

Årsrapport 2020

HAKIR
HANDKIRURGISKT
KVALITETSREGISTER



Pandemiåret 2020

Vad tycker våra patienter?

Komplicerade vårdförlopp

Infektioner

Kvalitetsindikatorer

Barnhandkirurgi

Tumbasartros

Böjsenskador

Proteskirurgi

Plexuskirurgi

Omvårdnadsformuläret

Så här används HAKIR

Teckenförklaring

Nedan förklaras några av de förkortningar vi använder i rapporten. Några är välbekanta för alla som jobbar med handkirurgi. Vi gör också en förbättring i år där vi tilldelat en specifik färg för varje enhet så att ni kan hitta era egna data enklare i de olika graferna.

DIP	Distala interfalangealleden, yttersta fingerleden
DRU	Distala radioulnarleden
FDP	Flexor digitorum profundus, djupa fingerböjarsenan
FDS	Flexor digitorum superficialis, ytliga fingerböjarsenan
FPL	Flexor pollicis longus, tummens böjsena
HQ-8	HAKIRs egna patientenkät med åtta frågor. Individuella skalor 0-100 på alla frågor.
MCP	Metakarpofalangealleden, knogleden
NPE	Nationella Patientenkäten
PIP	Proximala interfalangealleden, fingrets mellanled
PREM	Patient Reported Experience Measure, patientupplevelseenkät
PROM	Patient Reported Outcome Measure, patientenkät kring symptom och funktionsförmåga
QuickDASH	Kortversionen av Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand, enkät med elva frågor. Skala 0-100.
ROM	Range of Motion, ledrörlighet
TAM	Total Active Motion, sammanräknad ledrörlighet för fingrets leder
ViS	Vården i Siffror, websida med offentlig vårdstatistik

Färgsättning för deltagande enheter

REGIONKLINIKER

-  Göteborg
-  Linköping
-  Malmö
-  Stockholm
-  Umeå
-  Uppsala
-  Örebro

PRIVATA ENHETER

-  Capio Läkargruppen Örebro
-  Göteborg Handcenter
-  Capio Movement Halmstad
-  Aleris Elisabethsjukhuset Uppsala



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Teckenförklaring	2	Demografi böjsenskador	35
Vad är HAKIR och vad vill vi uppnå?	4	Tumsenor	35
Inledning	5	Fingersenor	36
Pandemiåret 2020	8	Postoperativ rehabilitering	37
Täckningsgrad under 2020	8	Anestesimetoder vid böjsenkirurgi	37
Registrerade operationer	8	Proteskirurgi	39
Utförda operationer	9	Tumbasproteser	39
Svarsfrekvens för enkäter	9	PIP-ledsproteser	39
Case-mix under 2020	10	MCP-ledsproteser	39
Patientrapporterade resultat		Handledsproteser	39
under 2020 jämfört med 2019	10	Distala radioulnarledsproteser	39
Vad tycker våra patienter?	12	Patientrapporterade resultat	39
Smärta och värk	12	Plexuskirurgi	41
Smärta och värk vid tumbasartros	12	Födelserelaterad plexusskada	41
Skillnader i smärtupplevelse mellan könen?	13	Traumatisk plexusskada	41
Skillnader i smärtupplevelse beroende på ålder?	13	Handledskirurgi	41
Köldkänslighet	14	Omvårdnadsformuläret	42
Komplicerade vårdförlopp	17	Så här används HAKIR	43
Infektioner	21	Förbättringsarbeten	43
Typ av infektion	21	Registerforskning	44
Kvalitetsindikatorer	23	Sammanfattning	47
Tid mellan skada och operation för böjsenskador	23	Hur gick det 2020-21?	48
Barnhandkirurgi	29	Mål för 2021-22	49
Medfödda avvikelser	29	Så här kan du bidra till att förbättra HAKIR	50
Triggertumme	30		
Cerebral pares	31		
Tumbasartros	33		
Utökad registrering	33		
Grundregistrering	34		
Böjsenskador	35		





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 vårdinsatser och behandlingsresultat möjliggöra förbättringsarbete och forskning som successivt förbättrar vården, exempelvis genom att minska undvikbara komplikationer och reoperationer. Genom utökat nationellt och interprofessionellt samarbete vill vi verka för god och likvärdig handkirurgi för alla i vårt land. Ett viktigt syfte är även att öka patienternas delaktighet i vården.



HUR SKALL VI KOMMA DIT?

Vi eftersträvar en heltäckande nationell förankring och rapportering. Vi vill långsiktigt helt integrera registerarbetet i den kliniska vardagen och skapa registerrutiner som är så enkla som möjligt. Vi skall fortlöpande följa upp och förbättra validitet och reliabilitet och se till att data är kompletta. Vi utvecklar kontinuerligt användarvänliga system för att kunna återkoppla registerdata både till patienter och vårdgivare så att data kan nyttjas i exempelvis förbättringsarbeten och som underlag för nationella riktlinjer. HAKIRs registerdata kan även användas vid fördjupade resonemang med våra patienter och bidra till en individuell anpassning av vården.



Inledning

Årsrapporten för 2020 omfattar uppgifter som registrerats i HAKIR från starten 1 februari 2010 till och med 31 december 2020, om inte annat anges. Se också separat avsnitt om pandemiåret 2020.

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 2020 hade 127 031 operationer på 95 550 patienter registrerats i HAKIR. Fördelning mellan år och enhet visas i tabell 1. Sex av sju regionkliniker deltog under året. Göteborg som avbröt registreringar september 2018 kommer att återansluta under hösten 2021. Regionkliniker-na hade registrerat 2 158 färre operationer under 2020 än under 2019. Minskningarna beror både på att färre operationer hade utförts och på att täckningsgraden gått ner på

flera av enheterna, mer om detta i avsnitt om pandemiåret, se sidan 8. Fyra privata handkirurgiska enheter deltar i HAKIR, Elisabethsjukhuset i Uppsala startade under 2020.

ÅLDERS- OCH KÖNSFÖRDELNING

Medelålder för de 95 550 patienter som hade opererats var 52,9 (0 - 107) år; klart högre för kvinnor (55,1 år) än för män (50,8 år). Inom specialiserad handkirurgi har vi alltså patienter i alla åldrar. Andelen män var som tidigare något högre än kvinnor (52,6 %). Manligt kön dominerar från barndomen fram till 50 års-åldern, därefter är kvinnliga patienter vanligare fram till 80 års-åldern då könsskillnaden jämnas ut. Patienter under 18 år utgjorde 4,4 %. Se mer om barnhandkirurgi i eget avsnitt (sidan 29).

HANDKIRURGISKA OPERATIONER I FÖRHÅLLANDE TILL MÅLPOPULATION

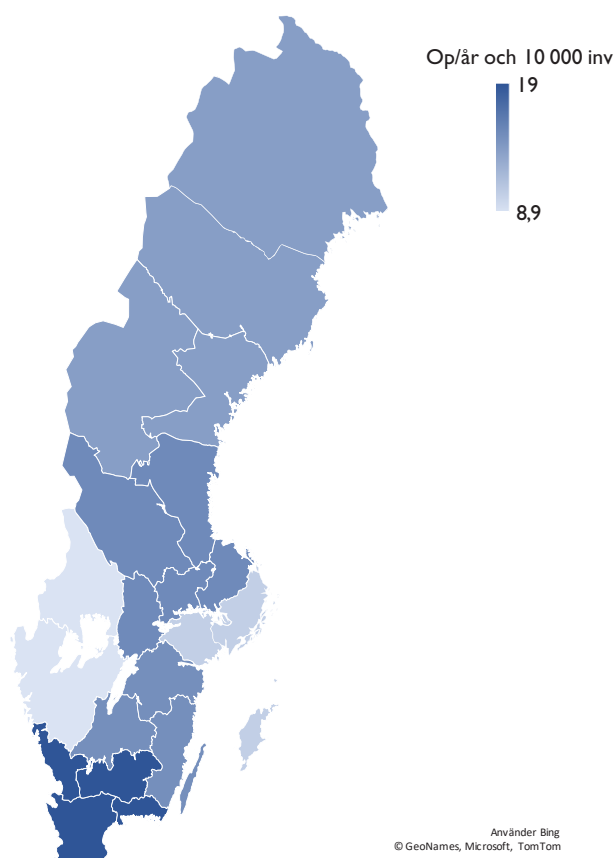
Målpopulationen för HAKIR är patienter som behandlas inom specialiserad handkirurgi. Det vore intressant att ta reda på hur stor andel av befolkningen i olika sjukvårdsregioner som opereras vid regionkliniker-na på sjukhusen. I figur 1 görs ett försök till en sådan analys. Ett medeltal för

År	Göteborg	Linköping	Malmö	Stockholm	Umeå	Uppsala	Örebro	Totalt regionkliniker	Capio Örebro	Göteborg Handcenter	Movement Halmstad	Elisabethsjukhuset	Totalt privata enheter	Alla registrerade operationer
2010		283	1	2 443	1	13	1	2 742						2 742
2011	2	1 459	509	2 700		141	2	4 813						4 813
2012	323	1 674	2 432	2 913	331	1 495	3	9 171	1	1			2	9 173
2013	1 779	1 715	3 681	2 971	1 372	1 635	1	13 154	2	8			10	13 164
2014	1 885	1 567	3 507	2 839	1 394	1 956	1 078	14 226	81	7			88	14 314
2015	1 816	1 622	3 656	2 590	1 333	1 878	1 377	14 272	246	662			908	15 180
2016	1 606	1 645	3 604	2 494	1 429	1 721	1 602	14 101	239	594			833	14 934
2017	1 997	1 616	3 718	2 453	1 011	1 439	1 950	14 184	167	891			1 058	15 242
2018	1 299	1 607	3 505	2 280	1 038	1 453	1 747	12 929	203	785			988	13 917
2019	0	1 697	3 685	2 157	936	1 356	1 466	11 297	201	1 187	170		1 558	12 855
2020	0	1 264	2 762	1 516	640	1 337	782	8 301	178	1 597	221	400	2 396	10 697
Totalt	10 707	16 149	31 060	27 356	9 485	14 424	10 009	119 190	1 318	5 732	391	400	7 841	127 031

Tabell 1. Antal registrerade operationer per år och enhet 2010 - 2020.



Antal operationer per år och 10 000 invånare på handkirurgisk regionklinik (%)



Figur 1. Antal utförda (även ej registrerade) operationer på de handkirurgiska regionklinikerna i förhållande till befolkningsunderlaget i respektive sjukvårdsregion. Medelvärde för antal utförda operationer per regionklinik och år under 2014 till 2018 (data för Örebro och Uppsala sammanslagna) per 10 000 invånare i respektive sjukvårdsregion (2020) i procent. Handkirurgi på privata enheter är ej med i figuren.

antal utförda (även ej registrerade) handoperationer per år mellan 2014 och 2018, de år vi haft full nationell täckning, relateras här till befolkningsunderlaget i respektive sjukvårdsregion (2020).

Totalt hade 16,2 operationer per 10 000 invånare och år registrerats på regionklinikerna, med en variation mellan 11,6 (Stockholm) och 20,3 (Södra sjukvårdsregionen och Uppsala-Örebroregionen). Beräkningen är förstås inte helt tillförlitlig, men antyder att större volymer av enklare handkirurgi tas omhand på regionklinikerna i vissa regioner. Man kan anta att förekomst av privat handkirurgi är en viktig förklaring till skillnaderna. Politisk styrning mot mer privatisering genom vårdval är troligen en viktig faktor. Vilket som är optimal case-mix för regionklinikerna ur olika aspekter, såsom produktivitet och utbildning är en större fråga, men det kan vara intressant att vara medveten om de nationella skillnaderna.

TÄCKNINGSGRAD OCH SVARFREKVENNS UNDER 2020

Se avsnitt om pandemiåret (sidan 8).

OPERATIONSTYPER

Från start av HAKIR och t o m 31 december 2020 hade 107 698 operationer registrerats som primär operation (84,8 %), 3 168 som seansoperation (när man planerar för flera operationer) (2,5 %) och 16 113 som reoperation (12,7 %). Bland primäroperationerna fanns dock ytterligare 22 396 reoperationer. 10 248 patienter (33 %) hade opererats vid flera tillfällen, mellan 2 och 23 gånger (!). 463 patienter (0,5 %) hade opererats fler än fem gånger. Läs mer om reoperationer i avsnittet om postoperativa problem (sidan 17).

Förbättringsaspekter reoperationer

Registrering av reoperationer är tyvärr även fortsatt en svag punkt i HAKIRs konstruktion. En aktiv medverkan från operatörerna är av största vikt. Trots informationsinsatser, råder fortfarande osäkerhet kring vad som skall räknas som en "reoperation". Definitionen är att patienten opereras igen i samma hand för samma tillstånd, eller för en komplikation efter första operationen och att detta inte planerats från början (i sådant fall en seans-

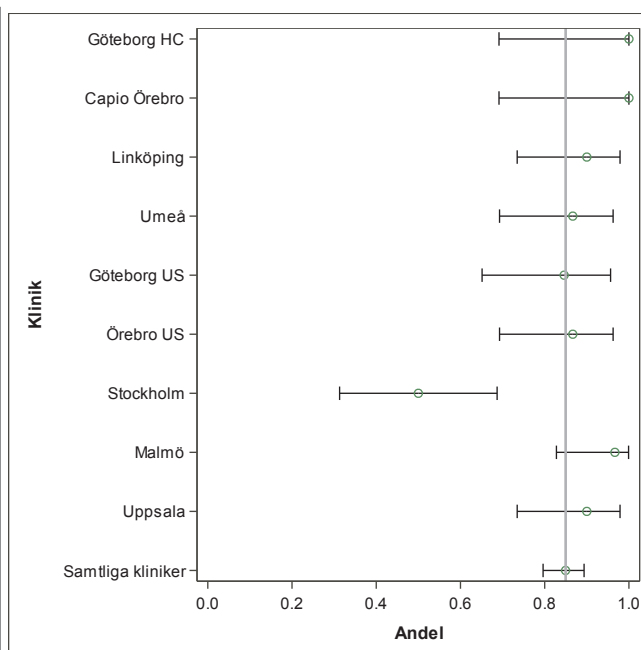
operation). Vi har lagt in en sk "pop-up" som varnar när samma patient återkommer mer än en gång så att det skall bli lättare att göra rätt. Ett råd till operationspersonal som registrerar är att om det finns ett ärr eller ett sår på handen så är det med stor sannolikhet en reoperation, likaså om operationen är ett uttag av osteosyntesmaterial. I detta läge skall operatören tillfrågas om orsak till reoperationen.



VALIDERINGSPROJEKT

För att registrerade data i ett kvalitetsregister skall vara användbara måste man veta att de är valida, dvs att de mäter det som avses. Diagnos- och operationskoder i Grundformuläret i HAKIR är viktiga i många olika sammanhang för att beskriva vilka åtgärder som utförts. Under 2019 startade HAKIR en valideringsstudie i syfte att uppskatta hur stor andel av de ifyllda formulären i HAKIR som överensstämde med vad som registrerats i journalerna. Ett stratifierat slumpmässigt urval av 320 operationer vid nio enheter i HAKIR valdes ut för granskning av registrerade koder jämfört med journaluppgifter. Rapporten blev klar i februari 2021 och finns presenterad på vår hemsida. Vi fann att 84,9 % av koderna var "helt eller delvis rätt" registrerade, se figur 2. Med "delvis rätt" menas att koderna var korrekta förutom att de saknade en nivåkod (femte position) eller att de stod i annan ordning än i journalen. Stockholm hade en signifikant lägre andel "helt rätt" koder, men i övrigt fann vi inga säkra skillnader mellan enheterna. Vi kan konstatera att kodregistreringen behöver bli bättre. I Stockholm har de medicinska sekreterarna under 2021, på initiativ av Carina Friberg, inlett ett förbättringsprojekt med noggrann granskning av koderna. Automatisk datahämtning från operationsjournal skulle direkt eliminera problemet med felaktig kodning, förutsatt att enheterna är noga med sin vanliga kodning.

Under 2020 publicerades också vår valideringsstudie av HAKIR-enkäten (HQ-8) i en vetenskaplig tidskrift, se forskningsavsnittet sidan 44. Vi kunde visa att enkäten fungerar bra som ett komplement till QuickDASH och att den verkar kunna mäta förändring efter behandling.



Figur 2. Resultat från valideringsprojektet för kodning i HAKIR. En sk Forest plot som visar andel "Helt rätt eller delvis rätt" koder med 95 % konfidensintervall för respektive klinik samt totalt för samtliga kliniker. 1,0 betyder att registrerade koder och koder i journal stämde överens helt.



Pandemiåret 2020

Alla verksamheter inom sjukvården har påverkats negativt av pandemin. Handkirurgi är en liten specialitet med få livshotande diagnoser och en hög andel kirurgisk behandling. Framförallt på regionklinikerna har operationsverksamheten fått minska kraftigt när medarbetare, både inom anesthesi och handkirurgi, behövt arbeta med covid-patienter. För HAKIRs del ser vi även att registreringsrutiner på flera enheter inte kunnat upprätthållas under pandemin. Personal behöver medverka för att informera och erbjuda patienter att delta i registret, för att registrera på operation och för att göra funktionsundersökningar på de handkirurgiska rehabiliteringsavdelningarna. I kristider fungerar allt detta sämre. I detta avsnitt beskrivs några av konsekvenserna av pandemin, annat framkommer i övriga avsnitt.

TÄCKNINGSGRAD UNDER 2020

Med täckningsgrad i HAKIR 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 koordinatörerna. 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 %. Vi redovisar täckningsgrad för alla enheter på hemsidan i en dynamisk rapport, som kvalitetsindikator på Vården i Siffror (www.vardenisiffror.se) och i en månadsrapport som skickas ut till klinikerna.

Under 2020 var det bara regionklinikerna i Malmö och Uppsala samt den privata enheten, Göteborg Hand Center, som uppfyllde målvärdet på minst 80 % för täckningsgrad, se tabell 2. Stockholm och Linköping har tidigare klarat målet men hade problem under 2020. Regionklinikerna i Örebro och Umeå klarade inte målet under 2019 och problemen kvarstod under 2020. Glädjande är att båda dessa två kliniker nu har tagit nya tag under början av 2021 och vi ser redan förbättringar. Arbetsgrupper har startats och rutiner har setts över. I Stockholm har de medicinska sekreterarna tagit på sig arbetsuppgiften att regelbundet gå igenom registrering och kodning av klinikens alla operationer. Målet för täckningsgrad är viktigt eftersom all tolkning av registerdata bygger på att registrerade uppgifter är kompletta och korrekta.

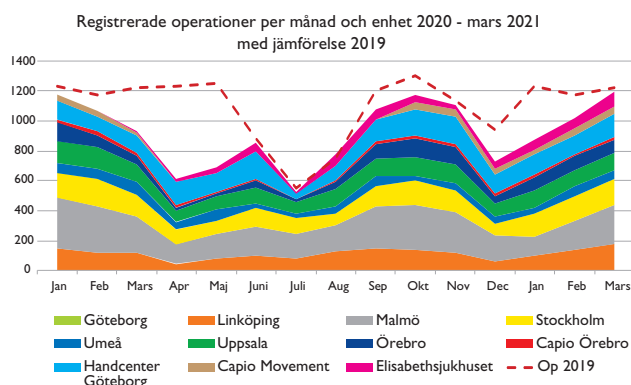
REGISTRERADE OPERATIONER

Under 2020 registrerades 10 697 operationer på 6 996 patienter. Detta var 2 158 färre operationer än under 2019, trots att en ny enhet tillkom under 2020.

Effekten av pandemin syns tydligt i figur 3 som visar antal registrerade operationer per månad och enhet i jämförelse med totalen för 2019. Utrymmet mellan den streckade linjen och kurvan för 2020 visar på den så kallade "vårdskulden" som politikerna pratar om. Om man istället räknar på antalet utförda operationer enligt inrapporterad sjukhusstatistik så gjordes 1 218 färre operationer

Regionkliniker	Registrerade operationer	Utförda operationer	Täckningsgrad 2020 (%)
Göteborg	deltar ej		
Linköping	1 264	1 969	64,2
Malmö	2 762	3 064	90,1
Stockholm	1 516	2 165	70,0
Umeå	640	1 442	44,4
Uppsala	1 337	1 362	98,2
Örebro	782	1 834	42,6
Privata enheter			
Örebro Caphio	178	305	58,4
Göteborg Handcenter	1 597	1 621	98,5
Movement Halmstad	221	646	34,2
Elisabethsjukhuset	400	539	74,2
Totalt	10 697	14 947	71,6

Tabell 2. Täckningsgrad, det vill säga antal registrerade operationer / antal utförda operationer (%). Målvärde är minst 80%. Grön respektive röd markering anger om målvärdet uppnått eller inte uppnått. Elisabethsjukhuset startade under 2020 och kan inte förväntas uppnå målvärdet ännu.



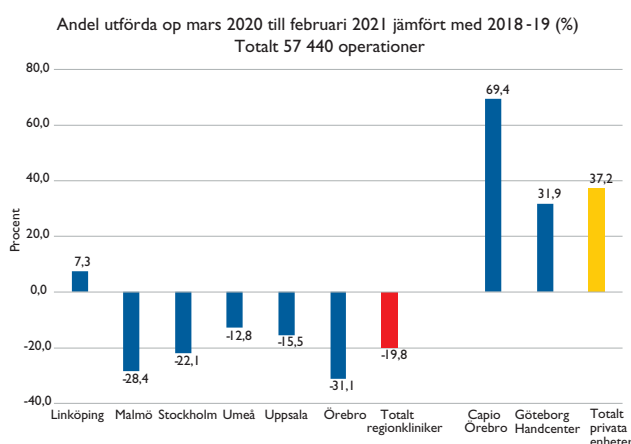
Figur 3. Antal registrerade operationer per månad och enhet januari 2020 till mars 2021. Streckad röd linje visar totalt antal operationer under motsvarande månad 2019.

under 2019 än under 2020. 539 operationer på Elisabethsjukhuset är då borträknade eftersom den enheten inte var med i HAKIR under 2019. Siffrorna visar alltså att vi både opererat mindre och registrerat sämre i HAKIR på grund av pandemin.

UTFÖRDA OPERATIONER

Varje månad registrerar koordinatorena antalet utförda operationer från enhetens egna produktionssiffror.

Under 2020 utförde regionklinikerna totalt sett 17 % färre operationer än under föregående år. Omvänt opererades 43 % fler patienter vid de privata enheterna under året. Pandemin började påverka sjukvården i mars 2020 och figur 4 visar antalet utförda operationer från mars 2020 till februari 2021 i förhållande till motsvarande period 2018 - 2019. Totalt opererades 2 780 färre patienter vid regionklinikerna, men 546 fler på de två privata enheter som deltog i HAKIR under hela perioden. Störst minskning procentuellt hade Örebro (-31 %) följt av Malmö (-28 %) och Stockholm (-22 %).



Figur 4. Antalet utförda (även ej registrerade) operationer mars 2020 till februari 2021 i jämförelse med samma period under 2018 - 19 (%). Det var 15 477 operationer under första perioden och 13 242 under den andra, totalt 57 440 operationer. Röd stapel visar medelvärde för regionklinikerna och gul stapel för de två privata enheter som deltog under båda perioderna.

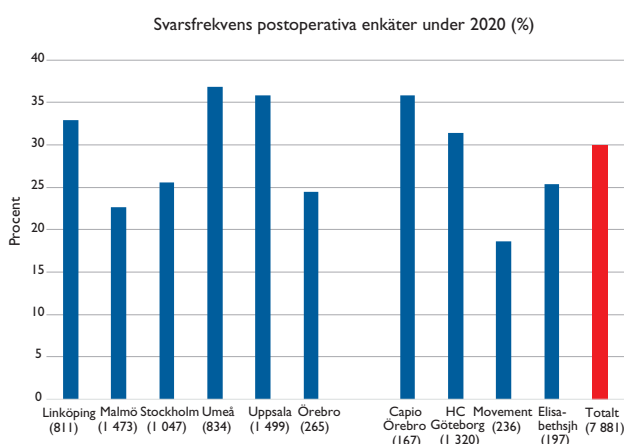
Det är förstås positivt att fler handkirurgiska patienter har kunnat opereras på privata enheter under pandemin, men olyckligt att regionklinikerna drabbats så hårt. Operationer som kräver anestesimedverkan, t ex barnoperationer och "tyngre" ingrepp med lång operationstid och behov av speciell utrustning eller speciell rehabilitering kommer troligen att dominera i de köer som nu skapas. "Vårdskulden", det vill säga de operationer som inte kunnat utföras, blir därför mer resurskrävande än vad som bara beskrivs med antal väntande patienter.

SVARFREKVENNS FÖR ENKÄTER

Vi har öppen redovisning av svarsfrekvens för alla enheter på hemsidan. Under 2020 skickades 7 402 postoperativa enkäter ut från registret, nästan 1 000 färre (999) än under 2019. Det är uppenbart att pandemin har påverkat registreringsrutinerna för HAKIR på flera enheter. 3 589 av de utskickade enkäterna var för tre månader, och 3 813 för ett år efter operation. Förutom de postoperativa enkäterna så hade 3 224 enkäter före operation registrerats under året, totalt alltså 10 626 patientenkätutskick.

Andelen webbenkäter hade ökat från 80 % till 94 % jämfört med föregående år. Under 2020 var det endast regionkliniken i Uppsala som använde pappersenkäter.

Svarsfrekvensen för postoperativa enkäter hade gått ner till 30 % under 2020, jämfört med 45,5 % under 2019 (undantaget ett tekniskt fel under oktober - december 2019). Den låga svarsfrekvensen kan troligen till stor del härledas till pandemin eftersom bättre information till patienterna motiverar dem att fylla i enkäterna. Svarsfrekvensen var samma för tre och tolv månaders-enkäten. Svarsfrekvensen varierade däremot en hel del mellan enheterna, se figur 5. Som tidigare var svarsfrekvensen lägre för män än för kvinnor och lägre för yngre personer än för äldre.



Figur 5. Svarsfrekvens för postoperativa enkäter tre och tolv månader efter operation för de olika enheterna (%) under 2020. Totalt antal utskickade enkäter inom parentes.



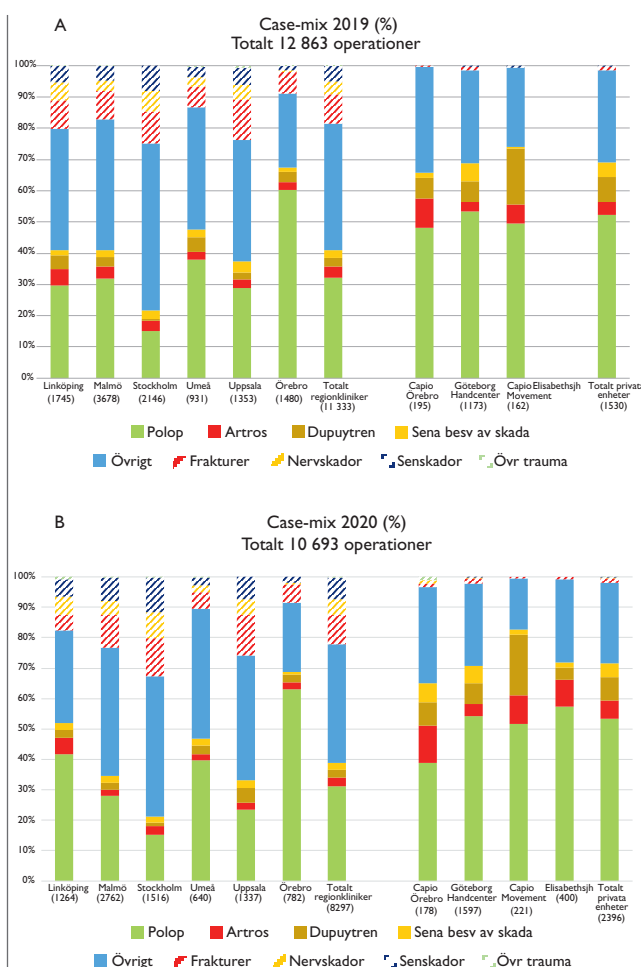
CASE-MIX UNDER 2020

Vi vet sedan tidigare från HAKIR-data att case-mix varierar mycket, inte bara mellan regionkliniker och privata enheter, utan också mellan regionkliniker. I vissa regioner utför regionkliniker mycket av det vi brukar kalla "pol-op", dvs korta ingrepp som inte kräver speciell utrustning och som kan utföras i lokalbedövning utan hjälp av anestesipersonal. Exempel på sådana ingrepp är karpaltunnelsklyvning, senskideklyvning och operation för ganglion. Högst andel "pol-op" med ovan nämnda definition, under 2019 hade Örebro (60 %; med reservation för låg täckningsgrad under perioden) följt av Umeå, medan andelen bara var 15 % i Stockholm, där mycket av denna kirurgi är utlokaliserad till privat vårdval (se fig 6A). På de privata enheterna var andelen mellan 40 och 60 %.

Figur 6B visar case-mix under 2020. Andelarna "pol-op" förblev ungefär oförändrade, men andelen operationer för sen- och nervskador samt frakturer ökade på regionkliniker från 18 % till 22 %, i Stockholm till över 30 %. Andelen är troligen ännu större på regionkliniker, eftersom registreringar inte är kompletta vid alla kliniker och akuta ingrepp missas antagligen oftare än elektiva. De blå delarna av staplarna ("Övrigt") i figur 6A och 6B kan utgöras av många olika typer av ingrepp, långa såväl som korta och här kan även finnas andra akuta skador. I HAKIR registreras inte om en operation är akut eller elektiv.

Det utfördes 28 % färre operationer på barn under 18 år under 2020 jämfört med 2019 och för 80 % av dessa barnoperationer var diagnosen antingen skada, infektion eller tumör. Operationer för medfödda handavvikelse, cerebral pares eller födelserelaterad plexusskada minskade med 55 %.

Ledprotesingrepp minskade med 16 % jämfört med föregående år och antal operationer på reumatiker med 41 %. Artrosoperationer minskade med 41 % på regionkliniker, men ökade med 70 % på de privata enheterna.

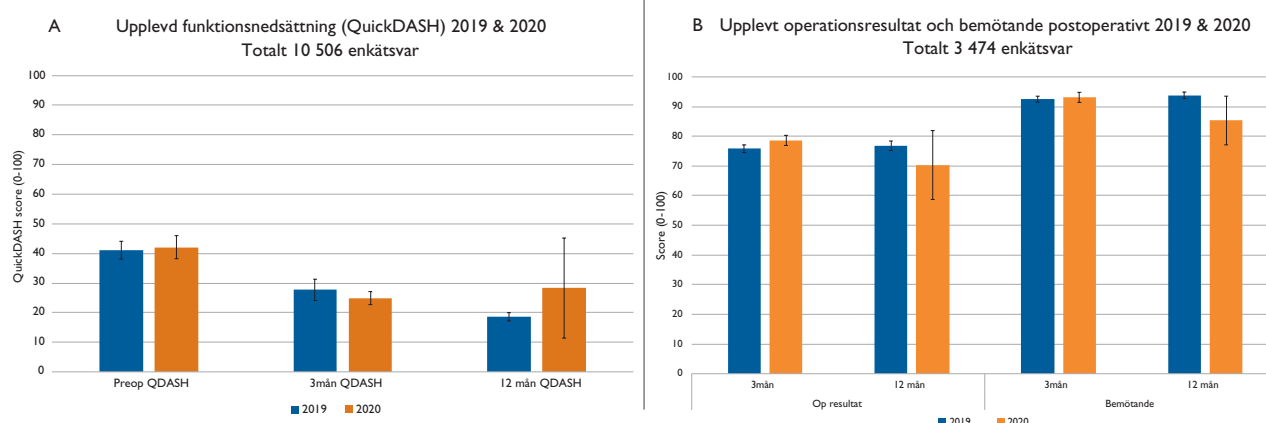


Figur 6. Fördelning (%) mellan olika diagnosgrupper på de olika enheterna under 2019 (A) och 2020 (B). Som "pol-operationer" räknas här enbart karpaltunnelsklyvning, senskideklyvning och operation för ganglion. Streckade fält anger operationer för olika frakturer, nerv- och senskador. Fler akuta ingrepp kan finnas bland "övrigt". Antal operationer per enhet inom parentes.

PATIENTRAPPORTERADE RESULTAT UNDER 2020 JÄMFÖRT MED 2019

Totalt 6 410 enkätsvar registrerades under 2019 och 4 096 svar under 2020.

Upplevd funktionsnedsättning (QuickDASH score) före och efter operation samt nöjdhet med operationsresultat och med bemötande visas i figur 7A och B. Vi ser inga tydliga skillnader mellan åren. Det kan se ut som att ett-årsresultaten för 2020 är något sämre, men det är av tidsmässiga skäl mycket få svar ännu (endast 34) och variationen är stor, vilket ses på felstaplarna. QuickDASH score för 2019 visar att vi för hela vår patientpopulation lyckats minska upplevd funktionsnedsättning från 41,1 poäng före, till 18,6 poäng ett år efter operation. Vi ser också i figuren att våra patienter verkar mycket nöjda med bemötandet på klinikerna, med medelvärden på över 90 %.



Figur 7. Upplevd funktionsnedsättning (QuickDASH score;A) respektive upplevt operationsresultat och bemötande (B). Alla svar anges från 0 till 100. Hög score i QuickDASH anger hög grad av funktionsnedsättning. Hög score för upplevt operationsresultat och bemötande anger hög grad av nöjdhets. Antal enkätsvar under 2019 var 3 806 före operation, 1 478 vid tre månader och 1 126 efter ett år. Motsvarande antal för 2020 var 3 226, 836 och endast 34 svar ett år efter operation, eftersom tillräcklig tid inte hunnit gå efter operation. Felstaplarna visar 95 % konfidensintervall.

Förbättringsaspekter

Pandemin har helt klart haft negativa konsekvenser för vår kvalitetsuppföljning i HAKIR. Personal på mottagningarna har troligen inte haft möjlighet att följa de vanliga preoperativa registreringsrutinerna. Samma problem har funnits på flera operationsavdelningar. På grund av den bristande registreringen har många patienter inte fått tillfälle att ge sina synpunkter på vården och vi kan ha missat att fånga upp postoperativa komplikationer.

HAKIR har sedan start prioriterat att minimera arbetsinsatser för sjukvårdspersonal i alla steg av registreringen. När det gäller web-enkätutskick är i nuläget den enda större personalinsats som krävs att patienterna informeras vid operationsplanering och de eventuellt får hjälp att fylla i den preoperativa enkäten. De flesta patienter klarar helt självständigt att registrera sina uppgifter vid en skärm på mottagningen, men några kan behöva lite mer hjälp att förstå och fylla i frågorna. När väl patienten är registrerad i HAKIR sker enkätutskicken efter operation helt automatiskt och data kommer in i registret utan ytterligare arbetsinsats från enheterna. De patienter som identifieras först på operationsavdelningen får varken enkät före eller efter operation. Möjlighet finns att trots avsaknad av preoperativ enkät lägga in automatiskt utskick av postoperativa enkäter. På de flesta enheter finns inte denna rutin implementerad, vi på HAKIR hjälper gärna till med det vid behov.

Vi hoppas och tror att de enheter som haft svårt under pandemin nu kommer igång igen med de vanliga rutinerna, även vad gäller HAKIR, så att vi under 2021 – 22 kan få bättre siffror både för täckningsgrad och svarsfrekvens. Det är ambitiöst med massutskick av enkäter till alla opererade patienter i ett kvalitetsregister. Vi kan inte heller förvänta oss komplett svarsfrekvens, men 50 – 60 % kan vara en rimlig nivå att sikta på.

Pandemin har skapat stor köproblematik inom svensk handkirurgi. Till och med februari 2021 hade nästan 3 000 patienter färre opererats på regionklinikerna än föregående år och pandemi-effekterna har fortsatt under 2021. På de privata enheterna opererades något fler patienter än tidigare, men inte med samma case-mix som på regionklinikerna. Väntetiderna för vissa typer av tyngre elektiva ingrepp blir därför troligen mycket långa. Många handkirurgiska åkommor påverkar arbetsförmågan och väntan på operation kan få stora samhällsekonomiska konsekvenser. Väntetider till operation borde inkluderas som kvalitetsindikator i HAKIR, så att vi kan analysera hur fördröjd behandling påverkar vårdkvaliteten. I nuläget har vi inte tillgång till dessa data, men om vi kunde få fungerande automatisk dataöverföring från journal skulle det kunna realiseras.



Vad tycker våra patienter?

Fram till 31 december 2020 hade vi samlat in 74 500 patientenkätsvar, 34 058 före operation, 20 585 tre månader efter operation och 19 857 svar ett år efter operation. Vi följer svarsfrekvensen kontinuerligt i månadsrapporter till alla enheter och i en utdatarapport på hemsidan. En tydlig nedgång av antal enkätsvar jämfört med tidigare år ses under pandemiåret 2020, speciellt på vissa enheter, se avsnittet ovan.

I år redovisar vi i detta avsnitt lite om några olika patientrapporterade symptom för diagnosgrupper som finns i HAKIR med analyser bland annat av skillnader mellan åldersgrupper och mellan könen. Förhoppningen är att redovisningen kan ge uppslag till förbättringsarbeten och väcka intresse för vidare studier.

SMÄRTA OCH VÄRK

Smärta och värk är vanliga indikationer för handkirurgisk behandling och viktiga symptom för patienterna. Tyvärr finns en viss begreppsförvirring. Med smärta (engelska "pain") menar vi i dagligt tal vanligen ett intensivt akut skärande obehag med tydlig lokalisering och ofta med tydlig orsak, till exempel en skada. Värk (engelska "ache") beskrivs däremot ofta som mer dov och molande och kan ibland vara svår att lokalisera (referens Psykologiguiden). I andra sammanhang används dock termen långvarig smärta, och ett exempel är neuropatisk smärta.

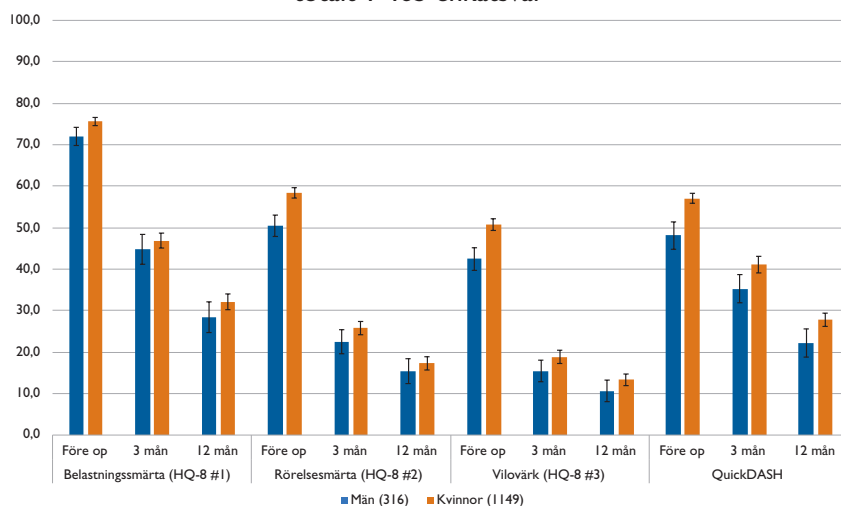
I de flesta patientenkäter inom handkirurgi, exempelvis quickDASH enkäten, särskiljs inte mellan begreppen smärta och värk. Eftersom dessa symptom är så viktiga har vi i HQ-8 enkäten tre frågor om smärta och värk; smärta vid

belastning (HQ-8 #1), smärta vid rörelser utan belastning (HQ-8 #2) och vilovärk (HQ-8 #3). Data i HAKIR har visat att patienter svarar olika på de tre frågorna. Ålder och kön tycks även påverka svaren. Analys av registerdata ger oss möjlighet att bättre förstå och åtgärda upplevda besvär. Nedan följer några exempel.

SMÄRTA OCH VÄRK VID TUMBASARTROS

Vilovärk med sömnstörning är en viktig indikation för kirurgi vid tumbasartros och i HAKIR ser vi att våra behandlingar ofta minskar upplevd vilovärk. Medelvärde för vilovärk för 1 474 patienter med tumbasartros var före operation 49,9 ($\pm 2,3$; 95 % konfidensintervall) och hade minskat till 13,8 ($\pm 2,3$) efter ett år. Detta kan ses som ett gott resultat av behandlingen. Belastningssmärta var dock det symptom som patienter med tumbasartros graderade allra högst före operation (75,8 $\pm 2,1$) och ett år efter operation var medelvärdet 32,5 ($\pm 2,5$). Mer än en fjärdedel av patienterna (29 %) angav kvarvarande belastningssmärta på över 50 ett år efter operation. Våra behandlingar av tumbasartros kan alltså fortfarande förbättras. Läs mer om tumbasartros i separat avsnitt senare i denna årsrapport.

Patientrapporterade resultat tumbasoperation
totalt 1 465 enkätsvar



Figur 8. Patientrapporterade resultat före och efter tumbasoperation för kvinnor och män oavsett operationsmetod. Felstaplarna anger 95 % konfidensintervall.



SKILLNADER I SMÄRTUPPLEVELSE MELLAN KÖNEN?

I figur 8 ser vi hur 316 män och 1149 kvinnor angivit smärta, värk och upplevt funktionshinder före och efter tumbasoperation oavsett operationsmetod. Ålder vid operation var ungefär den samma (62,6 år för män och 61,9 år för kvinnor). Svarsfrekvensen i båda grupperna var tyvärr bara 28 %. Generellt svarar kvinnor något högre både på frågor om smärta och värk och om funktionsnedsättning, men symptomlindringen verkar vara ungefär densamma efter behandling. Figuren är intressant eftersom den visar lite olika förlopp för de olika smärtfrågorna, med snabbare minskning av vilovärk och rörelsesmärta än för belastnings-smärta och upplevt funktionshinder. Detta kan vara bra information att delge våra patienter.

SKILLNADER I SMÄRTUPPLEVELSE BEROENDE PÅ ÅLDER?

Patientupplevda symptom vid triggerfinger

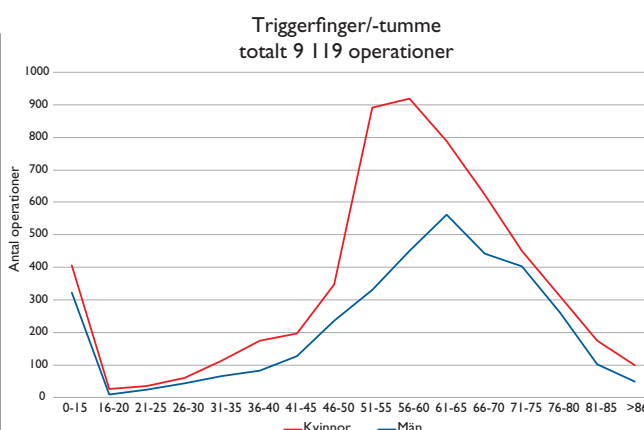
Tendinit kring böjsenor med låsningar i finger eller tumme är vanligt och opereras i alla åldrar, se figur 9. I HAKIR fanns 9119 operationer. Operationerna på de allra yngsta är med stor sannolikhet "kongenitala triggertummar", vilka bör registreras med koden Q798. Triggertumme hos barn är en helt annan diagnos som nästan aldrig orsakar smärta utan bara låsning i tummens ytterled. Lite mer information om triggertummar hos barn finns i avsnittet om barnhandkirurgi.

Bland de vuxna patienterna var 62 % kvinnor med medelålder 59,8 år och 38 % var män med medelålder 61,4 år.

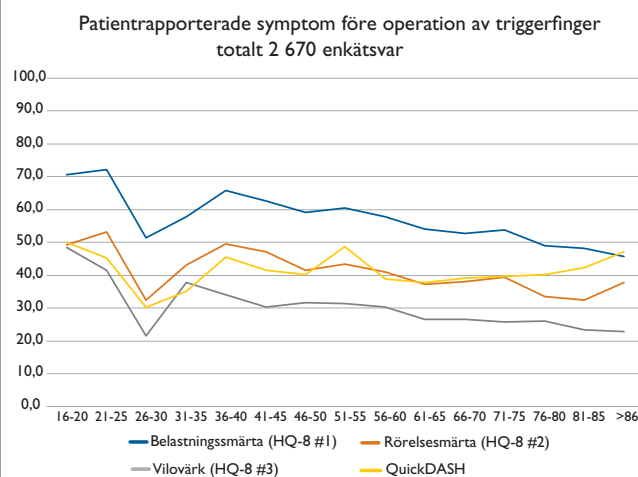
Intressant nog så verkar yngre patienter med triggerfinger rapportera högre nivå för smärta och värk före operation än vad äldre gör se figur 10. Skillnaden är upp emot 20 poäng (av 100) mellan angivet värde för gruppen mellan 26 - 40 år jämfört med 76 - 80 år. Man kan spekulera i om skillnaden i upplevelse av smärta har fysiologisk eller psykologisk förklaring eller om det kan bero på olika krav på handfunktion. QuickDASH varierade inte lika mycket och hade snarast en tendens till högre värden vid högre ålder, vilket kanske orsakas av andra problem från hand och arm.

Resultat efter operation av triggerfinger visas i figur 11 och får anses som mycket bra. Förbättringen var störst för upplevd belastningssmärta, där medelvärdet förbättrades med drygt 40 poäng, från 56,2 preoperativt till 16,0 ett år efter operation. QuickDASH score förbättrades med 24 poäng (från 40,8 till 16,8).

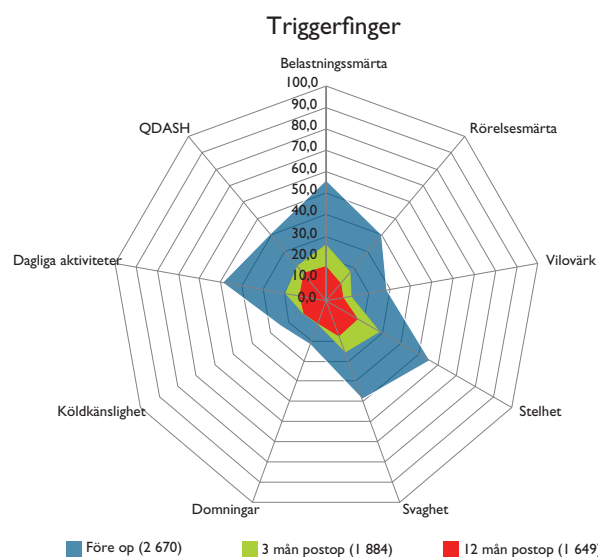
Lite förvånande hade 88 % av alla operationer för triggerfinger på vuxna gjorts vid någon av regionklinikerna. Bland dessa hade flest operationer registrerats i Malmö (2716) följt av Örebro (1365).



Figur 9. Ålders- och könsfördelning för 9119 operationer med sensideklivning på grund av triggerfinger eller triggertumme.



Figur 10. Enkätsvar avseende smärta, värk och upplevd funktionsnedsättning hos patienter med triggerfinger före operation. Varierande antal svar i de olika åldersgrupperna med få svar i de fyra yngsta och de två äldsta åldersgrupperna, varför dessa medelvärden är osäkra. Svartsfrekvens var endast 32%.



Figur 11. Resultat efter operation av triggerfinger hos vuxna patienter. Totalt 6203 enkätsvar, antal svar inom parentes.

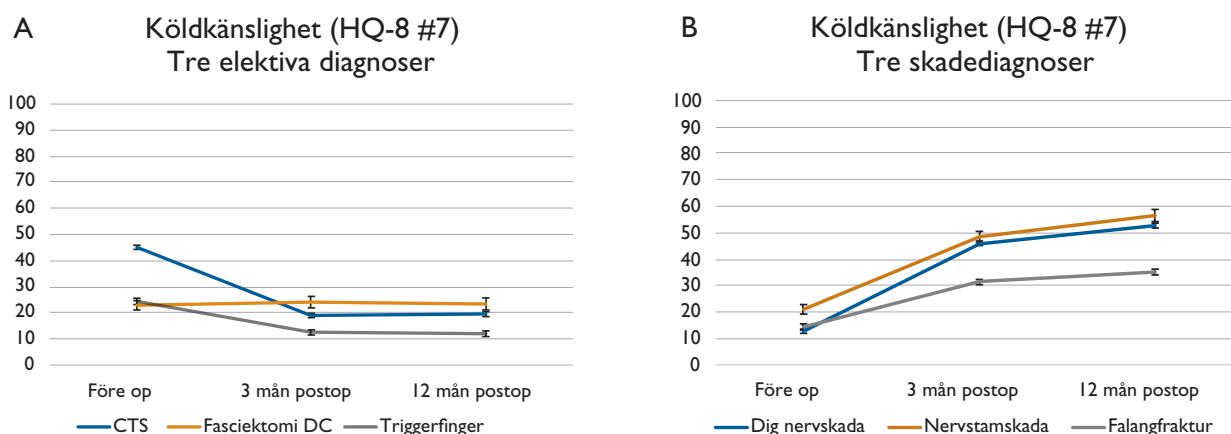


KÖLDKÄNSLIGHET

Köldintolerans, det vill säga att kyla orsakar smärta och "vita fingrar" är ett vanligt symptom hos handkirurgiska patienter både efter skada och efter operation. För personer med utomhusarbete, yrken där kalla livsmedel hanteras eller arbete i våta miljöer kan symptomen orsaka stora problem och ibland omöjliggöra återgång i arbete efter en handskada. Köldkänslighet är sällan med i enkäter som utvärderar handkirurgi och kan försummas när vi bedömer patientens besvär. I vår HAKIR-enkät HQ-8 frågar vi om köldkänslighet både före och efter operation. Nedan följer några analyser av hur patienter svarat på frågan i HQ-8 enkäten.

Köldkänslighet vid olika diagnoser

Figur 12 visar symptomet köldkänslighet i HQ-8 enkäten (HQ-8 #7) före och efter operation för tre elektiva och tre skadediagnoser. Graferna visar att symptomet minskar efter operation av karpaltunnelsyndrom och triggerfinger, men tycks kvarstå efter operation av Dupuytrens kontraktur. Köldkänslighet vid skadediagnoser är mycket mer uttalad, särskilt efter nervskador, där patienterna till och med svarat högre vid ettårs-uppföljningen än efter tre månader. Patienter med digitalnervskador angav nästan lika höga värden som nervstamsskadorna, i medeltal 46,0 poäng ($\pm 2,3$; 754 enkätsvar) efter tre månader och 52,7 efter ett år ($\pm 2,1$; 898 svar). Det skulle vara intressant med längre uppföljning för att se om dessa besvär så småningom minskar eller om de är permanenta.



Figur 12 Köldkänslighet före och efter operation för tre elektiva diagnoser (A) respektive tre skadediagnoser (B). Antal enkätsvar för karpaltunnelsyndrom (CTS) var 6 623, 3 972 och 3 473, för triggerfinger 2 671, 1 779 och 1 643 samt för fasciektomi vid Dupuytren (DC) 1 005, 684 och 666.

Antal enkätsvar för digitalnervskador var 1 081, 754 och 898, för nervstamsskador (medianus- och ulnaris) 85, 80 och 115 samt för falangfrakturer 1 339, 721 och 799 enkätsvar. Observera att tidslinjen på x-axeln inte har proportionella avstånd. Felstaplarna visar 95 % konfidensintervall

Rapporterar patienter i norra Sverige mer besvär vid kyla än de som bor i Skåne?

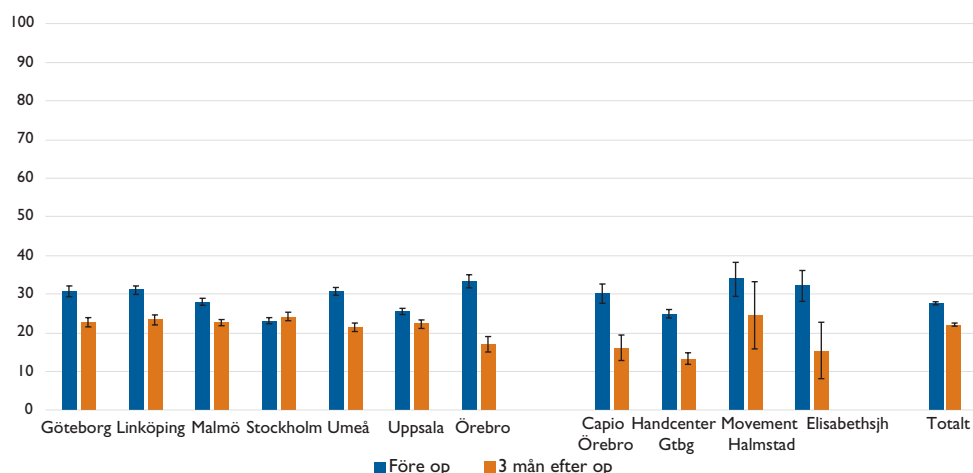
För att försöka svara på denna intressanta fråga har vi tagit fram data på frågan om köldkänslighet (HQ-8 #7) för de olika enheterna i landet. Figur 13 visar medelvärden för svar före, och tre månader efter operation för alla patienter i HAKIR, totalt 52 381 enkätsvar. Vi ser generellt ingen tydlig geografisk skillnad, men för regionklinikerna minskade inte köldkänslighet efter operation lika mycket som för de privata enheterna. Detta beror troligen mest på olika case-mix med olika andel akuta skador. Enheter som har registrerat många så kallade "pol-operationer" (se ovan) har störst minskningar. Som nämnts ovan upplever patienter med nervskador mycket stora problem med köldkänslighet, men tyvärr var det mycket få enkätsvar för nervskador från Umeå varför vi inte kunde göra en bra analys.

Anger patienter mer besvär under vintermånaderna än under sommaren?

Figur 14 visar alla 19 535 enkätsvar i HAKIR tre månader efter operation samt svar från patienter opererade för nervskada (824 svar) uppdelat på vinter (oktober-mars) och sommar (april-september). Mest uppenbart är att patienter med nervskada har så stora problem av köldkänslighet, men vi ser också att de, liksom övriga patienter, tycks rapportera lägre grad av besvär (cirka fem poäng lägre) om de tillfrågas under den varmare årstiden. Detta kan vara värt att ta hänsyn till i framtida vetenskapliga studier.

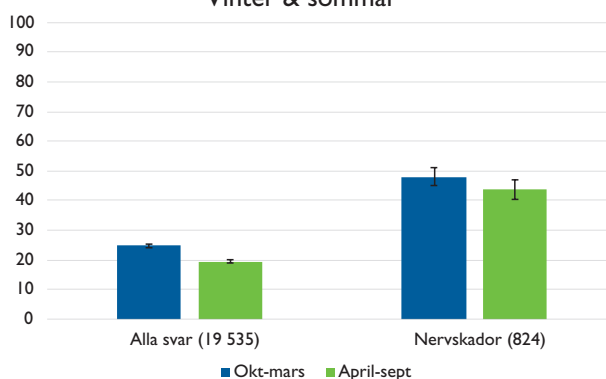


Köldkänslighet (HQ-8 #7) Alla operationer. Totalt 52 381 enkätsvar



Figur 13. Medelvärde för svar på fråga om köldkänslighet för alla registrerade operationer i HAKIR per enhet och totalt. Felstaplarna visar 95 % konfidensintervall. Totalt 32 897 svar före, och 19 484 svar tre månader efter operation.

Köldkänslighet (HQ-8 #7) Vinter & sommar

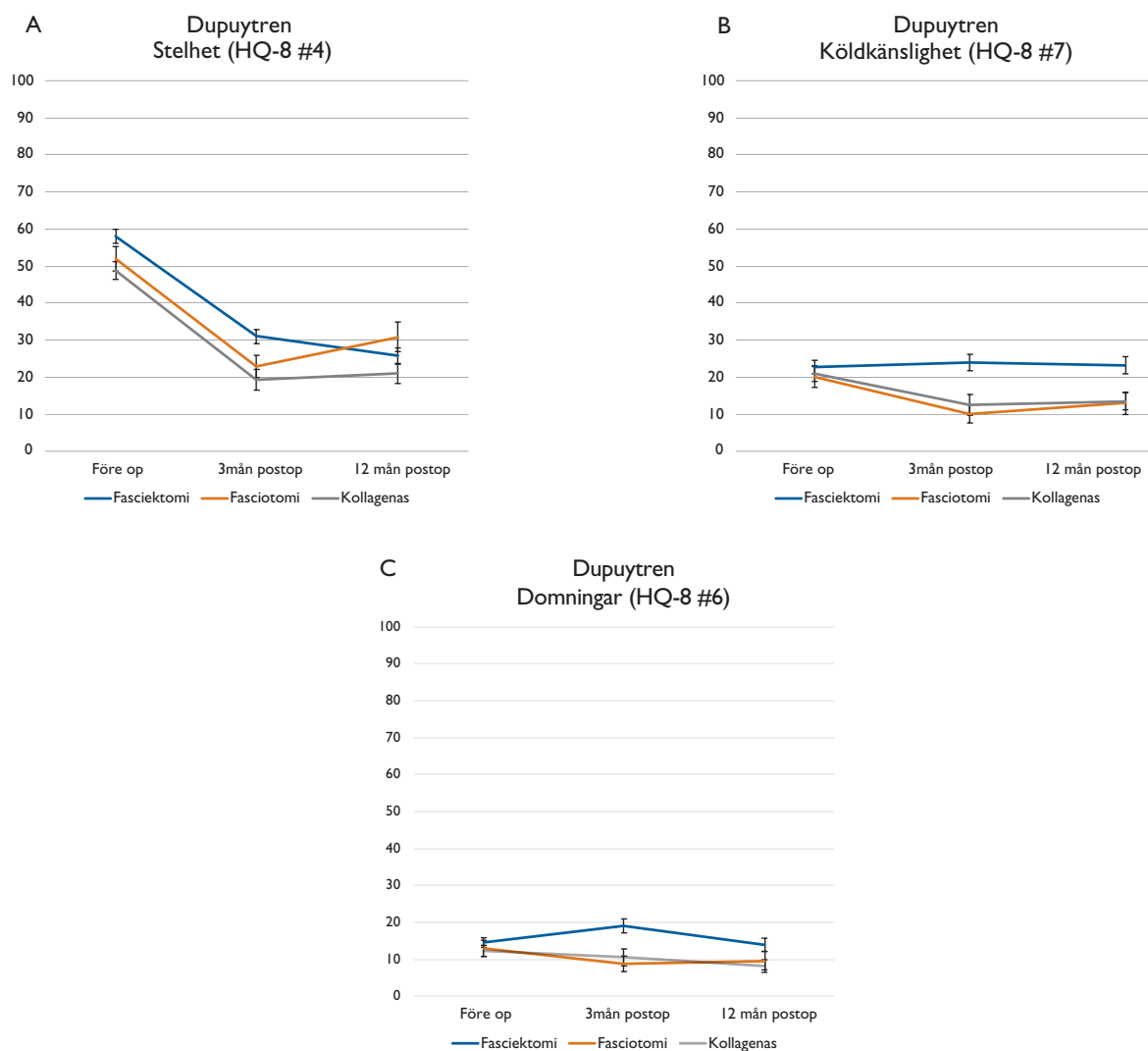


Figur 14. Enkätsvar på fråga om köldkänslighet tre månader efter operation för alla patienter i HAKIR respektive för patienter med nervskada. Antal svar inom parentes. Vinterperiod räknat som oktober till mars och sommar som april till september. Felstaplarna visar 95 % konfidensintervall.

Dupuytren's kontraktur och besvär av köldkänslighet efter operation

Patienter som opereras för Dupuytren's kontraktur med omfattande friläggningar volart i handflata och fingrar rapporterar ganska ofta problem postoperativt med domningar och köldkänslighet. I HAKIR fanns totalt 5 249 registreringar av primär behandling vid Dupuytren's kontraktur, 2 792 fasciektomier (öppen kirurgi), 1 057 nålfasciotomier och 1 400 kollagenasbehandlingar. Figur 15A-C visar utvecklingen för tre symptom som är viktiga att bedöma för patienter med Dupuytren. Köldkänslighet och känselstörning verkar mer bestående efter öppen kirurgi än efter de

mindre invasiva behandlingarna. Upplevd stelhet ett år efter behandling hade minskat mest efter öppen kirurgi (32,2 poäng) och minst efter nålfasciotomi (21,1 poäng). I denna enkla analys verkar det som att känslan av stelhet hade ökat vid ett årsuppföljningen efter nålfasciotomi jämfört med efter tre månader. Samma resultat sågs för upplevda problem i dagliga aktiviteter (HQ-8 # 8) och QuickDASH. Naturligtvis krävs mer noggrann statistisk analys innan man kan veta om fyndet beror på slumpen eller på fler recidiv i nålfasciotomigruppen.



Figur 15. Patientrapporterad stelhet (A), domningar (B) respektive köldkänslighet (C) efter tre olika slags behandling av Dupuytrens kontraktur. Antal enkät-svar för fasciektomi var 1 005, 684 och 666 vid de tre uppföljningarna, för fasciotomier 352, 266 och 224 och för kollagenasbehandlingar 649, 270 och 377 svar. Observera att tidslinjen på x-axeln inte har proportionella avstånd. Felstaplarna visar 95 % konfidensintervall.

Förbättringstankar

Rent allmänt behöver vi i medicinsk forskning fokusera mer på patienternas upplevelser av sina symptom. Vi ser i HAKIR tydligt att kön och ålder kan ha betydelse för hur patienter beskriver sina symptom och det kan vara viktigt att känna till. Att skilja på smärta och värk kan vara väsentligt om man vill förbättra behandlingsresultat.

Köldkänslighet rapporteras ofta inte alls i vetenskapliga studier inom handkirurgi trots att vi ser att det är ett mycket viktigt symptom för många patienter. HAKIR visar, liksom klinisk erfarenhet, att patienter med nervskador har extra stora problem. Information, råd och hjälpmedel

kring köldkänslighet borde kanske erbjudas som standard efter denna typ av skador? Vi ser att även patienter som opereras för Dupuytrens kontraktur kan ha problem med köldkänslighet, medan sådana besvär inte verkar lika vanliga efter de mindre invasiva behandlingarna för denna diagnos. Det finns många fler analyser att göra kring de olika symptom som patienterna upplever före och efter handkirurgiska behandlingar och mycket som kan lämpa sig för vetenskapliga studier. Forskare är välkomna att kontakta oss på HAKIR för diskussion kring detta.



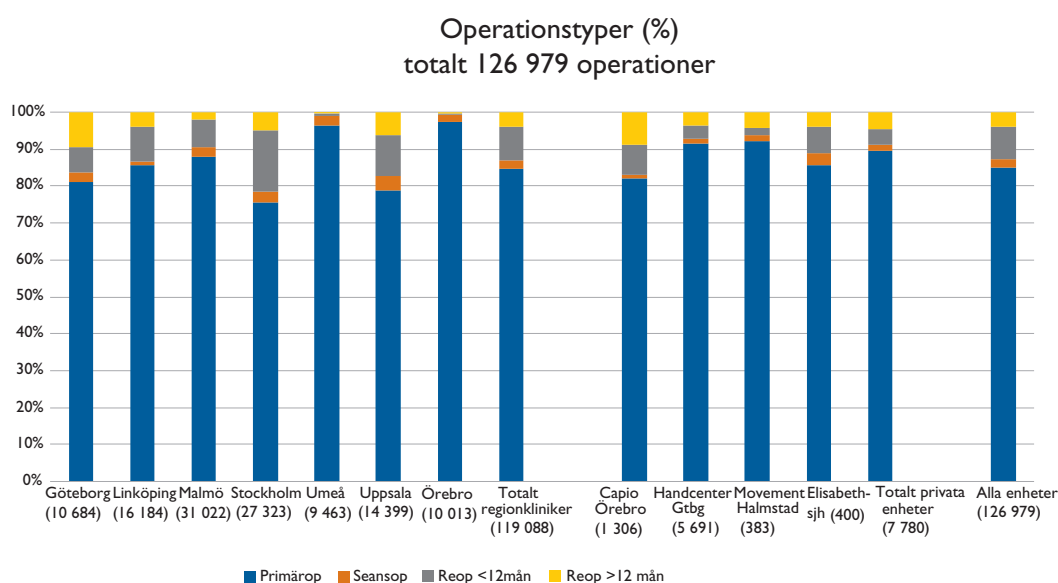
Komplicerade vårdförlopp

Nedan redovisas alla operationer som har registrerats som reoperationer. Som tidigare nämnts så har många ingrepp som egentligen är reoperationer registrerats som primäroperationer trots att patienten har opererats tidigare.

16 113 operationer var registrerade som reoperationer, det är 12,7 % av alla operationer. 69,1 % hade utförts inom ett år efter den primära operationen. Figur 16 visar andelen operationer av olika typ per enhet och totalt. Liksom tidigare påvisat är det stora skillnader mellan enheterna. Vi har under året identifierat ett systemfel på en av klinikerna som kan förklara den mycket låga andelen registrerade reoperationer där. Åtgärder har nu satts in för att lösa problemet. På grund av problemen med registreringarna är det i nuläget inte meningsfullt att jämföra antalet registrerade reoperationer för postoperativa komplikationer mellan enheterna. För något år sedan lade vi till två orsaker till reoperation som inte kan anses som komplikationer. Dessa två orsaker är borttagande av osteosyntesmaterial för att förebygga problem (3 967 operationer) samt reoperation vid Dupuytrens kontraktur (788 operationer), där recidiv kan anses vara en del av sjukdomen och inte en komplikation. Dessa orsaker ingår inte i redovisningen nedan.

REOPERATION PÅ GRUND AV POSTOPERATIVT PROBLEM

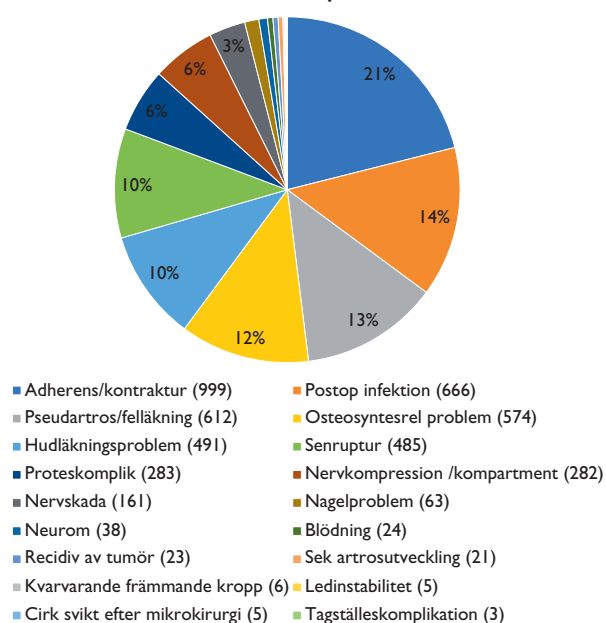
Här följer en redovisning av de olika typer av postoperativa problem som registreras i HAKIR i ordning efter antal. Det var totalt 5 072 registreringar, vilket utgör 4,0 % av totala antalet operationer. 4 736 hade en registrerad orsak till reoperationen. I vissa fall där man angivit "annan orsak" gav fritexten ledning för klassificering i någon av kategorierna. För 336 reoperationer kunde orsak till reoperationen inte placeras in i någon av grupperna, till exempel "smärta". Figur 17 visar antal och relativa andelar i %. I listan nedan har vi markerat de nya kategorier som infördes 2020 med * och de nya vi planerar under 2021 med **



Figur 16. Andelar (%) av olika operationstyper för alla registrerade operationer. För 111 operationer saknades uppgift om sjukhus, dessa finns med i totalantalet. Vi har lagt in en spärre så att just det problemet inte längre skall kunna uppstå.



Orsaker till reoperation pga postop problem totalt 4 736 operationer



Figur 17. Fördelning av orsaker till reoperation för postoperativt problem (%). Antal reoperationer inom parentes.

1. Adherensbildning / kontraktur

Med detta avses en reoperation som orsakats av ärrbildning i mjukvävnaderna, vilken lett till inskränkt rörlighet. Detta var den klart vanligaste registrerade orsaken till reoperation på grund av postoperativt problem och utgjorde en femtedel. Observera att kontrakturer på grund av Dupuytren skall klassificeras separat, se ovan.

2. Postoperativ infektion

Här menas en infektion som uppstått efter en tidigare operation utförd på den egna, eller annan klinik. Primära infektioner som uppkommit utan tidigare operation skall inte klassificeras här. En primär senskideinfektion som spolas registreras lämpligen som första seans-operation om man tror att ytterligare spolningar skall göras, annars som primär operation. Postoperativa infektioner utgjorde 14 % av de registrerade komplikationerna, men bara 0,52 % av alla operationer.

3. Pseudartros eller felläkning av artrodes eller fraktur

Om ett skelettingrepp inte läker som planerat och det leder till en reoperation skall denna kategori användas vid

registreringen. Om vi i framtiden inkluderar uppgift om patientens rökvanor vore det intressant att följa antalet reoperationer för skelettingrepp, eftersom rökning har visat sig ha starkt negativa effekter på benläkning.

4. Osteosyntesrelaterade problem

Detta kan vara att en sena har gått av vid ett stift eller en inopererad platta eller att huden penetrerats och en infektion uppstått. I det senare fallet skall även man även ange postoperativ infektion. Senrupturer kan misstänkas ha ökat när en ökande andel av radiusfrakturer plattfixeras.

5. Hudnekros / sårläkningsproblem

Till denna kategori hör operationssår som inte läker normalt, exempelvis om såret spricker upp, om ett hypertrofiskt ärr eller en keloid uppstår eller om granulom med inflammation uppstår i såret och om detta lett till reoperation. Det är lite förvånande att denna kategori var så stor och en mer detaljerad analys skulle behöva göras.

6. Senruptur

Detta är en viktig kategori, särskilt om vi vill följa upp resultaten efter böjsensuturer. Av denna anledning har vi för flera år sedan lagt till en specifikation, nämligen om senrupturen uppkommit efter en primär sensutur och i såfall vilken sena som gått av. Trots detta tillägg är det fortsatt lite svårt att få fram exakt rupturfrekvens för våra böjsensador och vi kan i nuläget inte riktigt lita på uppgiften som kvalitetsindikator. Vi vill därför uppmana till extra noggrannhet vid registrering av senrupturer.

7. Proteskomplikation

Denna kategori har funnits med sedan start eftersom det är så viktigt att fånga upp alla ledprotesproblem, exempelvis lossning eller dislokation. Om en protes tas ut och en annan sätts in skall man också registrera den nya protesens i Protesformuläret som en revisionsprotes. Om lossningen beror på en infektion, registrera även som postoperativ infektion.

8. Nervkompression eller kompartmentsyndrom

Denna komplikation kan uppstå postoperativt på grund av svullnad eller blödning. Vanligast är att karpaltunnelsyndrom uppkommer, men ibland behöver mer omfattande fasciotomier göras.



9. Nervskada

Att skada en nerv under ett handkirurgiskt ingrepp är ovanligt på de handkirurgiska enheterna och majoriteten har uppkommit vid operation utanför specialistenheten, se figur 18 nedan.

10. Nagelproblem**

Nagelproblem finns inte i nuvarande lista, men vi kommer att lägga till denna komplikation eftersom den visade sig vara så vanlig. Det kan exempelvis röra sig om en deformerad nagel efter en tidigare skada eller en nagelrest i en amputationsstump.

11. Neurom**

Neurom kan uppstå efter en nervskada och patienterna kan ha invalidiserande besvär med smärta och lokal ömhet. Inte heller neurom finns i nuläget med som specificerad komplikation, men kommer att läggas till i listan under 2021. Neurom uppstår ofta efter nervstamstamsskador på underarmen, men kan även uppstå efter exempelvis en digitalnervskada eller i en amputationsstump.

12. Blödning (hematom)

Blödning är en vanlig orsak till reoperation efter handkirurgi troligen för att vi arbetar i blodtomt fält med god kontroll över blödande kärl och dessutom oftast lägger tjockt tryckförband som stoppar postoperativ blödning.

13. Recidiv av ganglion eller tumör*

Denna kategori lades också till under 2020. Det är inte så ovanligt att handledsganglion kommer tillbaka efter tidigare operation. Ganska ofta behöver vi också göra utvidgad excision om en malign tumör, vanligast en hudcancer, inte tagits bort radikalt.

14. Sekundär artrosutveckling efter tidigare skada eller operation*

Även detta är en ny kategori sedan 2020 och lades till efter önskemål från enheterna. Det kan exempelvis vara artros efter tidigare operation av en intraartikulär fraktur, efter en ledinfektion eller en annan ledoperation.

15. Kvarvarande främmande kropp*

Detta kan exempelvis vara om man tidigare försökt ta ut en trästicka, men inte fått bort allt vid den

första operationen. Komplikationen lades till 2020 och det fanns bara 6 sådana reoperationer hittills.

16. Ledinstabilitet*

Detta är också en ny kategori efter önskemål från enheterna. Det kan exempelvis vara en smärtsam instabilitet efter tidigare tumbasoperation eller efter en ligamentreparation.

17. Cirkulationssvikt efter mikrokirurgi**.

Vid mikrovaskulär kirurgi finns alltid risk för trombotisering av kärlen med cirkulationssvikt postoperativt i en replanterad del eller en fri lambå. Det är självklart en viktig kategori att ha med, men vi har tyvärr inte uppmärksammat den tidigare. Den kommer med under 2021. Från fritextsvar hittade vi fem reoperationer, men det finns säkert fler.

18. Tagställeskomplikation

Denna komplikation har lagts till efter önskemål, men endast tre sådana reoperationer var registrerade. Det kan exempelvis vara en blödning eller serom på höften efter kristabenstagnning (registrera då även som blödning) eller en sårruptur efter att en fri lambå tagits på ryggen. Det kan också vara revision av ett infekterat tagställe för delhud på låret (registrera även som infektion).

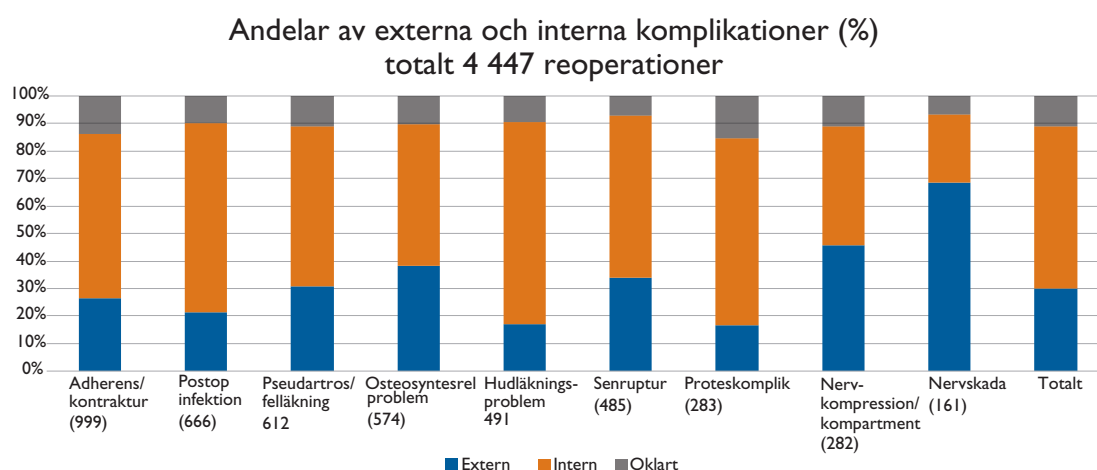
NYTT KOMPLIKATIONSFORMULÄR

Efter önskemål från plexuskirurgerna har HAKIR också under 2020 öppnat ett separat komplikationsformulär, där även sådana komplikationer som inte lett till en reoperation kan registreras. Registreringen sker med specifik komplikationskod enligt ICD-10. Formuläret är öppet för alla användare.

EXTERNA ELLER INTERNA REOPERATIONER

Fördelning mellan externa och interna reoperationer för de vanligaste kategorierna av komplikationer visas i figur 18. Med "extern" menas att primär operation har gjorts utanför den egna enheten. Variabeln fanns inte med från start av HAKIR varför uppgift saknas för ett antal registreringar.

Nervskador och nervkompressioner var ofta externa fall, medan proteskomplikationer, infektioner, och hudläkningsproblem till stor del var interna. Totalt var 30 % av reoperationerna för postoperativ komplikation externa.



Figur 18. Fördelning mellan "externa" och "interna" reoperationer på grund av postoperativt problem (%). Totalt antal i varje kategori inom parentes. Endast de vanligaste kategorierna är med i figuren.

Förbättringsaspekter

Brister i registrering av reoperationer i HAKIR är allvarligt, eftersom ett av våra primära syften är att tidigt identifiera postoperativa problem, exempelvis protes haverier, infektioner och senrupturer. Det är tyvärr omöjligt att utan journalgranskning säkerställa om komplikationer kan dölja sig bland de reoperationer som registrerats som primära ingrepp. Ibland kan koderna ge en klar indikation på att så är fallet, men vi har inte redovisat sådana fall här. Kanske får vi göra en validering bakåt för vissa fall och korrigera data i registret. Förbättringar av registre-

ringsrutiner är nu på gång på de enheter som rapporterat alltför låga andelar reoperationer och vi hoppas kunna visa mer rättvisande data kommande år.

Vi hoppas att de nya kategorierna för komplikationer kommer att minska antalet registreringar som "annan orsak". Vi vill uppmana att undvika fritext som "smärta" och istället försöka ange det problem man avser åtgärda med reoperationen, exempelvis en smärtsam ledinstabilitet, neurom, nerventrapment etc.



Infektioner

I HAKIR fanns 3 876 operationer för handinfektioner registrerade. Både primära infektioner och postoperativa infektioner ingår i redovisningen nedan. Endast 174 (6,8 %) av alla operationer för infektion var registrerade som postoperativa komplikationer.

Infektion hade registrerats för 2 540 patienter i åldrar från 0 till 97 år. Medelålder var 51,5 år och 122 patienter (4,8 %) var under 18 år. 59,3 % var män.

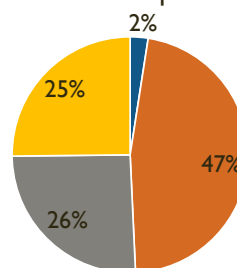
TYP AV INFEKTION

Typ av infektion visas i Figur 19. Infektion i hud eller underhud utgjorde nästan hälften av fallen och tendovaginit och artrit vardera nästan en fjärdedel. Sepsis stod som huvuddiagnos endast för sju patienter och streptokockinfektion för sex patienter. Elva operationer gällde tuberkulosinfektioner och fem atypiska mykobakterier.

ANTAL OPERATIONER PER PATIENT OCH ENHET

Figur 20 visar antal operationer per patient och regionklinik. Endast ett fåtal operationer var registrerade på de privata enheterna och de är inte med i figuren. Antal operationer per patient varierade mellan en och 23. Drygt hälften (52 %) hade bara blivit opererade en gång för sin infektion medan 12 % hade blivit opererade mer än tre gånger. Man

Typ av infektion
totalt 2 527 patienter

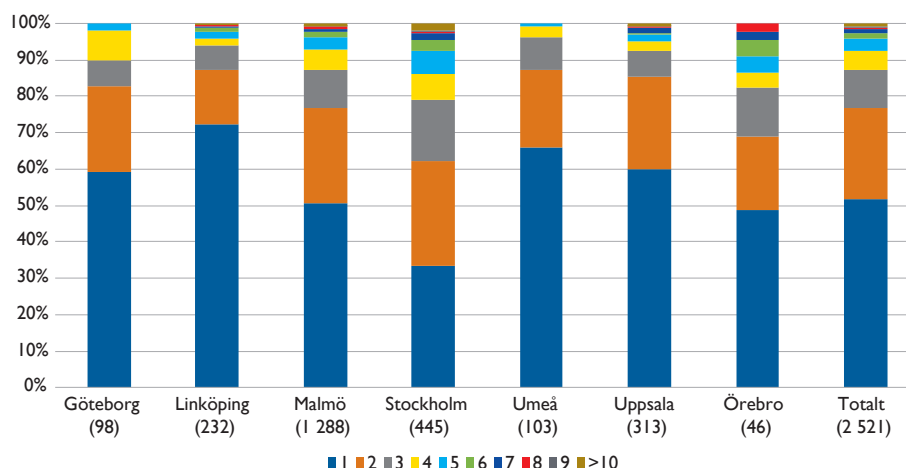


■ Paronyki (62) ■ Kutan eller subkutan inf (1 183)
■ Senskideinf (646) ■ Artrit (636)

Figur 19. Andelar av olika typer av handinfektioner (%). Siffrorna inom parentes anger antal.

ser en del skillnader mellan regionklinikerna, men det är svårt att göra en säker analys. Malmö hade registrerat klart flest operationer.

Antal operationer per patient med handinfektion
totalt 2 521 patienter



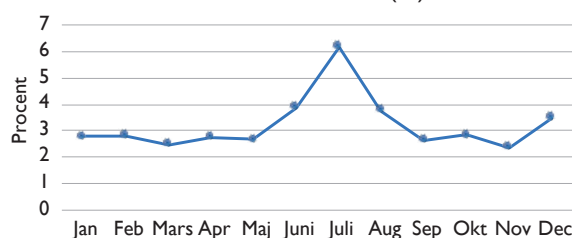
Figur 20. Andelar av antalet operationstillfällen per patient med handinfektion. Antal operationer per regionklinik och totalt inom parentes. Privata enheter hade endast registrerat enstaka fall och finns ej med i figuren.



HUR MAN KAN LURAS MED STATISTIK?

Det är en vanlig uppfattning att infektioner är vanligare under den så kallade "rötmånaden" i augusti. Om man ser till antal operationer för infektion per månad så ser man ingen skillnad mellan årstiderna, det var i medeltal mellan 27 och 34 sådana operationer per månad. Om man istället relaterar till totalt antal operationer per månad så är det dubbelt så vanligt med operation för infektion under sommarmånaderna, se Figur 21. Detta beror säkerligen mest på att vi opererar så mycket färre fall generellt under sommaren. Jämför med kurvan i figur 3 ovan som visar antal operationer per månad. Personal som arbetar under sommaren kan kanske därför uppleva att det är fler infektioner just då. Frågan om infektioner är vanligare under de varma månaderna kvarstår alltså och analysen skulle behöva mer avancerad statistik än vad som är möjligt i denna årsrapport.

Andel infektionsoperationer av alla operationer 2010-2020 (%)



Figur 21. Antal operationer för en handinfektion, oavsett om primär eller postoperativ per månad under 2010 - 2020 delat med totalt antal operationer per månad under samma period (%). Totalt 126 979 operationer, varav 3 856 operationer för handinfektion. Obs! Se texten för tolkning av figuren!

Förbättringsaspekter

Handinfektioner kan orsaka betydande invaliditet hos våra patienter. Registreringen i HAKIR kan troligen förbättras ytterligare. Ingreppen sker ofta på jourtid då alla registreringsrutiner kanske inte är på plats. En infektionskod kan också "hänga" med lång tid efter en aktuell infektion, när man kanske åtgärdar sena effekter av infektionen. Vi vill uppmana till särskild noggrannhet

vid registrering av postoperativa infektioner så att uppgifterna är så korrekta som möjligt. Infektioner är vanliga operationsfall och kan kräva stora resurser vid upprepade kirurgi. Det verkar inte finnas full konsensus kring hur många gånger en handinfektion, exempelvis en tendovaginit, behöver revideras operativt.



Kvalitetsindikatorer

En kvalitetsindikator är en "mätbar egenskap eller omständighet som kan användas för att kvantitativt uttrycka kvalitetsnivån hos någon del av en verksamhet" (Nationalencyklopedin).

Det är inte helt lätt att ta fram relevanta och mätbara indikatorer för vårdkvalitet inom handkirurgi eftersom vår specialitet omfattar så många olika typer av diagnoser och behandlingar och patienter i alla åldrar. Det varken räcker, eller är relevant, enbart med mått som patientöverlevnad eller revisionsfrekvens av ledprotes. Kvalitetsarbete baserat på register måste vara datadrivet, dvs innehålla mätbara variabler som kan följas över tid. För att bli accepterad och använd måste en indikator vara väl förankrad ute i verksamheterna och kännas relevant för våra patienter. Vi behöver hjälpas åt nationellt och mellan professionerna för att ta fram fler kvalitetsindikatorer för HAKIR.

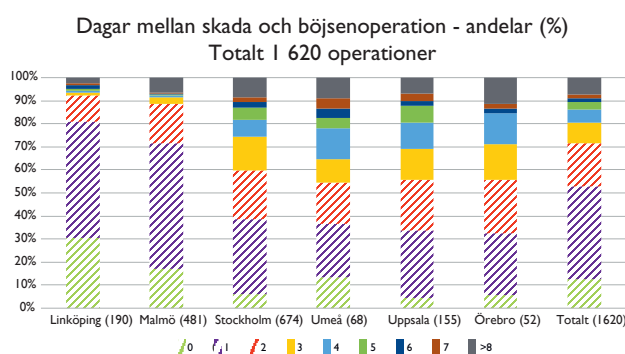
Redan till årsrapporten för 2017 tog vi fram åtta tänkbara kvalitetsindikatorer, två så kallade processmått (återger vad som görs i vården) och sex resultatmått (speglar vårdens effekter på hälsa och välbefinnande). De två processmått, täckningsgrad i HAKIR och tid från skada till operation för böjsenskador följs nu i automatgenererade månadsrapporter till enheterna och finns även på Vården i Siffror (www.vardenisiffror.se). Resultatmått, som till stor del baserades på resultat från patientenkäten, upplevde vi antingen som för ospecifika (bemötande under vårdtiden) eller för "smala" (minskade besvär av domningar efter karpaltunnelsklyvning). Flera hade antingen för få svar, för stor spridning eller "takeffekter" (dvs för många höga värden). HAKIR har inte fått någon återkoppling från enheterna kring indikatorerna och vår slutsats är att de behöver utvecklas ytterligare för att kännas relevanta. Under 2021 skall vi fokusera på att öka användningen av registerdata för förbättringsarbeten på enheterna och vi kommer att försöka ta fram fler och bättre kvalitetsindikatorer. Vi har stora förhoppningar på den nya upplevelseenkät (PREM) som vi startat som pilot under april 2021, se sid 27.

TID MELLAN SKADA OCH OPERATION FÖR BÖJSENSKADOR (PROCESSMÅTT)

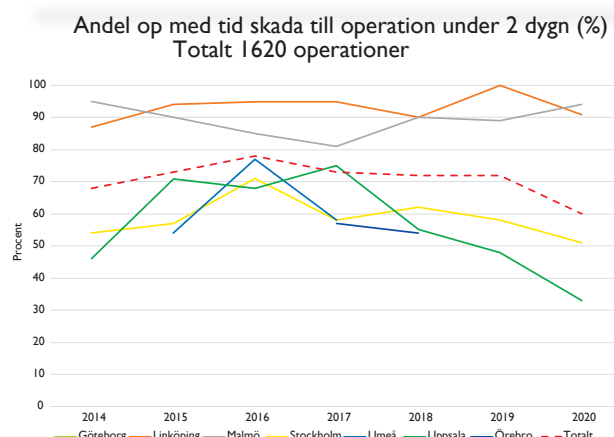
Totalt sedan start fanns 1 945 böjsenoperationer i utökad registrering, men för 213 saknades tyvärr skadedatum. För 111 operationer var tid mellan skada och operation mer än 14 dagar, dessa exkluderas ur beräkningen. Återstår 1 620 operationer vilka redovisas i figur 22. Minst 90 % av böjsenskadorna på regionklinikerna i Malmö och Linköping

hade opererats inom två dygn, men bara 50 – 60 % på övriga regionkliniker. Medelvärde för alla operationer var 71,4 %. Uppsat mål värde är att minst 75 % skall ha opererats inom två dygn.

Figur 23 visar utveckling av processmättet mellan 2014 och 2020. Malmö och Linköping ligger stabilt högt under hela perioden, medan vi ser ytterligare försämring för Stockholm och Uppsala under pandemiåret 2020. Umeå och Örebro hade alltför få registreringar för att redovisa data vissa år. Nedan följer ett försök till förklaring av de nationella skillnaderna utifrån data i HAKIR.



Figur 22. Tid mellan skada och operation för 1 620 böjsenskador på de deltagande regionklinikerna. Fördelning mellan antal dagar (%). Antal operationer inom parentes. Streckade fält anger tider inom målvärdet (högst två dygn). Alla tider över 14 dagar har exkluderats i figuren.



Figur 23. Utveckling mellan 2014 och 2020 för processindikatorn tid från skada till operation för böjsenskador. Andel operationer inom målvärdet högst 2 dygn per år (%). Streckad kurva anger medelvärde totalt. Några enheter har vissa år för få registreringar för att visas.



NÄR UNDER VECKAN INTRÄFFAR BÖJSENSKADOR OCH NÄR OPERERAS DE?

I figur 24 visas fördelningen mellan veckodag när skadan inträffade för 1 732 patienter med böjskada i fingrar (zon I-II). Skada på en lördag var vanligast (17 %), följt av fredag (15 %). Övriga veckodagar var lika vanliga. Nästan hälften (45 %) av böjskadorna inträffade fredag till söndag.

I figur 24 visas också vilka veckodagar som dessa skador hade opererats. Flest operationer hade gjorts på måndagar och tisdagar (41 %). Varje helg skapas alltså ett överskott på 14 %, vilket kan förklara att målvärdet inte uppnås.

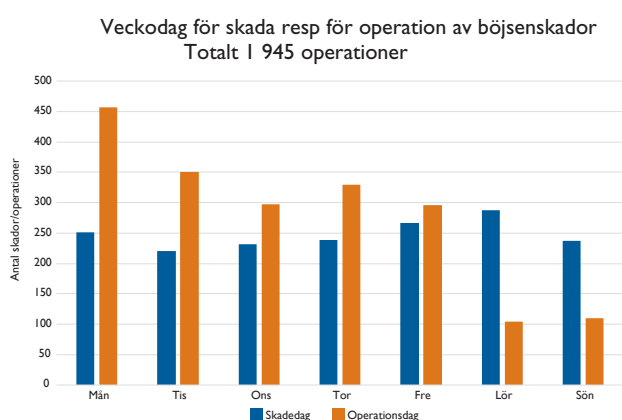


Fig 24. Veckodag när böjskador sker (blå staplar) respektive när de opereras (röda staplar).

OPERATIONER UNDER HELGTID

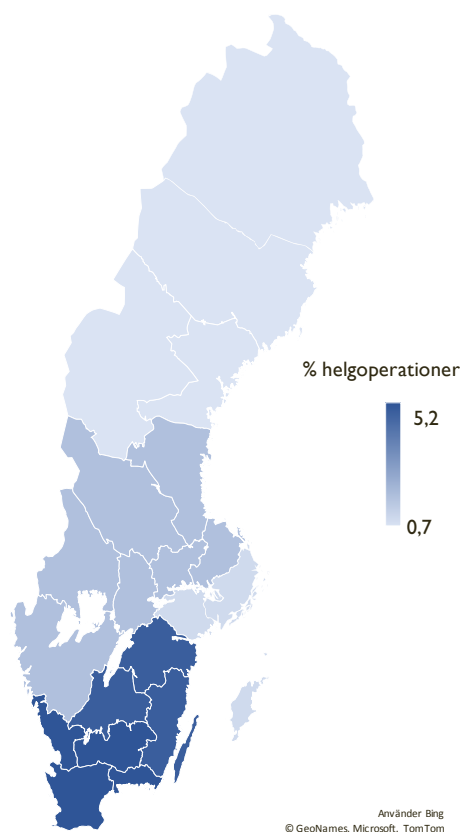
Utförda operationsdatum har andel av alla operationer (inte bara böjsenoperationer) som utförts på en helgdag på respektive enhet tagits fram. Av totalt 118 123 operationer hade 3 728 utförts på helgtid (3,2 %).

Som väntat hade nästan inga helgoperationer utförts på de privata enheterna, med undantag för fyra helgdagar (25 operationer) på Göteborg Hand Center under 2020 och en helgdag (20 operationer!) på Movement Halmstad under 2019. Registerhållaren vet inte om detta är köstastningar eller felregistreringar.

Figur 25 visar andel helgoperationer indelat efter sjukvårdsregion och totalt antal operationer (Örebro-Uppsala ingår i samma sjukvårdsregion). Lägst andel helgoperationer hade Umeå (0,7 %) och Stockholm (1,0 %) och högst andel Malmö (5,2 %) och Linköping (4,9 %). Det visar sig alltså att de två regionkliniker som bäst klarar målet att operera böjskador inom två dygn också är de som har högst andel helgoperationer, Linköping och Malmö.

Specifikt för böjskadorna hade endast 12 % opererats under helgtid i hela materialet. I Malmö hade dock var fjärde böjskada opererats under helgtid (25 %) och i Linköping var femte (21 %). Ytterst få var opererade under

Andel helgdaysoperationer / totalt antal registrerade operationer (%)
Totalt 118 123 operationer



Figur 25. Andel operationer utförda på en helgdag / totalt antal registrerade operationer per sjukhusregion för respektive specialistklinik (%). Data för Örebro och Uppsala är sammanslagna då de tillhör samma sjukvårdsregion. Totalt 118 123 operationer mellan 2010 - 2020. Data för de privata enheterna är inte med i figuren.

helgtid på övriga kliniker, Uppsala 9,3 %, Örebro 5,9 %, Umeå 4,8 % och i Stockholm endast 0,4 %.

Åter behöver det påpekas att registreringar under helgtid kan ha missats, men det är bestickande hur väl dessa siffror stämmer med utfallet för kvalitetsindikatorn. För att förbättra resultatet för vårt processmått behöver alltså troligen operationer göras under helgtid i högre utsträckning. Om detta är motiverat ur ekonomisk eller medicinsk synvinkel är en annan fråga. Nedan kommer några analyser för att belysa detta.

HAR NÅGRA DAGARS FÖRDRÖJNING AV OPERATION AV BÖJSENSKADOR NÅGRA KONSEKVENSER FÖR VÅRDKVALITETEN?

För att svara på denna fråga krävs vetenskaplig metodik med omfattande statistisk analys så att alla andra faktorer som eventuellt kan påverka ett slutresultat, såsom skadetyp,



utförd kirurgi och rehabilitering samt patientberoende faktorer vägs in. Sådana studier pågår, men troligen behöver vi samla in ännu mer registerdata innan vi vet säkert. Nedan kommer en enklare redovisning som därför bör tolkas med stor försiktighet.

A. Patientupplevt resultat efter böjsenskada

Figur 26 visar hur 395 patienter med böjsenskada på de olika klinikerna i medeltal graderat sitt operationsresultat (fråga 9 i patientenkäten) tre månader efter operation. Det var för få enkätsvar från Umeå (elva svar) och Örebro (två svar) för att redovisa. Vi ser inga tydliga skillnader mellan regionklinikerna. Nöjdhet angavs i medeltal till 74 %. Det blir intressant att se data om några år när vi har fler enkätsvar för analysen. Det skall också observeras att patienter som reopereras för en komplikation inom tre månader inte får enkät och därigenom inte tillfälle att svara.

B. Fingerrörlighet efter böjsenskada

Att återfå god rörlighet i fingrets leder är förstås ett viktigt mål vid behandling av böjsenskador. I figur 27 visas total aktiv rörlighet (TAM) för MCP-, PIP- och DIP-led i det skadade fingret tre månader efter operation. Värdena tycks ligga något lägre för Stockholmspatienterna, men även här behövs mer data och mer detaljerad analys för att säkert säga att det inte beror på slumpvariation. Observera också att reopererade patienter som t ex fått en senruptur inte heller finns med i dessa mätdata. Medelvärdet för rörlighet var 197 grader, vilket anges som "fair" enligt Stricklands klassifikation. Alla enheterna låg inom detta intervall vid tre månader. Ytterligare förbättring av rörligheten sker under första året, se även böjsenavsnittet i denna årsrapport.

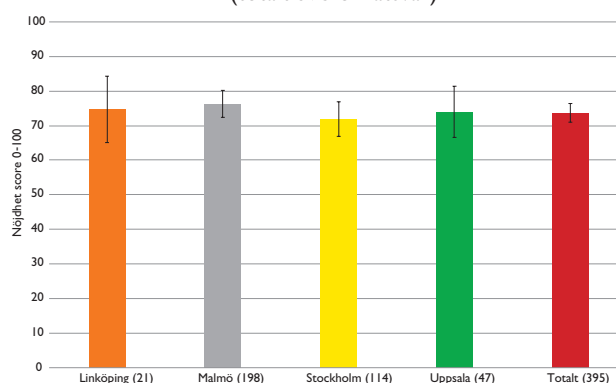
C. Komplikationer efter böjsensutur

Den kanske allra viktigaste kvalitetsaspekten för böjsenskador är att undvika postoperativa komplikationer. En ruptur orsakar stora obehag för patienten med en ny operation samt förlängd rehabilitering och sjukskrivning med högre kostnader för samhället. Slutresultatet blir också ofta sämre efter en ruptur.

Tyvärr har det varit svårt att få fram en helt tillförlitlig rapportering av senrupturer i HAKIR. Vi kan ta fram antal reoperationer, men i data framgår inte alltid vilken sena som gått av, ifall patienten skadat flera fingrar. Registreringen av reoperationer har också varit bristfällig vid vissa enheter, vilket tidigare påpekats.

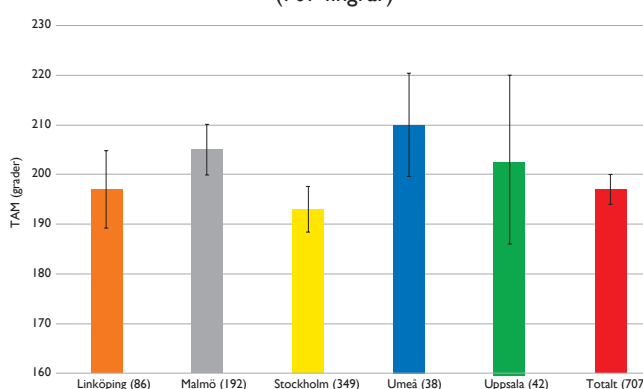
För totalt 1 814 patienter opererade för böjsenskada hade 393 reoperationer (22 %) utförts på 289 patienter, se figur 28. En reoperation definieras här som en operation utförd i samma hand efter datum för primär sensutur.

Nöjdhet med operationsresultat 3 mån efter operation
(totalt 395 enkätsvar)



Figur 26. Medelvärde för enkätsvar på fråga 9 i HAKIR enkäten: Hur upplever du resultatet av din operation? 0= Mycket missnöjd; 100=Mycket nöjd. Antal svar inom parentes. Totalt 395 enkätsvar, men mycket få svar från Örebro och Umeå varför dessa kliniker inte är med i figuren. Felstaplarna visar 95% konfidensintervall.

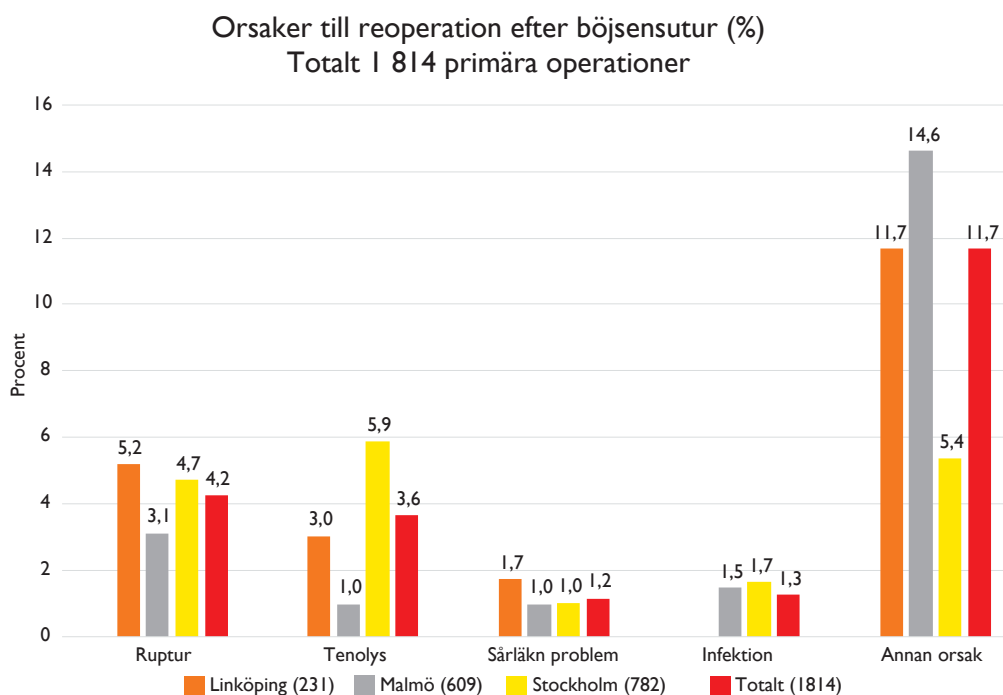
Aktivt totalt rörelseomfång - TAM (MCP + PIP + DIP leder)
3 månader efter böjsensutur
(707 fingrar)



Figur 27. Totalt aktivt rörelseomfång (TAM) i MCP-, PIP- och DIP- led i skadat finger tre månader efter böjsensutur. Antal mätningar per enhet inom parentes. Tumsenor är inte med i figuren. Felstaplarna visar 95% konfidensintervall. Normalt värde för TAM i fingrar är 260 grader.

Tyvärr har många reoperationer registrerats som "primär operation" och orsak till reoperation har ej angivits. Från operationskod vid reoperation framgår t ex att 16 patienter opererats med artrodes, 13 med karpaltunnelsklyvning, fyra med amputation och fyra med pulleyrekonstruktion. Ytterligare komplikationer kan dölja sig bland reoperationerna. Man kan misstänka felregistreringar avseende rupturer, eftersom sentransplantation eller inläggning av silikonstav gjorts vid vissa reoperationer utan att man registrerat som senruptur. I vissa fall kan också reoperationen inte direkt vara relaterad till böjsenskadan.

Från registerdata i figur 28 verkar rupturer och tenolys vara något vanligare i Stockholm och Linköping än i Malmö, men vi behöver bättre registreringar av reoperationer för att veta säkert.



Figur 28. Andel registrerade reoperationer för totalt 1 814 primära böjsensuturer (%). Som reoperation räknas en utförd operation i samma hand efter datum för primär böjsensutur. Oklart vad som ingår i "Annan orsak". Se mer förklaring i texten.

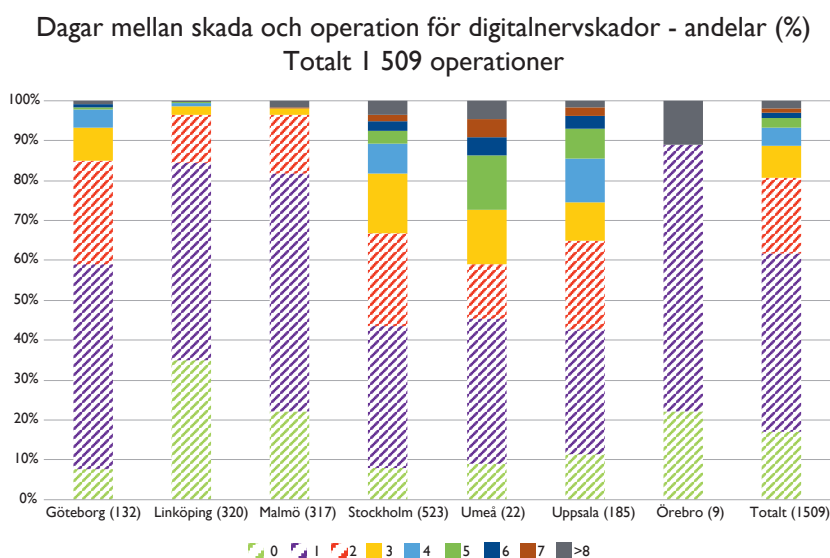
Sammanfattningsvis har vi än så länge ingen säker evidens för att några dagars fördröjning ger sämre resultat efter böjsensutur, men vissa data tyder ändå på att så är fallet och mer data behöver samlas in.

NYA TÄNKBARA KVALITETSINDIKATORER

Tid skada till operation för digitalnervskador

En annan mycket vanlig handskada är digitalnervskada, ofta i kombination med böjsenskada. I HAKIR fanns 4 253 operationer där huvuddiagnos var digitalnervskada. För 1 653 av

dess fanns skadedatum. 43 operationer hade tider över 14 dagar och exkluderas från beräkningen nedan. Medelvärde för tid mellan skada och operation för de återstående 1 509 operationerna var 1,7 dagar och 80,6 % hade blivit opererade inom två dygn. Således något bättre siffror än för böjsenskadorna, men mycket få registreringar från vissa kliniker, vilket kan påverka medelvärdet. Intressant är att vi ser precis samma mönster som för böjsenskadorna (se figur 29). Regionkliniker i Malmö och Linköping opererar nästan alla dessa skador inom två dygn, medan övriga regionkliniker har betydligt lägre andelar.



Figur 29. Tid mellan skada och operation för 1 509 digitalnervskador. Fördelning mellan antal dagar (%). Antal operationer inom parentes. Streckade fält anger tider inom två dygn. Alla tider över 14 dagar har exkluderats i figuren.



Andel utförda operationer av digitalnervskador under helgtid ser också mycket liknande ut som för böjsenskadorna. I medeltal opererades en av tio skador (10 %) under helgtid, men med stor variation mellan enheterna. I Linköping 25 %, Malmö 21 %, Göteborg 21 %, Uppsala 8,0 %, Örebro 2,0 % (men få registreringar) och i Stockholm och Umeå bara 0,9 %, dvs mindre än en av hundra digitalnervskador opererades under helgtid på dessa två enheter.

Digitalnervskador inträffade mest frekvent på en måndag (16 %), därefter tisdag, torsdag, lördag eller söndag (vardera 15 %) och minst frekvent på en onsdag eller fredag (13 %). Enda relevanta slutsatsen av detta är nog att dessa skador kan ske närsomhelst och i olika miljöer, både på arbete och på fritiden, exempelvis i köket eller i hemmaverkstaden.

Tid från skada till operation av nervstamsskador

Avskärningar av ulnaris- och medianusnerv är allvarliga skador som orsakar stor invaliditet. Tidig reparation av nerven anses viktigt för slutresultatet. Det fanns 479 operationer med huvuddiagnos medianus- eller ulnarisnervskada registrerade, men skadedatum fanns bara för 177 operationer. 21 reoperationer och seans-operationer exkluderas här.

Dessa 177 patienter hade opererats för sin skada efter i medeltal 1,4 dagar (exkluderat tider >14 dagar). Alla nervstamsskador på regionkliniken i Linköping (38 st) och Malmö (30st) hade opererats inom två dygn. I Stockholm hade 71 % (30 av 42) och i Uppsala 62 % (18 av 29) opererats inom två dygn. För övriga enheter var antalen för

små för uträkning. I nuläget är antalet registrerade operationer för nervstamsskador för lågt för att kunna användas som kvalitetsindikator, men värdet kan kanske ändå vara intressant för den enskilda kliniken att följa.

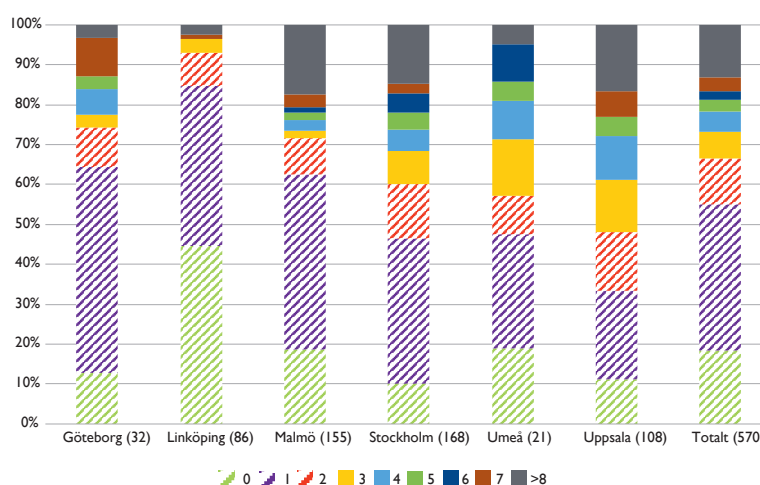
Tid från skada till operation av öppna frakturer

Figur 30 visar tid från skada till operation för öppna frakturer i fingrar och metakarpalben. Här har variabeln "Intakt hud = nej" använts för urvalet. Dessa skador hade opererats inom två dygn i 90 % vid regionkliniken i Linköping, i drygt 70 % i Göteborg och Malmö, men endast i 50-60 % i Stockholm, Umeå och Uppsala. Örebro hade för få registreringar för att redovisas.

Patientupplevelsefrågor som kvalitetsindikatorer

En ny patientupplevelseenkät (PREM) har börjat testas under 2021 och innehåller tio frågor, se tabell 3. Enkäten skickas ut digitalt via I 177 tre veckor efter operation, när patientens upplevelse fortfarande är färsk. Vi har hämtat frågorna från de sju dimensionerna i Nationella Patientenkäten (NPE) och har kompletterat med två mer specifika frågor för handkirurgisk verksamhet, postoperativ smärtlindring och operation inom rimlig tid. Troligen kommer vi att dela in svaren i fyra grupper, se tabell 3. Utvärdering efter pilotprojektet kommer att ske i en nationell arbetsgrupp och frågorna kan då komma att ändras något. Vi tror att den nya PREM enkäten kommer att ge oss bra data för kvalitetsindikatorer, men det kräver förstås att vi får en tillräckligt hög svarsfrekvens.

Dagar mellan skada och operation för öppna handfrakturer - andelar (%)
Totalt 570 operationer



Figur 30. Tid mellan skada och operation för 507 öppna frakturer i falanger och metakarpalben. Urval efter variabeln "Intakt hud = nej", åtgärds-koder för osteosyntes och diagnoskod för fraktur. Fördelning mellan antal dagar (%). Antal operationer inom parentes. Streckade fält anger tider inom 2 dygn.



Fråga i HAKIR PREM-enkät	Dimension NPE	Typ av kvalitetsmått	HAKIR gruppering
1. Var personalen insatt i dina tidigare kontakter med vården i den utsträckning du önskade?	5. Kontinuitet och koordinering	Resultatmått	Information /delaktighet
2. Vid ditt besök, togs ett beslut om nästa steg i din vård/behandling?	5. Kontinuitet och koordinering	Resultatmått	Information /delaktighet
3. Var du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskade?	3. Delaktighet och involvering	Resultatmått	Information /delaktighet
4. Fick du tillräckligt med information om din vård/behandling?	6. Information och kunskap	Resultatmått	Information /delaktighet
5. Fanns det utrymme för dig att ställa de frågor du önskade?	3. Delaktighet och involvering	Resultatmått	Information /delaktighet
6. Upplevde du att du blev opererad inom rimlig tid?	7. Tillgänglighet	Processmått	Väntetider
7. Var smärtlindringen du fick med hem efter operationen tillräcklig?	Saknas i NPE	Resultatmått	Smärtlindring
8. Bemötte personalen dig med medkänsla och omsorg?	2. Emotionellt stöd	Resultatmått	Förtroende/bemötande
9. Kände du förtroende för den vårdpersonal du träffade?	4. Respekt och bemötande	Resultatmått	Förtroende/bemötande
10. Skulle du rekommendera mottagningen/enheten till någon i din situation?	1. Helhetsintryck	Resultatmått	Förtroende/bemötande

Tabell 3. Ny patientupplevelseenkät (PREM) för HAKIR. Testas i pilotprojekt under 2021. Svarsalternativ 1=Nej, inte alls till 5= Ja, helt och hållet. Frågorna följer mall från Nationella patientenkäten (NPE).

Förbättringsaspekter kvalitetsindikatorer

I analyserna ovan ses genomgående att akuta skador; senskador; nervskador och öppna frakturer opereras tidigare vid regionklinierna i Malmö och Linköping än på övriga regionkliniker. Det är rimligt att anta att möjlighet att operera på helgdagar kan vara en förklaring till skillnaderna.

En gammal regel för kirurgisk sårvård är att sår skall slutas senast inom två dygn. Anledningen är att ett sår snabbt koloniserar av bakterier; vilket kan öka risken för infektion. Det finns även andra potentiella risker med fördröjd operation av böjsenskador; nervskador och frakturer. Senändar och nervändar kan glida tillbaka så mycket att det kan vara svårt att sy ihop dem och frakturer kan bli svårare att reponera.

I flera delar av landet sutureras sårskador direkt på akut-mottagningen och telefonkontakt tas sedan med handkirurgisk klinik, där patienten oftast ses efter en till två dagar. Om skadan skett en fredag, blir operation oftast först tisdagen efter, dvs tidigast efter tre dagar. Eftersom huden redan är hopsydd anses skadan inte längre som öppen och prioritet blir ofta att åtgärda skadan inom en vecka. Genom denna logistik uppkommer längre ledtider än om patienter med alla typer av akuta skador direkt skickas till den handkirurgiska regionkliniken.

Helgoperationer är resurskrävande och en viktig fråga är förstås om fördröjning på några dagar har betydelse för slutresultatet efter skadan. I den enkla analysen ovan ser vi antydande skillnader i resultat, men en mycket mer noggrann analys och mer data behövs. För att kunna identifiera eventuella skillnader i resultat orsakade av fördröjd operation, måste hänsyn tas till flera andra faktorer; som skadans svårighetsgrad, utförd kirurgi, rehabiliteringsprogram samt patientberoende faktorer som ålder; kön och följsamhet till vårdprogram. Detta kräver stora datamaterial.

Kanske är det inte motiverat att operera mindre handskador som böjsenskador och digitalnervskador under helgtid, men samma regler och resursfördelning borde gälla i hela landet. Väntetiden mellan skada och operation är hursomhelst relevant för den enskilde patienten. Prioriteringen av akuta handskador verkar inte enhetlig nationellt. Vi skulle behöva diskutera detta inom specialiteten.

Att ta fram kvalitetsindikatorer är ett arbete som hela specialiteten behöver göra tillsammans och i samarbete med våra patienter. Pandemin påverkar allt nätverksarbete negativt, men vi hoppas kunna komma igång senare under 2021.

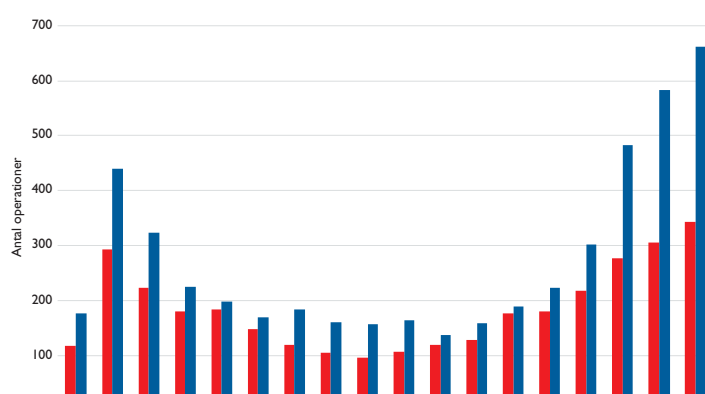


Barnhandkirurgi

I HAKIR fanns totalt 8 262 operationer på barn 0 - 18 år registrerade, vilket var 6,5 % av alla operationer. Ålders- och könsfördelning visas i figur 31. Manligt kön dominerade i alla åldersgrupper, framförallt från tonåren och uppåt. För hela gruppen var 59,7 % av manligt kön, mellan 0 och 2 år 59,7 % och mellan 12 och 17 år 61,9 %.

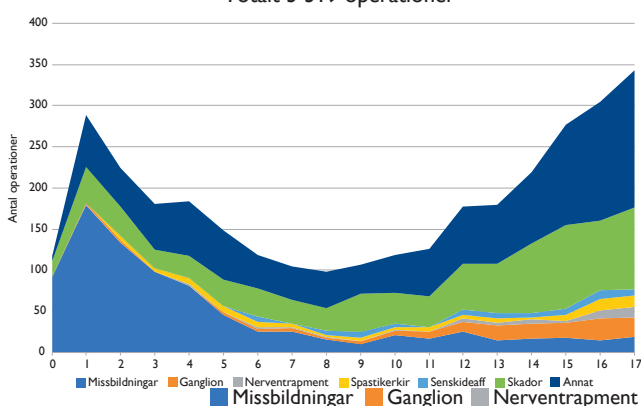
Diagnosgrupper för barnoperationerna visas i figur 32. Man ser en stor andel skador hos pojkar i tonårsåldern. Ganglieoperationer tycks vara vanligare hos tonårsflickor än hos pojkar i samma ålder.

Köns- och åldersfördelning för 8 262 operationer på barn 0-17 år

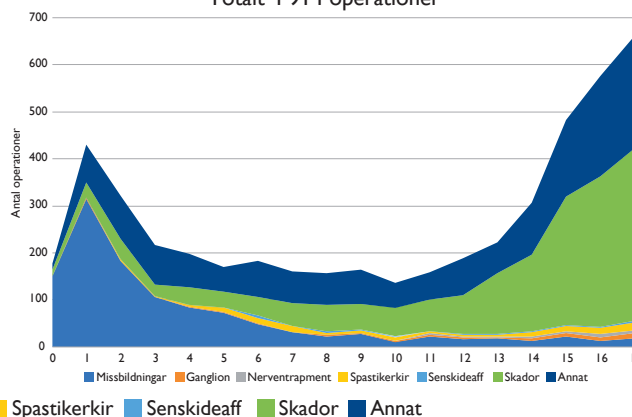


Figur 31. Köns- och åldersfördelning för registrerade operationer på barn (0-17 år) i HAKIR.

A Diagnosgrupper per åldersgrupp - flickor/kvinnor
Totalt 3 319 operationer



B Diagnosgrupper per åldersgrupp - pojkar/män
Totalt 4 914 operationer



Figur 32. Fördelning mellan diagnosgrupper och åldrar för flickor (A) respektive pojkar (B). I gruppen spastikerkirurgi kan felaktigt finnas botulinumtoxininjektioner. Senskideklyvningar före fem års ålder har lagts i gruppen missbildningskirurgi. I gruppen "Annat" finns diagnoser och operationer som inte säkert kunde klassificeras.

MEDFÖDDA AVVIKELSER

I 867 operationer på 1 495 barn hade diagnoskod för en medfödd handavvikelse, 22,6 % av alla barnoperationer. Även här dominerade manligt kön (60,0 %). Tyvärr tillåter diagnoskoderna ingen mer noggrann sammanställning av olika typer av avvikelser. Om fler enheter börjar använda utökat diagnosformulär (HAKIR 12) kan vi få mer detaljerad information, se beskrivning nedan. 38 % av barnopera-

tionerna i denna redovisning hade gjorts i Stockholm, 16 % vardera i Göteborg och Malmö, 12,0 % i Uppsala, 10,0 % i Linköping, 4,0 % i Umeå och 3,0 % i Örebro. Göteborg har en hög andel med tanke på att de inte varit med under hela perioden. För de två senare klinikerna har täckningsgraden varit bristfällig och troligen utförs fler missbildningsoperationer än de som registrerats.



Triggertumme (500 operationer) – ”låst tumme”

Låst böjsena i tummen, så kallad triggertumme, är en vanlig diagnos och senskideklyvningar utgjorde 6,0 % av alla barnoperationer mellan 0 och 17 år, 500 operationer. Det tvistas i vetenskapliga sammanhang kring om triggertummar är ett medfött tillstånd eller ej, eftersom symptomen visar sig först vid två till tre års ålder. Ålder vid operation visas för alla enheterna i figur 33. 77 % av operationerna gjordes före sex års ålder; median var tre år. Könsfördelningen var jämn för de små barnen, medan det var fler flickor i gruppen över fem år. Dessa fall är troligen inte kongenitala triggertummar utan andra typer av senskideklyvningar. Engagemang av höger och vänster hand var ungefär lika vanligt. Andelen bilaterala fall var 15 %, men högre för de små barnen. I 12 % hade båda tummarna opererats samtidigt, medan 15 barn (3,0 %) först hade opererats i ena tummen, sedan i den andra.

Fig 34 visar ålder för operation för några av de vanligare medfödda handavvikelserna. I figuren ingår även reoperationer. Vi ser lite olika mönster för olika avvikelser.

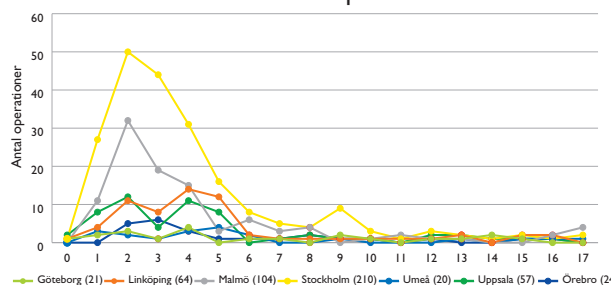
Polydaktyli (456 operationer) – ”för många fingrar”

249 av polydaktylierna var ulnara (på lillfingersidan) och 207 radiallya (på tumsidan). Stjälkade ulnara extrafingrar tas på de flesta kliniker bort i spädbarnsåldern i lokalanestesi. Ibland görs detta på en operationsavdelning, men ibland på mottagningen. I Stockholm har man gått över till att efter lokalbedövning på mottagningen sätta ett metallklips runt stjärken på fingeranlaget och sedan låta det torka in och falla av. Dessa fall försvinner alltså från statistiken i HAKIR. De flesta ulnara polydaktylier hade åtgärdats före ett års ålder; medan de radiallya, som ofta kräver mer komplicerad kirurgi opereras lite senare, mellan ett och två års ålder (se figur 34). Av de ulnara polydaktylierna hade bara 4,0 % opererats mer än en gång, medan 18 % av de radiallya hade reopererats.

Syndaktyli (382 operationer) – ”fingrar som inte delat sig i fosterlivet”

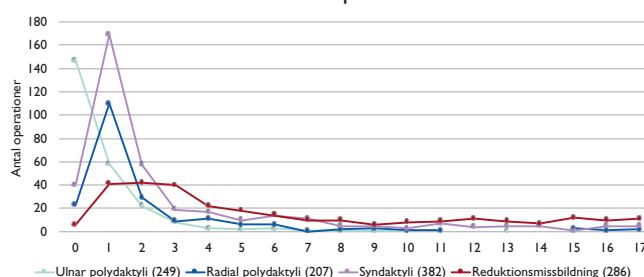
På grund av låga antal räknar vi även med polysyndaktylier i denna grupp. Syndaktylier opereras oftast kring ett års ålder. 184 av 286 barn med syndaktyli var opererade mer än en gång (64 %), en hög siffra som kan kräva en närmare analys. 25 var registrerade som seansoperationer och 77 som reoperationer. Av de senare var tio postoperativa komplikationer; två infektioner; fyra hudnekroser och fyra adherensproblem. I 34 fall var det omläggningar; sårrevisioner eller stiftextraktion. I flera fall kan det vara så att mer komplicerade avvikelser än själva syndaktylin orsakade reoperationerna.

Ålder vid op av triggertumme
Totalt 500 operationer



Figur 33. Ålder vid operation av triggertumme per region/klinik. Antal registrerade operationer inom parentes.

Ålder vid operation av medfödd handavvikelse
totalt 1 124 operationer



Figur 34. Ålder vid operation för fyra grupper av medfödda handavvikelser. Totalt antal per grupp inom parentes.

Reduktionsmissbildning (286 operationer) – ”avsaknad av delar av hand / arm”

Operationer för 81 radiallya, 16 ulnara, 25 centrala och 79 andra reduktionsmissbildningar var registrerade. Pollicisation hade utförts vid 33 operationer; från ett till nio års ålder (medel 3,4 år), elva vardera i Malmö och Stockholm, fyra i Göteborg, tre i Örebro, två i Uppsala och vardera en i Linköping och Umeå. Det skall påpekas att enheterna inte deltagit i HAKIR lika länge och dessutom att barnoperationer kan ha utförts på externt barnsjukhus och kanske inte registrerats korrekt i HAKIR.

Ålder vid operation av reduktionsmissbildningar varierade mer än för övriga grupper; se figur 34. Många barn (53,1 %) var opererade flera gånger. Det kan säkert i flera fall röra sig om planerade seansoperationer; även om 74 % av operationerna var registrerade som primära operationer.

Nytt diagnosformulär för medfödda avvikelser - HAKIR 12

Det nya formuläret öppnades för registreringar under 2020, men har hittills bara använts i Stockholm (120 registreringar) och Linköping (3). Förhoppningsvis ansluter övriga regionkliniker också inom kort. Syftet med det nya formuläret är att samla erfarenhet om sällsynta avvikelser. Ett samarbete med Norge, Danmark, Finland och Hamburg,



kallat CULA North (Congenital Upper Limb Anomalies) pågår sedan något år och variablerna i HAKIR-formuläret är anpassade för att vi i framtiden ska kunna lägga ihop våra data och samla stora material för forskning och kvalitetsutveckling.

ICD-10 systemet är ospecifikt för medfödda avvikelser och vi har därför även lagt in den nya klassifikationen OMT (Oberg, Manske, Tonkin). Det är denna klassifikation som nu gäller internationellt. För att underlätta har vi gjort en lathund för OMT i form av en plansch som lämpligen kan skrivas ut och sättas upp på mottagningen. Planschen finns för nedladdning på vår hemsida. Under 2021 har även text lagts in i registret motsvarande varje OMT kod så att det direkt går att verifiera att rätt kod valts. En gratis mobil-app, kallad OMT Reference App, har utvecklats av kollega i Edinburgh och kan också ge hjälp av klassificeringen.

Under 2021 planerar vi även att utveckla ett formulär för operation av medfödda avvikelser, där man exempelvis kan ange operationsteknik vid syndaktylidening, val av sentransfer för opponensplastik eller teknik vid operation av tumpolydaktyli. Det finns troligen nationella skillnader i behandlingsmetoder. Vi behöver samla erfarenheter både nationellt och internationellt.

Ett uppföljningsprogram för de mer komplicerade avvikelserna, såsom radial och ulnar dysplasi, snörfåresyndrom och olika tillväxstörningar planeras också inom CULA North samarbetet. HAKIR kommer att kalla intresserade kolleger från regionklinikerna för att diskutera detta närmare. För att få ett uppföljningsprogram att fungera där barn skall följas långsiktigt krävs noggrann planering av rutiner på enheterna.

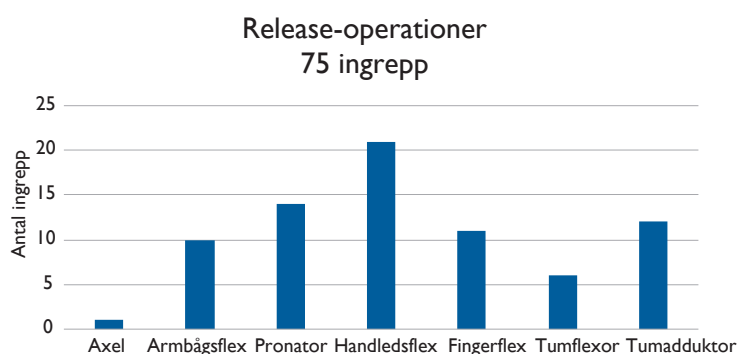
CEREBRAL PARES

Vi införde ett operationsformulär för cerebral pares för några år sedan, men fortfarande är det få registreringar. Det var totalt 56 operationer, varav 47 från Umeå och 9 från Stockholm. Botulinumtoxininjektioner skall inte registreras i HAKIR.

Patienterna var mellan 4 och 54 år gamla, medel 21,5 år; median 19,5. Könsfördelningen var ganska jämn med 30 pojkar/män och 26 flickor/kvinnor: 28 av de 56 deltog i CPUP, uppföljningsprogrammet för cerebral pares, uppgiften var okänd för 15. Vanligaste operationsindikation var att förbättra grovmotorik (45 operationer) följt av att förbättra handfunktion (39), att förbättra utseende (28) och att förbättra hygien eller minska smärta (18). Flera indikationer kan anges för samma operation.

Releaseoperationer visas i figur 35. I armbågen var det vanligast med z-förlängning av bicepssenan, men för handledsflexorerna var intramuskulär (fraktionerad) release vanligast. 20 sentransfereringar för handleden var registrerade, vanligast var Greens transfer FCU till ECRB (8), följt av ECU till ECRB (2). 20 selektiva perifera neurektomier (SPN) var registrerade, alla från Umeå. Dessa patienter hade alla bilateral spastisk eller ospecifierad CP subtyp, ingen hade unilateral CP. Medelålder var 22 (8 - 47) år.

Tyvärr fanns inga patientenkätsvar alls för de 56 operationerna. 16 var barn under 16 år; men för övriga kan bortfallet bero på att patienterna inte hade registrerats före operation och därmed inte fått någon postoperativ enkät. Detta är olyckligt och vi hoppas på förbättring av rutinerna.



Figur 35. Registrerade operationer i CP-formuläret i HAKIR avseende muskel-senförlängningar. Observera att flera ingrepp ofta görs vid samma operation.



Förbättringsaspekter

Den starka manliga dominansen för alla barnoperationer är intressant. Det är känt att vissa typer av medfödda avvikelser är mer vanliga hos pojkar och just det är kanske inget som kan påverkas. Den stora ökningen av handskador i tonåren för pojkar borde däremot kanske lyftas mer i debatten. Vad beror det på och kan informationsinsatser förebygga en del skador? Närmare studier av skademekanismer och samband när skadorna inträffade (transport, idrott, festande, andra fritidsaktiviteter etc) vore av värde. Vi kommer att införa orsakskoder i HAKIR senare under 2021 och hoppas att kodningen blir tillräckligt bra för att kunna analysera olika sådana faktorer i framtiden.

Tyvärr kan man misstänka att barnoperationer som utförs vid annan operationsenhet, exempelvis på barnsjukhus, inte alltid kommer med i HAKIR. Samtidigt är det ofta komplicerade och resurskrävande operationer som vi behöver följa upp inom specialiserad handkirurgi. Det är viktigt för regionklinikerna att kunna visa upp den högspecialiserade vården, dit barnhandkirurgin hör. Är det låga antalet av t ex pollicisationer korrekt så kan man undra om inte en del missbildningskirurgi skulle centraliseras till färre enheter. Vi får hoppas att så inte är fallet.

Vi hoppas också att alla regionkliniker snart börjar registrera medfödda avvikelser i HAKIR. Viss tidsåtgång krävs för att fylla i diagnosformulären vid nybesök, men för att möta våra patienter/familjers förväntningar på nationell samverkan och kunskapsutbyte kring dessa sällsynta tillstånd, behöver denna insats prioriteras. Det samma gäller för personer med cerebral pares. Vi gör ofta dessa ingrepp för att förbättra livskvalitet och minska upplevt funktionshinder. Det är därför viktigt att också följa upp om vi har lyckats. Våra operationskoder beskriver inte tillräckligt noga vilka ingrepp som görs vid CP och inte heller indikationer för ingreppen. Av denna anledning behövs det utökade operationsformuläret för CP-handkirurgi.

En patientenkät för barn behövs och HAKIR har funderat över detta en längre tid. Det mesta lutar just nu åt att använda den sk PROMIS-enkäten som finns i olika delar. Inom CULA North kommer denna enkät att användas. Tyvärr är den inte speciellt väl anpassad för svenska förhållanden och inte heller för just handkirurgi, men det finns ett värde i att använda samma enkät som redan används internationellt. Kolleger med intresse av att diskutera barnenkäter får mycket gärna höra av sig till registerhållaren.



Tumbasartros

UTÖKAD REGISTRERING

Samma enheter som tidigare år ingick i tumbasregistreringen under 2020, det vill säga Linköping, Stockholm, Umeå, Uppsala och Örebro. Det finns en del enstaka registreringar från övriga enheter. Det fanns 1 754 operationsformulär, 1 510 primära operationer och 244 reoperationer. Tyvärr saknades operationsformulär på ytterligare 432 patienter som hade blivit funktionsundersökta, flera av dem både före och efter operation.

Antal operationer per år och enhet visas i figur 36. Stockholm har registrerat ett successivt minskande antal tumbasoperationer; knappt hälften så många 2019 som 2011. Detta beror troligen på införande av vårdval för handkirurgi i länet. Övriga regionkliniker som deltar i utökad uppföljning registrerade ungefär samma antal per år. Undantag var förstås pandemiåret 2020 då alla regionkliniker utförde få tumbasoperationer. Endast 94 tumbasoperationer registrerades i den utökade registreringen jämfört med 164 under 2019.

Typ av senplastik

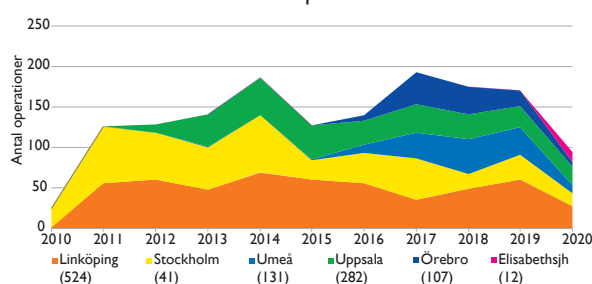
Liksom tidigare visat i HAKIR, använder enheterna olika operationsmetoder för tumbasartros, troligen på grund av sedan länge etablerade lokala traditioner; se figur 37. Trapezektomi utan senplastik blir generellt allt vanligare, men inte vid alla enheter. Vetenskapliga studier pågår där resultat för de olika operationsmetoderna skall jämföras. Det är extra viktigt med kvalitetsuppföljning när stora förändringar görs i behandlingsrutiner.

Det symptom som patienter med tumbasartros skattar högst före operation är belastningssmärta (HQ-8 fråga 1). Figur 38 visar individuell förändring av belastningssmärta ett år efter operation för 274 patienter. Förbättringen ligger kring 40 poäng, med viss variation mellan enheterna. Spridningen är dock stor med värden mellan minus 40 (stor försämring) och 100 (helt smärfria). Detta behöver studeras närmare och vi behöver fler kompletta enkätsvar före och efter operation. Varför bli vissa patienter inte smärfria?

Funktionsundersökningar

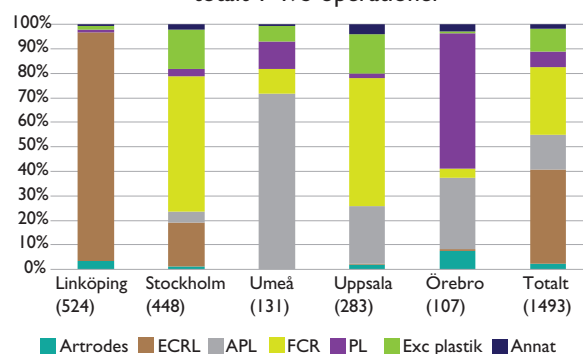
Totalt finns nu 3 067 funktionsundersökningar; 1 290 före operation, 1 098 efter tre månader och 679 efter ett år. På grund av pandemin under 2020 gjordes endast ungefär hälften så många funktionsundersökningar (142) jämfört med föregående år (283). Det är ändå imponerande att så många patienter har kunnat följas upp.

Antal registrerade operationer i utökad formulär för tumbasartros totalt 1 510 operationer



Figur 36. Antal registrerade tumbasoperationer i utökad formulär i HAKIR 2010 - 2020.

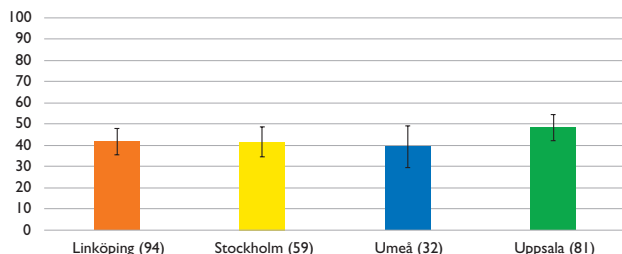
Andelar av operationsmetoder vid tumbasartros (%) totalt 1 493 operationer



Figur 37. Andelar av olika operationsmetoder vid de deltagande regionkliniker i utökad registrering (%). Antal operationer inom parentes. Exc plastik = trapezektomi utan senplastik. ECRL, APL, FCR och PL är olika typer av senplastik.



Individuell minskning av belastningssmärta (HQ-8 #1) ett år efter tumbasoperation
274 parade jämförelser

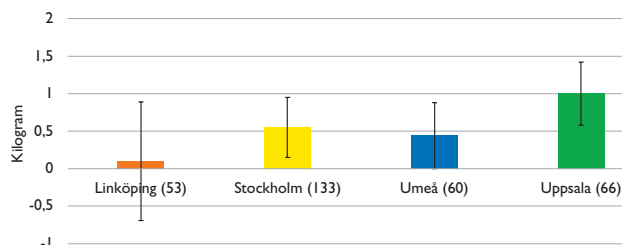


Figur 38. Individuell minskning av skattad belastningssmärta (HQ-8 #1) ett år efter operation jämfört med före. Score mellan 0-100. Värde före operation var 74,4, 74,7, 71,3 samt 73,6 för de fyra enheterna. Felstaplar visar 95 % konfidensintervall. Antal parade jämförelser inom parentes.

Som nämnt ovan så saknas utökat operationsformulär för många patienter som har funktionsundersökts. Sedan vi införde en pop-up som varnar för när utökat operationsformulär skall fyllas i har antal missade formulär minskat i Uppsala, Umeå och Örebro, men inte i Stockholm och Linköping. Från grundformuläret kan man ändå utläsa att minst 238 av de operationer där utökat formulär saknades var interpositionsplastiker, 29 excisionsplastiker och 15 protesoperationer. Vid fem operationer (tre i Stockholm, en i Linköping och en i Uppsala) hade en tumbasprotes tagits ut och ersatts med en senplastik. Alla dessa operationer borde istället ha registrerats i protesformuläret och som reoperation på grund av komplikation.

Det mest relevanta är att jämföra varje patients individuella resultat. Parvisa jämförelser före, respektive ett år efter operation för upplevd belastningssmärta visas i figur 38 och för pinchkraft i figur 39. Vi ser stor individuell varia-

Individuell skillnad i uppmätt pinchstyrka (kg) ett år efter tumbasoperation
316 parade jämförelser



Figur 39. Individuell förändring i pinchstyrka (kg) i tumpekfingergreppet i opererad hand efter ett år jämfört med före operation. Pinchkraft före operation var 4,6, 3,6, 4,0 respektive 3,7 kg för de fyra enheterna. Felstaplarna visar 95 % konfidensintervall. Antal parade mätningar inom parentes. Värden under noll betyder försämrad kraft.

tion både för upplevda besvär och för uppmätt pinchstyrka. Pinchstyrkan varierade mellan - 9,4 kg (stor försämring) och + 8,2 kg (stor förbättring). Dessa höga siffror gör tyvärr att felregistrering måste misstänkas. Medelförbättringen av kraften i pinchgreppet var inte imponerande, endast kring 0,5 kg. Uppsala-patienterna verkade ha fått bättre kraft, men återigen är spridningen stor, varför detta är osäkert.

GRUNDREGISTRERING

Genom att använda diagnoskod för tumbasartros i grundregistreringen kan vi få fram ganska mycket information, men inga detaljer kring operationsmetod och förstås inte heller några uppgifter om handfunktion, kraft, rörlighet etc. En del data om smärtupplevelse före och efter tumbasoperation redovisas i avsnittet "Vad tycker våra patienter" sid 12.

Förbättringsaspekter

Det är olyckligt att för en del av patienterna som funktionsundersökts har man inte registrerat exakt vilken tumbasoperation som utförts. För att minska problemet har vi infört en sk pop-up som visas när diagnoskoden för tumbasartros registreras i Grundformuläret. Man leds då vidare till det utökade formuläret. Funktionen fungerar förstås bäst om allt registreras direkt på operationssalen och inte i efterhand på pappersformulär. Vi kommer att skicka ut listor för komplettering så att alla patienter som har funktionsundersökts också har ett ifyllt operationsformulär. Det är enkelt att komplettera dessa uppgifter med hjälp av journal på respektive enhet. Vi vill också uppmana alla att noga följa mätmanualen vid mätning av pinchstyrka eftersom vi misstänker en del felvärden.

En nationell arbetsgrupp (NAG) för tumbasartros inom nationella programområdet för rörelseorganen arbetar sedan september 2020. Gruppen går igenom riktlinjer och evidens och skall lämna sin rapport hösten 2021. Registerhållaren för HAKIR är adjungerad och skall framförallt bidra kring kvalitetsindikatorer och användningen av HAKIR för uppföljning.

Flera kliniker har nu i flera år följt upp funktion för tumbaspatienter och vi har samlat en hel del data. Det talas om att vi kanske skulle sluta med denna uppföljning och fokusera på en annan diagnosgrupp istället. På HAKIR anser vi att detta vore olyckligt eftersom vi ännu inte har tillräckligt med kompletta data för att kunna jämföra våra behandlingsmetoder. Just nu sker dessutom en trendförskjutning från senplastik till enbart trapezepektomi eller partiell ledyte-resektion varför vi behöver fortsätta att följa resultaten.



Böjsensskador

Totalt fanns 1 945 operationer på 1 926 patienter i utökad registrering för böjsensskador i zon I och II. Fördelningen mellan de deltagande klinikerna visas i figur 40. Vi ser ett fortsatt minskande antal registreringar per år. Detta beror mest sannolikt på försämrade registreringsrutiner på några av klinikerna redan under 2019 med ytterligare försämring under pandemin 2020. I Umeå och Örebro registrerades vardera endast tolv operationer under dessa båda år. Båda klinikerna arbetar nu med sina rutiner och vi hoppas på mer kompletta registreringar nästa år.

DEMOGRAFI BÖJSENSKADOR

Som tidigare är känt så är böjsensskador betydligt vanligare hos män än hos kvinnor; 72 % av patienterna i HAKIR var män. Mellan 11 och 30 års ålder var skadan tre gånger så vanlig hos män som hos kvinnor; se figur 41. Vi ser en mycket kraftig ökning av antal skador hos pojkar under tonårsperioden. Medelålder vid skadan var 36,9 år; 8,5 % var barn under 18 år.

TUMSENNOR

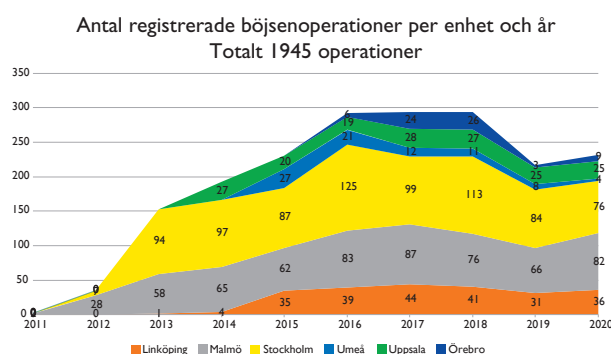
326 tumsensskador (FPL) var registrerade, 15 % av alla sydda senor. I hälften av skadorna (51 %) fanns en samtidig digitalnervskada.

Sutur av tumsenan hade gjorts i medeltal 3,2 dagar efter skadan, median efter en dag. I 26 fall (8 %) hade tumsenan sytts efter mer än 14 dagar, längst efter 61 dagar. Orsaken till fördröjningarna kan vi tyvärr inte få fram, men tidigare granskningar har visat att det ofta är både patient- och vårdberoende orsaker. Fördröjning tycks vara extra vanligt för tumsenor; vars skador kan vara lite svårare att identifiera i status. Vi skulle behöva analysera närmare hur dessa fördröjda sensuturer fungerat.

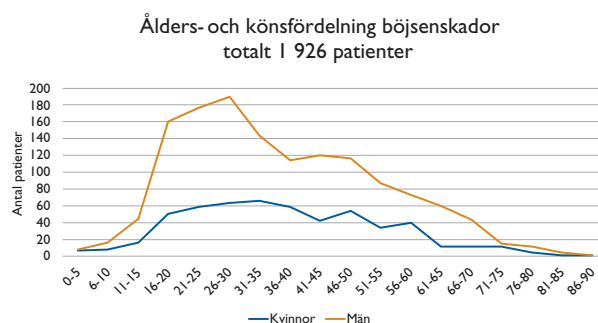
Av de 326 operationerna för tumsenskada visar det sig att tio var seansoperationer och åtta reoperationer; varav fem för senruptur. Reoperationer och sentransplantat, skall inte registreras i utökad formulär; bara primära sensuturer. Inklusionskriterier finns i formuläret, men detta missas ändå ganska ofta. Vi exkluderar dessa operationer i denna redovisning.

66 % av tumsenorna hade suturerats med loop-sutur (Tsuge), 14 % med modifierad Kessler och 6,0 % var distala reinsertioner. Fyra-trådars kämsutur hade använts för en majoritet (75 %).

Total aktiv rörlighet (MCP+IP led) efter tre månader var $97 \pm 6,3$ grader och efter tolv månader $116 \pm 7,3$ grader. Enligt Stricklands klassifikation där 130 grader i TAM mot-



Figur 40. Antal operationer per år och klinik i utökad registrering för böjsenskada.



Figur 41. Ålders- och könsfördelning för 1 926 patienter med böjsenskada i zon I och II inom utökad registrering.

svarar 100 %, föll 64 % inom grupp "excellent" eller "good" efter ett år. Aktiv IP-ledsflexion var $41 \pm 3,9$ grader vid tre och $56 \pm 4,6$ grader efter tolv månader. Det var för få mätningar registrerade för att möjliggöra jämförelse mellan enheter.

Upplevt funktionshinder (QuickDASH score) ett år efter sutur av en tumsenskada var 15,3 poäng, dvs en låg grad av funktionshinder. Nöjdhet med operationsresultatet var 78 %.



FINGERSENNOR

Efter att ha exkluderat 40 seans- eller reoperationer (varav åtta resuturer efter ruptur) återstod 1 904 skadade fingrar på 1 589 patienter. Flest sensuturer var registrerade i Stockholm (629) därefter i Malmö (496), Linköping (190) och Uppsala (144). I Örebro (62) och Umeå (57) hade mycket få skador registrerats under 2019 - 20. För 63 % av skadorna fanns även en digitalnervskada.

Sensuturerna hade gjorts i medeltal 3,8 dagar efter skadan, median inom två dagar. I 94 fall (5,0 %) hade senan sytts efter mer än 14 dagar, längst efter 91 dagar. Det är oklart hur det varit möjligt att suturera en böjsena efter så lång tid.

Sensuturerna hade utförts med loop-sutur (Tsuge) i 62 %, 19 % modifierad Kessler och 7,5 % var distala reinserter. I 12,0 % (198 suturer) hade "annan suturteknik" använts. I fritextsvaren hittar vi dock flera fall där man hade kunnat använda de tillgängliga svarsalternativen. Kanske borde vi flytta över dessa svar till rätt alternativ för att inte missa information, men det skulle kräva en hel del arbete.

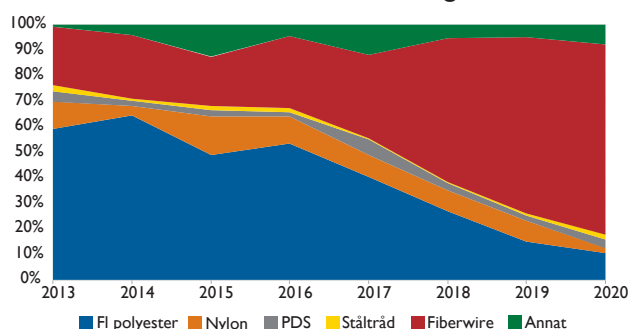
Val av material för sensutur har förändrats över tid, se figur 42. Fram till 2018 dominerade flätad polyester nationellt, men under 2020 syddes 74 % av fingersenor med Fiberwire. En vetenskaplig studie pågår där vi undersöker om bytet av suturmateriel kan ha haft konsekvenser på antalet komplikationer, t ex granulombildning och rupturer, se avsnittet om forskning sid 44.

Rörlighet fingersenor

Mätning av ledrörlighet hade utförts för 706 senor vid tre månader och för 476 senor efter ett år. TAM (MCP+PIP+DIP-led) vid tre månader var medel $198 \pm 3,0$ grader

och vid tolv månader $219 \pm 3,8$ grader. Fördelning mellan Strickland-kategorier visas i Figur 43 A och B. 87 % var i kategori "excellent" eller "good" efter ett år. Observera att patienter som fått en ruptur eller reopererats med tenolys inom ett år inte finns med i dessa siffror. Resultaten är alltså generellt inte lika bra som siffrorna kan antyda.

Trender i val av suturmateriel för böjsensutur totalt 1 688 sensuturer i fingrar

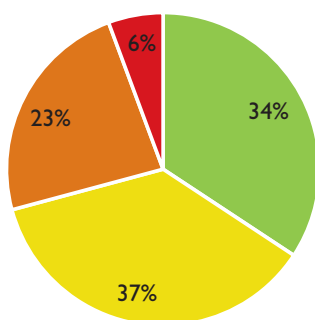


Figur 42. Trender för val av suturmateriel för kärnsutur av fingerböjsenor 2013 - 2020 (%). Fl polyester = flätad polyester, t ex Ethibond, Ticron, "Japansutur". PDS och ståltråd används huvudsakligen för distala reinsertioner.

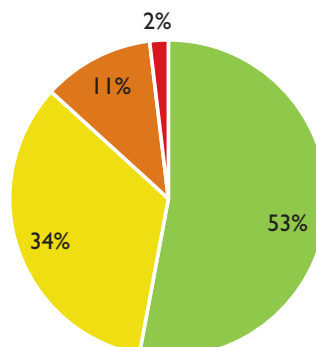
Reoperationer och patientrapporterade resultat efter böjsensutur

En enkel redovisning av andelar av reoperationer för ruptur eller med tenolys finns i avsnittet "Kvalitetsindikatorer", sid 23. I detta avsnitt finns också redovisning av patientenkät-svar. Eftersom inte så mycket data tillkommit under 2020 görs inga ytterligare analyser här.

3 månader (706 mätningar)



12 månader (476 mätningar)



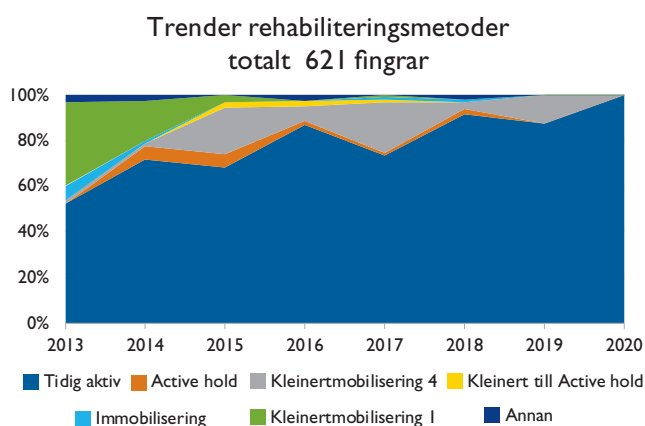
■ Excellent (>85%) ■ Good (70-84%) ■ Fair (50-69%) ■ Poor (<50%)

Figur 43. Total aktiv rörlighet TAM (MCP+PIP+DIP) tre och tolv månader efter böjsensutur. Siffror inom parentes anger antal mätningar. Indelning enligt Stricklands klassifikation, se text. Anledning att siffrorna är något lägre än i föregående rapport beror på att vi i år tagit bort en del felaktiga registreringar.



POSTOPERATIV REHABILITERING

Tyvärr saknas mycket data vad gäller postoperativ rehabilitering, särskilt under 2020. Dessa uppgifter samlas in vid tre månaders-uppföljningen. Det vore kanske bättre om uppgifter registrerades tidigare i vårdförloppet. Figur 44 visar att tidig aktiv mobilisering blivit den alltmer använda metoden för rehabilitering av fingerböjsenor. Intressant är att byte av rehabiliteringsmetod på vissa kliniker skedde samtidigt som bytet av suturmateriel, ungefär 2018 (se ovan). Denna förändring av vården borde vi analysera. Även för tumsenskador var tidig aktiv mobilisering den dominerande rehabiliteringsmetoden (79 %) och endast 3,6 % gipsades några veckor. Med tanke på att rupturrisken för tumsenor är betydligt högre än för fingersenor så kan det diskuteras om inte fler patienter med den skadan borde gipsas istället för att få tidig rörelseträning. Vi ser ingen sådan förändring ännu i HAKIR-data.



Figur 44. Trender för postoperativ rehabilitering efter böjskador (%). Tyvärr mycket få registreringar under 2020, endast 17 jämfört med 80 för året innan.

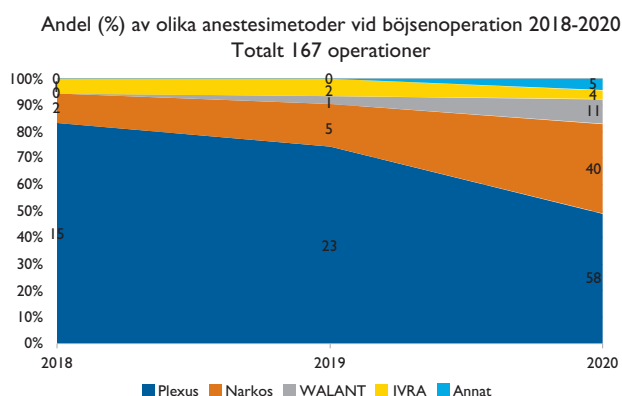
ANESTESIMETODER VID BÖJSENKIRURGI

Sedan 2018 registrerar vi anestesimetod vid böjsenkirurgi, men data har inte fyllts i komplett vid alla enheter. Totalt fanns uppgift om anestesiform endast för 268 operationer; varav 190 från Stockholm. Det fanns tyvärr inga registreringar alls från Malmö, kanske för att den automatiska datahämtningen inte fångat upp denna variabel? I Stockholm har vi kompletterat uppgifter för äldre registreringar i samband med en forskningsstudie där vi ändå granskade journaler för dessa skador. Det kunde vara önskvärt om även andra enheter kunde göra detsamma eftersom det både ur resurs- och kvalitetssynpunkt är intressant att veta vilken bedövning patienten hade under operationen.

Så kallad WALANT (Wide Awake Local Anesthesia No Tourniquet) är en ny metod som blivit alltmer populär internationellt och som hävdas kunna förbättra resultaten

vid böjsensutur. Vid WALANT är patienten vaken och lokalbedövad med tillägg av adrenalin, vilket ger ganska god blodstillning. Blodtomhetsmanschett behöver därför inte användas och patienten kan själv medverka genom att röra fingret under operationen. Operatören kan därigenom direkt kontrollera sensuturs styrka och glidning. Metoden kan också vara fördelaktig under perioder med begränsad tillgång till anestesistjänst. Nackdelar med WALANT kan vara mer blod i operationsfältet och att en del patienter kan uppleva det som obehagligt att vara helt vakna under ingreppet. I HAKIR skulle vi vilja kunna följa vilka effekter en övergång till WALANT kan ha på fingerrörligheten och på andelen senrupturer och tenolys. Med hjälp av vår nya PREM enkät (se sidan 27) kan vi också följa patienternas uppfattning av postoperativ smärtlindring.

Figur 45 visar registreringar av anestesimetod under 2018 - 2020. Endast tolv operationer var gjorda i WALANT, elva av dem under pandemiåret 2020. I Stockholm dominerade plexusanestesi starkt, medan narkos tycktes vara vanligt i Uppsala. Andelen operationer i narkos ökade under 2020, detta kan bero på att Stockholms regionklinik pga pandemin behövde hyra in sig på privata enheter. Rutin och vana för plexusanestesi var där mindre etablerad. I Uppsala och Umeå hade en del operationer gjorts i intravenös regionalanestesi (IVRA). Vi hoppas på fler registreringar av anestesiform under kommande år så att vi kan se om trenden går mot WALANT och i så fall vad detta har för konsekvenser, positiva eller negativa, för resultaten.



Figur 45. Andel (%) av olika anestesiformer vid operation av böjskador i zon I och II, totalt 167 registreringar. Inga registreringar från Malmö under 2020 och endast sex under 2019. Mycket få också från Umeå och Örebro. Siffrorna anger antal.



Förbättringsaspekter

Böjsenskador behandlas nästan uteslutande vid de handkirurgiska regionklinikerna och det är ett viktigt uppdrag att ge dessa patienter absolut bästa vård. Vi behöver visa att vi följer upp våra resultat och att vi arbetar på att ständigt bli bättre, minska andelen rupturer och hjälpa patienterna att återfå bästa möjliga rörlighet efter att skadan läkt och rehabiliteringen är avslutad. Eftersom de allra flesta patienter kontrolleras på klinikerna minst tre månader efter operation så borde det vara möjligt att skapa rutiner för att följa upp resultaten ganska komplett. I samband med funktionsuppföljningen vore det bra om patienten också fick en påminnelse om att fylla i postoperativ enkät, så att våra svarsfrekvenser blir bättre.

Bland annat med tanke på den mycket ojämna åldersfördelningen, framförallt för yngre patienter, vore det av stort intresse att även registrera skademekanism i HAKIR. Varför skadar sig unga män så mycket oftare än kvinnor, är det relaterat till arbete eller fritid? Vi planerar att införa orsakskoder i grundregistreringen och om koderna fylls i korrekt kan vi framöver lära oss mycket och kanske även börja arbeta för att förebygga böjsenskador.

Automatisk datahämtning från journal sparar mycket arbete för vissa personalgrupper, men om data inte hämtas komplett skapas ännu mer extraarbete att lägga till uppgifter i efterhand. En annan nackdel med system som bara gäller i en sjukvårdsregion och inte nationellt är att alla uppdateringar, tillägg av variabler och förbättringar som vi kontinuerligt gör i HAKIR också behöver läggas till i det lokala systemet, vilket är arbetskrävande och inte kan göras så ofta. Ett nationellt system för datahämtning är därför helt klart att föredra, men tyvärr har sådana lösningar dröjt alldeles för länge varför allt fler regioner arbetar på egna lösningar för datahämtning. Variabeln anestesiform kommer att göras obligatorisk framöver. En studie av resultaten efter böjsenoperation i WALANT planeras vid handkirurgiska regionkliniken i Uppsala.

Som ett av mycket få kvalitetsregister inkluderar HAKIR även variabler för postoperativ rehabilitering. I nuläget gäller detta huvudsakligen för böjsenskadorna, men vi planerar att skapa ett specifikt behandlingsformulär som inkluderar dessa variabler även för andra diagnosgrupper. Handkirurgisk rehabilitering är helt avgörande för att uppnå god vårdkvalitet.



Proteskirurgi

876 primära och revisionsoperationer med insättning av protes var registrerade på de deltagande enheterna, Linköping (130), Malmö (445), Stockholm (205), Umeå (1), Uppsala (94) och Elisabethsjukhuset (1). Det registrerades endast 34 protesoperationer från mars till december 2020, jämfört med 77 under samma period 2019. Denna typ av ingrepp har ofta inte kunnat utföras under pandemin.

I protesregistreringen fanns 736 patienter som i medeltal var 62,1 år gamla och 76,5 % var kvinnor.

TUMBASPROTESER

Av 101 tumbasproteser hade 79 satts in i Malmö, 19 i Stockholm och 3 i Uppsala. Antal insatta tumbasproteser har minskat. 52 sattes in 2013 – 2015, men bara 25 mellan 2018 och 2020 se figur 46. I Stockholm och Uppsala hade ingen tumbasprotes registrerats efter 2018. Nästan hälften av tumbasproteserna (46) var silikonproteser (Swanson), 26 var Nugrip (pyrocarbon) och 11 Elektra / Moovisproteser. Som tidigare påpekats, är det tyvärr inte alltid lätt att utläsa protesmodell och det förekommer många felregistreringar. HAKIR arbetar på en lösning av dessa problem. Sju proteskomplikationer var registrerade.

PIP-LEDSPROTESER

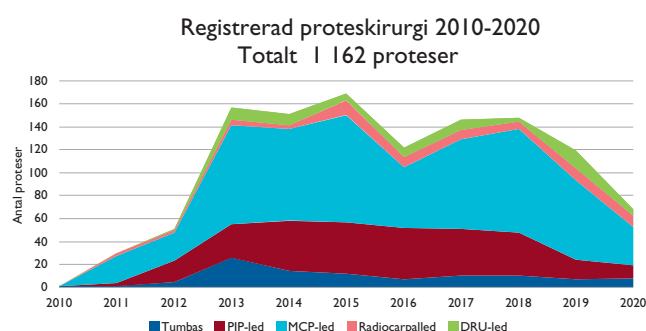
291 PIP-ledsproteser var registrerade på 216 patienter. Det vanligaste fingret var långfingret (98) följt av ringfingret (80), pekfingret (51) och minst vanligt var lillfingret (16). Den vanligaste PIP-ledsprotesen var pyrocarbon (62) följt av Swanson (19) och SR (12) med reservation för att protesmodell inte lätt gick att utläsa för 183 proteser (!). Även antal PIP-proteser verkar ha minskat under senare år, se figur 46.

MCP-LEDSPROTESER

631 MCP-ledsproteser på 223 patienter var registrerade. För denna led var pekfingret vanligast (156), följt av lång- (143), ring- (103) och lillfinger (93). I många fall hade samtliga MCP-leder protesförsörjts. Silikonproteser dominerade starkt (555), följt av pyrocarbon (22). I 18 fall kunde inte protesmodell lätt identifieras. Förutom under pandemiåret 2020 så verkar antal registrerade MCP-ledsproteser ligga relativt konstant, se figur 46.

HANDLEDSPROTESER

70 radiokarpala ledproteser på 69 patienter var registrerade; 27 vardera från Linköping och Malmö, 12 från



Figur 46. Antal ledproteser i registrerade i HAKIR. Data från enheter som inte deltar i den utökade registreringen finns inte med i figuren.

Stockholm och fyra från Uppsala. Antal per år var relativt konstant, se figur 46.

DISTALA RADIOULNARLEDSPROTESER

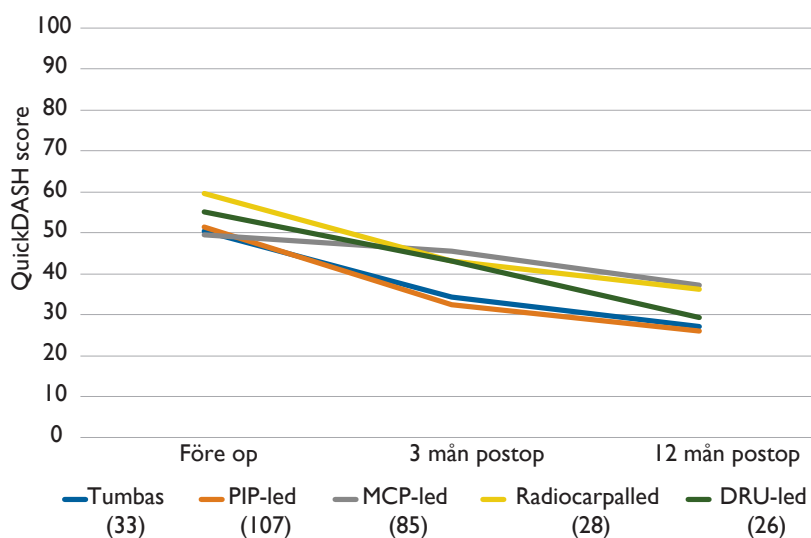
69 DRU-ledsproteser på 65 patienter var registrerade, majoriteten från Malmö (51), följt av Linköping (elva), Stockholm (fyra) och Uppsala (tre). Variation mellan åren visas i figur 46.

PATIENTRAPPORTERADE RESULTAT

Upplagt funktionshinder (QuickDASH) före, samt tre och tolv månader efter operation med olika typer av ledproteser visas i figur 47. Antalet enkätsvar är inte så stort, men det ter sig som att patienter som skall få en handleds- eller DRU ledsprotes skattar sitt funktionshinder något högre än övriga före operation och att handfunktionen förbättras snabbast efter tumbasprotes- och PIP-ledsprotes-operation. Förbättringen av QuickDASH var störst för DRU- och PIP-ledsproteserna och lägst för MCP-ledsproteserna. Det senare kan troligen förklaras av att det ofta är reumatiker som får sådana proteser och att dessa patienter ofta även har andra funktionsproblem.



Upplevt funktionshinder (QuickDASH) före och efter ledprotesoperation totalt 637 enkätsvar



Figur 47. Upplevt funktionshinder före och efter proteskirurgi. Antal enkätsvar före operation inom parentes, antal svar efter operation var något lägre. Skillnad mellan medelvärden före och ett år efter operation var för tumbaserna 23,3 poäng, för PIP-leder 25,4, för MCP leder 12,3, för radiocarpalleder 23,4 och för DRU-ledsproteser 25,8 poäng. Observera att tidslinjen på x-axeln inte har proportionella avstånd. Antalet enkätsvar inom parentes.

Förbättringsaspekter

Proteskirurgi inom handkirurgin, åtminstone som den registreras i HAKIR, varierar en hel del över tid. Man kan fundera över om detta beror på att vissa protesmodeller givit upphov till komplikationer eller på olika lokala förutsättningar på enheterna. Proteskirurgi utförs av ett begränsat antal handkirurger och olika aktivt på olika kliniker. Vi behöver diskutera dessa variationer inom svensk handkirurgi. Har vi samma indikationer för proteskirurgi i hela landet? Gör vissa enheter för lite proteskirurgi och andra kanske för mycket?

Som tidigare påpekats, så är ledprotesregistreringen i HAKIR inte optimal. Primärt är att vi måste kunna identifiera protesmodell mer säkert. Vi har testat olika lösningar, men fortfarande är problemet inte löst. Nya EU-förordningen kräver individuell märkning av alla implantat och det bästa vore om denna märkning kunde registreras i HAKIR via en streckkod. Tyvärr finns inte de tekniska lösningarna för detta på plats ännu, men kommer kanske snart.

Det andra som behövs är att kunna följa "överlevnad" över tid för varje individuell protes, så att vi kan redovisa säkra revisionsfrekvenser för olika protesmodeller. Sådana lösningar finns sedan 1970-talet i de ortopediska protesregistren. Handkirurgins problem är att det finns så många olika leder som kan protesförsörjas, minst tolv i varje hand. Vi skulle behöva hitta ett system där registret "varnar" så snart en patient som har fått en ledprotes kommer för en reoperation så att man då kan ange om en viss protes tas ut och i så fall vilken. Detta skulle kräva väl inarbetade rutiner på operationssalarna och i nuläget är det antagligen inte möjligt. Utan ett stort engagemang från våra proteskirurger och stöd från verksamhetscheferna kommer vi tyvärr ha svårt att väsentligt förbättra protesregistreringen. Det verkar klokt att börja med t ex handleds- och DRU-ledsproteser, där endast en protes per hand sätts in. Detta är dyra och komplicerade ingrepp och det borde kunna gå att följa dessa proteser över tid mer säkert än nu.



Plexuskirurgi

Kirurgi på plexus brachialis är nationell högspecialiserad vård som bedrivs från regionklinikerna i Umeå och Stockholm. Plexusformulären har utarbetats gemensamt av de två klinikerna. Specifikt komplikationsformulär infördes under 2020, uppföljningsformulär är på gång.

FÖDELSERELATERAD PLEXUSSKADA

Efter borttagande av några dubletter, fanns 114 registrerade patienter i grundformuläret där det finns uppgifter om förlossning och primärt status. 66 % av patienterna var under tre år vid bedömningen, 11 % var vuxna över 18 år. Endast sju primära ingrepp med nervrekonstruktion var registrerade jämfört med 75 sekundära ingrepp. De senare var huvudsakligen axeloperationer (60 ingrepp), följt av sju handleds-, fem underarms- (pro-supination) och tre armbågsingrepp.

TRAUMATISK PLEXUSSKADA

103 patienter, elva till 85 (medel 48,1) år fanns i grunddata,

69 av dessa (67,0 %) var män. Tid från skada till bedömning varierade mellan två dagar och 18 år, medel 253 dagar. 62 % var bedömda inom 3 månader. 37 % var högenergiskador, 42 % lågenergi och resten andra typer av skador, varav 9 % var iatrogena skador som hade uppkommit vid annan kirurgi.

26 primära operationer var registrerade. Dessa patienter var i medeltal 33,8 år och 84,6 % var män. Det fanns endast 16 sekundära ingrepp, alla på män. två axelingrepp, varav en artrodes, sex armbågsingrepp, varav fem var stjälkade muskeltransfers, två underarmsingrepp, varav en bicepsrerouting och en pronerande osteotomi. Fyra handledsartrodeser och en CMC artrodes var registrerade.

Handledskirurgi

Nya operations- och funktionsformulär finns för interkarpala artrodeser, t ex STT- och fyrbensartrodes och proximal karpalbensresektion (PRC). Det finns också ett formulär för skafoideumkirurgi (frakturer och pseudartroser). Båda formulären används hittills endast i Stockholm, men vi hoppas på ökad spridning.

Totalt var 46 interkarpala artrodeser registrerade, 16 fyrbensartrodeser; tio LC, tio STT, nio RSL artrodeser samt åtta PRC. Endast tio ettårsuppföljningar hade registrerats.

I skafoideumformuläret fanns 45 registrerade operatio-

ner, 16 frakturer och 29 pseudartroser. Tre operationer för skafoideumfraktur hade registrerats i Uppsala. tolv ettårsuppföljningar hade hittills registrerats.

Det finns tyvärr inte tillräckligt med data ännu för analyser av handledsoperationerna.



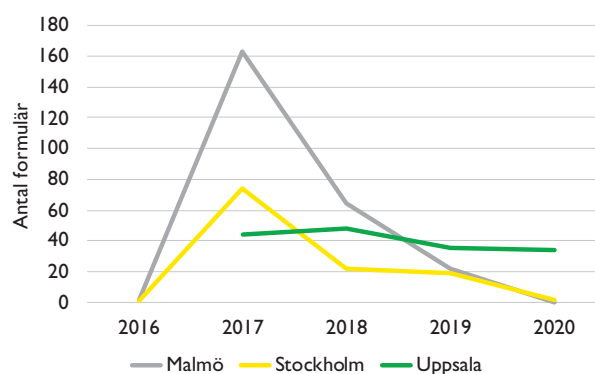
Omvårdnadsformuläret

På initiativ från sjuksköterskor i Uppsala, Malmö och Stockholm och med stöd från HAKIR utvecklades för några år sedan ett formulär där omvårdnadsvariabler kan registreras för våra patienter. Variablerna gäller till exempel sårvård och förband, smärtlindring och patientinformationsinsatser. HAKIR vill spegla vårdkvalitet i hela vårdkedjan och omvårdnad är förstås en viktig del som vi inte får missa.

Inom handkirurgin läggs många förband och gipsar. Många sår, både skador, operationssår och infekterade sår, sköts av sjuksköterskor och undersköterskor på de handkirurgiska mottagningarna. Patienter med svåra skador har ofta mycket täta vårdkontakter och stor kompetens byggs upp hos personalen. Vi har tidigare kunnat visa i HAKIR att användning av sårvårdsmaterial och rutiner för omläggningar varierar nationellt och det är viktigt att fortsätta analysera detta för att kunna lära av varandra.

Tyvärr kan vi nu konstatera att registreringarna i omvårdnadsformuläret har minskat kraftigt, se figur 48. Uppsala registrerade ungefär samma antal formulär, men inga formulär alls registrerades i Stockholm och Malmö under 2020. På grund av pandemin var stora delar av handkirurgins mottagningspersonal utlokaliserade för covid-vård och registerarbete kunde inte prioriteras under året. Eftersom så lite nya data inkommit under 2020 så görs ingen ny dataredovisning i denna årsrapport.

Antal omvårdnadsformulär 2016-2020



Figur 48. Antal registrerade omvårdnadsformulär 2016 - 2020 från de tre deltagande enheterna. Ytterligare tolv formulär från 2010 - 2015 finns inte med i figuren.

Förbättringsaspekter omvårdnadsformuläret

HAKIR har avsatt medel i budget för nystart av omvårdnadsformuläret. Vi hoppas att intresse finns och att verksamhetscheferna kan frigöra personal för detta, trots köproblematik och andra "post-covid" effekter. Vi behöver se över variablerna, kanske minska antalet och mer fokusera på vilka resultat vi vill redovisa som grund för förbättringsarbeten. Vi kommer att ta en första

kontakt med enheterna under hösten 2021. Till en sådan nystart skulle vi behöva anlita specifik kompetens inom förbättringskunskap för att få en så bra process som möjligt. HAKIR kommer inte att ge upp idén om att inkludera omvårdnadsvariabler eftersom vi anser att dessa aspekter av vården är så viktiga för patienterna och ofta otillräckligt beskrivna i kvalitetsuppföljning.



Så här används HAKIR

FÖRBÄTTRINGSARBETEN

Det viktigaste syftet för ett kvalitetsregister är att förbättra vården. Registren kan ta fram förbättringsområden och följa trender över tid, men vi kan förstås inte förändra själva vården. Detta måste vårdgivarna och medarbetarna i vården själva kontinuerligt arbeta med. I nuvarande sjukvårdsorganisation finns tyvärr alltför få incitament att utnyttja insamlade registerdata i förbättringsarbeten. Vi hoppas att initiativet med ökad kunskapsstyrning inom nationella programområden skall underlätta kopplingen mellan rapporterade registerdata och utvecklingen av vården.

I nuläget finns inga nationella behandlingsriktlinjer inom svensk handkirurgi. Det gör vårt kvalitetsregister extra viktigt. För att uppnå en god och jämlik vård måste vi öppet analysera vad som görs olika och vilka konsekvenser dessa skillnader kan ha för resultaten. Vi behöver lära av varandra och det kräver aktiv prestigelös medverkan från enheterna.

Från och med 2021 har HAKIR ett ökat fokus på att stimulera till lokala förbättringsarbeten. Vi har utvecklat automatiskt genererade månadsrapporter till enheterna, där de kan jämföra sina egna resultat med nationella. En sjukgymnast med lång erfarenhet från handkirurgi och ledningsarbete har anställts som nationell koordinator. Hennes kompetens hoppas vi ska bidra till att skapa engagemang och komma igång med förbättringsarbeten ute på enheterna. Vi har bjudit in en föreläsare till vår nationella HAKIR-dag och tänker fortsätta att anlita hjälp inom förbättringskunskap för att styra upp arbetet. Resultaten från vår nya PREM-enkät kommer att kunna ge oss intressanta data för jämförelse av vårdkvalitet vid de olika enheterna. Vi tror att vi kan identifiera fler relevanta kvalitetsindikatorer från dessa enkätdata.

INTERPROFESSIONELL SAMVERKAN

I HAKIR strävar vi efter att följa hela den handkirurgiska vårdprocessen från operation till postoperativ omvårdnad och rehabilitering. På alla deltagande enheter finns förutom en utsedd koordinator och en HAKIR-ansvarig läkare också en rehabiliteringsansvarig fysioterapeut eller arbetsterapeut och ibland även en sjuksköterska eller undersköterska. På vissa enheter är även de medicinska sekreterarna engagerade i registerarbetet. Ett sådant nationellt och interprofessionellt samarbete fanns inte innan HAKIR startade. Vi tror att denna breda förankring är bästa vägen framåt om vi som register skall medverka till att förbättra vården.

Omvårdnadsformuläret i HAKIR startade 2017 på tre kliniker och har bland annat kunnat påvisa förbättrings-

områden inom patientinformation och smärtlindring vid suturtagning. Formuläret är unikt för kvalitetsregister inom rörelseorganen. Vi registrerar omvårdnadsvariabler såsom sårvård, patientinformation, postoperativ smärtlindring etc. Tyvärr har enheterna under senaste åren haft svårt att upprätthålla insamlingen av data. Vi behöver därför stimulera till en omstart nationellt för att långsiktigt få in dessa viktiga variabler från fler enheter.

NATIONELL SAMVERKAN

Registerdata i HAKIR visar på tydliga skillnader i handkirurgisk vård nationellt. Sådana skillnader är exempelvis variation i operations- och rehabiliteringsmetoder och olika resurser för akut omhändertagande av handskador. Case-mix vid de handkirurgiska regionklinikerna varierar nationellt trots överenskommen nivåstrukturering mellan handkirurgi och ortopedi. Genom att rapportera och diskutera dessa skillnader vid nationella arbets- och styrgruppsmöten räknar vi med att väcka intresse för att analysera resultaten vidare så att vi kan lära av varandra. Det dataunderlag som nu skapats har tidigare inte funnits och genom registret har svensk handkirurgi fått en plattform som stärker vårt nationella utvecklingsarbete och vår samverkan.

HAKIR är med i den nationella arbetsgruppen (NAG) för tumbasartros inom nationella programområdet för rörelseorganens sjukdomar. Vi medverkar också i samarbetsgruppen för de ortopediska kvalitetsregistren. Registerhållaren är medlem i styrelsen för Nationella Kvalitetsregisterföreningen (NKRF) sedan 2021. Genom deltagande i dessa nationella sammanhang kan vi synliggöra handkirurgin.

STANDARDISERADE ARBETSSÄTT

Rehabgruppen i HAKIR har utvecklat två mätmanualer för hur handfunktion skall utvärderas och dokumenteras. Manualerna används nationellt vilket ökar reliabilitet och användbarhet för mätdata både i journaler och register. Båda manualerna är översatta till andra språk och har rönt stort internationellt intresse. De används även inom universitetsutbildningarna.

HAKIR publicerade under 2020 en ny version av handkirurgins kodbok från 2006. Diagnos- och operationskoder har uppdaterats och korrigerats, ett utökat avsnitt om kodning av postoperativa komplikationer och orsakskoder för skador har lagts till. Böckerna har distribuerats till alla handkirurgiska enheter till självkostnadspris. Korrekt kodning är avgörande både för validiteten för registerdata och för ekonomisk och produktionsuppföljning på enheterna.



PATIENTMEDVERKAN

HAKIR har en speciell styrka i vårt tydliga fokus på patientrapporterade resultat. I en specialitet där vi syftar till att förbättra patienternas livskvalitet och självständighet i dagligt liv är detta extra viktigt. Vi utvecklade tidigt, tillsammans med Registercentrum Syd en egen teknisk lösning för web-enkätutskick som nu fungerar väl till en mycket låg kostnad. Vi insåg redan vid starten av HAKIR för 10 år sedan att de patientenkäter som traditionellt används inte tillräckligt fångar upp patienternas symptom. Ett vanligt och viktigt symptom som köldkänslighet fanns exempelvis inte med. HAKIR utvecklade därför en egen enkät, kallad HAKIR-8 (HQ-8). Under 2020 kunde vi i en vetenskaplig publikation rapportera att HQ-8 fungerar som ett bra komplement till de traditionella enkäterna. HAKIR samlar varje år in minst 12 000 enkätsvar från patienter före och efter operation. Sammanställningar av enkätdata finns öppet redovisade på vår hemsida. Genom analyser synliggör vi våra behandlingsresultat på ett helt annat sätt än tidigare.

Patientens delaktighet i en personcentrerad vård är av största vikt. HAKIRs data kan med fördel användas i fördjupade samtal med patienten för ökad individualisering av vården.

Under 2021 har pilotprojektet med en PREM enkät utskickad via 1177 startat, se sid 27. Under hösten kommer vi troligen att utvidga nationellt, lite beroende på svarsfrekvens och kostnader.

REGISTERFORSKNING

Forskning är en möjlighet vi ser för att få genomslag för registerdata i den kliniska vardagen. Det är glädjande att forskning inom HAKIR nu verkligen har tagit fart med åtta publikationer under 2020, se avsnitt nedan. De flesta projekten omfattar patientrapporterade resultat där HAKIR är helt unikt i ett internationellt perspektiv. I några projekt analyseras förekomst av komplikationer och dessa resultat kommer snabbt att kunna bidra till förbättringar.

HAKIR deltar sedan flera år i Vetenskapsrådets arbete med en metadatabas för forskning kallad Register Utiliser Tool (RUT). I detta system kan forskare snabbt ta reda på vilka variabler som finns i registren och hur dessa har definierats.

Senrupturer efter plattfixation av radiusfrakturer

Carin Rubenson är handkirurg i Linköping och har en studie



i sitt doktorandprojekt som handlar om komplikationer efter plattfixation av radiusfrakturer. Radiusfraktur är kroppens vanligaste fraktur där operation med volar platta numera är den gängse operativa behandlingen. Det har visat sig att plattfixation på sikt kan orsaka skador på sträck- och böjsenor. Dessa skador behandlas nästan alltid vid

de handkirurgiska regionklinikerna och ingreppen registreras i HAKIR. Skadorna kan uppkomma utan föregående symptom och handfunktionen efter dessa skador blir ofta kraftigt försämrade. Målet med studien är att studera incidens och underliggande faktorer för komplikationer i form av böj- och sträckseneruptur efter implantation av volar vinkelstabil platta vid radiusfraktur. Genom att analysera förekomsten av senskadorna i relation till val och placering av osteosyntesmaterial bör vi kunna minska risken för senruptur.

Faktorer som påverkar rehabilitering och resultat efter böjsenkirurgi

Jonas Svingen är fysioterapeut på handkirurgiska regionklini-



ken i Stockholm och doktorand vid Karolinska Institutet. Flera studier med HAKIR-data ingår i doktorandprojektet. En mobil applikation med utökad patientinformation för rehabilitering efter böjsensutur utvecklades med stöd från HAKIR och en randomiserad multicenterstudie

för utvärdering är nu publicerad. Studien har givit nya kunskaper om patienters följsamhet till rehabilitering. En studie med samkörning mellan uppgifter från HAKIR och data från SCB analyserar nu olika riskfaktorer för reoperation, exempelvis med tenolys eller på grund av ruptur av senan. Vi har bland annat funnit att ålder och manligt kön väsentligt ökar risken för att senan går av efter sutur. Risken är speciellt stor för tumsenor. I en annan studie analyseras sambandet mellan patientupplevda symptom (PROM) och rörlighet (ROM) efter behandling av böjsenskada. Detta projekt genomförs i samarbete med Linköping där Markus Renberg är doktorand-registrerad.

Komplicationer efter böjsensutur

Linda Unge är ST läkare i ortopedi vid St Görans sjukhus i



Stockholm. 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 suturmateriäl (FiberWire) men också att validera registerdata för senrupturer. Data är insamlade och analysarbete pågår.

Nervinklämningar och diabetes

Malin Zimmerman och Ilka Anker är ortopedier med pågående



forskningsprojekt på handkirurgen i Malmö. Malin disputerade 2018 med en avhandling som bland annat innehöll patientrapporterade data från HAKIR för karpaltunnelklyvning vid diabetes. Ilka är doktorand och har studerat ulnarisneurolyser. Data har samkörts med diabe-



tesregistret (NDR) och Statistiska Centralbyrån (SCB) i syfte att identifiera prediktiva faktorer för postoperativt resultat och analysera hur socioekonomiska faktorer kan påverka resultaten. Två artiklar har hittills publicerats. De har kunnat visa att människor med diabetes upplever mer symtom både före och efter karpaltunnelsklyvning, 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 ulnaris-entrapment 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.

Köldkänslighet vid nervinklämningar och nervskador

Samma forskargrupp i Linköping och Malmö studerar även köldkänslighet vid karpaltunnelsyndrom och ulnarisentrapment. En artikel har publicerats och ytterligare en är i manuskriptform. Det visar sig att större preoperativ köldkänslighet är associerad med mer funktionsnedsättning och mer andra symtom, både före och efter operation, än lindrigare köldkänslighet.

Patientrapporterade resultat efter kollagenasbehandling respektive operation vid Dupuytrens kontraktur.



Madeleine Harryson är specialist i handkirurgi i Örebro och projektet började som ett ST-projekt där hon tittade på PROMs efter olika behandlingar av Dupuytrens sjukdom. Finns det skillnader mellan de olika behandlingarna i hur patienterna upplever eventuella biverkningar av den valda behandlingen? Kan dessa resultat hjälpa till att

påverka valet av behandling framöver? Arbetet pågår nu för att slutföra manuskriptet som planeras komma iväg på ett första inskick innan hösten.

Skadepanorama för digitalnervskador i Stockholm 2012 – 2018

Carin Carlsson är handkirurg, Linda Evertsson arbetsterapeut och Selcuk Ezer läkarstudent i Stockholm.



Carin och Linda är doktorandregistrerade vid Karolinska Institutet. HAKIR- data för samtliga 1 045 patienter opererade i Stockholm med



sutur av fingernerver, med eller utan samtidig böjsenskada, har tagits fram. Journaler har granskats för att beskriva skadan ur ett populationsperspektiv, bland annat årstidsvariation, skademekanismer, vårdinsatser och sjukskrivning. En separat analys gäller rehabiliteringsinsatser, exempelvis tidig känselträning. I fortsatta studier kommer ett urval patienter att kallas in



för uppföljning av bland annat känselfunktion.

Patientrapporterade resultat efter digitalnervskador och medianus-ulnarisnervskador

Drifa Frostadottir är ST-läkare på handkirurgiska kliniken i Malmö



och doktorand vid Lunds Universitet. I projektet analyseras funktionsnivå hos olika grupper av patienter med nervskador. Enkätsvaren i HAKIR samkörs med nationella diabetesregistret (NDR) och Statistiska Centralbyrån (SCB). Studierna har bland annat fokus på köldkänslighet efter olika typer av nervskador samt betydelsen av olika socioekonomiska faktorer.

Patientrapporterade resultat efter operation av tumbasartros

Kajsa Evans är handkirurg och doktorand vid Karolinska Institutet



på temat tumbasartros och studerar bland annat resultatet efter trapeziektomi med senplastik vid smärtsam tumbasartros. Olika senplastiker jämförs, både avseende patientskattat och funktionsresultat, baserat på data från den utökade HAKIR registreringen av 1 754 tumbasoperationer (1 528 patienter).

Patientrapporterade symptom vid triggerfinger hos patienter med och utan diabetes

Mattias Rydberg är doktorand vid Lunds Universitet. Smärtsamma låsningar i fingrarna, sk triggerfinger, är vanligt vid diabetes.



Data från HAKIR skall samköras med NDR och SCB. Frågeställningar är om de patientupplevda resultaten (PROM) är likvärdiga för patienter med och utan diabetes samt om diabetiker genomgår fler operationer än icke-diabetiker. Etik-tillstånd finns och analysarbete påbörjas inom kort.

Nervtumörer i övre extremiteten

Erika Nyman är disputerad överläkare i handkirurgi vid Hand- och Plastikkirurgiska kliniken i Linköping. Egentliga nervtumörer



i övre extremiteten är en heterogen grupp som karakteriseras med mikroskopisk undersökning. De vanligaste förekommande tumörerna är schwannom, men s.k. neurofibrom, lipofibromatösa hamartom och perineurinom förekommer också. Projektet syftar till att kartlägga före-



komst av kirurgiskt behandlade nervtumörer på nationell nivå samt att studera preoperativa symtom och resultatet av kirurgi. Emanuel Istefan, läkarstudent vid Linköpings Universitet, har under våren 2021 genomfört ett mastersarbete inom forskningsområdet och artikelförfattande pågår.

Projektet sker i samarbete med Malin Zimmerman, disputerad specialist i ortopedi, Helsingborgs Lasarett samt professor Lars B. Dahlin vid Handkirurgiska kliniken i Malmö. Den initiala tanken var också att studera så kallade neurom, som uppstår efter en nervskada, men eftersom sådana inte har ett eget diagnosnummer kan de inte identifieras med säkerhet i HAKIR.



Publicerade artiklar med registerdata från HAKIR

1. Reoperations and postoperative complications after osteosynthesis of phalangeal fractures: a retrospective cohort study. von Kieseritzky J, Nordström J, Arner M. *J Plast Surg Hand Surg*. 2017 Dec;51(6):458-462.
2. Developing a national quality registry for hand surgery: challenges and opportunities. Arner M. *EFORT Open Rev*. 2017 Mar 13;1(4):100-106.
3. 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, Arner M, Dahlin L. *BMJ Open*. 2019 Sep 4;9(9).
4. A registry based analysis of the patient reported outcome after surgery for trapezio-metacarpal joint osteoarthritis. Wilcke M, Roginski M, Åström M, Arner M. *BMC Musculoskeletal Disord*. 2020 Feb 1;21(1):63.
5. Ulnar nerve entrapment in diabetes: Patient reported outcome after surgery in national quality registries. Zimmerman M, Anker I, Karlsson A, Arner M, Svensson AM, Eeg-Olofsson K, Nyman E, Dahlin LB. *PRS Global Open*. 2020;8e2740.
6. Socioeconomic Factors in Patients with Ulnar Nerve Compression at the Elbow: A National Registry-Based Study. Zimmerman M, Nyman E, Steen Carlsson K, Dahlin LB. *Biomed Res Int*. 2020 Dec 18;2020:5928649.
7. A smartphone application to facilitate adherence to home-based exercise after flexor tendon repair: A randomised controlled trial. Svingen J, Rosengren J, Turesson C, Arner M. *Clinical rehabilitation*. 2021 Feb;35(2):266-275. Epub 2020 Oct 11.
8. Occurrence of cold sensitivity in carpal tunnel syndrome and its effects on surgical outcome following open carpal tunnel release. Zimmerman M, Nyman E, Dahlin LB. *Sci Rep*. 2020 Aug 10;10(1):13472.
9. Construct validity, floor and ceiling effects, data completeness 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, Arner M. *Hand Therapy* 2020;0(0):1-14.
10. Current national hand surgery registries worldwide. Vakalopoulos K, Arner M, Denissen G, Rodrigues J, Schädel-Höpfner M, Krukhaug Y, Page R, Lübbecke A. *J Hand Surg Eur Vol*. 2021 Jan;46(1):103-106. Epub 2020 Nov 17.
11. Socioeconomic factors predicting outcome in surgically treated carpal tunnel syndrome: a national registry-based study. Zimmerman M, Hall E, Carlsson KS, Nyman E, Dahlin LB. *Sci Rep*. 2021 Jan 28;11(1):2581. doi: 10.1038/s41598-021-82012-x.
12. What Are the Patient-reported Outcomes of Trapeziectomy and Tendon Suspension at Long-term Follow-up? Wolf JM, Turkiewicz A, Englund M, Karlsson J, Arner M, Atroshi I. Accepted for publication *Clin Orthop Rel Res* 2020.

Vetenskapliga arbeten i manuskript form

1. Factors that increase the risk for reoperation after flexor tendon repair: A retrospective registry study of 1 396 patients. Svingen, J, Wiig M, Turesson C, Farnebo S, Arner M. Submitted.
2. Gender differences in 10746 open carpal tunnel releases – a national registry-based cohort study. Elisabeth Brogren, Malin Zimmerman. *Biomed Research international*, submitted.
3. Influence of ulnar nerve instability on outcome after surgery for ulnar nerve entrapment at the elbow. Ilka Anker, Malin Zimmerman, Erika Nyman, Lars B Dahlin. *Journal of Orthopedic Sciences*, 2021, submitted.
4. Electrophysiologic degree of nerve affection as influencing factor for surgical outcome in ulnar nerve entrapment at the elbow - a study of patient reported outcome using national quality registries. Ilka Anker, Erika Nyman, Malin Zimmerman, Ann-Marie Svensson, Gert S Andersson, Lars B Dahlin. *Biomed Research International*, 2021, submitted.
5. Occurrence of cold sensitivity in ulnar nerve entrapment and its impact on surgical outcome. Malin Zimmerman, Hanna Peyron, Erika Nyman and Lars B Dahlin. In manuscript.
6. Association between clinical and patient reported outcome after flexor tendon repair: Svingen, J, Renberg M, Turesson C, Farnebo S, Arner M. In manuscript.



Sammanfattning

Ingenting har varit sig likt under pandemiåret 2020. Covid-19 har påverkat oss alla, både arbetsmässigt och privat. Situationen inom akutvården har varit mycket pressad och all personal har fått hjälpas åt för att klara de extrema påfrestningarna under pandemin. På regionklinikerna har operationsverksamheten behövt dras ner till ett minimum och registerrutiner har inte kunnat prioriteras. Många patienter har inte velat söka vård för sådant som inte varit akut. Tyvärr är det därför högst troligt att köproblematik kommer att prägla svensk handkirurgi under en lång tid framöver. Vi hoppas alla på återgång till mer normala förhållanden för sjukvården efter sommaren 2021 och att HAKIR åter skall kunna fungera väl i hela landet. Vi har fått signaler från flera enheter att man har tagit tag i de problem som funnits och att man satsar tid på att förbättra insamling och kvalitet för registerdata.

I februari 2020 firade HAKIR sitt 10-års jubileum. Vi har kommit relativt långt på kort tid, vi har idag en välfungerande logistik för registrering av data, patientenkätfunktionen och utdatorapporterna. Vi har ett brett interprofessionellt stöd och en givande nationell samverkan mellan enheterna. Forskningsaktiviteten har tagit fart med ett stort fokus på patientrapporterade resultat.

Än finns dock mycket att förbättra och utveckla och vi har många idéer och projekt planerade. Fokus under 2021 och framåt är att ytterligare stimulera till och underlätta för användning av registerdata i syfte att förbättra vården. Vi vill identifiera kvalitetsindikatorer som är relevanta och kan följas över tid och vi vill öka vår kunskap om patientens upplevelse. Vi vill bättre kunna spåra komplikationer för att kunna förebygga problem och vi vill ytterligare lyfta fram de patientrapporterade resultaten. Vi vill bredda variablerna så att vi ännu bättre kan belysa hela vårdkedjan, inklusive omvårdnad och rehabilitering. Vi vill fördjupa kunskaperna om ovanliga diagnoser som medfödda avvikelser och plexusskador och bidra till framtagandet av riktlinjer för vanliga diagnoser såsom tumbasartros, böjsenskador och handledskirurgi.

I januari 2021 slutade vår nationella koordinator Maria Mering för att återvända till sina hemtrakter i Hälsingland. HAKIR tackar Maria för mycket goda insatser! Annika Elmstedt, leg sjukgymnast och tidigare rehabchef inom handkirurgi har nu tagit över och kommer framförallt att fokusera på nationellt samarbete och förbättringsarbeten. Mycket ser positivt ut för HAKIR framöver. Vi ser stora möjligheter till fortsatt utveckling och vi känner ett starkt

stöd från verksamhetschefer, lokala koordinators och medarbetare runt om i landet. HAKIR är vårt gemensamma kvalitetsregister och skall fungera som ett stöd för verksamheterna.

Nu behöver vi stiga upp "ur askan" efter den förödande pandemin och tillsammans ta nya tag. Vid vår digitala HAKIR dag 2021 avslutades dagen med följande "ordmoln" vilket visar på det stora engagemanget och kraften i vårt nationella samarbete inom HAKIR.



Tack för alla fantastiska insatser under ett svårt år! Speciellt tack till registerspecialist Lovisa Björnberg på Registercentrum Syd Lund för stor kompetens, uthållighet och imponerande tålamod med alla våra olika utvecklingsprojekt.

Stockholm, 21 06 03

Marianne Arner
Registerhållare

Annika Elmstedt
Nationell registerkoordinator



Hur gick det 2020-21?

ALLMÄNNA MÅL

Mål som kräver stor medverkan utanför registret



Fullt deltagande av alla sju specialistkliniker.

Regionkliniken i Göteborg planerar återansluta till HAKIR hösten 2021.



Full täckningsgrad vid alla deltagande enheter.

Pandemin har försämrat täckningsgraden. Glädjande är dock att flera kliniker nu gjort en nystart med registreringsrutinerna, se text i denna rapport.



Korrekt registrering av reoperationer på alla kliniker.



Publicera minst tre vetenskapliga arbeten baserade på HAKIR data.

Sex nya publikationer under 2020.

SPECIFIKA MÅL



Genomföra valideringsstudie

Valideringsstudie för kodning genomförd och redovisad. Valideringsstudie för HQ-8 enkäten publicerad under året.



Starta pilotprojektet med SPOR

Gäller automatisk överföring av operationsdata från journal. Än så länge ingen framgång, men HAKIR har inte tappat hoppet ännu.



Starta pilotprojektet med nya PREM frågor och utskick via 1177

Pilotprojekt med ny PREM enkät (patientupplevelsefrågor) utskickade via 1177 är nu igång i Stockholm. Utvärdering hösten 2021.



Genomföra audits vid deltagande kliniker

Vi har haft två supportmöten via webb med regionkliniken i Örebro, där man gör en nystart med HAKIR-rutinerna. Några audit-besök i övrigt har en kunnat genomföras på grund av pandemirestriktionerna.



Nystart av omvårdnadsgrupp i HAKIR

Har inte varit möjligt på grund av pandemirestriktionerna.



Mål för 2021-22

ALLMÄNNA MÅL

- Fullt deltagande av alla sju regionkliniker
- Full täckningsgrad vid alla deltagande enheter
- Korrekt registrering av reoperationer vid alla enheter
- Ökad kunskap om patientens specifika upplevelse av den handkirurgiska vården vid våra enheter
- Inspirera och bidra till vårdutveckling och start av förbättringsarbeten med hjälp av registerdata
- Minst tre publicerade vetenskapliga arbeten baserade på registerdata

SPECIFIKA MÅL

- Besöka deltagande enheter för uppföljning och support
- Uppdatera HAKIRs informationsmaterial för personal och patienter, bildspel, foldrar etc
- Bilda nationell förbättringsgrupp för handkirurgisk rehabilitering
- Utvärdera pilotförsök med PREM enkät och enkätutskick via I 177. Starta PREM enkäten nationellt
- Identifiera minst 2 nya kvalitetsindikatorer som kan ligga till grund för lokala förbättringsarbeten. Fortsätta utbildning i förbättringskunskap för deltagande enheter.
- Uppdatera och utöka information om olika vanliga diagnoser på hemsidan baserat på data från HAKIR inklusive publicerad evidens.
- Införa ett bedömningsinstrument för självrapporterat aktivitetsutförande över tid (COPM) i HAKIR.
- Utveckla operations- och uppföljningsformulär för barn med medfödda handavvikelse i nordiskt samarbete.



Så här kan du bidra till att förbättra HAKIR

Verksamhetschef och ledningsgrupp

- Uppmuntra och entusiasmera medarbetare att vara aktiva i arbetet med HAKIR, betona nyttan som vi gemensamt kan åstadkomma med ett väl fungerande kvalitetsregister.
- Lyft fram och presentera HAKIR-data regelbundet för all personal exempelvis månadsrapporten, ha gärna en stående punkt på era arbetsplatsträffar.
- Följ upp eventuella skillnader mellan den egna enheten och övriga landet, exempelvis vad gäller komplikationer, reoperationsfrekvens, täckningsgrad etc.
- Starta gärna en interprofessionell förbättringsgrupp som exempelvis kan arbeta med flöden, täckningsgrad och utökade uppföljningar. Låt medarbetarna om möjligt avsätta tid för detta arbete.
- Samverka med den lokala registerkoordinatör, ha regelbundna avstämningar.
- Skapa rutiner och logistik så att registreringarna sker så automatiskt som möjligt.
- Inkludera gärna 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 så vi kan lära oss av varandra och successivt förbättra vården.

Registerkoordinatorer

- Sprid årsrapporten till alla medarbetare.
- Lägg stor vikt vid introduktion av nya användare, entusiasmera och betona vikten av HAKIR.
- Följ upp hur registerarbetet fungerar på din enhet, stötta och stimulera där det behövs.
- Återkoppla till verksamhetschefen vad som fungerar bra och vad som eventuellt behöver förbättras.
- Hjälpa till med att ta fram data när det efterfrågas.
- Arbeta tillsammans med övriga HAKIR-ansvariga på din enhet med förbättringsarbeten kopplat till registret.

- Bevaka att operationsformulär är komplett och korrekt ifyllda, annars be läkarna komplettera. Ser något felaktigt ut - kontrollera igen.
- Dela gärna med dig av dina idéer och förbättringsförslag i koordinatorsnätverket.
- Hör av dig till oss på HAKIR-kontoret om du behöver hjälp med något.

Medarbetare på enheterna

- Alla medarbetare kan bidra till att HAKIR utvecklas och ger oss den värdefulla information som vi behöver; inte minst läkarnas engagemang är av stor vikt.
- Ta del av månads- och årsrapporter.
- Berätta för patienterna om syftet med HAKIR och hur viktigt det är att de deltar; vi önskar deras delaktighet så vi tillsammans kan utveckla och förbättra vården. Lite extra muntlig information kan göra patienten mer motiverad att fylla i postoperativa enkäter och komma in på funktionsuppföljning.
- Om/när ni träffar patienterna tre och tolv månader postoperativt, berätta att det är dags för uppföljande enkät och uppmuntra dem att svara.
- Bra om läkarna kan stötta operationspersonal och sekreterare vid registrering av data. Speciellt viktigt att diagnos-, operations- och orsakskoder till reoperation blir korrekt ifyllda.
- Bevaka särskilt att ledprotesoperationer blir korrekt registrerade.
- 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 av de utökade funktionsuppföljningarna, fråga patienterna om de fyllt i sina postoperativa enkäter. 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

