

Årsrapport 2013

HAKIR
HANDKIRURGISKT
KVALITETSREGISTER



Handkirurgiskt kvalitetsregister



Vad är HAKIR och vad vill vi uppnå?

HAKIR är ett nationellt kvalitetsregister för handkirurgi startat 2010 på initiativ av Svensk Handkirurgisk förening.

Våra främsta syften är att genom individbaserad uppföljning av vårdinsatser och behandlingsresultat möjliggöra förbättringar i vården, bland annat genom att minska komplikationer och undvikbara reoperationer. Ett viktigt syfte är också att öka patienternas delaktighet i vården. Genom utökat nationellt och interprofessionellt samarbete vill vi även verka för god och likvärdig handkirurgi för alla i vårt land. Ökad samverkan och samlade erfarenheter skapar goda förutsättningar för klinisk forskning på stora patientmaterial.



Hur skall vi komma dit?

Genom bred nationell förankring skall vi försöka skapa registerrutiner som är så enkla som möjligt. Vi strävar efter att långsiktigt integrera registerarbetet i den kliniska vardagen. Vi skall fortlöpande följa upp och förbättra validitet och reliabilitet och se till att data är kompletta. Vi skall skapa användarvänliga modeller för att fortlöpande återkoppla registerdata både till patienter och vårdgivare så att dessa data kan användas i förbättringsarbeten och som underlag för nationella riktlinjer.



Registrerade data



I denna rapport presenteras registrerade data för patienter som opererats på de deltagande klinikerna från starten av HAKIR första februari 2010 till och med sista december 2013, totalt 29 434 operationer på 29 280 patienter, se tabell nedan. Malmökliniken registrerade flest operationer under 2013, 3 679 st, följt av Stockholm med 2 962. Observera att de handkirurgiska klinikerna startat successivt i HAKIR. Stockholm och Linköping startade under 2010, Malmö och Uppsala 2011 och Göteborg och Umeå 2012. Örebro startade i HAKIR i januari 2014 och deras data finns därför inte med i denna årsrapport.

	2010		2011		2012		2013		TOTALT	
	Pat	Op	Pat	Op	Pat	Op	Pat	Op	Pat	Op
Stockholm	2887	2421	2524	2669	2310	2855	2170	2962	9891	10907
Linköping	165	4	1623	1662	1530	1735	1331	1716	4649	5117
Uppsala	0	0	198	102	1552	1458	1333	1629	3083	3189
Malmö	0	0	1062	508	3066	2421	3136	3679	7264	6608
Umeå	0	0	0	0	529	328	1441	1375	1970	1703
Göteborg	0	0	0	0	501	184	1922	1726	2423	1910
Nationellt	3052	2425	5407	4941	8231	8981	11333	13087	29280	29434

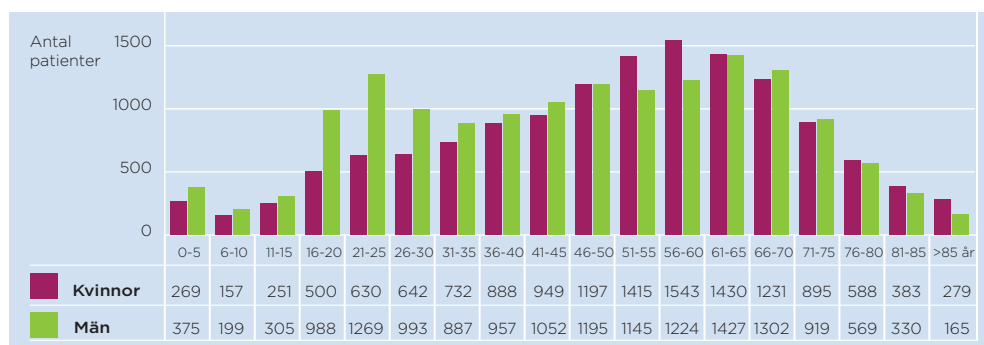
Antal registrerade patienter och operationer fram till 131231.

	Registrerade op	Utförda op	%
Stockholm	2962	3314	89,4
Linköping	1716	1891	90,7
Uppsala	1629	1795	90,8
Malmö	3679	3875	94,9
Umeå	1375	1756	78,3
Göteborg	1726	2595	66,5
Nationellt	13087	15226	86,0

Antal registrerade operationer jämfört med utförda operationer (enl sjukhusstatistik) på respektive klinik under 2013.

Under 2013 registrerades 86% av utförda operationer på de deltagande klinikerna. Alla kliniker utom de två som startade senast uppfyllde målvärdet att ha registrerat >80% av utförda operationer.

Observera att patienter utan svenskt personnummer eller med skyddad identitet inte registreras i HAKIR varför 100% inte kan uppnås.



Ålders- och könsfördelning för alla patienter registrerade i HAKIR från starten 2010 fram till 131231 (Totalt antal patienter 29 280).

Av samtliga registrerade patienter var 47,7% kvinnor. Män dominerade i åldersgruppen 16-30 år (65,4%) medan det fanns fler kvinnor i åldersgruppen 51-60 år. Samma mönster sågs i samtliga sex regioner. I åldersgruppen 0-5 år (619 patienter) var pojkar något fler än flickor. Detta var fallet i samtliga regioner utom i Linköping där könsfördelningen var jämn. Medfödda tillstånd utgjorde cirka 50% (Q och P14 kod) och traumadiagnoser (S och T kod) drygt 30% bland 0-5 år gamla barn. I åldersgruppen 16-30 år (4 957 patienter) hade 70 % av patienterna en traumadiagnos, i Stockholm 76%.

Andelen personer <18 år var högst i Stockholm (8,3%) och lägst i Uppsala (5,4%). Störst andel små barn (0-5 år) noterades också i Stockholm (2,9%), därefter Malmö (2,5%) och lägst andel i Uppsala (1,3%). Data kan vara lite osäkra eftersom en del barn opereras externt på barnsjukhus och därför kanske inte kommit med i HAKIR.

Andelen patienter ≥65 år var högst i Uppsala (28,0%) och Linköping (27,4%) som också hade högst medelålder (50,5 år resp 50,8 år). I övriga regioner var andelen personer ≥65 år kring 23% och medelåldern cirka 48 år. Fem personer som opererats var 100 år eller äldre, fyra av dessa från Stockholm.

Huvuddiagnos/Primär operation	Stockholm		Linköping		Uppsala		Malmö		Umeå		Göteborg		Nationellt	
	Antal op	%	Antal op	%	Antal op	%	Antal op	%	Antal op	%	Antal op	%	Antal op	%
Karpaltunnelsyndrom (G560)	942	8,6	706	13,8	393	12,3	1292	19,6	397	23,3	280	14,7	4010	15,4
Ulnarisentrappment (G562)	260	2,4	138	2,7	43	1,3	119	1,8	20	1,2	46	2,4	626	2,0
Senskideklyvning (NDM49)	535	4,9	475	9,3	171	5,4	818	12,4	101	5,9	114	6,0	2214	7,3
Ganglion (NDM39)	240	2,2	204	4,0	41	1,3	215	3,3	62	3,6	73	3,8	835	3,0
Tumbasartros (M18)	311	2,9	265	5,2	110	3,4	292	4,4	63	3,7	116	6,1	1157	4,3
Dupuytren operation (M720+NDM19)	460	4,2	103	2,0	32	1,0	213	3,2	51	3,0	44	2,3	903	2,6
Dupuytren kollagenas (M720+ TND11)	510	4,7	360	7,0	549	17,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1419	4,8
Dupuytren slutet fasciotomi (M720 + NDM09)	0	0,0	55	0,0	0	0,0	2	0,0	3	0,2	72	3,8	132	0,7
Missbildningskirurgi (Q-diagnos)	262	2,4	51	1,0	50	1,6	74	1,1	6	0,4	39	2,0	482	1,4
Obstetrisk plexusskada (P14)	61	0,6	4	0,1	0	0,0	5	0,1	0	0,0	0	0,0	70	0,1
Traumatisk plexusskada (S14)	40	0,4	1	0,0	0	0,0	1	0,0	2	0,1	2	0,1	46	0,1
Frakturkirurgi (S-kod +NDJ-kod)	999	9,2	400	7,8	242	7,6	448	6,8	163	9,6	106	5,5	2358	7,7
Sensutur (S-kod + NDL49)	638	5,8	260	5,1	148	4,6	277	4,2	53	3,1	106	5,5	1482	4,7
Nervsutur (ACB-kod)	498	4,6	141	2,8	63	2,0	160	2,4	22	1,3	52	2,7	936	2,6
Andra typer av operationer	5151	47,2	1954	38,2	1347	42,2	2692	40,7	760	44,6	860	45,0	12764	43,0
Totalt antal registrerade primära op	10907		5117		3189		6608		1703		1910		29434	

Antal operationer registrerade med de vanligaste huvuddiagnoserna/operationskoderna för respektive klinik och andel av totala antalet operationer. Det vanligaste ingreppet per klinik markerat i blått.

Totalt sett utgjorde karpaltunnelklyvning, ulnarisneurolys, senskideklyvning och ganglieoperation tillsammans drygt en fjärdedel av registrerade ingrepp (25,9%), men med stor variation mellan klinikerna. I Stockholm var frakturkirurgi den vanligaste operationstypen.

Vad tycker våra patienter?



Sedan starten 2010 fram till 31 december 2013 hade vi fått in 19 282 enkätsvar totalt, 7 813 före operation, 6 454 tre månader och 5 015 ett år efter operation. Av alla enkäter var 30% web-enkäter, 59% av de preoperativa, men bara 12% av de postoperativa. En förklaring till denna skillnad är att de patienter som av någon anledning inte får en preoperativ web-enkät, t ex akuta patienter, av tekniska skäl måste fortsätta med pappersenkät. Vi har också i perioder haft tekniska problem med vår web-enkät och sms-tjänsten. HAKIR strävar efter att på sikt helt gå över till web-enkäter av flera skäl (minskad arbetsinsats, billigare, sparar miljön). Vid senaste mätning fick vi dock endast svar på drygt 30% av postoperativa web-enkäter. Under året har vi arbetat vidare med förbättringar av vårt enkätsystem för att kunna uppnå stabil funktionalitet och högre svarsfrekvens. Ett pilottest genomförs nu där länken till enkäten skickas via e-mail istället för med sms. Efter några dagar skickas dessutom en påminnelse att fylla i enkäten via sms. Ny utvärdering görs senare under hösten 2014. Vårt mål är att uppnå en postoperativ svarsfrekvens på minst 60%.

Vi redovisar här enkätsvaren från de patienter som endast opererats en gång (antal svar=16 725). Observera att detta är medeltal för alla svar och att det kan vara olika patienter i de olika grupperna.

Upplevt funktionshinder från arm/hand (QuickDASH)

Enkät med 11 frågor som graderas 1-5. Totalscore från 0-100, där 0 anger inget upplevt funktionshinder och 100 maximala problem.

	Antal svar	Medelvärde	95% CI
Preop	5628	37,08	36,42-37,75
3 mån postop	5398	25,48	24,88-26,08
12 mån postop	4305	21,50	20,84-22,15

95%CI = konfidensintervall, dvs 95% av värdena ligger inom dessa gränser.

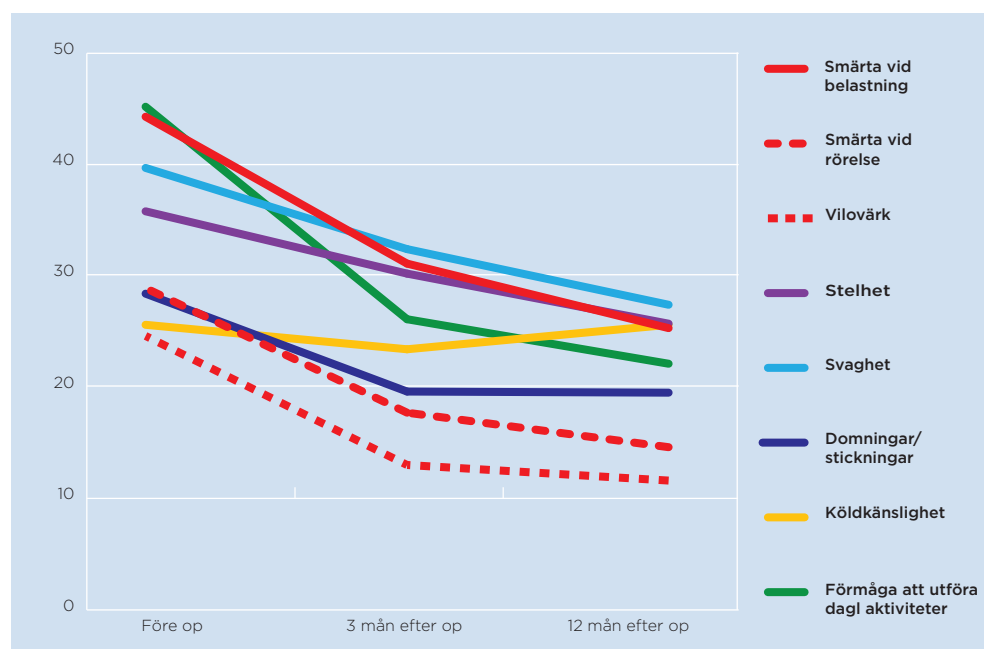
För hela gruppen patienter var QDASH totalscore alltså 15,5 poäng lägre ett år efter operation än preoperativt. Man brukar kräva minst 10 poängs skillnad för klinisk relevans och resultaten tyder alltså på att vi har minskat upplevt funktionshinder hos våra patienter.

Upplevda symptom från hand och arm

Enkät med 8 frågor som graderas 0-100, där 0 anger inga och 100 maximala symptom. Vi har frångått VAS sedan ett år tillbaka och använder istället en Likert skala med 10 poängssteg.

Vilka symptom som dominerar beror naturligtvis mest på vilka diagnoser vi behandlar, men det kan ändå vara av intresse att se hur över 6 000 patienter som behandlats på våra kliniker svarat. Det symptom som patienterna i medeltal angivit som svårast före operation är förmåga att utföra dagliga aktiviteter (45,2) följt av smärta vid belastning (44,3). Detta är också de symptom där vi ser störst förbättring ett år efter operation (-23,1 resp - 19,0). Beträffande symptomet köldkänslighet ser vi ingen förbättring postoperativt och förbättringen avseende domningar och stickningar är liten (-8,9). Köldkänslighet kan vara olika relevant för olika patient-

grupper och operation torde inte förbättra dessa symptom, kanske snarare försämma. Domningar/stickningar kan vara ett svårt symptom att beskriva för patienterna och är mest relevant vid specifika diagnoser, som nervskador och entrapments. Det är glädjande att notera att vi ser förbättringar för samtliga tre frågor kring smärta/värk eftersom vi tror att dessa symptom upplevs som mycket viktiga för de flesta patienter och ofta utgör operationsindikation.



Upplevda symptom före, samt 3 och 12 månader efter operation (antal svar= 4348-6455). 0 anger inga och 100 maximala symptom. Observera att Y axeln i figuren slutar redan vid värdet 50. För tydlighetens skull har tidpunkterna förbundits med linjer, trots att tidsintervallen inte är lika.

Upplevt operationsresultat och upplevt bemötande på vårdenheten under behandlingstiden

Specifika frågor i enkäten tre och 12 månader efter operation. Likert skala 0-100 med 10 poängssteg. Vi anger här värdena så att 0 är maximalt missnöjd och 100 anger maximalt nöjd med resultatet. Resultaten visas i de två tabellerna nedan. En stor majoritet av patienterna var alltså mycket nöjda med resultatet av sin hand-operation och nöjdheten med bemötandet var ännu större. Nästan 80% hade angivit ett värde ≥ 95 för bemötande.

	Antal svar	Medelvärde	95%CI	Medianvärde
3 månader	5463	77,1	76,4-77,8	90,0
12 månader	4370	76,3	75,5-77,2	90,0

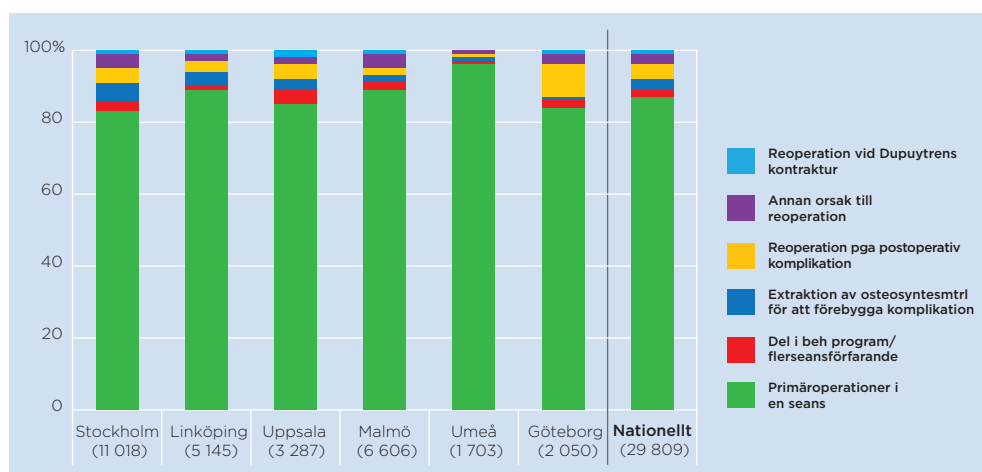
	Antal svar	Medelvärde	95%CI	Medianvärde
3 månader	5529	93,3	92,9-93,8	99,0
12 månader	4393	92,7	92,9-93,2	99,0

Upplevelse av operationsresultatet 3 och 12 månader efter operation. 100 anger maximalt nöjd. 95%CI = konfidensintervall, dvs 95% av värdena ligger inom dessa gränser.

Postoperativa komplikationer

Ett viktigt syfte med HAKIR är att följa upp, analysera och försöka minska antalet postoperativa komplikationer efter handkirurgi. Med postoperativ komplikation menar vi här de reoperationer pga postoperativ komplikation som registrerats. Komplikationer som inte leder till en reoperation registreras inte i HAKIR. Vid analysen måste stor hänsyn tas till den case-mix som respektive klinik har, t ex andelen akuta skador, andelen enkel dagkirurgi, åldersfördelning och andelen externt remitterade komplikationer. 13% av patienterna blev opererade mer än en gång. I 3,7% var orsaken en postoperativ komplikation, men endast i 0,96% hade primäroperationen gjorts vid den egna kliniken. Mer än var fjärde reopererad postoperativ komplikation (26%) var alltså en patient som primärt hade opererats vid en annan klinik. De handkirurgiska klinikerna, framförallt i storstadsregionerna, är viktiga mottagare av komplicerade fall som primärt opererats vid ortopediska kliniker eller privata enheter.

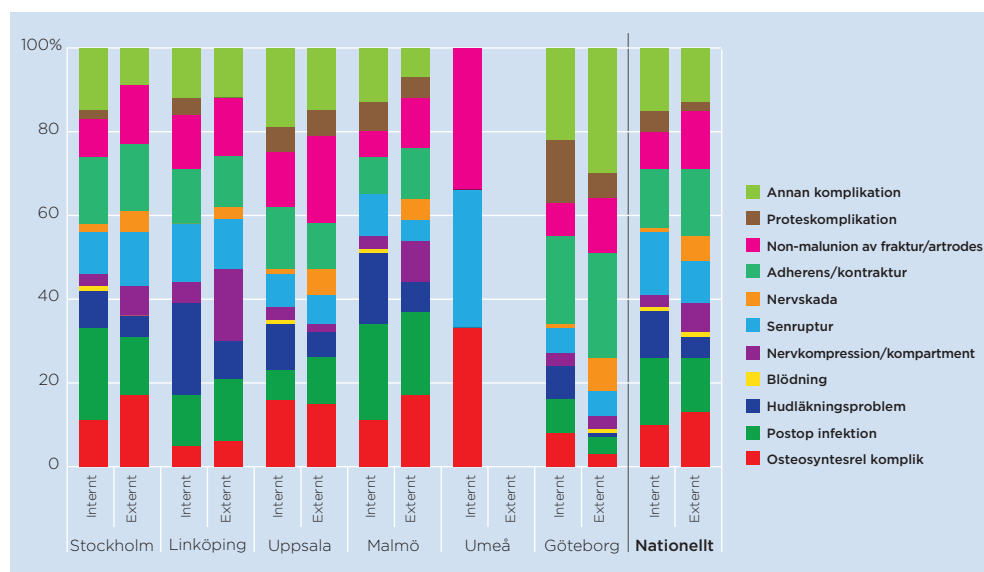
Det förelåg en stor regional variation i antalet registrerade komplikationer, från 0,2-9,5%. Orsaken kan vara olika case-mix, men viktigast är troligen olikheter i registreringsrutiner. Under 2014 genomfördes ett nationellt projekt för att analysera och förbättra komplikationsregistreringen i HAKIR där alla sex kliniker deltog. Projektet är inte slutredovisat ännu men flera förbättringsförslag har tagits fram och kommer att genomföras, bland annat regelbundna informationsmöten för läkarna och tydligare anvisningar och definitioner. Vi anser det mycket viktigt att komplikationer redovisas ärligt och korrekt så att vi kan spåra problem och genomföra förbättringar för våra patienter.



Fördelning av operationstyper för de sex regionerna och nationellt från start av HAKIR 2010 till 131231. Både interna och externa komplikationer är inkluderade. Observera att totalantalet operationer varierar mycket mellan klinikerna (anges inom parentes).

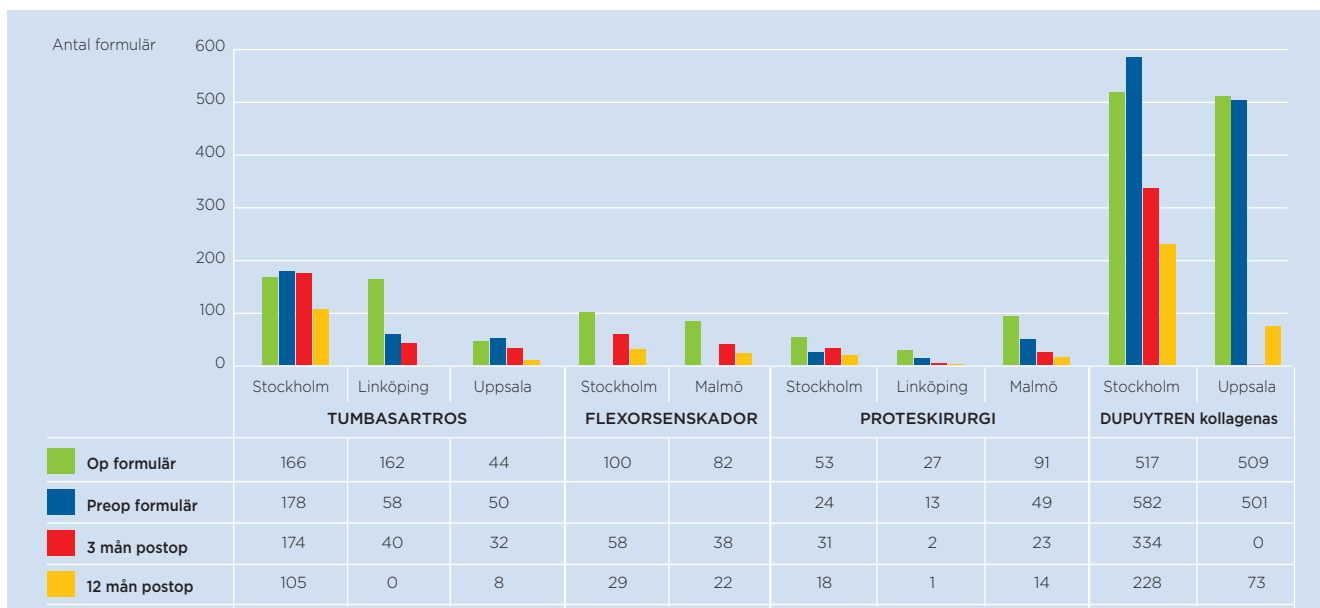
Den vanligaste rapporterade komplikationen nationellt var postoperativ infektion (173 patienter). Den "interna" infektionsfrekvensen nationellt kan beräknas till 0,58% (173/29 434). Detta måste ses som ett mycket lågt värde, med tanke på en hög andel akuta fall. Observera dock att infektioner som inte krävt reoperation inte registreras i HAKIR. Osteosyntesrelaterade komplikationer och reoperation pga adherens/kontraktur var näst vanligast. Blödningar och protesrelaterade komplikationer var mycket ovanliga. Av 135 senrupturer var 12% relaterade till osteosyntesmaterial och 1,5% till infektioner, men här föreligger stor osäkerhet i data.

Det skall ses som en styrka att vi här öppet redovisar de postoperativa komplikationer som har registrerats. Det är däremot för tidigt att göra jämförelser mellan kliniker, eftersom data fortfarande är osäkra. Vi behöver nationellt arbeta med att definiera begreppet "komplikation" på ett enhetligt sätt. Redan nu kan vi dock lokalt på varje klinik regelbundet gå igenom alla registrerade komplikationer, söka orsaker och sätta in förbättringsåtgärder vilket på sikt bör minska antalet undvikbara reoperationer och antalet vårdskador



Fördelning av postoperativa komplikationer för de sex regionerna samt nationellt. Totalt har 1 404 komplikationer registrerats; 663 från Stockholm, 145 från Linköping, 174 från Uppsala, 192 från Malmö, endast 3 från Umeå, 227 från Göteborg. Observera att klinikerna varit med olika länge i registret och stora skillnader i totalantalet operationer föreligger. Andelen externt remitterade komplikationer varierade mellan inga (Umeå) till över 31% i Göteborg. Medelvärdet var 26%.

Funktionsbedömningar/ utökade registreringar i HAKIR

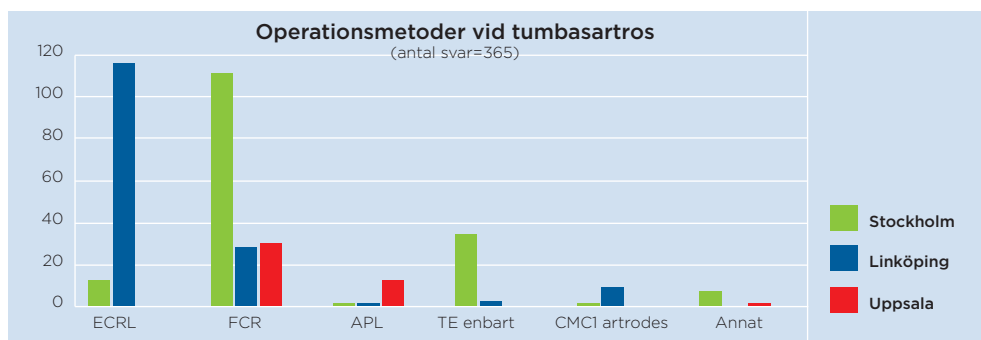


Antalet registrerade formulär till och med 131231 inom utökad registrering för fyra olika behandlingar vid fyra olika kliniker. Observera att klinikerna startat dessa registreringar vid olika tidpunkter. Stockholm avslutade 2013 utökad registrering av kollagenasbehandlingar.



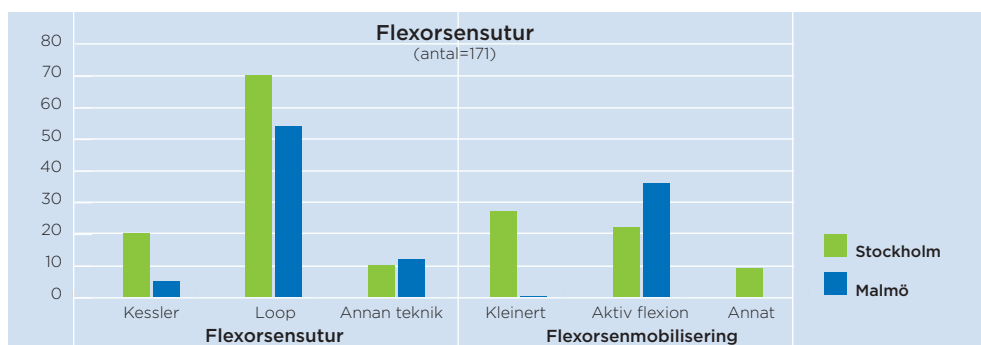
Stockholm, Linköping, Malmö och Uppsala genomför i nuläget sk utökade registreringar, dvs extra uppgifter om behandlingsmetoder registreras och patienterna kallas in för funktionsbedömningar tre och tolv månader postoperativt. Stora arbetsinsatser har gjorts av handterapeuter på klinikerna och totalt har nästan 2 700 funktionsundersökningar gjorts för de olika diagnoserna. Innan vi kan börja analysera och jämföra resultaten mellan olika behandlingsmetoder vetenskapligt måste vi ha kompletta uppföljningar, vilket inte är fallet på alla kliniker, se figuren ovan. Patienter måste informeras och motiveras att komma in för uppföljning, inremitterande kliniker måste acceptera att vi följer upp våra patienter inom handkirurgin och att detta ingår som kvalitetssäkring och en nödvändig del i våra behandlingar.

I Stockholm har en förbättringsgrupp specifikt arbetat med att öka uppföljningsfrekvensen för de utökade registreringarna. Alla steg i registreringsprocessen har analyserats och olika åtgärder har lett till stora förbättringar under året. Vid senaste kontroll hade t ex 98% av alla böjsenskador registrerats i utökad operationsformulär och 70% av patienterna hade kommit till uppföljning.



ECRL, FCR, APL = olika typer av senplastiker efter trapezektomi. Vid TE enbart görs ingen senplastik.

Stora skillnader i behandlingsmetoder noteras mellan klinikerna. Interpositionsplastik med ECRL-sena vid tumbasartros dominerar t ex i Linköping, medan man använder huvudsakligen FCR-sena i Stockholm och Uppsala. Loop sutur och aktiv mobilisering är helt dominerande vid böjsenskador i Malmö medan dessa relativt ofta sys med Kesslerssutur och mobiliseras enligt Kleinert i Stockholm. Det blir intressant att i framtiden jämföra behandlingsresultat och komplikationer med de olika metoderna men för att göra det krävs fortsatta kompletta uppföljningar.



Kessler- och loopsutur är olika tekniker för böjsensutur. Kleinert och aktiv flexion är olika rehabiliteringsmetoder efter böjsenskada.

Från och med 1 januari 2015 hoppas vi att alla deltagande kliniker inom HAKIR startar med utökad uppföljning av böjsenskador inom senskideområdet (zon II). Detta är en typ av skador som är vanlig och som nästan alltid remitteras till specialistklinikerna. Patienterna är inte färdigbehandlade förrän efter minst tre månader och förbättring kan ske upp till ett år efter skadan. De behandlas alltid av en sjukgymnast eller arbetsterapeut och det borde därför vara realistiskt att utan en alltför stor extra arbetsinsats följa upp dessa patienter i registret. Vi beräknar att cirka 400 patienter opereras för denna skada varje år i Sverige.

Sammanfattning

HAKIR är ett mycket nytt register som startade i liten skala 2010. Redan fungerar registreringarna väl på de flesta kliniker. Vi har snart 40 000 registrerade operationer, över 11 000 postoperativa enkätsvar och nästan 3 000 funktionsundersökningar för olika diagnoser. Alla sju specialistkliniker för handkirurgi i Sverige registrerar nu och privata enheter har erbjudits deltagande.

I denna årsrapport framkommer att vi generellt sett har goda behandlingsresultat inom den specialiserade handkirurgin. Den stora majoriteten av behandlade patienter är nöjda med sin vård och vi tycks åstadkomma en minskning i upplevd funktionsnedsättning och värk. Vi har relativt sett få komplikationer, mindre än en procent av våra patienter reopereras p g a en postoperativ komplikation och registrerad postoperativ infektionsfrekvens är låg. Naturligtvis är data ännu inte helt säkra, men de har varit ganska stabila sedan starten av registret. Det finns förstås ändå stora förbättringsområden och alla patienter är inte nöjda. Vi kan säkert bli ännu bättre på att ge våra patienter preoperativ information om förväntade behandlingsresultat och vi kan öka deras delaktighet i vården. Vi vet också att det förekommer komplikationer som kanske kunde undvikits. Resultaten i HAKIR visar att vi har ganska olika behandlingstraditioner i olika landsändar. Troligen kan vi lära oss mycket mer av varandra genom att jämföra resultat mellan klinikerna. Det finns mycket att arbeta vidare med.

Stora arbetsinsatser från många medarbetare inom alla professioner i handkirurgin och från alla landsändar ligger bakom registrets framgång såhär långt. Lokala koordinators finns på alla kliniker och engagemanget vid de nationella arbetsgruppsmötena har varit stort. Fysioterapeuter och arbetsterapeuter har träffats regelbundet och fortsätter att utveckla mätmanualen för funktionsundersökningarna inom HAKIR. Denna typ av samarbete tryggar registrets framtida utveckling.

Vi har förstås också en del utmaningar. Kompletta registreringar krävs för vetenskapliga analyser. Framförallt för den utökade registreringen kräver detta extra insatser eftersom patienterna måste kallas in till klinikerna för undersökning. Genom fortsatta diskussioner i den nationella arbetsgruppen med utbyte av positiva exempel och bildandet av förbättringsgrupper tror vi att dessa problem kan lösas. Fullt stöd från verksamhetscheferna är helt avgörande och vi behöver också arbeta med att öka engagemanget från läkarna ute på klinikerna. Vi behöver förmedla syftet med HAKIR ännu bättre till våra patienter så att de blir motiverade att bidra. HAKIR har startats för att förbättra vården, minska komplikationer och lyfta fram patienternas uppfattning om hur vi lyckas med våra insatser.

En annan utmaning är svarsfrekvensen på web-enkäten. Vi hoppas att de tekniska problem vi haft nu är lösta och att vi med en ny taktik för postoperativa påminnelser snart skall kunna förbättra resultaten. Svarsfrekvens på enkäter är ett erkänt problem inte bara för HAKIR och många moderna människor är "enkät-trötta". Även här gäller det att förklara för patienterna hur viktig vi tycker att deras åsikt är.

Ett annat område som behöver förbättras är registreringen av postoperativa komplikationer. Vi måste definiera en komplikation på likartat sätt och vi måste vara noga med att alla komplikationer registreras. Ett projekt kring detta har genomförts under 2014 och en nationell "komplikeringsgrupp" har bildats för att genomföra en rad förbättringar.



När vi längre fram kan göra vetenskapliga jämförelser mellan behandlingar kan vi också utarbeta nationella riktlinjer som kan vara till stöd för alla som behandlar patienter med handproblem. Vi kan samla stora patientmaterial och lära av varandra. De nationella kvalitetsregistren granskades i en utredning 2010 och betecknades då som "Guldgruvan i hälso- och sjukvården". HAKIR kan bli en "guldgruva" för handkirurgin om vi tillsammans fortsätter att driva och utveckla registret.

Vi som arbetar med HAKIR centralt vill tacka alla för det gångna året och hoppas på fortsatt trevligt och konstruktivt samarbete framöver.

Hur gick det 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.



Data för tumbasartros har analyserats i ett ST-läkarprojekt, se nedan. Patientinformationsbroschyr är ännu inte färdigställd, men blir förhoppningsvis klar under hösten 2014. Projektet Ökad Patientmedverkan är genomfört för 6 kliniker och redovisat till Nationella Beslutsgruppen för kvalitetsregister och på vår hemsida. Deltagande patienter har föreslagit olika förbättringsåtgärder.

Datavalideringsprojekt i samarbete med RCSyd skall ha slutförts



Ett system för automatisk validering av data i HAKIR har skapats av RC Syd och är klart att börja användas. Ett större valideringsprojekt med bl a journalgranskningar har ännu inte hunnit genomföras.

Skillnader mellan operationsmetoder för tumbasartros vid de olika specialist-klinikerna skall ha analyserats inom ett vetenskapligt ST läkarprojekt. En nationell arbetsgrupp skall bildas med syfte att skapa konsensus kring nationella behandlingsriktlinjer för tumbasartros.



Ett vetenskapligt ST-läkarprojekt genomfördes under året i samarbete med Nationella beslutsgruppen för kvalitetsregister och redovisades vid ett seminarium i april 2014. Man fann inga statistiskt säkerställda skillnader mellan undersökta operationsmetoder, men data är ännu otillräckliga för att ge underlag för behandlingsrekommendationer. Fortsatt registrering av dessa operationer med kompletta uppföljningar krävs. Vi kommer att driva detta nationellt med de deltagande klinikerna.

En ny web-enkät för patientrapporterade data skall ha införts och svarsfrekvensen skall uppgå till minst 60%.



Ny web-enkät, med möjlighet att registrera även i mobil och på läsplatta infördes hösten 2013. Vid uppföljning av svarsfrekvens dock fortfarande låga värden. Sedan juli 2014 genomför vi därför nu ett pilotprojekt i Stockholm där vi skickar ut länk till enkäten via e-mail och sedan en sms påminnelse. Ny kontroll av svarsfrekvens skall göras efter 3 månader.

Bortfall för utökade registreringar för tumbasartros och böjsenskador skall vara högst 10% för operationsformulär och högst 30% för funktionsformulär.



Klinikerna arbetar lokalt med att förbättra uppföljandegraden. I Stockholm uppfylls målvärdena, 2% bortfall för op formulär och 31% för funktionsformulär för flexorsenskador. Vissa kliniker behöver förbättra sina uppföljningsrutiner för att minska bortfallet.

Privata vårdgivare inom handkirurgi skall ha erbjudits deltagande i HAKIR under 2014.



Målet uppfyllt. Uppstartsmöte för offentligt finansierade vårdgivare inom privat vård genomfört under hösten 2013 och en klinik startar i HAKIR 1 september 2014. Ytterligare en klinik har anmält intresse.

Specifika mål för 2014-15

- Komplikationsregistreringen skall analyseras lokalt på klinikerna och förbättringar skall föreslås för att säkerställa komplett och korrekt registrering. En nationell komplikationsgrupp skall bildas och bland annat arbeta med definitioner av olika begrepp för att öka validiteten.
- Utökad registrering för flexorsenskador i zon II skall ha införts vid samtliga deltagande kliniker.
- Kliniker som deltar i utökad registrering skall ha utarbetat rutiner för att upptäcka och minska bortfall i registreringar.
- Tekniska förbättringar inom dataplattformen skall ha genomförts, en pop-up funktion för information vid registrering, kontinuerlig identifiering och avregistrering av avlidna patienter, förbättrade rutiner för behörighetstilldelning och bättre rutiner för uppdatering av patientinformationsbroschyren
- Organisationsförändring av centrala arbetsgruppen och styrgruppen skall ha genomförts. Tydligare arbetsbeskrivningar för arbetsgruppen. Beslutsmässighet i styrgruppen skall förbättras och kompetens från fler yrkesgrupper skall tillföras. Om möjligt, skall en patientrepresentant knytas till styrgruppen.
- Ny uppföljning av svarsfrekvensen för web-enkäten skall ha gjorts och om fortsatt låga värden skall ytterligare förbättringsåtgärder ha genomförts. E-mail meddelandefunktion skall ha införts om detta medfört acceptabel svarsfrekvens (>60%).
- Minst två vetenskapliga projekt baserade på registerdata skall ha startats

Stockholm, september 2014

Marianne Arner
Registerhållare
ma@hakil.se

Frida Bartonek
Registerutvecklare
fb@hakil.se

HAKIR är ett nationellt kvalitetsregister för handkirurgi startat 2010 på initiativ av Svensk Handkirurgisk förening.



Södersjukhuset AB, 118 83 Stockholm. Tel 08-616 20 13. www.hakir.se