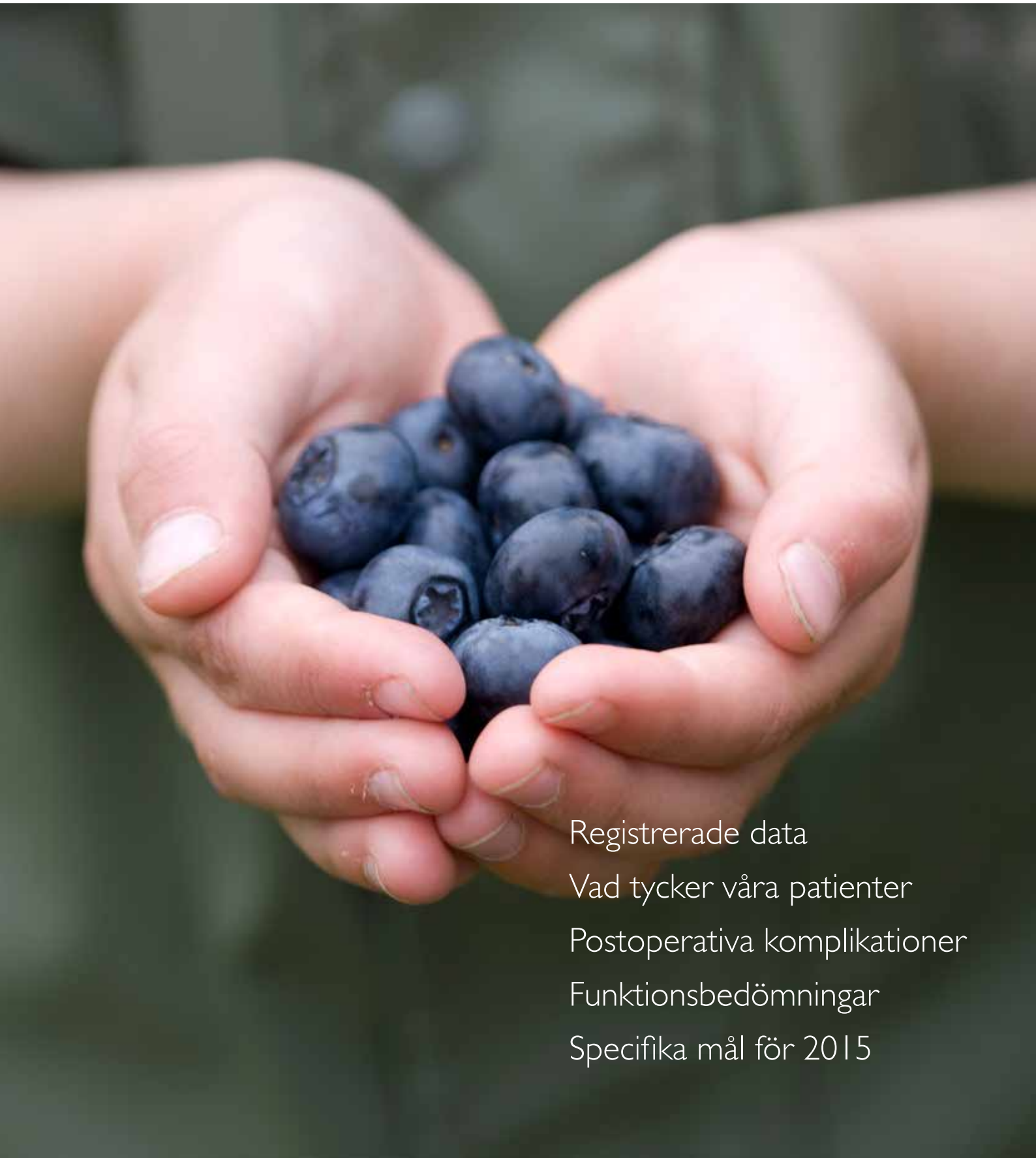


Årsrapport 2014

HAKIR
HANDKIRURGISKT
KVALITETSREGISTER



Registrerade data

Vad tycker våra patienter

Postoperativa komplikationer

Funktionsbedömningar

Specifika mål för 2015



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

- 1** Vad är HAKIR och vad vill vi uppnå?
- 2** Inledning
- 3** Vad tycker våra patienter?
- 4** Utökade registreringar/funktionsuppföljning
 - a.** Tumbasartros
 - b.** Böjsenskador zon II
 - c.** Proteskirurgi
 - d.** Kollagenasbehandling av Dupuytren's kontraktur
- 5** Komplicerade vårdförlopp
- 6** Sammanfattning
- 7** Hur gick det 2014-15?
- 8** Specifika mål för 2015-16



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

Denna årsrapport omfattar uppgifter som registrerats i HAKIR på de deltagande enheterna **från starten 1 februari 2010 till och med den 31 december 2014**. Enheterna har anslutit till registret vid olika tidpunkter.

Årsrapportens viktigaste syfte är att väcka frågor och intresse kring den handkirurgiska vård som bedrivs i vårt land. Genom att visa vilka behandlingsmetoder som används, redovisa hur våra patienter uppfattar resultaten och hur deras händer fungerar postoperativt kan vi hitta förbättringsområden och områden för klinisk forskning. Årets rapport ger många sådana uppslag som vi hoppas kan leda vidare till olika förbättringar.

Inför läsning av rapporten är det viktigt att påpeka några saker. En årsrapport för ett kvalitetsregister skall inte ses och bedömas som en vetenskaplig publikation. En sådan skulle kräva ytterligare validering av registerdata och en mer avancerad statistisk analys.

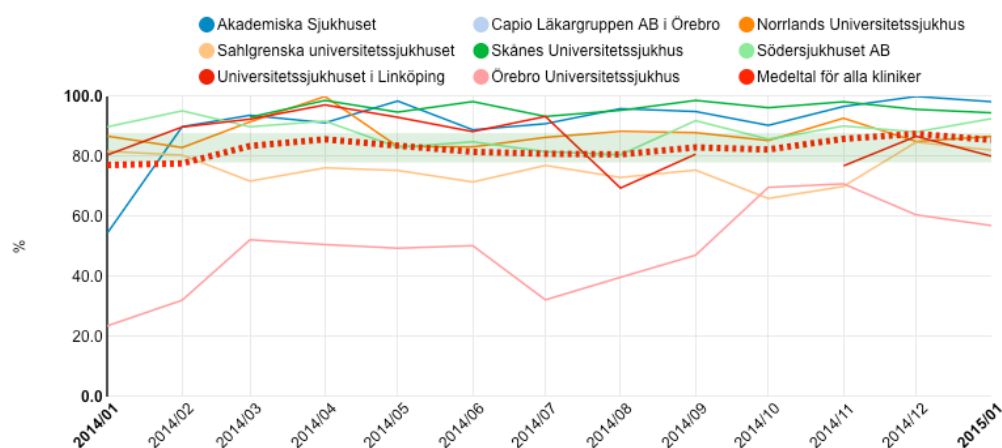
Vid den massinsamling av data som ett kvalitetsregister innebär uppstår alltid en del fel. Dessa kan ibland vara av teknisk art, men oftast beror de på den mänskliga faktorn, att patient eller personal oavsiktligt registrerat på fel sätt. I de flesta fall är felet inte systematiska. Under 2014 upptäckte vi att vissa patienter missuppfattat de sista två frågorna i den postoperativa enkäten, avseende nöjdhet. Vi kan tyvärr inte säkert veta hur omfattande denna felregistrering varit och vi får se problemet som en "barnsjukdom" i ett nytt

register. Vi har nu lagt till "smileys" i var ände av skalan och en preliminär uppföljning visar att detta troligen löst problemet som alltså endast gäller nöjdhetsfrågorna i enkäten. Utvidgad validering av enkäten kommer att göras så snart vi har möjlighet. Vi kommer att ta hjälp av Registercentrum Syds kompetens i Karlskrona för denna validering.

Svarsfrekvensen för vår webenkät har sedan start varit alltför låg, bara kring 30 %. Den första tiden var problemen med webenkäten mest av teknisk art, men en utredning som genomfördes under 2014-15 visade att sättet som personer använder sina smart-phones och datorer samt allmän inställning till webenkätutskick troligen också spelat in. Genom en pilotstudie i Stockholm under 2014 kunde vi visa att om vi skickar ut enkäten via e-mail istället för sms, kompletterat med ett påminnelse-sms efter en dag, så ökade svarsfrekvensen till 60 %. Detta system används nu generellt i HAKIR och vi följer regelbundet svarsfrekvensen. För pappersenkäten har svarsfrekvensen stabilt legat mellan 50 och 60 %, vilket får anses som ganska acceptabelt i ett kvalitetsregister. Pappersenkäter är dock inte en långsiktigt hållbar lösning, eftersom de är mycket arbetskrävande och negativa både för

	ANTAL OPERATIONER	ANTAL PATIENTER	ANDEL KVINNOR (%)	MEDELÅLDER (ÅR)	MEDELÅLDER 95% CI (ÅR)
Göteborg	4 005	4 099	50,8	47,9	47,3-48,5
Linköping	6 715	5 863	48,9	50,1	49,6-50,6
Malmö	10 097	10 239	49,9	48,1	47,7-48,5
Stockholm	13 863	12 119	44,6	46,5	46,1-46,9
Umeå	3 096	3 255	49,6	48,4	47,7-49,1
Uppsala	5 252	4 713	47,0	50,0	49,4-50,6
Örebro	1 076	1 414	55,1	53,0	52,0-54,0
Capio Örebro	81	98	56,1	49,4	46,3-52,4
Totalt	44 185	41 800	48,2	48,3	48,1-48,5

Antalet registrerade operationer och patienter per enhet från start i HAKIR t o m 141231. 95 % CI = konfidensintervall. Olika enheter har deltagit olika länge. Capio Läkargruppen i Örebro är en privat enhet, de övriga är sjukhusbaserade specialistkliniker.



Täckningsgrad för grundregistrering av operationer för de deltagande enheterna under 2014. För definition, se text. Streckad linje anger medelvärde för alla enheter. Målvärdet (markerat med grön zon) är att minst 80% av alla opererade patienter skall ha registrerats i HAKIR. Grafen ovan är ett utsnitt av den dynamiska graf som finns på www.hakir.se.

ekonomi och miljö. Målet är att HAKIR skall vara helt pappersfritt inom 1-2 år. Det bortfall i enkätsvar som finns i den aktuella årsrapporten är förstås inte optimalt, men vår bedömning är att det inte rör sig om ett systematiskt, utan ett slumpmässigt bortfall.

Mer bekymmersamt är det bortfall som finns i de utökade uppföljningarna, dvs de postoperativa funktionsundersökningarna för utvalda operationer som t ex böjsensutur, tumbasartroskirurgi och proteskirurgi. Det kan vara svårt att motivera patienter att komma in till enheten för uppföljning ett år efter operation. På vissa ställen har även klinikekonomi anförts som skäl för att inte genomföra dessa uppföljningar. På några enheter har dock en betydande förbättring av uppföljningsfrekvens skett under 2014-15. På Stockholmskliniken har en förbättringsgrupp bildats där bortfall mäts regelbundet, orsaker diskuteras och lösningar tas fram för att öka andelen uppföljda patienter utan att samtidigt utöka personalens arbetsbörda. Arbetet har varit mycket framgångsrikt, se nedan.

REGISTRERADE DATA

Denna årsrapport omfattar data från 44 185 operationer på 41 800 patienter (48,2 % kvinnor) från sju specialistkliniker och en privat enhet, se tabell nedan. 11 220 preoperativa, 9 412 tre månaders- och 8 565 ett års-enkätsvar var registrerade samt data från 1 746 preoperativa, 938 tre månaders- och 922 ett års-funktionsundersökningar inom den utökade registreringen.

Patienternas medelålder var 48,3 år vid registrering. De opererade patienterna vid specialistkliniken i Örebro verkar vara lite äldre än på de andra

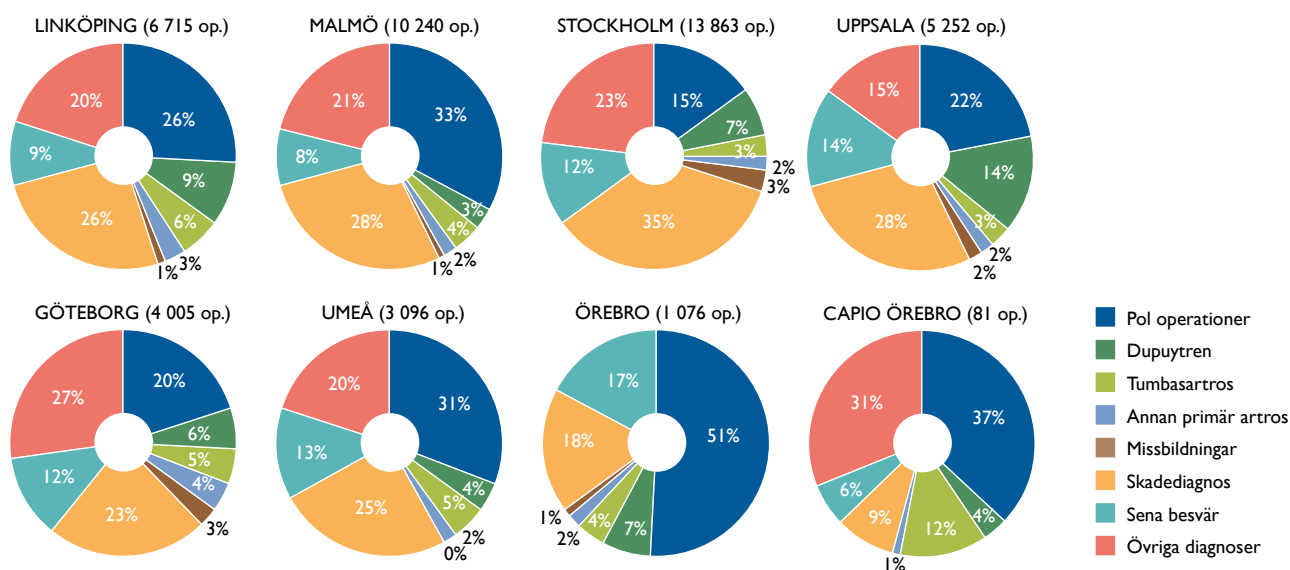
klinikerna, men eftersom kliniken ännu inte har full täckningsgrad (se nedan) så är jämförelsen osäker. Stockholmspatienterna är yngre, vilket kan bero på fler traumapatienter och en stor andel barnhandkirurgi, se avsnitt nedan om case-mix.

TÄCKNINGSGRAD

Täckningsgrad vid grundregistrering av operationer i HAKIR beräknas som kvoten mellan registrerade och utförda operationer $\times 100$ (%). Den senare uppgiften inhämtas månatligen från sjukhusstatistik. Patienter som saknar svenskt personnummer, har skyddad identitet eller har avböjt registrering i HAKIR finns inte med, varför 100 % inte kan vara målet. Andelen av sådana exkluderade patienter kan säkert variera, men vi har satt målet för täckningsgrad till minst 80 %. Täckningsgraden för de deltagande enheterna visas öppet på vår hemsida i en dynamisk graf där användaren kan välja önskad enhet och tidsintervall. Uppgifterna uppdateras automatiskt varje månad, figuren ovan visar ett utsnitt för året 2014. De två senast anslutna sjukhuskliniker i Göteborg och Örebro uppfyllde inte målvärdet under 2014. Göteborg tangerade målvärdet mot slutet av året, men Örebro hade i genomsnitt endast registrerat hälften av sina operationer i HAKIR. Tyvärr ligger värdena ungefär oförändrade för Örebros del under 2015, men vi hoppas på förbättring framöver. Komplet täckningsgrad är en förutsättning för att kunna använda registerdata vetenskapligt.

CASE-MIX

Genom att analysera registrerad huvuddiagnos i grundregistreringen går det att få en uppfattning om



Andel (%) av olika diagnosgrupper för respektive enhet. Totalt 44 328 operationsregistreringar. Observera dock att även icke-operativa behandlingsmetoder för Dupuytren's kontraktur är registrerade, se text. Till polikliniska, sk "pol operationer" räknas här karpaltunnelsklyvning, senskideklyvning och ganglieoperation. Bland övriga diagnoser finns bland annat reumatoid artrit, infektioner, övriga neurolyser, tumörer samt annat som inte kunde klassificeras. Capiro Örebro har än så länge mycket få registrerade operationer.

vilken typ av handkirurgi som bedrivs på de olika enheterna. Det finns naturligtvis en osäkerhet dels genom rena felregistreringar av koderna, men också genom att operatören inte har satt den viktigaste diagnosen först. För de enheter som haft låg täckningsgrad under året är analysen extra osäker och det kan finnas anledning att misstänka att det främst är akuta operationer som missats. Med dessa reservationer framgår ändå tydliga skillnader i enheternas case-mix, se figur nedan. Andelen mindre operationer som ofta utförs inom ramen för mottagningsverksamheten, sk polikliniska operationer varierade, där Stockholmskliniken låg lägst med endast 15 % och sjukhuskliniken i Örebro högst med 51 % av registrerade operationer i HAKIR. Andelen skadediagnoser (S-koder) och resttillstånd efter skada (T-koder) var å andra sidan

högst i Stockholm, 47 %. När det gäller behandling av Dupuytren's kontraktur fanns det stor variation, se längre fram i årsrapporten. Störst andel missbildningskirurgi fanns i Stockholm (3%; 372 operationer) och Göteborg (3%; 100 operationer) Göteborg hade registrerat flest ledproteser och hade störst andel ledproteskirurgi (4,7 %; 190 op) följt av Malmö (1,7%; 177 op) och Örebro (1,7 %; 18 op). Fram t o m december 2014 hade 51 replantationer av fingrar eller tumme (Göteborg 1, Linköping 4; Malmö 12; Stockholm 15; Uppsala 14; Umeå 5) och 8 fria lambåer registrerats i HAKIR. Ytterligare 161 artärsuturer fanns registrerade, huvuddelen radialis- och ulnarisartärer. Observera att enheterna varit med olika länge i registret, för totalantal operationer se tabell s. 4.

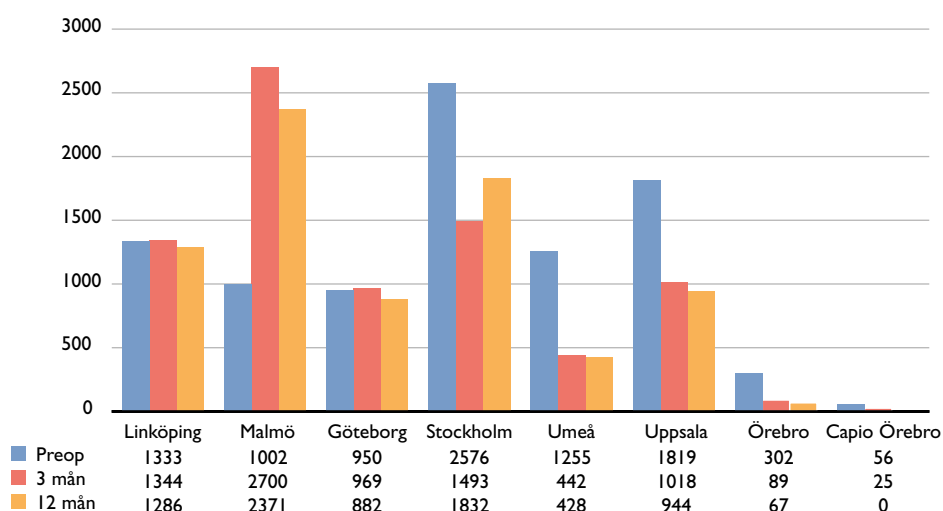




Vad tycker våra patienter?

Fram till 31 december 2014 hade 29 197 enkätsvar registrerats i HAKIR. 25 183 enkätsvar kom från patienter som endast opererats vid ett tillfälle. För att underlätta tolkningen av data redovisas endast dessa svar här. 9 293 enkäter (37 %) gällde upplevelsen före operation, 8 080 tre månader postoperativt (32 %) och 7 810 (31 %) ett år efter operation, således en ganska jämn fördelning mellan uppföljningstillfällena totalt sett. Däremot varierade fördelningen av enkätsvar mycket mellan klinikerna, se figuren. Skillnaderna kan bero på olika rutiner för insamling av enkätsvar inklusive olika andel pappersenkäter. Som tidigare nämnts har pappersenkäter varit en fördel avseende svarsfrekvens under perioden.

Antal enkätsvar



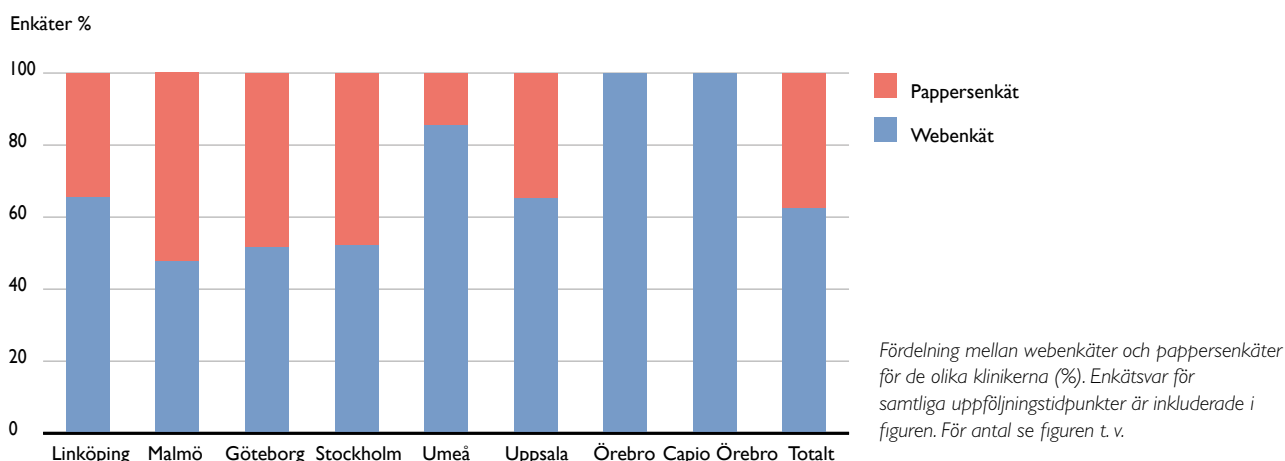
Antal enkätsvar före och efter operation per deltagande enhet. Patienter som genomgått mer än en operation har exkluderats i figuren. Totalt 25 183 svar.

Totalt var andelen webenkäter 62,4 %. Handkirurgkliniken i Örebro och Capio Örebro hade endast webenkätsvar och andelen var också hög i Umeå (85,4 %). Målet för HAKIR är en helt pappersfri registrering inom 1-2 år. Om vi nu förhoppningsvis både har löst de tekniska problemen med webenkäten och fått upp svarsfrekvensen till en acceptabel nivå så finns det bara fördelar med denna förändring.

Vår patientenkät består av två delar. Den första delen är frågor om olika symptom från hand och arm, som t ex smärta, värk, stelhet, känselstörning mm. Vi hade tidigare en visuell analog skala (VAS) för dessa frågor, men sedan några år graderas svaren på en Likert skala 0, 10, 20, 30 etc till 100, där 0 = inga symptom och 100 = maximala symptom. Postopera-

tivt har vi också två frågor om nöjdhet, dels med operationsresultatet, dels med bemötandet på kliniken under behandlingstiden. Dessa svar anges på samma sätt som ovan, 0-100 med 10 poäng per steg. Inför start av HAKIR gjordes en enkel innehållsvalidering av denna första del av enkäten med acceptabla resultat, men valideringen behöver göras om.

Andra delen i enkäten är en validerad och vetenskapligt mycket använd enkät för utvärdering av övre extremitetskirurgi, kallad DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand). Kortversionen (Quick-DASH) som vi använder innehåller 11 frågor om upplevt funktionshinder från arm-hand och frågorna ger 1-5 poäng. En total score räknas fram där 0 = inget och 100 = maximalt upplevt funktionshinder.



Frågorna i DASH är mycket varierande, alltifrån aktiviteter som att öppna ett burklock och tvätta ryggen till frågor om besvären stör umgänge med anhöriga, arbetsförmågan eller sömnen.

Registerhållaren har bitt Mikael Åström, statistiker på Registercentrum Syd att undersöka hur DASH score korrelerar med ålder, kön och handdominans. (DASH-frågorna skiljer inte på vilken hand patienten har besvär i). Han har analyserat de 9 293 preoperativa enkät svaren. Pearson Correlation Coefficient ger värdet 0,0737 vilket tyder på en svagt positiv korrelation mellan ökande DASH-score och stigande ålder. Medelvärdet för DASH vid 11-20 års ålder var 37,5 och mellan 81-90 år 40,8. En orsak kan vara att äldre människor får andra diagnoser med mer funktionsinskränkning, men åldersrelaterade problem från axel, armbåge eller andra armen kan också ha betydelse, dvs sådant som vi troligen inte förbättrar med vår handkirurgiska operation. Vi finner också en korrelation mellan kön och DASH, där kvinnor anger högre värde även efter statistisk kompensation för att kvinnorna var äldre i materialet. Kvinnor angav i medeltal DASH 44,0 och männen 31,1. Även detta kan bero på skillnader i diagnoser mellan kvinnor och män, men det kan också finnas andra orsaker som det vore intressant att undersöka vidare. Vad gäller handdominans så finns en statistisk korrelation mellan DASH score vid operation av dominant hand (42,1 poäng) respektive icke-dominanta handen (37,8 poäng). Vi kommer att undersöka DASH resultaten vidare i en vetenskaplig studie eftersom det är mycket viktigt att veta hur scoren fungerar när vi börjar

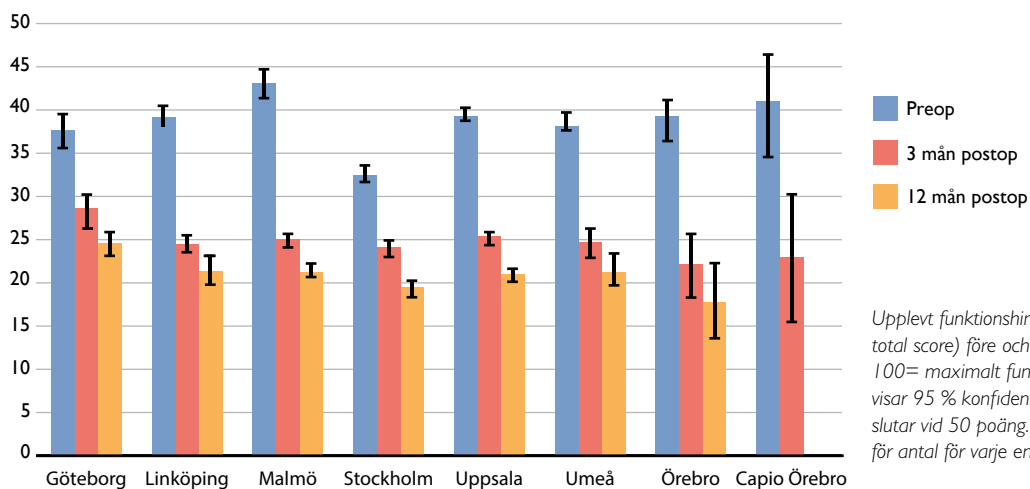
jämföra olika patientgrupper med varandra. HAKIR erbjuder ett helt unikt material av stora mängder data.

Många analyser kan göras utifrån enkätdata och detta blir bara ett litet urval. För att göra säkra jämförelser skulle en mer detaljerad genomgång av data krävas. I figuren nedan visas att upplevt funktionshinder har reducerats från cirka 40 DASH poäng före operation till drygt 20 poäng ett år efter operation för hela gruppen patienter i årsrapporten. Minskningen förefaller vara störst vid Malmö- och Örebro-klinikerna. Skillnaden mellan enheter kan bero på olika case-mix. Förväntad förbättring är olika vid olika diagnoser och en stor andel enklare fall, som karpaltunnelsklyvningar eller senskideklyvningar kan ge större minskning av DASH scoren.

I första delen av enkäten frågar vi också efter upplevelse av uppnått operationsresultat respektive upplevelse av bemötandet på kliniken. Noll motsvarar att patienten är helt nöjd och 100 helt missnöjd, vg se figur nedan. Vi kan konstatera att vi i allmänhet har mycket nöjda patienter inom svensk handkirurgi, se figur nedan. Efter ett år är nöjdheten med operationsresultatet i medeltal 76 % och med bemötandet 91,5 %. Vi ser inga stora skillnader mellan klinikerna trots varierande case-mix (se ovan). Däremot tycks det vara så att patienternas upplevelse tre månader efter operation är ganska lika mot vad de anger när ett år gått, vilket kanske kan vara intressant att diskutera. Det kan möjligen bero på en hög andel ingrepp som redan är läkta efter tre månader.

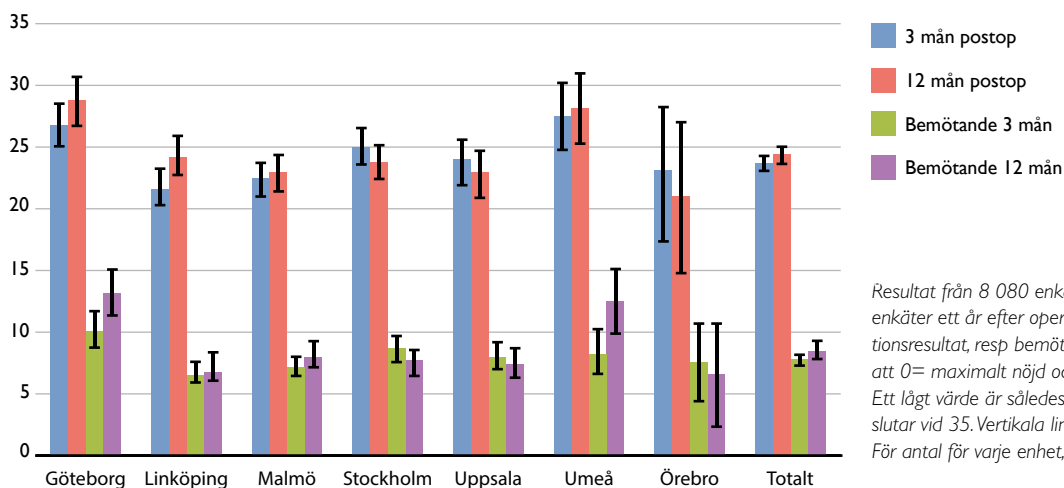


DASH score (0-100)



Upplevt funktionshinder från arm/hand (DASH total score) före och efter operation. 0= inget; 100= maximalt funktionshinder. Vertikala staplar visar 95 % konfidensintervall. Observera att y-axeln slutar vid 50 poäng. Data från totalt 25 183 enkätsvar, för antal för varje enhet, se tabell t. v.

Upplevelse av op-resultat och bemötande (0-100)



Resultat från 8 080 enkäter tre månader och 7 810 enkäter ett år efter operation avseende upplevt operationsresultat, resp bemötande vid kliniken. Observera att 0= maximalt nöjd och 100= maximalt missnöjd. Ett lågt värde är således bättre än ett högt. Y-axeln slutar vid 35. Vertikala linjer visar 95 % konfidensintervall. För antal för varje enhet, se tabell t. v.

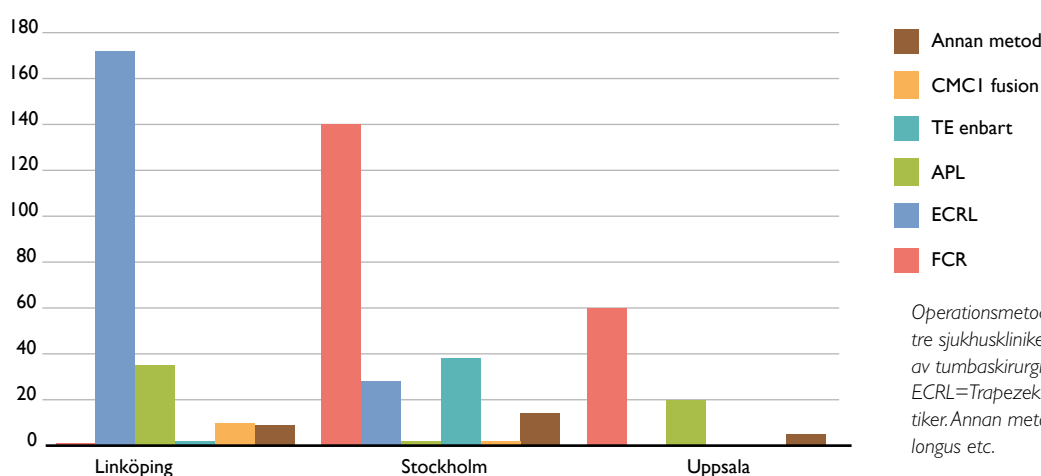




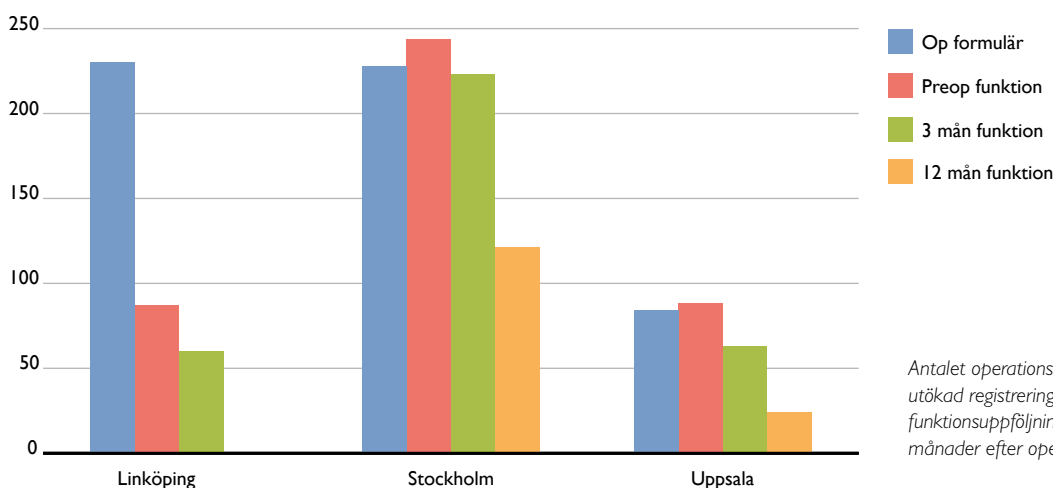
Tumbasartroskirurgi

Utökad registrering av kirurgi för tumbasartos görs på sjukhusklinikerna i Linköping, Stockholm och Uppsala och totalt var 538 operationer registrerade. Behandlings-traditionen tycks vara trapezektomi + interpositionsplastik med FCR-sena i Stockholm och Uppsala och ECRL-plastik i Linköping.

Antal operationer



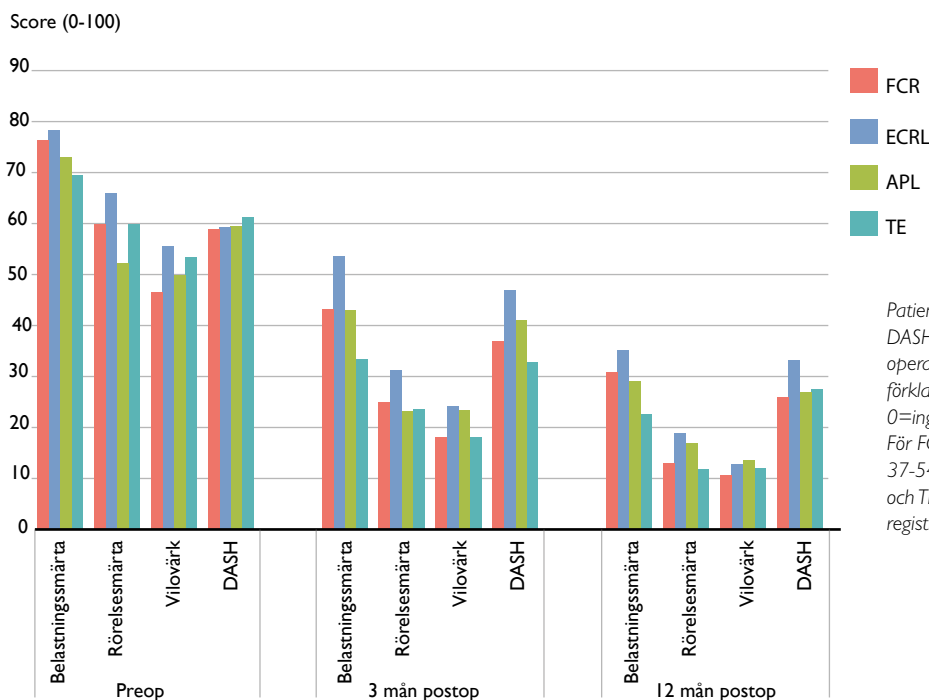
Antal formulär



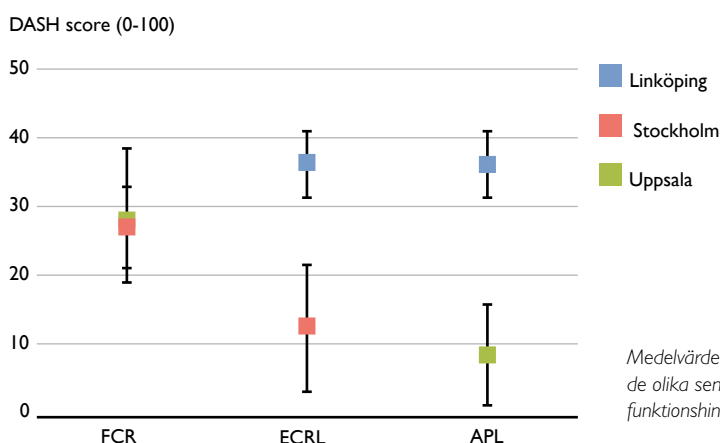
28 ECRL-plastiker hade utförts i Stockholm och 55 APL-plastiker i Uppsala och Linköping. 38 trapezektomier utan senplastik hade utförts i Stockholm och 10 CMC I artrodeser i Linköping under perioden, se figur ovan. Medelåldern för de opererade patienterna var 60,0 år och 84,6 % var kvinnor.

Operationsmetoder kan inte beskrivas för övriga enheter i HAKIR eftersom de ännu inte deltar i den utökade uppföljningen där detta registreras.

98 % av patienter opererade i Stockholm och 95 % av Uppsala-patienterna var funktionsuppföljda tre månader efter operation, 26 % i Linköping. Ett-årsuppföljning hade gjorts på 49,5 % respektive 28 % i Stockholm och Uppsala, men inga ett-årsuppföljningar hade registrerats i Linköping, se figur. Det är olyckligt att Linköping inte finns med eftersom det hade varit viktigt att kunna jämföra behandlingsresultaten.



Patientupplevda symptom samt total score för DASH före, samt tre och 12 månader efter operation för fyra olika operationsmetoder, se förklaring ovan. Alla skalor går från 0-100 där 0=inga symptom och 100=maximala symptom. För FCR- och ECRL-plastikerna var antalet svar 37-54 för de olika tidpunkterna. För APL-plastiker och TE=trapezektomi utan senplastik fanns få svar registrerade (n=7-19). Y-axeln slutar vid 90 poäng.



Medelvärde för DASH ett år efter operation med 95% konfidensintervall för de olika senplastikerna utförda vid de tre klinikerna. 0= inget; 100= maximalt funktionshinder. Y-axeln slutar vid 50.

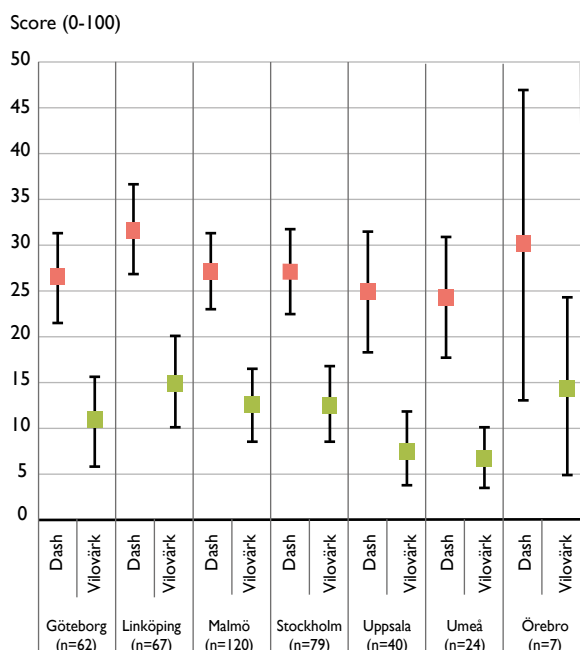
PATIENTUPPLEVDA RESULTAT

Vi har valt att redovisa DASH score som speglar generell upplevelse av hand- och armfunktion samt de tre enkätfrågorna som handlar om smärta/värk (belastningssmärta, rörelsesmärta, vilovärk) eftersom dessa ofta utgör viktigaste indikation för operation. Både DASH och symptomscore går från 0-100, där 0 är inga, och 100 är maximala symptom/funktionshinder.

För alla trapezektomier, med eller utan senplastik, ser vi en minskning av DASH score från cirka 60 preoperativt till cirka 30 ett år efter operation, vilket i klinisk mening får ses som en väsentlig minskning, se figur. Upplevt funktionshinder minskas alltså genom operation. Vi fann däremot inga skillnader (95 % konfidensintervall) mellan de olika senplastikerna. Vilovärk minskade från cirka 50 till drygt 10 i gruppen som helhet. De flesta patienter (61 %) angav att de hade liten, eller ingen vilovärk (värde < 10) ett år efter operation.

Värdet för belastningssmärta i den opererade tummen efter ett år angavs dock betydligt högre, i medeltal 32. Det fanns dock ett mindre antal patienter som angav betydligt bättre resultat både vad gäller belastningssmärta och enligt DASH score (<10).

Vi fann alltså inga stora skillnader i resultat mellan de olika senplastikerna. Däremot kan det finnas skillnader i hur de olika senplastikerna utförs på de olika enheterna, se figur ovan. FCR-plastiker på Uppsala- och Stockholmsklinikerna uppvisade nästan identiskt medelvärde för DASH efter 12 månader, medan medelvärdena är olika för APL- och ECRL-plastiker utförda vid olika kliniker. Kan det vara så att lokal tradition hur en viss operation utförs spelar in och/eller valet av postoperativ rehabilitering? APL-plastiker utförda på Uppsalakliniken och ECRL-plastiker på Stockholmskliniken var de grupper som hade det bästa utfallet



Patientupplevt resultat (DASH score resp vilovärk 0-100) ett år efter tumbaskirurgi vid sju sjukhuskliniker baserat på enkätsvar i grundregistreringen (n=399). Vertikala staplar anger 95 % konfidensintervall. Observera att y-axelns skala slutar vid 50 poäng samt att det är mycket få enkätsvar från sjukhuskliniken i Örebro.

både avseende DASH score och belastningssmärta, men antalet svar i varje grupp var litet varför resultaten är osäkra. För att utreda om skillnader fanns mellan olika klinikers ett-årsresultat efter tumbasoperationer oavsett metod för senplastik togs enkätdata fram från grundregistreringen för alla patienter opererade för tumbasartros (diagnoskod M18; n=399 enkätsvar). Vi kan här inte skilja på olika typer av senplastik eftersom detta inte anges i grundregistreringen. Tumbasproteser och artrodeser exkluderades. Vi fann inte några säkra skillnader i patientupplevda resultat mellan klinikerna som helhet, se figur.

För att ytterligare försöka identifiera eventuella orsaker till skillnader i resultat för individuella patienter togs även enkätsvar för enskilda operatörer fram. I många registreringar saknades operatörens initialer och ibland var olika varianter av initialer svåra att tolka, varför dessa svar exkluderades. Endast kirurger med > 6 enkätsvar togs med i figuren nedan. Vi ser en stor variation i patientupplevt resultat ett år efter operation. För endast tre kirurger från två kliniker i hela materialet hade samtliga patienter angivit ett DASH värde < 10, men antalet svar från dessa kirurger var litet (2-4) och de är därför inte med i figuren. Syftet med

denna analys är inte att peka ut någon utan att försöka hitta förbättringsområden och lära av varandra. Är det interpositionen i sig, stabiliteten i tumbasen, kirurgens erfarenhet eller något i den postoperativa behandlingen som är det viktigaste? Hur stor betydelse har individuella faktorer hos patienten, såsom förväntningar och krav på handfunktion?

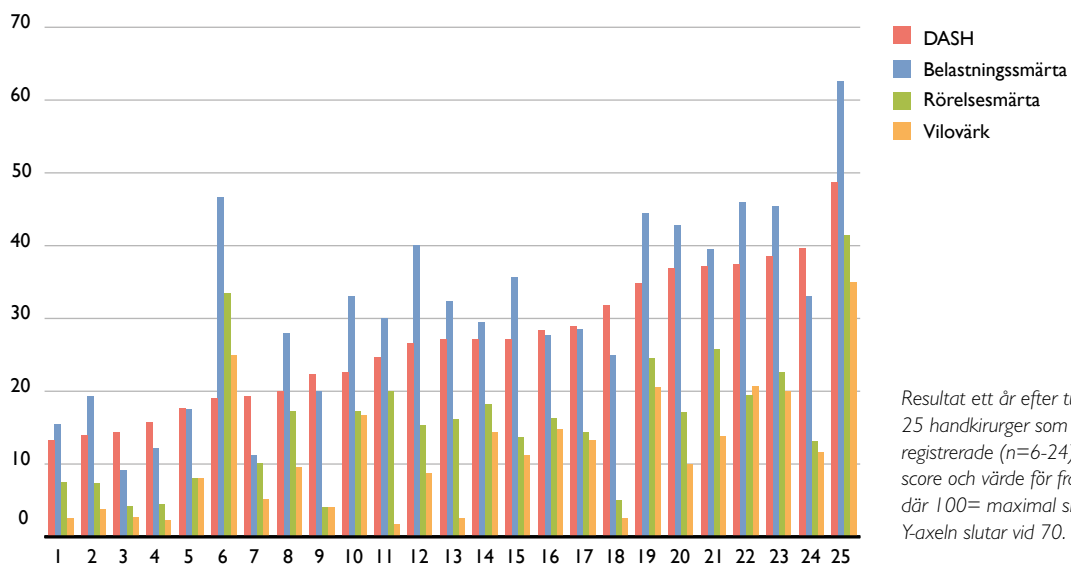
FUNKTIONSMÄTNINGAR

Mätning av pinchstyrka (609 mätningar totalt) pre- och postoperativt för alla tumbasopererade patienter visade som förväntat sänkt kraft i tumgreppet tre månader efter operation, 3,0 kg jfr med 4,2 kg före operation, se figur. Vid ett-årsuppföljningen var pinchkraften större än det preoperativa värdet (4,5 kg), men inte i nivå med kontralaterala handen (5,5 kg). Även kraften i det grova greppet var nedsatt 3 månader efter operation men nästan i nivå med kontralaterala handen ett år efter operation. Dessa uppgifter kan vara väsentliga att förmedla till våra patienter.

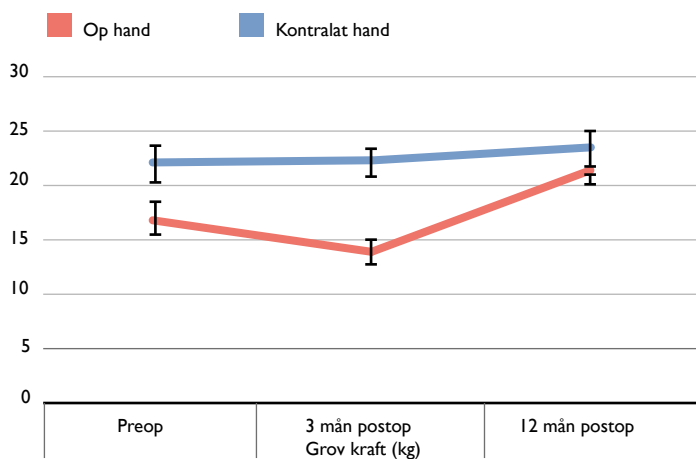
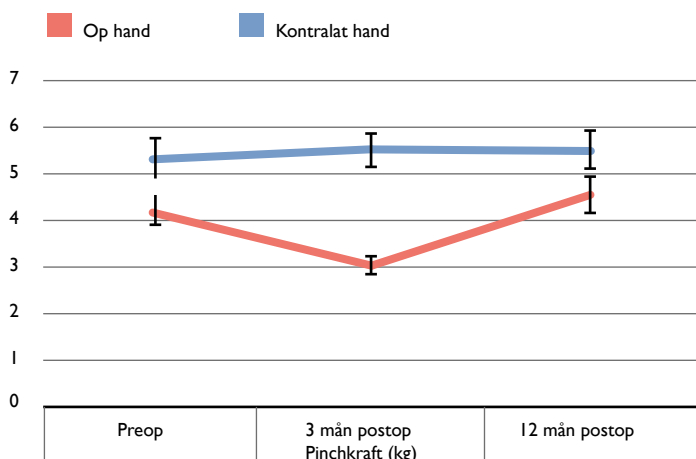
Resultaten från uppföljningar av tumbaskirurgin under några år på tre kliniker har således redan visat på intressanta resultat. Hur kan det till exempel komma sig att DASH score ett år efter operation med samma interpositionsmetod kan variera mellan 38 och 4 och graden av vilovärk mellan 20 och 4? Det tycks finnas betydande skillnader i hur samma typ av senplastik utförs. Vi behöver lära oss mer om vad som är viktigt operationstekniskt och postoperativt för dessa patienter. Många patienter har fortfarande belastningssmärta och upplever betydande funktionshinder ett år efter operation. Hur kan vi definiera och bättre garantera ett gott resultat? Genom fortsatt uppföljning inom HAKIR, med fler kliniker som deltar samt med gemensamma diskussioner inom specialiteten och med våra patienter borde vi kunna förbättra behandlingsresultaten för en av våra vanligaste diagnoser. Det vore även intressant att få in ett större underlag av patienter opererade med trapezektomi utan senplastik och patienter opererade med tumbasproteser som jämförelse.



Score (0-100)



Resultat ett år efter tumbasoperation för de 25 handkirurger som hade minst 6 enkätsvar registrerade (n=6-24). Medeltal av DASH total score och värde för frågor om smärta och värk, där 100= maximal smärtalbesvär. Y-axeln slutar vid 70.



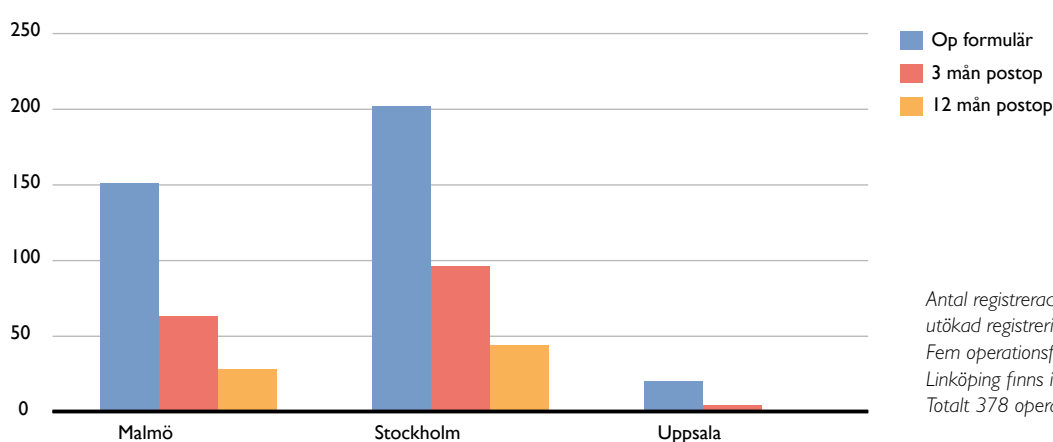
Kraft i trepunkts-pinch respektive grov kraft (Jamar) i kg före och efter operation för patienter som opererats för tumbasartros med trapezektomi med eller utan senplastik (n = 107-235 vid de olika tidpunkterna). Vertikala linjer visar 95 % konfidensintervall.



Böjsensuturer zon II

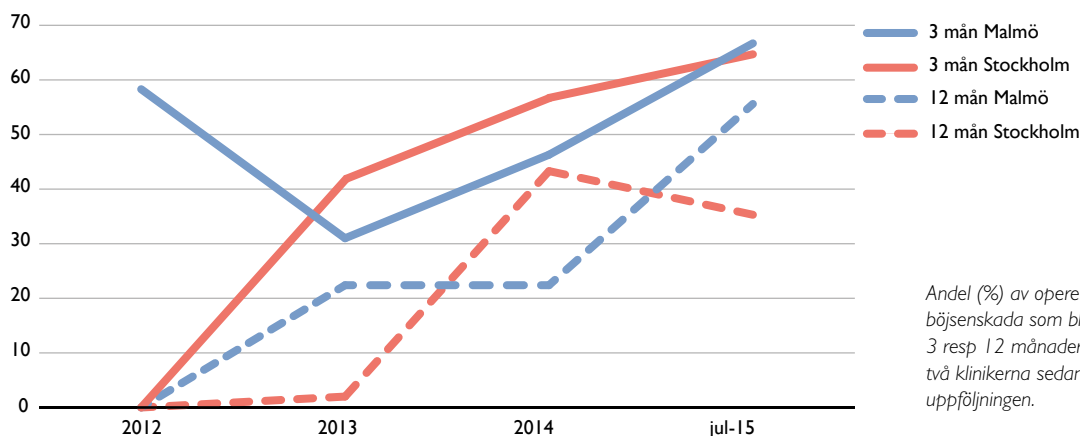
Under 2014 deltog Malmö- och Stockholmsklinikerna i utökad registrering av böjsenskador inom senskideområdet. Ett mindre antal böjsenskador hade registrerats i Uppsala (n=20) och Linköping (n=5). 31 december 2014 hade 378 böjsenoperationer och 235 funktionsuppföljningar registrerats, se figur. Medelåldern för opererade patienter var 36,4 år och 70,4 % var män.

Antal formulär



Antal registrerade formulär inom utökad registrering för böjsenskador. Fem operationsformulär från Linköping finns inte med i figuren. Totalt 378 operationer.

Andel uppföljda (%)



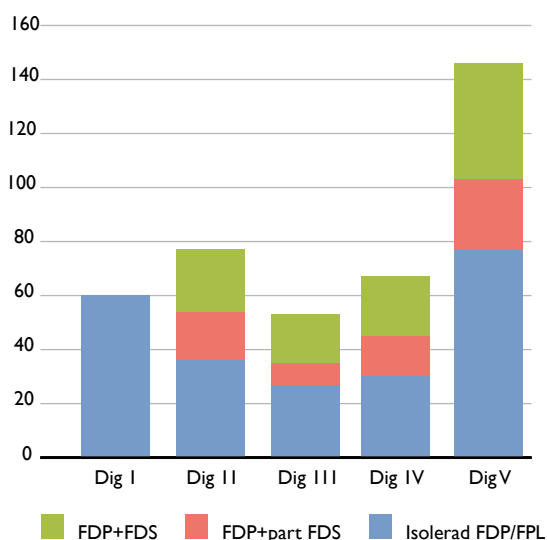
Andel (%) av opererade patienter med böjsenskada som blivit funktionsuppföljda 3 resp 12 månader postoperativt på de två klinikerna sedan start av den utökade uppföljningen.

För att kunna analysera eventuella skillnader i resultat mellan olika operations- eller rehabiliteringstekniker behöver vi kompletta postoperativa uppföljningar. Andelen uppföljda patienter har successivt förbättrats för de två kliniker som deltog under 2014, se figur. I juli 2015 hade tre månaders-uppföljning registrerats för 65 % av patienterna. Andelen är troligen ännu högre eftersom data från ännu inte inlagda pappersformulär saknas. Förbättringarna beror på konsekvent arbete med att se över

uppföljningsrutinerna på de två klinikerna. Patienter med böjsenskador är vanligen fortfarande i behandling på klinikerna tre månader postoperativt varför det borde vara realistiskt att få in dessa data. Rehabavdelningarna har här ett stort ansvar, men om även läkarna påtar vikten av uppföljning av resultaten så kommer vi troligen snabbare att kunna nå våra mål och få användbara data. Vi tror att de allra flesta av våra patienter uppskattar att vi följer upp våra behandlingsresultat.



Antal senskador



Typ av senskada (n=403). FDP=Flexor digitorum profundus; FDS = Flexor digitorum superficialis; FPL = Flexor pollicis longus.

TYP AV SENSKADA

Vanligaste böjsenskada var en isolerad avskärning av lillfingrets djupa böjsena (FDPV), följt av senskada i tummen (FPL). För böjsenskador dig II-V var hälften isolerade FDP skador och 30 % totala FDP + FDS skador, med samma mönster i alla fingrar, se figur: 48 patienter (13 %) hade böjsenskada i mer än ett finger.

Digitalnervskador förekom i 44 % av de skadade fingrarna och var vanligast i tumme och pekfinger, se figur.

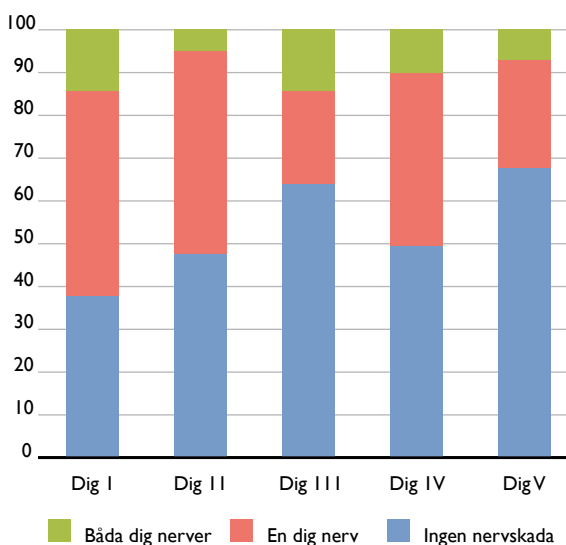
TID MELLAN SKADA OCH OPERATION

Det verkar finnas olika behandlingstraditioner vid klinikerna avseende tidsmässig prioritering av suturering av böjsenskador. Patienter i Stockholm och Uppsala väntade i genomsnitt 3,8 dagar längre på operation efter sin skada än patienter i Malmö. Vi har i nuläget för lite data för att säkert kunna påvisa om detta leder till skillnader i behandlingsresultat (ledrörlighet, antal rupturer, sårinfektion, nöjdhet etc) eller ej.

KLINIK	ANTAL PAT	MEDEL (DAGAR)	95% CI (DAGAR)	MEDIAN (DAGAR)
Malmö	116	1,8	1,1 - 2,4	1,0
Stockholm	176	6,6	4,8 - 8,4	2,5
Uppsala	18	6,6	1,5 - 11,6	3,5

Tid mellan böjsenskada och operation. Observera att fördröjningar även kan bero på primärt fördröjd handläggning av skadan.

Andel nervskador (%)



Andel böjsenskador i resp finger med eller utan samtidig digitalnervskada.

OPERATIONSTEKNIKER

Även när det gäller sutureringssteknik verkar det finnas skillnader mellan klinikerna, se tabell. Loopsutur, sk Tsugesutur, var den vanligaste tekniken vid alla tre klinikerna, den utgjorde 83 % av alla suturer i Malmö och 73 % i Stockholm. I Stockholm användes dock sk modifierad Kessler-sutur vid nästan 20 % av operationerna. Under "annan teknik" hittar vi en del suturer som kan vara reinsertioner distalt (zon I) och dessa ingår egentligen inte i registreringen i HAKIR. Vi har dock beslutat att från och med 2016 även inkludera skador i zon I, se nedan. De kommer då att analyseras separat.

KLINIK	MODIF KESSLER	LOOP-SUTUR TSUGE	ANNAN TEKNIK
Malmö	8	122	18
Stockholm	39	145	14
Uppsala	8	10	2

Antal patienter opererade med olika tekniker för kämsutur av böjsenan. I nuläget kan endast en typ av sutur registreras per patient, men i de flesta fall används samma teknik för alla skadade fingrar.

Skillnader förelåg också i val av suturmateriäl för kämsuturen. I Malmö används sk Fibre Wire, ett nytt och mycket starkt suturmateriäl i 73%, medan flätad polyester var vanligast i Stockholm (80%), där också nylonsutur använts i cirka 10%. Fibre Wire- och polyesterloopsuturer är mycket snarlika att arbeta med och valet kan tänkas bero på kirurgens personliga preferens, lokala upphandlingar på klinikerna eller ha ekonomiska orsaker. Om valet av suturmateriäl är en faktor som påverkar resultaten vet vi ännu inte.

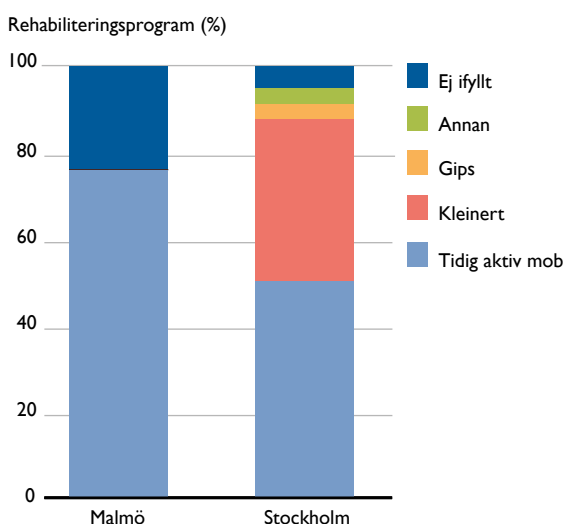


KLINIK	FLÄTAD POLYESTER	NYLON	PDS	STÅLTRÅD	FIBREWIRE	ANNAT MATERIAL
Malmö	18	1	8	5	104	6
Stockholm	154	19	2	3	6	9
Uppsala	12	4	2	1	0	0

Suturmaterial för kärnsuturen. Antal patienter. Endast ett material per operation kan registreras.

MOBILISERINGSREGIM

Även vad gäller val av postoperativ rehabilitering fanns skillnader mellan klinikerna, se figur. Tidig aktiv mobilisering användes uteslutande i Malmö, medan endast hälften av patienterna följt denna regim i Stockholm. Totalt hade 74% av patienterna mobiliserats med tidig aktiv regim, 22 % med Kleinert och 4 % med gips eller annan regim.



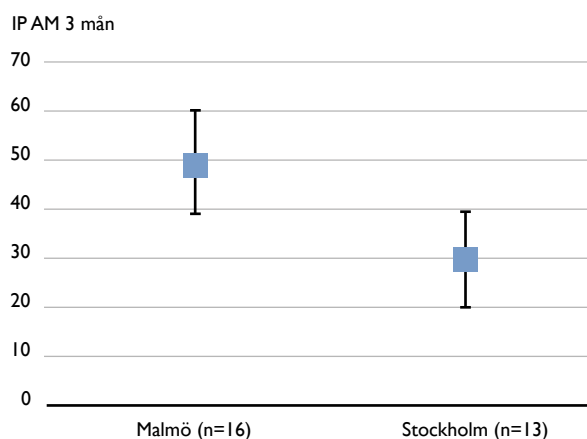
Andel patienter (%) fördelade på de olika postoperativa rehabiliteringsprogrammen. Uppgift från 3 månadersuppföljningen (137 patienter). I gruppen Kleinert ingår två patienter som erhållit 4 finger-Kleinert, resten var en-finger Kleinert. För 14 Malmö-patienter saknades uppgift, men sannolikt har även dessa följt programmet för tidig aktiv mobilisering.

AKTIV RÖRLIGHET

Tre månaders-resultaten avseende rörlighet i IP leden för 29 suturerade tumböjsenor (FPL) visas i tabellen. Den aktiva rörligheten (IP AM) var 19 grader större hos Malmö-patienterna. Det fanns för få värden för 12 månaders-uppföljning för säker analys.



	3 mån	
	MALMÖ (N=16)	STOCKHOLM (N=13)
IP flex	48	36
IP ext	-0,4	6,9
IP AM	49	30
IP AM 95% CI	36-61	19-40
IP AM median	45	35



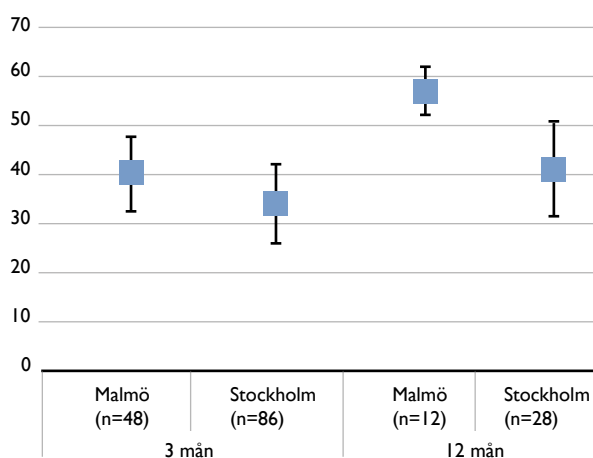
Aktiv rörlighet (grader) i tummens ytterled (IP-led-) efter böjsuture i tummen vid 3 månaders uppföljning. IP AM = Aktiv flexion minus aktiv extension. Minustecken betyder hyperextension över nollplanet. De vertikala linjerna i diagrammet visar 95 % CI = konfidensintervall

För patienter med profundus-senskada i fingrarna (FDP) var aktiv rörlighet i ytterleden (DIPAM) efter ett år 16 grader större i DIP leden hos Malmö-patienterna, se tabell och diagram nedan och på nästa sida.

	3 mån		12 mån	
	MALMÖ (N=48)	STOCKHOLM (N=86)	MALMÖ (N=12)	STOCKHOLM (N=28)
DIP flex	46	38	65	48
DIP ext	7	4	8	7
DIP AM	40	34	57	41
DIP AM 95% CI	33-47	29-38	47-66	32-51
DIP AM median	40	30	55	35



DIP AM 3 och 12 månader



Aktiv rörlighet (grader) i DIP leden vid 3 och 12 mån uppföljning efter sutur av profundussena. Antal senor inom parentes. DIP AM= DIP flexion minus DIP extensionsdefekt. Medelvärden och 95 % CI = 95% konfidensintervall.

Skillnaden i medelvärden kan bero på slumpmässig variation och vi behöver fler observationer för att utreda detta. Det kan också föreligga fler faktorer som påverkar resultatet t ex olika typer av senskador (FDP/FDS), felaktigt inkluderade skador i zon I och andel patienter med associerad nervskada. Det kan även vara så att olika suturerings tekniker och rehabiliteringsregimer faktiskt lett till olika resultat i form av rörlighet.

SENRUPTURER

Antal reoperationer pga ruptur av suturerad FDP-sena inom det utökade formuläret var 2/126 (1,6 %) i Malmö-materialet och 5/168 (3,0 %) i Stockholms-materialet. Det fanns inga kommentarer om ytterligare senrupturer eller komplikationer i funktionsformulären. Beskrivning av de patienter som fått en senruptur finns i tabellen. Samtliga rupturerade senor var sydda med loopsutur och fem av sju var mobiliserade enligt tidig aktiv regim. Män var överrepresenterade.

Resultaten skall tolkas med stor försiktighet eftersom alla senrupturer inte leder till reoperation och det kan också förekomma felregistreringar. Vi kommer att förbättra registreringen av senrupturer vid nästa registerrevision.

Analys av 378 böjsenoperationer i HAKIR visar att skillnader finns i behandlingsregim mellan Malmö och Stockholm både vad gäller operation och rehabilitering. Vi fann både en något bättre aktiv ytterledsrörlighet och lägre rupturfrekvens i Malmö-materialet. Orsakerna behöver analyseras vidare och större patientmaterial kommer att kunna visa om resultaten står sig eller ej. Vi behöver diskutera nationellt kring optimal behandlingsregim för dessa mycket vanliga skador inom handkirurgin.

Styrgruppen för HAKIR beslutade gemensamt under hösten 2014 att 2015 skulle bli "Böjsenans år" genom att alla deltagande specialistkliniker skulle genomföra funktionsuppföljning av böjsenskador inom senskideområdet (zon II). Tyvärr har inte alla kliniker genomfört detta ännu, men vi hoppas kunna nå målet under 2016.

Handkirurgins första kvalitetsregister var ett böjsenregister som dock aldrig fick nationell täckning. Vi hoppas att lyckas bättre med HAKIR och är redan en god bit på vägen.

Vid diskussioner under 2015 har nationella arbetsgruppen beslutat att genomföra en del mindre förändringar i registreringen av böjsenskador inom HAKIR. Skadenivå (A1-A5 pulley) skall registreras och reinsertioner (zon I) inkluderas. Registrering av senrupturer skall förtydligas. Vi hoppas att framtida analys av resultaten skall bli ännu säkrare genom dessa förbättringar.

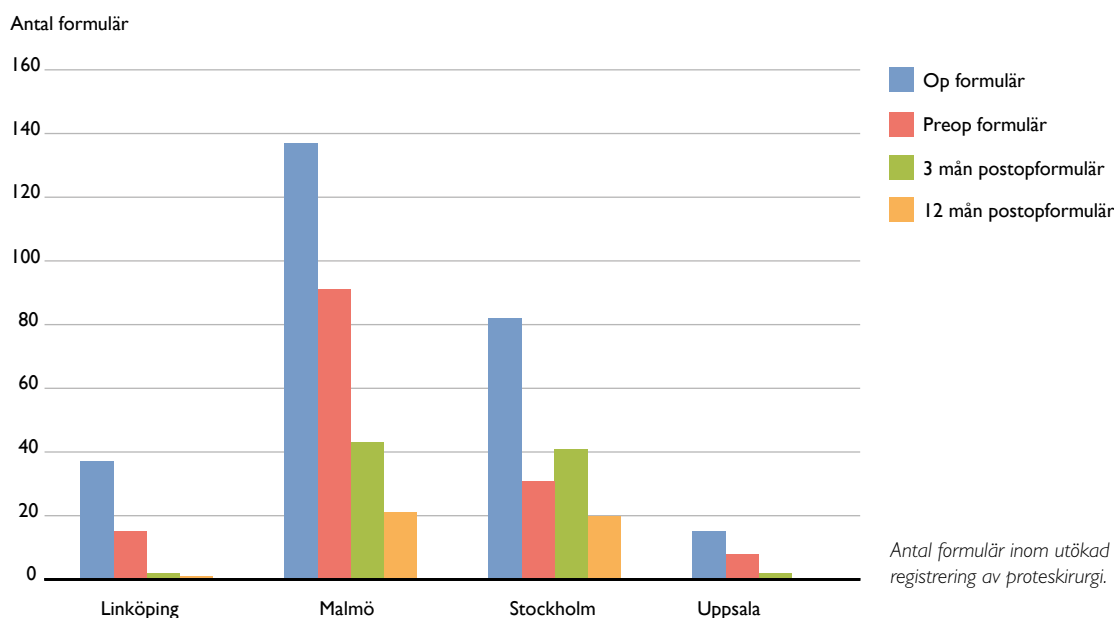
KLINIK	ÅLDER (år)	KÖN	SENA	SUTURTEKNIK	MOB REGIM	TID SKADA TILL OP	TILL OPTILL REOP
Malmö	48	Man	FDPV	Loop, Fibre Wire	Aktiv	Uppgift saknas	60 dagar
Malmö	29	Man	FDPV	Loop, Fibre Wire	Aktiv	1 dag	29 dagar
Stockholm	73	Man	FDPV	Loop, polyester	Aktiv	15 dagar	17 dagar
Stockholm	52	Man	FDP II	Loop, polyester	Kleinert	5 dagar	43 dagar
Stockholm	48	Man	FDP II	Loop, polyester	Aktiv	1 dag	11 dagar
Stockholm	25	Man	FDP III	Loop, polyester	Gips compliance?	5 dagar	13 dagar
Stockholm	23	Kvinna	FDP III	Loop, polyester	Aktiv	1 dag	43 dagar

Beskrivning av de 7 patienter som fått en ruptur efter primär sutur av profundussena inom zon II. För en Stockholmspatient fanns angivet bristande compliance från patienten som orsak till rupturen.



Proteskirurgi

Fyra sjukhuskliniker, Linköping, Malmö, Stockholm och Uppsala deltog under 2014 i den utökade registreringen av proteskirurgi. Totalt hade 271 protesoperationer registrerats och 275 funktionsundersökningar före och efter operation. Andelen uppföljda patienter tre månader postoperativt varierar mellan 50 % i Stockholm till 5,4 % i Linköping. För ett-årsuppföljningen är andelen uppföljda ännu lägre och det brister också i antalet preoperativa funktionsformulär, se figur.



Det finns ännu för få operationer för att kunna redovisa resultat per klinik. 271 ledproteser var inopererade på 215 patienter. 80,2% var kvinnor och medelåldern var 61,5 år (95 % CI 60,0-63,0).

OPERERADE LEDER OCH PROTESTYPER

	PRIMÄR	REVISION	CEMENTFIXATION
Tumbas	41	5	0
MCP	98	62	1
PIP	66	5	16
Radiocarpal	12	3	8
DRU	14	0	0

Antal proteser i respektive led vid primär eller revisionsoperation samt antal proteser där cement använts. DRU= distal radioulnarled

Vanligaste ledplastik var i MCP-leden och Swansonprotes den vanligaste protestypen. Tyvärr kan vi kon-

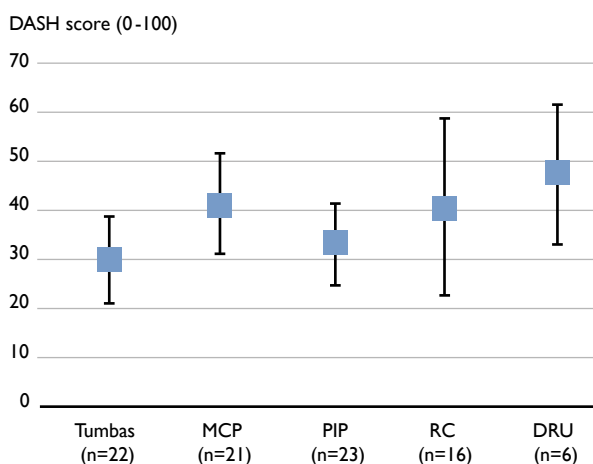
statera att vi inte lyckats få ut information till operationspersonalen kring hur protestyp skall registreras. Protestag-nummer har ofta lagts in, men lika ofta ett annat och ej relevant nummer från protesetiketten. Detta gör att det i nuläget inte går att säkert redovisa vilka protestyper som använts och vi avstår därför en sådan redovisning här. Lyckligtvis går problemet att korrigera i efterhand genom journalgenomgång på respektive klinik, ett arbete som kommer att inledas under hösten. Vi kommer att behöva revidera operationsformuläret för att garantera att korrekt uppgift registreras. Registerledningen beklagar att vi inte upptäckt och åtgärdat detta allvarliga problem tidigare.

RESULTAT

Inga komplikationer hade registrerats för proteskirurgin i funktionsformulären. I grundregistreringen fanns 41 reoperationer pga proteskomplikation registre-



rade för de fyra klinikerna i utökad registrering. Det går inte i nuläget att ange en säker revisionsfrekvens, vilket skulle kräva en mycket mer detaljerad analys och längre uppföljning. Det är också svårt att redovisa resultat säkert eftersom uppföljningarna inte är kompletta. Figuren nedan visar tre-månadersresultat avseende medelvärde för DASH score för olika ledproteser. Enda relevanta tolkningen just nu är att de flesta patienter upplever betydande funktionsinskränkning tre månader efter operationen. Mest intressant är kanske att notera att gruppen tumbasprotesopererade anger ungefär samma medelvärde för DASH vid tre månader som de patienter som genomgått en interpositionsplastik. Det blir intressant att undersöka detta närmare när vi har fått in mer data för ett-årsuppföljning.



Medelvärden för DASH total score (0-100) tre månader postoperativt för patienter som genomgått ledprotesoperation. Antalet patienter inom parentes. Vertikala linjer anger 95% konfidensintervall. RC = radiocarpalled, DRU=distal radioulnarled. Y-axeln slutar vid 70 poäng.

Det är också för tidigt att redovisa funktionsresultat, men för 23 PIP ledsproteser var medelvärdet för aktiv rörlighet vid tre månader 44 grader (95 % CI 36-53) med 23° extension (=extensionsdefekt på 23°) och 67° flexion.

För proteskirurgi behövs både längre uppföljning och uppgifter om röntgenfynd. Vi behöver också få med alla enheter i Sverige där proteskirurgi utförs. Totalt fanns i grundregistreringen 672 protesoperationer, varav 252 från enheter som inte ännu deltar i den utökade registreringen. I HAKIR finns alla möjligheter att skapa en adekvat kvalitetsuppföljning av proteskirurgin, men vi måste nationellt försöka hitta en logistik och en registreringsmodell som gör dessa uppfölj-

ningar rimliga att klara av på klinikerna. Ofta kommer dessa patienter ändå till klinikerna för postoperativa läkarbesök, men det gäller att vi standardiserar så att vi också får in data i registret. Först då kan vi ta reda på vilka proteser som fungerar och vilka som ger upphov till olika komplikationer. Vi kan då också börja jämföra resultaten av proteskirurgin med andra operationsmetoder, t ex för artros i tumbas och handled. Vi kan konstatera att protesregistreringen i HAKIR ännu inte är optimal och detta får bli en uppgift för en nationell arbetsgrupp att förbättra snarast möjligt. Vi har börjat diskutera att göra 2017 till proteskirurgins år i HAKIR.





Kollagenasbehandling vid Dupuytrens kontraktur

Dupuytrens kontraktur är en mycket vanlig diagnos vid svenska handkirurgiska kliniker. I HAKIR finns över 3 000 behandlingar registrerade, se tabell nedan. Genomgång av data från grundregistreringen visar att det finns stora skillnader i behandlingsprinciper mellan klinikerna. Tabellen skall dock tolkas med försiktighet eftersom alla kliniker inte registrerar alla sina icke-operativa behandlingar, främst nålfasciotomierna, i HAKIR och dessa är alltså troligen underrepresenterade i tabellen.

Injektion med kollagenas för behandling av Dupuytrens kontraktur infördes i Sverige 2011 och tre av sju specialistkliniker, Uppsala, Stockholm och Linköping har använt metoden regelbundet och i stor omfattning. Samtliga tre kliniker har också deltagit i uppföljning av dessa patienter i HAKIR under olika tidsperioder. På övriga fyra kliniker används för närvarande kollagenas i mindre utsträckning och randomiserade studier pågår där för jämförelse mellan nålfasciotomi och kollagenas. Tyvärr registreras som ovan nämnts inte alla dessa patienter i nuläget i HAKIR. Andelen opererade patienter (kod NDM19) var hög på sjukhuskliniker Malmö, Umeå och Örebro. På Göteborgskliniken var sluten fasciotomi (kod NDM09) vanlig. Cirka 40 % av patienterna med Dupuytren blev opererade, resten behandlades på annat sätt. En betydande förändring i behandlingsprinciper har alltså skett sedan införandet av kollagenas och det är angeläget att utvärdera resultaten.

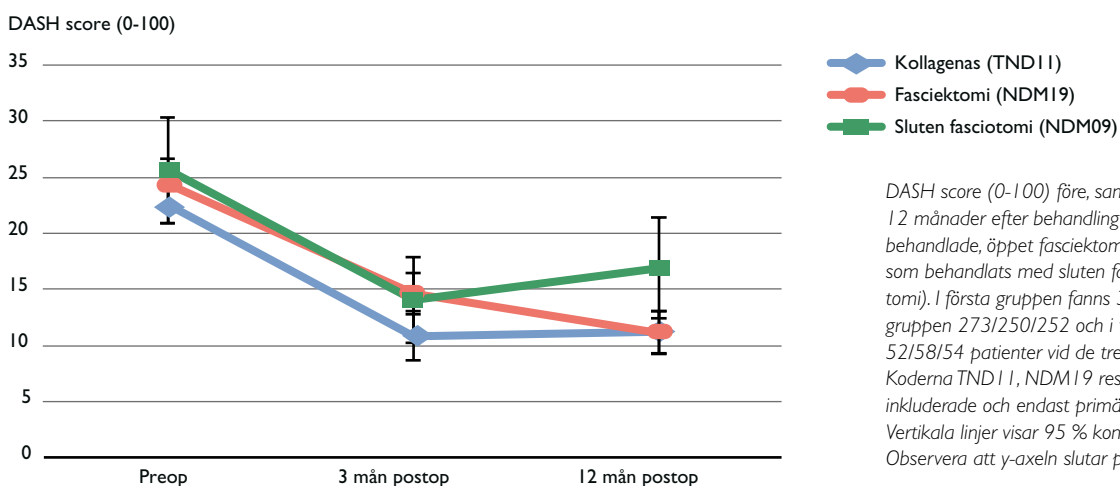
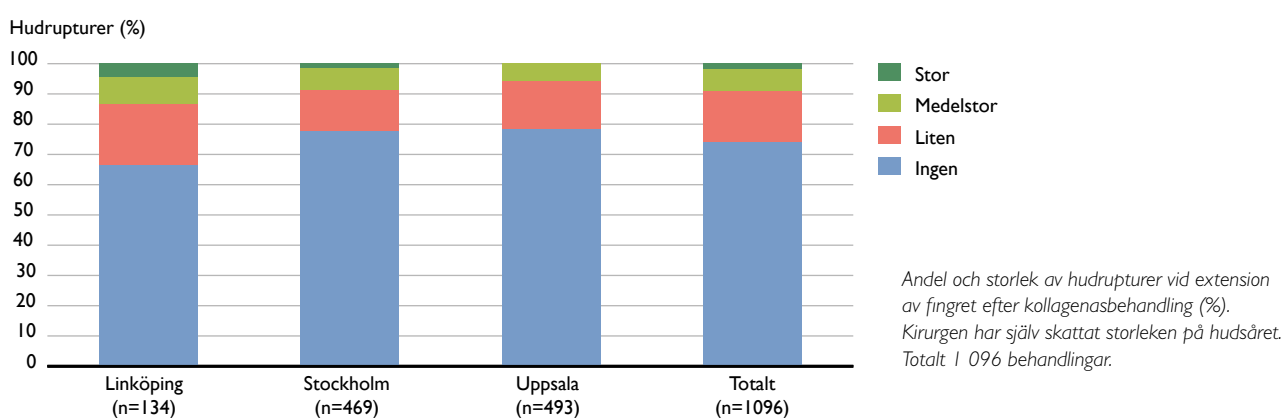
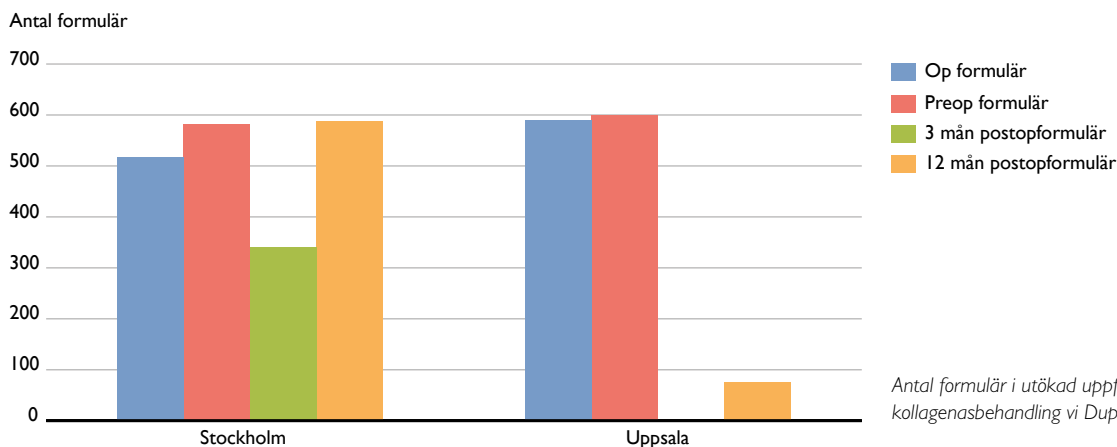
	Operation		Injektion	
	FASCIEKTOMI	SLUTEN FASCIOTOMI	KOLLAGENAS-BEHANDLING	ANDEL OPERERADE(%)
Göteborg	98	160	0	38,0
Linköping	111	0	522	17,5
Malmö	276	3	0	98,9
Stockholm	487	0	510	48,8
Uppsala	82	0	654	11,1
Umeå	104	6	0	94,5
Örebro	57	6	0	90,5
Capio Örebro	3	0	0	100,0
Totalt	1218	175	1686	39,6

Olika behandlingsmetoder för Dupuytrens kontraktur samt andel öppna fasciektomier per enhet. Totalt 3 079 registrerade behandlingar. Data från grundregistrering i HAKIR.

Uppföljningen av kollagenasbehandlingar i HAKIR omfattar 1 107 behandlingar och 2 186 funktionsundersökningar, se figur. Patienterna är mycket väl uppföljda i Stockholm, medan Uppsala beslutat att inte undersöka vid tre månader och många ett- årsuppföljningar saknas. Från Linköping fanns 134 kollagenasbehandlingar registrerade, men mindre än 10 uppföljningar. Det är tyvärr svårt att redovisa resultaten avseende kvarstående extensionsdefekt och recidiv eftersom flera patienter behandlats vid flera tillfällen, i flera fingrar och i båda händerna, vilket gör analysen svår och mycket arbetskrävande. Registeruppbyggnaden i HAKIR är inte heller optimal för denna typ av uppföljning. Patienter som behandlats med kollagenas var i stor majoritet (83,3 %) män och medelåldern var 68,4 år. I 89 % hade lill- eller ringfinger behandlats.

Hudrupturer i samband med extensionsproceduren uppstod vid drygt en fjärdedel av behandlingarna (26 %), i majoriteten små sårbildningar, se figur. Möjligen var rupturfrekvensen något högre i Linköping, men urvalet av fall och olika rapporteringsrutiner kan ha spelat in. I övrigt rapporterades mycket få komplikationer och inga av mer allvarlig art. För sex patienter rapporterades övergående lymfkörtelsvullnad (cirka 0,06 %) och volarplatteskada hade uppstått i en PIP led. Underrapportering av symptom är förstås tänkbar. Ingen böjse ruptur efter kollagenasbehandling rapporterades under perioden.

Uppföljningarna visar att upplevt funktionshinder utvärderat enligt DASH minskade från 22,6 till 11,2 ett år efter kollagenasbehandling. Från grundregistreringen, där alla kliniker deltar kan vi få fram enkätdata för patienter som behandlats med andra metoder. DASH poäng ett år efter kollagenasbehandling visade sig vara samma som efter öppen fasciektomi,



se figur. Enkät svar för slutna fasciotomier (NDM09), sk nålfasciotomier, fanns främst från Göteborgskliniken och medelvärdet för DASH hos dessa patienter låg något högre vid ett år, se figuren. Materialet är dock mindre och spridningen större. Patienternas nöjdhet med kollagenasbehandlingen angavs till i medeltal 78 % (n=260) efter ett år. Fasciektomerade patienter (n=262) angav i medeltal 79 %, medan slutet fasciotomerade i medeltal angav 69 % (n=73) nöjdhet efter

ett år. Vi vet i nuläget inte om detta är signifikanta skillnader eller inte. Fortsatta uppföljningar kommer förhoppningsvis att ge oss indikationer på vilka metoder som fungerar på olika typer av patienter. Det vore mycket värdefullt om alla nålfasciotomier och kollagenasbehandlingar konsekvent kunde inkluderas i grundregistreringen. Det skulle snabbt ge oss stora grupper att jämföra mellan.



Komplicerade vårdförlopp

Ett viktigt syfte för HAKIR är att följa upp, analysera och försöka minska antalet postoperativa komplikationer. Vi fångar inte upp komplikationer som inte lett till en ny operation, men hoppas kunna komplettera registreringen i framtiden genom vårt nya omvårdnadsformulär och genom funktionsuppföljningarna i den utökade registreringen. Under 2014-15 har vi arbetat med valideringen av komplikationsregistreringen, genom diskussionsgrupper på klinikerna och genom en webenkät till medlemmar i Svensk Handkirurgisk Förening. Vi fann att definitionen av "komplikation" var oklar och att själva ordet skapade en oro för negativa jämförelser och skuldbeläggande. Begreppet "komplikerat vårdförlopp" kommer därför i fortsättningen att användas och med detta menar vi ett vårdförlopp som inte varit förväntat, och som i detta fall lett till en ej planerad, en "undvikbar", reoperation. Fortsatta diskussioner och justeringar av registerparametrarna kommer troligen att behövas för att ytterligare förtydliga begreppen. Vi hoppas åstadkomma en öppen och prestigelös registrering av olika problem som kan uppstå efter handkirurgiska åtgärder: Analys av postoperativa komplikationer måste framöver även göras på detaljnivå, relaterat till vilken primäroperation det gäller; t ex analys av rupturer efter böjsensur, lossning av ledproteser eller pseudartrosor efter skelettkirurgi. HAKIR kan tillhandahålla statistik för att

underlätta sådant förbättringsarbete, men vi behöver bilda nationella arbetsgrupper för att komma vidare i arbetet.

36 629 primära operationer i en seans hade registrerats och 2 604 fler-seansoperationer. I 396 operationer var "borttagande av osteosyntesmaterial för att förbygga komplikation" och för 1 851 angavs "annan orsak till reoperation". I 705 reoperationer pga postoperativt komplicerat förlopp hade registrerats, se tabell. Detta motsvarar 4,2 % av alla operationer under perioden. I 32,2 % hade primär operation utförts vid annan klinik, en extern "komplikation". Andelen reoperationer pga postoperativ komplikation för patienter som opererats vid den egna kliniken (interna fall) var alltså 2,6 %. För 274 reoperationer fanns ingen uppgift om primäroperationen och de redovisas därför inte här. Från Umeå hade endast 13 reoperationer (0,4 %) pga postoperativ komplikation rapporterats och från sjukhuskliniken i Örebro fyra (0,4 %). Detta måste rimligen vara en underrapportering, varför vi inte redovisar dessa kliniker i tabellen. Den privata enheten Capio Örebro ingår med endast 81 operationer och en reoperation och är därför inte heller med i tabellen.

Den vanligaste registrerade orsaken till reoperation pga komplikation var adherensbildning / kontraktur (67,0 % var interna fall) följt av postoperativ infektion (75,2 % interna). För reoperation pga nervskada dominerade externa fall (77,8 % externa). Tredje

	OSTEOSYNTESREL		INFEKTION		HUDNEKROS		HEMATOM		NERVKOMPR/ KOMPARTMENT		SENRUPTUR		NERVSKADA	
	Intern	Extern	Intern	Extern	Intern	Extern	Intern	Extern	Intern	Extern	Intern	Extern	Intern	Extern
Göteborg	14	10	19	6	20	4	0	1	2	3	13	10	1	9
Linköping	5	3	13	6	24	3	0	0	8	7	19	7	0	3
Malmö	20	9	52	10	38	5	4	0	5	4	17	2	0	3
Stockholm	56	49	88	33	46	13	6	10	12	16	41	31	7	16
Uppsala	33	9	19	8	20	2	1	0	3	3	17	6	2	4
Totalt	128	80	191	63	148	27	11	11	30	33	107	56	10	35



vanligaste orsak var osteosyntesrelaterade komplikationer. Dessa är särskilt viktiga att bevaka i och med den under senare år kraftigt ökade andelen operationer med volara plattor för distala radiusfrakturer, där osteosyntesmaterialen i vissa fall kan orsaka senrupturer. Ett forskningsprojekt från Linköping baserat på HAKIR data planeras. Rapporterade proteskomplikationer var vanligast i Göteborg antagligen relaterat till en hög andel av sådana operationer.

Sammanfattningsvis så ger rapporteringen av

komplexerade postoperativa vårdförlopp mycket viktig information och det är angeläget att alla kliniker rapporterar och analyserar sina data. Vi har redan nu en månatlig redovisning per e-mail till verksamhetscheferna, men våra planerade dynamiska utdatorapporter kommer att underlätta förbättringsarbetet på klinikerna väsentligt. Direkta jämförelser mellan klinikerna skall än så länge göras med stor försiktighet, dels pga olika case-mix men också eftersom rapporteringsfrekvensen tycks variera en hel del.

ADHERENS/ KONTRAKTUR		PSEUDARTROS/ FELLÄKN.		PROTESKOMPLIK.		TAGSTÄLLES- KOMPLIK.		ANNAN KOMPLIK.		ANDEL KOMPLIK / TOTALT ANTAL OP (%)			
Intern	Extern	Intern	Extern	Intern	Extern	Intern	Extern	Intern	Extern	Totalt	Internt	Extern	Andel externa (%)
32	31	11	14	25	6	0	0	29	17	277	4,1	2,8	40,1
23	6	23	8	10	0	0	0	16	5	189	2,1	0,7	25,4
20	5	12	5	13	3	0	0	34	5	266	2,1	0,5	19,2
84	42	43	38	9	1	0	0	51	24	716	3,2	2,0	38,1
24	6	21	13	10	3	0	0	28	8	240	3,4	1,2	25,8
183	90	110	78	67	13	0	0	158	59	1688	2,9	1,4	32,3



Sammanfattning

HAKIR firade 5-årsjubileum som kvalitetsregister i februari 2015. Våra första år har präglats av uppstarts- och utvecklingsarbete. Vi har successivt fått med alla sju specialistkliniker för handkirurgi i Sverige. Privata handkirurgiska enheter är välkomna och två stycken anslöt under 2014-15.

Ytterligare några enheter har anmält intresse att vara med. Några handsektioner vid ortopediska kliniker har också hört av sig och på sikt är vi förstås intresserade av att även erbjuda deras patienter kvalitetsuppföljning i HAKIR. Svårigheten är dock här den blandade operativa verksamheten vid en ortopediklinik med problem att kontrollera bortfall av handoperationer. En viktig princip i HAKIR är att alla operationer vid en enhet inkluderas så att vi med hjälp av sjukhusstatistik kan följa bortfall. Genom samarbete och diskussion med ortopediklinikerna bör vi på sikt absolut kunna lösa detta.

Vi tror att strategin att starta upp först i liten skala har varit klok. Vid start av ett nytt register uppstår alltid problem och "barnsjukdomar", vilka kan vara av teknisk, organisatorisk, mänsklig eller blandad art. Så har det också varit för HAKIR, men vi är nu glada att registret i stort fungerar bra, med en relativt liten personalinsats och bra täckningsgrad på de flesta anslutna kliniker. Vi är lite bekymrade för avsaknaden av förbättring av täckningsgrad vid enskilda enheter, men hoppas att vår uppmärksamhet på problemet kan leda till en positiv utveckling.

Under de första fem åren har vi i samarbete med Registercentrum Syd (RCO Syd) gjort betydande tekniska förbättringar av registerplattform och webenkät. Vi är speciellt glada över att vi nu tycks ha identifierat den modell för insamling av webenkätsvar som ger bäst svarsfrekvens. Det interprofessionella samarbetet i den nationella arbetsgruppen har under hela processen varit nyckeln till att lösa olika andra problem som uppstått. Stort engagemang och en positiv samarbetsanda präglar dessa möten och gruppen utgör själva fundamentet i registret. Vi har under 2014 också kunnat förstärka vår centrala registerar-

betsgrupp med en person, vilket har gjort att vi fått en mycket bättre ordning på dokumentation, logistik, juridik, datahantering och annat nödvändigt registerarbete. Vi tror och hoppas att vi också ytterligare har kunnat förbättra vår support för de lokala koordinatörerna.

Något vi önskar vi hade kommit längre med är våra utdatarapporter. Vår registerplattform 3C var modern och funktionell när den introducerades, men är nu i stort behov av uppdatering. Plattformen är stabil och säker men har nackdelen att det är svårt att få ut data på ett enkelt sätt. Vi sökte därför och fick pengar för 2015 för att utveckla flexibla utdatarapporter. Vi har beställt rapporter avsedda för koordinatörer och verksamhetschefer och rapporter för förbättringsarbeten. Tyvärr har allt bromsats upp av upphandlingsreglerna för IT tjänster i Region Skåne, men vi hoppas att detta kan lösas sig under hösten. RCO Syd arbetar på frågan.

De utökade registreringarna är viktiga för att kunna jämföra operations- och rehabiliteringsmetoder på ett vetenskapligt sätt och från registerledningens sida anser vi att uppföljningar av behandlingsresultat skall ses som en självklar del av vården. De ger ett tillfälle att fånga upp och tidigt åtgärda eventuella problem samt att låta patienten få uttrycka sin åsikt och få återkoppling. Det finns mycket att lära av sådan uppföljning. Det är viktigt att klinikledningarna prioriterar sitt deltagande i dessa uppföljningar och i insamlingen av kompletta data. Med genomtänkt logistik och standardisering tar registreringen inte så mycket resurser i anspråk som det initialt kan verka som. Standardiserad uppföljning av vården skapar också trygghet för patienterna genom att de känner sig hörda och vet att komplikationer inte kan döljas och "sopas under mattan". Om vi i framtiden skall kunna jämföra olika resultat inom handkirurgin vetenskapligt måste vi ha



kompletta uppföljningar på stora patientgrupper.

Komplikationsregistreringen i HAKIR har diskuterats i olika professionella sammanhang under året och en del förändringar i registreringen kommer att införas 2016, se ruta nedan. Vi hoppas att detta leder till en ännu mer ärlig och prestigelös registrering av postoperativa problem som en bas för förbättringsarbeten. Uppföljning kommer att ske.

Även vad gäller registrering av böjsenskador kommer en del förändringar att göras, se nedan. Resultaten som redovisats ovan visar på regionala skillnader och vi behöver komplettera med data för att analysera detta vidare.

Årsrapportarbetet har uppmärksammat ett allvarligt problem vid utökad uppföljning av ledproteser där protestyp inte registrerats på ett korrekt sätt. Vi kommer att göra förändringar så att detta framöver fungerar och komplettera de uppgifter som saknas. Proteskirurgi är kostsam och det är viktigt att utvärdera resultaten av nya proteser som introduceras. Protesregister har varit mycket framgångsrika inom ortopedin.

Att utvidga HAKIR så att registret även avspeglar den omvårdnad som utförs inom handkirurgin och i sin tur möjliggöra för förbättringsarbete och forskning på området har sedan flera år efterfrågats av de deltagande klinikerna. Den centrala arbetsgruppen har under våren 2015 därför, i samarbete med den

nationella arbetsgruppen och styrgruppen för HAKIR, avsatt medel för och initierat ett ettårigt projekt som syftar till att ta fram ett omvårdnadsformulär. En projektgrupp där representanter från Skånes Universitetssjukhus i Malmö, Capio Läkargruppen i Örebro, Akademiska sjukhuset i Uppsala samt Södersjukhuset i Stockholm deltar har tillsatts och slutredovisning planeras till oktober 2016.

Ett annat arbete som kommer att inledas under 2016 är ett samarbete med Handkirurgiska kliniken i Malmö kring deras elektroniska formulär för handstatus, kallat DIGMA. Vägen dit är säkert lång, men framtidsvisionen är att handterapeuterna använder ett gemensamt nationellt statusformulär i patientjournalen och att relevanta utdata automatiskt kan överföras till HAKIR utan dubbeldokumentation.

Mycket återstår förstås att förbättra och utveckla i HAKIR. Ett kvalitetsregister blir aldrig "färdigt". Tekniska funktioner kan förbättras och logistik förenklas. Insamlade data ger upphov till nya frågeställningar vilket leder till nya behov av registerparametrar och utdatarapporter. Det är viktigt att de basala kraven på kompletta och valida data hela tiden bevakas.

Vi som arbetar centralt med HAKIR vill tacka alla patienter och medarbetare som bidragit till registret under året. Speciellt stort tack till statistiker Tomasz Czuba på RCO Syd för ovärderlig hjälp, snabb service och trevligt samarbete.

PLANERADE FÖRÄNDRINGAR 2016

Grundformuläret

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

Utökad uppföljning böjsenskador

Skadenivå (pulley A1-A5) läggs till i operationsformuläret

Även skador i zon I inkluderas (reinsertioner), dessa kan sedan analyseras separat

Möjlighet att registrera olika suturteknik/material för olika fingrar

Dominant hand läggs till i funktionsformuläret (ev för fler diagnoser)

Utökad registrering proteskirurgi

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





Hur gick det 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.

Målet uppfyllt. Medel utlystes för ett komplikationsprojekt där sjukhusklinikerna i Stockholm, Malmö, Uppsala, Umeå och Göteborg deltog. Alla bidrog med förslag på förbättringar. Komplikationsregistreringen har även diskuterats vid nationella möten och förbättringar har överenskommit. Majoriteten av dessa förslag kommer genomföras under 2015. Arbetet skall fortsätta med att förbättra registreringen.



Utökad registrering för flexorsenskador i zon II skall ha införts vid samtliga deltagande kliniker.

Målet delvis uppfyllt. Under 2014 deltog Malmö och Stockholm i böjsenregistreringen och ett mindre antal böjsenskador registrerades i Uppsala och Linköping. Fler kliniker införde denna registrering under det så kallade "Böjsenans år" 2015 och vi hoppas kunna nå målet att alla kliniker medverkar under 2016.



Kliniker som deltar i utökad registrering skall ha utarbetat rutiner för att upptäcka och minska bortfall i registreringar.

Målet delvis uppfyllt. Dokumentation finns i en "checklista" för samtliga kliniker där de beskriver sina respektive rutiner för hur de arbetar med att upptäcka och minska bortfall i all registrering. Utökad registrering görs på fyra kliniker (Stockholm, Uppsala, Malmö och Linköping) och av dessa bedöms samtliga ha rutiner för att upptäcka bortfall.



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

Målet delvis uppfyllt. En pop-up funktion är framtagen och implementerad i registerplattformen. Förbättrade rutiner för behörighetstilldelning samt för uppdatering av patientinformationsbroschyren är genomförda. Arbetet för att kontinuerligt identifiera och avregistrera avlidna patienter är påbörjat och beräknas vara klart under 2015.



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.

Målet uppfyllt. Nya arbetsbeskrivningar för den centrala arbetsgruppen har skapats och kompetensen i styrgruppen har utökats till att vara tvärprofessionellt representerad genom läkar-, sjuksköterske-, folkhälso- och arbetsterapeutisk kompetens. Fokusgrupper med patientrepresentanter planeras till våren 2016.



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%).

Målet uppfyllt. De webbaserade postoperativa enkäterna skickas numera ut i hela landet via email och sms, till skillnad från enbart via sms. Detta ökade initialt svarsfrekvensen till 60 %. Vi följer utvecklingen och om de goda resultaten inte håller sig planeras ytterligare åtgärder.



Minst två vetenskapliga projekt baserade på registerdata skall ha startats

Magisterprojekt kring patientupplevda resultat efter tumbaskirurgi i Uppsala klart. Studentprojekt kring opererade fingerfalangfrakturer i Stockholm är genomfört och skall skickas in för publikation under 2015.



Specifika mål för 2015-16

- Alla enheter som opererar böjskador skall ha startat utökad registrering för dessa skador i HAKIR
- Ett nationellt projekt kring att ta fram ett omvårdnadsformulär i HAKIR ska ha genomförts.
- Översättningar av patientinformation och formulär för personal ska vara klara för minst fem språk.
- Kvalitetsindikatorer som täcker hela registreringen i HAKIR ska finnas och vara nationellt förankrade.
- Interaktiva utdatorrapporter ska finnas tillgängliga och vara anpassade för personal, ledning respektive patienter
- Arkivrutiner för underlag i form av pappersformulär ska finnas och vara nationellt förankrade.
- Nationella rutiner och tekniska förutsättningar ska finnas för registrering av samma patient över regiongränser.
- Arbete ska vara påbörjat med att utreda eventuella konsekvenser och ta fram rutiner för registrering av data för beslutsoförmögna
- Årshjul med viktiga datum för årligt återkommande arbete som berör koordinatore, registerhållare samt central arbetsgrupp ska finnas.

Stockholm, september 2015

Marianne Arner
Registerhållare

Frida Bartonek
Utvecklingsansvarig

Nina Lindblad
Central registerkoordinator



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

HAKIR
HANDKIRURGISKT
KVALITETSREGISTER

