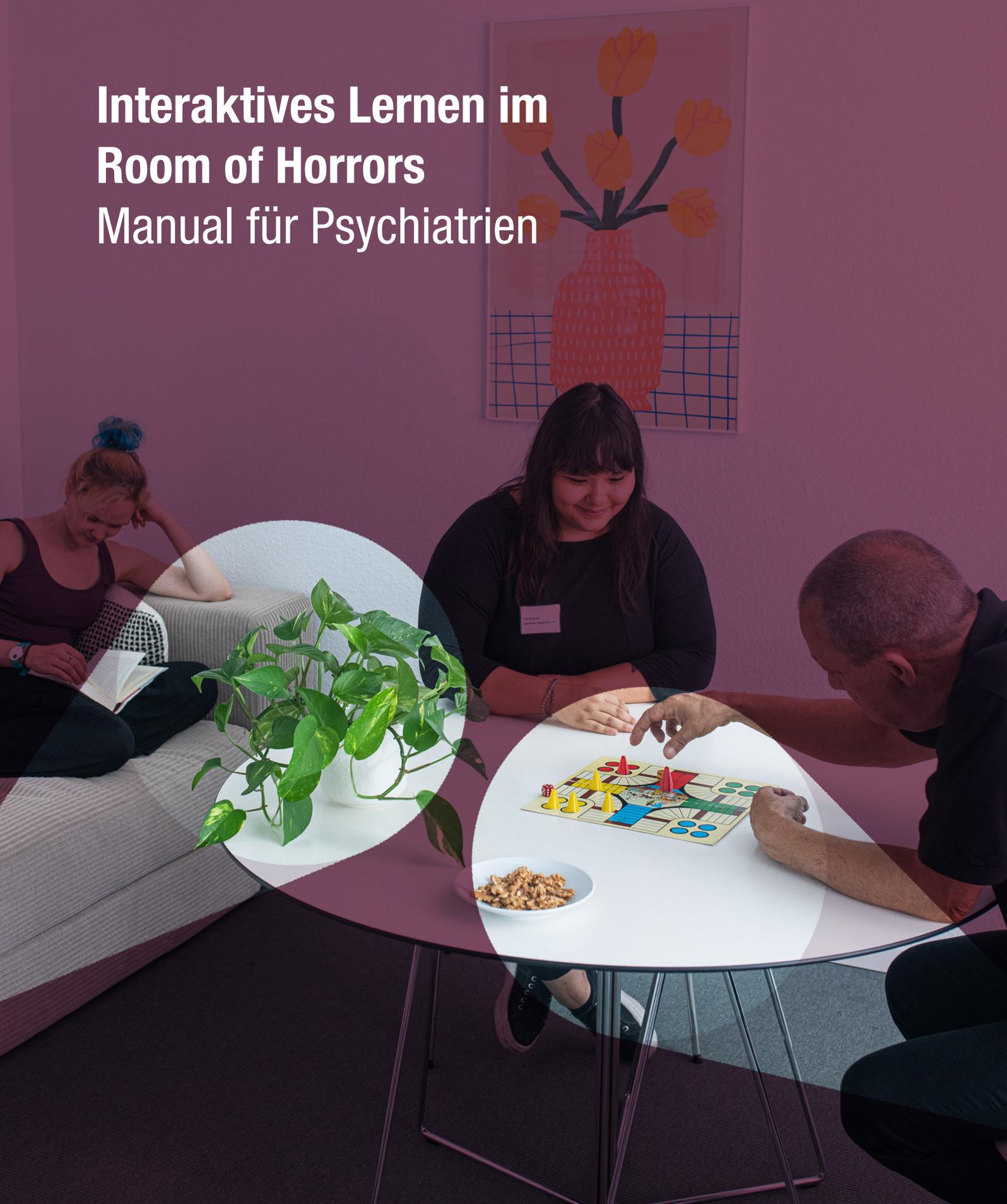


# Interaktives Lernen im Room of Horrors Manual für Psychiatrien



## Impressum

**Version:** Februar 2025

**Kostenloser Download:** <https://patientensicherheit.ch/room-of-horrors-psychiatrie/>

**Autorinnen:** Dr. Andrea Balmer, Karma Brunner, Dr. Alessandra Moscaroli, Dr. Annemarie Fridrich

**Beitragende:** An der Entwicklung dieses Manuals haben verschiedene Expert:innen mitgearbeitet. Ihnen gebührt unser herzlicher Dank:

- » Carmine Di Nardo, Direktor Pflege, Therapien und Soziale Arbeit, Psychiatrie St. Gallen
- » Rainer Kiworra, Unternehmensentwicklung, Psychiatrie St.Gallen
- » Rosmarie Sprenger, Pflegeexpertin, Psychiatrie St.Gallen
- » Jelena Stjelja, Pflegeexpertin, Psychiatrie St.Gallen
- » Katja-Melanie Barandun, Eidg. dipl. Fachexpertin Infektionsprävention, Psychiatrie St.Gallen
- » Olaf Schulenburg, Bildungsverantwortlicher, Psychiatrie St.Gallen
- » Michaela Simonik, Pflegeexpertin, Psychiatrie St.Gallen
- » Ramona Jacob, Sozialpädagogin, Clenia Littenheid AG, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- » Sabina Hiltbrunner, Fachapothekerin in Spitalpharmazie, Leitung Spitalapotheke, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Ganz besonders möchten wir uns auch bei der Psychiatrie St.Gallen und der Clenia Littenheid AG bedanken, die sich als aktive Projektpartnerinnen und Pilotorganisationen beteiligt haben. Ihre Expertise hat massgeblich zur Entstehung dieses Manuals beigetragen.

**Foto für Titelseite:** Philip Böni Fotografie, Binzmühlestrasse 210, 8050 Zürich

**Tonaufnahmen:** Forumtheater KonflikTüren, Rosenweg 2, 2556 Brugg

**Zitationsvorschlag:** Balmer, A; Brunner, K; Moscaroli, A; Fridrich, A. Interaktives Lernen im Room of Horrors. Manual für Psychiatrien, 2025, Stiftung Patientensicherheit Schweiz, Zürich.

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Das Konzept des Room of Horrors.....</b>	<b>7</b>
1.1	Hintergrund.....	7
1.2	Room of Horrors für verschiedene Versorgungsbereiche .....	9
1.3	Ziele des Room of Horrors .....	10
1.4	Grundzüge des Room of Horrors.....	10
<b>2</b>	<b>Anleitung zur Umsetzung eines Room of Horrors.....</b>	<b>12</b>
2.1	Vorbereitung.....	12
2.2	Durchführung .....	17
2.3	Debriefing .....	18
2.4	Die Anleitung kurz zusammengefasst .....	21
<b>3</b>	<b>Patient:innenfälle und Stationsbeschriebe .....</b>	<b>23</b>
3.1	Umsetzung für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	23
3.1.1	Patient:innenzimmer: Fall Frau Hammerschmied .....	23
3.1.2	Aufenthaltsraum.....	31
3.2	Umsetzung für den Bereich Erwachsenen-Akutpsychiatrie .....	41
3.2.1	Stations-/Medikationszimmer: Fall Frau Braun.....	41
3.2.2	Sicherheitszimmer: Fall Herr Brügger .....	56
3.2.3	Aufenthaltsraum: Esszimmer .....	68
3.3	Umsetzung für den Bereich Gerontopsychiatrie .....	79
3.3.1	Patient:innenzimmer: Fall Herr Hafner.....	79
3.3.2	Aufenthaltsraum: Esszimmer .....	90
<b>4</b>	<b>Raumübergreifende Hilfsmittel für die Umsetzung .....</b>	<b>100</b>
4.1	Lösungsblatt .....	100
4.2	Instruktion für Teilnehmende .....	101
4.3	Fehlererfassungsblatt für Teilnehmende .....	102
4.4	Debriefing-Leitfaden .....	103
	Literatur .....	105

## Hinweise zur Verwendung des Manuals

Das vorliegende Manual widmet sich spezifisch dem psychiatrischen Versorgungsbereich. Wir weisen darauf hin, dass sich die Kapitel 1, 2 und 4 mit allgemeinen Prinzipien zur konzeptionellen Umsetzung des Room of Horrors beschäftigen und deshalb eng an die bereits bestehenden Room of Horrors Manuale der Stiftung Patientensicherheit Schweiz angelehnt sind.

In diesem Manual finden Sie diverse Materialien zur Inszenierung und weitere Hilfsmittel zur Umsetzung des Room of Horrors.



Die Seiten mit dem Drucker-Symbol können für Trainingszwecke ausgedruckt und bei Bedarf zugeschnitten werden. Sie enthalten Materialien für die Inszenierung des Room of Horrors. Weitere Inhalte, wie die Hinweise zur Umsetzung oder die Fehlerliste, können ebenfalls nach Bedarf zur Unterstützung der Vorbereitung und Organisation gedruckt werden. Diese zusätzlichen Materialien dürfen jedoch nicht an die Teilnehmenden ausgegeben werden.



Wir stellen zudem an verschiedenen Stellen Tonaufnahmen zum Download zur Verfügung (markiert mit dem Audio-Symbol), welche während des Trainings eingesetzt werden können. Ein entsprechendes Hinweisschild zum Auflegen bei den Tonaufnahmen finden Sie im Anhang der jeweiligen Fälle.

## Abkürzungsverzeichnis

<b>BMI</b>	Body-Mass-Index
<b>BTM</b>	Betäubungsmittel
<b>C2-Abusus</b>	Alkoholabusus
<b>CAVE</b>	«Achtung», mit Nachdruck warnend auf bestimmten Sachverhalt (lateinisch)
<b>CIRS</b>	Critical Incident Reporting System
<b>Dipl.</b>	Diplomierte:r
<b>Drg</b>	Dragee
<b>EPS</b>	Extrapyramidales Syndrom
<b>FaGe</b>	Fachperson Gesundheit
<b>FD</b>	Frühdienst
<b>FU</b>	Fürsorgerische Unterbringung
<b>I.m.</b>	Intramuskulär
<b>Kaps</b>	Kapsel
<b>KISIM</b>	Klinikinformationssystem
<b>ND</b>	Nachtdienst
<b>NGASR</b>	Nurses Global Assessment of Suicide Risk
<b>OAe</b>	Oberärztin
<b>P. o.</b>	Per os
<b>PP</b>	Pflegepersonal
<b>Ret</b>	Retard
<b>Sc</b>	Subcutan
<b>SD</b>	Spätdienst
<b>Tbl</b>	Tablette
<b>THC</b>	Tetrahydrocannabinol
<b>Trpf</b>	Tropfen
<b>VZ</b>	Vitalzeichen
<b>WHO</b>	World Health Organization

# 1

## **Das Konzept des Room of Horrors**

# 1 Das Konzept des Room of Horrors

## 1.1 Hintergrund

Patient:innen sind während eines stationären Aufenthalts in der Psychiatrie unterschiedlichen Gefährdungen ausgesetzt, z. B. durch nicht korrekt ausgeführte Handlungen, ungeeignete Prozesse, unvollständige Dokumentation oder Fehler im Medikationsprozess. Solche Gefahren und Risiken können in der Folge zu unerwünschten Ereignissen und Patient:innenschädigungen führen [1–3]. Sie sind deshalb wichtige Handlungsfelder für die Erhöhung der Patient:innensicherheit. Obwohl den Mitarbeitenden in der Psychiatrie diese Gefahren grundsätzlich bekannt sind, bleiben sie im Alltag oft unentdeckt und unkorrigiert. Beispielsweise ist allen Mitarbeitenden in einer Psychiatrie geläufig, welches Risiko besteht, wenn der Medikamentenschrank im Stationszimmer nicht abgeschlossen wird. Trotzdem kann es in der Hektik des Alltags vorkommen, dass Mitarbeitende das Stationszimmer verlassen, ohne den Medikamentenschrank abzuschliessen. 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, den unverschlossenen Medikamentenschrank im Stationszimmer zu bemerken und zu realisieren, dass dadurch eine hohe Gefahr für Patient:innen besteht, die sich aufgrund von Substanzabhängigkeit oder suizidalen Absichten Zugang verschaffen könnten. Eine Person hingegen, der das auffällt, ist für mögliche Gefährdungen in der Psychiatrie sensibilisiert. Um die Gefährdung im Alltag abzuwenden zu können, sind also einerseits Wissen über Patient:innensicherheitsgefahren und andererseits ein hohes Situationsbewusstsein erforderlich. Dazu gehört auch, die Rollen und Beiträge der verschiedenen Mitglieder des Betriebs- und Behandlungsteams zu

kennen und sich gegenseitig zu unterstützen. Um Gefährdungen für Patient:innen in der Psychiatrie rechtzeitig zu erkennen und abzuwenden, ist ein geschultes Situationsbewusstsein der Mitarbeitenden wichtig. Ein innovativer, erfolgreicher, niederschwelliger und kostengünstiger 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 Patient:innengefährdungen erfahrungsbezogen trainiert werden. Mitarbeitende schulen ihre Fähigkeiten, akute Patient:innengefährdungen zu identifizieren. Im Gegensatz zu theoretischen Schulungen, werden die Situationen, in denen sich Gefährdungen 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 Assistenzärzt:innen ein [6,7]. Positive Erfahrungen mit diesem Konzept wurden auch in der Schweiz gesammelt [8]. Um die Verbreitung des Konzepts in der Schweiz zu fördern, hat die Stiftung Patientensicherheit Schweiz bereits Manuale für die Umsetzung eines Room of Horrors im Spital, in Pflegeheimen, in Arztpraxen und in Offizinapotheken erarbeitet [9–12].

Wissenschaftliche Untersuchungen kommen zu positiven Beurteilungen des Room of Horrors. Farnan et al. untersuchten den Room of Horrors bei Medizinstudierenden und eintretenden Assistenzärzt:innen [5]. Von den installierten Patient:innengefährdungen wurden zwischen 6 % und 84 % von den

Medizinstudierenden korrekt identifiziert. Die Assistenzärzt:innen identifizierten im Durchschnitt 5.1 der 9 installierten Gefährdungen. Die Erkennungsrate variierte sehr stark: Während beispielsweise das Sturzrisiko einer/s Patient:in mit Delir und hoch aufgestelltem Bett von 70 % der Assistenzärzt:innen erkannt wurde, bemerkten nur 20 % den unnötigen, ohne Indikation herumliegenden Harnkatheter. Das Feedback der Studierenden und Assistenzärzt:innen zum Training war positiv. In einer weiteren Studie wurden die installierten Patient:innengefährdungen durch überflüssige Massnahmen (*choosing wisely* Massnahmen) ergänzt. Von den 8 Patient:innengefährdungen im Room of Horrors wurden von den Assistenzärzt:innen 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 Assistenzärzt:innen, die angaben, Patient:innengefährdungen sicher erkennen zu können, keine bessere Leistung im Room of Horrors zeigten, als diejenigen, die sich unsicher waren. Einen Monat nach der Übung gaben 69 % der Assistenzärzt:innen an, dass sie als Ergebnis der Simulation besser und wachsamer gegenüber Patient:innengefährdungen sind. In einer weiteren Untersuchung, die sich spezifisch auf Patient:innengefährdungen auf der Intensivstation bezog, wurden Unterschiede in der Leistung im Room of Horrors zwischen Medizin- und Pflegestudierenden untersucht [13]. Die Daten zeigen, dass es grosse Unterschiede zwischen den Berufsgruppen gibt, welche Patient:innengefährdungen sie besonders gut bzw. schlecht erkennen. Ausserdem konnte gezeigt werden, dass multiprofessionelle Teams gemeinsam mehr Gefährdungen erkennen als Einzelpersonen. Dennoch: Auch im Team wurden viele spezifische Gefährdungen nicht korrekt erkannt, wie bspw. ein zu hoher Druck in der Beatmung der/des Patient:in 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 Jahr 2019 in 13 Spitälern [10,14] und im Jahr 2022 in 7 Apotheken [9] evaluiert. 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 (Spital: 98 % [10,14]; Offizinapotheken: 100 % [9]<sup>1</sup>), relevant (Spital: 96 % [10,14]; Offizinapotheken: 100 % [9]<sup>1</sup>) und lehrreich (Spital: 95 % [10,14]; Offizinapotheken: 99 % [9]<sup>1</sup>) ein. 95 % (Spital [10,14]) und 100 % (Offizinapotheken [9]) gaben an, vom Austausch in der Gruppe profitiert zu haben. Die Pilotierungen des Room of Horrors Spital [10,14] sowie Offizinapotheke [9] ergaben vergleichbare Erkenntnisse bezüglich Anzahl gefundener Fehler: Von 10 Fehlern wurden im Spital durchschnittlich 4.7 und in den Offizinapotheken 3 in monoprofessionellen und 4.5 in interprofessionellen Gruppen gefunden.

Auch im Bereich der psychiatrischen Versorgung hat sich das simulationsbasierte Training zur Förderung eines ganzheitlichen Verständnisses als wertvolles Instrument erwiesen [15]. Dabei liegt der Fokus bisher vor allem auf dem Üben von Interaktionen in emotional stark belastenden Situationen und somit der Stärkung von zwischenmenschlichen Fähigkeiten, um auf die komplexen Bedürfnisse von psychisch kranken Personen eingehen zu können [15]. Ein Room of Horrors konzentriert sich hingegen stärker auf alltägliche Themen wie nicht korrekt ausgeführte Handlungen, Risiken in Prozessen, Strukturen oder die Dokumentation. Im Praxisbuch «Simulatives Lernen im Room of Horrors» von Karner und Warnecke [16] werden vier Fallbeispiele aus dem akutpsychiatrischen Kontext vorgestellt. Darüber hinaus gibt es derzeit kaum Evidenz zum Einsatz von Room of Horrors in der Psychiatrie. Eine weitere Auseinandersetzung mit Room of Horrors in der Psychiatrie ist daher ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Patient:innensicherheit [17,18], Förderung

---

1 Die Item-Antwortmöglichkeiten *Ja* und *Eher ja* wurden zusammengefasst.

von Best Practices [18], Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit [19] und zum Nachweis der Wirksamkeit dieser Trainingsmethode [18] im entsprechenden Setting.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Room of Horrors eine innovative und im Alltag leicht

integrierbare Methode ist, die auf die Verbesserung des Situationsbewusstseins zielt. Sie ist auf verschiedene Kontexte 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 Patient:innensicherheit zu sensibilisieren.

## 1.2 Room of Horrors für verschiedene Versorgungsbereiche

Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat das Konzept des Room of Horrors für den Schweizer Gesundheitskontext angepasst und ermöglicht damit eine Anwendung in verschiedenen Versorgungsbereichen.

Patientensicherheit Schweiz hat dafür mehrere Manuale entwickelt, mit denen Institutionen verschiedenster Art und Grösse das Simulationstraining mit wenigen technischen Mitteln selbstständig umsetzen können. Bereits verfügbar sind Manuale für die Bereiche Spital, Alters- und Pflegeheime, Hausarzt- und Kinderarztpraxen und Offizinapotheken (kostenloser Download möglich auf [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)). Die Manuale enthalten eine ausführliche Anleitung für die Vorbereitung, die Durchführung und das Debriefing eines Room of Horrors, sowie verschiedene Szenarien mit Patient:innenfällen und Materialien für die Inszenierung. Dabei können Organisationen das Training an ihre eigenen Bedürfnisse anpassen und z.B. eigene CIRS-Meldungen bei der Vorbereitung einbeziehen sowie häufig vorkommende Fehler inszenieren.

Mit dem vorliegenden Manual gibt es nun auch konkrete Materialien für den psychiatrischen Bereich. Dieses Handbuch ähnelt strukturell den zuvor veröffentlichten Manualen, es weist jedoch einige Neuerungen auf, die speziell für den psychiatrischen Kontext entwickelt wurden:

- » In der Psychiatrie basieren viele Risiken und Fehler auf menschlicher Interaktion. Um eine realitätsnahe Inszenierung solcher Interaktionen im Room of Horrors zu ermöglichen, wurden zum ersten Mal Tonaufnahmen produziert und in das Manual integriert. Diese simulieren z.B. Interaktionen zwischen Patient:innen, in denen mögliche Fehler und Risiken für die Patient:innensicherheit zu erkennen sind.
- » In der Psychiatrie sind Aufenthaltsräume wichtige Orte; hier verbringen Patient:innen Zeit und tauschen sich aus. Diese Räume weisen viele Quellen hinsichtlich Fehler und Risiken der Patient:innensicherheit auf. Zur Inszenierung dieser Aufenthaltsräume hat Patientensicherheit Schweiz erstmals sogenannte «Situationsbeschreibungen» in das Handbuch integriert. Diese simulieren realitätsnah alltägliche Situationen in Aufenthaltsräumen und werden zusammen mit einer Liste potenzieller Risiken und Fehler, die inszeniert werden können, bereitgestellt.

## 1.3 Ziele des Room of Horrors

- » Sensibilisierung für konkrete Risiken der Patient:innensicherheit
- » Förderung des kritischen Denkens, der Beobachtungsfähigkeit und des Situationsbewusstseins hinsichtlich Patient:innengefährdungen
- » Förderung der (interprofessionellen und interdisziplinären) Zusammenarbeit durch
  - gemeinsame Problemlösung, durch Lernen voneinander und durch eine Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses bezüglich Tätigkeiten, Aufgaben und Rollen
- » Erweiterung des Bewusstseins, wie die Sicherheit in Psychiatrien erhöht werden kann

## 1.4 Grundzüge des Room of Horrors

Nachfolgend werden die wichtigsten Grundzüge für das Einrichten und Durchführen eines Room of Horrors in der Psychiatrie beschrieben.

### **Fehler und Risiken in der Psychiatrie verstecken**

Das Simulationstraining kann in jeder Psychiatrie durchgeführt werden. Mit Hilfe der in diesem Manual bereitgestellten Informationen und Materialien werden ein oder mehrere Räume in der Psychiatrie (Patient:innenzimmer, Stations-/Medikamentenzimmer, Sicherheitszimmer, Aufenthaltsräume) präpariert. Die versteckten Fehler und Risiken für die Patient:innensicherheit können bei genauer Beobachtung der Umgebung und mit Informationen über fiktive Patient:innen und Stationssituationen identifiziert werden.

### **Fehler und Risiken suchen und anschliessend gemeinsam auflösen**

Die Fachpersonen suchen in einer vorgegebenen Zeit allein oder in berufsgruppengemischten Teams alle Risiken und Fehler, die in dem jeweils vorbereiteten Raum der Psychiatrie versteckt sind. Diese werden auf einem Fehlererfassungsblatt (siehe Kapitel 4.3 auf Seite 102) dokumentiert.

Im Anschluss findet ein gemeinsames Debriefing statt, um die versteckten Fehler offenzulegen und zu diskutieren.

### **Attraktive Fortbildung und Team-Event zugleich**

Das Training in Form eines Room of Horrors zeichnet sich durch einen spielerischen Charakter aus. Es wird weniger belehrend, theoretisch oder trocken empfunden als klassische Schulungen. Ein Training im Room of Horrors ist deshalb eine innovative und attraktive Fortbildungsmethode.

Ein Training im Room of Horrors kann interprofessionell, hierarchie- und erfahrungsübergreifend gestaltet werden – alle Mitarbeitenden können teilnehmen. Findet die Fehlersuche in Gruppen statt, kann der Austausch im Team und die gemeinsame Diskussion zu Patient:innensicherheitsthemen gefördert und trainiert werden. Die Durchführung des Room of Horrors eignet sich deshalb auch als Team-Event.

# 2

## **Anleitung zur Umsetzung eines Room of Horrors**

# 2 Anleitung zur Umsetzung eines Room of Horrors

## 2.1 Vorbereitung

### a. Name des Trainings definieren

Unter dem Namen *Room of Horrors* ist das Simulationstraining international bekannt. Dieser Name hat im schweizerischen sowie im internationalen Gesundheitskontext grosse Beliebtheit erlangt. Die Bezeichnung weckt Aufmerksamkeit und Interesse für das Simulationstraining und hebt dessen spielerischen Charakter hervor.

Vereinzelt wird von Institutionen und Praxen angemerkt, dass der Name *Room of Horrors* eine negative Assoziation auslösen und potenziell abschreckend wirken könnte. Wenn solche Befürchtungen bestehen, kann das Simulationstraining in der eigenen Institution unter einem alternativen Namen durchgeführt werden wie z. B. *Aktionsraum*, *Room of Learning* oder *Trainingsraum für Patient:innensicherheit*.

### b. Verantwortliche Personen definieren

Der Room of Horrors kann von einer oder mehreren Personen umgesetzt werden. Ist eine einzelne Person verantwortlich, empfiehlt es sich, dass dies eine Person mit Zusatzfunktion und/oder eine erfahrene Fachperson ist (z. B. Pflegeexpert:in, Fachexpert:in, Ausbilder:in, Gruppen-/Stationsleitung, dipl. Fachperson mit Erfahrung). Alle beteiligten Personen sind aufgrund ihres Vorwissens über das Training als Teilnehmende ausgeschlossen.

Wenn Sie diese Aufgabe nicht selbst wahrnehmen, bestimmen Sie eine Person, die für die Organisation und das Einrichten 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 und bereits gut mit den Gegebenheiten vertraut ist (vgl. [Seite 17, Betreuende Person](#)).

Benennen Sie zudem eine Person, die das Debriefing moderiert. Das kann dieselbe Person sein, die das Training organisiert und/oder betreut. Suchen Sie diese Person sorgfältig aus (vgl. [Seite 19, Wer moderiert das Debriefing?](#)).

### c. Fehler und Risiken auswählen

Um einen Room of Horrors in der Psychiatrie einzurichten, wählen Sie zunächst die Fehler und Risiken aus, die Sie installieren möchten. Es handelt sich sowohl um echte Fehler (z. B. falsch vermerkte Dosierung im Patient:innendossier), aber auch um latente Risiken, die zu einem Fehler führen können (z. B. Medikamentschrank ist offen und somit zugänglich für Patient:innen). Da sich Fehler und Risiken in der Realität in unterschiedlichen Räumen (z. B. Patient:innenzimmer oder Aufenthaltsräume) in der Psychiatrie ereignen können, sollte dies auch beim Room of Horrors so sein.

Die Fehler und Risiken werden anhand von Patient:innenfällen und Stationsbeschrieben inszeniert.

### Patient:innenfälle

In diesem Manual stehen vier Patient:innenfälle zur Verfügung, so genannte Szenarien, die jeweils in einem Raum spielen:

**Fall Frau Hammerschmied für ein Patient:innenzimmer im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie**  
[Kapitel 3.1.1 auf Seite 23](#)

**Fall Frau Braun für ein Stations-/Medikamentenzimmer im Bereich Erwachsenen-Akutpsychiatrie**  
[Kapitel 3.2.1 auf Seite 41](#)

**Fall Herr Brügger für ein Sicherheitszimmer im Bereich Erwachsenen-Akutpsychiatrie**  
[Kapitel 3.2.2 auf Seite 56](#)

**Fall Herr Hafner für ein Patient:innenzimmer im Bereich Gerontopsychiatrie**  
[Kapitel 3.3.1 auf Seite 79](#)

Jeder Patient:innenfall enthält folgende Inhalte:

- » Patient:innendossier (inkl. Stammbblatt, Verordnungen, Pflegeverlauf etc.)
- » Hinweise zur Umsetzung und zum Material
- » Eingebaute Fehler (Liste mit Fehlern/Risiken, die bereits in diesem Patient:innenfall eingebaut sind)
- » Materialien (Vorlagen zum Ausdrucken wie z. B. Laborwerte)

Für jeden Patient:innenfall stehen Zusatzfehler und -risiken zur Verfügung, die patient:innenunabhängig inszeniert werden können (z. B. Rufglocke im Patient:innenzimmer nicht eingesteckt). Diese Zusatzfehler werden pro Patient:innenfall in einer separaten Liste beschrieben:

**Zusatzfehler und -risiken für ein Patient:innenzimmer im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie**  
[Seite 29](#)

**Zusatzfehler und -risiken für ein Stations-/Medikamentenzimmer**  
[Seite 49](#)

**Zusatzfehler und -risiken für ein Sicherheitszimmer**  
[Seite 64](#)

**Zusatzfehler und -risiken für ein Patient:innenzimmer im Bereich Gerontopsychiatrie**  
[Seite 86](#)

### **Stationsbeschriebe**

In Aufenthaltsräumen können Fehler und Risiken anhand von Stationsbeschrieben inszeniert werden. In diesem Manual stehen drei Stationsbeschriebe zur Verfügung:

**Stationsbeschreibung für einen Aufenthaltsraum im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie**  
[Kapitel 3.1.2 auf Seite 31](#)

**Stationsbeschreibung für ein Esszimmer im Bereich Erwachsenen-Akutpsychiatrie**  
[Kapitel 3.2.3 auf Seite 68](#)

**Stationsbeschreibung für ein Esszimmer im Bereich Gerontopsychiatrie**  
[Kapitel 3.3.2 auf Seite 90](#)

Jeder Stationsbeschreibung enthält folgende Inhalte:

- » Stationsbeschreibung: Beschreibung der Station und der aktuellen Situation
- » Hinweise zur Umsetzung und zum Material
- » Eingebaute Fehler (Liste mit Fehlern/Risiken, die bereits in diesem Stationsbeschreibung eingebaut sind)
- » Materialien (Vorlagen zum Ausdrucken wie z. B. Patient:innenkarten)

### Fehler und Risiken auswählen

Wählen Sie einen oder mehrere der vorhandenen Patient:innenfälle und/oder Stationsbeschreibungen aus, die Sie für Ihren Room of Horrors nutzen möchten. Gewisse Fehler und Risiken können in mehreren Räumen auftreten, achten Sie bei der zeitgleichen Inszenierung von mehreren Räumen darauf, nicht mehrmals die gleichen Fehler und Risiken einzubauen.

Insgesamt sollten 10 bis 15 Fehler pro Raum eingebaut sein.

- » **Patient:innenfälle:** Jeder Patient:innenfall enthält 7 bis 12 Fehler und Risiken. Zusätzlich können Sie für jeden Raum, in dem ein Patient:innenfall inszeniert wird, noch zwei oder drei Zusatzfehler und -risiken auswählen. Diese sollten in den gleichen Räumen wie die Patient:innenfälle installiert werden. Sie sind jeweils einem Raum zugeordnet, können teilweise aber auch an einem anderen Ort spielen (z. B. leeres oder abgelaufenes Desinfektionsmittel könnte in allen Räumen stehen). Zusatzfehler und -risiken bereichern den Raum und gestalten die Fehlersuche schwieriger und auch aufwändiger. Je mehr Patient:innenfälle Sie gleichzeitig inszenieren, desto weniger Zusatzfehler sind pro Raum nötig.
- » **Stationsbeschreibungen:** Jeder Stationsbeschreibung enthält 14 bis 16 Fehler und Risiken, die zur Inszenierung der Räume angewendet werden können. Je nachdem wie schwierig das Room-of-Horrors-Training sein soll, können Sie alle Fehler und Risiken übernehmen oder eine kleinere Auswahl treffen.

Achten Sie mit Hilfe der angegebenen WHO-Klassifikation darauf, dass Sie Fehler und Risiken aus unterschiedlichen Kategorien verwenden (z. B. Medikationsfehler, Risiken bzgl. Zwangsmassnahmen, Patient:innenverhalten). Achten Sie auch auf eine gute Balance zwischen einfachen und anspruchsvollen Fehlern, respektive passen Sie das Niveau an die Erfahrungen/ das Situationsbewusstsein Ihrer Teilnehmenden an. Ergänzend können Sie auch eigene Ideen bezüglich Fehler und Risiken inszenieren, die Sie aus Ihrem Arbeitsalltag kennen (u. a. CIRS-Meldungen) und für die Sie Ihr Team sensibilisieren möchten.

Es ist möglich, dass gewisse Patient:innenfälle, Stationsbeschreibungen oder einzelne Fehler nicht oder nur schwer in jeder Psychiatrie umsetzbar sind, da sich Gegebenheiten unterscheiden (z. B. verfügen nicht alle psychiatrischen Abteilungen über Sicherheits-/Isolationszimmer). In dem Fall lassen Sie diesen Patient:innenfall/ Stationsbeschreibung/Fehler aus oder passen ihn an die Situation in Ihrer Psychiatrie an.

### Lösungsblatt erstellen

Nachdem Sie festgelegt haben, welche Fehler und Risiken Sie in Ihrem Room of Horrors realisieren, sollten Sie diese vollständig auf einem Lösungsblatt dokumentieren. Diese Liste hilft Ihnen beim Debriefing, wenn Sie mit den Teilnehmenden die inszenierten Fehler besprechen. Sie können das Lösungsblatt (siehe Kapitel 4.1 auf Seite 100) auch für alle Teilnehmenden ausdrucken und am Ende des Debriefings abgeben. Die Liste ist gleichzeitig auch eine Checkliste, anhand derer Sie zwischen den Trainings die Räume warten können, falls Sie mehrere Durchläufe hintereinander durchführen. Auch können Sie anhand der Liste nach Abschluss des Trainings alle versteckten Fehler systematisch zurückbauen und so sicherstellen, nichts vergessen zu haben.

#### **d. Materialien erstellen und Räume präparieren**

Die Fehler und Risiken werden möglichst realitätsnah anhand der Informationen im Manual inszeniert. Hierfür benötigen Sie bestimmte Materialien (z. B. Medikamentendispenser mit Patient:innenetikette, Tonaufnahmen von Interaktionen zwischen Patient:innen). Das Manual stellt gewisse Materialien wie Patient:innendossiers, Laborauszüge u. Ä. zur Verfügung. Um Zeit zu sparen und damit Ihnen die Inszenierung leichter fällt, können Sie die vorbereiteten Materialien einseitig farbig ausdrucken (markiert mit dem Symbol ) und zuschneiden.

Das im Anhang 14 enthaltene Formular zur fürsorgerischen Unterbringung (FU) ist eine exemplarische Vorlage. Da solche Formulare je nach Kanton in Inhalt und Gestaltung variieren, unter anderem aufgrund der jeweiligen kantonalen Gesetzgebung, wird empfohlen, für das Training das in der jeweiligen Organisation oder Region gebräuchliche Formular zu verwenden. Dies stärkt die Authentizität des Trainings.

Die Tonaufnahmen sind zum Download auf unserer Website verfügbar (markiert mit dem Symbol ) . Hierfür benötigen Sie ein Abspielgerät (Handy, Tablet, Laptop, etc.), das im Raum gut sichtbar platziert wird, von den Teilnehmenden selbstständig bedient und bei Bedarf wiederholt abgespielt werden kann. Testen Sie das Abspielgerät vor dem Einsatz auf die Lautstärke und passen sie diese bei Bedarf an. Neben dem Abspielgerät wird ein entsprechendes Hinweisschild (zu finden im Anhang der jeweiligen Fälle) platziert, um die Teilnehmenden im Raum darauf hinzuweisen, dass sie die Tonaufnahme dort abspielen können. Stellen Sie sicher, dass das Abspielen der Tonaufnahme jederzeit möglich ist (z. B. kein Sperrmodus/Ruhezustand auf dem Laptop, sichergestellte Stromversorgung). Genaue Angaben und Anleitungen zu den einzelnen Tonaufnahmen finden Sie in den jeweiligen Fehler- und Risikenlisten.

Zudem sind zwei Bilder von Bildschirmhalten zum Download verfügbar, die Sie während der Inszenierung entweder digital auf dem Bildschirm eines PCs oder eines Laptops anzeigen können oder ausgedruckt auf den Bildschirm eines Gerätes kleben können (markiert mit dem Symbol ) . Falls Sie sich für eine digitale Darstellung auf dem Bildschirm entscheiden, stellen Sie sicher, dass die Bildansicht nicht unterbrochen wird (z. B. durch einen Sperrmodus/Ruhezustand, fehlende Stromversorgung).

Alle Informationen zu den zusätzlich benötigten Materialien und wie Sie die Räume konkret vorbereiten, finden Sie bei den jeweiligen Patient:innenfällen/Stationsbeschrieben.

Die Möglichkeiten und Einrichtungen unterscheiden sich in verschiedenen Psychiatrien. Unsere Empfehlung: Gestalten Sie Ihren Room of Horrors passend zu Ihrer Psychiatrie, Kreativität ist erlaubt! Folgende Adaptationen sind denkbar:

- » Sie können die Angaben zu den Patient:innenfällen und/oder Stationsbeschrieben in Ihr internes (elektronisches) Dokumentationssystem (z. B. KISIM, Phoenix, Kardex) einpflegen, um eine noch realistischere Inszenierung zu ermöglichen.
- » In den Patient:innenfällen/Stationsbeschrieben und Materialien werden in Bezug auf Arzneimittel in der Praxis gängige Handelsnamen verwendet. Diese dürfen für Ihren Room of Horrors gerne an die in Ihrer Institution üblichen Präparate angepasst werden.

Achten Sie darauf, bei der Inszenierung nicht unbeabsichtigt einen Fehler einzubauen (z. B. falsche Beschriftung Medikamentendispenser). Solche Fehler passieren schnell.

### Unsere Empfehlung:

Bereiten Sie bereits ca. zwei Wochen im Vorfeld des Trainings so viel wie möglich vor. Legen Sie beispielsweise für jeden Raum ein Kistchen mit allem benötigten Material und einer To-Do-Liste an. So benötigen Sie vor dem Trainingsstart nur noch wenig Zeit, um die Materialien zu verteilen und die letzten Handgriffe zu tätigen.



## e. Geeignetes Vorgehen wählen

### Rahmen für das Simulationstraining

Schaffen Sie einen geeigneten Rahmen für die Durchführung des Room of Horrors in Ihrer Psychiatrie. Vielleicht machen Sie aus dem Training eine interne Weiterbildung mit anschliessendem gemeinsamem Ausklang? Oder sie lockern die normale Teamsitzung mit einem kurzen Training in einem einzelnen Raum auf? Für die Planung können Ihnen nachfolgende Zeitangaben behilflich sein. Falls Sie in einer grossen Psychiatrie mit vielen Mitarbeitenden tätig sind und mehrere Durchgänge für die Fehlersuche planen, verlängert sich die Veranstaltung entsprechend.

- » Instruktion: ca. 5-10 Minuten
- » Fehlersuche pro Raum: ca. 20-25 Minuten. Wenn Sie mehrere Räume einrichten, können mehrere Gruppen parallel in verschiedenen Räumen auf Fehlersuche gehen.
- » Debriefing: kurze Standardversion für einen Raum, 20-25 Minuten. Wenn Sie einen bestimmten Themenbereich vertiefen möchten oder mehrere Räume inszenieren, planen Sie entsprechend zusätzliche Zeit ein (vgl. Seite 103, Debriefing-Leitfaden).

**Wichtig:** Der Room of Horrors sollte in Räumen durchgeführt werden, die derzeit nicht von Patient:innen genutzt werden und die für Patient:innen nicht zugänglich sind. Das ist sehr wichtig, um sicherzustellen, dass Patient:innen durch die inszenierten Fehler und Risiken nicht gefährdet werden und dass sich die Mitarbeitenden ganz auf das Training konzentrieren können. Nach Abschluss des Trainings muss sichergestellt werden, dass alle Fehler und Risiken wieder entfernt werden.

### Einzel- oder Gruppenarbeit

Der Room of Horrors kann auf verschiedene Arten genutzt werden. Es lohnt sich zu überlegen, welches Vorgehen für Ihre Psychiatrie am geeignetsten ist. Der Room of Horrors kann entweder von Einzelpersonen individuell besucht werden oder aber in Gruppen, interprofessionell (z. B. Psychiater:innen mit Pflegefachpersonen und Lernenden) oder monoprofessionell (z. B. nur Pflegefachpersonen). Die Entscheidung für die verschiedenen Varianten kann von der Grösse Ihres Arbeitsteams oder vom Ziel des Trainings abhängen. Eine Durchführung in Gruppen ermöglicht den Austausch untereinander, das gemeinsame Lernen voneinander und fördert das gegenseitige Verständnis für Aufgaben und Rollen der anderen Teammitglieder. Es kann deshalb sinnvoll sein, dass die Gruppen berufsgruppengemischt sind. Wir empfehlen eine Gruppengrösse von drei bis sechs Personen pro Raum. Wenn in Ihrer Psychiatrie sehr enge Platzverhältnisse herrschen (Grösse der einzelnen Räume, Nähe der Räume zueinander), wählen Sie unbedingt kleine Gruppengrössen. Ansonsten haben nicht alle Teilnehmenden gleichzeitig im Raum Platz, Sicht auf die Patient:innenfälle oder die Gruppen stören sich gegenseitig akustisch.

## Gleichzeitige oder gestaffelte Durchführung

Wenn Sie mehrere Räume einrichten, können zwei oder drei Gruppen gleichzeitig instruiert werden und starten ihre Fehlersuche je in einem anderen Raum. Die Gruppen rotieren dann zwischen den Räumen. Das Debriefing kann gemeinsam stattfinden. So können bis maximal 18 Personen gleichzeitig am Training teilnehmen. Wenn Sie eine grössere Anzahl von Personen einladen möchten, führen Sie das Training an mehreren Tagen durch. Sie können auch bewusst pro Anlass nur eine Gruppe einladen. Dann haben Sie die Gelegenheit, deren Training eng zu begleiten und im Debriefing alle zu Wort kommen zu lassen.

## Ausführliche Suche vs. Suche unter Zeitdruck

Setzen Sie für die Fehlersuche pro Raum eine Zeitspanne fest. Wenn Sie dem Training eine sportliche Note verleihen möchten, geben Sie z. B. pro Raum 15 Minuten Zeit. Stoppen Sie diese mit der Uhr und kündigen Sie Start und Ende an. Die Fehlersuche muss nach Ablauf der Frist abgebrochen werden, Notizen können noch gemacht werden. Falls Sie dem Team mehr Zeit zum ausführlichen Suchen und Diskutieren geben möchten, wählen sie ein längeres Zeitfenster für die Suche, z. B. 20-25 Minuten.

## 2.2 Durchführung

### a. 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.

Wenn mehrere Gruppen parallel in mehreren Räumen Fehler suchen, kann die betreuende Person nicht zeitgleich allen Gruppen zur Verfügung stehen. Sie kann rotieren oder es kann eine zweite Person hinzugezogen werden. Erfahrungsgemäss stellen die Gruppen nach einer guten Instruktion nur punktuell Rückfragen an die betreuende Person.

### b. Instruktion für Teilnehmende

Ziel der Instruktion ist es, dass die Teilnehmenden ihren Auftrag sowie die Spielregeln kennen. Auch soll bekannt sein, wie die Fehler dokumentiert werden sollen. Damit sich die Teilnehmenden rasch im Raum zurechtfinden, machen Sie beispielsweise mit allen Teilnehmenden am Ende der Instruktion eine kurze Tour durch die Räume und zeigen ihnen, wo der Patient:innenfall und somit der Hauptschauplatz spielt. Zusätzlich sollte bereits bekannt gegeben werden, wie es nach der Fehlersuche weitergeht (z. B. Debriefing). Für die Instruktion steht Ihnen im Anhang eine Checkliste zur Verfügung (Instruktion für Teilnehmende: siehe Kapitel 4.2 auf Seite 101). Um das Gespräch über Fehler und Risiken zu erleichtern, können Sie bei der Instruktion von einem eigenen Fehler berichten, der Ihnen unterlaufen ist. So signalisieren Sie Ihrem Team eine offene Fehlerkultur.

### c. Wartung bei mehreren Durchgängen

Es kann sein, dass Teilnehmende bewusst oder unbewusst Dinge im Raum verändern, z. B. einen Fehler korrigieren. Daher ist es wichtig, dass die Person, die die Fehler installiert hat, die Räume kurz kontrolliert und ggf. Fehler und Risiken wiederherstellt, falls Sie mehrere Durchgänge mit unterschiedlichen Mitarbeitenden planen. Ihr Lösungsblatt hilft Ihnen, diese Wartung durchzuführen (Lösungsblatt: siehe Kapitel 4.1 auf Seite 100).

Wenn eine Person allein das Training betreut, ist diese Wartung schwierig umzusetzen. Bitten Sie deshalb die Teilnehmenden vor dem Start, die Räume beim Verlassen jeweils wieder in den Anfangszustand zu versetzen.

#### **d. Fehler und Risiken deinstallieren**

Wenn Sie das Training beendet haben, ist es von zentraler Bedeutung, alle Risiken und Fehler wieder zu entfernen, um Ihre Patient:innen nicht zu gefährden. Prüfen Sie am Ende anhand Ihres Lösungsblattes, dass Sie nichts vergessen haben (Lösungsblatt: siehe Kapitel 4.1 auf Seite 100).

## **2.3 Debriefing**

Die Teilnehmenden sollten unbedingt erfahren, welche Fehler und Risiken im Raum versteckt waren. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz empfiehlt, ein kurzes Debriefing direkt im Anschluss an den Besuch im Room of Horrors durchzuführen. Geleitete Debriefings sind wirkungsvoll, da sie den Teilnehmenden die Möglichkeit bieten, das Erlebte zu reflektieren und dadurch den Lerneffekt des Trainings zu erhöhen [20, 21]. Ziele des Debriefings zum Room of Horrors sind die Auflösung der installierten Fehler und Risiken sowie die Stärkung des Bewusstseins für mögliche Risiken, die die Sicherheit der Patient:innen in der Psychiatrie 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 [20]. So wird sichergestellt, dass das Gespräch zielgerichtet und effizient geführt wird. Einen konkreten Vorschlag für den Ablauf des Debriefings finden Sie im Debriefing-Leitfaden (siehe Kapitel 4.4 auf Seite 103).

#### **a. Was wird im Debriefing besprochen?**

Ein kurzes Standard-Debriefing (Teil 1 des Debriefing-Leitfadens) dient dazu, Fehler und Risiken aufzulösen. In dieser Zeit können Sie aber die Fehler nicht vertieft diskutieren. Teil 2 des Debriefing-Leitfadens enthält deshalb Vorschläge, wie das Debriefing ausgebaut werden kann.

Beim Debriefing geht es in erster Linie um die Wissensvermittlung und Sensibilisierung der Mitarbeitenden. Die versteckten Fehler und Risiken werden im Debriefing aufgelöst und ggf. mit fachlichen Informationen ergänzt. Dafür sollte sich die moderierende Person auch vorab fachlich mit den Fehlern und Risiken auseinandersetzen. 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 Fehlern 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.

Es ist möglich, dass die Teilnehmenden zusätzliche Fehler und Risiken entdecken, die nicht absichtlich versteckt wurden. Das ist ein positives Zeichen, das auf eine hohe Aufmerksamkeit hinweist und keine Kritik an der Organisation des Trainings oder der Psychiatrie. Geben Sie auch diesen Wortmeldungen Raum.

Achten Sie darauf, dass Sie alle Fehler erklären. Auch Lernende im ersten Lehrjahr sollen im Ansatz verstehen, was falsch war, wie dies die Patient:innensicherheit gefährdet und wie es richtig gewesen wäre.

#### **b. Wo findet das Debriefing statt?**

Das Debriefing kann z. B. sitzend oder stehend im Kreis durchgeführt werden. Wenn Sie einen separaten Raum zur Verfügung haben, führen Sie das Debriefing dort durch. Andernfalls können Sie das Debriefing auch in einem der inszenierten Räume durchführen, wenn die Platzverhältnisse es zulassen.

### c. Wie lange dauert das Debriefing?

Ein kurzes Standard-Debriefing (Teil 1 des Debriefing-Leitfadens) für die Besprechung eines einzelnen Raums dauert 20-25 Minuten. Pro zusätzlichen Raum sind weitere 5-10 Minuten einzuplanen. Die im Leitfaden angegebenen Zeiten sind als Minimumangabe zu verstehen. In dieser Zeit können Sie die Fehler und Risiken auflösen, aber die Fehler nicht vertieft diskutieren. Ein grosszügiges Zeitbudget lohnt sich, damit die Teilnehmenden nach einem zu kurzen Debriefing nicht mit zu vielen offenen Fragen zurückbleiben. Wenn Sie eine ausführliche Diskussion führen möchten, inszenieren Sie besser nur einen oder zwei Räume.

Informieren Sie die Teilnehmenden im Vorfeld über den Zeitplan und beenden Sie das Debriefing pünktlich. Wenn Sie mehrere Debriefings 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.

### d. 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.

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 Risiken einzuordnen (auch nicht beabsichtigte) und gemeinsam mit den Teilnehmenden zu diskutieren.

Nach Möglichkeit hält sich die moderierende Person während der Fehlersuche im Raum auf, beobachtet das Geschehen und hört mit. So können im Debriefing wichtige Punkte aufgegriffen werden, die sich während des Absolvierens des Room of Horrors zeigen. Halten Sie sich aber dezent im Hintergrund, um unbefangene Gespräche nicht ungewollt zu unterbinden.

### e. Was muss beim Debriefing des Weiteren beachtet werden?

#### Eine konstruktive und wertschätzende Grundhaltung einnehmen

Der Ansatz des *good judgement* [22] 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 sollten 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 eine offene, vertrauensvolle Gesprächskultur gefördert werden.

## Gesprächsführung

Spielregeln für das Debriefing können 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 moderierenden Person noch von den Teilnehmenden ausserhalb der Gruppe weitergegeben.

Wenn Sie grosszügig Zeit für das Debriefing einplanen, können Sie es sich erlauben, Stille zuzulassen. Das kann die Teilnehmenden animieren, selbst etwas beizutragen. Wenn bilaterale Gespräche entstehen, versuchen Sie, diese nicht zu unterdrücken, sondern den dafür nötigen Raum im Plenum zu geben.

Es hat sich bewährt, dass alle Teilnehmenden der Sitzreihenfolge nach jeweils einen gefundenen Fehler aufzählen können, der noch nicht genannt wurde. Starten Sie nicht für jeden Raum bei der gleichen Person. So kommen alle zu Wort.

## Hilfsmittel

Die Nutzung von Hilfsmitteln kann die Wissensvermittlung unterstützen, aber das Debriefing auch verlängern. Als Option können Sie das Debriefing auf einem Flipchart zusammenfassen. Falls Sie den Teilnehmenden ein Lösungsblatt aushändigen, tun Sie dies besser erst zum Ende des Debriefings. Ansonsten sind die Teilnehmenden mit Lesen beschäftigt, statt sich an der Diskussion im Plenum zu beteiligen. Weiter können Sie die Materialien aus den Räumen mit ins Debriefing nehmen. So können Sie einen Fehler, den nicht alle gefunden haben, kurz zeigen. Oder wenn Sie die Patient:innenfälle ausgedruckt bei sich haben, können Sie unbeabsichtigt installierte Fehler direkt klären. Vielleicht möchten Sie Anschauungsmaterial mit in das Debriefing nehmen, zum Beispiel ein Röntgenbild eines verschluckten Blisters oder verschiedene Dosierungshilfsmittel für Paracetamol Sirup.

Der Abschluss des Debriefings (Take-Home Messages) kann mündlich in der Gruppe durchgeführt werden. Persönliche Take-Home Messages können beispielsweise von allen Teilnehmenden auf Karteikarten notiert werden. Diese müssen nicht zwingend im Plenum besprochen werden.

## «Und jetzt?»

Nach Abschluss eines Debriefings kann es trotz grosszügiger Zeit vorkommen, dass gewisse Diskussionen nicht abgeschlossen werden können. Ein Room of Horrors kann eine gute Gelegenheit für organisationales Lernen sein: Sie oder andere Führungspersonen können Themen im Nachgang in Ruhe bearbeiten, weitergehende Informationen recherchieren, an eine Führungsperson übergeben oder an der nächsten Teamsitzung aufgreifen. Vielleicht regt das Erlebte auch dazu an, gewisse Prozesse in Ihrer Psychiatrie zu überdenken?

## 2.4 Die Anleitung kurz zusammengefasst

Die wichtigsten Schritte zur Umsetzung eines Room of Horrors finden Sie hier nochmals in der Übersicht:

### Training organisieren

- » 1-2 Personen organisieren den Room of Horrors und leiten die Durchführung.
- » Planen Sie die Durchführung wenn möglich ausserhalb der Arbeitszeiten (z. B. im Rahmen eines Teamanlasses) und/oder stellen Sie zeitliche Ressourcen sicher für die Teilnahme an den Trainings.
- » Planen Sie 5-10 Minuten für die Instruktion, 20-25 Minuten für die Fehlersuche pro Raum und mindestens 20-25 Minuten für ein kurzes Standard-Debriefing.
- » Die Räume können einzeln oder in 3er- bis 6er-Gruppen besucht werden.
- » Falls Sie mehrere Räume umsetzen, können dementsprechend mehrere Gruppen parallel die Räume besuchen und rotieren.

### Training vorbereiten

- » Entscheiden Sie, welche(n) der Patient:innenfälle/Stationsbeschriebe (je in einem Raum) Sie umsetzen wollen und wählen Sie zusätzliche Fehler und Risiken aus, wenn Sie dies möchten.
- » Besorgen Sie das benötigte Material (z. B. Medikamente) für die Inszenierung der Fehler/Risiken. Gewisse Materialien stehen im Manual zum Ausdrucken zur Verfügung.
- » Bereiten Sie das Debriefing vor. Als Gedankenstütze dient Ihnen Ihr Lösungsblatt, auf dem Sie alle versteckten Fehler/Risiken aufführen können.
- » Drucken Sie für alle Teilnehmenden Fehlererfassungsblätter aus. Diese benötigen die Teilnehmenden für die Fehlersuche.

### Am Trainingstag

- » Richten Sie den Room of Horrors mit dem vorbereiteten Material in Ihrer Psychiatrie ein.
- » Halten Sie für alle Teilnehmenden Stifte und Fehlererfassungsblätter bereit, eventuell auch Clipboards.
- » Instruieren Sie alle Teilnehmenden zu Beginn des Trainings anhand der Checkliste.
- » Geben Sie ein Startsignal. Die Teilnehmenden suchen die Fehler und Risiken. Alle Teilnehmenden notieren während des Besuchs die gefundenen Fehler pro Raum auf ein Fehlererfassungsblatt. Geben Sie nach Ablauf der Zeit das Zeichen zum Abschliessen der Fehlersuche.
- » Lösen Sie alle Fehler/Risiken in einem Debriefing auf. Nutzen Sie dafür den Debriefing-Leitfaden und Ihr Lösungsblatt.
- » Nach dem Training bauen Sie anhand Ihres Lösungsblatts systematisch sämtliche Fehler/Risiken wieder zurück, damit Ihre Patient:innen sicher sind.

# 3

## **Patient:innenfälle und Stationsbeschriebe**



# 3 Patient:innenfälle und Stationsbeschriebe

## 3.1 Umsetzung für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie

### 3.1.1 Patient:innenzimmer: Fall Frau Hammerschmied

#### Stammblatt

**Name:** Hammerschmied      **Vorname:** Raffaella      **Geburtstag:** 15.04.2009

**Reanimationsstatus:**

**Ausgangs-/Aufenthaltsstatus:** Stündliche Meldezeit; kein Ausgang

**Suizidalität-Einschätzung:** Niedriges Risiko

**Fremdgefährdung:** Niedriges Risiko

**Rechtsstatus:** Freiwilliger Aufenthalt

**CAVE:** Lactoseintoleranz; EPS bei Aripiprazol

#### Diagnosen

F20.0 Paranoide Schizophrenie

F29 Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose

F32.1 Mittelgradige depressive Episode

#### Aktuelle Situation

Zunehmendes psychotisches Erleben nach Medikamentenumstellung mit Vergiftungswahn, akustischen und visuellen Halluzinationen sowie Desorientierung.

#### Psychopathologischer Befund

**Äusseres Erscheinungsbild:** Raffaella ist gepflegt, zeigt eine leicht gebeugte Haltung und vermeidet direkten Blickkontakt. Die Mimik ist reduziert und wirkt häufig angespannt.

**Bewusstsein und Orientierung:** Raffaella ist wach, jedoch zeitlich und örtlich desorientiert. Sie zeigt Schwierigkeiten, sich auf das Gespräch zu konzentrieren und wirkt durch ihre Halluzinationen abgelenkt.

**Denken:** Das Denken von Raffaella ist von Wahnvorstellungen geprägt. Sie glaubt, dass man sie vergiften möchte. Die Denkinhalte sind von paranoiden Ideen und Misstrauen durchdrungen. Formale Denkstörungen wie Gedankensperren oder Zerfahrenheit werden nicht explizit beschrieben.

**Affektivität:** Raffaella zeigt eine depressive Grundstimmung und wirkt ängstlich. Sie berichtet von einem hohen Stresslevel in sozialen Situationen, was ihre affektive Stabilität weiter beeinträchtigt.

**Krankheitseinsicht und -motivation:** Raffaella zeigt teilweise Einsicht bei akuten Problemen, insbesondere in Bezug auf akustische Halluzinationen und Konzentrationsprobleme. Sie erkennt die Notwendigkeit der Medikation, hat jedoch Bedenken hinsichtlich der aktuellen Medikationseinstellung.



**Suizidalität:** Raffaella ist glaubhaft absprachefähig bezüglich akuter Suizidalität. Sie kann jedoch nicht garantieren, dass sie nicht weglaufen würde, insbesondere in angstbesetzten Situationen.

**Soziale Situation:** Raffaella wohnt zusammen mit ihren Eltern und einem jüngeren Bruder. Sie hat ihre Lehre als Schreinerin abgebrochen, weil der Stress ihre akustischen Wahrnehmungen verstärkte.

### Procedere

- » Überprüfung und Anpassung aktuelle Medikation
- » Engmaschige psychiatrische Betreuung
- » Psychotherapeutische Unterstützung, Stressbewältigung und Verbesserung soziale Interaktion

### Medikamente

Medikamente fix:	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
Quetiapin Mepha retard Tbl 200 mg p. o.	0	0	0	1
Quetiapin Mepha retard Tbl 50 mg p. o.	0	0	0	1
Risperdal Filmtbl 2 mg p. o.	1	0	1	0
Risperdal Filmtbl 1 mg p. o.	1	0	0	0

### Medikamente in Reserve

Unruhe/Anspannung	Psychopax 12.5 mg/ml p. o. 10 Trpf max. 2 x / 24 h
Bei EPS	Akineton Tbl 2 mg p. o. max. 1 x / 24 h
Zum Schlafanstoss	Ritalin Tbl 10 mg p. o. max. 1 x / 24 h

### Verordnungen an die Pflege

Blutdruck (mmHg) / Puls	2 x / Tag
Sauerstoffsättigung (SpO <sub>2</sub> )	1 x / Tag
Temperatur (°C)	1 x / Tag
Gewicht (kg)	1 x / Woche
Kost	Wunschkost, Lactoseintoleranz
Mobilität	Kein Ausgang
Isolation	–



## Kurve

Parameter	Tag 1		Tag 2	
	Eintritt	Abend	Morgen	Abend
Grösse (cm)	172			
Gewicht (kg)	75			
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	25.4			
Temperatur (°C)	36.6		36.3	
Blutdruck (mmHg)	125/77	122/73	128/70	
Puls	73	68	75	
Sauerstoffsättigung (SpO <sub>2</sub> )	98 %		97 %	

## Pflegediagnosen

	Diagnose	Risikofaktoren / Beeinflussende Faktoren	Ziel	Massnahmen
1	Fehlendes Krankheitsverständnis	Patientin anerkennt ihre Symptome noch nicht als Teil einer Krankheit	Patientin zeigt ein verbessertes Verständnis hinsichtlich ihrer Erkrankung und ihrer Symptome	Zimmerzeiten zur Reizabschirmung Tagebuch zu Symptomen Tägliche Reflexion inkl. Edukation Symptommanagement Edukation zu Techniken der Stressbewältigung
2	Unwirksames Familienmanagement im Zusammenhang mit unzureichendem Krankheitsverständnis	Eltern können die Diagnose nicht akzeptieren	Patientin und ihre Eltern kennen das Krankheitsbild	Einbezug der Angehörigen in die Behandlung Psychoedukation bei Patientin und Eltern Teilnahme an Gruppentherapie
3	Unwirksames Therapiemanagement	Fehlendes Krankheitsbewusstsein	Patientin nimmt ihre Medikamente regelmässig	Überwachung Medikamenteneinnahme Beziehungs- und Vertrauensaufbau Wissensvermittlung zu Medikamenten und Umgang mit Nebenwirkungen



## Pflegeverlauf

Datum	Zeit	Thema	Pflegeverlauf
Tag 1	13.30	Eintritt	Eintritt in Begleitung ihres Vaters auf freiwilliger Basis. Sie wirkt schwingungsfähig, zeigt sich zeitlich desorientiert, ansonsten orientiert. In ambulanter Therapie wurden Medikamente aufgrund Gewichtszunahme und auffälliger Nierenwerte von Olanzapin auf Quetiapin umgestellt. Es kam vermehrt zu akustischen Halluzinationen. Raffaella zeigt sich verwirrt im Tagesablauf und berichtet von der Angst, dass ihr Essen vergiftet worden sein könnte.
Tag 1	15.30	Therapiegespräch	Raffaella berichtet, dass sie ihre Lehre als Schreinerin wieder aufnehmen möchte. Mit ihr wurde besprochen, dass sie das Gespräch mit dem Lehrmeister suchen soll. Sie solle ihm zeigen, dass sie die Lehre ganz sicher schaffen wird.
Tag 2	02.00	Reserve medikation	Raffaella wirkt sehr agitiert. Sie berichtet von Magenbeschwerden und glaubt, dass ihr Abendessen vergiftet worden sei. In Absprache mit dem Nachtarzt bekommt sie Abilify in Reserve verordnet, wurde verabreicht.
Tag 2	09.00	Verlauf FD	Raffaella berichtet, dass sie schlecht geschlafen habe. Sie sei vergiftet worden. Sie habe am ganzen Körper Krämpfe gehabt und gezittert. Nun gehe es ihr besser.
Tag 2	10.00	Edukation	Mit Raffaella über Symptombewältigung gesprochen. Sie zeigt Interesse am Üben von Entspannungstechniken wie Atemübungen. Zusätzlich wurde über die Bedeutung der regelmässigen Medikamenteneinnahme gesprochen. Raffaella erwähnt dabei, dass sie Angst habe, ihr passiere etwas, wenn sie Medikamente einnehmen muss.
Tag 2	18.00	Verlauf SD	Raffaella macht einen Spaziergang. Sie kommt in Begleitung einer Pflegefachperson, welche sie verwirrt auf dem Areal angetroffen hat, zurück. Raffaella wirkt angespannt, in einem Gespräch reorientiert und in Atemübungen angeleitet.
Tag 3	08.00	Verlauf FD	Raffaella äussert, in der Nacht krampfartige Bauchmerzen gehabt zu haben, weil jemand ihr Essen vergiftet habe. Sie habe dann auf die Toilette gemusst und Durchfall gehabt, es gehe ihr nun wieder besser.
Tag 3	14.00	Verlauf FD	Raffaella kann am Wochenende für 24 Stunden zur Belastungserprobung nach Hause. Die Erziehungsberechtigten haben keine Möglichkeit sie abzuholen. Sie geben die Erlaubnis, dass sie mit den ÖV nach Hause kommt. Sie werden sie am Sonntag zurückbringen.

# Hinweise zur Umsetzung und zum Material

Ort: Der Room of Horrors spielt auf einer Abteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Patient:innenzimmer.

## Vorbereitung Material (im Voraus):

- Patient:innenfall Kinder- und Jugendpsychiatrie im Patient:innenzimmer (beiliegende Vorlage ausdrucken, ggf. so viele Exemplare wie Gruppenteilnehmer:innen, die Blätter bleiben im Raum)
- Milchprodukt (leer)
- Laptop
- Abbildung von Computerspiel herunterladen und ggf. ausdrucken (Anhang 2)
- Instruktionen und Debriefing-Leitfaden ausdrucken (z. H. der Moderatorin / des Moderators)
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

## Vorbereitung Raum (direkt vor der Durchführung):

- Patient:innenfall für Patient:innenzimmer vor dem Raum auslegen
- Milchprodukt auf Tisch oder Nachttisch platzieren
- Laptop auf Tisch platzieren und Computerspiel-Bild digital anzeigen oder ausgedruckt auf den Bildschirm kleben
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

## Eingebaute Fehler und Risiken

	Art des Fehlers / der Gefahr nach WHO-Klassifikation	Beschreibung	Inszenierung
1.	Medikation: falsches Medikament	Ritalin wurde zum Schlafanstress verordnet anstatt z. B. Relaxane. Risiko für falsche Behandlung.	Fehler ist unter <i>Medikamente in Reserve</i> im Patient:innendossier zu erkennen.
2.	Medikation: Verschreibung, Kontraindikation	Der Nachtarzt verordnet Abilify trotz dokumentierter Kontraindikation EPS bei Aripiprazol. Die Symptome werden nicht erkannt, da die Patientin Wahnvorstellungen von Vergiftungen hat. Risiko für Verkennen von EPS nach Abgabe von kontraindizierten Aripiprazol.	Fehler ist unter <i>CAVE</i> sowie <i>Pflegeverlauf</i> im Patient:innendossier zu erkennen.
3.	Ernährung: falsche Ernährung	Im Zimmer der Patientin ist ein Milchprodukt zu finden, trotz Laktoseintoleranz. Sie klagt in der Nacht über Magenschmerzen, ordnet diese aber einer Vergiftung (Wahnvorstellung) zu. Risiko für Verkennen einer allergischen Reaktion.	Fehler ist unter <i>CAVE</i> sowie <i>Pflegeverlauf</i> im Patient:innendossier zu erkennen. Leeres Milchprodukt (z. B. Ovo-Drink) steht auf Tisch/Nachttisch im Patient:innenzimmer.
4.	Alltagsabläufe: Prozess nicht durchgeführt trotz Indikation	Obwohl <i>Kein Ausgang</i> angeordnet ist, verlässt die Patientin die Station. Risiko: keine Reizabschirmung und Begünstigung von Verwirrtheit.	Fehler ist unter <i>Stammbblatt</i> sowie <i>Pflegeverlauf</i> im Patient:innendossier zu erkennen.
5.	Klinische Prozesse: Intervention nicht adäquat durchgeführt	Trotz angeordneter Reizabschirmung spielt Patientin Computerspiele. Risiko: Reizüberflutung/Überstimulation.	Laptop wird im Patient:innenzimmer platziert. Auf dem Bildschirm wird ein Computerspiel angezeigt (ausgedruckt oder digital) (Anhang 2).
6.	Klinische Prozesse: Behandlung/Psychoedukation nicht adäquat	Raffaella wurde gesagt, dass sie dem Lehrmeister zeigen solle, dass sie die Lehre meistern wird. Risiko einer Überforderung / eines überfordernden Ziels.	Fehler ist unter <i>Pflegeverlauf</i> im Patient:innendossier zu erkennen.
7.	Klinische Prozesse: Behandlung nicht adäquat	Patientin soll allein mit ÖV ihre erste Belastungserprobung antreten. Risiko der Überforderung, zumal sie vor kurzem verwirrt von Pflegefachperson auf Areal gefunden und zurückbegleitet wurde.	Fehler ist unter <i>Pflegeverlauf</i> im Patient:innendossier zu erkennen.

## Zusatzfehler und -risiken

	<b>Art des Fehlers / der Gefahr nach WHO-Klassifikation</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Inszenierung</b>
<b>a.</b>	Dokumentation: Verordnungen unvollständig	Reanimationsstatus ist nicht verordnet.	Im Patient:innendossier kein Vermerk bzgl. Reanimationsstatus.
<b>b.</b>	Alltagsabläufe: Medikamentenabgabe nicht adäquat durchgeführt	Im Zimmer befinden sich versteckte Medikamente. Gefahr für inadäquate medikamentöse Behandlung sowie für Medikamentenmissbrauch.	Medikamenten-Attrappe (z. B. tic tac in einem Taschentuch unter Kopfkissen oder Matratze) versteckt platzieren.
<b>c.</b>	Medikation: Verabreichung an falsche Patientin	Ätherisches Öl in Medikamentenbecher wird falscher Patientin verabreicht. Risiko für mögliche Kontraindikation.	Ein Medikamentenbecher mit einem Tupfer, der mit ätherischem Öl getränkt ist, wird im Patient:innenzimmer platziert und mit falschem Patient:innenamen beschriftet (z. B. Raffaella Müller).
<b>d.</b>	Klinische Prozesse: Intervention nicht adäquat durchgeführt	Es werden Zimmerstunden zur Reizabschirmung durchgeführt. Jedoch ist von draussen ganztags sehr lauter Baulärm zu hören. Risiko der Reizüberflutung.	Tonaufnahme (Anhang 1) mit Baulärm bei Fenster platzieren.
<b>e.</b>	Alltagsabläufe: nicht adäquat durchgeführt	Die Patientin kann sich über Rufglocke bei Bedarf nicht melden.	Patient:innenrufglocke ist ausser Reichweite oder nicht eingesteckt.
<b>f.</b>	Patient:innenverhalten: selbstschädigend/suizidal	Ein verstecktes Taschenmesser ist ein Risiko für Selbst- und Fremdgefährdung.	Taschenmesser wird im Kleiderschrank oder in Tasche von Patientin platziert/versteckt.
<b>g.</b>	Alltagsabläufe: Eintrittskontrolle nicht adäquat durchgeführt	Das Taschenmesser wurde bei Eintritt nicht gefunden und somit ist anzunehmen, dass keine ausreichende Kontrolle vorhanden war. Risiko für Selbst- und Fremdgefährdung.	Siehe Fehler f.

# Materialien

## **Anhang 1: Tonaufnahme, Baulärm**

Download unter <https://patientensicherheit.ch/room-of-horrors-psychiatrie/>

Für die Inszenierung benötigen Sie ein Abspielgerät (z. B. Handy, Tablet, Laptop, etc.), auf dem die Tonaufnahme während des gesamten Trainings in Dauerschleife abgespielt werden kann. Bitte beachten Sie, dass diese spezifische Tonaufnahme nicht selbständig von den Teilnehmenden bedient werden soll und deshalb eher unscheinbar inszeniert wird.

## **Anhang 2: Bildschirm, Computerspiel**

Download unter <https://patientensicherheit.ch/room-of-horrors-psychiatrie/>

Sie können das Bild digital auf dem Bildschirm eines Laptops oder Computers anzeigen oder es ausdrucken und auf den Bildschirm eines Gerätes kleben.



### 3.1.2 Aufenthaltsraum

## Allgemeiner Stationsbesrieb

Wir befinden uns aktuell auf einer geschlossenen akutpsychiatrischen Station für Kinder und Jugendliche. Die Station verfügt über 10 bis max. 15 Betten, mit Einbett- und Zweibettzimmern. Zusätzlich steht ein Sicherheitszimmer für ein geschlossenes Setting mit Überwachungsmöglichkeit zur Verfügung.

<b>Anzahl Patient:innen, Geschlecht, Alter</b>	Acht stationäre Patient:innen (sechs weiblich und zwei männlich). Das Altersspektrum liegt zwischen 13 und 17 Jahren.
<b>Diagnosen</b>	Von den acht Patient:innen leiden/leidet: <ul style="list-style-type: none"> <li>» zwei an Anorexie,</li> <li>» vier an Persönlichkeitsstörungen vom Typ Borderline,</li> <li>» eine an paranoider Psychose mit akustischen und visuellen Halluzinationen und Angst, vergiftet zu werden,</li> <li>» eine an Substanzmittelmissbrauch, aktuell im körperlichen Entzug mit medikamentöser Unterstützung.</li> </ul> Von den acht Patient:innen sind vier suizidal.
<b>Tagesdienst-Besetzung</b>	Der Tagesdienst für heute ist wie folgt besetzt: <ul style="list-style-type: none"> <li>» eine Gruppenleiterin, Sozialpädagogin FH</li> <li>» ein Pflegefachmann HF</li> <li>» eine Oberärztin (Rapport und Büro)</li> <li>» eine Assistenzärztin (Rapport und Büro)</li> <li>» eine Therapeutin (Rapport und Büro)</li> </ul>

### Momentane Situation

Sie befinden sich aktuell im Aufenthaltsraum der Station. Dieser Raum bietet den Patient:innen einen Ort zum Verweilen und verfügt daher z. B. über Sitzgelegenheiten und Spielmöglichkeiten (Billardtisch, Regal mit Spielen). Es ist ca. 13.30 Uhr und fünf Patient:innen befinden sich mit der Gruppenleiterin im Raum.

### Geschehnisse

- » Die Gruppenleiterin ist im Aufenthaltsraum und übernimmt die 1:1-Betreuung eines Patienten mit Substanzmittelmissbrauch.
- » Vier Patient:innen spielen ein Gesellschaftsspiel.
- » Die Wand im Aufenthaltsraum wurde am Tag zuvor mit Drogensymbolen bekrizelt. Der Hausdienst kratzt aktuell die bemalte Tapete ab.
- » Zwei Patient:innen sind in ihren Zimmern.
- » Eine Patientin ist im Tagesprogramm.

# Hinweise zur Umsetzung und zum Material

Ort: Der Room of Horrors spielt im Aufenthaltsraum einer psychiatrischen Akutstation für Kinder und Jugendliche.

## Vorbereitung Material (im Voraus):

- Stationsbeschreibung psychiatrische Akutstation für Kinder und Jugendliche im Aufenthaltsraum (beiliegende Vorlage ausdrucken, ggf. so viele Exemplare wie Gruppenteilnehmer:innen, die Blätter bleiben im Raum)
- Tonaufnahmen (Anhang 3 und 4). Pro Tonaufnahme ein Player/Tablet/Smartphone.
- Patient:innenkarten A, B, C, D, E (Anhang 5)
- Wochenplan (Anhang 6)
- A4-Blatt mit gemalten Drogensymbolen (Anhang 7)
- Werkzeugtasche/Werkzeug (Hausdienst)
- Gesellschaftsspiel (z. B. Jasskarten, UNO, Eile-mit-Weile).
- Medikamenten- oder Drogen-Attrappe (z. B. grünes Gewürz in Plastiktüte)
- Putzwagen oder Putzmittel
- Aschenbecher und Asche
- TV und/oder Radio
- Schale mit Baumüssen
- Instruktionen und Debriefing-Leitfaden ausdrucken (z. H. der Moderatorin / des Moderators)
- .....
- .....
- .....
- .....

## Vorbereitung Raum (direkt vor der Durchführung):

- Stationsbeschreibung drucken und im Aufenthaltsraum gut ersichtlich auflegen
- A4-Blatt mit Drogensymbolen an Wand anbringen
- Werkzeug neben bemalte Wand stellen
- Gesellschaftsspiel für vier Patient:innen am Tisch inszenieren. Patient:innenkarten B, C, D & E als Spieler:innen platzieren. Tonaufnahme 3 daneben stellen
- Medikamenten- oder Drogen-Attrappe verstecken (z. B. im Blumentopf)
- Den Wochenplan gut ersichtlich an Wand anbringen

- Putzwagen/Putzmittel im Raum inszenieren
- Asche in Mülleimer und Aschenbecher daneben platzieren
- TV/Radio laut einstellen
- Schale mit Baumüssen aufstellen
- Tonaufnahme 4 und Patient:innenkarte A an Tisch platzieren, wo das 1:1-Gespräch mit Gruppenleiterin geführt wird
- .....
- .....
- .....
- .....

## Eingebaute Fehler und Risiken

	<b>Art des Fehlers / der Gefahr nach WHO-Klassifikation</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Inszenierung</b>
1.	Patient:innenverhalten: Vandalismus	Die Wand im Aufenthaltsraum ist mit Drogensymbolen bemalt. Patient A mit Substanzmittelmissbrauch könnte dadurch getriggert werden (Suchtdruck).	Drogensymbole (Anhang 7) an der Wand befestigen.
2.	Patient:innenverhalten: selbstschädigend/suizidal	Werkzeug des Hausdienstes ist für alle Patient:innen zugänglich. Risiko für selbstschädigendes und/oder suizidales Verhalten.	Werkzeug/Werkzeugtasche steht an der bemalten Wand.
3.	Patient:innenverhalten: Aggressivität	Die Tonaufnahme weist darauf hin, dass ein Patient beim Gesellschaftsspiel verliert. Es folgt eine verbale Auseinandersetzung. Risiko für Gewalteskalation.	Ein Gesellschaftsspiel wird an einem Tisch aufgebaut mit Spieler:innen: Patient:innenkarten B, C, D, E (Anhang 5). Daneben steht die Tonaufnahme (Anhang 3).
4.	Mitarbeitendenverhalten: unangemessen	Die Gruppenleiterin ist am Telefon und macht gleichzeitig die 1:1-Betreuung von Patient A. Risiko für inadäquate 1:1-Betreuung (z. B. Nicht-Erkennen von Trigger)	Tonaufnahme (Anhang 4) wird am Tisch platziert mit Patient:innenkarte A (Anhang 5).
5.	Mitarbeitendenverhalten: Datenschutzverletzung	Die Gruppenleiterin nimmt im Aufenthaltsraum das Telefon ab und gibt Auskunft über eine nicht anwesende Patientin. Risiko für Datenschutzverletzung.	Inszenierung durch Tonaufnahme (Anhang 4).
6.	Ressourcenmanagement: Verfügbarkeit/Angemessenheit Personal	Patient B kann nicht sofort auf Toilette begleitet werden, da kein männliches Personal zur Verfügung steht.	Inszenierung durch Tonaufnahme (Anhang 4).
7.	Klinische Prozesse: Behandlung/Intervention nicht adäquat	Patient B mit einer Psychose könnte durch die Aktivitäten am Mittwoch und Freitag getriggert werden.	Der Wochenplan (Anhang 6) hängt an Wand im Aufenthaltsraum.
8.	Patient:innenverhalten: negativer Behandlungsverlauf	Patientin D mit Anorexia nervosa besucht alle Wochenaktivitäten, ausser die, die mit Essen zu tun haben. Risiko negative Beeinflussung Behandlungsverlauf.	Patient:innenkarte D (Anhang 5) bei Gesellschaftsspiel platzieren.

<b>9.</b>	Patient:innenverhalten: selbstschädigend	Patientin C mit Anorexia nervosa geht auffällig viel aufs WC. Risiko für Erbrechen des Mittagessens.	Patient:innenkarte C (Anhang 5) bei Gesellschaftsspiel platzieren.
<b>10.</b>	Patient:innenunfälle: Vergiftung durch chemische oder andere Substanzen	Putzwagen oder chemische Putzmittel stehen für alle zugänglich im Aufenthaltsraum. Risiko für Vergiftung durch chemische oder andere Substanzen.	Der Putzwagen steht im Aufenthaltsraum oder einzelne Putzmittel stehen z. B. auf der Küchenablage oder im Küchenschrank.
<b>11.</b>	Patient:innenverhalten: Medikamenten-/Drogen-Abusus	Versteckte Drogen oder Medikamente sind ein Risiko für: (A) Nichteinhalten der Abstinenz bei Entzugsbehandlung, (B) körperliche und psychische Beeinträchtigung durch Konsum, (C) Triggern von Mitpatient:innen durch Vorhandensein von Drogen und Medikamenten.	Eine Drogen- oder Medikamenten-Attrappe (z. B. grünes Gewürz in Plastiktüte) wird versteckt (z. B. im Blumentopf oder zwischen Sofakissen).
<b>12.</b>	Gegenstände: unpassende Entsorgung	Asche wurde im normalen Abfall entsorgt. Risiko für Brandgefahr.	Asche wird im Abfalleimer gestreut. Ggf. steht der leere Aschenbecher nebendran.
<b>13.</b>	Alltagsabläufe: nicht adäquat	Zu laute Stimuli könnten ein Trigger für Patient:innen sein.	Fernseher oder Radio laut einstellen.
<b>14.</b>	Ernährung: Berücksichtigung Allergiker:innen	Die im Aufenthaltsraum aufgestellten Baumnüsse sind eine Gefahr für Patientin E mit Baumnuss-Allergie.	Auf Patient:innenkarte E (Anhang 5) ist Allergie vermerkt. Schale mit Baumnüssen auf Tisch platzieren.

## Materialien

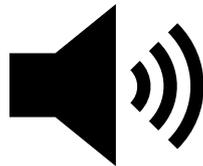
 **Anhang 3: Tonaufnahme, Gesellschaftsspiel**

Download unter <https://patientensicherheit.ch/room-of-horrors-psychiatrie/>

 **Anhang 4: Tonaufnahme, Betreuungs- und Telefongespräch Gruppenleitung**

Download unter <https://patientensicherheit.ch/room-of-horrors-psychiatrie/>

Das folgende Hinweisschild kann neben dem Abspielgerät platziert werden:



**Tonaufnahme verfügbar –  
bitte abspielen.**



## Anhang 5: Patient:innenkarten A, B, C, D, E

### Patient A

Name: Meyer, Lukas  
Geburtsdatum: 13.06.2008  
Ausgang/Aufenthalt: Nur unter Aufsicht  
Diagnosen: F19.2 Psychische Störung und Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen  
Verhalten: Starker Suchtdruck, starkes Craving  
Allergien: Avocado  
Teilnahme an Wochenaktivitäten: Mittwoch: 3D-Kino  
Freitag: Kriminaldinner auf der Station

### Patient B

Name: Keller, Leon  
Geburtsdatum: 27.12.2010  
Ausgang/Aufenthalt: Nur unter Aufsicht  
Diagnosen: F20.0 Paranoide Psychose mit akustischen und visuellen Halluzinationen und Angst, vergiftet zu werden  
Verhalten: Angepasst  
Allergien: Keine bekannt  
Teilnahme an Wochenaktivitäten: Freitag: Kriminaldinner auf der Station



## Patientin C

Name: Hess, Gisele  
Geburtsdatum: 01.04.2007  
Ausgang/Aufenthalt: Nur unter Aufsicht  
Diagnosen: F50.0 Anorexia nervosa  
Verhalten: Verlässt regelmässig den Aufenthaltsraum und geht aufs WC  
Allergien: Keine bekannt  
Teilnahme an Wochenaktivitäten: Montag: Töpfern

## Patientin D

Name: van Beek, Anouk  
Geburtsdatum: 22.11.2011  
Ausgang/Aufenthalt: Nur unter Aufsicht  
Diagnosen: F50.0 Anorexia nervosa  
Verhalten: Angepasst  
Allergien: Keine bekannt  
Teilnahme an Wochenaktivitäten: Montag: Töpfern  
Dienstag: Fussballturnier  
Mittwoch: 3D Kino

## Patientin E

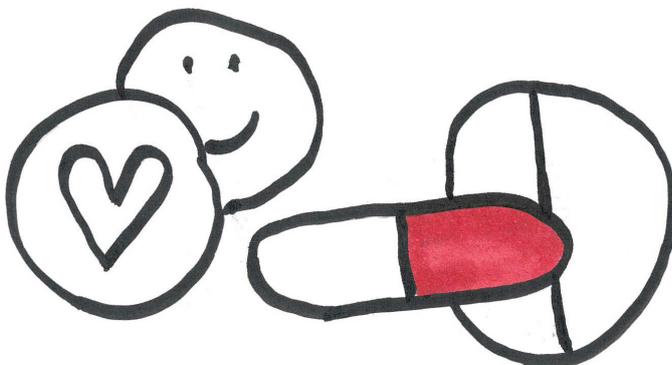
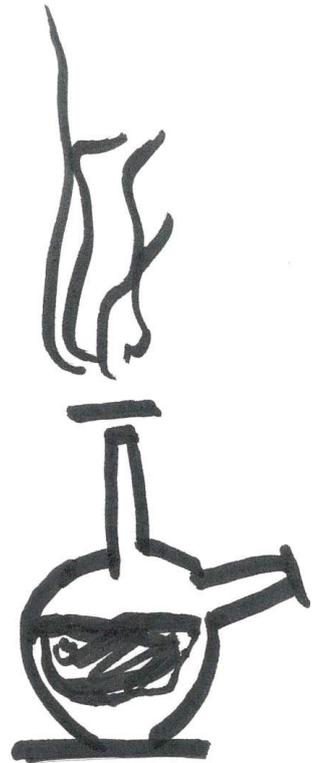
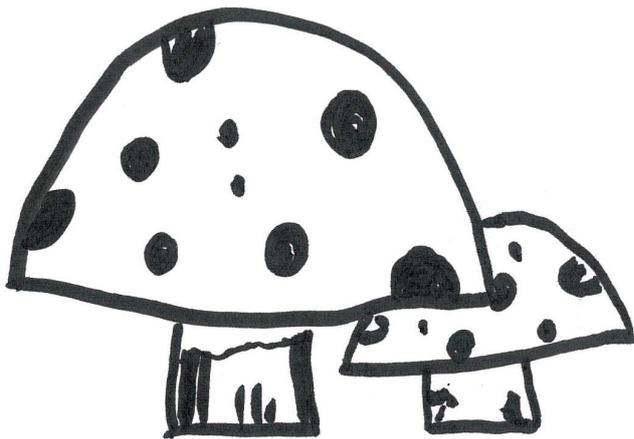
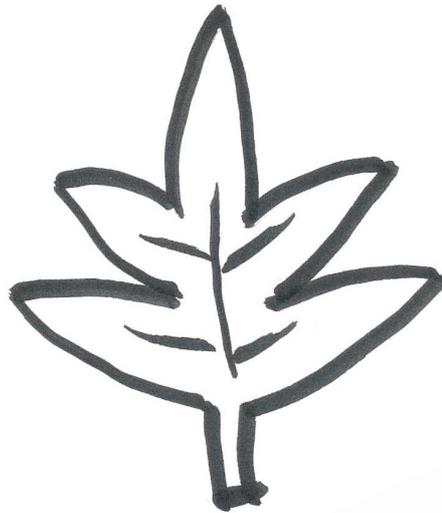
Name: Becker, Sophie  
Geburtsdatum: 05.08.2012  
Ausgang/Aufenthalt: Nur unter Aufsicht  
Diagnosen: F60.31: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ  
Verhalten: Angepasst  
Allergien: Baumnüsse  
Teilnahme an Wochenaktivitäten: Donnerstag: gemeinsames Kochen



## Anhang 6: Wochenplan Tagesaktivitäten

	Wochenaktivitäten
<b>Montag</b>	Töpfern
<b>Dienstag</b>	Fussballturnier
<b>Mittwoch</b>	Besuch im 3D-Kino
<b>Donnerstag</b>	Gemeinsames Kochen des Abendessens
<b>Freitag</b>	Kriminaldinner auf der Station: <i>Wer löst den Fall?</i>

## Anhang 7: Drogensymbole (Wandkritzeleien)





## 3.2 Umsetzung für den Bereich Erwachsenen-Akutpsychiatrie

### 3.2.1 Stations-/Medikationszimmer: Fall Frau Braun

#### Stammblatt

**Name:** Braun      **Vorname:** Nina      **Geburtstag:** 13.04.1990

**Reanimationsstatus:**

**Ausgangs-/Aufenthaltsstatus:** Begleitet auf Areal

**Suizidalität-Einschätzung:** Niedriges Risiko

**Fremdgefährdung:** Niedriges Risiko

**Rechtsstatus:** Freiwilliger Aufenthalt

**CAVE:** Keine bekannt

#### Diagnosen

F13.3 Psychische Störung und Verhaltensstörung durch Sedativa oder Hypnotika, Entzugssyndrom

F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

R12 Sodbrennen

F11.2, Psychische Störung und Verhaltensstörung durch Opiode/Kokain, Abhängigkeitssyndrom

F14.2

Z51.83 Opiatsubstitution

#### Aktuelle Situation

Frau B. kommt in Begleitung ihrer Mutter freiwillig in die Klinik zum Entzug. Eintritt direkt aus dem Spital, wo sie wegen einer Stichwunde am Abdomen hospitalisiert war. Vor zwei Wochen hatte sie einen Streit mit der Partnerin, welche sie mit einem Messer am Bauch verletzte. Frau B. berichtet, dass sie seit sechs Monaten zunehmend konsumiere (Kokain, Cannabis, Xanax, Amphetamine, MDMA und LSD sowie Alkohol). Sie habe manchmal Suizidgedanken, habe aber keinen konkreten Suizidplan.

#### Psychopathologischer Befund

**Äusseres Erscheinungsbild:** Leicht ungepflegtes Erscheinungsbild.

**Verhalten:** Im Kontaktverhalten mitteilungsbereit, aber schläfrig. Zu allen Qualitäten vollständig orientiert. Keine Zwänge. Stimmung subjektiv gedrückt sowie objektiv mittelgradig niedergeschlagen. Krankheitseinsicht gegeben. Distanziert sich aktuell klar von Suizidgedanken.

**Aufmerksamkeit und Konzentration:** Subjektiv leichte Konzentrationsstörungen. Im formalen Denken geordnet.

**Bewegungstrieb:** Psychomotorisch mittelschwer verlangsamt.

**Soziale Situation:** Frau B. wohnt mit Partnerin zusammen, kann sich dies nach dem Messerangriff aber nicht mehr vorstellen. Sie stritten sich schon immer häufig, was immer wieder eskaliere, da beide impulsiv seien. Patientin war vor zwei Jahren in stationärer psychiatrischer Behandlung. Damals zum Heroinentzug. Seit sie Methadon erhalte, habe sie kein Heroin mehr konsumiert. Frau B. hat seit 1.5 Jahren einen Beistand. Aktuell läuft ein Verfahren gegen sie, wegen Verdacht auf Handel mit Betäubungsmitteln. Frau B. hat, seit sie volljährig ist, mit ihren Eltern und ihrer jüngeren Schwester ein schwieriges Verhältnis.



## Procedere

- » Überprüfung und ggf. Anpassung/Start der medikamentösen Therapie zum Entzug von Suchtmitteln
- » Suche nach einer geeigneten Anschlusslösung

## Medikamente

Medikamente fix:	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
Pantoprazol Tbl 20 mg p. o.	0	0	1	0
Mirtazapin Tbl 15 mg p. o.	0	0	0	1
Methadon Tbl 5 mg p. o.	3	0	0	0
Elvanse Kaps 40 mg p. o.	1	0	0	0
Psychopax Trpf 12.5 mg/ml p. o.	15	15	15	0

## Medikamente in Reserve

Reserve Opiatentzug	Methadon Tbl 5 mg p. o. max. 3 x / 24 h
Reserve Craving	Psychopax 12.5 mg/ml p. o. 15 Trpf max. 3 x / 24 h
Unruhe (Entzug)	Quetiapin Filmtbl 25 mg p. o. max. 2 x / 24 h
1. Reserve Schmerz	Dafalgan Tbl 500 mg p. o. max. 4 x / 24 h
2. Reserve Schmerz	Minalgin Tbl 500 mg p. o. max. 4 x / 24 h
Sodbrennen/Reflux	Alucol Kautbl p. o. 2 Kautbl max. 3 x / 24 h
Trockene Augen	Oculac SDU Trpf Opht b.B. 1 Trpf ins Auge instillieren, max. 10 x / 24 h

## Verordnung an die Pflege

Blutdruck (mmHg) / Puls	1 x / Tag
Sauerstoffsättigung (SpO <sub>2</sub> )	1 x / Tag
Temperatur (°C)	1 x / Tag
Gewicht (kg)	1 x / Woche
Kost	Wunschkost
Mobilität	Ausgang in Begleitung
Entzug Assessment	4 x / Tag
Isolation	–



## Kurve

Parameter	Tag 1		Tag 2	
	Eintritt	Abend	Morgen	Mittag
Grösse (cm)	163			
Gewicht (kg)	72			
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	24			
Temperatur (°C)	36.4		36.2	
Blutdruck (mmHg)	125/73		124/74	
Puls	65		68	
Sauerstoffsättigung (SpO <sub>2</sub> )	98 %		97 %	

Entzug Assessment	Tag 1	Tag 2
01.00 Uhr		23 Punkte
08.00 Uhr		19 Punkte
12.00 Uhr		
17.00 Uhr	17 Punkte	
21.00 Uhr	11 Punkte	



## Pflegediagnosen

	Diagnose	Risikofaktoren / Beeinflussende Faktoren	Ziel	Massnahmen
1	Risiko fremd-gefährdendes und selbst-gefährdendes Verhalten	Grunderkrankung Tiefe Impulskontrolle	Zeigt kein fremd-gefährdendes Verhalten  Zeigt kein selbst-verletzendes Verhalten	Verhalten beobachten  Beziehungsaufbau durch regelmässige Interaktion  Tagesstruktur gemeinsam erarbeiten mit festen Zeiten für Aktivitäten
2	Substanzmissbrauch	Grunderkrankung	Frau B. nimmt keine Substanzen ein und zeigt Fortschritte in der Entzugsbehandlung	Überwachung des Entzugs und regelmässige Kontrollen auf Substanzkonsum  Edukation und Entwicklung von Bewältigungsstrategien bei Entzugssymptomen
3	Risiko für soziale Isolation	Grunderkrankung	Frau B. nimmt soziale Kontakte auf und berichtet über positive soziale Interaktionen	Teilnahme an Gruppentherapien  Unterstützung bei der Wiederherstellung und Pflege von familiären und sozialen Beziehungen

## Pflegeverlauf

Datum	Zeit	Thema	Pflegeverlauf
Tag 1	17.30	Eintritt	Frau B. tritt in Begleitung ihrer Mutter direkt aus dem Spital ein. Sie äussert, es gehe ihr den Umständen entsprechend gut, und wird ins Zimmer begleitet. Mutter hilft beim Einräumen der Effekten, diese wurden zuvor durch PP durchgeschaut und kontrolliert. Die Stimmung zwischen Mutter und Tochter wirkt etwas angespannt.
	20.30	Verlauf SD	Frau B. hat Abendessen im Esszimmer eingenommen. Wirkte dabei zurückgezogen und sprach wenig mit Mitpatient:innen. Ging nach dem Essen direkt ins Zimmer.
	01.00	Verlauf ND	Frau B. berichtet, eine starke innere Unruhe zu spüren, sie habe starkes Verlangen etwas zu konsumieren, wirkt angespannt und zittert leicht. Psychopax 15 Trpf aus Reserve verabreicht. Frau B. will sich mit dem Handy ablenken.
Tag 2	02.00	Verlauf ND	Frau B. wirkt schlafend.
	07.30	Verlauf FD	Frau B. berichtet, sich angespannt zu fühlen. Sie will ihre Medikamente noch vor dem Frühstück abholen gehen.

# Hinweise zur Umsetzung und zum Material

Ort: Der Room of Horrors spielt auf einer Abteilung der Erwachsenen-Akutzpsychiatrie in einem Stations-/Medikamentenzimmer.

## Vorbereitung Material (im Voraus):

- Patient:innenfall: Psychiatrische Akutstation für Erwachsene, Stations-/Medikamentenzimmer (beiliegende Vorlage ausdrucken, ggf. so viele Exemplare wie Gruppenteilnehmer:innen, die Blätter bleiben im Raum, bei Bedarf Entzug-Assessment gem. internen Richtlinien anpassen)
- NGSAR-Assessment (Anhang 13) ausdrucken und Patient:innendossier beilegen
- Medikamentendispenser für Frau Braun beschriftet, mit Medikamenten gem. Verordnung Patient:innendossier, ausser die Tablette Mirtazapin Tbl 15 mg, korrekt vorbereiten
- Medikamentenbecher für Frau Braun inkl. Psychopax 15 mg korrekt vorbereiten (z. B. Wasser)
- Tonaufnahmen (Anhang 9), pro Tonaufnahme ein Player/Tablet/Smartphone
- Medikamentendispenser, beschriftet mit *Herr U. Meier*, mit gerichteten Medikamenten vorbereiten
- Medikament eines BTM der Liste A+ mit Verfallsdatum in Vergangenheit beschriften (z. B. Klebeetikette)
- Methadonbehälter (mit Medikamentenattrappe, z. B. tic tac) und korrekt beschriftet
- Instruktionen und Debriefing-Leitfaden ausdrucken (z. H. der Moderatorin / des Moderators)
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

## Vorbereitung Raum (direkt vor der Durchführung):

- Patient:innenfall: Psychiatrische Akutstation für Erwachsene, Stations-/Medikamentenzimmer inkl. NGSAR-Assessment vor dem Raum auslegen
- Bild der Überwachungskamera vom Sicherheits-/Isolationszimmer auf PC digital anzeigen oder ausgedruckt auf einen Bildschirm kleben
- Vorbereiteter Medikamentendispenser für Frau Braun bei der Medikamentenausgabe platzieren
- Medikamentenbecher mit Psychopax beim Medikamentendispenser von Frau Braun platzieren
- Tonaufnahme (Anhang 9) bei Medikamentenausgabe platzieren
- Medikament BTM der Liste A+, inkl. Verfallsdatum in Vergangenheit in der Stationsapothek platzen

- Medikamentendispenser für Herrn U. Meier in der Nähe der Medikamentenausgabe platzieren
- Methadonbecher beschriftet mit *Frau Luise Braun* in Box von Frau Nina Braun platzieren
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

## Eingebaute Fehler und Risiken

	Art des Fehlers / der Gefahr nach WHO-Klassifikation	Beschreibung	Inszenierung
1.	Klinische Prozesse: Diagnose	Die Suizidabschätzung (NGSAR) wurde nicht korrekt durchgeführt. Obwohl die subjektive Einschätzung <i>hohes Risiko</i> eingestuft wurde, wird das Suizidrisiko insgesamt als <i>kleines Risiko</i> eingestuft.	Das ausgefüllte NGSAR-Assessment (Anhang 13) ausdrucken und dem Patient:innendossier beilegen.
2.	Dokumentation: Verordnungen unvollständig	Reanimationsstatus ist nicht verordnet.	Fehler ist unter <i>Stammblatt</i> im Patient:innendossier zu erkennen.
3.	Nosokomiale Infektion: Wundinfekt	Die Patientin hat eine Stichwunde am Abdomen, die im Patient:innendossier jedoch nicht dokumentiert wurde und für die auch keine Verordnung gemacht wurde. Risiko für Wundinfekt und inadäquate Behandlung.	Die Verletzung ist unter <i>Aktuelle Situation</i> im Patient:innendossier zu erkennen. Jedoch sind keine Wunddokumentation, Behandlung oder Verordnung ersichtlich.
4.	Medikation: Fehler bei der Vorbereitung, Dosierung	Anstatt 15 Tropfen Psychopax (= 5 mg) wurden 15 mg Psychopax (= 45 Tropfen) für Frau Braun gerichtet. Risiko für Überdosierung und Nebenwirkungen.	Bei den gerichteten Medikamenten steht ein Medikamentenbecher mit dem gerichteten Psychopax.
5.	Medikation: Abgabe an Patient:innen	Die Tonaufnahme weist darauf hin, dass die Methadon-Abgabe ohne ordnungsgemässe Patient:innenidentifikation durchgeführt wurde. Risiko für A) Patient:innenverwechslung, B) Medikamentenmissbrauch.	Tonaufnahme (Anhang 9) wird bei Medikamentenausgabe platziert.
6.	Medikation: Abgabe an Patient:innen	Die Tonaufnahme weist darauf hin, dass die Einnahme des abgegebenen Methadons nicht ordnungsgemäss überprüft wurde. Risiko für A) Patient:innenverwechslung, B) Medikamentenmissbrauch.	Tonaufnahme (Anhang 9) wird bei Medikamentenausgabe platziert.
7.	Patient:innenverhalten: Medikamenten/Drogen-Abusus	In der Nähe der Medikamentenausgabe stehen die gerichteten Medikamente für Herr U. Meier. Risiko für Einnahme/Entwendung der Medikamente von Patient:innen.	Ein gerichteter Medikamentendispenser für Herrn U. Meier wird in der Nähe der Medikamentenausgabe platziert.

8.	Medikation: nicht korrekte Lagerung	BTM der Liste A+ ist nicht im Betäubungsmittelschrank gelagert, sondern zusammen mit den anderen Medikamenten. Risiko für Verletzung Arzneimittelgesetz.	Im Medikamentenschrank ist ein BTM der Liste A+ zu finden (z. B. M-RETARD Zentiva 30 mg).
9.	Medikation: nicht adäquate Kontrolle, Verfall	BTM der Liste A+ weist ein Verfallsdatum in der Vergangenheit auf. Risiko für A) Verletzung Arzneimittelgesetz, B) veränderte Arzneimittelwirkung.	Abgelaufenes BTM der Liste A+ befindet sich im Medikamentenschrank.
10.	Medikation: ausgelassene Medikation	Gerichteter Dispenser entspricht nicht der Verordnung. Risiko für A) nicht Durchführen einer Verordnung, B) negative Auswirkungen Behandlungsverlauf.	Fehler ist unter <i>Medikation</i> im Patient:innendossier und beim Medikamentendispenser von Frau Braun (Mirtazapin Tbl 15 mg fehlt) zu erkennen.
11.	Medikation: falscher Einnahmezeitpunkt	Pantoprazol sollte idealerweise 30 Min. bis 1 Std. vor dem Essen eingenommen werden. Risiko eines verzögerten Wirkungseintritts bei gleichzeitiger Einnahme mit einer Mahlzeit.	Fehler ist unter <i>Medikation</i> im Patient:innendossier zu erkennen. In der Verordnung kein Vermerk.

## Zusatzfehler und -risiken

	<b>Art des Fehlers / der Gefahr nach WHO-Klassifikation</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Inszenierung</b>
<b>a.</b>	Infrastruktur: unpassend	Schlechte Lichtverhältnisse können zu Fehlern führen, z. B. beim Medikamentenrichten.	Lichtverhältnisse abdunkeln: z. B. die Glühbirne herausdrehen oder abdecken, Licht dimmen oder teilweise ausschalten, Fensterläden schliessen.
<b>b.</b>	Infrastruktur: unpassend	Die Tonaufnahme weist auf laute Geräuschkulisse (Baulärm) hin. Risiko für Reizüberflutung und Ablenkung.	Inszenierung durch Tonaufnahme (Anhang 1).
<b>c.</b>	Organisation/Alltagsabläufe: nicht adäquat	Die strengen Stationsregeln sind potenzielle Trigger für eine verstärkte Symptombelastung.	Die Stationsregeln (Anhang 11) werden gut sichtbar für Patient:innen aufgehängt (z. B. an der Stationstür).
<b>d.</b>	Organisation/Alltagsabläufe: nicht verfügbar	Abwesenheitsnotiz, welche regelmässig verwendet wird, befindet sich im Stationszimmer. Darauf ist kein Vermerk hinsichtlich Rückkehr des Personals. Risiko für z. B. Krisen, da Patient:innen keine Anlaufstelle/Kontaktperson haben.	Abwesenheitsnotiz (Anhang 12) wird im Stationszimmer platziert.
<b>e.</b>	Dokumentation: Datenschutz	Die Stationstafel / Das Stationszimmer enthält sensible Patient:innendaten. Risiko für Datenschutzverletzung.	Inszenierungsmöglichkeiten: (A) Diagnosen von Patient:innen sind auf der Stationstafel notiert, (B) eine fürsorgerische Unterbringung (Anhang 14) wird gut sichtbar im Stationszimmer platziert.
<b>f.</b>	Klinische Prozesse: nicht adäquate Ausführung der Überwachung	Die Videoüberwachung vom Sicherheitszimmer ist permanent und grundlos eingeschaltet. Risiko für Verletzung der Privatsphäre.  Hinweis: Nur inszenierbar für Stationen mit Kameraüberwachung.	Ein Videoüberwachungsbild des Sicherheitszimmers (Anhang 10) wird auf PC oder Laptop digital angezeigt oder ausgedruckt auf den Bildschirm geklebt. Je nach Infrastruktur behalten die Mitarbeitenden das Bild auf verschiedene Arten aktiv, u. a. einen Gegenstand (z. B. Bostitch) auf Laptop platzieren oder Schlüssel im Kameraschloss stecken lassen.

<b>g.</b>	Infrastruktur: unpassend	Der Medikamenten-/BTM-Schrank ist nicht abgeschlossen. Risiko für A) nicht Einhalten des Arzneimittelgesetzes, B) Arzneimittelmissbrauch.	Der Medikamenten-/BTM-Schrank im Stationszimmer ist nicht abgeschlossen / steht leicht offen.
<b>h.</b>	Patient:innenverhalten: selbst-/fremdschädigend/suizidal	Gefährliche Materialien sind für Patient:innen zugänglich. Risiko für Selbstgefährdung der anwesenden Personen bzw. Fremdgefährdung durch diese.	In der Nähe der Medikamentenausgabe stehen Materialien für die Blutentnahmen (z. B. Punktionsnadeln, Desinfektionsmittel, Stauschlauch, stichfester Behälter).
<b>i.</b>	Medikation: nicht adäquate Entsorgung	Medikamente werden im allgemeinen Abfalleimer entsorgt. Risiko für A) Nicht-Einhalten des Arzneimittelgesetzes, B) Arzneimittelmissbrauch.	Im allgemeinen Abfalleimer des Stations-/Medikamentenzimmers werden verblisterte Medikamente / volle Medikamentenverpackungen platziert.
<b>j.</b>	Ressourcen-Management: personelle Auslastung	Die Tonaufnahme weist darauf hin, dass Fachperson mehrere Aufgaben parallel erledigt. Risiko für Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit.	Inszenierung durch Tonaufnahme (Anhang 9).
<b>k.</b>	Infrastruktur: Kühlschranks defekt	Temperatur im Kühlschrank zu hoch. Risiko für A) Nicht-Einhalten des Arzneimittelgesetzes, B) veränderte Arzneimittelwirkung.  Hinweis: Nur umsetzbar, falls Temperatur-Logbuch üblicherweise im Stations-/Medikamentenzimmer deponiert ist.	In einem leeren Logbuch sind für die vergangenen Tage zu hohe Temperaturen eingetragen und keine Massnahmen ersichtlich.



## Materialien

### **Anhang 1: Tonaufnahme, Baulärm**

Download unter <https://patientensicherheit.ch/room-of-horrors-psychiatrie/>

Für die Inszenierung benötigen Sie ein Abspielgerät (z. B. Handy, Tablet, Laptop, etc.), auf dem die Tonaufnahme während des gesamten Trainings in Dauerschleife abgespielt werden kann. Bitte beachten Sie, dass diese spezifische Tonaufnahme nicht selbständig von den Teilnehmenden bedient werden soll und deshalb eher unscheinbar inszeniert wird.

### **Anhang 9: Tonaufnahme, Stations-/Medikationszimmer**

Download unter <https://patientensicherheit.ch/room-of-horrors-psychiatrie/>

Das folgende Hinweisschild kann neben dem Abspielgerät platziert werden:



### **Anhang 10: Bildschirm, Videoüberwachung von Sicherheitszimmer**

Download unter <https://patientensicherheit.ch/room-of-horrors-psychiatrie/>

Sie können das Bild digital auf dem Bildschirm eines Laptops oder Computers anzeigen oder es ausdrucken und auf den Bildschirm eines Gerätes kleben.



# Stationsregeln

1. Essen im Zimmer verboten
2. Handy auf Station verboten
3. Termine müssen eingehalten werden, sonst droht Austritt
4. Kaffee darf nur zu den Essenszeiten getrunken werden
5. Max. 10 Zigaretten täglich



**Wir haben  
Pause, bitte  
nicht stören.**



## Anhang 13: NGASR Assessment

### NGASR (Nurse Global Assessment of Suicide Risk)

Globale pflegerische Einschätzung der Basissuizidalität			
Nurses Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) (Cutcliffe/Barker 2004)			
	Datum	Tag 1	HZ:
Nr	Kriterien	Punkte, wenn zutreffend	Punkte
1	Vorhandensein/Einfluss von Hoffnungslosigkeit	3	0
2	Kürzliche, mit Stress versehene Lebensereignisse z.B.: <i>Verlust der Arbeit, finanzielle Sorgen, schwebende Gerichtsverfahren</i>	1	0
3	Deutlicher Hinweis auf Stimmen hören/Verfolgungsideen	1	0
4	Deutlicher Hinweis auf Depression, Verlust an Interesse und/ oder Verlust an Freude	3	0
5	Deutlicher Hinweis auf sozialen Rückzug	1	1
6	Äußerung von Suizidabsichten	1	0
7	Deutlicher Hinweis auf einen Plan zur Suizidausführung	3	0
8	Familienvorgeschichte von ernsthaften psychiatrischen Problemen oder Suizid	1	0
9	Kürzlicher Verlust einer nahe stehenden Person oder Bruch einer Beziehung	3	0
10	Vorliegen einer psychotischen Störung	1	0
11	Witwe/Witwer	1	0
12	Frühere Suizidversuche	3	0
13	Vorliegen schlechter sozioökonomischer Verhältnisse, z.B. <i>schlechte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Armut</i>	1	0
14	Vorliegen von Alkohol -oder anderem Substanzmissbrauch	1	1
15	Bestehen einer terminalen Krankheit ( <i>präfinal, im Endstadium</i> )	1	0
16	Mehrere psychiatrische Hospitalisationen ( <i>Klinikaufenthalte</i> ) in den letzten Jahren, Wiederaufnahme kurz nach der letzten Entlassung*	1	1
<b>Summe</b>		max.26	<b>3</b>
<b>Risikostufe</b>		4 Punkte oder weniger = Stufe 1 = niedriges Risiko; 5 - 8 Punkte = Stufe 2 = mässiges Risiko; 9 - 11 Punkte = Stufe 3 = hohes Risiko; 12 und mehr Punkte = Stufe 4 = sehr hohes Risiko	→ Stufe 1

Subjektive Einschätzung des derzeitigen Suizidrisikos			
Wie gross ist nach Ihrer subjektiven, gefühlsmässigen, intuitiven Einschätzung das Suizidrisiko? (mit X markieren)			
Punkte	kleines Risiko 1	mässiges Risiko 2	hohes Risiko 3
			sehr hohes Risiko 4
			→ Stufe 3
Interdisziplinäre Einschätzung des derzeitigen Suizidrisikos (Teammitglieder namentlich aufführen)			
Wenn objektive und/oder subjektive Einschätzung 3/4 => Arzt hinzuziehen			Risikostufe
Pflegefachfrau A. Müller Assistenzärztin B. Durrer			Stufe 1

\* Ergänzung für die deutschsprachige Fassung  
V2/BK/MG/10.12.2005





## 3.2.2 Sicherheitszimmer: Fall Herr Brügger

### Stammblatt

**Name:** Brügger      **Vorname:** Tim      **Geburtstag:** 26.05.1998

**Reanimationsstatus:** Ja

**Ausgangs-/Aufenthaltsstatus:** Kein Ausgang; Aufenthalt Station: nur im geschlossenen Bereich;  
Zimmer betreten: nur zwei ausgebildete Personen

**Suizidalität-Einschätzung:** Niedriges Risiko      **Fremdgefährdung:** Niedriges Risiko

**Rechtsstatus:** Behördliche FU, 6 Wochen ab Ausstellungsdatum      **CAVE:** Keine bekannt

### Diagnosen

- F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung; psychomotorische Entwicklungsretardierung mit Verhaltensauffälligkeiten
- F84 Frühkindlicher Autismus
- F25 Schizoaffektive Störung, episodisch affektive Störung mit Wahrnehmungsstörung, Verkennungssymptomatik
- G40.8 Epilepsien
- Z 73 Probleme in Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, unterdurchschnittliche Intelligenz bis leichte intellektuelle Behinderung, ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen
- J06.9 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege

### Aktuelle Situation

Patient verliert zum wiederholten Mal seinen Wohngruppenplatz in Folge von mehrfachem fremdaggressivem Verhalten. Die Eltern sind überfordert, weshalb er nicht bei ihnen leben kann.

### Psychopathologischer Befund

**Äusseres Erscheinungsbild:** Herr B. ist adäquat gekleidet und gepflegt. Er zeigt keine auffälligen körperlichen Merkmale oder Verletzungen.

**Verhalten:** Vollständig orientiert zu Person, Ort, Situation und Zeit. Zeigt distanzloses Verhalten und deutliche Verhaltensauffälligkeiten. Bei nicht schnellem Erfüllen von Bedürfnissen treten aggressive Tendenzen, sowohl gegenüber anderen als auch gegenüber sich selbst auf. Verhaltensweisen beinhalten laut Eltern Beissen, Boxen, Kneifen und Festhalten von anderen Personen sowie Schlagen des eigenen Kopfes gegen die Wand und Defäkation auf den Boden.

**Aufmerksamkeit und Konzentration:** Eingeschränkte Aufmerksamkeit und Konzentration. Reagiert schnell mit Aggression auf für ihn nicht verständliche Kommunikation.

**Spontansprache:** Frühkindliche Sprache, sehr einfache und kurze Sätze. Mehrheitlich verständlich, jedoch undeutliche Aussprache.



**Verständnis:** Satzverständnis frühkindlich, reagiert aggressiv auf unklare oder zu komplexe Sätze.

**Affektivität:** Begrenzte Affektkontrolle, aggressive Reaktionen bei Frustration oder Nicht-Erfüllung von Wünschen.

**Bewegungstrieb:** Ausgeprägter Bewegungstrieb, der sich in einem starken Verlangen äussert, aktiv zu sein und sich zu bewegen.

**Soziale Situation:** Patient ist verbeiständet, erhält volle Rente, hat die obligatorische Volksschule in Kleinklasse abgeschlossen. Patient war schon in unterschiedlichen Wohngruppen untergebracht, aber aufgrund seines Verhaltens wurde er wiederholt ausgeschlossen. Seine Eltern sind überfordert und erschöpft, weshalb sie ihn nicht konstant bei sich zu Hause haben können, kommen hin und wieder zu Besuch, nehmen ihn ab und zu für ein Wochenende nach Hause oder in den Urlaub.

## Procedere

- » Überprüfung und ggf. Anpassung medikamentöse Therapie
- » Suche nach einer geeigneten Anschlusslösung

## Medikamente

Medikamente fix:	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
Olanzapin mepha oro Schmelztbl 10 mg p. o.	0	0	0	1
Depakine chrono Filmtbl 300 mg p. o.	2	0	2	0
Clopixol Filmtbl 10 mg p. o.	1	2	2	0
Akineton ret Tbl 4 mg p. o.	1	0	0	0
Baldriantinktur Trpf p. o.	10	10	20	0

## Medikamente in Reserve

1. Reserve Unruhe/Anspannung	Psychopax 12.5 mg/ml 5 Trpf p. o. max. 2 x / 24 h
2. Reserve Unruhe/Anspannung	Clopixol Filmtbl 10 mg p. o. max. 4 x / 24 h
Bei EPS	Akineton Tbl 2 mg p. o. max. 3 x / 24 h
Akute Psychose	Clopixol Acutard 50 mg/ml i. m. max. 1 x / 24 h
Akute Psychose	Haldol Inj Lös 5 mg/ml i. m. max. 1 x / 24 h



## Verordnung an die Pflege

Blutdruck (mmHg) / Puls	1 x / Tag
Sauerstoffsättigung (SpO <sub>2</sub> )	1 x / Tag
Temperatur (°C)	1 x / Tag
Gewicht (kg)	1 x bei Eintritt
Kost	Wunschkost
Mobilität	Sicherheitszimmer; 5-Punkte-Fixation
Isolation	Kontrolle stündlich, Sichtkontrolle

## Kurve

Parameter	Tag 1		Tag 2	
	Eintritt	Abend	Morgen	Mittag
Grösse (cm)	169			
Gewicht (kg)	67			
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	23,5			
Temperatur (°C)	37.9			
Blutdruck (mmHg)	128/74		132/76	
Puls	93		98	
Sauerstoffsättigung (SpO <sub>2</sub> )	93 %		92 %	



## Pflegediagnosen

	Diagnose	Risikofaktoren / Beeinflussende Faktoren	Ziel	Massnahmen
1	Risiko fremd-gefährdendes und selbst-gefährdendes Verhalten	Soziale Isolation, beeinträchtigte Impulskontrolle	Zeigt kein fremd-gefährdendes Verhalten Zeigt kein selbst-verletzendes Verhalten	Beziehungsaufbau durch regelmässige Interaktion Deeskalierende Kommunikation Edukation Techniken Förderung Impulskontrolle
2	Beeinträchtigte soziale Interaktion	Isolation, Grunderkrankungen	Erlebt positive soziale Interaktionen Nimmt an sozialen Aktivitäten teil	Angepasste Kommunikation Einbezug von sozialem Netzwerk Planen von sozialen Aktivitäten Aussprechen von positivem Feedback
3	Selbstversorgungsdefizit	Grunderkrankungen	Führt Körperpflege entsprechend der eigenen Ressourcen mit Unterstützung durch	Ressourcenfördernde Unterstützung bei der Körperpflege Überwachung Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme

## Pflegeverlauf

Datum	Zeit	Thema	Pflegeverlauf
Tag 1	17.30	Eintritt	Herr B. tritt in Begleitung von Sanität ein, wirkt stark agitiert. Äussert, nach draussen gehen und nicht hier sein zu wollen, schlägt immer wieder um sich. Herr B. wird mit Sanität und zwei PP ins Sicherheitszimmer begleitet. Gespräch wurde geführt.
	18.30	Verlauf SD	Herr B. wirkt etwas ruhiger, nimmt Medikamente po ein. Abendessen wurde gebracht und VZ-Kontrolle ist erfolgt.
	20.00	Verlauf SD	Abendessen wieder abgeräumt, Herr B. äussert, es sei ihm langweilig, will gerne aus dem Zimmer und laufen gehen. Kurzes Gespräch geführt und besprochen, wieso er aktuell im Sicherheitszimmer ist.
Tag 2	02.00	Verlauf ND	Herr B. wirkt schlafend.
	08.00	Verlauf FD	Herr B. ist wach und wirkt etwas angespannt, schwitzt leicht. Herr B. berichtet schlecht geschlafen zu haben und möchte gerne aus dem Zimmer. VZ wurde gemessen und Frühstück gebracht. Mit Herrn B. besprochen, dass er aktuell noch im Zimmer bleiben muss. Herr B. lehnt die Medikamenteneinnahme ab.



11.30	Verlauf FD	Herr B. wirkt zunehmend agitiert, klopft immer wieder gegen die Tür und ruft, er wolle raus. Lehnt Medikamenteneinnahme weiterhin ab, scheint vermehrt zu schwitzen und versucht PP in den Arm zu kneifen.
13.00	Visite	O Ae führt Gespräch mit Herrn B., dieser lehnt Medikamenteneinnahme weiterhin ab. Reagiert gereizt, dass er nicht nach draussen kann und schlägt um sich. Schreit, er wolle jetzt raus und laufen.
14.00	Zwangsmassnahme	Herr B. wirkt stark angespannt, schlägt seinen Kopf immer wieder gegen die Wand, reagiert auf verbale Deeskalationsversuche nicht. O Ae wird informiert und versucht mit Herrn B. zu sprechen, der reagiert jedoch auf verbale Ansprache nicht. Schlägt immer wieder seinen Kopf stark gegen die Wand. Bei akuter Selbstgefährdung verordnet O Ae Zwangsmedikation. Applikation von Clopixol Acutard 50 mg/ml 1 Ampulle VGL in den Gesässmuskel durch fünf PP, unter Einsatz von kontrollierter Fixation mit Bodentechnik.
14.40	Zwangsmassnahme	Herr B. schreit, schlägt den Kopf wieder gegen die Wand, reagiert auf verbale Ansprache nach wie vor nicht. Anordnung durch O Ae einer 5-Punkte-Fixation bei anhaltender akuter Selbstgefährdung nach erfolglosen verbalen Deeskalationsversuchen und medikamentösen Massnahmen.

# Hinweise zur Umsetzung und zum Material

Ort: Der Room of Horrors spielt auf einer psychiatrischen Akutstation für Erwachsene im Sicherheitszimmer.

## Vorbereitung Material (im Voraus):

- Patient:innenfall: Psychiatrische Akutstation für Erwachsene – Sicherheitszimmer (beiliegende Vorlage ausdrucken, ggf. so viele Exemplare wie Gruppenteilnehmer:innen, die Blätter bleiben im Raum)
- Puppe (inkl. Kleidung)
- Fixationsbett inkl. Fixierungssystem
- Rote/Bläuliche Schminke (z. B. Lidschatten), Tupfer
- Protokoll (Sicht-)Kontrollen (Anhang 16)
- Tonaufnahme (Anhang 15), ein Player/Tablet/Smartphone
- Tableau, Spritze 3 ml, Injektionsnadel vgl., sterile Tupfer, Hautdesinfektionsmittel, leere Ampulle Clopixol 200 mg/ml Depot
- Glas mit Wasser
- Instruktionen und Debriefing-Leitfaden ausdrucken (z. H. der Moderatorin / des Moderators)
- .....
- .....
- .....

## Vorbereitung Raum (direkt vor der Durchführung):

- Patient:innenfall vor Sicherheitszimmer auslegen
- Protokoll der erfolgten (Sicht-)Kontrollen vor Sicherheitszimmer auflegen/aufhängen
- Tonaufnahme 15 wird im Sicherheitszimmer platziert
- Handgelenke der Puppe mit roter Schminke und Tupfer präparieren
- Puppe in Fixationsbett legen und mit System gemäss 5-Punkte-Fixation fixieren
- Wasser wenn möglich abstellen
- Tableau mit allen Injektionsutensilien (Tupfer öffnen und mit Hautdesinfektionsmittel befeuchten, Injektionsnadel und Spritze zusammenstecken und etwas Wasser aspirieren und wieder entleeren) inkl. leerer Ampulle Clopixol vor Zimmer platzieren
- .....
- .....
- .....

## Eingebaute Fehler und Risiken

	<b>Art des Fehlers / der Gefahr nach WHO-Klassifikation</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Inszenierung</b>
1.	Medikament: Verordnungsfehler	Die Verordnung von Psychopax wurde anstatt in mg in Trpf verordnet. Risiko für Medikamentenunterdosierung.	Fehler ist unter <i>Medikation in Reserve</i> im Patient:innendossier zu erkennen.
2.	Klinische Prozesse: Umsetzung nicht adäquat	Fixierungsmassnahme an den Handgelenken ist zu stark, wodurch es Verletzungen an den Handgelenken gibt / zu Zyanose an Händen kommt.	Der Patient wird mit einer Puppe simuliert. Die Puppe liegt auf dem Rücken und ist mit 5-Punkte-Fixation fixiert im Bett. Die Handgelenke sind rot eingefärbt.
3.	Dokumentation: Angaben Nahrungsaufnahme fehlen	In Dokumentation nicht ersichtlich, ob Patient getrunken und wie viel er gegessen hat. Risiko für Dehydratation, Mangelernährung kann exazerbierte Situation negativ beeinflussen.	Fehler ist unter <i>Pflegeverlauf</i> im Patient:innendossier und Protokoll (Sicht-)Kontrollen (Anhang 16) zu erkennen.  Keine Getränke, kein Becher im Zimmer. Wasserhahn abgestellt im Zimmer (falls vorhanden).
4.	Klinische Prozesse: nicht adäquat	Sichtkontrolle ist stündlich verordnet, bei Fixation ist in der Regel alle 15 Min. Standard, Risiko für Gefährdung des Patienten insbesondere nach Zwangsmedikation und Fixation.	Fehler ist unter <i>Verordnungen an die Pflege</i> im Patient:innendossier und Protokoll (Sicht-)Kontrollen (Anhang 16) zu erkennen.
5.	Organisation: nicht adäquate Aufgabenverteilung	Eine FaGe-Lernende im ersten Lehrjahr betritt das Sicherheitszimmer allein, um dem fixierten Patienten Medikamente zu verabreichen. Risiko für Überforderung der nicht ausgebildeten Mitarbeiterin.	Platzieren der Tonaufnahme (Anhang 15), auf der zu hören ist, dass FaGe-Lernende den Raum betritt.
6.	Mitarbeitenden-Verhalten: unangemessene Kommunikation	Auf Tonband ist zu hören, wie FaGe-Lernende unangemessen mit dem Patienten kommuniziert. Risiko für Überforderung des Patienten in Krisensituation.	Tonaufnahme (Anhang 15), auf der zu hören ist, wie FaGe-Lernende in komplizierter Sprache die Medikation erklärt.
7.	Medikament: Falsches Medikament verabreicht	Fälschlicherweise Clopixol Depot 200 mg/ml anstatt wie verordnet Clopixol Acutard 50 mg/ml injiziert. Risiko für nicht adäquate Behandlung bei akuter Selbstgefährdung.	Fehler ist unter <i>Medikamente in Reserve</i> im Patient:innendossier und beim platzierten Medikamententableau mit leerer Ampulle Clopixol Depot 200 mg/ml zu erkennen.

8.	Klinischer Prozess: nicht adäquate Behandlung	Herr B. hat einen bekannten Bewegungsdrang und äussert diesen mehrmals, hat keine Beschäftigungsmöglichkeiten. Risiko für Begünstigung eines negativen Krankheitsverlaufs/Managements.	Fehler ist unter <i>Psychopathologischer Befund</i> und <i>Pflegeverlauf</i> im Patient:innendossier und Protokoll (Sicht-)Kontrollen (Anhang 16) zu erkennen.
9.	Klinischer Prozess: nicht adäquate Behandlung	Bei zunehmend angespannter Situation fehlende deeskalierende Massnahmen, 5 Punkte Fixation, fehlende Indikationsprüfung, mangelnde Dokumentation, insbesondere in Bezug auf Kontrolle / Beurteilung möglicherweise erstandener Kopfverletzung und Folgen. Risiko für inadäquate Behandlung.	Fehler ist unter <i>Pflegeverlauf</i> im Patient:innendossier zu erkennen.
10.	Klinischer Prozess: Nicht-Verordnung trotz Indikation	Keine Reserve-Medikation zur Diagnose Epilepsie vorhanden. Risiko: nicht adäquate Behandlung in Notfallsituation.	Fehler ist unter <i>Diagnose</i> und <i>Medikamente in Reserve</i> im Patient:innendossier zu erkennen.
11.	Klinische Prozesse: nicht adäquate Behandlung	Der Patient hat einen Atemwegsinfekt und diverse Symptome (subfebril, Sauerstoffsättigung auffällig, Puls leicht tachykard, schwitzen). Unzureichende Verordnung Vitalzeichenkontrolle, keine Verlaufskontrolle/Intervention bei subfebriler Temperatur am Tag 1.  Risiko für nicht adäquate Behandlung, negativer Einfluss auf Allgemeinzustand.	Fehler ist unter <i>Diagnosen</i> , <i>Kurve</i> und <i>Pflegeverlauf</i> im Patient:innendossier zu erkennen.
12.	Medikament: Verordnungsrisiko	Der Patient hat Baldriantropfen verordnet. Diese Tinktur enthält Alkohol und es kann deshalb sinnvoll sein, alternativ auf Tabletten umzustellen.  Potentielles Risiko aufgrund Alkoholgehaltes und mögliche Auswirkungen auf den Gesundheitszustand.	Fehler ist unter <i>Medikamente</i> im Patient:innendossier und anhand der Tonaufnahme (Anhang 15) zu erkennen.

## Zusatzfehler und -risiken

	<b>Art des Fehlers / der Gefahr nach WHO-Klassifikation</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Inszenierung</b>
<b>a.</b>	Patient:innenverhalten: selbstschädigend/suizidal	Das vorhandene Besteck im Sicherheitszimmer kann vom Patienten für fremdgefährdendes/selbstschädigendes Verhalten verwendet werden.	Besteck (Plastik oder normal gem. internen Richtlinien) liegt auf dem Tisch/Bett/Boden im Sicherheitszimmer.
<b>b.</b>	Alltagsabläufe: nicht adäquat durchgeführt	Der Patient kann bei Bedarf sich nicht über Rufglocke melden.	Patient:innenrufglocke ist nicht korrekt installiert (z. B. nicht eingesteckt, nicht in Reichweite).

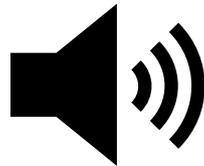


## Materialien

### **Anhang 15: Tonaufnahme, Szene im Sicherheitszimmer**

Download unter <https://patientensicherheit.ch/room-of-horrors-psychiatrie/>

Das folgende Hinweisschild kann neben dem Abspielgerät platziert werden:



**Tonaufnahme verfügbar –  
bitte abspielen.**



## Anhang 16: Protokoll (Sicht-)Kontrollen Sicherheitszimmer

### Patientendaten

Name: Brügger

Vorname: Tim

Geburtstag: 26.05.1998

Kontrollintervall: 1 x stündlich

Zeitpunkt	Dokumentation	Visum
Tag 1, 17.30 Uhr	Herr B. wurde durch 2 PP und Sanität in Sicherheitszimmer begleitet.	M.M.
Tag 1, 18.30 Uhr	Mit 2 PP Sicherheitszimmer betreten, Herr B. wirkt ruhiger, Medikamente p. o. verabreicht.	M.M.
Tag 1, 19.30 Uhr	Herr B. klopft gegen die Tür, äussert er wolle gerne nach draussen gehen, um zu laufen. Erklärt, dass dies aktuell nicht möglich sei. Herr B. wirkt angespannt, schlägt einmal mit Faust fest gegen das Fenster und setzt sich danach aufs Bett.	M.M.
Tag 1, 20.35 Uhr	Herr B. äussert, es sei ihm langweilig und er habe nichts zu tun, wirkt etwas angespannt. PP sagt ihm, er solle sich etwas entspannen und ausruhen.	M.M.
Tag 1, 21.30 Uhr	Mit 2 PP Sicherheitszimmer betreten, Herr B. sitzt auf Bett und lehnt es ab, Abendtoilette durchzuführen, äussert, es sei ihm sehr langweilig und ob er ein Spiel haben könne. Erklärt, dass das nicht möglich sei, worauf er schreit und in Richtung von PP mit Hand ausschlägt. Nachtmedikation eingenommen.	M.M.
Tag 1, 22.30 Uhr	Herr B. wirkt schlafend, Atmung ist ruhig und regelmässig.	M.M.
Tag 1, 23.30 Uhr	Herr B. wirkt schlafend, Atmung ist ruhig und regelmässig.	P.G.
Tag 2, 00.30 Uhr	Herr B. ist wach, hat Augen geöffnet und dreht sich im Bett, Atmung ruhig.	P.G.
Tag 2, 01.10 Uhr	Herr B. klopft gegen Türe, äussert auf Nachfrage, raus zu wollen, um zu spazieren, scheint leicht zu schwitzen. Erklärt, dass er aktuell im Zimmer bleiben müsse. Herr B. schreit, er wolle sofort raus.	P.G.
Tag 2, 02.30 Uhr	Herr B. scheint zu schlafen, liegt ruhig auf Bett, Atmung regelmässig.	P.G.
Tag 2, 03.30 Uhr	Herr B. wirkt schlafend.	P.G.
Tag 2, 04.30 Uhr	Herr B. wirkt schlafend.	P.G.
Tag 2, 05.30 Uhr	Herr B. wirkt schlafend.	P.G.
Tag 2, 06.30 Uhr	Herr B. wirkt schlafend.	P.G.
Tag 2, 07.40 Uhr	Herr B. ist wach und schlägt mit Hand aufs Bett. Berichtet, er habe keine gute Nacht gehabt, es sei ihm langweilig, niemand höre ihm zu und er wolle endlich raus, kann nicht mehr stillsitzen.	U.L.



Tag 2, 08.00 Uhr	Sicherheitszimmer mit 2 PP betreten und Frühstück gebracht. Herr B. wirkt angespannt, wiederholt immer wieder, es sei ihm langweilig und er wolle raus und laufen gehen. Erklärt, dass wir nun Vitalparameter messen und dann bei Visite weiteres Vorgehen besprochen wird. Herr B. lehnt die Medikamenteneinnahme ab, kann im Gespräch nicht überzeugt werden.	U.L.
Tag 2, 09.30 Uhr	Herr B. wirkt agitiert, klopft an die Tür und ruft.	U.L.
Tag 2, 10.30 Uhr	Herr B. wirkt agitiert, klopft an die Tür und ruft.	U.L.
Tag 2, 11.30 Uhr	Sicherheitszimmer mit 2 PP betreten, Essen abgeräumt. Gespräch bezüglich Medikamenteneinnahme geführt, Herr B. lehnt diese weiterhin ab, verbal aggressiv und schreit.	U.L.
Tag 2, 13.00 Uhr	Visite siehe Pflegeverlauf.	U.L.
Tag 2, 13.45 Uhr	Herr B. schreit und schlägt seinen Kopf immer wieder gegen die Wand.	U.L.
Tag 2, 14.00 Uhr	Zwangsmedikation siehe Pflegeverlauf.	U.L.
Tag 2, 14.20 Uhr	Herr B. schreit und schlägt seinen Kopf immer noch fest gegen die Wand. Reagiert auf verbale Kommunikation nicht.	U.L.
Tag 2, 14.40 Uhr	Zwangsmassnahme siehe Pflegeverlauf.	U.L.
Tag 2, 15.30 Uhr	Herr B. liegt auf Bett, schreit alle paar Minuten, wirkt etwas ruhiger.	U.L.
Tag 2, 15.50 Uhr	Versuch, ausstehende Medikation p. o. zu verabreichen, Herr B. lehnt diese ab. Wirkt agitiert.	L.K.



### 3.2.3 Aufenthaltsraum: Esszimmer

## Allgemeiner Stationsbesrieb

Wir befinden uns aktuell auf einer akupsykiatrischen Station für Erwachsene. Die Station verfügt über 20 bis max. 25 Betten, mit Ein- und Zweibettzimmern. Zusätzlich stehen drei Sicherheitszimmer für ein geschlossenes Setting mit Überwachungsmöglichkeit zur Verfügung.

Die Station wird offen und in seltenen Fällen, wenn es nicht anders möglich ist, geschlossen geführt.

<b>Anzahl Patient:innen, Geschlecht, Alter</b>	23 stationäre Patient:innen (sechs Frauen und 17 Männer). Das Altersspektrum liegt zwischen 20 bis 60 Jahren.
<b>Diagnosen</b>	Von den Patient:innen leiden: » neun Personen an affektiven Störungen, » sieben Personen an psychischen Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, » drei Personen an Schizophrenie und wahnhaften Störungen, » vier Personen an Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen. In den vergangenen Wochen gab es einen Suizidversuch.
<b>Tagesdienst-Besetzung</b>	Der Tagesdienst für heute ist wie folgt besetzt: » vier Pflegefachpersonen HF » eine Fachperson Gesundheit » eine Fachperson Gesundheit in Ausbildung

### Momentane Situation

Sie befinden sich aktuell im Esszimmer der Station. Es ist Mittwoch um ca. 12.00 Uhr und 16 Patient:innen werden für das Mittagessen im Esszimmer erwartet. Eine Fachfrau Gesundheit im ersten Ausbildungsjahr betreut momentan das Mittagessen, da die dipl. Pflegefachfrau HF ein Reservemedikament aushändigen muss.

An der Wand im Esszimmer ist der Wochenmenüplan aufgehängt.

### Geschehnisse

- » Vier Patient:innen spielen abseits des Esstischs ein Gesellschaftsspiel.
- » Drei Patient:innen essen im Zimmer.
- » Zwei Patient:innen essen später.
- » Sieben Patient:innen sitzen am Esstisch und konsumieren ihr Mittagessen.
- » Folgende Patient:innen sind im Esszimmer, haben das Essen aber abgelehnt / hatten keinen Hunger:  
Frau A. Hering, Herr G. Vogel, Herr L. Lang, Frau F. Reber.

# Hinweise zur Umsetzung und zum Material

Ort: Der Room of Horrors spielt auf einer psychiatrischen Akutstation für Erwachsene im Esszimmer.

## Vorbereitung Material (im Voraus):

- Stationsbeschrieb Psychiatrische Akutstation für Erwachsene, Esszimmer (beiliegende Vorlage ausdrucken, ggf. so viele Exemplare wie Gruppenteilnehmer:innen, die Blätter bleiben im Raum)
- Notiz des technischen Dienstes (Anhang 19) ausdrucken (wenn kein Notfallknopf vorhanden, kann Fehler weggelassen werden)
- Menüplan (Anhang 20) ausdrucken
- Essenskarte (Anhang 21) ausdrucken und zuschneiden
- Patient:innenkarten A, B, C, D, E, F, G, H (Anhang 18) ausdrucken und zuschneiden
- 6-7 x Teller, Messer, Gabel, Löffel, Teller, Gläser
- Gesellschaftsspiel (z. B. Jasskarten oder Eile mit Weile).
- Tonaufnahmen (Anhang 3 und 17). Pro Tonaufnahme ein Player/Tablet/Smartphone
- Alkoholflasche oder THC-Attrappe (z. B. grünes Gewürz in Plastiktüte)
- Putzwagen oder Putzchemikalien
- Blumendekoration (Weihnachtsstern, Alpenveilchen oder Amaryllis)
- Instruktionen und Debriefing-Leitfaden ausdrucken (z. H. der Moderatorin / des Moderators)
- .....
- .....
- .....
- .....

## Vorbereitung Raum (direkt vor der Durchführung):

- Stationsbeschrieb im Esszimmer auflegen
- Tisch für 6-7 Personen mit Geschirr decken. Die Patient:innenkarten A, B, C, D, E, F, G, H auf die gedeckten Teller verteilen. Zu beachten ist, dass die Patient:innenkarten A und B entweder gegenüber voneinander oder nebeneinander platziert werden. Tonaufnahme 17 liegt bei Patient:innenkarte D
- Gefährliches Küchenutensil (z. B. Messer) im Esszimmer platzieren (z. B. Küchenablage)
- In einer Ecke des Esszimmers oder auf der Seite des Esstisches ein Gesellschaftsspiel für 2-4 Patient:innen inszenieren (z. B. Jasskarten), die Tonbandaufnahme 3 daneben platzieren
- Alkoholflasche oder THC-Attrappe im Esszimmer verstecken (z. B. im Pflanzentopf, Küchenschrank)
- Notiz des technischen Dienstes ausfüllen und über Notfallknopf kleben

- Putzwagen oder Putzchemikalien im Küchen-/Essbereich platzieren
- Den Menüplan gut ersichtlich im Esszimmer auflegen
- Essenskarte im Mülleimer gut sichtbar platzieren
- Blumendekoration im Esszimmer aufstellen
- .....
- .....
- .....
- .....

## Eingebaute Fehler und Risiken

	<b>Art des Fehlers / der Gefahr nach WHO-Klassifikation</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Inszenierung</b>
1.	Patient:innenverhalten: selbstschädigend/suizidal	Besteck, Gläser und/oder Küchenmesser sind für alle Patient:innen zugänglich. Risiko für selbst- und/oder fremdgefährdendes Verhalten und/oder Suizidversuche.	Der Esstisch ist mit Besteck und Gläsern gedeckt. Ein Küchenmesser wird platziert, z. B. auf der Küchenablage, im Essenswagen.
2.	Patient:innenverhalten: Aggressivität	Die Tonaufnahme weist darauf hin, dass ein Patient beim Gesellschaftsspiel verliert. Es folgt eine verbale Auseinandersetzung. Risiko für Gewalteskalation.	Ein Gesellschaftsspiel wird an einem Tisch aufgebaut mit Spieler:innen: Patient:innenkarten B, C, D, E (Anhang 18). Daneben steht die Tonaufnahme (Anhang 3).
3.	Patient:innenverhalten: Medikamenten-/Drogen-Abusus	Verstecktes THC und/oder Alkohol ist ein Risiko für: (A) Nichteinhalten der Abstinenz bei Entzugsbehandlung, (B) körperliche und psychische Beeinträchtigung durch Konsum, (C) Triggern von Mitpatient:innen durch Vorhandensein von THC und Alkohol auf der Station.	Eine Alkoholflasche oder THC-Attrappe (z. B. grünes Gewürz in Plastiktüte) im Esszimmer verstecken, z. B. in einem Blumentopf oder in Küchenschränken.
4.	Patient:innenverhalten: Medikamenten-/Drogen-Abusus	Patient A mit Suchtproblematik (nur Ausgang mit Begleitung) sitzt am Esstisch neben Patient B mit Suchtproblematik (unbegleiteter Ausgang). Gefahr sich gegenseitig zum Konsum zu verleiten.	Patient:innenkarte A und B (Anhang 18) werden am Esstisch nebeneinander / gegenüber voneinander platziert.
5.	Patient:innenverhalten: Zwang, Selbstschädigung	Patientin F mit chronischer Schizophrenie konsumiert 1 l Wasser innerhalb von 15 Min. Risiko für hypotone Hyperhydratation.	Patient:innenkarte F (Anhang 18) wird am Esstisch platziert.
6.	Verhalten: Datenschutzverletzung	Essenskarte eines Patienten liegt im Abfalleimer. Risiko für Datenschutzverletzung.	Die Essenskarte (Anhang 21) wird gut sichtbar im allgemeinen Abfalleimer im Esszimmer platziert.
7.	Infrastruktur: defektes Notfallsystem	Notfallknopf im Esszimmer funktioniert nicht. Risiko für Gefährdung in Notfallsituationen.	Die Notiz des technischen Dienstes / Hauswarts (Anhang 19) an den Notfallknopf kleben.

8.	Infrastruktur: gefährdende Dekoration	Blumendekoration ist ein potenzielles Konsumrisiko, z. B. kann Konsum eines Weihnachtssterns zu Magen-Darm-Symptomen führen.	Blumen werden im Raum platziert.
9.	Medikament: unerwünschte Arzneimittelwirkung	Patient:in spritzt sich 30 Min. vor Mittagessen Novorapid, nimmt danach kein Essen ein. Gefahr für Hypoglykämie.	Fehler ist unter <i>Momentane Situation</i> im Stationsbescrieb und auf Patient:innenkarte H (Anhang 18) ersichtlich.
10.	Medikament: unerwünschte Arzneimittelwirkung	Patient D verschluckt sich mehrmals beim Essen und hustet. Der Patient nimmt die Medikamente Keppra und Urbanyl ein. Risiko für Arzneimittelnebenwirkung Schluckstörungen. Zentral wirksame Medikamente, wie u. a. Antiepileptika, Anticholinergika, Antidepressiva und Sedativa, können Dysphagie auslösen bzw. bestehende Schluckdefizite verstärken	Tonaufnahme wird neben Teller von Patient:innenkarte D (Anhang 17) mit Vermerk <i>Keppra- und Urbanyl-Einnahme</i> platziert.
11.	Patient:innenunfälle: Vergiftung durch chemische oder andere Substanzen	Putzwagen oder chemische Putzmittel stehen für alle zugänglich im Aufenthaltsraum. Risiko für Vergiftung durch chemische oder andere Substanzen.	Der Putzwagen steht im Aufenthaltsraum oder einzelne Putzmittel stehen z. B. auf der Küchenablage oder im Küchenschrank.
12.	Ressourcenmanagement: Verfügbarkeit/Ange messenheit Personal	FaGe im ersten Ausbildungsjahr beaufsichtigt das Mittagessen allein im Esszimmer. Unqualifiziert im Falle eines Notfalls, Gewalteskalation.	Fehler ist unter <i>Momentane Situation</i> im Stationsbescrieb zu erkennen.
13.	Ernährung: falsche Ernährung	Patientin C hat eine Tomatenallergie. Das Tagesmenü mit Fleisch ist mit Tomatenspaghetti. Risiko für allergische Reaktion.	Am Esstisch wird auf Teller die Patient:innenkarte C (Anhang 18) platziert. Wochen-Menüplan (Anhang 20) wird im Esszimmer aufgehängt.
14.	Alltagsabläufe: Risiko Patient:innenverwechslung	Zwei Patient:innen haben fast den gleichen Namen: Stucki, Simon und Stucki, Simone. Risiko für Patient:innenverwechslung.	Patient:innenkarten B und C (Anhang 18) werden am gedeckten Tisch platziert.



## Materialien

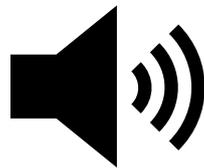
🔊 **Anhang 3: Tonaufnahme, Gesellschaftsspiel**

Download unter <https://patientensicherheit.ch/room-of-horrors-psychiatrie/>

🔊 **Anhang 17: Tonaufnahme, Patient:innensituation Essen**

Download unter <https://patientensicherheit.ch/room-of-horrors-psychiatrie/>

Das folgende Hinweisschild kann neben dem Abspielgerät platziert werden:



**Tonaufnahme verfügbar –  
bitte abspielen.**



## Anhang 18: Patient:innenkarten A, B, C, D, E, F, G, H

### Patient A

Name: Probst, Alfonso  
Geburtsdatum: 04.04.1950  
Ausgang/Aufenthalt: Nur unter Aufsicht  
Diagnosen: F11.2 Psychische & Verhaltensstörungen durch Opiode,  
mit Methadon therapiert  
Mittags-Medikamente: Paracetamol 500 mg, Lorazepam 1 mg  
Verhalten: Starkes Craving  
Menü/Allergien: Fleisch / keine Allergien

### Patient B

Name: Stucki, Simon  
Geburtsdatum: 07.08.1989  
Ausgang/Aufenthalt: Unbegleitet  
Diagnosen: F12.2 Psychische & Verhaltensstörungen durch Cannabinoide,  
aktuell ausschliesslich Psychotherapie  
Mittags-Medikamente: –  
Verhalten: Unauffällig  
Menü/Allergien: Vegi / keine Allergien



## Patientin C

Name: Stucki, Simone  
Geburtsdatum: 12.11.1979  
Ausgang/Aufenthalt: Unbegleitet  
Diagnosen: F32.2 schwere depressive Episode, Suizidversuch (vor 2 Wochen), mit Venlafaxin therapiert  
Mittags-Medikamente: –  
Verhalten: Verminderter Antrieb und Aufmerksamkeit  
Menü/Allergien: Fleisch / Tomatenallergie

## Patient D

Name: Da Silva, Albert  
Geburtsdatum: 06.08.1970  
Ausgang/Aufenthalt: Unbegleitet  
Diagnosen: Epilepsie, F32.1 mittelgradige depressive Episode, mit Levetiracetam und Clobazam therapiert  
Mittags-Medikamente: –  
Verhalten: Verminderter Antrieb  
Menü/Allergien: Fleisch / keine Allergien

## Patientin E

Name: Abbasi, Maya  
Geburtsdatum: 05.10.1987  
Ausgang/Aufenthalt: Unbegleitet  
Diagnosen: F31.0 Bipolare affektive Störung mit Lithium therapiert  
Mittags-Medikamente: –  
Verhalten: Manisch, selbstverletzendes Verhalten  
Menü/Allergien: Fleisch / keine Allergien



## Patientin F

Name: Moser, Heidi  
Geburtsdatum: 18.03.1983  
Ausgang/Aufenthalt: Begleitet  
Diagnosen: F20.0 chronische Schizophrenie mit Quetiapin therapiert  
Mittags-Medikamente: Temesta 1 mg  
Verhalten: Konsumierte 1l Wasser in 15 Min.  
Menü/Allergien: Fleisch / Birnenallergie

## Patient G

Name: Gerber, Jonas  
Geburtsdatum: 26.07.1990  
Ausgang/Aufenthalt: Unbegleitet  
Diagnosen: F60.31 Borderline-Typ, Aripiprazol gegen Wutanfälle  
Mittags-Medikamente: –  
Verhalten: Impulskontrollstörung, selbstverletzendes Verhalten  
Menü/Allergien: Fleisch / keine Allergien

## Patientin H

Name: Hering, Anna  
Geburtsdatum: 14.03.1973  
Ausgang/Aufenthalt: unbegleitet  
Diagnosen: F32.2 schwere depressive Episode, Diabetes mellitus Typ 1, mit Fluoxetin therapiert, Insulin Substitution  
Mittags-Medikamente: Novorapid sc um 11.30 Uhr injiziert  
Verhalten: Hat Kopfschmerzen und nimmt Mittagessen erst später zu sich  
Menü/Allergien: Fleisch / keine Allergien



# **Notfallschalter funktioniert nicht**

**(Hausdienst wurde am  
\_\_\_\_\_ informiert)**



## Anhang 20: Menüplan

WOCHEMENÜPLAN		
	Fleisch-Menü	Vegetarisches Menü 
<b>Montag</b>	Hacktätschli mit Bratensauce, Kartoffelstock und Rüebl-Erbsengemüse	Spargelwähe mit Sauerrahm und Rüebl-Erbsengemüse
<b>Dienstag</b>	Gegrillte Pouletbrust, Bärlauch Risotto und Blumenkohl	Bärlauch Risotto, Blumenkohl und gehobelter Parmesan
<b>Mittwoch</b>	Piccata vom Schweinerücken, Tomatenspaghetti und Zucchini	Chicorée Piccata, Tomatenspaghetti und Zucchini
<b>Donnerstag</b>	Trutengeschnetzeltes mit rotem Curry, Jasminreis und Wok Gemüse	Kichererbsen mit rotem Curry, Jasminreis und Wok Gemüse
<b>Freitag</b>	Saiblingsfilet mit Salzkartoffeln und Safran-Sauce	Kartoffelgratin Dauphinoise, Ratatouille
<b>Samstag</b>	Lasagne al Forno	Gemüse-Lasagne
<b>Sonntag</b>	Kalbshaxe Cremolata mit Safranreis und Zucchini mit Kräutern	Zucchini-Käse Cordon-bleu, Kohlrabi à la Crème und Grilltomate

## Anhang 21: Essenskarte

<b>Psychiatrische Akutstation für Erwachsene</b>		<b>Mittagessen</b>
Name: Vogel, Günter		900000000480
<b>Vollkost</b>		
A	1 Chicorée Piccata, Tomatenspaghetti und Zucchini	



## 3.3 Umsetzung für den Bereich Gerontopsychiatrie

### 3.3.1 Patient:innenzimmer: Fall Herr Hafner

#### Stammblatt

**Name:** Hafner      **Vorname:** Hansueli      **Geburtstag:** 26.09.1962

**Reanimationsstatus:**

**Ausgangs-/Aufenthaltsstatus:** Begleitet/Angehörige

**Suizidalität-Einschätzung:** Niedriges Risiko

**Fremdgefährdung:** Niedriges Risiko

**Rechtsstatus:** Freiwilliger Aufenthalt

**CAVE:** Keine bekannt

#### Diagnosen

- F10.4      Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom
- F03.9G V      Verdacht auf dementielle Entwicklung
- K74.2      Leberzirrhose ohne nähere Angaben
- F91      Störung des Sozialverhaltens
- F20.0      Paranoide Schizophrenie
- I11      Hypertensive Herzkrankheit
- N40.1      Benigne Prostatahyperplasie mit unteren Harnwegssymptomen, Dauerkatheterträger
- E11      Diabetes Mellitus Typ II
- D50.9      Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet

#### Aktuelle Situation

Eintritt aufgrund Verwahrlosung, wurde von der Polizei, eingeklinkt und verstuht, in der Stadt aufgegriffen. Desorientiert zu Zeit und Situation. Herr H. äussert, dass er in den letzten drei Monaten 6 kg abgenommen habe und es gemerkt habe, da seine Hose zu gross sei. Letzter stationärer Aufenthalt im März 2024.

#### Psychopathologischer Befund

**Äusseres Erscheinungsbild:** Verwahrlost. Kleider sind dreckig und riechen stark. Er hat fettige Haare, ist un-rasirt und hat Dreck unter den Fingernägeln.

**Bewusstsein und Orientierung:** Bei der Untersuchung war Herr Hafner bewusstseinsgestört im Sinne einer Bewusstseinsminderung, dabei desorientiert zu Zeit und Situation. Paranoide Wahnvorstellung, akustische und optische Sinnestäuschungen sind nicht abschliessend auszuschliessen.

**Denken:** Folgende Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen waren nachweisbar: Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis und Auffassung. Formales Denken auffällig mit Verlangsamung, Umständlichkeit und Perseveration.



**Affektivität:** Affektivität gestört, gedrückte Stimmung, dabei innerlich unruhig und Insuffizienzgefühle. Sozialer Rückzug und Vernachlässigung der Körperhygiene, Antrieb reduziert.

**Krankheitseinsicht und -motivation:** Keine Krankheitseinsicht.

**Soziale Situation:** Herr Hafner ist geschieden und hat keinen Kontakt zu seinen zwei Kindern. Er ist arbeitslos und bezieht eine Vollrente. Er wohnt in einer 1.5-Zimmer-Wohnung in der Nähe des Bahnhofs. Die Wohnung ist verwahrlost. Er ging bis vor wenigen Wochen zweimal pro Woche in die psychiatrische Tagesklinik.

### Procedere

- » Stabilisierung Allgemeinzustand inkl. Alkoholentzug
- » Abklärung Anschlusslösung

### Medikamente

Medikamente fix:	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
Alfuzosin 10 mg Retard Tbl p. o.	1	0	0	0
Clopin Eco Tbl 100 mg p. o.	0	0	1	0
Becozym forte Drg p. o.	1	0	0	0
Vitamin B1 Streuli Tbl 300 mg p. o.	1	0	0	0
Metformin Tbl 1000 mg p. o.	1	1	1	0
Pantoprazol Tbl 20 mg p. o. 7.00 Uhr	1	0	0	0
Perindopril – Amlodipin Tbl 10 mg/10 mg p. o., 07.00 Uhr	1	0	0	0
Resource Drink Protein Stk p. o. 200 ml	1	0	1	0

### Medikamente in Reserve

Entzug / Unruhe	Temesta 2.5 mg p. o. Schmelztbl max. 4 x / 24 Std
Wahnideen	Haldol Trpf 2 mg/ml p. o., 10 Trpf max. 3 x / 24 h

### Verordnung an die Pflege

Blutdruck (mmHg) / Puls	1 x / Tag
Temperatur (°C)	1 x / Tag
Blutzucker	1 x / Tag
Gewicht (kg)	1 x / Woche
Kost	Diabeteskost
Mobilität	Geht an Rollator
Katheter	Wechsel 1 x / Monat im Spital



## Kurve

Parameter	Tag 5		Tag 6	
	Morgen	Abend	Morgen	Abend
Grösse (cm)				
Gewicht (kg)	53			
BMI (kg/m <sup>2</sup> )				
Temperatur (°C)	36.8		36.4	
Blutdruck (mmHg)	168/92		158/95	
Puls	94	93	94	
Stuhlgang		Ja		Ja
Blutzucker (mmol/l)		11.8		
Dauerkatheter (ml)		1200		Bisher 3500

## Pflegediagnosen

	Diagnose	Risikofaktoren / Beeinflussende Faktoren	Ziel	Massnahmen
1	Veränderte Denkprozesse	Langjähriger C2-Abusus, psychische Erkrankung	Herr H. zeigt Veränderungen der Lebensweise Herr H. erkennt den Einfluss von Alkohol auf sein Denkvermögen	Mit Herrn H. Tagesstruktur erarbeiten Totale Alkoholabstinenz Edukation Umgang Entzugssymptome
2	Selbstversorgungsdefizit Körperpflege	Psychische Erkrankung	Herr H. pflegt seinen Körper und seine äussere Erscheinung gemäss Ressourcen	Morgens Zeit für Körperpflege vereinbaren Herrn H. bei der Körperpflege durch verbale Anleitung unterstützen, bei Bedarf Bewegungen führen
3	Mangelernährung	Hoher unbeabsichtigter Gewichtsverlust, BMI 15.8	Gewicht wird stabilisiert, im Verlauf des Aufenthaltes Gewichtszunahme	Zwischenmahlzeiten bestellen Herr H. zum Essen motivieren Essprotokoll führen



## Pflegeverlauf

Datum	Zeit	Thema	Pflegeverlauf
Tag 5	09.00	Körperpflege	Herr H. äussert eine mässige Nacht gehabt zu haben. Körperpflege mit Unterstützung durchgeführt, Herr H. wollte nur Gesicht und Intimbereich waschen.
	13.00	Routineverlauf Frühdienst	Herr H. wirkt ruhig und hält sich mehrheitlich im Zimmer. Urin unauffällig, 650ml abgeleert.
	18.25	Verhalten	Herr H. verbringt den Abend im Akutbereich, war mehrheitlich im Zimmer. Meldet sich bei Bedarf. Gut führbar.
Tag 6	06.15	Routineverlauf Nacht	Herr H. war bei erster Runde noch wach, äussert nichts zu brauchen. Später in der Nacht noch Temesta 2.5 mg erhalten, da er recht unruhig war und wiederholt in andere Zimmer ging.
	08.00	Körperpflege	Herr H. lässt keine Körperpflege zu, will diese später verrichten. Urinbeutel geleert (1000 ml). Auf Wunsch grosse Wasserflasche gebracht. Herr H. äussert gegenüber FaGe in Ausbildung, sie sei sehr hübsch und er wolle sie gerne heiraten
	10.00	Verhalten	FaGe in Ausbildung bezieht Bett frisch. Patient wirkt angespannt und läuft immer wieder im Zimmer auf und ab, Reserve verabreicht. Äussert, sonst nichts zu benötigen.
	15.30	Verhalten	Herr H. war am Nachmittag haftend und desorientiert. Er wollte ständig ins Zimmer eines Mitpatienten. Herr H. hatte später Besuch von seiner Mutter. Nach dem Besuch wirkt Herr H. viel ruhiger. Patient äussert, Übelkeit zu haben, hat deshalb kein Mittagessen zu sich genommen. Urinbeutel geleert (1550 ml).
	17.30	Verhalten	Herr H. möchte sein Abendessen im Zimmer einnehmen. FaGe in Ausbildung bringt Herrn H. Abendessen und auf Wunsch zwei grosse Flaschen Wasser ins Zimmer. Pat. ist desorientiert und äussert, dass er sie heiraten wolle, und streicht ihr mit der Hand über den Oberarm.
	19.00	Körperpflege	Herr H. äussert, er wolle die Abendtoilette später durchführen, jetzt sei er noch wach. Urinbeutel geleert (950 ml).

# Hinweise zur Umsetzung und zum Material

Ort: Der Room of Horrors spielt auf einer Abteilung der Gerontopsychiatrie in einem Patient:innenzimmer.

## Vorbereitung Material (im Voraus):

- Patient:innenfall: Gerontopsychiatrie im Patient:innenzimmer (beiliegende Vorlage ausdrucken, ggf. so viele Exemplare wie Gruppenteilnehmer:innen, die Blätter bleiben im Raum)
- Medikamentenbecher und Deckel beschriften mit *Herr H. Hafner*, Inhalt 5 ml Flüssigkeit (z. B. Wasser)
- Essprotokoll (Anhang 22) ausdrucken
- Laborwerte (Anhang 23) ausdrucken
- Blasenkatheterbeutel, Flüssigkeit für Kunsturin (z. B. Kamillentee), Halter für Befestigung von Katheter
- Instruktionen und Debriefing-Leitfaden ausdrucken (z. H. der Moderatorin / des Moderators)
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

## Vorbereitung Raum (direkt vor der Durchführung):

- Laborwerte dem Patient:innendossier beilegen
- Essprotokoll dem Patient:innendossier beilegen
- Patient:innenfall im Patient:innenzimmer platzieren
- Medikamentenbecher inkl. beschriftetem Deckel und Inhalt auf Nachttisch platzieren
- Blasenkatheter über Blasenniveau platzieren
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

## Eingebaute Fehler und Risiken

	<b>Art des Fehlers / der Gefahr nach WHO-Klassifikation</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Inszenierung</b>
1.	Medikation: falsche Dosierung	Anstatt verordneten Haldol Trpf 10 mg wurden 10 ml abgegeben. Risiko für Medikamentenüberdosierung.	Fehler ist unter <i>Medikamente</i> im Patient:innendossier sowie an auf Nachttisch platziertem Medikamentenbecher zu erkennen.
2.	Klinische Prozesse: nicht durchgeführt trotz Indikation	Der Patient mit Diabetes Mellitus klagt über Nausea, hat erhöhtes Durstgefühl und Polyurie. Blutzucker am Tag 5 war erhöht, keine Massnahmen oder Nachkontrolle erfolgt. Keine Blutzuckermessung am Tag 6 dokumentiert. Risiko für hyperglykämische Entgleisung mit potenziellen Folgekomplikationen.	Fehler ist unter <i>Pflegeverlauf</i> (Symptome) und <i>Kurve</i> (fehlender Blutzuckerwert) im Patient:innendossier zu erkennen.
3.	Medikation: Kontraindikation	Patient hat Delir aufgrund Alkoholabusus sowie Leberzirrhose. Dennoch wird Metformin verordnet. Risiko: Laktatazidose.	Fehler ist unter <i>Diagnosen</i> und <i>Medikamente</i> im Patient:innendossier zu erkennen.
4.	Klinische Prozesse: fehlende Laboruntersuchungen	Patient hat Clopin verschrieben. Nach stabiler Situation über 12 Monate besteht immer noch die Notwendigkeit einer Laborkontrolle mind. einmal pro Monat. Risiko: Agranulozytose.	Fehler ist unter <i>Medikamente</i> und <i>Laborwerte</i> (Anhang 23) im Patient:innendossier zu erkennen.
5.	Patient:innenverhalten: Distanzlosigkeit	Patient äussert gegenüber FaGe in Ausbildung mehrmals, dass er sie heiraten möchte und berührt diese am Arm. Risiko: Distanzlosigkeit und Grenzüberschreitung gegenüber Personal.	Fehler ist unter <i>Pflegeverlauf</i> im Patient:innendossier zu erkennen.
6.	Organisation: nicht adäquate Aufgabenverteilung	FaGe in Ausbildung findet sich in Situation von Distanzlosigkeit wieder. Risiko: Gefährdung einer nicht ausgebildeten Person.	Fehler ist unter <i>Pflegeverlauf</i> im Patient:innendossier zu erkennen.
7.	Klinischer Prozess: nicht adäquate Platzierung Blasen Katheterbeutel	Blasen Katheterbeutel über Blasen-niveau ist ein Risiko für A) Harn-rückstau sowie B) Harnwegsinfekt.	Ein Blasen Katheter mit Kunst-urin (z. B. Kamillentee) wird über Blasen-niveau, z. B. am Stuhl oder Rollator, angebracht.

8.	Klinischer Prozess: Behandlung nicht adäquat	Laborwerte weisen auf Harnwegsinfekt hin, es wurden keine Massnahmen ergriffen. Risiko für fehlende adäquate Behandlung.	Fehler ist unter <i>Laborwerte</i> (Anhang 23) im Patient:innendossier zu erkennen.
9.	Dokumentation: falsche Angabe im Essprotokoll	Patient äussert, wegen Nausea kein Mittagessen zu sich genommen zu haben. Im Essprotokoll ist eine ganze Portion dokumentiert. Risiko: nicht adäquate Behandlung der Mangelernährung.	Fehler ist unter <i>Pflegeverlauf</i> im Patient:innendossier und im Essprotokoll (Anhang 22) zu erkennen.
10.	Dokumentation: fehlendes Assessment	Der Patient wurde unter anderem aufgrund eines Alkoholzugs hospitalisiert. In der Dokumentation ist kein Alkoholzugsassessment ersichtlich. Fraglich, ob Entzugsmedikation in Reserve ausreicht oder fixe Medikation angezeigt wäre. Risiko für nicht adäquate Behandlung.	Fehler ist unter <i>Medikamente</i> im Patient:innendossier ersichtlich.

## Zusatzfehler und -risiken

	<b>Art des Fehlers / der Gefahr nach WHO-Klassifikation</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Inszenierung</b>
<b>a.</b>	Patient:innenunfälle: Gefahr für Stürze	Rollator steht ungebremst im Zimmer.	Rollator nicht arretieren.
<b>b.</b>	Dokumentation: Verordnungen unvollständig	Reanimationsstatus ist nicht verordnet.	Fehler ist unter <i>Stammbblatt</i> im Patient:innendossier zu erkennen.
<b>c.</b>	Patient:innenverhalten: Medikamenten/Drogen-Abusus	Der Patient mit Delir aufgrund Alkoholabusus sowie Leberzirrhose hat Alkohol im Zimmer. Risiko für Nicht-Einhalten der Alkoholabstizienz und negativen Behandlungsverlauf.	Leere Alkoholflasche / Flachmann im Patient:innenzimmer verstecken.
<b>d.</b>	Alltagsabläufe: Eintrittskontrolle nicht adäquat durchgeführt	Alkohol wurde bei Eintritt nicht gefunden und somit ist anzunehmen, dass keine ausreichende Kontrolle vorhanden war.	Leere Alkoholflasche / Flachmann im Patient:innenzimmer verstecken.
<b>e.</b>	Alltagsabläufe: nicht adäquat durchgeführt	Der Patient kann sich bei Bedarf nicht über Rufglocke melden.	Patient:innenrufglocke ist nicht korrekt installiert (z. B. nicht eingesteckt).
<b>f.</b>	Patient:innenverhalten: Verwahrlosung	Gebrauchte Einlage im Patient:innenzimmer deutet auf Risiko für Verwahrlosung hin.	Verschmutzte Einlage (z. B. braune Kreide) wird in Zimmer/ Bad platziert.
<b>g.</b>	Ernährung: nicht adäquate Ernährung	Bei Patient mit Diabetes Mellitus befinden sich im Mülleimer leere Schokoladenverpackungen / Basler Lächerli. Risiko für Hyperglykämie.	Im Mülleimer im Patient:innenzimmer sind z. B. mehrere leere Schokoladenverpackungen / Basler Lächerli zu finden.
<b>h.</b>	Ernährung: nicht adäquate Ernährung	Bei Patient mit Alkoholabusus befindet sich im Mülleimer eine leere Packung Basler Lächerli. Risiko für versteckten/unbeabsichtigten Alkoholkonsum (Kirschwasser).	Im Mülleimer im Patient:innenzimmer wird eine leere Packung Basler Lächerli platziert.



# Materialien

## Anhang 22: Essprotokoll

### Patient:innenendaten

Name: Hafner

Vorname: Hansueli

Geburtstag: 26.09.1962

Datum	Mahlzeit	(Fast) nichts	Wenig	Die Hälfte	Fast alles	Alles	Visum
Tag 5	Frühstück						
	Mittagessen						
	Abendessen			X			L.O.
	Sonstiges						
Tag 6	Frühstück			X			A.G.
	Mittagessen					X	A.G.
	Abendessen				X		L.O.
	Sonstiges						
	Frühstück						
	Mittagessen						
	Abendessen						
	Sonstiges						
	Frühstück						
	Mittagessen						
	Abendessen						
	Sonstiges						



## Anhang 23: Laborwerte

Pat.: <b>Hafner Hansueli</b>			Geb.Dat.: <b>26.09.1962, M</b>						
Fall-Nr.: <b>27344</b>									
<b>Kumulativbefund</b>									
Auftragsnummer		10072412			10072424				
Probenentnahmedatum		15.03.2024			Tag 2				
Probenentnahmezeit		07:00			06:11				
Datum		15. Mar			Tag 2				
Zeit				14:27		13:01			
<b>D3 Archiv</b>									
* externer Befund *				[d3]					
		Referenzbereich		Einheit					
<b>Hämatologie</b>									
Leukozyten [ZLM]	4.0-10.0	G/l	5.0						
Erythrozyten [ZLM]	4.6-6.4	T/l	<b>3.7↓</b>	4.4↓					
Hämoglobin [ZLM]	140-180	g/l	<b>126↓</b>	136↓					
Hämatokrit [ZLM]	0.40-0.54	l/l	<b>0.37↓</b>	0.40					
MCV [ZLM]	80-95	fl	<b>101↑</b>	92					
MCH [ZLM]	27-31	pg	<b>34↑</b>	31					
MCHC [ZLM]	310-360	g/l	338	339					
Thrombozyten [ZLM]	150-300	G/l	<b>106↓</b>	217					
Neutrophile % [ZLM]	25.0-78.0	%	<b>81.3↑</b>						
Eosinophile [ZLM]	<8.0	%	0.0						
Basophile [ZLM]	<2.0	%	0.9						
Lymphozyten [ZLM]	20.0-52.0	%	<b>5.8↓</b>						
Monozyten [ZLM]	2.0-12.0	%	12.0						
<b>Chemie</b>									
TSH [ZLM]	0.25-4.00	mIU/l	<b>9.33↑</b>	1.38					
Natrium [ZLM]	136-145	mmol/l	140						
Kalium [ZLM]	3.5-5.1	mmol/l	3.5						
Calcium gesamt [ZLM]	2.00-2.60	mmol/l	2.13	2.48					
Albumin [ZLM]	34-48	g/l	34.5	43.7					
Glucose [ZLM]	3.9-5.6	mmol/l	<b>8.2↑</b>						
Kreatinin [ZLM]	<115	µmol/l	72						
GFR(CKD-EPI)	>60	ml/min/1.	>90						



<b>GGT [ZLM]</b>	<65	U/l	<b>269↑</b>	103↑					
<b>ALAT (GPT) [ZLM]</b>	<55	U/l	<b>73↑</b>						
Creatinkinase [ZLM]	<170	U/l	92	78					
<b>CRP Serum [ZLM]</b>	<8	mg/l	<b>40↑</b>	9↑					

<b>Urinstatus</b>									
Uringewinnung [ZLM]			MST						
Spez.Gewicht [ZLM]	1.010-1.030	kg/l	1.020						
pH [ZLM]	5-8		7.6						
Leukozyten pro ul [ZLM]			pos.						
Nitrit [ZLM]			pos.						
Protein g/l [ZLM]			pos.						
Glucose g/l [ZLM]			(+)						
Keton [ZLM]			(-)						
Urobilinogen mg/dl [ZLM]			3+						
Bilirubin i.U. [ZLM]			neg.						
Hämoglobin Ery/ul [ZLM]			neg.						

<b>Drogen</b>									
Opiate [ZLM]			neg.						
Kokain [ZLM]			neg.						
Cannabis [ZLM]			neg.						
Benzodiazepin [ZLM]			pos.*						
Amphetamine [ZLM]			neg.						
Kreatinin [ZLM]	>10	mg/dl	135						



### 3.3.2 Aufenthaltsraum: Esszimmer

## Allgemeiner Stationsbesrieb

Wir befinden uns aktuell auf einer gerontopsychiatrischen Station. Die Station verfügt über max. 25 Betten, mit Einbett- und Zweibettzimmern. Die Station wird geschlossen geführt.

<b>Anzahl Patient:innen, Geschlecht, Alter</b>	22 stationäre Patient:innen (dreizehn Frauen und neun Männer). Das Altersspektrum liegt zwischen 59 bis 87 Jahren.
<b>Diagnosen</b>	Von den 22 Patient:innen leiden: » zwei Personen an psychischer Verhaltensstörung durch Sedativa, Hypnotika oder Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, » fünf Personen an paranoider Schizophrenie, katatoner Schizophrenie, schizoaffektiven Störungen, » vier Personen an schwerer depressiver Episode, psychotischen Symptomen » zwei Personen an rezidivierender depressiver Störung, » zwei Personen an organischer affektiver Störung, » drei Personen an bipolarer affektiver Störung, » zwei Personen an emotionaler instabiler Persönlichkeitsstörung: impulsiver Typ, » zwei Personen an Demenz bei Alzheimer-Krankheit.
<b>Tagesdienst-Besetzung</b>	Der Tagesdienst für heute ist wie folgt besetzt: » eine Stv. Stationsleitung Pflege HF » zwei Pflegefachperson HF » zwei Fachpersonen Gesundheit » eine Fachfrau Gesundheit in Ausbildung

### Momentane Situation

Sie befinden sich aktuell im Esszimmer der Station. Es ist ca. 10.30 Uhr nach dem Frühstück und es befinden sich noch sechs Patient:innen im Raum. Eine Fachfrau Gesundheit in Ausbildung betreut den Raum.

### Geschehnisse

- » Vier Patient:innen sitzen am Esstisch und frühstücken noch.
- » Ein Patient liest Zeitung am Frühstückstisch.
- » Eine Patientin ist mit dem Frühstück fertig und trinkt noch ihren Kaffee.
- » Eine Fachfrau Gesundheit in Ausbildung räumt den Frühstückstisch ab und reinigt einen freigewordenen Platz am Tisch.
- » Ein Ergotherapeut in Ausbildung kommt und möchte die Patientin abholen, welche noch den Kaffee fertig trinkt. Diese wurde heute Morgen vorinformiert, dass die Therapie um 10:30 Uhr (wie jeden Tag) stattfindet. Trotzdem wehrt sie sich dagegen, gibt Rückenschmerzen an und sagt, sie könne nicht arbeiten, wird verbal aggressiv und es kommt zu einer Auseinandersetzung mit einer Mitpatientin.

# Hinweise zur Umsetzung und zum Material

Ort: Der Room of Horrors spielt im Esszimmer einer gerontopsychiatrischen Station.

## Vorbereitung Material (im Voraus):

- Stationsbeschreibung: Gerontopsychiatrie im Esszimmer (beiliegende Vorlage ausdrucken, ggf. so viele Exemplare wie Gruppenteilnehmer:innen, die Blätter bleiben im Raum)
- Notiz des technischen Dienstes (Anhang 26) ausdrucken
- Essenskarte (Anhang 27) ausdrucken
- Patient:innenkarten A, B, C, D, E, F (Anhang 25) ausdrucken
- Rollator bereitstellen
- 6-7x Teller, Messer, Gabel, Löffel, Teller, Gläser, Brotmesser, etc. bereitstellen
- Zeitung bereitstellen
- Tonaufnahme (Anhang 24) herunterladen, Player/Tablet/Smartphone bereitstellen
- Alkoholflasche oder Medikamenten-Attrappe (z. B. tic tac) bereitstellen
- Putzwagen oder Putzchemikalien bereitstellen
- Blasenkatheterbeutel, Flüssigkeit für künstlichen Urin (z. B. Kamillentee), Halter für Befestigung an Rollator bereitstellen
- Erdbeerjoghurt bereitstellen
- Blumendekoration (Weihnachtsstern, Alpenveilchen, oder Amaryllis) bereitstellen
- Wasserglas bereitstellen
- Medikamententableau und 6 Medikamentendispenser entsprechend Namen Patient:innenkarten beschriften und mit diversen Medikamenten befüllen, für Herrn Yilmaz, Mehmet Movicol richten
- Instruktionen und Debriefing-Leitfaden ausdrucken (z. H. der Moderatorin / des Moderators)
- .....
- .....
- .....

## Vorbereitung Raum (direkt vor der Durchführung):

- Stationsbeschreibung im Esszimmer auflegen
- Tisch für 6 Personen decken mit Teller, Messer, Gabel, Löffel, Glas, etc., die Patient:innenkarten A, B, C, D, E, F auf die gedeckten Teller verteilen; zu beachten ist, dass die Patient:innenkarte A am Tischrand, neben einem ungebremsten Rollator, platziert wird
- Notiz des technischen Dienstes ausfüllen und über Notfallknopf kleben

- Essenskarte im Mülleimer gut sichtbar platziert
- Gefährliches Küchenutensil (z. B. Brotmesser) im Esszimmer platzieren (z. B. Küchenablage)
- Tonbandaufnahme neben Patient:innenkarten D und B platzieren
- Wasser auf Boden ausleeren und Glas danebenlegen
- Alkoholflasche oder Medikament im Esszimmer verstecken, z. B. im Pflanzentopf, Küchenschrank
- Befüllten Blasen Katheterbeutel an Rollator hängen (über Blaseniveau)
- Putzwagen oder Putzchemikalien im Küchen-/Essbereich platzieren
- Medikamententableau mit gerichteten Medikamentendispensern für alle erreichbar auf dem Esstisch platzieren
- Blumendekoration im Esszimmer aufstellen
- .....
- .....
- .....

## Eingebaute Fehler und Risiken

	<b>Art des Fehlers / der Gefahr nach WHO-Klassifikation</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Inszenierung</b>
1.	Alltagsabläufe: Risiko selbstschädigendes/suizidales/fremdgefährdendes Verhalten	Besteck, Gläser und/oder Küchenmesser sind für alle Patient:innen zugänglich. Risiko für selbstschädigendes, suizidales, fremdgefährdendes Verhalten.	Der Esstisch ist mit Besteck und Gläsern gedeckt. Ein Brotmesser wird ebenfalls platziert, z. B. auf Küchenablage.
2.	Patient:innenunfälle: Gefahr für Stürze	Rollator steht ungebremst neben dem Esszimmertisch. Risiko für Sturzgefahr.	Rollator ist nicht arretiert neben Esszimmertisch.
3.	Patient:innenunfälle: Gefahr für Stürze	Boden ist nass durch ausgeleertes Getränk. Risiko für Sturzgefahr.	Glas am Boden mit ausgeleerter Flüssigkeit.
4.	Patient:innenverhalten: Medikamenten-/Drogen-Abusus	Versteckte Drogen oder Medikamente sind ein Risiko für (A) Nichteinhalten der Abstinenz bei Entzugsbehandlung, (B) körperliche und psychische Beeinträchtigung durch Konsum, (C) Triggern von Mitpatient:innen durch Vorhandensein von Alkohol auf der Station.	Alkoholfflasche/Medikament wird im Esszimmer versteckt, z. B. in einem Blumentopf oder im Küchenschrank.
5.	Verhalten: Datenschutzverletzung	Essenskarte eines Patienten liegt im Abfalleimer. Risiko für Datenschutzverletzung.	Die Essenskarte (Anhang 27) wird gut sichtbar im allgemeinen Abfalleimer im Esszimmer platziert.
6.	Patient:innenunfälle: Vergiftung durch chemische oder andere Substanzen	Putzwagen / chemisches Putzmittel steht für alle zugänglich im Esszimmer. Risiko für Vergiftung durch chemische oder andere Substanzen.	Der Putzwagen steht am Rand des Esszimmers / einzelne Putzmittel stehen z. B. auf der Küchenablage oder im Küchenschrank.
7.	Ressourcenmanagement: Angemessenheit Personal	Die Tonaufnahme weist darauf hin, dass ein Ergotherapeut in Ausbildung eine Patientin für die Therapiesitzung abholen möchte. Die Patientin lehnt Therapie ab und wird verbal aggressiv. Risiko Überforderung nicht ausgebildeter Mitarbeitenden.	Neben der Patient:innenkarte D (Anhang 25) steht Tonaufnahme (Anhang 24).
8.	Patient:innenverhalten: Aggression	Die Tonaufnahme weist auf eine verbale Auseinandersetzung zwischen Patientin und Mitpatient hin. Risiko für Gewalteskalation.	Tonaufnahme (Anhang 24) auf Esstisch platziert.

9.	Ressourcenmanagement: Verfügbarkeit/Ange messenheit Personal	FaGe in Ausbildung beaufsichtigt allein das Frühstück im Esszimmer. Risiko für nicht adäquate Reaktion im Falle eines Notfalls, Gewalteskalation.	Fehler ist unter <i>Momentane Situation</i> im Stationsbescrieb zu erkennen.
10.	Infrastruktur: defektes Notfallsystem	Notfallknopf im Esszimmer funktioniert nicht. Risiko für Gefährdung in Notfallsituationen.	Notiz des technischen Dienstes / Hauswarts (Anhang 26) an den Notfallknopf kleben.
11.	Klinischer Prozess: nicht adäquate Platzierung Blasen katheterbeutel	Blasen katheterbeutel über Blasen niveau ist ein Risiko für A) Harn rückstau sowie B) Harnwegsinfekt.	Ein Blasen katheterbeutel mit künstlichem Urin (z. B. Kamillente e) wird am Rollator über Blasen niveau angebracht.
12.	Ernährung: falsche Ernährung	Patient B erhält trotz bekannter Erdbeerallergie ein Erdbe erjoghurt.	Patient:innenkarte B (Anhang 25) und ein Erdbe erjoghurt werden am gedeckten Esstisch platziert.
13.	Alltagsabläufe: Risiko Patient:innenverwechslung	Zwei Patient:innen haben identischen Jahrgang und Nachnamen. Risiko für Patient:innenverwechslung.	Patient:innenkarten B und C (Anhang 25) werden auf gedeckten Tisch platziert.
14.	Medikation: Kontraindikation	Für Patient E ist aufgrund von Obstipation ein Movicol gerichtet. Risiko für inadäquate Medikation aufgrund niedriger Flüssigkeitsaufnahme.	Patient:innenkarte E (Anhang 25) auf gedecktem Tisch platzieren. Movicol ist im entsprechenden Medikamentendispenser auf Tisch.
15.	Mitarbeitendenverhalten: unangemessener Umgang mit Medikamenten	Medikamententablett steht kurz unbeaufsichtigt im Esszimmer. Risiko für A) Medikamenteneinnahme, -vertausch, oder -entwendung durch Patient:innen, B) Datenschutzverletzung.	Medikamententablett mit sechs Medikamentendispensern wird auf Esstisch für alle erreichbar platziert.
16.	Infrastruktur: gefährden de Dekoration	Die Blumendekoration ist ein potenzielles Konsumrisiko. Z. B. kann Konsum von Weihnachtsstern zu Magen-Darm-Symptomen führen.	Blumen werden im Raum platziert.

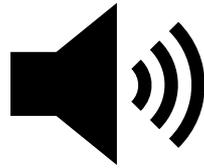


## Materialien

### **Anhang 24: Tonaufnahme, Ergotherapie**

Download unter <https://patientensicherheit.ch/room-of-horrors-psychiatrie/>

Das folgende Hinweisschild kann neben dem Abspielgerät platziert werden:



**Tonaufnahme verfügbar –  
bitte abspielen.**



## Anhang 25: Patient:innenkarten A, B, C, D, E, F

### Patientin A

Name: Tanner, Rosalie  
Geburtsdatum: 23.06.1952  
Ausgang/Aufenthalt: Nur mit Begleitung  
Diagnosen: F33.1: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode; chronische Katheterisierung  
Verhalten: Angepasst  
Menü/Allergien: Fleisch

### Patientin B

Name: Stalder, Maria  
Geburtsdatum: 17.11.1943  
Ausgang/Aufenthalt: Kein Ausgang  
Diagnosen: F20.0: Paranoide Schizophrenie  
Verhalten: Angepasst  
Menü/Allergien: Fleisch / Erdbeerallergie

### Patientin C

Name: Stalder, Rosa  
Geburtsdatum: 04.02.1943  
Ausgang/Aufenthalt: Nur mit Begleitung  
Diagnosen: F00: Demenz bei Alzheimer-Krankheit  
Verhalten: Fluktuierend  
Menü/Allergien: Vegi



## Patientin D

Name: Schmitt, Ingrid  
Geburtsdatum: 01.05.1964  
Ausgang/Aufenthalt: Kein Ausgang  
Diagnosen: F60.30: Emotionale instabile Persönlichkeitsstörung: impulsiver Typ  
Verhalten: Fluktuierend  
Menü/Allergien: Fleisch

## Patient E

Name: Yilmaz, Mehmet  
Geburtsdatum: 26.07.1956  
Ausgang/Aufenthalt: Nur mit Begleitung  
Diagnosen: F33.1: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode  
Verhalten: Trinkt sehr wenig, angepasst  
Menü/Allergien: Fleisch / Kiwiallergie

## Patient F

Name: Russo, Giuseppe  
Geburtsdatum: 31.05.1959  
Ausgang/Aufenthalt: Kein Ausgang  
Diagnosen: F20.0: Paranoide Schizophrenie  
Verhalten: Angepasst  
Menü/Allergien: Vegi



## Anhang 26: Störungsschild

**Notfallschalter  
funktioniert nicht**

**(Hausdienst wurde am  
\_\_\_\_\_ informiert)**

## Anhang 27: Essenskarte

<b>Psychiatrische Akutstation für Erwachsene</b> Name: Vogel, Günter	<b>Mittagessen</b> 900000000480
<b>Vollkost</b>	
A	1 Chicorée Piccata, Tomatenspaghetti und Zucchetti

# 4

## **Raumübergreifende Hilfsmittel für die Umsetzung**



## 4.2 Instruktion für Teilnehmende

Checkliste für die verantwortliche Person. Folgende Informationen sollten die Teilnehmenden vor der Fehlersuche im Room of Horrors erhalten (*kursive Informationen falls zutreffend*):

<b>Generelle Instruktion zu Beginn des Trainings (5-10 Minuten)</b>	
Worum geht es?	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Im Gesundheitswesen kommt es täglich beinahe oder tatsächlich zu Fehlern und Patient:innen sind diversen Risiken ausgesetzt. Dies gilt auch für Psychiatrien. Um Patient:innen möglichst sicher zu betreuen, müssen diese Fehler und Risiken möglichst vermieden, oder zumindest rechtzeitig entdeckt werden.</li> <li>» Der Room of Horrors ist ein Simulationstraining, bei dem Fachpersonen geschult werden, auf Fehler und Risiken für die Patient:innensicherheit aufmerksam zu werden. Die Beobachtungsfähigkeit im realen Arbeitsumfeld wird trainiert und das Bewusstsein für konkrete Sicherheitsrisiken geschärft.</li> </ul>
Wo spielt der Room of Horrors?	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Stellt euch vor, in eurem Arbeitsalltag in der Psychiatrie sind gerade verschiedene Dinge im Gange. Dann wird auf einmal Pause gedrückt und alles steht still.</li> <li>» Der Room of Horrors spielt in unserer Psychiatrie in folgenden Räumen: ... In diesen Räumen sind tatsächliche Fehler, aber auch Risiken versteckt.</li> </ul>
Was ist euer Auftrag?	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Ihr sucht alle Fehler und Risiken für die Patient:innensicherheit. Die meisten Fehler sind anhand eines ausführlichen fiktiven Patient:innenfalls zu finden, andere Risiken befinden sich in der nahen Umgebung.</li> <li>» Der Room of Horrors ist ein spielerisches Training, keine Prüfung.</li> <li>» Ihr habt für die Fehlersuche ... Minuten Zeit pro Raum.</li> <li>» Dann geht ihr zum nächsten Raum. Der Raumwechsel wird angekündigt.</li> <li>» Ihr besucht den Raum in einer Gruppe. Ob und wie ihr euch als Gruppe organisiert, ist völlig frei.</li> <li>» In einigen Räumen sind Tonaufnahmen vorhanden, um das Szenario realistischer darzustellen. Ihr könnt diese Tonaufnahme so oft abspielen, wie ihr möchtet. Die Tonaufnahmen sind mit einem Lautsprechersymbol gekennzeichnet.</li> </ul>
Materialien und Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Für die Fehlersuche erhaltet ihr alle je folgende Materialien: Stift und ggf. Clipboard, Fehlererfassungsblätter.</li> <li>» Jede:r von euch notiert die gefundenen Fehler auf einem eigenen, anonymen Fehlererfassungsblatt. Für jeden Raum wird ein separates Fehlererfassungsblatt ausgefüllt.</li> </ul>
Bei mehreren Durchgängen resp. mehreren Gruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>» <i>Bitte korrigiert keine Fehler. Lasst alles, wie es ist oder richtet den Raum wieder so ein, wie ihr ihn für die Fehlersuche vorgefunden habt.</i></li> <li>» <i>Eure Kolleg:innen, die den Room of Horrors nach euch besuchen, sollen möglichst unvoreingenommen sein. Verratet ihnen deshalb nicht, welche Fehler versteckt sind.</i></li> </ul>
Debriefing	Wir treffen uns ... (Zeitpunkt, Ort) zu einem Debriefing, bei dem alle Fehler und Risiken aufgelöst und diskutiert werden.
<b>Kurzorientierung in jedem Raum (1 Minute pro Raum)</b> (damit ermöglichen Sie den Teilnehmenden eine rasche Orientierung und mehr Zeit für die Fehlersuche)	
Wo spielt der Patient:innenfall?	» In diesem Bereich (zeigen) spielt der Patient:innenfall. Er ist in der Geschichte beschrieben (Blatt zeigen).
Wo im Raum sind Dinge inszeniert?	» In diesem Bereich (zeigen) sind noch weitere Dinge im Gange. Die anderen Bereiche sind nicht Gegenstand des Trainings.



## 4.4 Debriefing-Leitfaden

### Teil 1: Standard-Debriefing

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

<b>Einstieg</b> Ziel: Eis brechen, Selbsteinschätzung einholen 2 Minuten	Moderation: Bringen Sie einen ersten Austausch in Gang. Beispielsweise mit folgender Einstiegsfrage: » Wie ist es euch im Raum ergangen – konntet ihr die versteckten Fehler und Risiken leicht finden?
<b>Auflösung</b> Ziel: Fehler auflösen 5-10 Minuten pro Raum	Moderation: Lösen Sie gemeinsam mit den Teilnehmenden die Fehler/Risiken auf, die im Raum versteckt waren. Ergänzen Sie jeweils, weshalb etwas ein Fehler oder eine Gefahr ist. » Welche Fehler/Risiken habt ihr im Raum gefunden? Lösen Sie dann die restlichen, noch nicht genannten Fehler/Risiken auf. Anschliessend können Sie z. B. die folgenden Fragen diskutieren: » Welche Fehler/Risiken wurden von vielen/allen entdeckt? » Welche Fehler/Risiken habt ihr <i>nicht</i> entdeckt?
<b>Auswertung</b> 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 der Patient:innen darstellt? Oder wurde an den entsprechenden Stellen gar nicht gesucht? Mögliche Fragen für die Diskussion: » Seid ihr überrascht, welche Fehler/Risiken nicht gefunden wurden? Warum seid ihr überrascht? » Was denkt ihr, weshalb diese Fehler/Risiken unentdeckt geblieben sind?
<b>Abschluss</b> Ziel: Take-Home-Message für den Alltag festhalten 3 Minuten	Moderation: Schlagen Sie mit den Teilnehmenden gedanklich einen Bogen vom Erlebten zum Alltag. » Was nehmt ihr aus der Fehlersuche im Room of Horrors mit für den Alltag (nennt einen Punkt)?

## Teil 2: Optionale Erweiterung für ausführlichere Debriefings

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

<p><b>Vertiefung Option 1</b></p> <p>Ziel: Bewusstsein für mögliche Fehler und Risiken 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"><li>» Welche Fehler und Risiken sind für euch besonders relevant?</li><li>» Weshalb sind sie aus eurer Sicht so bedeutsam? Sind diese Fehler/Risiken im Alltag besonders häufig? Sind sie besonders gefährlich für die Patient:innen?</li><li>» Welche zusätzlichen Fehler/Risiken hättet ihr eingebaut?</li></ul>
<p><b>Vertiefung Option 2</b></p> <p>Ziel: Gefahrenpotenzial einordnen, eigenes Verhalten in einer vergleichbaren Situation reflektieren</p>	<p>Moderation: Wählen Sie ein Thema bzw. einen 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"><li>» Was sind mögliche Konsequenzen für Patient:innen, wenn der Fehler/das Risiko nicht entdeckt wird?</li><li>» Was würdet ihr tun, wenn so etwas im Alltag passiert?</li><li>» Mit welchen Massnahmen könnte der Fehler/das Risiko verhindert werden?</li></ul>
<p><b>Vertiefung Option 3</b></p> <p>Ziel: Situationsbewusstsein stärken</p>	<p>Moderation: Regen Sie einen Austausch darüber an, wie erkannt werden kann, wo Risiken für die Patient:innensicherheit lauern können.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>» Wie seid ihr bei der Fehlersuche vorgegangen? Worauf habt ihr speziell geachtet? (z. B. falsche Ausführung, unnötige Massnahme, etwas wurde vergessen etc.)</li><li>» Woran habt ihr gemerkt, dass es sich um einen Fehler/ein Risiko handelt?</li><li>» Habt ihr euch bei der Fehlersuche mit den Kolleg:innen ausgetauscht? Konntet ihr von deren Sichtweise profitieren?</li><li>» Was müsste man allgemein tun, um Fehler/Risiken in einem Raum erkennen zu können?</li></ul>

# Literatur

- 1 James KL, Barlow D, McCartney R, *et al.* Incidence, type and causes of dispensing errors: a review of the literature. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2009;17:9–30. doi: 10.1211/ijpp/17.1.0004
- 2 Knudsen P, Herborg H, Mortensen AR, *et al.* Preventing medication errors in community pharmacy: frequency and seriousness of medication errors. *Qual Saf Health Care*. 2007;16:291–6. doi: 10.1136/qshc.2006.018770
- 3 Adie K, Fois RA, McLachlan AJ, *et al.* The nature, severity and causes of medication incidents from an Australian community pharmacy incident reporting system: The QUMwatch study. *Br J Clin Pharmacol*. 2021;87:4809–22. doi: 10.1111/bcp.14924
- 4 Schulz CM, Endsley MR, Kochs EF, *et al.* Situation Awareness in Anesthesia. *Anesthesiology*. 2013;118:729–42. doi: 10.1097/ALN.0b013e318280a40f
- 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. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004621
- 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. doi: 10.12788/jhm.2761
- 7 Gregory A, Hogg G, Ker J. Innovative teaching in situational awareness. *Clin Teach*. 2015;12:331–5. doi: 10.1111/tct.12310
- 8 Käppeli A. Patientensicherheit – Lustvoll lernen im «Raum des Horrors». *Competence*. 2018;1–2.
- 9 Lea Brühwiler, Katrin Gehring. Interaktives Lernen im Room of Horrors. Manual für Offizinapotheken. Zürich 2022.
- 10 Zimmermann C, Schwappach D. Interaktives Lernen im Room of Horrors. Manual für Spitäler. Zürich 2019.
- 11 Gehring K, Niederhauser A, Schwappach D. Interaktives Lernen im Room of Horrors. Manual für Hausarzt- und Kinderarztpraxen. Zürich 2021.
- 12 Niederhauser A, Gehring K, Schwappach D. Interaktives Lernen im Room of Horrors. Manual für Alters- und Pflegeheime. Zürich 2021.
- 13 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. doi: 10.1513/AnnalsATS.201610-773OC
- 14 Zimmermann C, Fridrich A, Schwappach DLB. Training Situational Awareness for Patient Safety in a Room of Horrors. *J Patient Saf*. 2021;17:e1026–33. doi: 10.1097/PTS.0000000000000806

- 15 Piot M-A, Dechartres A, Attoe C, *et al.* Effectiveness of simulation in psychiatry for nursing students, nurses and nurse practitioners: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2022;78:332–47. doi: 10.1111/jan.14986
- 16 Susanne Karner, Francesca Warnecke. *Simultatives Lernen im Room of Horrors.* Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH 2023.
- 17 Younes N, Delaunay AL, Roger M, *et al.* Evaluating the effectiveness of a single-day simulation-based program in psychiatry for medical students: a controlled study. *BMC Med Educ.* 2021;21:348. doi: 10.1186/s12909-021-02708-6
- 18 Saunders A, Vega MO, Ianelli H, *et al.* Evaluating the impact of simulation-based mental health training on self-efficacy: a retrospective data analysis. *International Journal of Healthcare Simulation.* 2021;1: 3–10. doi: 10.54531/XRRK9799
- 19 Marcussen M, Nørgaard B, Borgnakke K, *et al.* Improved patient-reported outcomes after interprofessional training in mental health: a nonrandomized intervention study. *BMC Psychiatry.* 2020;20:236. doi: 10.1186/s12888-020-02616-x
- 20 Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, *et al.* More Than One Way to Debrief. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare.* 2016;11:209–17. doi: 10.1097/SIH.0000000000000148
- 21 Fanning RM, Gaba DM. The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare.* 2007;2:115–25. doi: 10.1097/SIH.0b013e3180315539
- 22 Rudolph JW, Simon R, Rivard P, *et al.* Debriefing with Good Judgment: Combining Rigorous Feedback with Genuine Inquiry. *Anesthesiol Clin.* 2007;25:361–76. doi: 10.1016/j.anclin.2007.03.007