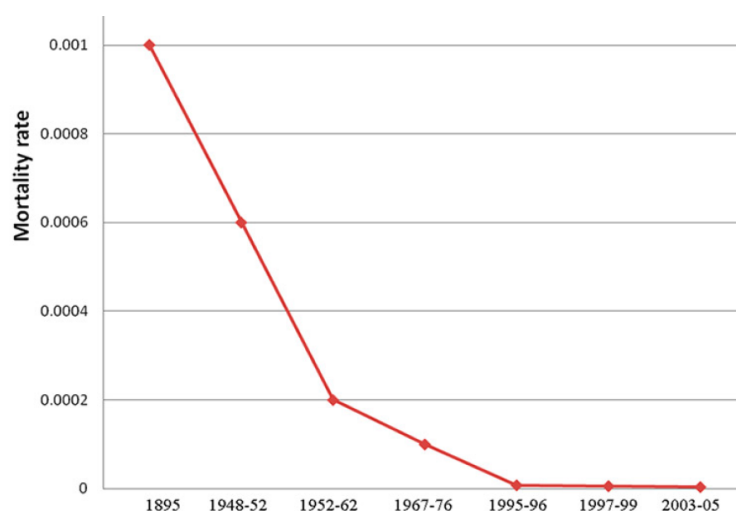


Bezpečnosť a kultúra bezpečnosti v anestéziológii

Štefan Trenkler, Monika Grochová

1 Úvod

Anestézia nie je sama osebe liečebná metóda, preto musí byť maximálne bezpečná, napĺňajúc heslom britských anestéziológov *In somno securitas*. Anestéziológovia sú si toho vedomí a boli prví, ktorí sa v medicíne začali cielene zaoberať otázkami bezpečnosti pacienta v perioperačnom období. Na základe zlepšovania technologického vybavenia – monitory, anestéziologické prístroje, pumpy, moderných liekov i zvýšenia kvality vzdelávania došlo v ostatných desaťročiach k signifikantnému poklesu mortality z anestéziologických príčin.



Graf znázorňuje pokles mortality z anestéziologických príčin.

V súčasnosti sa pozornosť presúva od prístrojovej techniky a farmakológie k ľudským zdrojom. Medzi základné aspekty bezpečnosti patrí **tzv. kultúra bezpečnosti** na oddelení či v operačnom trakte, ale aj v celej nemocnici či zariadení

Kultúru bezpečnosti možno formálne definovať ako „produkt individuálnych a kolektívnych hodnôt, postojov, percepcií, kompetencií a vzorcov správania, ktoré určujú štýl manažmentu a oddanosť jednotlivcov problematike bezpečnosti pacienta“. Táto formálna definícia je síce vyčerpávajúca, ale málo vhodná na aktiváciu personálu v podpore bezpečnosti pacienta.

Menej formálna, ale pochopiteľnejšia definícia hovorí, že kultúra bezpečnosti je „spôsob, akým vykonávame svoju činnosť, vnútorný postoj každého jednotlivca k dodržiavaniu pravidiel a postupov, ktoré zaručujú a zvyšujú bezpečnosť“. Trefným vyjadrením princípu je konštatovanie, že je to „čo sa deje, ak sa nikto (šéf) nepozera“.

Pri analýze tohto fenoménu treba zohľadniť, že vyššie spomenuté vnútorné pohnútky jednotlivca, ktorá vychádzajú z jeho osobnostných čŕt a temperamentu, sú modifikované sociálnymi interakciami v rámci jeho „skupiny“ či dokonca „skupín“.

Je vhodné odlišiť „kultúru bezpečnosti“ od „klímy (ovzdušia) bezpečnosti“. **Klíma bezpečnosti** je akoby viditeľnou, povrchovou vrstvou základnej kultúry bezpečnosti - ako ju zamestnanci pociťujú. Kultúru bezpečnosti možno prirovnať k osobnosti, ktorá je spravidla výrazná a stabilná, klímu bezpečnosti k nálaďe, ktorá môže krátkodobo kolísať. Obe je možné nezávisle

merat'. Jednoduchšie je to u klímy, kde sú k dispozícii objektívne kvantitatívne dotazníky, zamerané na pocity pracovníkov v danom čase. Na meranie kultúry sú potrebné kvalitatívne metódy, vrátane priameho pozorovania účastníkov procesu.

2 Kultúra bezpečnosti v priemysle

O kultúre bezpečnosti sa začalo hovoriť v tzv. **high-reliability industries**, ako sú atómové elektrárne a letectvo, kde chyby a omyly majú závažné dopady na jednotlivcov i spoločnosť. Tieto priemyselné odvetvia pestujú systematický prístup k manažmentu bezpečnosti, pričom si sú vedomé dôležitosti ľudského faktora ako prispievateľa k nožnej nízkkej bezpečnosti. Ľudský faktor vidia tak v manažmente, ktorý vedie organizáciu, ako aj v ľuďoch, ktorí vykonávajú konkrétnu (rizikovú) činnosť.

Je zrejme, že nežiaduce príhody a nehody sú a budú súčasťou ľudského konania, zvlášť v komplexných socio-technických systémoch, akými sú atómové elektrárne, letecká prevádzka. V týchto rizikových odvetviach dochádza ku komplexným interakciám medzi sociálnymi, kultúrnymi a technologickými procesmi takým spôsobom, ktorý môže viesť k *nepredvídateľným* spôsobom zlyhania (so závažným dôsledkami). Za týchto okolností treba považovať možný vznik nehody za pravdepodobný, normálny a očakávaný. Relatívna výnimočnosť nehôd je skôr výnimočným stavom. Systémy sú tu navrhované tak, aby sa v nich nielen očakávalo riziko, skôr než prejde do nehody, ale aby boli k dispozícii optimalizované odpovede v prípade ich výskytu.

Komplexné socio-technické rizikové systémy sa vyskytujú aj v zdravotníctve, napr. v dynamickom prostredí operačnej sály. Zdravotnícke systémy ale, na rozdiel od vyššie uvedeného princípu „očakávaného“ zlyhania systému, predpokladajú, či priamo očakávajú, *bezchybný* výkon jednotlivca. Práve tieto očakávanie viedli anestéziológov k tomu, že sa už v 70-tych rokoch, inšpirovaní letectvom, začali problematikou bezpečnosti pacienta zaoberať.

V letectve, i ďalších rizikových odvetviach, sa v rámci snahy o zlepšovanie systémov, pozornosť zamerala na odhaľovanie *latentných stavov*, ktoré sú „skryté“ v systéme a predisponujú ho pre nehodu. Aj v zdravotníctve sa v ostatnej dobe začalo uvažovať o úlohe takýchto latentných stavov, ako je napr. pracovné preťaženie, nedostatočný dohľad, nedostatočný tréning, stresové podmienky práce, dizajn, údržba a kontrola prístrojov, tímový prístup, nedostatočná komunikácia. Zároveň sa pozornosť presunula z individuálnych faktorov ako zdroja nehody (jednotlivec) k systémovým organizačným faktorom, medzi ktoré patria aj kultúra a klíma bezpečnosti. Výskyt latentných predisponujúcich faktorov totiž silne závisí od existujúcej kultúry bezpečnosti, ako na to poukazujú nehody naftových plošín, raketoplánov, alebo liekové omyly (najčastejšie omyly v medicíne).

Medzi základné faktory pozitívnej kultúry bezpečnosti patria:

1. Uznanie nevyhnutnosti chýb
2. Aktívne zanietenie **manažmentu**, vodcovstvo
3. Všeobecné presvedčenie o dôležitosti bezpečnosti
4. Proaktívna odhaľovanie latentných faktorov rizika
5. Správny tok a spracovanie informácií
6. Komunikácia založená na vzájomnej dôvere a otvorenosti
7. „No blame“ a „non punitive“ prístup (zodpovednosť sa hľadá v systémových nedostatkoch, nie primárne v jednotlivcoch).

3.1 Formálna kultúra bezpečnosti v medicíne

Zdravotnícke systémy sú značne komplexné, napr. na dosiahnutie cieľa vyžadujú interdisciplinárnu spoluprácu. Táto komplexnosť s časom dynamicky stúpa - zaraďujú sa nové technológie, nové výzvy, čo sťažuje udržiavanie kontaktu s novými poznatkami na udržanie bezpečnosti. Zdravotníctvo pritom pokrýva tak rutinné, ako aj nepredvídateľné aktivity, pričom viaceré oblasti sú zaťažované faktorom nepredvídateľnosti. Ďalej, na rozdiel od priemyslu, zdravotnícke organizácie sa zaoberajú rizikom poškodenia nielen pacienta, ale aj zamestnancov, pretože ich

pohoda (well being) má vplyv na bezpečnosť pacienta. Tento rozdiel situáciu komplikuje, čo treba zohľadniť aj pri vytváraní a hodnotení klímy kultúry.

No **hodnotenie klímy** sú určené kvantitatívne metódy, ako sú dotazníky, na hodnotenie kultúry sú potrebné pozorovania a rozhovory. Väčšina existujúcich štúdií hodnotí klímu s použitím dotazníkov a skúma jej vplyv na rôzne klinické výsledne parametre (outcome). Ukázalo sa, že klíma bezpečnosti má vplyv nielen na pacientov, ale aj zamestnancov, keď dochádza napr. k zníženiu počtu poranení ihlou, ale aj bolesti v chrbte či liekové omyly. Na druhej strane, ošetrovanie komplexných pacientov je spojené s vyšším počtom poranení a omylov, napriek kultúre bezpečnosti. Dôležité je, že klímu bezpečnosti je možné (a potrebné) merať s použitím validovaného nástroja, akým je napr. 42-položkový Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC), ktorý je vhodný pre všetky typy zdravotníkov.

3.2 „Neformálna“ kultúra bezpečnosti

Okrem objektívnych merateľných parametrov sa v komplexných systémoch treba zaoberať aj charakteristikami jednotlivca, jeho postojmi a pocitmi, ako aj ich vplyvom na interpersonálne interakcie. Dôležitá je osobná percepcia rizika a bezpečnosti pacienta, ktorú zdravotníci pociťujú rôznym spôsobom, v závislosti od profesionálneho pozadia. Za rozdiely je často zodpovedné miesto jedinca v systéme, jeho úloha a priority, získané počas tréningu a praktickej činnosti (procesy, ktoré pomáhajú vytvárať profesionálnu identitu)

V tejto otázke ja nápomocná teória mechanizmov a dynamík sociálnym skupín. Jedinec sa prirodzene snaží mať čo najlepšiu sebaúctu. Je zvýšenie je možné v špecifickom kontexte príslušnosti k určitej skupine, pričom sa uplatňuje aj v iných oblastiach sociálneho a osobného života. Príslušnosť k úspešnej skupine nielen zvyšuje kolektívnu morálku, ale aj osobnú sebaúctu. To znamená, že pracovné miesto môže hrať významnú úlohu pri vytváraní pocitov, aké má jedinec o sebe samom a príslušnosť ku skupine alebo organizácii má vplyv na jeho vlastné blaho. Vytvorenie a udržiavanie silnej skupinovej identity je dôležité tak pre individuálny dobrý pocit (jedincovi sa v rámci príslušnosti k skupine dostáva podpory a povzbudenie), ako aj pre zachovanie a podporu spoločných zdieľaných hodnôt. V nemocničnom prostredí tieto skupiny je možné formovať na základe profesionálneho tréningu a/alebo každodennej úlohy (lekár/sestra/, klinický/neklinický lekár) alebo priestoru (jednotka, oddelenie, nemocnica); možná je aj dočasná skupina (denná/nočná smena).

Meta-kontrast princíp hovorí, že jedinec sa môže (a naozaj to robí) identifikovať súčasne s viacerými skupinami, pokiaľ si navzájom nekonkurujú. Jedinci si opakovane potvrdzujú svoju identitu v bezprostrednej reakcii na situačný kontext, v ktorom sa nachádzajú.

Pidgeon považuje bezpečnosť pacienta v senzitívnom nemocničnom prostredí za zbierku „nehmotných“ noriem, presvedčení a postupov v súvislosti s prístupom k riziku, ale v konečnom dôsledku zbierku s hmatateľnými a merateľnými výsledkami. Z tohto pohľadu je bezpečnosť pacienta možné považovať za dynamický, konštantne sa adaptujúci proces, ktorý je *obohacovaný* príspevkami jedinca pri manažmente a riešení rizika, ale aj vedomosťami, ktoré sú zdieľané iniciatívnymi (vodcovskými) jedincami, ktorí sú konfrontovaný s výzvou vykonávať svoju prácu a povinnosti bezpečne a efektívne. Tieto ciele sa dajú dosiahnuť buď *formálne* cez *oficiálne* kanály (tréning, jednotné postupy, protokoly, odporúčania), ako aj *neformálne*, „*tichými*“ cestami.

Existencia menších skupín v rámci veľkej organizácie – nemocnice, pomáha vytvoriť špecifickú „*mikrokultúru*“ (v oblasti bezpečnosti, ale aj obecné). Mikrokultúru bezpečnosti je možné považovať za reflexiu o tom, čo sa deje v dennom sociálnom živote, pričom spočíva hlavne na zdieľanom pochopení toho, čo predstavuje bezpečnú prax. Súčasťou zdieľania je aj identifikácia najčastejších rizík v dennej rutinej praxi, ako aj ciest a metód, ktoré skupina potrebuje vyvinúť, aby riziko bolo zvládané čo najefektívnejšie. Esencia týchto mikrokultúr sa odovzdáva členom týchto skupín buď vo forme formálneho vzdelávania (konferencie, časopisy, špecializovaný tréning), alebo neformálne pozorovaním alebo ústnym podaním, vrátane neformálnych rozhovorov pri káve.

Jedinci často vyhľadávajú iných, s ktorými majú podobné črty, a vytvárajú sociálne skupiny, ktoré podporujú navzájom hodnoty, názory či presvedčenia skupiny. Ukazuje sa, že pocit spolupatričnosti do určite profesionálnej skupiny môže byť silnejšie postavenie „rovnocenného hráča“ v systéme bezpečnosti. Teda profesionálna identita môže vytvárať kultúru bezpečnosti rovnako, ak nie viac, ako hromadenie štandardov a predpisov zo strany organizácie.

Osobnostné faktory v anestéziológii

Kultúra bezpečnosti spočíva na interakciách medzi ľuďmi. Nielen povaha interakcie, ale aj osobnosti zainteresovaných tu hrajú úlohu. Aká je typická osobnosť anestéziológa? Podľa D. Howata z roku 1977 si „typický“ anestéziológ praje byť súčasťou tímu (je povahou stádovitý), je rád medzi inými ľuďmi, má spravidla dobré vzťahy s kolegami. Často má zmysel pre humor, je rozmarový, ale aj puntičkársky, úzkostlivý, ale pripravený sa prispôbiť meniacej situácii. Je dokonca trochu paranoidný. D. Gaba (1994), expert na ľudské faktory v anestéziológii, tvrdí, že odbor priťahuje jedincov so špeciálnymi charakteristikami, lekárov, ktorí hľadajú vzrušenie v dynamickou, rýchlo prostredí anestézie a intenzívnej medicíny. Vyhovuje im potreba priamej akcie a aura „nebezpečia“ pod povrchom ich činnosti. Iní autori zistili, že anestéziológovia sú skôr výrazní ako mdlí, vážni ako šťastní, nezávislí ako závislí, skromní ako drzí, dôverčiví ako nedôverčiví, skôr starostliví ako neuvážení.

O význame týchto vlastností pre bezpečnosť nemáme štúdie, ale z aviacie je známe, že určité osobnostné črty pilota nevedú priamo k chybe alebo nehode, ale môžu k ním prispievať. To znamená, že určité črty podporujú vznik prostredia, v ktorom, v kombinácii s inými faktormi, sa pravdepodobnosť zlyhania zvyšuje. Hoci je známe, že anestéziológia je vedúcou disciplínou v akceptovaní rizika a bezpečnosti, vhodné postoje a zručnosti pre bezpečnosť sa v odbore formálne nevyučujú, ale zdá sa, že sú skôr súčasťou „tichej“ vedomosti v odbore ; v USA sa hovorí aj o „skrytom kurikule“.

Kultúra bezpečnosti ako súčasť „tichého“ poznania v anestéziológii

V UK skúmali tento fenomén, predovšetkým vo vzťahu ku kritickým aspektom bezpečnosti. Použili sa k tomu štruktúrované dotazníky a pozorovanie pri činnosti v reálnom čase. Ako dôležité sa ukázali spôsoby, ako sa anestéziológ učí efektívne využívať klinický a prístrojový monitoring, ako sú odovzdávané a získavané praktické zručnosti, ako používajú komunikačné rutiny počas úvodu a vyvedenia z anestézie, ako sú odovzdávaní pacienti. Významný je aj systém hlásenie kritických príhod - nakoľko si anestéziológ uvedomuje, že sa rutinná činnosť stáva kritikou.

Ďalej sa ukázalo, že hoci profesionálna skúsenosť v anestézii prináša aj vlastnú, implicitnú kultúru bezpečnosti, existuje aj určitý prirodzený profesionálny odpor voči prijatiu explicitného „systémového“ prístupu k hláseniu a učeniu sa z nežiaducich príhod. Tento odpor bráni rozvoju tohto dôležitého aspektu bezpečnosti, pretože analýza nežiaducich príhod je dôležitým zdrojom poznatkov na zlepšenie bezpečnosti.

Spôsob odovzdávanie pacientov je relevantným odrazom „mikrokultúry“ bezpečnosti na oddelení. Okrem stavu pacienta sa tu realizuje aj vzťah medzi odovzdávajúcim a prijímajúcim personálom (napr. v zotavovacej miestnosti lekár – sestra). Kľúčovým momentom vysokej kultúry bezpečnosti je, ak personál necíti bariéry povedať kolegom, rovnocenným i starším, že je prítomné ohrozenie bezpečnosti. Aj kvôli tomu bolo do chirurgického checkliste zaradené predstavovanie personálu (napriek odporu chirurgov), pretože to znižuje bariéry medzi personálom v rôznom postavení a poskytuje väčšiu slobodu komunikovať aspekty bezpečnosti aj v pozícii sestra – lekár, mladší – starší, nižší - vyšší. Treba povedať, že takéto procesy sú v rizikovom priemysle presne špecifikované a prísne formalizované, neponechané na lokálne neformálne dohody.

4 Ako zmeniť kultúru bezpečnosti

Machiavelli vo Vladárovi hovorí: „Niet ťažšej úlohy s pochybným koncom, nie je nič nebezpečnejšie, ako snaha zmeniť veci. Reformátor má nepriateľov v tých, ktorí majú prospech zo

starého usporiadania a iba vlažnú podporu od tých, ktorí by profitovali z nového usporiadania. Vlažnosť pochádza zo strachu z protivníkov, ktorým nahráva zákon a čiastočne zo všeobecnej nedôverčivosti ľuďstva, ktoré v skutočnosti neverí v nič nové, kým sa o tom nepresvedčí.“

Každá zmena kultúry bezpečnosti predpokladá zmenu v chovaní osoby. Treba očakávať odpor, aj u „slušných“ kolegov. Ohrozenie existujúcich praktík totiž môže viesť k pochybovaniu o sebe samom a k nižšej sebaúcte, ktorá je pre každého človeka taká dôležitá. Aby sa podobným pocitom osoba vyhla, pridržiava sa starých, osvedčených postupov. Úlohou ľudí vykonávajúcich zmeny je nenarušiť túto pozitívnu identitu pracovníkov. Treba brať ohľad aj na „mikrokultúry“ v rámci organizácie.

Pochopenie súčasného stavu a zmena spôsobu správania a vykonávania práce je delikátna a ťažká úloha. Zdravotníci, ktorí sú zvyknutí na istý spôsob práce dlhý čas, pracujú rutinne a odolávajú zmenám. Dôležité je informovanie o výsledku zmien a ich porovnanie s existujúcim stavom. Zmena kultúry sa dotýka spôsobu práce jednotlivca, ale aj aktivít a princípov celej organizácie. Toto sa považuje za jednu z najťažších úloh pre organizáciu vôbec. Zvlášť v zdravotníctve, ktoré zamestnáva vysoko špecializovaných a skúsených odborníkov, ktorí, ako vyplýva z povahy ich práce, sú zvyknutí používať vlastný úsudok, ako robiť veci dobre a bezpečne. Dlhoroční pracovníci môžu považovať zmeny v zabehaných postupoch aj za ohrozenie ich individuality. Napr. pri zavádzaní chirurgického protokolu pociťovali niektorí chirurgovia predstavovanie sa na začiatku programu za nevhodné a boli v rozpakoch, hoci uznávali prínos informovania o tom kto je kto a aké má v sále úlohy.

Existujú dva základné prístupy k zmene kultúry bezpečnosti, ktoré sa líšia v pohľade na úlohu *standardizácie* a *úlohy ľudí* v rámci systému. Sú uvedené v tabuľke.

Tabuľka. Prístup k zmene kultúry bezpečnosti

Bezpečnosť nemennosťou	Bezpečnosť adaptáciou
Pracovné postupy môžu byť kompletne špecifikované štandardizovanými postupmi, programami, pravidlami, schémami a certifikátmi	Postupy nie je možné kompletne špecifikovať štandardnými predpismi, programami, apod. Je to aj preto, lebo zahŕňajú ľudský faktor.
Vyššia bezpečnosť vyplynie z vyššej miery špecifikácie (rozsiahlejšie, podrobnejšie pokyny) a z vyššej disciplíny pracovníkov	Zlepšenie bezpečnosti vyplynie z lepšieho pochopenie „ekológie“ systému a lepším ocenením jeho samo-ochranného mechanizmu.
Odchýlky od predpísaných operácií sú príčinou nízkeho výkonu i hlavným ohrozením bezpečnosti	Odchýlky od normálnych postupov sú nevyhnutné pre adaptáciu na náhodné javy v ľudskom živote
Ľudia ostávajú jediným nepredvídateľným a nešpecifikovateľným faktorom systému. Hlavný zdroj odchýlok.	Ľudia sú stále jedinou inteligentnou, flexibilnou a adaptovateľnou zložkou systému. Sú schránkou flexibility a zdrojom bezpečnosti.
Automatizácia, kde je možná a spoľahlivá, zníži odchýlky alepší tak výkonnosť a bezpečnosť	Automatizácia zvýši spoľahlivosť alepší výkon, ale postupy urobí rigidnými. Kým sa ľudia nachádzajú v systéme, automatizácia urobí prostredie komplexnejším a vytvára nové problémy interakcií človek-stroj.
Chyby sú neúmyselné, ale poľutovaniahodné odchýlky od štandardných postupov. Chyby sú, žiaľ, nevyhnutné.	Chyby sú odchýlkami od zámeru operátora, ale súčasne aj súčasťou normálneho procesu dosahovania zámeru. Chyby sú „potrebné“.

Chyby sú rovnako negatívnym faktorom pre bezpečnosť, ako každá iná odchýlka. Treba vyvinúť maximálne úsilie o elimináciu chýb.	Nekorigované chyby predstavujú pre bezpečnosť nebezpečie. Ale individuálne uvedomenie si možných rizík a chýb má kritický prínos pre správanie sa jedinca.
--	--

Prvá metóda *nemennosti* sa opiera o štandardy, protokoly, automatizáciu, pretože ľudský faktor považuje za neželateľný zdroj omylov. Druhá metóda adaptácie uznáva *flexibilitu* a *adaptabilitu* ľudí, ktorí tak majú potenciál vysporiadať sa rýchle s novou situáciou a zabrániť nehode. Okrem toho, uznáva, že chyby a nehody sú nevyhnutné a sú zdrojom poučenia na prevenciu zlyhaní v budúcnosti. Hoci štandardizácia a automatizácia niektorých postupov sú pre bezpečnosť prínosné, je potrebné aj rozpoznať **pozitívnu** hodnotu ľudskej zložky, zvlášť schopnosť učiť sa z chýb (s tým súvisí hlásenie a analýza kritických príhod v anestéziológii).

Zlepšenie kvality – klinického výsledku u operovaného pacienta si v súčasnosti vyžaduje užšiu medziodborovú spoluprácu v rámci tzv. perioperačnej medicíny. Je potrebné zlepšovať postupy vo všetkých troch fázach – predoperačne, peroperačne a pooperačne. Konečným cieľom nemá byť iba zníženie 30-dňovej mortality, ale dosiahnutie trvalého zlepšenia stavu s dobrou dlhodobou kvalitou života.

Aké témy budeme riešiť v rámci perioperačnej medicíny na zvýšenie kvality a bezpečnosti?

1. Prevencia infekcie / DVT – PE
2. Liekové omyly, striekačky
3. Lieky v prevencii - beta-blokátory, antikoagulanciá, statíny ...
4. CICV, aspirácia; extubácia
5. Protektívna ventilácia
6. Normotenzia; GDT
7. Bdenie počas operácie (NAP 5, UK)
8. Zotavovacie miestnosti
9. PONV
10. Liečba pooperačnej bolesti; PPBH, prevencia chronickej bolesti
11. Transfúzie a infekcie/malígne ochorenia
12. Hypotermia a infekcie, krvácanie, KV príhody
13. Delírium; POCD; toxicita anestetík
14. Pooperačná svalová slabosť - PORC, resp. insuficiencia; NIV
15. Hyperoxia
16. Early warning system – včas zistiť a liečiť komplikácie; JIS

5 Záver

Kultúra a klíma bezpečnosti sú teoretické koncepty s veľkým praktickým dosahom. Na zlepšovanie kultúry bezpečnosti je najlepšie využiť konkrétne iniciatívy, ako je aplikácia protokolov a kontrolných zoznamov (checklist) a hlásenie, analýza a poučenie z kritických príhod a near-misses.

Treba merať klímu bezpečnosti s použitím vhodných nástrojov a vyhodnocovať ju v čase.

Ľudí v systéme treba považovať viac za kreatívnu silu, ktorá vytára bezpečnosť, ako zdroj rizika a chýb. Kľúčová úloha pripadá osobným a interpersonálnym vzťahom, pod vedením vedúceho oddelenia. Treba nastoliť priateľskú a podpornú atmosféru, kde nikto nemá problém hovoriť otvorene o bezpečnosti, bez strachu z kritiky a znevažovania.

Dôležité sú postoje vedenia oddelenia – vodcovstvo a supervízorstvo. Ďalší neformálni vodcovia majú pozitívne využiť svoju autoritu.

Potrebuje validované nástroje na meranie kvality klímy a kultúry bezpečnosti, ako aj stanovenie základných kritérií kvality na porovnávanie pracovísk alebo rôznych kultúr.

Potrebujeme vedieť viac o tom, aké iniciatívy a stratégie sú najefektívnejšie pri zavádzaní, zmene a podpore pozitívnej kultúry bezpečnosti, ako aj jej možný pozitívny vplyv na konečný klinický výsledok (outcome) pacienta.

Literatúra

Stanete S, Mellin-Olsen J, Pelosi P, Van Aken H.: Safety in Anaesthesia. *Clinical Anaesthesiology* 2011;254:109-291. Dostupné na <https://www.esahq.org/patient-safety/patient-safety/publications>.

