

2018- 06- 02

2018- 06- 02 kl. 12.24

2018- 06- 02 kl. 12:37

2018- 06- 02 kl 12:55

2018- 06- 02 ca kl 13.15 - 14.00

Snart 80- årig patient i ordinärt boende har sedan tidigare hypertoni, kronisk njursvikt och PD dialys i hemmet. Patienten har haft TIA tidigare och har nyligen fått diagnos Alzheimers sjukdom (måttlig grad). Patienten kontaktar närstående, han har andningsbesvär, pga bröstsmärta, yrsel och illamående

1. Anhörig som inte befinner sig på samma plats som patienten ringer sjukvårdens larmcentral och berättar att patienten har andningsbesvär och upplevs dålig. Larmoperatören (sjuksköterska) får telefonnummer till den vårdbehövande och säger att hon skall ringa upp patienten och att en ambulans skall skickas. Då larmoperatören ringer svarar inte patienten. Detta faktum meddelas ambulanssjuksköterskorna.

2. Ambulans anländer till bostaden 8 minuter efter inkommet larm. Patienten står utanför bostaden och väntar. Anhöriga som larmat åker till akutmottagningen och inväntar ambulansen.

Med facit i hand:
Ekg tas inte

3. Ankommer till Medicinakuten. Anges i journal under sökord aktuellt hälsotillstånd: Patienten har känt sig yrslig och tungadad. Utifrån RETTS, prioriteras patienten Gul (=ej livshotande men behov akutsjukvård inom rimlig tid men "kan vänta"). Eventuell bröstsmärta framkommer inte.

4. ST- läkaren tar del av ambulansjournalen. Det är svårt att få anamnes av patienten som uppfattas något oklar. Anhöriga uppger att patienten säger att han har svårt att andas pga ont i bröstet, smärtor i armen, yr och illamående. ST- läkaren uppfattar infektionssymtom. CRP, blodstatus och hjärtsviktsprover tas. Lungröntgen genomförs snabbt utlåtandet skrivs 13.42. (visar stas och infiltrat) Ekg planeras. (CRP som inkommer senare =116)

EKG tas inte omgående

Anhörigs samtal med larmcentralen innehåller ingen information om bröstsmärta. Patienten förnekar smärta i huvud eller bröst då ambulansen anländer och han är inte blek eller kallsvettig. Patienten är forcerad och lätt förvirrad men förefaller ändå relativt fysiskt opåverkad och har inga problem att gå själv. Vitalparametrar väsentligen ua. Erbjuds att ligga i ambulansen men vill sitta. Ambulanssjuksköterskorna tänker att njursvikt, uttorkning pga värmebölja (29gr) kan ligga bakom symtomen och tar med patienten till akutmottagningen för undersökning och bedömning.

Andningen är påverkad, ST- läkaren tror att det rör sig om ngt infektiöst och inriktar sig på utredning/ behandling av trolig lunginflammation

ST- läkaren avser informera om att EKG skall tas men undersökningen bedöms inte behöva göras omgående. För ögonblicket finns inte personal tillgänglig för EKG tagning så detta kommuniceras inte

Kommunikation & information
Att patienten har och har haft bröstsmärta uppfattas inte.

Kommunikation & information
Otillräckligt system för informationsöverföring på Medicinakuten gällande prover/ undersökningar som skall göras då direkt kommunikation inte är möjlig

Anamnesen bör innehålla tillräckligt med öppna frågor så att eventuella symtom på hjärtsjukdom eller annan akut åkomma hos en multisjuk äldre patient kan fångas in. Risk finns annars för att differentialdiagnostik uteblir och undersökningar prioriteras olämpligt. Använd detta ärende i utbildningssyfte.

Ta fram ett tydligare/ mer strukturerat system som möjliggör enkel kommunikation gällande t.ex EKG, prover som skall tas. Kan ett strukturerat lappsystem införas relaterat till respektive patient/ rum så ssk/ Usk får veta att t.ex EKG skall tas. Finns möjlighet till digital lösning?

2018- 06- 02 ca kl. 14:20

2018- 06- 02 kl: 16:00

2018- 06- 02 kl. 18:37

2018- 06- 02 Kväll, natt

2018- 06- 03 ca kl 02:00

5. Anhöriga påtalar att patienten har mer ont i bröstet nu, kräver att ett EKG skall tas vilket görs. ST- läkaren konstaterar att patienten har en hjärtinfarkt (STEMI). PCI jour konsulteras. Sjuksköterskan ger Nitrospray och läkaren sätter in blodförtunnande LM (Trombyl). Patienten tas till hjärtavdelningen.

6. Cor angio genomförs och visar 3- kärlessjukdom och ÖL bedömer PCI som ett högriskingrepp. Patienten uppger sig vara angelägen att få ingreppet genomfört trots risken. Anhörig informeras också om skört läge.

7. PCI genomförs men måste avbrytas pga att patienten får ett andningsstillestånd som går över spontant. Dock har ingreppet till viss del förbättrat flödet i hjärtat. Patienten återgår till hjärtavdelningen för fortsatt vård. Planeras nu för att den ordinarie dialysen skall genomföras under natten.
Anhörig uppmanas hämta patientens egen dialysapparat

8. Dialysutrustning är på plats och dialys startas med hjälp av sjuksköterska från njuravdelningen (DNL). Pat är orolig och plockig med utrustningen, maskinen larmar. Patienten får Ketogan iv i lugnande syfte av sjuksköterskan på hjärtavdelningen.

Patienten blir bradykard. Erhåller Atropin utan effekt. Hjärtstopp, avlider. HLR genomförs inte då beslut tagits att detta inte skall göras pga patientens dåliga hjärtstatus och prognos. Enligt sakkunnig kardiolog hade tidigare hjärtinfarktsdiagnos inte förändrat utgången.

Det är oklart varför anhöriga ombeds hämta dialys- utrustningen men sannolika bakomliggande orsaker finns enligt nedan

Utbildning & kompetens
Okunskap på hjärtavdelningen att det finns dialysutrustning att tillgå på sjukhuset för patienter med PD dialys som inkommer för slutenvård

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Saknas skriftlig instruktion för hur dialysutrustning tillhandahålls för behövande patienter som inkommer i slutenvården

Skapa riktlinje som tydliggör roller och ansvar, tillhandahållande av dialysutrustning för patienter med PD dialys i hemmet som inkommer till slutenvården.
Säkerställ att rutinen blir känd t.ex. genom att den ingår i introduktionsprogrammet för nyanställda