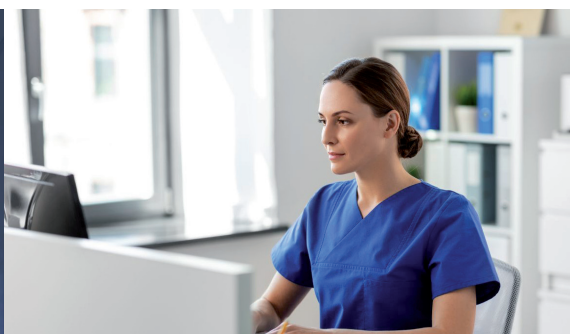




Rzecznik Praw Pacjenta

Monitoring wizyjny w podmiotach lecniczych

NOWY PRZEWODNIK DLA KIEROWNIKÓW
PLACÓWEK MEDYCZNYCH



Warszawa 2023

Monitoring wizyjny w podmiotach lecniczych

NOWY PRZEWODNIK DLA KIEROWNIKÓW
PLACÓWEK MEDYCZNYCH

Redakcja:

Bartłomiej Bojarski
Justyna Faszczka
Róża Imianowska
Jakub Kraszewski
Barbara Kubić-Marlewska
Marta Puścion

Korekta językowa:

Wioleta Wójcik

Konsultacje merytoryczne:

Jakub Adamski
Paweł Grzesiewski
Zespół ds. zarządzania szpitalami, Rada Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta:
Przewodniczący Zespołu: Jakub Kraszewski
prof. dr hab. n. med. Maciej Banach
Michał Bedlicki
prof. dr hab. n. med. Mariusz Frączek
Anna Gręziak
Jerzy Gryglewicz
dr n. med. Tomasz Maciejewski
Waldemar Malinowski
Piotr Nowicki
Halina Olendzka
dr hab. n. med. Tomasz Stefaniak
Krzysztof Żochowski

Wydawca:

Rzecznik Praw Pacjenta
ul. Młynarska 46
01-171 Warszawa
Tel. 800 190 590
e-mail: kancelaria@rpp.gov.pl

ISBN: 978-83-957052-3-6

Druk: COMPUS Starachowice, ul Kopalniana 27, tel. +48 41 274 02 36
www.compus.net.pl, e-mail: biuro@compus.net.pl

Spis treści

Wstęp	5
1. Monitoring wizyjny: stan obecny	8
1.1. Stan prawny od 6 września 2023 r.	8
1.2. Stosowanie monitoringu wizyjnego – różnice perspektyw	11
1.3. Monitoring wizyjny w dotychczasowej praktyce podmiotów leczniczych – decyzje Rzecznika Praw Pacjenta i orzecznictwo sądów administracyjnych (na podstawie „starej” ustawy)	12
2. Wybrane aspekty stosowania monitoringu wizyjnego	17
2.1. Prawo do poszanowania intymności i godności a bezpieczeństwo pacjenta w kontekście monitoringu wizyjnego	18
2.2. Zarządzanie jakością - prawo do świadczeń udzielanych z należytą starannością	20
2.3. Dostępność świadczeń zdrowotnych	22
2.4. Zarządzanie podmiotem leczniczym	24
3. Rekomendacje i wytyczne	25
3.1. Monitoring wizyjny – rekomendowane definicje	25
3.2. Zmiana zasad prowadzenia monitoringu wizyjnego wynikająca z ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw	29
3.2.1. Monitoring w przestrzeniach udzielanych świadczeń zdrowotnych – sale chorych	29
3.2.2. Monitoring w przestrzeniach udzielanych świadczeń zdrowotnych - pomieszczenia zabiegowe	30
3.3. Rekomendacje i cele długofalowe – poziom minimum i maksimum.....	32
3.3.1. Rekomendacje na poziomie minimum (należyta staranność)	32
3.3.2. Wdrożenie ujednoliconej terminologii związanej z obszarem monitoringu wizyjnego.....	32
3.3.3. Rekomendacje na poziomie maksimum (ponad należyta staranność).....	33

4. Kazusy	35
4.1. Upadek pacjenta ze stanowiska zabiegowego.....	35
4.2. Apteczka szpitalna	36
4.3. Starszy pacjent w SOR	37
4.4. Zastrzyk przeciwbólowy na SOR-ze	37
4.5. Prywatność w trakcie wideorozmowy.....	38
4.6. Monitoring wizyjny w toaletach ZOL-u.....	39
4.7. Prywatność w położniczej izbie przyjęć.....	39
4.8. Nieobecność lekarza asystującego podczas zabiegu	39
4.9. Upadek noworodka w obecności osób bliskich	40

Wstęp

Bezpieczeństwo pacjenta to jeden z celów strategicznych wskazanych w Strategii wieloletniej Rzecznika na lata 2020 – 2023. Do tego celu mają prowadzić nie tylko prowadzone przez Rzecznika postępowania w sprawach indywidualnych i postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, ale przede wszystkim inicjowanie dyskusji i wspólnych działań wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia, w tym podmiotów leczniczych.

Te działania powinny dotyczyć w szczególności kwestii nieoczywistych, budzących wątpliwości, a więc ważnych w dyskusji o bezpieczeństwie pacjenta. Taką kwestią jest niewątpliwie stosowanie monitoringu wizyjnego w podmiotach leczniczych. Z jednej strony, niezrozumienie przepisów prawa i zasad dotyczących stosowania monitoringu wizyjnego nierzadko stanowiło przedmiot prowadzonych przez Rzecznika postępowań, w których stwierdzane było naruszenie praw pacjenta – w tym prawa do poszanowania intymności i godności. Z drugiej strony, jeśli jest stosowany zgodnie z przepisami, monitoring wizyjny może być cennym źródłem informacji o funkcjonowaniu podmiotu leczniczego, a także służyć zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentowi.

Możliwości, jakie daje monitoring wizyjny, w tym między innymi możliwość stałej, zdalnej obserwacji pacjentów i skrócenie czasu reakcji personelu w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia pacjenta - mogą istotnie przyczynić się do poprawy standardów bezpieczeństwa pacjentów. Z punktu widzenia zarządzania podmiotem leczniczym, monitoring wizyjny może stanowić ważne uzupełnienie codziennej pracy personelu medycznego. W szczególności, monitoring wizyjny umożliwia dokładną analizę nieprawidłowości i zdarzeń niepożądanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, ich przyczyn oraz przebiegu. Pozwala to na wdrożenie właściwie ukierunkowanych rozwiązań naprawczych, działań prewencyjnych, czy optymalizację procesów w podmiocie tak, aby opieka nad pacjentem była jak najbardziej efektywna.

Jednocześnie, decyzja o zastosowaniu monitoringu wizyjnego w podmiocie leczniczym nie może być dowolna i wyłącznie uznaniowa. Monitoring wizyjny zawsze musi być stosowany w sposób odpowiedzialny i zgodny z przepisami prawa, w szczególności z prawami pacjenta. Nie ulega wątpliwości, że przy jego stosowaniu konieczne jest wyważenie: dążenia do poprawy bezpieczeństwa pacjentów, efektywności procesu leczniczego, korzyści związanych z optymalizacją procesów zarządczych – z koniecznością respektowania praw pacjenta, w szczególności prawa do poszanowania intymności i godności. Wypośrodkowanie powyższych interesów oraz odpowiednia wykładnia przepisów stanowi wyzwanie nie tylko dla podmiotów leczniczych, ale także dla organów publicznych oraz samych pacjentów.

Obecnie, kwestie możliwości zastosowania monitoringu wizyjnego są rozproszone pomiędzy kilkoma aktami prawnymi o różnych rangach. Brzmienie przepisów

i różnice terminologiczne powodują liczne wątpliwości interpretacyjne. Postępowania prowadzone przez Rzecznika na przestrzeni lat pokazują, że rozumienie dozwolonych miejsc i zasad prowadzenia monitoringu wizyjnego oraz prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta, w zestawieniu z zapewnieniem mu bezpieczeństwa oraz efektywnym zarządzaniem podmiotem – różnią się pośród poszczególnych podmiotów leczniczych. Dotychczasowe orzecznictwo reprezentowało wąską wykładnię obecnych przepisów, stawiając za priorytet ochronę prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności, uznając, że ingerencja w intymność pacjentów w tym zakresie wymaga wyraźnej podstawy prawnej.

Rzecznik dostrzega przestrzeń do uwzględnienia w przepisach prawa i praktyce podmiotów leczniczych korzyści jakie płyną ze stosowania monitoringu wizyjnego dla pacjentów. Niemniej, przestrzeganie praw pacjenta w podmiotach leczniczych zawsze pozostaje priorytetem – warunkiem podstawowym wdrażania jakichkolwiek rozwiązań zarządczych, czy narzędzi wspierających efektywność opieki nad pacjentem.

Prace nad zmianami w prawie dotyczącym monitoringu wizyjnego stanowiły impuls do ponownego otwarcia dyskusji w tym zakresie – w szczególności dotyczącej prowadzenia monitoringu w pomieszczeniach, w których udzielane są pacjentom świadczenia zdrowotne. Niniejszy przewodnik został stworzony w przededniu wejścia w życie nowych przepisów, z myślą o praktycznym wsparciu podmiotów leczniczych we wdrażaniu optymalnych rozwiązań, uwzględniających zarówno prawo pacjentów do uzyskiwania jakościowych świadczeń zdrowotnych, jak i prawo do poszanowania intymności i godności pacjentów. Ustawodawca przyjął – w drodze ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw – nowe zasady prowadzenia monitoringu wizyjnego w podmiotach leczniczych, które w ocenie autorów przewodnika otwierają perspektywę przyszłych zmian w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia.

Przewodnik składa się z czterech części, które stopniowo wprowadzają czytelnika w praktyczne aspekty wdrażania nowych przepisów dotyczących monitoringu wizyjnego. W I części autorzy przedstawiają podstawy prawne prowadzenia monitoringu wizyjnego w podmiotach oraz rozbieżności interpretacyjne, wynikające z postępowania prowadzonych przez Rzecznika oraz orzecznictwa. II część stanowi syntezę poszczególnych aspektów zastosowania monitoringu wizyjnego na podstawie doświadczeń podmiotów leczniczych, dostępnej literatury, badań, a także przykładów pochodzących z innych państw. Osnową tej części rozważań jest relacja pomiędzy bezpieczeństwem a prawem pacjenta do poszanowania intymności i godności, która jest kluczowa i stale obecna w dyskusji o monitoringu wizyjnym. W części III autorzy prezentują rekomendacje dotyczące stosowania monitoringu wizyjnego na podstawie zmienionych przepisów oraz postulowane kierunki zmian de lege ferenda. Ostatnią, IV część składa się z 9 kasusów, czyli praktycznych przykładów zastosowania przepi-

sów dotyczących monitoringu wizyjnego i ich interpretacji w kontekście problematycznego stanu faktycznego.

Zamiarem autorów przewodnika jest zainicjowanie dyskusji o monitoringu wizyjnym w procesie opieki nad pacjentami, co będzie bardzo ważnym krokiem w kierunku poprawy bezpieczeństwa pacjentów i unowocześnienia systemu ochrony zdrowia. Co jednak najważniejsze, dokument ma służyć jednolitemu realizowaniu praw pacjenta we wszystkich podmiotach leczniczych. Celem przewodnika jest ułatwienie podmiotom leczniczym ewentualnej decyzji o zastosowaniu monitoringu wizyjnego, poprzez ustalenie jednolitego rozumienia obecnych przepisów, pojęć, relacji pomiędzy bezpieczeństwem pacjenta, zarządzaniem podmiotem a prawami pacjenta, w szczególności prawem do świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z aktualnej wiedzy medycznej, poszanowania intymności i godności.

Monitoring wizyjny: stan obecny

1.1. Stan prawny od 6 września 2023 r.

Obecna regulacja monitoringu wizyjnego w podmiotach wykonujących działalność leczniczą (dalej: „podmioty lecznicze”) obejmuje szereg przepisów rangi ustawowej oraz podustawowej. Przepisy dotyczące monitoringu wizyjnego są ujęte w kilku aktach prawnych, w tym:

- ◆ ustawie o działalności leczniczej;¹
- ◆ ustawie o ochronie zdrowia psychicznego;²
- ◆ Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą;³
- ◆ Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.⁴

Ustawa o działalności leczniczej (art. 23a) *Lex generalis*

1. Kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą **może określić w regulaminie organizacyjnym** sposób obserwacji pomieszczeń:

- 1) ogólnodostępnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników,
- 2) w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych;
- 3) w których są udzielane świadczenia zdrowotne, jeżeli jest to konieczne w procesie leczenia pacjentów lub do zapewnienia im bezpieczeństwa – w przypadku szpitali, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładów rehabilitacji leczniczej i hospicjów

1 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r., poz. 991).

2 Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. 2022 r., poz. 2123 ze zm.).

3 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 402).

4 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 392).

– za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring), uwzględniając konieczność poszanowania intymności i godności pacjenta, w tym przekazywanie obrazu z monitoringu w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych, potrzebę zastosowania monitoringu w danym pomieszczeniu oraz konieczność ochrony danych osobowych

1a. Kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą odpowiada za wykorzystywanie monitoringu zgodnie z przepisami prawa

2. Nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu zawierające dane osobowe podmiot wykonujący działalność leczniczą przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane, i przechowuje przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące od dnia nagrania.

3. Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 2, uzyskane w wyniku monitoringu nagrania obrazu zawierające dane osobowe podlegają zniszczeniu, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej.

Przepisy szczególne

Lokalizacja

Warunki

Ustawa z o ochronie zdrowia psychicznego (art. 18e ust. 2 - 6)

Pomieszczenie przeznaczone do izolacji

2. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację **monitoringu umożliwiająca stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności związanych z tym rodzajem środka przymusu bezpośredniego.**

3. Obraz z monitoringu pomieszczeń lub ich części przeznaczonych do celów **sanitarnohigienicznych** jest przekazywany w sposób **uniemożliwiający ukazywanie intymnych części ciała ludzkiego oraz intymnych czynności fizjologicznych.**

4. Monitorowanie i utrwalanie zapisu dźwięku nie może obejmować informacji objętych tajemnicą spowiedzi lub tajemnicą prawnie chronioną.

5. Dane utrwalone za pomocą **urządzeń monitorujących** mogą być przetwarzane wyłącznie przez osoby posiadające pisemne upoważnienie wydane przez administratora danych, w szczególności sędziów oraz Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w celu realizacji zadań określonych w ustawie. Osoby posiadające pisemne upoważnienie są zobowiązane do zachowania tych danych w tajemnicy.

6. Zapis z monitoringu **przechowuje się przez okres co najmniej 12 miesięcy od dnia jego zarejestrowania, nie dłużej jednak niż przez 13 miesięcy od dnia jego zarejestrowania**, o ile nie zostanie on zabezpieczony jako dowód w sprawie w przypadku toczącego się postępowania. Po upływie terminu przechowywania zapis usuwa się w sposób uniemożliwiający jego odzyskanie. (...)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (dalej: rozporządzenie w.p.u.d.l.)	
Pokoje łóżkowe § 29 rozporządzenia w.p.u.d.l.	Instalacja urządzeń umożliwiających obserwację pacjentów , jeżeli jest to konieczne w procesie ich leczenia i dla zapewnienia im bezpieczeństwa.
Zespół porodowy (pomieszczenie przeznaczone dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych) załącznik nr 1 do rozporządzenia w.p.u.d.l. „Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala” do rozporządzenia, część IV Zespół porodowy, ust. 4	Możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy.
Oddział dziecięcy załącznik nr 1 do rozporządzenia w.p.u.d.l. „Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala” do rozporządzenia, część V Oddział dziecięcy, ust. 7	Obserwacja dzieci za pomocą kamer posiadających rezerwowe zasilanie z funkcją autostartu.
Oddział psychiatryczny załącznik nr 1 do rozporządzenia w.p.u.d.l. „Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala” do rozporządzenia, część VIII Oddział psychiatryczny, ust. 6 pkt 2 lit. h)	System monitoringu z kamerą , posiadający rezerwowe zasilanie wyposażone w funkcję autostartu, niedostępną dla osoby izolowanej, zabezpieczoną przed uszkodzeniem.
Pomieszczenie stacji dializ (stanowisko nadzoru pielęgniarskiego) załącznik nr 7 do rozporządzenia w.p.u.d.l. „Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia stacji dializ” do rozporządzenia, ust. 3	Możliwość bezpośredniej obserwacji pacjentów lub przy użyciu kamer posiadających rezerwowe zasilanie z funkcją autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy.
Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (dalej: rozporządzenie s.o.a.i.t.)	
Oddziały anestezjologiczne i intensywnej terapii (także dla dzieci) - sale nadzoru poznieczuleniowego lub stanowiska nadzoru poznieczuleniowego Załącznik nr 1 do rozporządzenia s.o.a.i.t. „Warunki dla oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz oddziałów anestezjologii w szpitalach”, część I, tabela lp.1 lit. D Wyposażenie sali nadzoru poznieczuleniowego lub stanowiska nadzoru poznieczuleniowego	Zapewnienie możliwości obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, w szczególności możliwości obserwacji twarzy.

Centralnym przepisem regulującym stosowanie monitoringu wizyjnego jest art. 23a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej: „ustawa o działalności leczniczej” lub „UDL”). Co istotne, przepis ten został wprowadzony do UDL w 2019 r. w związku z dostosowywaniem polskiego systemu prawnego do RO-DO.⁵ Najnowsze zmiany wynikają z wejścia w życie ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw.⁶

Kierownik podmiotu leczniczego, w momencie wdrożenia w podmiocie leczniczym monitoringu wizyjnego, ma obowiązek wprowadzenia do regulaminu organizacyjnego sposobu jego prowadzenia⁷. Zobowiązanie nałożone przez ustawodawcę na kierownika podmiotu wypukła potrzebę ochrony praw osób fizycznych – pacjentów i pracowników podmiotu leczniczego – przed nieuzasadnionym wykorzystaniem danych zgromadzonych w wyniku stosowania monitoringu wizyjnego.

1.2. Stosowanie monitoringu wizyjnego – różnice perspektywy

Podmioty lecznicze stosują przepisy, akcentując przede wszystkim ich praktyczny wymiar i biorąc za punkt wyjścia aspekty zarządcze działalności leczniczej.

Rzecznik Praw Pacjenta, wydając rozstrzygnięcia w postępowaniach⁸, zawsze opiera się na obowiązujących przepisach prawa. W prowadzonych postępowaniach Rzecznik bierze pod uwagę sytuację organizacyjno-prawną podmiotów leczniczych, jednak w pierwszej kolejności kieruje się niezmiennym priorytetem, jakim jest zapewnienie pacjentom przestrzegania ich praw. W dotychczasowym stanie prawnym, obowiązującym do 5 września 2023 r., argumentacja podmiotów w postępowaniach dotyczących stosowania monitoringu wizyjnego zawierała między innymi twierdzenia, że konkretne działania, w postaci stosowania monitoringu wizyjnego w lokalizacjach innych niż wskazane w przytoczonym zamkniętym katalogu, nie są sprzeczne z prawem ani nie naruszają zbiorowych praw pacjentów. Napotkać można było także twierdzenia, że podejmowane działania miały na celu dobro i bezpieczeństwo pacjen-

5 Art. 110 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Niemniej regulacja organizacji warunków i zarządzania podmiotami leczniczymi nie jest nowa dla tej ustawy, gdyż w jej pierwszym brzmieniu, na mocy art. 23 UDL, ustawodawca odsyłał – na poziomie minimalnym – bezpośrednio do regulaminów organizacyjnych konkretnego podmiotu leczniczego.

6 Dz. U. z 2023 r., poz. 1675.

7 „Sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, niuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika.”

8 Na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 1) i 2) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r., poz. 1545).

ta, nie naruszały jego praw, a ukierunkowane były na doskonalenie procesu leczniczego. W opinii niektórych podmiotów interes pacjenta w uzyskaniu świadczeń zdrowotnych wysokiej jakości konsumuje jego interes w poszanowaniu prywatności, intymności czy godności, a potrzeba zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa i zwiększenia efektywności udzielanych mu świadczeń zdrowotnych ma znaczenie istotniejsze niż wkroczenie w sferę jego intymności.

Niezależnie od intencji podmiotu leczniczego (chęci usprawnienia procesów zarządczych czy nawet poprawy standardów udzielania świadczeń zdrowotnych), o ile nie było to wyraźnie dozwolone, podmiot leczniczy nie mógł samowolnie rozszerzać katalogu miejsc, gdzie stosował monitoring, czy ograniczać praw pacjenta. Należy podkreślić, że niezależnie od zmian w przepisach, podstawą opieki nad pacjentami zawsze powinna pozostać bezpośrednia opieka lekarska czy pielęgniarska, a monitoring winien odgrywać jedynie rolę wspierającą personel.

Tym samym, biorąc pod uwagę potencjalne korzyści płynące z monitoringu wizyjnego dla pacjentów, Rzecznik dostrzegł przestrzeń do dyskusji o optymalizacji rozwiązań służących jakości w opiece zdrowotnej oraz prawom pacjenta, której wynikiem są między innymi zmodyfikowane przepisy ustawy o działalności leczniczej obowiązujące od 6 września 2023 r. Ustawodawca położył w nich nacisk na mierzalną i standaryzowaną efektywność świadczeń opieki zdrowotnej, z której korzystają wszystkie podmioty systemu ochrony zdrowia, przede wszystkim pacjenci, ale także podmioty lecznicze. Nie należy bowiem zapominać, że finansowanie systemu ochrony zdrowia przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest zależne od jakości oferowanej przez świadczeniodawców na zasadach wolnej konkurencji. Niniejszy Przewodnik ma być narzędziem wsparcia dla podmiotów leczniczych w legalnym oraz użytecznym stosowaniu monitoringu wizyjnego, a tym samym postawić znak równości pomiędzy należytą starannością świadczeniodawców i bezpieczeństwem pacjenta.

1.3. Monitoring wizyjny w dotychczasowej praktyce podmiotów leczniczych – decyzje Rzecznika Praw Pacjenta i orzecznictwo sądów administracyjnych (na podstawie „starej” ustawy)

Do końca 2022 r. Rzecznik wydał 15 decyzji w postępowaniach w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, których przedmiotem było zastosowanie przez podmiot leczniczy monitoringu wizyjnego (w kolejnych latach nie było postępowań w tym przedmiocie). W 12 przypadkach uznał praktyki za naruszające zbiorowe prawa pacjentów.⁹

⁹ Na podstawie rejestru decyzji wydanych w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, Tabeli zakończonych postępowań zbiorowych – do końca 2022 r. (30.08.2023). Dostęp: <https://www.gov.pl/web/rpp/rejestr-decyzji-wydanych-w-sprawach-praktyk-naruszajacych-zbiorowe-prawa-pacjentow>.

Poniżej podajemy kilka przykładów spraw i decyzji Rzecznika w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów oraz orzeczeń sądów administracyjnych. Sprawy te nierzadko wynikały z różnic interpretacji przepisów wśród podmiotów leczniczych.

Szpitalny Oddział Ratunkowy

Na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym zainstalowano monitoring rejestrujący pacjentów w trakcie udzielania im świadczeń zdrowotnych. Podmiot wskazał, że badanie lekarskie oraz wszelkie inne czynności mogące godzić w intymność pacjenta wykonywane są w zamkniętych boksach konsultacyjnych oraz że w obszarze tym nie ma kamer monitoringu. Wskazał, że pacjenci w sali obserwacyjnej byli odgradzeni parawanami, co uniemożliwiało zapis wizerunku.

Rzecznik uznał praktyki stosowane przez podmiot leczniczy polegające na: (i) udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach SOR-u, w których zamontowany jest monitoring, oraz (ii) niestosowaniu parawanów, zasłaniających pacjentów podczas udzielania im świadczeń zdrowotnych, **za naruszające zbiorowe prawa pacjentów i nakazał ich zaniechania**.¹⁰ Decyzja została zaskarżona do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie, który skargę oddalił, następnie to orzeczenie zostało zaskarżone do Naczelnego Sądu Administracyjnego, który skargę kasacyjną podmiotu leczniczego oddalił, przez co decyzja Rzecznika stała się prawomocna.

Zgodnie z wyrokiem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego¹¹: „nawet wykonanie badania EKG, czy choćby pomiar ciśnienia tętniczego, wypełnia zakres pojęcia świadczenia zdrowotnego. W konsekwencji nawet w takich sytuacjach podmiot leczniczy ma obowiązek dbać o poszanowanie godności i intymności pacjentów. (...) Naruszenie sfery dobra osobistego, jakim niewątpliwie jest intymność każdego człowieka, może być dokonane jedynie za jego zgodą. Zgoda na wkroczenie w sferę intymności poprzez rejestrowanie obrazu i dźwięku podczas udzielania świadczeń medycznych powinna być wyrażona w sytuacji swobodnej oraz dobrowolnie.”

Monitoring w łazienkach. Oddziały psychiatryczne

Przypadek I

W podmiocie leczniczym obowiązywała instrukcja właściwego stosowania wideomonitoringu na oddziałach psychiatrycznych, zgodnie z którą pacjenci powinni być powiadamiani o fakcie monitorowania. Obserwacja za pomocą monitoringu nie zwal-

¹⁰ Decyzja z lipca 2016 r.

¹¹ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 6 grudnia 2016 r., sygn. VII SA/Wa 2109/16.

niała personelu z utrzymywania z pacjentem bezpośredniego kontaktu. Obraz z monitoringu stanowił dokumentację szczególną, dostępną wyłącznie dla osób upoważnionych. Kamery były umieszczone na korytarzach, w salach chorych oraz łazienkach. W łazienkach kamery rejestrowały ruch w okolicach umywalk. Nie były nakierowane na miski ustępowe ani kabiny prysznicowe. Na stanowisku pielęgniarskim umieszczono monitory z bieżącym podglądem.

Rzecznik umorzył postępowanie.¹² Stwierdził, że podmiot nie monitorował pacjentów w sytuacjach intymnych i nie były ukazywane ich intymne części ciała. Wydając decyzję o wdrożeniu monitoringu, podmiot miał na uwadze bezpieczeństwo pacjentów, dbałość o ich stan zdrowia oraz zapobieganie zdarzeniom niepożądanym.

Przypadek II

W podmiocie leczniczym zainstalowano kamery na oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu (w tym w łazienkach pacjentów) oraz na Izbie Przyjęć. Podmiot nie pobierał od pacjentów zgód na monitorowanie, niemniej w pomieszczeniach podmiotu widniały informacje (piktogramy) o zainstalowaniu monitoringu. Kamery przekazywały obraz na bieżąco i zapisywały go na okres 30 dni. Dostęp do obrazu miał personel oddziału.

Rzecznik uznał praktyki polegające na obserwacji pacjentów za pośrednictwem urządzeń monitoringu wizyjnego w pomieszczeniach sanitarnych **za naruszające zbiorowe prawo pacjentów do poszanowania intymności i godności i nakazał ich zaniechania.**¹³ Stwierdził, że niezależnie od tego, że obraz w miejscach intymnych pacjentów był zamazywany, to kamery w łazienkach były nakierowane na części ciała pacjentów. Tak istotna ingerencja w poczucie intymności i godności pacjentów wymaga podstawy prawnej, której brak było w omawianej sprawie. Ponadto dobrowolnie i świadomie wyrażona zgoda nie była pobierana od pacjentów.

Hol recepcji, zewnątrz podmiotu

Monitoring wizyjny zainstalowano w holu recepcji podmiotu leczniczego oraz na zewnątrz podmiotu.

Rzecznik umorzył postępowanie w sprawie.¹⁴ Stwierdził, że hol recepcji ma charakter ogólnodostępny, w pomieszczeniu tym nie udziela się świadczeń zdrowotnych. Nie ma podstaw do uznania, że kamera w tym miejscu narusza prawo pacjenta do poszanowania intymności.

12 Decyzja z grudnia 2019 r.

13 Decyzja z lutego 2020 r.

14 Decyzja z kwietnia 2016 r.

Gabinety lekarskie

Przypadek I

W podmiocie leczniczym stosowano monitoring gabinetu lekarskiego. Podczas oględzin kamera w gabinecie stomatologicznym była podłączona do zasilania i skierowana na fotele stomatologiczne. Ustalono, że model kamery umożliwia m.in. dwukierunkowe przesyłanie dźwięku, obsługę zdalną (w tym możliwość obrotu kamer), podgląd obrazu przez przeglądarkę internetową.

Rzecznik uznał praktykę stosowaną przez podmiot za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów do poszanowania intymności i godności, o którym mowa w art. 20 ust. 1 ustawy i **nakazał jej zaniechania**.¹⁵ Stwierdził między innymi, że okoliczności ustalone przez Rzecznika (w tym możliwość dwukierunkowego przesyłania dźwięku, możliwość sterowania kamerą umieszczoną bezpośrednio nad fotelami stomatologicznymi) przeczyły twierdzeniom podmiotu i informacjom przekazywanym pacjentom. Monitoring zastosowano w celu kontrolowania pracowników podmiotu leczniczego kosztem prawa pacjentów do poszanowania intymności i godności.

Przypadek II

W przychodni zainstalowano kamery w gabinetach lekarskich. Zgodnie z wyjaśnieniami podmiotu kamery obejmowały obraz drzwi wejściowych od strony wewnętrznej i fragment podłogi przed drzwiami. Podmiot wskazał, że kamery są nieruchome, a ponadto są nieaktywne. Bieżąca obserwacja jest prowadzona okresowo i wyrywkowo. Rzecznik stwierdził natomiast, że kamera miała możliwość zmiany położenia.

Rzecznik uznał praktykę stosowaną przez podmiot leczniczy, polegającą na umieszczeniu w gabinetach lekarskich kamer umożliwiających odbiór obrazu i dźwięku, jego rejestrację, odtwarzanie lub przetwarzanie za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów do poszanowania intymności i godności i **nakazał podjęcie działań niezbędnych do usunięcia skutków naruszenia**.¹⁶ Decyzja została zaskarżona do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. Skarga została oddalona.

Zgodnie z wyrokiem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego¹⁷: „prawidłowo Rzecznik Praw Pacjenta uznał, że w niniejszej sprawie podmiot leczniczy (...) naruszył zbiorowe prawa pacjentów do poszanowania intymności i godności, o którym mowa w art. 20 ust. 1 ustawy, poprzez umieszczenie kamer w gabinetach lekarskich, w którym są udzielane świadczenia zdrowotne (...). Zasadnie Rzecznik Praw Pacjenta nakazał podjęcie działań niezbędnych do usunięcia z gabinetów lekarskich kamer, bowiem

¹⁵ Decyzja z listopada 2014 r.

¹⁶ Decyzja ze stycznia 2015 r.

¹⁷ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 29 czerwca 2015 r., znak: VII SA/Wa 787/15.

takie działanie jest niezbędne do zaniechania stosowania przedmiotowej praktyki, która narusza zbiorowe prawa pacjentów do poszanowania intymności i godności.”

Sale operacyjne i zabiegowe

Kamery w podmiocie leczniczym znajdowały się na salach operacyjnych i zabiegowych. Przekazywały obraz na bieżąco podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Podmiot nie pobierał zgód i nie informował pacjentów o monitorowaniu. Dostęp do obrazu z kamer miał cały personel medyczny. Podmiot nie wprowadził procedury dedykowanej monitoringowi. Zgodnie z wyjaśnieniami podmiotu, identyfikacja pacjenta na podstawie materiału była niemożliwa. Jak wynikało z wniosku, który zainicjował postępowanie, pacjenci byli monitorowani również w negliżu.

Rzecznik uznał praktyki podmiotu za naruszające zbiorowe prawo pacjentów do poszanowania intymności i godności i nakazał ich zaniechania.¹⁸ Stwierdził, że wdrażane rozwiązania muszą uwzględniać obowiązujące przepisy prawa i zależności pomiędzy poszczególnymi prawami pacjenta. Kamery w miejscu udzielania świadczeń mogą być niekomfortowe, pogłębiać poczucie wstydu pacjenta. Nie jest uzasadnione monitorowanie pacjentów na blokach operacyjnych bez ich zgody. Decyzja została zaskarżona do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie, który skargę oddalił, następnie to orzeczenie zostało zaskarżone do Naczelnego Sądu Administracyjnego, który skargę kasacyjną podmiotu leczniczego oddalił, przez co decyzja Rzecznika stała się prawomocna.

Zgodnie z wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego¹⁹: „Wyrazem tego prawa do poszanowania intymności jest takie działanie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, które tej sfery nie narusza. Przekroczeniem jest wprowadzenie takiego systemu monitorowania pacjentów, który przekracza granice wyznaczone przepisami prawa.(...) Prawo pacjenta do ochrony intymności i godności obejmuje przyznanie mu prawa do poinformowania o monitoringu i do tego, że ma prawo do wyrażenia lub odmowy wyrażenia zgody na monitorowanie. Nie można uznać za zasadne argumentacji w skardze kasacyjnej, że prawo pacjenta do intymności i godności jest zapewnione przez to, że nie można zidentyfikować osoby pacjenta.”

18 Decyzja z kwietnia 2019 r.

19 Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 25 lutego 2020 r., sygn. II OSK 3837/19.

Wybrane aspekty stosowania monitoringu wizyjnego

Systemy monitoringu wizyjnego stały się – także w ogólnodostępnych przestrzeniach publicznych - skutecznym narzędziem zarządzania bezpieczeństwem. Jednocześnie również w innych obszarach (poza działalnością leczniczą) zauważono potrzebę doprecyzowania zasad prowadzenia monitoringu. Jak wskazała Najwyższa Izba Kontroli w wystąpieniu pokontrolnym dotyczącym funkcjonowania miejskiego monitoringu wizyjnego: „W Polsce brak jest kompleksowych unormowań zasad instalowania i prowadzenia systemów monitoringu przez instytucje państwowe, samorządowe oraz podmioty prywatne.”²⁰

Zgodnie z definicją zawartą w *Słowniku języka polskiego* za monitoring należy uznać „stałą obserwację i kontrolę jakichś procesów lub zjawisk” lub „stały nadzór nad jakimś obiektem chronionym”.²¹ Z praktycznego punktu widzenia monitoring w podmiocie leczniczym nie jest zjawiskiem nowym, gdyż *de facto* większość badań diagnostycznych czy procedur medycznych polega na obserwacji i kontroli procesów zachodzących w organizmie pacjenta. Jako przykład można wskazać badanie EEG, EKG, KTG czy choćby upowszechnioną podczas epidemii COVID-19 pulsoksymetrię, które w rzeczy samej polegają na obserwacji procesów fizjologicznych pacjenta. W obszarze działań o charakterze terapeutycznym również można wskazać na wyraźny element obserwacji, np. stanu pacjenta po podaniu leków lub przeprowadzonym zabiegu w znieczuleniu ogólnym.

W tym kontekście zaznaczają się wyraźne odrębności między monitoringiem sprawowanym przez **personel medyczny** a monitoringiem wizyjnym prowadzonym za pomocą **systemu monitoringu wizyjnego**. Monitoring stanu zdrowia pacjenta jest nieodzowną podstawą relacji lekarz-pacjent. Co do zasady jest on realizowany osobiście, punktowo, na podstawie wskazań medycznych i bez udziału technologii lub też z jej udziałem w zakresie koniecznym i adekwatnym do stanu zdrowia pacjenta. **Bezspornie monitoring wizyjny nie może jednak całkowicie zastąpić relacji towarzy-**

²⁰ Informacja o wynikach kontroli NIK „Funkcjonowanie miejskiego monitoringu wizyjnego”, nr ewidencyjny: P/13/154, s. 8.

²¹ Definicja „monitoringu” według Słownika języka polskiego PWN. Dostęp: <https://sjp.pwn.pl/slowniki/monitoring.html>.

szącej bezpośredniej opiece nad pacjentem sprawowanej przez personel medyczny.

Monitoring wizyjny nie ma charakteru personalnego, nie jest elementem relacji. Intuicyjnie kojarzy się raczej z wglądem w zachowania populacji przebywającej w monitorowanej przestrzeni oraz ze znacznym udziałem zorganizowanej technologii. Nie ma on również charakteru punktowego, ale raczej stanowi systematyczny odbiór obrazu pewnej przestrzeni, a nie osoby. Mimo to monitoring wizyjny może efektywnie uzupełniać relację towarzyszącą opiece sprawowanej przez personel medyczny nad pacjentem. Istnieje wiele przesłanek stanowiących o skuteczności monitoringu wizyjnego w zarządzaniu chronionymi dobrami prawnymi pacjentów i personelu podmiotów leczniczych (np. bezpieczeństwo procesu terapeutycznego, jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych). Warunkiem *sine qua non* jest uwzględnienie we wdrażanych rozwiązaniach w zakresie monitoringu wizyjnego prawa pacjentów do poszanowania ich intymności i godności.

Poniżej przedstawione zostaną wybrane aspekty związane ze stosowaniem monitoringu wizyjnego, inspirowane m.in. praktyką decyzyjną Rzecznika, dostępną literaturą naukową oraz doświadczeniami innych systemów ochrony zdrowia.

2.1. Prawo do poszanowania intymności i godności a bezpieczeństwo pacjenta w kontekście monitoringu wizyjnego

W postępowaniach prowadzonych przez Rzecznika w sprawach dotyczących monitoringu wizyjnego jednym z częściej stwierdzanych naruszeń praw pacjenta było naruszenie prawa do poszanowania intymności i godności. Nierzadko okoliczności faktyczne sprawy dotyczyły monitorowania pacjentów w sytuacjach intymnych, w tym podczas udzielania im świadczeń zdrowotnych lub w toaletach – bez podstawy prawnej czy poinformowania pacjenta i uzyskania jego zgody na monitorowanie.

Niektóre praktyki towarzyszące wykorzystaniu monitoringu wizyjnego w pomieszczeniach podmiotów leczniczych mogą naruszać prywatność i intymność pacjentów, stąd konieczne jest prowadzenie działań w sposób proporcjonalny i zgodny z przepisami.

Ustawodawca zakłada, że prawa pacjenta powinny być respektowane podczas leczenia. Oznacza to, że kierownik podmiotu leczniczego i osoby udzielające świadczeń zdrowotnych powinny dążyć z należytą starannością do pełnej ich realizacji. Nawet dopuszczalne prawnie ograniczenie praw pacjenta nie może odbywać się w sposób nieproporcjonalny lub nieuzasadniony do stanu faktycznego będącego podstawą tego ograniczenia. W szczególności personel powinien chronić zarówno życie oraz zdrowie, jak i prywatność pacjentów z należytą starannością.

Istnieją sytuacje określone przepisami prawa, w przypadku których prawo do świadczeń opieki zdrowotnej nabiera pierwszorzędного znaczenia względem innych uprawnień pacjentów czy wręcz je konsumuje. Pośród powyższych można podać przykład udzielenia pacjentowi świadczenia zdrowotnego bez jego zgody, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia nie może jej wyrazić (art. 33 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry).²² Podobnie, zgodnie z art. 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²³, kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 ustawy (prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami), także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu.

Nowa ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw rozszerzyła kompetencje i odpowiedzialność kierowników podmiotów leczniczych w zakresie stosowania monitoringu wizyjnego, jako jednego z komponentów działania na rzecz bezpieczeństwa pacjentów. Zgodnie z nowym brzmieniem ustawy *numerus clausus* lokalizacji kamer oraz możliwości monitorowania został rozszerzony w sposób uwzględniający wszelkie miejsca, w których udzielane są świadczenia zdrowotne oraz w których jest to konieczne w procesie leczenia pacjentów i dla zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa. Kwalifikacja określonej przestrzeni jako spełniającej wskazaną wyżej przesłankę pozostawiona została przez ustawodawcę kierownikom podmiotów leczniczych. Kierownicy podmiotów leczniczych, chcąc stosować monitoring wizyjny w pomieszczeniach, w których pacjenci uzyskują świadczenia zdrowotne, mimo wyraźnej podstawy prawnej do takiego działania, staną przed wyzwaniem związanym m.in. z koniecznością poszanowania wszystkich praw swoich pacjentów. Wyzwanie to może wymagać wartościowania praw pacjenta, w tym prawa poszanowania intymności i godności pacjenta, prawa do prywatności oraz prawa do świadczeń zdrowotnych udzielanych zgodnie z wymogami aktualnej wiedzy medycznej oraz z należytą starannością. Kierownik podmiotu leczniczego jest odpowiedzialny za organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie, a tym samym, także za zastosowanie monitoringu wizyjnego.

Celem wyposażenia kierowników podmiotów leczniczych w narzędzia wspierające dążenie do podnoszenia jakości i bezpieczeństwa pacjentów, przy jednoczesnym poszanowaniu ich prywatności, w rozdziale trzecim Przewodnika przedstawiliśmy między innymi:

22 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. 2023 r., poz. 1516).

23 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2023 r., poz. 1545).

- ujednoliconą terminologię odnoszącą się do monitoringu wizyjnego,
- wytyczne interpretacji obecnych przepisów prawa dotyczących monitoringu wizyjnego.

Ponadto w rozdziale czwartym przedstawiamy kazusy związane ze stosowaniem przepisów regulujących wykorzystanie monitoringu wizyjnego oraz ich interpretację w kontekście konkretnych stanów faktycznych, mogących mieć miejsce w szpitalu.

2.2. Zarządzanie jakością - prawo do świadczeń udzielanych z należytą starannością

Monitoring wizyjny ma szerokie zastosowanie w kreowaniu bezpieczeństwa pacjentów na rozmaitych polach, a tym samym jest skutecznym środkiem zapewnienia pacjentom świadczeń udzielanych z należytą starannością.

Bezpieczeństwo farmakoterapii

Monitoring wizyjny jest wykorzystywany w kontrolowaniu prawidłowości przygotowania leków (zwłaszcza wymagających przestrzegania najwyższej staranności, np. chemioterapii^{24, 25} - przy wsparciu systemów sztucznej inteligencji analizującej obraz), i ich podaży pacjentowi. Ponadto może wspierać nadzór nad przechowywaniem niektórych leków lub ograniczyć dostęp do nich osobom niepożądanym lub możliwość ich niewłaściwego wykorzystania.

Zapobieganie skutkom upadków pacjentów

Przyjmuje się, że od 2 do 4% hospitalizowanych pacjentów doznaje upadków, z czego 1/3 może skutkować powikłaniami.²⁶ W populacjach pacjentów narażonych na upadki (ang. *fallers*), hospitalizowanych najczęściej w oddziałach o charakterze neurologicznym, geriatrycznym, w ZOL-ach, monitoring wizyjny prowadzony w czasie rzeczywistym w przestrzeniach oddziału może wpłynąć na szybszą reakcję personelu pielęgniarskiego u pacjentów, którzy przewrócili się na korytarzu czy w sali chorych. Tym samym szybsza interwencja często redukuje koszty leczenia powikłań związanych z przewróceniem się pacjenta w szpitalu.

24 Tak jak ma to miejsce w Aptece Szpitalnej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, która korzysta z cyfrowego Equashield Pro (<https://www.youtube.com/watch?v=YFulonxpw0c&t=85s>).

25 J. Dulon, A. Jordy, U. Carrere, et al 3PC-064 A multicentre study comparing chemotherapy preparations using digital video monitoring. (w:) „European Journal of Hospital Pharmacy” 2021, <https://www.youtube.com/watch?v=Oa3JtkRo7KM>.

26 Katherine J. Jones, PT; Haynatzki, Gleb, Sabalka, *Evaluation of Automated Video Monitoring to Decrease the Risk of Unattended Bed Exits in Small Rural Hospitals*, w: „Journal of Patient Safety” grudzień 2021 - Volume 17 - Issue 8 - p e716-e726 doi: 10.1097/PTS.0000000000000789.

Nagrania pola operacyjnego – analiza jakościowa udzielanego świadczenia

Monitoring wizyjny z procedury udzielania świadczeń o charakterze inwazyjnym może podlegać analizie jakościowej i zarządczej na spotkaniach jednostek klinicznych. Jest to stosunkowo dogodna forma monitoringu z uwagi na możliwość skierowania kamery bezpośrednio na pole operacyjne, a zatem na obszarze niedającym, co do zasady, możliwości identyfikacji pacjenta. Dodatkowo monitoring pomieszczenia zabiegowego może być środkiem prewencyjnym absencji personelu oraz narzędziem do zarządzania zasobami bloku operacyjnego (*vide*: punkt 2.3).

Kontrola przestrzegania zasad profilaktyki epidemiologicznej i higieny przez personel medyczny

Wyniki badań prowadzonych w Wielkiej Brytanii z wykorzystaniem kamer wideo wskazują, że tylko ok. 56% pracowników systemu ochrony zdrowia (stomatolodzy i studenci stomatologii) zmieniała rękawiczki ochronne odpowiednio często (po każdym pacjencie).²⁷ Ponadto badanie z użyciem monitoringu wizyjnego prowadzone w Japonii pozwoliło na wychwycenie nieprawidłowości w przestrzeganiu higieny na oddziałach intensywnej terapii oraz wprowadzenie odpowiednich rozwiązań organizacyjnych zwiększających bezpieczeństwo epidemiologiczne pacjentów.²⁸

Bezpieczeństwo pacjentów pozostających w szpitalu pod opieką rodzica/opiekuna prawnego (diagnostyka przeniesionego zespołu Münchhausena)

Monitoring wizyjny pozwolił na – potwierdzone w publikacjach naukowych - zdiagnozowanie przeniesionego zespołu Münchhausena i szkodliwych zachowań rodzica/opiekuna prawnego sprawującego opiekę pielęgnacyjną nad dzieckiem hospitalizowanym na oddziale pediatrycznym.²⁹ W jednym z badań wskazano, że monitoring był prowadzony bez uzyskania świadomej zgody opiekunów prawnych dzieci, a o fakcie stosowania monitoringu powiadomiono właściwe instytucje.

Kontrola agresji pacjentów wobec personelu medycznego i innych zdarzeń niepożądanych

Monitoring wizyjny jest elementarnym narzędziem weryfikacji ewentualnych agresywnych zachowań pacjentów względem personelu pielęgniarstwa. Dodatkowo w literaturze wskazuje się na wysoką skuteczność monitoringu wizyjnego, wpływającego także na zaangażowanie pacjentów (ang. *PEVS – Patient-Engaged Video-*

27 S.R. Porter , M. El-Maaytah , W. Alfonso , C. Scully , T. Leung , *Cross-infection compliance of UK dental staff and students*, (w:) „Oral Diseases”, 1, 1995 , s. 198-200.

28 S. Nishimura, M. Kagehira i inni, *Handwashing before entering the intensive care unit: What we learned from continuous video-camera surveillance*, (w:) „American Journal of Infection Control”, 1999.

29 Y. Auxemery, *Psychiatric Münchhausen's syndrome by proxy: A review and case study*, (w:) *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, tom 59, 2011, s. 188 , 194, z powołaniem na: D.E. Hall, I. Eubanks, L.S. Meyyazhagen, R.D. Kennedy, S.C. Johnson, *Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of Münchhausen syndrome by proxy: lessons from 41 cases*, (w:) *Pediatrics*, 105, 2000 , s. 1305-1312.

Surveillance), w monitorowaniu agresywnych zachowań względem pielęgniarek czy lekarzy.³⁰

Usprawnienie opieki nad pacjentami hospitalizowanymi w oddziałach COVID-19

Badania prowadzone na oddziałach COVID-19 z zastosowaniem PEVS potwierdzają jego pozytywny wpływ na wsparcie personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentami.³¹

Monitorowanie pacjentów po zabiegu

W literaturze naukowej wskazuje się, że monitoring wizyjny (w czasie rzeczywistym) wspiera podaż tlenu u pacjentów przebywających na oddziałach nadzoru pooperacyjnego³², anestezjologii, intensywnej terapii przede wszystkim przez lepszą kontrolę lokalizacji maski z tlenem. W ten sposób personel pielęgniarski może szybciej wykryć przemieszczenie maseczki, co wspiera prewencję hipoksemii i innych powikłań.

2.3. Dostępność świadczeń zdrowotnych

Kamery monitoringu wizyjnego, umożliwiające bieżący podgląd sal operacyjnych, mogą przyczynić się do zwiększenia efektywności koordynacji pracy pomieszczenia zabiegowego. Osoba odpowiedzialna za opisany wyżej proces byłaby w stanie w czasie rzeczywistym weryfikować status kolejnych etapów - od momentu rozpoczęcia działań przygotowawczych do zabiegu do zakończenia prac sprzątania i dezynfekcji po jego zakończeniu. Powyższa możliwość mogłaby wpłynąć na zapewnienie ciągłości prac i tym samym lepsze wykorzystanie potencjału pomieszczeń zabiegowych, co mogłoby przełożyć się na zwiększenie liczby codziennych procedur w ramach posiadanej infrastruktury, a zatem na przyspieszenie realizacji świadczeń i skrócenie czasu oczekiwania przez pacjentów na ich udzielenie.

Obserwacje naukowców z Uniwersytetu Warwick dotyczące efektywności i produktywności pomieszczeń zabiegowych, oparte o dane pochodzące z ich systemów monitoringu wizyjnego, pozwoliły na sformułowanie pięciu czynników, które mają wpływ na efektywność i tym samym dostępność udzielanych świadczeń: 1) koordynacja przygotowania pacjenta do zabiegu oraz narzędzi zabiegowych (schemat procedury), 2) przedzabiegowe przygotowanie bloku operacyjnego, 3) dwuetapowość przygotowywania narzędzi, 4) dostępność chirurga oraz 5) układ bloku i ewentual-

30 P. Quigley, L. Votruba, *Impact of Patient-Engaged Video Surveillance on Nursing Workforce Safety*, (w:) „Journal of Nursing Care Quality”, tom 35, 2020, s. 213-219.

31 P. Quigley, L. Votruba, J. Kaminski, *Registered Nurses, Patient-Engaged Video Surveillance and COVID-19 Outcomes, Research for Practice*, (w:) „Medsurg Nursing Journal”, 2021.

32 K. M. Nolan, M.K. Baxter i inni, *Video surveillance of oxygen administration by mask in postoperative patients*, (w:) „British Journal of Anesthesia”, tom 69, 1992, s. 194-196.

nych pomieszczeń przyległych.³³ W publikacji podsumowującej wyniki tego badania wskazano, że główne osie efektywności bloku to obecność lekarza na bloku operacyjnym, proces logistyczny pacjenta oraz przygotowanie narzędzi i pomieszczeń. W jej wnioskach wskazano, że „chirurgia jest jednym z obszarów opieki zdrowotnej, który jest analogiczny do linii produkcji masowej” i w którym „standaryzacja procesów i reedukacja zmiennych może prowadzić do zwiększenia efektywności bloków operacyjnych”. Dane monitoringu wizyjnego były podstawą do przeprowadzenia analizy zarządczej poziomu wykorzystania bloku operacyjnego i pozwoliły na optymalizację procedur oraz schematów postępowania.

Monitoring wizyjny może wspomagać procesy warunkujące efektywne zarządzanie zasobami będącymi w dyspozycji placówek leczniczych, takich jak przestrzeń czy aparatura wykorzystywana do udzielania świadczeń zdrowotnych. Powyższe mogłoby przełożyć się na poziom dostępności udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych.

Obszarem, w którym wskazana wyżej zależność mogłaby być dostrzegalna, jest działalność oddziałów szpitalnych realizujących procedury zabiegowe. Postulat racjonalnego i oszczędnego wydatkowania środków publicznych kreuje system organizacji procedur zabiegowych wokół współdzielenia zasobów infrastrukturalnych oraz zespołów personelu. Podmioty lecznicze poszukują rozwiązań zmierzających do maksymalizacji płynności pracy tzw. bloku operacyjnego. Stwarza to możliwość maksymalnego wykorzystania jego możliwości oraz potencjału zespołów anestezjologicznych i pielęgniarskich.

W warunkach od kilku- do kilkunastosalowego bloku operacyjnego efektywna koordynacja pracy personelu, a także trasy, jaką pacjent przemierza z sali chorych do pomieszczenia zabiegowego w bloku operacyjnym, jest znacznie utrudniona. Zastosowanie systemu monitoringu wizyjnego mogłoby pozwolić osobie koordynującej, dysponującej bieżącym podglądem z poszczególnych sal operacyjnych, na śledzenie kolejnych etapów prac personelu i dynamiczne reagowanie na zaobserwowane zmiany. Gdyby opisany nadzór bezpośredni realizowany był na bieżąco, w trybie ciągłym, mogłoby to skutkować skróceniem czasu zmiany pomiędzy zabiegami, dynamicznym zaangażowaniem personelu pomocniczego i niezwłocznym wdrażaniem procesów towarzyszących (tj. dekontaminacji pomieszczeń). Mogłoby to pozwolić także na uniknięcie przedłużającego się oczekiwania na zabieg, opóźnień oraz przestojów w pracy bloku operacyjnego i w konsekwencji umożliwić zwiększenie liczby procedur wykonywanych w ramach posiadanych zasobów. Dodatkowo szczegółowa analiza dynamiki zmian w pomieszczeniu zabiegowym mogłaby pozwolić na prowadzenie działań optymalizujących, dotyczących zarówno składu oraz współpracy zespołu, jak i lo-

33 J.O. Meredith , A.L. Grove, P. Walley i inni *Are we operating effectively? A lean analysis of operating theatre changeovers.* (w:) „Operations Management Research 4”, 89, 2011 . <https://doi.org/10.1007/s12063-011-0054-6>.

kalizacji wyposażenia czy też rozmieszczenia sprzętu jednorazowego wykorzystywanego w toku realizacji procedur.

Ponadto opisywane zastosowanie w sferze zarządczej jest również potencjalnie przydatne w pomieszczeniach oddziałów ratunkowych, w których podejmowane są wielodyscyplinarne, nagłe i wymagające koordynacji działania terapeutyczne wieloosobowego zespołu (tzw. obszary resuscytacyjno-zabiegowe). Wykorzystanie systemu monitoringu bezpośredniego oraz nagrań retrospektywnych przez osoby zarządzające takimi obszarami i odpowiedzialne za ich efektywne funkcjonowanie mogłoby służyć optymalizacji rozwiązań organizacyjnych i infrastrukturalnych oraz szkoleniu zespołu.

2.4. Zarządzanie podmiotem leczniczym

Monitoring wizyjny jest przydatny w zakresie obserwacji i wychwycenia niepokojących sygnałów oraz nieprawidłowości, jakie mogą wystąpić w podmiocie leczniczym. Umożliwia także wdrażanie działań organizacyjnych o charakterze prewencyjnym lub naprawczym. W związku z tym monitoring wizyjny można zakwalifikować do narzędzi wczesnego ostrzegania, który służy budowaniu wspólnego bezpieczeństwa i komfortu pracy w podmiocie leczniczym.

Mając powyższe na uwadze, można stwierdzić, że monitoring wizyjny znajduje szerokie zastosowanie w sferze organizacyjnej i zarządczej podmiotu leczniczego. Tym samym, pod warunkiem, że jest stosowany zgodnie z przepisami prawa, w szczególności prawami pacjenta, może przyczynić się do zwiększania bezpieczeństwa pacjenta, usprawniania procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podmiotu leczniczego, a także może wpływać na wzrost dostępności procedur medycznych.

Rekomendacje i wytyczne

Różnice interpretacyjne, widoczne między innymi w postępowaniach prowadzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta, pokazują, że istnieje potrzeba ustalenia jednolitej wykładni obecnych przepisów prawa i wyznaczenia wytycznych praktyki stosowania monitoringu wizyjnego. Analiza ta obrazuje także potrzebę doprecyzowania i uzupełnienia przepisów w taki sposób, aby osiągnąć równowagę pomiędzy koniecznością poszanowania prawa pacjenta do intymności i godności, a zapewnieniem mu bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych i efektywności procesu terapeutycznego.

Punkt 3.1. zawiera rekomendację ujednolicenia terminologii związanej z monitoringiem wizyjnym (słownik monitoringu wizyjnego), które w opinii autorów pozwoli na uniknięcie wątpliwości interpretacyjnych na tle językowym i pozytywnie wpłynie na animowanie debaty o monitoringu wizyjnym z udziałem wszystkich podmiotów aktywnych w systemie ochrony zdrowia.

Punkt 3.2. omawia zmiany, które zostały wprowadzone nowymi przepisami.

Punkt 3.3. obejmuje rekomendacje – wedle przyporządkowania do konkretnych obszarów – oraz długofalowe cele na poziomie minimum oraz maksimum.

3.1. Monitoring wizyjny – rekomendowane definicje

Biorąc pod uwagę występujące wątpliwości interpretacyjne dotyczące terminów pojawiających się zarówno w aktach prawnych, jak i w orzecznictwie sądów administracyjnych, konieczne jest uporządkowanie definicji dotyczących obszaru monitoringu wizyjnego:

- a) **Monitoring wizyjny** – zdalna obserwacja obrazu w czasie rzeczywistym za pośrednictwem systemu monitoringu wizyjnego podmiotu leczniczego.
- b) **Nagrywanie/przetwarzanie** – utrwalanie na nośnikach danych obrazu rejestrowanego przez system monitoringu wizyjnego.
- c) **System monitoringu wizyjnego** – system teleinformatyczny, wyposażony w kamery zainstalowane w określonych miejscach podmiotu leczniczego, umożliwiający systematyczną obserwację przestrzeni z możliwością rejestracji oraz przetwarzanie tego obrazu z wykorzystaniem bezpiecznego oprogramowania.

Kluczowy dla definicji systemu monitoringu wizyjnego jest fakt posiadania oprogramowania lub innego systemu informatycznego jako części składowej oraz administrowanie nim przez podmiot leczniczy z należytą starannością lub przez inny podmiot działający na jego zlecenie. *A contrario* okna czy inkubator nie są urządzeniami służącymi do monitoringu wizyjnego i nie podlegają regulacji w regulaminie organizacyjnym (mimo że okna wewnątrz oddziału czy innego rodzaju przeszklenia umożliwiają bieżącą obserwację przestrzeni).

- d) **Odczucie wstydu** – występujące u pacjenta przykre odczucie niepewności, onieśmienia lub skrępowania w wyniku przekroczenia norm moralnych, społecznych w związku z udzielanymi świadczeniami opieki zdrowotnej.

W określonych przypadkach personel podmiotu wykonującego działalność leczniczą powinien podjąć obiektywnie uzasadnione działania zmierzające do poszanowania intymności i godności pacjenta.

Zgodzić się należy z argumentacją przedstawioną przez SN w wyroku z 11.03.1997 r.³⁴ W sprawie tej Sąd rozważał kwestię naruszenia dóbr osobistych i uznał, że ocena, czy w konkretnej sytuacji naruszenie takie rzeczywiście nastąpiło, nie może być dokonywana według miary indywidualnej wrażliwości (ocena subiektywna) zainteresowanego, ta bowiem może być szczególnie duża ze względu na cechy osobnicze, uwarunkowania chorobowe itd. Z tej przyczyny kryteria oceny naruszenia muszą być poddane obiektywizacji, a mianowicie uwzględnić trzeba odczucia szerszego grona uczestników i powszechnie przyjmowane, a zasługujące na akceptację, normy postępowania (obyczaj, tradycja itd.)³⁵.

W szczególności będzie to ujawnienie interwencji medycznych, informacji, fragmentów ciała, działań - które w powszechnym rozumieniu uważane są za intymne, nieujawniane innym osobom lub ujawniane wyłącznie wąskiemu kręgowi osób najbliższych - w sposób nieproporcjonalny i niezasadniony, biorąc pod uwagę stan zdrowia i bezpieczeństwo pacjenta.

Lp.	Przykłady nieprawidłowych działań	Przykłady prawidłowych działań
1	Obecność osób trzecich lub uchylenie drzwi do gabinetu w sytuacji uwidocznienia narządów intymnych pacjenta.	Obecność wyłącznie niezbędnych osób przy udzielaniu świadczeń, w szczególności podczas których może dojść do uwidocznienia narządów intymnych pacjenta. Udzielanie tych świadczeń w zamkniętych pomieszczeniach, do których jest ograniczony dostęp dla osób postronnych.

34 III CKN 33/97.

35 Zob. wyroki SN: z 5.04.2002 r., II CKN 953/00, LEX nr 55098; z 26.10.2001 r., V CKN 195/01, LEX nr 53107.

2	Donośne ujawnianie informacji o dolegliwościach pacjenta dotyczących jego seksualności, intymnych czynności fizjologicznych, higieny ciała lub mogących powodować stygmatyzację.	Zachowywanie tajemnicy informacji w szczególności o dolegliwościach pacjenta dotyczących jego seksualności, intymnych czynności fizjologicznych, higieny ciała lub mogących powodować stygmatyzację poprzez np. prowadzenie rozmowy w miejscu gdzie osoby postronne nie będą mogły jej usłyszeć.
3	Eksponowanie narządów intymnych pacjenta nieuzasadnione przedmiotem i przebiegiem badania lub zabiegu (np. negliż pacjentki od pasa w dół podczas badania ginekologicznego).	Dostosowanie sposobu przeprowadzania badania lub zabiegu do jego przedmiotu.
4	Pacjent hospitalizowany na tzw. „dostawce” w przestrzeni ogólnodostępnej oddziału ratunkowego (brak jest miejsc w salach obserwacyjnych, a stan zdrowia pacjenta implikuje bezwzględną konieczność hospitalizacji) wymaga iniekcji domięśniowej w pośladek. Procedura wykonywana jest w obecności innych pacjentów, bez parawanów oraz w obszarze monitorowanym.	Zapewnienie parawanów dla pacjentów hospitalizowany na tzw. „dostawce” w przestrzeni ogólnodostępnej oddziału ratunkowego.

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane z należytą starannością – świadczenia zdrowotne uzyskiwane przez pacjenta w podmiocie leczniczym, udzielane zgodnie z przepisami prawa i wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej, adekwatnie do stanu zdrowia pacjenta, z zachowaniem należytych norm ostrożnościowych i standardów wynikających z zasad deontologii zawodowej.

- e) **Bezpieczeństwo pacjenta** – (docelowy) stan, uzyskany wskutek między innymi działań podejmowanych z należytą starannością przez personel podmiotu leczniczego w ramach sprawowania pieczy nad pacjentem i jego osobami bliskimi, w którym pacjent nie doznaje niepotrzebnej rzeczywistej szkody ani nie jest narażony na potencjalną szkodę w związku z opieką zdrowotną.³⁶ Do takich działań można zaliczyć, zgodnie z definicją bezpieczeństwa pacjenta proponowaną przez Światową Organizację Zdrowia, „zorganizowane działania, które tworzą kultury, procesy, procedury, zachowania, technologie i środowiska w opiece zdrowotnej, które konsekwentnie i trwale obniżają ryzyko, ograniczają występowanie szkód, których można uniknąć, zmniejszają praw-

³⁶ Na podstawie: Zalecenie Rady z dnia 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną (Dz. U. UE. C. z 2009 r. Nr 151, str. 1).

dopodobieństwo popełnienia błędu i ograniczają skutki szkody, jeśli już do niej dojdzie”.³⁷

Przykłady okoliczności mogących powodować ryzyko dla bezpieczeństwa pacjenta:

- ◆ niewdrożenie w podmiocie systemu: 1) analizy przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych; 2) ewaluacji danych (opinii, skarg) pochodzących od pacjentów; 3) standardowych procedur operacyjnych w opiece nad pacjentami; 4) właściwych standardów komunikacji pomiędzy personelem medycznym a pacjentem, zarówno na etapie udzielania przez pacjenta zgody na leczenie, jak i w procesie leczenia; 5) właściwych standardów komunikacji wewnątrz personelu podmiotu leczniczego;
- ◆ niezapewnienie odpowiedniej obsady kadrowej personelu medycznego;
- ◆ niezapewnienie odpowiedniej infrastruktury lub wyposażenia podmiotu zgodnie z przepisami prawa;
- ◆ Przykłady możliwych skutków okoliczności ryzykownych dla bezpieczeństwa pacjenta:
 - ◆ niedostarczenie pacjentowi opieki medycznej we właściwym terminie i/lub we właściwym zakresie (w tym np. brak profilaktyki odleżyn, niewdrożenie natychmiastowej interwencji mimo reakcji anafilaktycznej/sepsy, opóźnienie w uśmierzaniu bólu pacjenta);
 - ◆ upadki;
 - ◆ ucieczki pacjentów;
 - ◆ przetoczenie pacjentowi niewłaściwej grupy krwi;
 - ◆ brak właściwego przygotowania do zabiegu np. niezarezerwowanie odpowiedniej liczby narzędzi dla pacjenta;
 - ◆ podanie pacjentowi niewłaściwego produktu leczniczego lub podanie go niewłaściwą drogą (niewłaściwy port);
 - ◆ nieprawidłowości organizacyjne i zarządcze.
- f) **Podmiot wykonujący działalność leczniczą** - oznacza podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, oraz lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, o której mowa w art. 5 tej ustawy;

³⁷ Tłumaczenie własne. *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, za: *Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance*. Geneva: World Health Organization, 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

- g) **Regulamin monitoringu wizyjnego** – część regulaminu organizacyjnego, na podstawie którego kierownik podmiotu leczniczego może prowadzić monitoring wizyjny w wybranych przestrzeniach, zgodnie z przepisami prawa.

3.2. Zmiana zasad prowadzenia monitoringu wizyjnego wynikająca z ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw

Biorąc pod uwagę zauważalne walory stosowania monitoringu wizyjnego dla efektywności i bezpieczeństwa procesu leczenia, a z drugiej strony rozbieżności w interpretacji obecnych przepisów, potrzebne było doprecyzowanie możliwości prowadzenia monitoringu w podmiotach leczniczych. Rozwiązania prawne powinny zapewnić realizację prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności, przy jednoczesnym umożliwieniu, w przypadkach uzasadnionych, prowadzenia monitoringu wizyjnego w pomieszczeniach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne.

Rzecznik Praw Pacjenta brał czynny udział w pracach nad przygotowaniem zmiany ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, na mocy której m.in. dostosowano przepisy dotyczące monitoringu wizyjnego.

Na mocy przepisów ustawy dokonano modyfikacji art. 23a ustawy o działalności leczniczej poprzez:

- ♦ jednoznacznie wskazano, że w podmiocie wykonującym działalność leczniczą możliwa jest obserwacja za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring);
- ♦ uzupełnienie treści przepisu o możliwość monitoringu wizyjnego pomieszczeń, w których są udzielane świadczenia zdrowotne, jeżeli jest to konieczne w ocenie kierownika podmiotu leczniczego w procesie leczenia pacjentów lub do zapewnienia im bezpieczeństwa – w przypadku szpitali, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładów rehabilitacji leczniczej oraz hospicjów (a więc bez odrębnej podstawy prawnej).

3.2.1. Monitoring w przestrzeniach udzielanych świadczeń zdrowotnych – sale chorych

Monitoring wizyjny należy prowadzić z należytą starannością na podstawie regulaminu organizacyjnego w obszarach wskazanych w odpowiednich przepisach prawa, z poszanowaniem praw pacjenta, w szczególności prawa do poszanowania intymności i godności.

Z uwzględnieniem przesłanek wskazanych w ustawie, wzorem doświadczeń zagranicznych, akceptowalnych dla pacjentów, możliwe jest prowadzenie monitoringu

w przestrzeniach pobytowych pacjentów, np. salach łóżkowych. Zgodnie z ich przeznaczeniem, są w nich udzielane świadczenia zdrowotne, np. podanie leku. Z uwagi na fakt, że pacjenci często są hospitalizowani przez dłuższy okres, a sale chorych są miejscem ich stałego zakwaterowania, gdzie może dojść do rozmaitych zdarzeń niepożądanych, np. upadku pacjenta, rekomendujemy możliwość monitorowania tego rodzaju pomieszczeń, jeśli bezpieczeństwo konkretnej grupy pacjentów wskazuje na taką potrzebę. W tej perspektywie decyzja o wprowadzeniu monitoringu należy do kierownika podmiotu leczniczego, który, w oparciu o analizę zdarzeń niepożądanych, ma wiedzę adekwatną do oceny, czy monitoring wizyjny będzie wsparciem pracy personelu w zapewnieniu pacjentom bezpieczeństwa. Jednocześnie, respektując prawo pacjenta do prywatności, rekomenduje się wyznaczenie pokoiów odwiedzin lub innych obszarów kontaktu pacjenta z bliskimi.

W obszarach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, takich jak sale łóżkowe i miejsca przebywania pacjentów (korytarze oddziału), tj. obszarach nieinterwencyjnych, ewentualne wprowadzenie monitoringu wizyjnego w czasie rzeczywistym powinno odbyć się przy jednoczesnym spełnieniu dwóch przesłanek:

- ◆ medycznego uzasadnienia wprowadzenia monitoringu;
- ◆ komunikatu o monitorowaniu danej przestrzeni, z uwzględnieniem przepisów o ochronie danych osobowych.

Przechowywanie nagrania obrazu zarejestrowanego przez system monitoringu wizyjnego, zawierającego dane osobowe, jest możliwe wyłącznie w okresie do 3 miesięcy od dnia nagrania obrazu. W tym okresie podmiot leczniczy przetwarza je wyłącznie w celach, do których zostały zebrane. Po upływie terminu przechowywania nagrania zawierające dane osobowe podlegają zniszczeniu, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

Niezależnie od tego w salach chorych mają miejsce także inne zdarzenia, niemieszczące się w kategorii świadczeń zdrowotnych, np. odwiedziny osób bliskich u pacjenta. Z tego względu, respektując prawo pacjenta do prywatności, w ramach możliwości organizacyjnych rekomenduje się wyznaczenie pokoiów odwiedzin lub innych obszarów przeznaczonych do kontaktu pacjenta z bliskimi.

3.2.2. Monitoring w przestrzeniach udzielanych świadczeń zdrowotnych - pomieszczenia zabiegowe

Na potrzeby decyzji o prowadzeniu monitoringu w pomieszczeniu zabiegowym rekomendujemy rozważenie wprowadzenia obiektywnych kryteriów medycznych, takich jak określone w % ryzyko wystąpienia powikłania (np. 30% szans, że pacjent nie przeżyje operacji z uwagi na współistniejące obciążenie zdrowotne).

Ponadto rekomendujemy wdrożenie następujących zasad prowadzenia monitoringu bloków operacyjnych:

- 1) 1. Monitoring w pomieszczeniu zabiegowym/sali operacyjnej prowadzi się w sposób zapewniający intymność pacjenta, bez rejestracji jego wizerunku.
- 2) 2. Identyfikacja pacjenta i personelu medycznego, który uczestniczył w procedurze, następuje w oparciu o metadane, takie jak: numer kamery rejestrującej obraz, numer pacjenta, czas rozpoczęcia i zakończenia monitoringu.
- 3) 3. Nagranie zarejestrowanego obrazu jest dołączane na podstawie decyzji lekarza do dokumentacji medycznej, jeśli obraz ujawnia okoliczności istotne dla procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

Podsumowanie postulatów interpretacyjnych przedstawionych w punkcie 3.2.1. i 3.2.2. zawarte jest w poniższej tabeli.

Rekomendacje dotyczące stosowania art. 23a ustawy o działalności leczniczej w konkretnych obszarach podmiotu leczniczego
<p>Sale chorych</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring wizyjny należy prowadzić z należytą starannością na podstawie regulaminu organizacyjnego w obszarach wskazanych w odpowiednich przepisach prawa, z poszanowaniem praw pacjenta. 2. W obszarach udzielania świadczeń zdrowotnych, takich jak sale łóżkowe, i w miejscach przebywania pacjentów (korytarze oddziału) rekomenduje się wprowadzenie monitoringu wizyjnego w czasie rzeczywistym, przy jednoczesnym spełnieniu 2 przesłanek: <ul style="list-style-type: none"> • medycznego uzasadnienia wprowadzenia monitoringu, • komunikatu o monitorowaniu danej przestrzeni. 3. Przechowywanie nagrania obrazu zarejestrowanego przez system monitoringu wizyjnego, zawierającego dane osobowe, jest możliwe wyłącznie w okresie do 3 miesięcy od dnia nagrania obrazu. W tym okresie podmiot leczniczy przetwarza je wyłącznie do celów, w których zostały zebrane. Po upływie terminu przechowywania nagrania zawierające dane osobowe podlegają zniszczeniu, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. Jeśli okoliczności wynikające z obrazu mają istotne znaczenie dla procesu diagnostyczno-terapeutycznego zarejestrowany obraz stanowi podstawę do sporządzenia odpowiednich zapisów w dokumentacji medycznej jest dołączony do dokumentacji medycznej. Należy pamiętać o tym, że jeżeli do dokumentacji zostanie dołączone nagranie, będzie ono musiało być przechowywane razem z resztą dokumentów, zgodnie z zasadami ogólnymi przez 20 lat.
<p>Pomieszczenie zabiegowe</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring w pomieszczeniu zabiegowym prowadzi się z zachowaniem należytej staranności w zakresie poszanowania intymności i godności pacjenta, zgodnie z przepisami prawa. 2. Identyfikacja pacjenta i personelu medycznego, który uczestniczył w procedurze, następuje w oparciu o metadane, takie jak: numer kamery rejestrującej obraz, numer pacjenta, czas rozpoczęcia i zakończenia monitoringu. 3. Nagranie zarejestrowanego obrazu jest dołączone do dokumentacji medycznej, jeśli w opinii personelu medycznego obraz ujawnia okoliczności istotne dla procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

3.3. Rekomendacje i cele długofalowe – poziom minimum i maksimum

3.3.1. Rekomendacje na poziomie minimum (należyta staranność)

Podział rekomendacji na poziomie minimum i maksimum ma na celu zakomunikowanie pożądanego poziomu staranności, jaki – w opinii autorów Przewodnika – może stanowić podstawę zobowiązania podmiotu leczniczego do przestrzegania określonych zasad. Biorąc pod uwagę treść art. 355 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeksu cywilnego³⁸, sankcjonującego staranność należyłą (średnią) jako minimum, a także dostrzegając potrzebę eliminacji ewentualnych nadużyć lub błędnej interpretacji przepisów, która mogłyby skutkować zastosowaniem monitoringu wizyjnego w sytuacjach i pomieszczeniach, w których nie jest to uzasadnione, rekomendowane jest:

- ◆ zobowiązanie kierownika podmiotu leczniczego do uwzględnienia w regulaminie organizacyjnym treści odnoszących się do monitoringu wizyjnego, w szczególności sposobu obserwacji pomieszczeń,
- ◆ zobowiązanie kierownika podmiotu leczniczego do uwzględnienia konieczności poszanowania intymności i godności pacjenta, w tym wartościowania potrzeby zastosowania monitoringu w danym pomieszczeniu oraz ochrony danych osobowych,
- ◆ nałożenie na kierownika podmiotu leczniczego odpowiedzialności za wykorzystanie monitoringu wizyjnego zgodnie z przepisami prawa.

3.3.2. Wdrożenie ujednoliconej terminologii związanej z obszarem monitoringu wizyjnego

Na poziomie minimum autorzy Przewodnika rekomendują opracowywanie szczegółowych regulacji wewnętrznych uwzględniających definicje kluczowych pojęć z obszaru monitoringu wizyjnego na poziomie gwarantującym zachowanie należytej staranności i konsekwentne posługiwanie się przyjętą terminologią we wszystkich aktach składających się na wewnętrzny system zarządzania.

Rekomendowane jest korzystanie ze słownika zaproponowanego w punkcie 3.1. Przewodnika, niemniej dopuszczalne jest opracowanie niezależnej terminologii, odzwierciedlającej specyfikę i uwarunkowania konkretnego podmiotu leczniczego.

³⁸ Dz.U. z 2023 r., poz. 1610.

3.3.3. Rekomendacje na poziomie maksimum (ponad należytą staranność)

Rekomendacje na poziomie maksimum nie wchodzą do zakresu staranności należytej, ale są proponowanymi przez autorów przewodnika wyrazem dążenia do promocyjnej kultury organizacyjnej podmiotu leczniczego. Dadzą one asumpt do ożywienia dyskusji publicznej w tym zakresie, co pozwoli na wypracowanie innych zastosowań monitoringu wizyjnego, sprzyjających integracji pacjenta do procesu diagnostyczno-terapeutycznego i jego autonomizacji.

3.3.3.1. Możliwość zawarcia umowy o nagranie z udzielonego świadczenia

Nagrania pewnego rodzaju świadczeń, takich jak poród, mogą być dla niektórych pacjentów cenną pamiątką rodzinną. Ponadto część pacjentów jest zainteresowana przebiegiem udzielanych im świadczeń, a nagranie jest dla nich wartościowym źródłem wiedzy w tym zakresie. Jednocześnie każdy ma prawo dostępu do wszelkiego rodzaju danych dotyczących jego osoby, w tym danych monitoringu wizyjnego.

W związku z tym na wyraźne życzenie pacjenta, na jego wniosek i za jego pisemną zgodą, można uznać za dopuszczalne zawarcie umowy o nagranie i przetworzenie obrazu rejestrowanego w pomieszczeniu zabiegowym lub sali operacyjnej przez system monitoringu wizyjnego oraz udostępnienie go pacjentowi.

Zawarcie umowy jest możliwe wyłącznie w zakresie obrazów przedstawiających udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentowi, który złożył wniosek o zawarcie umowy, lub jego dziecka, co do którego posiada pełną władzę rodzicielską.

Umowa powinna być zawarta w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Umowa może mieć charakter odpłatny. Wniosek o zawarcie umowy może być dostępny dla pacjentów w różnych lokalizacjach, np. na stronie internetowej podmiotu leczniczego i w sekretariatach oddziałów/klinik.

3.3.3.2. Dydaktyka

Szpital o charakterze uniwersyteckim są wyłączone z katalogu podmiotów zobowiązanych do uzyskania świadomej zgody pacjenta na udział studentów w udzielanym świadczeniu opieki zdrowotnej. W przypadku tych podmiotów leczniczych monitoring wizyjny może być cennym narzędziem dydaktycznym, ułatwia bowiem szerszemu gronu studentów obserwację udzielanego świadczenia zdrowotnego. Dla pacjenta wybór tego rodzaju placówki łączy się z dostępem do lekarzy specjalistów, będących zarazem kadrą naukową korzystających z najnowszej wiedzy medycznej.

Z uwagi na możliwość udostępniania monitoringu poza salę operacyjną nie ma konieczności, by studenci byli fizycznie obecni przy udzielanym świadczeniu, co może wzmacniać poczucie prywatności u pacjentów. W związku z powyższym w obecnym stanie prawnym można przyjąć, że podmioty lecznicze, w których prowadzona jest działalność dydaktyczna, mają możliwość udostępniania w czasie rzeczywistym obrazu rejestrowanego przez system monitoringu wizyjnego, w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych, o których mowa w art. 36 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, chyba że pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy sprzeciwi się temu. Z uwagi na obowiązek poszanowania autonomii pacjentów, także w zakresie odnoszącym się do ich prywatności, rekomenduje się, by podmiot leczniczy respektował prawną skuteczność sprzeciwu pacjenta wobec prowadzenia tego rodzaju streamingu.

Poniższa tabela prezentuje wizualne podsumowanie rekomendacji z uwzględnieniem podziału minimum/maksimum.

Rekomendacje dotyczące monitoringu wizyjnego prowadzonego w oparciu o art. 23a ustawy o działalności leczniczej oraz przepisach szczególnych	
Minimum	Maksimum
<p>Ogólna dyrektywa - wymóg należytej staranności w respektowaniu prawa pacjenta do godności i intymności</p> <p>Monitoring wizyjny należy prowadzić z należytą starannością, zgodnie z przepisami prawa, tj. na podstawie regulaminu organizacyjnego lub/i wewnętrznych aktów prawnych organizacji (np. procedury, instrukcji, schematu) w obszarach, które spełniają przesłanki wskazane w art. 23a ustawy o działalności leczniczej oraz przepisach szczególnych; przy jednoczesnym poinformowaniu osób obserwowanych o monitorowaniu przestrzeni, w której przebywają.</p>	<p>Komunikacja ze środowiskiem pacjentów</p> <p>Autorzy opowiadają się za dopuszczalnością zawarcia umowy (opartej np. o konstrukcję umowy o świadczenie usług) o nagraniu procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (na wniosek pacjenta).</p>
<p>Wdrożenie ujednoliconej terminologii</p> <p>Postulat wskazuje na potrzebę eliminacji nieprecyzyjnych określeń języka prawniczego, które mogą powodować błędną interpretację norm wynikających z przepisów (vide: słownik monitoringu wizyjnego). Słownikiem rekomendowanym do komunikacji wewnętrznej (np. w procedurze projektowanej przez podmiot leczniczy) i zewnętrznej (np. skierowanej do pacjentów) jest zaproponowany w punkcie 3.1. niniejszego Przewodnika.</p>	<p>Dydaktyka</p> <p>Dla szpitali uniwersyteckich oraz innych podmiotów leczniczych objętych hipotezą art. 36 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry autorzy rekomendują zakomunikowanie możliwości legalnego streamingu i udostępniania (w czasie rzeczywistym) procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych, chyba że pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy się temu sprzeciwiają.</p>

Kazusy

Przedstawione poniżej kazusy – rozwiązania problemów prawnych zaistniałych w określonych stanach faktycznych za pomocą mechanizmów obecnych w nowelizowanym art. 23a ustawy o działalności leczniczej³⁹ mają za zadanie przybliżenie aspektów praktycznych towarzyszących stosowaniu monitoringu wizyjnego w podmiocie leczniczym.

4.1. Upadek pacjenta ze stanowiska zabiegowego

Stan faktyczny: Pacjentka podczas zabiegu termoablacji guza wątroby spadła ze stołu do angiografii, łamiąc sobie trzy żebra. Wedle specyfikacji fabrycznej stół do angiografii nie zawiera żadnych barierek ani pasów zabezpieczających pacjenta przed potencjalnym upadkiem w momencie wybudzenia lub przenoszenia na łóżko transportowe, został jednak dopuszczony do wykorzystania w procedurach medycznych. Wpisy w dokumentacji medycznej stworzonej przez zespół anestezjologiczny zawierają dane sprzeczne z informacjami wynikającymi z wpisów dokonanych przez lekarza operatora. Po zakończeniu leczenia pacjentka zgłosiła roszczenie o odszkodowanie i zadośćuczynienie.

Problemy:

- 1) żmudny dla szpitala i pacjenta proces odszkodowawczy;
- 2) trudności w ustaleniu stanu faktycznego i udowodnieniu winy lub jej braku po stronie szpitala za zdarzenie;
- 3) niewiarygodność (sprzeczność) wpisów w dokumentacji medycznej;
- 4) ograniczenie możliwości wdrożenia odpowiednio ukierunkowanych działań naprawczych oraz zapobiegających upadkom pacjentów w przyszłości.

Odpowiedź:

Do dnia 5 września 2023 r. szpital nie miał możliwości prowadzenia monitoringu wizyjnego w lokalizacjach i obszarach, w których są udzielane pacjentom świadczenia zdrowotne, o ile nie były one wskazane w stosownych przepisach szczególnych.

³⁹ Dz.U. z 2023 r., poz. 991.

Wobec tego szpital nie miał możliwości prowadzenia monitoringu wizyjnego w salach operacyjnych przeznaczonych do udzielania świadczeń z zakresu radiologii zabiegowej. **Po wejściu w życie w dniu 6 września 2023 r. nowego brzmienia art. 23a ustawy o działalności leczniczej szpital ma możliwość prowadzenia monitoringu wizyjnego w pracowni radiologii zabiegowej, co ułatwia ustalenie stanu faktycznego i wdrożenie adekwatnych działań naprawczych. Łatwiejszy dostęp do dowodów pozwoli na obiektywizację postępowania i potencjalne jego zakończenie na poziomie podmiotu leczniczego i jego ubezpieczyciela, co w konsekwencji spowoduje wzrost bezpieczeństwa prawnego pacjentów.**

4.2. Apteczka szpitalna

Pielęgniarka w trakcie pracy sfalszowała dokumentację medyczną. Podczas pełnionego dyżuru zleciła pacjentom „nadprogramowe” dawki relanium, po czym zamknęła się w toalecie i podała sobie wszystkie dawki dożylnie, pozostawiając pacjentów bez opieki.

Problemy:

- 1) ustalenie przebiegu zdarzenia;
- 2) wątpliwości w zakresie wiarygodności dokumentacji pielęgniarskiej;
- 3) potencjalnie nienależyty poziom bezpieczeństwa farmakoterapii i bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów;
- 4) potencjalne naruszenie zasad dyscypliny finansów publicznych przez podmiot leczniczy;
- 5) odpowiedzialność dyscyplinarna i karna pielęgniarki.

Odpowiedź:

Zarówno w poprzednim, jak i obecnym stanie prawnym podmiot leczniczy ma możliwość prowadzenia monitoringu wizyjnego w miejscu przygotowania leku dla pacjenta, w szczególności monitorowania apteczki. Taki monitoring mieści się w granicach przepisów prawa, jako narzędzie administrowania mieniem oraz potrzeby zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i personelowi medycznemu. Pozwala na weryfikację obrotu lekami a jednocześnie nie narusza dóbr prawnych pracowników. Nagranie monitoringu jest alternatywnym materiałem dowodowym względem dokumentacji medycznej tworzonej przez pielęgniarkę, ale jego zaletą jest walor obiektywizmu. Obecnie możliwe byłoby objęcie posiadany systemem monitoringu wizyjnego również obszarów, w których udzielane są pacjentom świadczenia zdrowotne, w tym realizowane są zlecenia lekarskie w zakresie farmakoterapii, co umożliwia weryfikację gospodarki lekiem, także na etapie jego podania pacjentowi.

4.3. Starszy pacjent w SOR

Pacjent 90-letni przybył do SOR-u, w triażu otrzymał kategorię „niebieską”. Oczekiwał przez 80 minut na pierwszy kontakt z lekarzem, po czym opuścił obszar SOR-u. Według relacji rodziny pacjent nie wrócił do domu przez kolejne 24 godziny. Został odnaleziony w centrum miasta, odwodniony, wyziębiony i zdezorientowany. Rzecznik Praw Pacjenta zwrócił się o przekazanie wyjaśnień przez szpital, w szczególności w zakresie respektowania przedziałów czasowych wskazanych w rozporządzeniu w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.⁴⁰

Problemy:

- 1) ustalenie dokładnego momentu i okoliczności opuszczenia pomieszczeń SOR-u;
- 2) problem ustalenia należytej staranności personelu SOR-u;
- 3) ustalenie przestrzegania kolejności ustalonej w oparciu o triaż;
- 4) ustalenie, czy przedziały czasowe odpowiadały wymogom rozporządzenia o SOR-ze.

Odpowiedź:

Zarówno w poprzednim, jak i obecnym stanie prawnym szpital może ustalić stan pacjentów w poczekalni za pośrednictwem nagrania monitoringu wizyjnego zainstalowanego na SOR-ze. W odniesieniu do tego pacjenta szpital może ocenić jego zachowanie oraz dokładny moment opuszczenia SOR-u bez informowania o tym personele medycznego. Nagranie obrazu z monitoringu może być przetworzone wewnętrznie w szpitalu oraz stanowić podstawę pisemnych wyjaśnień udzielonych Rzecznikowi.

4.4. Zastrzyk przeciwbólowy na SOR-ze

Pacjent przebywający na SOR-ze z objawami ciężkiej rwy kulszowej, bardzo cierpiący, otrzymał od pielęgniarki zastrzyk przeciwbólowy. Z uwagi na zalecenie podaży leku domięśniowo pacjent otrzymał zastrzyk w pośladek, co, jego zdaniem, godziło w jego poczucie prywatności i godności. Po wypisie z SOR-u udał się do dyrekcji szpitala, twierdząc, że zostało naruszone jego prawo do poszanowania intymności. Dyrektor szpitala wezwał pielęgniarkę, który zapewnił, że przed podaniem zastrzyku zasłonił pacjenta parawanem, ponieważ z powodu przepełnienia oddziału ratunkowego konieczne było ulokowanie pacjenta w poczekalni.

⁴⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (t.j. Dz.U. 2023 r., poz. 1225).

Problemy:

- 1) ustalenie należytej staranności personelu medycznego;
- 2) ustalenie, czy doszło do naruszenia prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności.

Odpowiedź:

Biorąc pod uwagę poprzedni stan prawny, jak i obecne przepisy szpital może wykorzystać monitoring wizyjny, by ustalić należytą staranność podjętych przez pielęgniarkę działań nakierowanych na stworzenie sfery prywatności dla pacjenta w trakcie podawania zastrzyku pacjentowi. Monitoring wizyjny jest źródłem informacji o kompetencjach personelu w sytuacjach wykraczających poza standardowe i ewentualnej konieczności podjęcia działań zmierzających do zwiększenia jego świadomości i umiejętności.

4.5. Prywatność w trakcie wideorozmowy

Do dwutygodniowego pacjenta hospitalizowanego w oddziale neonatologii z powodu wcześniactwa przyszedł w odwiedziny ojciec, który pokazywał syna reszcie rodziny za pośrednictwem aplikacji do wideorozmów. W toku wideorozmowy, przez ok. trzy minuty, odwiedzający uwidocznił podaż leku innemu noworodkowi.

Problemy:

- 1) naruszenie prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta przez osobę bliską innemu pacjentowi;
- 2) definicja systemu monitoringu wizyjnego;
- 3) ustalenie okoliczności zdarzenia i należytej staranności personelu medycznego.

Odpowiedź:

Urządzenie, z którego korzystał ojciec pacjenta, jak i oprogramowanie do wideorozmów, nie są elementami szpitalnego systemu monitoringu wizyjnego, co nie wyłącza odpowiedzialności personelu za przestrzeganie prawa do prywatności pacjentów. W obecnym stanie prawnym możliwość zastosowania monitoringu wizyjnego w salach dla noworodków stworzyłaby warunki do ustalenia staranności personelu np. poprzez zwrócenie uwagi i wyproszenie osoby odwiedzającej na czas realizacji procedury medycznej u innego pacjenta.

4.6. Monitoring wizyjny w toaletach ZOL-u

W toaletach zakładu opiekuńczo-leczniczego zainstalowano monitoring wizyjny. Kamery są skierowane na sedesy i prysznice pacjentów. Dyrekcja ZOL-u wskazała, że działanie to ma zabezpieczać pacjentów przed upadkami.

Problem: Ustalenie proporcji pomiędzy poszanowaniem prawa pacjentów do intymności i godności a koniecznością zapewnienia im bezpieczeństwa.

Odpowiedź:

Zarówno w poprzednim, jak i w obecnym stanie prawnym monitorowanie pacjentów ZOL-u podczas czynności fizjologicznych w przedstawionej sytuacji stanowi naruszenie praw pacjenta, w szczególności prawa do intymności i godności. W przedstawionych okolicznościach sprawy obserwacja przy użyciu urządzeń monitoringu podczas intymnych czynności fizjologicznych, jest niezgodne z przepisami. Praktyka ta stanowi naruszenie prawa pacjenta do poszanowania jego intymności i godności.

4.7. Prywatność w położniczej izbie przyjęć

Pacjentka w 9 miesiącu ciąży przybyła na izbę przyjęć położniczo-ginekologiczną. Położna rejestrująca kobietę do szpitala zapytała ją o powód przybycia do izby przyjęć. Pacjentka po wyjściu z placówki złożyła skargę, podnosząc, że rozmowa została prowadzona z naruszeniem jej intymności, gdyż położna miała zadawać to pytanie nie przy okienku, a przy krzeselkach dla pacjentek w poczekalni, przez co inne osoby mogły słyszeć rozmowę.

Problem: ustalenie należytej staranności personelu izby przyjęć w zakresie poszanowania prywatności.

Odpowiedź:

Monitoring wizyjny zlokalizowany w poczekalni izby przyjęć pozwolił na ustalenie, że pacjentka została przy przyjęciu poproszona o przejście do punktu przyjęć zlokalizowanego w recepcji wyposażonej w przesłony zapewniające dyskrecję. Podmiot leczniczy przeprowadził wewnętrzne postępowanie wyjaśniające, na podstawie którego udzielił pacjentce pisemnej odpowiedzi, zapewniając ją o należyтым respektowaniu jej praw przy przyjęciu do szpitala.

4.8. Nieobecność lekarza asystującego podczas zabiegu

Pacjentka została skierowana na skomplikowany zabieg chirurgiczny, który miał być prowadzony przez dwóch lekarzy o różnym stopniu doświadczenia klinicznego. W trakcie zabiegu pacjentka zmarła, co okazało się wynikiem powikłania śródoperacyjnego, którego wystąpienie było ocenione przez lekarzy jako prawdopodobne i sta-

nowiło przyczynę włączenia do zespołu zabiegowego bardziej doświadczonego operatora. Analiza dokumentacji medycznej nie pozwoliła na ustalenie nieprawidłowości w postępowaniu. Nagranie monitoringu wizyjnego wykazało, że bardziej doświadczony lekarz, który miał uczestniczyć w zabiegu, nie był obecny na sali. Ustalono, że lekarz nieobecny przy zabiegu opuścił podmiot leczniczy, wyjeżdżając swoim samochodem z parkingu szpitala na ok. godzinę przed jego rozpoczęciem.

Problem: Ustalenie należytej staranności poszczególnych członków zespołu operacyjnego.

Odpowiedź:

Dokumentacja medyczna jest metaprzekazem, subiektywną relacją personelu medycznego udzielającego świadczenia z jego przebiegu. O ile umieszczane są tam informacje ważne z punktu widzenia procesu diagnostyczno-terapeutycznego, o tyle oceny istotności dokonuje samodzielnie lekarz. Dokumentacja medyczna jest zatem w pewnym stopniu nieobiektywna, mimo że przepisy i orzecznictwo nie wskazują na możliwość jej korygowania czy podważania. Monitoring wizyjny z przebiegu operacji pozwoliłby dodatkowo na ustalenie stopnia przyczynienia się przez nieobecnego lekarza do wystąpienia zdarzenia niepożądanego – zgonu pacjentki.

4.9. Upadek noworodka w obecności osób bliskich

Po zakończonym porodzie rodzinnym rodzice wraz z dzieckiem zostali ulokowani w jednoosobowej sali chorych. W sali towarzyszyła im położna, która opuściła pomieszczenie, aby przynieść książeczkę zdrowia dziecka w celu odbycia z rodzicami rozmowy edukacyjnej. Kiedy położna wychodziła z pokoju, noworodek leżał na przewijaku. Położna nie była obecna w pokoju przez ok. 3 minuty, natomiast po jej powrocie do pokoju noworodek leżał na podłodze.

Problem: ustalenie przyczyn zdarzenia niepożądanego.

Odpowiedź:

Z przyczyn obiektywnych nie jest możliwe, by personel pielęgniarski/położniczy stale przebywał przy pacjentce. Byłoby to ponadto sprzeczne z ideą prawa rodziców do sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad dzieckiem oraz prawem do poszanowania intymności i życia rodzinnego w trakcie leczenia. Ustalenie przebiegu i okoliczności zdarzenia niepożądanego pomogłoby określić dalsze kroki postępowania personelu medycznego, zmierzające do udzielenia pacjentowi świadczeń zdrowotnych adekwatnych do jego stanu zdrowia i określenia skutków zdrowotnych zdarzenia, a także ewentualnego im przeciwdziałania.



Rzecznik Praw Pacjenta

ISBN 978-83-957052-3-6



9 788395 705236