

hjälp av postenkät något år efter det att barnen hade undersökts. Föräldrarna till 42 barn med så svåra besvär att begäran om hjälp för utredning inkommit tillfrågades. Fullständiga enkätsvar erhöles från föräldrar till 33 barn.

De flesta uttryckte att de haft stora förväntningar på utredningen och att de var tillfreds med att deras och barnets situation hade synliggjorts. De var positiva till att ha fått en allsidig bedömning. Cirka 90 procent tyckte att deras förväntningar på utredningen uppfylldes.

Vi kunde inte utläsa kritik mot att utredningen även omfattade medicinsk utredning (t ex undersökning av motoriken) eller att den även beaktade medicinska spörsmål.

Föräldrarnas uppfattning om hur länsteamet fungerande

Länsteamet för barnneuropsykiatri fungerar som remissinstans för länets lokala team. I den strukturerade utredningen deltar neuropediatriner, psykolog, specialpedagog, sjukgymnast samt föräldrarna och barnets lärare. Vid behov engageras företrädare från andra professioner.

Föräldrarna tillfrågades via postenkät om sina förväntningar på utredningen 4 veckor före utredningen, och om sin uppfattning av utredningen 8 veckor efter denna. Även lärarna tillfrågades om sina förväntningar på respektive upplevelse av utredningen.

Vår särskilda studie av enkätsvaren omfattade barn i åldrarna 5–13 år där diagnosen ADHD eller DAMP misstänktes och där det ej fanns misstanke om mental retardation eller uppenbar annan neurologisk sjukdom. Femtiotvå barn uppfyllde ingångskriterierna; för 43 av barnen erhöles kompletta enkätsvar.

Utredningen ansågs nödvändig

Alla föräldrar, och 73 procent av lärarna, ansåg en utredning nödvändig. 92 procent av föräldrarna förväntade sig att barnets styrka och svagheter skulle klarläggas, och 78 procent räknade med att en diagnos kunde ställas. Av bedömningen efter undersökningen kan utläsas att föräldrarna anser sig ha fått sina förväntningar uppfyllda.

Vi vill här ge några siffror som berör några specifika undersökningsmoment. Cirka 87 procent av föräldrarna uttryckte sin tillfredsställelse med att även barnets motoriska funktion undersöktes, och 79 procent med att man kunde komma fram till en diagnos.

Enkäterna inbjöd även till fria kom-

mentarer, vilket utnyttjades flitigt av majoriteten av föräldrar och lärare. Vi vill lyfta fram två föräldrakommentarer: »Vi har fått en förklaring på hans beteende – vi är inte lika oroade som förut»; »Vi har fått en diagnos så att vi kan sluta med att anklaga oss själva.»

Lättade – inte kritiska

Vid en förnyad genomgång av resultaten kan vi inte utläsa negativ kritik mot att barnets problem lyfts fram eller mot att diagnoser med barnpsykiatriskt/barnmedicinskt innehåll ställts hos de barn som uppfyllt de diagnostiska kriterierna.

Vi finner däremot hur många föräldrar är påtagligt lättade över att barnets problem observerats och synliggjorts. Likaså framkommer att föräldrarna har en stor klarsyn vad beträffar komplexiteten i besvaren och att de anser att en utredning måste vara allsidig.

Referenser

1. Price E, Kjellman B. MBD/DAMP. Ett sätt att samarbeta. Rapport till Skaraborgs landsting, 1991.
2. Price E, Kjellman B. MBD/DAMP. Föräldrars syn på ett specialistteam. Rapport till Skaraborgs landsting, 1993.
3. Isberg E, Kjellman B. Multidisciplinary assessment of children with deficits relating to attention, motor activity and perception: evaluation of the ANSER model. Child Care Health Develop 1999; 25: 359-76.

KVITTRA – början till nationellt trauma- register

I artikeln »Traumaregister bara meningsfullt för de svårast skadade – Ett års erfarenhet av traumaregistrering vid Södersjukhuset» (Läkartidningen, 19/00, sidorna 2320-2) konkluderar författarna att endast cirka 5 procent av de patienter som registrerades på Södersjukhusets akutmottagning var allvarligt skadade (ISS>9), och att traumadata avseende svårt skadade per sjukhus är för litet för att möjliggöra internationella jämförelser där mortalitet används som utfallsmått. Endast ett nationellt register kan råda bot på detta.

Författarna framför också synpunkten att för de enskilda sjukhusen och regionerna kan en bredare, eventuellt periodvis, kvalitetsuppföljning av olycksfallsvården med morbiditet som utfallsmått vara av större intresse och ge underlag för epidemiologiska studier respektive preventiva åtgärder.

Trafikskaderegister

Ett exempel på ett register som byggs upp för att användas i skadeförebyggande arbete är det register för skador orsakade i trafikmiljön (STRADA; Swedish Traffic Accident Data Accumulation) som utvecklats av Vägverket och nu håller på att införas i landet. Ett mycket viktigt påpekande som författarna gör är att samordning och samverkan mellan olika register måste komma till stånd i samma sjukhus/enhet. Un-

Författare

PER ÖRTENWALL

docent, överläkare, kärlkirurgiska kliniken, Sahlgrenska Universitets-sjukhuset/Sahlgrenska, Göteborg. ►

ANNONS

dertecknad delar helt Ponzers och medarbetares uppfattningar i ovanstående frågor.

Nationellt traumaregister

I avsikt att skapa ett nationellt traumaregister har företrädare för det »Sydsvenska traumaregistret, OLGA/Traumama» och det västsvenska traumaregistret (»VESTRA») med ekonomiskt stöd av Socialstyrelsen och Vägverket sedan några år tillbaka arbetat med att utveckla en databas som (förhoppningsvis) tillfredsställer de flesta av de önskemål som framförs i artikeln från Södersjukhuset. Registret har döpts till KVITTRA (Kvalitetsregister i traumavården) och är nu klart att tas i bruk.

Vilka patienter skall ingå?

Vid de diskussioner som föregick konstruktionen av mjukvaran framkom snabbt att den grundläggande svårigheten inte låg i att konstruera en databas som möjliggör jämförelse av mortalitet mellan olika centra/länder – detta självklart under förutsättning att antalet individer som beräkningen grundar sig på är tillräckligt stort för att möjliggöra en statistisk beräkning. Även om den matematiska formeln för kalkylen är komplicerad är antalet variabler som ingår i beräkningen begränsat, och med hjälp av datorstöd går operationen snabbt att utföra.

Det svåra är istället att försöka tillfredsställa önskemål från olika sjukhus avseende vilka patienter som skall ingå i registret – en del sjukhus vill registrera alla som läggs in medan andra intresserar sig enbart för de »allvarligt skadade» patienterna. Detta framgår också tydligt av artikeln från Södersjukhuset.

Mjukvara för maximal frihet

För att försöka göra programmet acceptabelt för alla akutsjukhus har vi därför försökt skapa en mjukvara som medger maximal valfrihet. Detta gäller dels vilka patienter som inkluderas i registret – sjukhuset väljer självt var man vill »lägga ribban» för inklusion. Vid överföringen av data till den nationella databasen kommer programvaran med automatik att endast exportera data avseende patienter med ISS >9.

Vidare har programmet konstruerats så att ett »minimal data set» måste fyllas i för att det överhuvudtaget skall gå att spara data på en enskild patient. Dessa basdata är de variabler som krävs för att kunna göra beräkningen avseende mortalitet gentemot internationella databaser (MTOS).

”Det är självfallet vår förhoppning att KVITTRA snabbt kommer att accepteras och införas på de flesta av landets akutsjukhus. På så sätt kan på relativt kort tid en nationell databas skapas, vilket ger möjlighet till jämförelse mellan svensk (decentraliserad) och utländsk (centraliserad) traumavård.”

Dessutom finns som förberedd option ytterligare ett antal variabler inlagda i programmet. Dessa variabler har arbetsgruppen ansett vara av mer allmänt intresse ur ett nationellt perspektiv. Slutligen finns också ett antal »fria fält», vilka det enskilda sjukhuset självt har möjlighet att definiera. Dessa variabler förs inte alls över till den nationella databasen, utan ligger kvar lokalt.

Varje sjukhus »äger» sina egna data, dvs de ligger kvar i den persondator som använts för inmatning. I programvaran ingår också en uttagsmodul som genererar ett 10-tal olika standardrapporter i tabellform respektive grafisk presentation.

Koder för användarvänlighet

Användarvänligheten har vi sökt tillgodose genom att i programmet lägga in datorstöd för att kunna hitta de koder avseende skaderorsaker och genomförda operationer (ICD-10) som är aktuella. Registrering av diagnoskoder (ICD-10), liksom gradering av den enskilda skadans svårighetsgrad (AIS; Abbreviated Injury Scale), görs med hjälp av en figur där man med muspekaren markerar den kroppsdel som är skadad, varefter

man leds vidare i en tabell över de aktuella diagnoserna/skadorna. Programmet räknar då automatiskt ut korrekt ISS (Injury Severity Score).

Bland de obligatoriska variabelerna ingår också blodtryck, medvetandegrad och andningsfrekvens. Baserat på dessa värden beräknas RTS (Revised Trauma Scale) och därefter även TRISS (som är en kombination av ISS och RTS). Om STRADA och KVITTRA läggs in på samma persondator överför mjukvaran med automatik gemensamma data mellan programmen för att undvika behovet av dubbel inmatning.

Drift och förvaltning

KVITTRA har presenterats under kirurgveckan i Östersund, och kan också laddas ned som en demoversion (www.enator.se/projekt/svea/index.htm). Observera dock att mjukvaran kräver Windows NT som operativsystem för att fungera.

KVITTRA kommer att drivas och förvaltas av Svensk förening för traumatologi tillsammans med Riksföreningen för sjuksköterskor inom trauma. Utbildningstillfällen avseende mjukvaran kommer att ordnas vid minst två tillfällen under hösten i år. Det är självfallet vår förhoppning att KVITTRA snabbt kommer att accepteras och införas på de flesta av landets akutsjukhus. På så sätt kan på relativt kort tid en nationell databas skapas, vilket ger möjlighet till jämförelse mellan svensk (decentraliserad) och utländsk (centraliserad) traumavård. •