

TRACK	2
เรื่อง / Session	B1-201 ทำ Risk ให้ครบรส
วิทยากร	ศ.พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิ์กร (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชฯ) น.อ.หญิงภัคกร โลจนวงศกร (โรงพยาบาลภูมิพล) รศ.พญ.ยุวเรศมศรี สิริชานัญญา (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี) นพ.สุรพร ก้อนทอง โรงพยาบาลระยอง
ชื่อผู้ถอดบทเรียน / ตำแหน่ง / สังกัด	นายสุทธิพงษ์ คงชุม นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
ข้อความโดนใจ	"...อยากเชิญชวนให้ทุกโรงพยาบาล Scaling up ด้วยการมองความเสี่ยงโดยรวม (Enterprise Risk) ทั้ง Operational Risk, Strategic Risk, Financial Risk, Compliance Risk แบบเชิงรุก (Proactive) โดยใช้หลักการ Safety Design ที่ครอบคลุมทั้งความเสี่ยงที่มีความรุนแรงหรือเหตุการณ์เกือบพลาดที่สำคัญ (Potential Harm), Never Event, Harm Free Care เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลในวันนี้ดีกว่าเมื่อวาน..."

คำว่า "คุณภาพ (Quality)" ตามความหมายของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) หมายถึง การไม่มีปัญหา (ความผิดพลาด/ของเสีย/ความไม่ปลอดภัย) เกิดกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และสังคม การสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการ (ตอบสนองความต้องการ แก้ไขปัญหาของผู้รับบริการที่เทียบเท่าหรือเกินกว่าความคาดหวัง) ซึ่งเป็นการบ่งบอกความสำเร็จของพันธกิจ/องค์กร รวมถึงการทำงานได้มาตรฐาน สอดคล้องกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการทำงานถูกต้อง โปร่งใส ตรวจสอบได้

จะเห็นได้ว่ามุมมองด้านคุณภาพนั้นจะต้องมีพื้นฐานมาจากการมีความปลอดภัยซึ่งมีความหมายตรงข้ามกับ "ความเสี่ยง (Risk)" ซึ่งหมายถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการทำงาน การให้บริการ การดูแลรักษาพยาบาลของทุกส่วนในองค์กรที่ทำให้เกิดความเสียหาย/ไม่บรรลุเป้าหมายขององค์กร และความเสี่ยงสามารถเกิดเป็น "อุบัติการณ์ (Incident)" ที่หมายถึงความผิดพลาด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภาวะแทรกซ้อน หรืออันตรายต่อผู้ป่วยได้ ซึ่งความเสี่ยงเป็นประเด็นคุณภาพเป็นพื้นฐานที่สำคัญและมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามความซับซ้อนของระบบ เทคโนโลยี บุคลากรจึงควรมีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์/ความเสียหายที่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงและความยั่งยืนขององค์กร รวมถึงการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมคุณภาพ และวัฒนธรรมการเรียนรู้ สู่การเป็นองค์กรที่น่าไว้วางใจ (High Reliability Organization: HRO)

การจะเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยได้นั้น ทุกส่วนขององค์กรจะต้องใช้ Risk-based Thinking ในการร่วมกันมองหาความเสี่ยงให้ชัดเจนขึ้น ที่ไม่ใช่แค่การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น แต่หมายรวมถึงการคาดการณ์โอกาส/ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นด้วย นำสู่การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องตั้งแต่

การกำหนดนโยบายในระดับองค์กร การสนับสนุน สร้างความตระหนัก เกิดมาตรการป้องกัน ทั้งในงานประจำ และการวางแผนกลยุทธ์ ถือเป็น การสร้างภูมิคุ้มกันในการตรวจจับ ป้องกัน และแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

Enterprise Risk Management (ERM)

การบริหารความเสี่ยงโดยองค์กรรวม (Enterprise Risk Management: ERM) เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมภายใน (Internal Control) ซึ่งหมายถึงการบริหารปัจจัยและควบคุมกิจกรรม/กระบวนการปฏิบัติงานภายในในองค์กรอย่างมีระบบเพื่อลดโอกาส/ความเสี่ยง/ระดับความเสียหายให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้โดยคำนึงถึงการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรเป็นสำคัญ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) 2) ความเสี่ยงเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงาน (Operational Risk) 3) ความเสี่ยงเกี่ยวกับการรายงาน/การเงิน (Financial Risk) 4) ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย/กฎระเบียบ/คำสั่งต่างๆ (Compliance Risk)

จากข้อมูล COSO ERM 2017 ได้แบ่งการบริหารความเสี่ยงโดยองค์กรรวม (ERM) เป็น 5 องค์ประกอบมุ่งเน้นการพัฒนาเพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการทำงานต่างๆ ทั้งองค์กรได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากการบริหารความเสี่ยงทั้งกลยุทธ์ ประสิทธิภาพ และการวัดผล การสร้างวัฒนธรรมความเสี่ยงและความปลอดภัย การกำหนดความเสี่ยงที่ยอมรับได้ (Risk Appetite) การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) โดยใช้ Risk Matrix และกลยุทธ์ที่ทำให้ประสบความสำเร็จ การประเมินความเพียงพอของการควบคุมภายใน การติดตาม/ทบทวนผลลัพธ์ด้านต่างๆ และการใช้ข้อมูลเพื่อสื่อสารและรายงานที่แสดงผลของวัฒนธรรมความเสี่ยงและประสิทธิภาพของระบบ และจากบริหารจัดการความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพมีประสิทธิภาพ จะต้องได้รับความร่วมมือจากทุกส่วนขององค์กร โดยมีทีมนำกำกับติดตามภาพรวมการบริหารความเสี่ยง มีทีมนำที่ออกแบบระบบ/กระบวนการ/ระเบียบต่างๆ เพื่อให้ลดโอกาสผิดพลาดจากการทำงานและตรวจสอบการปฏิบัติตาม มีทีมตรวจสอบภายใน (Internal Audit) ที่ตรวจสอบการดำเนินงานเพื่อให้มั่นใจว่ามีระบบป้องกันและจัดการความเสี่ยงทั้ง 4 ด้าน (กลยุทธ์ ประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล การรายงาน/การเงิน และการปฏิบัติตามกฎหมาย/ระเบียบ) ที่ดี

เมื่อเทียบเคียงการบริหารความเสี่ยงโดยองค์กรรวม (ERM) กับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ฉบับที่ 4 และฉบับที่ 5 ได้กล่าวถึงประเด็น ERM อยู่ในมาตรฐานตอนที่ I-1 (การนำ) และตอนที่ I-2 (กลยุทธ์) รวมถึงตอนที่ II-1.2 (ระบบบริหารความเสี่ยง) เพื่อให้ครอบคลุมการบริหารจัดการตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติการครอบคลุม ERM ทั้ง 4 ด้าน

มีคำศัพท์หนึ่งที่ถูกพูดถึงอย่างมากในปัจจุบันนี้คือ "VUCA World" ซึ่งเป็นคำเรียกโลกในยุคปัจจุบันที่มีความผันผวน (Volatility) ความไม่แน่นอน (Uncertainty) ความสลับซับซ้อน (Complexity) และความคลุมเครือ (Ambiguity) ซึ่งตัวอย่างที่ชัดเจนที่สุดคือ สถานการณ์โรคระบาดโควิด 19 ที่ส่งผลกระทบอย่างมาก ปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ทำให้การรับมือกับ VUCA World อย่างมีประสิทธิภาพคือ "Agile (ความคล่องตัว เท่าทัน)" โดยการบริหารความเสี่ยงและการจัดทำแผนบริหารความต่อเนื่องในการดำเนินกิจการขององค์กร (Business

Continuity Management: BCM) เป็นเครื่องมือที่เข้ามาช่วยการดำเนินงานขององค์กรเป็นไปอย่างราบรื่น และสามารถฟื้นฟูได้อย่างรวดเร็วเมื่อเกิดภาวะวิกฤต

Resilience & Scaling up Risk Management

ในยุคปัจจุบันที่มีโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและไม่แน่นอน องค์กรจะสามารถอยู่รอดได้ต้องมี ความยืดหยุ่น/ปรับตัวได้เร็ว (Resilience) รวมถึงสามารถฟื้นฟูได้ไวเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤต โดยสิ่งที่ สนับสนุนคือ "การยอมรับความจริง" "กล้าทบทวนตัวเอง" และ "ใช้ประโยชน์จากสิ่งที่ยังคงมี"

"Scaling up" ตามความหมายในวงการสาธารณสุขคือ การทำสิ่งใหญ่ๆ เพื่อพัฒนาสุขภาพของ ประชาชนในแง่มุมใดมุมหนึ่ง ซึ่งจะต้องเริ่มจากการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ปรับปรุงระบบงาน เพื่อให้มี ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ส่งผลต่อปลอดภัยและคุณภาพในการดูแลรักษาพยาบาล จนไปสู่ความเป้าหมายหลักคือ ประชาชนมีสุขภาพที่ดี โดยในการ Scaling up จะต้องคำนึงถึง ความเท่าเทียม (Equity) ผลกระทบที่อาจ เกิดขึ้น (Effect) ทั้งในด้านที่ดีและไม่ดี และความยั่งยืน (Sustainability) ซึ่งจะต้องอาศัยเครื่องมือคุณภาพ หลายเครื่องมือในการพัฒนา/การบริหารจัดการความเสี่ยง รวมถึงการได้รับร่วมมือและการกำกับติดตามอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิด Value-based Healthcare คือ "ดูคน" (ใช้หลัก ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่สามารถเข้าถึง ได้รับการยอมรับ บริการอย่างเท่าเทียม และรับผิดชอบ) "ดูไข้" (ทำให้ เกิดผลลัพธ์การดูแลรักษาที่เหมาะสม ต่อเนื่อง ปลอดภัย และทันเวลา) "ดูคุ้ม" (การบริหารจัดการต้นทุน/ ทรัพยากรต่างๆ ที่เหมาะสม)

การเปลี่ยนแปลงในมาตรฐาน HA ฉบับที่ 5 ตอนที่ II-1 (การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความ ปลอดภัย)

มีประเด็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญจากมาตรฐาน HA ฉบับที่ 4 สู่ฉบับที่ 5 ดังนี้

- การสนับสนุนจากผู้นำย้ายไปอยู่ใน I-1.1ค(3) ผู้นำระดับสูงสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความ ปลอดภัย เพื่อเน้นย้ำให้เห็นว่าผู้นำต้องให้ความสำคัญกับการบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยงและความ ปลอดภัยของโรงพยาบาล
- II-1.2 (ระบบบริหารความเสี่ยง) เปลี่ยนแปลง Overall Requirement จาก "เจ้าหน้าที่" เปลี่ยนเป็น "บุคลากร" และเพิ่ม "ผู้รับผลงาน" หมายถึงบุคคลอื่นที่ปฏิสัมพันธ์กับโรงพยาบาลโดยที่อาจไม่ใช่ ผู้รับบริการโดยตรง
- การประเมินความเสี่ยงย้ายไปยังมาตรฐานตอนที่ III-2 (การประเมินผู้ป่วย) เพื่อเน้นย้ำและเชื่อมโยง การประเมิน/คาดการณ์ความเสี่ยงหรือโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่ง เป็นลักษณะของ Proactive Risk โดยไม่ใช่แค่การทบทวนอุบัติการณ์เท่านั้น ซึ่งนำไปสู่การวางแผน (III- 3) และการดูแลผู้ป่วย (III-4) เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event)
- III-4.2 (การดูแลผู้ป่วยและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง) ได้เพิ่มคำอธิบายของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง สูง ซึ่งหากโรงพยาบาลมีกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงนอกเหนือจากมาตรฐาน สามารถกำหนดเพิ่มเติมได้

- เปลี่ยนจาก "การรายงานอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เหตุเกือบพลาด" เป็นตอนที่ II-1.2ก(4) "การจัดการอุบัติการณ์ที่ได้ผล (Incident Management)"

อย่าหยุดยั้งแค่ผ่านเกณฑ์...

เมื่อพิจารณาแนวทางกำหนดระดับคะแนนตามมาตรฐาน HA หากต้องการผ่านเกณฑ์ 3 คะแนน โรงพยาบาลจะต้องมีการดำเนินงานตามหลัก 3C-DALI โดยมีการทบทวนทั้งหลักการบริหารความเสี่ยง (Concept) บริบทของตนเองว่ามีความเสี่ยงสำคัญใดบ้าง (Context) รู้เกณฑ์/มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง (Criteria) นำสู่การวางแผน (Design) ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ (Action) เรียนรู้ (Learning) และปรับปรุงการดำเนินงาน (Improvement) จนสามารถบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ หากต้องการ 4 คะแนนจะต้องมีการทบทวน/เรียนรู้อย่างเป็นระบบ มีการทำอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้บรรลุและมีผลลัพธ์ดีกว่าค่าเฉลี่ย และไปสู่ระดับคะแนน 5 เมื่อมีการทบทวนอย่างต่อเนื่องและขับเคลื่อนการบริหารที่ทำให้มีผลลัพธ์ดีกว่าคู่แข่งและมีผลลัพธ์ที่เป็นเลิศ

การบริหารความเสี่ยงเพื่อสร้างคุณค่า

การบริหารความเสี่ยงในระบบงาน/ระดับหน่วยงาน หน่วยงานจะต้องทราบว่าความเสี่ยงสำคัญของหน่วยงานมีอะไรบ้าง จากนั้นกำหนดเป้าหมาย ออกแบบกระบวนการทำงาน ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ กำกับ ติดตาม และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ในการบริหารความเสี่ยงของกลุ่ม CLT/PCT สามารถใช้แบบประเมินตนเองของทีมนำทางคลินิกซึ่งมีประเด็นความเสี่ยงในการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย (Key Patient Groups) ที่มีความเสี่ยงสูง จากนั้นตามรอยว่าขั้นตอนใดของกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ที่มีความเสี่ยงหรือทบทวนตาม Common Clinical Risk/Patient Safety Goal เพื่อที่จะระบุความเสี่ยง เมื่อได้รายการความเสี่ยงแล้ว จะต้องวิเคราะห์ความเสี่ยง โดยใช้ Risk Matrix และบริหารจัดการความเสี่ยง โดยเฉพาะในกลุ่มสีแดงที่ควรจัดการให้สามารถลดระดับความเสี่ยงลงเป็นสีเหลือง/สีเขียวภายใน 3 เดือน

ในการจัดการความเสี่ยงต้องมี Risk Treatment & Prevention คือแนวทางการป้องกันความเสี่ยง และ Risk Mitigation คือแนวทางในการบรรเทาความเสียหายหรือความรุนแรงเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น โดยมีการติดตามและทบทวนอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์สาเหตุรากของปัญหา (Root Cause Analysis: RCA) เป็นกิจกรรมที่ทำให้สามารถเข้าถึงสาเหตุที่แท้จริงที่ซ่อนอยู่จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและมองเห็นได้ ซึ่งการทำ RCA ให้ได้ผลนั้นจะต้องค้นหาสาเหตุลึกถึงปัจจัยด้านกายภาพ ระบบงาน การบริหารจัดการที่ทำให้เกิดความเสี่ยง หรือระดับที่มากกว่าเพื่อให้เกิดแนวทางการแก้ไขอย่างเป็นระบบ สามารถป้องกันเหตุที่เกิดขึ้นในอนาคต โดยมี 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1. เล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2. ระบุกระบวนการที่เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญ 3. ระบุผู้เกี่ยวข้อง 4. ระบุสาเหตุเชิงระบบ 5. ค้นหาแนวทางแก้ไขที่สร้างสรรค์ ซึ่งจะต้องทำด้วยความซื่อสัตย์ (Empathy) รับรู้

ความรู้สึของผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงอาจต้องไปดูที่หน้างานเพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริง อันจะนำไปสู่การแก้ไข ปัญหาที่ตรงจุด เกิดการปรับปรุงระบบงาน ยกย่องผลลัพธ์การดำเนินงาน และเกิดเป็นนวัตกรรมได้

6 ขั้นตอนของการจัดการอุบัติการณ์ที่ได้ผล

1. การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ที่ครอบคลุมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน โดยนอกจากอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูงแล้ว ควรเลือกเหตุการณ์เกือบพลาดสำคัญ (Potential Harm) ที่ควรมาพิจารณาก่อนและจัดการอย่างรวดเร็วด้วย เช่น การจ่ายยาพาราเซตามอลในผู้ป่วยที่แพ้ยาพาราเซตามอล แม้จะยังไม่ได้ให้ก็ตาม
2. การตรวจสอบ สืบค้น วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (RCA) และตอบสนองต่ออุบัติการณ์ ซึ่งการทำ RCA นอกจากทำในอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูงแล้ว ควรต้องทำเหตุการณ์เกือบพลาดสำคัญ (Potential Harm) มาทำ RCA ด้วย
3. การนำข้อมูลหรือสาเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์มาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุง เพื่อป้องกันและลดการเกิดอุบัติการณ์ หรือบรรเทาความรุนแรง และเสียหาย โดยใช้แนวคิด Safety Design ซึ่งเป็นศาสตร์ของการลดการพึ่งพิงการทำงานของมนุษย์ โดยแบ่งระดับการพิจารณา (Action Hierarchy) ออกเป็นสามระดับคือ 1) Weak คือ ต้องพึ่งพาความจำของมนุษย์เป็นหลัก เช่น การให้บุคลากรจำว่าต้องตรวจสอบ IV Site ทุก 2 ชั่วโมง 2) Intermediate คือ เริ่มมีอบรม ฝึกให้ทำ หรือสร้างสถานการณ์จำลอง 3) Strong คือ การปรับโครงสร้างเพื่อแก้ปัญหา เช่น โรงพยาบาลชุมชนที่มีผู้สูงอายุรับบริการจำนวนมาก จึงมีการใช้ลิฟต์เพื่ออำนวยความสะดวก ดังนั้นเราจึงควรออกแบบกระบวนการทำงานที่เน้น Strong Action เพื่อลดโอกาสเกิดความผิดพลาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
4. การสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การสื่อสารด้วยวิธีการต่างๆ การเจรจาไกล่เกลี่ย
5. การอบรมบุคลากรเรื่องการระบุความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และวิธีการสื่อสารเมื่อเกิดอุบัติการณ์
6. การดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจซึ่งมีความสำคัญไม่แพ้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และเป็นหนึ่งใน Personnel Safety Goals (M1 Mental Health, M1.2 Second Victim) ดังนั้นจึงควรมีการวางระบบการดูแลช่วยเหลือ

Never Event กับมาตรการป้องกันความเสี่ยงขั้นสูงสุด

ความเสี่ยงแบ่งออกเป็นหลายระดับความรุนแรง แต่จะมีความเสี่ยงกลุ่มหนึ่งที่ยอมให้เกิดเป็นอุบัติการณ์ไม่ได้ กล่าวคือมีระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ (Risk Appetite) และพิสัยที่ยอมรับได้ (Risk

Tolerance) เท่ากับ 0 โดยเรียกความเสี่ยงดังกล่าวว่า "Never Event" ซึ่งการจะเป็น Never Event ได้จะประกอบด้วย 5 ปัจจัยคือ

1. เป็นอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูงต่อผู้ป่วย (Severe Harm) หรือเหตุการณ์เกือบพลาดสำคัญ (Potential Harm) เช่น เกือบให้เลือดผิด เกือบแพ้ยาซ้ำ เกือบให้ลูกผิดแม่ เกือบผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง
2. กระบวนการนั้นสามารถควบคุมได้ทั้งหมด
3. สามารถเห็นได้ชัด
4. สามารถเห็นได้ง่าย
5. ไม่มีโอกาสชนะคดีเมื่อถูกฟ้องร้อง

Never Event จะต้องมีการออกแบบมาตรการป้องกันที่สร้างความปลอดภัยสูงสุด หรือใช้ Safety Design ระดับ Strong Action เช่น การป้องกันการผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง จะต้องมีการ Mark Site ก่อนจึงจะสามารถนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดได้ ซึ่งเป็นหนึ่งใจตัวอย่างของการจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

นอกจาก Never Event แล้ว ในบางกรณีเราอาจไม่สามารถควบคุมกระบวนการได้ทั้งหมด แต่สามารถประกันกับผู้รับบริการได้ว่า หากเกิดเป็นอุบัติการณ์จะไม่มี ความรุนแรงต่อผู้ป่วยในระดับสูง ซึ่งเรียกกรณีนี้ว่า "Harm Free Care"

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนั้น อยากเชิญชวนให้ทุกโรงพยาบาล Scaling up ด้วยการมองความเสี่ยงโดยองค์รวม (Enterprise Risk) ที่ไม่ใช่เพียง Operational Risk แต่ควรให้ความสำคัญกับทั้ง Strategic Risk, Financial Risk, Compliance Risk แบบเชิงรุก (Proactive) โดยใช้หลักการ Safety Design ที่ครอบคลุมทั้ง ความเสี่ยงที่มีความรุนแรงหรือเหตุการณ์เกือบพลาดที่สำคัญ (Potential Harm), Never Event, Harm Free Care เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลในวันนี้ดีกว่าเมื่อวาน