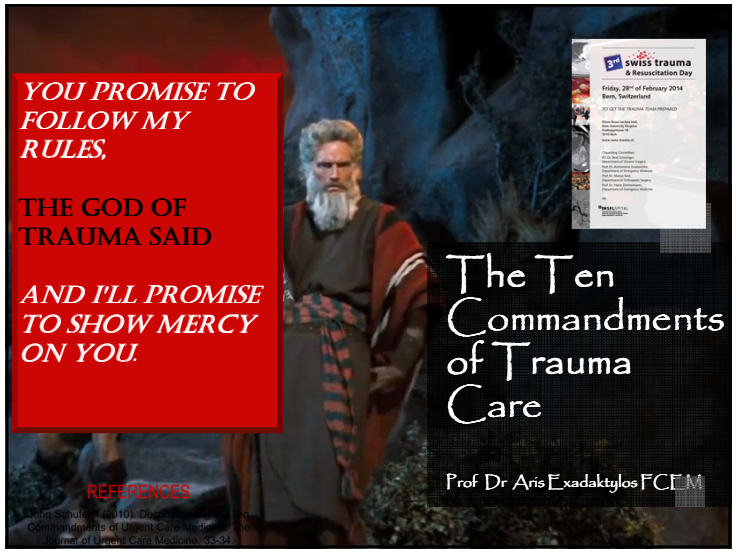


- Remember the ABC`s……
  - A - **AIRWAY** •
  - B - **BREATHING** •
  - C - **CIRCULATION**
  - D - **DISABILITY** •
  - E - **EXPOSURE** •
  - F – **FERTILE**
  - *G - G Force ! Prevent falls in the ED*

Always have **nasal and oral airways** available

- Have **filled Oxygen tank and bag-valve masks** in appropriate sizes ready
- **Practice Codes** often; **every second counts**

Capella J et al. Teamwork training improves the clinical care of trauma patients. J Surg Educ. 2010 Nov-Dec;67(6):439-43

2 ASSUME EVERY PATIENT IS TRYING TO DIE

- **Rule out fatal injuries**
- Never diminish the magnitude of the patient's **complaints**
- Never make **subjective judgments**
- *" It cant be aortic injury, since only 2 tribs are broken "*

Kim AS et al. Risk of vascular events in emergency department patients discharged home with diagnosis of dizziness or vertigo. Ann Emerg Med. 2011 Jan; 57(1): 34-41.

3 Document Informed Consent Discussions

Always Document

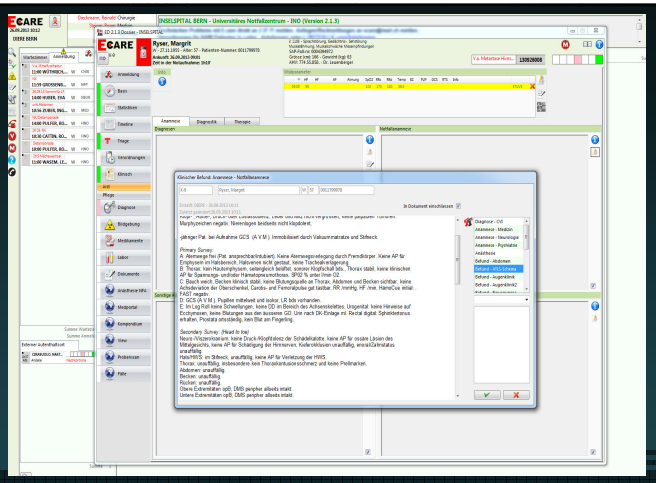
- **Case:** A 55 -year old construction worker on Aspirin, gets treated for mild TBI in your ED
- Patient insists to go home.
- The doctor does ***not*** notes down that the patient has to come back if headache gets worst etc. and does not assure that patient is ***not*** alone at home.
- The patient fails to follow-up and dies at home from a secondary brain bleed.
- Discussions follow ups are a ***vital*** part of the job
- Discussions have to be documented.

Magauran BG Jr. Risk management for the emergency physician: competency and decision-making capacity, informed consent, and refusal of care against medical advice. Emerg Med Clin North Am. 2009 Nov;27(4):605-14

4 BE CAREFUL WITH DOCUMENTING NEGATIVES and POSITIVES BLINDLY

- Always document only what you have observed
- Never do copy paste negative documentation of any relevant signs/symptoms
- Case: Never note that ALL pulses are palpable, if you have not checked them.
- If there is documentation; it will be assumed that you have CHECKED it YOURSELFand you will be accountable!

Isoardi J et al. Exploration of the perceptions of emergency physicians and interns regarding the medical documentation practices of interns. Emerg Med Australas. 2013 Aug;25(4):302-7



Isoardi J et al. Exploration of the perceptions of emergency physicians and interns regarding the medical documentation practices of interns. Emerg Med Australas. 2013 Aug;25(4):302-7

5 DONT TRUST LAB TESTS BLINDLY

- Collect information required for your diagnosis
- Ask for relevant tests that support/influence your final diagnosis.

- 10% of all Trop T are false negative (> POC !)
- Hb`s can be misleading in both ways
- Coagulation tests are usually at least 30 minutes old before you get them
- Last but not least check patient and result sheet

Saad Aldin E et al. Emerg Med Australas. 2012 Jun;24(3):239-43.

6 V FOR VITAL SIGNS
V FOR VICTORY
V FOR VIVA LA VITA

VITAL SIGNS

- Vital signs are known as "vital" for valid reason
- Most of the legal cases pertaining to trauma care involve patients without vital signs correctly monitored

Hasler et al. Systolic blood pressure below 110 mmHg is associated with increased mortality in penetrating major trauma patients: Multicenter cohort study. Resuscitation. 2012 Apr;83(4):476-81.

[Intervention Review]

Pulse oximetry for perioperative monitoring

Tom Pederson[1], Karen Hovhannisyan[2], Ann Merete Møller[3]

THE COCHRANE COLLABORATION®

BLIND TRUST IS AS BAD AS BLIND LOVE

7 TRUST NO ONE.

- Patients can be wrong , colleagues can be wrong; staff might have **misinterpreted facts and info**
- Always examine the patient **yourself**, check the reports and old records **yourself**, and document your observations **yourself**
- Trauma care is built on hands on **facts**
- Specialists are wonderful creatures; however the ones in the emergency department usually are the junior ones

YOU KNOW MORE ABOUT YOUR PATIENT THAN ANY BODY ELSE

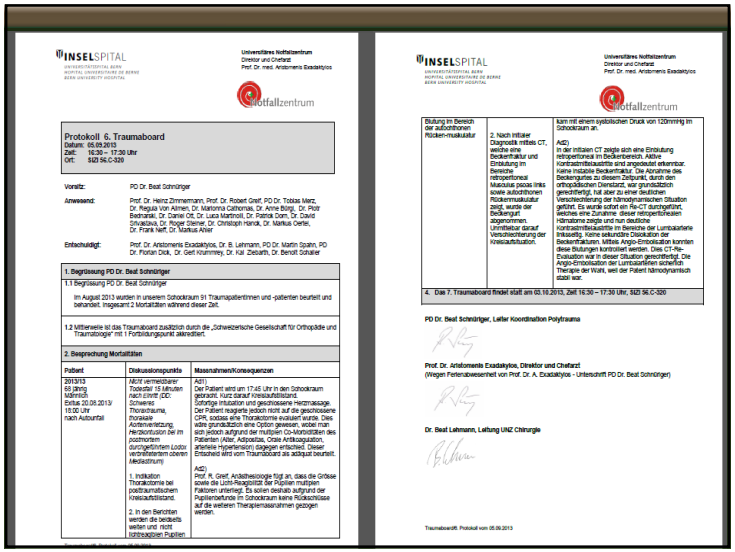
Talbot R, Bleetman A. Retention of information by emergency department staff at ambulance handover: do standardised approaches work? Emerg Med J. 2007 Aug;24(8):539-42.

8 LEARN FROM YOUR AND OTHERS' MISTAKES

LEARN FROM YOUR MISTAKES

- Everybody makes mistakes; **mistakes happen**
- Negligence should be punished
- **Learn from mistakes**; mistakes help to make experts
- Do not punish whistleblowers
- Make this **problem a senior case** and not another junior doctor's challenge
- Use **"M&Ms"** to develop a team spirit and a YES WE CAN BETTER ATTITUDE

Seigel TA et al. Morbidity and Mortality conference in Emergency Medicine. J Emerg Med. 2010 May;38(4):507-11



INSELSPITAL
Universitäres Notfallzentrum
Direktor und Chefarzt
Prof. Dr. med. Aristomenis Exadaktylos
Notfallzentrum

Protokoll 6. Traumaboard
Datum: 05.09.2013
Zeit: 16:30 – 17:30 Uhr
Ort: SIZ5 56.C-320

Vorsitz: PD Dr. Beat Schnüriger

Anwesend: Prof. Dr. Heinz Zimmermann, Prof. Dr. Robert Greif, PD Dr. Tobias Merz, Dr. Regula von Allmen, Dr. Marionna Cathomas, Dr. Anne Böing, Dr. Piotr Bednarski, Dr. Daniel Ott, Dr. Luca Martinoli, Dr. Patrick Dorn, Dr. David Struciatyia, Dr. Roger Diemer, Dr. Christoph Hanck, Dr. Markus Oertel, Dr. Frank Neff, Dr. Markus Ahler

Entschuldigt: Prof. Dr. Aristomenis Exadaktylos, Dr. B. Lehmann, PD Dr. Martin Spahn, PD Dr. Florian Dick, Dr. Gert Krummrey, Dr. Kai Zacharias, Dr. Benoît Schaller

1. Begrüssung PD Dr. Beat Schnüriger

1.1 Begrüssung PD Dr. Beat Schnüriger

Im August 2013 wurden in unserem Schockraum 91 Traumapatientinnen und -patienten beurteilt und behandelt. Insgesamt 2 Mortalitäten während dieser Zeit.

1.2 Mitteilenelle ist das Traumaboard zusätzlich durch die „Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie" mit 1 Fortbildungspunkt akkreditiert.

2. Besprechung Mortalitäten

Patient	Diskussionspunkte	Massnahmen/Konsequenzen
2013/13 69 Jährig Männlich Eintag: 20.08.2013/ 18.00 Uhr nach Autounfall	*NISR vermeidbarer Todesfall 15 Minuten nach Eintritt (DD: Schweres Thoraxtrauma, thorakale Aortenverletzung, Herzkontusion bei im postmortem durchgeführtem Lodox verbreiterterem oberen Mediastinum* 1. Indikation Thorakotomie bei posttraumatischem Kreislaufstillstand. 2. In den Berichten werden die beidseits weiten und nicht lichtreagiblen Pupillen	AD1) Der Patient wird um 17:45 Uhr in den Schockraum gebracht. Kurz darauf Kreislaufstillstand. Sofortige Intubation und geschlossene Herzmassage. Der Patient reagierte jedoch nicht auf die geschlossene CPR, sodass eine Thorakotomie evaluiert wurde. Dies wäre grundsätzlich eine Option gewesen, wobei man sich jedoch aufgrund der multiplen Co-Morbiditäten des Patienten (Alter, Adipositas, Orale Antikoagulation, arterielle Hypertension) dagegen entschied. Dieser Entscheid wird vom Traumboard als adäquat beurteilt. AD2) Prof. R. Greif, Anästhesiologie fügt an, dass die Grösse sowie die Licht-Reagibilität der Pupillen multiplen Faktoren unterliegt. Es sollen deshalb aufgrund der Pupillenbefunde im Schockraum keine Rückschlüsse auf die weiteren Therapiemassnahmen gezogen werden.

Einlung im Bereich der autochthonen Rücken-muskulatur

2. Nach initialer Diagnostik mittels CT, welche eine Beckenfraktur und Einblutung im Bereich retroperitoneal Musculus psoas links sowie autochthonen Rückenmuskulatur zeigt, wurde der Beckengurt angenommen. Urinitthiebar darauf Verschlechterung der Kreislaufsituation.

kam mit einem systolischen Druck von 120mmHg im Schockraum an.

AD3)
In der initialen CT zeigte sich eine Einblutung retroperitoneal im Beckenbereich. Aktive Kontrastmittelaustritte sind angedeutet erkennbar. Keine instabile Beckenfraktur. Die Konzerne des Beckengurtes zu diesem Zeitpunkt, durch den orthopädischen Dienstarzt, war grundsätzlich gerechtfertigt, tut aber zu einer deutlicher Verschlechterung der hämodynamischen Situation geführt. Es wurde sofort ein Re-CT durchgeführt, welches eine Zunahme dieser retroperitonealen Hämatome zeigte und nun deutliche Kontrastmittelaustritte im Bereiche der Lumbalarterie linksseitig. Keine sekundäre Dislokation der Beckenfrakturen. Mittels Angio-Embolisation konnten diese Blutungen kontrolliert werden. Dies CT-Re-Evaluation war in dieser Situation gerechtfertigt. Die Angio-Embolisation der Lumbalarterien sicherlich Therapie der Wahl, weil der Patient hämodynamisch stabil war.

4. Das 7. Traumaboard findet statt am 03.10.2013, Zeit 16:30 – 17:30 Uhr, SIZ5 56.C-320

PD Dr. Beat Schnüriger, Leiter Koordination Polytrauma

Prof. Dr. Aristomenis Exadaktylos, Direktor und Chefarzt
(Wegen Ferienabwesenheit von Prof. Dr. A. Exadaktylos - Unterschrift PD Dr. Beat Schnüriger)

Dr. Beat Lehmann, Leitung UNZ Chirurgie

Traumaboard6: Protokoll vom 05.09.2013

9 DO UNTO OTHERS AS YOU WOULD YOUR CHILDREN AND FAMILY

The Golden Rule

- Doctors' duty is **to treat and not judge**
- Patients can be demanding at times; but that should not stop you from providing them **great care** and treating them with **courtesy and respect**
- **Same applies to colleagues and staff**

Jacobs LM et al. Trauma death: views of the public and trauma professionals on death and dying from injuries. Arch Surg 2008; 143: 730-735

- Trusting the first report from specialists might be problematic. Often juniors (e.g. radiology)
- **Results not discussed with the patient** is bad clinical practice (The trauma patient with a tumor)
- The **patient and colleagues remain unaware**, symptoms become fulminant, and when old records are checked, evidence is seen in the X-ray reports or lab reports-> doc gets sued!

- **IF MISSED IN ACTION:** Contact the patient or colleagues, discuss the results and you will be saving yourself and possibly the **patient's health**

Callen J, et al. The safety implications of missed test results for hospitalized patients: a systematic review. BMJ Qual Saf. 2011 Feb;20(2):194-9.