



Room of Horrors – Risiken erkennen, Sicherheit schaffen

Unter einem „Room of Horrors“ wird ein Trainingsraum verstanden, in dem Mitarbeitende in einem Alters- oder Pflegeheim anhand einer simulierten Situation für Themen der Patientensicherheit sensibilisiert werden. Das heisst: Eine für die Durchführung verantwortliche Person versteckt in einem dafür vorbereiteten Zimmer alltagsnahe Fehler und Risiken für Bewohnerinnen und Bewohner. Darauf versuchen Fachpersonen einzeln oder in (interprofessionellen) Teams von 3 bis 6 Personen, die eingebauten Fehler und Risiken aufzudecken. So werden die Mitarbeitenden auf niederschwellige und praxisnahe Art für die Patientensicherheit sensibilisiert, trainieren die Aufmerksamkeit für Umgebungselemente (situational awareness) und lernen ggf. von den anderen Gruppenmitgliedern.

Das vorliegende Manual enthält wissenschaftliche Hintergrundinformationen sowie Szenarien und Materialien für die konkrete Umsetzung eines Room of Horrors in einem Alters- oder Pflegeheim. Das Manual baut auf der Anleitung auf, die 2019 von Patientensicherheit Schweiz für Spitäler entwickelt wurde [1].

Kostenloser Download unter www.patientensicherheit.ch

Autorenschaft: Andrea Niederhauser, Dr. Katrin Gehring, Prof. Dr. David Schwappach, Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Beitragende: An der Entwicklung der Materialien haben verschiedene Expertinnen und Experten mitgearbeitet. Ihnen gebührt unser herzlicher Dank:

- Sonja Baumann, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universität Basel
- Karin Büscher, Leitung Betreuung + Pflege, Alterszentrum Limmat - Stadt Zürich
- Silvia Bühler, Leitung Alterszentrum, Alterszentrum Rebwies – Stadt Zürich
- Andrea Christen, Stabsstelle Betreuung + Pflege, Alterszentren Stadt Zürich
- Dr. Lea Brühwiler, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Stiftung Patientensicherheit
- Dr. med. Simone Fischer, Programmleiterin, Stiftung Patientensicherheit Schweiz
- Marianne Geiser, Stv. Leitung Pflege, Steinhof Luzern
- Anita Imhof, Programmleiterin, Stiftung Patientensicherheit Schweiz
- Alfons Url, Dipl. Experte Intensivpflege, CO-Leitung Reanimation, Hirslanden AG, Klinik Hirslanden Zürich
- PD Dr. med. Elisabeth Van Gessel, ehem. Direktorin des interprofessionellen Simulationszentrums Genf, Universität Genf
- Ramona Wismer, Jun. Qualitätsmanagerin, Hirslanden AG, Klinik Hirslanden Zürich

Ganz besonders danken wir Frau Büscher, Frau Bühler und Frau Christen von den Alterszentren der Stadt Zürich für die zur Verfügungstellung einer ersten Version der Szenarien.

Sechs Betriebe beteiligten sich an der Pilotierung der beiden Szenarien. Die Erfahrungen aus der Pilotierung sind in das Manual miteingeflossen. Den Pilotbetrieben gebührt ein grosses Dankeschön für das Mitwirken.

Finanzierung: Grosser Dank gilt dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) für die Finanzierung des Projekts.

Titelseite: Lucid, Büro für kollektive Neugierde, 8003 Zürich

Zitationsvorschlag: Niederhauser, A; Gehring, K; Schwappach, D: Interaktives Lernen im Room of Horrors. Manual für Alters- und Pflegeheime, 2021, Stiftung für Patientensicherheit Schweiz, Zürich.



Inhalt

1.	Hintergrund	3
2.	Ziele	5
3.	Grundzüge des Room of Horrors	6
3.1.	Fehler und Risiken verstecken	6
3.2.	Gefahren suchen und anschliessend auflösen.....	6
3.3.	Team-Event und Weiterbildung zugleich.....	6
4.	Umsetzung eines Room of Horrors	7
4.1.	Vorbereitung	7
4.2.	Durchführung	10
4.3.	Nachbesprechung	11
5.	Szenario I: Frühstück im Speisesaal	14
5.1.	Vorlage Patientenbeispiel.....	14
5.2.	Fehlerliste	17
5.3.	Materialliste zum Vorbereiten	19
5.4.	Anleitung für Teilnehmende.....	20
6.	Szenario II: Zimmer einer Bewohnerin	21
6.1.	Vorlage Patientenbeispiel.....	21
6.2.	Fehlerliste	27
6.3.	Materialliste zum Vorbereiten	29
6.4.	Anleitung für Teilnehmende.....	30
7.	Materialien	31
7.1.	Vorlage Fehlerliste / Lösungsblatt	32
7.2.	Vorlage Fehlererfassungsblatt.....	33
7.3.	Debriefing-Leitfaden	34
8.	Literatur	36



1. Hintergrund

Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen sind unterschiedlichen Gefährdungen ausgesetzt, z.B. einer unsicheren räumlichen und gegenständlichen Umgebung, nicht korrekt ausgeführten oder fehlenden pflegerischen oder medizinischen Massnahmen, einer unvollständigen Dokumentation oder nicht eingehaltenen Hygieneregeln. Solche Gefährdungen können in der Folge zu Schädigungen und unerwünschten Ereignissen führen und sind damit schwerwiegende Probleme für die Patientensicherheit [2,3]. Obwohl den Mitarbeitenden diese Gefahren grundsätzlich bekannt sind, bleiben sie im Alltag oft unentdeckt und unkorrigiert. Beispielsweise ist allen Pflegefachpersonen bekannt, dass ungebremste Möbel auf Rollen das Sturzrisiko erhöhen können. Gleichwohl kommt es vor, dass Fachpersonen eine Bewohnerin versorgen, ohne diese Gefährdung wahrzunehmen. Dies lässt sich durch eingeschränktes Situationsbewusstsein der handelnden Person erklären. Ein adäquates Situationsbewusstsein entsteht durch die Wahrnehmung von Objekten in der Umgebung, das Verstehen ihrer Bedeutung und die treffsichere Voraussage der Entwicklung der Objekte und der Umgebung [4]. Ein gutes Situationsbewusstsein würde also bedeuten, die ungebremsten Möbel wahrzunehmen und die daraus entstehende Gefahr für die Bewohnerin zu erkennen. Die so handelnde Person ist für mögliche Gefährdungen in der Langzeitpflege sensibilisiert. Um die Gefährdung im Alltag abwenden zu können, sind also einerseits Wissen über Patientensicherheitsgefahren und andererseits ein hohes Situationsbewusstsein erforderlich. Dazu gehört auch, die Rollen und Beiträge der verschiedenen Mitglieder des Behandlungsteams zu kennen und sich gegenseitig zu unterstützen.

Um Gefährdungen für Bewohnerinnen und Bewohner rechtzeitig zu erkennen und abzuwenden, ist ein geschultes Situationsbewusstsein der Mitarbeitenden wichtig. Ein innovativer, erfolgreicher, niederschwelliger und kostenarmer Ansatz zum Training des Situationsbewusstseins ist der sogenannte „Room of Horrors“ („Raum des Horrors“) [5]. Beim Room of Horrors handelt es sich um eine „low-fidelity“ (mit „simpler“ technischer Ausstattung durchgeführte) Simulation, in der alltagsbezogene Beobachtungsfähigkeiten, kritisches Denken und Situationsbewusstsein hinsichtlich Patientengefährdungen erfahrungsbezogen trainiert werden. Mitarbeitende schulen ihre Fähigkeiten, akute Patientengefährdungen zu identifizieren. Im Gegensatz zu theoretischen Schulungen werden die Situationen, in denen Gefährdungen sich im klinischen Alltag manifestieren, konkret erlebbar. In den angelsächsischen Ländern hat sich der Room of Horrors inzwischen recht weit verbreitet. Verschiedene Spitäler setzen ihn beispielsweise regelmässig für Pflege- und Medizinstudierende und zu Arbeitsantritt neuer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte ein [6,7]. Positive Erfahrungen mit diesem Konzept wurden auch bereits in der Schweiz gesammelt [8]. Um die Verbreitung des Konzepts in der Schweiz zu fördern, hat die Stiftung Patientensicherheit im Jahr 2019 sechs Szenarien für einen Room of Horrors im Spital sowie ein Umsetzungsmanual erarbeitet [1].



Wissenschaftliche Untersuchungen kommen zu positiven Beurteilungen des Room of Horrors. Farnan et al. untersuchten den Room of Horrors bei Medizinstudierenden und eintretenden Assistenzärztinnen und Assistenzärzten [5]. Von den installierten Patientengefährdungen wurden zwischen 6% und 84% von der Medizinstudierenden korrekt identifiziert. Die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte identifizierten im Durchschnitt 5.1 der 9 installierten Gefährdungen. Die Erkennungsrate variierte sehr stark zwischen den verschiedenen Gefährdungen: Während beispielsweise das Sturzrisiko eines Patienten mit Delir und hoch aufgestelltem Bett von 70% der Assistenzärztinnen/Assistenzärzte erkannt wurde, bemerkten nur 20% den unnötigen ohne Indikation liegenden Harnkatheter. Das Feedback der Studierenden und Assistenzärztinnen/Assistenzärzte auf das Training war positiv. In einer weiteren Studie wurden die installierten Patientengefährdungen durch überflüssige Massnahmen („choosing wisely“ Massnahmen) ergänzt. Von den 8 Patientengefährdungen im Room of Horrors wurden von den Assistenzärztinnen und Assistenzärzten im Durchschnitt 66% korrekt erkannt, von den 4 überflüssigen Massnahmen, die naturgemäss auch ein Risiko beinhalten wie bspw. eine überflüssige Bluttransfusion nur 19% [6]. Ein installierter Medikationsfehler (Gabe eines nicht verordneten Medikaments) wurde nur von 40% der Teilnehmenden richtig erkannt. Interessant ist, dass Assistenzärztinnen und Assistenzärzte, die angaben, Patientengefährdungen sicher erkennen zu können, keine bessere Leistung im Room of Horrors zeigten als diejenigen, die sich unsicher waren. Das Feedback der Teilnehmenden war positiv. Einen Monat nach der Übung gaben 69% der Assistenzärzte an, dass sie als Ergebnis der Simulation besser und wachsender gegenüber Patientengefährdungen sind. In einer weiteren Untersuchung, die sich spezifisch auf Patientengefährdungen auf der Intensivstation bezog, wurden Unterschiede in der Leistung im Room of Horrors zwischen Medizin- und Pflegestudierenden untersucht [9]. Die Daten zeigen, dass es grosse Unterschiede zwischen den Berufsgruppen gibt, welche Patientengefährdungen sie besonders gut bzw. schlecht erkennen. Ausserdem konnte gezeigt werden, dass multiprofessionelle Teams gemeinsam mehr Gefährdungen erkennen als Individuen. Dennoch: Auch im Team wurden viele spezifische Gefährdungen nicht korrekt erkannt, wie beispielsweise ein zu hoher Druck in der Beatmung des Patienten oder das Fehlen der Dekubitus-Prophylaxe. Von den Teilnehmenden wurde hervorgehoben, dass sie durch die Simulation die Rolle, Leistungen und Expertise der jeweils anderen Berufsgruppe besser kennen- und schätzen gelernt hatten und die Chancen der Teamarbeit bewusst wahrnahmen. In Grossbritannien existieren ebenfalls positive Erfahrungen mit dem Room of Horrors als Lehrmethode zur Verbesserung des Situationsbewusstseins bei Medizinstudierenden [7].

In der Schweiz wurde die Umsetzung des Room of Horrors im Herbst 2019 in 13 Spitälern evaluiert [10]. Die Ergebnisse zeigen, dass das Training eine gut akzeptierte Methode ist, um das Situationsbewusstsein der Mitarbeitenden für Gefährdungen zu schulen. Die Teilnehmenden schätzten den Room of Horrors als empfehlenswert (98%), relevant (96%) und lehrreich (95%) ein. 95% gaben an, vom Austausch in der Gruppe profitiert zu haben. Im Schnitt wurden 4.7 von den zehn installierten Fehlern gefunden.



Verschiedene Variationen des Room of Horrors wurden ebenfalls erprobt. So wurde das Prinzip in Kanada zur Anwendung bei multiprofessionellen Teams in einem Kinderspital ausgedehnt [11]. Daupin et al. erprobten eine sehr innovative Anwendung des Room of Horrors im Kontext der Medikationssicherheit [12]. Sie installierten 30 Situationen, darunter 24 medikationsbezogene Patientengefährdungen in einen kombinierten Patienten- und Medikationsraum. Dies waren z.B. eine Morphin-Verordnung ohne Angabe des Applikationsweges, die Aufbewahrung von Lebensmitteln im Arzneimittelkühlschrank oder flüssiges orales Medikament in Spritze aufgezogen. Knapp 68% der installierten Fehler wurden durch die Teilnehmenden (n=230 Pflegefachleute, Ärzteschaft, pharmazeutisches Personal) korrekt identifiziert. Die berufliche Erfahrung war nicht mit der Leistung im Room of Horrors assoziiert. Die Zufriedenheit der Teilnehmenden war sehr hoch und die weit überwiegende Mehrheit (96%) würde gerne an einer weiteren Simulation teilnehmen. Nahezu alle befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer hielten diese Form des Trainings für effektiv (98%).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Room of Horrors eine innovative und leicht im Alltag integrierbare Methode ist, die auf die Verbesserung des Situationsbewusstseins zielt. Sie ist in verschiedenen Variationen auf den Kontext adaptierbar und bei den Teilnehmenden als dynamisches und interaktives Training beliebt. Mit ihrem spielerischen Ansatz ist sie ein gutes Mittel, um für alltägliche Gefährdungen der Patientensicherheit zu sensibilisieren.

2. Ziele

- Sensibilisieren für konkrete Gefahren der Patientensicherheit
- Förderung des kritischen Denkens, der Beobachtungsfähigkeit und des Situationsbewusstseins hinsichtlich Patientengefährdungen
- Förderung der (interprofessionellen und interdisziplinären) Zusammenarbeit durch gemeinsame Problemlösung, durch Lernen voneinander und durch eine Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses der Tätigkeiten, Aufgaben und Rollen
- Bewusstsein schaffen, wie die Sicherheit im Heim erhöht werden kann



3. Grundzüge des Room of Horrors

Nachfolgend werden die wichtigsten Eckpunkte eines Room of Horrors in Alters- und Pflegeheimen beschrieben.

3.1. Fehler und Risiken verstecken

Ein für das Training designedes Zimmer wird realitätsnah nach einem gewählten Szenario eingerichtet. Dafür werden z.B. eine Puppe, eine fiktive Pflegedokumentation und einige Gegenstände wie Bett oder Rollator benötigt. Gleichzeitig werden verschiedene Fehler und Risiken, die die Patientensicherheit gefährden, eingebaut. So liegt zum Beispiel die Verordnung eines Antibiotikums bei gleichzeitigem Hinweis auf eine Allergie vor; ein Reinigungswagen steht im Zimmer einer dementen Bewohnerin oder die Rufglocke ist ausgesteckt. Die Fehler und Gefahren können bei genauer Beobachtung der Umgebung und im Zusammenhang mit Informationen über die fiktive Bewohnerin identifiziert werden.

Bei den im Manual beschriebenen Fehlern und Gefahren handelt es sich um typische und häufige Risiken für die Patientensicherheit (z.B. Fehler im Zusammenhang mit der Medikation oder einer Infektions- oder Sturzgefahr). Ergänzend können aber auch spezifische Probleme berücksichtigt werden, die Sie aus Ihrem Alltag kennen und für die Sie Ihre Mitarbeitenden sensibilisieren möchten.

3.2. Gefahren suchen und anschliessend auflösen

Die Fachpersonen, die am Training teilnehmen, haben den Auftrag, in einer vorgegebenen Zeit (z.B. 20 Minuten) alleine oder im Team alle Fehler und Gefahren für die Bewohnerin zu finden, die installiert sind. Die gefundenen Fehler und Gefahren werden auf einem Fehlererfassungsblatt dokumentiert. Die installierten Fehler und Gefahren werden anschliessend aufgelöst.

3.3. Team-Event und Weiterbildung zugleich

Der Room of Horrors kann in jedem Alters- oder Pflegeheim umgesetzt werden, da praktisch keine spezielle Ausstattung nötig ist. Je nach Ausgestaltung ist der Ansatz interprofessionell, hierarchie- und erfahrungsübergreifend: Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter kann teilnehmen. Die Fehlersuche kann individuell stattfinden oder in der Gruppe. Bei einer Begehung in Gruppen kann der Austausch im Team und die gemeinsame Diskussion um Patientensicherheitsthemen gefördert und trainiert werden.

Das Training in Form eines Room of Horrors zeichnet sich durch einen spielerischen Charakter aus. Aus diesem Grund wird die Auseinandersetzung mit Gefahren für Bewohnerinnen und Bewohner von den Mitarbeitenden positiv und weniger belehrend empfunden als z.B. bei typischen Kampagnen oder Schulungen.



4. Umsetzung eines Room of Horrors

In diesem Kapitel finden Sie Hinweise, was bei der Umsetzung eines Room of Horrors beachtet werden sollte.

4.1. Vorbereitung

4.1.1. Verantwortliche Person definieren

Bestimmen Sie eine Person, die für das Einrichten und die Durchführung des Room of Horrors verantwortlich ist. Es ist naheliegend, dass dieselbe Person später den Room of Horrors betreut und die Teilnehmenden instruiert, da sie durch ihr Vorwissen nicht mehr aktiv an der Fehlersuche teilnehmen kann (vgl. Kapitel 4.2). Benennen Sie zudem eine Person, die das Debriefing moderiert (vgl. Kapitel 4.3). Das kann dieselbe Person sein, die den Raum einrichtet.

4.1.2. Szenario auswählen

Für die Vorbereitung eines Room of Horrors im Alters- oder Pflegeheim stehen zwei verschiedene Szenarien zur Verfügung:

- Szenario Speisesaal (Kapitel 5)
- Szenario Bewohnerzimmer (Kapitel 6)

Jedes Szenario enthält die folgenden Unterstützungsmaterialien:

- Vorlage Patientenbeispiel
- Fehlerliste
- Materialliste zum Vorbereiten des Raumes und der Fehler
- Anleitung für Teilnehmende

In beiden Szenarien sind 11 Fehler und Risiken für die Patientensicherheit eingebaut. Fehler Nummer 11 fällt in den Kompetenzbereich der Ärzteschaft. Dieser Fehler kann weggelassen werden, wenn keine Ärztinnen und Ärzte am Training teilnehmen. Selbstverständlich haben Sie auch die Möglichkeit, die Szenarien anzupassen und zusätzliche Fehler einzubauen, die in Ihrer Einrichtung relevant sind, die jedoch nicht im Szenario beschrieben sind. Wir empfehlen, insgesamt 10-15 Fehler im Raum zu verstecken und diese so auszuwählen, dass sie Ihren organisationalen Gegebenheiten entsprechen. Inspiration für weitere Risiken oder Fehlerquellen können beispielsweise das interne Fehlermeldesystem oder die Diskussion mit Abteilungsverantwortlichen geben.



Nachdem feststeht, welche Fehler und Gefahren Sie in Ihrem Room of Horrors realisieren, sollten Sie eine vollständige Fehlerliste erstellen. Eine Vorlage finden Sie bei den Materialien im Kapitel 7.1. Diese Fehlerliste kann als Lösungsblatt dienen, welches den Teilnehmenden nach dem Besuch abgegeben wird oder das während dem Debriefing für die Besprechung der versteckten Fehler genutzt wird.

Auch bei sorgfältiger Vorbereitung ist zu erwarten, dass die Teilnehmenden zusätzliche Fehler und Gefahren entdecken, die nicht absichtlich versteckt wurden. Das ist ein positives Zeichen, das auf ein hohes Situationsbewusstsein hinweist und keine Kritik an der Organisation des Trainings.

4.1.3. Zimmer einrichten und Materialien erstellen

Für den Room of Horrors brauchen Sie einen passenden Raum, der als Bewohnerzimmer oder als Speisesaal eingerichtet werden kann. Die Fehler und Gefahren sollten in keinem Raum versteckt werden, der von Bewohnerinnen und Bewohnern genutzt oder bewohnt wird, um nicht zu riskieren, dass versteckte Fehler zu einer realen Gefährdung werden. Aus diesem Grund empfehlen wir auch, das Szenario Speisesaal nicht im echten Speisesaal umzusetzen, sondern diesen in einem anderen Raum mit Hilfe eines gedeckten Esstisches nachzustellen.

Der Raum wird anhand der Material- und Fehlerliste des gewählten Szenarios eingerichtet. Die Möglichkeiten und Einrichtungen unterscheiden sich in den Heimen. Kreativität ist erlaubt! Gestalten Sie den Raum passend zu Ihrer Einrichtung und Ihren Möglichkeiten. Wenn beispielsweise keine Simulationspuppe zur Verfügung steht, kann ein Mannequin aus Karton gebastelt werden. Um Urin im Urinbeutel zu simulieren, eignet sich Kamillentee. Ein Dekubitus am Gesäss der Puppe lässt sich mit einem roteingefärbten Tupper simulieren, der mit transparenter Folie angeklebt wurde.

Abgesehen vom eingerichteten Zimmer wird eine Pflegedokumentation für die Beispielpatientin benötigt. Um Zeit zu sparen, können Sie die vorbereiteten Szenarien aus dem Manual vervielfältigen und an die Teilnehmenden abgeben. Um alles möglichst realitätsnah zu gestalten, können Sie die Unterlagen auch so gestalten, dass sie der Dokumentation in Ihrer Einrichtung entsprechen, beispielsweise indem Sie im elektronischen Dossier eine «Testbewohnerin» erstellen. Auf Anfrage senden wir Ihnen eine Wordvorlage zu, aus der Sie die Texte leicht kopieren können. Auch kann es erforderlich sein, dass die Medikamente in den Fallbeispielen auf die von Ihnen üblicherweise verwendeten Präparate umgestellt werden müssen.



Illustratives Beispiel eines Room of Horrors im Speisesaal

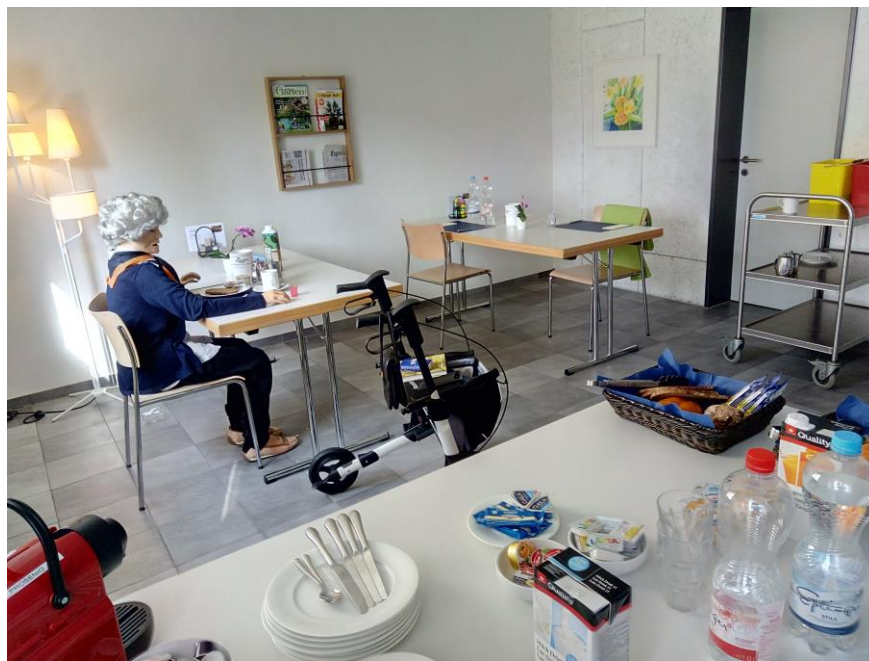


Foto: Bethesda Alterszentren AG, Prosenio und Rosenau

4.1.4. Geeignetes Vorgehen wählen

Der Room of Horrors kann auf verschiedene Arten genutzt werden. Es lohnt sich zu überlegen, welches Vorgehen am zielführendsten ist.

Öffnungszeiten

Legen Sie zunächst fest, ob der Raum betreut oder unbetreut sein soll. *Betreut* bedeutet, dass der Raum zu bestimmten Zeiten geöffnet ist und eine Person anwesend ist, die die Teilnehmenden instruiert und im Anschluss über die versteckten Fehler und Gefahren aufklärt. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die Teilnehmenden sich bei Unklarheiten an die betreuende Person richten können und ein guter Überblick besteht, wer wann den Raum besucht hat. *Unbetreut* bedeutet, dass der Raum über einige Tage oder Wochen 24 h geöffnet ist und Interessierte somit ganz niederschwellig Zugang zum Training haben. In diesem Fall muss eine Anleitung aufliegen, damit die Teilnehmenden wissen, was für sie zu tun ist. Auch müssen die Teilnehmenden wissen, wo sie in Anschluss die Auflösung der versteckten Fehler erhalten. Der Raum sollte zudem regelmässig gewartet werden, um sicherzustellen, dass alle Teilnehmenden die gleiche Ausgangslage vorfinden. Ein solches Vorgehen hat den Vorteil, dass Interessierte dann den Raum besuchen können, wenn sie gerade ein Zeitfenster haben.



Einzel- oder Teamarbeit:

Der Room of Horrors kann entweder von Einzelpersonen individuell besucht werden oder aber in Teams. Je nach Vorgehen braucht es eine entsprechende Personalplanung. Der Besuch durch Einzelpersonen lässt sich leichter organisieren. Die Durchführung in Teams hat jedoch den Vorteil, dass ein Austausch untereinander und das gemeinsame Lernen voneinander ermöglicht wird. Die Szenarien richten sich in erster Linie an Personen, die in der direkten pflegerischen Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner tätig sind. Natürlich können auch weitere Berufsgruppen wie Reinigung, Hotellerie oder Ärzteschaft am Room of Horrors teilnehmen. Je nach Gruppenzusammensetzung kann es wichtig sein, bei der Fehlerauflösung mehr Hintergrundinformationen mitzugeben.

4.2. Durchführung

4.2.1. Betreuende Person

Eine Person ist für den Room of Horrors zuständig und hat folgende Aufgaben:

- Sie wartet bei mehreren Durchgängen die Räume und stellt sicher, dass alle Teilnehmenden die gleiche, richtige Ausgangslage vorfinden.
- Sie instruiert die Teilnehmenden.
- Sie hat während der Fehlersuche keine aktive Rolle. Wenn etwas am Vorgehen unklar ist, kann sie Auskunft geben. Sie steht jedoch nicht für Fachauskünfte zur Verfügung. Grundsätzlich bleibt sie eher im Hintergrund.

4.2.2. Auftrag an die Teilnehmenden

Die Teilnehmenden erhalten eine Anleitung, was sie zu tun haben, sowie alle Informationen über die fiktive Bewohnerin, bevor sie den Raum betreten. Diese Anleitung kann entweder schriftlich vorgelegt oder mündlich durch die betreuende Person vorgetragen werden. Eine Vorlage für die Instruktion der Teilnehmenden finden Sie bei den Szenarien (Kapitel 5.4 und 6.4).

Die Teilnehmenden haben den Auftrag, in einer vorgegebenen Zeit (z.B. 15 oder 20 Minuten) alle Gefahren und Fehler zu finden, die installiert sind. Diese dokumentieren sie auf einem Fehlererfassungsblatt (siehe Vorlage im Kapitel 7.2). Das Fehlererfassungsblatt bleibt entweder bei den Teilnehmenden oder wird der Projektleitung zu Evaluationszwecken abgegeben. Es sollte anonym bleiben.

Wichtig ist, dass die Teilnehmenden instruiert werden, im Raum nichts zu korrigieren und die Auflösung nicht an Personen weiterzugeben, die den Raum noch nicht besucht haben.



Für die Fehlersuche sollten Sie für jede Teilnehmerin/jeden Teilnehmer ein Fehlererfassungsblatt, Stift und ggf. ein Clipboard zur Verfügung stellen.

4.2.3. Raum warten

Es kann sein, dass die Teilnehmenden bewusst oder unbewusst den Raum verändern, z.B. einen Fehler korrigieren. Daher ist es wichtig, dass regelmässig jemand den Raum kontrolliert und ggf. Gefahren wiederherstellt.

4.3. Nachbesprechung

Die Mitarbeitenden, die sich am Training beteiligen, sollten unbedingt erfahren, welche Fehler und Risiken im Raum versteckt waren. Dafür gibt es verschiedene Möglichkeiten. Je nach Vorgehen bietet sich eine Feedbackrunde oder ein Debriefing an. Andere Optionen sind das Abgeben eines Lösungsblattes oder ein gemeinsamer Abschlussanlass mit der Auflösung der Gefahren und Fehler für alle Teilnehmenden.

Die Stiftung Patientensicherheit empfiehlt, ein kurzes Debriefing (Nachbesprechung) direkt in Anschluss an den Besuch im Room of Horrors durchzuführen. Geleitete Nachbesprechungen sind wirkungsvoll, da sie den Teilnehmenden die Möglichkeit bieten, das Erlebte zu reflektieren und dadurch den Lerneffekt des Trainings zu erhöhen [13,14]. Ziele des Debriefings zum Room of Horrors sind die Auflösung der installierten Fehler und Gefahren sowie die Stärkung des Bewusstseins für mögliche Risiken, die die Sicherheit der Bewohnerinnen und Bewohner im Heim gefährden können. Im Unterschied zu einem Feedback, in welchem die Teilnehmenden ausschliesslich Informationen zu den versteckten Fehlern erhalten, ist ein Debriefing eine wechselseitige Unterhaltung oder Diskussion. Das Debriefing ist jedoch kein offenes Gespräch, sondern folgt einer klaren Struktur [13]. So wird sichergestellt, dass das Gespräch zielgerichtet und effizient geführt wird. Einen konkreten Vorschlag für den Ablauf des Debriefings findet sich bei den Materialien in Kapitel 7.3 (Teil 1).

4.3.1. Wie lange dauert das Debriefing?

Wir empfehlen, für das Debriefing 15-20 Minuten einzuplanen. Der Leitfaden enthält Vorschläge, wie das Debriefing ausgebaut werden kann, wenn mehr zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen (Teil 2). Informieren Sie die Teilnehmenden im Vorfeld über den Zeitplan und beenden Sie das Debriefing pünktlich. Wenn Sie mehrere Durchgänge mit verschiedenen Gruppen vorgesehen haben, planen Sie nach dem Debriefing genügend Zeit ein, um den Raum für die nächste Gruppe bereit zu machen. Berechnen Sie auch Pausen für die moderierende Person mit ein.



4.3.2. Wer moderiert das Debriefing?

Die Person, die das Debriefing moderiert, kann, muss aber nicht dieselbe Person sein, die den Room of Horrors einrichtet und betreut. Bei einer hohen Anzahl Teilnehmenden und einer längeren Inbetriebnahme des Raumes kann es sinnvoll sein, die Aufgaben auf zwei (oder mehr) Personen aufzuteilen.

Idealerweise bringt die Person Erfahrung mit moderierten Gesprächssituationen mit. Das Debriefing kann aber auch von einer Fachperson geleitet werden, die die folgenden Kriterien erfüllt:

- Ist geschätzt und anerkannt von den anderen Mitarbeitenden
- Hat Interesse und Spass an der Aufgabe
- Ist in der Lage, konstruktives, wertschätzendes Feedback zu geben
- Ist in der Lage, eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre zu schaffen
- Hat ausreichend Fachkenntnisse, um gefundene Fehler und Gefahren einzuordnen (auch nicht beabsichtigte) und gemeinsam mit den Teilnehmenden zu diskutieren

Wir empfehlen, dass sich die Person, die das Debriefing moderiert, während der Fehlersuche im Raum aufhält und das Geschehen beobachtet. So können im Debriefing wichtige Punkte aufgegriffen werden, die sich während des Absolvierens des Room of Horrors abzeichnen. Die Person gibt ggf. Instruktionen, beantwortet Fragen zum Vorgehen und steht für nicht-fachliche Fragen zur Verfügung. Sie hat aber keine aktive Rolle in der Fehlersuche.

4.3.3. Was muss beim Debriefing beachtet werden?

Fehler auflösen

Beim Debriefing geht es in erster Linie um die Wissensvermittlung und Sensibilisierung der Mitarbeitenden. Die versteckten Fehler und Gefahren werden im Debriefing aufgelöst und ggf. mit fachlichen Informationen ergänzt. Um den Lerneffekt zu erhöhen, soll im Debriefing insbesondere thematisiert werden, welche Fehler nicht oder nur selten gefunden wurden und was mögliche Gründe dafür sein könnten. Das Debriefing soll eine Diskussion darüber ermöglichen, welche Handlungs- und Denkweisen notwendig sind, um bestimmte Arten von Fehler entdecken zu können. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit spezifischen Themen oder Risikobereichen ist dann möglich, wenn für das Debriefing genügend Zeit zur Verfügung steht. Möglicherweise treten beim Debriefing auch inhaltliche oder übergeordnete Themen zutage, die nach der Durchführung des Room of Horrors weiterverfolgt oder weiterbearbeitet werden können.

Eine konstruktive und wertschätzende Grundhaltung einnehmen

Der Ansatz des «good judgement» [15] beschreibt die Haltung der moderierenden Person gegenüber den Teilnehmenden. Sie nimmt eine Grundhaltung ein, die davon ausgeht, dass die Teilnehmenden kompetent



sind, ihr Bestes geben und Lernen wollen («good»). Die moderierende Person zeigt bei der Auflösung klar auf, was korrekt war und was nicht und bezieht damit eine Position («judgement»). Durch die Gesprächsführung zeigt sie jedoch auf, dass sie an der Sichtweise der Teilnehmenden interessiert ist und ihre Handlungs- und Denkweisen verstehen möchte, beispielsweise indem sie nachfragt, wieso gewisse Fehler einfach gefunden wurden, während andere selten oder gar nicht entdeckt wurden, oder was die Teilnehmenden in bestimmten Situationen gedacht haben.

Psychologische Sicherheit vermitteln

Teilnehmende müssen das Gefühl haben, dass sie unterstützt, ermutigt und fair behandelt werden und ihre Meinung frei äussern können, ohne dafür ausgelacht, kritisiert oder bestraft zu werden. Dieses Gefühl der Sicherheit kann durch das Festlegen von Spielregeln und einer offenen, vertrauensvollen Gesprächskultur gefördert werden.

Spielregeln definieren

Spielregeln für das Debriefing können z.B. sein: Alle Teilnehmenden sollen zu Wort kommen; es redet immer nur eine Person; es werden keine Vorwürfe, Beleidigungen oder Beschuldigungen geduldet. Eine wichtige Regel ist zudem das «Las Vegas Prinzip»: Alles, was im Raum passiert und besprochen wird, ist vertraulich und wird weder von der Moderatorin/dem Moderatoren noch von den Teilnehmenden ausserhalb der Gruppe weitergegeben.



5. Szenario I: Frühstück im Speisesaal

5.1. Vorlage Patientenbeispiel

Stammblatt

Name, Vorname, Geburtsdatum: Frau Ruckstuhl Sonja, 07.07.1931

Reanimations-Status: Nein

Diagnosen:

M. Parkinson (2014)

Osteoporose (2001)

Schwerhörigkeit (1999)

Kachexie

- Body-Massindex 16.4 kg/m²
(Grösse: 158cm, Gewicht: 41kg)

Laktoseintoleranz (1982)

Allergien: Penicillin

Jetziges Leiden:

Frau Ruckstuhl klagt seit dem gestrigen Tag über Unterbauchschmerzen und muss vermehrt Wasser lösen. Zudem hat sie einen veränderten Geruch des Urins bemerkt. Sie wirkt seit dem Vortag antriebslos. Sie kommt für die Mahlzeiten nicht mehr selbständig in den Speisesaal, sondern muss abgeholt werden. Nach der Einnahme eines Laxans habe sie gestern Durchfall gehabt. Eine Urinuntersuchung ergab einen Hinweis auf einen Harnwegsinfekt. Frau Ruckstuhl ist mit ihrem Rollator mobil.

Soziales:

Frau Ruckstuhl lebt seit zwei Jahren im Heim. Wichtig ist ihr ein gepflegtes Äusseres, deshalb hat sie wöchentliche Termine in der Stadt bei ihrem Coiffeur und ihrer Pedicure. Frau Ruckstuhl ist eine gesunde Ernährung sehr wichtig. Sie leidet seit Jahren an einer Laktoseintoleranz und meidet laktosehaltige Speisen sehr. Grosse Portionen oder nicht schön angerichtete Speisen bereiten ihr Mühe. Ihre Tochter und ihr Schwiegersohn leben in Finnland, ein Enkelsohn in Neuseeland. Aufgrund ihrer Schwerhörigkeit nimmt sie nur an wenigen Anlässen im Heim teil. Sie versorgt sich selbständig, nur das Medikamentenmanagement wird von der Pflege übernommen.



Medikamente

Medikamente fix:	morgens	mittags	abends	nachts
Levodopa 50 mg/Benserazid 12.5 mg Kps (1h vor dem Essen)	1	1	1	1
Kalzium mit Vitamin D3 1000 mg/800 E Kau-Tbl.	1	0	0	0
Hochkalorische Trinknahrung Pfirsich zwischen den Mahlzeiten	100	0	100	0
Co-Amoxicillin Filmtbl. 1000 mg	1	0	0	1

Medikamente in Reserve:	
Schmerz / Fieber:	Paracetamol Tbl. 500 g bis 4x1 / 24h
Delir:	Bei Versagen nicht-pharmakologischer Therapien: Haloperidol Tropfen 2mg/ml bis 4x10Tropfen /24h.

Verordnungen an die Pflege

Trinkmenge	Trinkmenge \geq 1000 ml / Tag
Gewicht	alle 14 Tage

Pflegediagnosen

	Diagnose	Merkmale	Beeinflussende Faktoren	Ziel	Massnahmen	Evaluation
1	Ineffektives Gesundheitsmanagement	Schwierigkeit mit dem angeordneten Therapieregime Zeigt sich durch Überforderung im Medikamentenmanagement und selbständiger Gewichtsüberwachung.	Schwerhörigkeit	Stabiler Gesundheitszustand	<ul style="list-style-type: none">– Abgabe der verordneten Medikation 4 x tgl.– Richten und Kontrolle der Medikamente 1 x wöchentlich; zusätzliche Kontrolle der Medikamente vor Abgabe– Bestellung und Lagerung der Medikamente durch Pflegeperson	1 x monatlich montags



2	Unter-/ Mangel- ernährung	Ist untergewichtig Kann nur kleine Portionen essen Appetitverlust bei grossen Portionen oder unappetitlichen Essenssituationen	Tischnach baren, die kleckern beim Essen	Gewicht stabil halten Mangel- ernährung vermeiden	<ul style="list-style-type: none"> – Kleine Essensportionen bestellen – Essen schön anrichten – 2 x tgl. hochkalorische Trinknahrung als Zwischenmahlzeit – Gewichtskontrolle jeden 2. Mittwoch, vor Mittagessen (mit Hausschuhen). Bei Bedarf häufiger messen und Ursache abklären. 	1 x monatlich montags
---	---------------------------	--	--	--	--	-----------------------

Pflegeverlauf

Datum	Zeit	Thema	Pflegeverlauf
Vorgestern	11:30	Ernährung/Kognition	Bewohnerin vergisst, sich für das Mittagessen bereit zu machen und muss von der Pflegeperson abgeholt werden.
Vorgestern	19:00	Allgemeinzustand	Bewohnerin berichtet über vermehrtes Wasser lösen und einen veränderten Geruch des Urins. Pflegeperson empfiehlt genügend zu trinken und bringt einen Blasentee.
Gestern	10:05	Allgemeinzustand	Servicepersonal berichtet, dass die Bewohnerin nicht grüsst und ihr Getränk zum Blumengiessen benützt. Im Gespräch mit der Pflegeperson ist die Bewohnerin apathisch, wirkt desorientiert. Sie klagt weiterhin über veränderten Geruch des Urins. Combur-Test durchgeführt, Urin ist stark konzentriert.
Gestern	11:00	Visite / Arzt	Pflegeperson informiert den Hausarzt und äussert Verdacht auf einen Harnwegsinfekt. Hausarzt startet Antibiotikatherapie. Er bittet die Pflegeperson um eine telefonische Rückmeldung am nächsten Tag.
Heute	8:30	Allgemeinzustand	Bewohnerin ist weiterhin situativ und zeitlich desorientiert, weshalb sie bei der Morgenpflege punktuell durch eine Pflegeperson angeleitet und danach in den Speisesaal begleitet wurde.



5.2. Fehlerliste

	Fehlerliste Fehler / Gefahr gemäss WHO¹	Beschreibung	Vorbereitung
1	Medikation/Verordnung: falsche Medikation	Co-Amoxicillin ist verordnet bei Penicillin-Allergie.	Patientendokumentation mit entsprechender Verordnung
2	Medikation/Verabreichung: Gefahr einer ausgelassenen Dosis	Bewohnerin lässt die Medikamente fallen, bemerkt es selbst nicht. Medikamenteneinnahme wird nicht überwacht, obwohl die Bewohnerin apathisch wirkt.	2-3 Tabletten auf die Bewohnerin oder den Boden unter den Tisch legen.
3	Medikation/Abgabe: falscher Patient/falsche Medikation	Medikamentenschieber, der mit einem anderen Namen beschriftet ist, liegt auf dem Esstisch.	Medikamentenschieber mit falschem Namen beschriftet auf den Tisch legen
4	Patientenunfälle: Gefahr für Stürze	Rollator steht ungebremst neben dem Tisch oder ist nicht erreichbar.	Rollator ausser Reichweite hinstellen, nicht arretieren
5	Patientenunfälle: Gefahr für Stürze	Boden ist nass durch ausgeleertes Getränk.	Glas am Boden und Pfütze davor
6	Klinische Prozesse/ Diagnose/Assessment: nicht aktualisiert	Verhaltensänderung (Apathie und Desorientierung) wird nicht als Zeichen einer akuten Verwirrtheit erkannt bei bestehenden Risikofaktoren wie Infektion oder Dehydratation. Gefahr einer akuten Verwirrtheit. Pflegediagnose nicht aktualisiert; Zustandsveränderung nicht weitergeleitet.	Patientendokumentation mit fehlenden Informationen
7	Klinische Prozesse/Pflegerische Massnahmen: nicht durchgeführt trotz Indikation	Trinkmenge wird nicht überwacht und dokumentiert (kein Trinkmengenprotokoll).	Kein Trinkmengenprotokoll
8	Dokumentation: unvollständige Informationen	Es ist kein Laxans verordnet, auch nicht in Reserve. Auch im Pflegebericht steht nichts dazu, weshalb ein Laxans abgegeben wurde.	Patientendokumentation mit fehlenden Informationen

¹ https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf



9	Ernährung/Abgabe: falsche Ernährung	Bewohnerin hat ein Vollmilchjoghurt vor sich, obwohl sie laktoseintolerant ist.	Vollmilchjoghurt auf dem Tisch
10	Ernährung/Abgabe: abgelaufenes Produkt	Die laktosefreie Milch hat das Haltbarkeitsdatum deutlich überschritten.	Eine Flasche laktosefreier Milch mit Haltbarkeitsdatum vor 1 Woche beschriftet
11	Medikation/Verordnung: falsche Medikation	Co-Amoxicillin ist nicht die erste Wahl bei einem Harnwegsinfekt.	Patientendokumentation mit entsprechender Verordnung



5.3. Materialliste zum Vorbereiten

Material für die Raumausstattung	Bemerkung
• Tisch, für ein Frühstück gedeckt	
• Vier Stühle	
• Sitzende Puppe, angekleidet	
• Medikamentenschieber mit falschem Namen	
• 2-3 zusätzliche Tabletten, die auf der Puppe oder dem Boden liegen	
• Vollmilchjoghurt	
• Flasche laktosefreie Milch mit Haltbarkeitsdatum vor 1 Woche	
• Tisch als Andeutung eines Buffets mit Konfitüre oder sonstigen Lebensmitteln	
• Rollator	
• Glas und Flüssigkeit am Boden	
• Patientendokumentation mit allen entsprechenden Informationen	
•	
•	
•	
•	
•	
Material für die Durchführung der Aufgabe	
• Anleitung für die Teilnehmenden	
• Ausgedruckte Vorlagen Fehlererfassung	
• Clipboards und Kugelschreiber	
• Lösungsblätter für die Nachbesprechung	
•	
•	
•	
•	
•	



5.4. Anleitung für Teilnehmende

Bitte gehen Sie ins Zimmer und stellen Sie sich vor, der Esstisch würde im Speisesaal stehen. Der Tisch ist für Frau Ruckstuhl gedeckt. Lesen Sie sich in die Dokumentation ein und schauen Sie dann, ob es im Zimmer und in der Dokumentation Gefahrenquellen und Fehler gibt. Achten Sie dabei auch auf mögliche Gefahren und Fehler, die über Ihren beruflichen Zuständigkeitsbereich hinausgehen. Dokumentieren Sie alle Gefahrenquellen und Fehler, die Sie in diesem "Speisesaal" und in der Pflegedokumentation von Frau Ruckstuhl finden auf dem Blatt „Fehlererfassung“. Sie haben 15-20 Minuten Zeit dafür. Bitte verlassen Sie den Raum so, wie Sie ihn vorgefunden haben (bitte nichts korrigieren).

In einer Nachbesprechung werden Sie über die versteckten Fehler aufgeklärt. Bitte behalten Sie die Lösungen für sich, damit die Kolleginnen und Kollegen ebenfalls vom Room of Horrors profitieren können. Besten Dank!

Falls Sie Fragen, Unklarheiten oder Anregungen haben, wenden Sie sich bitte an die verantwortliche Person.

Viel Erfolg!



6. Szenario II: Zimmer einer Bewohnerin

6.1. Vorlage Patientenbeispiel

Stammblatt

Name, Vorname, Geburtsdatum: Frau Imboden Anna, 04.03.1929

Reanimations-Status: Nein

Diagnosen:

Status nach kardialer Dekompensation (Datum vor vier Wochen) DD Koronare Herzerkrankung, Paroxysmales, nicht-valvuläres Vorhofflimmern

Koronare Herzerkrankung (2002)

Paroxysmales, nicht-valvuläres Vorhofflimmern (2002)

Diabetes Mellitus Typ 2 (2000), insulinpflichtig

Arterielle Hypertonie (1993)

Gonarthrose Knie links (2001)

Demenzielle Entwicklung (2017)

Allergien: keine bekannt

Jetziges Leiden:

Vor zwei Wochen ist Frau Imboden von einem zweiwöchigen Spitalaufenthalt ins Heim zurückgekehrt. Während des Spitalaufenthalts wurde eine kardiale Dekompensation rekompensiert und der entgleiste Diabetes besser eingestellt. Im Spital wurde ihr ein Dauerkatheter gelegt. Dieser wurde bei der Rückverlegung belassen. Seit Frau Imboden zurück ist, fühlt sie sich energielos, weshalb sie oft im Bett liegt. Ihr Allgemeinzustand ist noch reduziert. Nach ihrer Rückkehr war sie zudem desorientiert und deutlich hilfsbedürftiger als vor dem Spitalaufenthalt. Allmählich kommt sie jedoch wieder besser zurecht. Ihre Blutzuckerwerte schwanken hingegen noch stark und sind teilweise deutlich zu hoch.

Klinischer Status:

Rötung sakral

Soziales:

Frau Imboden lebt seit drei Jahren im Heim. Sie ist kinderlos und verwitwet. Durch ihre offene und freundliche Art hat sie viele Freundschaften mit Mitbewohnenden geknüpft und beteiligt sich aktiv an Anlässen und Angeboten des Heims. Sie verlässt das Heim selten und pflegt wenige Kontakte ausserhalb. Bei guter Schmerzabdeckung ist Frau Imboden am Rollator in Begleitung mobil. Sie benötigt kontinuierlich umfassendere Unterstützung in den Aktivitäten des Lebens.



Medikamente

Medikamente fix:	morgens	mittags	abends	nachts
Lisinopril Tbl. 5 mg	1	0	0	0
Bisoprolol Tbl. 5 mg	½	0	0	0
Kaliumpräparat Tbl. 10 mmol	1	0	0	0
Pantoprazol Tbl. 20 mg	1	0	0	0
Rivaroxaban Tbl. 20 mg	1	0	0	0
Torasemid Tbl. 10 mg	1	0	0	0
Insulin lispro 100 E/ml, Pen subcutan gemäss Nachspritzschema	x	x	x	
Insulin detemir 100 E/ml, Pen subcutan	0	0	32 E	0
Ibuprofen Tbl. 400 mg	1	1	1	0

Medikamente in Reserve:	
Unruhe	Seroquel 25mg max ½ Tbl. 4 x tgl.
Diarrhoe:	Loperamid Kps 2mg 2x1/ 24h
Schmerzen / Fieber	Paracetamol Tbl. 500 mg 4x1/ 24h
Sauerstoffsättigung (sO ₂) < 90%	Sauerstoff O ₂ nasal bis 2 Liter / Min

Verordnungen an die Pflege

Blutdruck / Puls	1 x täglich
Gewicht	1 x täglich
Kost	Diabeteskost
BZ-Kontrolle	3 x täglich

Kurve

	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4
Blutdruck (mmHg)	140/80	135/80	130/75	130/80
Puls	80	84	88	80
Gewicht (kg)	65.3	65.1	64.5	64.0



Nachspritzschema

Lispro	5 – 7.9 mmol/L	8 – 9.9 mmol/L	10 – 11.9 mmol/L	12 – 13.9 mmol/L	14 – 15.9 mmol/L	16 – 17.9 mmol/L	>18 mmol/L
Morgens	-	6 E	7 E	8 E	9 E	10 E	11 E
Mittags	-	6 E	7 E	8 E	9 E	10 E	11 E
Abends	-	6 E	7 E	8 E	9 E	10 E	11 E

Datum	Morgens		Mittags		Abends	
	BZ mmol/l	Insulin E s/c	BZ mmol/l	Insulin E s/c	BZ mmol/l	Insulin E s/c
Tag 1	13.3	8	11.2	7	14.3	9
Tag 2	11.5	7	12.8	8	18.7	11
Tag 3	10.9	7	14.1	9	19.3	11
Tag 4	7.8	6				



Pflegediagnosen

	Diagnose	Merkmale	Beeinflussende Faktoren	Ziel	Massnahmen	Evaluation
1	Selbstversorgungsdefizit - Körperpflege - Sich Kleiden - Toilettenbenutzung	Beeinträchtigte Fähigkeit den Körper zu waschen und abzutrocknen Beeinträchtigte Fähigkeit, verschiedene Kleidungsstücke an- / auszuziehen Beeinträchtigte Fähigkeit zur Toilette zu gelangen / von der Toilette aufzustehen	Schwäche kognitive Beeinträchtigung	Fühlt sich gepflegt und unter Einbezug der Ressourcen unterstützt.	<ul style="list-style-type: none">– Unterstützung bei täglicher Körperpflege und Zähneputzen– Unterstützung beim Duschen, inkl. Haare waschen 1 x wöchentlich– Kontrolle der Fingernägel am Duschtage und Schneiden bei Bedarf– Betten am Morgen. Bettwäschewechsel bei Verschmutzung, mindestens alle 2 Wochen am Duschtage.– Unterstützung bei Kleiderauswahl und Ankleiden. Kontrolle der Kleidung auf Sauberkeit.	1 x monatlich montags
2	Risiko eines Sturzes	Kommt aus dem Sitz alleine nicht ins Stehen. Ist zu schwach, fällt immer wieder zurück.	Beeinträchtigte Kognition Müdigkeit Beeinträchtigte Mobilität Stürze in der Vorgeschichte	Frei von sturzbedingten Verletzungen	<ul style="list-style-type: none">– Begleitung mit dem Rollator zur Toilette (Zeiten: 7:30, 11:00, 13:00, 17:30, 21:00)– Unterstützung durch taktile oder verbale Anleitung bei Transfer in Sessel / Bett 2-4 x tgl.– Geschlossene Schuhe mit rutschfester Sohle; Füße vollständig am Boden abstellen– Begleitung bei jedem Ortswechsel am Rollator– Sicherstellen, dass bei jedem Ortswechsel alles in Reichweite ist (z.B. Getränke, etwas zur Beschäftigung, Nastuch)– Sensormatte als Sturzpräventionsmassnahme vor dem Bett im Einverständnis der Bewohnerin	1x monatlich montags



3	Ineffektives Gesundheitsmanagement	Schwierigkeit mit dem angeordneten Therapieregime. Zeigt sich durch Überforderung im Medikamentenmanagement und selbständigem einhalten weiterer Therapien	Kognitive Beeinträchtigung Eingeschränkte körperliche Mobilität	Stabiler Gesundheitszustand	<ul style="list-style-type: none">– Abgabe der verordneten Medikation 4 x tgl. in die Hand und Kontrolle der Einnahme– Richten und Kontrolle der Medikamente 1 x wöchentlich; zusätzliche Kontrolle der Medikamente vor Abgabe– Bestellung und Lagerung der Medikamente durch Pflegeperson– Blutzuckermessung vor allen Mahlzeiten– Insulininjektion gemäss Verordnung und Nachspritzschema 3 x tgl.– Einschätzung der Schmerzen: bei Schichtbeginn und vor jeder Mobilisation nach Schmerzintensität fragen (leicht, mittel, stark, sehr stark) und bei Bedarf Reservemedikamente anbieten– Blutdruckmessung 1 x tgl., vor dem Aufstehen am Morgen– Gewichtskontrolle 1 x tgl., nach dem Aufstehen vor dem Frühstück (im Pyjama mit Turnschuhen).	1 x monatlich montags
4	Beeinträchtigte Gedächtnisleistung	Fragt immer wieder, wo sie hin muss oder was sie machen muss	Ortswechsel von Heim ins Spital und zurück Geschwächter Allgemeinzustand	Kompensation von Gedächtnis und Orientierung	<ul style="list-style-type: none">– Orientierungshilfen zu Zeit, Person und Ort bei jedem Kontakt geben– Orientierungshilfen im Zimmer im Sichtfeld aufstellen (Kalender, Uhr)– Immer ähnlicher Tagesablauf, Gewohnheiten berücksichtigen; Informationen über anstehende Tagesaktivitäten bei Verlassen des Raumes geben	1 x monatlich montags



Pflegeverlauf

Datum	Zeit	Thema	Pflegeverlauf
Tag 1	11:00	Pflegenachweis Körperpflege	Pflegeperson hat die Körperpflege am Lavabo im Bad vollständig übernommen, da sich Bewohnerin schwach fühlt. Intimpflege ebenfalls durch Pflegeperson, 1 Franken Stück grosse, nicht wegdrückbare Rötung am Gesäss.
Tag 2	21:00	Pflegenachweis An-/Auskleiden	Pyjama durch Pflegeperson angezogen, da sich Bewohnerin schwach fühlt. Gesäss weiter gerötet, nicht wegdrückbar.
Tag 3	15:30	Pflegenachweis Ernährung	Bewohnerin wünscht sich eine Coca-Cola. Sie meint das würde ihr gegen die Energielosigkeit helfen. Ein Glas ins Zimmer gebracht.

6.2. Fehlerliste

	Fehlerliste Fehler / Gefahr gemäss WHO²	Beschreibung	Vorbereitung
1	Klinische Prozesse/Pflegerische Massnahmen: nicht durchgeführt trotz Indikation	Medikamentenschieber liegt auf dem Nachttisch. Bewohnerin sollte aber laut Pflegeplanung die Medikamente unter Aufsicht einnehmen.	Medikamentenschieber mit Tabletten, Patientendokumentation mit entsprechender Pflegeplanung
2	Klinische Prozesse/Pflegerische Massnahmen: falsch/nicht durchgeführt trotz Indikation	Orientierungsmittel (Kalender, Uhr) falsch eingestellt und nicht im Sichtfeld.	Entsprechende Pflegeplanung in der Patientendokumentation, Kalender mit falschem Datum, Uhr nicht im Sichtfeld
3	Klinische Prozesse/Pflegerische Massnahmen: nicht durchgeführt trotz Indikation	Fehlende Schmerzerfassung.	Fehlende Information in der Patientendokumentation
4	Nosokomiale Infektion: allgemeines Infektionsrisiko	Leeres Händedesinfektionsmittel im Raum, Infektionsrisiko und Vergiftungsgefahr.	Leeres Händedesinfektionsmittel
5	Klinische Prozesse/Diagnose /Assessment: nicht aktualisiert	Trotz Rötung am Steiss keine pflegerischen Massnahmen eingeleitet, Dekubitusgefahr.	Puppe am Gesäss rot einfärben z.B. mit Wasserfarbe oder einen rot eingefärbten Tupfer auf das Gesäss der Puppe kleben.
6	Klinische Prozesse/Interventionen: Indikation nicht evaluiert	Indikation für den Blasenkatheter nicht evaluiert, Gefahr für Katheter-assoziierten Harnwegsinfekt.	Fehlende Information in den Patientendokumentation Blasenkatheter Flüssigkeit für Urinsimulation, z.B. Kamillentee evtl. Halter, um Katheterbeutel am Bett zu fixieren
7	Patientenunfälle: Gefahr für Stürze	Sensorenmatte nicht eingesteckt.	Sensorenmatte installieren, aber nicht einstecken
8	Patientenunfälle: Gefahr der Vergiftung	Im Raum steht ein Reinigungswagen, verwirrte Bewohnerin könnte die Reinigungsmittel als Nahrungsmittel erkennen.	Reinigungswagen mit Reinigungsmitteln im Raum platzieren
9	Medikation/Verabreichung: Überversorgung	Es wurde Insulin nachgespritzt, obwohl dies gemäss Nachspritzschema nicht nötig gewesen wäre.	Patientendokumentation mit entsprechender Information

² https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

10	Ernährung/Abgabe: Falsche Kostform	Coca-Cola auf dem Nachttisch, obwohl Bewohnerin akut erhöhte Blutzucker-Werte hat und laut Pflegeplanung nur ungesüsste Getränke erhalten sollte.	Patientendokumentation mit entsprechender Information zum erhöhten Blutzucker und Diabetes
11	Medikation/Verordnung: Falsche Medikation	Ibuprofen: Verordnung potenziell inadäquates Medikament im Alter (PIM). Da die Risiken den erwarteten Nutzen übersteigen, sollte es wenn immer möglich vermieden werden und/oder durch eine sicherere Alternative ersetzt werden.	Patientendokumentation mit entsprechender Verordnung

6.3. Materialliste zum Vorbereiten

Materialliste zum Vorbereiten Material für die Raumausstattung	Bemerkung
• Bett	
• Puppe im Pyjama	
• Beistelltisch	
• Reinigungswagen mit Reinigungsmitteln	
• Sensorenmatte	
• Leeres Händedesinfektionsmittel	
• Rote Wasserfarbe als Dekubitussimulation oder rot eingefärbter Tupfer und transparente Folie	
• Medikamentenschieber (korrekt beschriftet)	
• Kalender	
• Uhr	
• Coca-Cola	
• Blasenkatheter und Urinbeutel mit Urinsimulation (z.B. Kamillentee)	
• Patientendokumentation mit allen entsprechenden Informationen	
•	
•	
•	
•	
•	
Material für die Durchführung der Aufgabe	
• Anleitung für die Teilnehmenden	
• Ausgedruckte Vorlage Fehlererfassung/Evaluation	
• Clipboards und Kugelschreiber	
• Lösungsblätter für die Nachbesprechung	
•	
•	
•	
•	

6.4. Anleitung für Teilnehmende

Bitte gehen Sie ins Zimmer von Frau Imboden. Lesen Sie sich in die Dokumentation ein und schauen Sie, ob es im Zimmer und in der Dokumentation Gefahrenquellen und Fehler gibt. Achten Sie dabei auch auf mögliche Gefahren und Fehler, die über Ihren beruflichen Zuständigkeitsbereich hinausgehen.

Dokumentieren Sie alle Gefahrenquellen und Fehler, die Sie im Zimmer und in der Pflegedokumentation von Frau Imboden finden auf dem Blatt „Fehlererfassung“. Sie haben 15-20 Minuten Zeit dafür. Bitte verlassen Sie den Raum so, wie Sie ihn vorgefunden haben (bitte nichts korrigieren).

In einer Nachbesprechung werden Sie über die versteckten Fehler aufgeklärt. Bitte behalten Sie die Lösungen für sich, damit die Kolleginnen und Kollegen ebenfalls vom Room of Horrors profitieren können. Besten Dank!

Falls Sie Fragen, Unklarheiten oder Anregungen haben, wenden Sie sich bitte an die verantwortliche Person.

Viel Erfolg!

7. Materialien

7.1. Vorlage Fehlerliste / Lösungsblatt

Fehler oder Risiko	Beschreibung der Gefahr
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

7.3. Debriefing-Leitfaden

Teil 1: Debriefing im Anschluss an die Fehlersuche

Einstieg Ziel: Eis brechen, Selbsteinschätzung einholen 2 Minuten	Moderation: Bringen Sie einen ersten Austausch in Gang. Beispielsweise mit folgender Einstiegsfrage: <ul style="list-style-type: none">– Wie ist es Euch im Raum ergangen – konntet Ihr die versteckten Fehler und Gefahren leicht finden?
Auflösung Ziel: Fehler auflösen 5-10 Minuten	Moderation: Lösen Sie zunächst die Fehler/Gefahren auf, die im Raum versteckt waren. Zur visuellen Unterstützung können Sie ein Auflösungsblatt abgegeben oder die Fehlerliste auf einer Flipchart präsentieren. Anschliessend können Sie z.B. die folgenden Fragen diskutieren: <ul style="list-style-type: none">– Welche der eingebauten Fehler und Risiken habt Ihr gefunden?– Habt Ihr noch <i>weitere</i> (nicht beabsichtigte) Fehler gefunden?– Welche Fehler habt Ihr <i>nicht</i> entdeckt?
Auswertung Ziel: Sichtweise der Teilnehmenden verstehen 5 Minuten	Moderation: Fragen Sie nach, um zu verstehen, wieso gewisse Fehler und Risiken gefunden wurden, andere jedoch nicht. Bestehen z.B. Unklarheiten darüber, wieso etwas ein Fehler ist, oder inwiefern es ein Risiko für die Sicherheit Bewohnerinnen und Bewohner darstellt? Oder wurde an den entsprechenden Stellen gar nicht gesucht? Mögliche Fragen für die Diskussion: <ul style="list-style-type: none">– Seid Ihr überrascht, welche Fehler/Gefahren nicht gefunden wurden? Warum?– Was denkt Ihr, weshalb sind diese Fehler/Gefahren unentdeckt geblieben?
Abschluss Ziel: Take-Home Message für den Alltag festhalten 3 Minuten	Moderation: Die Abschlussrunde kann mündlich in der Gruppe durchgeführt werden. Alternativ kann die persönliche Take-Home Message auch von jeder Teilnehmerin/jedem Teilnehmer auf eine Karteikarte notiert werden (die Karten werden nicht mehr im Plenum besprochen). <ul style="list-style-type: none">– Was nehmt Ihr aus der Fehlersuche im Room of Horrors mit für den Alltag (nennt einen Punkt)?

Generell: Geben Sie den Teilnehmenden Zeit, über die Fragen nachzudenken (Stille aushalten)

Teil 2: optionale Erweiterung für ausführlichere Teamtrainings

<p>Vertiefung Option 1</p> <p>Ziel: Bewusstsein für mögliche Fehler und Gefahren im Alltag stärken</p>	<p>Moderation: Regen Sie eine Diskussion über die Bedeutung der Fehler und Risiken an. Zum Beispiel mit diesen Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none">– Welche Fehler und Gefahren sind für Euch besonders relevant?– Weshalb sind sie aus Eurer Sicht so bedeutsam?<ul style="list-style-type: none">– Sind diese Fehler/Gefahren im Alltag besonders häufig?– Sind sie besonders gefährlich für die die Bewohnerinnen und Bewohner?– Welche zusätzlichen Fehler oder Risiken hättet Ihr eingebaut?
<p>Vertiefung Option 2</p> <p>Ziel: Gefahrenpotenzial einordnen, eigenes Verhalten in einer vergleichbaren Situation reflektieren</p>	<p>Moderation: Wählen Sie ein Thema bzw. ein Risikobereich aus und diskutieren Sie mit Ihrem Team vertieft darüber, z.B. über den Fehler, der von den Teilnehmenden am seltensten gefunden wurde, oder eine Gefahr, die für den Alltag als besonders relevant eingestuft wird. Mögliche Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none">– Was sind mögliche Konsequenzen für den Bewohner/die Bewohnerin, wenn der Fehler/die Gefahr nicht entdeckt wird?– Was würden wir tun, wenn so etwas im Alltag passiert?– Mit welchen Massnahmen könnte der Fehler/die Gefahr verhindert werden?
<p>Vertiefung Option 3</p> <p>Ziel: Situationsbewusstsein stärken</p>	<p>Moderation: Regen Sie einen Austausch darüber an, wie erkannt werden kann, wo Gefahren und Risiken für die Patientensicherheit lauern können.</p> <ul style="list-style-type: none">– Wie seid Ihr bei der Fehlersuche vorgegangen? Worauf habt Ihr speziell geachtet? (z.B. falsche Ausführung, unnötige Massnahme, etwas wurde vergessen, ...)– Woran habt Ihr gemerkt, dass es sich um einen Fehler oder eine Gefahr handelt?– Habt Ihr Euch bei der Fehlersuche mit den Kolleginnen und Kollegen ausgetauscht? Konntet Ihr von deren Sichtweise profitieren?– Was müsste man allgemein tun, um Fehler und Risiken in einem Raum erkennen zu können?

8. Literatur

- 1 Zimmermann C, Schwappach D. Interaktives Lernen im Room of Horrors. Manual. 2019.
- 2 Andersson Å, Frank C, Willman AML, *et al.* Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. *J Clin Nurs* 2018;**27**:e354–62.
- 3 OECD. The Economics of Patient Safety part III: Long-Term Care. 2020.
- 4 Schulz CM, Endsley MR, Kochs EF, *et al.* Situation Awareness in Anesthesia: Concept and Research. *Anesthesiology* 2013;**118**:729–42.
- 5 Farnan JM, Gaffney S, Poston JT, *et al.* Patient safety room of horrors: a novel method to assess medical students and entering residents' ability to identify hazards of hospitalisation. *BMJ Qual Saf* 2016;**25**:153–8.
- 6 Wiest K, Farnan J, Byrne E, *et al.* Use of simulation to assess incoming interns' recognition of opportunities to choose wisely. *J Hosp Med* 2017;**12**:493–7.
- 7 Gregory A, Hogg G, Ker J. Innovative teaching in situational awareness. *Clin Teach* 2015;**12**:331–5.
- 8 Käppeli A. Patientensicherheit – Lustvoll lernen im «Raum des Horrors». *Competence* 2018;**1–2**.
- 9 Clay AS, Chudgar SM, Turner KM, *et al.* How prepared are medical and nursing students to identify common hazards in the intensive care unit? *Ann Am Thorac Soc* 2017;**14**:543–9.
- 10 Zimmermann C, Fridrich A, Schwappach DLB. Training Situational Awareness for Patient Safety in a Room of Horrors. *J Patient Saf* 2020;Published ahead of print.
- 11 Korah N, Zavalkoff S, Dubrovsky AS. Crib of Horrors: One Hospital's Approach to Promoting a Culture of Safety. *Pediatrics* 2015;**136**:4–5.
- 12 Daupin J, Atkinson S, Bédard P, *et al.* Medication errors room: a simulation to assess the medical, nursing and pharmacy staffs' ability to identify errors related to the medication-use system. *J Eval Clin Pract* 2016;**22**:907–16.
- 13 Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, *et al.* More Than One Way to Debrief. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc* 2016;**11**:209–17.
- 14 Fanning RM, Gaba DM. The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc* 2007;**2**:115–25.
- 15 Rudolph JW, Simon R, Rivard P, *et al.* Debriefing with Good Judgment: Combining Rigorous Feedback with Genuine Inquiry. *Anesthesiol Clin* 2007;**25**:361–76.