



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera



«Wie können wir die Sicherheitskultur verbessern?»

12. April 2024

Health Insurance Days

Dr. Annemarie Fridrich

Geschäftsleiterin

Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Stiftung Patientensicherheit Schweiz (SPS)

- **Setzt sich seit 20 Jahren systematisch für die Förderung der Patient:innensicherheit im Schweizer Gesundheitswesen ein**

- **Kernaufgaben:**
 - Identifikation und Analyse von Sicherheitsrisiken für Patient:innen
 - Entwicklung und Pilotierung von Massnahmen zu deren Reduktion
 - Verbreitung und Implementierung von Expertise und Wissen
 - Kooperation mit nationalen und internationalen Partner:innen

- **Weitere Informationen unter: www.patientensicherheit.ch**

Sicherheitskultur – Just Culture

Sicherheitskultur

Menschen machen Fehler. Den Handelnden ist bewusst, dass Fehler passieren. Sie fragen, wo und warum Fehler geschehen und wie diese verhindert werden können. Damit tragen sie aktiv dazu bei, Risiken entgegenzuwirken und Schäden zu vermeiden.

Just Culture

In einer Just Culture, oft als Gerechtigkeitskultur übersetzt, besteht eine Atmosphäre des Vertrauens. Eine Just Culture schafft ein Umfeld, in dem sich die Menschen so sicher fühlen, dass sie sicherheitsrelevante Fehler und Bedenken melden.

«Wie können wir die Sicherheitskultur verbessern?»



- **Identifikation und Analyse von Sicherheitsrisiken für Patient:innen**
 - CIRNET, CIRS und Never Events
 - PatBox.ch
- **Entwicklung und Pilotierung von Massnahmen zu deren Reduktion**
 - Checkliste Sichere Chirurgie
 - Room of Horrors
- **Verbreitung und Implementierung von Expertise und Wissen**
 - Aktionswoche Patientensicherheit

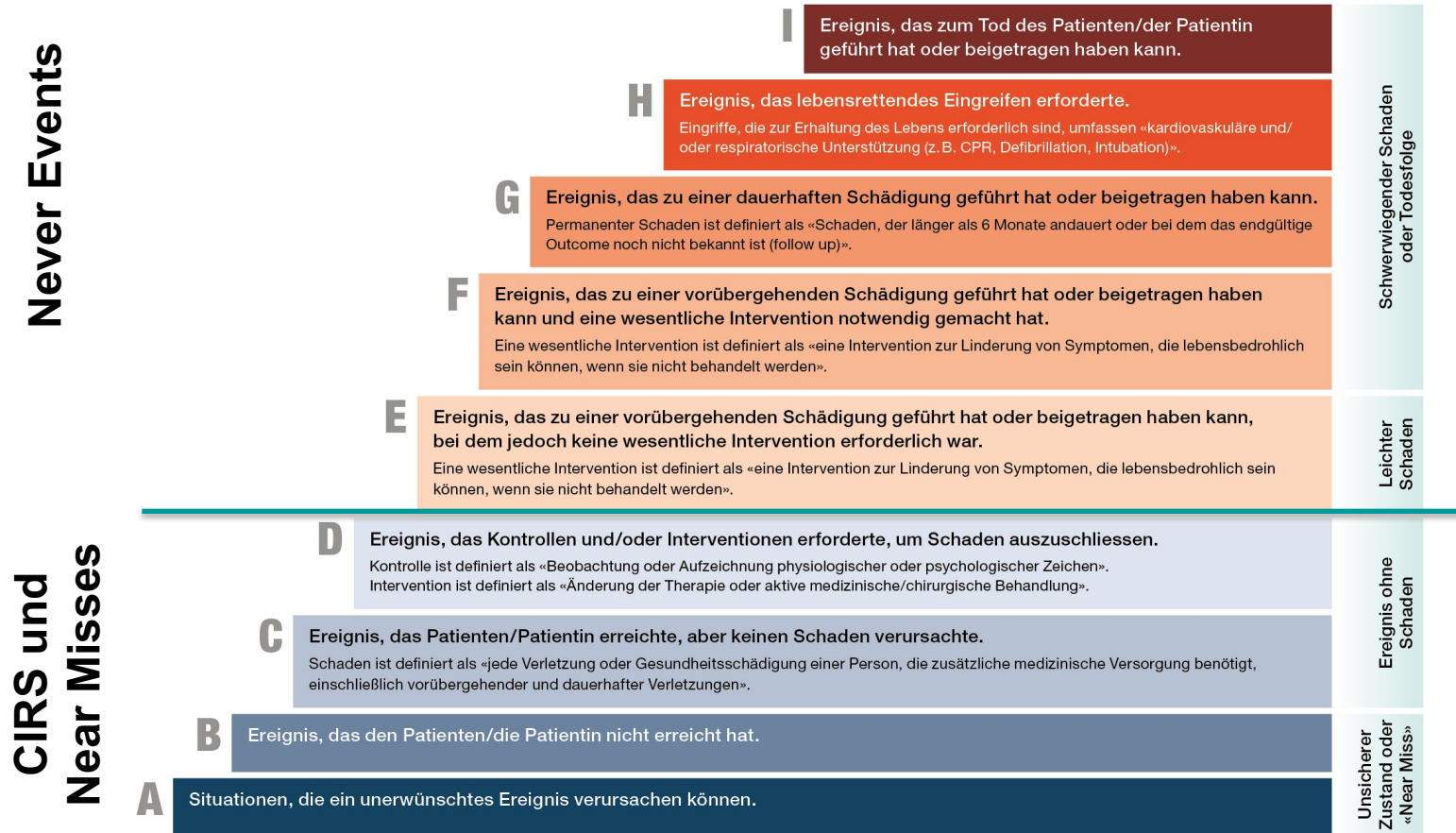
Nationales Grundlagenprogramm



[Zur Projekt-Website](#)

Never Events und CIRRNET-Netzwerk
NGP «Risikomonitoring und -reduktion»

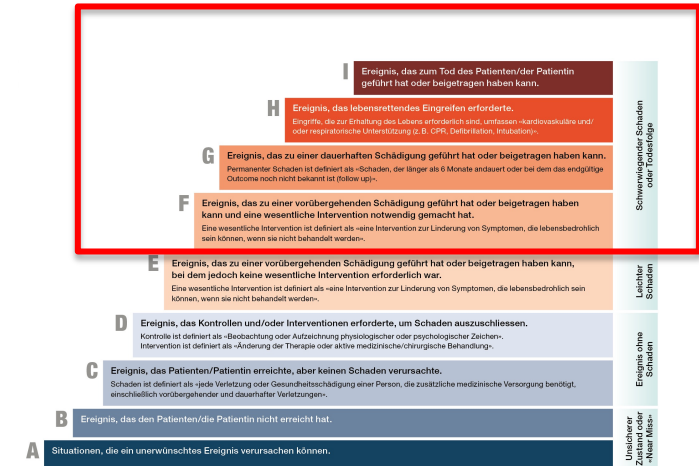
Vermeidbare, unerwünschte Ereignisse



Modifiziert n. «NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors.» 2001 National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention.

Never Events sind ...

- klar identifizierbare,
- schwerwiegende Ereignisse
- im Zusammenhang mit der klinischen Behandlung¹,
- die zu Patient:innenschädigungen² geführt haben und
- durch Systemdesign und/oder gezielte Präventionsmassnahmen³ vermeidbar sind.



¹ Als «klinische Behandlung» gelten alle diagnostischen, therapeutischen oder sonstigen Massnahmen im Rahmen der gesamten Patientenversorgung, unabhängig von der Berufsgruppe der durchführenden Person(en).

² Gemäss der modifizierten NCC MERP-Tabelle mindestens Kategorie F (bzw. höher)

³ Zu Grunde gelegt werden dabei Präventionsmassnahmen, Sicherheitsregeln und sicherheitsrelevante Anpassungen des Systemdesigns, die zum Zeitpunkt des Ereignisses als wirksam, mit vertretbarem Aufwand umsetzbar und allgemein bekannt betrachtet werden.

Never-Event-Liste Schweiz – Beispiel Eingriffsverwechslung

Oberbegriff	Event(s)
1 Interventionen	Eingriffsverwechslung
Definition	<p>Verwechslung im Rahmen der Durchführung einer Intervention*</p> <p>a) Durchführung einer Intervention am falschen Eingriffsort Jede Art von Intervention, die am falschen Körperteil, dem falschen Organ oder dem falschen Teilbereich des vorgesehenen Eingriffsortes durchgeführt wurde.</p> <p>b) Durchführung einer Intervention bei falscher Patientin/falschem Patienten Jede Art von Patientenverwechslung, die nicht vor dem Beginn der Massnahmen erkannt wurde.</p> <p>c) Irrtümliche Durchführung einer Intervention in nicht vorgesehener Technik/Methode Jede Art von Intervention, die irrtümlich nicht in der vorgesehenen Technik durchgeführt wurde.</p> <p><small>* Kriterien für ein schwerwiegendes Ereignis, bzw. eine Patientenschädigung gelten als erfüllt, wenn ein Eingriff definitiv begonnen wurde (z. B. durch Hautschnitt an einer nicht vorgesehenen Körperstelle) oder eine nicht vorgesehene/geplante relevante Begleitmassnahme (Anästhesieverfahren, Sedierung etc.) durchgeführt wurde.</small></p>
Beispiele	<p>a) Durchführung einer Intervention am falschen Eingriffsort</p> <ul style="list-style-type: none"> – Seitenverwechslung an Extremitäten, paarig angeordneten Organen (Lungen, Nieren, Eierstöcke etc.) oder Zugangsweg zum Eingriffsort an falscher Seite (z. B. bei Craniotomie) – Intervention am falschen Organ oder Körperteil (z. B. Blinddarm- anstelle Gallenblasenentfernung, Hüft- anstelle Knieoperation) – Intervention am falschen Teilbereich des vorgesehenen Eingriffsortes (z. B. Operation am falschen Abschnitt des Dickdarms, Wirbelsäulen- oder Bandscheibenoperation am falschen Segment) <p>b) Durchführung einer Intervention beim falschen Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> – Patientenverwechslung, die erst nach Beginn des Eingriffes (z. B. nach Hautschnitt) und der begleitenden Massnahmen (z. B. nach Narkoseeinleitung) bemerkt wurde <p>c) Irrtümliche Durchführung einer Intervention in nicht vorgesehener Technik/Methode</p> <ul style="list-style-type: none"> – Irrtümliche* Durchführung einer falschen Operationsmethode (z. B. konventionell anstatt minimal invasiv) – Irrtümliche* Durchführung einer falschen klinisch relevanten Begleitmassnahme, die für die Intervention erforderlich ist (z. B. Allgemein- anstatt Regionalanästhesie) <p><small>* Als nicht "irrtümlich" gelten alle medizinisch notwendig gewordenen Anpassungen von ursprünglichen Behandlungsplänen (z. B. bewusst vorgenommene Änderung eines operativen Zugangsweges).</small></p>

Never-Event-Empfehlungen

Empfehlung 1: Interne Anwendung in den Spitälern

Never-Event-Definition und Never-Event-Liste werden in Spitälern/Spitalgruppen intern eingesetzt. Dazu gehört:

- Etablierung eines internen Meldeweges
- Never Events dienen der Priorisierung von Risikobewältigungsmassnahmen
- Never Events lösen Fall-Analysen aus

Empfehlung 2: Freiwillige Teilnahme an einem Never-Event-Netzwerk

Hauptzweck des Netzwerks soll eine zentrale und möglichst umfassende Registrierung von Never Events in der Schweiz sein.

- Einrichtung eines Never Event-Registers für die Schweiz
- Mitwirkung von Spitälern und Spitalgruppen ist empfohlen



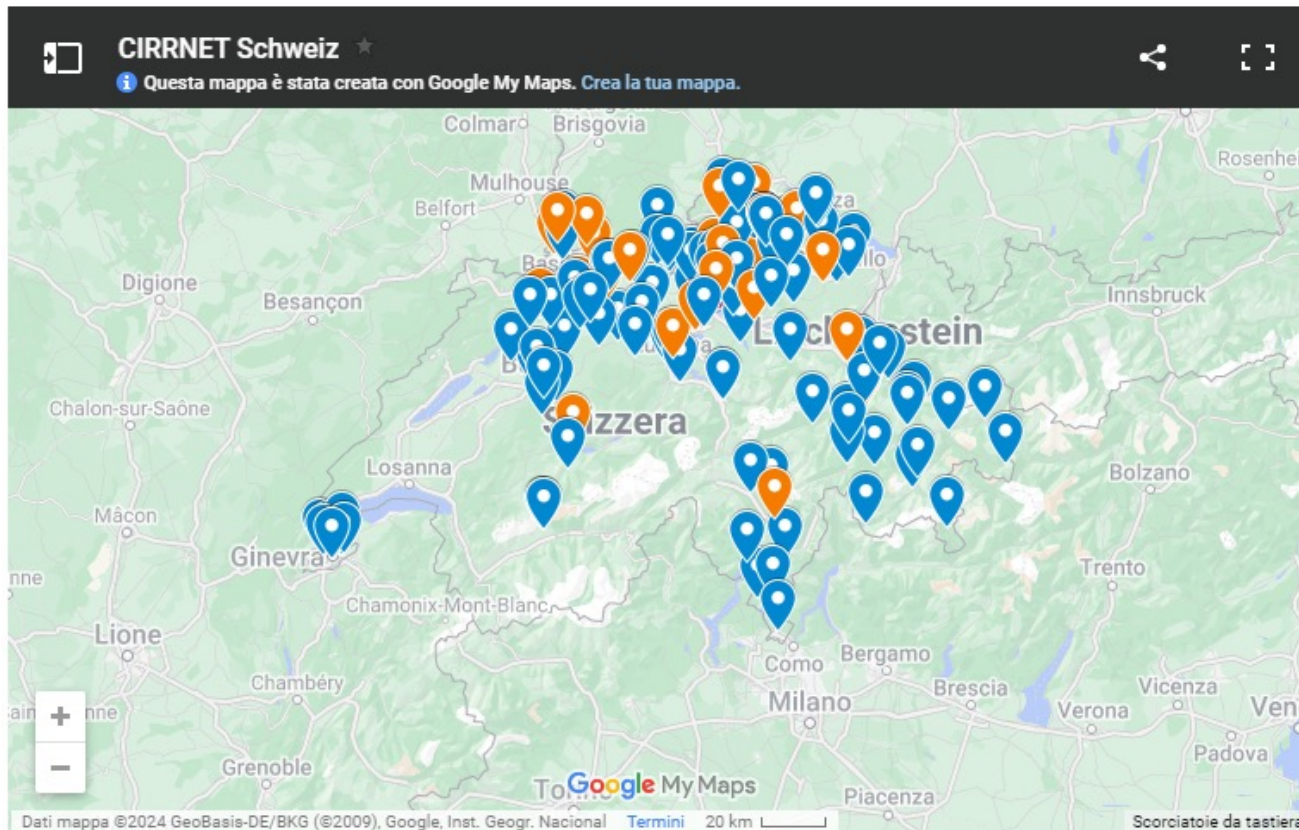
CIRS und CIRS Kultur

- **Critical Incidence Reporting System**
- Fakultative Meldung von «near misses» (Kategorien A-D)
- Berichterstattung mit integrierten Aktions- und Präventionsplänen
- Förderung einer Kultur zu dem konstruktiven Umgang mit Fehlern und Risiken
- Beteiligung der Mitarbeitenden sicherstellen
- Lernen mit anderen teilen



Nationales Fehlermeldesystem CIRRNET

- Aktuell beteiligen sich 85 Institutionen mit ihren 141 Standorten am CIRRNET




CIRRNET

Tätigkeiten und Publikationen

- [Quick-Alert®](#)
Identifizierung von nationalen Themen und Entwicklung von Handlungsempfehlungen
- [Quick-Info](#)
Eine Auswahl von Fällen, die von den teilnehmenden Organisationen weitergeleitet wurden
- [CIRRNET- Events](#)
und Konferenzen: Austausch von Erfahrungen und Wissen (z. B. Incident Talk)
- [CIRS Ambulant](#)
speziell für ambulante Leistungserbringer

Finanzierung durch EQK und CIRRNET-Krankenhäuser

Quick-Alert® | Nr. 47 (V1) | 17.01.2019

Quick-Alert® 

CIRRNET® patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera

Nr. 47(V1)

«VERANTWORTUNG FÜR DIE KORREKTE HANDHABUNG VON ZENTRALVENÖSEN KATHETERN (ZVK)»

Der Stiftung Patientensicherheit Schweiz gemeldete Berichte:

Fall 1

«Ich hatte am Morgen den 10.10.18 einen Patienten auf die Abteilung verlegt mit einem 3 Lumen ZVK welcher am Vortag eingelegt wurde. Dieser Pat. hat eine Polytox-Vergangenheit und daher sehr schlechte Venenverhältnisse. Der Pat. verschlechterte sich auf der Abteilung mit den O2-Werten so dass er wieder zu uns kommen musste. Als ich den ZVK ansah, war das Mediale Lumen komplett verklebt und zugeknötet. Der CA hat dies auch gleich bemerkt. Wir haben die Pflege von der Abteilung darauf angesprochen, welche meinte, wir sollen uns an den AA wenden, sie habe lediglich die Verordnung ausgeführt. Die Stationsleitung hat die Hwile-

von uns Kenntnis im Bezug auf die Handhabung. Wurde als ganz normaler ZVK gehandhabt. Es wurden BE über das System gemacht und Infusionen infundiert. Auf Verordnung des AA/DA sollte dann der Volumen Katheter MAC Katheter durch die Pflege gezogen werden. Ich habe dies dann abgeklärt und von der Interdisziplinären Intensivstation erfahren, das diese Art von Katheter von einem Arzt mit Erfahrung gezogen werden muss, wegen der hohen Blutungsgefahr. Auf MEHREREN telefonischen Anfragen AA/ OA/ DA Chirurgie/ Anästhesie hat sich niemand zuständig gefühlt und niemand sich bereit erklärt den Katheter zu ziehen. Schlussendlich hat die Anästhesie den Katheter gezogen.»

zuständigen Pflegefachfrau nach, ob dies so in Ordnung sei und diese schickte sie wieder zurück um die Infusionen ohne Portusoren wieder anzuhängen an den ZVK. Dies machte sie und zum Glück waren noch alle Lumen durchgängig!»

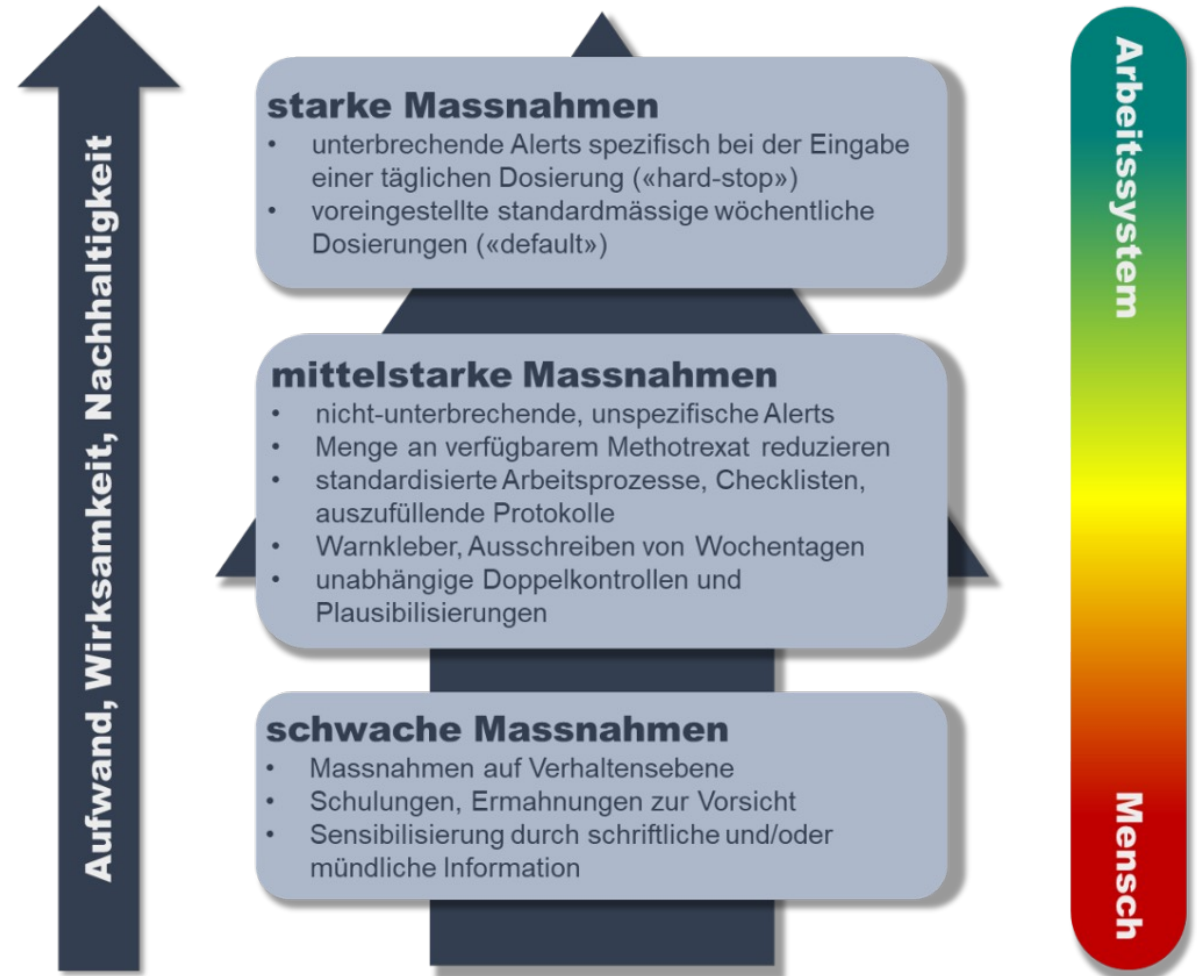
Fall 4

«Patientin mit 3-Lumigen zentralen Venenkatheter hat am Freitagabend auf Verordnung der Ärztin PALL-Filter am Infusionsblock erhalten. Ärztin «montierte» den ersten Filter selber und bat dann, dass die Pflege die restlichen zwei Filter anbringt. Die zuständige Pflegenden kannte diese Filter nicht und holte eine andere

Quick Alerts – Beispiel Methotrexat

Menschen mit entzündlichen Erkrankungen werden oft mit Methotrexat behandelt. Bei dieser Indikation wird es – anders als bei Krebserkrankungen – nur einmal in der Woche angewandt, was eine eher unübliche Dosierungsfrequenz ist.

Gerade wegen dieser unüblichen wöchentlichen Dosierungsfrequenz passiert es immer wieder, dass Methotrexat fälschlicherweise jeden Tag statt jede Woche eingenommen wird. Eine solche Überdosierung kann gravierende gesundheitliche Folgen haben oder sogar tödlich sein.



Quick Alerts – Beispiel Vincristin

Über 100 Fälle sind bekannt, in denen Vincristin fälschlicherweise intrathekal appliziert wurde. Eine Grosszahl der Fälle hatte einen letalen Ausgang.

Verschiedene Einflussfaktoren spielen bei diesen Ereignissen eine Rolle. Im Zentrum steht jedoch immer die Verwechslung der Vincristin-Applikation mit einer intrathekalen Therapie.



DIE WICHTIGSTE EMPFEHLUNG

Bereiten Sie Vincristin immer in Infusionsbeuteln von mindestens 50ml Volumen zu.

Die Verwendung von Infusionsbeuteln ist wirksam, da Infusionsbeutel weniger leicht mit Spritzen zur intrathekalen Gabe verwechselt werden und da es unplausibel ist, ein so grosses Volumen intrathekal zu applizieren.



PatBox.ch

Die Meldeplattform für
Patient:innen und Angehörige



[Zur Projekt-Website](#)

**PatBox.ch –
die Meldeplattform für Patient:innen und Angehörige**

PatBox.ch



- **CIRS für Patient:innen**, um zusätzliche Informationen und Hinweise zu patient:innensicherheitsrelevanten Themen zu erhalten
- online seit dem 11. September 2023; Startfinanzierung durch die EQK
- von Patientensicherheit Schweiz und der Patientenorganisation SPO **gemeinsam** entwickelt
- Meldungen direkt via Online-Formular (D / F / I); grundsätzlich anonym mit optionaler Beratungsmöglichkeit durch die SPO

Meldeformular

Das Ereignis

Was ist passiert? Bitte schildern Sie uns den Vorfall in Ihren eigenen Worten. *

Worauf möchten Sie hinweisen?

Falls etwas bereits vorgefallen ist: Wann ist es passiert? *

Wo hat dieses Ereignis stattgefunden? *

Haben Sie dieses Ereignis der entsprechenden Organisation / Institution / Praxis gemeldet? *

Wie und was können wir daraus lernen?

• Wie ist es dazu gekommen
• Welche Folgen hat das Ereignis?

Etwas, was bereits vorgefallen ist

Etwas, was vorfallen wird

PatBox.ch

Was kann gemeldet werden?


- Alle Erfahrungen oder Vorfälle, bei denen Patient:innen oder Angehörige das Gefühl hatten, dass eine Behandlung fehlerhaft war.
- Der Fehler muss nicht unbedingt passiert sein – es kann sich auch um Situationen handeln, in denen der Fehler noch abwendbar war.






Was geschieht mit den Berichten?

- Die Berichte werden von der SPS anonymisiert und kategorisiert.
- Ziel ist es, die Ergebnisse weiter zu verbreiten. Zum Beispiel in Form von Informationsmaterial: Empfehlungen für Leistungserbringer und für Patient:innen; Schulungen für Angehörige der Gesundheitsberufe.

PatBox.ch News Nr.1

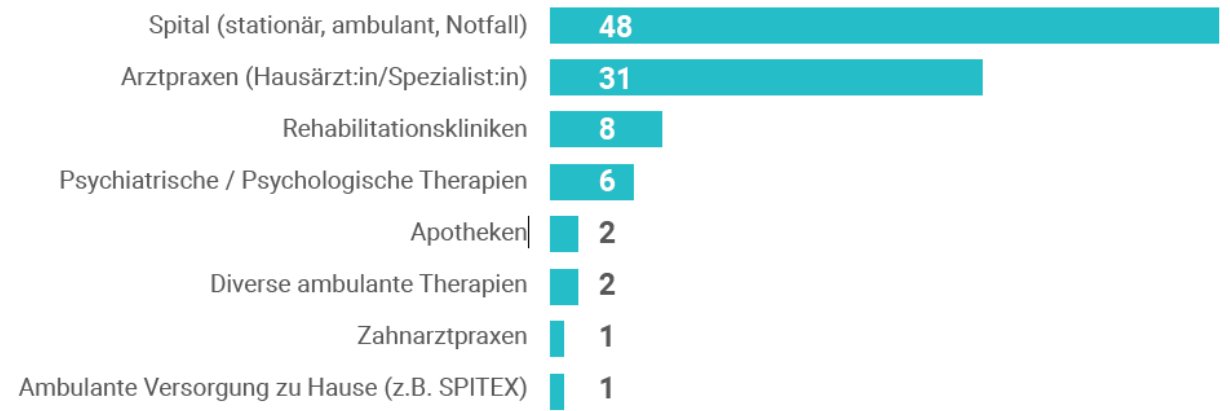
 PatBox.ch | NEWS NR. 1

PatBox.ch ist die neue Meldeplattform für Patient:innen und Angehörige, auf der konkrete Vorfälle oder persönliche Erlebnisse gemeldet werden können. Die Plattform wird von der Schweizerischen Patientenorganisation SPO und der Stiftung Patientensicherheit Schweiz gemeinsam betrieben und soll die Stimme von Patient:innen und Angehörigen im Gesundheitswesen stärken sowie einen Beitrag zur Patientensicherheit leisten. Das Meldeformular kann grundsätzlich anonym ausgefüllt werden. Falls der Wunsch nach einer Kontaktaufnahme durch die Schweizerische Patientenorganisation SPO in Bezug auf das gemeldete Ereignis besteht, können freiwillig Kontaktangaben hinterlassen werden.



«Bei einem Besuch in der pädiatrischen Notfallstation wartete mein 20 Monate altes Kind dreieinhalb Stunden auf eine Untersuchung. Ein Arzt untersuchte mein Kind und teilte mir mit, dass es, trotz meines starken Verdachts aufgrund seines klinischen Zustands, keine Mittelohrentzündung hatte. In der Nacht perforierte die Mittelohrentzündung. Am nächsten Morgen gingen wir wieder in die Notaufnahme. Ein Bereitschaftsarzt aus der Stadt untersuchte uns nach zweieinhalb Stunden Wartezeit und bestätigte die Diagnose einer perforierten Mittelohrentzündung. Daraufhin verschrieb er meinem Kind Antibiotika. Die Fehldiagnose führte zu einer Verzögerung der Behandlung um 16 Stunden. Mein Kind litt in dieser Zeit sehr, ass, trank und schlief nicht.»³



Was wird gemeldet?

PatBox.ch News Nr.1

VERHALTEN (74)

- » **Kommunikation zwischen Gesundheitsfachpersonen und Patient:in:** Symptome werden nicht ernstgenommen; mangelnde Information über mögliche Nebenwirkungen oder Behandlungskomplikationen
- » **Verhalten von Gesundheitsfachpersonen:** Kein Tragen einer Maske bei immungeschwächtem Patienten

KLINISCHE PROZESSE (70)

- » **Komplikationen bei/nach spezifischen Eingriffen/Behandlungen:** Fäden nicht entfernt; verordnete Portnadel zu kurz
- » **Probleme im Diagnoseprozess:** Fehldiagnose einer Diskushernie; Verzögerte Diagnose einer Mittelohrentzündung bei einem Kind

DOKUMENTATION (21)

- » **Vermischung von Dokumenten:** Berichte verschiedener Patient:innen in einer Akte
- » **Übermittlungsfehler:** Keine Übermittlung von Patient:innendaten nach Arztwechsel

RESSOURCEN-MANAGEMENT (16)

- » **Knappe personelle Ausstattung:** Verwechslungen von Medikamenten oder verzögerte Behandlung

MEDIKATION (16)

- » **Abgabe:** Medikament wurde an falsche Patientin abgegeben
- » **Verabreichungsfehler:** Medikament wurde von Patient samt Blister geschluckt
- » **Verfügbarkeit:** Symptomverschlechterung durch Lieferunterbruch von Medikament

ORGANISATION/ ALLTAGSABLÄUFE (15)


- » **Reaktion auf Notfallsituation:** Verspätete Sepsis-Diagnose bei einem Kleinkind aufgrund langer Wartezeit auf Laborergebnisse

Finanzierung von PatBox.ch ab Oktober 2024 noch offen!

In Deutschland gibt es seit Januar 2024 eine ähnliche Meldeplattform – finanziert von mehreren Krankenkassen 😊

www.mehr-patientensicherheit.de

«Wie können wir die Sicherheitskultur verbessern?»

- **Identifikation und Analyse von Sicherheitsrisiken für Patient:innen**
 - CIRNET
 - PatBox.ch
-  ■ **Entwicklung und Pilotierung von Massnahmen zu deren Reduktion**
 - Projekte Sichere Chirurgie
 - Room of Horrors
- **Verbreitung und Implementierung von Expertise und Wissen**
 - Aktionswoche Patientensicherheit



 [Zur Projektwebsite](#)

Plattform für sichere chirurgische, diagnostische & interventionelle Eingriffe

Ausgangslage

- **progress! Sichere Chirurgie (2012-2015):**

Adaptation, Pilotierung und Verbreitung der Checkliste Sichere Chirurgie

- **progress! COM-Check – Sichere Chirurgie (2018-2021):**

Evaluation der Checklisten Compliance

- **Stakeholderanlass «Sichere Chirurgie» (Nov. 2022):**

Es besteht ein grosses Bedürfnis nach Vernetzungsmöglichkeiten:
Aufbau einer Vernetzungsplattform (2024-2027)

Als
Qualitätsverbesserungs-
massnahme im
Spitalbereich vertraglich
anerkannt!



Checkliste Sichere Chirurgie

SIGN IN

Vor Einleitung des Anästhesieverfahrens mit mindestens Anästhesieweitem

Prüfung (und Bestätigung durch Patientin/Patient)

Identität: Name, Vorname, Geburtsdatum

Eingriffsort

Geplantes Anästhesieverfahren

Patientenaufklärung – Patienteneinwilligung (Chirurgie und Anästhesie)

Prüfung der Markierung (mit Aktenabgleich und wenn möglich aktivem Einbezug der Patientin/des Patienten)

Keine Markierung gemäss etablierten Richtlinien

Prüfung der Durchführung der Anästhesie-Sicherheitskontrollen (Anästhesie-/Beatmungsgeräte, Monitoring wie EKG, Pulsoximeter, Blutdruck und Medikamente)

Patientenspezifische Risiken

Bekannte Allergie?

Nein

Ja (Benennung)

Schwieriger Atemweg /erhöhtes Aspirationsrisiko?

Nein

Ja, benötigte Geräte/Personal vorhanden

Risiko von > 500 ml Blutverlust? (Trink bei Kindern)

Nein

Ja, genügend IV-Zugänge vorhanden/ausreichend Blutersatz organisiert

Prüfung der Zuweisung zum richtigen OP-Saal

Vor Hautschnitt

Alle Teammitglieder stellen sich vor (Name und Funktion)

Aktive Bestätigung durch alle anwesenden Teammitglieder bzw. relevanten Berufsgruppen

Identität: Name, Vorname, Geburtsdatum

Eingriffsort (Markierung)

Korrekt Lagerung

Prüfung der Antibiotikaprophylaxe

Zeitgerecht verabreicht (in der Regel innerhalb des Zeitfensters von 60 Minuten vor Schnitt)?

Im Bedarfsfall Antibiotikum für intraoperative Wiederholung vorbereitet?

Nicht indiziert

Antizipation potenzieller kritischer Ereignisse

Anästhesieteam

Patientenspezifische Risiken

Operateurin/ Operateur

Kritische oder aussergewöhnliche Operationschritte

Operationsdauer

Erwarteter Blutverlust

OP-Fachpersonal

Bestätigung der Sterilität (Instrumente, Material, inkl. Sterilisationskatoren)

Besonderheiten betreffend Ausrüstung oder sonstige Bedenken

Erforderliche Röntgen-, Ultraschall-, MRT-Bilder usw. des/dieses richtigen Patienten/Patienten, korrekte Seite

Vorhanden

Nicht anwendbar

Richtige Implantate

Verfügbar/vorhanden

Nicht anwendbar

Bestätigung

Korrekte Zählung der Instrumente, Tücher, Tupfer, Nadeln etc.

Nicht anwendbar

Korrekte Kennzeichnung der Proben und Abgleich mit Laborformularen und Beschriftung der Laborgefässe (Kennzeichnung, Name, Vorname, Geburtsdatum)

Nicht anwendbar

Material- und Ausrüstungsprobleme?

Nein

Ja (Benennung)

Operateurin/Operateur, Anästhesieteam und OP-Fachpersonale

Information über Hauptaspekte für die postoperative Betreuung und für die weitere Behandlung dieses Patienten

Anleitung und Tipps zur Anwendung und Implementierung siehe Schriftleitung. In Zusammenarbeit mit dem/der Chirurgie- oder OP-Teamleiter/innen. Bei Änderungen der Checkliste wird die Verantwortung für die Aktualisierung der Checkliste dem/der Verantwortlichen übertragen. (Stand: 1.1.2024, Überarbeitung 2024) (Anpassung nach Rechtschreibung, Designfragen und genderspezifische Sprache)

Checkliste Sichere Chirurgie

1 SIGN IN

Vor Einleitung des Anästhesieverfahrens
mit mindestens Anästhesieteam

Prüfung (und Bestätigung durch Patientin/Patient)

- Identität: Name, Vorname, Geburtsdatum
- Eingriffsart
- Eingriffsort
- Geplantes Anästhesieverfahren
- Patientenaufklärung – Patienteneinwilligung (Chirurgie und Anästhesie)

- Prüfung der Markierung (mit Aktenabgleich und wenn möglich aktivem Einbezug der Patientin/des Patienten)
- Keine Markierung gemäss internen Richtlinien

- Prüfung der Durchführung der Anästhesie-Sicherheitskontrollen (Anästhesie-/Beatmungsgeräte, Monitoring wie EKG, Pulsoximeter, Blutdruck und Medikamente)

Patientenspezifische Risiken

Bekannte Allergie?

- Nein
- Ja (Benennung)

Schwieriger Atemweg /erhöhtes Aspirationsrisiko?

- Nein
- Ja, benötigte Geräte/Personal vorhanden

Risiko von > 500 ml Blutverlust?

(7ml/kg bei Kindern)

- Nein
- Ja, genügend IV-Zugänge vorhanden/ausreichend Blutersatz organisiert

- Prüfung der Zuweisung zum richtigen OP-Saal

2 TEAM TIME OUT

Vor Hautschnitt
mit OP-Fachpersonal, Anästhesieteam, Operateurin/Operateur und weiterem beteiligtem OP-Personal

- Alle Teammitglieder stellen sich vor (Name und Funktion)

Aktive Bestätigung durch alle anwesenden Teammitglieder bzw. relevanten Berufsgruppen

- Identität: Name, Vorname, Geburtsdatum
- Eingriffsart
- Eingriffsort (Markierung)
- Korrekt Lagerung

Prüfung der Antibiotikaphylaxe

- Zeitgerecht verabreicht (in der Regel innerhalb des Zeitfensters von 60 Minuten vor Schnitt)?
- Im Bedarfsfall Antibiotikum für intraoperative Wiederholung vorbereitet?
- Nicht indiziert

Antizipation potenzieller kritischer Ereignisse

Anästhesieteam

- Patientenspezifische Risiken

Operateurin/ Operateur

- Kritische oder aussergewöhnliche Operationsschritte
- Operationsdauer
- Erwarteter Blutverlust

OP-Fachpersonal

- Bestätigung der Sterilität (Instrumente, Material, inkl. Sterilitätsindikatoren)
- Besonderheiten betreffend Ausrüstung oder sonstige Bedenken

Erforderliche Röntgen-, Ultraschall-, MRT-Bilder usw. der/des richtigen Patientin/Patienten, korrekte Seite

- Vorhanden
- Nicht anwendbar

Richtige Implantate

- Verfügbar/vorhanden
- Nicht anwendbar

3 SIGN OUT

Nach Operation
bevor Operateurin/Operateur OP-Saal verlässt – mit OP-Fachpersonal, Operateurin/Operateur und Anästhesieteam

- Benennung der durchgeführten Eingriffe

Bestätigung

- Korrekte Zählung der Instrumente, Tücher, Tupfer, Nadeln etc.
- Nicht anwendbar
- Korrekte Kennzeichnung der Proben und Abgleich mit Laborformularen und Beschriftung der Laborgefässe (Kennzeichnung, Name, Vorname, Geburtsdatum)
- Nicht anwendbar

Material- und Ausrüstungsprobleme?

- Nein
- Ja (Benennung)

Operateurin/Operateur, Anästhesieteam und OP-Fachpersonal

- Information über Hauptaspekte für die postoperative Betreuung und für die weitere Behandlung dieses Patienten

Anleitung und Tipps zur Anwendung und Implementierung siehe Schriftenreihe Nr. 5 «Operation sichere Chirurgie» der Stiftung © Patientensicherheit Schweiz «Sichere Chirurgie» (Version 1, 2012; Überarbeitung 2021: Anpassung neue Rechtschreibung, Designfarben und gendergerechte Sprache)



Room of Horrors



[Zur Projektwebsite](#)

Room of Horrors

Was kann mit dem Room of Horrors erreicht werden?



- International etablierte Trainingsmethode, die ursprünglich für den Krankenhausbereich entwickelt wurde
- Realitätsnahe Simulationsübung mit folgenden Zielen:
 - Sensibilisieren für konkrete Gefahren der Patient:innensicherheit
 - Förderung des kritischen Denkens, der Beobachtungsfähigkeit und des Situationsbewusstseins
 - Förderung der Zusammenarbeit durch gemeinsames Problemlösen und Lernen voneinander
 - Bewusstsein schaffen, wie Sicherheit erhöht werden kann
 - Teambuilding

Room of Horrors

Manuale zum Download

- Hintergrundinformationen zum Room of Horrors
- Konkrete Anleitung für die Planung und Durchführung des Trainings
- fiktive Patient:innenfälle mit Materialien (Patient:innenakte, Rezept, ...)


Als
Qualitätsverbesserungs-
massnahme im
Spitalbereich vertraglich
anerkannt!



«Wie können wir die Sicherheitskultur verbessern?»

- **Identifikation und Analyse von Sicherheitsrisiken für Patient:innen**
 - CIRNET
 - PatBox.ch

- **Entwicklung und Pilotierung von Massnahmen zu deren Reduktion**
 - Checkliste Sichere Chirurgie
 - Room of Horrors

-  ■ **Verbreitung und Implementierung von Expertise und Wissen**
 - Aktionswoche Patientensicherheit

Aktionswoche
Patientensicherheit
16.–20. September 2024



[Zur Website
der Aktionswoche](#)

Aktionswoche Patientensicherheit Schweiz

Jährliche Aktionswoche Patientensicherheit (16. - 20. September 2024)



Diesjähriges Thema: «**Diagnostic Safety**»

(in Anlehnung an das WHO Thema des World Patient Safety Day am 17. September)

■ Ziele

- Sichtbarkeit für das Thema Patient:innensicherheit in der Schweiz erhöhen
- Gute Beteiligungsmöglichkeiten für Leistungserbringer *aller* Sektoren und verschiedener Berufsgruppen bieten (Bereitstellung von hilfreichen «tools»)
- Sichtbarkeitsaktion in Orange: Awareness-Kampagne von Gesundheitsorganisationen



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Stiftung Patientensicherheit Schweiz
Nordstrasse 31
8006 Zürich
T +41 43 244 14 80
info@patientensicherheit.ch

Weitere Informationen

Besuchen Sie www.patientensicherheit.ch, abonnieren Sie unseren [Newsletter](#) oder folgen Sie uns auf [LinkedIn](#), um über Projekte, Aktivitäten und Anlässe der Stiftung informiert zu werden.