

**HAKIR**  
HANDKIRURGISKT  
KVALITETSREGISTER



# **HAKIR**

– handkirurgiskt kvalitetsregister

---

**ÅRSRAPPORT**  
**för 2012**

[www.HAKIR.se](http://www.HAKIR.se)



## Vad är HAKIR?

Handkirurgiskt kvalitetsregister- HAKIR är ett web-baserat register avsett att följa upp och förbättra resultat efter handkirurgiska behandlingar.

HAKIR är det första nationella kvalitetsregistret inom specialiteten. Initiativ togs av Svensk Handkirurgisk Förening 2008 och registret startade i klinisk drift på Södersjukhuset i Stockholm 1 februari 2010. Samtliga sju handkirurgiska specialistkliniker i Sverige har deltagit i arbetet med att bygga upp registret och alla kommer under 2013 att börja registrera. Registerplattformen har byggts upp och administreras via Registercentrum Syd (RC Syd) i Lund. HAKIR har anslag från SKL sedan 2010. Registerhållare är Marianne Arner och central registerkoordinator Frida Bartonek, båda från Södersjukhuset (SÖS) i Stockholm. Centralt personuppgiftsansvar finns hos SÖS.

## Målsättningar för HAKIR

är att:

- Minska komplikationer och reoperationer efter handkirurgiska ingrepp, t ex sen- nervskador, proteslossning, infektion och felläkning av frakturer.
- Tidigt upptäcka metoder med dåliga resultat, så att dessa slutar användas i landet.
- Förbättra handkirurgisk vård genom återkoppling av behandlingsresultat till verksamheterna och användning i lokala förbättringsarbeten.
- Göra patienterna mer delaktiga i sin vård genom att på ett standardiserat och regelbundet sätt inhämta deras uppfattning och återkoppla både till dem själva och till vårdgivaren.
- På sikt kunna jämföra resultat av olika behandlingsmetoder och kunna bedriva klinisk forskning på stora patientmaterial.
- Genom nationellt och multiprofessionellt samarbete öka samsyn och skapa förutsättningar för likvärdig handkirurgisk behandling för alla oavsett bostadsort.

## Våra strategier

är att:

- Bygga upp registret med nationell konsensus och på ett långsiktigt hållbart sätt, t ex vad gäller arbetsrutiner, lokala koordinatörer, inloggning m m .
- Skapa ett register med maximal säkerhetsnivå för persondata.
- Kontinuerligt följa och försöka förbättra täckningsgrad, validitet och reliabilitet.
- Skapa registreringsrutiner som är så lite arbetskrävande som möjligt, men som involverar och engagerar all personal i vårdkedjan.
- Skapa lättanvända utdatarapporter som visar registrerade resultat både på individnivå och för grupper av patienter.
- Skapa bättre underlag för patientinformation och behandlingsbeslut genom att kombinera patientrapporterade resultat och funktionsmätningar.
- Rapportera om HAKIR vid nationella och lokala möten och stimulera till att använda resultaten i förbättringsarbeten och forskning.

## Registrets struktur

HAKIR består av två delar, grundregistrering och utökad registrering.

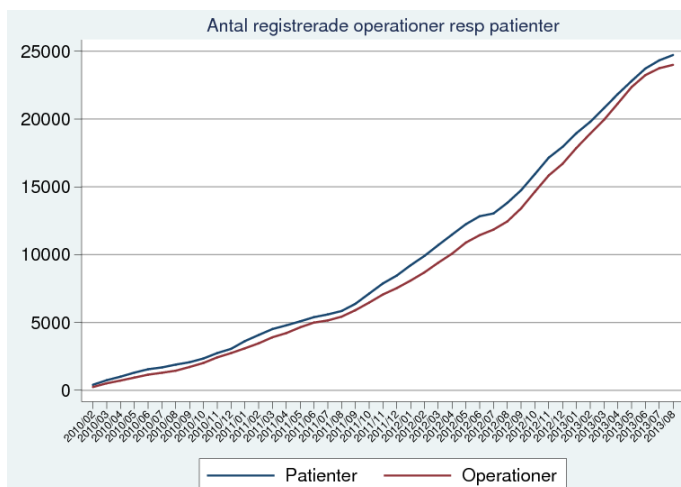
Grundregistrering omfattar alla patienter som opereras och inkluderar basala uppgifter om de utförda operationerna (diagnos- och operationskoder) samt registrering av postoperativa komplikationer som lett till reoperation. Grundregistrering omfattar även patientenkät före, samt 3 och 12 månader efter operation. I enkäten, som vi utvecklat specifikt för HAKIR, finns frågor om symptom och om nöjdhet, både avseende operationsresultat och bemötande, för alla frågor i skalan 0-100, där 100 anger högsta grad av symptom. Hälsoenkäten QuickDASH (kortversion av DASH: Disability of the Arm, Shoulder and Hand) är ett validerat och internationellt mycket använt utvärderingsinstrument för upplevd funktionsnedsättning, specifikt för övre extremiteterna till skillnad mot t ex EQ5D. Vissa exklusionskriterier finns för patientenkäten, t ex operation av andra handen inom 12 månader, bilateral operation, ålder <16 år etc, v.g. se [www.HAKIR.se](http://www.HAKIR.se). Tillsammans med RC Syd har en teknik för automatiskt utskick av sms från registret till patienter som skall fylla i postoperativ web-enkät och säker insamling av web-enkätdata utvecklats. Pappersenkät finns också tillgänglig, men vi försöker minimera användningen för att minska arbetsbördan för koordinatörerna.

Utökad registrering omfattar endast patienter som opereras med utvalda typer av operationer och innebär tillägg av funktionsmätningar utförda av handterapeut 3 och 12 månader efter operation. Extra uppgifter angående utförd operation registreras också. Tio operationstyper har valts ut för utökad registrering, t ex böjskador, tumbasartros och proteskirurgi. Operationstyperna har valts ut pga. att de antingen är vanliga, speciellt kostnadskrävande och/eller för att operationsmetoderna inte är tillräckligt vetenskapligt utvärderade.

Införandet av HAKIR har skett successivt vid de sju specialistklinikerna, först grundregistrering och sedan efterhand de olika utökade uppföljningarna. Att införa kvalitetsregister för samtliga opererade patienter på en klinik kräver omfattande planering kring logistik och rutiner samt en hel del praktiska och formella förberedelser. För att underlätta arbetet finns det både manualer och checklistor på hemsidan att ta hjälp av samt kontinuerligt stöd både på plats, via mail och telefon från koordinatörerna.

### Nationell täckningsgrad (data coverage)

Under senhösten 2012 startade Umeå och Göteborg registreringar i HAKIR. Örebro avser starta under hösten 2013 och registret får då komplett nationell täckning avseende handkirurgiska specialistkliniker. Utvecklingen av antal operationer och patienter i HAKIR (fig nedan) läggs ut som en automatiskt uppdaterad rapport på hemsidan en gång per månad.

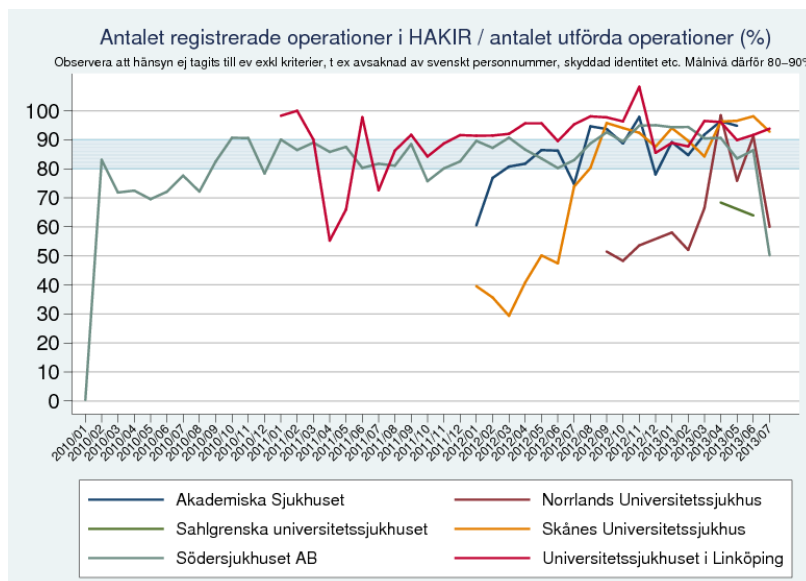


Antal registrerade operationer respektive patienter i HAKIR sedan starten 1 februari 2010.

Handkirurgi bedrivs även i stor volym inom privat vård runt om i landet och flera privata enheter har hört av sig angående deltagande i HAKIR. Vi kommer att hålla ett uppstartsmöte för privata vårdgivare under senhösten 2013 och planerar kunna starta upp registreringar under 2014 för de enheter som uppfyller ingångskriterierna (t ex utsedd koordinatör och personuppgiftsansvarig, säker inloggning med SIHTS-kort och komplett registrering av alla operationer).

### Bortfallsanalys (data completeness)

I HAKIR registreras alla utförda operationer vid respektive klinik i sk Grundregistrering. Enda undantagen är de patienter som aktivt avböjer deltagande, som har skyddad identitet eller som saknar svenskt personnummer. Med hänsyn till dessa exklusionskriterier har vi satt som målnivå att 80-90% av utförda operationer skall vara registrerade i HAKIR. Koordinatorerna lägger varje månad in totalt utförda operationer på sin klinik och en automatgenererad rapport läggs månadsvis öppet ut på hemsidan (se fig nedan). HAKIR är ett ungt register och det tar tid innan alla rutiner har etablerats fullt på nya kliniker. Det är därför glädjande att vi så snabbt har kunnat uppnå målnivån för alla de nya kliniker som startat och vi tror att det beror på vårt successiva införande och ett gediget förberedelsearbete inför varje uppstart.



Antal registrerade operationer i HAKIR (Grundformulär operation) i relation till totalt antal utförda operationer på resp klinik 2010-juli 2013. Målnivå är satt till 80-90% eftersom exklusionskriterier ej är medräknade. Värde för juli 2013 ej korrekt för vissa kliniker pga "semesterbortfall".

En automatiserad rapport som visar svarsfrekvens för patientenkäterna finns internt i registret. Under hösten 2012 noterade vi ett betydande bortfall för de postoperativa web-enkäterna. Detta visade sig delvis bero på ett tekniskt fel i vår sms-tjänst, men sedan detta åtgärdats var svarsfrekvensen fortsatt låg, cirka 30%. Vi har försökt analysera orsakerna till detta och under våren 2013 modifierades web-enkäten för att passa moderna sk smartphones och läsplattor. VAS linjer, som ibland kan upplevas som svåra att fylla i har ersatts med 11 rutor (0-100) i den nya enkäten som annars innehåller samma frågor och svarsalternativ. QuickDASH ingår som tidigare. Den nya web-enkäten infördes 5 augusti 2013 och vi följer nu svarsfrekvensen framöver. Om vi inte ser förbättring får vi överväga ytterligare åtgärder. Svarsfrekvensen för pappersenkäterna ligger högre, kring 50-60%, men är inget långsiktigt alternativ pga merarbete och kostnader.

## Reliabilitet

Vid bedömningar av handfunktion inom utökad registrering i HAKIR används den nationella mätmanual som utvecklats specifikt för vårt register. Standardiserad mätteknik och dokumentation av data är nödvändiga förutsättningar för god reliabilitet och manualen har inneburit förbättringar både för HAKIR och för annat nationellt samarbete inom handkirurgi. Manualen har tryckts upp och distribuerats till alla handkirurgiska kliniker och finns också för fri nedladdning på vår hemsida. Manualen har rönt internationellt intresse och kommer att översättas till andra språk. Förbättringar och tillägg till manualen diskuteras fortlöpande av handterapeuterna i HAKIRs nationella arbetsgrupp.

## Validitet

Under 2013 startas två valideringsprojekt i samarbete med RC Syd och med stöd av SKL. Det ena projektet innebär automatiserad kontroll av konsistens hos registerdata, t ex att postoperativ uppföljning inte skett före operation, att operationskod stämmer med diagnoskod etc. Det andra projektet handlar om skattning av andel inkorrekta data genom att ett slumpmässigt urval av registrerade data kontrolleras mot journaluppgifter. Projekten skall bli klara under våren 2014. Vi avser också att så snart som möjligt göra en ny studie av innehållsvaliditeten för patientenkäten, dvs hur väl den speglar patientens upplevda besvär före och efter operation, troligen genom kvalitativa intervjuer med ett antal patienter alternativt genom ett frågeformulär.

## Registrerade data

	2010		2011		2012		TOTALT	
	Pat	Op	Pat	Op	Pat	Op	Pat	Op
<b>Stockholm</b>	2887	2421	2524	2669	2310	2855	7721	7945
<b>Linköping</b>	165	4	1623	1662	1530	1735	3318	3401
<b>Uppsala</b>	0	0	198	102	1552	1458	1750	1560
<b>Malmö</b>	0	0	1062	508	3066	2421	4128	2929
<b>Umeå</b>	0	0	0	0	529	328	529	328
<b>Göteborg</b>	0	0	0	0	501	184	501	184
<b>TOTALT</b>	<b>3052</b>	<b>2425</b>	<b>5407</b>	<b>4941</b>	<b>8231</b>	<b>8981</b>	<b>17947</b>	<b>16347</b>

*Antalet registrerade patienter resp operationer per år och totalt för de deltagande klinikerna under 2010-2012.*

HAKIR växer nu snabbt i storlek genom att alla de tre stora sjukvårdsregionerna är representerade. När Göteborg kommit igång fullt med registreringarna räknar vi med att cirka 10 000 nya operationer tillkommer per år. I augusti 2013 hade vi mer än 25 000 operationer i HAKIR. Vi kommer snabbt att kunna samla in stora mängder information om handkirurgin i Sverige och variationen mellan olika kliniker, t ex avseende case-mix, behandlingstraditioner, komplikationer och patientupplevda resultat.

Vid genomgång av data från grundformuläret avseende diagnos- och operationskoder finner man betydande skillnader i verksamhetsinnehåll mellan olika kliniker, se tabell nedan. Karpaltunnelklyvning, senskideklyvning och ganglieborttagning är vanliga generellt, men utgjorde olika stor andel; 41% av operationerna i Malmö, 31% i Linköping, 27% i Uppsala och 20% i Stockholm (kollagenasbehandlingar exkluderade från totalantalet). Detta kan spegla olika tillgång på privat handkirurgi, olika ersättningsystem och olika sjukvårdspolitik. En viss andel "enkel" kirurgi är absolut nödvändig på specialistklinikerna för att kunna bedriva utbildning.

I Stockholm och Uppsala utgjorde frakturkirurgi en nästan en tiondel av operationerna. I Uppsala, Linköping och Stockholm hade många kollagenasbehandlingar vid Dupuytrens kontraktur registrerats, medan denna behandling inte alls registrerats på övriga kliniker. Att andelen missbildningskirurgi på barn är så låg kan bero på att små barn på vissa ställen opereras externt på barnsjukhus och därmed kan ha fallit bort från registreringen. Generellt gäller förstås att de operationer som inte lagts in i HAKIR inte heller kan redovisas!

Huvuddiagnos / Primär operation	Stockholm		Linköping		Uppsala		Malmö		Umeå		Göteborg	
	Antal op	%	Antal op	%	Antal op	%	Antal op	%	Antal op	%	Antal op	%
Karpaltunnelsyndrom (G560)	695	11,0	465	15,2	178	15,0	468	22,3	88	27,6	52	32,1
Ulnarisentrapment (G562)	187	3,0	95	3,1	28	2,4	59	2,8	4	1,3	3	1,9
Sensideklivning (NDM49)	392	6,2	283	9,3	75	6,3	306	14,6	12	3,8	5	3,1
Ganglion (NDM39)	171	2,7	127	4,2	23	1,9	98	4,7	12	3,8	3	1,9
Tumbasartros (M18)	223	3,5	200	6,6	55	4,6	101	4,8	15	4,7	10	6,2
Dupuytren operation (M720+NDM19)	320	5,1	100	3,3	10	0,8	94	4,5	8	2,5	4	2,5
Dupuytren kollagenas (M720+TND11)	219	3,5	209	6,8	182	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dupuytren sluten fasciotomi (M720+NDM09)	0	0,0	30	1,0	1	0,1	2	0,1	0	0,0	10	6,2
Missbildningskirurgi (Q-diagnos)	20	0,3	32	1,0	10	0,8	25	1,2	0	0,0	0	0,0
Obstetrisk plexusskada (P14)	35	0,6	3	0,1	0	0,0	2	0,1	0	0,0	0	0,0
Traumatisk plexusskada (S14)	11	0,2	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0
Frakturkirurgi (S-kod +NDJ-kod)	629	9,9	238	7,8	114	9,6	104	5,0	26	8,2	3	1,9
Sensutur (S-kod +NDL49)	419	6,6	163	5,3	65	5,5	80	3,8	19	6,0	1	0,6
Nervsutur (ACB-kod)	381	6,0	93	3,0	22	1,9	37	1,8	8	2,5	3	1,9
Andra typer av operationer	2625	41,5	1014	33,2	422	35,6	720	34,3	127	39,8	68	42,0
<b>Totalt antal registrerade primära op</b>	<b>6327</b>		<b>3053</b>		<b>1185</b>		<b>2097</b>		<b>319</b>		<b>162</b>	

Vanligaste huvuddiagnoser /operationer (andel i %) som registrerades t o m 31 december 2012 på respektive klinik. Observera att flera typer av ingrepp ofta utförs vid samma operation, här redovisas endast det som angivits som huvuddiagnos / primäroperation. Det är alltså mycket sannolikt att t ex antalet opererade nerv- och senskador är betydligt högre än vad som här redovisas. Observera också att endast primära ingrepp, inte seans-operationer eller reoperationer, redovisas i tabellen. Umeå och Göteborg hade inte komplett registrering under perioden varför dessa siffror är osäkra. Röda siffror anger vanligaste operation.

Utökad registrering för tumbasartroskirurgi startade under 2011 i Stockholm och Linköping och sent under 2012 i Uppsala. Det är nu uppenbart att man använder helt olika operationsmetoder på olika kliniker i Sverige. Vetenskapligt finns ingen evidens för att någon av metoderna är bättre och antagligen styrs metodvalen av lokala traditioner. ECRL-plastik dominerar i Linköping, medan FCR-plastik är vanligast i Stockholm och Uppsala. Trapezectomi utan senplastik tycks bara göras i Stockholm. I Stockholm har vi snart material för en analys av resultaten, medan tyvärr bortfallet av postoperativa funktionsundersökningar är stort i Linköping, se tabell nedan.

	Stockholm	Linköping	Uppsala
Pre-formulär	165	54	25
3 mån post formulär	154	34	9
12 mån post formulär	73	0	0

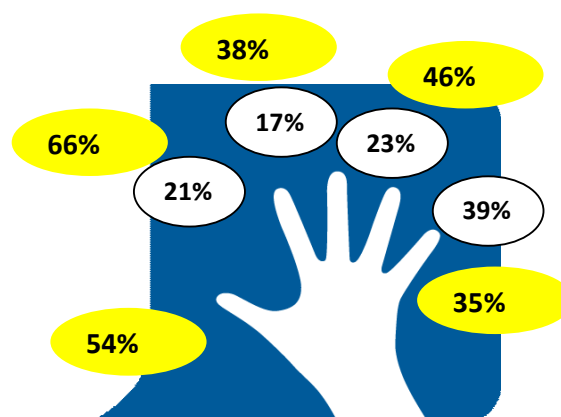
Utökad registrering för tumbaskirurgi. Registrerade funktionsformulär t o m augusti 2013. Uppsala startade sent under 2012. Linköping har beslutat att ej göra 12 månaders uppföljningen.

	Stockholm	Linköping	Uppsala
Trapezectomi enbart	32	2	
TE + FCR plastik	100	1	22
TE + ECRL plastik	10	102	0
TE + APL plastik	1	25	4
CMC 1 artrodes	1	5	0
Annan op	3	6	1
<b>Totalt op formulär</b>	147	141	27

Utökad registrering för tumbaskirurgi. Registrerade operationsformulär t o m augusti 2013. TE= Trapezectomi. FCR, ECRL, APL = olika typer av senplastiker. CMC1 artrodes= steloperation av tumbasleden.

Utökad registrering för böjsensuturer inom senskideområdet (zon II) pågår i Malmö och Stockholm sedan 2012. Böjsenskador är vanliga vid specialistklinikerna och såväl operationsteknik som postoperativ rehabilitering är betydelsefull för slutresultatet. Rörlighet i fingret och rupturfrekvens är viktiga utvärderingsmått. Nya suturmateriell och tekniker provas och det är viktigt att standardiserat följa upp resultaten.

	Stockholm	Malmö
Op formulär	59	108
3 mån postop formulär	18	33
12 mån postop formulär	0	8



Utökad registrering för böjsenskador t o m augusti 2013. Fördelning mellan skadade fingrar (totalt 153 fingrar) och andel med samtidig digitalnervskada (gula ringar). 35 böjsenskador på tummen var registrerade, varav 26 från Malmö.

Böjsenskadorna var vanligast i lillfingret, medan samtidig digitalnervskada var vanligast i tummen följt av pekfingret. Böjsenskador i tummen troligen ej komplett registrerade i Stockholm, därför anges ej relativ frekvens för dessa skador i figuren.

Vid båda klinikerna var loop-sutur med 4 trådar vanligast för kärnsuturen av böjsenan, Kessler-sutur förekom oftare i Stockholm. Fibre wire användes som kärnsuturmateriell på majoriteten av skador i Malmö, I Stockholm dominerande flätad polyester, men Nylon användes på en del fall. Alla böjsenskador mobiliserades aktivt i Malmö, medan Kleinert-mobilisering och aktiv mobilisering var lika vanliga i Stockholm och 2 patienter hade immobiliserats efter sensuturen. Det är för tidigt att utvärdera eventuella skillnader mellan de olika metoderna avseende rörlighet och senrupturer.

Utökad registrering för ledproteskirurgi görs i Linköping, Stockholm och Uppsala. Specifikt lot-nummer för varje protes skall registreras i HAKIR så att proteser som visar sig inte fungera kan spåras. Vi har än så länge för lite data för att undersöka resultat efter proteskirurgi. Via grundregistreringen följer vi reoperationer pga proteskomplikation, t ex lossning och infektion. Totalt registrerades 172 protesoperationer t o m 31 dec 2012, enligt fördelning nedan. 20 reoperationer pga proteskomplikation registrerades, men vi har ännu inte analyserat vilka proteser, typ av komplikation, tid efter operation etc.

	Stockholm	Linköping	Uppsala	Malmö	Umeå	Göteborg
<b>PIP-ledsprotet</b>	27	13	7	14	3	3
<b>MCP-ledsprotet</b>	30	19	7	21	2	0
<b>Handledspotes</b>	7	7	1	6	1	4
<b>Preop formulär</b>	17	13	ej utökad	33	ej utökad	ej utökad
<b>3 mån postop form</b>	28	2	ej utökad	10	ej utökad	ej utökad
<b>12 mån postop form</b>	13	1	ej utökad	2	ej utökad	ej utökad
<b>Antal reop pga proteskomplikation</b>	5	2	2	8	0	3
<b>Totalt antal primära op</b>	6327	3053	1185	2097	319	162

Registrerade ledprotesoperationer fram till 31 dec 2012. PIP= Proximal interphalangealled, MCP= Metacarpophalangealled. Tre kliniker har startat utökad registrering för ledproteskirurgi.

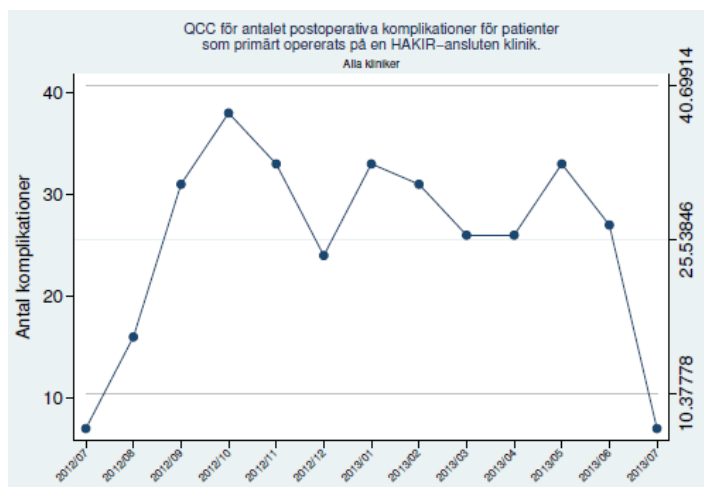
Utökad registrering för kollagenasbehandlingar vid Dupuytren görs av två kliniker och ett stort datamaterial finns nu tillgängligt för analys. Det vore mycket värdefullt om de kliniker som tillämpar sk nålfasciotomi också kunde registrera och följa upp dessa ingrepp via HAKIR eftersom oenighet råder inom svensk handkirurgi kring behandlingsval vid Dupuytren.

	Stockholm	Uppsala
<b>Injektionsformulär</b>	485	376
<b>Pre-formulär</b>	549	371
<b>3 mån post formulär</b>	303	-
<b>12 mån post formulär</b>	111	68

Utökad registrering för kollagenasbehandling vid Dupuytren. Registrerade formulär t o m augusti 2013. Uppsala har valt att avstå från 3 månaders uppföljningen.

## Komplikationsregistrering

Under slutet av våren 2013 blev ett antal utdata-rapporter enligt det sk Centurionsystemet klara. Komplikationsrapporten skickas ut automatiskt av registret och är avsedd att användas vid patientsäkerhets- och annat förbättringsarbete på varje klinik. De innehåller avidentifierade data från den egna kliniken och jämförelse med nationella data. En gång per månad kommer en sk QCC (Quality Control Chart) rapport som visar antalet reoperationer pga postoperativ komplikation inkl referensnivåer för slumpmässig variation. Varje kvartal skickas en tabell och ett cirkeldiagram som visar vilka typer av komplikationer som har registrerats. Exempel på rapporten visas nedan. Tanken är att man fortlöpande skall analysera de komplikationer som registrerats, t ex postoperativa infektioner och senskador och söka orsaker till ev försämringar.



QCC -rapport på reoperationer pga postoperativ komplikation. Skickas sedan augusti 2013 varje månad till respektive klinik. Varje enhet får sin egen statistik med uppdelning mellan internt och externt opererade patienter samt motsvarande statistik för det nationella materialet. De horisontella linjerna anger förväntad slumpmässig variation av antalet komplikationer per månad.

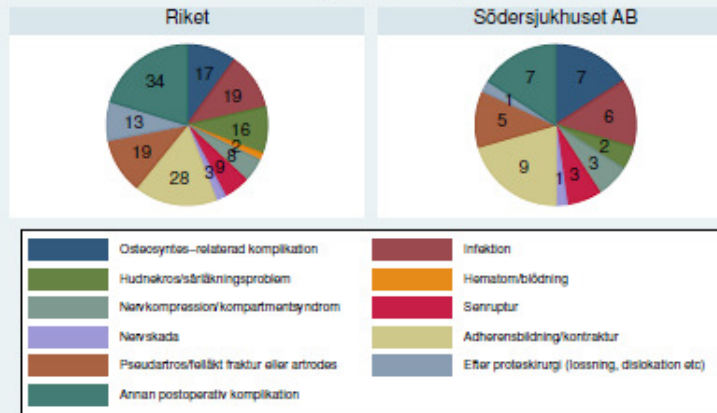




Tabell 1: Antal reoperationer pga postop k

Månad	Osteosyntesrel. kompl		Infektion		Hudnekr/ sär-läkn probl		Hematom/blödn		Nervkompr/kompartm		Senru
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	
Primär op på annan klinik (samma månad föreg. år)?											
Januari	0 (1)	1 (1)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (1)
Februari	1 (0)	2 (0)	1 (0)	0 (3)	1 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (0)	0 (1)	0 (1)	1 (0)
Mars	1 (1)	1 (1)	0 (4)	1 (4)	0 (1)	0 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (1)	2 (0)
April	1 (0)	1 (0)	0 (2)	1 (2)	0 (1)	2 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)
Maj	2 (0)	1 (1)	0 (1)	1 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Juni	1 (2)	1 (0)	1 (0)	3 (2)	0 (0)	0 (2)	0 (0)	0 (1)	1 (2)	1 (0)	0 (2)
Juli	0 (2)	0 (0)	1 (1)	1 (0)	0 (2)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (1)
Augusti	0 (0)	2 (0)	3 (0)	1 (0)	1 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
September	1 (0)	6 (2)	0 (2)	0 (1)	0 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (0)	2 (0)
Oktober	1 (1)	2 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (0)
November	1 (0)	2 (2)	1 (1)	0 (4)	0 (1)	0 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0)
December	0 (1)	1 (2)	0 (0)	2 (4)	0 (0)	3 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (0)	0 (0)
Total	9 (8)	20 (9)	7 (11)	12 (23)	2 (6)	7 (11)	0 (0)	0 (2)	3 (5)	1 (2)	8 (4)

### 2013 Rapport 2 (apr-jun): Antal reoperationer på grund av postoperativ komplikation. Alla kliniker resp. Södersjukhuset AB



Totalt antal komplikationer för Södersjukhuset AB är 44.  
Totalt antal komplikationer för Riket är 168.

Utsnitt av rapport med detaljanalys av postoperativa komplikationer. Skickas varje kvartal via e-mail till verksamhetscheferna och koordinatorena. Klinikens egna resultat kan jämföras med nationella data.

### Patientrapporterade data

Glädjande nog blev i augusti även utdatarapporten för patientenkäten med aggregerade data för olika typer av operationer klar! Rapporten kommer under hösten att läggas ut öppet på vår hemsida under rubriken: "Så här tycker våra patienter". Tanken är att en patient som skall, eller har opererats för något av de vanligaste tillstånden skall kunna informera sig om vad andra patienter har upplevt och hur nöjda de blivit med operation och bemötande. Vi anser att väl informerade patienter får ett bättre behandlingsresultat. På sikt kommer rapporten att kunna användas för jämförelse mellan kliniker, men data tillåter inte detta ännu. Nedan visas några exempel på rapporter. Av utrymmesskal kan vi här inte visa alla rapporterna utan vill hänvisa till vår hemsida.



**KARPALTUNNELKLYVNING. Operation pga nervinlämning vid handleden (diagnoskod G56.0, operationskod ACC51) - 30 augusti 2013**

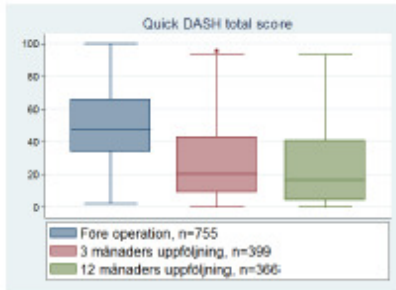
Detta är en nyckel-viktig operation som gör att medelåldersnerven kommer i kläm vid handleden, sk karpaltunnelsyndrom. Vanliga symptom är svårigheter och smärtor i fingrarna och värt. Svårheten brukar ofta vara värre morgn och vid vissa handledsöglag. Operationen gör vanligen i lokalbedövning genom att snäva i handleden. De patienter som har haft svåraste besvär under lång tid återgår i stort sett normal hälsa och kraft i handen efteråt. Nerven kan ha varit svårt att se vid inlämningen.

**1 Förklaring av diagram**

**Box-plott, sk "låda-diagram"** Svar på alla enkätfrågorna och Quick DASH-enkäten redovisas med sk box-plott, låda-diagram. I boxerna, boxarna, finns en punkt som anger den sk medelvärden. Dessa betyder att hälften av de som svarat har angivit ett högre värde och hälften ett lägre. Hälften av alla svar ligger inom "boxen", 25% över och 25% under boxen. Svårheten upplevs och svårast angivits de värden som ligger längst från boxen för 1,2 gånger avvikelse mot de yttre kvartilerna. Patienterna anger om de svarat på enkäten före eller efter operationen. 97% av de svarade som svarat, sk enkäten.

**1.1 Quick DASH**

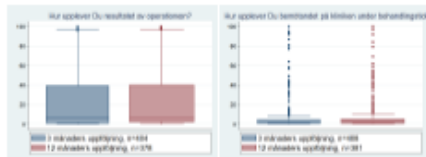
Quick DASH är inventeringen av en nyckel använd enkät för att utvärdera resultat av olika behandlingar av besvär inom hand, arm och axel. DASH betyder Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand och enkäten kommer från Canada, men är överens om många olika språk. QuickDASH enkäten utvärderar upplevda funktionsnedsättningar inom arm och hand hänsyn till 11 frågor om hur man klarar olika dagliga aktiviteter, graderade från 1-5. Svaren på de 11 frågorna ges om till en total score. 0 menar att ingen funktionsnedsättning inom arm och hand och 100 maximal funktionsnedsättning. Enkäten var även tillgänglig till om man är bilagor eller väntar på operation eller om man opererats bilagor eller väntar hand. Andra åklagare eller sjukdomar inom arm och hand kan också påverka svaren. Om operationen har minskat upplevda besvär från arm hand skall alltid värden minskat efter operationen.



Centurion-rapporter som visar aggregerade och månadsvis uppdaterade resultat av patientenkäten för olika operationstyper. Ju mer data vi samlar in desto säkrare blir resultaten. Sju rapporter är hittills klara; karpaltunnelsyndrom, trigger finger, handledstendinit (de Quervain), ganglieoperation, operation för tumbasartros samt operation resp kollagenasbehandling vid Dupuytren's sjukdom. Varje rapport inleds med en enkel beskrivning av sjukdomstillståndet och en förklaring till hur de sk "låda-diagrammen" skall tolkas. Alla skalor går från 0 till 100, där 100 anger mest besvär, lägst grad av nöjdhet etc. Vi kommer att vidareutveckla vissa av rapporterna med funktionsdata från de utökade uppföljningarna när vi samlat tillräckligt med data.

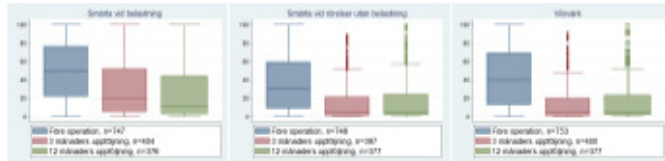


**1.5 Upplevelse av operationsresultat samt av besvär under behandlingstidens månatliga.**



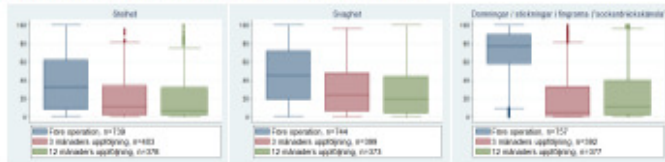
**1.2 Smärta, 0=inga problem, 100=värsta tänkbara problem.**

**Smärta vid belastning** - Här anger om du gör om när handen används i syssla aktiviteter.  
**Smärta vid rörelser utan belastning** - Här anger om du gör om när man rör på lederna i handen även om man inte belastar i några aktiviteter.  
**Vilvärk** - Här anger om man har ont även om man inte använder handen, t ex mensvärk.



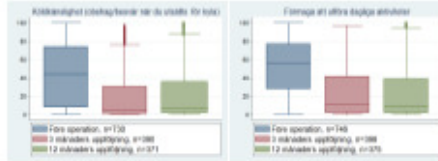
**1.3 Stelhet, svaghet samt domningar / stickningar, 0=inga problem, 100=värsta tänkbara problem.**

**Stelhet** - Dessa frågor gäller upplevd stelhet i (svårigheten att röra) handens leder.  
**Svaghet** - Frågan gäller upplevd svaghet (kraftlöshet) i handen.  
**Domningar / stickningar i fingrarna ("vackervackervackor")** - Frågan avser störningar av känseln i handen, det kan vara att man har svårt att få tag i föremål eller att man har normal känsel i form av stickningar i fingrarna.



**1.4 Källkänslighet samt upplevd handfunktion i dagliga aktiviteter. 0=inga problem, 100=värsta tänkbara problem.**

**Källkänslighet (behov/besvär när du smakar för kyla)** - Dessa besvär är vanliga efter handledsoperation och även efter handoperationer, men kan vara olika svåraste hos olika personer.  
**Förståelse att utföra dagliga aktiviteter** - Dessa frågor är en sammanfattning av hur man upplever att handens fingrar i dagliga aktiviteter när man använder händerna, t ex när man kölar sig, äter, skruvar byggen etc.



## Sammanfattning

Vi är glada och stolta över att HAKIR under 2013 nått full nationell täckning. Nu återstår att minimera bortfall och öka datavaliditeten. Först när dessa kriterier är uppfyllda kan högkvalitativ klinisk forskning bedrivas. Redan nu finns många uppslag till lokala förbättringsarbeten baserade på insamlade data, men vi behöver bredda engagemanget ute på klinikerna ännu mer. Genom att arbeta tvärprofessionellt, engagera all personal i vårdkedjan och även våra patienter kan vi förbättra olika delar av behandlingarna och sträva mot ännu bättre kommunikation och konsensus. De första analyserna av data från HAKIR visar att det finns stora regionala skillnader i behandlingsrutiner och det tycks inte vara vetenskaplig evidens som styr de flesta behandlingsval. Vi hoppas att HAKIR kan stimulera till öppna och prestigelösa diskussioner och leda till ökad samsyn nationellt så att alla patienter i Sverige bedöms och behandlas på likartat sätt. Målet är att på sikt skapa nationella riktlinjer baserade på evidens för de vanligaste diagnoserna inom handkirurgin.

Under 2012 införde vi öppen bortfallsredovisning för alla kliniker på hemsidan. Det är glädjande att se att klinikerna så snabbt efter start uppnår nästan komplett registrering av alla operationer. Under hösten 2013 läggs en automatiskt uppdaterad rapport av patientenkätdata öppet på hemsidan. Rapporten vänder sig både till patienter och vårdgivare och vi hoppas på feed-back. Rapporten behöver troligen modifieras successivt och resultaten blir alltmer statistiskt säkra ju mer data som samlats in. Syftet med dessa rapporter är att väcka diskussion kring förväntade resultat efter olika operationer och få fokus på de återstående problem som våra patienter har postoperativt. Här kan vi hitta förbättringsområden som är relevanta för patienterna.

Vi har under 2013 också infört en automatiserad månadsrapport för postoperativa komplikationer som rapporterats in till registret. Denna rapport går via e-mail till klinikcheferna och är tänkt att användas i lokalt förbättringsarbete. Förhoppningen är också att påminna klinikledningarna om vikten av korrekta registreringar och uppföljning av komplikationer. Med tiden kommer vi troligen att kunna redovisa komplikationsdata mer öppet, men än så länge är det brister i datakvalitet och antal registreringar.

Olika tekniska problem har drabbat HAKIR under året och vi har av flera skäl haft alltför låg svarsfrekvens på vår web-enkät. I augusti 2013 infördes en ny och smartphone-anpassad version av web-enkäten och vi följer bortfallet via en speciellt utformad utdatamodul.

Uppstart av registreringar på de olika klinikerna har krävt en stor insats från registerledningen och när alla kliniker nu snart är igång hoppas vi kunna ägna ännu mer tid åt utdatarapportering, uppstart av förbättringsarbeten och planering av klinisk registerforskning. Vi har under 2013 sökt och fått bidrag från SKL för ett arbete kring ökad patientmedverkan och ett vetenskapligt ST läkarprojekt kring tumbaskirurgi. I samarbete med RC Syd skall två projekt för validering av registerdata genomföras. Vi planerar också använda medel för att börja översätta registermaterial, framförallt patientinformation och enkäter till olika språk.

Vi ser HAKIR som ett långsiktigt projekt där de stora vetenskapliga vinsterna kanske först kommer om flera år, men där vi redan nu kan lära mycket av processen, det nationella och tvärprofessionella samarbetet samt av patientmedverkan. Det vore mycket olyckligt om det generösa stöd som kvalitetsregistren kunnat få de senaste åren skulle upphöra innan vårt register är fullt etablerat. De driftsbidrag vi kunnat ge kliniker som startat i HAKIR har varit mycket viktiga för vår framgång såhär långt. Bidragen har skapat förutsättningar för lokala koordinatörer att delta i nationella möten och driva HAKIR-utvecklingen framåt.

Vi vill framföra ett stort tack och vår varma uppskattning för alla de insatser som under året gjorts för att få HAKIR att fungera. De lokala koordinatörerna, medarbetarna på RC Syd och all personal på de handkirurgiska klinikerna runt om i Sverige ligger bakom registrets framgång. Vi vill även tacka SKL för ekonomiskt bidrag och stöd i starten av vårt nya register.

Stockholm, 130828

Marianne Arner  
Registerhållare

Frida Bartonek  
Central registerkoordinator

Nina Lindblad  
Vik registerkoordinator

## Måluppfyllelse för uppsatta mål för 2012-13

- Registreringar i Umeå och Göteborg skall ha startats under hösten 2012 och registreringar i Örebro under 2013. Mål är full nationell täckning senast december 2013.  
*Umeå startade sept 2012, Göteborg okt 2012 och Örebro planeras starta i sept 2013.*
- Samtliga deltagande kliniker under 2012 skall under 2013 uppnå målnivån 80-90% för antal registrerade operationer. *Målet uppfyllt, se rapport på hemsidan.*
- Förhandlingar med privata handkirurgiska enheter skall ha påbörjats senast våren 2013. Uppstartsdatum kan vara avhängigt av faktorer som ekonomi, bemanning etc. *Uppstartsmöte för privata enheter kommer att anordnas 20 november 2013.*
- Utdatarapporter med sammanställda resultat för de vanligaste diagnosgrupperna skall finnas tillgängliga i Computo och på hemsidan under 2013. Rapporterna skall finnas i pdf format för enkel utskrift. *Målet uppfyllt. Rapporterna klara.*
- Ansökan till SKL för anslag för 2013 skall vara inskickad 24 september 2012.  
*Ansökan inskickad, 2 000 000kr i anslag för 2013.*
- Minst ett vetenskapligt arbete baserat på data från HAKIR skall vara publicerat 2013. HAKIR skall ha presenterats på minst en nationell/internationell konferens.  
*HAKIR presenterat på Skandinaviska Handkirurgiska mötet i Köpenhamn augusti 2012. Studie baserad på HAKIR data för Dupuytrens kontraktur publicerades i Ortopediskt Magasin 2013. Vetenskapligt projekt för ST läkare kring tumbasartros baserat på registerdata startas med hjälp av SKL anslag hösten 2013.*
- Minst ett förbättringsarbete per deltagande klinik skall ha påbörjats under 2013.  
*Projekt kring ökad patientmedverkan fick ekonomiskt stöd från SKL och startar under hösten 2013. Flertal lokala projekt kring bortfallsminimering och datavalidering. Quality Control Charts (QCC) rapporter mailas ut till alla klinikchefer en gång per månad för lokal uppföljning av postoperativa komplikationer.*

## Mål för 2013-14

- Patientinformationsbroschyr inför operation för tumbasartros skall ha utformats, baserad på registrerade resultat från HAKIR, t ex förväntad kraft, rörlighet, värk etc efter 3 och 12 månader. Projektet för ökad patientmedverkan skall ha genomförts som underlag för informationsmaterialet.
- Datavalideringsprojekt i samarbete med RCSyd skall ha slutförts
- Skillnader mellan operationsmetoder för tumbasartros vid de olika specialistklinikerna skall ha analyserats inom ett vetenskapligt ST läkarprojekt. En nationell arbetsgrupp skall bildas med syfte att skapa konsensus kring nationella behandlingsriktlinjer för tumbasartros.
- En ny web-enkät för patientrapporterade data skall ha införts och svarsfrekvensen skall uppgå till minst 60%.
- Bortfall för utökade registreringar för tumbasartros och böjsenskador skall vara högst 10% för operationsformulär och högst 30% för funktionsformulär.
- Privata vårdgivare inom handkirurgi skall ha erbjudits deltagande i HAKIR under 2014.