

Årsrapport 2019

HAKIR
HANDKIRURGISKT
KVALITETSREGISTER



Vad tycker våra patienter?

Skillnader mellan HQ-8 och
QuickDASH

Smärta och värk

Frakturkirurgi

Högspecialiserad handkirurgi

Tumbasartros

Böjsenskador

Proteskirurgi

Omvårdnadsformuläret

Så här används HAKIR





INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Vad är HAKIR och vad vill vi uppnå	4	Böjskador	27
Inledning	5	Ålder och kön	28
Registrerade operationer	5	Skadetyper	28
Ålders- och könsfördelning	5	Tid skada till operation	28
Täckningsgrad	5	Tumsenskador	28
Svarsfrekvens	7	Fingersenskador	29
Operationstyper	8	Rehabiliteringsprogram	30
Case-mix	8	Patientupplevda resultat	30
Validering av registerdata	8	Senrupturer	30
Vad tycker våra patienter?	10	Proteskirurgi	32
Allmänt	10	Tumbasproteser	32
Diagnoser	10	MCP-Ledsproteser	32
Akuta skador	11	PIP-ledsproteser	32
Könsskillnader	11	Radiokarpala proteser	33
Varför fungerar inte QuickDASH som enda PROM för handkirurgi?	12	Distala radioulnarledsproteser	33
Smärta och värk	13	Proteskirurgi i grundregistreringen	33
Komplicerade vårdförlopp	15	Omvårdnadsformuläret	35
Frakturkirurgi	16	Patientinformation	35
Falangfrakturer	16	Smärta vid suturtagning	35
Metakarpalfrakturer	16	Så här används HAKIR	37
Skafoideumfrakturer	17	Sammanfattning	41
Högspecialiserad handkirurgi	19	Hur gick det 2019-20?	44
Mikrokirurgi	19	Mål för 2020-21	45
Reumakirurgi	20	Så här kan du bidra till att förbättra HAKIR	46
Kirurgi vid cerebral pares	21		
Medfödda avvikelser i hand och arm	21		
Plexus brachialiskirurgi	22		
Maligna tumörer	23		
Tumbasartros	24		
Tumbasartros i grundregistreringen	25		





Handkirurgiskt Kvalitetsregister



VAD ÄR HAKIR OCH VAD VILL VI UPPNÅ?

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



HUR SKALL VI KOMMA DIT?

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



Inledning

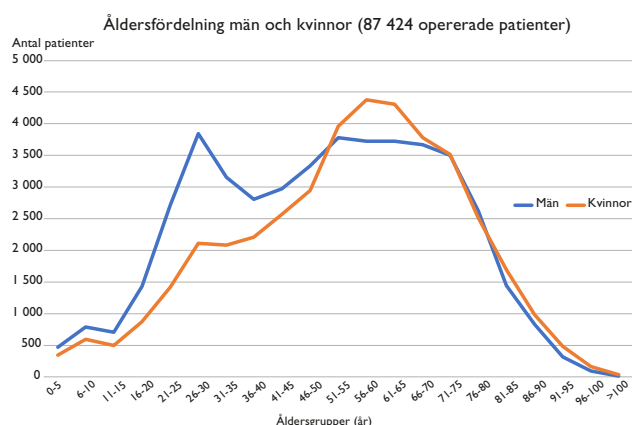
Årsrapporten för 2019 omfattar uppgifter som registrerats i HAKIR från starten 1 februari 2010 till och med 31 december 2019, om inte annat anges.

Årsrapporten är ingen vetenskaplig analys och här redovisade skillnader i resultat mellan metoder och enheter måste tolkas med försiktighet. I vissa fall har vi inte samlat nog med data för att säkert kunna utesluta om skillnader beror på slumpen. Felaktiga registreringar kan också påverka resultaten. Syftet med årsrapporten är att väcka intresse för våra behandlingsresultat inom handkirurgi i Sverige och att stimulera till att successivt förbättra vården. Genom att långsiktigt fortsätta kvalitetsuppföljningen i HAKIR och se till att data som läggs in i registret är korrekta och kompletta kommer vi med tiden att kunna lära oss mycket om vilka behandlingar som fungerar bäst för våra patienter.

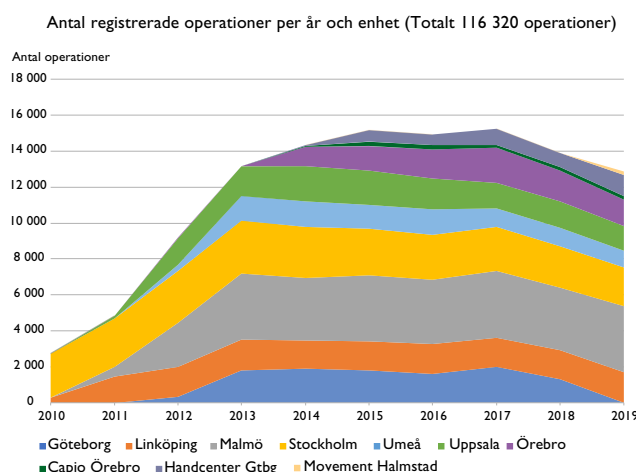
REGISTRERADE OPERATIONER

Vid årets slut 2019 hade 116 320 operationer på 87 425 patienter registrerats i HAKIR. De 15 228 patienter som var registrerade, men ännu inte opererade är exkluderade. Sex av sju specialistkliniker deltog under året. Göteborg som avbröt registreringar september 2018 har fortfarande inte återanslutit. Capiro Movement i Halmstad startade under 2019. Under våren 2020 anslöt Elisabethsjukhuset i Uppsala och nu deltar fyra privata enheter i HAKIR.

Tyvärr ser vi en nedgång i antalet registrerade operationer; det var 1 048 färre under 2018 än under 2019 se figur 1 och tabell 1. Detta beror huvudsakligen på att Göteborg inte deltar, men minskat antal ses också i Umeå, Uppsala och Örebro. Vi kan bara spekulera kring orsaker till det minskande antalet operationer. Omorganisationer med försämrade registreringsrutiner kan vara en orsak



Figur 2. Antal opererade patienter per åldersgrupp och kön.



Figur 1. Antal registrerade operationer per år och enhet.

och privatisering av vård en annan. Malmö, Linköping och Stockholm rapporterade oförändrat antal i HAKIR, och de privata enheterna något fler operationer än föregående år.

ÅLDERS- OCH KÖNSFÖRDELNING

Medelålder för de 87 425 patienter som hade opererats var 52,2 (0 - 107) år; 54,5 år för kvinnor och 50,2 år för män. Inom specialiserad handkirurgi opereras alltså patienter från spädbarns- till hundraårsåldern. Andelen män var något högre än kvinnor (52,6%). Manligt kön dominerar från barn- dommen fram till 50 års-åldern, därefter är kvinnliga patienter vanligare fram till 80 års-åldern då könsskillnaden jämnas ut, se figur 2. Patienter under 18 år utgjorde 4,7%.

TÄCKNINGSGRAD

Täckningsgrad är ett begrepp som kan definieras på olika sätt. Här avses antal registrerade operationer delat med antal utförda operationer per enhet (%). Den senare uppgiften hämtas från respektive enhets produktionsstatistik och registreras månadsvis av de lokala koordinatorena. Vi har ett mål på minst 80%. Vissa opererade patienter har inte 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. Vi har en öppen redovisning av täckningsgrad för alla enheter på hemsidan och sedan september 2018 också som kvalitetsindikator på Vården i Siffror (www.vardenisiffror.se).



Sjukhuskliniker	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Totalt
Göteborg	0	2	323	1 779	1 885	1 816	1 606	1 997	1 285	0	10 693
Linköping	283	1 459	1 674	1 715	1 567	1 622	1 645	1 616	1 607	1 697	14 885
Malmö	1	509	2 432	3 681	3 507	3 656	3 604	3 718	3 505	3 685	28 298
Stockholm	2 443	2 700	2 913	2 971	2 839	2 590	2 494	2 453	2 280	2 157	25 840
Umeå	1	0	331	1 372	1 394	1 333	1 429	1 011	1 038	936	8 845
Uppsala	13	141	1 495	1 635	1 956	1 878	1 721	1 439	1 453	1 356	13 087
Örebro	1	2	3	1	1 078	1 377	1 602	1 950	1 747	1 466	9 227
Privata enheter											
Örebro Capio			1	2	81	246	239	167	203	201	1 140
Göteborg Hand Center			1	8	7	662	594	891	785	1 187	4 135
Movement Halmstad										170	170
Totalt	2 742	4 813	9 173	13 164	14 314	15 180	14 934	15 242	13 903	12 855	116 320

Tabell 1. Antal registrerade operationer per år och enhet.

Sjukhuskliniker	Registrerade operationer	Utförda operationer	Täckningsgrad 2019 (%)
Göteborg			
Linköping	1 697	2 025	83,8
Malmö	3 685	4 024	91,6
Stockholm	2 157	2 621	82,3
Umeå	936	1 594	58,7
Uppsala	1 356	1 584	85,6
Örebro	1 466	2 387	61,4
Privata enheter			
Örebro Capio	201	215	93,5
Göteborg Hand Center	1 169	1 176	99,4
Movement Halmstad	170	405	42,0
Totalt	12 667	15 626	81,0

Tabell 2. Täckningsgrad, dvs antal registrerade operationer genom antal utförda operationer per enhet (%). Movement Halmstad som startade under 2019 är ej medräknad i summor och totala medelvärdet.

Förbättringsaspekter - täckningsgrad

Det är bekymmersamt att täckningsgraden i HAKIR inte förbättrats på de två enheter som inte klarar målet. Kvaliteten på registerdata är beroende av att alla operationer kommer med i registret. Först då kan vi säkert analysera förekomst av komplikationer och resultat av handkirurgiska behandlingar.

Från registrets sida kan vi bara försöka ge stöd till förbättrade rutiner, vi kan inte påverka det praktiska registerarbetet lokalt. Vi har täckningsgrad som en öppen kvalitetsindikator på Vården i siffror och hoppas att detta kan ha positiv effekt. HAKIR är viktigt för hela vår specialitet och för att visa att vi följer upp våra behand-

lingsresultat nationellt. Trots detta tycks motivationen att sköta kvalitetsuppföljning nästan vara större vid de privata enheterna än inom sjukhusvården. HAKIR fortsätter att hoppas på ett större engagemang från sjukvårdsregionerna att efterfråga uppföljning av vårdkvalitet. HAKIR tar gärna emot synpunkter på hur vi kan förbättra intresset för att samla in och verkligen använda registerdata på enheterna. Vi hoppas på förbättring under 2020.



Två enheter uppnådde inte målet på minst 80% under 2019, sjukhuskliniker i Örebro och Umeå. Den nystartade enheten Movement i Halmstad räknas inte med i denna statistik. Medelvärde för alla enheter under 2019 var 81%, samma värde som för 2018.

SVARFREKVENNS

Svarsfrekvens för enkäter är ett annat mått på täckningsgrad. Vi har öppen redovisning även av detta mått på hemsidan.

Under 2019 skickades 8 401 postoperativa enkäter ut från registret, 4 379 tre månader och 4 022 ett år efter operation. 80% var webenkäter, resten pappersenkäter. Sådana används i begränsad utsträckning i Uppsala, Umeå, och Göteborg Hand Center, men fasas successivt ut.

Svarsfrekvensen för postoperativa enkäter var i medeltal 45% under 2019, 44% för webenkäter och 53% för pappersenkäter. För kvinnor var svarsfrekvensen 49% och för män 42%. Svarsfrekvens för åldersgruppen 18 år eller yngre var endast 34%, för 18 - 65 år 43% och för patienter över 65 år 54%. Det var ungefär samma svarsfrekvens för tre månaders- och ett årsenkäter.

Patienter som inte fått enkät

Ett nästan större problem för HAKIR än svarsfrekvens för utskickade enkäter är att patienter inte får enkät alls genom att de inte läggs in i registret före operationen. Enkät svar saknades helt för 68 431 operationer, men 42 590 av dessa operationer var antingen reoperationer (2 - 23 operationer per patient) eller barn under 16 år (4 612). Ingen av dessa grupper får i nuläget enkät. Återstår 25 841 primära operationer helt utan enkät svar. Vissa enheter har fler saknade enkäter än andra och behöver troligen se över sina rutiner, se tabell 3. Medelålder för patienter helt utan

	Enkät saknas	Enkät finns	Andel som helt saknar enkät svar (%)
Göteborg (7 231)	2 354	4 877	32,6
Linköping (9 138)	4 115	5 023	45,0
Malmö (17 733)	6 257	11 476	35,3
Stockholm (14 518)	5 052	9 466	34,8
Umeå (6 555)	2 037	4 518	31,1
Uppsala 8 899)	1 519	7 380	17,1
Örebro (5 424)	3 754	1 670	69,2
Örebro Capio (784)	94	690	12,0
Göteborg Hand Center (3 190)	629	2 561	19,7
Movement Halmstad (149)	30	119	20,1
Totalt (73 621)	25841	47 780	35,1

Tabell 3. Fördelning av primära operationer där enkät svar helt saknades både före och efter operation. Alla reopererade patienter och barn under 16 år har exkluderats. Röd siffra anger andel som är högre än medelvärdet för alla enheter. Siffrorna inom parentes anger antal primära operationer per enhet, dvs förväntat antal som troligen skulle ha fått enkät. Observera dock att andra skäl till att ej skicka ut enkät, t ex språksvårigheter kan förekomma.

enkät svar var något lägre än för de som svarat (49,3 år jämfört med 51,6 år) och andelen män var högre (55,1% jämfört med 49,2%). Bortfall av enkät svar var också relaterat till diagnos där de akuta operationerna mer ofta hade missats för uppföljning, vilket inte är så förvånande, se tabell 4. Det kan vara svårt att hinna informera akut skadade patienter om kvalitetsuppföljningen i HAKIR, men det är viktigt även för dessa patienter att få vara delaktiga och kunna bidra till kunskapen om våra olika behandlingar.

Förbättringsaspekter svarsfrekvens

Vi rekommenderar enheterna att lägga tid på att gå igenom rutinerna för arbetet i HAKIR, både för att minimera åtgång av tid och resurser och för att kunna samla in kompletta och korrekta data. Att skapa en förbättringsgrupp med deltagare från olika professioner och för alla steg i vårdprocessen är ett bra sätt att arbeta på och lönar sig i längden. Efterregistreringar och pappersformulär skapar extraarbete och ökar risken för fel, det är mycket mer effektivt att direkt få in rätt data. Glöm inte bort de akuta patienterna och sådana operationer som görs på annan operationsavdelning än den vanliga. Uppföljning av vårdkvalitet behövs för att kunna hävda behov av resurser i tider av knapp ekonomi.

Under 2019 har vi "tagit hem" enkätfunktionen från hemsidan till registerplattformen. På sikt är detta en både säkrare och billigare lösning. Vår webenkätfunktion, utvecklad av HAKIR och Registercentrum Syd i samarbete, är nu i stort sett välfungerande. Den kräver en mycket liten arbetsinsats från sjukvårdspersonal och svarsfrekvensen är acceptabel även om vi gärna skulle se ytterligare 10% ökning. Viktigare än svarsfrekvensen är dock att alla patienter som opereras verkligen registreras i HAKIR och får ett enkätutskick.



	Enkät saknas	Enkät finns	Andel som helt saknar enkätsvar (%)
Annat (22 844)	8 264	14 580	36,2
Artros - finger (176)	20	156	11,4
Artros - tumbas/handled (2 971)	607	2 364	20,4
Brännskador (96)	44	52	45,8
Dupuytren (4 086)	1 118	2 968	27,4
Frakturer (7 480)	3 051	4 429	40,8
Ganglion (2 675)	877	1 798	32,8
Led- & ligamentskador (2 224)	731	1 493	32,9
Missbildningskirurgi (230)	79	151	34,3
Nerventrapment (14 928)	4 741	10 187	31,8
Nervskador (3 936)	1 781	2 155	45,2
Reumakirurgi (520)	122	398	23,5
Sensskador (4 716)	2 175	2 541	46,1
Senskideaffektion (6 495)	2 065	4 430	31,8
Spastikerkirurgi (78)	0	78	0,0
Totalt (73 455)	25 675	47 780	35,0

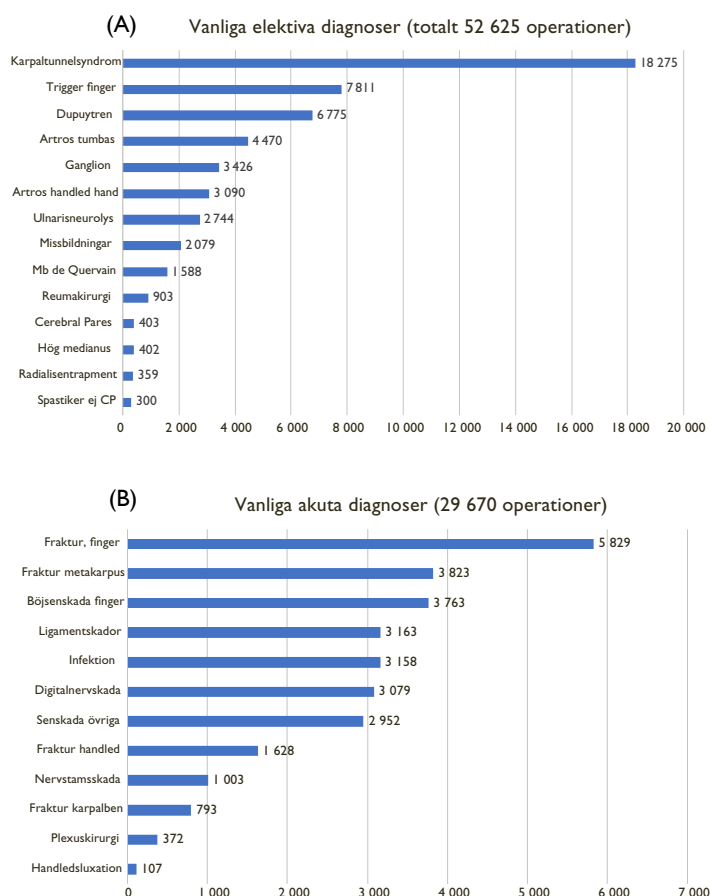
Tabell 4. Fördelning av primära operationer där enkätsvar helt saknades både före och efter operation. Alla reopererade patienter och barn under 16 år har exkluderats. Röd siffra anger andel som är högre än medelvärdet för alla diagnoser. Siffrorna inom parentes anger antal primäraoperationer per diagnosgrupp, dvs förväntat antal som troligen skulle ha fått enkät. Observera dock att andra skäl till att ej skicka ut enkät, t ex språksvårigheter kan förekomma.

OPERATIONSTYPER

Från start av HAKIR och t o m 31 december 2019 hade 98 471 primäraoperationer, 2 949 seansoperationer och 14 900 reoperationer registrerats. Om man istället tar fram antalet operationer i HAKIR per patient så finner man att 42% av patienterna hade mer än en operation registrerad (2 - 23 operationer per patient). För analys av reoperationer på grund av postoperativt problem, se avsnitt längre fram.

CASE MIX

Analys av case-mix kan göras utifrån registrerad huvuddiagnos- och operationskod, se figur 3 A och B. Siffrorna är inte exakta eftersom flera ingrepp ofta görs vid samma operation inom handkirurgi, men kan ändå ge en bild av vad som görs inom svensk handkirurgi. Bland elektiva operationer dominerade karpaltunnelsklyvning stort och utgjorde 16% av alla registrerade ingrepp. Bland skadediagnoserna var både falang- och metakarpalfrakturer vanliga och även digitalnerv- och senskador. Ligamentskador är troligen underrepresenterade eftersom ospecifika koder som T92.3 (=Sena besvär efter ligamentskada) ofta används. Dessa ger inte mycket information om orsaken till operation och får inte stå som huvuddiagnos. Obser-



Figur 3. Huvuddiagnoser för några vanliga elektiva (A) respektive akuta diagnoser (B). Siffrorna anger antal ingrepp. Observera att olika typer av ingrepp kan ingå under en huvuddiagnos, t ex inte bara osteosynteser för frakturerna. Totalt visas 82 295 operationer i de båda figurerna, 71 % av alla registrerade operationer. Resterande ingrepp kunde inte placeras i någon av grupperna.

vera att endast cirka 70% av alla ingrepp finns med i figurerna. Resterande ingrepp gick inte att klassificera i någon huvudgrupp. Data visar att handkirurgi är en verksamhet med stor andel akuta skador och restillstånd efter skador.

VALIDERING AV REGISTERDATA

Validering görs för att bedöma och säkerställa insamlade datas riktighet, att de verkligen mäter det som avses. En mycket instruktiv valideringshandbok för kvalitetsregister finns på www.kvalitetsregister.se. Valideringsarbeten har fortlopande gjorts i HAKIR sedan start. Under åren har vi till exempel lagt in spärrar för orimliga värden, "pop-ups" som varnar vid misstänkta felregistreringar och informativa "tool-tips" i registret.

Under 2020 hoppas vi hinna planera för en mer strukturerad valideringsplan med dokumentation av alla olika steg i processen. Detta är resurskrävande, men viktigt eftersom datakvalitet är helt avgörande för användbarheten i ett kvalitetsregister. Nedan listas en del av det arbete som påbörjats eller planeras framöver enligt mallen från kvalitetsregisterkansliet på SKR.



1. Definiera målpopulation

Inklusionskriterier: Alla operationer som utförs på handkirurgiska specialistkliniker samt handkirurgiska operationer vid specialiserade privata enheter.

Exklusionskriterier: Operationer på patienter som saknar svenskt personnummer, har skyddad identitet eller har av sagt sig deltagande i HAKIR.

2. Täckningsgrad

Enligt definition ovan, antal registrerade operationer/antal utförda operationer (%) för målpopulationen. Målvärde >80%.

3. Validering

a. Logiska kontroller vid inmatning

- i. Det finns flera obligatoriska variabler, t ex personnummer, operationsdatum, opererad hand, typ av operation, diagnos- och operationskoder.
- ii. Alla koder hämtas från en inlagd kodlista och kodens text kommer upp som en extra kontroll.
- iii. Spärrar finns för ej korrekta personnummer och datum.
- iv. En spärr finns för skadedatum efter operationsdatum.
- v. Pop-ups varnar när en patient har en tidigare operation registrerad, dvs när det troligen är en reoperation
- vi. Pop-ups informerar för vissa koder att det kan vara aktuellt med sk utökad registrering, dvs att ytterligare ett formulär skall fyllas i vid operationen
- vii. Pop-ups varnar om samma patient registreras två gånger i utökad formulär för böjsenskada eller tumbasartros.

b. Validering mot källdata

- i. Granskning av skadedatum för böjsenskador gjordes genom ett lokalt kvalitetsarbete under 2019 där uppgifter jämfördes med journal. Resultaten har redovisats i årsrapporten för 2018. Felaktiga uppgifter i registerdata har korrigerats. En pop-up är inlagd som varnar för skadedatum > 14 dagar före operation och för reoperation av böjsenskador i utökad formulär.
- ii. Uppgift om klinik saknades för 14 registreringar, dessa har korrigerats och en funktion har lagts in så att sjukhuskliniken inte kan missas.
- iii. Under hösten 2019 utfördes ett större valideringsprojekt för data i Grundformuläret. Syftet var att få en uppfattning om antalet felregistreringar, framförallt avseende koder och reoperationer. Statistiker på RC Syd räknade ut vilket antal granskningar som skulle behövas och etikillstånd inhämtades. Personal granskade sedan journaldata på sina egna enheter, 30 journaler på varje sjukhuskliniken och tio på de privata enheterna. Totalt granskades 230 journaler. Journaluppgifter om opererad hand, diagnoskod,

operationskod, skadedatum, intakt hud och operationstyp jämfördes med data i HAKIR. Data har samlats in, men behöver nu analyseras statistiskt. Vi får därför återkomma med resultaten senare. Glädjande var att 87% av diagnos- och 92% av operationskoderna var korrekta eller delvis korrekta jämfört med journal. Stockholm hade något sämre resultat än övriga enheter.

c. Validering mot externa register

Vi har under flera år försökt få till en automatisk dataöverföring från operationsplaneringssystem genom samarbete med anestesiregistret SPOR, som har en mycket hög täckningsgrad för utförda operationer i hela Sverige. När detta är på plats kommer vi att kunna jämföra nuvarande manuella rutiner med data som hämtats genom systemet i SPOR. Vi kommer då att kunna validera täckningsgrad och kodregistreringar ännu mer säkert. Vissa specifikt handkirurgiska uppgifter kommer även fortsättningsvis behöva läggas in manuellt vid varje operation, men en datahämtning blir mycket arbetsbesparande och kommer att förbättra vår datakvalitet.

4. Monitorering

Vi gjorde under 2019 upp en plan för monitorering av alla enheter och besökte två enheter under året. På grund av tidsbrist och pandemi har processen fördröjts under 2020. Vi avser återuppta planen att monitorera samtliga enheter så snart tiden medger detta. Vid besöken går vi igenom registerrutiner, identifierar potentiella problem och ger support.

5. Variabler

- a. HAKIR var ett av de första kvalitetsregister som lade in variabler och registerstruktur i Vetenskapsrådets metadatabas RUT (Register Utiliser Tool). Grundregistrering, inklusive variabler i patientenkäten samt böjsenregistrering har lagts in och alla variabler har listats och definierats enligt fackspråk så långt det varit möjligt. Vi behöver arbeta vidare med att lägga in några nya formulär, men tid saknas för detta arbete i nuläget.
- b. Ett omfattande vetenskapligt arbete med statistisk analys av 33 885 enkätsvar har genomförts och väntar på publicering. Studien visar att patientenkäten i HAKIR (HQ-8) uppvisar tecken på god innehålls- och begreppsvaliditet, har låg takeffekt, en förväntad golveffekt och en låg grad av internt bortfall. Vi kunde också visa att HQ-8 kan mäta förändring över tid, före och efter behandling.



Vad tycker våra patienter?

Årets rapport omfattar totalt 71 028 patientenkätsvar; 32 635 före, 19 616 tre månader och 18 777 svar ett år efter operation.

ALLMÄNT

Patientrapporterade utfallsmått (PROM) kan vara svåra att analysera eftersom det föreligger stor individuell variation kring hur en fråga uppfattas. Genom våra stora patientmaterial börjar vi ändå kunna se en del mönster för symptom-bilden hos våra patienter före och efter behandling.

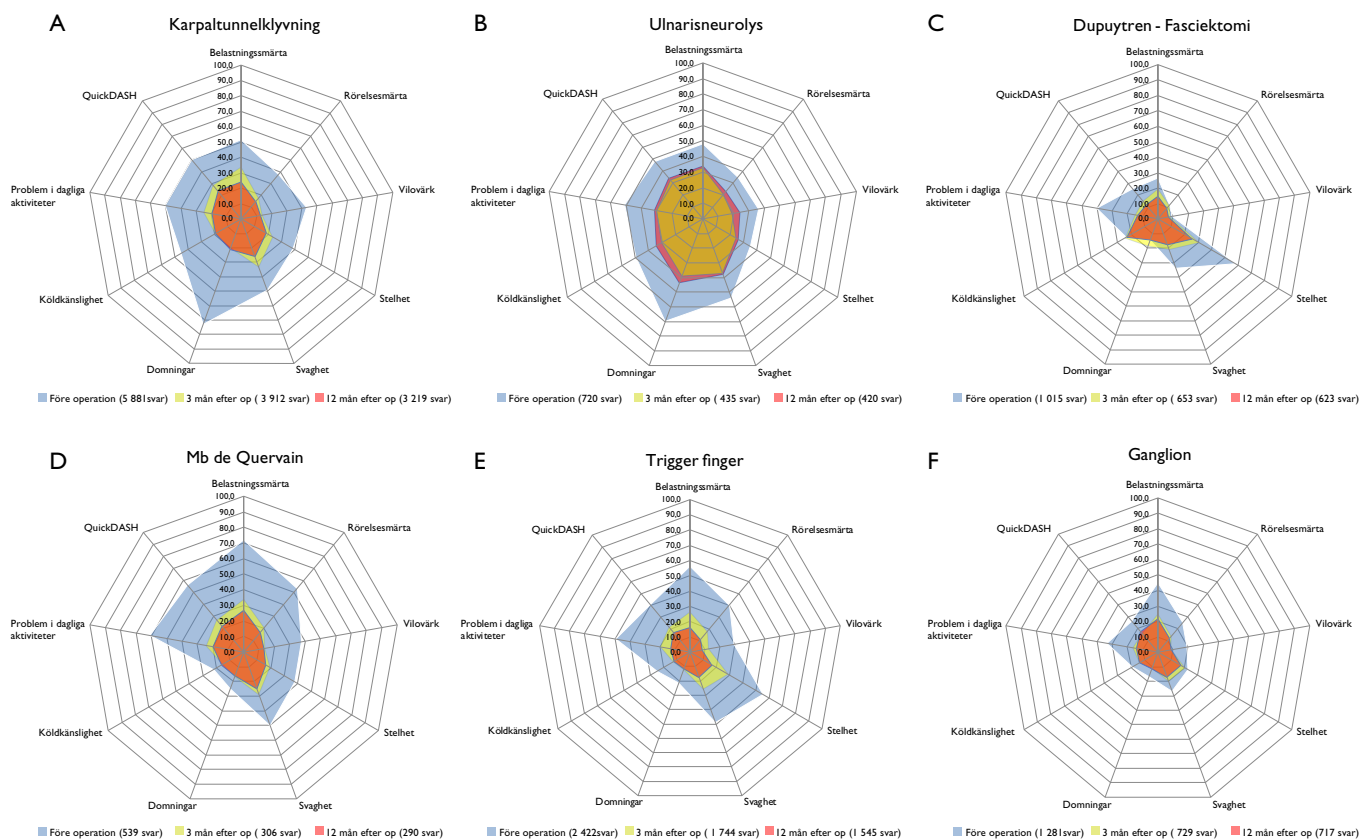
Vid tolkningen av PROM är det viktigt att inte en patients uppfattning av resultatet av en behandling inte enbart beror på vilken operation som utförts eller vilken postoperativ behandling som givits utan säkerligen också på vilka förväntningar de haft på behandlingen.

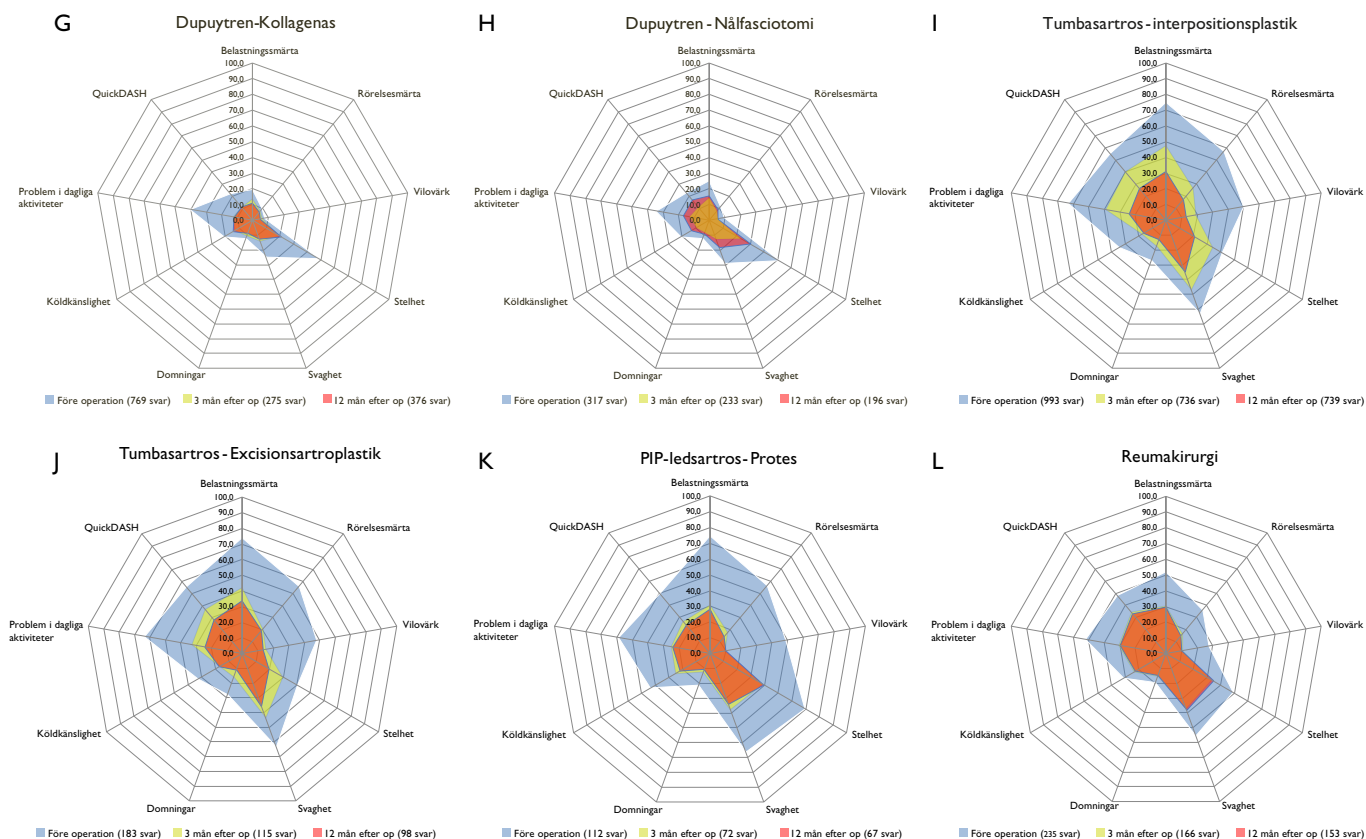
Vi behandlar ett stort antal olika diagnoser och använder många olika behandlingsmetoder inom handkirurgin. Detta gäller förstås särskilt de akuta handskadorna där variationen är extra stor. Att jämföra patientrapporterade symptom mellan enhetliga grupper kan alltså vara svårt. Många faktorer kan påverka varandra och en vetenskaplig

analys skulle kräva avancerade statistiska metoder, vilket faller utanför ramen för en årsrapport. För att stimulera till intresse att göra sådana analyser följer nedan några enkelt gjorda jämförelser för olika diagnoser, kön och ålder.

DIAGNOSER

I spindeldiagrammen (figur 4A-L) visas medelvärden för hur patienter med några elektiva diagnoser uppfattat sina olika symptom före och efter behandling. Diagrammen visar vad som är ganska självklart för oss som arbetar inom handkirurgi, nämligen både att det finns stor variation i symptom mellan olika diagnoser och att vi inte lyckas eliminera alla typer av symptom med våra behandlingar. En enkel, sammanräknad score som QuickDASH speglar inte dessa olikheter och det finns problem med att använda den som enda utfallsmått för handkirurgi, se längre ned i detta avsnitt.





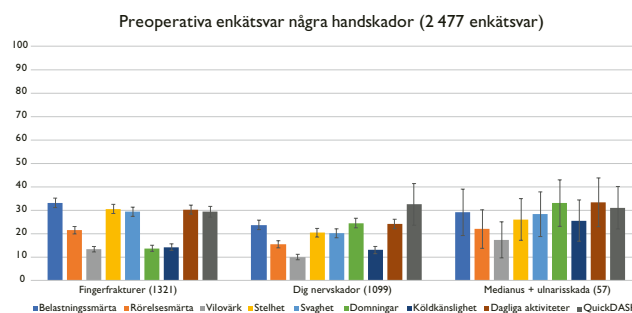
Figur 4 A-L. Medelvärden för svar på frågorna i HQ-8 samt QuickDASH score före och efter operation för några elektiva diagnoser inom handkirurgi. Observera att det inte är individuella jämförelser i diagrammen utan medelvärden. 0 anger inga, och 100 maximala symptom eller upplevd funktionsnedsättning. Antal svar inom parentes.

AKUTA SKADOR

För akuta skador uppmanar vi patienterna att fylla i det svar som bäst anger symptomen före skadan då vi förväntar oss att de flesta patienter är ganska besvärsfria från sin hand och arm. I en akut situation har patienterna dock ofta svårt att uppfatta detta, de tänker på hur det är just nu, se figur 5. Staplarna i figuren visar medelvärden, vilka alltså borde ligga nära noll om patienterna hade uppfattat enkäten korrekt. Medianvärdena, dvs det värde som delar antal registrerade värden i hälften, ligger däremot nära 0 för alla skadorna. Många patienter, men inte alla, har alltså uppfattat korrekt att de skulle svara så som det var före skadan. Sammantaget är det inte riktigt meningsfullt att använda preoperativa enkätsvar för handskadorna.

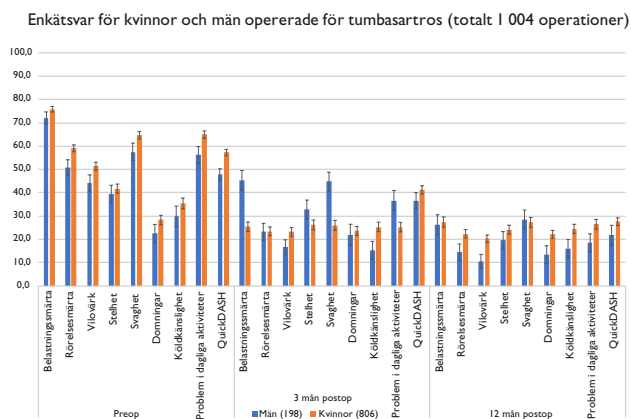
KÖNSSKILLNADER

Det är välkänt att det finns skillnader i hur män och kvinnor upplever och rapporterar smärta och andra symptom och detta ser vi även i HAKIR. Figur 6 visar enkätsvar för över 1 000 patienter (806 kvinnor och 198 män) före och efter operation med trapezektomi och interpositionsplastik på grund av tumbasartros. Medelålder för kvinnorna var 61,5 (37-87) år och för männen 64,0 (43-85) år för



Figur 5. Medelvärden för enkätsvar före operation för några skadediagnoser. Siffrorna inom parentes anger antal svar per diagnosgrupp. Alla symptom och QuickDASH graderas från 0-100, där 0 = inga och 100 = maximala symptom eller upplevd funktionsnedsättning.

dessa operationer. Det är intressant att se att kvinnorna angivit högre värden för alla symptom och QuickDASH vid alla mätpunkterna, utom vid tre månader då männen svarat högre både för belastningssmärta, stelhet, svaghet och problem i dagliga aktiviteter. Kanske kan detta bero på högre förväntningar på handens funktion tre månader efter operation?



Figur 6. Enkät svar för män och kvinnor före och efter operation med trapezektomi och interpositionsplastik pga tumbasartros. Felstaplarna anger 95% konfidensintervall. Antal svar inom parentes. 0 anger inga och 100 maximala symptom eller funktionsnedsättning.

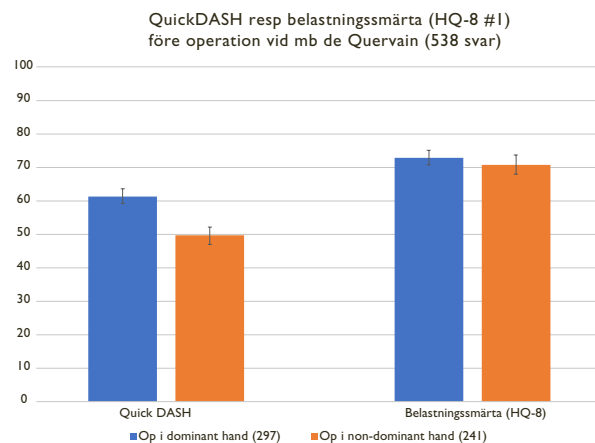
VARFÖR FUNGERAR INTE QUICKDASH SOM ENDA PROM FÖR HANDKIRURGI!

Dominant hand

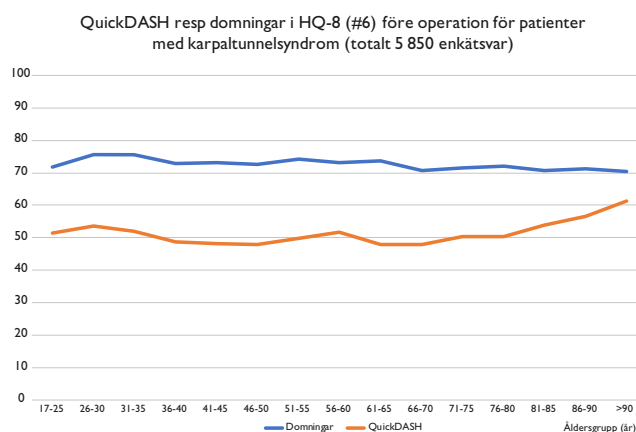
Totalscoren i QuickDASH räknas samman från svaren på alla de 11 frågorna i enkäten. Man svarar oavsett vilken hand som används i de olika aktiviteterna, oavsett vilken hand man har besvär i och oavsett vilken som är den dominanta handen. Detta gör att man bör få en lägre score för en patient som opereras i sin non-dominanta hand. Preoperativa enkät svar för patienter med radial handledstendinit (morbus de Quervain) visar detta fenomen tydligt, se figur 7. QuickDASH beskriver upplevt funktionshinder och detta blir förstås större om den dominanta handen opereras, men vid utvärdering av en behandling vill man också veta specifikt om den opererade handen blivit bättre av behandlingen. HQ-8 frågorna är specifika för den opererade handen oavsett handdominans eller hur aktiviteter utförs.

Ålderspåverkan

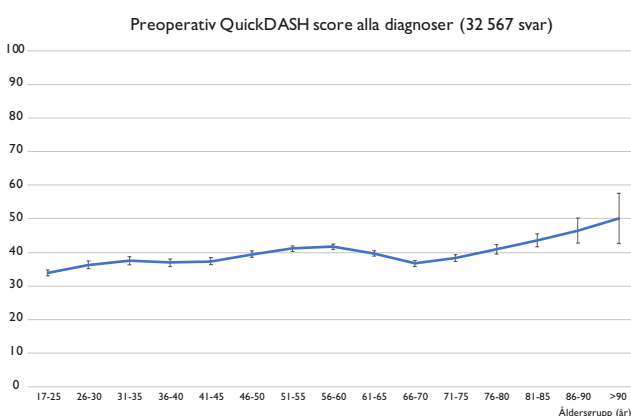
Med stigande ålder får många personer andra besvär från hand och arm än de som är aktuella för en handoperation. Axelbesvär är till exempel vanliga och påverkar flera av aktiviteterna som ingår i QuickDASH enkäten. Figur 8 visar hur personer med karpaltunnelsyndrom i olika åldersgrupper svarat på HQ-8 frågan om domningar respektive QuickDASH före operation. Svaren i HQ-8 ligger stabilt medan QuickDASH score är högre hos äldre personer. Vi ser samma mönster för preoperativa QuickDASH svar för alla enkät svar i HAKIR (32 567 svar), se figur 9. Medelvärden för upplevt funktionshinder utvärderat med QuickDASH före operation verkar ligga ganska konstant hos våra handpatienter fram till 75 års åldern då vi ser en ökning. När grupper av patienter jämförs med QuickDASH bör alltså åldersaspekten beaktas.



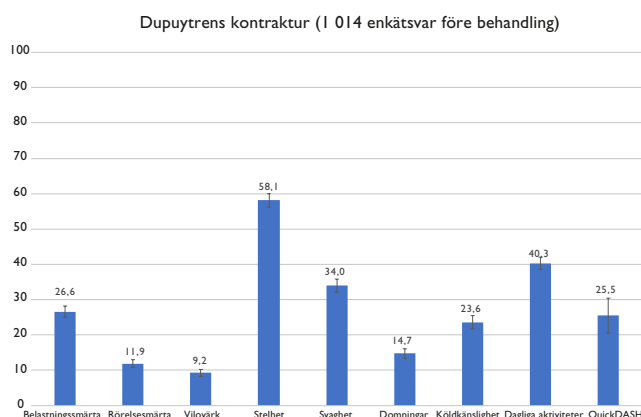
Figur 7. Medelvärden för QuickDASH score respektive belastningssmärta (fråga 1 i HQ-8) före operation vid planerad operation i dominant (blå staplar) respektive non-dominant hand (röda staplar) för patienter med radial handledstendinit (mb de Quervain). Antal enkät svar inom parentes. Felstaplarna anger 95% konfidensintervall.



Figur 8. Medelvärden för QuickDASH score respektive domningar (fråga 6 i HQ-8) före planerad operation för karpaltunnelsyndrom i olika åldersgrupper.



Figur 9. Medelvärden för QuickDASH score före planerad operation för alla enkät svar i olika åldersgrupper. Felstaplarna visar 95% konfidensintervall. För alla åldersgrupper upp till 75 år ingår över 2 000 svar. I de fyra grupperna över 75 år ingår totalt 1 961 svar.



Figur 10. Medelvärden för enkätsvar i HQ-8 och QuickDASH för patienter med Dupuytren's kontraktur före behandling. 0 anger inga och 100 maximala symptom eller funktionsnedsättning. Felstaplarna visar 95% konfidensintervall.

Symptom som inte fångas upp i QuickDASH

Diagnoser som inte är förknippade med smärta får generellt en låg score i QuickDASH. Detta gäller till exempel Dupuytren's kontraktur, se figur 10. Stelhet och problem i dagliga aktiviteter är istället de symptom som dessa patienter graderar högst. När vi utvärderar våra behandlingsresultat ur patientsynpunkt skall vi därför rimligen fokusera på dessa två frågor.

Besvär från handen vid kyla finns inte med i QuickDASH. Köldkänslighet kan vara ett stort problem både vid arbete utomhus men också t ex vid arbete med livsmedel eller i vatten. HAKIR-data visar att det symptom som patienter skattar högst ett år efter en digitalnervskada är köldkänslighet.

Förbättringsaspekter QuickDASH – HQ-8

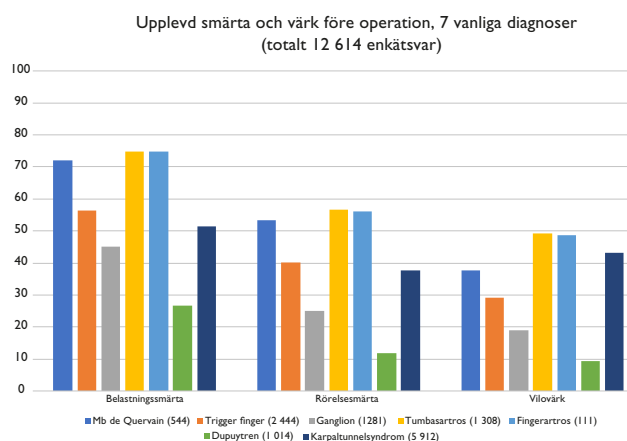
Båda enkäterna ger viktig information om hur våra patienter uppfattar sina besvär från händerna. QuickDASH ger en översiktlig bild av funktionshindret, men kan missa symptom som är viktiga för patienten och andra besvär från arm och hand kan också påverka. Dessutom inhämtas inte specifika uppgifter om kvarvarande symptom efter behandling. HQ-8 ger symptomprofiler för olika diagnoser där man kan välja ut det mest relevanta symptomet och följa upp hur det påverkas av behandlingen. Individuell förändring med jämförelse före och efter behandling för varje patient ger det säkraste måttet för utvärdering, men kräver kompletta serier av enkäter, vilket i nuläget ofta saknas. QuickDASH och HQ-8 kompletterar varandra väl och vi planerar att ha kvar båda enkäterna i HAKIR även framöver.

SMÄRTA OCH VÄRK

Liksom i tidigare årsrapporter noteras att smärta och värk är dominerande symptom för många patienter före behandling. I HAKIR enkäten (HQ-8) ingår tre frågor om dessa symptom och vi ser skillnader mellan belastningsmärta, rörelsesmärta och vilovärk. Figur 11 visar medelvärden för de tre smärtfrågorna för sju vanliga elektiva diagnosgrupper före operation, totalt 12 614 enkätsvar. I figuren ses också att svaren för de tre olika typerna av smärta/värk i HQ-8 enkäten varierar mellan diagnoserna. Även diagnoser som vi inom sjukvården ibland betraktar som "okomplicerade", till exempel handledstendinit, karpaltunnelsyndrom och artros i finger och tumbas orsakar mycket smärta och värk. Vid karpaltunnelsyndrom uppges hög grad av vilovärk, inte bara domningsbesvär.

Bland alla enkätsvar hade 2 477 patienter (5,2%) angivit en score för vilovärk på 80 eller mer före operation och dessa patienter kan vara värda en extra analys. Det var en högre andel kvinnor (70,0%) än i totalmaterialet (51,6%) och högre medelålder (53,7år jämfört med 51,6år). Nästan hälften hade en nerventrapment, vanligast karpaltunnelsyndrom, en högre andel av denna diagnos än totalt. Näst vanligast var tumbasartros. Fördelningen av patienter med hög grad av vilovärk var lika mellan enheterna. En intressant fråga är om patienter med hög grad av värk och smärta före behandling kommer att uppnå samma resultat av behandling som övriga patienter.

I hela enkätmaterialet i HAKIR var individuell medelförbättring av vilovärk från före operation till ett år efter 21,2 poäng (när alla som svarat 0 före operation tagits bort). För de som angivit hög grad av smärta (>80) före operation var medelförbättringen 61,5 poäng. En mer detaljerad statistisk analys skulle krävas för att veta säkert, men det verkar alltså så att hög grad av vilovärk före operation i sig inte talar för ett sämre slutresultat, åtminstone inte för patienter med karpaltunnelsyndrom vilka dominerade gruppen.



Figur 11. Medelvärden för enkätsvar för de tre frågorna om smärta och värk i HQ-8 för patienter med sju vanliga diagnoser före behandling. 0 anger inga och 100 maximala symptom.



Individuella förbättringar av patientupplevda symptom för olika diagnoser.

Genom att individuellt jämföra enkätsvar före och efter operation kan vi lära oss mer om förväntade resultat efter olika behandlingar. Tyvärr finns det mycket färre kompletta serier med enkätsvar för alla tre uppföljningstidpunkterna än totalt antal. I figur 12 visas individuell förändring mellan upplevt symptom eller funktionsnedsättning före och ett år efter operation för sex vanliga diagnoser. Symptomförbättringen i HQ-8 för de symptom som patienterna graderar högst före operation är större än minskningen i QuickDASH poäng. Detta gäller framförallt Dupuytrens kontraktur, där förändringen i QuickDASH score inte överstiger de 20 poäng som brukar anses vara en kliniskt relevant skillnad (Franchignoni 2014). En stor reservation när man jämför HQ-8 och QuickDASH är förstås att enkäterna till sin struktur inte är lika, även om båda går från 0 - 100. En mer detaljerad och noggrann analys behöver göras som ett vetenskapligt projekt och resultaten skulle då kunna användas som referensmaterial för andra studier på samma diagnosgrupp.

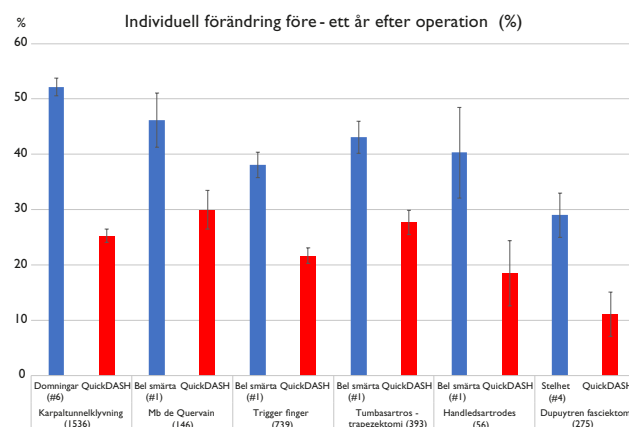


Fig 12. Individuell medelförbättring (%) för symptom i HQ-8 frågorna (blå staplar) samt score i QuickDASH (röda staplar) för olika diagnoser före, jämfört med ett år efter operation. Antal enkätsvar per diagnos inom parentes. Felstaplarna anger 95% konfidensintervall.

Patientrapporterade resultat – förbättringsaspekter

Att studera patientrapporterade resultat (PROM) är relativt nytt inom handkirurgin, där vi historiskt fokuserat mest på så kallade objektiva, mätbara utfallsmått som rörlighet och kraft. Att inte inkludera patientens symptom och upplevelser ger bara en halv bild av behandlingsresultaten, men att tolka PROM resultat kan vara utmanande. Vi behöver lära oss mycket mer om hur patienter uppfattar enkätfrågor, om deras förväntningar och hur svaren kan påverkas av faktorer som egentligen inte har med själva vårdinsatsen att göra. Viktigt är förstås att frågorna både tar upp det som patienten tycker är viktigt, men också det som vi kan tänkas förbättra med vår behandling. Det är nästan omöjligt att helt skilja resultat avseende symptom

(PROM) från upplevelser av vården (PREM). Genom en förbättrad PREM enkät hoppas vi kunna analysera dessa samband ytterligare. Vi behöver också lära oss mer om relationen mellan PROM resultat och objektiva utfallsmått inom handkirurgi.

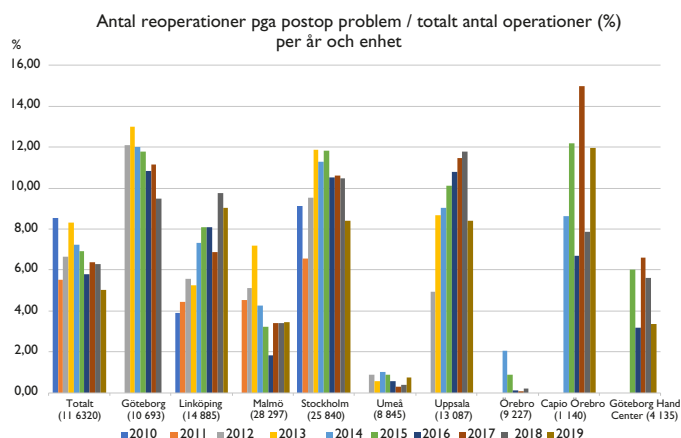
Litteraturgenomgång i en kommande vetenskaplig artikel visar att HAKIR troligen är det enda registret i världen där patientrapporterade resultat för handkirurgi samlas in konsekvent och i stor skala. Vi bidrar till att öka kunskapen om handkirurgisk vård och skapar verktyg för att bedöma vårdkvalitet ur ett bredare perspektiv, vilket gagnar både patienter och sjukvård.



Komplicerade vårdförlopp

Totalt antal registrerade reoperationer var 14 900 (12,8%) varav 7 647 reoperationer på grund av postoperativt problem, 6,6% av alla operationer.

Liksom tidigare år noteras en stor variation i registrering av reoperationer mellan enheterna. Stockholm, Uppsala, Göteborg registrerar cirka 9 - 10%, Linköping 7%, Malmö 4% och de två privata enheterna Capio Örebro och Göteborg Hand Center mellan 7 och 10%. Som tidigare noteras en minimal registrering av reoperationer i Umeå och Örebro; 0,7% respektive 0,2%, se figur 13.

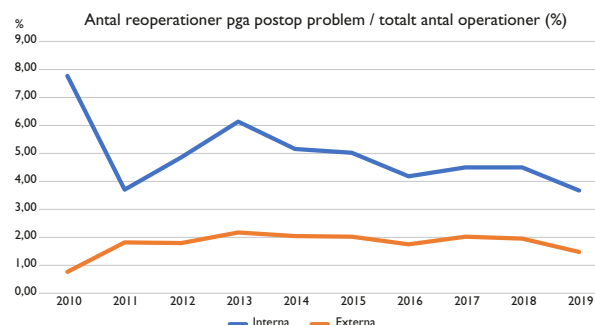


Figur 13. Andel reoperationer på grund av postoperativt problem i relation till totalt antal operationer per enhet och år (%). Totalt antal registrerade reoperationer under hela perioden inom parentes. Externa reoperationer, där primäroperationen utförts vid annan enhet, ingår i grafen.

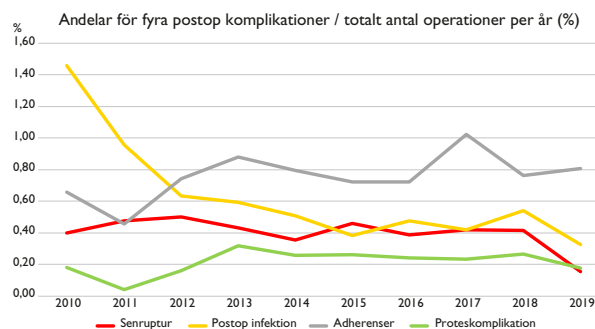
Varierande case-mix gör att andel reoperationer inte självklart kan jämföras mellan enheterna. Kliniker med en stor volym av "enkel" kirurgi, som t ex trigger fingrar och karpaltunnelsklyvning, kan förväntas ha en lägre andel reoperationer än en klinik med stor andel handskador. I siffrorna ingår också "externa" reoperationer; dvs där primäroperation gjorts vid annan klinik. Det är lite förvånande att de privata enheterna hade så höga andelar reoperationer på grund av postoperativt problem, men det lägre totalantalet operationer per år gör resultaten mer svårbedömda.

Medelålder för patienter som reopererats för postoperativt problem var 47,8 år; dvs något yngre än totalt och med en högre andel män, 53,1%. Detta kan troligen bero på en högre andel handskador bland gruppen reopererade.

Fördelningen mellan interna (=primäroperation vid egna kliniken) och externa fall ligger ganska konstant över tid, se figur 14. Externa reoperationer, dvs remitterade komplikationer, utgör ungefär en tredjedel vid sjukhusklinikerna.



Figur 14. Interna och externa reoperationer pga postoperativt problem / totalt antal operationer per år (%). Det var 5 549 interna reoperationer under hela perioden och 2 192 externa. För totalt antal operationer per år, se tabell 1.



Figur 15. Andelar för fyra vanliga orsaker till reoperation pga postoperativt problem / totalt antal operationer per år (%). För totalt antal operationer per år, se tabell 1. Totalt under hela perioden hade 273 reoperationer pga proteskomplikation, 458 senrupturer, 605 postoperativa infektioner och 922 reoperationer pga adherenser registrerats.

Figur 15 visar trender för de vanligaste postoperativa problemen över tid. Postoperativ infektion utgjorde endast för 0,4%, med en antydd minskning under senare år: Detta är mycket lågt med tanke på att alla akuta öppna skador ingår i dessa siffror. Adherensproblematik var dubbelt så vanligt med en liten tendens till ökning. Observera att dessa siffror inte räknats fram specifikt utifrån primäroperationen, t ex ruptur av en sydd sena, utan endast är antalet reoperationer genom totala antalet operationer per år.

Förbättringsaspekter reoperationer

Adherensproblem är vanligaste orsak till reoperation inom handkirurgi och ett problem som kanske borde adresseras ännu mer i forskning kring kirurgiska tekniker och handrehabilitering. En noggrann registrering i HAKIR ger oss en möjlighet att upptäcka postoperativa problem och angripa orsakerna till dessa. Som påpekats vid många tillfällen tidigare så är det angeläget att alla enheter registrerar sina reoperationer korrekt.



Frakturkirurgi

10 163 frakturoperationer var registrerade, varav 8 963 (88,2%) på handnivå, se tabell 5. Fingerfrakturer var vanligaste frakturtyp utom i Uppsala och Örebro. Metakarpalfrakturer var vanliga i Malmö och Uppsala, medan handledsfrakturer var ovanliga i Göteborg, Linköping och Malmö. Skillnaderna beror troligen på varierande uppdelning mellan handkirurgi och ortopedi regionalt.

	Falang	Metakarpal	Skafoideum	Övriga karpus	Handled	Underarm	Totalt
Göteborg	441	228	143	30	26	2	870
Linköping	578	432	148	25	49		1 232
Malmö	985	971	276	77	30	1	2 340
Stockholm	1 478	491	395	80	234	4	2 682
Umeå	276	241	94	3	195	1	810
Uppsala	506	529	149	25	248	4	1 461
Örebro	126	129	21	6	392	0	674
Capio Örebro	1		8				9
Hand Center Göteborg	26	22	20	2	13	1	84
Movement	274	9,3	3,3				
Halmstad		1				1	
Totalt	4 417	3 043	1 255	248	1 187	13	10 163

Tabell 5. Antal registrerade osteosyntesoperationer för frakturer per enhet och totalt.

FALANGFRAKTURER

Drygt hälften (58%) av falangfrakturerna var reponerade öppet. En fjärdedel (24%) var behandlade med sluten reposition och stiftning. Totalt var 59% av falangfrakturerna stiftfixerade och endast 7% av falangfrakturerna hade plattfixerats. Osteosyntesmetoder varierade regionalt, men stiftfixering var vanligaste metod vid alla kliniker, se figur 16. Konsensus kring behandling av falangfrakturer verkar saknas nationellt och man kan anta att lokala traditioner oftast styr metodval.

Över tid kan man se att andelen skruv- och plattfixationer för falangfrakturer halverats om man jämför 2014 med 2019, medan stiftfixering har ökat med 10%, se figur 17. Det skulle vara intressant att analysera vad denna förändring beror på och om den har någon betydelse för behandlingsresultaten.

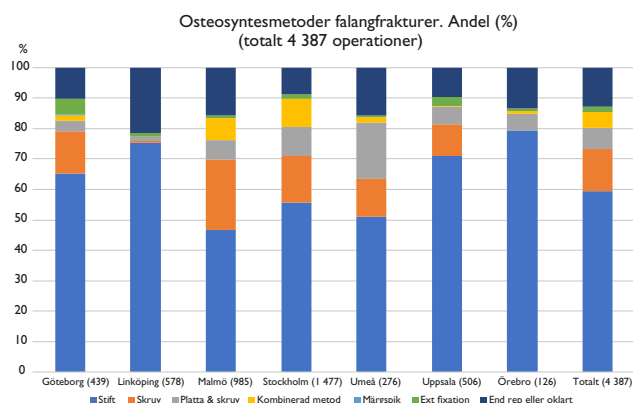
En snabbanalys av patientrapporterade resultat för grupperna skruv- eller plattfixerade jämfört med stiftfixerade visar samma medelvärde för nöjdhet med operationsre-

sultatet (70%) och samma QuickDASH score (17 poäng) ett år efter operation (174 resp 439 svar). Medelvärden för belastningssmärta och värk var låga, under 10. Man kan dock notera att medelvärde för upplevd stelhet i handen (HQ-8 fråga 4) var 42 ett år efter operation i båda grupperna. Många patienter upplever alltså fingerstelhet, men är smärtfria och ändå relativt nöjda med sitt behandlingsresultat.

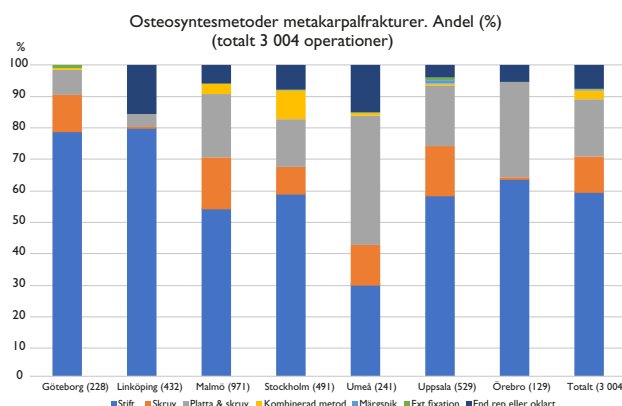
METAKARPALFRAKTURER

Även för metakarpalfrakturer var stiftfixering vanligast och utgjorde 59%, men skruv- och plattfixering var betydligt mer använt för denna frakturtyp (30%). I Umeå var andelen plattfixerade metakarpalfrakturer särskilt hög, se figur 18. Märgspik hade endast använts i Uppsala (6 operationer) och externfixering hade endast använts vid 8 operationer.

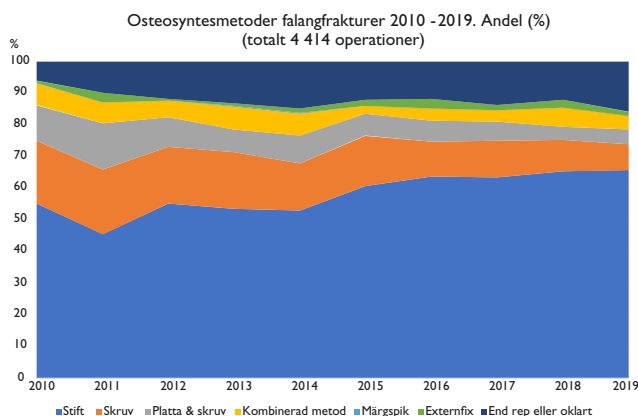
Över tid ser man inte lika stora förändringar av osteosyntesmetoder som för falangfrakturer och andelen skruv- och plattfixerade var ungefär lika 2014 som 2019, se figur 19.



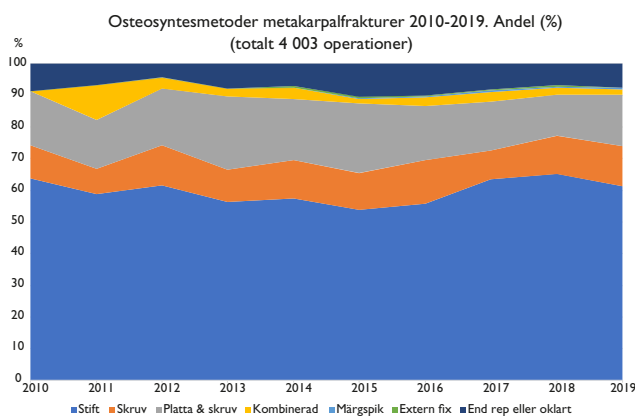
Figur 16. Andel av olika osteosyntesmetoder för falangfrakturer per klinik (%). 27 operationer vid de tre privata enheterna finns inte med i figuren. Siffror inom parentes anger antal operationer per klinik. "End rep"= endast reposition.



Figur 18. Andel av olika osteosyntesmetoder för metakarpalfrakturen per klinik (%). Siffror inom parentes anger antal operationer per klinik. "End rep"= endast reposition.



Figur 17. Andel av olika osteosyntesmetoder för falangfrakturer 2010 - 2019 (%). 27 operationer vid de tre privata enheterna finns inte med i figuren. "End rep"= endast reposition.



Figur 19. Andel av olika osteosyntesmetoder för metakarpalfrakturen 2010 - 2019 (%). "End rep"= endast reposition.

Patientrapporterade resultat ett år efter behandling ter sig något bättre än för falangfrakturer. Nöjdhet var 95% för gruppen skruv- och plattfixerade och 80% för stiftfixerade. QuickDASH var 11 respektive 15 och upplevd stelhet 20 respektive 23 (166 resp 254 svar). Dessa resultat behöver förstås relateras till skadans svårighetsgrad och flera andra faktorer.

SKAFOIDEUMFRAKTURER

355 operationer hade huvuddiagnos skafoideumfraktur (S620), men 33 av dessa var pseudartrosoperationer. Ytterligare två hade den underliga koden ABC99 (= Annan dekompressiv operation av ryggmärgen eller nervrötter), en kod som inte är rimlig och som registerhållaren hoppas slippa stöta på igen, se nedan.

Totalt fanns alltså 320 skafoideumfrakturer, men ytterligare pseudartrosoperationer kan inte säkert uteslutas om kodningen varit bristfällig. 20 av frakturerna (6,2%) var del i en handledsluxation. Medelålder var 30,7 (13 - 80) år och 85% var män. Osteosyntesmetod var angiven för 238 operationer,

81% var skruvfixerade, 17% stiftfixerade och 4 patienter hade fått platta och skruv.

Patientenkätsvar efter ett år fanns bara för 45 patienter. Nöjdhet var i medel 86% och QuickDASH 13,9. Tyvärr fanns bara två svar för patienter med transskafoidal handledsluxation. Båda var helt nöjda och angav QuickDASH 0, vilket är lite förvånande.

I utökad registrering för skafoideumkirurgi (HAKIR 07) fanns 45 registrerade patienter, alla var från Stockholm utom tre från Uppsala. Det var 13 frakturer och 24 pseudartrosoperationer, operationsformulär saknades för 8 patienter. Alla frakturer var midjefrakturen; men 30% av pseudartrosoperationerna var proximala. Majoriteten av frakturerna var fixerade med skruv (8/13) och pseudartrosoperationerna med stift (18/24). Endast tre av 45 patienter hade ett årsröntgenundersökning, två pseudartrosoperationer var då delvis, och en helt läkt. PRWE (Patient-Rated Wrist Evaluation) score var medel 14,4 för frakturerna (7 svar) och 21,7 för pseudartrosoperationerna (6 svar).



Förbättringsaspekter frakturregistrering

Tyvärr finns nog viss underrapportering av den frakturkirurgi som sker under jourtid. Om vi får till datahämtning via SPOR kommer vi att fånga upp även dessa operationer. Frakturer är en viktig och vanlig del av specialiserad handkirurgi och det finns klara förbättringsområden. Många av våra behandlingsmetoder leder till fingerstelhet trots intensiv handrehabilitering.

Det finns också ett klart förbättringsutrymme för kodning av operationer. Under året har HAKIR medverkat till en uppdatering av den handkirurgiska kodboken. Genom större noggrannhet i kodningen kan vi t ex skilja öppna (1 i femte position) från slutna frakturer (0). Vi kan också minska bruket av ospecifika T-koder (t ex sena besvär T92.0). Dessa koder får enligt reglerna inte stå som huvuddiagnos utan bara som bidiagnos. Orsaken till operationen, t ex felläkt fraktur (M84.0), pseudartros (M84.1) eller ledstelhet (M24.5) skall stå som huvuddiagnos. Man specificerar nivå i dessa koder med en bokstav i femte position (C=underarm,

D=hand). En klar brist med denna kodning är dock att den inte anger exakt vilket ben det gäller.

Observera att en reoperation med borttagande av osteosyntesmaterial för att förebygga komplikation registreras specifikt i HAKIR. Har en sena gått av pga osteosyntesmaterial räknas det förstås som en komplikation och registreras som sådan i HAKIR. Kodmässigt skall man i såfall ange "Mekanisk komplikation av inre fixation" (T84.1 + C/D) samt kod för senruptur.

Koden ABC99 som nämndes ovan är nu borttagen som val i kodlistan i HAKIR. Att den har valts för totalt 10 operationer genom åren beror troligen på att den stod överst i kodlistan.

För skafoideumkirurgi (HAKIR 07A) rekommenderas att använda det utökade operationsformuläret, att registrera röntgenfynd efter ett år samt, om det finns resurser, även registrera handstatus och PRVE score i funktionsformuläret.



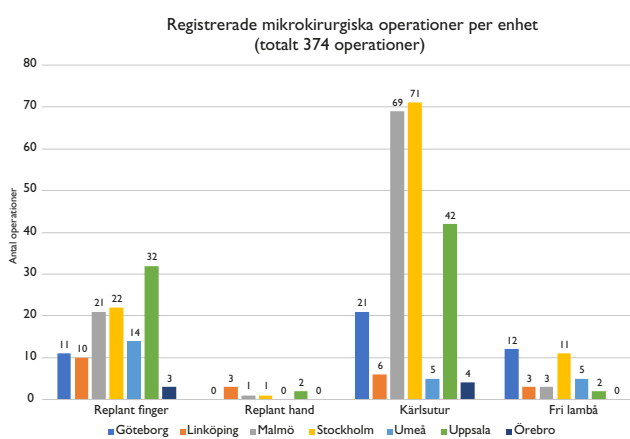


Högspecialiserad handkirurgi

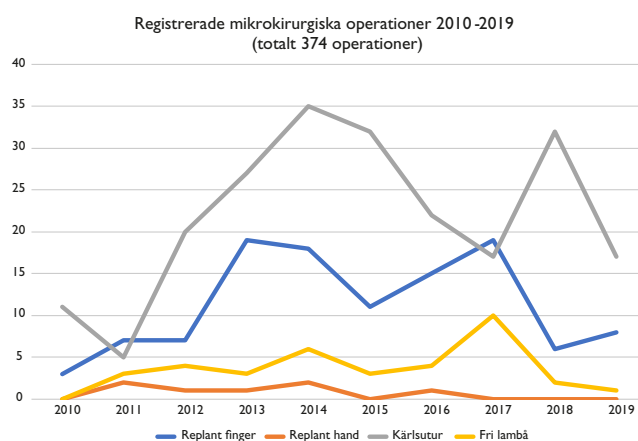
Önskemål har framförts om att HAKIR borde fokusera mer på att rapportera och följa upp resultat inom högspecialiserad vård, dvs sådan vård som i stort sett bara utförs på specialistklinikerna. Här följer några exempel på vad som finns registrerat i HAKIR inom sådana områden.

MIKROKIRURGI

Mikrokirurgi bedrivs på alla de sju specialistklinikerna. Registrerat antal operationer varierar dock mycket mellan enheterna, se figur 20. Förmodligen är det verkliga antalet mikrokirurgiska operationer betydligt större, men figuren visar det som registrerats i HAKIR sen start. Observera att patienter som saknar svenskt personnummer, t ex utländska hantverkare som skadar sig, inte kan registreras i HAKIR.



Figur 20. Antal mikrokirurgiska operationer registrerade i HAKIR per enhet och totalt. Totalt 374 operationer under hela perioden.



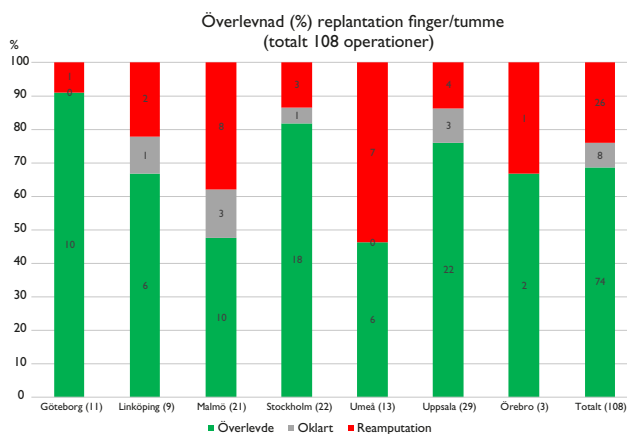
Figur 21. Antal mikrokirurgiska operationer registrerade i HAKIR per år. Totalt 374 operationer under hela perioden.

Förutom storstadsregionerna Malmö och Stockholm, så verkar Uppsala ha en förhållandevis stor volym akuta mikrofall, troligen på grund av svåra handskador från omkringliggande skogslän. Totalt har en handreplantation registrerats vartannat år och 11 replantationer av finger eller tumme, 22 andra kärlsuturer och 4 fria lambåer per år; se figur 21. Mycket få operationer registrerades 2018 och 2019, se diskussion nedan om underrapportering.

Av 120 patienter som var replanterade var 82% män och medelålder var 43,0 (1 - 84) år. 17 replantationer (15%) var på barn under 18 år och sju av barnen var fem år eller yngre.

Överlevnad av replantat

Denna variabel är alltid svår värdera eftersom urvalet av patienter för replantation varierar. Vissa kirurger försöker inte replantera svårt skadade fingrar, t ex kläm-, krosskador och avulsioner eller om patienten har riskfaktorer, såsom hög ålder eller rökning. Genom att endast replantera skador med goda förutsättningar blir överlevnadsprocenten förstås högre. Indikationerna för replantation kan alltså variera både mellan kirurger och kliniker.



Figur 22. Överlevnad för totalt 104 replantationer av fingrar och tummar (%). Siffrorna anger antal. Uppgifter och ev reamputation har tagits fram ur grundregistreringen för varje patient. Observera att antalen är låga varför tolkning skall göras med försiktighet.



Av sex replantationer på underarmsnivå verkar fyra ha överlevt helt och två blivit partiellt reamputerade. Överlevnad för replantationer av fingrar / tummar visas i figur 22. Generellt verkar ungefär 70% ha överlevt. Göteborg hade hög grad av överlevnad, 10 av 11 fall, och samma operatör hade utfört 6 av den klinikers registrerade replantationer. I Uppsala stod samma operatör för 8 av de 22 lyckade fallen. I Umeå och Malmö lyckades bara ungefär hälften av replantationerna, vilka hade utförts av flera olika operatörer. Könsfördelningen var ungefär den samma mellan lyckade och misslyckade replantationer, medan medelåldern var något lägre för de lyckade fallen (40,2 år jämfört med 50,6 år). Observera att det är mycket få fall per klinik, men dessa olika faktorer kan ändå vara intressanta att undersöka vidare.

Lambåkirurgi

Lambåkirurgi var ännu mer ovanlig och det fanns endast 36 registrerade operationer. Det var 16 lambåer med ben, 12 med hud-muskel samt fyra vardera med enbart muskel eller hud-muskel-ben. Göteborg hade registrerat 12 lambåer; Stockholm 11, Umeå fem, Malmö och Linköping vardera tre och Uppsala två. Ingen lambåoperation fanns registrerad från Örebro. Klart vanligaste indikation för lambå var trauma (23 operationer) följt av tumör (4) och plexusskada (3). Ålder för patienter opererade med fri lambå var i medel 29,8 (3 - 83) år och 9 patienter var barn (25%).

Kärlsuturer

Sutur av arteria radialis (62) var något vanligare än ulnaris (49) och dessa skador var nästan alltid kombinerade med sen- och nervskador. I analysen har även operationskoder i andra och tredje position tagits med, men det finns troligen ändå en stor underrapportering för kärlsuturer. Dessa görs ofta i samband med lacerationsskador på underarmen och glöms kanske bort vid kodningen.

Förbättringsaspekter mikrokirurgi

Det är rimligt att anta att det föreligger en betydande underrapportering av mikrokirurgi i HAKIR. Skulle de här redovisade siffrorna vara korrekta så skulle det vara allvarligt för svensk handkirurgi eftersom volymerna både av akut och elektiv mikrokirurgi är så små att kompetens rimligen inte kan upprätthållas vid alla sju kliniker. Vi får hoppas att så inte är fallet. I denna rapport kan inte andra data analyseras än de som faktiskt registrerats. I samband med akuta och komplicerade operationer är första fokus troligen inte att lägga in data i kvalitetsregistret. Om vi skall kunna visa upp dessa viktiga aspekter av svensk handkirurgi så behöver vi ändå få in kompletta data t ex för replantationer och

annan mikrokirurgi, vilka både kräver stora resurser och hög kompetens. Andelen små barn var hög i registrerade data. Man kan anta att indikationerna där var starkare, men den kirurgiska svårighetsgraden är också högre.

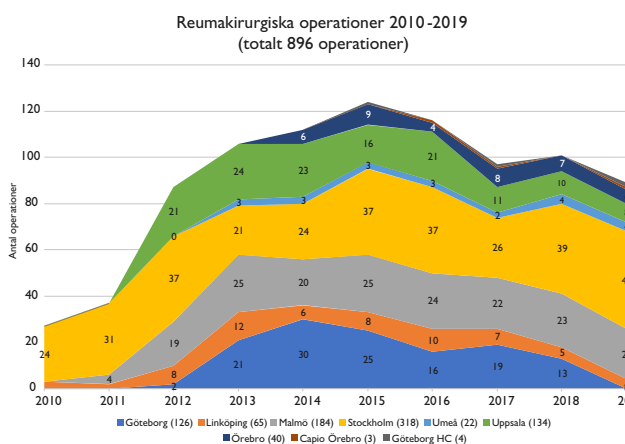
På det lilla datamaterial som finns registrerat hittills i HAKIR kan man inte säkert säga om resultaten för replantationer varierar mellan klinikerna eller ej, men skillnader kan anas vilket väcker frågor om våra mikrokirurgiska volymer är tillräckliga för att upprätthålla kompetens?

Vi vill uppmana klinikerna att skapa rutiner för att registrera all mikrokirurgi, helst direkt efter operationen, men annars genom påminnelser efteråt till respektive operatör. Om det finns intresse kan vi skapa ett separat formulär för mikrokirurgiska ingrepp där vi registrerar indikation för operation, antal och typ av utförda kärlsuturer och överlevnad av replantat eller lambå. Kanske skulle det kunna stimulera till bättre registreringsrutiner? Sverige är ett litet land med hög säkerhet på våra arbetsplatser och det kan vara så att replantationsbehovet har minskat. Det kan också vara så att vi har snävare indikationer än tidigare. Tyvärr kan vi inte säkert analysera sådana förändringar utifrån registerdata i nuläget.

REUMAKIRURGI

Antalet operationer per år och enhet för patienter med inflammatorisk ledsjukdom visas i Figur 23. Endast 0,8% av de 896 operationerna hade utförts på de privata enheterna. Ungefär 100 operationer per år hade registrerats, med en viss nedgång efter 2015. Förvånansvärt få operationer var registrerade i Linköping och Umeå.

83% av patienterna var kvinnor och medelålder var 58,2 år. Reumatoid artrit var dominerande diagnos (79%) följt av psoriasisartrit (12%). Vanligaste ingrepp var excision av reumatisk nodulus (24%), följt av proteskirurgi (19%), artrodes (18%) och synovektomier (11%). Bland proteserna var 56% MCP-ledsproteser, 33% handledsproteser och 10% PIP-ledsproteser. 22% av protesoperationerna var



Figur 23. Antal operationer på patienter med inflammatorisk ledsjukdom 2010 - 2019 per enhet.



revisionsproteser eller uttag av ledprotes på grund av komplikation, något högre revisionsfrekvens för MCP lederna (19%) än för handlederna (14%). Jämförelserna är förstås osäkra eftersom antalet operationer är litet.

Förbättringsaspekter reumakirurgi

Det är ett allmänt intryck att reumakirurgi minskat sedan införandet av mer effektiva medicinska behandlingar och i HAKIR ser vi också en minskning av antalet operationer under senare år. Detta blir intressant att följa framöver. Andelen reoperationer vid ledproteskirurgi för reumapatienter är hög, framförallt för MCP-ledsproteserna och man kan hoppas att bättre alternativ till silikonproteser, som använts sedan 1970-talet, kan utvecklas i framtiden.

KIRURGI VID CEREBRAL PARES

410 operationer fanns registrerade för diagnosen Cerebral Pares (CP), men 71 var endast botulinumtoxininjektioner, vilka ej redovisas här. För de 339 operationerna var medelålder 30,4 år (median 22; 4 - 91 år) och 56% var pojkar/män.

Fördelning mellan klinikerna visas i figur 24. I antal var det ungefär lika många per klinik, men i förhållande till totalt antal operationer i HAKIR så hade Göteborg och därefter Umeå klart störst andel. I Stockholm görs huvuddelen av CP-kirurgi på barn under 16 år vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus och dessa operationer är i nuläget inte med i HAKIR. Endast 14 av de 65 patienterna opererade vid handkirurgiska kliniken i Stockholm var under 18 år (21%).

Vanligaste ingrepp var muskel-senförlängningar (210), följt av sentransfers (51) och artrodoser (41). Observera att detta bara är huvudoperationskoderna, flera andra ingrepp görs ofta vid samma operation. Neurotomi hade gjorts vid 11 ingrepp, alla i Umeå.

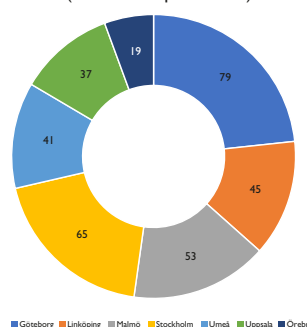
Spastikerkirurgi, ej CP

Av totalt 142 operationer var diagnosen "Hemiplegi ospecificerad" för 94, resttillstånd efter stroke 44 och Parkinsons sjukdom 4. Ålder var i medeltal 53,1 (5 - 96) år och 53% var kvinnor. Vanligaste ingrepp var sen-muskelförlängningar (62%) följt av sentransfers (17%). De 9 neurotomierna hade alla utförts i Umeå.

Förbättringsaspekter spastikerkirurgi

Injektionsbehandlingar med botulinumtoxin skall egentligen inte registreras i HAKIR eftersom det inte är operativa ingrepp. Det är dock enkelt att vid behov sortera bort dessa ur statistiken och bättre att inte missa att registrera ett ingrepp. Antalet operationer av patienter med CP varierar nationellt. Vi vet inte om det beror på skillnader i indikationer eller olika regionala resurser inom barnhabilitering och handkirurgi.

Operationer vid Cerebral Pares
(totalt 339 operationer)



Figur 24. Antal operationer på patienter med diagnosen cerebral pares per enhet.

Grundregistreringen i HAKIR innehåller bara koder och från dessa kan man inte avgöra vilken typ av release eller sentransfer som utförts och inte heller operationsindikation. Vi har därför infört ett utökat formulär för CP kirurgin (HAKIR I IA) och hoppas att alla kliniker börjar använda detta så snart som möjligt. Vi skall också försöka få med barnsjukhuset i Stockholm i HAKIR.

Selektiv neurotomi är ett relativt nytt ingrepp som syftar till att reducera svårbehandlad spasticitet. Metoden verkar hittills bara användas i Umeå. Det vore säkert av intresse även för andra kliniker att lära mer om detta, såväl utförande som indikationer och förväntade resultat. En nationell arbetsgrupp inom handkirurgin träffas två gånger per år och metoden kommer att diskuteras vidare där.

MEDFÖDDA AVVIKELSER I HAND OCH ARM

Diagnoskoder som börjar på Q betyder medfödd avvikelse och i HAKIR fanns 2 113 operationer med denna kod, 1 938 var antingen primära operationer eller seansingrepp och 175 var reoperationer. Bland de primära ingreppen var 713 flickor/kvinnor och 890 pojkar/män (56%), totalt 1 603 patienter. 87% var under 18 år, med medianålder på 3 år, men vuxna var också opererade för dessa diagnoser.

Diagnosmässigt var fördelningen enligt tabell 6. Stockholm hade registrerat flest fall, följt av Malmö. Polydaktylier var vanligast, följt av triggertummar och syndaktylier. Det stora antalet fingerpolydaktylier i Stockholm kan förklaras av att de stjälkade ulnara polydaktylierna där har avlägsnats i lokalanesesi på operationssal, medan detta kanske görs på annat sätt på de andra klinikerna.

Exakt vilka operationer som utförts är tyvärr svårt att analysera enbart utifrån koderna. Amputation av accessoriskt finger eller tumme var vanligast (348 ingrepp), följt av senskideklyvning (230) vid trigger tumme. Koden QCE40 (413) betyder "rekonstruktion vid handmissbildning" och används ofta vid syndaktylidelning. 31 pollicisationer (NDT69) var registrerade, varav 11 i Stockholm, åtta i Malmö och fem i Göteborg samt enstaka vid övriga kliniker.



Förbättrings aspekter medfödda avvikelser

Ibland förekommer missuppfattningen att operationer på barn inte skall registreras i HAKIR bara för att vi inte har någon barnenkät i nuläget. Alla operationer skall registreras i HAKIR, enda undantag är om patienten avböjer deltagande, har skyddad identitet, eller inte har ett svenskt personnummer.

Tyvärr är kodningen ospecifik för många avvikelser. Undvik om möjligt ICD10 koden Q748 (Övrig missbildning). Vi önskar att triggertummar hos barn registreras på koden Q798, inte M653, eftersom tillståndet inte är det samma som stenosans på vuxna.

Vi hoppas att kodningen blir bättre både genom det nya diagnosformuläret HAKIR 12 Medfödda avvikelser och med den nya kodboken. I HAKIR 12 formuläret har vi även infört den nya OMT klassifikationen, som visas i tabell 6. Den är mer detaljerad och inte helt lätt att lära. Den stora fördelen är att vi kan identifiera så många fler typer av avvikelser och att klassifikationen har en mer utvecklingsbiologisk grund än den gamla Swansonklassifikationen.

HAKIR behöver på sikt komplettera även med ett operationsformulär för avvikelserna och en barnenkät för uppföljning av resultat.

	OMT kod (ytterligare specifikation finns)	Göteborg	Linköping	Malmö	Stockholm	Umeå	Uppsala	Örebro	Totalt
Polydaktyli, finger	IB2vi	25	33	27	136	16	20	2	259
Polydaktyli, tumme	IB2iii	24	21	32	72	3	10	8	170
Syndaktyli	IB4i- iii	36	31	58	67	9	24	5	230
Polysyndaktyli	IB4iiib	4	7	6	8	1	6	7	39
Radial reduktion	IA2i eller IB2ii	11	3	6	16	5	4	2	47
Ulnar reduktion	IA2ii eller IB2ii		1	1	7		1		10
Central reduktion	IB1iv				17		1		18
Transversell reduktion	IA1i-iii, IB1i-iii	2		2	5	2	4		15
Triggertumme	Exkl i OMT 2020	10	20	36	113	15	33	2	229
Multipla exostoser/enchondrom	IIIB4i-ii	29	5	2	20	1	12	6	75
Apert/craniofacialt syndrom	IVA2	12			2	2	2		18
Artrogrypos	IIIC	3	3	3	3		7		19
Kärlmissbildning	IIIB1	6	3	3	13	1	13		39
Neurofibromatos	IIIB2	2	2		13		4		21
Missbildning UNS		49	33	90	140	22	30	22	386
Annat		11	4	2	2	1	2		22
Totalt		224	166	268	634	78	173	54	1597

Tabell 6. Antal registrerade operationer för medfödda avvikelser per klinik. Göteborg Hand Center hade dessutom registrerat sex och Capio Örebro två operationer. OMT= diagnosklassifikation enligt Oberg, Manske, Tonkin, modifierad 2020.

PLEXUS BRACHIALISKIRURGI

Plexuskirurgi har centraliserats till Umeå och Stockholm och den gemensamma arbetsgruppen har utvecklat sex olika formulär i HAKIR, tre formulär för födelse relaterade skador och tre för traumatiska. Totalt fanns 122 registreringar för födelse relaterade skador och 58 för traumatiska plexusskador.

Födelse relaterade skador

Efter att ha tagit bort fyra dubblettregistreringar var det 67 patienter (0 - 33 år) i grunddataformuläret. Fördelning efter födelse län visas i figur 25A och B. De två enheterna hade registrerat ungefär lika många patienter, för Umeå med större spridning mellan födelse län. Representationen från olika län motsvarar inte befolkningsstorleken. Utlandsfödda utgjorde nästan en fjärdedel, (23%) av de undersökta patienterna i grunddataformuläret. Dessa patienter var mellan 3 och 17 år, medelålder 9,7 år, lika många pojkar som flickor.



Fyra av 45 patienter (9%) hade en mamma med diabetes och för 10 av 49 patienter (20%) hade mamman haft en komplikation vid tidigare förlossning. Födelsevikten var i medeltal 4 200 (900 – 5 800) gram, åtta av 63 (13%) hade födelsevikt >5kg. 14 barn var födda före, och 21 barn efter vecka 40. Tre var prematura (före vecka 37). Två barn var födda i säte, en efter kejsarsnitt och 54 i kronbudning. Vid 22 förlossningar hade sugklocka fått användas. Associerade skador vid förlossningen hade registrerats för 14 patienter; fem humerusfrakturer; fem klavikelfrakturer och tre fall av asfyxi hos barnet.

Endast tre primära nervrekonstruktioner var registrerade, en per år 2017 - 2019. 61 sekundära ingrepp vid födelserelaterad skada var registrerade, varav 35 från Umeå. Ålder vid primär nervrekonstruktion var mellan 3,5 och 5 månader och vid sekundära ingrepp 12,9 år (2 - 32 år).

Traumatiska plexusskador

37 patienter fanns i grunddataformuläret, ålder 15 - 86 år; medel 50,7 år; 22 män och 10 kvinnor.

Tid från skada till bedömning var i medeltal 73 (2 - 367) dagar; 12 patienter (32%) var bedömda inom en månad. Patienterna var bedömda tidigare under 2019 (48 dagar) än under 2018 (87 dagar), men med stor variation. 21 patienter hade skadat sin vänstra, non-dominanta sida, 15 sin dominanta högra sida och en skada var bilateral. Ungefär hälften (16) av skadorna var klassade som högen-ergi- respektive lågeneregiskador (15), tre var sjukvårdsrelaterade skador. Sju primära nervrekonstruktioner från respektive enhet var registrerade. Sju sekundära ingrepp var registrerade, fem från Stockholm och två från Umeå.

Förbättringsaspekter plexusskaderegistrering

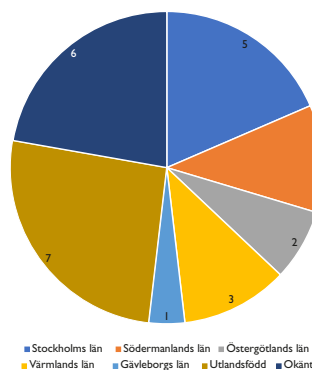
Tyvärr finns en del felregistreringar i data, både dubletter och felaktiga datum, vilket märks tydligare i detta lilla patientmaterial. Vi lägger successivt in spärrar för vanliga felregistreringar; men uppmanar också till noggrannhet. I samråd med plexuskirurgerna bör vi korrigera de felaktiga uppgifterna i HAKIR. Vi väntar också på uppföljningsformulär för plexusverksamheten.

MALIGNA TUMÖRER

940 operationer för maligna tumörer var registrerade, se figur 26. Skivepitelcancer i huden var vanligast (78%), följt av melanom (10%). Medelålder för patienter med skivepitel- och basalcellscancer var 75 (6 - 100) år; för melanom 59 (11 - 100) år. Partiell eller total amputation gjordes i 4% vid skivepitelcancer och i 24% vid melanom. 47% av patienter med skivepitelcancer och 54% av patienter med melanom var kvinnor.

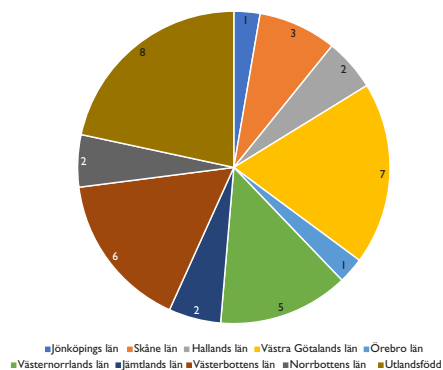
Figur 25A.

Födelserelaterade plexusskador
Grunddata Stockholm (30 patienter)



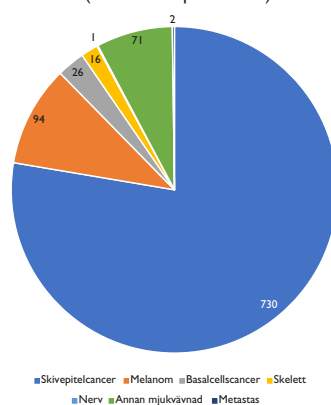
Figur 25B.

Födelserelaterade plexusskador
Grunddata Umeå (37 patienter)



Figur 25. Födelseän för 67 patienter bedömda för födelserelaterad plexusskada i Stockholm (A) respektive Umeå (B). Siffrorna anger antal patienter.

Maligna tumörer
(totalt 940 operationer)

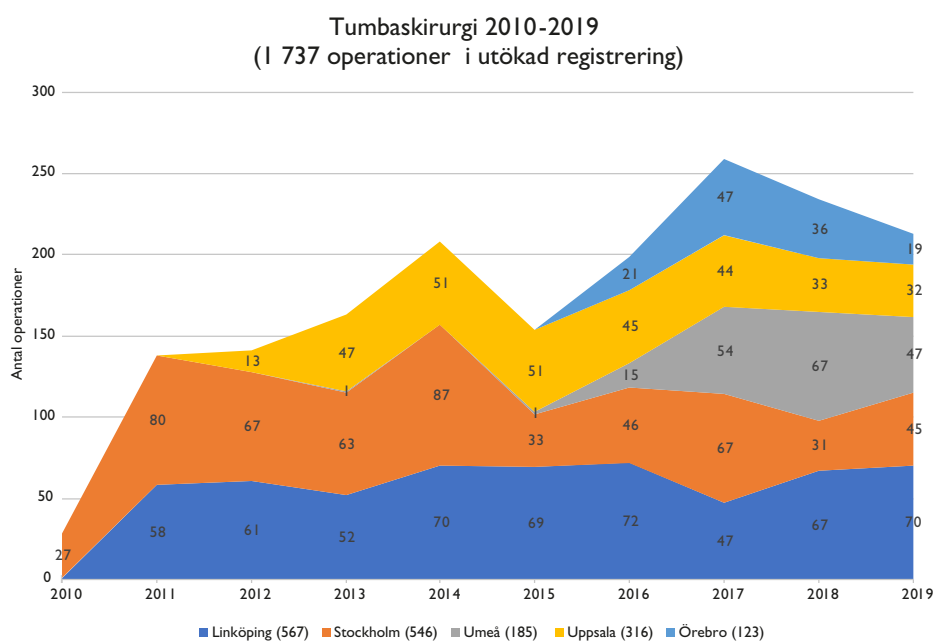


Figur 26. Fördelning av 940 registrerade operationer för malign tumör.



Tumbasartros

I utökad registrering för tumbasartroskirurgi fanns 1 753 registrerade operationer på 1 529 patienter. Medelålder för patienterna var 62,4 (21 - 93) år och 80% var kvinnor. Fördelning mellan deltagande kliniker sedan start visas i figur 27.



Figur 27. Antal operationer i utökad registrering för tumbasartros 2010 – 2019 för de deltagande kliniker. Siffrorna anger antal per år och klinik.

439 patienter var bilateralt opererade och 77 operationer var reoperationer. Orsaker till reoperation var smärtsam instabilitet eller proximal migration av metakarpalbasen i 44%, proteskomplikation i 16% fall och fortsatt artrosutveckling i 8%. Andra mindre vanliga orsaker var adherenser och pseudartros. För 32 av 77 reoperationer hade primär operation utförts på annan klinik.

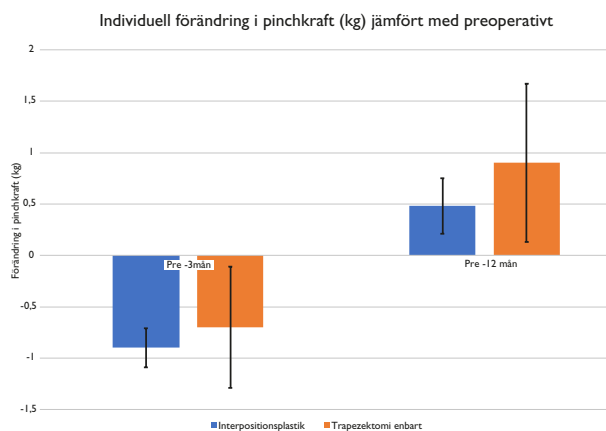
Analyserna nedan har gjorts på 1 676 primära operationer (1 468 patienter). Bilateralt opererade patienter bidrar alltså med dubbla data.

I 98% var artrosen av primär typ, endast 23 fall av sekundär artros. 72% hade artros av Eatonklass II-III, 25% hade även artros i STT leden (Eaton IV) och 3% hade tidig artros (Eaton I). Tyvärr saknades operationsformulär för 311 operationer varför dessa faller bort i analysen av operationsmetoder. Trapezektomi med senplastik var fortsatt vanligaste metod (91%). Tre olika senplastiker användes där ECRL och FCR var ungefär lika vanliga (32% respektive 29%) följt av APL (22%). Trapezektomi utan senplastik utgjorde 8% och senplastik enligt Hulin med palmaris longus-sena 5%. Som tidigare noteras varierade val av ope-

rationemetod med region. Se även analys av resultat från grundformulärdata nedan.

Blir pinchkraften bättre om man gör senplastik efter trapezektomi?

Trapezektomi utan senplastik blir en allt mer vanlig metod i Sverige, se data från grundregistreringen nedan. Flera vetenskapliga studier med lång uppföljning har inte påvisat någon skillnad i resultat mellan trapezektomi med eller utan senplastik. I grundregistreringen i HAKIR kan vi jämföra patientupplevda resultat mellan metoderna. Det vi på sikt kan bidra med genom den utökade registreringen är jämförelse av kraft i handen tre och tolv månader postoperativt. Figur 28 visar ett försök till en sådan jämförelse. Figuren kan antyda att trapezektomi utan senplastik till och med ger bättre pinchkraft, men felstaplarna visar att vi fortfarande har alltför få mätningar för att kunna dra några slutsatser. Man kan också konstatera att förbättringen i pinchkraft ett år efter operation är ganska liten för båda metoderna, vilket kan vara viktigt att informera patienter om.



Figur 28. Individuell förändring av kraft i tre-punkts pinch (kg) före, jämfört med tre och tolv månader efter trapezektomi med senplastik (blå staplar) respektive utan senplastik (röda staplar). Antalet parade mätningar för senplastikerna var 477 respektive 285 vid de två tillfällena medan det bara var 44 respektive 32 för trapezektomi utan senplastik. Detta syns tydligt på felstaplarna som visar 95% konfidensintervall.

TUMBASARTROS I GRUNDREGISTRERINGEN

Tumbasartros opereras vid alla handkirurgiska enheter och totalt fanns i grundregistreringen 3 356 operationer för tumbasartros på 2 911 patienter. Vi har alltså med drygt hälften (52%) av tumbasoperationerna i den utökade registreringen.

78% av de tumbasopererade patienterna var kvinnor och medelålder var 62,1 år. Antal operationer per år och enhet visas i figur 29. Förhållandevis många operationer var registrerade från Malmö och Linköping i förhållande till

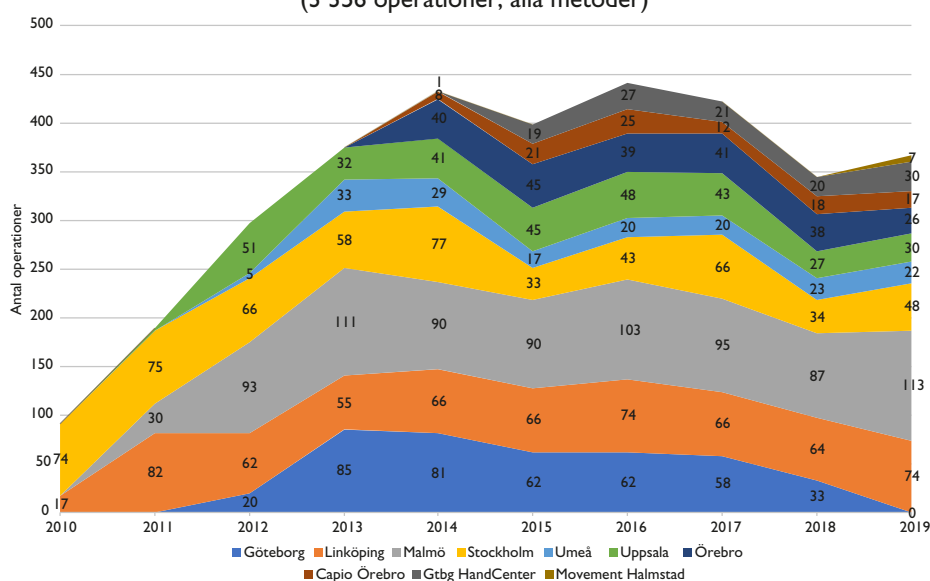
i Stockholm, där en stor del av dessa operationer nu görs på privata enheter utanför sjukhuset.

Som nämnts, så har en förändring skett avseende operationsmetoder vid tumbasartros. Andelen operationer där man gör trapezektomi utan senplastik ökar och utgjorde 2019 nästan 40%, se figur 30. Andelen proteskirurgi förefaller ganska konstant de senaste åren och steloperation är ovanligt.

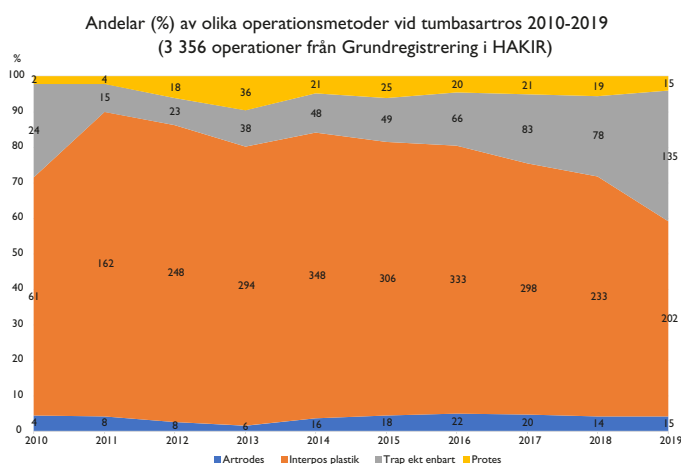
Patientupplevda resultat för patienter som opererats för tumbasartros oavsett metod, tycks inte ha förändrats under perioden 2010 - 2019, se figur 31 som visar medelvärdeskillnader mellan före, och ett år efter operation. Observera dock att figuren inte visar några spridningsmått. Medelvärden för hela perioden för QuickDASH var före operation 55,2 (1 370 svar), efter 3 månader 39,7 (952 svar) och 26,6 (927 svar) efter ett år. Minskningen på 28,6 poäng ett år postoperativt får anses vara kliniskt relevant. Vi lyckas alltså minska våra patienters upplevda funktionshinder. Belastningssmärta (fråga 1 i HQ-8) minskade i medeltal från 74,9 före operation, till 46,5 vid tre månader och 31,5 efter ett år, en minskning på 43,4.

Patienters nöjdhet med operationsresultatet är alltid en svårtolkad variabel eftersom nöjdhet beror på förväntningar och dessa varierar säkert mycket mellan olika personer. Det är intressant att notera att värdena ligger ganska konstant både mellan åren och mellan uppföljningstidpunkterna 3 och 12 månader. Medelvärdet var 77,8% vid tre månader och 76,1% efter ett år.

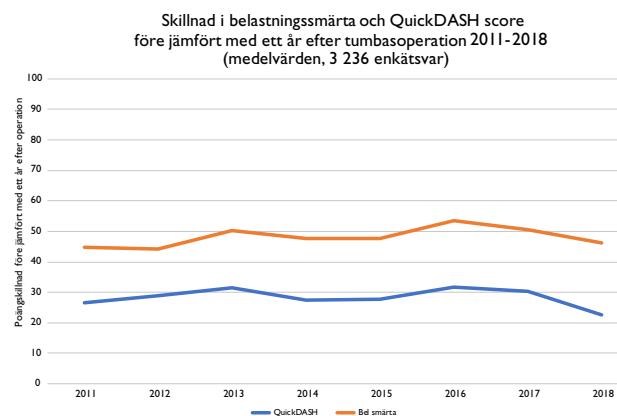
Operationer för tumbasartros i grundregistrering i HAKIR 2010-2019
(3 356 operationer, alla metoder)



Figur 29. Antal registrerade operationer för tumbasartros (diagnoskod M18) per enhet 2010 - 2019. Siffrorna anger antalet operationer per år.



Figur 30. Andelar av olika operationsmetoder för tumbasartros 2010-2019 (%). Siffrorna anger antal operationer per år.



Figur 31. Medelvärdeskillnader mellan alla enkätsvar före respektive ett år efter operation per år för QuickDASH och belastningssmärta (HQ-8 fråga 1) för patienter opererade för tumbasartros oavsett metod.

Förbättringsaspekter tumbasartrosregistrering

HAKIR-data visar att resultaten generellt sett är goda efter handkirurgisk behandling av tumbasartros. De aspekter som kan behöva förbättras är bestående belastningssmärta och svaghet i handen. Att minska reoperationer på grund av smärtsam instabilitet i tumbasleden eller orsakat av protes haveri är förstås också angeläget.

För den utökade registreringen i HAKIR är det önskvärt att skapa en rutin så att utökat operationsformulär alltid fylls i vid tumbasoperationer när funktionsuppföljningar skall göras. Vi har lagt in en "pop-up" funktion som varnar för när detta sannolikt är aktuellt (kod M18) och man skickas då direkt vidare till det utökade formuläret. Det är olyckligt att inte kunna använda de funktionsdata som redan samlats in, vilket var fallet för 311 operationer. Det är relativt enkelt att komplettera registreringen, men det måste göras från journal på respektive klinik. Följande antal gäller i nuläget: Linköping (67), Stockholm (98), Umeå (63), Uppsala (43) Örebro (24). Kontakta gärna registerhållaren angående detta så att nästa årsrapportering och de forskningsprojekt som pågår kan bli mer kompletta.

Vi behöver fortsätta att samla data i HAKIR för att kunna jämföra våra behandlingsmetoder; framförallt nu när en förändring av operationsmetoder pågår i Sverige. Vi vet

inte ännu om den nya metoden med trapezepektomi utan senplastik passar för alla patienter. Partiell ledyteresektion är en annan ny metod som introduceras och behöver följas upp. Vi har därför under 2020 lagt in det alternativet i det utökade operationsformuläret.

Det är också intressant att jämföra olika varianter av senplastik. Det är inte självklart att alla metoder stabiliserar tumbasen och förhindrar proximal migration lika effektivt, om nu detta är viktigt för kraft och smärtfrihet. Vi har tidigare rapporterat från HAKIR att en stor andel av tumbaspatienter har kvarvarande belastningssmärta ett år postoperativt. Fortfarande kan vi förbättra vården för dessa patienter.

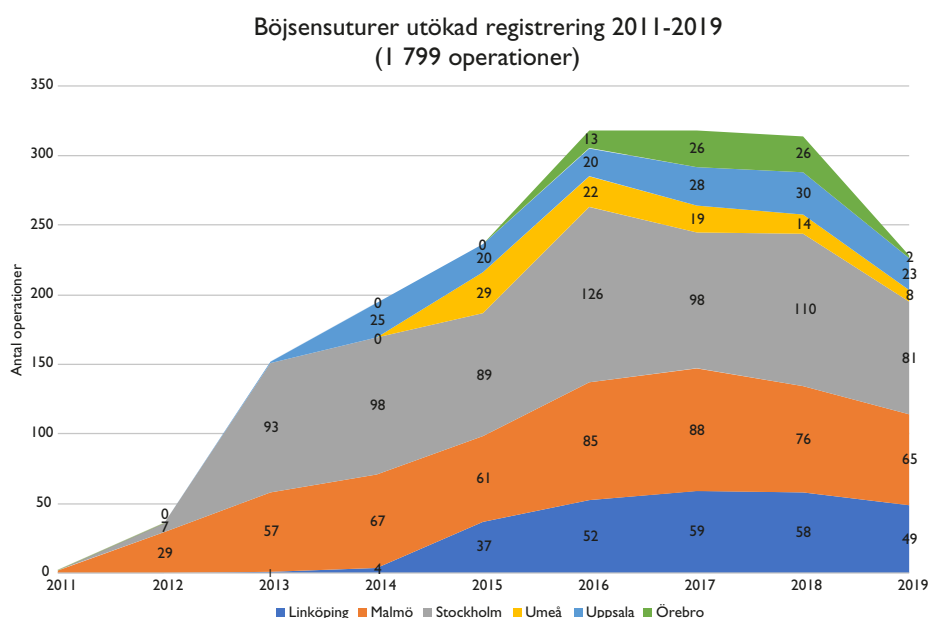
En förändring som kan diskuteras i tumbasuppföljningen är att inte göra rörelsemätningarna utan fokusera på att mäta kraft i handen pre- och postoperativt samt också göra ett enkelt aktivitetstest för tumgreppet. Rörelsemätningar i tumbasen ger inte så mycket information och kan ha bristande reliabilitet.

Preoperativ behandling, information och urval av patienter för operation behöver också studeras för att få en mer komplett bild av patientgruppen. Det vore även av intresse att inhämta mer uppgifter om genomförd postoperativ rehabilitering och ortosbehandling.



Böjsenskador

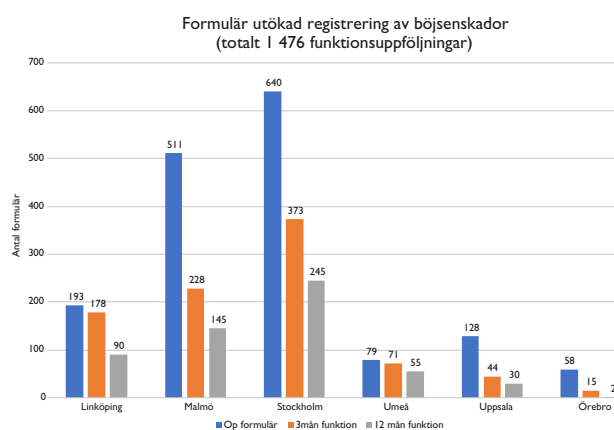
I 799 operationer med sutur av böjsenor i zon I och II på fingrar och tummar hade registrerats i utökad registrering sedan denna startade 2011. Efter att ha legat konstant på 318 operationer per år 2016 - 2018, minskade antalet med 27% under 2019, se figur 32. Minskningen orsakas sannolikt av bortfall i registreringar. Stockholmskliniken opererar klart flest böjsenskador per år, och stod för 40% av alla operationer i materialet. Göteborg kom aldrig med i böjsenregistreringen innan kliniken gjorde uppehåll i HAKIR och deras data finns alltså inte med i figuren. Det är tyvärr också ytterst få registreringar i Umeå och Örebro under senare år.



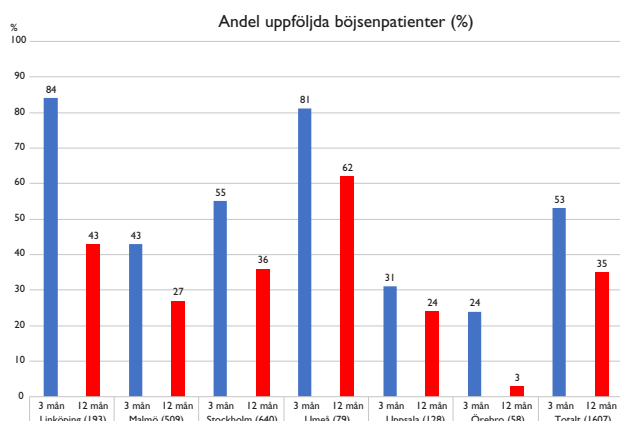
Figur 32. Antal operationer i utökad registrering för böjsenkirurgi per år och enhet. Siffrorna anger antal per år. En böjsenoperation från Capio Örebro finns inte med i figuren.

Antalet operations- och funktionsformulär visas i figur 33. Totalt hade 1 476 funktionsmätningar utförts, 909 tre månader och 567 tolv månader efter operation. Andelen uppföljda patienter varierade mellan enheterna, se figur 34. Linköping hade en hög andel uppföljda både tre och tolv månader. Stockholm låg över tid stabilt kring 60% och Malmö kring 40% uppföljda 3 månader. I Uppsala varierade andelen över tid, med en förbättring efter 2018. Umeå hade 2016 - 18 en mycket hög andel, men en försämring under 2019 och få operationer totalt. I Örebro hade mycket få patienter följts upp, framförallt sedan 2018.

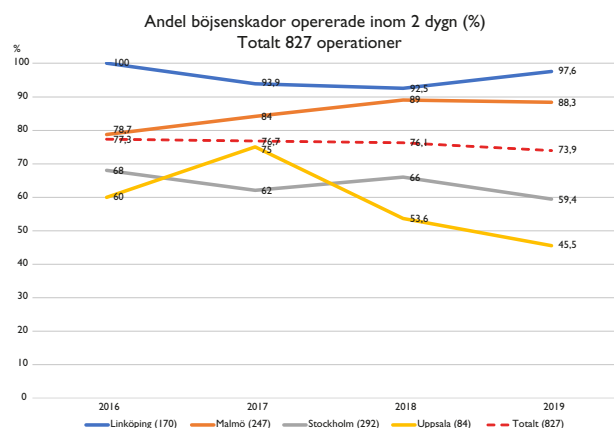
Mellan 20 och 25 böjsenskador hade registrerats i HAKIR per månad. Lägst antal noterades i februari, sedan en ökning från maj med maximum i augusti, men variationerna mellan åren var också stora, se figur 35.



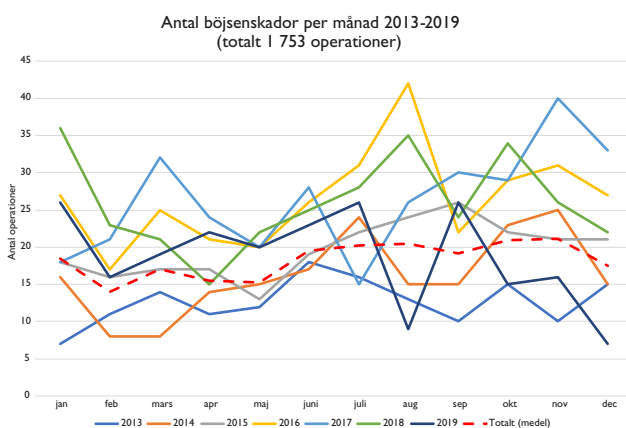
Figur 33. Operations- och funktionsformulär inom utökad registrering för böjsenskador per klinik. Observera att ett-årsuppföljningar inte kan förväntas för 2019.



Figur 34. Andel uppföljda böjsenpatienter av förväntade, tre och tolv månader efter operation (%). Totalt antal patienter inom parentes.



Figur 36. Andel böjsenskador som opererats inom 2 dygn efter skadan per klinik och år (%). Streckad röd linje anger medelvärde för alla kliniker. Siffrorna inom parentes anger totalt antal operationer per klinik. Tider över 14 dagar har exkluderats.



Figur 35. Antal böjsenoperationer per månad 2013 - 2019. Streckad röd linje anger medelvärde för alla åren.

ÅLDER OCH KÖN

Nästan tre fjärdedelar av patienter med böjsenskada var män (71,5%). Medelålder vid skadan var 36,9 (0 - 89) år; ungefär samma för kvinnor som för män.

SKADETYP

Skada på höger hand var något vanligare än på vänster (58%). Totalt hade 1 853 senor suturerats på 1 784 patienter, dvs 4% hade mer än ett skadat finger. 14% av alla böjsenskador (266) var på tummen (FPL) medan resterande 1 587 skadade senor var fingerböjare (FDP), fördelat på pekfinger (25%), långfinger (16%), ringfinger (19%) och lillfinger (39%).

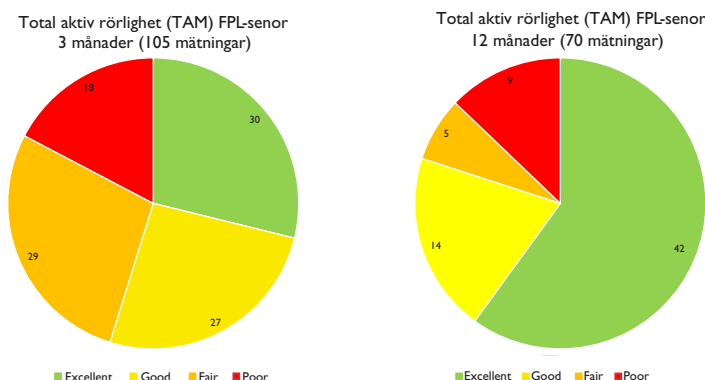
TID SKADA TILL OPERATION

Skadedatum fanns registrerat för 827 operationer efter att några uppenbart felaktiga uppgifter tagits bort. För Umeå och Örebro fanns inte tillräckligt med data för att redovisa. Figur 36 visar andelen böjsenoperationer som utförts inom 2 dygn i procent, när tider över 14 dagar exkluderats. Liksom tidigare år är skillnaderna tydliga. Under 2019 opererade Linköping och Malmö 98% respektive 88% inom 2 dygn, Stockholm och Uppsala endast 59% respektive 45%, tyvärr en nedgång jämfört med 2018. Medelvärdet för de deltagande enheterna var 74%. Vi har satt ett målvärde på 75% i vår kvalitetsindikator på Vården i Siffror och endast två av fyra enheter nådde målet. Två enheter hade för stort bortfall för analys.

TUMSENSKADOR

För 50% av tumskadorna fanns också en digitalnervskada. Fiberwire loopsutur var vanligaste suturteknik (38%) följt av Ethibond med modifierad Kessler (30%). 72% hade fyra trådar i kärnsuturen. 6,4% var distala reinsertioner.

Total aktiv rörlighet i MCP- och IP-led (TAM) efter sensutur för tummar var 97 ± 7 grader (95% konfidensintervall) efter tre och 113 ± 8 grader tolv månader efter operation. Drygt hälften (55%) hade återfått en TAM som klassificeras som "excellent" eller "good" enligt Strickland efter tre månader och 76% efter ett år; se figur 37A och B. Greppkraft (Jamar) var 75% av kontralateral handens vid tre månader och 91% efter ett år.

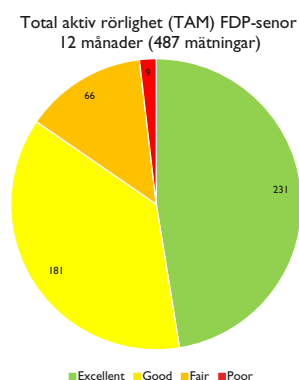
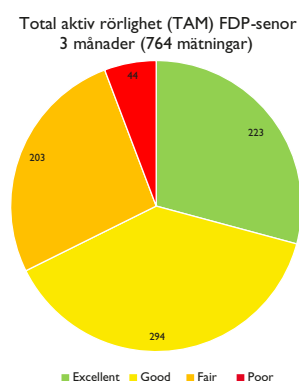


Figur 37. Total aktiv rörlighet (TAM) i MCP- och IP-led tre (A) och 12 (B) månader efter operation med sutur av tumsena (FPL). Indelning enligt Strickland där Excellent (grön) >85%, Good (gul) 70-84%, Fair (orange) 50-69% och Poor (röd) <50% av normal rörlighet (130 grader).

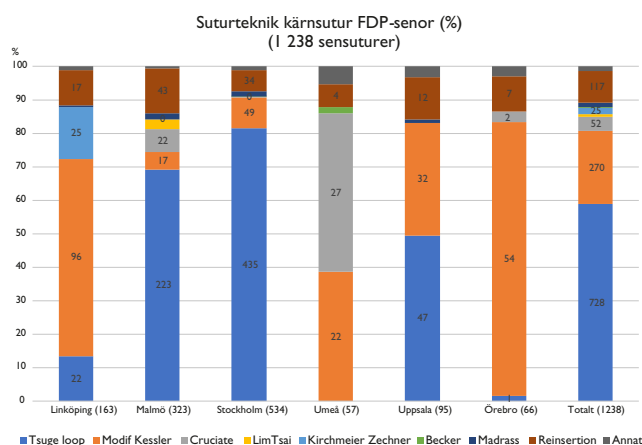
FINGERSENSKADOR

För 41% av fingersenskadorna fanns även en digitalnervskada, dessa var vanligast i de radiala fingarna (pekfinger 48%; långfinger 43%, ringfinger 36%, lillfinger 32%). Reinsertioner utgjorde 9,4%. Det var stor variation för kärnsuturteknik mellan klinikerna, se figur 38. I Malmö och Stockholm dominerade Tsuge loopsutur med Fiberwire, medan Kessler-sutur var vanligast i Örebro och Linköping och cruciate-sutur i Umeå. Endast i Linköping hade Kirchmeier Zechner-teknik använts och Lim Tsai-teknik endast i Malmö. Tyvärr är det för tidigt ännu att utvärdera om dessa skillnader i operationsteknik har betydelse för slutresultat eller rupturfrekvens. En nackdel med den stora variationen är att blir det svårare att få tillräckligt antal för jämförelser.

Total aktiv rörlighet i MCP-, PIP- och DIP-led (TAM) efter sensutur i fingrar (FDP) var 198 ± 3 grader efter tre och 219 ± 3 grader efter 12 månader: 68% (95% konfidensintervall) hade återfått ledrörlighet klassificerad som "good" eller "excellent" enligt Strickland vid tre månader och 84% vid tolv månader, se figur 39 A och B.



Figur 39. Total aktiv rörlighet (TAM) i MCP-, PIP- och DIP-led tre (A) och 12 (B) månader efter operation med sutur av fingersena (FDP). Indelning enligt Strickland där Excellent (grön) >85%, Good (gul) 70-84%, Fair (orange) 50-69% och Poor (röd) <50% av normal rörlighet (260 grader).



Figur 38. Andel av olika tekniker för kärnsutur vid böjsenskada per klinik (%). Totalt antal suturer inom parentes.

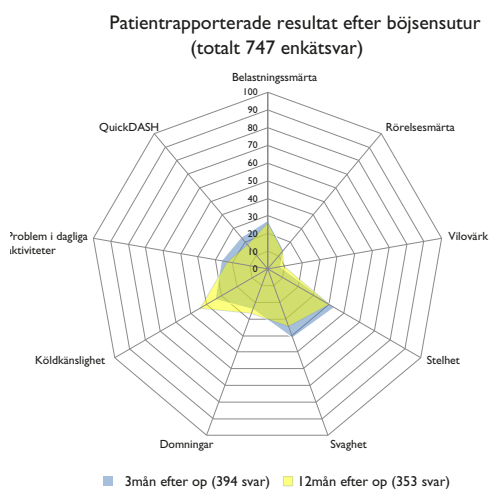


REHABILITERINGSPROGRAM

Som tidigare rapporterat skiljer sig postoperativ rehabilitering efter böjsensutur mellan klinikerna. Tyvärr saknades av oklar anledning denna viktiga uppgift för 866 registreringar (52%). Tidig aktiv mobilisering var vanligast (75%) och hade använts uteslutande i Malmö och Örebro sedan start i HAKIR. I Linköping hade 4 finger Kleinert använts och i Umeå och Uppsala i vissa fall active hold-tekniken. Rehabiliteringen hade startats i medeltal 3,6 (1-28) dagar efter operation och avslutats efter 30 dagar.

PATIENTUPPLEVDA RESULTAT

Svarsfrekvensen för postoperativa enkäter var låg, endast drygt 20%, för böjsenpatienterna. Det är intressant att notera att upplevd stelhet och köldkänslighet skattas högt av patienterna även ett år efter skadan, trots att QuickDASH score ligger lågt, se figur 40. Detta visar att HQ-8 enkäten fångar upp andra, och troligen mycket relevanta aspekter av hur patienterna uppfattar behandlingsresultatet. Nöjdhet med resultatet var efter 3 månader 72% och efter ett år 74%.



Figur 40. Medelvärden för enkätsvar i HQ-8 och QuickDASH efter operation med sutur av böjsenskada. 0 anger inga, och 100 maximala symptom eller upplevd funktionsnedsättning. Antal svar anges inom parentes.

SENRUPTURER

Tyvärr är det fortfarande ganska svårt att få fram helt säkra siffror på rupturfrekvens efter böjsensutur. I grundformuläret återfanns 458 reoperationer på grund av senruptur. 311 av dessa hade inte uppkommit efter primär sensutur utan hade till exempel orsakats av osteosyntesmaterial (16%) eller infektion (5%).

114 rupturer hade uppkommit efter primär sensutur. Av dessa var 36 rupturer av andra sensor, EPL (14), EDC (8) och handledssenor (3). Återstod 53 rupturer av fingerböjsena (FDP) och 25 av tumsena (FPL). Av de 25 FPL rupturerna var tre primärt suturerade vid annan klinik, återstår 23 FPL rupturer för 266 sydda sensor, en rupturfrekvens på 8,3%. Av de 53 FDP rupturerna var 9 externa fall, återstår 44 rupturer för 1 853 sensor, en rupturfrekvens på 2,5%. Liksom i tidigare årsrapporter noteras alltså en mycket högre rupturfrekvens för tumsenor än för fingersenor.

Vi kan bara spekulera i orsaker till högre rupturfrekvens för tumsenor än för fingersenor. Olika anatomiska förutsättningar är en trolig orsak. Vi ser ingen säker skillnad i tid mellan skada och operation för de två senskadorna. Medelålder för patienterna var något högre för tumskadorna (41 år) jämfört med fingerskadorna (36 år) och andelen män var också något högre. Dessa faktorer kan kanske ha betydelse eftersom vi tidigare sett att män har högre rupturfrekvens än kvinnor och även att högre ålder kan vara en riskfaktor.

Det går inte säkert att rapportera rupturfrekvens per klinik eftersom alla böjsensuturer sannolikt inte har registrerats i utökat formulär och vissa kliniker har än så länge också få operationer. Om man räknar på de registrerade operationerna ligger rupturfrekvenserna mellan 2 och 4%, lägst i Malmö. I Umeå och Örebro hade inte en enda senruptur rapporterats. En annan felkälla är att de rupturer som inte reopererats inte finns med i siffrorna.



Förbättringsaspekter böjsenskador

Det verkar som att uppföljningsrutinerna fungerar olika bra på klinikerna. Tyvärr noterar vi försämringar på två kliniker. Brist på handterapeuter är en vanlig synpunkt som lyfts fram, liksom svårighet att motivera patienterna att komma på uppföljning, framförallt om de har lång resväg till sjukhuset. Att involvera handterapeuter på lokala sjukhus att göra mätningarna är en lösning som tycks fungera bra på vissa ställen. Vi tror också det är viktigt att informera patienterna redan vid det första besöket att en uppföljning av deras behandlingsresultat erbjuds.

Ett forskningsprojekt pågår sedan ett år där HAKIR data för böjsenskador analyseras, se senare i årsrapporten. Samkörning med SCB har gjorts för att identifiera faktorer som kan korrelera till reoperation för senruptur eller fingerstelhet. Vi hoppas kunna publicera data senare under 2020.

Senruptur efter böjsensutur skulle vara en relevant och intressant kvalitetsindikator att rapportera för att jämföra olika behandlingsmetoder. Än så länge är dock denna uppgift alltför osäker för att kunna användas. Vi uppmanar alla som registrerar i HAKIR att vara extra noggranna med böjsenskador och rupturer. Vänligen använd i första hand de alternativ som finns i registret, t ex för suturtekniker och inte fritext.

Som en framtida förbättring av HAKIR skulle vi behöva skapa ett system för individuell uppföljning av böjsensuturer, så att status för varje sydd sena kan följas över tid. Då skulle vi kunna göra säkrare analyser av rupturfrekvens och reoperationer. Samma system skulle behövas för proteskirurgin för att skapa sk Kaplan Meier "överlevnadskurvor" för protesrevisioner. Tyvärr är detta omfattande förändringar som kräver både tid och pengar för att genomföra.

Kvalitetsindikatorn "Tid mellan skada och operation för böjsenskador" är viktig för att sätta fokus på den "halvaktu" diagnos som böjsenskador blivit i vissa landsändar. Om huden sys betraktas skadan som sluten och då görs lätt avsteg från gamla regler om hur snabbt sår blir koloniserade med bakterier och hur en böjsena påverkas biologiskt av dröjsmål på några dagar. Liknande resonemang kan föras kring nervskador och frakturer. Handkirurgin har svårt att hävda sig resursmässigt när akutresurserna är knappa. Genom att visa på regionala skillnader och på sikt också jämföra slutresultat och komplikationer bör vi kunna få bättre underlag för att hävda klinikernas resursbehov. De regionala skillnader som HAKIR påvisade för några år sedan kvarstår oförändrade där två kliniker stabilt klarar målvärdet medan två inte gör det.

Att registrera ett skadedatum senare än operationsdatum är nu blockerat i HAKIR. Vi har också lagt in en "pop-up" som varnar för extremt lång tid mellan skada och sensutur och en som varnar ifall samma patient återkommer för ytterligare en operation. Re-sutur eller transplantation av böjsena efter ruptur skall inte registreras i utökat böjsenformulär. Däremot är det förstås viktigt att då registrera som reoperation och ange orsak, t ex senruptur.

Vi har troligen redan världens största databas för böjsenskador och unikt många funktionsmätningar. Låt oss fortsätta att samla data så att vi kan börja dra slutsatser om eventuella skillnader mellan olika suturtekniker och rehabiliteringsmetoder. Då kan vi verkligen börja processen för att förbättra våra resultat. Böjsenskador är en av handkirurgins mest klassiska och specifika diagnoser där alla vårdprofessioner tillsammans med patienten behöver samverka för att ett gott resultat skall uppnås.



Proteskirurgi

866 operationer på 699 patienter var registrerade i HAKIR utökat operationsformulär för proteskirurgi från samma fyra enheter som föregående år. Efter att ha tagit bort 75 reoperationer där ingen ny protes sattes in återstod 791 protesoperationer. Vi noterar 21% minskning av antal protesoperationer jämfört med högsta antalet under 2015. Minskningen beror framförallt på färre operationer i Uppsala 2018 och 2019.

Patienterna hade medelålder på 61,9 (21 - 88) år och 78% var kvinnor. Diagnoser var primär artros i 50% (307 patienter), posttraumatisk artros i 17% (105) och reumatisk ledsjukdom i 30% (183).

Vid de 75 reoperationer där ingen ny protes hade satts in hade interpositionsplastik gjorts i tumbasen (20), artrodes i fingerled (18) senrekonstruktion (8), tenolys (8), karpaltunnelklyvning (2), debridering av infektion (2) och annat (17). Här görs dock viss reservation för osäkerhet i kodningar.

Av 791 operationer med protesinsättning var 137 (17%) reoperationer.

TUMBASPROTESER

90 operationer (83 patienter) med insättning av tumbasprotes hade registrerats, varav 72 i Malmö, 15 i Stockholm och 3 i Uppsala. Medelålder var 62 (44 - 85) år och 81% var kvinnor.

Hälften av tumbasproteserna var Swansonproteser (42), en tredjedel Nugrip (27) samt enstaka Elektra (5) och Moovis (5). Sju STT- proteser (STPI) var registrerade.

Det är för få mätningar ännu för att jämföra funktionsdata mellan olika protesmodeller, men för hela gruppen var kraft i nyckelgreppet 73% av kontralaterala sidans före operation (31 mätningar), 63% vid tre månader (11 mätningar) och 82% efter ett år (19 mätningar).

Medelvärde för QuickDASH var 51,8 före operation, 51,0 efter tre och 25,7 efter tolv månader. Upplevd handfunktion i dagliga aktiviteter (fråga 8 i HQ-8) var 59,0, 30,0 respektive 15,3 vid de tre tidpunkterna. Nöjdhet med resultatet var 88% efter ett år.

MCP-LEDSPROTESER

581 MCP-ledsproteser hade satts in vid 233 operationer på 192 patienter. Vid 128 operationer (72%) hade olika typer av silikonproteser använts. Dessa patienter var nästan uteslutande reumatiker och medelålder var 64 år. Pyrocarbonproteser hade använts vid 43 operationer (24%). Dessa

patienter var yngre (59 år) och hälften hade artros. Endast vid 7 operationer hade SR Avanta-proteser använts.

135 av 581 MCP-proteser (23%) var revisioner; majoriteten trasiga silikonproteser. Ingen protesrevision på grund av infektion.

Grov kraft i handgreppet var i medel 14,8kg före operation, 10,6kg vid tre månader och 13,4kg efter ett år. Efter ett år var kraften i medel 78% av kraften i kontralaterala handens.

QuickDASH score före operation var 49,5 (90 svar), 42,2 (61 svar) vid tre månader och 37,2 (43 svar) ett år efter operation. Nöjdhet med operationsresultatet efter ett år var 70%.

PIP-LEDSPROTESER

281 PIP-ledsproteser hade satts in på 205 patienter. Långfingrets PIP-led var den vanligast protesförsörjda (119) följt av ringfingret (91), pekfingret (60) och lillfingret (11). Protesmodeller var pyrocarbon (122), SR Avanta (35), silikonprotes (31) och Capflex (2).

Medelåldern var samma som för MCP-ledsproteserna (64 år) och 85% var kvinnor. Diagnosen var primär artros i 60%, posttraumatisk artros i 18% och reumatisk sjukdom i 9%.

28 av 281 PIP-proteser (10%) var revisioner. Orsaker var luxation / instabilitet (8), aseptisk lossning (6), ledkontraktur (5), 3 trasiga silikonproteser och en protesinfektion.

QuickDASH var 51,6 (128 svar) före operation, 28,3 (77 svar) efter tre månader och 25,8 (65 svar) efter ett år. Patientupplevd belastningssmärta (fråga 1 i HQ-8) var i medel 72,7 före operation, 30,7 vid tre månader och 30,0 vid 12 månader. Protesförsörjning i PIP-leder verkar alltså både minska smärtproblem och upplevt funktionshinder i handen. Nöjdhet med operationsresultatet efter ett år var 71% (61 svar).



RADIOKARPALA PROTESER

70 operationer med insättning av radiokarpal protes var registrerade på 62 patienter. Medelålder var 57,8 (21 - 77) år, och 65% var kvinnor.

Diagnoser var i lika andelar primär artros, sekundär artros och reumatisk sjukdom. Fyra patienter hade lunatomalaci.

Protesmodeller var Re-motion (26), Motec (17), Universal II (6) och I Maestro. Tyvärr var inte protesmodell angivet för 19 operationer.

16 operationer (22%) var revisioner. Angivna orsaker var aseptisk lossning (7) och instabilitet (1). Tyvärr var inte orsak angiven för 8 protesrevisioner.

Grov kraft i handgreppet var 61% av kontralaterala handens efter ett år.

QuickDASH var 57,0 före operation (26 svar), 29,8 vid tre månader (22 svar) och 29,7 efter ett år (14 svar). Belastningssmärta (fråga 1 i HQ-8) hade minskat från medel 74,7, till 26,8 efter ett år. Nöjdhet med operationsresultatet efter ett år var 76%.

En tolkning av dessa data är att operation med radiokarpal protes kan ge smärtlindring och förbättrad upplevd handfunktion, men med kvarvarande kraftnedsättning hos vissa patienter.

DISTALA RADIOULNARLEDSPROTESER (DRU)

67 operationer med insättning av DRU-ledsprotiser var registrerade på 62 patienter. Medelålder var 58,1 (21 - 80) år och 64% var kvinnor.

Diagnoser var reumatisk sjukdom (26), primär artros (15) och posttraumatisk artros (20).

Protesmodeller var Herbert Ulnar head (39), First Choice (18), Aptis DRU (1). För 9 operationer kunde registrerhållaren inte lista ut vilken protes som hade satts in.

6 operationer var revisioner (9%). Angivna orsaker var aseptisk lossning (1) och smärta (1). För 4 protesrevisioner var orsak ej angiven.

Grov kraft i handgreppet var 77% av den kontralaterala handens efter ett år.

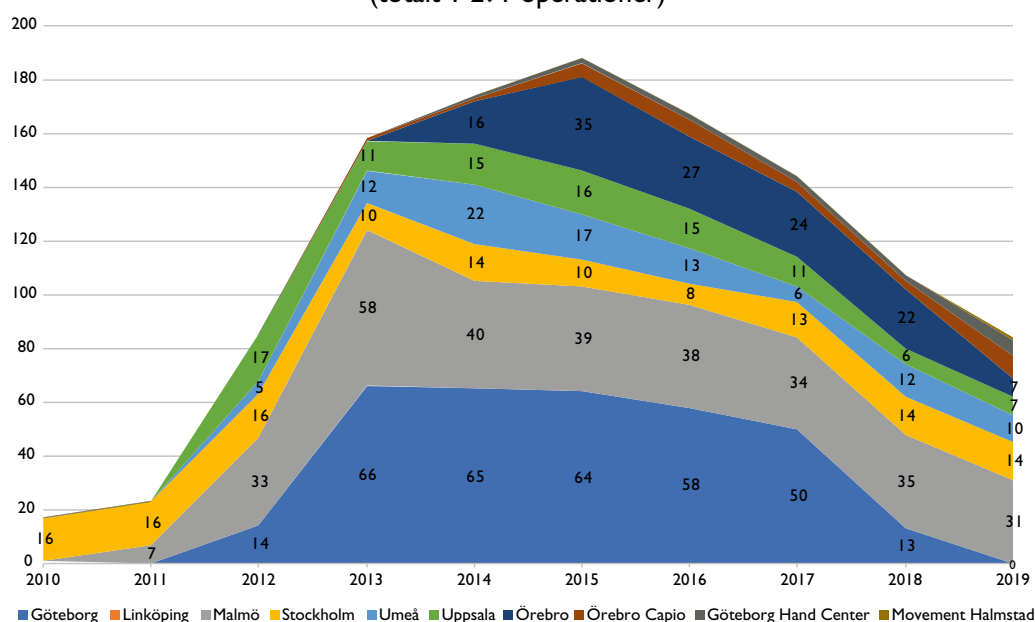
QuickDASH var 57,6 före operation (26 svar), 42,5 vid tre månader (26 svar) och 27,1 efter ett år (17 svar). Nöjdhet med operationsresultatet efter ett år var 78%.

PROTESKIRURGI I GRUNDREGISTRERINGEN

I 291 protesoperationer fanns i grundregistreringen under perioden 2010 - 2019. Vi har alltså inkluderat cirka 61% av proteskirurgin i den utökade registreringen. Även i grundregistreringen ses en tydlig nedgång av antalet protesoperationer de senaste åren, se figur 41. Till största delen beror detta på bortfallet av proteskirurgin i Göteborg sedan 2018 (i medeltal 61 operationer per år). Betydande minskningar ses också i Örebro och Uppsala och endast 7 protesoperationer vardera fanns registrerade på dessa två enheter under 2019.

Ledproteskirurgi står inte för några stora volymer inom svensk handkirurgi, under 2019 utgjorde primära ledprotesoperationer mindre än 1% av alla utförda ingrepp.

Ledprotesoperationer i grundregistreringen 2010 -2019
(totalt 1 291 operationer)



Figur 41. Antal protesoperationer per år och enhet i grundregistreringen i HAKIR. Siffrorna anger antal per år och enhet.



Förbättringsaspekter proteskirurgi

Vi registrerar i nuläget 60% av ledproteskirurgin i svensk handkirurgi i den utökade registreringen. Teoretiskt sett kan vi fånga upp protesrevisioner även i grundregistreringen, men vi får då varken information om protesmodell eller datum när proteserna sattes in. Att inkludera all ledproteskirurgi i ett nationellt kvalitetsregister borde vara ett obligatoriskt krav från de huvudmän som finansierar vården. Att täckningsgraden i HAKIR för Örebro är bristfällig och att Göteborg helt gått ur kvalitetsregistret är extra olyckligt. Dessa två enheter stod under 2015 nästan för hälften av proteskirurgin i Sverige.

Registerhållaren har förståelse för åsikter om att protesregistreringen i HAKIR inte är optimal, men den skapar en bas som vi kan arbeta vidare med och förbättra. Vi har redan ett bra system för insamlande av patientrapporterade resultat och mallar för uppföljning av kraft och rörlighet. Det vi behöver skapa är överlevnadskurvor för olika protesmodeller och långtidsuppföljning med röntgen över längre tid än ett år. För att få det på plats måste klinikerna skapa rutiner som fungerar långsiktigt. Välkomna att kon-

takta registerhållaren för diskussion kring detta. Kanske kan specialistföreningen och det nationella programområdet för rörelseorganen stötta processen?

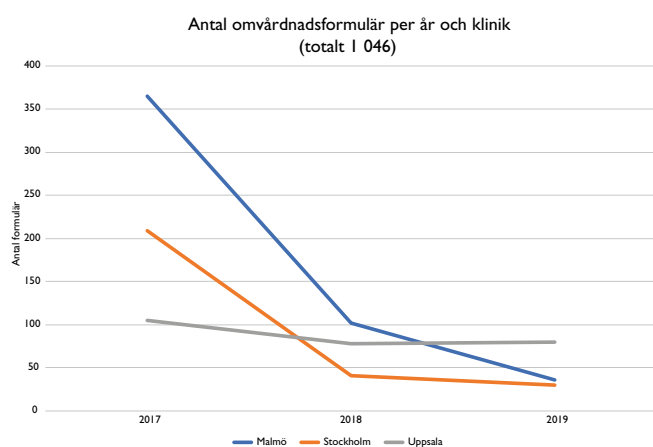
Internationellt är det protesregister som varit utgångspunkten i strävanden kring kvalitetsuppföljning inom handkirurgi och flera initiativ har tagits, framförallt i Europa. Ledprotesregister för handens leder finns i Norge sedan 1994, i Australien sedan 2006, England sedan 2012 och i Holland sedan 2016. Inget av dessa register omfattar annan handkirurgi och endast det engelska registret samlar in patientrapporterade resultat.

I HAKIR-data ser vi en klar minskning av proteskirurgin under de senaste 3 åren. Vi vet inte om det beror på att komplikationer uppstått med de proteserna som använts eller om minskningen har ekonomiska, eller kanske operatörsbundna orsaker. Andelen proteskomplikationer som registrerats i HAKIR har legat konstant, men mer detaljerade analyser kan behöva göras. De regionala variationerna för proteskirurgi är också stora. Styrts detta av evidens, kompetens eller resurser och är bedömningar av patienter med ledproblem likvärdiga i hela landet?

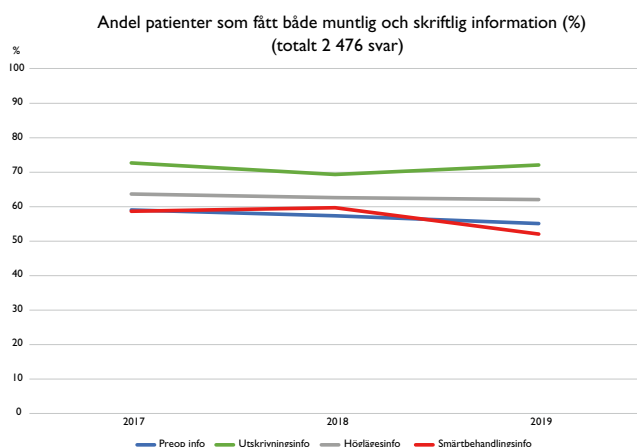


Omvårdnadsformuläret

I 046 formulär på 560 patienter fanns registrerade. Andelen kvinnor var 46% och medelålder var 51,0 (8 - 84) år. Tyvärr ser vi en kraftig nedgång i antalet formulär både i Malmö och Stockholm, medan Uppsala registrerat ett mer konstant antal, se figur 42.



Figur 42. Antal omvårdnadsformulär per år och enhet 2017 - 2019.



Figur 43. Andel patienter i omvårdnadsregistreringen som uppgett att de fått både skriftlig och muntlig information (%).

Diagnoser var senskador (39%), tumbasartros (20%), Dupuytren (16%), samt lägre andelar för annan artros, nervskador, infektioner, frakturer och proteskirurgi.

PATIENTINFORMATION

Information till patienter före och efter operation är viktig för att uppnå god vård och det är optimalt att ge informationen såväl skriftligt som muntligt. I figur 43 visas hur stor andel av patienterna som fått både muntlig och skriftlig information. Det finns en klar förbättringspotential framförallt för preoperativ information och smärtbehandlingsinformation där bara drygt hälften av patienterna fått både skriftlig och muntlig information. Vi ser inte heller någon förbättring mellan 2017 - 2019.

SMÄRTA VID SUTURTAGNING

HAKIR har tidigare rapporterat att många patienter upplever suturtagning som smärtsamt. 81 av 470 (17%) angav smärta på >5 av 10 på NRS (Numeric Rating Scale). Det var en högre andel kvinnor i gruppen som angivit NRS>5 (70% jämfört med 55%) och medelåldern var lägre (49 jämfört med 58 år). Skadediagnoser var något vanligare i gruppen med hög grad av smärta, men både belastningssmärta (HQ-8 fråga 1) och QuickDASH preoperativt var lägre i den gruppen. Upplevd belastningssmärta tre månader efter operation var lika mellan grupperna (40). Medelvärde för nöjdhet med operationsresultatet var lägre i gruppen med mycket smärta vid suturtagning (75%) än för övriga (84%). Även nöjdhet med bemötandet var lägre, 89% jämfört med 93%. Det är inte helt lätt att analysera siffrorna och någon statistisk analys har ej gjorts här. Skillnader beror troligen mest på olika case-mix, men kan också bero på att patienter upplever smärta olika och därför kan behöva behandlas olika, vilket kan vara intressant att studera vidare. Det kan tyckas onödigt att utsätta patienter för smärta vid suturtagning.



Förbättringsaspekter omvårdnadsformuläret

Omvårdnadsformuläret är viktigt för att få en mer komplett bild av vårdkvaliteten inom handkirurgi. Förklaringen till den kraftiga nedgången i antalet formulär är troligen att initiativtagarna ute på klinikerna inte fått tid för att driva detta vidare. Om möjlighet finns skulle HAKIR gärna stötta en nystart där vi får med alla kliniker och skapar mer långsiktigt hållbara registreringsrutiner. Kanske kunde det vara klokt att minska antalet variabler något och fokusera på några enstaka frågeställningar mer specifikt, t ex postoperativ smärtlindring och patientupplevelse vid suturtagning och förbandsbyte.

Som tidigare nämnts skulle det också vara intressant att i en randomiserad studie jämföra sårsläkning, resursåtgång och patientupplevelse mellan nylonsutur och resor-

berbar sutur. Ett sådant projekt skulle lämpa sig utmärkt t ex för ett magisterarbete och en vetenskaplig publikation. Randomisering skulle kunna göras genom registret, i en så kallad RRCT. Intresserade personer är välkomna att kontakta registerhållaren.

Att utarbeta nationella digitala informationsbroschyrer för handkirurgiska patienter, till exempel om postoperativ smärtbehandling, skötsel av förbandet och vikten av högläge och ödemprofylax kunde vara en bra uppgift för en nationell arbetsgrupp inom handkirurgisk omvårdnad. I nuläget har de flesta vårdgivare utarbetat sådana informationsbroschyrer, men vi kan säkert lära av varandra. Enhetlig och tydlig information är extra viktigt i den digitala tidsåldern när patienter själva söker information på nätet.



Så här används HAKIR

Det viktigaste syftet för ett kvalitetsregister är att förbättra vården. Registren kan ta fram förbättringsområden och följa trender över tid, men de kan förstås inte förändra själva vården. Detta måste vårdgivarna och medarbetarna i vården stå för. Tyvärr varierar intresset för registerbaserade förbättringsarbeten mellan olika vårdgivare och det finns i nuläget mycket få incitament för att utnyttja insamlade registerdata i en pressad sjukvårdsekonomi.

Att identifiera förbättringsområden och kvalitetsindikatorer som upplevs som relevanta är inte heller helt enkelt i en specialitet med så många olika diagnoser och behandlingar som handkirurgin. HAKIR fokuserar inte på en specifik led, som protesregistren, på ett enskilt organ som hjärtregistren eller en sjukdom som diabetes- och strokeregistren. Vi har ett mycket brett upplägg inom en volymmässigt liten specialitet. Vi har ett starkt fokus på patientrapporterade resultat, vilka är viktiga inom handkirurgin. En annan styrka är att handkirurgin samlar alla vårdprofessioner inom samma klinik och att vi därigenom kan följa upp hela vårdprocessen, inte bara en utförd operation utan även omvårdnaden och rehabiliteringen efteråt.

HAKIR har sedan start strävat efter att ta fram data om handkirurgisk vård som kan stimulera till förbättringsarbeten och forskning. Nedan listas några områden där vi kan se att HAKIR kunnat bidra till förbättringar.

- **Ökat nationellt och interprofessionellt samarbete**

Data från HAKIR har kunnat påvisa nationella skillnader i val av behandlingsmetoder, vilka tidigare inte uppmärksammats. Skillnaderna gäller både operationstekniker, omvårdnad och rehabilitering och har rimligen inte grund i vetenskaplig evidens. Fortsatt registerarbete och vetenskapliga studier får visa om även behandlingsresultaten skiljer sig åt, men oavsett detta behöver patienter få information om vilken typ av behandling som erbjuds på olika kliniker. I nuläget kan till exempel en patient med tumbasartros antingen erbjudas protesförsörjning, trapezektomi utan senplastik eller olika typer av senplastik beroende på geografisk bostadsort. En patient med en böjsenskada kan få vänta olika länge på åtgärd med sensutur och kan bli rehabiliterad enligt olika program. Vissa typer av ingrepp utförs mycket sällan i vissa landsändar och ofta i andra. Case-mix vid de handkirurgiska specialistklinikerna varierar också mycket nationellt trots överenskommen nivåstrukturering mellan handkirurgi och ortopedi.

Genom HAKIR knyter vi ihop svensk handkirurgi och skapar en samlad bild av vården. Registret kommer att medverka i en planerad nationell arbetsgrupp (NAG) om tumbasartros hösten 2020.

De två mätmanualer som utarbetats av rehab-gruppen i HAKIR har rönt stort intresse, även internationellt och är översatta till både engelska och tyska. De utgör nu standard för hur handstatus undersöks och dokumenteras.

- **Lokala förbättringsarbeten**

Utdatarapporter med aggregerade data finns på hemsidan och underlättar vid förbättringsarbeten lokalt. Vi kommer att komplettera med månadsrapporter till enheterna, se mål för 2020-21, sidan 45. Förbättringsarbeten som pågår just nu är t ex, analys av komplikationer efter böjsenkirurgi och långtidsresultat efter digitalnervskador. Båda projekten ingår också i forskningsprojekt, se sidan 38-39.

- **Patientinvolvering**

Genom att samla in patientrapporterade resultat (PROM och PREM) för alla patienter i HAKIR så 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. Ett pilotprojekt med en utvidgad och mer specifik PREM-enkät skickad via I177 startar inom kort, se mål sidan 45. Vi hoppas genom detta kunna få ännu mer användbara data för lokala förbättringsprojekt.



• Omvårdnadsprojektet

Såvitt känt innehåller få, eller inga andra, kvalitetsregister inom rörelseorganen omvårdnadsvariabler såsom sårvård, patientinformation, postoperativ smärtlindring etc. Omvårdnadsformuläret i HAKIR startade 2017 på tre kliniker och har bland annat kunnat påvisa förbättringsområden inom patientinformation och smärtlindring vid suturtagning. Vi behöver stimulera till en omstart nationellt för att långsiktigt få in dessa viktiga variabler från fler kliniker.

• Kvalitetsindikatorer

Två indikatorer finns på Vården i Siffror sedan några år: Vi planerar för fler processmått av typ ledtider och väntetider; vilka bör kunna tas fram när vi fått dataöverföring via SPOR på plats, se mål sidan 45. Tid skada till operation för böjsenskador har införts som sjukhusövergripande kvalitetsmått på Södersjukhuset i Stockholm 2020 och vi hoppas att fler kliniker skall följa efter. Syftet är att tydliggöra och på sikt minska de nationella skillnader i akuta operationsresurser som registerdata visat.

FORSKNINGSPROJEKT

• Senrupturer efter plattfixtation av radiusfrakturer



Carin Rubenson är handkirurg i Linköping. Plattfixtation 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 osteosyntesmaterialen.

Doktorandprojekt.

• Faktorer som påverkar rehabilitering och resultat efter böjsenkirurgi.



Jonas Svingen är fysioterapeut på handkirurgiska kliniken i Stockholm och doktorand vid Karolinska Institutet. Flera studier med användande av HAKIR-data ingår i doktorandprojektet. En randomiserad multicenterstudie av en mobil applikation med utökad patientinformation för

rehabilitering efter böjsensutur är inskickad för publicering. En studie med samkörning mellan uppgifter från HAKIR och data från SCB analyserar olika riskfaktorer för reoperation, t ex med tenolys eller på grund av ruptur av senan. Omfattande statistik har gjorts och resultaten kommer inom kort att skickas in för publikation.

• Komplikationer efter böjsensutur



Farnoush Tabaraj är specialistläkare i handkirurgi och **Linda Unge** ST läkare i ortopedi. Som ett förbättringsarbete och en vetenskaplig studie har HAKIR-data för samtliga patienter som opererats i Stockholm med böjsensutur från 2010 till 2019-06-30 tagits fram och journalgranskningar har genomförts på dessa 600 patienter. Syftet är framförallt att spåra komplikationer av ett relativt nytt suturmaterial (FiberWire) men också att validera registerdata för senrupturer. Data är insamlade, kommer nu att analyseras och sedan skickas in för publikation.



• Nervinklämningar och diabetes



Malin Zimmerman är ST-läkare i ortopedi i Helsingborg och **Ilka Anker** är ortopedspecialist. Malin disputerade vid Lunds Universitet 2018 imed en avhandling patientrapporterade data från HAKIR för karpaltunnelklyvningar vid diabetes. Ilka är doktorand och studerar ulnarisneurolyser med motsvarande data. Data har samkörts med diabetesregistret, NDR. Samkörning görs också med data från Statistiska Centralbyrån (SCB) i syfte att titta på prediktiva faktorer för postoperativt resultat och hur socioekonomiska faktorer påverkar



resultaten vid båda tillstånden. Fördjupade journalgranskningar för att ytterligare studera operationsresultat vid nervinklämningar har också gjorts. Två manus har hittills publicerats. Vi har kunnat visa att människor med diabetes upplever mer symtom både före och efter karpaltunnelklyvning, men att operationen har lika bra effekt. Rökning, hög ålder samt högt HbA1c-värde var associerade med sämre resultat efter operation. Vad gäller operation för ulnarisentrapment i armbågsnivå så verkar diabetes påverka resultatet negativt hos män, men inte hos kvinnor. Transposition av nerven var associerat med mer kvarstående symtom än om endast dekompression utfördes.



- **Patientrapporterade resultat efter digitalnervskador och medianus-ulnarisnervskador.**



Drifa Frostadottir är ST-läkare på handkirurgiska kliniken i Malmö samt doktorand vid Lunds Universitet. Syftet med projektet är att få en djupare kunskap av funktionsnivå och dagliga aktiviteter hos olika grupper av patienter. Enkät-svaren i HAKIR samkörs också med nationella diabetesregistret (NDR) och Statistiska Centralbyrån (SCB) för att relatera resultat till diabetes och olika socioekonomiska faktorer. Analyser fokuseras nu på köldkänslighet efter olika nervskador samt socioekonomiska faktorerens betydelse.

- **Patientrapporterade resultat efter operation av tumbasartros**

Martin Roginski är ST läkare och **Maria Wilcke** handkirurg i Stockholm. En artikel baserad på patientenkätdata från HAKIR för 1 850 patienter före och efter operation för tumbasartros har nu publicerats, se referenslistan. Det patientrapporterade resultatet efter 1 år var gott, med samma förbättring oavsett kön och ålder. Belastningsmärta och svaghet kvarstod dock i viss mån. Resultatet skilde sig inte efter trapezektomi med senplastik och enbart trapezektomi men bara en liten andel opererades med den senare metoden. **Kajsa Evans**, handkirurg i Stockholm fortsätter nu med en mer detaljerad analys av resultaten av olika operationsmetoder baserat på utökad registrering av 1 754 operationer (1 528 patienter). Arbetet kommer att ingå i ett doktorandprojekt.



- **Långtidsuppföljning av patienter opererade för tumbasartros**



Jennifer Wolf är handkirurg i Chicago och doktorand vid Lunds universitet (disputation planeras hösten 2020) med professor Isam Atroshi som handledare. Data från HAKIR används i en studie med långtidsuppföljning av patienter som opererats med trapezektomi och APL interpositionsplastik i nordöstra Skåne. Studien är en retrospektiv kohortstudie där alla patienter som opererats mellan 1998 och 2005 i Kristianstad och Hässleholm kontaktades och tillfrågades om deltagande. Uppföljningen skedde med enkäter (QuickDASH, tum-specifik smärtskala, och CTS-6), klinisk undersökning genomförd av två arbetsterapeuter, och bilateral röntgen av tumme och handled. Av 125 opererade händer undersöktes 81% och enkätsvar erhöles för 95%

13 till 21 år (medel 17 år) efter APL-plastik. Eftersom det inte fanns preoperativa data för QuickDASH och smärtskattning för studiedeltagarna användes två referensgrupper från HAKIR. De data som hämtades var aggregerade preoperativa enkätdata från 802 patienter (matchade för kön och ålder vid operationen) som hade genomgått trapezektomi och olika typer av interpositionsplastik och ett års postoperativa data från 59 patienter som opererats specifikt med APL-plastik. Arbetet kommer inom kort att skickas in för publikation.

- **Patientrapporterade resultat efter kollagenasbehandling respektive operation vid Dupuytrens kontraktur.**



Madeleine Harryson är ST läkare i handkirurgi i Örebro och analyserar inom ramen för ett ST läkarprojekt patientrapporterade symptom efter olika behandlingar av Dupuytrens kontraktur. Statistisk analys av data är utförd och sammanställning pågår.

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



Ingela Carlsson är disputerad arbetsterapeut på handkirurgens rehabiliteringsavdelning i Malmö. I projektet har vi validerat och analyserat HQ-8 frågomas förmåga att mäta förändring över tid (responsiveness) och deras förmåga att mäta det som avses (intern konsistens/internal consistency). Manus är inskickat för publicering. Resultaten är viktiga som en grund för framtida vetenskapliga arbeten på enkätdata från HAKIR.

- **Skadepanorama för digitalnervskador i Stockholm 2012 – 2018.**



Carin Carlsson är handkirurg, **Linda Evertsson** arbetsterapeut och **Selcuk Ezer** läkarstudent i Stockholm. Som ett förbättringsprojekt och vetenskapligt arbete har HAKIR- data för samtliga 1 045 patienter opererade i Stockholm med sutur av fingernerver, med eller utan samtidig böjsenskada tagits fram. Journalgranskning pågår nu där vi avser beskriva skadan ur ett populationsperspektiv, bland annat årtidsvariation, skademekanismer, vårdinsatser och sjukskrivning. En separat granskning gäller rehabiliteringsinsatser; t ex tidig känselträning.





• Nervtumörer i övre extremiteten



Erika Nyman är disputerad överläkare i handkirurgi vid Hand- och Plastikkirurgiska kliniken i Linköping. Den vanligaste nervtumören är neurom som uppstår efter nervskada när nerven inte lyckats regenerera optimalt. Det bildas då ett ändneurom eller ett neurom i kontinuitet. Egentliga nervtumörer i övre extremiteten är en heterogen grupp som karakteriseras med mikroskopisk undersökning, där de vanligaste förekommande är Schwannom, men s.k. neurofibrom, lipofibromatösa hamartom och

perineuriom m.fl. förekommer också. Projektet syftar till att kartlägga förekomst av dessa nervtumörer på nationell nivå, studera vilka typer av kirurgi som utförs samt utvärdera pre- och postoperativa symtom och prediktiva faktorer för outcome av kirurgi. Projektet är under uppstart och kommer ske i samarbete med professor Lars Dahlin vid Handkirurgiska kliniken i Malmö. Två läkarstudentarbeten planeras att genomföras inom ramen för projektet under 2020.

Publicerade artiklar med registerdata från HAKIR

- Reoperations and postoperative complications after osteosynthesis of phalangeal fractures: a retrospective cohort study. von Kieseritzky J, Nordström J, Amer M. *J Plast Surg Hand Surg*. 2017 Dec;51(6):458-462.
- Developing a national quality registry for hand surgery: challenges and opportunities. Amer M. *EFORT Open Rev*. 2017 Mar 13;1(4):100-106.
- Open carpal tunnel release and diabetes: a retrospective study using PROMs and national quality registries. Zimmerman M, Eeg-Olofsson K M.D, PhD, Svensson AM RN, PhD, Åström M, Amer M, Dahlin L. *BMJ Open*. 2019 Sep 4;9(9).
- A registry based analysis of the patient reported outcome after surgery for trapezometacarpal joint osteoarthritis. Wilcke M, Roginski M, Åström M, Amer M. *BMC Musculoskelet Disord*. 2020 Feb 1;21(1):63.
- Ulnar nerve entrapment in diabetes: Patient reported outcome after surgery in national quality registries. Zimmerman M, Anker I, Karlsson A, Amer M, Svensson AM, Eeg-Olofsson K, Nyman E, Dahlin LB. *PRS Global Open*, 2020:8e2740.

Inskickade manuskript

- A smartphone application to facilitate adherence to home-based exercise after flexor tendon repair. A randomised controlled trial. Svingen J, Rosengren J, Turesson C, Amer M.
- Content validity, construct validity and magnitude of change for the eight-item HAKIR questionnaire - a patient reported outcome in the Swedish national healthcare quality registry for hand surgery. Carlsson, IK, Ekstrand E, Åström, M, Stihl K, Amer M.
- Socioeconomic factors predicting outcome in surgically treated carpal tunnel syndrome – a national registry-based study. Zimmerman M, Hall E, Steen Carlsson K, Nyman E, Dahlin LB
- Cold sensitivity greatly improves after carpal tunnel release, but severe preoperative cold sensitivity is associated with worse surgical outcome. Zimmerman M, Nyman E, Dahlin LB.

- Gender differences in 10746 open carpal tunnel releases – a national registry-based cohort study. Brogren E, Zimmerman M.

Vetenskapliga arbeten i manuskript

- Socioeconomic factors in persons with ulnar nerve compression at the elbow – a national registry-based study. Zimmerman M, Nyman E, Steen Carlsson K, Dahlin LB
- Influence of ulnar nerve instability on outcome after surgery for ulnar nerve entrapment at the elbow - association between patient and doctor reported outcome measures. Anker I, Zimmerman M, Nyman E, Dahlin LB.
- Electrophysiologic degree of nerve affection as influencing factor for surgical outcome in ulnar nerve entrapment at the elbow - a prospective study of patient reported outcome using national quality registries. Anker I, Nyman E, Zimmerman M, Svensson A-M, Andersson GS, Dahlin LB



FÖRESLÅ ÄMNEN FÖR NÄSTA HAKIR DAG?



Figur 45.

framförallt av utdatarapportfunktionerna är önskvärd, men kommer att kräva mycket resurser. Hemsidan har under året uppdaterats ytterligare av den nya registerkoordinatör och vi har god ordning på dokumentation och ekonomi. Flera stora och viktiga projekt startades under 2019, men har ännu inte gått helt i mål. Närmare beskrivning finns i verksamhetsberättelsen som skickades till registerkansliet på SKR i februari 2020. Detta är status för några av de pågående projekten maj 2020.

UPPLEVELSEENKÄT (PREM) VIA I177

Webenkäten är klar och vi väntar på Inera som drifvar I177. Enkäten innehåller frågor om upplevelse av delaktighet, information, bemötande, smärtlindring och väntetider. Vi planerar först en pilot på handkirurgen i Stockholm, sedan utvärdera och först därefter sprida nationellt. Kostnaden för enkätutskick via I177 måste också beaktas. Vår nuvarande enkätfunktion är nästan gratis.

AUTOMATISKA UTSKICK AV MÅNADSRAPPORTER TILL ENHETERNA MED INDIVIDUELL STATISTIK

Arbete pågår hos Registercentrum Syd. Projektet har startats eftersom vi upptäckt att vår dynamiska utdatafunktion i QlikView på hemsidan inte utnyttjas tillräckligt ute på klinikerna.

AUTOMATISK DATAHÄMTNING FRÅN OPERATIONSPLANERINGSSYSTEMEN (ORBIT, PROVISIO ETC) VIA SPOR

Registerhållarna för SPOR och HAKIR har i flera år försökt driva detta projekt som vi båda ser som viktigt för att minimera onödigt registerarbete för sjukvårdspersonal. Under våren 2020 började vi äntligen se en lösning som skall fungera både tekniskt och juridiskt. CPUA för båda registren har godkänt lösningen som går via en plattformsfunktion kallad Message Split. UCR som drifvar SPOR och AddPro som drifvar HAKIR arbetar nu fram en teknisk beskrivning och en offert för pilottest. Förutom att spara arbetstid för sjukvården får vi genom samarbetet också bättre täckningsgrad för handkirurgiska operationer och kan dessutom få tillgång till viktiga kvalitetsvariabler som BMI och rökning och processmått som väntetider och knivtider.

NATIONELLA SAMARBETEN

Den nationella satsningen på kunskapsstyrning inom sjukvården ser vi på HAKIR som positiv och vi hoppas att dessa system kan fortsätta utvecklas i samarbete med registren under kommande år. Bristen på intresse för kvalitetsregisterdata hos huvudmännen är förvånande och vi hoppas på förbättring. Med tanke på sjukvårdens höga kostnader borde kvalitetsuppföljning vara självklar och



registren har system för detta. Inom handkirurgin är det kanske allra mest förvånande att ledproteser kan opereras in utan krav på att revisioner och komplikationer registreras.

Det nationella samarbetet under året har också utvecklats genom att HAKIR deltar i samarbetsgruppen för de tretton kvalitetsregister som finns inom rörelseorganen. Det finns olikheter, men också likheter mellan de stora ortopediska protesregistren och HAKIR. Vi kan lära av varandra, t ex vad gäller enkätinsamling, automatisk datahämtning från journal, protesregistrering och utdatarapportering.

FORSKNING

Det är glädjande att forskning på registerdata nu kommit igång på allvar. Styrkan och det kanske mest unika i HAKIR är de patientrapporterade resultaten (PROM). Samtidigt är det ibland svårt att få reviewers på vetenskapliga tidskrifter att inse skillnaden mellan ett forskningsregister och ett kvalitetsregister. Det förstnämnda innehåller väl kontrollerade data för väl kontrollerade och utvalda försökspersoner. Data i ett kvalitetsregister är mer "vildvuxet" med större variation och mer bortfall. Samtidigt kan ett kvalitetsregister på kort tid ge mycket större mängd data och det kan också sägas ge en mer sann bild av klinisk verklighet. Att kombinera fördelarna med båda typerna av register i en så

kallad register-randomiserad kontrollerad studie (RRCT) är något som HAKIR mycket gärna skulle medverka till och vi hoppas att ett sådant initiativ kan komma igång inom kort.

Under våren 2020 tillstötte corona-pandemin, vilket säkert får stora negativa konsekvenser både för svensk handkirurgi och för HAKIR. Under mars - april 2020 har vi sett en minskning av antalet handkirurgiska operationer på nästan 70%. Vi följer utvecklingen och publicerar fortlöpande data på hemsidan. I tider av kris är det extra viktigt att följa upp vårdkvaliteten.

Vi vill tacka alla kompetenta och lojala medarbetare av olika professioner inom handkirurgin ute i landet som på olika sätt bidragit till vårt gemensamma kvalitetsregister. HAKIR väcker mycket beundran och nästintill avund internationellt och det är er förtjänst att vi kommit så långt på bara tio år. Vi är stolta över HAKIR och hoppas att registret skall fortsätta att vara till nytta för våra patienter både lokalt och nationellt i framtiden.

Stockholm, juni 2020

Marianne Arner
Registerhållare

Maria Mering
Nationell registerkoordinator

HAKIR 10 år

Februari 2010 startade det handkirurgiska kvalitetsregistret HAKIR.

Vi vill fira våra första 10 år med en nationell dag för alla intresserade i Södersjukhusets aula

7 februari 2020 kl 10-15

Anmälningsslänk kommer inom kort, men skriv upp datumet redan nu!

Mer info kommer också på www.hakir.se



Program

Vad har hänt kirurgiskt och inom handrehabilitering de senaste 10 åren?

Tumbasartros
Böjensskador
Proteskirurgi

Inbjudna föreläsare uppdaterar om evidensläget och vi diskuterar kring våra behandlingsmetoder i Sverige.



Hur gick det 2019-2020?

ALLMÄNNA MÅL

Mål som kräver stor medverkan utanför registret



Fullt deltagande av alla sju specialistkliniker.

Göteborg har ännu inte återupptagit registreringar i HAKIR och vi har tyvärr ingen information om när detta kan ske.



Full täckningsgrad vid alla deltagande enheter.

Problem finns långsiktigt på två kliniker. Verksamhetschefer och koordinatörer behöver gå igenom rutiner och stimulera till förbättring.



Korrekt registrering av reoperationer på alla kliniker.

Problem finns långsiktigt på två kliniker. Verksamhetschefer och koordinatörer behöver gå igenom rutiner och stimulera till förbättring. Under året har vi lagt till pop-up funktion i registret som varnar för reoperation.



Publicera minst tre vetenskapliga arbeten baserade på HAKIR data.

Två publicerade artiklar 2019 och en under 2020. Fem inskickade manuskript hittills under 2020.

SPECIFIKA MÅL



Genomföra valideringsstudie

Valideringsstudien genomförd med 230 journalgranskningar. Statistisk analys pågår.



Starta pilotprojektet med SPOR

Juridik kring dataskydd klarlagd. Preliminärt godkännande från CPUA finns. Önskade variabler från SPOR har valts ut och system för datahanteringen har klarlagts. Tekniska diskussioner pågår på UCR och AddPro under våren 2020. Förhoppningsvis pilottest under hösten 2020.



Starta pilotprojektet med nya PREM frågor och utskick via I177

Webenkät klar efter utvärdering i referensgrupper med patienter och personal. Arbetet hos RC Syd är klart. Väntar nu på tekniskt arbete hos Inera (I177). Pilot i Stockholm hösten 2020.



Genomföra audits vid deltagande kliniker

Två audits genomförda, Uppsala och Örebro Capiro. Oklart om ytterligare audits kan göras 2020 pga pandemin.



Nystart av omvårdnadsgrupp i HAKIR

Har inte kunnat genomföras på grund av tidsbrist



Mål för 2020-21

ALLMÄNNA MÅL

Mål som kräver stor medverkan utanför registret

- Fullt deltagande av alla sju specialistkliniker.

Vi hoppas att Göteborg nu återansluter.

- Full täckningsgrad vid alla deltagande enheter

Kontakt skall tas igen med verksamhetschefer och koordinators på de två kliniker som inte har full täckningsgrad.

- Korrekt registrering av reoperationer på alla kliniker

Kontakt skall tas igen med verksamhetschefer och koordinators på de två kliniker som inte registrerar reoperationer korrekt.

- Publicera minst tre vetenskapliga arbeten baserade på HAKIR data
-

- Planera för genomförande av en Register-Randomiserad studie (RRCT) inom HAKIR
-

SPECIFIKA MÅL

- Publicera valideringsstudie och dokumentera valideringsplan

Statistisk analys av insamlade data från valideringen 2019 samt sammanställande av vetenskaplig artikel.

- Starta pilotprojektet med SPOR

Förhoppningsvis pilottest under hösten 2020.

- Starta pilotprojektet med nya PREM frågor och utskick via I177

Pilot i Stockholm hösten 2020. Diskussion på HAKIR dagen november 2020 och beslut om eventuell nationell spridning under 2021.

- Skapa automatiska månadsrapporter för utskick till respektive klinik.

Syfte är att stimulera till ökad användning av registerdata i förbättringsarbeten.

- Genomföra audits vid deltagande kliniker

Oklart om ytterligare audits kan göras 2020 pga pandemin. Kanske istället uppföljning via digitala tjänster.

- Nystart av omvårdnadsgrupp i HAKIR

Kontakt skall tas med initiativtagarna och eventuellt kan HAKIR stödja en omstart.



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

Medarbetare på kliniken

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



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

HAKIR
HANDKIRURGISKT
KVALITETSREGISTER



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