



Tidigare väs frisk 72-årig man som ej är känd av sjukvården. Larmar ambulans kl 23.43 pga plötsligt påkommen andnöd.

1. När ambulans anländer har patienten rosslig, kraftigt påverkad andning som försämras ytterligare under transporten. HLR påbörjas strax före ankomst till akutmottagningen pga pulslöshet.

2. Fortsatt HLR några minuter i samband med överflyttning. Återfår ROSC. Intuberas. EKG visar ST-höjningar. Patienten bedöms initialt av narkosjour inte transportabel till närliggande universitetssjukhus. Kontakt tas med kardiologjour, universitetssjukhuset som ordinerar läkemedel, UKG, stabilisering IVA, länssjukhus därefter ny kontakt.

Medicinjour ViN ska formellt ha kontakten med kardiologjour US vilket kan innebära en fördröjning i handläggning. Saknas uppgift om tidsgräns för uppföljande kontakt. UKG kan inte utföras jourtid på ViN.

3. Patienten stabiliseras cirkulatoriskt och respiratoriskt. EKG visar ST-höjningar. Troponin har stigit från 110 till 1470. Medicinjour kontaktar återigen kardiologjour universitetssjukhuset.

Kardiologjour bedömer patienten ej aktuell för transport till universitetssjukhuset utan bedömning ska ske av kardiologkonsult på länssjukhuset under morgonen.

4. ST-höjningarna har gått i regress. Kardiologkonsult länssjukhus bedömer patienten och diskuterar med PCI-operatör

Fördröjning av beslut om corai som medför att primär-PCI inte längre är aktuellt

5. Patienten extubererad, är vaken och adekvat. Överflyttas till kardiolog avdelning för utredning och vård efter hjärtinfarkt.

6. Kranskärlsröntgen genomförs och visar 2 ockluderade kärl. Försök till PCI misslyckas och därför accepteras patienten för öppen hjärtkirurgi.

Kan inte uteslutas att fördröjning av beslut om kranskärlsröntgen medförde att patientens hjärtskada förvärrades.

Kardiologpatienter handläggs av medicinjouren på jourtid därför att det saknas kardiologjour dygnet runt.

Finns inga rutiner för akut UKG på jourtid eftersom klin fys är stängt.

Finns inga riktlinjer för när ny kontakt ska ske efter initial stabilisering av patienten.

Bedömning görs att tidsvinsten med förberedelse och transport till universitetssjukhuset är så liten att det är bättre att patienten är kvar på länssjukhuset.

Saknas direkt kommunikation mellan ansvarig anestesiläkare och kardiologjour universitetssjukhuset samt PCI-operatör. Detta försenar besluten då kontakten med kardiologjour universitetssjukhuset går via medicinjouren på akutmottagningen.

Saknas kunskap om hur organisationen på länssjukhuset är uppbyggd

Brister i kommunikationen mellan kardiologjour och medicinjour.

Omgivning & organisation
Kardiologjour/konsult finns endast dagtid på länssjukhuset.

Omgivning & organisation
Saknas möjlighet att utföra akut hjärtultraljud på länssjukhuset under jourtid.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Saknas riktlinjer för när ny kontakt ska etableras vid telefonkonsultation av instabila patienter

Omgivning & organisation
Saknas möjlighet att utföra akut kranskärlsröntgen på länssjukhuset.

Kommunikation & information
Saknas rutiner för hur kommunikationen mellan kardiologjour universitetssjukhuset och patientansvarig läkare ska ske.

Skapa förutsättningar för kardiologjour dygnet runt på länssjukhuset.

Skapa förutsättning för klin fys att utföra akut hjärtultraljud under jourtid på länssjukhuset.

Skapa riktlinjer och rutiner för en bestämd tid för uppföljning vid akuta konsultationer när tidsaspekten är viktig för fortsatt handläggning.

Skapa möjlighet och rutiner för att kunna öppna PCI-lab länssjukhuset när transport till universitetssjukhuset inte bedöms möjlig.

Skapa riktlinjer för hur, när och vem, beroende på kompetens, som ska vara ansvarig för kommunikationen mellan respektive jourer universitetssjukhuset och länssjukhuset tills kardiologjour finns dygnet runt på länssjukhuset. Fördröjning av beslut måste alltid undvikas. Återkoppling av HA till medarbetare på respektive enhet.