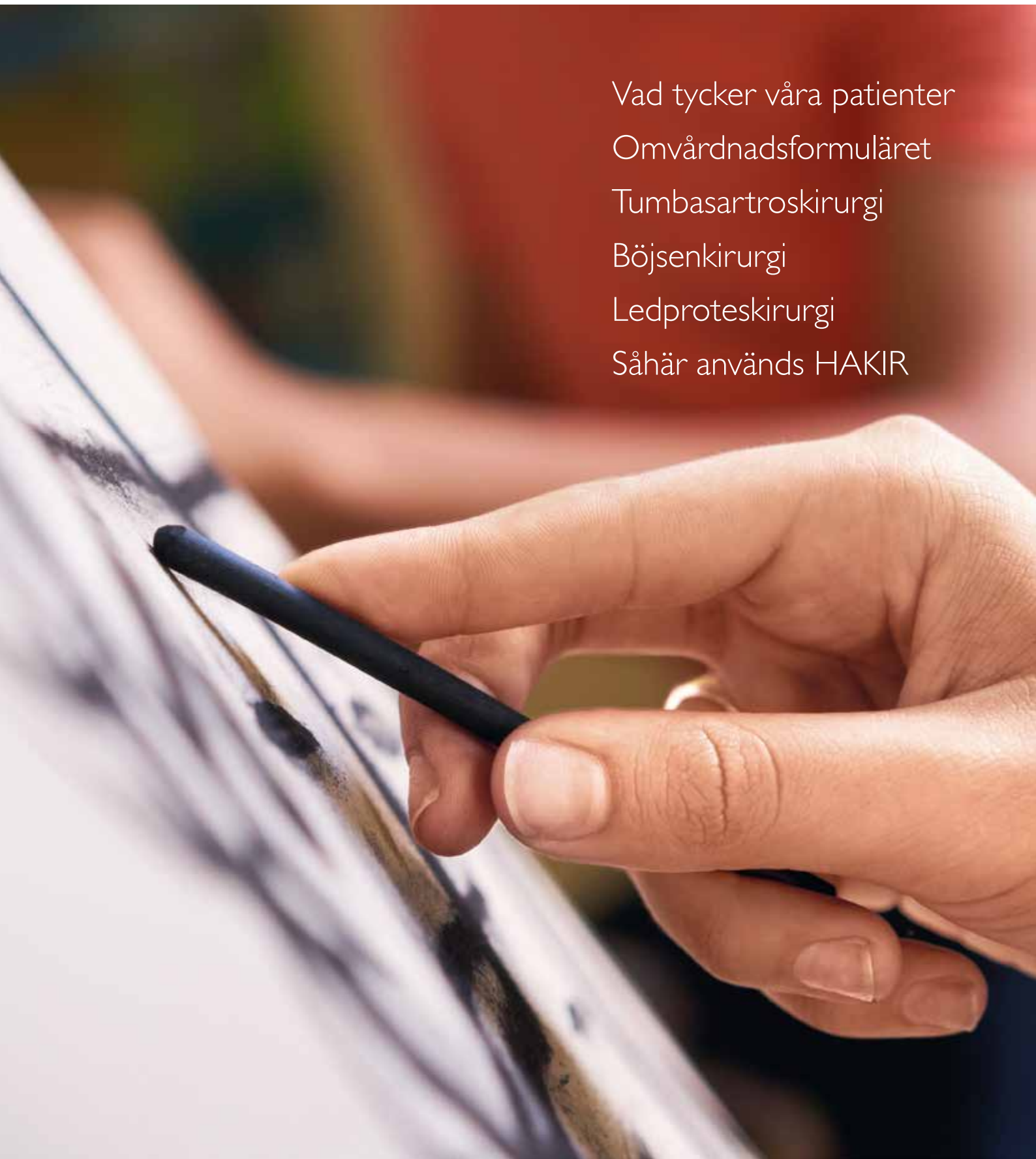


Årsrapport 2016

HAKIR
HANDKIRURGISKT
KVALITETSREGISTER

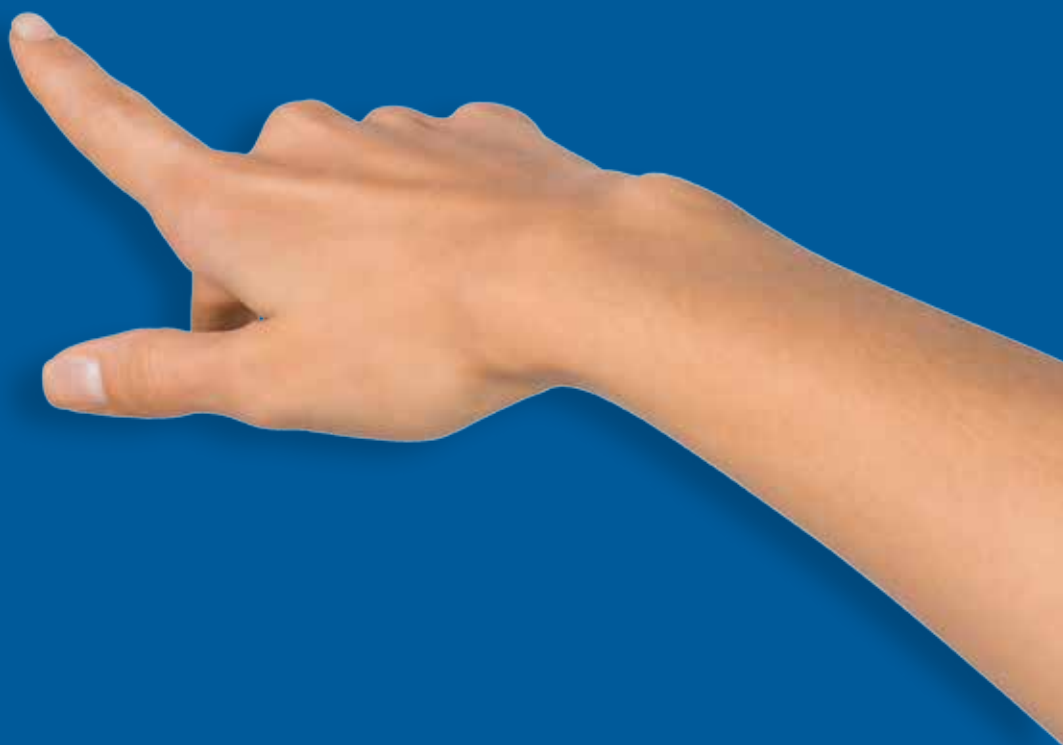


Vad tycker våra patienter
Omvårdnadsformuläret
Tumbasartroskirurgi
Böjsenkirurgi
Ledproteskirurgi
Så här används HAKIR



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Vad är HAKIR och vad vill vi uppnå?	3
Inledning	4
Vad tycker våra patienter?	7
Komplicerade postoperativa förlopp	13
Omvårdnadsformuläret	14
Tumbasartroskirurgi	15
Böjsenkirurgi	16
Ledproteskirurgi	19
Så här används HAKIR	22
Sammanfattning	24
Hur gick det 2016-17?	26
Mål för 2017-18	26
Årets vädjanden till alla som använder HAKIR	27





Handkirurgiskt Kvalitetsregister



VAD ÄR HAKIR OCH VAD VILL VI UPPNÅ?

HAKIR är ett nationellt kvalitetsregister för handkirurgi startat 2010 på initiativ av Svensk Handkirurgisk förening. Våra främsta syften är att genom individbaserad uppföljning av bland annat vårdinsatser och behandlingsresultat möjliggöra förbättringsarbete och forskning som successivt förbättrar vården, till exempel genom att minska undvikbara komplikationer och reoperationer. Ett viktigt syfte är också att öka patienternas delaktighet i vården. Genom utökat nationellt och interprofessionellt samarbete vill vi även verka för god och likvärdig handkirurgi för alla i vårt land.



HUR SKALL VI KOMMA DIT?

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



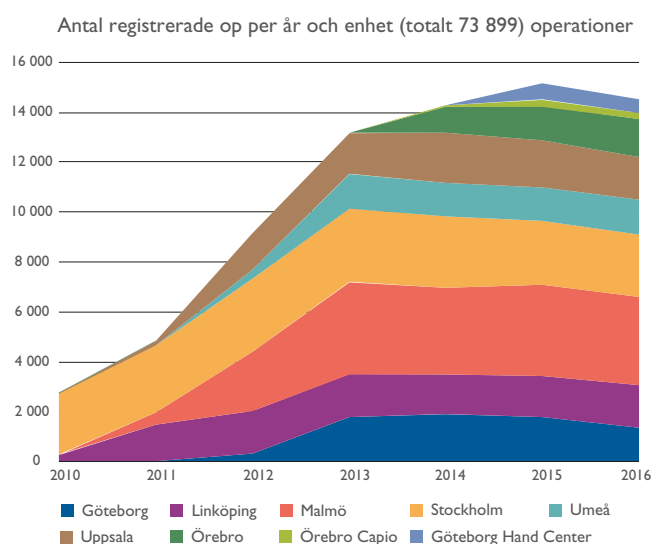
Inledning

Årsrapporten omfattar uppgifter som registrerats i HAKIR från starten 1 februari 2010 till och med 31 december 2016, om inte annat anges.

REGISTRERADE OPERATIONER

Vid årets slut 2016 hade 73 899 operationer på 67 548 patienter registrerats i HAKIR. Nio enheter deltog; de sju specialistklinikerna samt två privata enheter. Fördelningen mellan klinikerna 2010 - 2016 visas i figur 1 och tabell 1.

Malmö registrerade flest operationer under 2016 följt av Stockholm. Totalt registrerades 14 543 operationer (på 12 914 patienter) under året. Det var 621 färre operationer än under 2015. Inga nya enheter tillkom under 2016.



Figur 1. Antal operationer som registrerats per år på enheterna. 14 543 operationer tillkom under 2016.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Göteborg	0	1	322	1787	1895	1800	1330
Linköping	284	1465	1680	1716	1570	1620	1726
Malmö	1	502	2424	3676	3494	3660	3539
Stockholm	2442	2698	2911	2970	2843	2581	2477
Umeå	1	0	329	1374	1393	1333	1429
Uppsala	13	144	1506	1638	1958	1878	1683
Örebro					1076	1377	1523
Örebro Capio					79	246	241
Göteborg Hand Center						669	595
Totalt	2741	4810	9172	13161	14308	15164	14543

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



TÄCKNINGSGRAD

Begreppet täckningsgrad kan definieras på olika sätt. Följande fyra anses vara de viktigaste variablerna för ett kvalitetsregister:

1. Anslutningsgrad ("coverage"),

dvs antal enheter som registrerar jämfört med det antal som utför interventionen.

För HAKIR kan vi ange 100% anslutningsgrad om vi avser specialiserad handkirurgi som utförs på de sju handkirurgiska klinikerna eftersom alla kliniker nu är anslutna. Däremot täcker HAKIR i nuläget bara in två privata enheter av uppskattningsvis minst 20-talet i Sverige. Dessa enheter är av mycket varierande storlek, vissa utför bara några ingrepp per vecka. HAKIR välkomnar privata enheter att ansluta, men registret har inget mandat för obligatoriskt deltagande. Inga ortopediska kliniker registrerar heller ännu i HAKIR. En betydande volym av enklare kirurgi på handen utförs vid dessa kliniker. Vårt mål är att på sikt även kunna täcka in de delar av handkirurgin som vi i nuläget saknar, men vi vill göra det med fortsatt höga krav på datakvalitet. En sådan utvidgning av registret kräver också förstärkt ekonomi för drift och support.

2. Täckningsgrad ("completeness"),

dvs individbaserad täckningsgrad.

Inom HAKIR anger vi antal registrerade operationer delat med antal utförda operationer per enhet (%). Vi har ett mål på minst 80%, eftersom vissa opererade patienter inte har svenskt personnummer, har skyddad identitet eller har av sagt sig deltagande. Målet kan därför inte vara 100%. Täckningsgraden enligt denna definition redovisas i tabell 2 och visas också öppet för alla enheter på hemsidan. Liksom

2015 så klarade fem av de sju sjukhusklinikerna under 2016 uppsatt mål, medan sjukhusklinikerna i Göteborg och Örebro fortsatt haft problem med att registrera alla sina operationer. Även de två privata enheterna har inkomplett registrering. Medelvärdet för alla enheter under 2016 var 82,0%, tyvärr en liten försämring jämfört med 2015 (84,7%), men ändå över målvärdet.

3. Svarefrekvens ("response rate")

för enkäter är ett annat mått på täckningsgrad. Svarefrekvensen under 2016 på patientenkäten 3 månader efter operation var 43,1% (45,7% för pappersenkät, 40,4% för webenkät) och för 12 månader 43,3% (49,1% resp 36,5%). Se mer om detta under avsnittet "Vad tycker våra patienter".

4. Inkompleta data ("missing values"),

dvs bortfall för enstaka variabler är ytterligare ett mått på hur väl ett kvalitetsregister fungerar. Detta är inget problem i grundregistreringen eftersom samtliga variabler (utom initialer för operatör) där är obligatoriska. En bortfallsanalys för 33 350 enkätsvar visade 2% saknade svar både för de olika frågorna avseende symptom och i QuickDASH-enkäten. Undantag var fråga nr 7 om köldkänslighet där svar saknades i 6%, troligen därför att patienterna inte ansett detta symptom vara relevant just för dem. Ett projekt med en omfattande statistisk utvärdering av alla enkätsvar pågår, se avsnitt "Så här används HAKIR".

Sjukhuskliniker	Registrerade op under 2016	Utförda op under 2016	Täckningsgrad 2016 (%)
Göteborg	1330	2262	58,8
Linköping	1726	1729	99,8
Malmö	3539	3963	89,3
Stockholm	2477	2844	87,1
Umeå	1429	1617	88,4
Uppsala	1683	1862	90,4
Örebro	1523	3628	42,0
Privata enheter			
Capio Örebro	241	338	71,3
Göteborg Hand Center	595	1112	53,5
Totalt	14 543	17 738	82,0

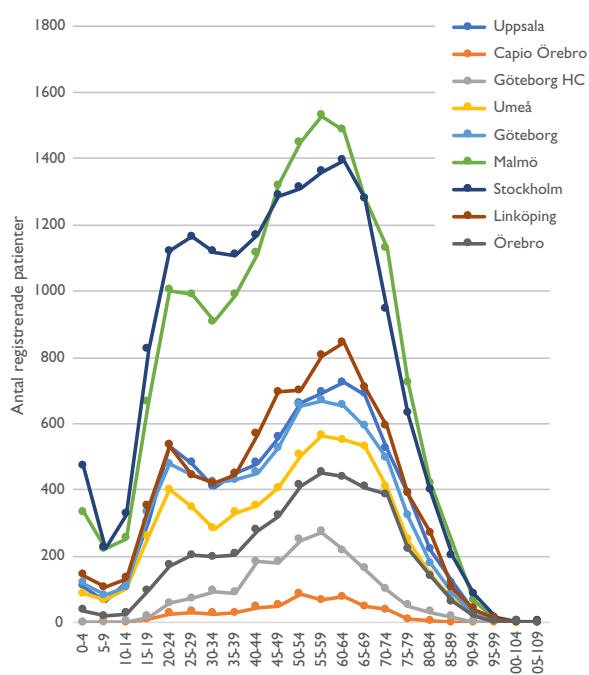
Tabell 2. Registrerade och utförda operationer under 2016. Målvärdet för täckningsgrad (se definition i texten) är att > 80 % av alla operationer skall ha registrerats. Grön markering anger att målnivån uppnåtts och röd anger < 75%.



ÅLDERS- OCH KÖNSFÖRDELNING

Åldersfördelningen för registrerade patienter framgår ur fig 2 där man tydligt ser ett bifasiskt mönster med en topp mellan 20-30 år och en andra mellan 45-65 år. Detta mönster ses inte för de privata enheterna och inte heller sjukhuskliniken i Örebro där den första toppen saknas. Skadediagnoser dominerar för den första åldersgruppen och man kan misstänka att akuta skador kanske inte registrerats komplett vid Örebrokliniken. Stockholmskliniken har registrerat en hög andel barn under 4 år.

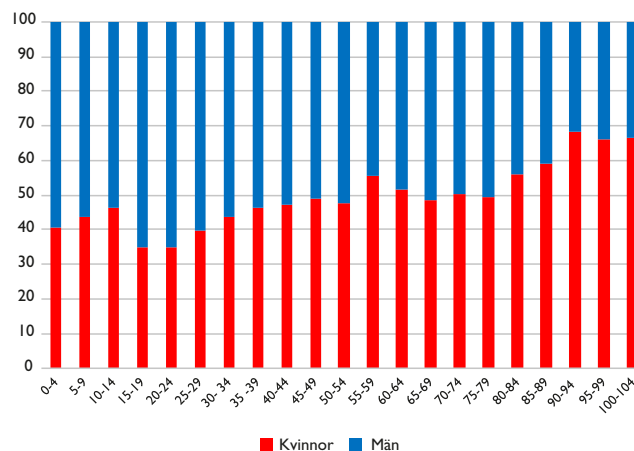
Åldersprofiler för registrerade patienter per enhet (totalt 67 548 patienter)



Figur 2. Åldersfördelning för registrerade patienter per enhet.

Medelålder för de 67 548 patienterna var 48,4 år och var 47,8% var kvinnor. Detta var samma könsfördelning som tidigare år. Männerna dominerade i alla åldersgrupper utom mellan 55 - 64 år och över 80 år, se fig 3. 6,8% av personerna var under 18 år; 69% 18-64 år och 24,2% över 65 år. Vi har patienter i alla åldrar inom handkirurgin och en stor majoritet i arbetsför ålder.

Könsfördelning per åldersgrupp (%)



Figur 3. Procentuell könsfördelning inom respektive åldersgrupp (67 548 patienter).

OPERATIONSTYPER

Liksom tidigare år så skiljer sig andel reoperationer av totalt antal operationer mycket mellan enheterna, se tabell 3. Den höga andelen reoperationer i Stockholm och Uppsala kan delvis bero på att kollagenasbehandlingar vid Dupuytren registrerades vid dessa enheter under några år. En hög andel traumapatienter och patienter med infektioner kan också tänkas bidra. Det är anmärkningsvärt att så få reoperationer registrerats i Örebro och Umeå. Registrering av operationstyper har sedan start av HAKIR varit problematisk och det har varit svårt att få ut information om hur variablerna skall definieras. Vi behöver arbeta vidare med att förbättra detta.

Sjukhus-kliniker	Primära op	Seans-op	Reop inom 12 mån	Reop efter 12 mån	Andel reop (%)
Göteborg	5802	208	461	683	16,0
Linköping	8508	96	961	341	13,1
Malmö	15295	538	1100	377	8,5
Stockholm	14353	673	3078	891	20,9
Umeå	5768	42	42	7	0,8
Uppsala	6936	375	958	513	16,8
Örebro	3763	171	15	28	1,1
Privata enheter					
Capho Örebro	485	4	40	40	14,1
Göteborg Hand Center	1144	17	47	57	8,2
Totalt	62054	2124	6702	2937	13,1

Tabell 3. Fördelning av operationstyper för de olika enheterna. Med seans-op menas att ytterligare ingrepp var planerade vid den första operationen.



Vad tycker våra patienter?

HAKIR har sedan start 2010 inkluderat patientrapporterade resultat av operation, sk PROM (Patient Reported Outcome Measure) för alla vuxna patienter. Totalt hade 48 852 enkätsvar samlats in sedan start av HAKIR, 19 547 före operation, 15 545 enkäter 3 månader och 13 760 enkäter 12 månader efter operation.

SVARFREKVENNS

Svarsfrekvens för enkäterna kan nu direkt ses i den dynamiska utdatarrapporten på hemsidan där man kan välja pappers- eller webenkät och olika enheter samt om svaret inkommit i korrekt tidsintervall eller ej. Under 2016 skickades totalt 13 926 postoperativa enkäter, 52% som pappersenkät, resten som webenkät. 6 014 enkäter besvarades i tid (43,1%). Svarsfrekvensen var samma för enkäter efter 3 månader och 12 månader, men var fortsatt högre för pappersenkät (47,4%) än för webenkät (38,6%). Patienter över 65 år hade hög svarsfrekvens (62,1%) och kvinnor hade något högre svarsfrekvens än män; 43,3% respektive 40,3%. Svarsfrekvensen var högst för patienter från Göteborgskliniken (49,5%) och lägst för Linköping (35,5%).

Svarsfrekvensen får ses som acceptabel, men skulle förstås helst vara lite högre. Man kan troligen förbättra detta genom ytterligare preoperativ information till patienterna. Vi överväger också ytterligare en sms-påminnelse. Samtidigt vill vi respektera att det kan finnas en betydande "enkättrötthet" hos våra patienter. Det vore mycket olyckligt om andra kvalitetsregister eller olika instanser inom hälso- och sjukvården också begär in enkätsvar från patienterna för samma vårdtillfälle. Svenskt PeriOperativt Register (SPOR) har t ex planer på enkätutskick avseende den perioperativa vårdepisoden. Nationella patientenkäter till alla patienter inom sjukvården planeras också. Samordning av enkätutskick är angeläget och vi har från HAKIRs sida försökt bevaka denna fråga även om det är svårt att överblicka alla olika initiativ inom vårdSverige.

ENKÄTSVAR UTIFRÅN DIAGNOS / ÅTGÄRD

Uppdelning har gjorts efter diagnoskoder (ICD10) och operationskoder (KKÅ97). Alla enkätsvar från patienter som har opererats/behandlats vid flera tillfällen har exkluderats. Enkätsvaren visas som så kallade spindeldiagram (figur 4) och i tabell 4, för den som vill se exakta siffror. Dessa uppgifter måste tolkas med försiktighet eftersom de visar medelvärden för alla enkätsvar, inte parade analyser för varje patient. Spridningsmått visas inte heller varför tolkning av diagnosgrupper med få svar kan vara osäker. Det är ändå intressant att se hur olika symptomprofilerna är för olika diagnoser, att diagnoserna omfattar olika åldersgrupper och kön samt att kvarvarande symptom efter 3 och 12 månader varierar. Mycket av det som presenteras kan te sig självklart för oss som arbetar inom specialiteten, men vi hoppas ändå att resultaten skall väcka nyfikenhet för att mer i detalj analysera patientrapporterade resultat för våra behandlingar.



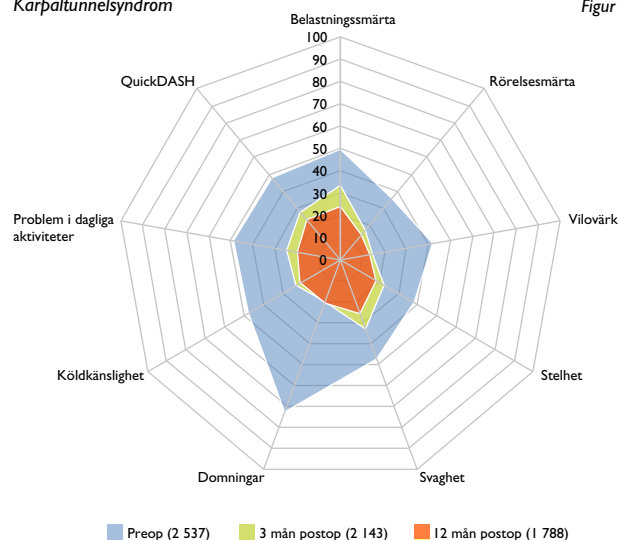
Exempel på resultatvisning i utdatarrapporten på vår hemsida.



Figur 4A-4K. Medelvärden för svar på enkätfråga 1-8 avseende olika handsymptom samt totalscore för QuickDASH före och efter operation för några stora diagnosgrupper. 0= inga och 100=maximala symptom eller funktionsnedsättning. Antalet svar inom parentes.

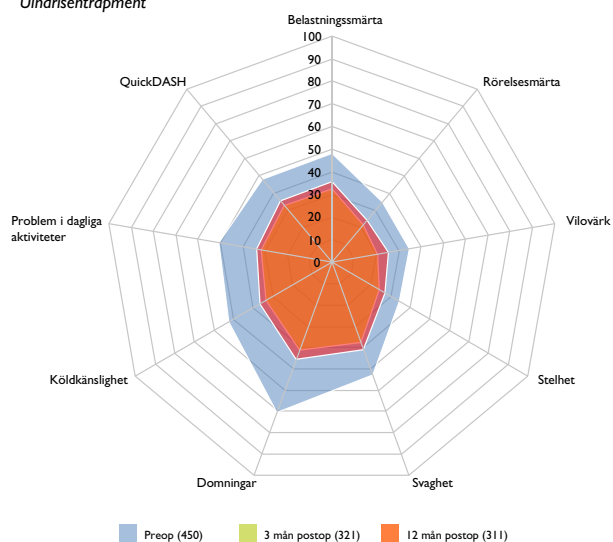
Karpaltunnelsyndrom

Figur 4A



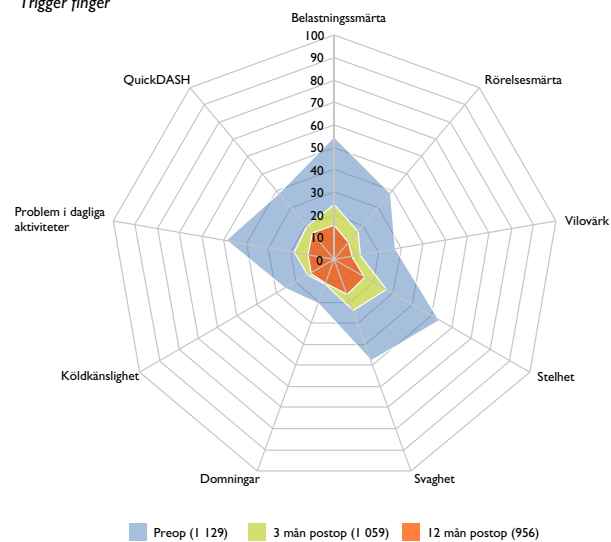
Ulnarisentrapment

Figur 4B



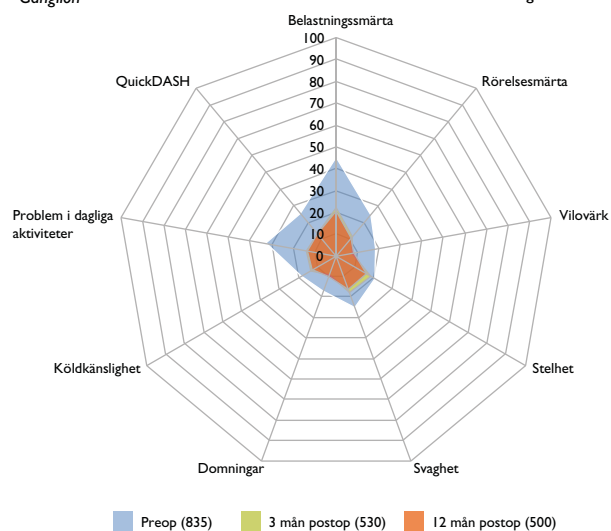
Trigger finger

Figur 4C



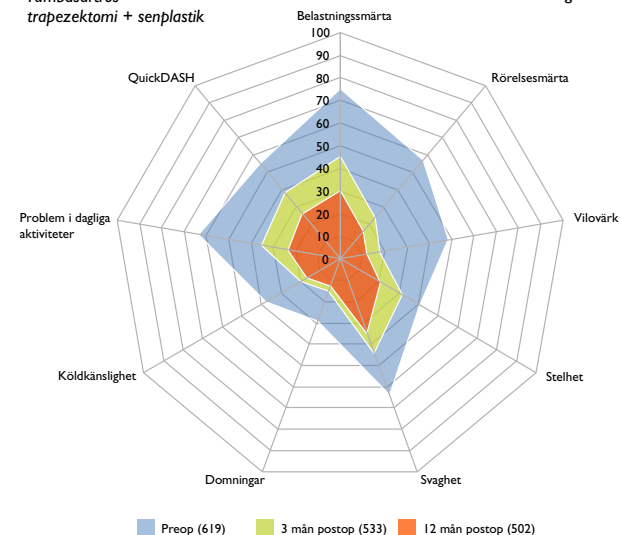
Ganglion

Figur 4D



Tumbartrors trapezepektomi + senplastik

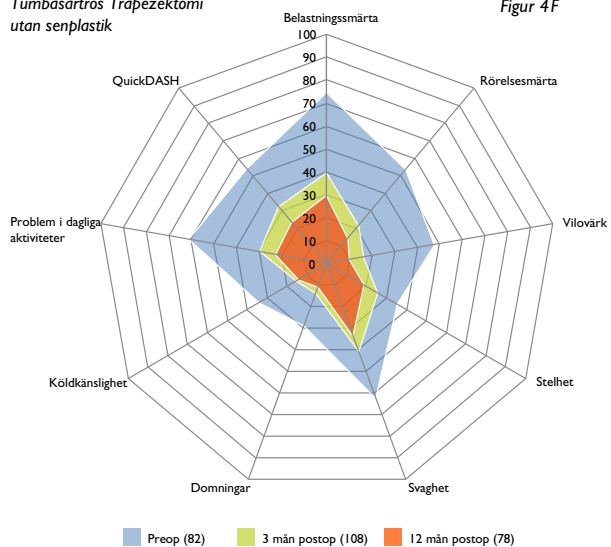
Figur 4E





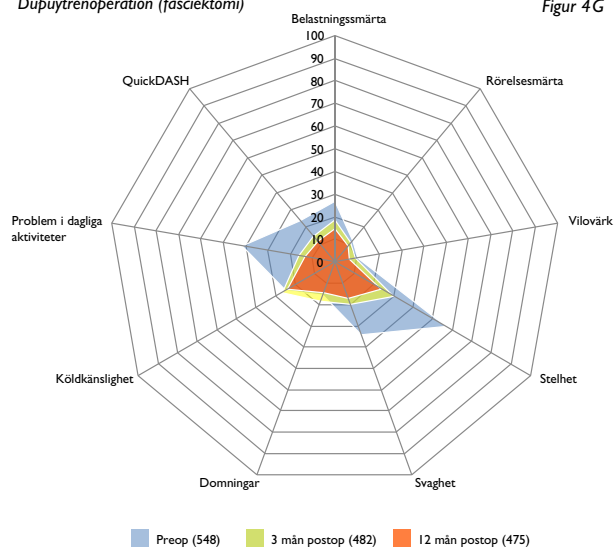
Tumbasartros Trapezektomi utan senplastik

Figur 4F



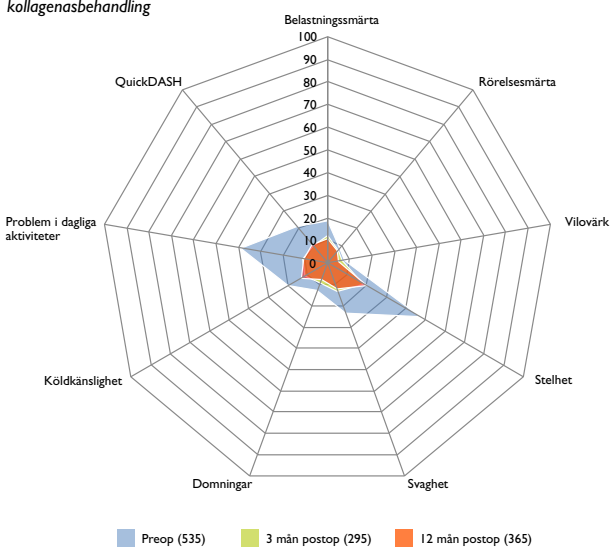
Dupuytrenoperation (fasciektomi)

Figur 4G



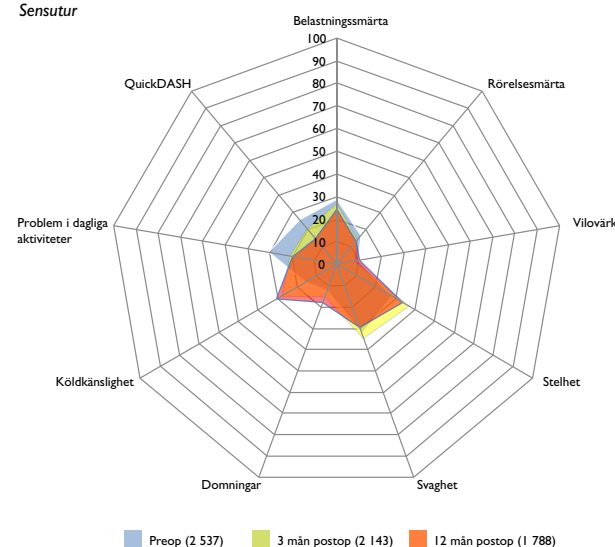
Dupuytren's kontraktur kollagenasbehandling

Figur 4H



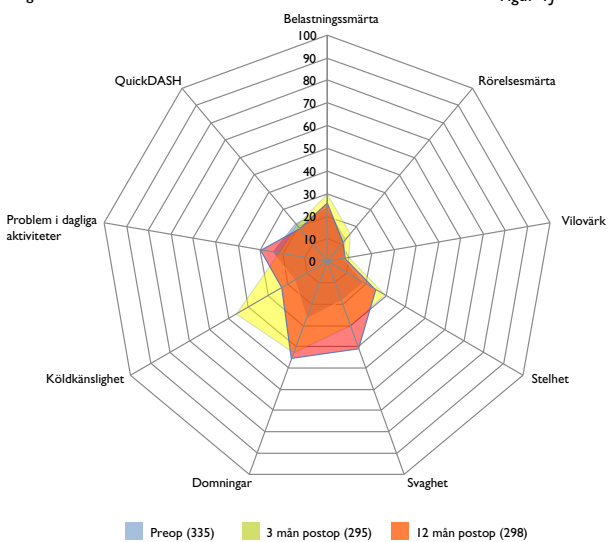
Sensutur

Figur 4I



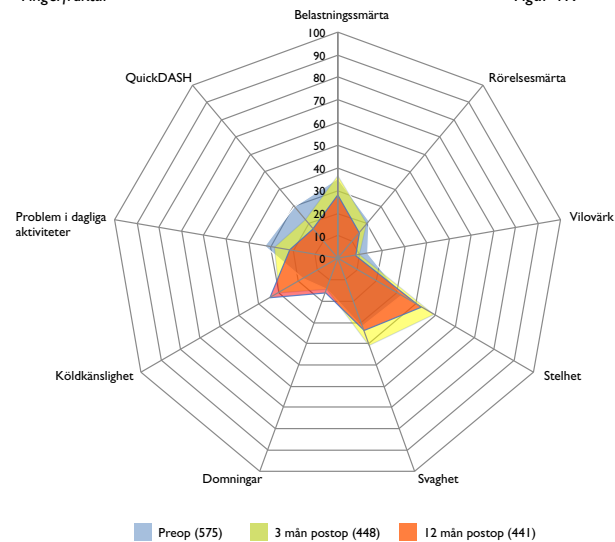
Digitalnervsutur

Figur 4J



Fingerfraktur

Figur 4K





	Antal op	Ålder (år)	Andel kvinnor (%)		Antal enkätsvar	Svarsfrekvens (%)
Karpaltunnelsyndrom	4698	56,6	66	Före op	2537	54,0
				3mån efter op	2143	45,6
				12mån efter op	1788	38,1
Ulnarisentrapment	821	52,4	47	Före op	450	54,8
				3mån efter op	321	39,1
				12mån efter op	311	37,9
Trigger finger	2163	60,8	62	Före op	1129	52,2
				3mån efter op	1059	49,0
				12mån efter op	956	44,2
Ganglion	1708	45,1	67	Före op	835	48,9
				3mån efter op	530	31,0
				12mån efter op	500	29,3
Tumbasartros TE + senplastik	905	62,8	55	Före op	619	68,4
				3mån efter op	533	58,9
				12mån efter op	502	55,5
Tumbasartros TE utan senplastik	148	63,4	53	Före op	82	55,4
				3mån efter op	108	73,0
				12mån efter op	78	52,7
Dupuytren operation	975	65,7	20	Före op	548	56,2
				3mån efter op	482	49,4
				12mån efter op	475	48,7
Dupuytren kollagenas	697	69,1	17	Före op	535	76,8
				3mån efter op	295	42,3
				12mån efter op	365	52,4
Sensutur	1565	38,8	26	Före op	535	34,2
				3mån efter op	467	29,8
				12mån efter op	450	28,8
Digitalnervsutur	831	39,1	43	Före op	335	40,3
				3mån efter op	295	35,5
				12mån efter op	298	35,9
Fingerfraktur	1563	41,1	37	Före op	575	36,8
				3mån efter op	448	28,7
				12mån efter op	441	28,2

Tabell 4. Medelvärden för enkätsvar enligt beskrivning i figur 4 och i texten. TE= Trapezektomi. Endast patienter som opererats en gång och för en samtidig diagnos. 0= inga och 100=maximala symptom eller funktionsnedsättning. 0 = maximalt missnöjd och 100= maximalt nöjd (avser operationsresultatet). Högsta värde för symptom före och efter operation är markerat i tabellen.



Belastnings- smärta	Rörelse- smärta	Vilovärk	Stelhet	Svaghet	Domningar	Köld- känslighet	ADL	Nöjdhet med op resultat (%)	QuickDASH score
49,6	36,1	42	38	47,5	72,6	47,6	48,7	x	48,2
33,4	17,2	14,3	22,6	33	20,3	22,8	24,5	74,9	27,8
23,9	14,3	13	18,4	25,7	21	20,7	19,6	77,0	23,6
48,2	34,8	34,8	34,7	52,6	70,5	52,7	50,7	x	47,9
32,5	21,5	20,6	24,2	37,4	41,2	33,5	31,7	62,8	32,8
35,7	24,3	25,4	27,3	40,8	45,5	36,5	33,7	57,0	35,5
54,7	38,5	27,3	53,8	47,8	20,7	25,6	49,0	x	38,9
24,6	16,2	11,6	26,6	24	11,7	13,7	18,2	76,6	19,2
15,4	9,7	7,9	15,4	16,4	11,4	12,0	12,0	84,4	15,6
45,2	24,4	18,4	20,8	25,2	17,3	18,3	32,6	x	25,4
22,1	11,7	7,5	18,4	17,8	9,0	13,3	13,8	79,1	13,4
20,5	10,8	8,1	16,1	16,3	9,7	12,4	13,3	78,1	13,4
75,2	56,9	48,5	40,6	63,8	29,0	37,8	63,5	x	55,0
45,3	23,7	17,8	31,7	44,3	15,3	19,8	35,3	75,0	38,1
30,2	15,9	11,8	20,5	35,1	12,7	16,9	23,4	77,0	26,1
74,6	53,8	47,6	35,5	62,5	29,0	33,8	61,1	x	54,3
39,6	21,5	16,3	25,6	40,8	13,9	15,4	29,7	81,3	32,6
29,7	14,1	10,1	18,7	33,5	11,0	13,9	22,7	78,3	23,6
26,8	12,2	10,6	56,8	34,2	15,5	24,8	41,5	x	23,7
18,6	11,1	9,1	30,0	19,9	18,6	26,7	15,8	80,4	14,8
14,7	9	6,5	23,6	17,1	14,2	24,1	13,2	77,8	11,7
18,7	8,6	7,7	47,3	23,5	12,9	20,2	38,9	x	21,0
12,2	7,4	6,4	18,3	13,3	9,5	11,3	11,1	84,9	9,7
10,8	6,9	4,8	20,1	12,1	7,9	13,3	10,6	79,9	10,4
28,8	16,8	9,7	28,1	32,3	12	15,9	30,5	x	25,7
26,9	14	8,2	37,0	34,8	14,9	28,0	21,1	77,4	20,3
24,4	13,4	10,1	33,7	29,6	17,6	30,7	20,0	75,8	15,1
24	13,6	7,9	18,7	18,6	26,8	16,3	24,7	x	22,4
29,8	16,2	10	29,5	30,1	42,9	46,3	21,4	76,6	20,7
25,9	11,2	8,2	24,8	41,2	45,5	23,1	29,8	88,1	18,6
35,3	21,4	13,7	32,7	32	14,2	17,5	32,7	x	29,7
36,6	20,2	9,7	49,1	40,9	14,4	29,9	28,3	70,1	22,1
28,1	15,1	8,4	42,6	33,8	15,9	34,5	21,2	71,2	16,8



NERVENTRAPMENTS

Liksom i årsrapporten för 2015 kan vi konstatera att resultaten efter neurolysooperation av ulnarisnerven inte är lika goda som efter karpaltunnelklyvning, vilket också stämmer med den kliniska erfarenheten. Efter ett år angav patienterna i medeltal 45,5 av 100 för domningar och 40,8 för svaghet. Nöjdhet med operationsresultatet var endast 57%, vilket är lägre än för övriga analyserade patientgrupper. Vad detta beror på kan vi bara spekulera i, faktorer kanske kan vara att diagnosen ställs senare, att ulnarisnerven är känsligare för tryck eller att diagnosen i vissa fall inte varit korrekt?

DUPUYTRENS KONTRAKTUR

Liksom tidigare år ses mycket stora regionala skillnader i behandlingsval. Kollagenasbehandlingar har bara registrerats från Stockholm, Linköping och Uppsala, medan operation verkar vara vanligt i Umeå och Örebro. Eftersom registreringar av nålfasciotomier och kollagenasbehandlingar inte registreras komplett i HAKIR kan vi tyvärr inte göra jämförelser mellan behandlingarna. Data i tabell 4 tyder dock på att patientrapporterade resultat är likvärdiga mellan kollagenas och operation efter ett år, men att opererade patienter har högre grad av köldkänslighet. En vetenskaplig studie av patientrapporterade resultat efter behandling av Dupuytrens kontraktur pågår (se sidan 23), men kräver troligen betydande komplettering med journaldata för att bli rättvisande.

AKUTA HANDSKADOR

Patientrapporterade resultat efter akuta handskador är svåra att analysera. Den preoperativa enkäten fylls inte i av alla patienter av logistiska skäl och det är antagligen många patienter som inte uppfattar att vi frågar om handsymptomen **före** den aktuella skadan. Det hela kompliceras ännu mer av att handskadorna varierar så mycket i sin karaktär. Det finns färre enkätsvar än förväntat för akuta handskador i Linköping och Örebro.

SENSKADOR

I tabellen redovisas endast "rena" senskador, dvs operationer med **en** diagnoskod för senskada och **en** operationskod för sensutur. Materialet innehåller både böj- och sträckenskador på olika nivåer och resultaten säger kanske inte så mycket. Ett intressant fynd är ändå att köldkänslighet tycks vara ett ganska uttalat symptom även ett år efter skadan. Det finns redan nu mycket dataunderlag för att göra mer omfattande analyser av patientrapporterade resultat efter akuta handskador av olika slag och vi välkomnar initiativ kring detta.

NERVSKADOR

I tabellen visas patientrapporterade resultat efter suturering av 831 digitalnervskador. Endast isolerade nervskador har inkluderats. Liksom för senskadorna är de preoperativa enkätsvaren svåra att tolka. Många patienter upplever fortsatt nedsatt känsel; 45,2 av 100; ett år efter operation. Kanske finns här förbättringspotential både kirurgiskt och rehabiliteringsmässigt? Att analysera resultat för skador på de stora nervstammarna vore intressant och allra bäst vore om vi även kunde samla resultat om funktion, motoriskt och sensoriskt. Mätmanual och i stort sett färdiga registerformulär finns på plats, men införandet kräver organisation och personalförstärkning på rehab-avdelningarna. Det vore också intressant att studera hur lång tid efter skadan som digitalnervskador repareras eftersom detta troligen varierar regionalt. Variabeln skadedatum infördes under 2016, men än så länge fanns uppgift om skadedatum bara för 12 operationer. Förhoppningsvis kan en analys göras till nästa årsrapport.

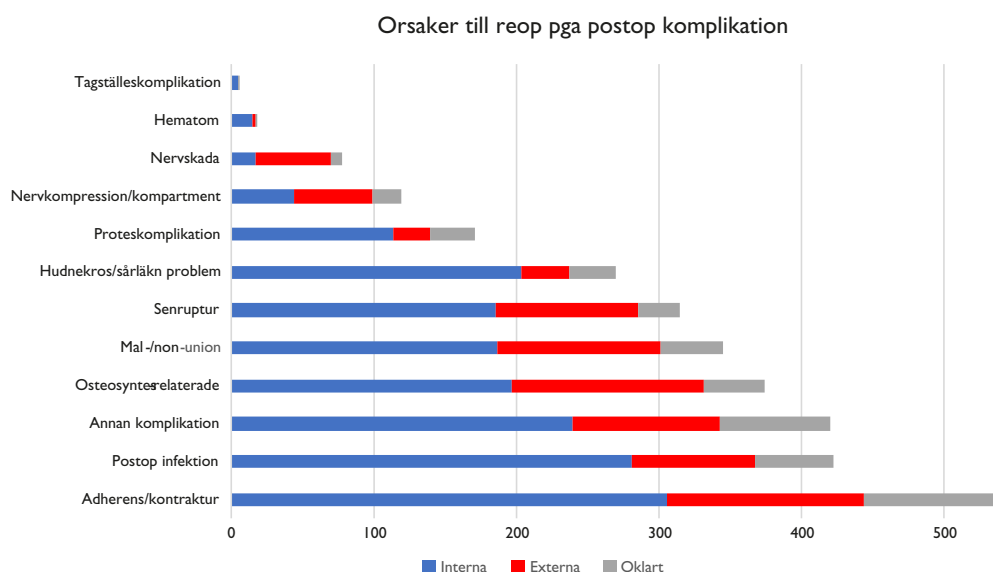
FRAKTURER

I tabellen visas enkätsvaren för operation av frakturer i finger- och tumfalanger för patienter utan samtidiga sensoriska nervskador. Även här ses ett högt medelvärde både för köldkänslighet (34,5) och för stelhet (33,8) ett år efter skadan. Resultaten visar att en betydande andel av dessa patienter tycks få bestående men av sin skada även om graden av upplevt funktionshinder bedömt med Quick DASH scoren inte ligger speciellt högt (16,8) och nöjdhet med operationsresultatet i medeltal är 71,2%.



Komplicerade postoperativa förlopp

Från start av HAKIR t o m 31 december 2016 hade 2 764 reoperationer på 2 441 patienter registrerats som reoperation på grund av postoperativ komplikation, vilket utgjorde 3,7 % av totala antalet operationer och 3,6% av alla opererade patienter. Vid 27% av dessa reoperationer hade det primära ingreppet gjorts vid annan klinik, dvs det var fall som remitterats till handklinik. Reopererade patienter var i medeltal 48,3 år (mellan 0 och 100 år), dvs samma som i totalmaterialet. 45,1% var kvinnor, en något lägre andel än i totalmaterialet i HAKIR. I figur 5 visas antal "orsaker" till reoperation pga komplikation och fördelning mellan interna och externa fall. Observera att flera orsaker för en enskild reoperation kan registreras.



Figur 5. Orsaker till reoperation på grund av postoperativ komplikation, totalt 3 081 registreringar. "Annan komplikation" utgjorde 14% av alla orsaker. Variabeln intern/extern infördes först 2015 och svar saknades i 14%, angivet med gråa fält i figuren.

I den nya dynamiska utdatarapporten på hemsidan är det enkelt att ta fram antal reoperationer pga komplicerade efterförlopp av olika slag för respektive enhet och tidsperiod. Tanken är att detta skall underlätta för kvalitetsansvariga och chefer på enheterna att följa upp sina resultat fortlöpande och genomföra förbättringsarbeten.

Liksom tidigare år så är det tyvärr ganska många reoperationer där orsaken angivits som "Annan orsak", trots att det genom fritexten går att anta att det gått att sortera

in på något av de befintliga alternativen. Ju mer noga vi registrerar, desto bättre kvalitet får vi på utdata. Liksom för protesregistreringarna, så skulle ett lite större engagemang från operatörerna kunna ge en stor förbättring av datakvaliteten. Det är mycket svårt för operationspersonal eller sekreterare att fylla i dessa uppgifter korrekt.



Omvårdnadsformuläret

Ett projekt med syfte att inkludera även omvårdnadsdata i HAKIR genomfördes under 2016. Efter genomfört pilotprojekt utvecklades ett formulär som började användas på tre kliniker i februari 2017.

Detta första formulär registrerar främst data om sårvård och om postoperativ information, men ytterligare variabler kommer att kunna läggas till längre fram. Mer detaljerad redovisning av insamlade data kommer i nästa årsrapport. Vi vill ändå här ge några "smakprov" på vad resultaten visar såhär långt.

Under perioden 27 februari till 14 juli 2017 registrerades 245 formulär för 198 patienter vid de handkirurgiska klinikerna i Malmö, Uppsala och Stockholm. Besökstyp,

typ av sår, planerad åtgärd och bakomliggande diagnos framgår ur figur 6 A-D.

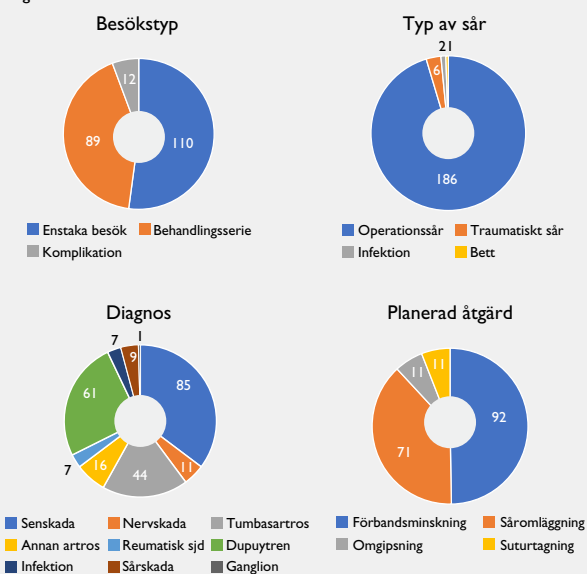
77% av förbanden var gipsförband, varav 8% var plastgips, resten kalkgips. Förbandets utseende vid ankomst och typ av inre förband visas i figur 7A-B. Det fanns stor lokal variation i val av förbandsmaterial. Hälften av såren var helt läkta, resten delvis läkta och i 12% fanns rodnad i kringliggande hud. I 9% angavs någon typ av sårkomplikation.

Figur 8 visar hur patienterna på en sk Numerical Rating Scale (NRS 0-10) graderat sin smärtupplevelse vid förbandsavtagning respektive vid suturtagning. Mycket få av de undersökta patienterna upplevde smärta vid avbandagring, men större spridning av svaren sågs för suturtagningen.

99% av patienterna (alla utom två) hade fått information om vikten av postoperativt högläge och 97% (alla utom 5) hade fått information om smärtbehandling.

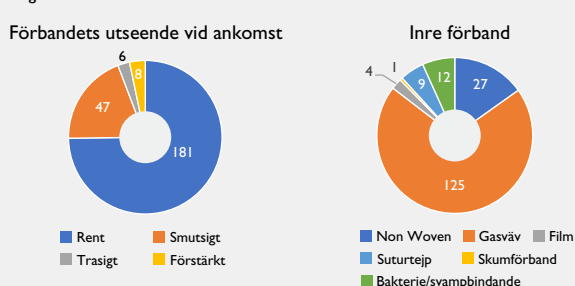
Genom att fortsätta att samla data i omvårdnadsformuläret kan vi ta reda på hur olika förbandsmaterial och suturerings tekniker fungerar för att förebygga obehag och läkningskomplikationer postoperativt för våra patienter. Vi kan lära av varandra genom att jämföra resultat mellan olika enheter. Brister i information till patienterna kan åtgärdas. Vi ser fram emot att fler kliniker börjar registrera omvårdnadsvariabler. Först skall dock det första formuläret utvärderas.

Figur 6 A-D



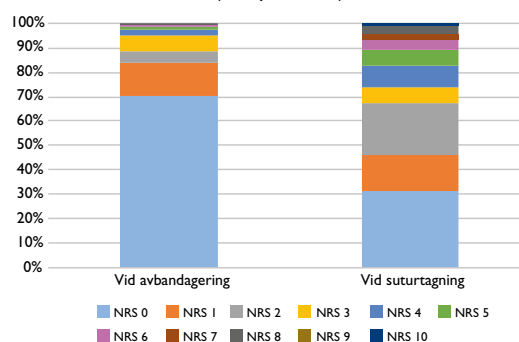
Figur 6 A-D Data från Omvårdnadsformuläret för totalt 198 patienter.

Figur 7 A-B



Figur 7 A-B Data från Omvårdnadsformuläret för totalt 198 patienter.

Patienters smärtupplevelse (181 patienter)



Figur 8 NRS= Numerical Rating Scale, där 0 anger ingen smärta/obehag och 10 maximala besvär.



Tumbasartroskirurgi

Totalt var 1 038 operationer inom utökad registrering av kirurgi för tumbasartros registrerade, en stor majoritet från Stockholm, Linköping och Uppsala, men enstaka även från de andra enheterna. Antal formulär från respektive enhet visas i tabell 5 och använda operationsmetoder i figur 9.

	Op formulär	Preop		3 mån postop		12 mån postop	
		Funktion	Enkät	Funktion	Enkät	Funktion	Enkät
Malmö (11)	0	0	0	0	0	0	0
Linköping (386)	353	177	190	141	105	42	88
Stockholm (407)	325	252	142	266	109	165	106
Umeå (19)	11	16	8	4	2	0	0
Uppsala (196)	162	139	117	94	57	57	55
Örebro (18)	6	14	3	3	0	0	0
Göteborg Hand Center (1)	1	0	0	0	0	0	0

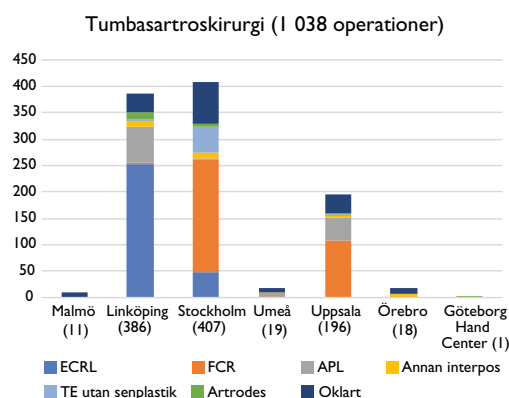
Tabell 5. Antal formulär inom utökad registrering av tumbaskirurgi per enhet. Antal registrerade patienter per enhet inom parentes, totalt 1 038.

I tabellen kan varje enhet studera var eventuella brister i uppföljningarna finns; om det gäller att få in operationsformulären eller de pre- och postoperativa uppföljningarna. Om vi i framtiden skall göra vetenskapliga studier på data så behöver vi också få upp svarsfrekvensen för enkäterna och en bra rutin är troligen att be patienterna fylla i enkäten samtidigt som de är på mottagningen för funktionsuppföljning. En stor eloge till rehab i Stockholm som lyckats få in så pass kompletta uppföljningar, även i Uppsala som startat senare ser det bra ut.

Några enheter hade registrerat enstaka funktionsuppföljningar men inte motsvarande operationsformulär, vilket gör att data egentligen inte kan användas. Man kan lätt i efterhand lägga in dessa uppgifter genom granskning av operationsberättelsen, vilket uppmuntras. För att få en bättre datakvalitet önskar vi att man anmäler till registerledningen när man önskar starta med utökade uppföljningar. Det skall då finnas logistik och resurser på plats att följa upp patienterna, annars riskerar vi att få en selektion av patienter och missvisande data. Det är förstås positivt att så många enheter som möjligt vill delta i uppföljningarna, särskilt eftersom variationen mellan enheterna i val av metoder är så stor.

Någon redovisning av funktionsdata för olika operationsmetoder görs inte i denna årsrapport. En del patientrapporterade resultat redovisas i avsnittet "Vad tycker våra patienter?". Vi behöver fortfarande samla mer funktionsdata (kraft, rörlighet) ett år efter operation innan vi

kan göra jämförelser mellan metoder. Mest intressant vore förstås att utreda om det finns någon skillnad i pinchkraft för patienter som genomgått trapezektomi med, respektive utan senplastik ett år efter operation. Jämförelse med protesopererade patienter vore också intressant. Vid genomgång av mätvärden för radialabduktion och palma-rabduktion i tumbasen noteras en del uppenbara felvärden. Det är erkänt svårt att mäta dessa vinklar och kanske kan vi exkludera denna mätning. Vidare diskussion får ske på nationella HAKIR dagen.



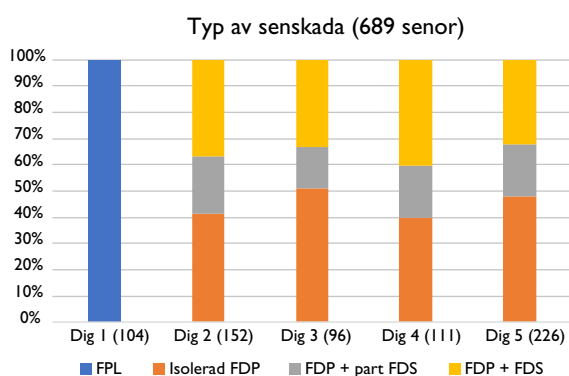
Figur 9. Registrerade operationsmetoder vid tumbaskirurgi på de olika enheterna. Antalet patienter inom parentes. ECRL, FCR, APL är olika interpositionsplastiker efter trapezektomi. TE = trapezektomi. Se även tabellen.



Böjsenkirurgi

Till och med 31 december 2016 hade 608 operationer (71% män) registrerats med utökat operationsformulär för böjsenskada. Medelålder för opererade patienter var 39,9 år. 6 % var under 18 år och 9% 65 år eller äldre. Detta är alltså skador som i stor utsträckning drabbar män i yrkesverksam ålder.

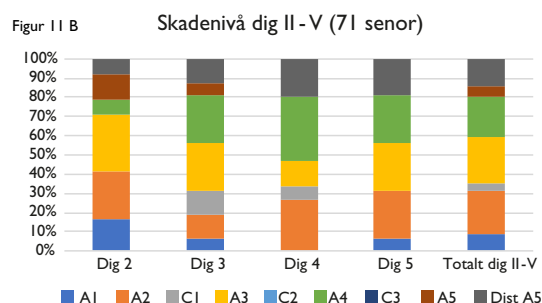
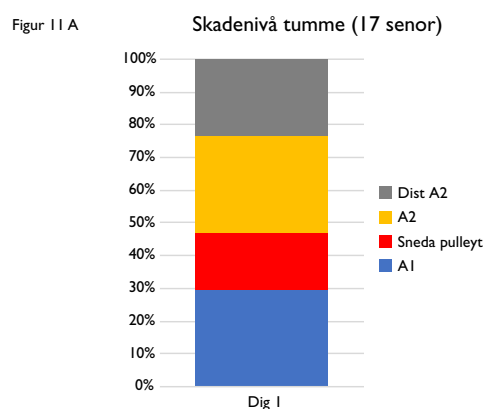
En dynamisk utdatarapport för böjsenskador finns sedan 2016 på vår hemsida. Graferna visar ledrörlighet vid 3 och 12 månader för olika typer av skador och rehabiliteringsprogram med möjlighet att välja variabler som klinik, tid mm. Syftet med rapporten är att väcka intresse för att göra mer detaljerade vetenskapliga analyser av resultaten så att vi kan identifiera bästa möjliga behandlingsregim för böjsenskador.



Figur 10. Fördelning av böjsenskador (%). FPL= Flexor Pollicis Longus, FDP= Flexor Digitorum Profundus, FDS= Flexor Digitorum Superficialis.

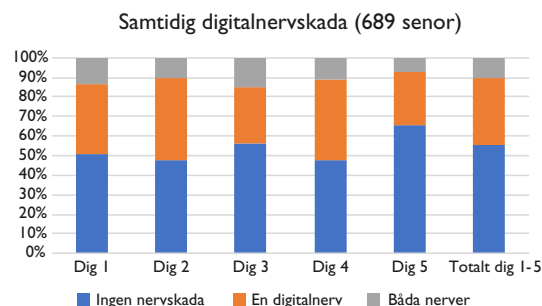
TYP AV SENSKADA

Totalt hade 698 senskador registrerats, fördelning visas i figur 10. 15% var avskärningar av tummens böjsena (FPL) resten var böjsenskador i fingrarna. Under 2016 reviderades böjsenformuläret i HAKIR. Skadenivå relativt senskidan noteras nu och även distala skador (zon I) inkluderas. Figur 11 A-B visar skadenivåer där denna uppgift fanns. Vanligaste skadenivå i fingrarna var i PIP-ledsnivå (A3), mer proximalt i de radiala än i de ulnara fingrarna. Reinsertioner (distalt A5 i fingrar, respektive distalt A2 i tummar) utgjorde 10-20% av alla skador. Skador proximalt om senskidan och skador med samtidig fraktur, sträcksenskada, huddefekt eller cirkulationsstörning inkluderas inte.



Figur 11 A-B. Skadenivåer för A. FPL- respektive B. FDP-senan relativt senskidepulleyts.

Vid ungefär hälften av alla böjsenskador var även digitalnerverna skadade, se figur 12.

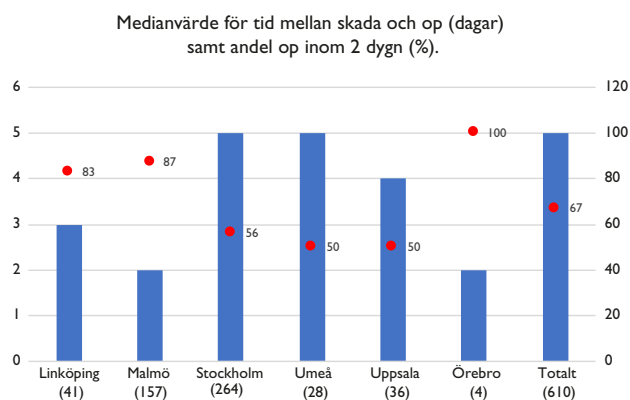


Figur 12. Andel böjsenskador (%) med samtidig nervskada.



TID SKADA TILL OPERATION

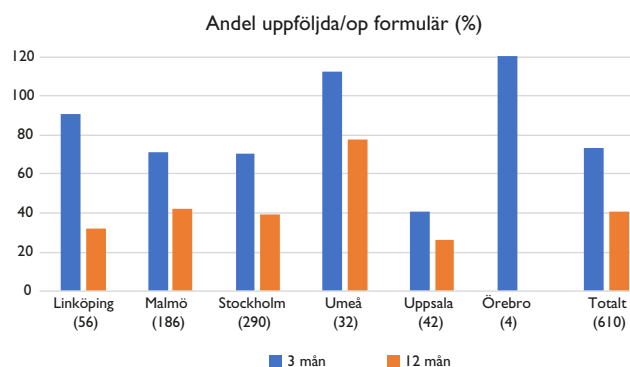
Liksom tidigare år ser vi stora skillnader mellan olika landsändar i hur tidigt efter skadan som böjsenor repareras, se figur 13. I Linköping och Malmö (samt Örebro, men än så länge med mycket få patienter) opereras böjsenskador i nästan 90% inom 2 dygn efter skadan. Endast hälften av patienter i Stockholm, Umeå och Uppsala opereras inom 2 dygn. Vi kan inte från registerdata utläsa orsaker till att operationerna sker senare, men man kan anta att klinikerna har olika prioriteringar för akuta skador. Vi vet ännu inte om dessa skillnader har någon betydelse för slutresultatet, t ex för ledrörlighet, rupturfrekvens eller postoperativa infektioner. Varken ur kirurgisk-teknisk synpunkt eller patient-synpunkt kan det ändå anses optimalt med flera dagars fördröjning. Vi överväger att använda denna variabel som en nationell kvalitetsindikator.



Figur 13. Medianvärde för tid (dagar) mellan skada och operation av böjsenskada (staplar; vänstra y-axeln) samt andel (%) opererade inom 2 dygn efter sin skada (punkter; högra y-axeln). Antal operationer inom parentes.

ANDEL UPPFÖLJDA PATIENTER

Totalt hade 694 funktionsuppföljningar 3 och 12 månader efter operation genomförts. Andelen uppföljda per klinik visas i figur 14. Flera av klinikerna verkar ha fått igång väl fungerande uppföljningsrutiner. Tidpunkterna 3 och 12 månader är inte helt optimala för böjsenskadorna. Tre månader är lite tidigt och efter ett år kan det vara svårt att få in dessa unga aktiva människor för uppföljning. Samtidigt är det en fördel att ha samma uppföljningstidpunkter genomgående i HAKIR. Att tidigt informera patienterna att vi önskar undersöka dem ett år efter skadan och att kanske kombinera detta besök med intygsskrivning till försäkringsbolag kan vara bra sätt att få in kompletta ett-årsuppföljningar. Detta finns inga formella hinder att en läkare istället för en fysioterapeut fyller i uppföljningsformuläret om det är mer praktiskt.



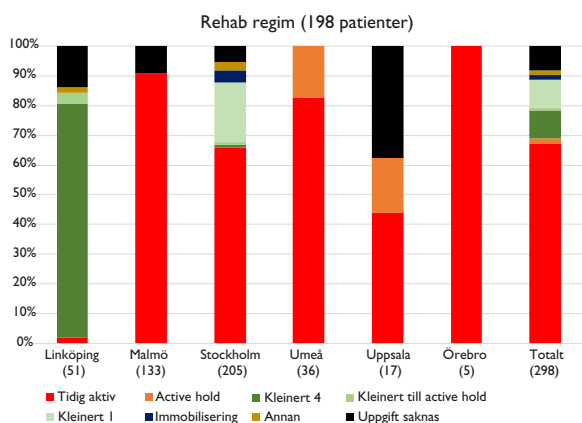
Figur 14. Andel funktionsuppföljda patienter / antal registrerade operationsformulär per enhet (%). Om >100%, så fanns det fler uppföljningar än operationsformulär. Observera att uppföljningstidpunkten kanske inte hunnit infalla för vissa patienter. Siffrorna inom parentes anger antal registrerade operationsformulär per enhet.

OPERATIONSTEKNIK

Vid revision av operationsformuläret för böjsensuturer 2016 infördes möjlighet att registrera olika suturteknik för olika fingrar, vilket var nödvändigt. Tyvärr krånglar detta till analysen av data en del. Helt klart är dock att olika tekniker dominerar på de olika klinikerna i landet. Följande mönster framkommer: Linköping: Kessler suturer med Maxon (resorberbar monofilament); Malmö: Tsuge-loop sutur med Fiber wire (flätad, ej resorberbar); Stockholm: Tsuge-loop-sutur med polyester (flätad, ej resorberbar) eller Fiber wire samt en del Kessler med nylon (monofil, ej resorberbar); Umeå: Kessler med nylon, Örebro: Kessler med flätad polyester. På alla klinikerna förekom även en del andra tekniker och material, bland annat crisscross-, madrass- och Becker-sutur. Man kan spekulera i hur denna variation uppkommit och om den har någon betydelse för resultaten.

REHABILITERINGSPROGRAM

Uppgift om rehabiliteringsprogram fanns för 298 patienter. Liksom tidigare år ser vi mycket stora skillnader mellan enheterna, se figur 15. Tidig aktiv flexionsträning var vanligast (70%), men i Linköping användes Kleinert-mobilisering med fyra-fingerkoppling nästan uteslutande. Tyvärr saknades uppgifter i ganska många fall. Dessa uppgifter skulle kunna kompletteras från journalhandlingar av lokalt registeransvarig.



Figur 15. Rehabiliteringsprogram efter böjsenskada (%).Antalet operationer per enhet inom parentes. Kleinert 1 respektive 4 syftar på att ett eller fyra fingrar kopplats med gummiband under träningen.

LEDRÖRLIGHET

I den nya dynamiska rapporten på hemsidan kan ledrörlighet för olika typer av böjsenskador, sutur- och rehabiliteringstekniker för de olika klinikerna lätt tas fram. Observera att man alltid måste se efter hur många mätningar som grafen baseras på och tolka resultaten med försiktighet.

Ledrörlighet i ytterleden efter sutur och rehabilitering av tummens böjsena (FPL) (totalt 114 mätningar) var i medeltal 42° efter 3 månader och 62° efter 12 månader. Förbättringen tycktes främst bero på att hyperextension i leden återkommit. För fingrarna (FDP-senor) var aktiv DIP ledrörlighet efter 3 månader i medeltal 34° och efter 12 månader 46° (695 mätningar). Total Active Motion (MCP+PIP+DIP-led) var 200° resp 219° (målvärde 260°).

Vi har ännu för lite data för att se om det finns skillnader mellan klinikerna eller mellan olika behandlingar. Några stora skillnader ser vi inte ännu, utom att möjligen att Uppsala-patienterna (8 patienter) fått något bättre rörlighet. Rent allmänt ser resultaten bra ut jämfört med publicerade data.

SENRUPTURER

Inga senrupturer hade registrerats i funktionsformuläret, men i grundformuläret återfanns totalt 22 reoperationer av senrupturer för de 609 patienterna, vilket ger en rupturfrekvens på 3,6%. Det var en mycket stor variation mellan klinikerna, Umeå och Örebro hade inte registrerat en enda böjsenruptur, se tabell 6 nedan. Än så länge har dessa kliniker alltför få patienter för att veta om den låga andelen rupturer beror på slumpen eller ej. Det kan också vara så att alla rupturer inte registreras eller att de inte reopererats i samma utsträckning vid klinikerna. Detta sagt, så verkar det finnas en skillnad i rupturfrekvens mellan de två stora klinikerna, där Malmö endast hade tre registrera-

de rupturer (1,6%), varav en på ett fyraårigt barn och en tumsena. Stockholm hade 4 FPL rupturer och 9 FDP rupturer, vilket ger en frekvens på 4,5%. 19 av de 22 rupturerna drabbade män mellan 35 och 65 år. Det blir intressant att analysera data igen när vi samlat mer material. Det är mycket viktigt att alla rupturer registreras. Eftersom fysioterapeuterna är de som har närmast kontakt med patienterna under den tidiga postoperativa perioden ber vi dem registrera i funktionsformuläret när en ruptur uppstått eller misstänks. Vi inför denna variabel snarast under året och den kan registreras redan före 3 månaders-uppföljningen. Närmare diskussion skall ske på HAKIR dagen hösten 2017.

En annan diskussionspunkt är ifall tumsenor bör opereras eller rehabiliteras på annat sätt än nu eftersom rupturfrekvensen verkar betydligt högre för FPL- (6,7%) än för FDP-senor (2,5%).

	Totalt antal op	Antal rupturer	Rupturfrekvens (%)	Kvinnor/ Män	Median-ålder (år)
Linköping	56	3	5,4	2 / 1	59
Malmö	185	3	1,6	0 / 3	48
Stockholm	289	13	4,5	0 / 13	48
Uppsala	42	3	7,1	1 / 2	49
Umeå	32	0	0		
Örebro	5	0	0		
Totalt	609	22	3,6	3 / 19	48

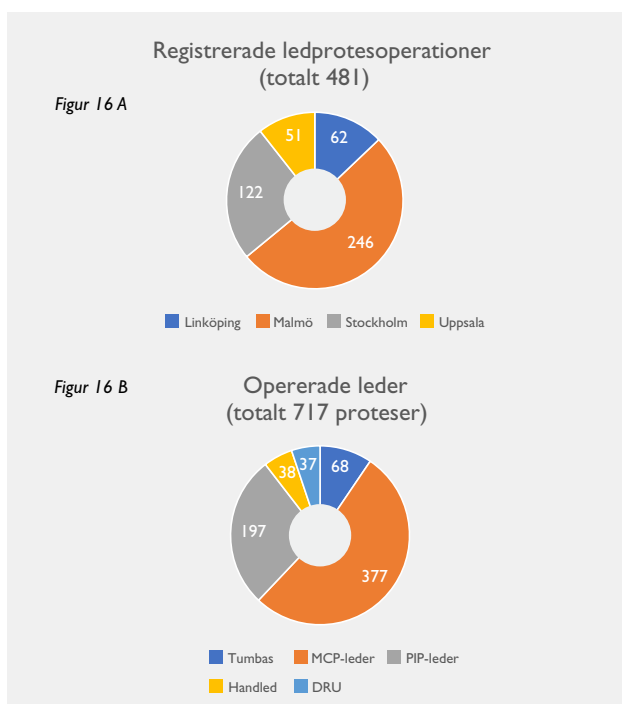
Tabell 6. Senrupturer efter primär sensutur på patienter registrerade i utökad böjsenuppföljning.

Under 2015 beslutade styrgruppen för HAKIR att utökad registrering av böjsenskador i fingrarna (zon I och II) skulle införas vid alla sju specialistklinikerna. Ännu i augusti 2017 hade Göteborg inte startat och Örebro hade endast registrerat 5 skador under 2016. Ständiga omorganisationer inom sjukvården försvårar kvalitetsregisterarbete och det är svårt att motivera personal till extra arbetsinsatser. Det är viktigt att ha nationell täckning för böjsenskador. Det är vanliga skador och patienter prioriteras, opereras och rehabiliteras på olika sätt runt om i landet. Vi vet i nuläget inte om dessa skillnader har betydelse för slutresultatet eller ej.



Ledproteskirurgi

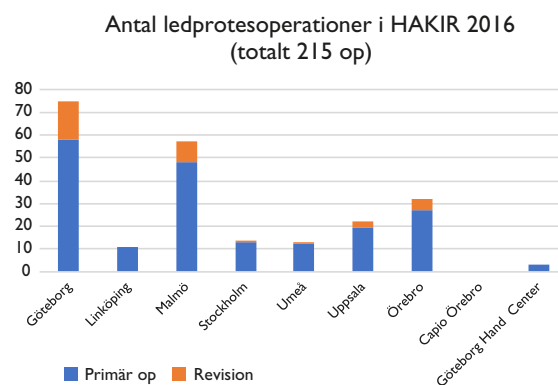
Fyra enheter deltog i utökad registrering av ledproteskirurgi. Till och med 16/231 hade 481 operationer och 717 ledproteser registrerats i utökat formulär i HAKIR på dessa kliniker, se figur 16 A och B.



Figur 16 A-B. Registrerade ledprotesoperationer i utökad registrering sedan start av HAKIR på de fyra deltagande enheterna. A. Fördelning mellan enheterna; B. Fördelning mellan opererade leder. DRU=Distal Radio-Ulnarled.

Utifrån operationskoder (NDB + NDC i 1:a eller 2:a position) i grundformuläret hade totalt 1 224 ledprotesoperationer, inklusive 185 revisioner (15%) utförts nationellt sedan start av HAKIR, varav 215 under 2016. Fördelning av ledprotesoperationer mellan enheterna i grundregistreringen under 2016 framgår ur figur 17. Utökad registrering i HAKIR motsvarar således knappt 40% av alla ledprotesoperationer under perioden.

Volymen av ledproteskirurgi varierar mycket mellan olika delar av landet och antalet operationer är fortfarande ganska litet i förhållande till annan handkirurgi. Det är en viktig grupp att följa upp eftersom ledproteskirurgi och rehabilitering är resurskrävande. Nya implantat kommer ofta ganska oprövade ut på marknaden och fortfarande är revisioner vanliga. Grundregistreringen ger oss uppgift om revisionsfrekvens men inte om protestyp eller om funk-



Figur 17. 17 Antal ledprotesoperationer (primära resp revisioner) utförda vid respektive enhet under 2016 utifrån registrerade operationskoder. 215 operationer, varav 36 revisioner (17%).

tionsresultat, det är därför mycket angeläget att samtliga enheter kommer med i den utökade registreringen.

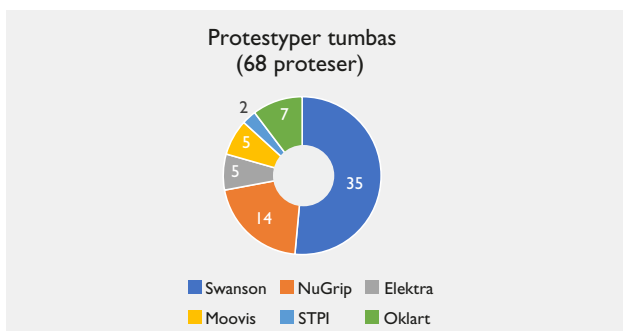
Vi har under 2016 förbättrat protesformuläret i utökade registreringen för att säkerställa att vi får in korrekta uppgifter om protestyper. Man skall nu kryssa för protestypen från en rullgardinslista. En del felaktigheter och oklarheter finns tyvärr fortfarande kvar. Detta har medfört ett betydande detektivarbete att ta reda på exakt vilken protes som använts eftersom det ibland bara stått "Device chart label" för variabeln "Protestag". Vid framtida audits på klinikerna kommer vi att gå igenom detaljerna i protesregistreringen. Ett ökat engagemang från opererade läkare när formuläret fylls i vore av värde.

Vi behöver också diskutera uppföljningen, att endast följa upp ledproteser tolv månader är inte tillräckligt och vi behöver även få in rutiner för att registrera röntgenuppföljningarna. Detta sagt, så är det ändå imponerande att vi kunnat registrera över 700 ledproteser. Vi har ett ganska stort antal enkätsvar från opererade patienter, se nedan, däremot än så länge alltför få funktionsuppföljningar för att kunna redovisa resultat.



TUMBASPROTESER

Opererade patienter hade medelålder på 63 (44-81) år och 82% var kvinnor: 68 tumbasprotosoperationer var registrerade, varav 61 var primära ingrepp och 7 (10%) var revisionsoperationer. Fem olika protestyper hade använts, se figur 18. Swanson trapeziumprotoser (silikon) utgjorde 50%. Alla Swansonprotoser, utom en, och alla Nugrip-protoser hade satts in i Malmö. De fem Elektra-protoserna hade alla satts in i Stockholm. Cementfixation hade endast använts vid en protosoperation i tumbasen.



Figur 18. Protestyper i tumbasen. 30 protoser försörjde endast CMC I leden, medan 38 protoser sattes in efter trapezektomi, varav 35 var Swansonprotoser.

Enkät svar fanns för 34 patienter efter tumbasprotosoperation, flest svar fanns för Swanson och Nugrip-protoserna, se tabell 7. Med stor reservation för att antalet svar är litet, så verkar båda protosmodellerna ge god smärtlindring redan 3 månader efter operation. Jämfört med resultaten för trapezektomi med och utan senplastik så ligger medelvärdena för belastningssmärta lägre både efter 3 och 12 månader (sidan 11).

MCP – LEDSPROTESER

Operation av 375 MCP-ledsprotoser i dig II-V hade registrerats. Protostyperna visas i figur 19. Silikonprotoser var mest använda (68%), därefter pyrocarbonprotoser (11%), medan SR- protoser bara utgjorde 2%. 14 MCP-ledsprotoser var cementerade.

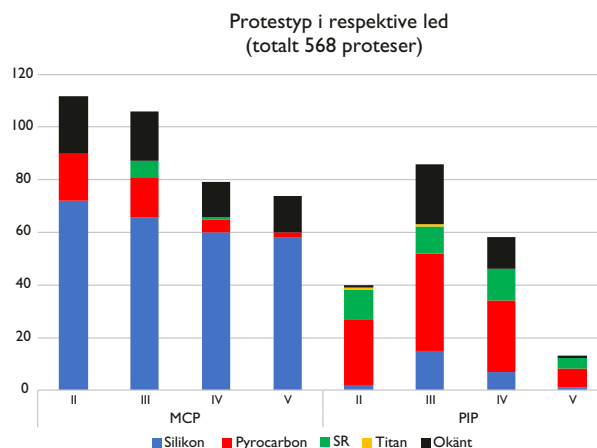
116 MCP-ledsprotoser sattes in vid revisionsoperation (31%). En stor majoritet (74%) av dessa revisioner var byte av silikonprotoser som frakturerat. Endast en pyrocarbon-protos och en SR- protos hade reviderats. Infektion angavs inte som orsak till revision i något fall.

PIP-LEDSPROTESER

Operation av 227 PIP-ledsprotoser dig II-V hade registrerats. Protostyperna visas i fig 19. Pyrocarbonprotoser utgjorde nästan hälften (49%), följt av SR-protoser (19%) och silikonprotoser (13%). 20 PIP-ledsprotoser (9%) var cementerade.

24 PIP protoser sattes in vid revisionsoperation (12%). Av dessa var 8 silikon-, 6 pyrocarbon- och 3 SR-protoser.

En del funktionsdata för MCP- och PIP-ledsprotoser finns registrerade. Vi behöver dock bättre analysfunktioner i registerdatabasen för att analysera data med en realistisk arbetsinsats. Det finns än så länge också för lite data för att kunna göra jämförelser mellan protosmodeller. Vi får återkomma i senare årsrapporter.



Figur 19. Protostyper i MCP- och PIP-leder; totalt 375 MCP- och 227 PIP-ledsprotoser. Benämning av tvåkomponentprotoser med kobolt-kromlegering och polyetylenledyta har växlat över tiden med olika namn som SR, Avanta, SBI, Viking Medical etc. Benämns här SR (Surface Replacement).

	Belastningssmärta			Rörelsesmärta			Vilovärk			QuickDASH		
	Preop	3 mån postop	12 mån postop	Preop	3 mån postop	12 mån postop	Preop	3 mån postop	12 mån postop	Preop	3 mån postop	12 mån postop
Swanson (13/20/21)	76,4	29,1	21,9	60,7	11,4	7,6	51,5	8,2	3,3	56,1	27,1	24,6
Nugrip (13/10/6)	62,9	33,6	28,3	31,8	8,7	11,7	21	4,2	3,3	45,2	43,4	20,3

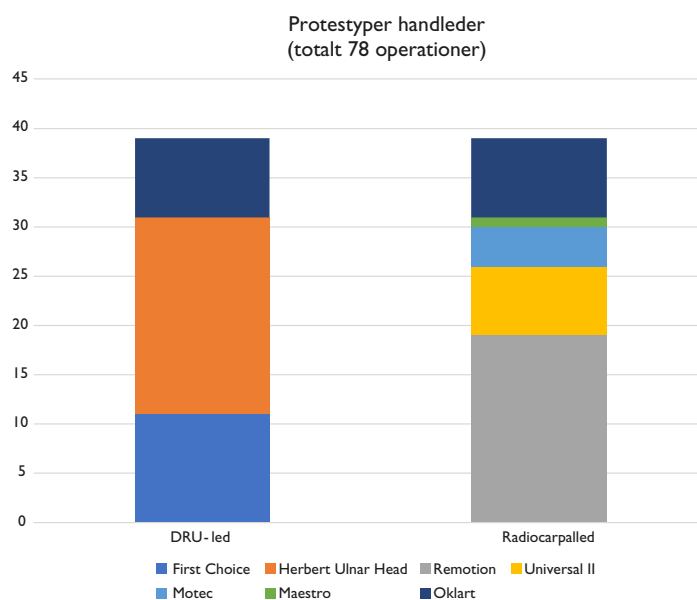
Tabell 7. Enkät svar för patienter opererade med Swanson respektive Nugrip-protos i tumbasen. Antal svar före, samt 3 och 12 månader efter operation inom parentes.



HANDLEDSPROTESER

Opererade patienter hade en medelålder på 59 (21-81) år och 66% var kvinnor. 78 handledsprotesoperationer hade registrerats, 39 DRU leds- och 39 radiocarpalledsproteser. Protestetyper visas i figur 20. Herbert ulnar head protes var vanligast i DRU leden (51%) följt av First Choice (28%). Radiocarpalt var Remotion vanligast (49%) följt av

Universal II (18%). Tyvärr var uppgifter fel ifyllda eller så saknades protestetags helt för många operationer. Majoriteten av handledsproteser (64%) hade opererats i Malmö, ungefär lika många i Linköping och Uppsala. 3 DRU-ledsproteser och 9 handledsproteser sattes in vid revisionsoperation (8% resp 23%).



Figur 20. Protestetyper vid 78 handledsprotesoperationer. Tyvärr gick det inte att få fram protesmodell för 16 proteser (20%) pga felaktig registrering av protestetags.





Så här används HAKIR

Det viktigaste syftet för ett kvalitetsregister är att förbättra vården. Vi menar att HAKIR redan uppfyller detta syfte på flera sätt. En del av det som nedan beskrivs kommer att få fullt genomslag i vården först efter längre tid.

VALIDERING AV REGISTERDATA

Patientrapporterade data är viktiga i HAKIR. Under 2016 startade vi ett projekt för att undersöka egenskaperna hos den del av patientenkäten i HAKIR som vi själva konstruerat. Enkäten består av åtta frågor om symptom från hand och arm, graderade 0 - 100. I valideringsprojektet undersöker vi bland annat korrelationer mellan de olika frågorna, mellan symptomfrågorna och frågorna i den andra delen av enkäten; QuickDASH, bortfall för vissa frågor och golv- och takeffekter i svaren. Vi analyserar också hur enkäten fungerar för att mäta effekten av behandlingar för olika diagnoser. I projektgruppen ingår statistiker Mikael Åström från RC Syd och arbetsterapeut Ingela Carlsson från Handkirurgen i Malmö.

LOKALT KVALITETSARBETE

Under 2016 färdigställdes en dynamisk utdatarapport öppet på vår hemsida där data grafiskt presenteras med olika urvalskriterier. Lokalt kvalitetsansvariga och verksamhetschefer kan nu enkelt själva ta fram aktuella data för sin enhet i jämförelse med nationella resultat, t ex vad avser postoperativa komplikationer och patientrapporterade symptom för olika diagnoser. Rapporterna visar också antal utskickade enkäter, svarsfrekvens och antal uppföljda patienter i den sk utökade registreringen. Goda förutsättningar för lokalt kvalitetsarbete har skapats och vi hoppas att detta utnyttjas av enheterna.

TELEFONUPPFÖLJNING AV MISSNÖJDA PATIENTER

Under 2016 gjordes i Stockholm och Uppsala telefonuppföljning av patienter på den egna kliniken vilka i enkäten svarat att de var mycket missnöjda antingen med bemötandet eller med operationsresultatet (värde >70 av 100). Syftet var dels att i förbättringssyfte ta reda på orsak till missnöjet, och dels en misstanke om felsvar på de två frågorna om nöjdhet. Samtliga patienter uttryckte det som mycket positivt att någon hörde av sig angående enkäten. Det visade sig att drygt hälften av patienterna helt hade vänt på skalan och istället var maximalt nöjda.

För de patienter som faktiskt var missnöjda framkom olika orsaker; framförallt gällde det information och bemötande. På HAKIR dagen hösten 2016 uppkom en diskussion kring det etiska i att ringa upp patienter som svarat på en enkät. Förutom ev obehag för patienterna ansåg man att data i registret kunde manipuleras. Jurist på SKL och expert på kvalitetsregistercentrum (QRC) tillfrågades och förutsatt att kvalitetsuppföljningen görs av kvalitetsansvarig på kliniken och inte utgår från registret så är förfarandet t o m att rekommendera. Det viktigaste syftet med kvalitetsregister är ju just att använda insamlad information för förbättringsarbete. På styrgruppsmöte våren 2017 beslöt vi att en ruta skall läggas till i enkäten där patienten kan godkänna att bli uppringd. Enkätsvar i registret kommer inte att ändras även om de är felaktiga men det finns ett stort behov att förbättra enkäten avseende dessa två nöjdhetsfrågor. De enheter som önskar ringa upp sina patienter i förbättringssyfte kan göra så, men det är frivilligt.

OMVÅRDNADSPROJEKTET

På initiativ av sjuksköterskor och undersköterskor i den nationella arbetsgruppen för HAKIR genomfördes 2016 ett projekt med syfte att beskriva omvårdnadsinsatserna inom handkirurgin. Ett pilotprojekt genomfördes vid tre kliniker och ett omvårdnadsformulär gick i drift i februari 2017, se redovisning ovan på sidan 14.

HANDREHABILITERING OCH FUNKTIONSUPPFÖLJNING EFTER OPERATION

Handrehabilitering är en avgörande del av handkirurgisk vård och specialiserade fysioterapeuter och arbetsterapeuter finns på alla handkirurgiska enheter. Dessa yrkesgrupper har varit mycket aktiva och betydelsefulla inom HAKIR. En mätmanual som beskriver hur rörlighet och kraft i handen skall undersökas har skapats och den finns både i tryck och fritt tillgänglig på hemsidan. Under 2016 utarbetades också en manual för utvärdering efter nervskador. Vi har nu nationell konsensus om hur man skall utvärdera och dokumentera handfunktion på ett evidensbaserat och standardiserat sätt och detta kommer att få stor betydelse för framtida kvalitetsarbete och forskning.



NATIONELLA SKILLNADER I TILLGÅNG TILL OPERATIONSRESURSER FÖR HANDSKADOR

Inom utökad registrering av böjskador registreras skadedatum, vi har funnit betydande regionala skillnader vad gäller väntetid för operation, se ovan. Under 2016 lade vi till uppgift om skadedatum även för andra handskador; t ex frakturer och nervskador. Det är väl känt att resultaten efter såväl nerv- som frakturkirurgi blir bättre vid tidig åtgärd. När vi samlat in tillräckligt med data kan vi beskriva hur resurserna för operation av handskador ser ut i olika delar av landet och kan relatera till ev förekomst av postoperativa komplikationer. Detta tidsintervall kan bli aktuellt som en kvalitetsindikator för öppen redovisning på Vården i Siffror, men styrgruppen för HAKIR har ännu inte fattat beslut om detta.

NATIONELLA SKILLNADER I BEHANDLINGSRUTINER VID VANLIGA HANDKIRURGISKA DIAGNOSER

Sedan start av HAKIR har analyser av registerdata visat att behandlingsrutiner, både operationsmetoder, rehabiliteringsprogram och omvårdnadsinsatser, skiljer mycket mellan olika regioner. Protesförsörjning av handens leder vid artros och inflammatorisk ledsjukdom visar speciellt stor variation, se avsnitt ovan. Vi vet inte ännu om dessa skillnader har betydelse för behandlingsresultaten, men genom HAKIR kan vi framöver ta reda på det genom vetenskapliga studier. Ur patientsynpunkt är det viktigt att god och likvärdig vård erbjuds alla, oavsett bostadsort och lokal behandlingstradition.

FORSKNING

Två reviewergranskade publikationer innehållande HAKIR data under 2016-17:

- Von Kieseritzky J, Nordström J, Arner M. Reoperations and postoperative complications after osteosynthesis of phalangeal fractures: a retrospective cohort study. *J Plast Surg Hand Surg*. 2017 May 2:1-5.
- Arner, M. Developing a national quality registry for hand surgery: challenges and opportunities. *EFORT Open Rev* 2016;1: 000044.

Pågående forskningsprojekt

- **Senrupturer efter plattfixation av radiusfrakturer** (*Carin Rubenson, Linköping*).
Plattfixation av radiusfrakturer har blivit allt vanligare. Osteosyntesmaterial kan på sikt orsaka skador på sträck- och böjsenor. Dessa skador behandlas nästan alltid vid de handkirurgiska klinikerna och ingreppen registreras i HAKIR. Senskador i relation till typ och placering av osteosyntesmaterial studeras som del i ett doktorandprojekt.
- **Mobil app för att förbättra rehabilitering efter böjsenskada.** (*Jonas Svingen, Stockholm*)
HAKIR har medverkat i utvecklingen av en mobil applikation ("Böjsenskada") med information om skadan och

rehabiliteringen, videopresenterade träningsprogram och påminnefunktion. Appen utvärderas sedan februari 2017 i en randomiserad kontrollerad multicenterstudie vid fyra handkirurgiska kliniker. Vi tror att mobila applikationer kommer att få stor betydelse inom handrehabilitering framöver.

- **Nervinklämningar i arm/hand hos diabetiker** (*Malin Zimmerman, Malmö*)
Data i HAKIR för operationer av medianus- och ulnarisnerventrapment samkörs med uppgifter i nationella diabetesregistret och patientrapporterade operationsresultat analyseras. Studien startades 2017 och ingår i ett doktorandprojekt.
- **Patientrapporterade resultat efter operation av tumbasartros** (*Martin Roginski, Stockholm*).
De flesta studier som jämför resultat efter olika typer av operationer för tumbasartros är publicerade, men de flesta inkluderar relativt få patienter och saknar detaljerad analys av patientrapporterade resultat. I den aktuella studien analyseras nationella resultat från HAKIR för över 1 000 operationer. Studien är ett ST-läkarprojekt.
- **Patientrapporterade resultat efter kollagenasbehandling respektive operation vid Dupuytrens kontraktur** (*Madeleine Harryson, Örebro och Uppsala*).
Kollagenasbehandling av Dupuytrens kontraktur infördes i Sverige 2011, men konsensus om metodens berättigande saknas inom svensk handkirurgi och det finns stor variation nationellt i användningen. Studien skall analysera registrerade data för de olika behandlingarna avseende patientrapporterade symptom. Studien är ett ST-läkarprojekt.
- **Resultat av handledskirurgi** (*Thorsten Schriever, Stockholm*)
Ett nytt formulär för utökad registrering av interkarpala artrodeser och av skafoideumkirurgi har införts och inkluderar nu patienter i en prospektiv studie som är del i ett doktorandprojekt.
- **Sjukskrivning efter handkirurgi** (*Marianne Arner, Stockholm*)
Det finns stor variation i behovet av sjukskrivning efter handkirurgiska ingrepp även oavsett typ av arbete. Att redan före operation kunna identifiera patientgrupper med risk för lång tids arbetsförmåga och sätta in förebyggande åtgärder skulle kunna ge en stor samhällsekonomisk vinst. Vi avser samköra patientrapporterade resultat före och efter operation från HAKIR med data från Försäkringskassan och SCB (socioekonomi). Medel söks från Försäkringskassan för att kunna genomföra projektet.



Sammanfattning

Handkirurgi är en specialitet som tidigare helt saknat kvalitetsregister. Genom HAKIR har vi påvisat betydande regionala skillnader såväl för operations- och rehabiliteringsmetoder som för omvårdnadsrutiner. Vi kan anta att dessa skillnader uppstått genom lokal tradition, utgående från kunskap och erfarenhet som inhämtats av medarbetare på respektive klinik under många år.

Ur patientperspektiv är detta inte optimalt och patienter som flyttar eller söker second opinion i en annan region kan få ganska olika besked och olika förslag på behandling även för mycket vanliga tillstånd. Trots en aktiv specialitetsförening så har troligen våra behandlingsmetoder för vanliga handkirurgiska tillstånd inte diskuterats och analyserats i tillräcklig grad. Vi vet i nuläget inte säkert om det finns skillnader i behandlingsresultat mellan de olika metoderna. Ett långsiktigt och välfungerande kvalitetsregister kan ge oss svar på detta och kan göra vården bättre och mer likvärdig nationellt.

Publicerad evidens för olika handkirurgiska metoder är sparsam. Internationella studier kan omfatta många individer, men har ofta otillräcklig uppföljning och speglar inte svenska förhållanden. Det finns endast ett fåtal svenska randomiserade studier där olika behandlingsmetoder jämförs och gemensamt är att antalet inkluderade patienter är litet och det är därför svårt att dra några generella slutsatser av resultaten. Det är också mycket kostsamt och tidskrävande att genomföra dessa studier, särskilt om flera kliniker skall delta. Inom handkirurgin finns begränsade möjligheter att få stöd från medicinteknisk industri för vetenskapliga studier och det finns också nackdelar med sådana lösningar. Registerbaserade studier som visar behandlingsresultat direkt ur klinisk verklighet med stora patientpopulationer kommer att kunna ge oss unik information för att förbättra vården. En styrka med HAKIR är att vi både registrerar data vad gäller handstatus, postoperativa problem och patientupplevelser:

Sedan start i liten skala 2010 och med nationell täckning sedan 2014 har HAKIR redan åstadkommit ett flertal förbättringar:

- Patienter som har eller planerar att genomgå handkirurgisk behandling kan på vår hemsida se vilka symptom som andra patienter med samma diagnos upplevt före och efter operation. Vi planerar att fortsätta utveckla dessa funktioner på hemsidan.

- Vi har under 2016 -17 infört öppen redovisning av aggregerade data av bland annat postoperativa komplikationer i en dynamisk graf på vår hemsida. Det är nu enkelt att lokalt följa sina egna resultat och genomföra förbättringsarbeten.
- Representanter för alla yrkeskategorier och alla kliniker träffas två gånger per år på HAKIR dagarna. Vid mötena diskuteras registerrutiner och resultat från HAKIR, ges utbildning t ex i registerstatistik, juridik och vetenskaplig metodik. Mötena är ett viktigt forum för att jämföra rutiner och för att öka samarbetet mellan klinikerna.
- Centrala registerkoordinatören och registerhållaren besöker regelbundet klinikerna för att ge support kring registerarbetet. Framöver planerar vi införa mer formella "audits" där vi systematiskt går igenom hur man lokalt arbetar med HAKIR och ger råd om hur data kan användas för kvalitets- och förbättringsarbeten.
- De båda mätmanualer som utvecklats av fysioterapeuter och arbetsterapeuter i nationell konsensus inom HAKIR är en förutsättning för framtida vetenskapliga analyser av registerdata.
- I det under 2017 införda Omvårdnadsformuläret samlar vi in viktig och intressant ny kunskap om patienternas vård.
- En mobil applikation för att förbättra information och delaktighet i rehabiliteringen av patienter med böjsenskada har utvecklats och utvärderas nu i en randomiserad studie.
- Ett flertal forskningsprojekt, de flesta med fokus på patientupplevda resultat. En forskningsstyrgrupp har bildats och vi samarbetar med Vetenskapsrådet kring en metadatabas för registerforskning (www.registerforskning.se).



Det finns ett stort behov att öka samverkan mellan specialistklinikerna vad gäller utbyte av erfarenheter och för att ta fram evidens för olika behandlingsmetoder och nationella riktlinjer. Detta är ett viktigt syfte för HAKIR, men vi måste först se till att data som samlas in är kompletta, reliabla och valida. Det kräver tid och uthållighet att stabilt etablera bra registerrutiner. Den nyss avslutade femåriga satsningen på kvalitetsregistren från centralt håll har varit en förutsättning för att HAKIR har kunnat byggas upp och utvecklas. Fortsatt ekonomiskt stöd är förstås helt nödvändigt för att driva registret vidare.

Utvecklingen av HAKIR fortsätter med nya utmaningar och möjligheter. Vi vill tacka alla kompetenta medarbetare

av olika professioner ute i landet vilka på olika sätt bidragit till vårt gemensamma kvalitetsregister. Trots omorganiseringer och påfrestningar runt om på klinikerna har data kommit in till HAKIR på ett imponerande sätt. Vi är stolta och glada över allt stöd och fin uppmuntran vi som arbetar centralt med registret har fått under året.

Speciellt tack också till deltagarna i Omvårdnadsprojektet under ledning av Eva Tallkvist och till forskningsstyrgruppen. Stort tack till Registercentrum Syd och alldeles speciellt till statistiker Tomasz Czuba för gott samarbete under året.

VI SKULLE ÖNSKA

- Ett tydligare mandat från respektive sjukvårdshuvudman att driva kvalitetsregisterarbete med avsatta personalresurser lokalt på klinikerna
- Krav på huvudmännen att öppet redovisa och använda registerdata i lokalt kvalitetsarbete
- IT system inom sjukvården som stödjer automatisk överföring av data från journal till kvalitetsregister och möjlighet att använda kvalitetsregisterdata som beslutsstöd i patientarbetet
- Kompetensmässigt stöd från registercentra för att kunna skapa moderna och användarvänliga presentationsplattformar för registerdata och ekonomiska förutsättningar för detta arbete
- Ökad utbildning om kvalitetsregister inom hälso- och sjukvårdens grundutbildningar och bättre integration i kliniskt patientarbete

Marianne Arner
Registerhållare

Nina Lindblad
Central registerkoordinator



Hur gick det 2016-17?



Minst två förbättringsarbeten utgående från HAKIR-data skall ha genomförts

Tyvärr ett mål som varit svårt att följa upp. Förbättringsarbeten pågår, men redovisas inte centralt.



Övergripande kvalitetsindikatorer för HAKIR skall ha fastställts nationellt. Samarbete med Vården i siffror skall ha inletts med syfte att öppet publicera uppgifter om något eller några av ovanstående kvalitetsmått.

Registerledningen har försökt driva denna fråga i styrgruppen. Vi önskar att täckningsgrad och tid mellan skada och operation för böjskador skall införas som kvalitetsindikatorer i Vården i Siffror, men styrgruppen har ännu inte beslutat detta. Frågan drivs vidare.



Dynamisk utdatorapport som visar resultat av tumbasartroskirurgi skall ha färdigställts i samarbete med RC Syd.

Arbetet med övriga dynamiska rapporter blev av tekniska skäl kraftigt försenat på RC Syd, varför vi inte hunnit med tumbasrapporten. Osäkerhet kring framtida ekonomi för registret har också bidragit.



Omvårdnadsformulär skall vara infört i HAKIR och registreringar skall ha startat

Formulär 004 Omvårdnadsformulär är infört och registreringar startade i februari 2017, se ovan.



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

Vi har börjat utreda frågan, men har inte kommit vidare. Avvaktar besked från centrala instanser hur vi skall hantera detta.



Patientenkäten skall ha validerats avseende PROM variabler (fråga 1-8) och PREM variabler (fråga 9-10). I valideringen skall patientmedverkan ingå, troligen i form av fokusgrupp.

Valideringsprojektet pågår och vi hoppas kunna publicera första vetenskapliga rapport under slutet av 2017. Vi hoppas kunna starta fokusgrupper för patientmedverkan under 2017-18, vilket är speciellt viktigt för PREM frågorna.



Minst två forskningsprojekt baserade på HAKIR data skall ha genomförts.

Två reviewer-granskade publikationer under 2016, se ovan.

Specifika mål för 2017-18

- Minst en kvalitetsindikator skall rapporteras till Vården i Siffror
- Utökad registrering av böjskador inom zon I och II skall ske vid samtliga sjukhuskliniker och proteskirugiuppföljning vid ytterligare två kliniker
- Rutiner för regelbundna "audits" för uppföljning av registerarbetet vid klinikerna skall ha upprättats och minst två kliniker skall ha besökts under 2018.
- Automatiska valideringsfunktioner skall ha införts i registret för att förhindra t ex felaktiga tidsangivelser, bortfall av uppgifter mm. Pop-up funktioner som varnar för misstänkt felaktiga diagnos- och op koder skall ha införts.
- De två mätmanualerna skall ha översatts till engelska
- Minst 2 vetenskapliga publikationer på HAKIR data
- Fokusgrupp för patientmedverkan skall ha startats vid minst en enhet



Årets vädjanden till alla som använder HAKIR

HAKIR är vårt gemensamma nationella kvalitetsregister och något vi alla kan vara stolta över. Om vi verkligen skall dra nytta av det arbete som dagligen läggs ner på registreringar både av medarbetare och av patienter så måste registret ha ett brett stöd ute på klinikerna. Kvalitetsregistret skall vara en naturligt integrerad del i det kliniska arbetet, något som kan vara till hjälp för oss att bli ännu bättre.

Verksamhetschefer

- Lyft fram och presentera HAKIR-data regelbundet för all personal. Det är enkelt att ta fram den egna enhetens data i de dynamiska rapporterna på hemsidan.
- Stimulera medarbetare att engagera sig i HAKIR. Starta gärna en interprofessionell förbättringsgrupp som t ex följer upp täckningsgrad och utökade uppföljningar. Avsätt tid för detta arbete. Träffa registerkoordinatören regelbundet för avstämning
- Skapa rutiner och logistik så att registreringarna sker så automatiskt som möjligt. Inkludera HAKIR-uppföljningarna i befintliga vårdprogram för olika diagnoser.
- Stimulera start av vetenskapliga projekt, t ex magister- och ST-arbeten, kring HAKIR data.
- Stimulera öppenhet och ärlighet kring registerdata. Jämförelser mellan enheter görs inte för att konkurrera utan för att vi skall lära oss av varandra.

Registerkoordinatorer

- Återkoppla till verksamhetschefen hur HAKIR fungerar på enheten och vad som behöver förbättras. Hjälptill med att ta fram data när det behövs.
- Bevaka att operationsformulär är komplett och korrekt ifyllda, annars be läkarna komplettera. Ser något felaktigt ut - kontrollera igen.
- Följ upp hur registerarbetet fungerar ute på kliniken, stötta och stimulera där det behövs.
- Hör gärna av dig till oss på HAKIR-kontoret om du behöver hjälp med något, om något inte fungerar bra eller om du har idéer om förbättringar.

Medarbetare på kliniken

- Berätta för patienterna om syftet med HAKIR och att det är viktigt att de deltar; Vi önskar veta deras uppfattning om vården därför att vi vill försöka bli ännu bättre. Lite extra muntlig information kan göra patienten mer motiverad att fylla i postoperativa enkäter och komma in på funktionsuppföljning.
- Bra om läkarna kan stötta operationspersonal och sekreterare vid registrering av data. Speciellt viktigt att diagnos-, operationskoder och orsak till reoperation blir korrekt ifyllda.
- Bevaka särskilt att ledprotesoperationer blir korrekt registrerade. Ökat läkarengagemang är till stor hjälp.
- Var så noga som möjligt vid registreringarna. En felaktig registrering gör att data inte kan användas. Fråga gärna oss på HAKIR-kontoret om något är oklart eller om du behöver hjälp.
- Vid uppföljning på rehab inom de utökade uppföljningarna, fråga patienterna om de fyllt i sina postoperativa enkäter också och påminn om att det är viktigt. Vid fastställd eller misstänkt ruptur av suturerad böjsena i zon I eller II, notera detta i funktionsformuläret (variabeln kommer inom kort att läggas in i formuläret).

Vi som arbetar centralt med HAKIR önskar att allt skall fungera så smidigt och bra som möjligt för er alla. Det finns fortfarande en hel del brister, men vi försöker lösa problem efterhand. Vi tar gärna emot synpunkter och hjälp på hur HAKIR kan bli bättre.

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

HAKIR
HANDKIRURGISKT
KVALITETSREGISTER



Södersjukhuset AB, | 18 83 Stockholm. Tel 08-616 20 13. www.hakir.se