

intensivvårdsggruppen) när en patient blev riktigt dålig. Vi tyckte att man borde kunna göra något tidigare, redan när patienten börjar visa symtom på en försämring och innan MIG-team måste inkallas, säger Susan Erichsen.

– När vi sökte på Internet fann vi att man i Storbritanien och Australien har utvecklat koncept för tidig upptäckt av försämringar hos inneliggande patienter. De har liknande innehåll som TUB och i Australien finns det nu beslut om att alla sjukhus ska införa sådana.

Förmiddagen ägnas åt den tretimmarsutbildning som instruktörerna själva ska ge till kollegerna på vårdavdelningarna. Alla får berätta om förväntningarna med TUB, och en återkommande förväntan är att personalen förbättrar kommunikationen sinsemellan, oavsett profession. Det är just bristande kommunikation som anses ligga bakom en stor andel av vårdrelaterade patientskador. Ett av verktygen i TUB är SBAR (situation, bakgrund, aktuell bedömning, rekommendation). Syftet med SBAR är att uppnå en tydlighet i kommunikationen.

– När en patients tillstånd har försämrats utan att personalen agerat tillräckligt snabbt beror det ofta på kommunikationsbrister. Det kan vara att någon tagit vissa kontroller, men sedan missat att föra resultatet vidare. Dessutom pratar personalgrupper på olika sätt, och alla grupper är egentligen lika dåliga på att kommunicera med varandra, säger Susan Erichsen.

Elisabeth Haddleton instämmer:

– Som sjuksköterska är man lärd att beskriva ett tillstånd, men inte ställa diagnos. Beskrivningen kan bli väldigt lång och för läkaren kan det vara svårt att sälla i all information.

SBAR ska leda till en tydlig och strukturerad informa-

## »Det nya med TUB är paketeringen«

Det fanns en farhåga att vissa yrkesgrupper, inte minst läkarna, skulle tycka att innehållet i TUB var för elementärt. Men konceptet har tagits emot positivt av alla.

Det säger Mia Colliander, projektledare och verksamhetschef på Kliniskt träningscentrum vid Akademiska sjukhuset.

– Många är så specialiserade i sina roller att de inte alltid tänker på de mest enkla sakerna, såsom ABCDE-principen för att upptäcka en försämring hos patienten. Man kan se TUB som en repetition och ett sätt att få veta vad andra professioner gör då en patient försämras.

– TUB har uppfattats som att det nu äntligen kommer något uppifrån som är praktiskt viktigt i det vardagliga arbetet, säger Mia Colliander.

Hon förklarar att inget i TUB är något nytt, förutom TUB-trappan. Det nya är paketeringen, att det är utformat som ett helt koncept.

tion då det krävs snabba åtgärder. Verktyget används redan på många håll; Sveriges kommuner och landsting, SKL, samt Socialstyrelsen arbetar aktivt för att införa det i sjukvården. I TUB ingår SBAR i ett större koncept med en rad verktyg, och man har valt att inte indela det i akut och icke akut SBAR.

– När man använder SBAR för att förmedla klinisk information om patienter, anser vi att det alltid ska ingå en beskrivning av patientens status enligt ABCDE-principen, som innefattar vitalparametrarna, säger Susan Erichsen.

Kommunikation handlar också om ett bra teamarbete. I TUB är det, liksom ofta inom sjukvården, den kommersiella luftfarten som är förebild. Flygets metod för teamarbete, crew resource management (CRM), har här skalats ner till sex punkter med bland annat tydlig kommunikation, ledarskap och följarskap samt situations-



»Många är så specialiserade i sina roller att de inte alltid tänker på de mest enkla sakerna«, säger Mia Colliander.

– Och att alla utbildas samtidigt och så snabbt, inom ett år. Det är i sig något nytt.

Drygt en miljon kronor i extra anslag 2011 sköt landstingsledningen till för att TUB ska införas på Akademiska sjukhuset

och Enköpings lasarett. Det täcker utbildningsmaterial och lönebortfall för dem som genomgår instruktörsutbildning under en dag. Men personalomsättningen är omkring 10 procent, och utbildningarna måste hela tiden upprepas. Nu har man sökt nya medel för 2012. Dessutom behövs det resurser för att utvärdera effekten av TUB. Leder konceptet till färre undvikbara vårdskador?

– Det finns olika parametrar för att mäta det, såsom antalet oplanerade inläggningar på IVA, eller antalet hjärtstopp som sker inne på sjukhuset. Vi tog fram uppgifter för dessa parametrar i våras, innan TUB infördes. Dessa ska jämföras med hur det ser ut våren 2012, efter ett år med TUB. Men det finns inget uttalat mått på vad TUB ska leda till, ett sådant skulle vara svårt att bestämma, säger Mia Colliander.

Peter Örn

»Vi tyckte att man borde kunna göra något tidigare, redan när patienten börjar visa symtom på en försämring och innan MIG-team måste inkallas.«

medvetenhet som viktiga inslag.

– Alla inblandade måste ha samma kunskap om situationen, en gemensam bild, och det gäller inte minst för läkaren som ofta kommer in sist vid ett allvarligt läge. Det som sägs ska vara relevant och komma i rätt tidpunkt, det ska riktas till den person informationen är menad för och som i sin tur ska ge återkoppling, säger Susan Erichsen, och fortsätter:

– Som läkare får man ofta ta på sig rollen som ledare, den som ska organisera arbetet och ha en överblick av si-

tuationen. Då är det bra att vid exempelvis ett hjärtstopp ta ett steg tillbaka för att få överblicken och kanske inte i första hand gå in praktiskt i patientarbetet. Men man kan ju också fråga sig vem som är den patientsvarige, vilket kan vara en av sköterskorna. När något händer i behandlingsrummet måste frågan om vem som är ledare alltid ställas.

I TUB-konceptet ingår också MEWS (Modified early warning score) samt TUB-trappan, en reaktionsstege med utgångspunkt från uppmätta MEWS-värden som ska vägleda personalen i den fortsatta handläggningen. Höga MEWS-poäng för puls, väkenhet, temp etcetera kräver snabba insatser och kontakt med läkare, låga poäng fortsatt behandling enligt tidigare ordinationer. Samtliga deltagare i kursen får små MEWS-kort för poängberäkning som alltid ska bäras

med. I samband med utbildningen ska all vårdpersonal på sjukhusen få ett eget MEWS-kort.

– TUB-trappan anger hur snabbt en läkare ska kontaktas, men det är en rekommendation. Ni kanske vill ha kortare tider och därför är det viktigt att man anpassar rutinerna lokalt på avdelningen så det passar just er, förklarar Susan Erichsen för gruppen.

Deltagarna i dagens instruktörsutbildning får diskutera i grupper hur TUB, med TUB-trappan, MEWS-kort, SBAR och ABCDE-principen, kan fungera i praktiken på just deras vårdavdelning. TUB-rutinerna är ett stöd för att öka patientsäkerheten och vårdpersonalens trygghet. Gruppdiskussionen ska förbereda de nyutbildade instruktörerna för den utbildning som de själva sedan ger till kollegerna på avdelningen. I en grupp sitter kardiologerna Birgitta Jönellid och Lovisa Holm Örnhdahl. De ser gärna ett tillägg i TUB-trappan, som säger att även bakjouren kontaktas då MEWS-poängen når 5–6, dvs det näst högsta trappsteget, som enligt mallen ska föranleda att bland annat den ansvarige läkaren bedömer patienten inom 30 minuter. Båda ser poängen som en tydlig markör; går det snabbt från 0 till 4 innebär det en hastig försämring och borde leda till en snabbare insats från ansvarig läkare.

Men egentligen är det inte så omfattande förändringar jämfört med nuvarande rutiner, anser de båda kardiologerna, som dock tror att de nya rutinerna ger skarpare verktyg och en bättre dokumentation. Vid frågestunden uttrycks det synpunkter från andra deltagare om att hela TUB-konceptet känns så omfattande, att mycket måste klaffa för att det ska fungera i vardagen. Susan Erichsen betonar att konceptet måste anpassas till de lokala förutsättningarna. Dessutom har avdelningarna som regel redan



Fariba Rezaei Ahan (t v), ST-läkare inom rehabilitering och allmänpsykiatri, och Sara Árnadóttir, ST-läkare på ortopedien, ser båda TUB-konceptet som en väg till såväl förbättrad patientsäkerhet som ett tryggt sätt att arbeta för personalen.

## »Leder till ett tryggare sätt att arbeta«

En stor del av rutinerna finns redan, men TUB skärper upp dessa och vi blir själva säkrare i våra bedömningar. Det säger ST-läkaren Sara Árnadóttir, nybliven TUB-instruktör.

Sara Árnadóttir är ST-läkare på ortopedien. Fariba Rezaei Ahan, ST-läkare inom rehabilitering och allmänpsykiatri, båda vid Akademiska sjukhuset, deltar i den sjätte utbildningen av TUB-instruktörer. De har båda valt att bli instruktörer, med krav på att utbilda resten av personalen på sina avdelningar, efter förfrågningar från respektive chefer.

– Inom somatiken har vi rutiner, men vi kan bli bättre på när och hur de ska användas,

rutiner som går att bygga vidare på, exempelvis för kontroll av blodtryck, hjärtfrekvens och temperatur. Enligt TUB behövs då bara tillägg av andningsfrekvens, medve-

och på att kommunicera med andra i teamet. Därför tror jag det finns en stor öppenhet för att ta till sig TUB-konceptet, säger Sara Árnadóttir.

Fariba Rezaei Ahan har egna erfarenheter från psykiatri då TUB hade förhindrat komplikationer.

– Det blev kanske inte en patientskada, men en fördröjning. En patient på psykakuten hade gått in i ett psykosliknande tillstånd och mätte jättedåligt. Jag såg att patienten hade kräcks, det första jag gjorde var att undersöka de vitala parametrarna och upptäckte en hypertoni. Han fick behandling för blodtrycket och den akuta psykosen försvann, berättar Fariba Rezaei Ahan.

– Jag såg inga uppgifter på att blodtrycket hade tagits, inte förrän senare i journalen då patienten hamnat på medicinakuten. Inom psykiatri är man ofta ovan vid de somatiska delarna och med TUB hade detta fångats upp tidigare.

Båda ser TUB-konceptet som en väg till såväl förbättrad patientsäkerhet som ett tryggare sätt att arbeta för personalen.

– Med bättre rutiner blir vi säkrare i våra bedömningar. Vi är ju också människor och skulle det hända något allvarligt så tar man det förmodligen hårt.

Peter Örn

tandegrad och urinmängd.

– Vi ska även anordna nätverksträffar för instruktörerna, till en början en gång per termin, då vi kan få återkopp-

lingar från er hur det fungerar på era avdelningar och då vi kan bidra med information till er, sa Susan Erichsen innan gruppen skildes åt.

Peter Örn

# Rött = läkare på Akademiska

Läkarna på Akademiska sjukhuset i Uppsala har fått röda skyltar att sätta på bussarongen för att tydligare signalera yrkestillhörigheten.

En röd skylt med ordet LÄKARE textat i vitt. Skylten ska läkarna på Akademiska sjukhuset kunna klämma fast intill den vanliga namnskylden i bussarongens halslinning. Det är fem yrkeskategorier som har fått färgade skyltar: läkare (rött), sjuksköterskor (blått), undersköterskor och skötare i psykiatri (grönt) samt barnmorskor (orange).

– Huvudsyftet var att i akuta situationer se vem som är vem. I nuläget har vi valt de fem vanligaste yrkeskategorierna och de kategorier som i regel jobbar i situationer som kan vara mer akuta, och där man kanske inte hinner presentera sig, säger Göran Modin, avgående chefsläkare.

Jan Thorelius, ordförande i Sjukhusläkarföreningen i Uppsala, har varit läkarnas representant i den samverkansgrupp som arbetat med klädfrågan, se LT nr 7/2011, sidorna 318-21.

– Det började med att de tog bort rocken. Det ledde till problem med att identifiera vem som är vem, framför allt kvinnliga läkare. Det här är i alla fall något, tycker han.

Efter att rocken försvann har alla personalkategorier på sjukhuset gått klädda i byxor och bussarong. Läkarnas första förslag var att bussarongens bård skulle få olika färger.

– Men det var för dyrt och skulle inte gå att sortera i tvätten. Det gick inte alls. Den enda lilla tummetotten blev det här.

**Vad tycker läkarna om skyltarna?**

– Vi får se. De tycker nog att



Tre av de nya skyltarna på Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Foto: Staffan Claesson

det är bra att det blev något, men att det blev lite snålt, säger Jan Thorelius.

Bengt von Zur-Mühlen, överläkare i njurmedicin på sjukhuset, ingår i Läkarförbundets arbetslivsgrupp (ALG) som tagit fram förbundets rekommendationer för läkares arbetskläder. Han beskriver skyltarna som »samma sorts bricka som alla som har gjort lumpen har haft på sig«.

Han tycker det är bra att sjukhuset tagit frågan på allvar.

– Många har upplevt problem med svårigheterna att identifiera olika yrkeskategorier. Det här är ett steg i rätt riktning, säger han.

Han beklagar lite att skylten är avtagbar. Den sitter med ett clips.

– Med en lös bricka kan man befara att följsamheten inte blir hundra procentig.

Den vanliga namnbrickan har han själv tidigare förlorat i tvätten.

**Har du hunnit stoppa även denna i tvätten?**

– Nej, inte än.

Elisabet Ohlin