

Årsrapport 2015

HAKIR
HANDKIRURGISKT
KVALITETSREGISTER



Registrerade data

Vad tycker våra patienter

Postoperativt
komplicerade förlopp

Tumbasartroskirurgi

Böjsensuturer



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Vad är HAKIR och vad vill vi uppnå?	3
Inledning	4
Vad tycker våra patienter?	8
Komplicerade postoperativa förlopp	12
Tumbasartroskirurgi	14
Böjsensuturer	16
Sammanfattning	19
Planerade förändringar i registerformulär under 2016	21
Hur gick det 2015-16?	22
Specifika mål för 2016-17	23





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 bland annat vårdinsatser och behandlingsresultat möjliggöra förbättringsarbete och forskning som successivt förbättrar vården, till exempel genom att minska undvikbara komplikationer och 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.



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 till vårdgivare så att dessa data kan användas, till exempel i förbättringsarbeten och som underlag för nationella riktlinjer.



Inledning

Årsrapporten omfattar uppgifter som registrerats i HAKIR på de deltagande enheterna från starten 1 februari 2010 till och med 31 december 2015, om inte annat anges.

ANTAL REGISTRERADE OPERATIONER OCH TÄCKNINGSGRAD

Vid årets slut 2015 hade 59 356 operationer registrerats i HAKIR på nio olika enheter; de sju specialistklinikerna samt två privata enheter. Enheterna har anslutit till registret vid olika tidpunkter; se tabell 1.

Tabell 2 visar täckningsgrad, vilket vi definierar som antalet registrerade operationer genom antalet utförda operationer (enligt sjukhusstatistik). Patienter som saknar svenskt personnummer, har skyddad identitet eller har avböjt deltagande registreras inte i HAKIR,

varför målet för täckningsgrad inte kan vara 100%.

Alla enheter utom en uppnådde 2015 målnivån att ha registrerat >80 % av utförda operationer i HAKIR, medelvärde för alla enheter var 84,4%.

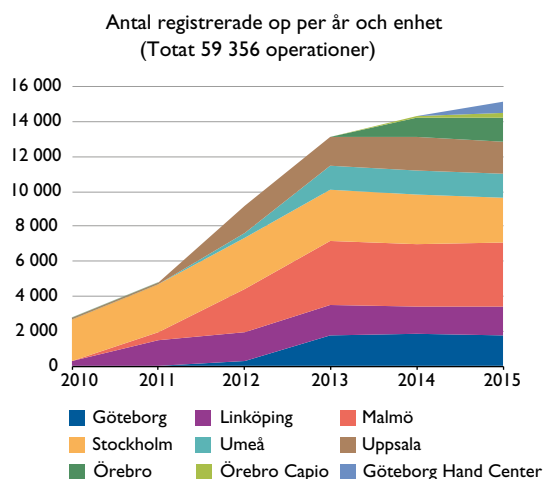
Det är mycket imponerande att vi så snabbt lyckats nå nationell täckning, vilket är en förutsättning för att kunna bedöma kvaliteten på specialiserad handkirurgi i vårt land. De goda resultaten har uppnåtts genom att fungerade logistik för registreringarna skapats på klinikerna och genom systematiskt arbete av de lokala koordinatorena. Vi önskar att registreringsrutinerna

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Totalt
Göteborg	0	1	322	1 787	1 895	1 800	5 805
Linköping	284	1 465	1 680	1 716	1 570	1 620	8 335
Malmö	1	502	2 424	3 676	3 494	3 660	13 757
Stockholm	2 442	2 698	2 911	2 970	2 843	2 581	16 445
Umeå	1	0	329	1 374	1 393	1 333	4 430
Uppsala	13	144	1 506	1 638	1 958	1 878	7 137
Örebro					1 076	1 377	2 453
Örebro Capio					79	246	325
Göteborg Hand Center						669	669
Totalt	2 741	4 810	9 172	13 161	14 308	15 164	59 356

Tabell 1. Antal registrerade operationer per enhet sedan start av HAKIR

Sjukhuskliniker	Totalt antal registrerade op i HAKIR t o m 2015	Registrerade op under 2015	Utförda op under 2015	Täckningsgrad 2015 (%)
Göteborg	5 805	1 886	2 410	78,3
Linköping	8 335	1 620	1 975	82,0
Malmö	13 757	3 660	3 871	94,5
Stockholm	16 445	2 581	2 877	89,7
Umeå	4 430	1 333	1 522	87,6
Uppsala	7 137	1 878	1 978	94,9
Örebro	2 453	1 377	2 316	59,5
Privata enheter				
Capio Örebro	325	246	253	97,2
Göteborg Hand Center	669	669	862	77,6
Totalt	59 356	15 250	18 064	84,4

Tabell 2. Registrerade och utförda operationer under 2015. Målvärde för täckningsgrad (se definition i texten) är att > 80 % av alla operationer skall ha registrerats. Grön markering anger att målnivån uppnåtts, gul anger ≥ 75% och röd < 75%.



Figur 1. Figuren visar antal operationer som registrerats per år på enheterna. 15 250 operationer tillkom under 2015.

ytterligare skall kunna förenklas, att vi helt skall kunna eliminera dubbelarbete och att HAKIR skall kunna ingå som en rutin i dagligt patientomhändertagande. Automatisk överföring av diagnos- och operationskoder från operationsplaneringsprogram samt överföring av mätdata från handstatusjournal vore mycket önskvärt och HAKIR arbetar på att få till sådana lösningar, se mer längre fram i denna rapport.

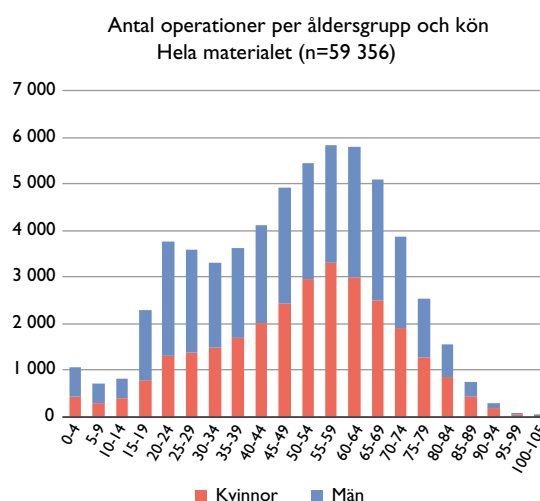
Enheternas andelar har i stort sett varit stabila 1-2 år efter start i HAKIR (se fig 1), förutom en minskning av antal operationer på Stockholmskliniken under 2015 jämfört med 2013. Detta kan ha samband med utskifte av enklare operationer till privat vård pga kö-problematik. En annan orsak till minskningen är att kollagenasbehandlingar i Stockholm registrerades 2012 och 2013, men inte därefter. 240 sådana behandlingar hade registrerats 2012 och 186 under 2013. En betydande förändring av behandlingsrutinen vid Dupuytrens kontraktur har skett i Sverige med stor nationell variation. En vetenskaplig analys av resultaten av dessa förändringar vore intressant.

Om antalet utförda operationer på handkirurgisk specialistklinik under 2015 analyseras mot antal invånare för Västra Götalandsregionen (1,6 milj), Stockholms läns landsting (2,2 milj) och Region Skåne (1,3 milj) ser man skillnader. I Göteborgs- och Stockholmsregionerna utfördes 13,1 respektive 15,1 handkirurgiska operationer per 10.000 invånare på specialistkliniker, men i Region Skåne dubbelt så många (29,8). Detta måste bero på olika politiska beslut kring handkirurgins organisation, såsom fördelning mellan privat/offentlig vård och mellan handkirurgi och ortopedi. Inom snar framtid bör HAKIR kunna presentera jämförande nationella data för vårdkvalitet och

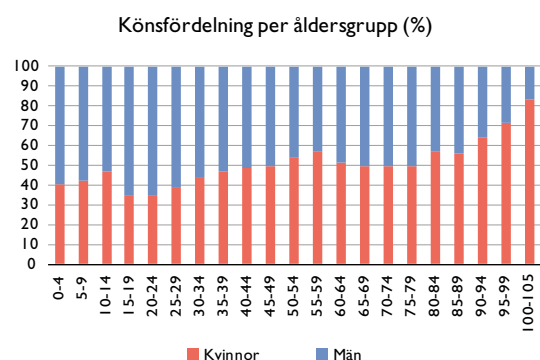
därigenom bidra till att säkerställa lika vård nationellt. Det är angeläget att vi så snart det är möjligt inkluderar både all privat handkirurgi och handkirurgi som utförs på ortopedkliniker i HAKIR.

ÅLDERS- OCH KÖNSFÖRDELNING

För de 59 356 operationerna utgjorde kvinnor 48,1% och män 51,9%. Könsfördelningen inom olika åldersgrupper framgår av figur 2 och 3. Liksom tidigare år ses en hög andel pojkar inom åldersgruppen 0-4 år (60%), både för operation av medfödda avvikelser och för skadediagnoser. I åldersgruppen 15 till 29 år var 64% av de opererade patienterna män, se fig 3. Medelålder vid operation var 51,2 år; för kvinnor 50,8 och för män 46,8 år. Köns- och åldersfördelning för de olika enheterna framgår ur tabell 3. Det noteras att bara åtta operationer på barn under 15 år registrerats i Umeå.



Figur 2. Antal operationer och könsfördelning för respektive åldersgrupp. 59 356 operationer registrerade i HAKIR.



Figur 3. Procentuell könsfördelning inom respektive åldersgrupp för opererade patienter (59 356 op)



Vid förfrågan till ansvariga anges att detta bör vara missade registreringar pga att barnoperationerna utförs vid en annan enhet på sjukhuset. Mer kompletta registreringar utlovas framöver. Stockholmskliniken hade registrerat högst antal barnoperationer (8% av totalantalet). Örebrokliniken registrerade patienter hade högst medelålder 52,7 år och högst andel kvinnor (56,2%). Kliniken hade dock inte full täckningsgrad för sina utförda operationer, se ovan. Totalt sett var cirka 72% av alla opererade patienter i yrkesaktiv ålder (18-65 år).

OPERATIONSTYPER

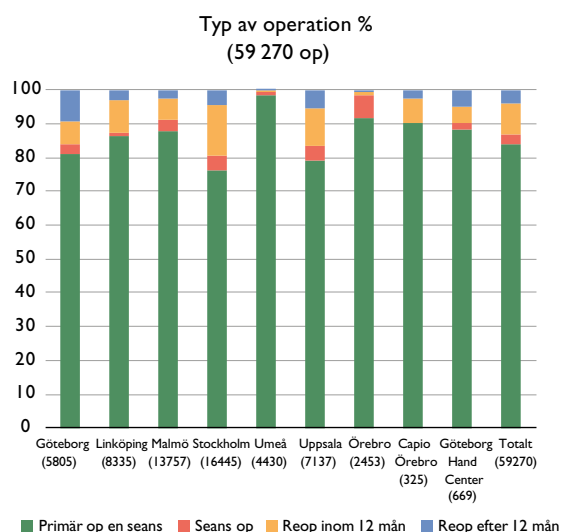
Andel reoperationer skilde sig mycket mellan kliniker, se fig 4. Högst andel fanns i Stockholm (19,4%), Uppsala (16,4%) och Göteborg (16,2%) medan Umeå

och Örebro hade mycket låg andel reoperationer, 0,9% resp 1,5% av alla operationer. Vad dessa skillnader beror på kan man inte säkert säga. Case-mix, t ex andel Dupuytren-patienter och traumapatienter, vilka ofta behöver reopereras, kan säkert spela in men framförallt bedömer vi att det fortfarande finns skillnader i hur man registrerar på de olika klinikerna. Vi arbetar vidare med detta inom HAKIR för att få mer rättvisande registreringar vad avser reoperationer. Totalt var 13,1% av operationerna reoperationer, varav cirka 70% hade gjorts inom ett år efter primäroperationen.

I fig 5 anges procentuella andelar för olika orsaker till reoperation för de olika enheterna. Registrering av orsak till reoperation i Grundformuläret för HAKIR är inte helt optimal. Vi misstänker att registreringen är särskilt osäker vid de enheter som dikterar in data

	0-17 år		18-65 år		>65 år		Ålder vid op (år)		Andel kvinnor
	Antal op	%	Antal op	%	Antal op	%	medel	range	
Göteborg	376	6,5	4 198	72,3	1 231	21,2	48,1	0-100	49
Linköping	494	5,9	5 814	69,8	2 027	24,3	50,1	0-99	47,8
Malmö	958	7,0	9 800	71,2	2 999	21,8	48,5	0-98	50,4
Stockholm	1 314	8,0	11 860	72,1	3 271	19,9	46,4	0-105	45,4
Umeå	84	1,9	3 330	75,2	1 016	22,9	50,4	5-99	50,2
Uppsala	398	5,6	4 963	69,5	1 776	24,9	49,9	0-99	46
Örebro	78	3,2	1 733	70,6	642	26,2	52,7	0-94	56,2
Capio Örebro	5	1,5	266	81,9	54	16,6	50,6	15-84	48,6
Göteborg Hand Center	1	0,1	558	83,4	110	16,5	52,6	14-95	43,9
Totalt	3 708	6,3	42 522	71,6	13 126	22,1	51,2	0-105	48,1

Tabell 3. Antal operationer och andel per åldersgrupp sedan start av HAKIR fördelat på barn, personer i yrkesverksam ålder och ålderspensionärer. Medelålder vid operation samt andel kvinnor anges också. Högsta värdet för respektive variabel är markerat med fetstil.

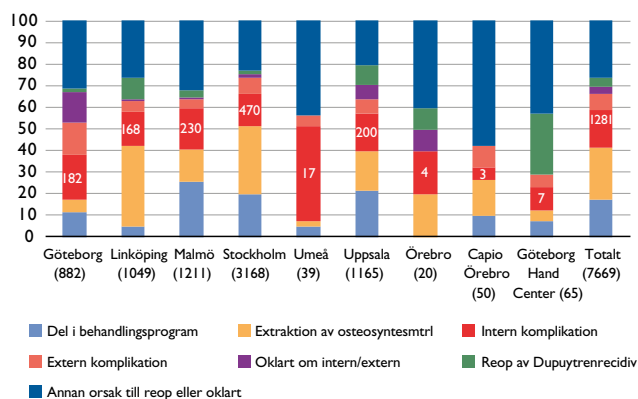


Figur 4. Andel operationer av olika typ för de olika enheterna. Antal operationer per enhet inom parentes

eller använder pappersformulär istället för att registrera direkt online. Som diskuterat i förra årets rapport är också benämningen "postoperativ komplikation" olycklig eftersom den kan tolkas olika. Ett annat problem är att andelen "Reoperation av annan orsak" är stor (upp till 30-40%) vid många enheter. Vid närmare granskning av fritext som registrerats under rubriken, går det i många fall att sortera in på de kategorier som finns, vilket hade varit fördelaktigt för analysen. Vi skall revidera Grundformuläret under 2016 för att försöka minska felregistreringar och få en mer korrekt jämförande bild av orsaker till reoperation. Data kan då bättre användas för förbättringsarbeten. Se även avsnittet om postoperativt komplicerade vårdförlopp nedan.



Orsaker till reoperation (%)
(Totalt 7 669 reoperationer)

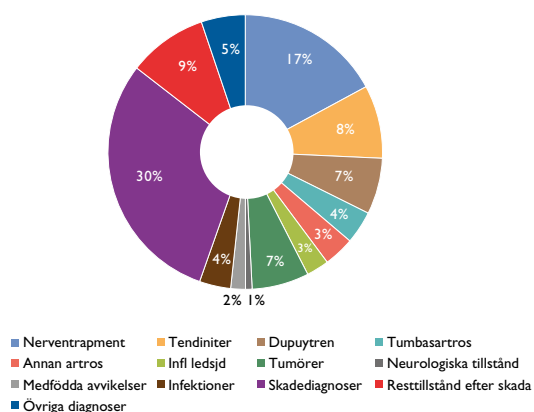


Figur 5. Orsaker till reoperation som andel av totalt antal reoperationer. Totalt antal reoperationer per enhet inom parentes. Vita siffror anger antal reop pga "interna" komplikationer, se förklaring s 12.

CASE MIX

Cirkeldiagrammet i fig 6 visar fördelningen mellan olika grupper av diagnoser efter vilken huvuddiagnos som registrerats i Grundformuläret. Nästan 40% var

Huvuddiagnos vid operation
(59 356 op)



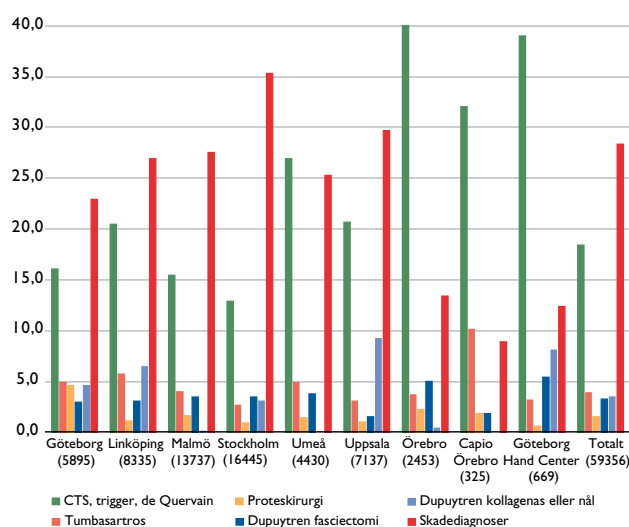
Figur 6. Andel (%) av olika huvuddiagnoser för de 59 356 operationerna. I gruppen tendinit inkluderar bland annat trigger finger och de Quervains tendinit. Neurologiska tillstånd inkluderar bland annat cerebral pares och resttillstånd efter stroke.

operationer pga en skada eller resttillstånd efter en skada. Nervertrappment var huvuddiagnos i 17% (10 156 operationer). Av dessa utgjorde karpaltunnelsyndrom 83% (8 408 operationer) och detta var den absolut vanligaste enskilda diagnosen. Bland tendinit var trigger finger vanligast (3 684 operationer) och utgjorde 72% av gruppen. Det är svårare att analysera diagnoserna i skadegruppen eftersom många patienter har samtidiga skador på olika vävnader, skelett,

senor, nerver etc. Utifrån den diagnos som satts först (huvuddiagnosen) var fördelningen 36% frakturer; 20% muskel-sensador och 13% nervskador. Fingerfrakturer (3 132 op), böjsensador (1 853 op) och digitalnervskador (1 668 op) var vanligast i respektive grupp av skador.

Liksom i tidigare årsrapporter ser vi stora skillnader i case-mix mellan de deltagande enheterna, se figur 7.

Några diagnosers andel av totala antalet op per enhet (%)



Figur 7. Andelen (%) av totalt antal op för några operationsdiagnoser vid de olika enheterna. Totalt antal op per enhet inom parentes. Skadediagnoser = S-kod som huvuddiagnos. Malmö och Umeå har inte registrerat nål- och kollagenasbehandling vid Dupuytren.

Operationer för de tre vanliga diagnoserna karpaltunnelsyndrom, trigger finger och Mb de Quervain är korta ingrepp som nästan alltid utförs i lokalbedövning. Andelen sådana ingrepp varierade mellan 13% i Stockholm och 40% i Örebro. Uppsala hade registrerat en hög andel kollagenasbehandlingar för Dupuytren och den lägsta andelen operationer för samma diagnos. Göteborg hade registrerat den högsta andelen ledprotesoperationer (4,6%) följt av Örebro (2,2%). Ungefär en av fyra operationer på specialistklinikerna hade skadediagnos, utom i Stockholm där andelen var 35% och i Örebro där den endast var 13%. Den låga andelen skadeoperationer i Örebro kan kanske bero på inkomplett registrering av dessa fall. Den höga andelen i Stockholm beror troligen på att ett stort antal patienter med icke-akuta diagnoser har skickats ut till privat vård. Skillnaderna i specialistklinikernas vårdupdrag mellan olika delar av landet är intressant och behöver analyseras vidare.



Vad tycker våra patienter?

HAKIR har sedan start inkluderat patientrapporterat resultat av operation, sk PROM (Patient Reported Outcome Measure) för alla vuxna patienter. Fram till 31 december 2015 hade totalt 40 806 enkätsvar registrerats i HAKIR, ett imponerande antal efter bara 6 års drift av registret! I 6 458 svar (40,3%) avsåg preoperativ upplevelse av funktionshinder och symptom, 13 031 svar (31,9%) 3 månader, och 11 323 svar (27,8%) upplevelsen 12 månader efter operation.

SVARSFREKVENNS

Svarsfrekvens för 3 månaders-enkäten var under 2015 48,0% och för 12 månaders-enkäten 50,4%, vilket får ses som ganska acceptabelt vid ett såhär omfattande enkätutskick. Motsvarande siffror för 2014 var 46,7% resp 47,6%, dvs en liten förbättring sedan förra året. Tyvärr var svarsfrekvensen för web-enkäten betydligt lägre än för pappersenkäterna; för web 42,5% resp 39,4% för 3 och 12 månader jämfört med 52,8% och 56,7% för pappersenkäterna. De tekniska problemen med web-enkäten tycks nu vara lösta och svarsfrekvensen har nästan fördubblats jämfört med 2014. Målet är att ha ett helt "pappersfritt" register inom 2 år.

För 24 657 operationer fanns inga enkätsvar, dessa avsåg barn i 1 667 fall (6,8%). Vi har i nuläget ingen barnenkät. 9 364 (38,0%) av operationerna utan enkätsvar hade huvuddiagnos infektion eller akut skada. I gruppen utan enkätsvar ingick 10 038 operationer (40,7%) på patienter som hade opererats mer än en gång, dessa är exkluderade från enkätutskick. Andra eventuella exklusionskriterier (kognitiv störning, avböjt enkätsvar m m) kan inte analyseras här.

PATIENTER SOM GENOMGÅTT FLERA OPERATIONER

3 084 patienter registrerade i HAKIR hade opererats 2-16 (!) gånger under perioden. Diagnoserna var för 861 patienter (27,9%) olika nerventrapments, t ex karpaltunnelsyndrom, för 706 (23%) trauma-relaterade diagnoser och för 586 patienter (18,4%) artrit/artros. Inget klart diagnosmönster framkom för de som hade opererats > 10 gånger; många diagnoser och alla sjukhuskliniker utom Örebro fanns representerade i denna grupp.

För att göra analysen av enkätsvaren lättare att tolka, redovisas här enbart enkätsvar från de patienter som endast hade genomgått en operation. Denna grupp innehöll 33 885 svar; 13 197 (38,9%) före, 10 702 (31,6%) 3 månader efter och 9 986 (29,5%) 12 månader efter operation.

ENKÄTSVAR UTIFRÅN DIAGNOS

Uppdelning har gjorts efter diagnoskoder för huvuddiagnos (ICD10) och operationskoder (KKÅ97).

Enkätsvaren visas i fig 8 som sk spindeldiagram med medelvärden på skalan 0-100 för samtliga frågor kring symptom och för total score för QuickDASH enkäten. En mindre yta efter operation visar alltså på en förbättring avseende symptom och upplevt funktionshinder.

Säker tolkning av enkätdata skulle kräva en mer omfattande validering och analys av olika faktorer som kan påverka medelvärdet, t ex andra sjukdomar och skador; köns- och åldersfördelning m m. Vi visar här inga spridningsmått och slumpmässig variation också ha betydelse. Data är inte heller parade, dvs det kan delvis vara olika patienter som svarat före och efter operation.

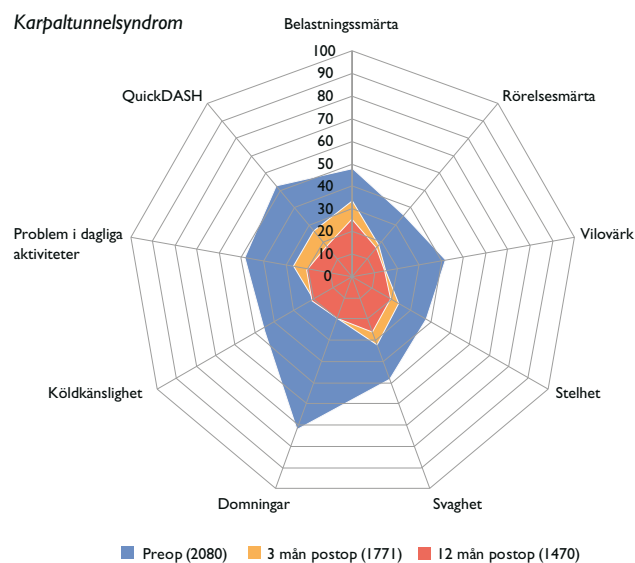
Trots dessa begränsningar är det intressant att notera skillnader i symptomprofil mellan olika handkirurgiska tillstånd och olika effekter av utförda ingrepp. För nålfasciotomierna anger patienterna högre grad av symptom vid tolv än vid tre månader; vilket kan tyda på att de fått recidiv. För patienter som opererats med ulnarisneurolys verkar förbättringen efter operation inte vara lika stor som för övriga grupper. Allt detta behöver förstås analyseras vidare och i mer detalj. Ju mer enkätdata vi samlar in desto säkrare kan analyserna bli och vi kan lära oss mer om hur patienter



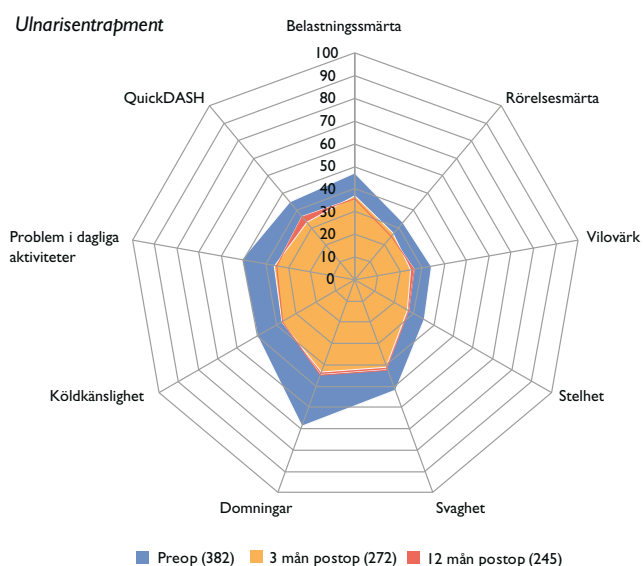
upplever sina symptom, vilka operationer som är mest effektiva och under hur lång tid förbättring sker efter operation. Vi kan ha nytta av enkätdata för att informera patienter före och efter operation. Det framstår ganska klart att QuickDASH inte är tillräckligt som enda utvärderingsinstrument för handkirurgiska diagnoser om vi vill arbeta med förbättringar.

Fig 8. Medelvärden för svar på enkätfråga 1-8 avseende olika handsymptom samt totalscore för QuickDASH före och efter operation för några olika diagnosgrupper. 0= inga och 100= maximala symptom eller funktionsnedsättning. Antalet svar inom parentes.

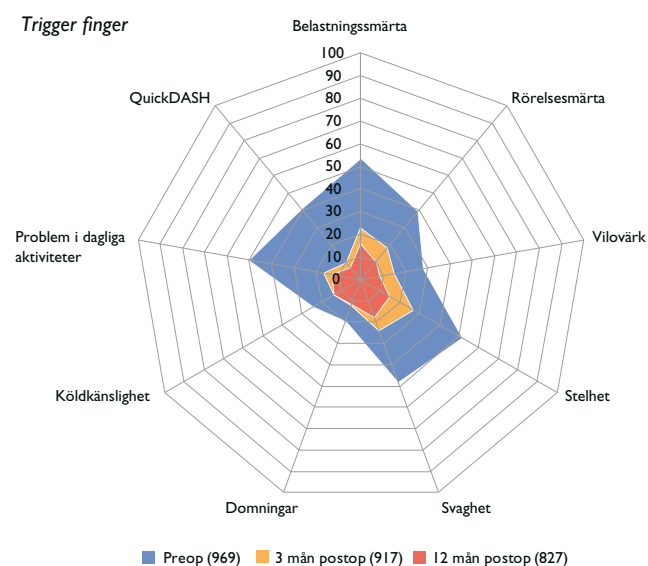
Karpaltunnelsyndrom



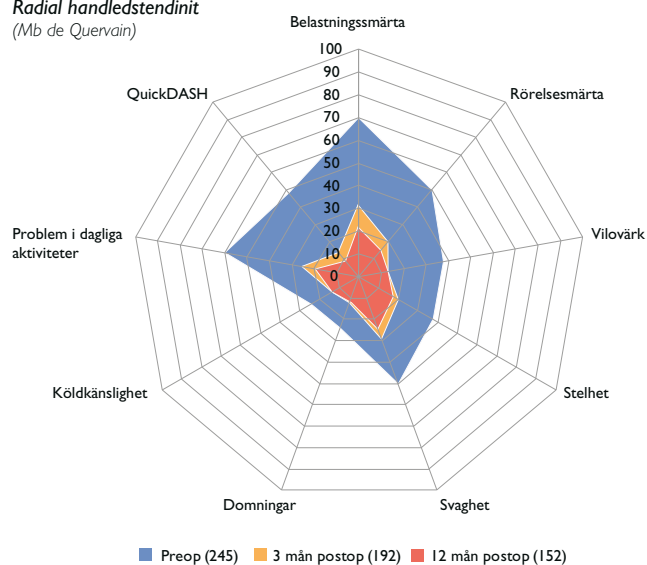
Ulnarisentrapment



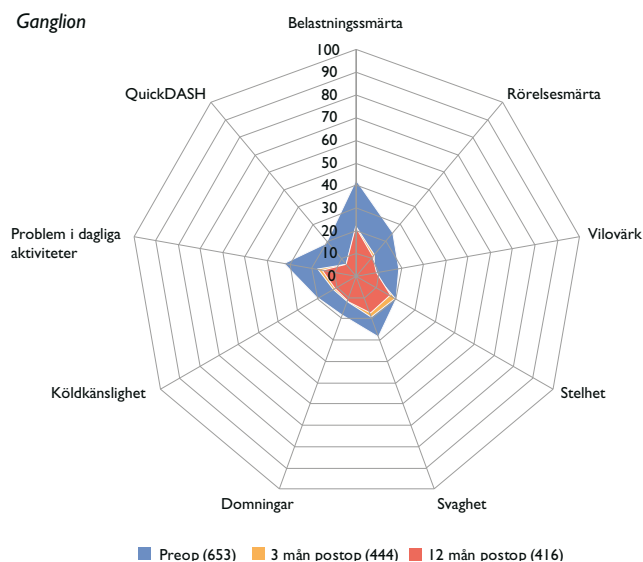
Trigger finger



Radial handledstendinit (Mb de Quervain)

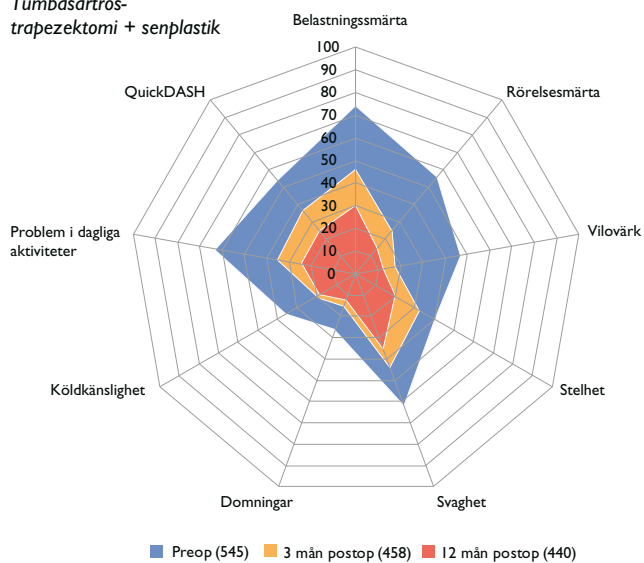


Ganglion

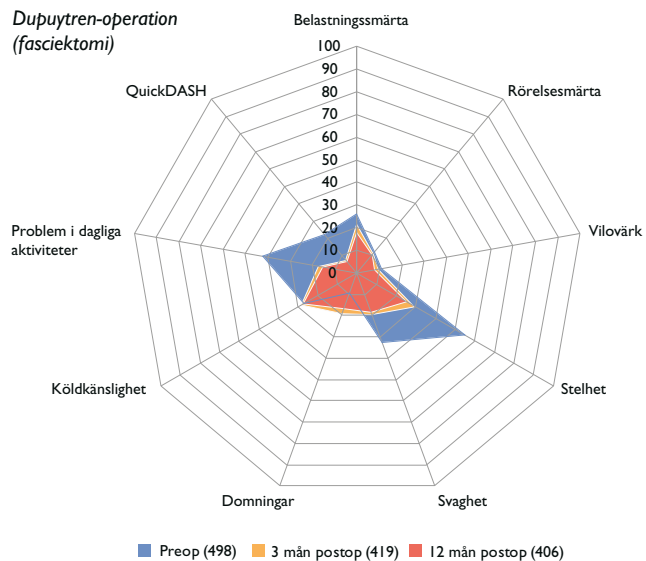




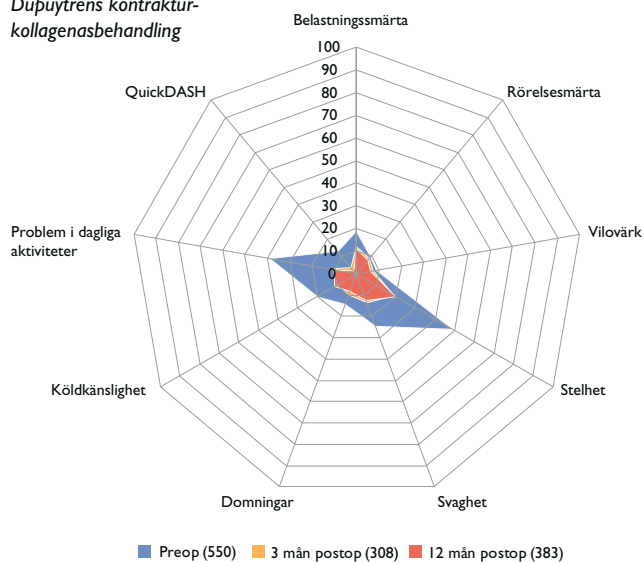
Tumbasartros- trapezektomi + senplastik



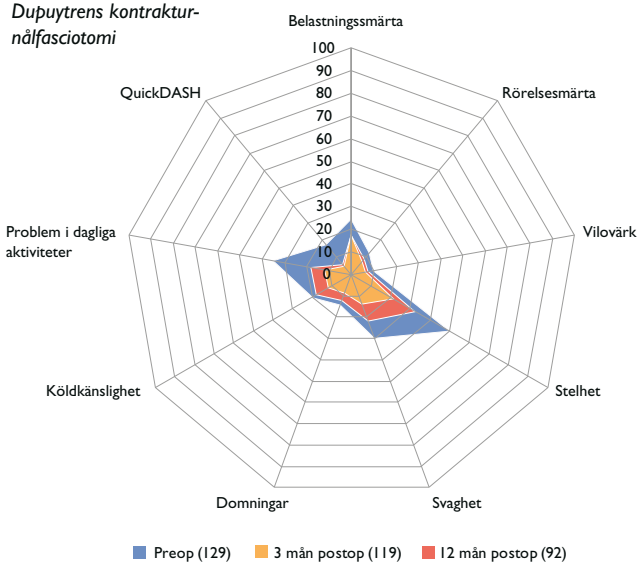
Dupuytren-operation (fasciektomi)



Dupuytren's kontraktur- kollagenbehandling



Dupuytren's kontraktur- nålfasciotomi





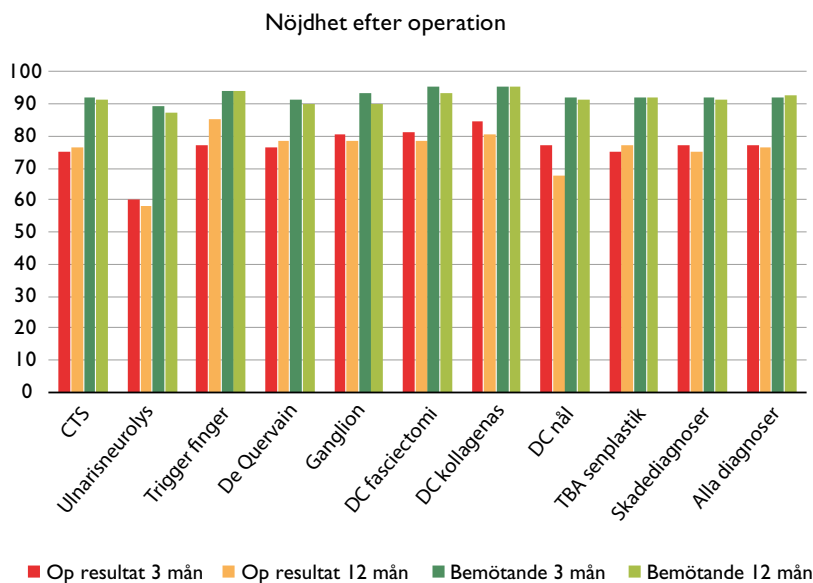
NÖJDHET

För en kvalitetsuppföljning är det viktigt att utöver patientrapporterade symptom även fånga upp grad av nöjdhet / tillfredsställelse med vården, sk PREM (Patient Reported Experience Measure). De två sista frågorna (fråga 9 och 10) i enkäten, nöjdhet med operationsresultat respektive med bemötande under vårdtiden, är avsedda att fånga upp dessa aspekter. Sedan start har vi dock haft problem med felsvar på de två frågorna. Patienter som varit mycket nöjda har markerat till höger på skalan trots att detta betyder "mycket missnöjd". En del missnöjda patienter kan också ha svarat fel åt andra hållet. Problemet uppdagades genom att koordinators ringde upp de patienter som svarat att de var maximalt missnöjda. Trots olika förtydliganden i layouten, tillägg av smileys med mera, så kvarstår problemet. Vi har därför nyligen lagt in ett "pop-up" meddelande om man svarar >80 så att patienterna uppmärksammas. Vi avser också att

inom snar framtid helt göra om våra PREM frågor. En arbetsgrupp har bildats och vi kommer bland annat att använda oss av patientfokusgrupper för att förbättra denna del av HAKIR enkäten.

Med reservation för att ovanstående problem kan ha influerat resultaten, kan vi liksom tidigare år konstatera att den stora majoriteten av patienter behandlade inom svensk handkirurgi tycks vara nöjda med vården, medelvärdena ligger kring 75-80% för operationsresultat och över 90% för bemötande både 3 och 12 månader efter operation.

I Fig 9 visas medelvärden för några olika diagnosgrupper. Analys av figuren skall göras med försiktighet, men det verkar finnas skillnader mellan diagnosgrupper avseende nöjdhet med operationsresultat, vilket kan vara intressant att studera vidare genom vetenskaplig analys. Det finns också många bra uppslag för lokala förbättringsarbeten med patientinvolvering.



Figur 9. Medelvärden för nöjdhet med op resultat (fråga 9) respektive med bemötande (fråga 10) 3 och 12 månader efter operation. Värdena omräknade så att 100 = maximalt nöjd. För antal enkätsvar se fig 8, alla grupperna hade minst 100 svar för varje tidpunkt. För skadediagnoser var antalet svar 2 970 vid 3 månader och 2 969 vid 12 månader. "Alla diagnoser" omfattar 10 719 svar vid tre och 10 003 svar vid tolv månader.

CTS= Karpaltunnelsyndrom, DC= Dupuytrens kontraktur, TBA= Tumbasartros.



Komplicerade postoperativa förlopp

Från start av HAKIR t o m 15/23/ hade 2 117 operationer på 1 871 patienter registrerats som "reoperation pga postoperativ komplikation", vilket utgjorde 3,6% av totala antalet operationer och 4,0% av alla opererade patienter. Av patienterna var 55,4% män och medelåldern var 48,1 år (median 50, range 2-100 år).

Liksom föregående år varierade andelen registreringar av komplikationer mycket mellan enheterna, högst andel hade registrerats i Göteborg, Uppsala och Stockholm; 8,1, 5,6 resp 5,2% (se tabell 4). Andelen var lägst i Örebro och Umeå; 0,3 resp 0,5% av totala antalet patienter opererade under perioden. Dessa siffror skall tolkas med yttersta försiktighet. Olika case-mix med högre andel enklare kirurgi registrerad i Örebro och Umeå (se avsnitt ovan) kan vara en förklaring, men troligen finns också fortfarande olika registreringsrutiner trots diskussioner inom specialistföreningen. Liksom för 2014 var andelen "externa"

komplikationer (primär operation vid annan klinik) högst i Stockholm och Göteborg; 34,6 resp 31,7%, dvs mer än var tredje Stockholmspatient med komplikation hade primärt opererats vid annan klinik.

För intern analys och förbättringsarbete är redovisade data av värde även om det är svårt att jämföra mellan enheter. Till nästa år ändrar vi formuläret Grundformulär operation och tar bort begreppet komplikation. Målet är att alla avvikande vårdförlopp skall kunna fångas upp så att vi gemensamt kan arbeta med att förbättra för våra patienter inom svensk handkirurgi.

	Antal pat reop pga komplikation	Antal interna	Antal externa	Ej angivet int/ext	Andel pat reop pga komplik (%)	Andel interna (%)	Andel externa (%)	Andel ej angivet (%)
Göteborg (4 979)	404	169	128	107	8,1	41,8	31,7	26,5
Linköping (6 502)	208	148	52	8	3,2	71,2	25,0	3,8
Malmö (10 998)	261	209	51	1	2,4	80,1	19,5	0,4
Stockholm (12 347)	648	383	224	41	5,2	59,1	34,6	6,3
Umeå (3 651)	19	17	2	0	0,5	(89,5)	(10,5)	0,0
Uppsala (5 493)	306	170	69	67	5,6	55,6	22,5	21,9
Örebro (2 124)	6	4	2	0	0,3	(66,7)	(33,3)	0,0
Capio Örebro (273)	8	3	5	0	2,9	(37,5)	(62,5)	0,0
Göteborg Hand Center (609)	11	7	4	0	1,8	(63,6)	(36,4)	0,0
Totalt (49 976)	1 871	1 110	537	224	4,0	59,3	28,7	12,0

Tabell 4. Reoperation pga postoperativ komplikation. Totalt antal opererade patienter per enhet inom parentes. Observera att det är mycket få patienter från vissa kliniker, därför anges dessa andelar inom parentes i tabellen.



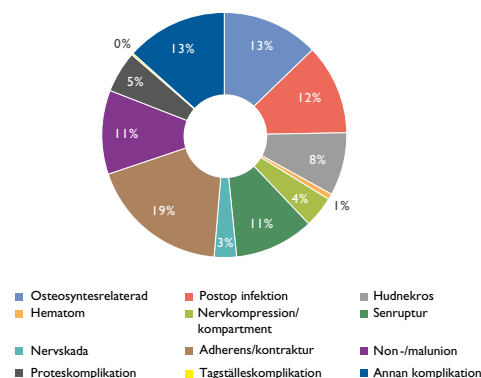
Andelar av olika postoperativa problem visas i fig 10. Adherens/kontraktur var vanligast, följt av osteosyntesrelaterade problem, infektion, senruptur och non-/malunion av fraktur eller artroses. Gruppen "annan komplikation" med angiven fritext var också stor och tyvärr kan man konstatera att många av dessa problem kunde ha sorterats in under de andra grupperna, vilket hade varit bättre.

I grundregistreringen går det tyvärr inte alltid att analysera orsak till de olika komplikationerna, men utifrån huvuddiagnosen kan man ibland få viss information. För adherensproblematik visas ett försök till en sådan analys i fig 11. En majoritet av dessa patienter (52%) hade haft en tidigare handskada som orsak till adherenserna, i många fall en fraktur. Reoperation av Dupuytren skall numera registreras separat och inte under adherens/kontraktur.

Postoperativa infektioner som kräver reoperation tycks vara ovanliga inom specialiserad handkirurgi. Endast 175 "interna" infektioner var registrerade efter operation av 51 429 patienter = 0,34% och detta inkluderar då ett stort antal patienter som opererats för akuta öppna skador. Vid revision av Grundformuläret 2016 kommer vi att lägga till uppgift om skadatum samt om skadan var öppen eller sluten. Vi tror att detta kan ge intressant information när postoperativa problem analyseras.

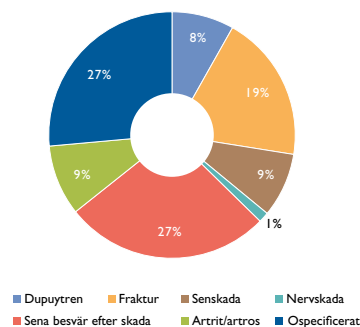
Många patienter hade mer än en komplikationstyp. Figur 12 visar som exempel vilka andra komplikationer som var associerade med osteosyntesrelaterade problem, senruptur var den vanligaste kombinationen.

Typ av postoperativt problem

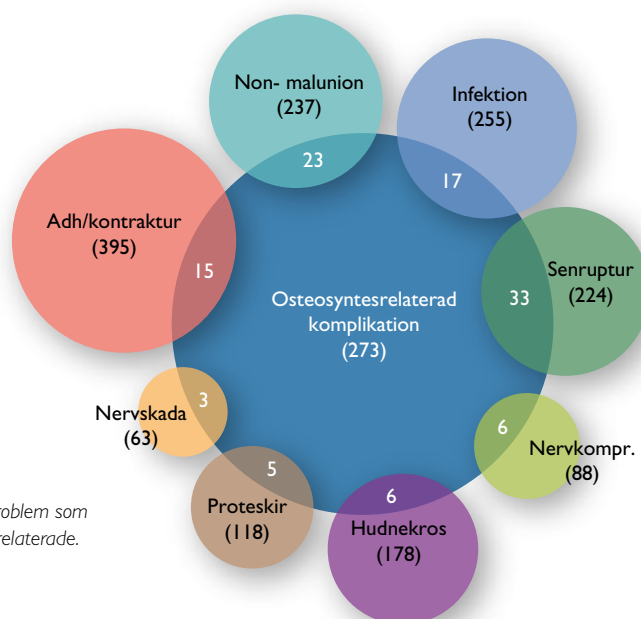


Figur 10. Typ av postoperativt problem (%) hos totalt 1 871 reopererade patienter. Observera att samma patient kan ha flera typer av problem.

Orsak till reop pga adherenser utifrån huvuddiagnos (n=395)



Figur 11. Analys av orsak till reoperation pga adherensproblematik (totalt 395 patienter) utifrån registrerad huvuddiagnos.



Figur 12. Antal andra postoperativa problem som var kombinerade med de osteosyntesrelaterade. Totalantal inom parentes.



Tumbasartroskirurgi

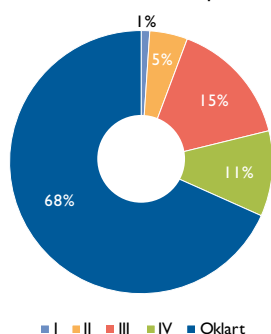
Utökad registrering av kirurgi för tumbasartros görs på sjukhusklinikerna i Linköping, Stockholm och Uppsala. Totalt var 665 operationer registrerade. 307 preoperativa (46%), 290st 3månaders (44%) och 148st ett-års funktionsuppföljningar (22%) var registrerade. 142 preoperativa enkätsvar (21%), 129 tre månaders (19%) och 148 ett års enkätsvar (22%) fanns i registret vid årsrapportuttaget i början av 2016. Vi behöver arbeta vidare med att öka uppföljningsgraden, vilken varierar mycket mellan de deltagande enheterna, se tabell 5. Observera dock att en del operationer kan vara felaktigt inkluderade och att en del patienter ännu inte uppnått 3 eller 12 månader, varför uppföljningen kan vara något bättre än angivet ovan.

	Antal op	Andel primär artros (%)	Medelålder vid op (år)	Range (år)	Andel kvinnor (%)	Yngsta op pat med primär artros	Andel uppföljda ett år (%)
Linköping	291	97,9	61,4	39-85	84,5	46 år	5,1
Stockholm	248	97,6	62,9	35-88	85,9	39 år	41,5
Uppsala	126	94,4	62,3	22-85	79,4	43 år	23,8
Totalt	665	97,2	62,1	22-88	84,1	39 år	22,2

Tabell 5. Data för patienter som deltagit i utökad uppföljning av tumbaskirurgi.

Av tumbasopererade patienter var 84% kvinnor och medelåldern vid operation var 62,1 år. Data för respektive enhet visas i Tabell 5. Uppgift om artrosgrad enligt Eaton saknades tyvärr i nästan 70% (fig 13). Det var mycket få fall i grad I och något fler grad III än grad IV. Även uppgift om artrosförekomst i IP-led resp MCP-led saknades i många fall, men angavs positivt för 5,7% resp 3,4% av patienterna.

Eatonklass vid tumbasoperation



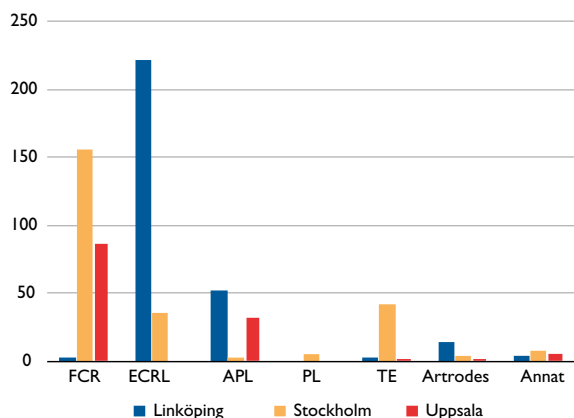
Figur 13. Artrosgrad i CMC I leden enligt Eaton (I-IV) för 665 tumbasoperationer. Uppgift saknades för 455 operationer. Eaton I =Kliniska tecken på artros, men normal rtg. Eaton II=Sänkt ledspringa, osteofyter < 2mm, Eaton III=Osteofyter >2mm, skleros, cystor, subluxation, Eaton IV=Avancerad artros med artros även i ST-leden.

Det finns nationellt en stor variation i val av operationsteknik vid tumbasartros, se fig 14. Trapezektomi utan senplastik tycks ännu inte vara speciellt etablerat, i endast 7,4 % (46/619 trapezektomier) hade denna metod använts, majoriteten i Stockholm. ECRL (256 op) och FCR plastiker (242 op) var vanligast. Endast tre av nio enheter deltog dock i den utökade registreringen. Det vore mycket intressant att även följa upp övriga enheters resultat.

Vi vill uppmana till stor försiktighet vid analys av fig 15 som visar medelvärden för upplevda symptom, funktionshinder och nöjdhet samt uppmätt kraft i hand- och tumgrepp före operation, samt tre och tolv månader postoperativt. Det finns ett stort bortfall både för funktionsuppföljningar och för enkätsvar och betydande spridning som här inte redovisas. Mönstret tycks dock se ganska lika ut för de olika tumbasoperationerna. Symptom av värk och smärta minskar successivt, medan nöjdhet med op resultat tycks vara samma vid tre och tolv månader, kring 80%. Handstyrkan går efter operationen ner till mellan 50-60% av andra handens kraft men har ökat till 80-90% efter ett år. Antalet trapezektomier utan senplastik är



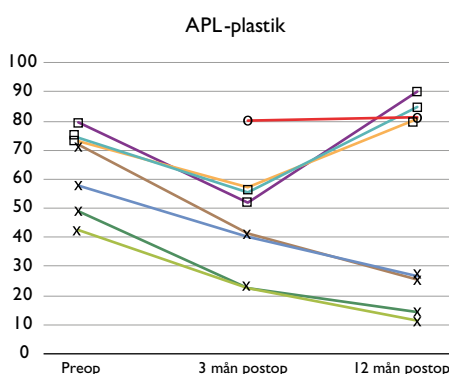
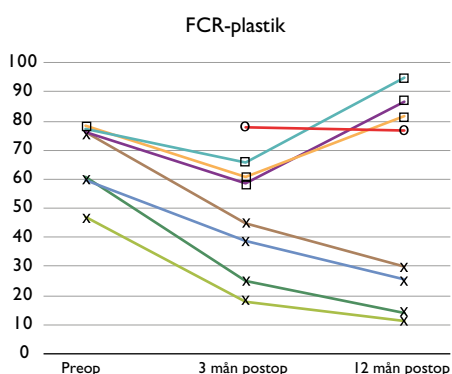
Operationsmetoder tumbasartros (665 operationer)



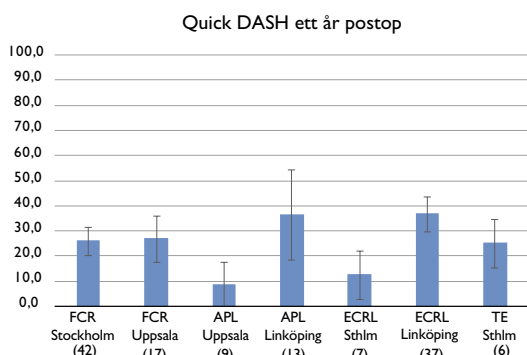
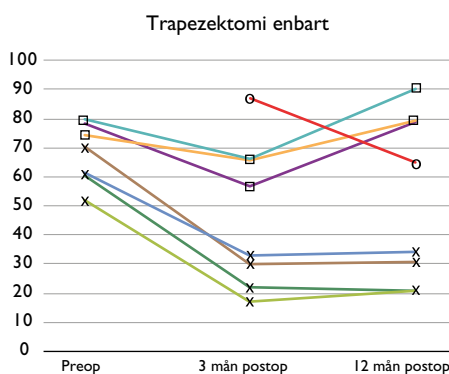
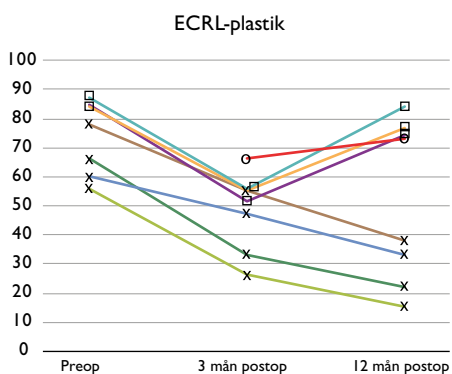
Figur 14. Antal operationer per operationsmetod för de olika enheterna. FCR, ECRL, APL, PL är trapezektomi + olika senplastiker, TE= trapezektomi utan senplastik. I gruppen "Annat" finns ett antal reoperationer med Tight Rope och andra tekniker. Tumbasproteser finns ännu inte med i den utökade uppföljningen.

fortfarande få men kanske minskar upplevda symptom av värk och smärta något snabbare, men förbättras sedan inte ytterligare? För att fastställa eventuella skillnader måste en vetenskaplig analys göras och vi behöver samla in mer data. Tanken med att visa data redan nu är att stimulera till fortsatt insamling av data och vidare analys.

Liksom i årsrapporten för 2014 ses stora skillnader i resultat mellan individuella patienter och också mellan samma typ av senplastik utförd vid olika enheter, se fig 16. En del patienter upplever sig helt värfria medan andra har fortsatt hög nivå av smärta/värk och funktionshinder även ett år efter operationen. Det är angeläget att studera orsakerna till dessa skillnader.



Figur 15. Medelvärden för upplevda symptom av värk, smärta och funktionshinder (QuickDASH) före och efter operation samt kraft i pinchgrepp, nyckelgrepp och grovt handgrepp (Jamar) i % av andra handen och nöjdhet med operationsresultatet (%). FCR=242 operationer (86-123 mätningar; 47-61 enkätsvar per mättillfälle), ECRL=256 operationer (26-86 mätningar; 36-45 enkätsvar), APL=75 operationer (14-52 mätningar; 17-21 enkätsvar), Trapezektomi utan senplastik =46 operationer (16-19 mätningar; 8-19 enkätsvar). Observera att intervallen mellan uppföljningstidpunkterna inte är lika långa på x-axeln.



Figur 16. Medelvärde för QuickDASH score ett år efter tumbasoperation med olika metoder utförda vid olika enheter. Antal svar inom parentes. 95% konfidensintervall. TE= Trapezektomi utan senplastik.



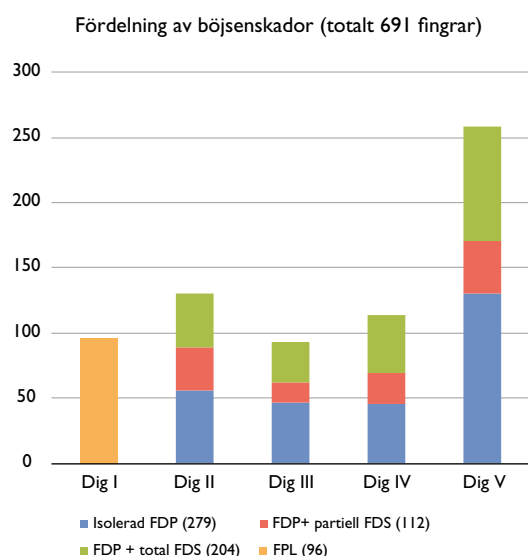
Böjsensuturer

Under 2014 beslutades vid Svensk Handkirurgisk Förenings årsmöte att 2015 skulle bli "böjsenans år", dvs alla specialistkliniker skulle börja följa upp resultaten av böjsenkirurgi i HAKIR. Årsrapporten innehåller data från fem av sju kliniker, men av olika skäl startade inte Örebro och Göteborg under året. Juli 2016 fanns en enda böjsenoperation registrerad från dessa båda kliniker. Vi hoppas att registreringarna kommer igång senare under 2016 så att vi får nationell täckning.

	Antal böjsenop	Antal 3 mån uppföljningar	Andel uppföljda 3 mån (%)	Antal 12 mån uppföljningar	Andel uppföljda 12 mån (%)
Linköping	39	21	53,8	3	7,7
Malmö	216	91	42,1	44	20,4
Stockholm	288	120	41,7	68	23,6
Umeå	27	18	66,7	2	7,4
Uppsala	37	10	27,0	8	21,6
Totalt	607	260	42,8	125	20,6

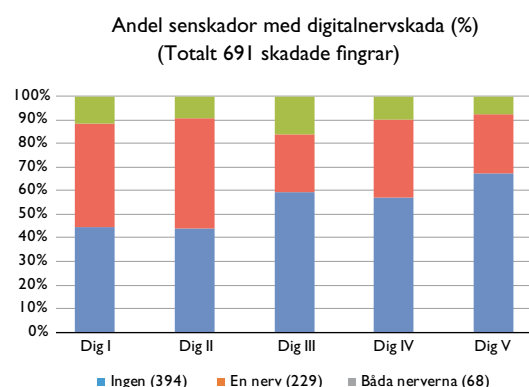
Tabell 6. Antal böjsenoperationer och uppföljda patienter per enhet.

Fram till 31 dec 2015 hade 607 patienter (691 fingrar) som opererats med sutur av böjsena inom zon II i finger eller tumme registrerats i HAKIR. 83% av patienterna var opererade i Malmö och Stockholm vilka deltagit längst i registreringen. Medelåldern var 36,3 år (1-83 år) och 70,9% var män. 260 patienter hade funktionsundersökts vid 3 månader (43%) och 125 (21%) 12 månader efter operation. Andel uppföljda patienter visas i tabell 6.



Figur 17. Fördelning av skador i 691 skadade tummar och fingrar. Antal per skadetyper inom parentes.

Umeå och Uppsala hade högst andel patienter som var uppföljda 3 månader, 66,7% resp 53,8%. Observera att en del patienter inte hade uppnått tre resp tolv månader när data togs ut, varför sann uppföljningsandel är högre. Ytterligare 64 patienter hade fyllt i postoperativa enkäter. På 297 patienter (49%) fanns inga uppföljningsdata alls.



Figur 18. Andel skador med eller utan samtidig digitalnervskada i tumme resp fingrar.



SKADEMÖNSTER

Fördelning av skadade senor visas i fig 17. I 49,2% var alla böjsenor till tumme/finger skadade. Senskador i lillfingret var vanligast och utgjorde 37,3% av alla skador. Ungefär hälften av dessa omfattade båda senorna i fingret. Samtidig digitalnervskada var vanligast i pekfingret (56,2%) följt av tummen (55,2%) se fig 18.

SUTURTEKNIK

Suturteknik varierade mellan enheterna, se tabell 7. Totalt sett var loop-sutur vanligast (64,3%). I gruppen "annan teknik" fanns tyvärr en hel del data som kunde

	Tsuge (loop)	Modif Kessler	Becker	Annan
Linköping (38)	2	35	0	1
Malmö (197)	156	9	0	32
Stockholm (286)	217	46	1	22
Umeå (27)	0	4	2	21
Uppsala (36)	15	15	0	6
Totalt (584)	390	109	3	82

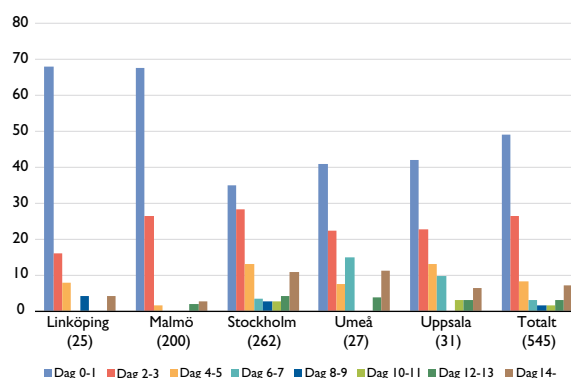
Tabell 7. Suturteknik för böjsenskador (584 registreringar)

ha sorterats in under de variabler som finns, bland annat många loop suturer. Även en del reinsertioner (zon I skador) med benankare fanns i gruppen "annan teknik". Dessa skulle egentligen inte ha registrerats. Vi gör en revision av formuläret under 2016 och börjar inkludera även skador i zon I och lägger till uppgift om skadenivå. Fyra-tråds kärnsutur var vanligast (77,5%) och flätad polyester vanligaste material (46,2%) följt av Fibre Wire (26,6%).

TID EFTER SKADA

Uppgift om tid efter skadan är intressant och fanns registrerat för 545 patienter. Tyvärr fanns det ett stort antal felaktigheter, t ex att patienter opererats före, eller ett helt år efter skadan. Dessa registreringar har här exkluderats. Registerhållaren vill uppmana alla att vara noga med att fylla i datum korrekt. Vi kommer att lägga in en sk "pop-up" funktion som ger en varning vid datum som rimligen ej är korrekta. I Malmö hade 94% av patienterna opererats inom 3 dagar efter sin skada, i Linköping 84% (se fig 19). I Uppsala, Stockholm och Umeå var andelarna bara 63-64% och i Stockholm hade 20% av patienterna opererats mer än en vecka efter skadan. Medeltid mellan skada och operation (om tider över 14 dagar exkluderas) var 1,3 dagar i Malmö, 1,5 dagar i Linköping, 3,0 dagar i Umeå och 3,1 dagar i Stockholm och Uppsala.

Tid mellan skada och operation
Andel per enhet för totalt 545 böjsenoperationer (%)



Figur 19. Tid mellan skada och operation för böjsenoperationer på olika enheter och totalt. Antal inom parentes. Andelar för olika tidsintervall i % av totalantal för varje enhet.

	Tidig aktiv	Active hold	Kleinert I finger	Kleinert 4 fingrar	Kleinert till active hold	Gips	Annan eller saknas
Linköping (21)	0	0	0	20	1	0	0
Malmö (91)	68	0	0	0	0	0	23
Stockholm (120)	67	0	32	1	1	5	14
Umeå (18)	14	4	0	0	0	0	0
Uppsala (10)	5	0	0	0	0	0	5
Totalt (260)	154	4	32	21	2	5	42
Andel (%)	59,2	1,5	12,3	8,1	0,8	1,9	16,2

Tabell 8. Mobiliseringsprogram efter böjsenskada. Uppgift från 260st tre månadersuppföljningar. Antal per enhet inom parentes.



Vi vet inte i nuläget om dessa skillnader har någon betydelse för slutresultatet eller för uppkomsten av komplikationer såsom infektion och senruptur. Vi vet inte heller om en del fördröjningar kan ha orsakats av patienten själv (patient's delay) eller av inremitterande enhet. Det faktum att operationen i medeltal sker 1,5 dagar senare vid vissa enheter bör hursomhelst vara en nackdel för patienterna. Tid mellan skada och operation föreslås därför som en framtida kvalitetsindikator (processmått) för böjsenkirurgin.

RESULTAT AV BÖJSENKIRURGI

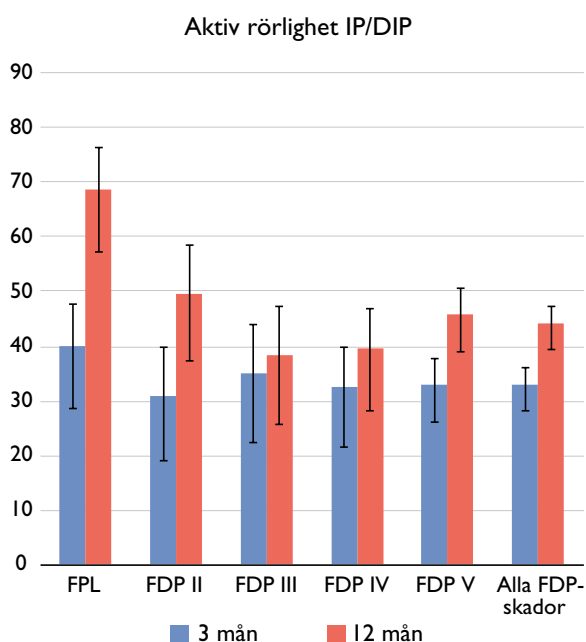
De 81 patienter som svarat på 3 månaders-enkäten angav 72% nöjdhet med operationsresultatet och 87% med bemötande, total score Quick DASH var 22,7. Vid 12 månader (63 enkätsvar) var nöjdhet med op resultat 75% och med bemötandet 90%, Quick-DASH score var 18,2.

För resultat beträffande rörlighet hänvisas i första hand till vår nya dynamiska rapport på hemsidan där man kan göra olika val för klinik, mobiliseringsregim, finger, typ av senskada m m och direkt se uppmätta värden för rörligheten. Rapporten uppdateras för närvarande en gång per månad men automatisk daglig uppdatering är planerad. I figur 20 visas medel-

värden för ytterledsrörlighet. Data antyder att störst förbättring mellan tre och tolv månader sker i tummarna, där nästan 70 graders aktiv rörlighet hade uppmätts mot 45 grader i fingrarna. Det skall dock noteras att hyperextension är vanligt i tummen, vilket ger ett högre värde.

KOMPLIKATIONER

Inga komplikationer hade registrerats i uppföljningsformulären för böjsenkirurgi. Genom att jämföra med Grundformuläret för patienterna i böjsenuppföljningen återfanns 21 reoperationer pga ruptur= 3,0% (21/691 sydda senor), vilket är en låg andel internationellt sett. 19 av 21 patienter (90,4%) som fick en ruptur var män, vilket är en högre andel män än bland alla böjsenpatienter (70,9%). Medelåldern var något högre, 38,5 år mot 36,3 år. Procentuell rupturfrekvens skall tolkas med försiktighet eftersom det rör sig om så få patienter; men var 2,6% (1 ruptur/39 op) för Linköping, 2,3% (5/216) Malmö, 3,5% (10/288) för Stockholm och anmärkningsvärt högt för Uppsala 13,5% (5/37). Umeå hade inte rapporterat någon reoperation pga senruptur. Vi vet inte ännu om dessa skillnader beror på slumpen eller ej.



Figur 17. Medelvärden för aktiv rörlighet i ytterleden (IP eller DIP) vid tre resp tolv månader efter operation. Staplarna anger 95% konfidensintervall. Antal mätningar vid tre resp. tolv månader: FPL 41 resp 12, FDP II 41 resp 15, FDP III 28 resp 15, FDP IV 43 resp 17, FDP V 93 resp 41, För alla FDP-skador 204 resp 87 mätningar.



Sammanfattning

Under 2015 fick vi med ytterligare en privat enhet i HAKIR och hoppas att fler kommer att ansluta under 2016. Intresserade enheter får mycket gärna höra av sig och HAKIR erbjuder hjälp med uppstart och support. Framöver kommer vi även att inleda diskussioner med ortopedin för att kunna få med handgrepp som utförs vid dessa kliniker. Vi vill dock inte kompromissa med täckningsgrad och datakvalitet och är angelägna om att de rutiner kring registerarbetet som vi byggt upp följs överallt.

DATAINSAMLING

Inom HAKIR behöver vi själva fortsätta att arbeta med att få in kompletta data från alla deltagande enheter. Det finns en stor variation i hur väl registerrutinerna fungerar men vi hoppas att det inom nära framtid skall fungera bättre på de ställen där det har varit svårt att få in data. Genom erfarenhetsutbyte mellan koordinatorena och diskussioner på de nationella mötena kan enheterna hitta de lösningar som passar bäst på varje ställe. Stöd från verksamhetscheferna är av mycket stor betydelse.

Automatisk överföring av data från journal till register är en viktig och komplicerad nationell fråga där vi hoppas få stöd centralt från registerkansliet. De olika IT-systemen inom svensk sjukvård är svåra att påverka från enskilda register. Vi har under 2015-16 inlett ett samarbete med Region Skåne kring DIGMA, ett elektroniskt handstatusformulär. Planer finns att DIGMA skall kunna dockas till HAKIR och att funktionsdata som rörlighet, kraft och känsel på sikt skall kunna överföras direkt utan dubbelregistrering. Genom samarbete med Svenskt Perioperativt Register (SPOR) hoppas vi kunna hitta en fungerande lösning för överföring av diagnos- och operationskoder direkt från operationsplaneringsprogram till register. Allt detta skulle spara mycket arbete och underlätta processen att bättre integrera kvalitetsuppföljning med patientarbete.

PATIENTENKÄTEN

Svarsfrekvensen för vår patientenkät har varit ett stort problem sedan start, framförallt för web-enkäten. Tekniska problem har nu lösts, vi har lagt in påminnelsefunktion och glädjande nog ser siffrorna

för 2015 mycket bättre ut. Vi hoppas att denna trend står sig, ett "pappersfritt" HAKIR är något vi önskar genomfört inom 1-2 år. Det skulle spara mycket tid, material och onödiga utgifter.

Under 2016 skapades en arbetsgrupp för att validera och förbättra patientenkäten i HAKIR. En statistisk analys av över 40.000 enkätsvar som insamlats kommer att göras. För utveckling framförallt av "upplevelsefrågorna" (PREM) kommer vi att behöva medverkan av våra patienter, antingen i form av fokusgrupper eller som djupintervjuer.

UTDARAPPORTER

Interaktiva utdatarapporter där användare själv kan välja olika kombinationer av variabler och snabbt få ut data har varit ett önskemål från HAKIR sedan flera år. I januari 2016 kunde vi öppna den första rapporten, som visar resultat efter böjsenkirurgi på vår hemsida. Vi hoppas att nästa rapport skall bli klar under sommaren 2016. Sedan tidigare har vi månadsvis uppdaterade resultat av patientenkäterna för sex vanliga operationer på hemsidan under rubriken "Så tycker våra patienter" och vi har månadsvisa utskick av egna patientenkätdata och data om komplikationer till respektive enhet. Alla användare har också direkt tillgång till sina egna data i registret och vi vill uppmana till att använda dessa data för analys och förbättringsarbeten.

OMVÅRDNADSPROJEKTET

Omvårdnadsprojektet i HAKIR startade under hösten 2015 med syfte att fånga upp fler delar i den handkirurgiska vårdkedjan. En nationell arbetsgrupp bildades med leg. sjuksköterska Eva Tallkvist i Uppsala som projektledare. Gruppen har fått stöd från expertis på Svensk Sjuksköterskeförening. Ett pilotprojekt kring sårvård har genomförts vid tre kliniker. Ett registerformulär med olika variabler inom sårvård och förband och möjlighet att registrera patientupplevelse vid förbandsbyte och suturtagning har tagits fram. Pilotprojektet visade stor nationell variation i val av förbandsmaterial och gav flera uppslag till förbättringsarbeten lokalt. Slutredovisning av Omvårdnadsprojektet sker i oktober 2016. Vi hoppas kunna starta med registrering av omvårdnadsvariabler i januari 2017. ►



FORSKNING

HAKIR är fortfarande ett ungt register och vi har inte riktigt kommit igång med forskning på registerdata ännu. Hösten 2015 bildades en nationell, interprofessionell forskningsstyrgrupp med syfte att stimulera och stötta forskning på HAKIR data. Gruppen har hittills bedömt två projektplaner, en om senrupturer efter radiusfrakturkirurgi och en om sjukskrivningsmönster efter handkirurgiska ingrepp. Ytterligare projekt kring nerventrapments respektive resultat av kollagenasbehandling vid Dupuytrens kontraktur är på gång och det finns många andra uppslag som diskuteras.

Vi inledde 2015 ett samarbete med Vetenskapsrådet och har som ett av de första kvalitetsregistren lagt in våra variabler på portalen Register Utiliser Tool (RUT; www.registerforskning.se), en metadatabas avsedd för forskare. RUT öppnades i juni 2016 och syftet är att forskare på ett enkelt och överskådligt sätt skall kunna ta reda på vilka variabler som finns i olika register och hur dessa variabler definieras. Alla variabler i grundregistrering i HAKIR är inlagda, de utökade registreringarna skall läggas till under hösten 2016.

Under 2016 inleddes ett hälsoekonomiskt projekt i samverkan med Katarina Steen-Carlsson i Lund. Vi avser bland annat studera sjukskrivningsmönster för olika grupper av handoperationer i relation till patientupplevelse före och efter operation. Medel kommer att sökas från Försäkringskassan för projektet, som vi hoppas kunna inleda under början av 2017.

LEDPROTESKIRURGI

Den uppmärksamma läsaren av denna årsrapport noterar att resultat av utökad registrering av ledproteskirurgi inte finns med i år. Detta beror på att allt för mycket data saknades i årsrapportfilen, vilket gjort att vi har fått begära in kompletteringar från klinikerna i efterhand. Orsaken var att protestags saknades för många registreringar. Av praktiska skäl blev det därför svårt att göra resultatanalysen, men till nästa år skall även protesdata redovisas.

TILL SIST VILL VI TACKA

Centrala arbetsgruppen för HAKIR vill tacka alla koordinators för gott samarbete under året, utan er lojalitet och intresse för HAKIR hade registret inte fungerat. All personal runt om i landet på mottagningar, rehab och operation har också gjort ett fantastiskt jobb med att få in data. Vi vill tacka vår nära samarbetspartner Registercentrum Syd och alldeles särskilt statistiker Tomasz Czuba, som varit ovärderlig för oss både för de stora projekten och för alla små supportfrågor. Sist, men inte minst, vill vi förstås tacka alla patienter som medverkat genom att fylla i enkäter och ge sina synpunkter på svensk handkirurgi. HAKIR är helt unikt internationellt och med tiden kommer vi att lära oss mycket som kan förbättra den handkirurgiska vården ytterligare.

Stockholm, augusti 2016

Marianne Arner
Registerhållare

Frída Bartonek
Registerutvecklare

Nina Lindblad
Central registerkoordinator





Planerade förändringar i registerformulär under 2016

GRUNDFORMULÄRET (HAKIR 002)

- Reoperationer registreras tydligare och begreppet "postoperativ komplikation" ändras till "postoperativt komplicerat vårdförlopp"
- Senrupturer efter primär sensutur specificeras bland orsak till reoperation
- Ruta läggs till för att tydligare skilja en primär infektion från en postoperativ sårinfektion
- Ruta läggs till för att skilja en öppen handskada från en där huden är intakt
- Ruta läggs till för att ange skadedatum när detta är relevant

UTÖKAD UPPFÖLJNING BÖJSENSKADOR (HAKIR 02A)

- Skadenivå (pulley A1-A5) läggs till i operationsformuläret
- Även skador i zon I inkluderas (reinsertioner), dessa kan sedan analyseras separat
- Möjlighet läggs till att registrera olika suturteknik/material för olika fingrar

UTÖKAD REGISTRERING PROTESKIRURGI (HAKIR 06A)

- Specifikation av protestyp läggs till i operationsformuläret och fylls i av operatören



Hur gick det 2015-16?



Alla enheter som opererar böjsenskador skall ha startat utökad registrering för dessa skador i HAKIR.

Under 2015 deltog Linköping, Malmö, Stockholm, Umeå och Uppsala i böjsenregistreringen. Sjukhusklinikerna i Göteborg och Örebro registrerade inte några böjsenskador under 2015. Göteborg hade fortfarande inte startat 160725 och Örebro hade bara registrerat en patient.



Ett nationellt projekt kring att ta fram ett omvårdnadsformulär i HAKIR ska ha genomförts.

I budgeten för 2015 avsattes 400tkr för ändamålet och i oktober gavs en projektledare uppdrag att utvidga HAKIR så att vi även inkluderar den omvårdnad som utförs inom handkirurgin. Ett pilotprojekt kring sårvård genomfördes våren 2016 och ett registreringsformulär skall införas hösten 2016. Projektet slutredovisas oktober 2016.



Översättningar av patientinformation och formulär för personal ska vara klara för minst fem språk.

I nuläget finns patientinformation att tillgå på svenska, spanska och turkiska. Patientinformation på arabiska, persiska och engelska planeras för publicering under sommaren 2016.



Kvalitetsindikatorer som täcker hela registreringen i HAKIR ska finnas och vara nationellt förankrade.

Arbetet med att ta fram kvalitetsindikatorer är påbörjat och ett förslag har tagits fram i centrala arbetsgruppen. Förslaget revideras nationellt i samarbete med landets övriga deltagande enheter, genom den nationella arbetsgruppen, i november 2016.



Interaktiva utdatarapporter ska finnas tillgängliga och vara anpassade både för personal, ledning och patienter.

Den första interaktiva utdatarapporten lades ut öppet på hemsidan våren 2016 och visar funktionsresultat för böjsenkirurgi. En sk "produktionsrapport" som

bland annat visar antal registrerade formulär, svarsfrekvens och även resultat av patientenkäter för olika diagnosgrupper samt antal postoperativa komplikationer beställdes från RC Syd under 2015. Den skulle ha blivit klar i juni 2016, men läggs förhoppningsvis ut i augusti.



Arkivrutiner för underlag i form av pappersformulär ska finnas och vara nationellt förankrade.

Under 2015 har HAKIR i samarbete med Södersjukhusets arkiv sammanställt en rutin för gallring samt skickat en gallringsframställan till Landstingsarkivet i Stockholms läns landsting. Gallringsframställan tillstyrktes i november 2015 och rutinen för gallring förankrades nationellt och fastställdes i samband med det nationella arbetsgruppmötet samma månad.



Nationella rutiner och tekniska förutsättningar ska finnas för registrering av samma patient över regiongränser.

Arbetet med att skapa förutsättningar för registrering av samma patient över regiongränser är påbörjat men inte klart ännu.



Arbete ska vara påbörjat med att utreda eventuella konsekvenser och ta fram rutiner för registrering av data för beslutsförmögna.

Vid nationella registerdagen 2015 höll juristen från kvalitetsregisterkansliet en presentation om vad som gäller juridiskt vid registrering av beslutsförmögna. Arbetet med att utreda konsekvenser och ta fram rutiner specifikt för HAKIR är ej ännu påbörjat.



Årshjul med viktiga datum för årligt återkommande arbete som berör koordinators, registerhållare samt central arbetsgrupp ska finnas.

Ett årshjul har tagits fram, publicerades i maj 2015.



Specifika mål för 2016-17

- Minst två förbättringsarbeten baserade på HAKIR-data skall ha genomförts.
- Övergripande kvalitetsindikatorer för HAKIR skall ha fastställts nationellt. Samarbete med Vården i siffror skall ha inletts med syfte att öppet publicera uppgifter om något eller några av ovanstående kvalitetsmått.
- Dynamisk utdatarapport som visar resultat av tumbasartroskirurgi skall ha färdigställts i samarbete med RC Syd.
- Omvårdnadsformulär skall vara infört i HAKIR och registreringar skall ha startat.
- Arbete ska vara påbörjat med att utreda eventuella konsekvenser och ta fram rutiner för registrering av data för beslutsförmögna.
- Patientenkäten skall ha validerats avseende PROM variabler (fråga 1-8) och PREM variabler (fråga 9-10). I valideringen skall patientmedverkan ingå, troligen i form av fokusgrupp.
- Minst två forskningsprojekt baserade på HAKIR data skall ha genomförts.

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

HAKIR
HANDKIRURGISKT
KVALITETSREGISTER

