

Årsrapport 2017

HAKIR
HANDKIRURGISKT
KVALITETSREGISTER



Vad tycker våra patienter?

Dupuytren's kontraktur

Nervskador

Frakturer

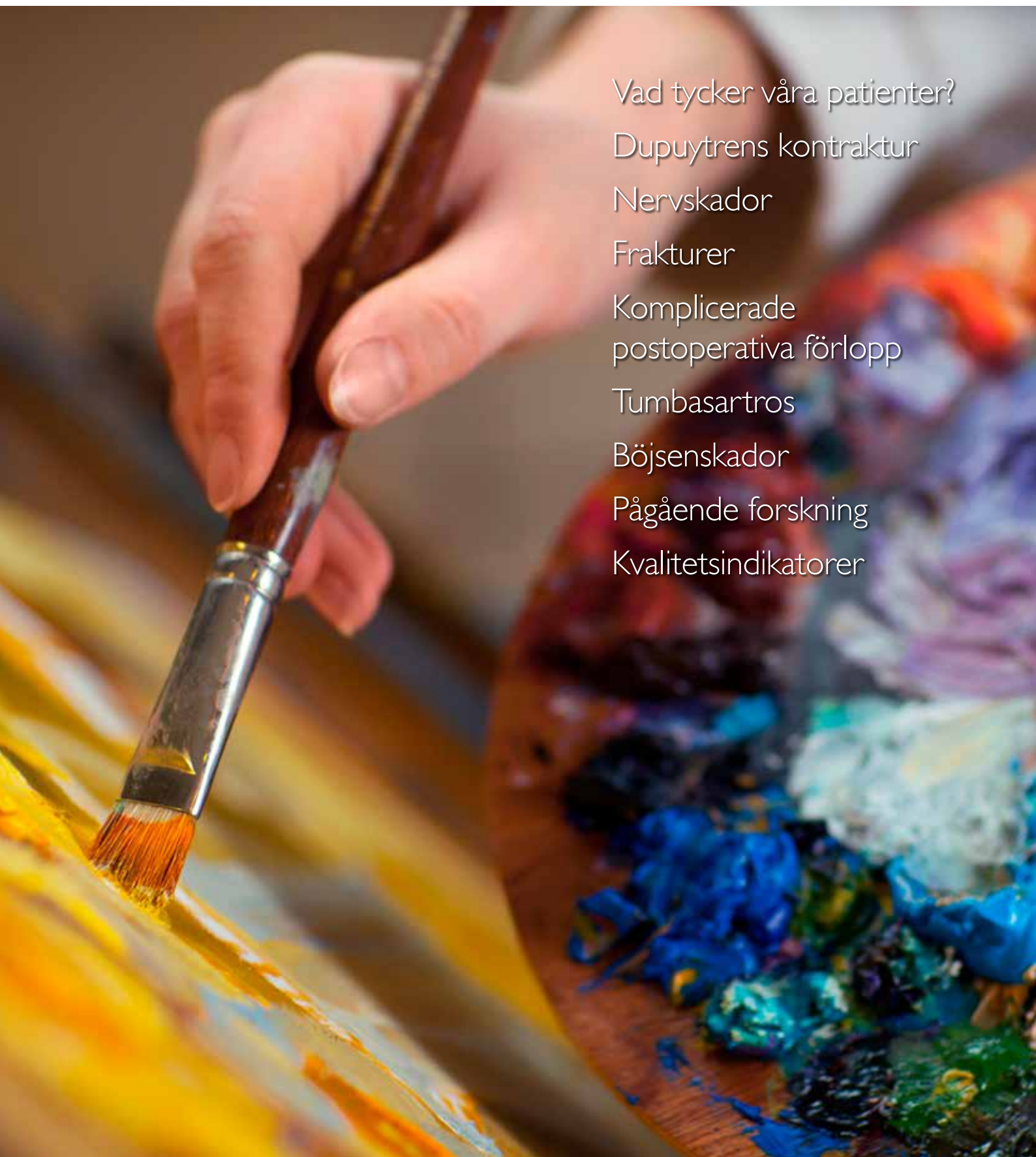
Komplicerade
postoperativa förlopp

Tumbasartros

Böjsenskador

Pågående forskning

Kvalitetsindikatorer



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Vad är HAKIR och vad vill vi uppnå?	3
Inledning	4
Vad tycker våra patienter	8
Nerventrapments	8
Tumbasartros	9
Dupuytrens kontraktur	11
Senskideaftktioner och ganglion	13
Nervskador	14
Frakturkirurgi	17
Omvårdnadsformuläret	20
Komplicerade postoperativa förlopp	22
Utökad registrering i HAKIR	24
Tumbasartros	24
Böjsenskador	26
Proteskirurgi	30
Kvalitetsindikatorer	32
Så här används HAKIR	38
Sammanfattning	40
Hur gick det 2017-18?	42
Mål för 2018-19	42
Så här kan du bidra till att förbättra HAKIR	43





Handkirurgiskt Kvalitetsregister



VAD ÄR HAKIR OCH VAD VILL VI UPPNÅ?

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



HUR SKALL VI KOMMA DIT?

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



Inledning

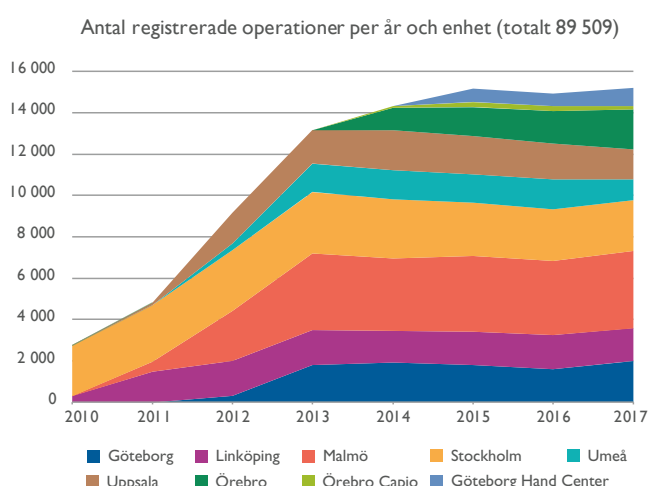
Denna årsrapport omfattar uppgifter som registrerats i HAKIR på de deltagande enheterna från starten 1 februari 2010 till och med 31 december 2017, om inte annat anges. De resultat som presenteras är tänkta att stimulera till diskussion kring behandlingsresultat och skillnader i metodval mellan olika landsändar. Årsrapporten är ingen vetenskaplig analys och skillnader i resultat måste tolkas med försiktighet. Vi hoppas att vi successivt lär oss allt mer om handkirurgisk vård och hur vi kan bli ännu bättre på att ta hand om våra patienter.

REGISTRERADE OPERATIONER

Vid årets slut 2017 hade 89 509 operationer på 68 700 patienter registrerats i HAKIR. Samma nio enheter som föregående år deltog; de sju specialistklinikerna samt två privata enheter. Fördelningen mellan klinikerna 2010 - 2017 visas i figur 1 och tabell 1. Totalt registrerades 15 199 operationer under året. Det var 263 fler operationer än under 2016. Malmö registrerade flest operationer under 2017 följt av Stockholm. Enheternas andelar är ungefär oförändrade jämfört med föregående år; förutom att Umeå och Uppsala hade registrerat något färre operationer och sjukhuskliniken i Örebro något fler under 2017. Den uppmärksamma läsaren noterar att siffrorna varierar något lite jämfört med förra årsrapporten, detta kan bero på att utförda operationer registrerats efter att årsrapportdata för 2016 samlades in.

Totalt fanns 82 457 patienter i registret, men för 13 757 av dessa fanns ingen registrerad operation. Detta kan bero på att operationen blev inställd eller uppskjuten eller på grund av någon lokal rutin för registrering av

patienter. Nedan exkluderas de patienter som inte blivit opererade ur redovisningen, som alltså totalt omfattar 68 700 patienter.



Figur 1. Antal operationer som registrerats per år på enheterna. 15 199 operationer tillkom under 2017.

Sjukhuskliniker	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Totalt
Göteborg	0	1	322	1795	1900	1803	1602	1986	9409
Linköping	284	1461	1669	1699	1558	1612	1643	1598	11524
Malmö	1	508	2432	3678	3495	3657	3597	3728	21096
Stockholm	2455	2712	2922	2983	2852	2594	2500	2451	21469
Umeå		0	328	1374	1395	1333	1429	1010	6869
Uppsala	1	129	1499	1634	1954	1882	1722	1433	10254
Örebro					1076	1378	1603	1950	6007
Privata enheter									
Örebro Caphio					81	247	241	165	734
Göteborg Hand Center						670	599	878	2147
Totalt	2741	4811	9172	13163	14311	15176	14936	15199	89509

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



TÄCKNINGSGRAD

Täckningsgrad är ett begrepp som kan definieras på olika sätt;

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 är anslutna sedan 2014.

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 och målet kan därför inte vara 100%. Täckningsgraden enligt denna definition anges i tabell 2 och redovisas också öppet för alla enheter på hemsidan. Vi planerar att införa täckningsgrad i HAKIR som en kvalitetsindikator på hemsidan Vården i Siffror; se nedan. Fem av de sju sjukhuskliniker klarade under 2017 uppsatt mål, medan sjukhuskliniken i Örebro fortsatt har problem med att registrera alla sina operationer. Inte heller Umeå klarade målnivån under 2017, till skillnad från tidigare år. Medelvärde för alla enheter under 2017 var 84,8%, en förbättring jämfört med 2016.

3. Svarsfrekvens ("response rate")

för enkäter är ett annat mått på täckningsgrad. Svartsfrekvensen under 2017 på patientenkäten 3 månader efter operation var 52,0% (51,8% för pappersenkät, 52,1% för webenkät) och för 12 månader 50,4% (50,4% resp 50,2%). Detta är en klar förbättring av svarsfrekvensen jämfört med 2016 och glädjande nog är nu svarsfrekvensen för webenkäten helt i nivå med pappersenkäten. Tre enheter har i princip helt gått över till webenkät, Linköping, Örebro och Caph Örebro. Stockholm planerar genomföra detta till sommaren 2018. Totala andelen pappersenkäter har successivt minskat, men utgjorde under 2017 drygt hälften av utskicken (51%). Vi hoppas på en fortsatt övergång till webenkäter vilket sparar både tid, pengar och kuvert och även bidrar till en bättre miljö.

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 alla variabler där är obligatoriska. Vi vet genom en bortfallsanalys för 33 350 enkäter att svar på enstaka frågor saknades endast i cirka 2%. De patienter som fyller i enkäten svarar alltså oftast på alla frågor.

Sjukhuskliniker	Registrerade op under 2017	Utförda op under 2017	Täckningsgrad 2017(%)
Göteborg	1986	2409	82,4
Linköping	1598	1730	92,4
Malmö	3728	3947	94,5
Stockholm	2451	2738	89,5
Umeå	1010	1641	61,5
Uppsala	1433	1544	92,8
Örebro	1950	2807	69,5
Privata enheter			
Caph Örebro	165	181	91,2
Göteborg Hand Center	878	935	93,9
Totalt	15199	17932	84,8

Tabell 2. Registrerade och utförda operationer under 2017. Målvärdet för täckningsgrad (se definition i texten) är att minst 80 % av alla operationer skall ha registrerats. Grön markering anger att målnivån uppnåtts och röd anger < 75%.



ÅLDERS- OCH KÖNSFÖRDELNING

Medelålder på patienter registrerade i HAKIR var 48,2 år och andelen män var något högre än kvinnor (52,5%). Alla sjukhuskliniker opererar patienter från spädbarns- till 100-årsåldern, se *tabell 3*. Stockholmskliniken hade ett något avvikande mönster med lägre medelålder på patienterna (45,3år) och större andel män (55,5%). Detta beror troligen på variationer i case-mix med olika andelar unga patienter med skador jämfört med äldre med degenerativa sjukdomar.

Sjukhus-kliniker	Antal kvinnor	Antal män	Andel kvinnor %	Medel-ålder (intervall) år	Andel < 4 år
Göteborg	3677	4123	47,1	47,6 (0-101)	1,6
Linköping	3990	4737	45,7	48,9 (0-97)	1,5
Malmö	7984	8233	49,2	48,1 (0-98)	1,8
Stockholm	7024	8750	44,5	45,3 (0-105)	2,9
Umeå	2715	2739	49,8	49,9 (0-97)	0,4
Uppsala	3582	4110	46,6	49,1 (0-99)	1,1
Örebro	2619	2051	56,1	53,1 (0-97)	0,6
Privata enheter					
Capio Örebro	289	277	51,1	50,6 (15-84)	0
Göteborg Hand Center	783	1017	43,5	52,2 (13-95)	0
Totalt	32663	36037	47,5	48,2 (0-101)	1,6

Tabell 3. Ålders- och könsfördelning samt andel (%) registrerade barn under 4 år per enhet.

Stockholm hade också den klart högsta andelen barn under 4 år; 2,9% jämfört med Umeå där andelen bara var 0,4%. Detta kan bero på att operationer på barn kanske inte registreras komplett i Umeå. Siffrorna tyder ändå på olika stor barnverksamhet vid de handkirurgiska enheterna, vilket i sin tur troligen beror på befolkningsunderlaget. Även om barnen i nuläget inte följs upp med enkät är det ändå viktigt att registrera dem för att följa upp t ex avseende reoperationer och för att i framtiden kunna samla underlag för forskningsprojekt. Vi planerar att införa en barnenkät så snart vi hinner och får resurser för detta arbete. Tyvärr saknas i nuläget validerade enkäter som kan täcka upp alla olika diagnosgrupper inom barnhandkirurgin.

OPERATIONSTYPER

Vi har sedan länge noterat att andelen reoperationer som rapporteras i HAKIR varierar mycket mellan klinikerna. Detta fenomen har vi tagit upp både på möten i Svensk Handkirurgisk förening, på styrgruppsmöten och på nationella arbetsgruppsmöten i HAKIR. Data som tydligt visar skillnaderna mellan enheterna kan man lätt själv ta fram i vår utdatarapport på hemsidan under "Operationstyper". I Göteborg, Uppsala och Stockholm var andelen reoperationer 20 - 27% av alla registrerade operationer; i Linköping 15%,

i Malmö och på de små privata enheterna kring 10 %, men i Umeå och Örebro bara 1%.

En del av skillnaden kan bero på olika case-mix. På enheter med hög andel handskador och infektioner kan fler patienter behöva opereras om än på enheter med en hög andel enklare handkirurgi, såsom karpaltunnel- och senskideklyvningar. Bristande täckningsgrad kan också påverka. Vi finner det dock osannolikt att den verkliga skillnaden är så stor som registrerade data anger. Det är mycket viktigt för trovärdigheten för vårt register att alla reoperationer registreras korrekt och framförallt att alla postoperativa komplikationer som lett till en reoperation registreras. Vi har försökt förtydliga hur man skall registrera, men antagligen har informationen inte nått ut till alla.

Definition av en reoperation enligt HAKIR

Ny operation i samma hand för samma diagnos eller en reoperation pga ett postoperativt problem (komplikation) efter ett primärt ingrepp, oavsett på vilken enhet det primära ingreppet har utförts.

Om patienten reopereras för en annan och ej alls relaterad diagnos i samma hand räknas detta inte som en reoperation. Ett exempel kan vara en patient som först opereras för karpaltunnelsyndrom och sedan för trigger finger. Trots att vi sedan start av HAKIR har diskuterat frågan och försökt förbättra definitionen, inser vi att den fortfarande inte är helt solklar. Vi tar gärna emot förslag på hur vi kan göra den ännu tydligare. Om det är svårt att ange orsak till reoperation eller om man känner sig osäker kan man välja variabeln "Annan orsak till reoperation" och skriva orsaken i fritext. Detta alternativ skall dock väljas i undantagsfall.

Viktigast är att registrera reoperationer som ej var planerade, särskilt om de kan tänkas vara orsakade av en komplikation. För borttagande av osteosyntesmaterial finns en separat kategori eftersom man ofta tar bort sådant material förebyggande utan att någon egentlig komplikation har tillstött. Om reoperationen, t ex en stiftextraktion eller en sentransplantation, var planerad redan primärt, kan man välja alternativet flerseansförfarande redan vid första ingreppet.

Vi har gjort en analys där vi tagit fram alla operationer som registrerats som "Primär operation i en-seansförfarande", men där det faktiskt registrerats flera tidigare operationer i samma hand och för samma diagnos. Vi misstänker att detta är operationer som borde ha registrerats som reoperationer, även om det inte går att säga detta helt säkert utan att kontrollera journaldata. Alla reoperationer av trigger finger och småledsartrodeser har tagits bort ur analysen eftersom det här kan röra sig om en primär operation på ett annat finger och inte en reoperation. Detta går inte att utläsa av de registrerade koderna. Totalt var andelen misstänkt felregistrerade reoperationer 2,3% av



alla primära operationer som utförts sedan start av HAKIR, med ganska stor variation mellan enheterna, se tabell 4. Vanligaste felregistrering var att extraktion av osteosyntesmaterial registrerats som en primär operation, näst vanligast var upprepade operationer för Dupuytrens kontraktur och reoperationer av karpaltunnelsyndrom i samma hand. Eftersom Dupuytrens kontraktur i sig är en reciderande sjukdom finns en specifik variabel i HAKIR för denna diagnos.

Reoperationer relaterade till proteskirurgi som registrerats som primär operation var tyvärr också ganska vanliga (57 st), det fanns t o m operationer som registrerats

Sjukhus-kliniker	Totalt antal registrerade primäröpp	Misstänkt felregistrerade reoperationer	Andel misstänkt felregistrerade reoperationer (%)
Göteborg	7616	121	1,6
Linköping	9891	311	3,1
Malmö	18613	410	2,2
Stockholm	16147	281	1,7
Umeå	6723	183	2,7
Uppsala	8073	176	2,2
Örebro	5773	233	4,0
Privata enheter			
Capio Örebro	614	10	1,6
Göteborg Hand Center	1926	18	0,9
Totalt	75376	1743	2,3

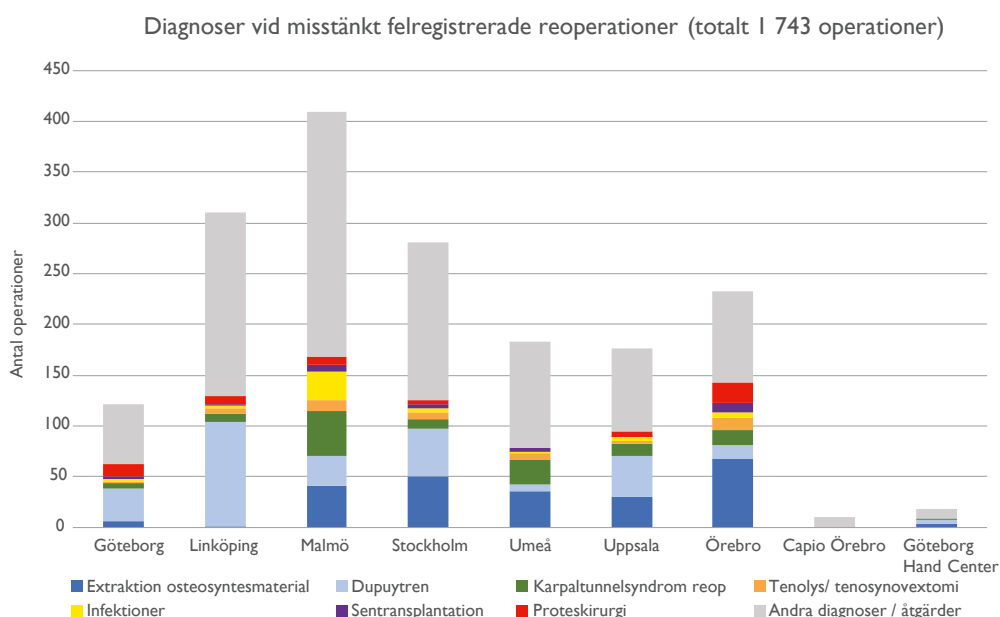
Tabell 4. Antal och andel (%) operationer registrerade som "primär operation", vilka troligen skulle ha registrerats som "reoperation". Rödmarkering anger värde över totalt medelvärde.

som "primär operation" med operationskod för "uttagande av infekterad ledprotes" eller "sekundär ledproteskirurgi", vilket uppenbart ej är korrekt. Figur 2 visar diagnoser för de misstänkt felregistrerade operationerna per enhet.

Förbättringsaspekter reoperationer i HAKIR

Det är viktigt att påpeka att andelen reoperationer i sig inte speglar kvaliteten på verksamheten, eftersom reoperationsfrekvens kan bero på en rad olika faktorer; framförallt vilken typ av handkirurgi som bedrivs på enheten. För en reumatiker eller en patient som fått en svår handskada kan flera reoperationer behövas för att uppnå ett bra resultat. Viktigast för kvalitetsarbetet är att vi fångar upp de reoperationer som inte var planerade primärt och analyserar dessa närmare.

Hur kan vi då förbättra datakvaliteten beträffande reoperationer? Alla enheter måste troligen själva hitta det bästa sättet för sin klinik, beroende på hur man arbetar med HAKIR. Ett sätt kan vara att noga instruera operationspersonalen att vara uppmärksamma på om patienten blivit opererad i sin hand tidigare eller ej. Detta syns ju i allmänhet på ärr på hand/arm och uppgiften finns nästan alltid också i aktuell journal. När operationen är avslutad kan operatören påminnas att fylla i orsak till reoperation ifall det är aktuellt. Den som bäst kan avgöra om reoperationen orsakats av ett postoperativt problem efter tidigare operation eller ej, är operatören och denna måste ta sig tid att registrera korrekt i HAKIR i samband med ingreppet. Öppenhet är viktigt för att skapa förtroende hos våra patienter och trovärdighet för vårt kvalitetsregister. Vi kommer att följa upp registreringen av reoperationer vid våra planerade "audits" på klinikerna framöver.



Figur 2. Diagnoser för misstänkt felregistrerade reoperationer, totalt 1 743 operationer.



Vad tycker våra patienter?

Totalt hade 59 179 enkätsvar samlats in sedan start av HAKIR, 24 717 före operation, 18 048 enkäter 3 månader och 16 414 enkäter 12 månader efter operation. Patienter som fyllt i preoperativ enkät men inte opererats inkluderas inte i dessa siffror. Nedan redovisas ett urval av PROM och PREM för patienter som opererats inom handkirurgin samt några karakteristika för patientgrupperna och de utförda operationerna.

HAKIR har sedan start 2010 inkluderat patientrapporterade resultat av operation, sk PROM (Patient Reported Outcome Measure) och PREM (Patient Reported Experience Measure) för alla vuxna patienter. PROM kan beskrivas med "Hur blev det?" och PREM med "Hur var det?". Våra PROM frågor är åtta frågor om olika symptom från handen och upplevt funktionshinder i dagliga aktiviteter graderat 0 – 100. Vi har döpt denna del av enkäten till HQ-8, vilket är den beteckning som bör användas framöver. En studie av psykometriska aspekter för HQ-8 är under publikation, se nedan. De åtta frågorna i HQ-8 räknas alltså inte samman till en totalscore utan bedöms var och en för sig för att kunna spegla olika symptommodeller vid olika diagnoser. I HAKIR ingår också Quick DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) som är en validerad enkät med 11 frågor, vilka räknas samman till en totalscore 0-100, där 100 anger maximalt upplevt funktionshinder. Frågorna avser både symptom och aktivitetsinskränkningar och tar inte hänsyn vilken hand som är dominant eller till val av hand vid aktiviteterna. I nuläget inkluderar HAKIR två PREM-frågor; en som avser upplevt resultat av operationen och en som gäller bemötandet under vårdtiden. Vi planerar utveckla dessa frågor ytterligare framöver, troligen efter modell i Nationella Patientenketen (NPE), se nedan.

ALLMÄNNA SYNPUNKTER

Generellt sett är patienter inom specialiserad handkirurgi mycket nöjda med vården, såvitt vi kan bedöma utifrån HAKIR-data. Upplevt funktionshinder utvärderat med Quick DASH enkäten (score 0 - 100) i hela gruppen (16 414 enkätsvar) hade minskat från i medeltal 39,3 före till 20,9 ett år efter operation. Nöjdhet med operationsresultatet uppgavs till 76% och med bemötandet under vårdtiden till hela 92%. En kvalitetsindikator som anger andel patienter som är nöjda med bemötandet under vårdtillfället planeras till Vården i Siffror, se nedan.

Uppdelning har gjorts efter diagnoskoder (ICD10) och operationskoder (KKÅ97). Det är viktigt att notera att detta

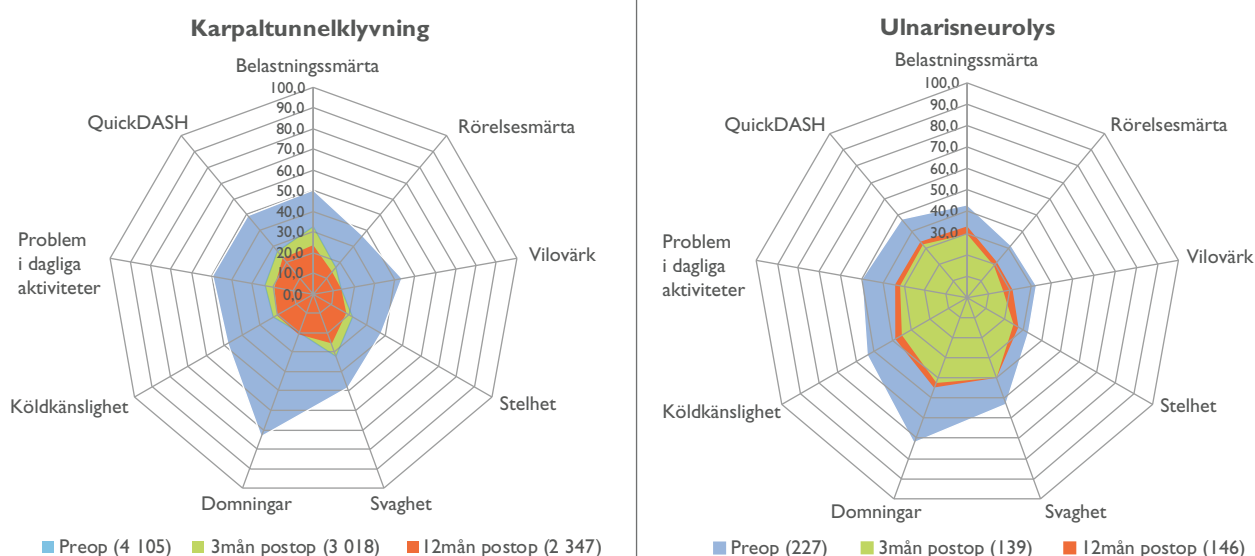
inte är en vetenskaplig analys. För att göra en sådan krävs en mer noggrann genomgång av insamlade data och flera vetenskapliga studier på patientenkätdata är nu på gång. Här visas medelvärden före och efter operation för hela gruppen patienter. Det kan alltså delvis vara olika patienter i de olika uppföljningstillfällena. Ett annat problem är att det kan finnas felregistreringar och att en del patienter även genomgått andra ingrepp vid samma operation. Vi hoppas ändå att denna redovisning kan väcka intresse kring hur patienterna upplever sina behandlingsresultat och stimulera till förbättringsarbeten.

NERVENTRAPMENTS

Vi kan fortsatt konstatera att patientupplevda resultat efter neurolysooperation av ulnarisnerv inte är lika goda som efter karpaltunnelklyvning (fig 3A-B, vilket också stämmer med den kliniska erfarenheten). Ett år efter operation angav patienter opererade med karpaltunnelklyvning i medeltal 72% lägre värde för domningar jämfört med före operation och nöjdheten med resultatet angavs till 78%. För ulnarisneurolyserna var förbättringen avseende domningar bara i medeltal 38% och nöjdheten 64%, nästan var femte patient (19%) var missnöjd med operationsresultatet (nöjdhet <20%). Dessa två diagnoser är antagligen inte jämförbara i patologi och prognos.

Förbättringsaspekter nerventrapments

Resultaten av ulnarisneurolyser behöver studeras närmare. Kan vi förbättra diagnostiken eller operera tidigare, eventuellt innan nervskadan blivit så uttalad? Kan icke-operativa åtgärder ge bättre resultat? Det har länge hävdats att resultaten av neurolyser generellt är sämre för diabetiker än för personer som inte har diabetes, p g a samtidig polyneuropati. En studie av patientrapporterade resultat från HAKIR för karpaltunnelklyvningar och ulnarisneurolyser hos diabetiker och icke-diabetiker har just studerat detta och är under publikation, se avsnittet Forskningsprojekt.



Figur 3. Medelvärden för patientenkätsvar i HQ-8 samt total score QuickDASH för patienter opererade för karpaltunnelsyndrom (A) resp ulnarisentrappment (B). 0 anger inga, och 100 maximala symptom eller upplevd funktionsnedsättning. Antal svar anges inom parentes.

TUMBASARTROS

Rekommendationen är att registrera en trapezepektomi med senplastik med åtgärds kod NDG12 (interpositionsplastik), i kombination med koden NDK19 för att ange trapezepektomin. Om senplastik inte görs, skall koden NDG02 (excisionsartroplastik) användas tillsammans med NDK19. Tyvärr finns nog en del fel avseende detta i materialet. I de fall koden NDG12 finns med har dessa operationer förts till interpositionsgruppen, vilket vi hoppas är korrekt i de flesta fall.

Interpositionsplastik är fortfarande den helt dominerande operationsmetoden, även om vi vet att val av senplastik varierar mellan enheterna, se avsnitt om utökad uppföljning nedan. Av 2 452 tumbasoperationer var 82% interpositionsplastiker. Näst vanligast var excisionsplastik utan senplastik (9,5%), följt av protesoperation (5,3%) och artrodes (3,2%). Medelålder för interpositionsplastik-patienter var 63 år, för excisionsplastikerna 62 år, för protespatienter 61 år, medan patienter opererade med artrodes var yngre, i medeltal 55 år. Andelen män var också betydligt högre i denna grupp (42%) och även i protesgruppen (32%) jämfört med 20% i båda grupperna opererade med trapezepektomi. Man kan anta att yngre män med posttraumatisk artros i tumbasen i högre utsträckning opereras med artrodes eller protes än äldre kvinnor med primär tumbasartros.

Spindeldiagrammen visar patientenkätsvar för de fyra metoderna (fig 4A-D), men observera att det är få svar för artrodeser och proteser. Generellt ses inga tydliga skillnader mellan trapezepektomi med eller utan senplastik, möjligen är förbättringen mellan tre och tolv månader mindre i den senare gruppen. Hälften (49,7%) av de patienter som ope-

rerats med interpositionsplastik med eller utan senplastik angav fortfarande besvär av belastningssmärta (>20/100) och lika många (55,5%) svaghet ett år efter operation. Majoriteten (81,1%) hade dock blivit av med sin tidigare vilovärk (<20/100).

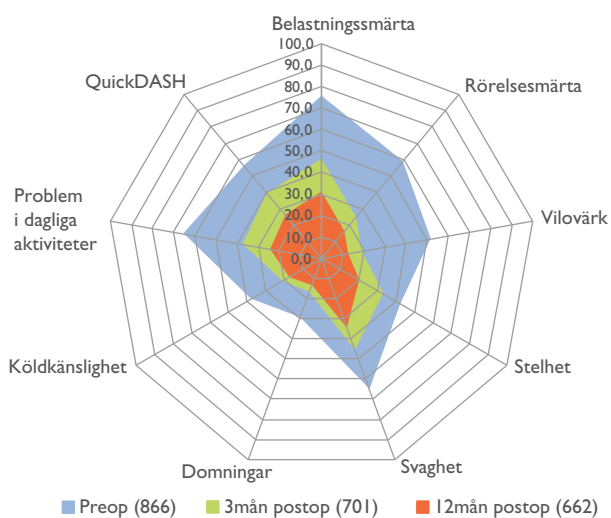
Förbättringsaspekter tumbasartros

Randomiserade studier på patienter opererade med, respektive utan senplastik har inte visat på några skillnader och vi ser än så länge inte heller några säkra skillnader i de patientrapporterade resultat som registrerats i HAKIR. Vi kan ändå inte slå oss till ro med att våra nuvarande behandlingsmetoder är optimala. Belastningssmärta och svaghet tycks finnas kvar hos hälften av patienterna ett år efter operation av tumbasartros, medan vilovärken har försvunnit hos de allra flesta. Vi planerar införa upplevd vilovärk ett år efter tumbasoperation som en kvalitetsindikator i HAKIR (se nedan) eftersom detta oftast utgör viktigaste orsak till val av operativ behandling. I en pågående vetenskaplig studie på data från HAKIR försöker vi identifiera skillnader mellan olika grupper av patienter opererade för tumbasartros avseende patientrapporterade symptom, se Forskningsprojekt nedan. Skillnader i operationsteknik kan vara viktiga, men preoperativ information, urval av patienter och postoperativ rehabilitering är antagligen också mycket viktiga för det upplevda behandlingsresultatet. HAKIR skulle gärna inleda ett samarbete med BOA-registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros) för att ytterligare försöka förbättra vården för patienter med tumbasartros.



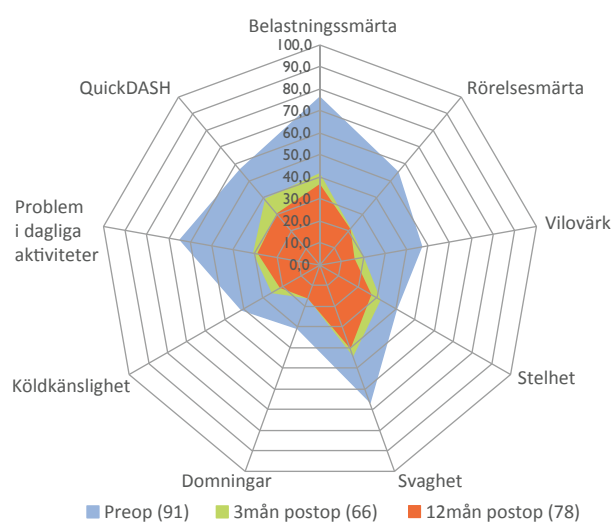
Figur 4A

Tumbasartros-trapezektomi + senplastik



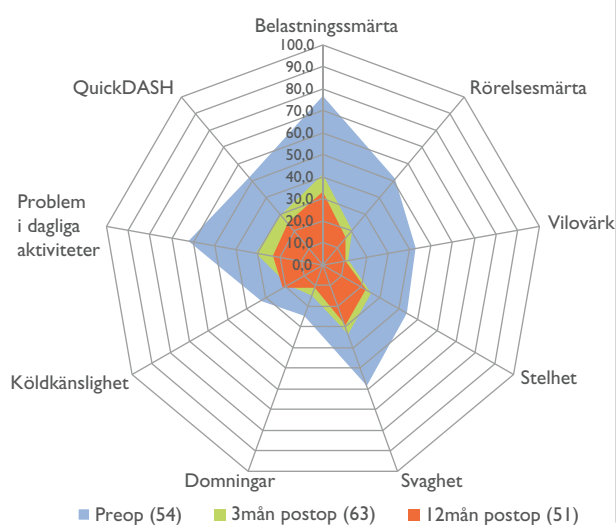
Figur 4B

Tumbasartros-trapezektomi utan senplastik



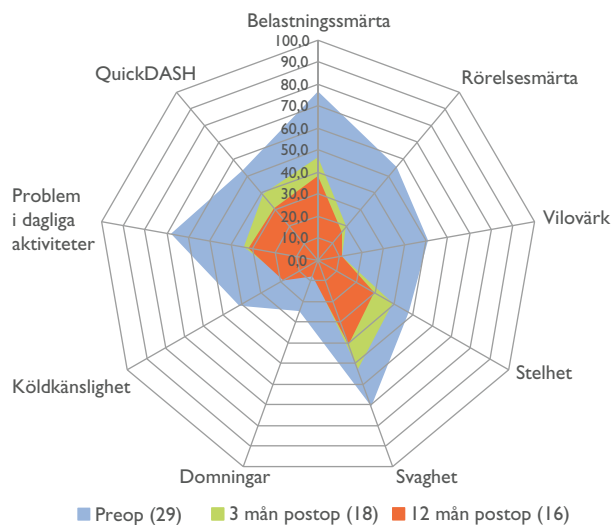
Figur 4C

Tumbasartros - protes



Figur 4D

Tumbasartros - artrodes



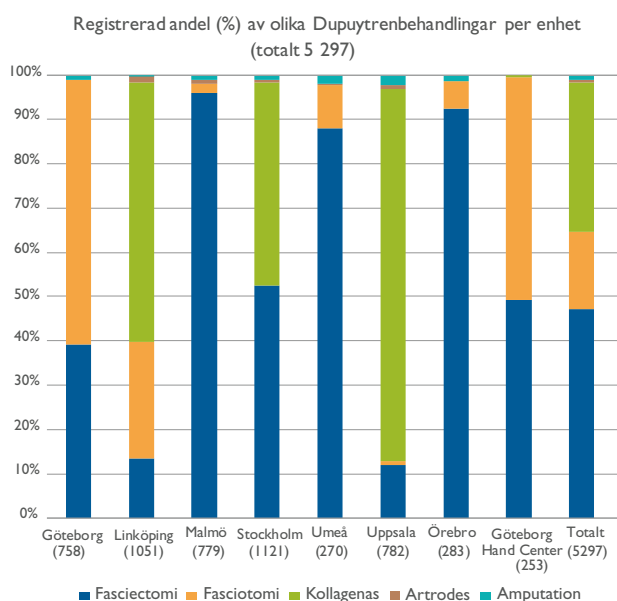
Figur 4. Medelvärden för patientenkätsvar i HQ-8 samt total score QuickDASH för patienter opererade för tumbasartros med interpositionsplastik (A), trapezektomi utan senplastik (B), tumbasprotes (C) respektive artrodes (D). 0 anger inga, och 100 maximala symptom eller upplevd funktionsnedsättning. Antal svar anges inom parentes. Observera att det är få svar för vissa grupper.



DUPUYTRENS KONTRAKTUR

Totalt fanns 5 297 operationer/behandlingar registrerade på huvuddiagnos M720. Av dessa operationer hade 65 operationskoder som inte relaterade till Dupuytren-diagnosen och de är troligen felaktigt registrerade. Av övriga registrerade behandlingar var 2 588 öppna ingrepp (48,8%), varav 2 496 (47,1%) fasciektomier (=öppen kirurgi; NDM19 eller NDH32), 35 artrodeser (=steloperation; NDG45, NDG46) och 57 amputationer (NDQ15, NDQ16). I 786 ingrepp (33,7%) var kollagenasbehandlingar (TND11 och DT002) och 923 (17,4%) fasciotomier (NDM09, TND03), troligen med nål. Andel registreringar per behandlingsmetod och klinik visas i (fig 5), men andelarna nålfasciotomier och kollagenasbehandlingar är troligen högre än redovisat i figuren eftersom dessa behandlingar endast i liten utsträckning registrerats i HAKIR. En stor andel av kollagenasbehandlingar i Stockholmsregionen bedrivs sedan några år i privat regi, på enheter som ännu inte anslutit sig till HAKIR.

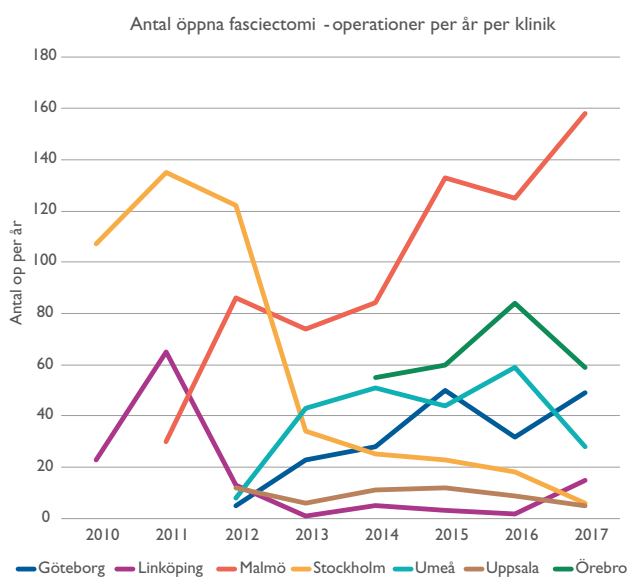
Ett paradigmskifte för behandling av Dupuytren's kontraktur har skett i Sverige sedan introduktionen av kollagenas-injektioner 2011. Tre kliniker; Uppsala, Linköping och Stockholm använder kollagenas i stor utsträckning, medan fyra kliniker; Malmö, Göteborg, Örebro och Umeå inte använder metoden rutinmässigt. Kollagenas har använts i studier vid tre av dessa enheter, men endast på ett fåtal fall, vilka inte har registrerats i HAKIR. Nålfasciotomi har istället använts som alternativ till öppen kirurgi.



Figur 5. Registrerade andelar (%) av olika behandlingsmetoder vid Dupuytren's kontraktur för varje enhet respektive totalt. Observera att alla kollagenas- och nålfasciotomier inte är registrerade i HAKIR varför dessa andelar troligen är större.

Fig 6 visar antal öppna fasciektomier (operationer) per år och klinik. Om man jämför totalt antal fasciektomi-operationer år 2 efter start i HAKIR för de tre kliniker som använt kollagenas med deras antal år 2017 så ser vi en minskning från 206 till 36 (-82%). Mycket få fasciektomier utförs nu vid dessa kliniker. För de fyra kliniker som inte använder kollagenas utan föredrar nålfasciotomi har istället antalet öppna fasciektomier ökat från 212 till 294 operationer (+ 28%). Nyligen publicerade randomiserade studier har inte visat någon skillnad i resultat mellan kollagenas och nål. Samtidigt antyder dessa resultat från HAKIR att antalet öppna operationer inte minskat, utan snarast ökat, vid de kliniker som använder nålfasciotomi till skillnad mot de kliniker som infört kollagenasbehandling. Ur patientsynpunkt finns fördelar med mindre invasiva behandlingar vid Dupuytren och framförallt om operationer av upprepade recidiv kan minskas. Resultaten som här redovisas behöver diskuteras och analyseras mer noga och över längre tid. Att registrera både kollagenas-injektioner och nålfasciotomier i HAKIR vore av stort värde.

Spindeldiagrammet (fig 7A-C) visar hur patienter behandlade med fasciektomi, fasciotomi respektive med kollagenas upplevt sina symptom före och efter behandling. QuickDASH speglar i endast låg grad de upplevda besvärerna, medelvärde för totalscore före operation var endast 22-24. Mest uttalade besvär var stelhet och problem i dagliga aktiviteter, med medelvärden över 50. Symptom av koldkänslighet är mer uttalade efter öppen kirurgi än efter de



Figur 6. Antal fasciektomioperationer (NDM19 och NDH32) per år och enhet.



mindre invasiva behandlingarna, även ett år efter operation. Upplevd stelhet i handen verkar ha ökat något i fasciotomi-gruppen efter ett år jämfört med efter tre månader; men inte i fasciektomi- och kollagenasgruppen. Detta är förstås inte en randomiserad kontrollerad studie, men sammanlagda data från hundratals patienter, vilket också har sitt värde. Mer noggranna analyser av data behöver göras.

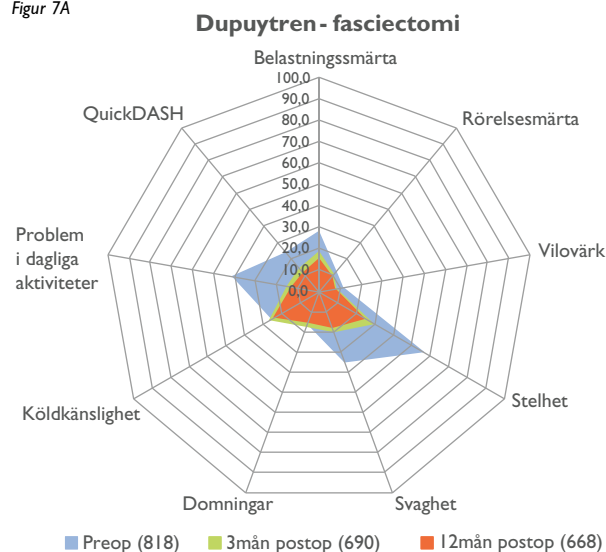
Förbättringsaspekter Dupuytrens kontraktur

Den polarisering kring behandling av Dupuytrens kontraktur som skett sedan införandet av kollagenas 2011 har medfört att patienter i olika landsändar inte erbjudits behandling utifrån sina egna önskemål eller sjukdomens svårighetsgrad utan efter sjukvårdspolitiska beslut i de olika regionerna. Randomiserade studier har inte kunnat visa någon säker skillnad i resultat mellan nålfasciotomi och kollagenas, men dessa studier inkluderar ganska få patienter och endast väl utvalda fall. Registrerade data i HAKIR visar tydligt att de kliniker som infört kollagenasbehandling har minskat sin öppna kirurgi, medan detta inte skett vid kliniker som använder nålfasciotomi. Det finns ett stort värde i att om möjligt undvika öppen kirurgi eftersom all kirurgi leder till ärrbildning och lång rehabilitering. Samtidigt är det viktigt att behandlingar inte leder till alltför snabba recidiv. Vi behöver gemensamt analysera och diskutera resultaten från HAKIR inom specialiteten innan eventuella beslut om nationella behandlingsriktlinjer fattas.

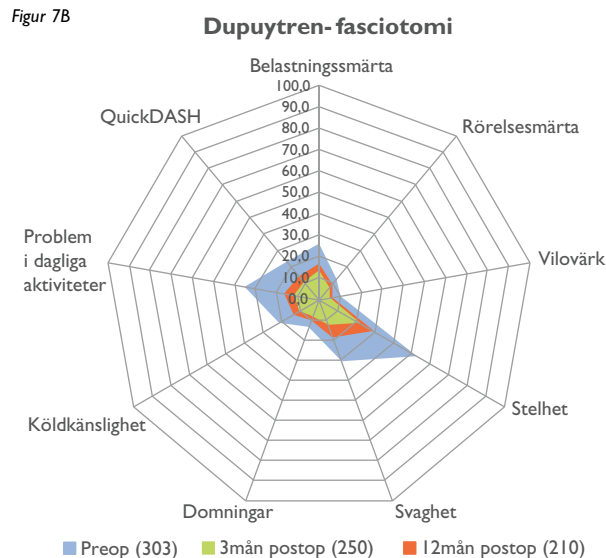
Från HAKIRs sida skulle vi önska att huvudmännen efterfrågade kvalitetsuppföljning i HAKIR av samtliga behandlingar vid Dupuytrens kontraktur; såväl operation, nålfasciotomi och kollagenasbehandling vid samtliga behandlingsenheter i privat och offentlig regi. Det är angeläget att patienter i hela landet erbjuds effektiv och likvärdig behandling till lägsta kostnad.

Figur 7. Medelvärden för patientenkätsvar i HQ-8 samt total score Quick-DASH för patienter behandlade för Dupuytrens kontraktur med operation (A), fasciotomi (B) respektive kollagenasinjektion (C). 0 anger inga, och 100 maximala symptom eller upplevd funktionsnedsättning. Antal svar anges inom parentes.

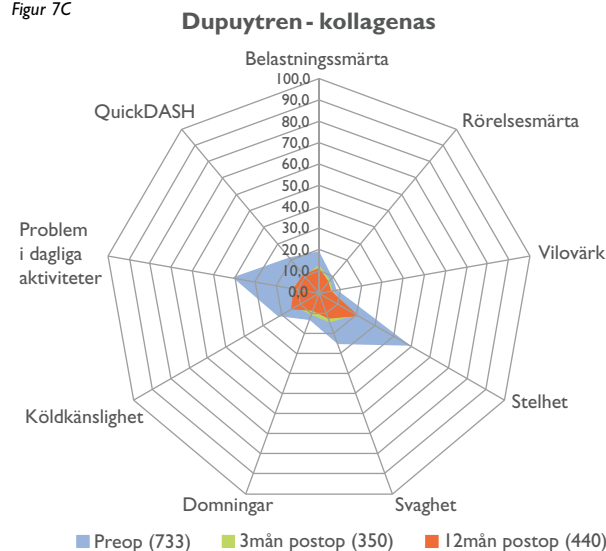
Figur 7A



Figur 7B



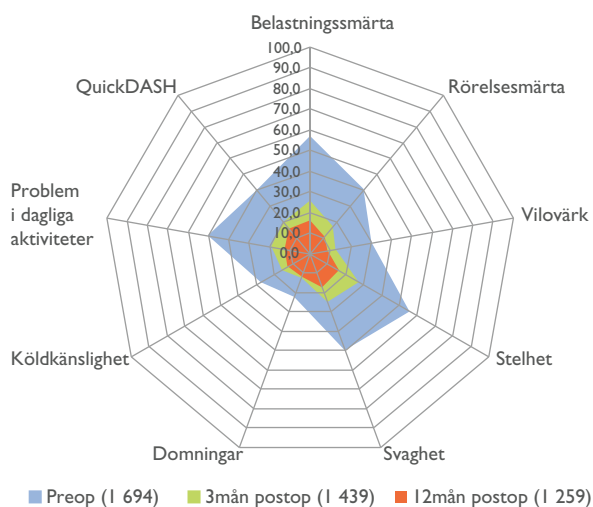
Figur 7C





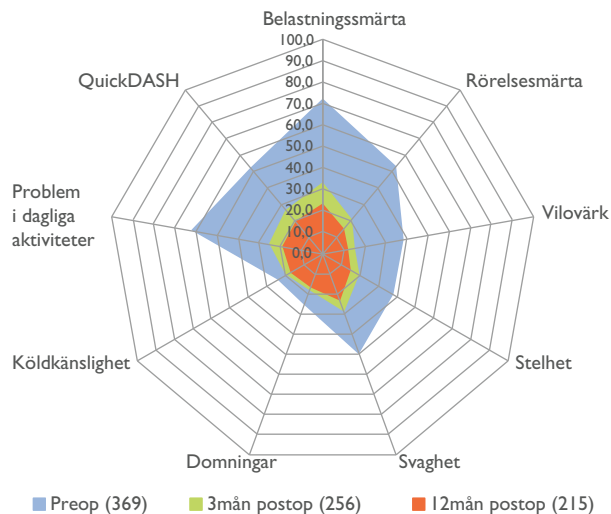
Figur 8A

Trigger finger - senskideklyvning



Figur 8B

Mb de Quervain - senskideklyvning

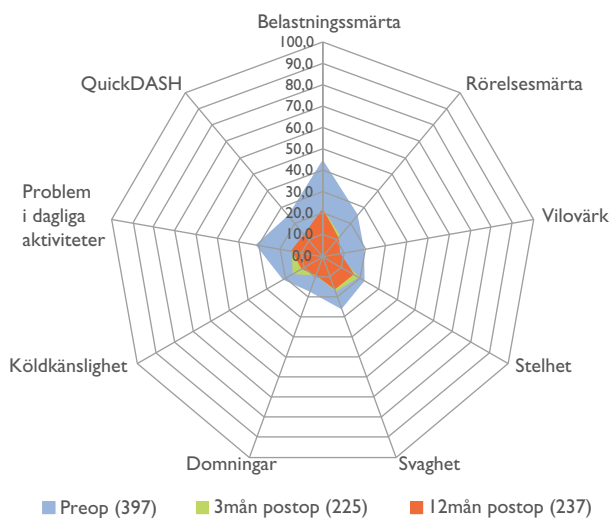


SENSKIDEAFFEKTIONER OCH HANDLEDSGANGLION

Många enkätsvar har sedan 2010 samlats i HAKIR från patienter som opererats för trigger finger, de Quervains tendovaginit och handledsganglion. På hemsidan finns automatiskt uppdaterade utdatarapporter för dessa diagnoser, både som sk spindeldiagram och som "box-plots" med spridningsmått. Syftet är framförallt att personer som skall bli opererade skall kunna se hur andra upplevt sina symptom före, samt tre och 12 månader efter operation. Ett annat syfte kan vara att lära vården mer om hur patienter själva uppfattar sina besvär. I figur 8 A-C visas resultat t o m 31 december 2017. Man kan notera att en generell enkät som QuickDASH endast i liten grad fångar upp de patientupplevda besvärerna vid handledsganglion, medelvärde före operation var endast 24,8. Det högst graderade symptomet var belastningssmärta (45,0). Operationsresultaten tycks vara goda ur patientsynpunkt för samtliga tre diagnoser.

Figur 8C

Ganglion



Figur 8. Medelvärden för patientenkätsvar i HQ-8 samt total score QuickDASH för patienter opererade med senskideklyvning för trigger finger (A), för Mb de Quervain (B) respektive opererade för handledsganglion (C). 0 anger inga, och 100 maximala symptom eller upplevd funktionsnedsättning. Antal svar anges inom parentes.

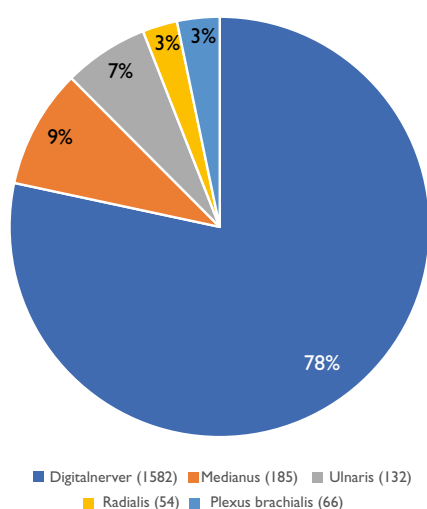


NERVSKADOR

2 019 operationer var registrerade med nervskada som huvuddiagnos, fördelningen mellan de olika nerverna visas i figur 9. Ytterligare nervskador finns säkert bland de skador som varit kombinerade med t ex muskel-sensskador och där dessa skador satts som huvuddiagnos. Flera patienter hade också skadat både medianus- och ulnarisnerven. Närmare analys görs inte här eftersom detta skulle kräva en mer omfattande genomgång av data, troligen kompletterad med journalgranskning. Ålders- och könsskarakteristika för de olika nervskadorna visas i tabell 5 och antal registrerade operationer per enhet i tabell 6. Stockholm hade registrerat största andelen av nervskadeoperationerna (45,8%), dels för att kliniken startade i HAKIR redan 2010 men också på grund av stort upptagningsområde med stort antal traumapatienter.

Digitalnervskador (1 553 operationer) utgjorde den absolut största gruppen av nervskador, 78,3%. Män dominerade för alla nervskadorna, med högst andel för plexus-skadorna (84,8%). Medelålder för patienter med nervskada var kring 38 år; kanske lite lägre för medianus-ulnarisskador. Barnpatienter fanns i alla grupperna. Skadedatum fanns registrerat för 246 operationer av digitalnervskador. Medeltid skada till operation var 2,5 dagar och 76,8% hade blivit opererade inom 2 dagar.

Fördelning av nervskador i HAKIR (%)
(totalt 2 019 operationer)



Figur 9. Fördelning mellan olika typer av nervskador registrerade som huvuddiagnos i HAKIR (%). Antal operationer anges inom parentes.

	Totalt antal op	Medelålder (år)	Intervall (år)	Andel män (%)
Digitalnerv	1 582	38,1	1-91	62,7
Medianus	186	36,7	2-86	66,7
Ulnaris	132	32,7	3-74	68,9
Radialis	54	38,3	7-89	74,1
Plexus brachialis	66	38,7	0-81	84,8

Tabell 5. Medelålder, åldersintervall och könsfördelning för patienter opererade med nervskada och registrerade i HAKIR.

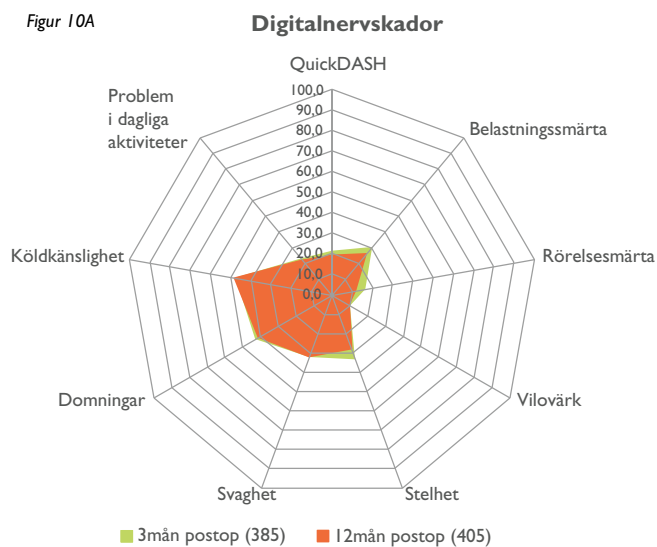
	Digitalnerv	Medianus	Ulnaris	Radialis	Plexus brachialis
Göteborg (204)	166	24	12	1	1
Linköping (307)	254	32	17	4	0
Malmö (268)	229	15	15	8	1
Stockholm (911)	661	92	65	35	58
Umeå (80)	63	4	6	1	6
Uppsala (202)	166	18	14	4	0
Örebro (17)	14	0	3	0	0
Totalt (1989)	1 553	185	132	53	66

Tabell 6. Antal registrerade nervskadeoperationer per enhet och totalt. Totalt antal nervskadeoperationer per enhet inom parentes.

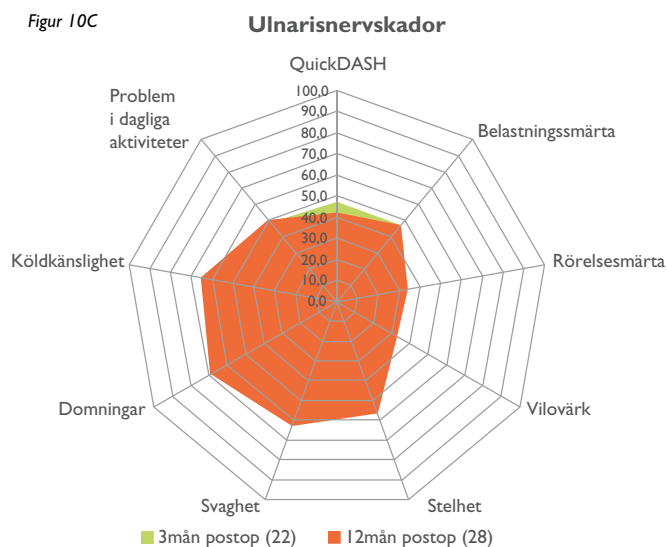
Plexuskirurgi på barn och vuxna är riksspecialitet för Stockholm och Umeå sedan 2016. I tabell 6 redovisas endast plexuskirurgi på vuxna patienter (diagnoskod S14). För koden P14, dvs förlossningsskador på plexus brachialis, fanns dessutom 163 operationer registrerade, men bara 11 av dessa var nervrekonstruktioner; resten sekundära ingrepp. Av de 11 nervrekonstruktionerna hade 9 gjorts i Stockholm och 2 i Umeå. 101 sekundära ingrepp hade utförts i Stockholm, 33 i Umeå och enstaka i Malmö, Göteborg och Linköping före 2016.



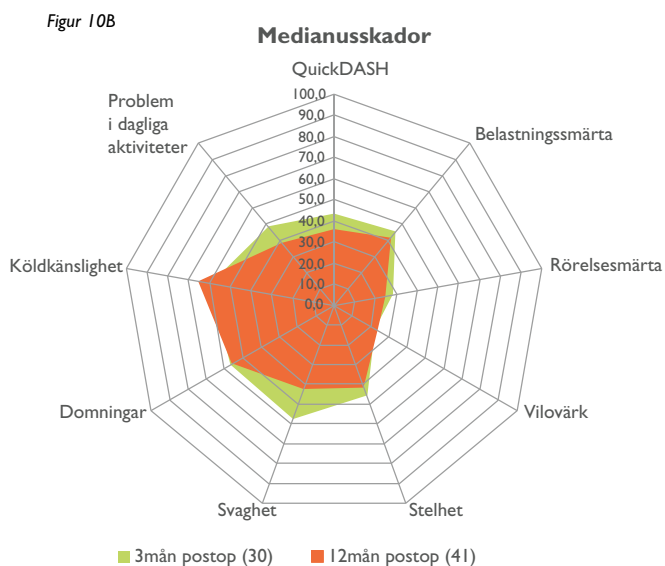
Figur 10A



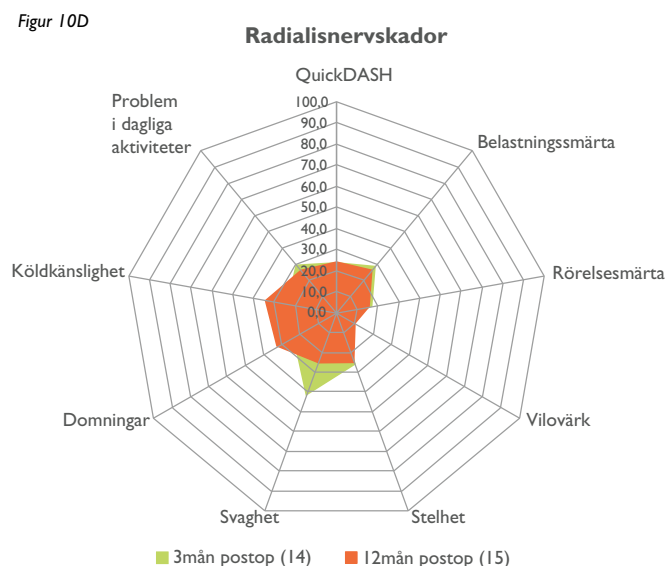
Figur 10C



Figur 10B

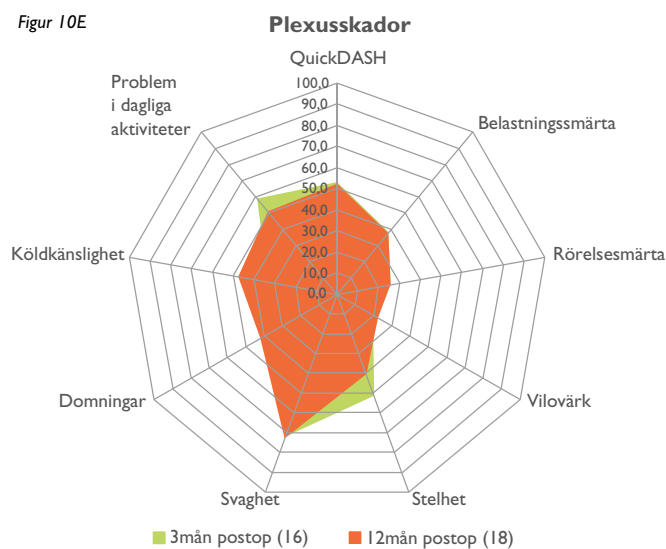


Figur 10D



Figur 10. Medelvärden för patientenkätsvar i HQ-8 samt total score Quick-DASH för patienter opererade för digitalnerv- (A), medianus- (B), ulnaris- (C), radialisnervskada (D) respektive plexus brachialisskada (E). 0 anger inga, och 100 maximala symptom eller upplevd funktionsnedsättning. Antal svar anges inom parentes. Observera att det är få svar för vissa grupper.

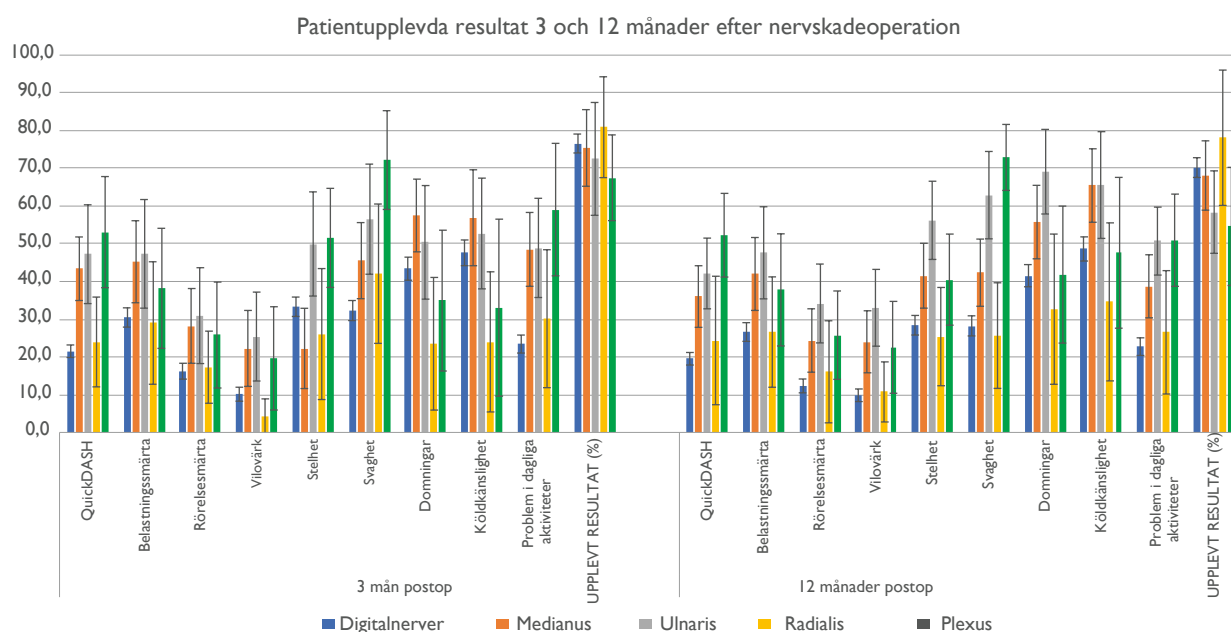
Figur 10E





Upplevda symptom och funktionshinder tre och tolv månader efter operation redovisas i spindeldiagrammen (figur 10A-E). Vi har exkluderat preoperativa enkätsvar eftersom dessa är svåra att tolka. Det som kan se ut som stora skillnader i upplevda symptom och funktionshinder skall inte övertolkas eftersom det är få enkätsvar i alla grupperna utom för digitalnerverna. För den som vill ha mer detaljer se stapeldiagram med 95% konfidensintervall (figur 11). Ganska tydligt, och förväntat, är att de olika nervskadorna ger olika restsymptom, där skada

på n radialis, en huvudsakligen motorisk nerv, mest ger symptom av svaghet och generellt sett mindre uttalade besvär av domningar och värk. Patienter med sensoriska nervskador anger, förutom besvär av domningar också uttalade besvär av köldkänslighet. Patienter med medianus-, ulnaris- eller plexusskada rapporterar uttalade besvär med hög upplevd grad av funktionsnedsättning även ett år efter sin skada och egentligen ses inte så stora förbättringar mellan tre och tolv månader i någon av grupperna, vilket är lite oväntat.



Figur 11. Medelvärden för patientenkätsvar i HQ-8 samt total score QuickDASH för patienter opererade för digitalnerv-, medianus-, ulnaris-, radialisnervskada respektive plexus brachialis-skada med 95% konfidensintervall. 0 anger inga, och 100 maximala symptom eller upplevd funktionsnedsättning. Antal svar anges inom parentes. Observera att det är få svar för vissa grupper. Upplevt operationsresultat graderas 0-100, där 0 = maximalt dåligt och 100 = maximalt bra.

Förbättringsaspekter nervskador

Nervskador är vanliga och allvarliga skador inom handkirurgin där patienterna ofta får bestående funktionsnedsättning. Vi behöver samla mer uppgifter om patientupplevda resultat i HAKIR. Redan nu kan vi använda data för att förbättra information till patienter kring symptomutveckling och förväntade restsymptom efter en nervskada. Kanske kan vi rehabiliteringsmässigt göra mer för att förbättra resultaten och t ex lindra besvär av köldkänslighet, vilket tycks vara ett stort problem för många patienter?

I nuläget har vi ingen utökad uppföljning med känselbedömning efter nervskador. Det vore önskvärt att införa detta åtminstone för medianus- och ulnarisnervavskärningar, vilka redan nu ofta följs vid de handkirurgiska rehabiliteringsenheterna avseende sensorisk och motorisk funktion. Under 2017-18 har en mätmanual för utvärde-

ring av behandlingsresultaten för nervskador utarbetats av rehab gruppen i HAKIR. Manualen har översatts både till engelska och tyska p g a stort internationellt intresse. Att nationellt registrera resultat efter nervavskärningar i HAKIR borde alltså vara realistiskt utan alltför stor arbetsinsats och skulle långsiktigt ge mycket värdefull information kring hur vi på bästa sätt opererar och rehabiliterar patienter med dessa skador.

Diagnos- och operationsformulär i HAKIR för plexusskador på barn och vuxna har utarbetats 2017-18 och skall införas under hösten. Detta är viktigt för uppföljning av rikssjukvårdsuppdraget. En vetenskaplig studie av PROM för patienter opererade för digitalnervskada startar som ett studentprojekt i Stockholm hösten 2018 och ett annat projekt om medianus- och ulnarisskador planeras i Malmö, se nedan.



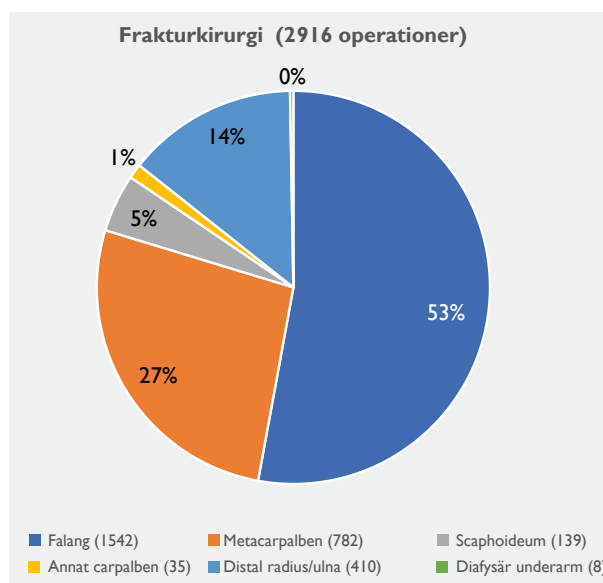
FRAKTURKIRURGI

Frakturkirurgi är en stor och viktig del av verksamheten vid många handkirurgiska kliniker. Vi har i nuläget ingen utökad registrering (=funktionsuppföljning) för frakturkirurgin, men vi har möjlighet att ändå göra en del analyser, t ex av frekvensen av frakturkirurgi vid de olika enheterna, ålder och kön på patienterna och vilka operationsmetoder som används. Vi kan också rapportera patientupplevda resultat 3 och 12 månader efter operation.

Under 2016 lade vi till variabeln: "Intakt hud", med syfte att kunna särskilja öppna och slutna skador, t ex för frakturer. Vi har än så länge inte så mycket data för den variabeln, men förutsatt att den registreras vid operation kan den framöver ge mycket intressant information. Vi har också lagt till skadedatum vilket kan ge oss en uppfattning om hur snabbt frakturer kommer till operation vid de olika klinikerna, ett processmått.

TYP AV FRAKTURER

Till och med 31 december 2017 hade 2 916 operationer registrerats med frakturkod som huvuddiagnos. Fördelningen mellan olika skelettdelar visas i figur 12. Drygt hälften (53%) var operationer av falangfrakturer i fingrar eller tumme, följt av metacarpalfrakturer (27%) och handledsfrakturer (14%). Ytterligare frakturkirurgi fanns registrerad med andra huvuddiagnoser, t ex sen- eller nervskada, men resultat för dessa komplexa skador redovisas inte här. Ålders- och könsfördelning för olika frakturer visas i Tabell 7. Det förelåg stor manlig dominans för alla opererade frakturer utom för distala radiusfrakturer. För barn under 18 år falangfrakturer vanligast.



Figur 12. Registrerade operationer med fraktur som huvuddiagnos. Andelar (%) av respektive fraktur. Antal operationer inom parentes.

	Totalt antal op	Andel män (%)	Medelålder (år)	Medelålder män (år)	Medelålder kvinnor (år)	Åldersintervall (år)	Andel pat <18 år (%)
Falangfrakturer	1 542	70,7	40,5	38,8	43,3	1-89	12,3
Metacarpalfrakturer	782	76,7	36,0	33,5	44,5	2-91	9,2
Scaphoideumfrakturer	139	89,9	30,9	30,2	37,0	13-71	8,6
Andra carpalfrakturer	35	88,6	35,7	34,6	44,7	19-88	0
Distal radius-ulnafraktur	410	34,1	53,6	44,5	58,3	14-88	0,7

Tabell 7. Ålders- och könsfördelning för de olika frakturtyperna.



FRAKTURKIRURGI VID DE OLIKA KLINIKERNA

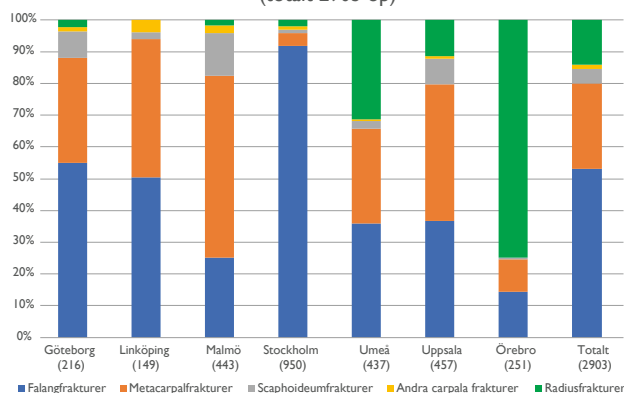
Det fanns stora variationer i fördelningen mellan frakturer på respektive klinik, se figur 13. I Örebro och Umeå opererades många distala radiusfrakturer, medan nästan inga sådana operationer hade registrerats i Göteborg, Linköping och Malmö. I Stockholm dominerade falangfrakturer stort, medan metacarpalfrakturer var vanligast i Malmö. Det är omöjligt att veta om dessa skillnader beror på olika skadepanorama, på olika behandlingstradition eller på olika nivåstrukturer mellan ortopedi och handkirurgi. Ofullständig eller felaktig registrering kan inte heller uteslutas, men kan rimligen inte förklara hela skillnaden mellan klinikerna.

Andelen frakturkirurgi av totalt antal operationer varierade också mellan klinikerna. I medeltal utgjorde den "rena" frakturkirurgin 3,4% av alla operationer i HAKIR, men nästan dubbelt så hög andel i Umeå (6,4%), följt av Uppsala (4,5%), Stockholm (4,4%) och Örebro (4,2%). Andelen frakturkirurgi var något lägre i Göteborg (2,3%) och Malmö (2,1%) och lägst i Linköping (1,3%).

OSTEOSYNTESMETODER

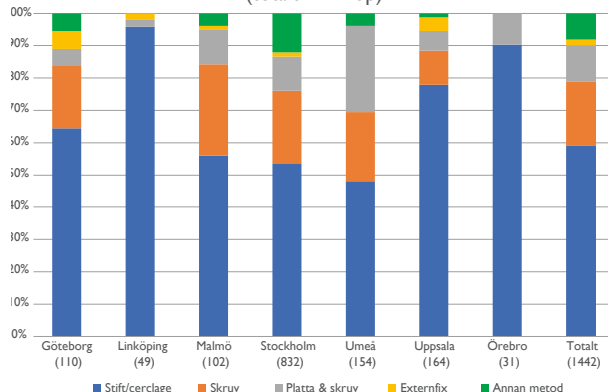
Även vad gäller val av osteosyntesmetod fanns variationer nationellt (se fig 14A-B). Generellt sett var stiftfixation den vanligaste metoden och stod för nästan 60% både för falang- och för metacarpalfrakturer. Plattfixation var vanligt i Umeå men mycket ovanligt i Linköping för båda dessa frakturtyper. Urvalet av frakturer är kanske inte det samma på klinikerna, men resultaten är intressanta att följa framöver när vi samlar mer data. Förvånansvärt få metacarpalfrakturer hade registrerats nationellt förutom i Malmö, Uppsala och Umeå. Troligen opereras metacarpalfrakturer inom ortopedin i de andra regionerna, vilket också föreslås i nivåstruktureringen mellan ortopedi och handkirurgi.

Figur 13 Andelar av olika typer av frakturkirurgi på resp enhet (totalt 2903 op)

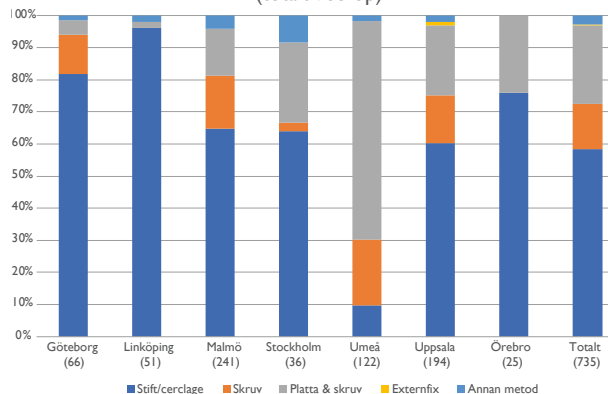


Figur 13. Andel av olika frakturtyper per enhet (%). Antal operationer inom parentes.

Figur 14A Osteosyntesmetoder falangfrakturer (totalt 1442 op)



Figur 14B Osteosyntesmetoder metacarpalfrakturer (totalt 735 op)



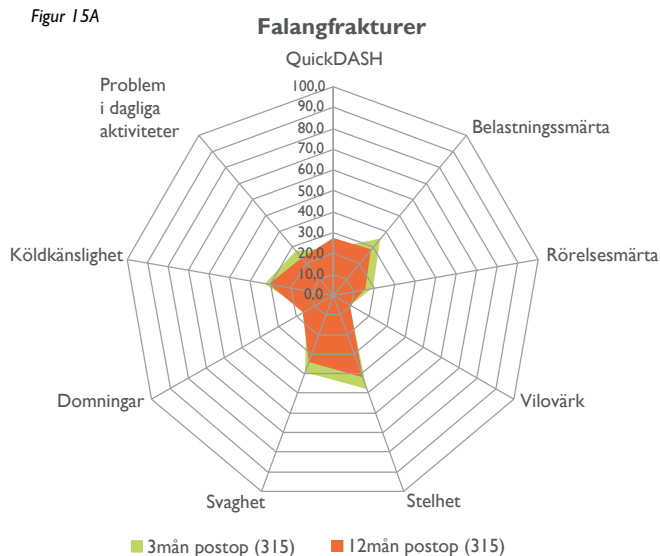
Figur 14. Registrerade osteosyntesmetoder för falangfrakturer (A) respektive metacarpalfrakturer (B) per enhet och totalt. Antal operationer inom parentes.



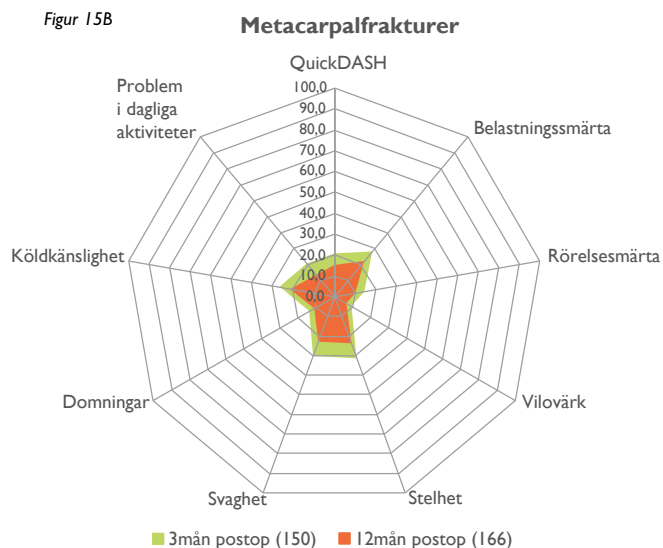
PATIENTUPPLEVDA RESULTAT AV FRAKTURKIRURGI

Stelhet och svaghet var dominerande symptom ett år efter operation av falangfraktur (se fig 15A-B). Patienter opererade för metacarpalfraktur tycks ha mindre besvär än de som haft en fingerfraktur och de förstnämnda patienterna har också förbättrats mer mellan tre och tolv månader. Patienterna rapporterar låg grad av vilovärk, men en del belastningssmärta och köldkänslighet ett år efter skadan.

Figur 15A



Figur 15B



Figur 15. Medelvärden för patientenkätsvar i HQ-8 samt total score QuickDASH för patienter opererade för falangfraktur (A) respektive metacarpalfraktur (B) tre och 12 månader efter operation. 0 anger inga, och 100 maximala symptom eller upplevd funktionsnedsättning. Antal svar anges inom parentes.

Förbättringsaspekter frakturkirurgi

Vi ser nationella skillnader i hur vanliga handfrakturer opereras, men vi vet inte ännu om detta har betydelse för slutresultatet eller ej. Trots överenskommen nivåstrukturer mellan ortopedi och handkirurgi ser vi också nationella skillnader mellan klinikerna kring volymer av de mindre komplicerade frakturerna. Kvalitetsregistret kan förstås varken påverka case-mix för olika kliniker eller val av osteosyntesmetoder, men vi hoppas att registerdata kan väcka frågor och intresse för att studera behandlingsresultaten vidare vetenskapligt. Ett långsiktigt mål är att kunna skapa nationella behandlingsriktlinjer för de vanligaste frakturtyperna. Detta är en uppgift för specialistförening och huvudmän.

Under 2018 har ett samarbete mellan HAKIR och Svenska Frakturregistret (SFR) startats med syfte att försöka följa upp behandling av handfrakturer mer ensartat och komplett. I nuläget registreras handfrakturer som enbart gipsas på en akutmottagning bara i SFR, medan frakturer som direkt kommer till en handkirurgisk klinik eller där gipsbehandling inte varit framgångsrik registreras i HAKIR och inte i SFR. I ett ST projekt kommer vi att kartlägga och jämföra registreringsrutiner och variabler för de båda registren, vilket vi hoppas skall leda till förbättrad uppföljning av denna patientgrupp.



Omvårdnadsformuläret

Sedan start i början av 2017 fram till 31 december 2017 hade 396 omvårdnadsformulär på 323 patienter registrerats. 57% av formulären var registrerade i Malmö, 28% i Stockholm och 15% i Uppsala.

Ålders- och könsfördelning på patienterna visas i tabell 8. De vanligaste diagnoserna var enligt överenskommelse mellan deltagande enheter; tumbasartros, senskada, Dupuytrens kontraktur och patienter opererade för handinfektion, se figur 16.

	Antal patienter	Kvinnor / Män	Ålder medel (intervall) år
Malmö	188	72 / 116	57 (8-84)
Stockholm	86	44 / 42	48 (17-84)
Uppsala	49	26 / 23	52 (14-84)
Totalt	323	142 / 181	54 (8-84)

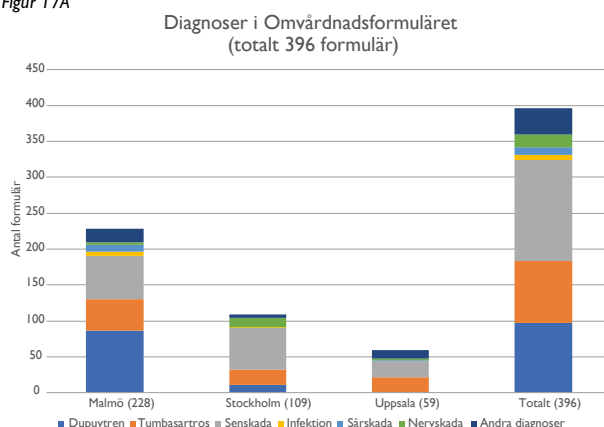
Tabell 8. Antal patienter registrerade i Omvårdnadsformuläret per enhet och totalt samt ålders- och könsfördelning.

I princip alla patienter vid de tre klinikerna (99%) uppgav att de hade fått preoperativ information om vikten av högläge, i 61% både skriftligt och muntligt. Nästan lika stor andel (98%) hade fått preoperativ information om behandling av postoperativ smärta, se figur 17 A-B.

Bandageproblem uppgavs föreligga hos cirka 15% av patienterna, samma andel för alla de tre enheterna. Ungefär en tredjedel av dessa förband hade orsakat skav/tryck och en tredjedel hade varit svåra att ta bort. Resterande problem hade varit att förbandet suttit för löst eller för hårt.

Figur 17. Andel patienter (%) registrerade i Omvårdnadsformuläret vilka fått preoperativ information om vikten av postoperativt högläge (A) samt om postoperativ smärtbehandling (B) per enhet. Antal patienter inom parentes.

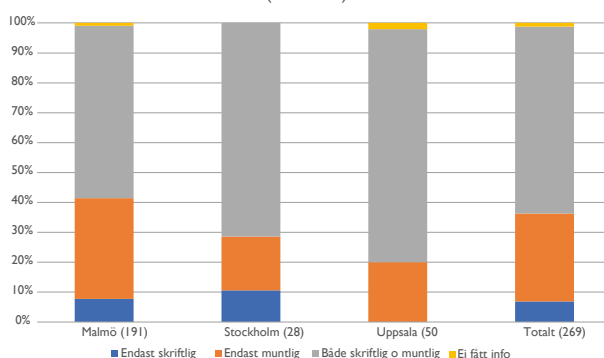
Figur 17A



Figur 16. Antal registreringar i Omvårdnadsformuläret per enhet och diagnos.

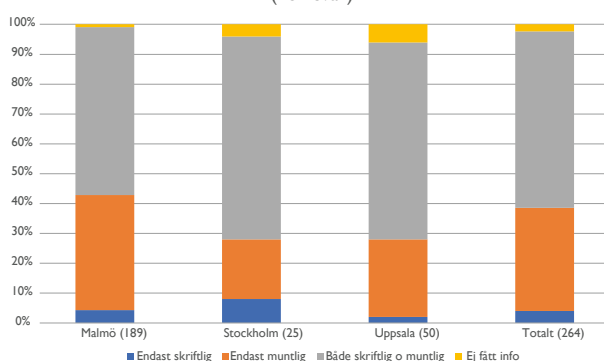
Figur 17A

Andel patienter (%) som fått preop info om högläge (269 svar)



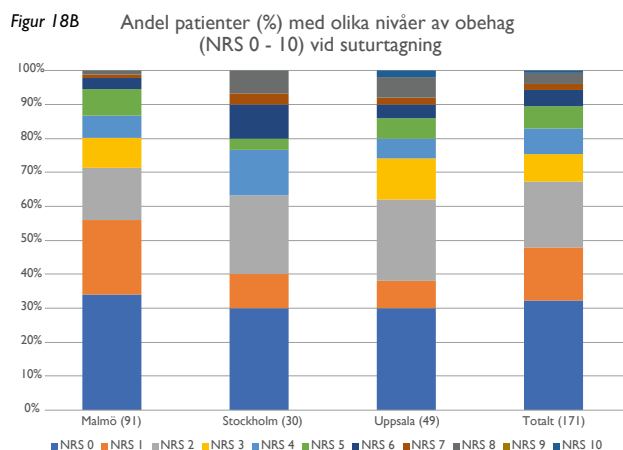
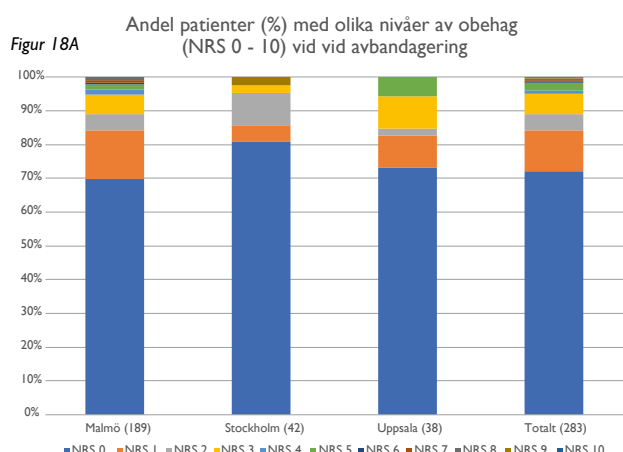
Figur 17B

Andel patienter (%) som fått preop info om smärtbehandling (264 svar)





Endast ett fåtal patienter angav obehag/smärta vid avtagning av förbandet, medan en ganska stor andel (17%) av patienterna upplevde suturtagningen som klart smärtsam (NRS 5-10), se figur 18 A-B. Det fanns ingen säker skillnad mellan klinikerna.



Figur 18. Andel patienter (%) registrerade i Omvårdnadsformuläret som angivit olika nivåer av obehag/smärta enligt NRS (Numerical Rating Scale 0-10; där 0= inga, och 10= maximala obehag) vid avbandagring (A) respektive vid suturtagning (B). Antal patienter inom parentes.

Förbättringsaspekter omvårdnadsformulär

Handkirurgisk omvårdnad är en självklar del av patientens vårdkedja och det vore välkommet om fler kliniker kunde börja registrera omvårdnadsvariabler i HAKIR.

Tänkbara förbättringsområden som kan anas redan nu är suturerings teknik och även teknik för att ta bort suturer, alternativt att öka användningen av resorberbara suturer även på vuxna patienter för att minska obehag för patienterna. Detta kan kanske vara ett bra ämne för ett lokalt förbättringsprojekt?

Det vore av stort intresse att bättre kunna fånga in postoperativa sårinfektioner av lättare grad, vilka ej kommer till reoperation utan endast behandlas med antibiotika och sårvård. Vi skall föreslå omvårdnadsgruppen i HAKIR att ta upp detta förslag.

Ökad utbildning i hur man lägger ett bra handförband i samband med operation och återkoppling till kirurgen när ett förband orsakat problem kan vara ett annat område att arbeta vidare med.

Att säkerställa att alla patienter får såväl muntlig som skriftlig information om postoperativ smärtlindring kan också vara viktigt. Genom fortsatt arbete med omvårdnadsformuläret kan vi successivt lära oss mer om för- och nackdelar med olika material som används inom sårbehandling.

Gruppen som utarbetat omvårdnadsformuläret gjorde en mindre revision av formuläret våren 2018 och det är nu klart att använda för fler kliniker. Vi är dock tacksamma om ni meddelar oss på HAKIR innan ni tänker starta. På sikt kan det bli aktuellt att utöka även med andra omvårdnadsvariabler utifrån intresse och behov på klinikerna.



Komplicerade postoperativa förlopp

Från start av HAKIR och t o m 31 december 2017 hade 6 271 operationer registrerats som reoperation pga postoperativt problem.

I 29,6% hade primär operation utförts vid annan vårdenhet, dvs detta var patienter som remitterats till specialistenheten. Nedan analyseras de 4 413 reoperationer som var "interna", dvs där primär operation utförts på den egna enheten. Andelen reoperationer av totalt utförda operationer var 4,9%, med variation mellan klinikerna mellan 3,5 till 9,1%, se tabell 9. Undantagen var Umeå och Örebro med 0,5% respektive 0,3% interna reoperationer. Se mer utförlig diskussion kring dessa skillnader ovan.

	Totalt antal op	Interna reop		Interna infektioner	
		Antal	% av totalt	Antal	% av totalt
Göteborg	9 409	854	9,1	42	0,45
Linköping	11 524	561	4,9	28	0,24
Malmö	21 096	787	3,7	96	0,46
Stockholm	21 469	1 320	6,1	142	0,66
Umeå	6 869	37	0,5	5	0,07
Uppsala	10 254	717	7,0	45	0,44
Örebro	6 007	17	0,3	1	0,02
Capio Örebro	734	44	6,0	5	0,68
Göteborg Handcenter	2 147	76	3,5	5	0,23
Totalt	90 509	4 413	4,9	507	0,56

Tabell 9. Antal och andel (%) "interna" reoperationer, dvs reoperationer efter primärt ingrep på den egna enheten per enhet och totalt samt antal och andel (%) "interna" postoperativa infektioner.

Tyvärr registreras ofta "annan orsak till reoperation" trots att det enligt fritextkommentar kan röra sig om t ex en infektion, en proteskomplikation eller något annat som kunde ha sorterats in i respektive grupp (figur

19). Förutom denna stora grupp noteras liksom tidigare att adherensproblematik är den vanligaste orsaken till reoperation (0,6%) följt av postoperativ infektion (0,4%). Frekvensen reoperation pga postoperativ infektion efter primär operation på den egna enheten varierade mellan 0,2% och 0,7%. Undantagen var igen Umeå och Örebro med 0,07% respektive 0,02% reoperationer pga postoperativ infektion (se tabell 9). Vi planerar en kvalitetsindikator för postoperativ infektion efter handkirurgisk operation, se avsnitt nedan.

Osteosyntesmaterial av metall kan orsaka ruptur av intilliggande senor och denna komplikation kan uppträda flera år efter primär operation. I HAKIR fanns 53 reoperationer på grund av senruptur orsakad av osteosyntesmaterial. Patienterna var 18 - 90 år gamla och drygt hälften (28) hade primärt blivit opererade mer än ett år tidigare. Cirka 2/3 av skadorna gällde böjsenor med lika andelar finger- och tumsenor. Drygt hälften av senskadorna (28) var registrerade i Stockholm, 11 i Uppsala, 6 i Göteborg, 4 i Linköping och 2 vardera i Umeå och Malmö.

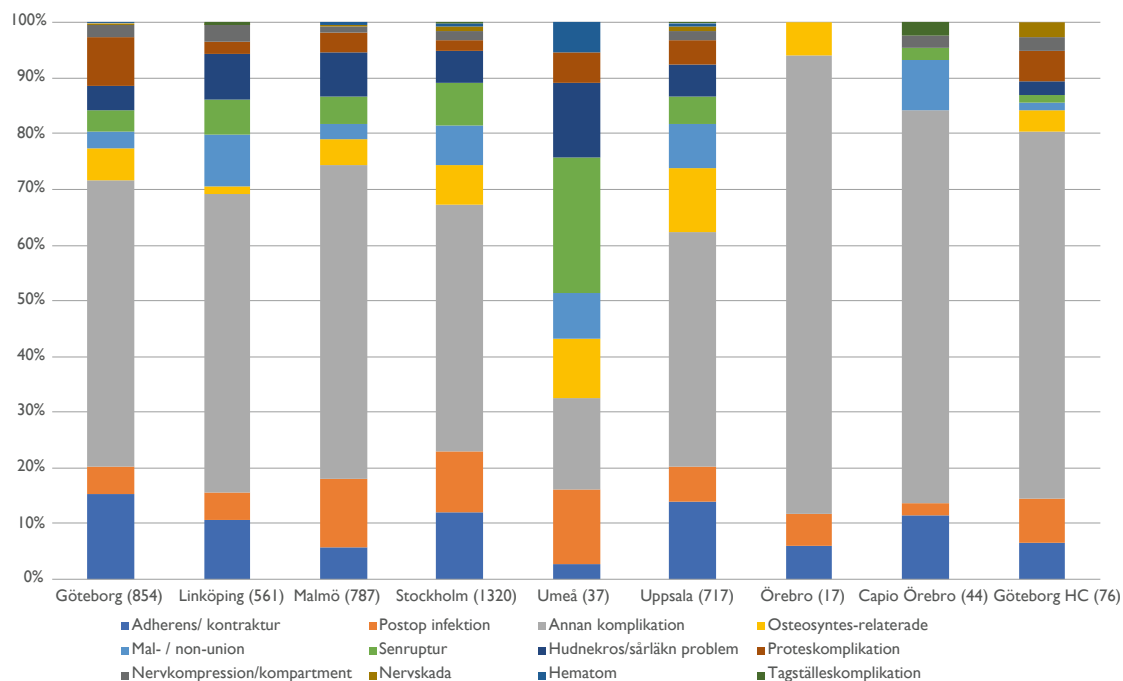
Förbättringsaspekter postoperativa problem

Öppen redovisning av reoperationer på grund av postoperativa problem finns redan på hemsidan, med möjlighet att t ex välja klinik och tidsintervall. Det är alltså enkelt för verksamhetschefer och kvalitetsansvariga att själva ta fram och redovisa sina egna data och jämföra med andra enheter. HAKIR kommer att arbeta vidare med att tekniskt underlätta dataåtkomsten, troligen genom färdiga mallar som kan tas fram med färre tangenttryck.

Den vanligaste orsaken till reoperation efter handkirurgi tycks vara sammanväxningar mellan olika vävnader efter operationer och det är välkänt att detta är en av handkirurgins största utmaningar. Tidig och intensiv rehabilitering efter skada och operation är viktig och när vårt kvalitetsregister växer kan vi kanske bättre utvärdera olika rehabiliteringsprogram.



Andel (%) av olika postoperativa problem efter primär operation på den egna kliniken



Figur 19. Andel (%) av olika postoperativa problem efter primär operation vid den egna enheten vilka lett till reoperation (= "interna reoperationer"). Antal reoperationer inom parentes. Observera att antalet reoperationer är mycket få vid vissa enheter varför fördelningen är svårtolkad.

Frekvens av postoperativa infektioner är låg med tanke på att öppna kontaminerade skador ingår bland operationerna. Genom omvårdnadsformuläret hoppas vi på sikt även fånga in lättare sårinfektioner, vilka inte orsakat reoperation. Det blir intressant att framöver analysera om väntetider mellan skada och operation vid öppna handskador har betydelse för infektionsrisken eller ej.

Vi planerar samarbete med Svenskt Perioperativt Register (SPOR) där bland annat uppgifter om preoperativ antibiotikaproxylax registreras, se nedan. Vi vet i nuläget inte hur rutinerna ser ut vid klinikerna, men nationella riktlinjer saknas och förmodligen finns stor variation. Om vi kan få tillgång till uppgifterna i SPOR och relatera till postoperativa infektioner kan detta vara mycket värdefullt både för att minska infektionsfrekvens efter öppna skador men kanske också för att minska onödig antibiotikaanvändning.

Genom HAKIR kan vi följa frekvensen av senrupturer, något som är extra viktigt eftersom kroppens vanligaste fraktur, handledsfrakturen, nu i allt större utsträckning opereras med plattfixation. Det är viktigt att registrera korrekt i HAKIR så att vi fångar upp alla dessa patienter. Kanske kan komplikationen undvikas genom förbättrade osteosyntesmaterial, bättre operationsteknik eller mer noggrann uppföljning efter frakturkirurgi. En senruptur kan ibland orsaka betydande besvär och funktionsbortfall. Ett pågående forskningsprojekt studerar problemet, se nedan.

Som ovan påpekats under avsnittet om reoperationer generellt så är det viktigt för HAKIR att postoperativa problem redovisas på ett ärligt och korrekt sätt. Det är också viktigt att försöka "sortera in" komplikationerna under rätt rubrik så att vi kan analysera lättare.



Utökad registrering i HAKIR

Med utökad registrering menas att patienten som tillägg till grundregistreringen, där PROM, PREM och postoperativa problem registreras, också erbjuds att följa upp handfunktion i form av kraft, rörlighet, känsel etc efter sin operation eller skada.

Sex av sju specialistkliniker deltar i nuläget i någon av de utökade registreringarna; för närvarande tumbaskirurgi, böjsensador och proteskirurgi. Flera andra uppföljningsformulär är klara att införas, men resurser krävs framförallt på de handkirurgiska rehabiliteringarna för att kunna samla in data komplett. Stöd från verksamhetscheferna är avgörande för att motivera medarbetare på klinikerna till visst extraarbete och för att få logistiken att fungera. Patienterna bör också motiveras och informeras om fördelarna med att följa upp operationsresultat och vårdkvalitet så att de tar sig tid att komma för uppföljningen ett år efter sin operation. Vår erfarenhet är att de allra flesta patienter uppskattar att vi

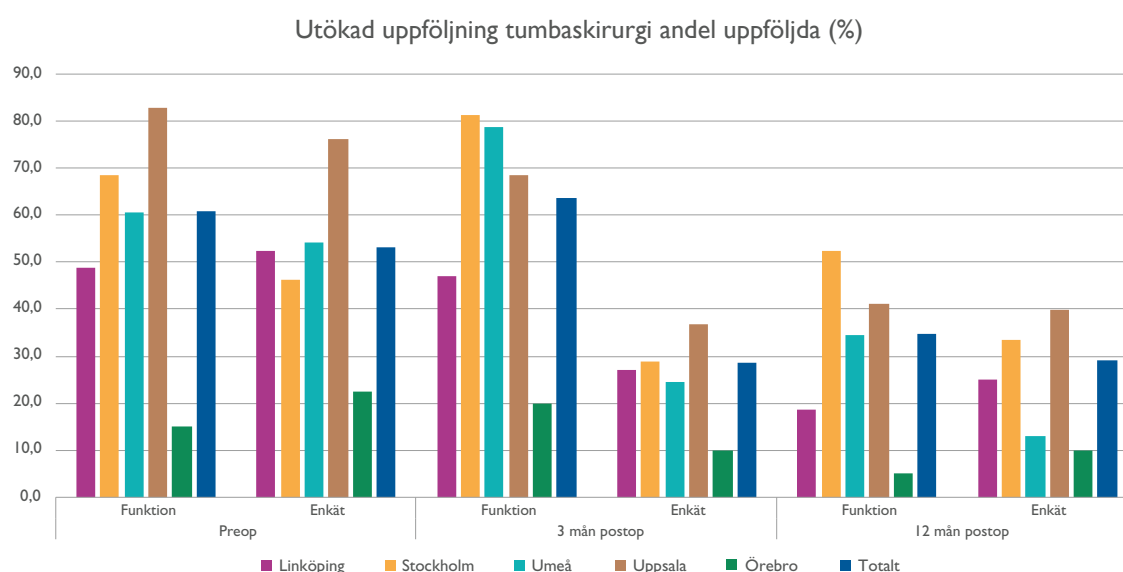
inom vården engagerar oss i deras vård och vi strävar efter att bli ännu bättre.

TUMBASARTROS

Totalt var 933 operationer registrerade inom utökad registrering av kirurgi för tumbasartros (HAKIR 05A), när ett antal reoperationer exkluderats. Antal formulär per klinik visas i tabell 10. Patienterna var i medeltal 62,8 (20 - 93) år och 81,7% var kvinnor. Andelen patienter som var funktionsuppföljda ett år efter operationen var i medeltal 34,8%, med variation mellan 52,4% i Stockholm och 5% i Örebro, se figur 20.

	Op formulär	Preop funktion	Preop enkät	3mån funktion	3 mån enkät	12 mån funktion	12 mån enkät
Linköping	371	181	194	174	100	69	93
Stockholm	353	242	163	287	102	185	118
Umeå	61	37	33	48	15	21	8
Uppsala	168	139	128	115	62	69	67
Örebro	40	6	9	8	4	2	4
Totalt	993	605	527	632	283	346	290

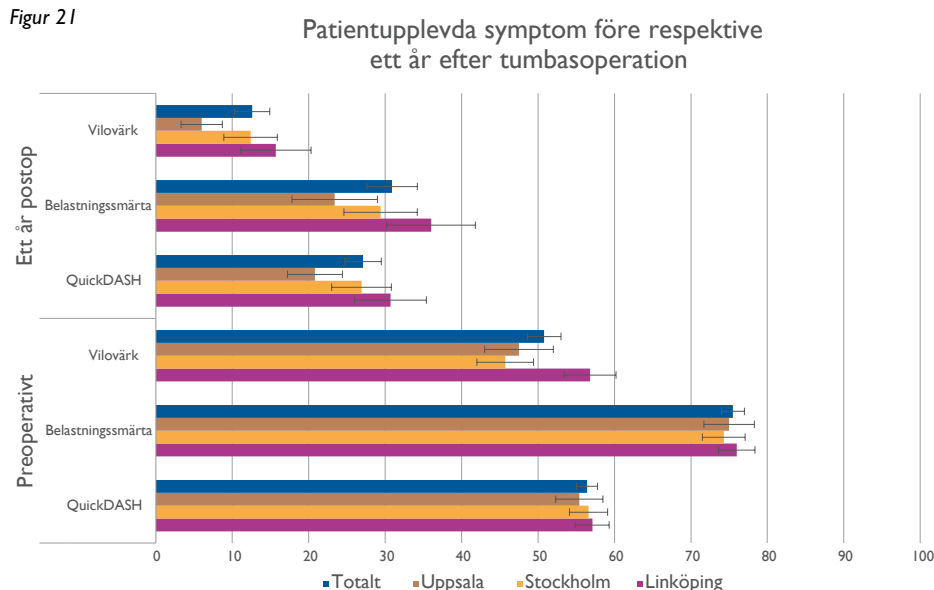
Tabell 10. Antal registrerade formulär och enkätsvar i utökad registrering för tumbaskirurgi per enhet och totalt.



Figur 20. Andel uppföljda (%) med funktionsundersökning respektive med enkät av totalt opererade i utökad registrering av tumbaskirurgi per enhet och totalt. För antal se tabell 10.



Figur 21



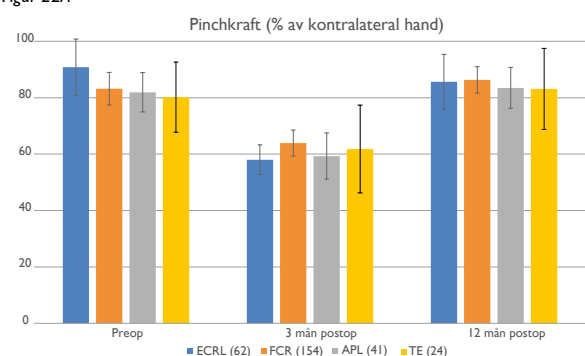
Figur 21. Medelvärde för resultat av enkätsvar avseende vilovärk, belastningssmärta och QuickDASH score före och ett år efter operation för patienter opererade pga tumbasartros på tre kliniker och totalt inom utökad uppföljning i HAKIR. 95% konfidensintervall anges med felstaplar. Alla skalor går från 0 till 100, där 0 = inga och 100 = maximala besvär. I figuren totalt 525 enkätsvar före och 290 svar ett år efter operation.

En stor majoritet av patienterna (83,9%) var opererade med trapezektomi och någon typ av interpositionsplastik. Av dessa var FCR-plastik (345 operationer) och ECRL-plastik (311 operationer) ungefär lika vanliga, medan APL-plastik var mer ovanlig (175 operationer). 61 patienter (5,7%) hade opererats med enbart trapezektomi och 23 (2,2%) med artrodes. Observera att detta gäller de patienter som registrerats i utökad uppföljning. Nationellt kan fördelningen vara en annan mellan metoderna. Proteskirurgin är inte heller med i dessa siffror.

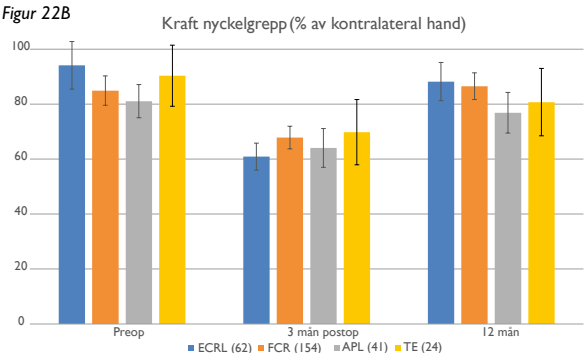
Patientrapporterade data har även beskrivits i avsnitt ovan, men i figur 21 visas resultaten före operation och ett år efter, för de patienter som ingått i den utökade uppföljningen. Man kan notera att patienter med tumbasartros har stora besvär före, och att besvären minskat mycket efter operation. Uppsala-patienterna har eventuellt lite mindre värkbesvär ett år efter operation än övriga.

I tumbasuppföljningen uppmäts rörlighet och kraft i tummen före och efter operation. Resultat för pinchkraft, nyckelgrepp och grov kraft i opererad hand jämfört med kontralateral hand för fyra olika operationsmetoder visas i figur 22A-C. Vi har än så länge för lite data för att dra säkra slutsatser annat än att kraften går ner ganska kraftigt efter operation för att vid tolv månader nästan ha återgått till status före operation, men variationen mellan patienterna är stor. Vid genomgång av data kan man misstänka en del felvärden. Mer data behövs alltså och det finns behov av en detaljerad och vetenskaplig analys för att se om det finns skillnader mellan operationsmetoderna eller ej. Några stora skillnader ses hittills inte avseende kraft och rörlighet för de olika metoderna.

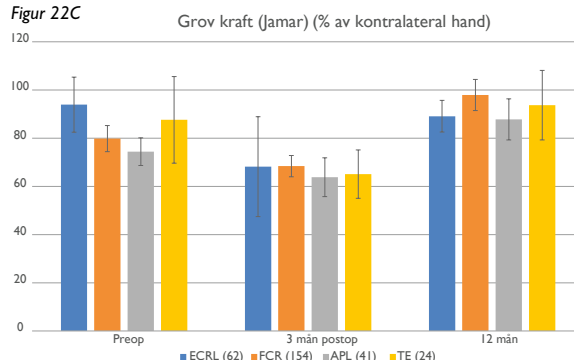
Figur 22A



Figur 22B



Figur 22C



Figur 22. Medelvärden för pinchkraft (A), nyckelgreppskraft (B) samt grov kraft (C) före, samt tre och tolv månader efter operation i % av motsvarande värde för kontralateral hand för fyra olika operationsmetoder vid tumbasartros. Felstaplarna anger 95% konfidensintervall. FCR, ECRL och APL= trapezektomi med senplastik med olika senplastiker. TE= trapezektomi utan senplastik. Antal operationer inom parentes. Observera att det är få mätningar för vissa grupper.



Förbättringsaspekter utökad registrering av tumbasartros

Vi börjar nu samla mycket data för tumbaskirurgin, men fortfarande har vi inte tillräckligt med ett-årsuppföljningar för vissa operationsmetoder för att kunna bedöma om resultaten avseende patientupplevda resultat eller funktionsvariabler är olika. En registerbaserad studie av operationsresultat skulle vara av stort värde som komplement till de randomiserade studier som har gjorts internationellt. I nuläget väljs operationsmetod inte utifrån evidens utan mest efter operatörens och klinikkens preferenser. Kanske har detta ingen betydelse, men man kan inte heller utesluta

att skillnader finns. Tumbasartros är en stor och viktig diagnos inom handkirurgin. De flesta patienter blir ganska nöjda efter sin operation, men fortfarande kan behandlingsresultaten förbättras och vissa patienter får kvarvarande smärta och instabilitet, vilket kan kräva ytterligare operationer. Vi behöver veta mer om vilka patientgrupper som inte får ett bra resultat och vad vi eventuellt kan göra bättre före, under eller efter operation. Proteser för tumbasartros används endast i liten utsträckning och bara vid vissa enheter. Resultaten av proteskirurgin behöver utvärderas långsiktigt anseende resultat och revisionsfrekvens. Det är viktigt att alla kliniker deltar i uppföljningarna inom HAKIR.

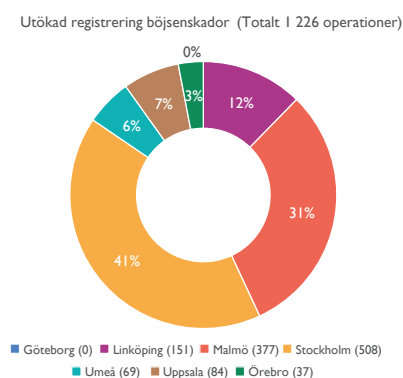
BÖJSENSKADOR

Till och med 31 december 2017 hade 1 226 operationer på 1 427 fingrar och tummar registrerats i utökad operationsformulär för böjskador (HAKIR 02A). Medelålder för dessa patienter var 36,9 år, 8% var barn under 18 år och 72% var män. Höger hand var skadad i 48%, vänster i 51% och båda händerna i 1%.

Deltagande enheter

Fördelning av antal böjsenoperationer för respektive klinik visas i figur 23. Stockholm och Malmö startade först och över 70 % av registreringarna hade skett på dessa kliniker. Göteborg hade fortfarande inte registrerat några böjskador i utökad formulär. Vi hoppas att de startar med detta under 2019. Ett nationellt kvalitetsregister för böjskador är något som specialiteten efterfrågat länge. Andelen uppföljda patienter tre månader efter operation var i medeltal 49% och efter ett år 28%, med stor variation

Figur 23



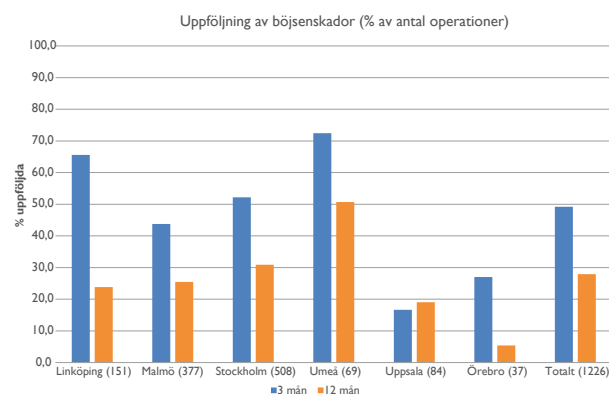
Figur 23. Andel (%) av operationsformulär i utökad registrering av böjskador från respektive enhet. Antal formulär per enhet inom parentes.

mellan klinikerna (figur 24). Umeå hade trots avstånden i norra Sverige mest komplett uppföljning för båda tidsintervallen medan Örebro och Uppsala hade lägst andel uppföljda patienter. Klinikerna kan troligen lära av varandra för att skapa långsiktigt hållbara rutiner för uppföljning utan orimliga arbetsinsatser för rehab-enheterna.

Typ av skada

Av 1 427 skador var 195 (13%) avskärningar av FPL i tummen och resten fingerskador. Fördelning mellan fingrarna visas i figur 25. Lillfingerskador utgjorde 38%. I ungefär en tredjedel av skadorna var båda böjsenorna (FDP + FDS) avskurna, samma andel i alla fingrar. Digitalnervskador var däremot vanligare i radiale fingerstrålar; 46% i tumme, 44% i pekfingrar, 36% i långfingrar, 35% i ringfingrar och 30% i lillfingrar. Detta beror troligen både på anatomi och på olika skademekanismer.

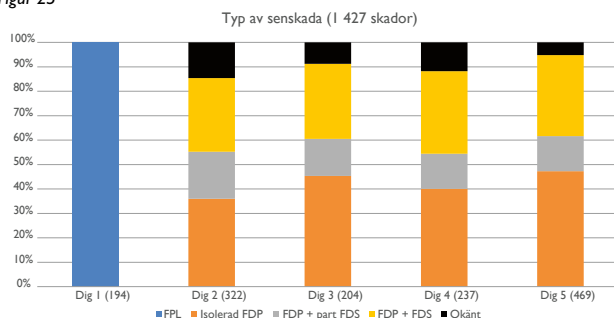
Figur 24



Figur 24. Andel (%) uppföljda patienter inom utökad registrering av böjskador tre och tolv månader efter operation per enhet och totalt. Antal funktionsformulär inom parentes.



Figur 25



Figur 25. Fördelning (%) av böjsenskador i tumme, fingrar samt typ av senskada. FPL = Flexor Pollicis Longus, FDP = Flexor Digitorum Profundus och FDS = Flexor Digitorum Superficialis. Antal skador inom parentes. Totalt 1 427 skador.

Skadenivå i fingret fanns registrerat för 366 skador. I 56 % var senskadan i PIP ledsnivå (C1, A3, C2, A4). Reinsertioner utgjorde 9,2%. I tummarna var reinsertioner vanligare, 29,4%.

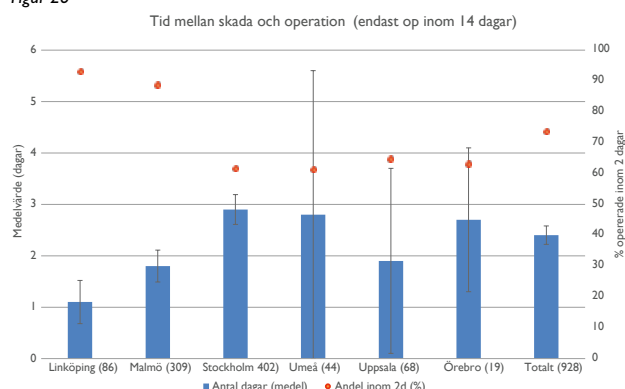
Tid skada till operation

Registrering av skadedatum fanns för 1 006 böjsenoperationer. Tyvärr fanns felregistreringar av datum, t ex operation före skada eller orimligt lång tid mellan skada och operation för 78 operationer. Vi har nu lagt in spärrar för sådana registreringar och hoppas därmed förbättra datakvaliteten. Tid mellan skada och operation var i medeltal 2,4 dagar (när alla tider över 14 dagar hade exkluderats) och 74% hade blivit opererade inom 2 dygn. Liksom i föregående årsrapport ses skillnader mellan klinikerna, se figur 26. I Linköping och Malmö hade 93 respektive 89% av patienterna opererats inom två dygn, mot endast 62% i Stockholm. Skillnaderna verkar vara signifikanta för de större klinikerna, medan det är mer osäkert för de som inte ännu har så många operationer registrerade.

Operationsteknik

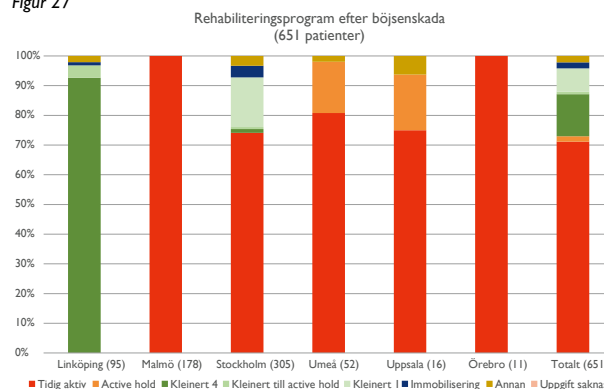
Loop sutur enligt Tsuge med fyra trådar verkar nu vara den helt dominerande tekniken för kärnsutur av FDP-senan (79%), men det förekommer en hel del varianter av olika slag, t ex liggande madrass, criss-cross och Bunnellsutur. Flätad polyester är fortfarande vanligaste material, med Fiber wire på andra plats. Man kan nog anta att val av suturteknik och material till en del kan bero på skadan, men att det mest beror på operatörens preferens. Eftersom bara enstaka operationer utförs med individuell teknik så blir det svårt att utvärdera hur dessa metoder står sig i jämförelse med standard.

Figur 26



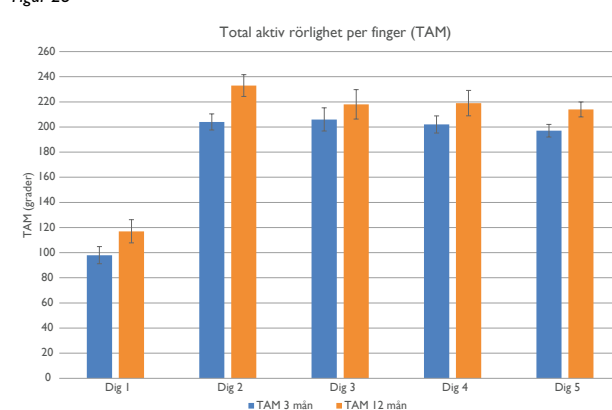
Figur 26. Medelvärde för tid (dagar) mellan skada och operation av böjsenskada (staplar; vänstra y-axeln) med 95% konfidensintervall samt andel patienter (%) opererade inom 2 dygn efter sin skada (röda punkter; högra y-axeln). Antal operationer inom parentes.

Figur 27



Figur 27. Andel (%) av olika rehabiliteringsprogram efter böjsenskada per enhet och totalt. Antalet operationer inom parentes. Kleinert 1 respektive 4 syftar på att ett eller fyra fingrar kopplats med gummiband under träningen.

Figur 28



Figur 28. Medelvärden för Total Active Motion (TAM; se texten) i grader med 95% konfidensintervall per skadat finger/tumme tre och tolv månader efter operation.



Rehabiliteringsprogram

Uppgift om rehabiliteringsprogram fanns för 651 patienter (figur 27). Tidig aktiv mobilisering dominerade (71%) och Malmö och Örebro hade uteslutande använt denna metod. Kleinert-mobilisering i olika varianter stod för 23% och Linköping hade uteslutande använt den metoden fram till nu.

Ledrörlighet

I den dynamiska utdatorapporten på www.HAKIR.se kan ledrörlighet för olika typer av böjskador, 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.

Ett vanligt sätt att redovisa resultat efter böjsensutur är Total Active Motion (TAM) vilket anger aktiv flexion minus eventuell extensionsdefekt summerat för fingrets tre leder (MCP + PIP + DIP-led; för tummen MCP + IP-led). Figur 28 visar TAM per finger med spridningsmått.

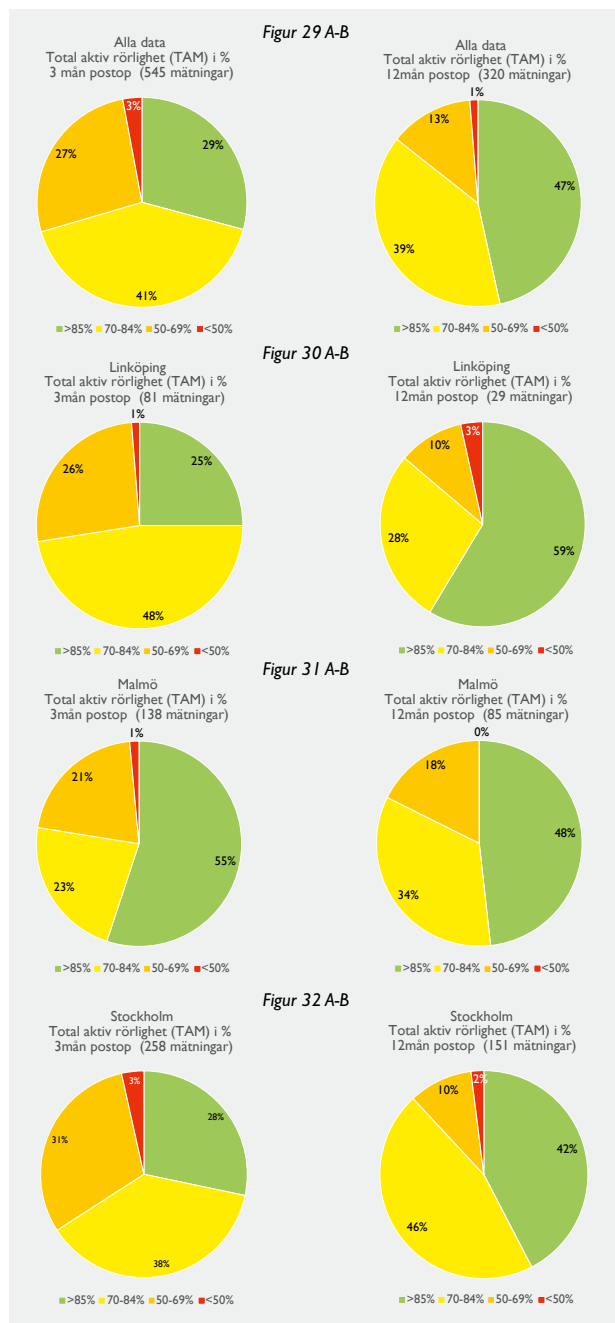
Normal TAM för ett finger är 260 grader och för tummen 130 grader och man kan också ange TAM i % av den normala rörligheten och gruppindela i "excellent", "good", "fair" och "poor". I figurerna 29-32 A och B visas andelar av de olika grupperna av resultat för alla patienter och för de tre kliniker som hade flest antal patienter.

TAM bör kombineras med separat redovisning av aktiv rörlighet i ytterleden, DIPAM (fingrar) respektive IPAM (tummor). Nedan redovisas resultaten med dessa olika mått i figur 33A-B. I medeltal var TAM 219 grader (84% av normalt) i fingrarna och 117 grader (90%) i tummarna efter ett år, en förbättring av TAM på 20 grader mellan 3 och 12 månader. DIPAM var i medeltal 45 grader (fingrar) efter ett år, en förbättring med 10 grader jämfört med tre månader.

En försiktig tolkning av resultaten är att Malmö-patienterna verkar ha uppnått bättre rörlighet (både TAM och DIPAM) vid tre månader, men att det inte tycks finnas några skillnader ett år efter operation. Det blir intressant att göra en noggrann vetenskaplig analys på mer data om några år, med jämförelser mellan olika sutur- och rehabiliteringstekniker.

Senrupturer

Patienter som får en senruptur ingår inte i redovisningen av ledrörlighet. En senruptur får ses som ett misslyckande av behandlingen och något som vi bör försöka förebygga så långt som möjligt. Det är därför ur kvalitetssynpunkt mycket



Figur 29-32. Andel (%) av patienter som återfått rörlighet klassad som Excellent (grön = TAM > 85% av normalvärde); Good (gul = 70-84%), Fair (orange = 50-69%) respektive Poor (röd = < 50%). A anger resultat tre månader efter operation och B 12 månader efter operation. Figur 29 visar hela materialet, figur 30 Linköping, figur 31 Malmö och figur 32 Stockholm. Observera att det är få mätningar i vissa grupper.



viktigt med komplett registrering i HAKIR. Under 2016 - 17 har vi lagt in senruptur som en variabel även i funktionsformuläret för att försöka fånga upp också de patienter som väljer att inte reopereras när senan gått av.

Av 1 226 patienter opererade med böjsensutur hade 130 reopererats (före 180101). 47 av reoperationerna hade orsakats av att den sydda senan hade gått av, en rupturfrekvens på 3,8%. Vid analys av de patienter som fått en ruptur ses intressanta mönster som vi kan ha nytta av för att försöka förbättra resultaten. Det visar sig att 89% av de som fått en ruptur var män, mot 72% totalt och medelåldern var högre (41,8 år, median 45 år) jämfört med 36,9 år för alla patienter med böjsenskada. Endast en senruptur på ett barn hade registrerats, på en 4 åring.

Vi ser inga säkra skillnader i rupturfrekvens mellan de olika fingrarna, inte heller något tydligt samband med tid från skada till operation, men här finns än så länge för lite

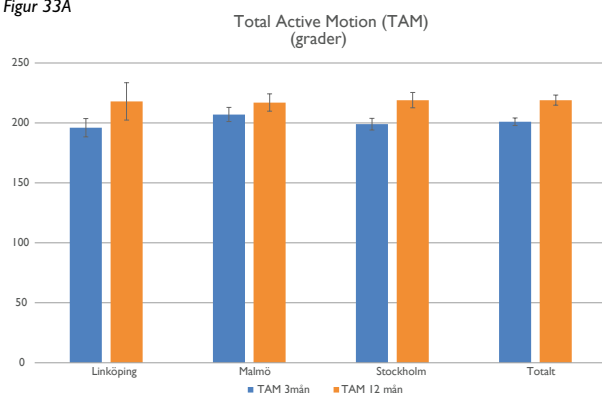
data. Däremot var rupturfrekvensen var betydligt högre för tumsenor (FPL) 7,7% jämfört med fingersenor (2,6%).

Rupturfrekvensen varierade mellan klinikerna, den var högst i Uppsala (7,9%), följt av Stockholm (4,7%) och Linköping (4,0%). Rupturfrekvensen i Malmö var 2,6%. Örebro och Umeå hade fortfarande inte registrerat någon reoperation på grund av senruptur, men har fortfarande få böjsenskador i HAKIR. Om man analyserar senorna separat så visar det sig att den höga rupturfrekvensen i Stockholm mest orsakas av en mycket hög andel rupturer för tumsenor (13,1%) medan rupturfrekvens för fingersenor var ungefär som för övriga kliniker (2,6%). Det finns anledning att utvärdera dessa fynd ytterligare på klinikerna. Kanske bör andra sutur- eller rehabiliteringstekniker övervägas för tumsenorna?

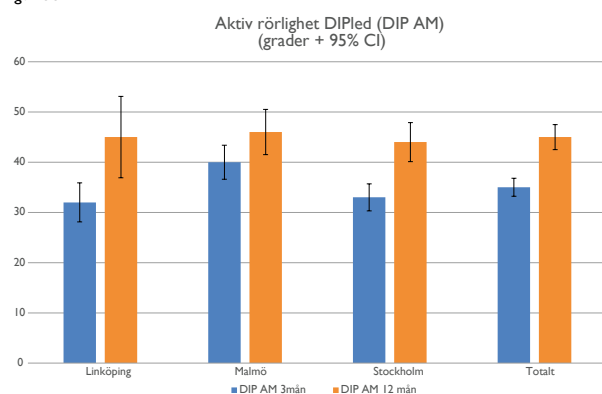
Övriga reoperationer efter böjsensutur

Av de 130 reoperationerna efter böjsensutur var 41 (3,3% av alla böjsenoperationer) orsakade av adherensproblematik, 9 (0,7% av alla böjsenoperationer) orsakades av postoperativa infektioner och 6 (0,5% av alla böjsenoperationer) av hudläkningsproblem. Stockholm hade reopererat relativt sett fler patienter för adherensproblematik än övriga kliniker. Örebro och Umeå hade inte reopererat någon patient.

Figur 33A



Figur 33B



Figur 33. Medelvärde i grader med 95% konfidensintervall för Total Active Motion (A) samt aktiv ytterledsrörlighet (B) för respektive enhet och totalt tre och tolv månader efter operation. Linköping, figur 31 Malmö och figur 32 Stockholm. Observera att det är få mätningar i vissa grupper.

Förbättringsaspekter böjsenskador

Resultaten av böjsensutur inom senskideområdet är generellt sett goda i internationell jämförelse. De flesta patienter återfår god rörlighet i sitt finger och vi ser inga tydliga skillnader mellan klinikerna avseende detta. Däremot kan det finnas anledning att närmare studera vilka faktorer som inverkar på att en komplikation i form av senruptur uppstår. Medelålders män och tumsenor tycks vara de grupper som har störst risk och här finns troligen en förbättringspotential att arbeta vidare med. Systemskillnader mellan klinikerna vad gäller väntetid mellan skada och operation är också något vi framöver kommer att följa som en kvalitetsindikator även om vi än så länge har för lite data för att kunna visa om fördröjningen har betydelse för slutresultatet eller ej. Vi kan än så länge inte bedöma vilken betydelse olika rehabiliteringsregimer har för slutresultatet avseende lerörlighet och andel senrupturer, men det verkar inte som aktiv mobilisering i sig ökar risken för ruptur. Undantag är möjligen tumsenor.



Proteskirurgi

Fyra enheter deltog i utökad registrering av ledproteskirurgi. Till och med 171231 hade 568 operationer och 815 ledproteser registrerats i utökat formulär i HAKIR, se figur 34A - B.

Ungefär hälften av ledprotesoperationerna hade utförts i Malmö och en fjärdedel i Stockholm, samma fördelning som året innan. MCP-leder utgjorde cirka hälften och PIP-leder drygt en fjärdedel.

TUMBASPROTESER

Opererade patienter hade en medelålder på 62,3 (44 - 81) år och 82% var kvinnor. Swansonproteser (35 proteser) utgjorde hälften, näst vanligast var Nugrip (15) följt av Elektra (6) och Moovis (5). Endast 8 nya tumbasprotesoperationer hade registrerats under 2017, alla i Malmö. Eftersom så få nya protesoperationer registrerats under 2017 görs här ingen ytterligare analys.

MCP-LEDSPROTESER

103 operationer och 323 MCP proteser fanns registrerade. Liksom tidigare år noteras en stor övervikt för silikonproteser för MCP-lederna. Patienternas medelålder var 65,4 år och 84,5% var kvinnor.

PIP-LEDSPROTESER

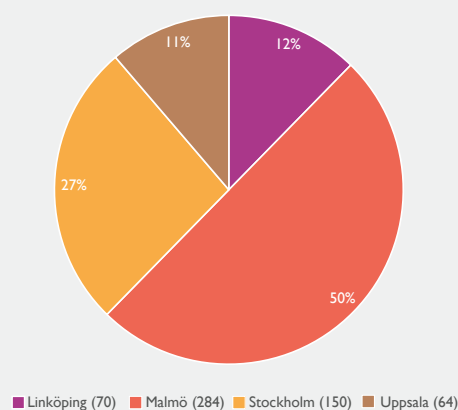
225 patienter hade opererats med PIP-ledsproteser dig II-V. Patienternas medelålder var 63,1 år och 86,7% var kvinnor. Pyrocarbonproteser var den vanligaste protestypen, följt av SR-SBI. Enstaka silikonproteser förekom. Det är tyvärr fortsatt svårt att redovisa protestyper eftersom uppgifterna i många fall är ofullständigt ifyllda.

HANDLEDSPROTESER

92 patienter hade opererats med protes i handleden. Patienternas medelålder var 58,1 år och 67,4% var kvinnor. 43 proteser var radiocarpala, 47 distala radioulnara (DRU) och 2 intercarpala proteser. Av 38 av 43 DRU-proteser hade opererats i Malmö, 4 vardera i Linköping och Stockholm och en i Uppsala. Herbert ulna head proteserna var vanligast, följt av First Choice. För de radiocarpala proteserna var fördelningen mellan de fyra klinikerna något jämnare, 18 i Malmö, 15 i Linköping, 9 i Stockholm och en i Uppsala. Flera olika protesmodeller förekom; Remotion, Universal II, Motec och Maestro.

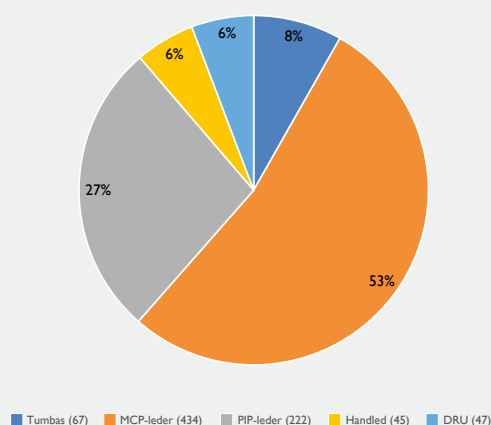
Figur 34A

Registrerade ledprotesoperationer
(totalt 568)



Figur 34B

Opererade leder
(totalt 815 proteser)



Figur 34. Andel (%) av de 568 operationer med ledproteskirurgi som registrerats i HAKIR för de fyra deltagande enheterna (A) och andel (%) av olika leder (B). Antalet operationer inom parentes.



Förbättringsaspekter protesregistrering

Proteskirurgin har utvecklats inom handkirurgin de senaste decennierna, men fortfarande råder varken nationell eller internationell konsensus kring vilka proteskoncept som fungerar bäst. Nya protesmodeller utvecklas ständigt, men följs sällan upp långsiktigt. För reumatiker-leder används fortfarande sedan 1970-talet silikonproteser, vilka ofta fungerar acceptabelt initialt, men har bristfällig hållfasthet. Fungerande protesregister finns sedan 40 år tillbaka inom ortopedin, men inget motsvarande fanns för handkirurgi före HAKIR. Det är angeläget att alla handkirurgiska kliniker deltar i protesregistreringen i HAKIR och vi hoppas att så skall kunna ske inom något år. Det är viktigt att följa revisionsfrekvens och komplikationer för alla nya proteser som introduceras. HAKIR har som register inte mandat att tvinga kliniker att börja delta i protesregistrering, detta är en fråga för verksamhetschefer och huvudmän.

Trots att vi nyligen reviderat protesformuläret (HAKIR 06A) så är tyvärr fortfarande inte registreringen

i HAKIR optimal. Det är alldeles för svårt att utläsa protesmodell. De tag-nummer med streckkod som alltid finns på proteserna kan tyvärr inte enkelt översättas till protesmodell eftersom internationella standards saknas. Företag som marknadsför proteser ändrar ofta namn vilket gör det ännu svårare. Vi har fått veta att man övergripande arbetar för att förbättra systemet och i framtiden hoppas vi att man skall kunna läsa av en streckkod på protespaketet och direkt få upp korrekt protesnamn.

En annan reflektion är att antal protesoperationer varierar mycket mellan klinikerna. Silikonproteser i MCP-leder används på alla kliniker, men för övriga leder dominerar Malmö kraftigt bland de fyra kliniker som deltar i utökad registrering i HAKIR. Vi vet inte ännu om operationsvolymerna påverkar resultaten eller ej.

Som tidigare föreslagits behöver specialiteten utse en arbetsgrupp inom HAKIR för proteskirurgi som specifikt analyserar insamlade data i HAKIR och föreslår förbättringar av registreringsrutinerna.



Kvalitetsindikatorer

Indikatorer som speglar vårdens kvalitet behövs både för att huvudmännen skall kunna följa upp den vård som bedrivs, men också som underlag för förbättringsarbeten och som information till patienter. I rutan nedan beskrivs lite fakta kring kvalitetsindikatorer.

En kvalitetsindikator skall

- Ange riktning, dvs ett högt eller lågt värde skall ge uttryck för bra eller dålig kvalitet
- Vara relevant att förbättra
- Vara valid, dvs korrekt mäta det som avses
- Vara vedertagen, dvs bygga på kunskap, konsensus, erfarenhet
- Vara påverkbar för vårdgivarna
- Vara mätbar med nationellt tillgänglig och kontinuerligt insamlad data
- Ha en angiven målnivå
www.Socialstyrelsen.se

Olika typer av indikatorer

- Strukturindikatorer speglar de resurser i vid bemärkelse som verksamheten har till sitt förfogande, t ex personal, antal operationssalar, vårdplatser etc.
- Processindikatorer: Mäter hur väl våra arbetsprocesser fungerar. Kan handla om bl.a. följsamhet mot rutiner eller ledtider. Vad är det som faktiskt görs?
- Resultatindikatorer: Effektmått, vad blev slutresultatet/produkten? Vård- eller omsorgsresultat och effekter på hälsa och välbefinnande

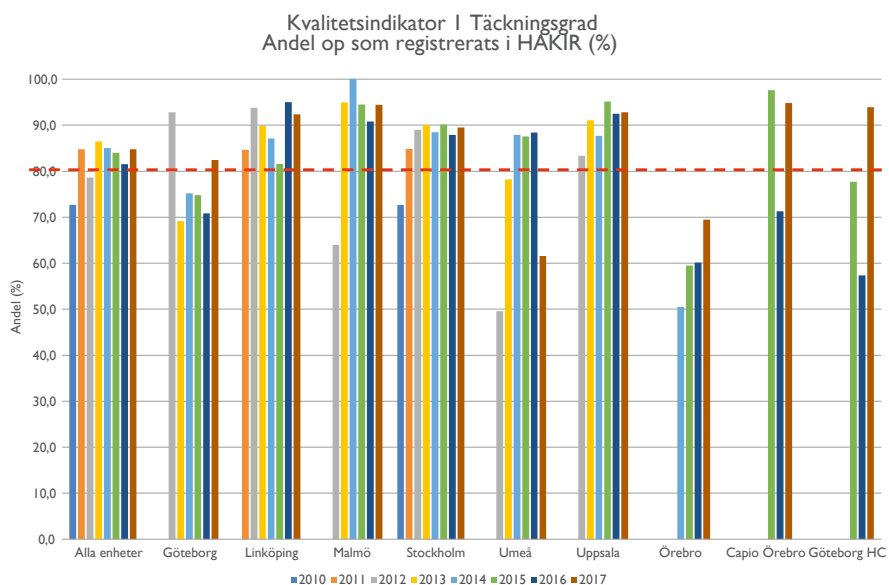
Att utvärdera handkirurgisk vård är komplext, vi behandlar många olika typer av skador och sjukdomar och vi har patienter i alla åldrar. Handkirurgisk vård syftar inte till att rädda eller förlänga liv utan till att förbättra livskvalitet och minska funktionsnedsättning. Kvalitetsindikatorer måste därför inkludera patientrapporterade mått i hög grad. HAKIR har sedan start samlat in PROM och PREM och vi börjar nu få bra underlag för att skapa kvalitetsmått. Efter förankring i styrgruppen och diskussioner vid flera nationella arbetsgruppsmöten har vi därför under 2017 tagit kontakt med SKL och Vården i Siffror (ViS) för att kunna presentera ett antal kvalitetsindikatorer baserade på data från HAKIR. Så snart vi får hjälp med IT-arbetet från RC Syd kommer vi att starta med överföring av data till ViS, förhoppningsvis under hösten 2018. Alla målvärden är ännu inte helt fastställda och vissa av de föreslagna indikatorerna kommer att behöva revideras. Vi mottar mycket gärna synpunkter på indikatorerna och de tänkta målvärdena.





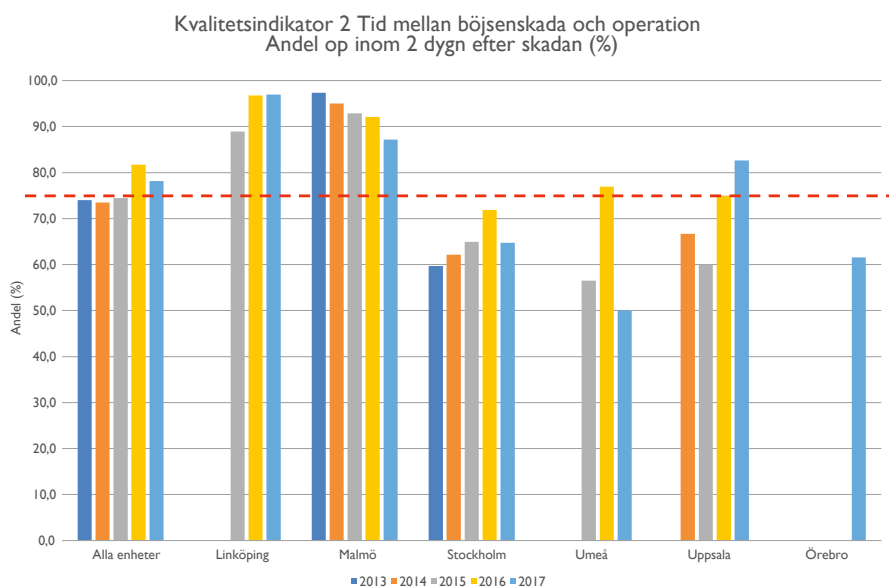
KVALITETSINDIKATORER FÖR HANDKIRURGI BASERADE PÅ DATA FRÅN HAKIR

Data till och med 31 december 2017. Resultat visas ej om färre operationer eller enkätsvar än 10.



1. Andel opererade patienter som deltar i handkirurgisk kvalitetsuppföljning i HAKIR (%).

Fig 35A. Processindikator. Täckningsgradsmått. Målvärde >80%. Kan inte vara 100% eftersom vissa patienter som opereras saknar svenskt personnummer eller har skyddad identitet.

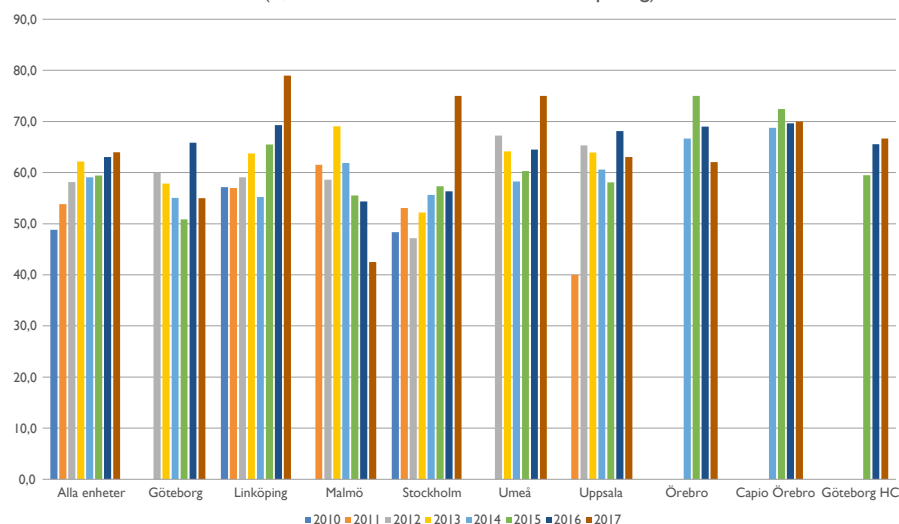


2. Andel patienter med böjskada i finger som blir opererade inom 2 dygn efter sin skada (%).

Fig 35B. Processindikator. Patienter opererade >10 dygn efter skada exkluderas eftersom här troligen finns andra orsaker till fördröjningen än vårdprocessen. Målvärde >75%, men kan komma att ändras. Data från utökad registrering av böjskador.



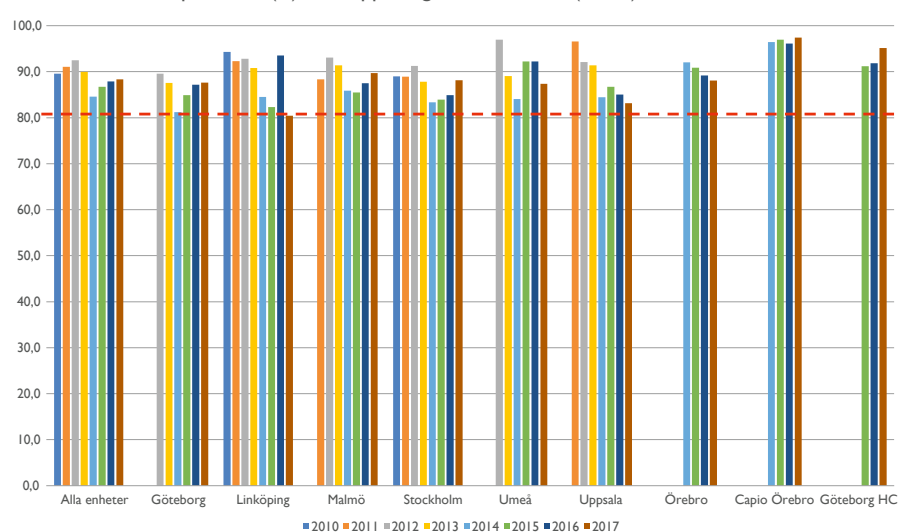
Kvalitetsindikator 3 Andel pat som upplever minskat funktionshinder ett år efter handoperation (%) (QuickDASH score minskat med 10 poäng)



3. Andel patienter som upplever signifikant förbättrad funktionsnivå ett år efter handkirurgisk operation jämfört med före operation (%).

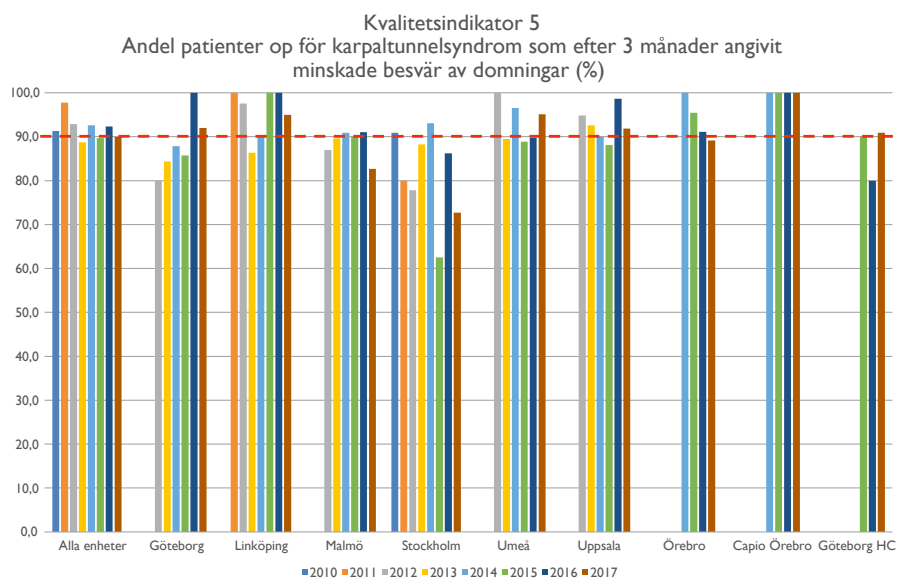
Fig 35C. Resultatindikator. Anger andelen patienter som individuellt angivit förbättrad score på mer än 10 poäng i QuickDASH ett år efter operation jämfört med före operation. Målnivå har ej satts ännu, mer data skall samlas in. Observera att indikatorn är starkt beroende av case-mix på respektive enhet. Patienter som opererats för en akut skada kan ej förväntas bli bättre än före skadan.

Kvalitetsindikator 4
Andel patienter (%) som upplevt gott bemötande (>80%) under vårdtiden



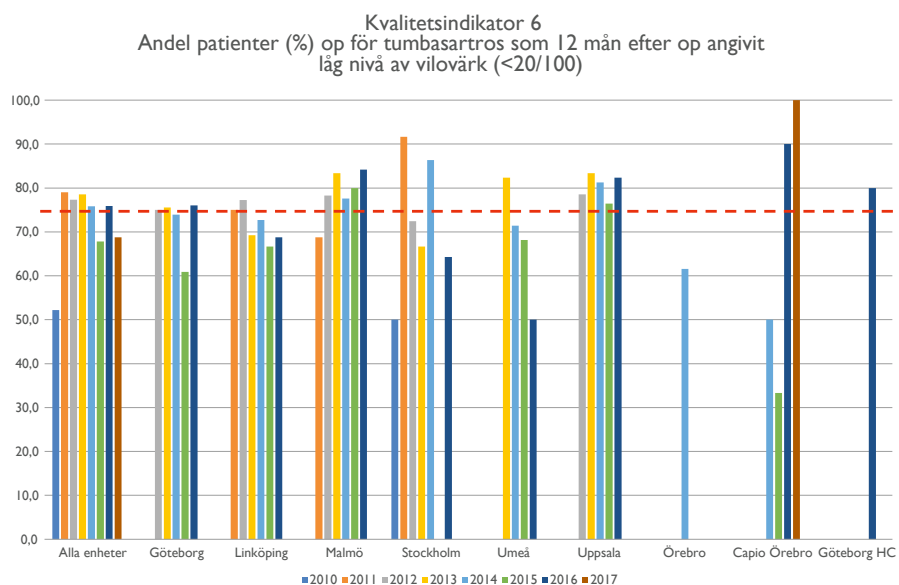
4. Andel patienter som upplevt gott bemötande (> 80%) under vårdtiden (%).

Fig 35D. Resultatindikator. Anger andelen patienter som i enkät 3 månader efter operation angivit att bemötandet under vårdtiden varit gott (>80%; fråga 9 i HAKIR enkäten). Målnivå >80% föreslås.



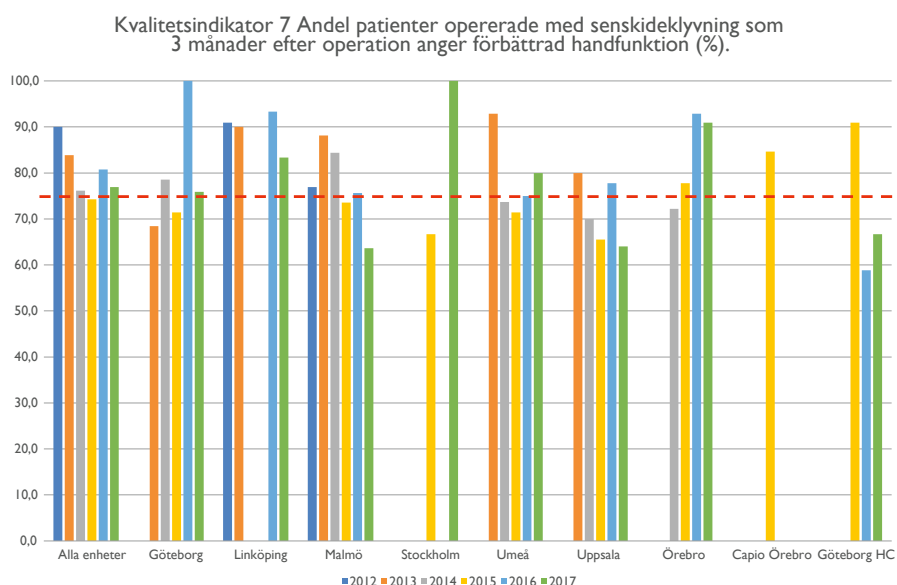
5. Andel patienter opererade för karpaltunnelsyndrom som 3 månader efter operation angivit minskade besvär av domningar i handen jämfört med före operation (%).

Fig 35E. Resultatindikator. Anger andelen patienter som i enkät 3 månader efter operation individuellt angivit lägre score för upplevda domningar i handen jämfört med före operation (skillnad minst 20 av 100 poäng; fråga 6 i HAKIR-enkäten). Målnivå >90% föreslås.



6. Andel patienter opererade för tumbasartros som 12 månader efter operation angivit låg nivå av vilovärk (<20 av 100) i den opererade handen (%).

Fig 35F. Resultatindikator. Andel patienter opererade med huvuddiagnos tumbasartros (M18) som i enkät 12 månader efter operation angivit vilovärk <20 av 100 (fråga 3 i HAKIR enkäten). Målnivå 75%, men kan komma att ändras.



7. Andel patienter opererade med senskideklyvning som 3 månader efter operation anger förbättrad handfunktion (%).

Fig 35G. Resultatindikator: Andel patienter opererade med huvuddiagnos M653 eller M654 samt operationskod NDM49 som i enkät 3 månader efter operation angivit förbättrad upplevd handfunktion (>20 av 100) i dagliga aktiviteter (fråga 8 i HAKIR enkäten). Målnivå 75%, men kan komma att ändras.

8. Andel patienter som reopererats pga postoperativ infektion efter elektiv handoperation på den egna kliniken (%).

Resultatindikator: Denna indikator är ännu inte klar eftersom det varit svårt att sortera ut vilka operationer som skall inkluderas. Vi kommer att arbeta vidare med indikatorn tillsammans med RC Syd. Antalet reoperationer på grund av infektion är mycket få varför det blir svårt att sätta en utmanande målnivå.

I graferna redovisas endast data för de enheter som registrerat minst 10 operationer per år. I Stockholm har t ex mycket få operationer med senskideklyvning och tumbaskirurgi utförts vissa år och några av de privata enheterna har mycket få operationer per år.



Förbättringsaspekter kvalitetsindikatorer

Vi behöver fortsätta analysera och diskutera de föreslagna kvalitetsindikatorerna. När vi får in mer data kan vi bättre sätta relevanta och lagom utmanande målnivåer för att stimulera förbättring av vården. Ett problem är att volymerna av "vanlig handkirurgi", som t ex karpaltunnelskylning, tumbaskirurgi och sensidekylning minskat kraftigt vid specialistkliniker. Mycket av denna vård har överförs till den privata sektorn, där den bedrivs vid flera små enheter. På specialistkliniker kvarstår sällsynta diagnoser och

komplexa handskador, för vilka det är svårare att sätta kvalitetsindikatorer.

Ytterligare processmått som t ex beskriver resursfördelning för akut handkirurgi på sjukhusen skulle vara relevanta och intressanta. Resultatindikatorer för olika komplikationer efter handkirurgi är förstås mycket relevanta, men de är starkt beroende av case-mix och därför svåra att jämföra mellan enheterna. Vi redovisar redan alla komplikationer öppet på vår hemsida i en utdatarapport.



Två HAKIR-poster som presenterades på Nationella Kvalitetsregisterkonferensen 2017.



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.

ÖKAT NATIONELLT OCH INTERPROFESSIONELLT SAMARBETE

Sedan start av HAKIR 2010 har alla professioner på de handkirurgiska enheterna engagerats och vid de nationella mötena två gånger per år sker ett kunskapsutbyte som tidigare inte ägt rum. Vi besöker varandras kliniker, diskuterar behandlingar och rutiner och skapar nätverk. Rehabiliteringsenheterna, vilka inom handkirurgin är integrerade i klinikerna, har gjort ett stort arbete med att sammanställa mätmanualer för utvärdering av handstatus, senast en nervskademanual. Sjuksköterskor och undersköterskor har diskuterat omvårdnadsaspekter och jämfört rutiner t ex vid sårvård. Flera nationella forskningsprojekt har startats, se nedan. Sådana samarbeten har tidigare varit sällsynta inom vår specialitet.

LOKALA FÖRBÄTTRINGSARBETEN

HAKIR – data har utnyttjats för flera förbättringsarbeten bland annat i Uppsala och i Stockholm. Förbättrad sårvård och uppföljning av senrupturer är några exempel. En dynamisk utdatarapport ligger öppet på vår hemsida där data grafiskt presenteras med olika urvalskriterier. Lokalt kvalitetsansvariga och verksamhetschefer kan 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 täckningsgrad, antal utskickade enkäter, svarsfrekvens och antal uppföljda patienter i den sk utökade registreringen. Goda förutsättningar för lokalt kvalitetsarbete har skapats.

PATIENTINVOLVERING

Genom att alla patienter i HAKIR får redovisa sina symptom och lämna synpunkter får vi en bredare och mer rättvisande bild av behandlingsresultaten för olika diagnoser. Våra utdatarapporter på hemsidan kan användas både för information före och efter operation och för att fånga upp avvikande vårdförlopp. Patientfokusgrupper har använts för att säkerställa validiteten hos HQ-8 enkäten och ett vetenskapligt arbete kring de psykometriska aspekterna hos enkäten kommer att publiceras inom kort.

OMVÅRDNADSPROJEKTET

Omvårdnadsformuläret är i drift på tre kliniker sedan februari 2017 och har öppnat upp nationella diskussioner kring sårvård, postoperativ smärtlindring mm. Lokala förbättringsprojekt har genomförts bland annat i Uppsala och har medfört förändrade rutiner. Sårtejp som visade sig orsaka läkningsproblem slutade att användas.

KVALITETSINDIKATORER

Se avsnitt ovan. Indikatorer har tidigare inte funnits inom svensk handkirurgi, men är nu under utveckling och skall läggas ut på Vården i Siffror; förhoppningsvis under hösten 2018. På Södersjukhuset i Stockholm planeras några av indikatorerna införas som kvalitetsmått. Vi hoppas att kvalitetsindikatorerna skall stimulera till diskussioner om vårdkvalitet för handkirurgi nationellt och på sikt kan göra att specialiteten kan enas om nationella riktlinjer för de vanligaste diagnoserna.

FORSKNINGSPROJEKT



Senrupturer efter plattfixation av radiusfrakturer

Carin Rubenson är handkirurg i Linköping. Plattfixation av kroppens vanligaste fraktur; radiusfrakturen kan på sikt orsaka skador på sträck- och böjsenor. Dessa skador behandlas nästan alltid vid de handkirurgiska klinikerna och ingreppen registreras i HAKIR. I studien analyseras bland annat förekomst av senskador i relation till val och placering av osteosyntesmaterial. Doktorandprojekt.



Faktorer som påverkar rehabilitering och resultat efter böjsenkirurgi.

Jonas Svingen är fysioterapeut på handkirurgiska kliniken i Stockholm och snart doktorand vid Karolinska Institutet. Flera studier med användande av HAKIR-data planeras. En

randomiserad multicenterstudie av en mobil applikation med utökad patientinformation för rehabilitering efter böjsensutur planeras bli klar under 2018. En registerstudie för att utröna faktorer som påverkar risken för reoperation efter böjsensutur och en studie av patientrapporterad outcome planeras.



Nervinklämningar i arm/hand hos diabetiker

Malin Zimmerman är ST-läkare i ortopedi i Helsingborg och **Ilka Anker** är ortoped-specialist. Båda är doktorander vid Lunds Universitet med handledare på handkirurgiska kliniken i Malmö. Studierna gäller bland annat patientrapporterade operationsresultat i HAKIR för karpaltunnelsklyvningar och ulnarisneurolyser med syfte att specifikt analysera resultaten för diabetiker jämfört

med icke-diabetiker. Data har samkörts med uppgifter i nationella diabetesregistret, NDR. Samkörning görs också med Statistiska Centralbyrån (SCB) med syfte att titta på prediktiva faktorer för postoperativt resultat samt hur yrke och socioekonomiska faktorer påverkar resultaten. Manus är inskickat för publikation och skall presenteras vid amerikanska handkirurgiska mötet (ASSH) i september 2018.



Patientrapporterade resultat efter operation av tumbasartros

Martin Roginski är ST läkare i handkirurgi i Stockholm och skall inom ett ST läkarprojekt analysera nationella patientenkätdata från

HAKIR för över 1 850 tumbasoperationer. Syftet är bland annat att försöka identifiera faktorer som är relaterade till ett gott, respektive ett dåligt upplevt operationsresultat.

Patientrapporterade resultat efter kollagenasbehandling respektive operation vid Dupuytren's kontraktur.

Madeleine Harryson är ST läkare i handkirurgi i Örebro och analyserar inom ramen för ett ST läkarprojekt patientrapporterade symptom efter olika behandlingar av Dupuytren's kontraktur.



Patientrapporterade resultat efter digitalnervskador och medianus-ulnarisnervskador.

Drifa Frostadottir är ST-läkare på handkirurgiska kliniken i Malmö och doktorand vid Lunds Universitet. **Deniz Demirag** är läkarstudent vid Karolinska Institutet och skall specialstudera digitalnervskadorna. Syftet med projektet är att få en djupare förståelse av hur det är att leva med nervskada, i vilken utsträckning denna skada påverkar patienternas funktion och dagliga aktiviteter

samt om olika grupper av patienter upplever olika resultat efter skadan. Enkät svar från patienter i HAKIR med kirurgiskt behandlade perifera nervskador skall analyseras och relationen till olika socioekonomiska faktorer skall studeras genom samkörning med data från Statistiska Centralbyrån (SCB).



Validering och psykometrisk analys av patientenkäten (HQ-8).

Ingela Carlsson är arbetsterapeut på handkirurgens rehabiliteringsavdelning i Malmö. Hon har varit engagerad i arbetet med patientrapporterad outcome inom HAKIR

och deltar nu i ett forskningsprojekt som syftar till att utvärdera validiteten för de 8 enkätfrågor i HAKIR som berör olika symptom från hand och arm (HQ-8 enkäten). I projektet analyserar vi bland annat innehållsvaliditet, begreppsvaliditet, golv och takeffekter och eventuellt svarsbortfall. Kommande projekt syftar till att utvärdera frågornas reliabilitet och kliniskt meningsfull förändring (responsiveness) före och efter operation. Dessa analyser är basala och viktiga som en grund för att vetenskapligt kunna utvärdera effekten av olika åtgärder hos patienter med en handkirurgisk diagnos.



Sammanfattning

Under 2017 - 18 har HAKIR fortsatt att utvecklas och förbättras. Kvalitetsregistret är väl etablerat vid samtliga sju specialistkliniker och det nationella nätverket med lokala koordinators fungerar bra. Vi har flera intressanta utvecklingsprojekt på gång, bland annat införandet av kvalitetsindikatorer på Vården i Siffror, samarbete med Nationella Patientenkäten kring våra PREM-frågor och samarbete med SPOR kring automatisk dataöverföring från operationsprogram till HAKIR.

Vi driver ett ständigt arbete med att minska felregistreringar och öka datavaliditet både genom stickprovskontroller och genom införande av pop-ups och spärrar i systemet. Synpunkter från patienter och vårdpersonal kring användarvänlighet tas tillvara och leder till förbättringar. Under 2018 har vi börjat med audits på klinikerna för att förbättra datainsamlingen och lära av goda exempel.

Allt högre krav ställs från våra anslagsgivare att kvalitetsregistren skall kunna påvisa siffermässiga förbättringar av vården över tid. Förbättringar är dock inte alltid enkelt mätbara och sker ofta i små steg i lokala processer. Handkirurgi omfattar många olika diagnoser och åtgärder och syftar till att förbättra livskvalitet och minska funktionshinder, vilket kan vara svårbedömt. Vi anser att HAKIR på kort tid öppnat upp för nationella jämförelser av handkirurgi i Sverige med fokus på patientupplevelser och med varningsfunktion för postoperativa komplikationer.

För att HAKIR fullt ut skall kunna användas för lokala förbättringsarbeten måste huvudmän och verksamhetschefer inom handkirurgi i ännu högre grad efterfråga och använda tillgängliga registerdata. De öppna tillgängliga utdatarapporterna på hemsidan och våra nya kvalitetsindikatorer bör bidra till en positiv utveckling. Rutiner bör skapas så att registerarbetet blir naturligt integrerat i vårdprocessen. Ett gemensamt forum för HAKIR inom Svensk Handkirurgisk Förening och Svensk Förening för Handterapi med avsatt årlig mötestid skulle välkomnas. Genom nationella diskussioner och fortsatt forskning på registerdata bör vi så småningom kunna få fram evidens för att kunna enas om nationella riktlinjer för de vanligaste tillstånden inom vår specialitet.

Osäkerhet kring kvalitetsregistrens finansiering och en ökad administrativ börda kring ansökningar och rapporter har tagit tid och skapat viss oro under året. Datasäkerhetsarbete på grund av GDPR har också varit tidskrävande. Vi har anpassat all patientinformation till de nya reglerna och vår hemsida har säkrats med sk https (protokoll för krypterad transport av data). Webenkäten, som vi på HAKIR själva har utvecklat tillsammans med RC Syd, har förbättrats bland annat genom tydligare layout. Svarsfrekvensen både 3 och 12 månader postoperativt är nu hög och vi hoppas att helt kunna gå över till papperslös registrering av PROM och PREM inom något år. Vi har fortsatt arbetet med att översätta patientinformationsbroschyrer till olika språk och har också översatt enkäten till engelska.

Det är glädjande att intresset av att bedriva forskning på vårt stora material av patientrapporterade resultat i HAKIR har ökat kraftigt under året. Vi kommer under hösten 2018 att medverka till att personer av olika vårdprofessioner kan delta i kurs i registerforskningsmetodik på QRC i Stockholm. Forskningsstyrgruppen i HAKIR granskar och stöttar alla nya projekt. Forskning baserad på data från HAKIR presenteras på amerikanska handkirurgiska mötet i Boston hösten 2018 och ingår nu i flera doktorandprojekt.

Vi deltar sedan start i Register Utiliser Tool (RUT), Vetenskapsrådets metadatabas för registerforskning. Alla variabler i Grundregistreringen, samt i utökad registrering av bösensskador har definierats och lagts in i RUT. Variabellistor finns också i Socialstyrelsens databas. Samkörning av olika databaser underlättas genom detta.



Under 2018 har HAKIR blivit kontaktade av personer intresserade av kvalitetsuppföljning både i Holland och i Schweiz efter att man hört talas om att vi i Sverige har ett välfungerande register. Möten kommer att ske under hösten 2018.

Inför framtiden är det avgörande för HAKIR att vi får fortsatt ekonomiskt stöd för utvecklingen av registret och att vi inte belastas alltför mycket av ansökningsförfaranden och rapporteringar. Vi har en mycket liten central registergrupp, endast två personer. Adekvata resurser på Registercentrum Syd för utveckling och support av registerprogrammet, nya formulär, enkätfunktionen och utdatarapporterna är helt avgörande för fortsatt framgång. Sist men inte minst

behövs också fortsatt, och gärna ytterligare stöd från specialistföreningen och från verksamhetscheferna på de handkirurgiska klinikerna.

Vi vill tacka alla kompetenta medarbetare av olika professioner ute i landet som på olika sätt bidragit till vårt gemensamma kvalitetsregister. Vi är stolta och glada över vårt fina register och hoppas att HAKIR skall kunna vara till stor nytta på olika sätt lokalt och nationellt i framtiden.

Stort tack till Registercentrum Syd och alldeles speciellt till statistiker Tomasz Czuba, som under sommaren 2018 slutat på RC Syd för att gå till annat arbete. Du har alltid ställt upp, har direkt förstått våra problem och löst de flesta av dem direkt. You will be missed...

Marianne Arner
Registerhållare

Nina Lindblad
Central registerkoordinator



Hur gick det 2017-18?



Minst en kvalitetsindikator skall rapporteras till Vården i Siffror

Kvalitetsindikatorer har tagits fram och diskuterats i specialiteten och med ansvariga på Vården i Siffror. Vi planerar införande av några indikatorer under hösten 2018



Utökad registrering av böjskador inom zon I och II skall ske vid samtliga sjukhuskliniker och protesregistrering vid ytterligare två kliniker

Tyvärr har Göteborg fortfarande inte startat utökad registrering av böjskador i HAKIR trots löfte om detta. Orsaker sägs vara flytt till nya lokaler och pågående vetenskapliga studier. Vi har inte heller lyckats få fler kliniker att börja med utökade registrering av proteskirurgi.



Rutiner för regelbundna "audits" för uppföljning av registerarbetet vid klinikerna skall ha upprättats och minst två kliniker skall ha besökts under 2018

Audit har genomförts i Uppsala 7 maj 2018 och vi planerar besöka ytterligare en klinik under hösten.



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.

Under året har vi systematiskt gått igenom data för att hitta mönster för felaktiga registreringar och ett flertal spärrar och pop-ups har införts. Fortlöpande arbete behövs dock.



De två mätmanualerna skall ha översatts till engelska.

Arbetet är klart. Dessutom har nervmanualen översatts till tyska klar genom internationellt samarbete. Patientenkäten har översatts till engelska.



Minst två vetenskapliga publikationer på HAKIR data

Valideringsprojektet pågår och vi hoppas kunna publicera första vetenskapliga rapport under slutet av 2018.



Fokusgrupp för patientmedverkan skall ha startats vid minst en enhet.

En mindre fokusgrupp med tre patienter träffades i Stockholm under våren 2018. Patienterna var överlag mycket nöjda med vården, men vi fick en del uppslag kring förbättringar, bland annat vad gäller postoperativ smärtlindring och suturtagning.

Mål för 2018-19

- Minst en kvalitetsindikator skall rapporteras till Vården i Siffror
- Utökad registrering av böjskador inom zon I och II skall ske vid samtliga sjukhuskliniker
- Diagnos- och operationsformulär för plexus brachialisskador skall ha införts i registret.
- En nationell interprofessionell arbetsgrupp för proteskirurgi inom handkirurgi skall ha bildats med syfte att göra protesregistreringen mer komplett och långsiktig.
- Audits skall ha genomförts på minst två kliniker och specifikt skall registrering av reoperationer diskuteras.
- Minst två vetenskapliga publikationer på HAKIR data.
- Samarbete med Svenskt Perioperativt Register (SPOR) angående automatisk dataöverföring från operationsprogram skall ha startats i pilotprojekt.
- Samarbete med Svenska Frakturregistret (SFR) skall ha startat med analys av samarbetsmöjligheter.



Så här kan du bidra till att förbättra HAKIR

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. Kontakta oss på HAKIR-kontoret om ni behöver hjälp.
- Följ upp eventuella skillnader mellan den egna enheten och andra kliniker, t ex vad gäller reoperationsfrekvens, täckningsgrad etc.
- 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. Hjälp till 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.

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

