



# **HAKIR**

– handkirurgiskt kvalitetsregister

---

**ÅRSRAPPORT**  
**för 2011**



## Vad är HAKIR?

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

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

## Målsättningar för HAKIR

är att:

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

## Våra strategier

är att:

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

## Registrets struktur

HAKIR består av två delar, grundregistrering och utökad registrering.

Grundregistrering omfattar alla patienter som opereras och inkluderar basala uppgifter om de utförda operationerna (diagnos- och operationskoder), uppgift om preoperativ antibiotikaproylax samt registrering av komplikationer och orsaker till reoperationer. Grundregistrering omfattar även patientenkät före, samt 3 och 12 månader efter operation. I enkäten finns uppgifter om symptom och om nöjdhet, både avseende operationsresultat och bemötande. VAS linjer 0-100, där 100 anger högsta grad av symptom används genomgående. Den s.k. hälsoenkäten, QuickDASH (kortversion av DASH: Disability of the Arm, Shoulder and Hand) är ett validerat och internationellt mycket använt instrument för värdering av upplevd

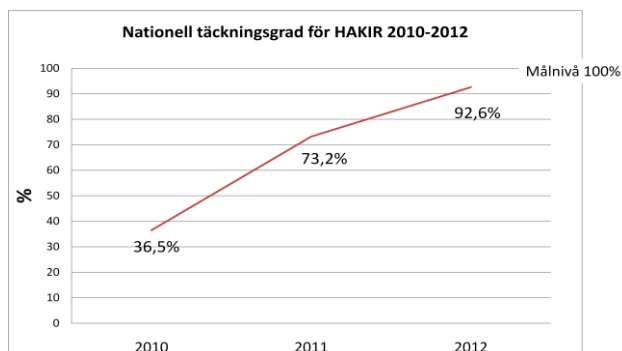
funktionsnedsättning och ingår också i patientenkäten i HAKIR. QuickDASH är mer specifikt för övre extremiteterna än t ex EQ5D. Vissa exklusionskriterier finns för patientenkäten, t ex operation av andra handen inom 12 månader, bilateral operation, ålder <16 år etc, v.g. se [www.hakir.se](http://www.hakir.se).

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

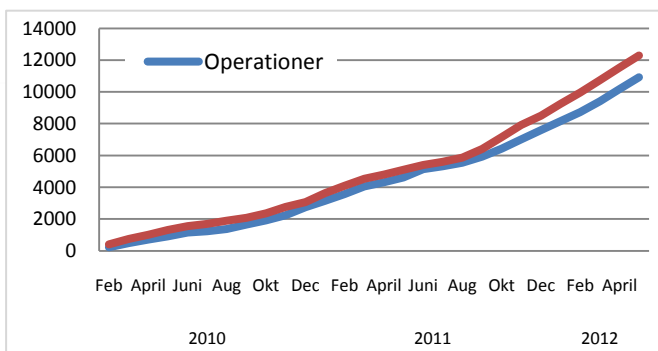
Införandet av HAKIR har skett successivt vid de sju specialistklinikerna, först grundregistrering och sedan efterhand de olika utökade uppföljningarna. Att införa kvalitetsregister för samtliga opererade patienter på en klinik kräver omfattande planering kring logistik och rutiner samt en hel del praktiska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

### Nationell täckningsgrad (data coverage)

Registreringar i HAKIR startade 1 februari 2010 på Handkirurgiska kliniken, Södersjukhuset i Stockholm. Hösten 2010 startade även Hand- och plastikkirurgiska kliniken i Linköping och under hösten 2011 handkirurgiska klinikerna i Malmö/Lund och i Uppsala. Under 2012 har Umeå anslutit 4 september och Göteborg planeras starta 15 oktober. HAKIR omfattar då 6 av 7 handkirurgiska specialistkliniker i Sverige och får en nationell täckningsgrad på 93 % sett till befolkningsunderlag för respektive sjukvårdsregion (källa SCB 2011; se fig. 1). Specialistkliniken i Örebro har deltagit i hela utvecklingsarbetet, men har ännu inte angivit något startdatum. Antalet operationer och patienter i HAKIR har stigit i snabb takt sedan starten och redan finns mer än 13 000 patienter och mer än 10 000 operationer registrerade (fig. 2).



**Fig. 1.** Nationell täckningsgrad för HAKIR beräknat på befolkningsunderlag (SCB 31 dec 2011) för respektive specialistklinik. I oktober 2012 är 6 av 7 specialistkliniker inom offentlig vård med i HAKIR.



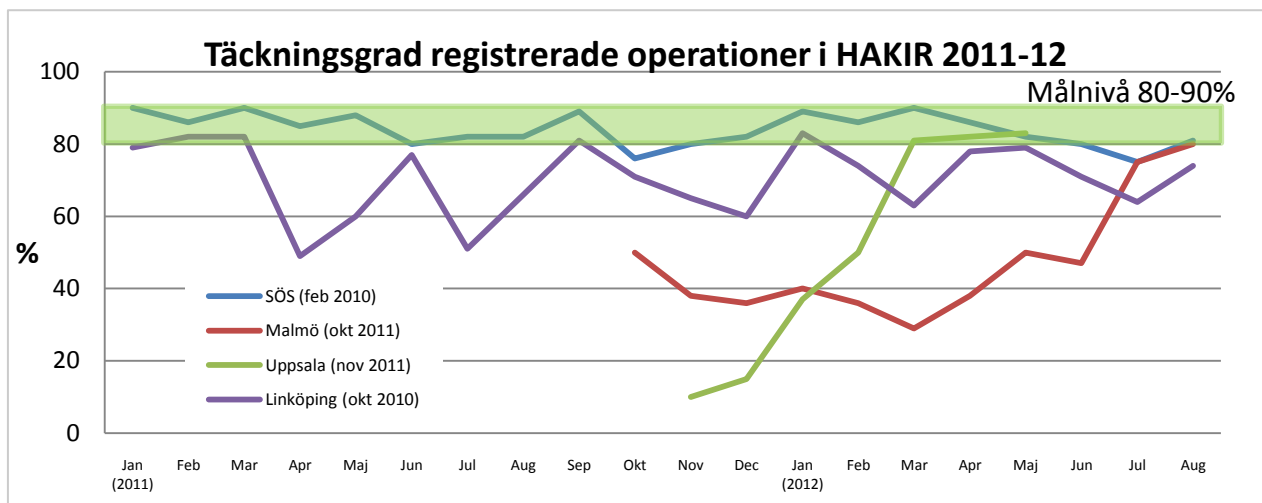
**Fig. 2.** Antal registrerade operationer respektive patienter i HAKIR sedan starten 1 februari 2010.

Handkirurgi bedrivs även i stor volym inom privat vård runt om i landet och flera privata enheter har hört av sig och önskat deltagande i HAKIR. Styrgruppens avsikt är att större privata enheter skall kunna vara med i registret, men vi måste kunna garantera aspekter som full datatäckning, säker inloggning (med SITHS kort) och långsiktigt hållbara arbetsrutiner för varje ansluten enhet. Ett stort antal anslutna enheter kommer att kräva en betydligt större registerorganisation, både för HAKIR och på RC Syd. Vi måste lösa ekonomiska frågor som avgift för anslutning och drift samt utreda eventuella juridiska aspekter av ett utvidgat register.

Vi arbetar med dessa frågor så skyndsamt som möjligt, men måste prioritera att få allt att fungera korrekt först för de redan anslutna specialistklinikerna. En omfattande revision av registerformulären har gjorts under 2012 och har tagit mycket tid och resurser. HAKIR har en liten och hårt belastad central arbetsgrupp som även har många andra arbetsuppgifter. Ytterligare utvidgning av registret kräver en fast anställd stab av fler personer som bara arbetar med HAKIR och vi måste då ha en långsiktigt garanterad budget för registret

### Bortfallsanalys (data completeness)

I HAKIR registreras alla utförda operationer vid respektive klinik i s.k. Grundregistrering. Enda undantagen är de patienter som aktivt avböjer deltagande, som har skyddad identitet eller som saknar svenskt personnummer. Med hänsyn till dessa exklusionskriterier har vi satt som målnivå att 80-90% av utförda operationer skall vara registrerade i HAKIR. En speciell utdatamodul har skapats för att följa datatäckningsgrad för respektive klinik. Produktionsdata för respektive klinik läggs in månadsvis och jämförs med antal operationer som registrerats i HAKIR under samma period (Se fig. 3). HAKIR är ett ungt register och det tar tid innan alla rutiner har etablerats fullt på nya kliniker. Det är glädjande att vi så snabbt har kunnat uppnå målnivån för alla de fyra kliniker som deltog under 2011. Vi kommer att fortsätta följa upp och redovisa datatäckning månadsvis för alla kliniker i HAKIR.



**Fig. 3.** Antal registrerade operationer i HAKIR (Grundformulär operation) i relation till totalt antal utförda operationer på respektive klinik 2011-12. Datum inom parentes anger startdatum. Målnivå är satt till 80-90% eftersom exklusionskriterier (se text ovan) inte är medräknade.

Tyvärr har det varit svårt i registersystemet att säkert redovisa bortfall för patientenkäter. Uppskattningsvis får vi in 60-70%. Vi har postoperativt både webbenkäter och manuellt inlagda pappersenkäter, båda skickas ut månadsvis. Vi strävar efter att minimera antalet pappersenkäter eftersom dessa orsakar ett stort merarbete. En ny utdatamodul för bortfallsanalys infördes 2012 och vi hoppas därigenom bättre kunna redovisa hur stor andel svar vi får in. Det är inte realistiskt att helt eliminera enkätbortfall och vi har ännu inte satt upp någon målnivå. Vi kommer att fortsätta följa värdena månadsvis och om vi efter full etablering av registret bedömer att svarsfrekvensen är för låg, får vi överväga åtgärder, t ex att införa en påminnelsefunktion. Ju bättre vi informerar patienterna om HAKIR och om tidpunkterna för postoperativ uppföljning, desto högre kommer svarsfrekvensen att bli. Översättning av enkäten till olika språk kan också bli aktuell.

## Reliabilitet

Vid mätningar av handfunktion, vilket ingår i den utökade registreringen i HAKIR, är det mycket viktigt att alla mäter och dokumenterar t ex kraft och ledrörlighet på exakt samma sätt. Före HAKIR gjordes detta på olika sätt på olika kliniker i Sverige. Genom arbete i en nationell arbetsgrupp av handterapeuter (sjukgymnaster och arbetsterapeuter) utarbetades under 2011 en nationell mätmanual för HAKIR. Manualen har tryckts upp och distribuerats till alla handkliniker och finns också för fri nedladdning på vår hemsida. Under 2012 har arbetsgruppen kompletterat manualen med t ex rörlighetsmätning i axel, armbåge samt mätningar av känsel efter nervskador. En reviderad version av manualen kommer ut inom kort. Översättning av manualen till andra språk är också planerad eftersom den har väckt internationellt intresse. Utveckling av mätmanualen är ett tydligt förbättringsarbete som gjorts relaterat till HAKIR.

## Validitet

I patientenkäten ingår 8 frågor om olika handsymptom och postoperativt dessutom två frågor om nöjdhet. Dessa frågor besvaras på Visuella analogskalor (VAS) 0-100, där 100 alltid anger värsta tänkbara grad av symptom, respektive lägst grad av nöjdhet. VAS är en väl etablerad metod att utvärdera patientrapporterade data. Vid en första utvärdering av enkäten i HAKIR inför starten av HAKIR 2010 (magisterarbete leg arb. terapeut Kerstin Stihl) fann man god innehållsvaliditet. I enkäten ingår även QuickDASH enkäten, som är bedömer grad av funktionsnedsättning i arm, axel och hand på en skala från 0-100, där 100 anger största funktionshinder. QuickDASH är mycket använd i vetenskapliga publikationer inom övre extremitetskirurgi, men har relativt låg sensitivitet för vissa sjukdomstillstånd som enbart engagerar handen, speciellt om dessa bara drabbar non-dominant sida. Framöver planeras ytterligare studier av validitet och reliabilitet för patientenkäten, både VAS-delen och QuickDASH. Vi behöver också undersöka validitet och reliabilitet för webbenkäten.

## Registrerade data 2011

	Månader i HAKIR under 2011	Totalt antal registrerade operationer	Registrerade operationer/månad	Totalt antal registrerade patienter	Registrerade patienter/månad
Stockholm	12	2673	223	2541	212
Linköping	12	1662	139	1634	136
Uppsala	3,5	102	29	198	57
Malmö	3,5	509	145	1055	301
<b>Totalt 2011</b>		<b>4946</b>		<b>5428</b>	

Under 2011 registrerades 4946 operationer på 5428 patienter från de fyra kliniker som deltog i HAKIR under året. Som ovan nämnts startade Malmö och Uppsala sent under året och hade ännu inte komplett datatäckning (se fig. 3 ovan). Uppsala började med att huvudsakligen registrera enzymatiska behandlingar vid Dupuytrens kontraktur under 2011. Fördelning av diagnoser/operationstyper/komplikationer är alltså inte representativt för Uppsala och Malmö ännu. Det är också sannolikt att akuta operationer generellt är underrepresenterade pga. större bortfall under jourtid. När vi under 2012 har mer kompletta registreringar från alla deltagande kliniker blir det lättare att jämföra "case-mix" mellan specialistklinikerna i olika regioner.

Huvuddiagnos/Primär op	Stockholm	Linköping	Uppsala	Malmö
Karpaltunnelklyvning	199	230	1	125
Ulnarisneurolys	49	46		16
Senskideklyvning	152	123		81
Ganglion	55	68		30
Tumbasartros	78	125	2	31
Dupuytren operation	129	98		33
Dupuytren injektion	82	56	79	
Missbildningskirurgi	59	11		8
Frakturkirurgi	363	168	8	41
Senkirurgi	237	128	2	16
Nervkirurgi	186	58		4
<b>Totalt antal operationer</b>	<b>2673</b>	<b>1662</b>	<b>102</b>	<b>509</b>

Tabellen visar de vanligaste huvuddiagnoserna/operationerna som registrerades 2011 för respektive klinik. Observera att flera typer av ingrepp ofta utförs vid samma operation, här redovisas endast det som angivits som huvuddiagnos/primäroperation. Det är alltså mycket sannolikt att t ex antalet opererade nerv- och senskador är betydligt högre än vad som här redovisas.

Utökad registrering för tumbasartroskirurgi gjordes under 2011 i Stockholm och Linköping. Som ses i tabellerna nedan varierar behandlingstraditionerna mycket mellan klinikerna. ECRL-plastik är vanligaste metod i Linköping, medan FCR-plastik och trapezectomi utan senplastik är vanligast i Stockholm. För lite data har inkommit för någon jämförelse mellan resultat ännu, men detta kan bli mycket intressant att analysera framöver. Centrala arbetsgruppen får mycket förfrågningar om resultatjämförelser, men innan vi kan göra sådana måste vi både ha kompletta data och tillräckligt antal patienter. Vi vädjar om fortsatt uthålligt arbete med att samla in data och ber de lokala koordinatörerna att fortsätta motivera alla medarbetare att registrera.

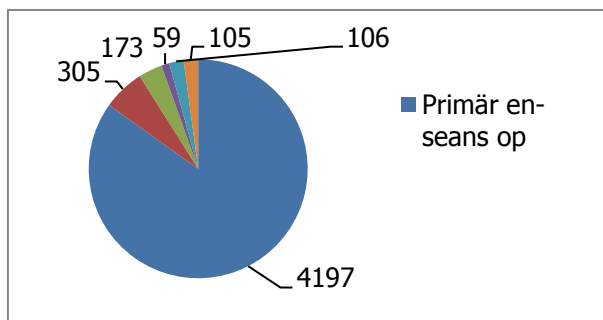
	Stockholm	Linköping
Pre-formulär	85	19
3 mån post formulär	58	8
12 mån post formulär	12	0

Utökad registrering för tumbasartroskirurgi. Registrerade funktionsformulär 2011. Som synes finns ännu för lite funktionsdata för att jämföra resultat mellan olika metoder, men nya data kommer in hela tiden.

	Stockholm	Linköping
Trapezectomi enbart	14	0
TE + FCR plastik	27	1
TE + ECRL plastik	4	37
TE + APL plastik	1	8
CMC 1 artrodes	1	0
Annan op	1	1
<b>Totalt op formulär</b>	<b>48</b>	<b>47</b>

Utökad registrering för tumbaskirurgi. Registrerade operationsformulär 2011. TE= Trapezectomi. FCR, ECRL, APL = olika typer av senplastiker. CMC1 artrodes= steloperation av tumbasleden.

85 % av utförda operationer under 2011 var primära en-seansingrepp, 6 % fler-seans operationer (t ex rekonstruktioner efter trauma eller infektion) och 4 % var borttagande av osteosyntesmaterial för att förebygga senare komplikation (fig. 5).



**Fig. 5.** Typ av utförd operation (n=4946). Registrerade data 2011.

165 operationer (3 %) var reoperationer på grund av postoperativ komplikation, men i 2/3 hade den primära operationen utförts vid annan klinik (se fig. 5). Detta visar tydligt på specialistklinikernas roll som "slutinstans" för patienter som primärt behandlats på andra kliniker. Bland alla komplikationer (n=165) var infektion vanligast (n=50; 26 %), följt av komplikation orsakad av osteosyntesmaterial (15 %) och pseudartros eller felläkning av fraktur eller steloperation (13 %), se fig. 6. Reoperationer på grund av postoperativ infektion efter operation på egna kliniken utgjorde 1,1 % (enbart Stockholm och Linköpingsdata; n=4335 operationer). Detta får anses som mycket lågt med tanke på den stora andelen akuta öppna skador vid de handkirurgiska klinikerna. Det förekommer dock även postoperativa infektioner som inte leder till reoperation och dessa är inte med i HAKIR. Den stora andelen komplikationer relaterade till osteosyntesmaterial kan spegla nya behandlingsmetoder vid frakturkirurgi. Genom att alla kliniker har direkt tillgång till egna registrerade data kan lätt orsaker till komplikationer analyseras lokalt och resultaten användas i förbättringsarbeten. Frakturimplantat med extra hög risk för komplikationer kan t ex spåras och information kan gå ut till alla som använder dessa implantat.

Typ av komplikation	Antal	% av alla operationer
Postoperativ infektion	50	1,0
Orsakad av osteosyntesmaterial	30	0,6
Pseudartros/felläkn av fraktur eller artrodes	26	0,5
Kontraktur/adherens	22	0,4
Senskada/ruptur av suturerad sena	21	0,4
Hudläkningsproblem	19	0,4
Annan komplikation	11	0,2
Nervkompression/kompartment	8	0,2
Proteskomplikation	3	0,1
Nervskada	3	0,1
Hematom/ blödning	0	0
<b>Totalt</b>	<b>165</b>	<b>3,3</b>

*Typ av postoperativ komplikation. Registrerade data i Grundformulär operation under 2011.*

Vid 28 % av alla operationer gavs antibiotikaproylax. De regionala skillnader som ses i tabellen nedan speglar sannolikt olika patientunderlag pga. inkompleta data från Uppsala och Malmö. Vi hoppas på en mer rättvisande analys nästa år.

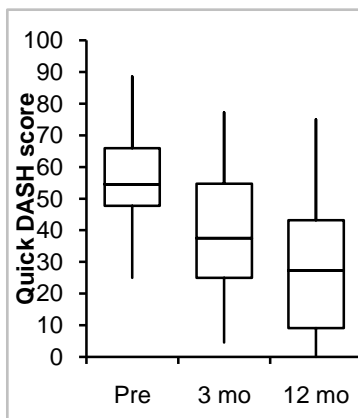
Antibiotika	Stockholm	Linköping	Uppsala	Malmö
Nej	1838	1267	96	457
Ja	835	395	2	52
<b>Andel ja</b>	<b>45,4%</b>	<b>31,1%</b>	<b>2,0 %</b>	<b>11,4%</b>

*Preoperativ antibiotikaproylax. Registrerade data 2011.*

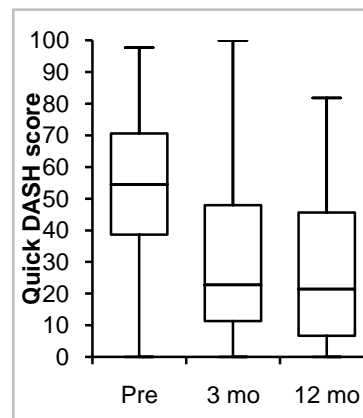


Under 2011 registrerades ett preparat för enzymatisk behandling av Dupuytrens kontraktur. Preparatet är ett kollagenas som injiceras i bindvävssträngen och fingret kan sedan rätas ut efter någon dag. Eftersom det rör sig om en helt ny och relativt dyr behandlingsmetod beslöt vi att inkludera alla dessa behandlingar i HAKIR även om det inte rör sig om en regelrätt operation. Enzymatisk behandling ingår i utökad uppföljning, dvs. patienterna kallas för funktionskontroll efter 3 och 12 månader. Vid dagens datum (120915) finns redan 626 kollagenasbehandlingar registrerade i HAKIR! Möjlighet finns också att registrera s.k. nålfasciotomier, där Dupuytrensträngen delas med hjälp av en kanyl. Vi hoppas att de kliniker som använder nålfasciotomi också kommer att följa upp samtliga patienter i HAKIR så att vi kan få två stora grupper att jämföra avseende minskning av kontraktur, recidivfrekvens och förekomst av komplikationer.

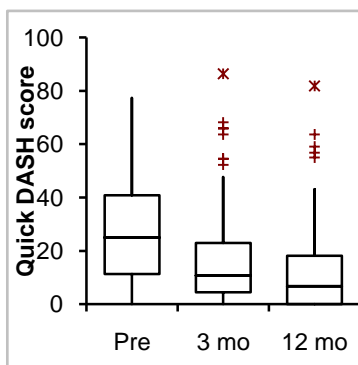
Redovisning av patientenkätdata för hela materialet 2011 är än så länge inte så relevant eftersom vi inte vet hur bortfallet ser ut. Dessutom kräver dessa analyser fortfarande mycket arbete att få fram. Vi vill ändå ge några exempel. Figur 6 nedan visar DASH score för patienter som har opererats för tumbasartros (6A), karpaltunnelsyndrom (6B), Dupuytren (6C) eller fått kollagenasinjektion pga. Dupuytren (6D). Box-plottarna visar median samt 1:a och 3:e kvartil. Observera att det i vissa fall är mycket få patienter i 12 månadersuppföljningen och det går inte att dra några säkra slutsatser. Man kan ändå konstatera att vi tycks minska patienternas upplevda funktionsnedsättning med våra olika behandlingar även om utgångs- och slutvärden varierar mellan olika diagnoser. Vi lär oss mer och mer om "normalförloppet" för olika behandlingar och kan informera våra patienter bättre om vad de kan förvänta sig.



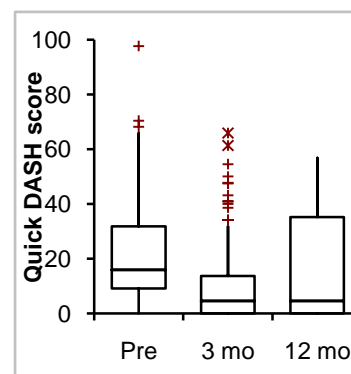
**Fig. 6A** DASH resultat för pat op för tumbasartros (n=42-52)



**Fig. 6B** DASH resultat för pat op med karpaltunnelsyndrom (n=98-194)



**Fig. 6C** DASH resultat för pat op med fasciectomi pga. Dupuytren (n=75-122)



**Fig. 6D** DASH resultat för pat beh. med kollagenas pga. Dupuytren (n=16-169)

## Sammanfattning

HAKIR är ett nytt register och mycket finns fortfarande att förbättra. Genom ett konsekvent arbete för att få komplett nationell täckning, minska databortfall och öka reliabilitet för mätningar kommer registerdata successivt att bli alltmer användbara för klinisk forskning. Redan nu finns många uppslag till lokala förbättringsarbeten baserade på insamlade data. Till exempel kan komplikationer följas upp för att försöka hitta gemensamma orsaker och åtgärda dessa. Bakomliggande information för nöjda respektive mindre nöjda patienter kan tas fram och analyseras. Genom att arbeta multiprofessionellt och engagera all personal i vårdkedjan kan vi förbättra olika delar av behandlingarna och sträva mot ännu bättre kommunikation och konsensus.

På mindre än 3 år har vi i HAKIR registrerat mer än 10 000 operationer på mer än 13 000 patienter som har behandlats på de handkirurgiska specialistklinikerna. Vi kommer snabbt att lära oss mer om både de vanliga diagnoserna och även om de mer ovanliga. Vi kommer att kunna ge patienter information om vilka resultat som kan förväntas efter en viss typ av operation. Vi planerar inom kort att lägga ut sådan information på vår hemsida.

Kombinationen av patientrapporterade data och funktionsmätningar för de utökade registreringarna kommer att ge oss möjlighet att jämföra olika behandlingsmetoder, både operationstekniker och rehabiliteringsprogram. Många medarbetare ute på klinikerna efterlyser dessa resultat, men vi är inte framme vid detta stadium riktigt ännu. Fortsatt arbete med att få in korrekta och kompletta data kommer att ta oss dit och vi som arbetar med registret centralt skall också tillsammans med RC Syd bli bättre på att skapa enkla och tydliga utdatamoduler. I allt registerarbete gäller det att vara noggrann och tänka långsiktigt.

Trots att vi har den höga ambitionen i HAKIR att registrera alla utförda operationer och ge alla patienter enkäter, så bedömer vi att arbetsinsatsen för sjukvårdspersonalen är relativt rimlig genom att registreringarna blir en del av daglig rutin. Detta har hela tiden varit en viktig målsättning och är förutsättningen för ett långsiktigt hållbart register.

HAKIR är ett modernt, helt webbaserat register med säker inloggning, datalagring och backup. Vi behöver fortsätta att arbeta med våra utdatarapporter som fortfarande inte är optimala. Målet är att kunna presentera avidentifierade resultat direkt on-line på hemsidan.

När nu HAKIR nästan uppnår nationell täckning för de offentliga klinikerna under 2012 återstår att även kunna erbjuda större privata handkirurgiska enheter deltagande i HAKIR. Att följa upp resultat och komplikationer i ett nationellt register gagnar både patienter och sjukvårdsekonomi. Utvidgningsarbetet skall dock inte underskattas och det kräver både eftertanke och ekonomiska resurser. Vi hoppas att kunna påbörja processen inom en snar framtid.

Vi vill framföra ett stort tack till alla som under året hjälpt till med att få HAKIR att fungera, de lokala koordinatörerna, medarbetarna på RC Syd och all personal på de handkirurgiska klinikerna runt om i Sverige. HAKIR är vårt gemensamma projekt.

Stockholm, 120923

Marianne Arner  
Registerhållare

Frida Bartonek  
Central registerkoordinator

## Måluppfyllelse för uppsatta mål för 2011-12

- Starta grundregistreringar i Umeå, Uppsala och Malmö under 2011.  
*Uppsala och Malmö startade hösten 2011. Umeå startade 4 september 2012.*
- Påbörja arbetet med att starta grundregistreringar i Örebro och Göteborg under 2012.  
*Göteborg startar 15 okt 2012. Örebro avvaktar ytterligare*
- Starta fler typer av utökade registreringar i Linköping och Stockholm och skapa modeller för bra logistik för funktionsuppföljningarna.  
*Vi har prioriterat revision av registerformulären och nationell utvidgning under 2012, varför vi inte startat fler utökade registreringar än de redan påbörjade.*
- Öka användbarheten och utbudet av utdatamoduler i Computo  
*Nya utdatamoduler har skapats för individuella patientresultat (enkät och utökade registerdata) och för bortfallsanalys.*
- Presentera registerdata från Stockholm och Linköping vid Riksstämman 2011  
*Genomfört*
- Skaffa professionell grafisk profil för HAKIR och ny hemsida med tydligare inloggning både för patienter och för sjukvårdspersonal.  
*Genomfört*
- Ansöka om fortsatt SKL anslag för HAKIR 2012  
*Genomfört. HAKIR tilldelades 2mkr i anslag för 2012.*

## Mål för 2012-13

- Registreringar i Umeå och Göteborg skall ha startats under hösten 2012 och registreringar i Örebro under 2013. Mål är full nationell täckning senast december 2013.
- Samtliga deltagande kliniker under 2012 skall under 2013 uppnå målnivån 80-90% för antal registrerade operationer
- Förhandlingar med privata handkirurgiska enheter skall ha påbörjats senast våren 2013. Uppstartsdatum kan vara avhängigt av faktorer som ekonomi, bemanning etc.
- Utdatarapporter med sammanställda resultat för de vanligaste diagnosgrupperna skall finnas tillgängliga i Computo och på hemsidan under 2013. Rapporterna skall finnas i pdf format för enkel utskrift.
- Ansökan till SKL för anslag för 2013 skall vara inskickad 24 september 2012
- Minst ett vetenskapligt arbete baserat på data från HAKIR skall vara publicerat 2013. HAKIR skall ha presenterats på minst en nationell/internationell konferens.
- Minst ett förbättringsarbete per deltagande klinik skall ha påbörjats under 2013