot Speak Up...

1

## **Errors Repeat**

Unreported mistakes occur again across patients

2

## **Near-Misses Lost**

Opportunities to prevent real harm disappear

3

## **Staff Suffer in Silence**

Midwives become “second victims” — guilt, shame, anxiety

4

## **Systems Never Improve**

Root causes stay hidden without incident reports

5

## **Mothers & Babies Harmed**

Preventable complications and deaths continue

# The Solution: Non-Punitive, Blame-Free Culture

Aligned with CHAS Standard LM.4

A workplace where staff reports errors & safety concerns freely, without fear of punishment for honest mistakes.

**1**

## Visible Leadership

Leaders at every level actively demonstrate that reporting is valued and protected.

**2**

## Protection from Retaliation

Staff reporting in good faith are shielded from punishment, isolation, or unfair treatment.

**3**

## Consistent Fair Treatment

Everyone is treated equally, regardless of role or the event's outcome.

# What Is a Just Culture?

A just culture is built on trust, learning, and accountability.

## **The hospital designs safe systems.**

Good staffing, working equipment, clear procedures, proper training.

## **You make responsible choices.**

Within those systems, each person is accountable for their behavioral decisions.

**Organizations are  
accountable for the systems  
they design.**

**Individuals are accountable  
for the behavioral choices  
they make.**

— *The Heart of Just Culture*

# Blame-Free ≠ Accountability-Free

## ✓ WE DO PROTECT

Staff who make honest mistakes  
Staff affected by system-related failures  
Those who report in good faith

≠

## ✗ WE DO NOT PROTECT

Those who deliberately cause harm  
Reckless disregard of known safety rules  
Deliberate cover-ups or falsification

This distinction is what makes just culture fair and sustainable — without it, staff lose trust in the system.

# Three Pillars of a Safety Culture

1

## REPORTING

Staff feel safe to report incidents, near-misses, and hazards without fear.

2

## JUST

Incidents handled fairly, with appropriate action based on behavior type.

3

## LEARNING

The organization learns from every event and drives system improvements.

*All three pillars must work together — without reporting, there is no learning; without learning, patients continue to be harmed.*

# The Three Behaviors: Console, Coach, Discipline

## HUMAN ERROR

Unintentional slip or lapse by a competent person trying to do right.

### Example:

Midwife picks wrong syringe, two look-alike medications.

### Response: CONSOLE

Support the person. Fix the system.

## AT-RISK BEHAVIOR

Shortcut taken without fully recognizing the risk — often system-driven.

### Example:

Midwife skips hand hygiene due to severe understaffing.

### Response: COACH

Help them see the risk. Fix system incentives.

## RECKLESS CONDUCT

Deliberate disregard of a known safety rule.

### Example:

Midwife falsifies a patient record to hide a mistake.

### Response: DISCIPLINE

Hold the person formally accountable.

# Speaking Up – Your Role in Patient Safety

## What does speaking up look like?

- Reporting a medication error or near-miss – even if you made the mistake.
- Telling a supervisor when equipment is not working properly.
- Raising a concern when a colleague's shortcut puts a patient at risk.
- Questioning a prescription or order that seems incorrect – respectfully.
- Sharing an idea to improve an error-prone process.
- Asking for help when overwhelmed, fatigued, or uncertain.

# What Should Happen When You Speak Up

In a blame-free culture, when you report an incident:

- **You should be thanked**, not punished. Reporting takes courage and saves lives.
- **You should be protected** from retaliation, harassment, or unfair evaluations.
- **The focus should be on systems**, not on blaming you. “What in the system allowed this?”
- **You should receive support**. Adverse events are traumatic. You deserve care and compassion.

# Your Responsibilities as Midwives in a Just Culture

- Report all incidents, near-misses, and safety concerns – no matter how small.
- Do not blame, shame, or judge colleagues for honest errors. Support them.
- Follow established safety procedures and protocols in your daily work.
- Speak up when you see unsafe conditions or at-risk behaviors.
- If a colleague is retaliated against for reporting, report it. Protect each other.

# The Second Victim: Supporting Each Other

A second victim is a healthcare provider traumatized by involvement in an adverse event — experiencing guilt, shame, anxiety, depression, or loss of confidence.

## In a Blame Culture

- Suffer alone in silence
- Blamed for human error
- Often leave the profession
- No support offered

**VS**

## In a Just Culture

- Peer support & counseling
- Time and space to recover
- Regular check-ins from supervisors
- Treated with compassion, not blame

# YOUR FIVE COMMITMENTS

1

## **Speak Up**

When you see something unsafe, say something. Your observation could save a life.

2

## **Report Without Fear**

Use your hospital's incident reporting system. If none exists, advocate for one.

3

## **Support, Don't Blame**

When a colleague errs, offer compassion first. Ask what happened, not who did it.

4

## **Champion Just Culture**

Talk to supervisors and leaders. Share what you learned today.

5

## **Take Care of Each Other**

Look out for colleagues struggling after difficult events. Be their peer support.

“

*Patient safety is not about perfect people  
working in a perfect system.*

*It is about good people feeling safe enough to speak up  
when things go wrong in an imperfect system.*

---

**You are those good people.**

**Cambodia's mothers and babies are counting on your voice.**

**Thank you for your attention!**