



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**VIDEO NADZOR IN VARNOST
PACIENTOV V BOLNIŠNIČNEM
OKOLJU – PREGLED LITERATURE**

**VIDEO SURVEILLANCE AND PATIENT
SAFETY IN HOSPITAL SETTINGS: A
LITERATURE REVIEW**

Mentor: Urban Bole, pred.

Kandidatka: Asja Kerić

Jesenice, marec, 2024

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorju diplomskega dela Urbanu Boletu, pred., za vso strokovno podporo pri pisanju diplomskega dela.

Zahvala gre tudi recenzentki Zdenki Kramar, pred. za recenzijo diplomskega dela in Kseniji Pečnik, prof. slov. jezika za lektoriranje diplomskega dela.

Posebna zahvala gre moji družini in prijateljem, ki so verjeli vame, me nenehno spodbujali, podpirali in motivirali skozi proces izobraževanja.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zagotavljanje varnosti v zdravstvenem varstvu je izziv, ki ga je ob globalnem pomankanju zdravstvenih delavcev, predvsem medicinskih sester, vse težje zagotavljati. Zavedanje, da je varnost v splošni populaciji mogoče izboljšati z uporabo video nadzora, odpira veliko vprašanj in pomislekov z vidika zasebnosti in pravic pacientov.

Cilj: Cilj diplomskega dela je raziskati uporabo video nadzora v zdravstvenem varstvu in potrditi ali ovreči prispevek videonadzora pri zagotavljanju varnosti pacientov v zdravstvenem varstvu.

Metoda: Izveden je bil integrativni pregled strokovne literature v mednarodnih podatkovnih bazah: CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY, Pub Med in Cobiss. Za iskanje dokazov je bil oblikovan konceptualni okvir PICO. Določeni so bili vključitveni in izključitveni kriteriji. Postopek iskanja zadetkov je bil prikazan s pomočjo PRISMA-diagrama. Znanstveni članki so bili objavljeni med letoma 2013 in 2023. Za sintezo ugotovitev pregleda literature je bila uporabljena tematska analiza.

Rezultati: V končno analizo je bilo vključenih 11 raziskovalnih člankov. Vsebinsko so bile oblikovane štiri teme: pozitivni učinki uporabe video nadzora v zdravstvenem varstvu, negativni učinki uporabe video nadzora v zdravstvenem varstvu; etični pomisleki pri uporabi video nadzora v zdravstvenem varstvu; ovire pri implementaciji video nadzora v zdravstvenem varstvu.

Razprava in zaključek: Uporaba video nadzora v zdravstvenem sistemu ima pozitivne učinke na varnost pacientov in zaposlenih. Glavni izzivi in dileme, povezane z uporabo video nadzora, so: ohranjanje zasebnosti in varstvo podatkov, etična vprašanja o sprejemljivosti nadzorovanja pacientov ter preprečevanje zlorab video nadzornega sistema.

Ključne besede: video nadzorni sistem, pacient, etične dileme, zasebnost

SUMMARY

Theoretical background: Ensuring safety in healthcare is a growing challenge, exacerbated by a global shortage of healthcare workers, particularly nurses. The awareness that safety in the general population can be enhanced through the use of video surveillance, raises many questions and concerns about patients' privacy and rights.

Aims: The thesis aims to investigate the use of video surveillance in healthcare and to confirm or refute its contribution to ensuring patient safety in healthcare.

Methods: An integrative review of professional literature was conducted using international databases, including CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY, PubMed, and COBISS. A conceptual framework was developed using the PICO approach to search for evidence. Inclusion and exclusion criteria were determined. The search process was illustrated using a PRISMA diagram. Scientific articles published between 2013 and 2023 were included and thematic analysis was used to synthesize the findings of the literature review.

Results: The final analysis included 11 research articles. Four themes were identified: (i) positive effects of video surveillance in healthcare, (ii) negative effects of video surveillance in healthcare, (iii) ethical considerations of the use of video surveillance in healthcare, and (iv) barriers to the implementation of video surveillance in healthcare.

Discussion and conclusion: The use of video surveillance in healthcare has positive effects on both patient and staff safety. However, it also presents significant challenges and dilemmas, such as maintaining privacy and data protection, ethical concerns surrounding the acceptability of monitoring patients and preventing the video surveillance system misuse.

Key words: video surveillance system, patient, ethical dilemmas, privacy

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 EMPIRIČNI DEL.....	10
2.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA.....	10
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	10
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	10
2.3.1 Metode pregleda literature.....	11
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov	11
2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature.....	12
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature.....	12
2.4 REZULTATI	13
2.4.1 PRISMA-diagram	13
2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	14
2.5 RAZPRAVA.....	23
2.5.1 Omejitve raziskave	29
2.5.2 Prispevek za prakso in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	30
3 ZAKLJUČEK	31
4 LITERATURA	32

KAZALO SLIK

Slika 1: PRISMA-diagram	14
-------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	12
Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu	13
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov	15
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah.....	22

SEZNAM KRAJŠAV

ZDA

Združene države Amerike

1 UVOD

Zagotavljanje kakovostne in varne obravnave pacientov presega okvire zdravstvene obravnave (Allen, et al., 2023). Neželeni dogodek v zdravstvenem varstvu se zgodi vsakemu četrtemu pacientu, kljub zavedanju, da bi se jih lahko četrtno preprečilo. Omenjena ugotovitev poudarja pomen varnosti pacientov in potrebo po nenehnem izboljševanju varnosti. V kliničnih okoljih se vse več neželenih dogodkov nanaša tudi na nezdravstvene dejavnike, zaradi katerih so pacienti izpostavljeni dodatnim tveganjem, ki podaljšujejo hospitalizacijo, povečujejo stroške zdravstvenih obravnav ter vplivajo na kakovost in izide zdravstvene obravnave. Posledično številna klinična okolja s pomočjo novih tehnologij gradijo celovito strategijo, ki bi vplivala na varnost tako pacientov kot zaposlenih (Ndoda, et al., 2019).

V zdravstvenih ustanovah je razvoj stroškovno učinkovitih rešitev za zmanjšanje neželenih dogodkov prednostna naloga. Več kot 30 % neželenih dogodkov v zdravstvenem varstvu vodi v poškodbo, ki zahteva dodatno zdravljenje in podaljša čas zdravljenja v bolnišnici. V Sloveniji raziskave prevalence ali incidence neželenih dogodkov ni. Pristop k neželenim dogodkom oz. napakam je pri nas zastarel, ker ne upošteva znanosti o varnosti pacientov, zato tudi ni podatkov, kakšna je kultura varnosti pacientov v našem zdravstvenem varstvu. Podatki raziskave v desetih slovenskih splošnih bolnišnicah kažejo, da je zaznavanje kulture varnosti slabo. Vsa področja, ki so jih izmerili, kažejo, da so potrebne izboljšave (Robida, 2013).

Za varnost pacientov v bolniških sobah so odgovorni izvajalci zdravstvene nege, ki se že desetletja zanašajo na tradicionalne metode nadzora za proaktivno zadovoljevanje pacientovih potreb. Redni obhodi izvajalcev zdravstvene nege, klici pacientov z alarmnimi gumbi in lučmi, ki zaznavajo gibanje, so le eni izmed ukrepov, ki vplivajo na izboljšanje varnosti pacientov v kliničnih okoljih (Burtson & Vento, 2015a; Votruba, et al., 2016; Sand-Jecklin, et al., 2019; Bates, et al., 2023).

Videonadzor se že desetletja uporablja v bolnišnični praksi v mnogih državah. Uporaba videonadzora v bolnišnicah odpira številna etična in praktična vprašanja. Glavna etična

dilema je ravnovesje med zasebnostjo in avtonomijo pacientov ter varnostjo pacientov in osebja. Obstajajo empirični dokazi o koristi videonadzora na oddelkih bolnišnic. Bolnišnice so v prvi vrsti postavile videonadzor za zagotavljanje večje varnosti pacientov in zdravstvenih delavcev (Veinbergs & Silinš, 2018).

Videonadzorni sistem je niz tehnične opreme, ki je namenjena nadzoru objektov in je sestavljena iz snemalnih naprav, prenosa podatkov in monitorja za izvajanje nadzora. Videonadzor lahko poteka stalno ali je časovno omejen. Sistemi videonadzora uporabnikom omogočajo spremljanje v realnem času ali pa snemanje dogodkov. Na trgu obstajajo tako analogni kot digitalni. V preteklosti se je videonadzor najpogosteje izvajal v enotah za intenzivno terapijo, kjer je medicinskim sestram služil kot dodatno varnostno orodje (Burtson & Vento, 2015b).

Izboljšanje digitalnih kamer in njihov hitri tehnični razvoj sta očitna na svetovnem spletu in v specializirani literaturi. Na voljo so nove rešitve videokamer, ki so na voljo po vsem svetu in izboljšujejo varnost. Gre za visokotehnološko opremo različnih velikosti, prilagodljivo okolju, z različno ločljivostjo in kotom snemanja za pridobivanje podatkov, z različnimi vrstami povezovalnih kablov ali brezžičnim delovanjem (Sand-Jecklin, et al., 2019).

Podobno kot na drugih tehnoloških področjih se videokamere in njihove možnosti hitro razvijajo, zato je praktično nemogoče izpostaviti ali priporočiti karkoli glede njihovih tehničnih podatkov ali značilnosti. Nekaj, kar predstavlja prebojno inovacijo danes, bo lahko že čez eno leto zastarela tehnologija. Oprema sodobnega sistema za videonadzor omogoča uporabo tehnologij za digitalni prenos in shranjevanje informacij. Takšni sistemi za videonadzor omogočajo povezavo z računalniki in programskimi orodji. Zahvaljujoč tehničnemu napredku, je mogoče izvajati nadzor nad objektom od koderkoli na svetu z dostopom do svetovnega spleta. Upoštevati je treba, da je kakovost slike eden od najpomembnejših vidikov videonadzora. Pri ocenjevanju vrste sistema za videonadzor, ki je najbolj smiseln za potrebe določenega nadzornega dela, je treba pojasniti zahtevano kakovost slike. Ali obstaja potreba po podrobni in natančni sliki za nadaljnjo analizo ali bi bilo dovolj že splošno gledanje brez majhnih vidnih podrobnosti,

kot so na primer obrazi ljudi. Možno je tudi, da bi moral celoten sistem za videonadzor zahtevati namestitev kamer visoke ločljivosti z visokokakovostnim sprejemom slike na nekaterih mestih, medtem ko bi druga mesta zahtevala slike z nižjo ločljivostjo (Veinbergs & Silinš, 2018).

Ogled sodobnih sistemov videonadzora, njihova široka uporaba in njihov vpliv na naša vsakodnevna življenja nas prisilijo, da zaključimo, da je danes oprema za videonadzor, tako kot samostojna enota kot tudi kot del sistema, postala varna metoda za zagotavljanje varnosti posameznikov in celotne varnosti ustanov, premoženja in ločenih materialnih vrednosti ter zagotavljanje delovne discipline zaposlenih. Možnosti, ki jih ponujajo sistemi videonadzora, posamezna oprema in programska oprema, se nenehno izpopolnjujejo. Te posodobitve naredijo sisteme videonadzora bolj preproste, enostavne za uporabo in omogočajo manj časa za analizo pridobljenih podatkov. Zagotavljajo lahko visoko ločljivost, nočni vid, prepoznavanje obrazov, daljinsko vodenje kamer, večkratno optično povečavo, nadzor na mestih, ki so težko dostopna, ter številne druge funkcije, ki so zelo koristne za varnost. Videonadzor je postal nepogrešljiv vsakodnevni spremljevalec in neločljivo orodje sodobne varnosti in nadzora. Ta realnost pa zahteva močan nadzor nad procesi nadzora in skladnost z zakoni. Zaradi tega bo vprašanje zasebnosti in zakonitega izvajanja videonadzora vedno aktualno. Za zaščito pravic državljanov do zasebnosti so nekatere evropske države že uvedle različne omejitve nadzora (Veinbergs & Silinš, 2018).

Čeprav je videonadzor pogosta intervencijska metoda za spremljanje oseb in procesov v različnih panogah, se uporaba videonadzora na področju zdravstva v literaturi pojavi prvič leta 2009, po orkanu Katrina, ko so v New Orleansu potrebovali hitro rešitev za zmanjšanje pogostosti padcev pacientov ob velikem številu novo sprejetih pacientov in sočasnem pomankanju izvajalcev zdravstvene nege. Čeprav okoliščin ni mogoče primerjati, se zaradi podobnih izzivov pomankanja izvajalcev zdravstvene nege odpirajo vprašanja o smotnosti uporabe videonadzora v zdravstvenih ustanovah (Ray Johnson, 2017; Quigley, et al., 2019).

Kamere se lahko uporabljajo tudi za opazovanje pacientov v realnem času, pri čemer se kamere uporabljajo kot »oddaljene oči izvajalcev zdravstvene nege«. Ta uporaba se razlikuje od uporabe videonadzora za varnostne namene. V tem primeru je glavna korist videonadzora, da je opazovanje pacientov prek videokamer lahko za paciente manj moteče. Vendar pa se dejstvo, ali kamere veljajo za manj moteče ali bolj moteče od neposrednega opazovanja, močno razlikuje med pacienti: nekaterim pacientom je bolj naraven nadzor prek varnostnih kamer, ker se manj zavedajo opazovanja, medtem ko se drugi počutijo nelagodno, če imajo kamero v svoji sobi. Do sedaj ni bilo izvedenih raziskav o različnih preferencah ali koristih za različne skupine pacientov, kar ponuja priložnost za bolj usmerjeno uporabo videotehnologije v prihodnosti (Appenzeller, et al., 2020). Ena od glavnih skrbi pacientov, ki so pod videonadzorom, je, da bi bili spremljani med spanjem ali pa med uporabo toaletnih prostorov. V tem primeru se ustanova lahko odloči za omejitev nadzora v teh dveh primerih, čeprav vseeno ostaja odprto vprašanje glede nadzora ponoči, saj ravno takrat lahko pride do povečanega tveganja za padce pacientov ali druge neželene dogodke (Campbell, et al., 2016).

V tem kontekstu je treba izpostaviti pozitivne izide, ki jih prinaša videonadzor pacientov. Bolnišnice so namestile videonadzor v prvi vrsti predvsem za povečanje varnosti pacientov in izvajalcev zdravstvenih storitev, kot tudi obiskovalcev in zunanjih izvajalcev. Prisotna so razmišljanja, kako bi manj zaposlenih izvajalo nadzor preprečevanja padcev pri več pacientih naenkrat. Programi za preprečevanje padcev identificirajo načine za obvladovanje osnovnih dejavnikov tveganja za padec pacienta ter optimizirajo fizično zasnovo in okolje objektov. S stališča opreme je tehnologija postala ključna pri zmanjševanju tveganja za padec in izboljševanju zadovoljstva pacientov. Z daljinskim spremljanjem pacientov prek tehnologije videonadzora lahko usposobljeno zdravstveno osebje opazuje več pacientov z visokim tveganjem za padec z osrednje lokacije na oddelku. Videonadzor zagotavlja stalno vidljivost v sobah za paciente z visokim tveganjem za padec. Z zaupanjem, da so pacienti pod nadzorom, lahko izvajalci zdravstvene nege na oddelku preživijo več časa z vsakim pacientom in zagotavljajo višjo raven oskrbe (Hogan Quigley, et al., 2022).

Psihiatrične ustanove so v prvi vrsti vzpostavile videonadzor za zagotavljanje varnosti pacientov in zaposlenih. Nasilje v psihiatričnih ustanovah je resna problematika za vse vpletene, ne glede na to, ali je usmerjeno s strani pacientov na osebje, ali poteka med pacienti ali s strani osebja do pacientov. Videonadzor je namenjen preprečevanju, prepoznavanju in dokumentiranju neželenega vedenja. Vpliv videonadzora z vidika varnosti je glede na različne študije različen. Pričakovano je preprečevanje nasilja, samopoškodbenega vedenja in hitrejše posredovanje zdravstvenih delavcev. Empirični podatki kažejo, da videonadzor pomaga ustvariti občutek varnosti pri pacientih in zdravstvenih delavcih. V raziskavah pa ni bilo dokazov, da videonadzor (razen povečanega občutka varnosti) poveča objektivno varnost. Motnje spanja so pogosta težava psihiatričnih pacientov. Paciente pogosto poučujemo o higieni spanja, ki vključuje strategije, kot so izogibanje stimulansom, popoldanski vadbi in zmanjšanje hrupa. Prizadevanja za izboljšanje spanja so lahko v nasprotju z rutinskimi nočnimi opazovanji. Izvajalci zdravstvene nege vstopajo v bolniško sobo v kratkih časovnih intervalih, da se prepričajo o pacientovi varnosti, preverjajo vitalne funkcije in spanje. Ob rednih pregledih prebudijo pacienta in ta se lahko odzove z agresivnim vedenjem, kar predstavlja nevarnost, ker je v nočnem času število zdravstvenih delavcev na oddelku manjše. Nekatere psihiatrične bolnišnice so problem rešile z uporabo infrardeče kamere, ki izvajalcem zdravstvene nege omogoča, da opravljajo opazovanje pacientov, ne da bi jih motili in zbujali. To je je povečalo občutek varnosti pri medicinskih sestrah v nočni izmeni. Pri uporabi posebnih varovalnih ukrepov na področju psihiatričnih bolnišničnih posebnih vzgojnih zavodov lahko prekomerna stimulacija vodi v agitacijo in je eden od razlogov za izolacijo pacientov ter uporabo restriktivnih oblik zagotavljanja varnosti. Zmanjšanje dražljajev je eden od terapevtskih ukrepov. V taki situaciji je videonadzor lahko način, da se preveč stimuliranemu pacientu omogoči mirno okolje, hkrati pa zdravstveni delavci lahko opravljajo svoje naloge opazovanja. Osebno opazovanje med posebnimi varovalnimi ukrepi ima dvojno korist: zmanjša tveganje za poškodbe med izvajanjem posega in daje možnost za terapevtske interakcije. Osebno opazovanje olajša terapevtske učinke, a ne zagotavlja, da se bodo ti pojavili. Opazovalci, ki so distancirani in nepodporni, lahko pacientu povzročijo dodatno stisko in poslabšajo njegovo stanje. Kadar se za opazovanje uporabljajo videokamere, terapevtske interakcije ni, opazovanje postane stvar spremljanja varnosti in obvladovanja tveganj (Stolovy, et al., 2015).

Na eni strani je zavedanje, da je varnost pacientov vse večji izziv, ki ga je mogoče izboljšati z uporabo vrhunskih centraliziranih nadzornih sistemov za preprečevanje neželenih dogodkov, na drugi strani pa uporaba videonadzora odpira veliko vprašanj in pomislekov ob zavedanju, da so pacienti spremljani v intimnih prostorih, kot so bolniške sobe in toaletni prostori. Etične dileme, ki se odpirajo pri implementaciji videonadzora, postavljajo razvijalce nadzorne tehnologije in stroko pred težke odločitve (Purvis, et al., 2018; Appenzeller, et al., 2020).

Vprašanje, ali morajo pacienti dati soglasje za videonadzor, je podvrženo razpravi. Stolovy in sodelavci (2015) trdijo, da je oddelek javni prostor, zato soglasje pacientov ni potrebno, vseeno pa bi pacienti morali biti obveščeni o prisotnosti kamer. V nemški zvezni deželi Severno Porenje-Vestfalija so politiki šli še dlje in trdili, da je soba pacienta tudi javni prostor, saj je zdravstvenim delavcem dovoljeno vstopiti brez dovoljenja pacienta. To je sprožilo burno javno razpravo, ki je spodbudila vlado Severnega Porenja-Vestfalije, da je prepovedala videonadzor v psihiatričnih oddelkih. Kljub temu se zdi, da je nadzor nad odločitvami o videonadzoru pomemben za mnoge paciente: mnenja o videonadzoru na oddelku in v sobah se močno razlikujejo, pri čemer nekateri pacienti menijo, da je pomirjujoč, medtem ko ga drugi dojemajo kot vdor v zasebnost. Ponujanje pacientom možnost odločanja, kadar je opazovanje potrebno (npr. ponoči v sobah, v prostorih za izolacijo), bi se lahko štelo za etično sprejemljivo, kot del obveznosti podpore avtonomiji pacientov, enega od štirih glavnih načel biomedicinske etike. Načelo avtonomije pa se lahko znajde v konfliktu z načelom distributivne pravičnosti, ko so viri omejeni. Tako morajo osebe na vodilnih položajih natančno proučiti, ali okoliščine omogočajo ponujanje možnosti spremljanja pacientom. Soglasje za videonadzor zasebnih prostorov je treba pridobiti, kadar so na voljo alternativne možnosti, v spoštovanju etične obveznosti do spoštovanja avtonomije pacientov, ne glede na to, ali je to zakonsko zahtevano. Ko ga dobimo, je treba skrbeti, da se spoštujejo pacientove želje (Appenzeller, et al., 2020).

Zasebnost je glavna skrb v zvezi z videonadzorom, pri čemer se večina strinja, da je treba zasebnost čim bolj zaščititi, čeprav se definicije zasebnosti razlikujejo. Zasebnost je mogoče razumeti kot moralno pravico, ki jo je mogoče izpeljati iz načela avtonomije, tj.

pravice do nadzora nad razširjanjem informacij o sebi. Ta pristop se odraža v Evropski konvenciji o človekovih pravicah (EKČP), ki določa, da ima vsak človek »pravico do spoštovanja zasebnega življenja« (člen 8), kar je pravica, ki je bila posebej uporabljena v okviru videonadzora. Večina pravnih sistemov priznava pravico do zasebnosti, čeprav se opredelitev zasebnosti v različnih pravnih sistemih zelo razlikuje. Vsaka oblika opazovanja, osebne ali prek videonadzornih kamer, je zato lahko v nasprotju s tem razumevanjem zasebnosti pacientov. Zasebnost je sestavni del ohranjanja samopodobe in občutka identitete. Pacienti imajo pogosto zmanjšano zmožnost nadzora nad sabo, zlasti v izolaciji ali omejitvi gibanja, in stalno videospremljanje lahko povzroči občutek sramu, saj so lahko razkrite tudi manj prijetne situacije. Ker pacienti ne vedo, kdaj si kdo ogleduje videoposnetke, lahko domnevajo, da jih nekdo neprestano spremlja in se morajo temu primerno obnašati, če so za to sposobni. Tudi če namen videonadzora ni spreminjanje vedenja, temveč le njegovo dokumentiranje, je učinek na pacienta enak, vključno z morebitno izgubo občutka lastne vrednosti in osebne identitete. Indikacije in trajanje videonadzora je treba jasno opredeliti, da bi se izognili zlorabam in zaščitili zasebnost pacientov. Trajanje opazovanja je treba določiti na podlagi kliničnih razlogov. Če je potrebno občasno opazovanje, se ga ne sme spremeniti v stalno spremljanje samo zato, ker je tehnično lažje izvedljivo in manj zamudno (Appenzeller, et al., 2020).

Dilema glede zasebnosti pacientov se nanaša tudi na dostop izvajalcev zdravstvene nege do informacij o pacientih, bodisi njihovih podatkov, shranjenih videoposnetkov, spremljanje videonadzora v realnem času in možno zlorabo ali razkrivanje podatkov (Campbell, et al., 2016). Da bi se izognili možnim zlorabam, je treba v bolnišnice, kjer je implementiran videonadzor, uvesti tudi posebne pravilnike, ki določajo, kdo ima dostop do sob, v katerih se izvaja nadzor pacientov prek monitorjev. Pomembno je tudi definirati, na kakšen način delujejo nadzorne kamere in snemanje v realnem času, kjer se videoposnetki ne shranjujejo, ali pa videonadzor, pri katerem se posnetki shranijo, kar lahko služi kot dokazno gradivo v primeru neželenih dogodkov (Campbell, et al., 2016). Ostaja vprašanje glede tega, ali naj se videoposnetki pacientov snemajo in shranjujejo. Glavni argumenti v prid temu so, da lahko dokumentirajo incidente za raziskave ali lahko ti služijo kot dokazi v primeru obtožb o nepravilnem ravnanju ali za civilne ali kazenske sodne postopke. Stolovy in sodelavci (2015) so navedli, da shranjen videoposnetek

pomaga razjasniti situacijo in ublažiti morebitno nasprotje med dvema različicama istega dogodka. Videoposnetki so pomagali dokazati tudi nedolžnost izvajalca zdravstvene nege, ki je bil po krivici obtožen zlorabe pacientov, po drugi strani pa je en videoposnetek služil kot dokaz zlorabe s strani izvajalcev zdravstvene nege. Uporabnost videoposnetkov v primeru spora je treba obravnavati kritično. Navsezadnje videoposnetki prikazujejo le en vidik resničnosti. Shranjeni videoposnetki pogosto nimajo popolnega zaporedja dogodkov, ki so se morda začeli v drugem prostoru, preden so se premaknili pred kamero. Ključna dejanja so lahko zakrita zaradi položaja teles ali pohišta, kakovost slike pa morda ni dovolj dobra, da bi bilo mogoče prepoznati manjše predmete, izraze obraza in druge ključne dokaze. Če preveč poudarjamo vprašanja ugotavljanja krivde ali napak v naših kliničnih okoljih, tvegamo, da spodbujamo okolje nadzora in nezaupanja, kar odvrča od zaupanja in dobre komunikacije. V raziskavah so videoposnetki uspešno uporabljeni za dokumentiranje in nato raziskovanje agresije pacientov. Do danes ostajajo te morebitne koristi le delno pojasnjene, potrebnih pa je več raziskav, da se dokaže uporabnost shranjevanja videoposnetkov za klinične namene zunaj raziskovalnega okolja (Appenzeller, et al., 2020). V tem primeru je treba določiti in razviti sistem, kamor se bodo videoposnetki shranjevali, in omejiti dostop do njih. Odprto ostaja vprašanje glede zaščitenosti podatkov, saj so nedavni primeri kršitev varnosti pokazali, da so elektronski podatki ogroženi, tudi če so strogo zaščiteni (Campbell, et al., 2016). Pacienti imajo različna mnenja o tem, v kolikšni meri je videonadzor poseg v njihovo zasebnost v primerjavi s tradicionalnimi načini opazovanja. Te velike razlike o vplivu na osebni občutek zasebnosti in dostojanstva pacientov poudarjajo potrebo po oceni uporabe videonadzora v vsakem posameznem primeru in potrebo po pridobitvi soglasja za njegovo uporabo, kadar je to mogoče (Appenzeller, et al., 2020).

Treba je narediti jasno razliko med dvema glavnima namenoma videonadzora: stalnim nadzorom za varnostne namene ter selektivnim opazovanjem varnosti in dobrega počutja pacientov. Vodstvo mora pojasniti namen videonadzora v svoji ustanovi in proučiti, ali ima videonadzor dejansko pozitiven učinek na procese dela. Glede na pomanjkanje dokazov o učinkovitosti videonadzora pri povečanju varnosti trenutno ni upravičena za njegovo uporabo kot varnostni ukrep. Poleg tega obstajajo znaki, da bi lahko uvedba videonadzora povzročila psihološko škodo majhnemu, vendar nezanemarljivemu deležu

pacientov s težavami v duševnem zdravju. Po drugi strani pa bi bil videonadzor lahko koristen, če so pacientom ponujene možnosti glede načinov opazovanja. To je še posebej obetavno za nočni videonadzor, na primer za izboljšanje kakovosti spanja. Prav tako bi uporaba videonadzora v prostorih za izolacijo lahko bila koristna za nekatere paciente, če se njihovo soglasje pridobi vnaprej, na primer na napotnicah (Appenzeller, et al., 2020).

Na podlagi pregledane literature ugotavljamo, da v strokovnih krogih obstajajo dejavniki za in proti uporabi videonadzora v bolnišničnih okoljih. Glede na pomanjkanje tuje, predvsem pa domače literature menimo, da je v Sloveniji treba raziskati učinek uporabe videonadzora na varnost pacientov in etične ter moralne dileme, ki se pojavljajo pri implementaciji intervencije videonadzora. Odločili smo se, da s pregledom literature prispevamo k promociji strokovnega, etičnega in moralnega pristopa k implementaciji videonadzora v bolnišnična okolja.

2 EMPIRIČNI DEL

Uporaba in prispevek videonadzora v bolnišničnem okolju nista natančno definirana, zato je pomembno, da proučimo primere dobrih praks, učinkov uporabe in dilem pri uporabi videonadzora v zdravstvenem varstvu.

2.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je proučiti, kako uporaba videonadzora prispeva k izboljšanju varnosti pacientov ter kakšen učinek ima na procese dela v zdravstvu, hkrati pa obravnavati etične dileme, ki se pojavljajo pri implementaciji videonadzora v zdravstvenem varstvu.

Cilja diplomskega dela sta bila:

- raziskati prispevek uporabe videonadzora k varnosti pacientov in procesom dela v bolnišnici,
- raziskati dileme pri uporabi videonadzora v bolnišnici.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskovalni vprašanji smo postavili po pristopu Melnyk in Fineout-Overholt (2019):

1. Kakšen je prispevek uporabe videonadzora v zdravstvenem varstvu k varnosti pacientov in procesom dela v bolnišnici?
2. Kakšne so dileme pri uporabi videonadzora v bolnišnici?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V diplomskem delu je bil izveden pregled znanstvene literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

Izvedli smo pregled literature v obdobju od januarja do februarja 2023. Iskali smo v podatkovnih bazah CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY, Pub Med in Cobiss. Za iskanje dokazov po podatkovnih bazah smo oblikovali konceptualni okvir PICO (Population, Intervention, Comparison and Outcomes approach) (Ho, et al., 2016) z naslednjimi ključnimi iskalnimi zvezami: P (Population) »patient«, I (Intervention), »video monitoring« C (Comparison), ki v naši raziskavi ni bila definirana, O (Outcome) »safety«, »ethical dilemmas«. V podatkovnih bazah smo ključne besede konceptualnega okvira PICO povezali z Boolovim operaterjem »AND«.

V slovenski vzajemni bibliografsko-kataložni bazi podatkov COBIB.SI smo izvedli en niz iskanja in pri tem uporabili ključne pojme, kot so pacienti, video nadzor in Boolov operater IN. V pregled literature smo vključili tudi en niz pregleda Obzornika zdravstvene nege s ključnimi besedami, kot sta pacient in video nadzor. Zadetkov v podatkovnih bazah COBIB.SI in Obzorniku zdravstvene nege nismo našli.

Raziskavi smo za večjo težo dokazov dodali tudi tako imenovano sivo literaturo, med katero smo vključili mnenja strokovnjakov s področja varnosti in uporabe videonadzora v zdravstvenem varstvu.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Vključitveni kriteriji so bili: članki iz leta 2013 in novejši, dostopno celotno besedilo in recenzirane publikacije. Zadetke iz podatkovnih baz smo pregledali v več krogih: najprej smo natančno pregledali naslove; če se glede na naslov nismo mogli odločiti za vključitev oziroma izključitev, smo pregledali še izvleček. V drugem pregledu smo natančno prebrali izvleček, v tretjem pa smo članke prebrali in jih ocenili glede primernosti za vključitev v pregled literature. Pregled literature smo prikazali shematsko in tabelarično. Shematsko je pregled literature prikazan s PRISMA-diagramom, (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) (Page, et al., 2021), tabelarični prikaz pa vsebuje: število dobljenih zadetkov, število pregledanih

raziskav in število izbranih zadetkov (tabela 1).

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
CINAHL	patient AND video monitoring AND safety	48	2
ProQuest	patient AND video monitoring AND safety	4,706	4
PubMed	patient AND video monitoring AND safety	370	4
Cobiss	patient AND video monitoring AND safety	91	1
Obzornik zdravstvene nege	pacient, video nadzor	0	/
COBIB.BI	pacient IN video nadzor	0	/
Siva literatura	/	/	2
SKUPAJ		5,215	11

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Glede na tematsko ujemanje in dostopnost člankov v določenem časovnem obdobju smo našli ustrezne strokovne članke za raziskovalno delo. Vso strokovno literaturo, vključeno v končni pregled, smo večkrat skrbno prebrali in naredili kvalitativno vsebinsko analizo po Vogrincu (2008). Osrednji del raziskovalnega dela je predstavljal proces kodiranja. Uporabili smo odprto kodiranje, kjer smo najprej določili kode, ki so ustrezale pojmom in vsebini, za katere smo ugotovili, da so povezane z našo temo raziskovanja. Posamezne pomensko podobne kode smo v nadaljevanju združili v podkategorije in kategorije. V zaključku smo glede na definirane kategorije interpretirali svoje ugotovitve (tabela 3).

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Izbor literature je temeljil na dostopnosti in vsebinski ustreznosti. V raziskavo smo uvrstili le pregledno literaturo, ki obravnava implementacijo videonadzora v bolnišnično okolje in posledične prednosti in slabosti tega. V končni pregled je bilo brez sive literature uvrščenih 11 raziskav, ki smo jih razvrstili po hierarhiji dokazov, kot sta jo opredelila Polit in Beck (2021) (tabela 2).

Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu

Hierarhija dokazov	Razvrstitev izbranih zadetkov glede na hierarhijo dokazov
Nivo 1 Sistematični pregledi/metaanalize randomiziranih kliničnih raziskav	n = 0
Nivo 2 Posamezne randomizirane klinične raziskave	n = 0
Nivo 3 Nerandomizirane klinične raziskave (kvazi-eksperiment)	n = 0
Nivo 4 Sistematični pregledi neeksperimentalnih (opazovalnih) raziskav	n = 0
Nivo 5 Neeksperimentalne/opazovalne raziskave	n = 7
Nivo 6 Sistematični pregledi /metasinteze kvalitativnih raziskav	n = 0
Nivo 7 Kvalitativne/opisne raziskave	n = 1
Nivo 8 Neraziskovalni viri (mnenja avtorjev itd.)	n = 3

(Polit & Beck, 2021)

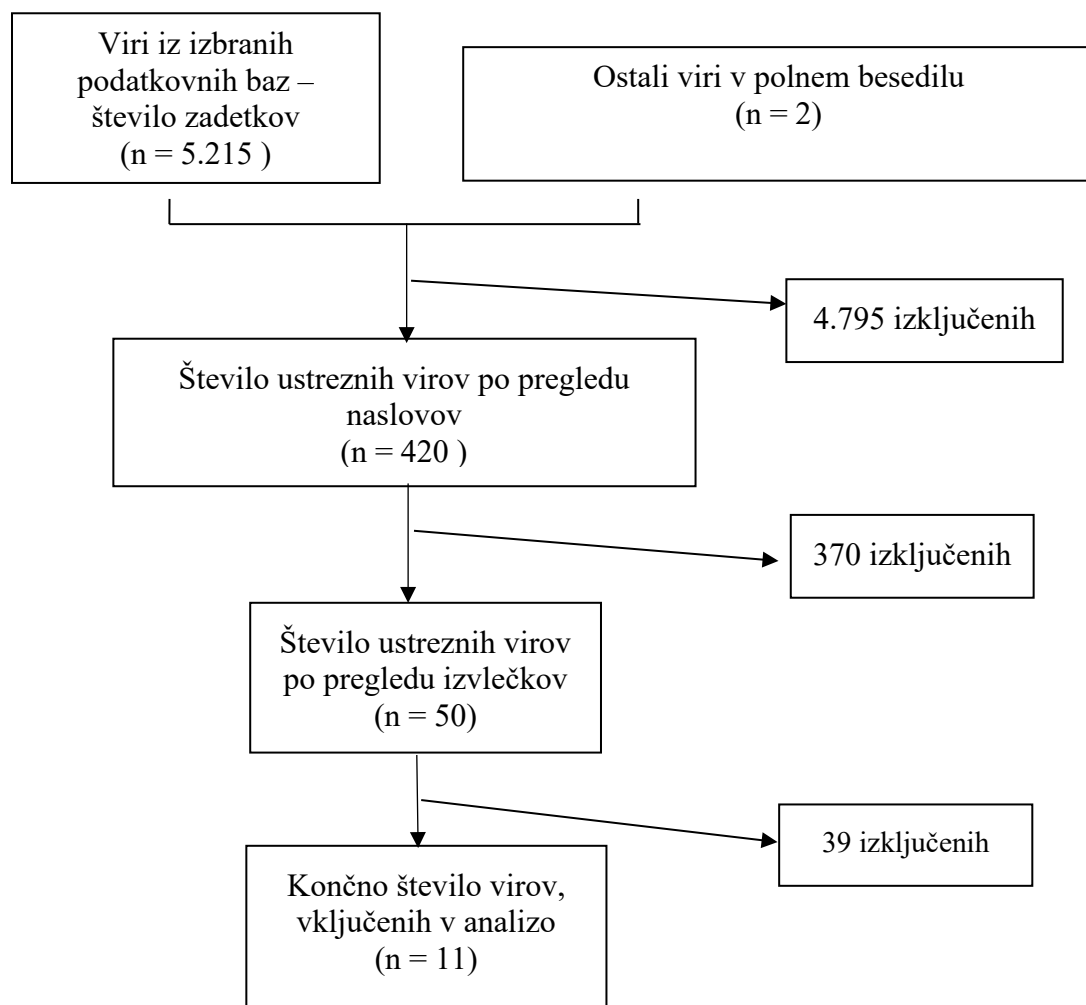
2.4 REZULTATI

V nadaljevanju smo rezultate predstavili shematsko in vsebinsko.

2.4.1 PRISMA-diagram

Potek pridobivanja ustreznih člankov za našo raziskavo smo prikazali na sliki 1, kjer smo uporabili PRISMA-diagram. Ta predstavlja sklop predpostavk, ki temeljijo na dokazih (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Page, et al., 2021). V PRISMA-diagramu sta prikazana izključevanje posameznih člankov in postopek, ki nam je omogočil priti do končnega števila člankov, ki so bili glede na namen in cilj diplomskega dela primerni za končno analizo. Z opredeljenimi ključnimi besedami in njihovo kombinacijo ter glede na omejitvene kriterije smo pridobili 5.215 zadetkov v polnem besedilu. V naslednjem koraku smo izključili 4.795 virov zaradi neustreznosti vsebine, po natančnem pregledu izvlečkov smo izključili 370 virov, po pregledu ustreznih

virov smo izključili še 39 virov. Tako smo pridobili 11 virov, ki so ustrezali za končno analizo.



Slika 1: PRISMA-diagram

(Page, et al., 2021)

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V tabeli 3 smo predstavili ključna spoznanja raziskav, ki smo jih izbrali za pregled literature. Članki so razvrščeni tudi glede na avtorja, leto objave, uporabljeno metodologijo, namen raziskave in vzorec.

Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Namen raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Abbe & O'Keefe	2021	Neeksperimentalna raziskava	Raziskati vpliv videonadzora na zmanjšanje finančnih stroškov zaposlenih	Velik akademski center na pacifiškem severozahodu, ZDA	Izvajanje neprekinjenega videonadzora je zmanjšalo stroške, izboljšalo razporejanje virov in povečalo zadovoljstvo zdravstvenih delavcev in družin pacientov. Program neprekinjenega videonadzora je zdaj del njihove varnostne kulture. Uvajanje sistemov za videonadzor in uvajanje tehnologije sta lahko zastrašujoča, zato je pomembno širjenje najboljših praks in standardov za videonadzor.
Bradley	2016	Mnenje avtorja	Raziskati algoritem uporabe videonadzora v zdravstvenem varstvu	Ochsnerjev medicinski center Westbank, ZDA	Oddaljeni videonadzor ni rešitev za preprečevanje padcev pacientov, vendar je dodatno orodje, ki ga lahko uporabimo za preprečevanje padcev. Uporaba te nove tehnologije v povezavi z drugimi ukrepi, ki so že pokazali učinkovitost pri zmanjševanju

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Namen raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
					padcev pacientov, bi lahko obetavno prispevala k izboljšanju izidov padcev pacientov in zmanjšanju stroškov za izvajalce zdravstvene nege.
Cournan, et al.	2018	Neeksperimentalna raziskava	Raziskati vpliv videonadzora na število padcev v bolnišnici	115 pacientov rehabilitacijske bolnišnice v ZDA	Sistem videonadzora omogoča, da se pacienti, ki so ogroženi zaradi padcev, spremljajo z oddaljenega mesta. V obdobju 21 mesecev pred uvedbo sistema videonadzora je bila povprečna stopnja padcev v celotni bolnišnici 6,34 padca na 1.000 oskrbnih dni. Po enem letu uporabe se je povprečje zmanjšalo na 5.099. Prišlo je do pomembnih prihrankov finančnih stroškov. Videonadzor lahko izboljša varnost pacientov z zmanjšanjem padcev ter zmanjšanjem stroškov za nadzor s strani izvajalcev zdravstvene nege.
Dašić, et al.	2017	Mnenje avtorjev	Raziskati pregled obstoječih tehnologij nadzora	Obstoječe tehnologije nadzora v	Varnost pacientov, zaposlenih v

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Namen raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
			v oblaku, ki se jih lahko uporabi za izboljšanje varnosti pacientov.	oblaku, Srbija	zdravstvu in obiskovalcev je naraščajoč problem, ki ga je mogoče izboljšati z uporabo visokokakovostnih centraliziranih sistemov za nadzor. Visokokakovostni centralizirani sistemi za nadzor omogočajo zdravstvenim delavcem prihranek časa. Potrebno je več prizadevanj za avtomatizacijo inteligentne analize podatkov, saj količina podatkov presega trenutne zmogljivosti programske in strojne opreme.
Hogan Quigley, et al.	2022	Neeksperimentalna raziskava	Raziskati vpliv uporabe video nadzora za zmanjšanje števila padcev in finančnih stroškov	244-posteljna bolnišnica, ZDA	Uvedba stalnega videonadzora z virtualnimi spremljevalci je prikazala 14 % upad stopenj padcev in 6 % odstotno zmanjšanje stopenj poškodb zaradi padcev z relativno majhnimi stroški. Z uvedbo videonadzora so se zmanjšali stroški (v primerjavi s prakso, kjer je bila ena medicinska

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Namen raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
					sestra oz. spremljevalka zadolžena za enega pacienta), stopnje padcev in stopnje poškodb zaradi padcev.
Klymko, et al.	2016	Kvalitativna raziskava	Raziskati vpliv uporabe videonadzora na zmanjšanje števila padcev	34 udeležencev razdeljenih v fokusne skupine, ZDA	Ugotovitve iz te raziskave dopolnjujejo obstoječe znanje, ki se lahko uporabi za razvoj in izboljšanje intervencij z uporabo videonadzora za preprečevanje padcev. Čeprav lahko nova tehnologija izboljša razumevanje vedenja, ki vodi do padcev, so potrebne nadaljnje raziskave za podporo metod videonadzora.
Kowalski, et al.	2018	Neeksperimentalna raziskava	Raziskati vpliv videonadzora na zmanjšanje finančnih stroškov zaposlenih	Strokovni in znanstveni članki, objavljeni med letoma 2008 in 2018, ki obravnavajo iskanje tehnologij za zmanjševanje padcev, vključno z videonadzorom, ZDA	Z uporabo videonadzornih kamer se je zmanjšala uporaba spremljevalcev (ena medicinska sestra ob pacientu, 1:1), zmanjšala se je stopnja padcev, število poškodb zaradi padcev, povrnitev naložbe pa je bila hitra. Implementacija tehnologije videonadzora ima potencial za izboljšanje prakse

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Namen raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
					zdravstvene nege z izboljšano varnostjo. Izboljšanje varnosti pacientov lahko izboljša zadovoljstvo pacientov.
Quigley, et al.	2020	Neeksperimentalna raziskava	Raziskati vpliv videonadzora pri prepoznavi agresivnih/nasilnih vedenj pacientov	73 bolnišnic ZDA	Videonadzor je učinkovita metoda za spremljanje, prepoznavo in analizo agresije pacientov do zdravstvenih delavcev, s čimer se povečuje varnost pacientov in zdravstvenih delavcev. Videonadzor kot orodje v rokah izvajalcev zdravstvene nege je učinkovit pri povečevanju varnosti tako pacientov kot zaposlenih in bi ga bilo treba razširiti v zdravstvene ustanove.
Spano-Szekely, et al.	2019	Neeksperimentalna raziskava	Raziskati vpliv individualiziranega programa za preprečevanje padcev	Splošna bolnišnica z 254 posteljami, ZDA	Bolnišnica je postavila preprečevanje padcev kot prednostno nalogo pri varnosti pacientov, trenutni program za obvladovanje padcev ni bil učinkovit. Implementiran je bil nov program

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Namen raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
					<p>obvladovanja padcev. Intervencije so vključevale oceno mobilnosti, obhode izvajalcev zdravstvene nege in videonadzor za paciente z visokim tveganjem za padec. Stopnja padcev se je znižala s 3,14/1.000 oskrbnih dni na 1,14. Avtorji poudarjajo 72 % zmanjšanje stroškov na podlagi zmanjšanja števila zdravstvenih delavcev za izvajanje nadzora nad pacienti, ki so bili ogroženi za padec v bolnišnici.</p>
Stolovy, et al.	2015	Mnenje avtorja	Diskusija o etničnih pomislekih glede uporabe videonadzora v psihiatričnih bolnišnicah	Center za duševno zdravje Lev Hasharon, Izrael	Izkušnja, ki temelji na stalnih poročilih zdravstvenih delavcev in varuha človekovih pravic, kaže, da videonadzor zelo dobro služi izboljšanju kakovosti in varnosti v bolnišnicah. Zdravstveni delavci in pacienti dojemajo videonadzor pozitivno.

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Namen raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
					<p>Uporaba videonadzora ni sprožila paranoidnih simptomov, ravno nasprotno, pacienti ga dojemajo kot zaščito in prosili so celo za ogled gradiva, ki jih vključuje. V današnjem času, ko postajajo kamere vse bolj običajne, se zdi razumno in potrebno nadzirati psihiatrične bolnišnice. Kljub temu ob upoštevanju ranljivosti pacientov in njihove zmanjšane sposobnosti za dajanje soglasja priporočamo, da se pacientom pove o videonadzoru v njihovi okolici in pojasni razlog zanj. To lahko zagotovi ravnotežje med nadzorom in spoštovanjem avtonomije pacientov.</p>
Woltsche, et al.	2022	Neeksperimentalna raziskava	Raziskati vpliv nočnega videonadzora kot dodatne strategije za preprečevanje padcev pri visoko ogroženih pacientih v kliničnih oddelkih	Trije klinični oddelki v dveh terciarnih bolnišnicah, Avstralija	Rezultati raziskave kažejo na zmanjšanje števila padcev pacientov v nočnem času. Rezultati ankete med zdravstvenimi delavci so

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Namen raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
					<p>pokazali podporo uporabe videonadzora v nočnem času. Videonadzor so jasno uveljavili kot preventivno strategijo za preprečevanje padcev. Uporaba videonadzora je privedla do zmanjšanja števila padcev na treh različnih oddelkih in celotnega zmanjšanja števila padcev. Zdravstvenim ustanovam zagotavlja nizkocenovno dodatno strategijo za preprečevanje padcev pri pacientih z visokim tveganjem za padce.</p>

V tabeli 4 smo prikazali kategorije, kode in podatke o avtorjih določenih kategorij. Prepoznali smo 25 kod, ki smo jih glede na medsebojno povezanost razvrstili v 4 kategorije: prednosti uporabe videonadzora; slabosti uporabe videonadzora; etični pomisleki pri uporabi videonadzora v bolnišnicah in ovire pri vzpostavitvi videonadzora.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
K1: Prednosti uporabe videonadzora	Stalen nadzor – povečanje varnosti za paciente – povečanje varnosti za zaposlene – vpliv na zmanjšanje števila padcev v bolnišnicah – hitrejša prepoznavna agresivnih vedenj –	Abbe & O'Keeffe, 2021; Allen, et al., 2023; Courman, et al., 2018; Dašić, et al., 2017; Kowalski, et al., 2018;

Kategorija	Kode	Avtorji
	hitrejša prepoznav nasilnih vedenj – zmanjšanje finančnih stroškov – povečuje občutek varnosti – manj moteč za paciente kot stalna prisotnost zdravstvenih delavcev v sobah	Quigley, et al., 2019; Stolovy, et al., 2015.
K2: Slabosti uporabe videonadzora	Nejasni sistemski ukrepi za implementacijo – vznemirjenost pacienta – izkrivljen pogled na realnost – prikaz upočasnen – težave s povezljivostjo	Bradley, 2016; Klymko, et al., 2016; Stolovy, et al., 2015; Woltsche, et al., 2022.
K3: Etični pomisleki pri uporabi videonadzora v bolnišnicah	Avtonomija pacienta – zasebnost pacientov – varnost pacientov – kraja podatkov – varnost podatkov – spoštovanje standardov – kršenje zasebnosti	Dašić, et al., 2017; Stolovy, et al., 2015.
K4: Ovire pri vzpostavitvi videonadzora	Okoljski dejavniki – primanjkovanje prostora – zavzamejo veliko prostora – primanjkovanje dokazov o učinkovitosti videonadzora – nepripravljenost sodelovanja zaposlenih	Abbe & O'Keeffe, 2021; Klymko, et al., 2016; Woltsche, et al., 2022.

2.5 RAZPRAVA

Videonadzor je dodatno orodje za povečanje varnosti pacientov v bolnišničnem okolju iz več razlogov. Prvič, omogoča neprekinjeno spremljanje pacientov, kar zmanjšuje tveganje za nasilno ali agresivno vedenje. To je še posebej pomembno na oddelkih za intenzivno nego in v primerih pacientov s težavami v duševnem zdravju. Drugič, videonadzor pomaga preprečevati kraje in povzročanje škode znotraj bolnišnice, s čimer zmanjšuje finančne izgube za zdravstveno ustanovo. Nazadnje pa omogoča hiter odziv na nujne primere in izboljšuje varnost pacientov, kar vodi do večjega zadovoljstva pacientov, njihovih družin in izvajalcev zdravstvene nege. Ugotavljamo, da tehnologija videonadzora v regiji srednjega zahoda in na področju Združenih držav Amerike postaja vse bolj priljubljen pojav, v Sloveniji pa je ta tematika še slabo raziskana. V skladu s tem smo si v zaključnem delu zastavili cilj raziskati prispevek uporabe videonadzora k varnosti pacientov in procesov dela v bolnišnici ter raziskati dileme pri uporabi videonadzora v bolnišnici.

Pri prvem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, kakšen je prispevek uporabe videonadzora v bolnišničnem okolju k varnosti pacientov in procesom dela v bolnišnici. Varnost pacientov je izziv zdravstvenega varstva, ki ga je mogoče izboljšati z uporabo visokokakovostnih centraliziranih sistemov za nadzor. Visokokakovostni centralizirani sistemi za nadzor omogočajo zdravstvenim delavcem prihranek časa, pacientom pa omogočajo večjo varnost ter z zmanjševanjem neželenih dogodkov povečujejo kakovost obravnave v zdravstvenem varstvu (Dašić, et al., 2017).

Za varnost pacientov v njihovih sobah v kliničnih enotah so odgovorni izvajalci zdravstvene nege. Že desetletja se medicinske sestre zanašajo na tradicionalne metode nadzora, da bi proaktivno izpolnjevale potrebe pacientov: urni obhod, klicne luči, ki jih aktivirajo pacienti, in alarmi, ki se sprožijo zaradi gibanja. V dobi digitalizacije so te metode dopolnile kamere. Neprekinjeno 24-urno spremljanje prek videonadzora je pri zmanjševanju padcev učinkovitejše od spremljevalcev, posteljnih alarmov in namenskih obhodov. Stalno opazovanje in individualizirana interakcija s pacientom povečujeta breme zdravstvenih delavcev in njihovo odzivanje na alarme pacientov, ki so pogosto sproženi nenamerno ali pa brez utemeljenega razloga. To prav tako vodi v preobremenjenost in utrujenost zdravstvenih delavcev (Quigley, et al., 2020).

Kot prednosti implementacije videonadzora v klinična okolja najpogosteje izpostavljajo vpliv na zmanjševanje števila padcev v bolnišničnem okolju. Woltshe in sodelavci (2022) v svoji raziskavi ugotavljajo zmanjšanje števila padcev v nočnem času na oddelkih, kjer je bil implementiran videonadzor. Hogan Quigley in sodelavci (2022) ob implementaciji videonadzora ugotavljajo 14 % upad števila padcev in 6 % zmanjšanje števila hudih poškodb, ki jih pacienti utrpijo ob padcu. Tudi Spano-Szekely in sodelavci (2019) so ugotovili, da so s popolnim izvajanjem programa za preprečevanje padcev in dodatnim videonadzorom na bolnišničnih medicinsko-kirurških oddelkih zmanjšali število padcev za 54 %, in sicer z 2,51 padca na 1.000 pacientovih dni v poslovnem letu 2014 na 1,15 padca na 1.000 pacientovih dni v zadnji polovici leta 2016 in prvi polovici leta 2017. Enake ugotovitve navajajo Cournan in sodelavci (2018), ki v raziskavi ugotavljajo, da se je po implementaciji videonadzora število padcev na področju rehabilitacijske medicine znižalo s 6,34 padca na 1.000 oskrbnih dni na 5,09 padca na 1.000 oskrbnih dni. Oddaljeni

videonadzor ni rešitev za preprečevanje padcev pacientov, vendar je dodatno orodje, ki ga lahko uporabimo za preprečevanje padcev. Uporaba nove tehnologije, kot je videonadzor, je v povezavi z drugimi ukrepi za preprečevanje padcev dodatno prispevala k zmanjšanju padcev pacientov (Bradley, 2016).

Ko govorimo o prednostih uporabe videonadzora, avtorji izpostavljajo nizke vhodne stroške implementacije videonadzora v klinična okolja in njihov velik finančni prihranek za zdravstvene organizacije. Pri vzporednem nadzoru nekateri avtorji navajajo spremljanje celo do 12 pacientov na enega zaposlenega v zdravstveni negi (Stolovy, et al., 2015). V ZDA so »spremljevalke« pacientov v bolnišničnem okolju znane tudi kot medicinske sestre za paciente ali medicinske sestre za zdravstveno nego pacientov (angl. Patient Care Advocates ali Patient Advocates). Spremljevalke so običajno zaposlene v bolnišnicah za neposredno opazovanje enega do dveh pacientov, da se prepreči padec ali poškodba pacientov. Spremljevalke so vir, ki ga pogosto ni enostavno zagotoviti, saj je težko napovedati, kdaj bodo potrebne (Kowalski, et al., 2018). Nekateri avtorji so menja, da je ravno praksa tako imenovanih »spremljevalk«, ki so predvsem v zahodnem svetu izvajale nadzor nad pacienti z visoko ogroženostjo za padec, povod za pospešeno implementacijo videonadzora v klinična okolja. Spremljanje pacienta po tako imenovanem modelu ena na ena je finančno močno bremenilo proračun zdravstvenih organizacij. Z uporabo videonadzora so v le dveh ameriških bolnišnicah z nadomeščanjem tako imenovanih »spremljevalk« prišli do trimilijonskih letnih prihrankov (Spano-Szekely, et al., 2019). Z uporabo videonadzora se je zmanjšala potreba po spremljevalkah, zmanjšala se je stopnja padcev pacientov, zmanjšalo se je število poškodb zaradi padcev, povrnitev naložbe je bila hitra in izogibanje stroškom spremljevalk je bilo precejšnje. Nobeno poročilo ne kaže na obžalovanje zaradi sprejetja sistema. Videonadzorni sistem, ki ga uporablja zdravstveni sistem, je bil predstavljen na nacionalni konferenci. Ta poseg je bil zasnovan kot projekt izboljšanja kakovosti. Implementacija tehnologije videonadzora ima potencial za izboljšanje prakse zdravstvene nege z izboljšano varnostjo. Izboljšanje varnosti pacientov lahko izboljša zadovoljstvo pacientov in poveča zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege. Uporaba kliničnih podatkov tega projekta je lahko koristen načrt za druge pri spodbujanju inovacij z uporabo kliničnih dokazov (Kowalski, et al., 2018).

Agresivno vedenje pacientov in nasilje nad člani zdravstvenega tima in drugimi pacienti predstavlja resen problem na oddelkih pod posebnim nadzorom. Pacientovo agresivno vedenje lahko vpliva na fizično in psihično zdravje zdravstvenih delavcev, strah, prisoten v ozračju potencialne nevarnosti, pa lahko spodkopava zdravstveno oskrbo pacientov. Pacienti, ki izkazujejo ali usmerjajo agresivno vedenje proti sebi, drugim ali svoji okolici, so pogosto izpostavljeni različnim restriktivnim metodam, kot so omejitve gibanja znotraj enega prostora, fizično in mehanično oviranje ter prisilna medikamentozna terapija, vendar implementacija teh metod še izdatneje poveča stres in napetost na oddelku, pri pacientih in zaposlenih pa lahko povzroči hude telesne poškodbe in posttravmatski stres (Doedens, et al., 2020).

Videonadzor je učinkovita metoda za spremljanje, prepoznavo in analizo agresije in nasilja pacientov do zdravstvenih delavcev in obratno, s čimer se povečuje varnost tako pacientov kot zdravstvenih delavcev. Nasilje v psihiatričnih ustanovah je resna skrb za vse vpletene osebe, ne glede na to, ali je usmerjeno na osebje s strani pacientov, poteka med pacienti ali od osebja do pacientov. Iz tega razloga je videonadzor pogosto namenjen preprečevanju, prepoznavanju ali dokumentiranju nasilnih incidentov, spolnih napadov, tatvin in drugega neželenega vedenja. Vendar pa so vidiki varnosti, za katere se je pričakovalo, da jih bo videonadzor izboljšal (npr. preprečevanje nasilja ali samopoškodb in hitrejše posredovanje osebja), med raziskavami različni in so pogosto nedefinirani (Quigley, et al., 2020).

Empirični podatki so pokazali, da videonadzor pomaga ustvariti občutek varnosti pri pacientih in zdravstvenih delavcih. Večina se ob prisotnosti videonadzora počuti bolj varno saj večina pacientov meni, da videonadzor povečuje varnost pacientov in obiskovalcev na oddelku. Vendar ni bilo pridobljenih dokazov, da videonadzor – razen povečanega občutka varnosti – poveča objektivno varnost. Avtorji zaključujejo, da ni zadostnih dokazov, ki bi potrjevali uporabo videonadzora in zmanjšanja nasilnih dogodkov na psihiatričnih oddelkih (Stolovy, et al., 2015).

Pri drugem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, kakšne so dileme pri uporabi videonadzora v bolnišnici.

Zasebnost lahko razumemo kot moralno pravico, ki izhaja iz načela avtonomije, to je do avtonomnega nadzora nad širjenjem informacij o sebi. Evropska konvencija o človekovih pravicah navaja, da ima vsak človek pravico do zasebnega življenja. Zasebnost je sestavni del ohranjanja lastne samopodobe in občutka identitete.

Uporaba videonadzora v bolnišnicah sproža številne dileme in etična vprašanja. Glavni izzivi in dileme, povezane z uporabo videonadzora v bolnišnicah, so zasebnost in varstvo podatkov, soglasje pacientov, etična vprašanja o sprejemljivosti nadzorovanja pacientov brez njihovega soglasja ter kako uporaba videonadzora vpliva na njihovo dostojanstvo. Proučiti je treba tudi, kako zanesljiv je videonadzorni sistem, kakšne so omejitve tehničnih naprav, kdo nadzira uporabo videonadzora ter kako se prepreči zloraba tega orodja, kdo ima dostop do posnetkov, ali prisotnost kamer vpliva na obnašanje pacientov ter kakšen je zakonodajni okvir, ki ureja uporabo videonadzora v bolnišnicah (Abbe & O'Keeffe, 2021).

Po mnenju avtorja Stolovy in sodelavcev (2015) v izraelskih psihiatričnih bolnišnicah ugotavljajo ravno nasprotno. Njihove izkušnje na podlagi poročil varuha človekovih pravic kažejo, da je videonadzor tako s strani pacientov kot izvajalcev zdravstvene nege sprejet pozitivno. Omenjeni avtorji ugotavljajo, da tako zdravstveni delavci kot pacienti videonadzor sprejemajo pozitivno zaradi njegovega vpliva na varnost vseh deležnikov v psihiatričnih bolnišnicah. Zanikajo tudi, da bi prisotnost kamer na psihiatričnih oddelkih sprožala preganjalne občutke oz. blodnje.

V svetu, povezanem prek interneta, so nevarnosti za zasebne podatke številne, saj lahko izvirajo od zaposlenih, pacientov, sorodnikov ali tretjih oseb, ki lahko poskušajo spreminjati, poškodovati ali razkriti podatke, da vplivajo na njihovo integriteto ali zasebnost. Bolnišnice morajo zagotoviti, da se standardi iz pravilnikov o zasebnosti pacientov upoštevajo s strani vseh zaposlenih v bolnišnici, kot tudi organizacij in izvajalcev, ki obdelujejo podatke bolnišnice. To je še posebej pomembno, ko se podatki obdelujejo in shranjujejo zunaj bolnišnice. Standardi za zaščito teh podatkov bi morali biti vključeni v pogodbe tako za zdravstvene delavce kot za pogodbene organizacije, da

se prepreči kršitve sporazuma (Dašić, et al., 2017).

Ministrstvo za socialne zadeve nemške pokrajine Severnega Porenja-Vestfalije je s sklepom odobrilo videonadzor na psihiatričnih oddelkih, zlasti pri pacientih, ki predstavljajo nevarnost zase ali za druge. To odločitev so utemeljili s povečano varnostjo v bolnišnici in razbremenitvijo zdravstvenih delavcev. Množična politična, pravna, etična in strokovna kritika tega sklepa je najprej privedla do njegove spremembe, nato pa, po močnih protestih, tudi od združenj svojcev in prizadetih, novembra 2011 do zakonske prepovedi videonadzora v psihiatričnih klinikah. Argumenti, ki so jih navedli, vključujejo dejstvo, da prisilni ukrepi sledijo kurativnim ciljem in so omejeni na kratkotrajna okna, zato se zdravstvene delavce lahko razbremeni z neprekinjenim nadzorom, ter da je psihopatologija pogosto zaznamovana s paranoidnimi simptomi, ki se lahko poslabšajo zaradi prisotnosti kamer. Strokovnjaki za psihiatrijo občasno v razpravi sicer označujejo videonadzor v psihiatriji za splošno neproduktiven, vendar obstajajo močni argumenti proti popolni prepovedi. V vsakodnevni praksi zdravljenja ni res, da bi pacienti, ki so močno vznemirjeni ali je pri njih prisotna preobremenjenost z dražljaji, želeli stalno prisotnost druge osebe. Mnogi pacienti so izrazili željo po zmanjšanju dražljajev v stanju vznemirjenosti, nekateri pa so se preprosto želeli umakniti v prostor, kjer bi bili sami. Tudi pacienti, pri katerih so izvajalci zdravstvene nege uporabili posebne varovalne ukrepe in jih fizično ovirali, so izrazili željo po tem, da bi bili v prostoru sami. Poleg tega so znane situacije, ko je individualna oskrba, povezana s povečano prisotnostjo zdravstvenih delavcev, povzročila eskalacijo agresije ali pa se je izkazalo, da je neprestana prisotnost zaposlenih v zdravstveni negi moteč dejavnik, ki negativno vpliva na počutje pacienta. Upoštevati je treba, da se fizično oviranje kot izključno sredstvo za omejevanje agresivnega in samomorilnega vedenja ne šteje vedno kot etična metoda. V smislu načela sorazmernosti in stopnjevanje reakcije, pa tudi upoštevanja pacientovih preferenc je treba zagotoviti druge, manj invazivne ukrepe. Predvsem pa je treba upoštevati varstvo podatkov, potrebni so zakonodajni temelji in izdelane klinične poti za pravno varnost videonadzora. Ti bi morali zagotoviti jasnost glede indikacij in obsega videonadzora, zagotavljanje obveščanja pacientov, oceno sorazmernosti, urejanje ali prepoved shranjevanja slik, da bi zagotovili pravno varnost za paciente, njihove svojce ter zaposlene v psihiatričnih bolnišnicah in oddelkih. Videonadzor lahko največkrat

predstavlja le enega od gradnikov celotne obravnave. Če je obravnava pacientu prijazna in usmerjena ter se tehnični nadzorni ukrepi ustrezno uporabljajo, obstaja močan argument proti splošni prepovedi in malo argumentov proti uporabi teh možnosti (Frank, 2013).

Ravno nasprotnega mnenja glede obravnave pacientov v psihiatričnih ustanovah pa je še vedno veliko število strokovnjakov, ki menijo, da videonadzor ni le neprimeren za dosego želenega cilja, temveč je celo neproduktiven. Ljudje, ki potrebujejo psihiatrično zdravljenje, doživljajo hude in akutne krize ter motnje v zvezi s seboj in drugimi. Med pogoste simptome spadajo občutki ogroženosti, blodnje, nezaupanje in paranoični strahovi. Prizadeti pacienti potrebujejo okvirne pogoje in osebno pozornost, ki jim pomagajo, da se počutijo bolj varne in ponovno pridobijo zaupanje. Videonadzor pa okrepi občutek nemoči in izpostavljenosti. Kot manj invazivna možnost v skladu z mnenjem strokovnjakov prihaja v poštev t. i. prisotnost spremljevalca. Prav v izjemnih situacijah je potrebna osebna oskrba, da je mogoče kadarkoli oceniti stanje fizično oviranega pacienta. Izvajalci zdravstvene nege morajo biti neprekinjeno na voljo kot sogovorniki in za hitro posredovanje v primeru nevarnosti, na primer namernega ali nenamernega agresivnega vedenja. Pri izoliranih pacientih je lahko manj invazivna rešitev okno v bolniško sobo. Nadzora 24 ur na dan na ta način ni mogoče zagotoviti, vendar morda ni potreben pri vsakem pacientu iz terapevtskih razlogov (Zu Hoene, 2013).

2.5.1 Omejitve raziskave

V pregledu literature smo želeli predstaviti prednosti in slabosti ter posledične (ne)varnosti uporabe videonadzora za paciente, ki je po mnenju nekaterih avtorjev etično in moralno sporna. Omejitev pregleda literature je dejstvo, da smo v pregled vključili večinoma le članke in raziskave v angleškem jeziku, s čimer smo potencialno izključili ustrezno literaturo in raziskave v drugih jezikih. Ugotovili smo, da v slovenskem prostoru kronično primanjkuje člankov in raziskav na to temo, saj smo v pregled lahko vključili le dva slovenska članka. V prihodnosti bo treba več pozornosti nameniti raziskovanju in pisanju člankov o videonadzoru kot potencialno učinkoviti metodi za izboljšanje varnosti pacientov.

Poleg omejitev glede jezikovne raznolikosti literature smo se soočili tudi s problemom raznolikosti virov in metodologij v vključenih raziskavah. Nekatere raziskave so bile izvedene v kliničnih okoljih, medtem ko so druge obravnavale zgolj teoretične vidike. Prav tako je bila opazna pomanjkljivost v dolgoročnih spremljanjih učinkov videonadzora na paciente, kar bi lahko prineslo dodatno razumevanje dolgoročnih posledic te tehnologije na pacientovo dobrobit. Kljub tem omejitvam pa se zdi, da je videonadzor lahko koristen pripomoček pri zagotavljanju varnosti pacientov, vendar je nujno, da se pri njegovi uporabi upošteva etične smernice in pacientove pravice do zasebnosti.

2.5.2 Prispevek za prakso in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Ugotovitve bi lahko pripomogle k boljšemu razumevanju potencialnih prednosti ali slabosti uporabe videonadzora. Razvoj smernic in politik za uporabo videonadzora v slovenskih bolnišnicah bi lahko zagotovil jasna pravila in etične smernice ter prispeval k zaščiti pacientovih pravic. Raziskave bi lahko proučile stališča slovenskih pacientov do videonadzora v bolnišničnem okolju, vključno s tem, ali želijo imeti možnost izbire glede uporabe videonadzora med svojim bivanjem v bolnišnici. Nadaljnje raziskave bi se lahko osredotočile na učinkovitost in varnost uporabe videonadzora v slovenskih bolnišnicah, pri čemer bi analizirale rezultate in ocenile morebitne posledice. Primerjave med slovenskimi bolnišnicami in bolnišnicami v drugih državah bi lahko razkrile razlike v pristopih k videonadzoru in njihovih učinkih na varnost pacientov. Raziskave bi lahko vključevale tudi razvoj in preizkušanje novih tehnologij za videonadzor, ki bi bile prilagojene specifičnim potrebam slovenskih bolnišnic. Nenazadnje bi lahko raziskali etična vprašanja, povezana z uporabo videonadzora v slovenskem zdravstvenem sistemu, ter proučile, kako te vidike upoštevati v smernicah in politikah.

3 ZAKLJUČEK

V diplomskem delu smo za raziskovanje uporabili pregled literature. Ugotovili smo, da je uporaba videonadzora v slovenskih bolnišničnih okoljih neraziskana in dokaj dobro raziskana v tujini. Uporaba videonadzora v bolnišnicah ima svoje prednosti in izzive, ki jih je treba natančno premisliti in uravnotežiti. Videonadzor lahko pomaga preprečiti padce, samopoškodovanje in druge neželene dogodke pri pacientih s tem, da zagotavlja dodaten nadzor in zgodnje opozarjanje na potencialne težave, videoposnetki lahko služijo kot pomembno orodje pri preiskavi neželenih dogodkov ter pri oceni pacientovega stanja in stopnje pacientove potrebe po zdravstveni negi. Uporaba videonadzora zdravstvenim delavcem omogoča, da se učijo iz situacij v realnem času in izboljšajo svoje veščine pri oskrbi pacientov. Poleg tega bi namesto spremljevalcev, ki spremljajo paciente ena na ena, uporabili videonadzor, kar lahko zmanjša stroške zdravstvene oskrbe oziroma na ravni države prispeva k reševanju krize s kadrom na področju zdravstvene nege, saj bi tako zagotovili dodaten izobražen kader, ki bi razbremenil medicinske sestre. Uporaba videonadzora v bolnišnicah pa sproža številne dileme in etična vprašanja, kot so zasebnost in varstvo podatkov, soglasje pacientov, vprašanje sprejemljivosti nadzorovanja pacientov brez njihovega soglasja in vpliv na njihovo dostojanstvo. Kljub temu se zdi, da obstaja potencial za izboljšanje prakse zdravstvene nege in zagotavljanje večje varnosti pacientov ob ustrezni uporabi tehnologije videonadzora. Treba pa je skrbno premisliti o vseh vidikih in zagotoviti, da se uporaba te tehnologije izvaja v skladu s strokovnimi standardi, etičnimi smernicami ter zakonodajo, ki ureja to področje. V prihodnosti bo pomembno nadaljevati raziskave in razvoj na področju videonadzora v bolnišničnem okolju, da se lahko izboljša varnost pacientov in optimizira uporaba te tehnologije v korist vseh vpletenih strani.

4 LITERATURA

Abbe, J.R. & O'Keeffe, C., 2021. Continuous Video Monitoring: Implementation Strategies for Safe Patient Care and Identified Best Practices. *Journal of Nursing Care Quality*, 36(2), pp. 137-142. 10.1097/NCQ.0000000000000502.

Allen, J.A., Reiter-Palmon, R., Jones, K.J., Sabalka, L., Ciagala, K. & Meens, A., 2023. Nurses' experience implementing an automated video monitoring system to decrease the risk of patient falls during a global pandemic. *Healthcare*, 11(18), p. 2556. 10.3390/healthcare11182556.

Appenzeller, Y.E., Appelbaum, P.S. & Trachsel, M., 2020. Ethical and Practical Issues in Video Surveillance of Psychiatric Units. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 71(5), pp. 480-486. 10.1176/appi.ps.201900397.

Bates, D.W., Levine, D.M., Salmasian, H., Syrowatka, A., Shahian, D.M., Lipsitz, S., Zebrowski, J.P., Myers, L.C., Logan, M.S., Roy, C.G., Iannaccone, C., Frits, M.L., Volk, L.A., Dulgarian, S., Amato, M.G., Edrees, H.H., Sato, L., Folcarelli, P., Einbinder, J.S., Reynolds, M.E. & Mort, E., 2023. The Safety of Inpatient Health Care. *The New England journal of medicine*, 388(2), pp. 142-153. 10.1056/NEJMsa2206117.

Bradley, K., 2016. Remote Video Monitoring: A Novel Approach in Fall Prevention. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 47(11), pp. 484-486. 10.3928/00220124-20161017-04.

Brown, S., 2015. *Keeping watch: Enhancing fall prevention through targeted video surveillance*. [pdf] Available at: <https://www.myamericannurse.com/keeping-watch-enhancing-fall-prevention-targeted-video-surveillance/> [Accessed 12 January 2023].

Burtson, P. & Vento, L., 2015a. Author's Response Regarding »Sitter Reduction Through Mobile Video Monitoring«. *The Journal of nursing administration*, 45(7/8), pp. 363-367. 10.1097/NNA.0000000000000281.

Burtson, P.L. & Vento, L., 2015b. Sitter reduction through mobile video monitoring: A nurse-driven sitter protocol and administrative oversight. *Journal of Nursing Administration*, 45(7/8), pp. 363-369. 10.1097/NNA.0000000000000216.

Campbell, J.I., Eyal, N., Musiimenta, A. & Haberer, J.E., 2016. Ethical Questions in Medical Electronic Adherence Monitoring. *Journal of general internal medicine*, 31(3), pp. 338-342. 10.1007/s11606-015-3502-4.

Cournan, M., Fusco-Gessick, B. & Wright, L., 2018. Improving Patient Safety Through Video Monitoring. *Rehabilitation Nursing*. 43(2), pp. 111-115. 10.1002/rnj.308.

Deandrea, S., Bravi, F., Turati, F., Lucenteforte, E., La Vecchia, C. & Negri, E., 2013. Risk factors for falls in older people in nursing homes and hospitals. A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(3), pp. 407-415. 10.1016/j.archger.2012.12.006.

Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L.L., Latour, C. & de Haan, L., 2020. Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services-A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(4), pp. 446-459. 10.1111/jpm.12586

Dašić, P., Dašić, J. & Crvenković, B., 2017. Improving Patient Safety in Hospitals through Usage of Cloud Supported Video Surveillance. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 5(2), pp. 101-106.

DuPree, E., Fritz-Campiz, A. & Musheno, D., 2014. A new approach to preventing falls with injuries. *Journal of Nursing Care Quality*, 29(2), pp. 99-102. 10.1097/NCQ.0000000000000050.

Frank, U., 2013. Video surveillance in psychiatric hospitals – Pro; Contra [Videoüberwachung in der Psychiatrie – Pro; Kontra] *Psychiatrische Praxis*, 40(3), pp.

117-118. 10.1055/s-0032-1332939.

Hardin, S.R., Dienemann, J., Rudisill, P. & Mills, K.K., 2013. Inpatient fall prevention: Use of in-room webcams. *Journal of Patient Safety*, 9(1), pp. 29-35. 10.1097/pts.0b013e3182753e4f.

Ho, G.J., Liew, S.M., Ng, C.J., Hisham Shunmugam, R. & Glasziou, P., 2016. Development of a Search Strategy for an Evidence Based Retrieval Service. *Public Library of Science*, 11(12), p. e0167170. 10.1371/journal.pone.0167170.

Hogan Quigley, B., Renz, S.M. & Bradway, C., 2022. Fall Prevention and Injury Reduction Utilizing Continuous Video Monitoring: A Quality Improvement Initiative. *Journal of nursing care quality*, 37(2), pp. 123-129. 10.1097/NCQ.0000000000000582.

Jeffers, S., Searcey, P., Boyle, K., Herring, C., Lester, K., Goetz-Smith, H. & Nelson, P., 2013. Centralized video monitoring for patient safety: a Denver Health Lean journey. *Nursing Economics*, 31(6), pp. 297-306.

Klymko, K., Etcher L., Munchiando, J. & Royse, M., 2016. Video Monitoring: A Room with a View, or a Window to Challenges in Falls Prevention Research. *MEDSURG Nursing*, 25(5), pp. 329-333.

Kowalski, S.L., Burson, R., Webber, E. & Freundl, M., 2018. Budgeting for a Video Monitoring System to Reduce Patient Falls and Sitter Costs: A Quality Improvement Project. *Nursing Economics*, 36(6), pp. 291-295.

López-Soto, P.J., Smolensky, M.H., Sackett-Lundeen, L.L., De Giorgi, A., Rodríguez-Borrego, M.A., Manfredini, R., Pelati, C. & Fabbian, F. 2016. Temporal Patterns of In-Hospital Falls of Elderly Patients. *Nursing research*, 65(6), pp. 435-445. 10.1097/NNR.0000000000000184.

Melnik, B.M. & Fineout-Overholt, E., 2019. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Ndoda, K., Fechner, J., Wordekemper, J. & Kniewel, M., 2019. Video Monitoring for Fall Prevention in the Hospital: Current Evidence and Considerations. *Journal of Informatics Nursing*, 4(4), pp. 30-36.

Page, M.J., McKenzie, J.M., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Stewart, L.A., Thomasab, J., Tricco, A.C., Welch, V. A., Whiting, P. & Moher, D., 2021. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 134, pp. 178-189. 10.1016/j.jclinepi.2021.03.001.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2021. *Nursing research: Generating and Assessing evidence for Nursing Practice*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Purvis, S., Kaun, A., McKenna, A., Weber Viste, J. & Fedorov, E., 2018. Outcomes of Clinical Nurse Specialist Practice in the Implementation of Video Monitoring at an Academic Medical Center. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, 32(2), pp. 90-96. 10.1097/NUR.0000000000000356.

Quigley, P.A. & White, S.V., 2013. Hospital-based fall program measurement and improvement in high reliability organizations. *Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2), Manuscript 5. 10.3912/OJIN.Vol18No02Man05.

Quigley, P.A., Votruba, L. & Kaminski, J., 2019. Outcomes of Patient-Engaged Video Surveillance on Falls and Other Adverse Events. *Clinics in geriatric medicine*, 35(2), pp. 253-263. 10.1016/j.cger.2019.01.005.

Quigley, P.A., Votruba, L. & Kaminski, J., 2020. Impact of Patient-Engaged Video Surveillance on Nursing Workforce Safety: Patient Aggression/Violence. *Journal of nursing care quality*, 35(3), pp. 213-219. 10.1097/NCQ.0000000000000450.

Ray Johnson, J., 2017. Clinical Question About the Usage of Video Monitoring for Patient Safety. *Journal of Neuroscience Nursing*, 49(6), pp. 341-343
10.1097/JNN.0000000000000324.

Robida, A., 2013. Zaznavanje kulture varnosti pacientov v slovenskih akutnih splošnih bolnišnicah. *Zdravniški Vestnik*, 82, pp. 648-660.

Sand-Jecklin, K., Johnson J., Tringhese, A., Daniels, C. & White, F. 2019. Video Monitoring for Fall Prevention and Patient Safety: Process Evaluation and Improvement. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(2), pp. 145-150.
10.1097/NCQ.0000000000000355.

Spano-Szekely, L., Winkler, A., Waters, C., Dealmeida, S., Brandt, K., Williamson, M., Blum, C., Gasper, L. & Wright, F., 2019. Individualized Fall Prevention Program in an Acute Care Setting: An Evidence-Based Practice Improvement. *Journal of nursing care quality*, 34(2), pp. 127-132. 10.1097/NCQ.0000000000000344.

Stolovy, T., Melamed, Y. & Afek, A., 2015. Video Surveillance in Mental Health Facilities: Is it Ethical? *The Israel Medical Association journal*, 17(5), pp. 274-276.

Svet Evrope, 1950. *Evropska konvencija o človekovih pravicah*. [pdf] Svet Evrope. Available at: https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_slv [Accessed 11 February 2023].

Veinbergs, V. & Silinš, D., 2018. Video surveillance systems. In: I. Kisnica, ed. *Organisation and individual security*. Riga: Turiba University, pp. 459-478.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. [pdf] Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani. Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/35123064.pdf> [Accessed 20 January 2023].

Votruba, L., Graham, B., Wisinski, J. & Syed, A., 2016. Video Monitoring to Reduce Falls And Patient Companion Costs For Adult Inpatients. *Nursing Economics*, 34(4), pp. 185-189.

Woltsche, R., Mullan, L., Wynter, K. & Rasmussen, B., 2022. Preventing Patient Falls Overnight Using Video Monitoring: A Clinical Evaluation. *International journal of environmental research and public health*, 19(21). 10.3390/ijerph192113735.

Zu Hoene, K., 2013. Video surveillance in psychiatric hospitals – Pro; Contra [Videoüberwachung in der Psychiatrie – Pro; Kontra] *Psychiatrische Praxis*, 40(3), pp. 117-118. 10.1055/s-0032-1332940.