

# HAKIR

– handkirurgiskt kvalitetsregister

---

ÅRSRAPPORT  
för 2010



## Bakgrund

HAKIR startade i klinisk drift på Handkirurgiska kliniken på Södersjukhuset i Stockholm 1 februari 2010 och i oktober 2010 på Hand- och Plastikkirurgiska kliniken på Universitetssjukhuset i Linköping. Sedan starten har 5545 operationer på 5865 patienter registrerats. Vid läsning av denna första årsrapport måste hänsyn tas till att alla registreringsrutiner ännu inte är fullt utvecklade och vissa oklarheter kan också finnas kvar i registerformulären. Ett fortlöpande arbete pågår i den nationella arbetsgruppen för HAKIR för att förbättra detta. Årsrapporten för 2010 får ses som en första översikt över hur HAKIR framöver kan komma att användas i syfte att förbättra vårdkvalitet för handkirurgi i Sverige. Jämförelser mellan olika operationsmetoder eller olika kliniker är inte aktuella i detta tidiga stadium i utvecklingen av ett helt nytt kvalitetsregister. På sikt avser vi dock att göra sådana jämförelser i syfte att lära av varandra. Registerdata kommer också att kunna bli en unik källa för klinisk forskning.

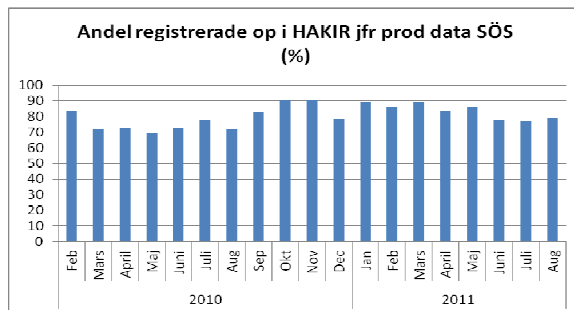
## Nationell täckningsgrad

Under 2010 startade alltså registrering vid Södersjukhuset i Stockholm 1 februari och vid Universitetssjukhuset i Linköping 15 oktober. 26 september 2011 startade Malmö. Uppsala och Umeå startar 1 november. Göteborg och Örebro, som sedan återstår av de sju specialistklinikerna, deltar i den nationella arbetsgruppen men har inte angivit något startdatum ännu. I storstadsregionerna finns ett stort utbud av privata vårdgivare inom handkirurgi och det vore av värde att även låta dessa delta i kvalitetsregistreringen inom HAKIR. Inställningen inom styrgruppen för HAKIR har dock varit att först få igång registret på de stora klinikerna.

## Bortfallsanalys

När HAKIR startade inkluderades inte bilaterala operationer, operationer i samma hand inom 12 månader och operationer på barn. Skälet var att patientenkäter och uppföljning inte fungerade för dessa grupper. Under uppstartsperioden upptäckte vi att det logistiskt var enklare att inkludera alla utförda operationer vid kliniken och istället exkludera vissa patienter från enkäten. Denna förändring infördes vid revisionen i september 2010.

Bortfallsanalys för perioden 1 feb 2010 till 31 augusti 2010 är därför osäker. Figuren visar en månadsvis jämförelse mellan registrerade operationer i HAKIR och det antal operationer som registrerats i produktionsdata på Södersjukhuset. Totalt gjordes 5174 operationer 100201-110831 och 4182 fanns registrerade i HAKIR, dvs 80,8%. Oktober-augusti utfördes 2894 operationer och av dessa registrerades 85,2% i HAKIR. Det bortfall som finns kvar är troligen mest operationer som utförts akut och / eller på annan operationsavdelning, då vanliga rutiner inte fungerar. Vi har inte kunnat göra någon bortfallsanalys för Linköping ännu, men detta planeras i sammanställning för hela 2011.



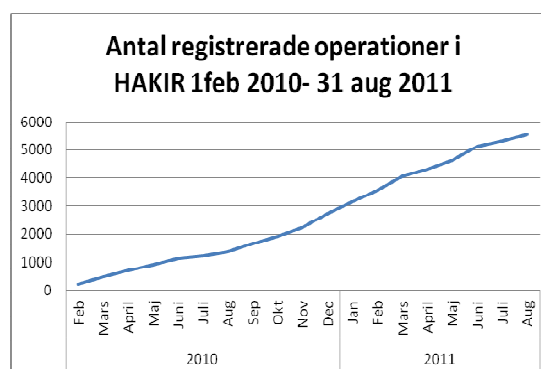
## Reliabilitet & Validitet

I grundregistreringen för HAKIR ingår en patientenkät som består av två delar, vg se verksamhetsberättelse och [www.hakir.se](http://www.hakir.se). Den första delen består av åtta frågor angående symptom från den opererade handen, t ex vilovärk, köldkänslighet, svaghet etc. Frågorna besvaras på visuella analogskalor 0-100. Validitet för denna del av enkäten undersöktes i ett magisterarbete 2010 (Kerstin Stihl) och en del förändringar gjordes utifrån resultaten i studien. Ytterligare studier behövs för att undersöka validitet och reliabilitet för web-enkäten eftersom denna är nyutvecklad för HAKIR. Postoperativt ingår också två frågor om nöjdhet, med operationsresultat respektive med bemötande. QuickDASH enkäten, som även ingår i HAKIR, har i flera studier visats sig ha god validitet och reliabilitet för olika handkirurgiska tillstånd.

I utökad registrering inom HAKIR ingår mätningar av handfunktion, t ex kraft och rörlighet. För att förbättra reliabiliteten för dessa mätningar har en speciell mätmanual utvecklats med standardisering av alla mätmetoder och dokumentation av data, se verksamhetsberättelsen.

### Registrerade operationer

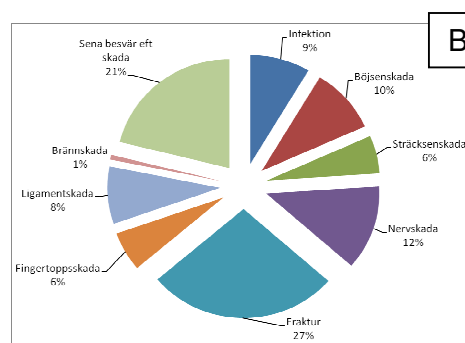
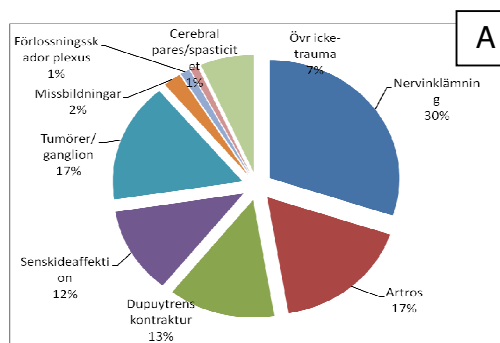
Figuren intill visar antalet registrerade operationer i HAKIR från starten 1 februari 2010 till 31 augusti 2011. Under perioden registrerades 5545 operationer, 4182 från Stockholm och 1363 från Linköping.



En första revision av registerplattformen och de ingående formulären gjordes alltså i september 2010. Flera mindre och större problem och felaktigheter rättades till. På grund av ändringarna i registerparametrarna är det inte meningsfullt att redovisa resultaten för den första registerperioden 1 feb till 30 sept 2010. I denna årsrapport redovisas därför resultaten för perioden 1/10 2010 tom 31/7 2011. I kommande årsrapporter kommer troligen registerdata att redovisas årsvis.

### Operationsdata

Under perioden 101001-110731 registrerades 4327 operationer (på 3014 patienter) i HAKIR, varav 3113 op från Stockholm och 1214 från Linköping. Figuren nedan visar diagnosgrupper för de operationer som hade registrerats. Diagnoser har delats upp i troligen planerad (elektiv) resp troligen akut diagnos. I HAKIR registreras inte om en operation är utförd akut eller planerat. Huvuddiagnos och bidiagnoser anges med text och ICD10 kod. På samma sätt anges primär, respektive ytterligare åtgärd med text och åtgärds kod (KKÅ97). I figuren redovisas endast huvuddiagnos.



- A. "Elektiva" diagnoser för patienter opererade mellan 1/10 2010 och 31/7 2011. (n=2166)  
 B. "Akuta" diagnoser för patienter opererade mellan 1/10 2010 och 31/7 2011. (n=1987)

160 av de 4327 operationerna (3,7%) var reoperationer pga komplikation. I 37 % hade primär operation utförts vid annan klinik. Infektion var vanligaste orsak till reoperation (n= 54) följt av osteosyntesrelaterad komplikation (n= 32) , senruptur (n=17) och adherens/kontraktur (n=14). Reoperation pga infektion efter primär operation på egen klinik utgjorde 1,1%. Preoperativt antibiotikum hade givits vid 1190 operationer (27,5%).

**Analys operationsdata:** Bland elektiva diagnoser dominerade nervinklämningar där karpaltunnelklyvningar utgjorde 72% ( 473 operationer). I flera landsting anges nu att dessa enklare operationer bör utlokaliseras från specialistklinikerna till andra vårdgivare. Vi kan därför förmoda att andelen av sådana operationer kommer att minska. Artros utgör också en stor diagnosgrupp, varav tumbasartrosoperationer var drygt 60%. En stor andel av operationer som utförs vid handkirurgiska kliniker är skador eller restillstånd efter skador. Här dominerade

frakturkirurgi följt av nervkirurgi, senkirurgi och ligamentskador. Böjsenskador är en skadetyp som ofta kräver stor rehabiliteringsinsats postoperativt. 193 operationer pga böjsenskada fanns i materialet, men vi har här inte specificerat vilka av dessa som var pga skada inom senskideområdet. En sk utökad uppföljning (funktionsuppföljning) av böjsenskador i fingrarna (zon II) 3 och 12 månader postoperativt planeras inom HAKIR. Man kan sammanfattningsvis konstatera att specifikt "högspecialiserade" diagnoser, såsom t ex plexusskador, missbildningar eller spastikerkirurgi utgjorde en liten andel av materialet i antal. Dessa diagnoser kan förstås ändå dominera verksamheten genom höga kompetenskrav, långa operationer, stort utrustningskrav, behov av slutenvård m m.

Vi har ännu inte analyserat om samband finns mellan preoperativ antibiotikaproylax och reoperation p g a postoperativ infektion, men sådana analyser planeras framöver när vi samlat större material. Eventuellt samband mellan osteosyntesmaterial och senruptur har inte heller analyserats, men är av stort intresse framgent med tanke på en ökad användning av internt fixationsmaterial som plattor och skruvar vid olika frakturer i arm och hand.

Utökad registrering av tumbasartrosoperationer startade i Stockholm i oktober 2010 och 70 operationer registrerades fram till 31/7 2011. Många olika operationsmetoder förekom, både trapeziumextirpation med eller utan senplastik (FCR, ECRL, APL), ledprotes och steloperation. Det är ännu för tidigt att analysera eventuella skillnader, men vi samlar snabbt in material för sådana analyser när fler kliniker ansluter. Vi kan då både analysera funktionsdata som kraft och rörlighet och patientdata som smärtlindring, upplevd funktion och nöjdhet. Under hösten 2011 startades utökad registrering av injektionsbehandling (kollagenas) vid Dupuytren's kontraktur i Stockholm och på pappersformulär även i Uppsala. Denna nya behandling är ifrågasatt i flera landsting och det är av stort värde att vi kan följa upp patienterna inom HAKIR för att få större underlag avseende resultat, patientnöjdhet och komplikationer. Snarast möjligt bör även utökad uppföljning av Dupuytren-patienter som opereras inkluderas i HAKIR, men detta har dröjt något pga resursbrist vid klinikerna.

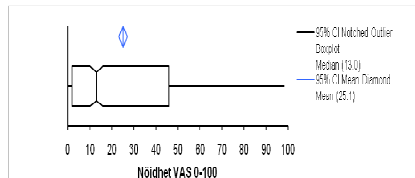
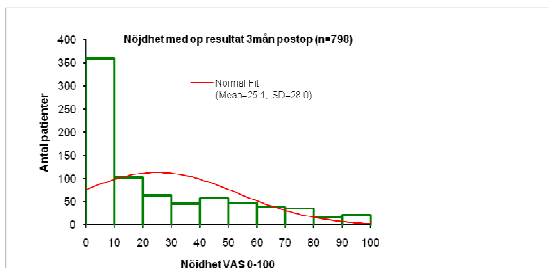
### **Patientenkätdata**

Patientenkäten i HAKIR fylls i preoperativt, samt 3 och 12 månader efter operation. För proteskirurgi och eventuellt även för andra ingrepp kan längre uppföljning också bli aktuell. Patienter som opererats i samma eller andra handen inom 12 månader får ej enkät eftersom resultaten efter upprepad kirurgi skulle bli mycket svårtolkade. Barn (<16 år) är också exkluderade eftersom vi i nuläget inte har någon barnanpassad enkät.

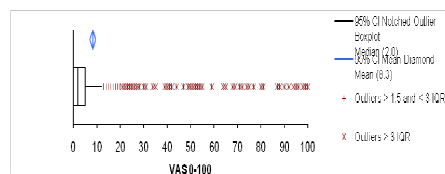
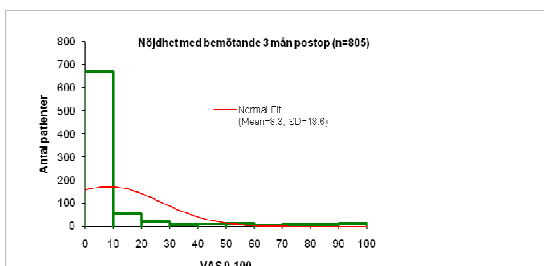
Patientenkäten fylls i via hemsidan, [www.HAKIR.se](http://www.HAKIR.se) i en speciellt designad web-enkät med "virtuella skjutreglage" på visuella analogskalor (VAS). Möjlighet finns också att fylla i enkäten på papper, men vi vill minimera detta för att minska arbetsbelastning och pappersslöseri. Patienterna anger grad av besvär avseende 8 olika symptom, bland annat värk och smärta, upplevd stelhet, känselstörningar etc. Två frågor postoperativt gäller nöjdhet, en avser nöjdhet med operationsresultat och den andra nöjdhet med bemötande under vårdtiden. Alla VAS värden går från 0 till 100, där 100 är mest besvär. I patientenkäten ingår även QuickDASH-enkäten som även denna går från 0-100, med 100 som maximal upplevd funktionsnedsättning inom arm och hand. Påminnelse om att fylla i web enkäten postoperativt skickas ut via sms genom en speciellt utvecklad funktion i registret. Web-enkäten kom i full drift först under senhösten 2010.

Under perioden 101001-110731 registrerades 1328 preoperativa patientenkäter, 837 tre-månadersenkäter och 41 tolv-månadersenkäter. Alla frågor var inte komplett ifyllda varför antalen nedan kan variera).

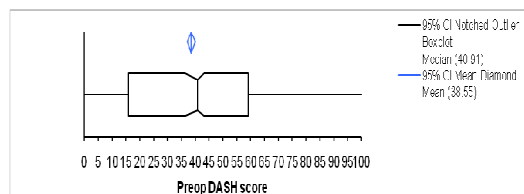
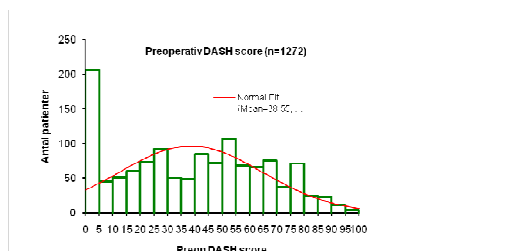
Medianvärdet för nöjdhet med operationsresultat var 87% 3 månader postoperativt (n= 798) och 80% 12 månader postop (n=38), se figur nedan.



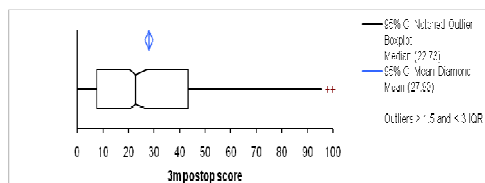
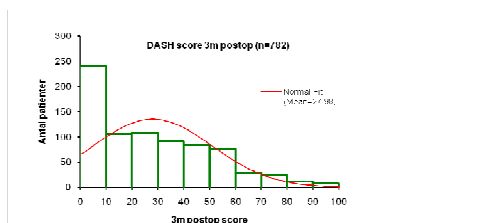
Medianvärde för nöjdhet med bemötande var 98% 3 månader postoperativt (n=805) och 99% 12 månader postoperativt (n=39), se figur nedan.



**QuickDASH** innehåller 11 frågor med 5 svarsalternativ. Total score kan räknas ut om minst 10 frågor har besvarats. Nedan redovisas DASH preoperativt för 1272 patienter. Medianvärdet var 41, medelvärde 38,5.



QuickDASH score var median 23 (medelvärde 28) tre månader postoperativt (n=782). Observera att det inte nödvändigtvis är samma patienter pre- och postoperativt i denna enkla analys. Vi gör därför ingen statistisk analys ännu.



**Analys patientenkätdata:** Det är inte meningsfullt att analysera enskilda symptom i denna mycket blandade grupp av operativa ingrepp. När vi samlat mer material och utvecklat utdatafunktionen i registret (Computo) bättre kommer vi att kunna undersöka symptomlindring för individuella patienter och för hela operationsgrupper före och efter operation. Det blir också betydligt mindre arbetskrävande att göra statistiska jämförelser.

Vissa operationer har väsentligt längre läkningstid än tre månader och i vissa fall kvarstår förstås funktionshinder och symptom permanent. Det är glädjande att se att den absoluta majoriteten av patienterna både är nöjda med operationsresultatet och det bemötande de fått vid de handkirurgiska klinikerna. Som förbättringsområde kan man tänka sig att analysera de patienter som inte varit nöjda och försöka hitta orsaker till detta lokalt på kliniken.

QuickDASH ger en allmän uppfattning om individens självskattade "hälsotillstånd" inom arm och hand och enkäten innehåller blandade frågor både om funktionsnedsättning i dagliga aktiviteter och om livskvalitet, sömn etc. En nackdel med QuickDASH är att den inte särskiljer mellan händerna. En patient som har opererats i sin dominant hand får rimligen högre DASH värde (större funktionshinder) än en patient som opererats i den icke-dominanta handen. Annan kritik är scorens relativt låga känslighet för tillstånd i handen och även betydande åldersberoende. QuickDASH ger ändå viss möjlighet att jämföra mellan olika stora diagnosgrupper. Stora datamaterial för jämförelse finns i litteraturen. Före operation var medianvärdet 41 och 3 månader efter operation 23, vilket tyder på att de handkirurgiska åtgärderna väsentligt minskat patienternas upplevda funktionshinder. Vi kommer att göra mer utförliga analyser och jämförelser i kommande årsrapporter.

## Uppfyllande av mål för 2010

- Införa reviderad och validerad version av HAKIR i oktober 2010 - **Genomfört**
- Starta grundregistreringar i Linköping och utökade registreringar för tumbasartros i Stockholm i oktober 2010. **Genomfört**
- Införa web-enkäten med sms-påminnelsefunktion i oktober 2010. **Genomfört med viss fördröjning under hösten 2010**
- Utarbeta utdatafunktionen i HAKIR (Computo) för redovisning av enkätdata individbaserat och sammanslaget för olika diagnosgrupper. **Delvis klart, fortfarande saknas vissa funktioner och modulen är inte tillräckligt användarvänlig.**
- Ansöka till SKL om fortsatt registeranslag för 2011. **Anslag sökt och beviljat (500tkr)**
- Redovisa registerdata vid Svensk Handkirurgisk Förenings årsmöte i samband med Riksstämman 2 december 2010. **Genomfört**

## Mål för 2011-2012

- Starta grundregistreringar i Umeå, Uppsala och Malmö under 2011. Preliminära startdatum är 26/9 för Malmö samt 1/11 för Uppsala och Umeå.
- Påbörja arbetet med att starta grundregistreringar i Örebro och Göteborg under 2012.
- Starta fler typer av utökade registreringar i Linköping och Stockholm och skapa modeller för bra logistik för funktionsuppföljningarna.
- Öka användbarheten och utbudet av utdatamoduler i Computo med inriktning på förbättringsarbete, tex patientnöjdhetsdata och komplikationer för olika diagnoser/operationstyper.
- Presentera registerdata från Stockholm och Linköping vid Riksstämman 2011
- Skaffa professionell grafisk profil för HAKIR och ny hemsida med tydligare inloggning både för patienter och för sjukvårdspersonal.
- Ansöka om fortsatt SKL anslag för HAKIR 2012.

## Sammanfattning

De allra första resultaten från ett nystartat kvalitetsregister med en helt ny design är med självklarhet osäkra och mycket arbete återstår innan registret fungerar fullt ut inom hela Sverige. Det första året är ändå lovande och visar att konceptet tycks fungera väl i klinisk drift. Det avgörande är att integrera registerrutinerna i dagligt kliniskt arbete och göra registreringarna så lite arbetskrävande som möjligt. Med de stora patientmaterial som här blir aktuella måste pappersenkäter undvikas så långt möjligt och det är en stor fördel att vi nu har en välfungerande web-enkät med sms-påminnelsefunktion.

En annan avgörande faktor för registrets framtid är att resultaten från registreringarna fortlöpande återkopplas till verksamheterna och används i olika förbättringsarbeten. En fördel med HAKIR är att alla deltagande enheter har ständig tillgång till sina egna data och en utdatamodul (Computo) via webben. Vi kommer att arbeta vidare med detta under 2012. HAKIR kan även bli en unik källa för klinisk forskning när vi samlat tillräckligt med data. Fortsatt uppföljning och förbättring av validitet och reliabilitet är av vikt och det finns fortfarande mycket att göra. Vi måste också utveckla enkla modeller för uppföljning av täckningsgrad genom jämförelse med operationsstatistik.

Förutsättningar för fortsatt framgång för HAKIR är även komplett nationell uppslutning och fortsatt ekonomiskt stöd från SKL. Om registeranslaget ökas för 2012 skulle vi kunna underlätta det nationella införandet väsentligt genom att stötta registerkoordinator-funktioner runt om i landet. Avdelad arbetstid behövs för att adekvat införa och utveckla ett kvalitetsregister.

Styrkor hos HAKIR är ett starkt patientfokus, komplett web-design inklusive utdatamodul och uppfyllandet av alla de nya krav som ställs i Patientdatalagen och av Datainspektionen, bl a inloggning via e-tjänstekort. Vår starka förankring multiprofessionellt inom specialiteten är också en styrka.

Stockholm, 110924

Marianne Arner, registerhållare och Frida Bartonek, central registerkoordinator