

Årsrapport 2022

HAKIR
HANDKIRURGISKT
KVALITETSREGISTER



Vad tycker våra patienter?
Komplicerade vårdförlopp
Böjsenskador
Tumbaskirurgi

Proteskirurgi
Plexusskador
Trender och nationella skillnader
Hur gick det 2022?



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Handkirurgiskt kvalitetsregister	3	Plexus brachialisskador	24
Vad är HAKIR och vad vill vi uppnå?	3	Födelserelaterad plexusskada	24
Hur ska vi komma dit?	3	Traumatisk plexusskada	24
Inledning	4	Måluppfyllelse efter intervention (COPM)	25
Deltagande enheter	4	Trender och nationella skillnader	27
Registrerade operationer	4	Dupuytrens kontraktur	27
Täckningsgrad	4	Prioritering av akuta handskador	27
Svarsfrekvens	5	Höga nerventrapments	29
Valideringsarbete	6	HAKIRs rehabiliteringsnätverk	31
Operationstyper	6	Så här används HAKIR	32
Utökad registrering i HAKIR	7	Förbättringsarbeten	32
Anestesimetoder	8	Interprofessionell samverkan	32
Vad tycker våra patienter?	9	Nationell samverkan	32
Elektiva operationer	9	Standardiserade arbetssätt	32
Handskador	10	Patientmedverkan	33
Rökvanor	10	Registerforskning	33
Patientrapporterade upplevelser (PREM)	11	Samanfattning	34
Komplicerade vårdförlopp	12	Hur gick det 2022 – 23?	36
Regionkliniker	12	Mål 2023 – 24	37
Privata enheter	13	Så här kan du bidra	38
Böjsenskador	14	Kvalitetsregister och juridik	38
Registrerade operationer	14		
Regionala skillnader	14		
Tumbasartros	17		
Utökad registrering	18		
Proteskirurgi	19		
Protesmodeller och skanning	19		
Tumbasproteser	19		
PIP-ledproteser	20		
MCP-ledproteser	21		
Handledsproteser	21		



Handkirurgiskt Kvalitetsregister



VAD ÄR HAKIR OCH VAD VILL VI UPPNÅ?

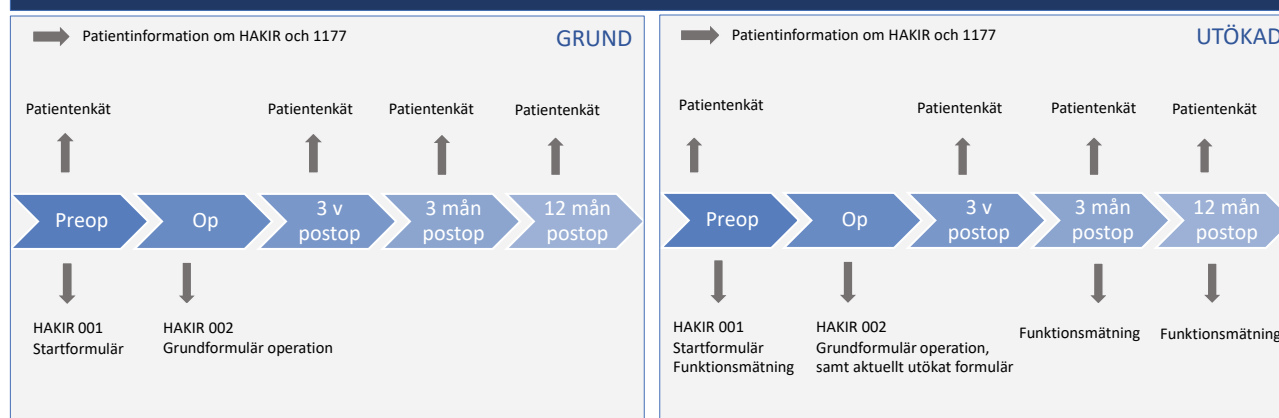
HAKIR är ett nationellt kvalitetsregister för handkirurgi startat 2010 på initiativ av Svensk Handkirurgisk förening. Våra främsta syften är att genom individbaserad uppföljning av bland annat vårdinsatser och behandlingsresultat möjliggöra förbättringsarbete och forskning som successivt förbättrar vården, 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 registrerrutiner 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 modeller för att fortlöpande återkoppla registerdata både till patienter och till vårdgivare så att dessa 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.

HAKIR - Arbetsflöde Grund och utökad registrering





Inledning

Årsrapporten för 2022 har ett lite annorlunda upplägg än tidigare år. Förändringen görs mest för att spara kostnader, men också för att HAKIR nu omfattar så många enheter och vi vill att alla skall få ta del av mer specifik information om sin egen verksamhet.

I denna tryckta del av vår årsrapport redovisar vi nationella data, inklusive en del jämförelser mellan enheterna, men vi har även sammanställt separata rapporter i PDF för varje enhet med lite kommentarer kring tänkbara förbättringsområden. Dessa rapporter har skickats ut till enheterna och finns också på vår hemsida. Båda redovisningarna omfattar data från starten av HAKIR februari 2010 till och med 31 december 2022, om inget annat anges. Liksom tidigare år måste det påpekas att vi inte gör några vetenskapliga eller statistiska analyser av data i årsrapporten. Skillnader som visas kan alltså ibland vara slumpmässiga. Vi hoppas att rapporten kan väcka fortsatt intresse för vårt gemensamma kvalitetsregister inom svensk handkirurgi.

DELTAGANDE ENHETER

Under 2022 anslöt fyra nya privata enheter till HAKIR; Liljeholmens Ortopedi, Farsta Ortoped- och Kirurgiklinik, HandCenter Stockholm och i december Aleris Malmö Arena. Alla enheter har arbetat hårt och lyckats mycket väl med att få sina rutiner på plats, inklusive nästan komplett täckningsgrad, se nedan.

Vi har nu åtta privata enheter som registrerar sina operationer och fler har uttryckt intresse av att vara med, vilket vi välkomnar. Sex av sju regionkliniker deltog under 2022, glädjande nog återanslöt även regionkliniken i Göteborg till HAKIR i januari 2023.

REGISTRERADE OPERATIONER

Vid årets slut 2022 hade 156 588 operationer på 116 655 patienter registrerats (se tabell 1).

TÄCKNINGSGRAD

Täckningsgrad definieras i HAKIR som antal registrerade operationer genom antal utförda i procent, se tabell 2 och figur 1. Vi har haft ett mål på minst 80% eftersom personer som saknar svenskt personnummer inte kan registreras. För att få mer rättvisande data lade vi under hösten 2022 till en variabel där enheterna varje månad rapporterar antal personer som opererats, men som saknar personnummer. Vi har nu därför höjt täckningsgradsmålet till 90% och höjer eventuellt senare till 95%. Den justerade variabeln visar sig framförallt ha betydelse för regionklinikerna.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Totalt
Regionkliniker														
Göteborg		1	322	1795	1900	1804	1602	1986	1292		1		1	10704
Linköping	284	1461	1669	1699	1558	1612	1643	1606	1604	1745	1306	1688	1811	19686
Malmö	1	508	2432	3678	3495	3657	3597	3726	3506	3678	2766	2530	2486	36060
Stockholm	2455	2712	2922	2982	2850	2593	2500	2451	2276	2147	1531	2257	2357	32033
Umeå			328	1374	1395	1333	1430	1010	1037	931	641	493	1353	11325
Uppsala	1	129	1499	1635	1959	1883	1722	1439	1454	1352	1354	1394	1271	17092
Örebro				1076	1378	1603	1950	1746	1480	786	1008	1554		12581
Totalt regionkliniker	2741	4811	9172	13163	14233	14260	14097	14168	12915	11333	8385	9370	10833	139481
Privata enheter														
Aleris Elisabethsjukhuset Uppsala											400	769	888	2057
Aleris Malmö Arena													22	22
Capio Läkargruppen Örebro					81	247	241	165	203	195	178	307	508	2125
Capio Movement Halmstad										162	221	548	721	1652
Farsta ortoped- och kirurgiklinik													648	648
HandCenter Göteborg						670	599	878	777	1173	1597	1576	1339	8609
Hand Center Stockholm													653	653
Liljeholmens ortopedi													1341	1341
Totalt privata enheter					81	917	840	1043	980	1530	2396	3200	6120	17107
Totalt alla enheter	2741	4811	9172	13163	14314	15177	14937	15211	13895	12863	10781	12570	16953	156588

Tabell 1. Antal registrerade operationer per år och enhet



Regionklinikerna i Umeå och Örebro har under året arbetat intensivt med att förbättra sina rutiner. Örebro når målet och Umeå är på god väg. Övriga regionkliniker klarar nu med marginal även det nya målet. Medelvärde för alla enheter var 94%, vilket är mycket glädjande.

SVARSFREKVENNS

Sedan start av HAKIR har vi använt ett system för enkätutskick som skapats av vårt registercentrum och som tekniskt fungerat väl till en försumbar kostnad. Sedan några år har vi dock noterat att svarsfrekvensen gått ner successivt och även att antalet utskickade enkäter minskat. Orsaken till det senare har troligen varit den omständliga registreringsprocessen med krångliga användarnamn och lösenord. I december 2022 genomförde vi därför, efter flera års planering och arbete, ett byte till enkätutskick helt via Inera / I177. Vi hade då testat funktionen i Stockholm på en ny typ av enkät, en PREM enkät, under drygt ett års tid och fått svarsfrekvenser på drygt 50%. I det nya enkätssystemet registrerar personalen enbart personnumret och skickar via en klickruta iväg den preoperativa enkäten som patienten sedan får via I177. De postoperativa enkäterna går ut automatiskt efter att operationsformuläret registrerats. Det nya systemet verkar fungera väl och svarsfrekvens både för symptomenkäten (PROM) och upplevelseenkäten (PREM) ligger betydligt högre än tidigare, se figur 2. Genom det förenklade systemet för enkätutskick får också fler patienter tillfälle att uttrycka sin uppfattning genom att färre patienter missas i enkätflödet före operation.

Vi tror att vi successivt kan uppnå ännu högre svarsfrekvens genom att integrera kvalitetsuppföljningen bättre i vårdförloppen och få våra patienter att känna att deras svar verkligen är viktiga för vården. Enkätutskick via I177 bedöms som rätt väg att gå eftersom detta blir en alltmer etablerad plattform för kommunikation med patienter i vården.

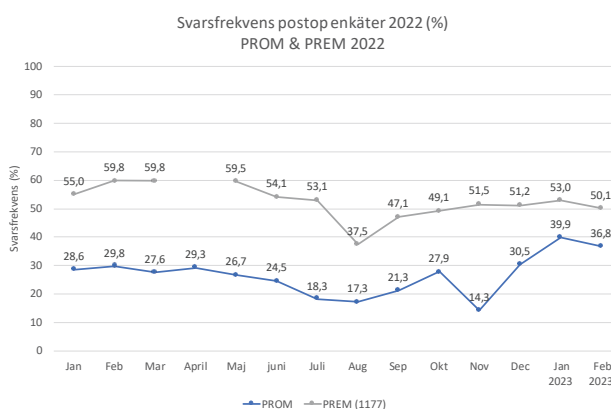
Regionkliniker	Registrerade op	Utförda operationer	Utan personnummerr	Utförda minus ej pnr	Täckningsgrad %
Linköping	1811	1843	9	1834	98,7
Malmö	2486	2601	53	2548	97,6
Stockholm	2357	2580	53	2527	93,3
Umeå	1353	1662	10	1652	81,9
Uppsala	1271	1336	44	1292	98,4
Örebro	1554	1660	0	1660	93,6
Totalt regionkliniker	10832	11682	169	11513	94,1
Privata enheter					
Aleris					
Elisabethsjukhuset					
Uppsala	888	1016	0	1016	87,4
Capio Läkargruppen					
Örebro	508	509	0	509	99,8
Capio Movement					
Halmstad	721	786	0	786	91,7
Farsta ortoped- och kirurgiklinik	648	651	2	649	99,8
HandCenter					
Göteborg	1339	1432	0	1432	93,5
HandCenter					
Stockholm	653	736	0	736	88,7
Liljeholmen ortopedi	1144	1155	4	1151	99,4
Totalt privata enheter	5901	6285	6	6279	94,0
Totalt alla enheter	16733	17967	175	17792	94,0

Tabell 2. Täckningsgrad per enhet under 2022.

Grönt >90%, Gult >80%. De nya enheterna Aleris Malmö Arena och regionkliniken i Göteborg finns inte med i tabellen.



Figur 1. Täckningsgrad (%)



Figur 2. Svarsfrekvenser för postoperativa enkäter. PROM = Patient-Reported Outcome Measure, PREM = Patient-Reported Experience Measure. PREM enkäten går ut nationellt sedan december 2022, innan dess enbart för regionkliniken i Stockholm. Byte till utskick via I177 nationellt skedde i december 2022.



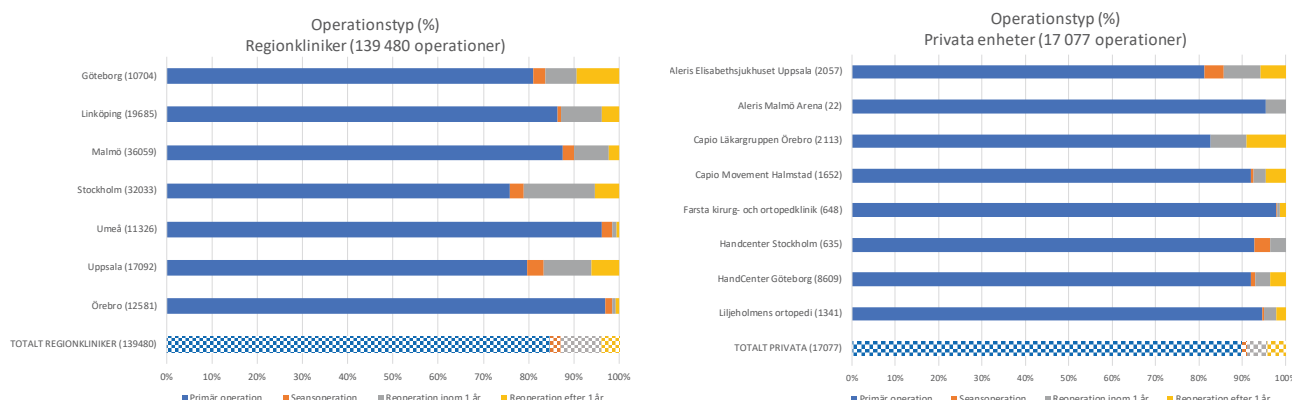
VALIDERINGSARBETE

HAKIR arbetar kontinuerligt på att säkerställa att registerdata är så kompletta och korrekta som möjligt. Vi har nu flera automatiska kontroller vid registrering och datahämtningar mellan formulär. Vi har sk "pop-ups" som varnar för fel, funktioner som kontrollerar ifall det är en reoperation och som frågar om utökad registrering också skall göras. Vi har gjort fler variabler obligatoriska för att minska bortfall. Trots dessa åtgärder blir det ibland fel vilket vi upptäcker till exempel när data sammanställs för årsrapporterna. De vanligaste felen som upptäcks gäller skadedatum och kodning. I mån av tid försöker vi rätta till felen i registerdata successivt. Under hösten 2022 gjordes ett större sådant arbete med granskning av 125 journaler ute på enheterna. Bland annat rättades fel angående böjsenrupturer, skafoideumkirurgi och kodning. Genom att lägga in data direkt i registret och inte dubbelarbeta genom att först registrera på papper eller låta annan personal lägga in data skulle vi antagligen undvika många fel. För koderna finns en sökfunktion, där man snabbt kan kontrollera att man skrivit in korrekta uppgifter. Vi kommer att fortsätta korrigera data efterhand när vi upptäcker fel. Vår nya skanningfunktion för ledimplantat (se protsesavsnittet sidan 19) kommer att kunna förbättra datakvaliteten för dessa registreringar. Överföring från journal direkt till register är förstås det optimala, men kräver strukturering av våra journaltermer, något som HAKIR också engagerat sig i (se sidan 32, avsnittet standardiserade arbetssätt).

OPERATIONSTYPER

Av 116 655 patienter hade 27 311 (23,4%) opererats mer än en gång. I de flesta fall var detta säkert operation av andra handen eller av ett annat finger och inte reoperation på grund av en komplikation. Figur 3 visar andelen reoperationer per enhet enligt registrering av operationstyp. Vi misstänker tyvärr fortfarande att det är svårt att registrera denna variabel korrekt och tror att "Primär operation" ofta väljs som standard. Reoperationsfrekvensen för regionklinikerna varierar mellan 3,1% (Örebro) och 24,1% (Stockholm) och var i medeltal 15,3%. För de privata enheterna var 10% av ingreppen reoperationer. Vi har gjort en lathund för val av operationstyp och hoppas att denna används framöver på operationsavdelningarna så att vi kan få så korrekta in data som möjligt.

Att reoperera en hög andel patienter är i sig ingen indikator på dålig vårdkvalitet utan är beroende av casemix, till exempel andel akuta skador och primära infektioner, vilka kan kräva upprepade ingrepp. Det viktigaste syftet med variabeln "operationstyp" är att fånga upp reoperationer orsakade av postoperativa problem. Se mer om detta i eget avsnitt i denna rapport.



Figur 3. Registrerad operationstyp (%) för regionklinikerna respektive de privata enheterna



UTÖKAD REGISTRERING I HAKIR

Med detta menar vi att ytterligare information samlas in om den utförda operationen och i flera fall ingår också undersökning av handfunktion före och efter operation. Dessa undersökningar görs oftast på handrehabiliteringsenheterna. Tabell 3 visar antal registreringar för de olika formulären. Man kan dra många lärdomar av dessa data. På vissa enheter har man lyckats skapa välfungerande rutiner för uppföljningarna, medan andra har svårare.

Att kalla in patienter för funktionsundersökning kan ses som resurskrävande, men om det standardiseras och inkluderas i de vanliga rutinerna så behöver det inte ta så mycket tid. Allt eftersom vi samlar in mer data och skapar evidens för behandlingar, så kan vi troligen avsluta vissa uppföljningar eller i alla fall ta bort några variabler. Sådana diskussioner förs på våra HAKIR dagar och under 2023 skall till exempel tumbasuppföljningen diskuteras.

		Linköping	Malmö	Stockholm	Umeå	Uppsala	Örebro	Aleris Malmö Arena	Elisabethsh	Totalt
Böjsenskador (02)	Op	385	824	984	123	210	115	deltar ej	deltar ej	2641
	Funktion 3mån postop	191	257	464	77	61	23	deltar ej	deltar ej	1073
	Funktion 12mån postop	108	167	334	53	45	3	deltar ej	deltar ej	710
Tumbasartros (05)	Op	605	deltar ej	521	132	328	160	4	40	1790
	Funktion preop	249	deltar ej	308	94	200	41	0	0	892
	Funktion 3mån postop	282	deltar ej	315	74	193	36	0	0	900
Proteskirurgi (06)	Funktion 12mån postop	100	deltar ej	235	60	114	15	0	0	524
	Op	135	459	208	2	100	deltar ej	deltar ej	16	920
	Funktion preop	21	300	104	0	49	deltar ej	deltar ej	0	474
Skafoideumkirurgi (07)	Funktion 3mån postop	13	232	99	0	35	deltar ej	deltar ej	0	379
	Funktion 12mån postop	8	187	67	0	16	deltar ej	deltar ej	0	278
	Op	1	deltar ej	86	deltar ej	15	deltar ej	deltar ej	deltar ej	102
Interkarpal artroses & PRC (08)	Funktion preop	0	deltar ej	5	deltar ej	0	deltar ej	deltar ej	deltar ej	5
	Funktion 3mån postop	reg inte	deltar ej	reg inte	deltar ej	reg inte	deltar ej	deltar ej	deltar ej	reg inte
	Funktion 12mån postop	0	deltar ej	31	deltar ej	0	deltar ej	deltar ej	deltar ej	31
Cerebral pares (11)	Op	1	deltar ej	95	1	3	0	deltar ej	6	106
	Funktion preop	0	deltar ej	13	0	0	0	deltar ej	0	13
	Funktion 3mån postop	reg inte	deltar ej	reg inte	reg inte	reg inte	reg inte	deltar ej	reg inte	reg inte
Medfödda avvikelser (12)	Funktion 12mån postop	0	deltar ej	19	0	0	0	deltar ej	0	19
	Op	7	0	9	75	2	0	0	0	93
	Diagnos	19	21	190	0	0	0	deltar ej	deltar ej	230
Födelserelaterade plexusskador (13)	Op	0	0	12	5	0	0	deltar ej	deltar ej	17
	Grunddata	deltar ej	deltar ej	119	100	deltar ej	deltar ej	deltar ej	deltar ej	219
	Primärkirurgi	deltar ej	deltar ej	8	3	deltar ej	deltar ej	deltar ej	deltar ej	11
Traumatiska plexusskador (14)	Sekundärkirurgi	deltar ej	deltar ej	56	113	deltar ej	deltar ej	deltar ej	deltar ej	169
	Grunddata	deltar ej	deltar ej	190	105	deltar ej	deltar ej	deltar ej	deltar ej	295
	Primärkirurgi	deltar ej	deltar ej	43	24	deltar ej	deltar ej	deltar ej	deltar ej	67
Omvårdnadsformulär	Sekundärkirurgi	deltar ej	deltar ej	18	29	deltar ej	deltar ej	deltar ej	deltar ej	47
		deltar ej	330	167	deltar ej	247	deltar ej	deltar ej	deltar ej	744
	Totalt antal formulär	2125	2777	4700	1070	1618	393	4	62	12749

Tabell 3. Antal formulär inom utökad registrering i HAKIR. Siffrorna inom parentes avser nummer på det utökade HAKIR formuläret.



ANESTESIMETODER

HAKIR införde variabeln "Anestesimetod" för några år sedan och vi har nu data för 17 537 operationer. Val av anestesimetod är intressant inom handkirurgi eftersom många ingrepp kan utföras i lokalbedövning vilket kan vara kostnadseffektivt, men det kan också ibland upplevas obehagligt för patienten och försvåra för kirurgen genom sämre blodtomhet vid större ingrepp. Vid sk Wide Awake Local Anesthesia No Tourniquet (WALANT) används lokalanestetikum med adrenalin för blodstillning och operationen kan genomföras utan användande av stas och med patienten vaken. Vetenskapliga studier har antytt fördelar t ex vid senkirurgi då hållfasthet och glidförmåga hos senan kan bedömas under operationen. Vi ser regionala skillnader i val av anestesimetod där plexusanestesi framförallt är vanligt på regionklinikerna i Stockholm och Malmö medan narkos är vanligt på regionklinikerna i Linköping, Uppsala och Örebro samt på HandCenter i Göteborg och Stockholm. WALANT verkar ha börjat användas i Uppsala och på Capio Läkargruppen Örebro. En del skillnader kan kanske förklaras av case-mix men kompetens och resurser på anesthesiavdelningarna är nog den vanligaste orsaken till skillnaderna.

En närmare analys av patientrapporterade upplevelser och hälsoekonomi för de olika anestesimetoderna vore av intresse. Vår nya upplevelseenkät (PREM) tre veckor efter operation kan på sikt ge oss information om hur patienterna upplevde den postoperativa smärtlindringen, vilket kan ha samband med vald anestesimetod. Majoriteten av handkirurgiska operationer görs i dagkirurgi och det är viktigt för vården att försäkra sig om att patienten är väl smärtlindrad under de första postoperativa dygnen. På många kliniker skrivs patienterna ut innan plexusbedövningen har släppt och dessa patienter är, till skillnad mot de som sövs, hemma när smärtgenombrottet kommer.



Figur 4. Anestesimetoder vid 17 291 handkirurgiska operationer. Antal registreringar inom parentes. IVRA= Intravenös regionalanestesi. Fåtal registreringar från Malmö på grund av att variabeln inte kommit med i automatisk dataöverföring.

Vi har dock för få svar ännu för att göra analyser eftersom postoperativ smärta måste relateras till utfört ingrepp. En snabb första analys visar att patienter opererade för tumbasartros anger upplevelsen av den postoperativa smärtlindringen som i medel 4,54 (där 5 är bäst) när de fått plexusbedövning (24 svar) och 4,22 efter narkos (32 svar). Vi kommer att göra bättre analyser när vi samlat mer data.



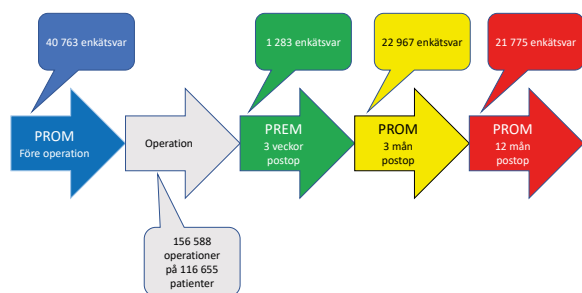
Vad tycker våra patienter?

Vid årets slut 2022 hade HAKIR samlat in 86 788 patientenkätsvar, inkluderande både patientrapporterade resultat (PROM) och patientrapporterade upplevelser (PREM). Vi ser glädjande nog en tydlig trend mot ökad svarsfrekvens efter introduktion av det nya enkätssystemet via I177 den 5 december 2022, se Introduktionsavsnittet.

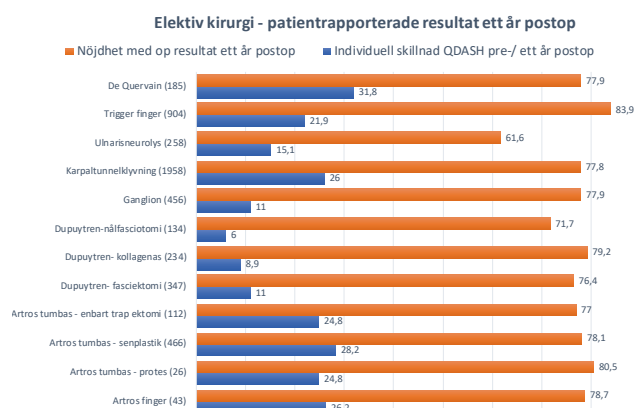
Fördelningen mellan olika enkättyper visas i figur 5. PREM-enkäten introducerades nationellt först i december 2022 efter en testperiod på regionkliniken i Stockholm under några år. Här presenteras ett litet urval av alla de analyser som kan göras på vårt stora material av enkätdata. Flera forskningsprojekt pågår och ytterligare är planerade.

ELEKTIVA OPERATIONER

I figur 6 presenteras patientrapporterade resultat för några stora patientgrupper utifrån diagnos- och operationskoder. QuickDASH (QDASH) enkäten speglar patientrapporterat funktionshinder i arm och hand på en skala 0 till 100. En förändring av QDASH score på minst 16 poäng anses vara kliniskt relevant (Franchignoni 2013). Att diagnosgrupper som Dupuytren och ganglion inte når denna nivå på förbättring beror mest sannolikt på låga värden för QDASH redan före operation (22,0 respektive 24,7). QDASH score i en befolkning är åldersberoende, men <20 poäng anses vara normalt. Ulnarisneurolys uppnår inte riktigt signifikant förbättring av QDASH score. Figur 6 visar också upplevt resultat ett år efter operationen, en fråga i HAKIRs egna enkät, graderad 0-100. Detta medelvärde är över 75 för alla de analyserade diagnosgrupperna utom för ulnarisneurolys (61,6) och nålfasciotomi vid Dupuytren (71,4).



Figur 5. Antal registrerade enkätsvar för de olika enkättyperna före och efter operation fram till 31 december 2022.



Figur 6. Patientrapporterade resultat ett år efter några elektiva handkirurgiska ingrepp. Antal enkätsvar i den parade jämförelsen av upplevt funktionshinder (QuickDASH) före, respektive ett år efter operation, anges inom parentes. Frågan om nöjdhet med operationsresultatet graderas 0= helt missnöjd till 100= helt nöjd. För denna variabel finns betydligt fler svar.

Vad säger data?

Handkirurgi minskar upplevt funktionshinder för de flesta av de vanliga diagnoserna och nöjdhet med operationsresultatet bedöms i medeltal till 75%.

QuickDASH fungerar inte för utvärdering av diagnoser med låg grad av funktionshinder, t ex Dupuytren.

Patienter som opererats med ulnarisneurolys upplever lägre grad av förbättring av operation. Orsakerna till detta behöver utredas.

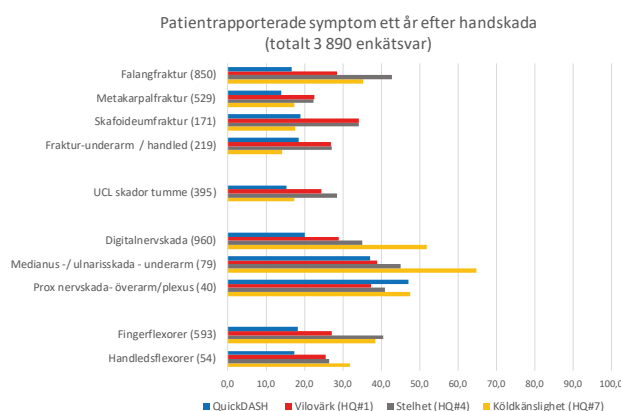


HANDSKADOR

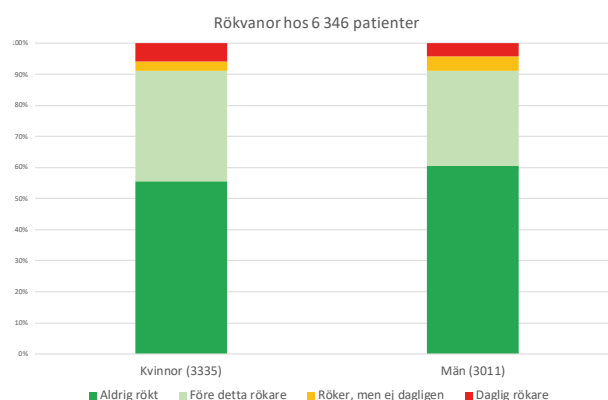
Figur 7 visar patientrapporterade symptom ett år efter operation av olika typer av handskador. Observera att till exempel senskador kan vara kombinerade med nervskador och att patienter med plexusskador ofta även har andra extremitetsskador.

RÖKVANOR

Det finns vetenskaplig evidens för att rökning ökar risken för olika typer av komplikationer efter handkirurgi, framförallt benläkningsproblem. Rökvanor är därför mycket relevanta i ett kvalitetsregister. Optimalt hade varit om det fanns en standardiserad journalterm för rökvanor i alla journalsystem nationellt och variabeln sedan kunde hämtas automatiskt till kvalitetsregistren. Eftersom vi inte såg att detta skulle bli verklighet inom överskådlig framtid så införde vi 2021 variabeln "Rökvanor" i HAKIR enkäten, med de svarsalternativ som finns i anestesiklinikernas preoperativa hälsoenkät. Till och med 31 december 2022 hade 6 346 patienter svarat, se figur 8. 8,9% var rökare, samma andel för män och kvinnor. Rökarna var något yngre (45,8 år; 16 - 83 år) än ickrökarna (54,6år), vilket ju är bekymmersamt. 12% av de patienter som hade opererats med frakturkirurgi var rökare. Vi har än så länge för lite data för att analysera eventuellt samband med postoperativa komplikationer, men det kommer vi att utreda längre fram.



Figur 7. Patientrapporterade besvär ett år efter olika typer av handskador. Både QuickDASH score och HQ8 graderas mellan 0 och 100. Antalet enkätsvar anges inom parentes. Observera att kombinerade skador kan finnas i de olika grupperna, t ex både nerv- och senskador och frakturer. UCL= Ulnart kollateralligament i tummens MCP-led.



Figur 8. Rökvanor hos 6 346 handkirurgiska patienter (%). Antal kvinnor respektive män anges inom parentes.

Vad säger data?

Proximala nervskador orsakar betydande invaliditet med QDASH värden mellan 35 och 45 även ett år efter skadan. Dessa patienter anger även hög grad av vilovärk. Samtliga nervskador, nästan oavsett nivå, orsakar stora problem av köldkänslighet i den skadade handen.

För frakturerna anges upplevt funktionshinder (QDASH) ganska lika oavsett nivå, men stelhet och köldintolerans graderas högre för fingerfrakturer än för mer proximala frakturer.

QDASH score avspeglar inte alla aspekter på patientupplevda resultat efter handskador. En symptomenkät (HQ8) kan ge viktig input till rehabiliteringsinsatser i efterförloppet efter en skada.

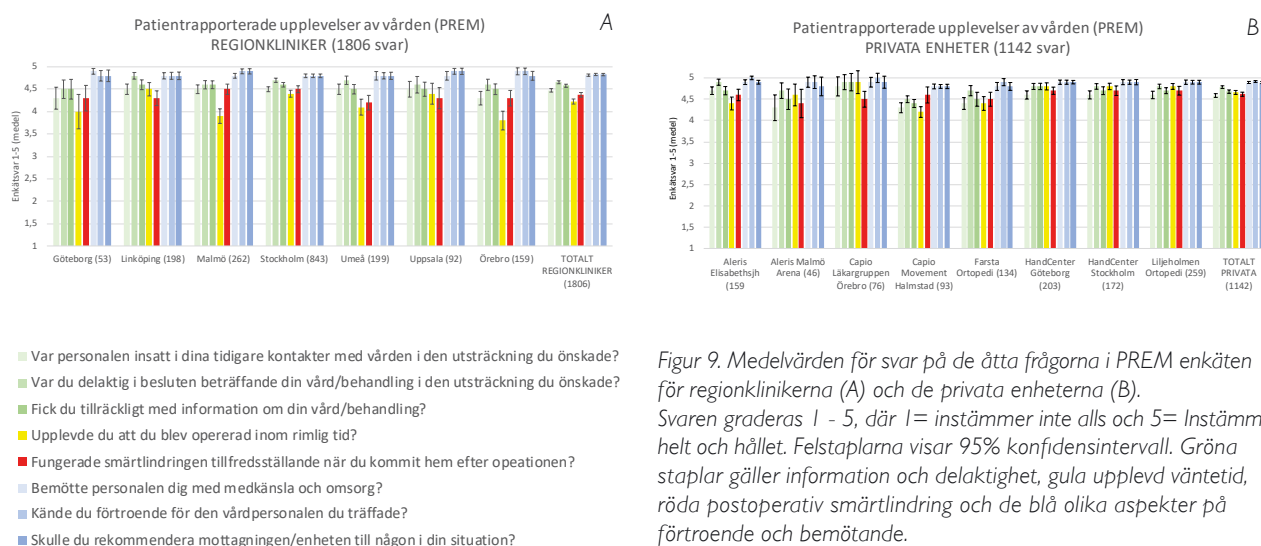


PATIENTRAPPORTERADE UPPLEVELSER (PREM)

PROMs, det vill säga enkäter som utvärderar resultat avseende symptom som värk, stelhet och domningar är viktiga för att bedöma olika behandlingsmetoder, men vi behöver också följa upp hur patienterna upplevt vården, t ex om de känt sig delaktiga i beslut, fått tillräckligt med information och om de känt förtroende för vårdenheten.

För att utvärdera dessa aspekter har HAKIR infört en extra enkät, en sk PREM enkät (Patient Reported Experience Measure) som skickas ut tre veckor efter operation till alla patienter (över 13 år). Anledningen till det tidiga enkätutskicket är att upplevelser är "färska" och frågor om bemötande, delaktighet

etc kan kännas inaktuella efter tre månader när den vanliga HAKIR enkäten (PROM) går ut. Den nya PREM enkäten skickas till alla opererade patienter i HAKIR sedan 5 december 2022 efter en provperiod på regionkliniken i Stockholm. Utskicken går via I177, är helt automatiserade och kräver ingen extra arbetsinsats från personalen. Frågorna kommer från Nationella Patientenkäten, med några specifika tillägg som är viktiga för handkirurgi. Till och med februari 2023 hade 2 948 svar registrerats, resultaten visas i figur 9 uppdelat på regionkliniker och privata enheter.



Figur 9. Medelvärden för svar på de åtta frågorna i PREM enkäten för regionklinikerna (A) och de privata enheterna (B). Svaren graderas 1 - 5, där 1 = instämmer inte alls och 5 = instämmer helt och hållet. Felstaplar visar 95% konfidensintervall. Gröna staplar gäller information och delaktighet, gula upplevd väntetid, röda postoperativ smärtlindring och de blå olika aspekter på förtroende och bemötande.

Vad säger data?

PREM enkätsvaren kommer att ge enheterna viktig återkoppling kring vad som fungerar bra, respektive mindre bra på enheten. Svaren kommer att redovisas månatligen till varje enhet.

Resultaten såhär långt visar hög grad av förtroende för vården hos våra handkirurgiska patienter. Väntetidsproblem framkommer på vissa enheter, smärtlindring och information kanske behöver förbättras lite på andra.



Komplicerade vårdförlopp

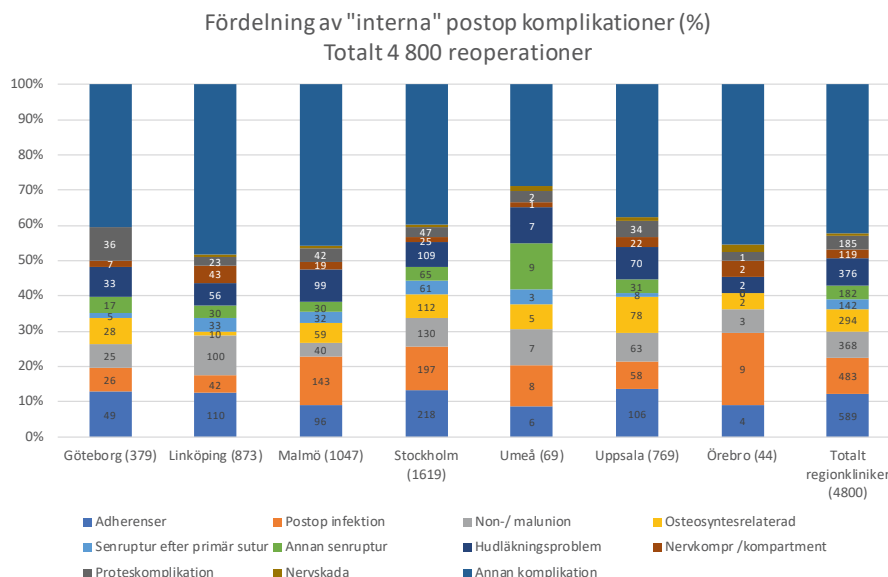
Av totalt 156 588 operationer var 7 067 (4,5%) reoperationer orsakade av något postoperativt problem efter primär operation på den egna enheten ("interna komplikationer"). I detta avsnitt analyserar vi dessa reoperationer. Eftersom case-mix är så olika för regionkliniker och privata enheter redovisas dessa var för sig.

Att identifiera och försöka förebygga postoperativa komplikationer är ett av huvudsyftena för HAKIR, men det är inte helt lätt att få fram tillförlitliga uppgifter. Vi har sedan start successivt förbättrat registerfunktionerna, med påminnelser när en patient reopereras, förklarande text i registerprogrammet och planscher som beskriver hur man skall registrera.

REGIONKLINIKER

Av 7 067 reoperationer var 5 206 "interna" vilket motsvarar 3,7% av alla operationer på regionklinikerna. I 229 var postoperativa komplikationer efter primär operation på annan enhet, det vill säga 19% av de komplikationer som opererades var remissfall ("externa" komplikationer).

Fördelning mellan de tio vanligaste "interna" komplikationerna i % visas i figur 10. Vänligen läs figurtexten noga, det är lätt att feltolka figuren. Förutsatt att registreringarna är korrekta, så ser mönstret lite olika ut mellan regionklinikerna. Det kan vara så att Malmö och Stockholm reopererar lite oftare för postoperativa infektioner och Linköping lite oftare för benläkningsproblem och för proteskomplikationer. Vilka komplikationer som uppstår beror förstås mycket på vilken typ av kirurgi som är vanlig på kliniken. Vanligaste "interna" komplikation på regionklinikerna var adherensbildning följt av postoperativ infektion, hudläkningsproblem och non- / malunion efter skelettkirurgi. Fortfarande finns en stor grupp reoperationer där orsaken klassificerats i fritext och inte i någon av de vanligaste grupperna.



Figur 10. Fördelning av orsaker till reoperation för "intern" komplikation på regionklinikerna (%). Totalt antal reoperationer inom parentes. Observera att data för Göteborg endast finns mellan 2014 och 2018 och att antalet reoperationer är mycket lågt för Umeå och Örebro. Siffrorna inne i staplarna anger antal reoperationer av varje slag. "Annan senruptur" kan vara när en sena gått av på grund av en platta eller ett stift eller på grund av en infektion. I gruppen "Annan komplikation" finns både mer sällsynta komplikationer och sådana som registrerats med fritext.



PRIVATA ENHETER

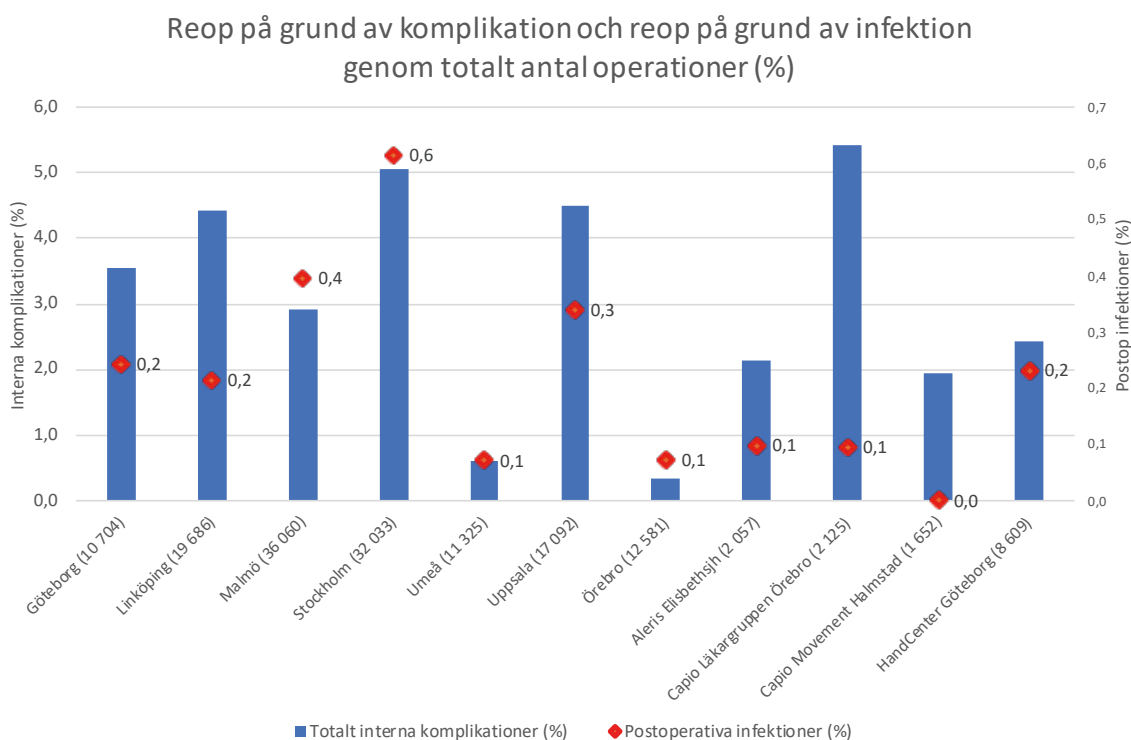
Även för de privata enheterna var adherensbildning den vanligaste postoperativa komplikationen. Mycket få reoperationer var hittills registrerade, flera av enheterna är relativt nya i HAKIR. Närmare redovisning görs i de separata rapporterna.

Figur 11 visar andelar patienter som reopererats för en "intern" komplikation eller för en postoperativ infektion i förhållande till totalt antal utförda operationer på varje enhet. Även denna figur kan vara lite svårtolkad. Postoperativa infektioner utgör en tiondel av totalt antal komplikationer och siffran läses därför på den högra y-axeln. Regionklinikerna ligger högre både för andel interna komplikationer och för infektioner, vilket är logiskt med tanke på de akuta skadorna. Stockholm verkar ha en högre för infektionsfrekvens än övriga regionkliniker. En rimlig förklaring till detta är en case-mix med större andel

akuta skador och färre enklare elektiva ingrepp. Som tidigare påpekat är troligen siffrorna för Umeå och Örebro för låga, enheterna arbetar med att förbättra sina registreringsrutiner. Den höga siffran för interna komplikationer för Capio läkargruppen orsakas av 24 reoperationer på grund av adherensproblematik. Enheten kanske skall följa upp om detta är korrekt registrerat.

Vad säger data?

Jämfört med hur det var innan HAKIR så har vi kommit långt, men först när alla enheter verkligen fördjupar sig i sina egna data och använder dem i förbättringsarbeten kan vi uppnå vårt syfte att upptäcka problem tidigt och försöka förebygga att andra patienter drabbas.



Figur 11. Andelar reoperationer på grund av "interna" komplikationer respektive andel postoperativa infektioner i förhållande till totalt antal utförda operationer på respektive enhet (%). Observera att andel infektioner anges på den högra y-axeln. Några privata enheter saknas i figuren eftersom de registrerat mycket få, eller inga reoperationer. Siffrorna inom parentes anger totalt antal operationer per enhet. Data från regionkliniken i Göteborg gäller endast 2014 - 2018.



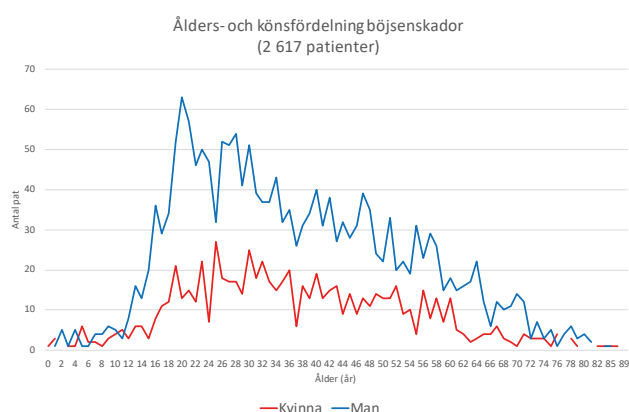
Böjsenskador

Böjsenskador i fingrarna (zon 1 och 2) opereras och rehabiliteras nästan enbart på regionklinikerna och sex av sju kliniker deltog under 2022 i utökad registrering av dessa skador. Totalt har nu 2 641 operationer på 2 617 patienter registrerats.

Som tidigare rapporterat är böjsenskador vanligare hos män och skillnaden ses redan från 12 årsåldern, se figur 12. Skador förekommer i alla åldrar (0 - 89 år), med medelålder 37,1 år. Skador i vänster hand är något vanligare än höger (53,8%).

REGISTRERADE OPERATIONER

Antal registrerade böjsenoperationer per år och enhet visas i figur 13. Effekten av pandemin syns mycket tydligt. Denna minskning av antal opererade skador beror med stor sannolikhet på missade registreringar på grund av en ansträngd personalsituation under de svåra åren för sjukvården. Regionklinikerna i Stockholm och Malmö opererar flest böjsenskador per år, cirka 100 vardera, därefter Linköping med cirka 50. Övriga tre regionkliniker som registrerar verkar ligga på ungefär samma antal, kring 20 - 25 per år.



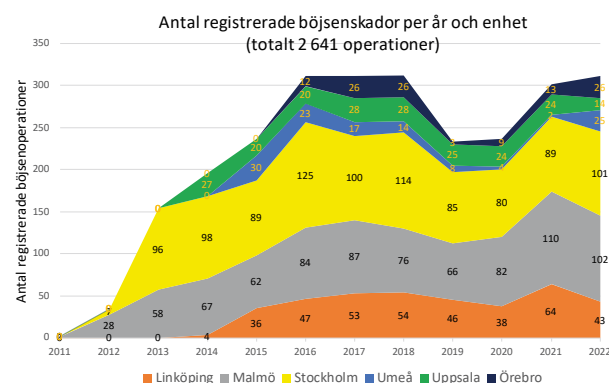
Figur 12. Ålders- och könsfördelning för 2 617 patienter opererade för en böjskada.

REGIONALA SKILLNADER

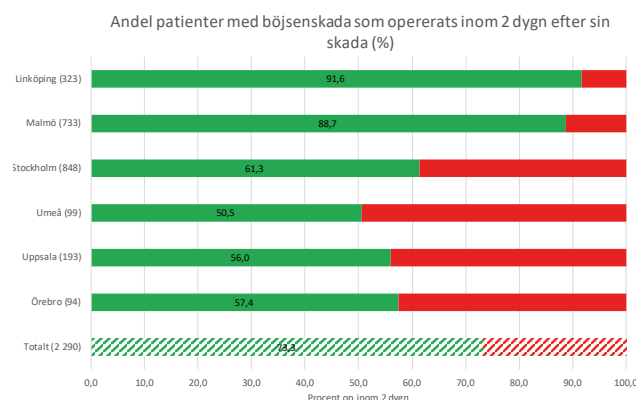
Processmått

Tid skada till operation

Som tidigare rapporterat från HAKIR finns det stora skillnader mellan regionklinikerna i hur snabbt en patient med böjskada blir opererad, se figur 14. I Malmö och Linköping opereras nästan alla skador inom 2 dygn, mot cirka 60% på övriga regionkliniker. Vi har satt ett inofficiellt mål på minst 75%. Bara två kliniker uppfyller målet och vi ser tyvärr inte några större förbättringar över tid.



Figur 13. Antal registrerade böjsenoperationer per år och enhet



Figur 14. Andel böjsenskador som opererats inom 2 dygn efter skadan (%). Tider över 14 dagar är inte med i figuren. Antal operationer per enhet och totalt inom parentes.



Några tänkbara orsaker till skillnaderna:

- Olika behandlingstraditioner i landet:
 - Huden sys på akutmottagningen och patienten remitteras därefter till handkirurgisk klinik eller
 - Patienten skickas direkt samma dag till specialistkliniken.

Den första varianten är vanlig i mellansverige medan den andra gäller i Malmö- och Linköpingsregionerna.
- Tillgång till akuta operationsresurser på regionkliniken. Vilken prionivå får dessa skador? Opereras skadorna på helgtid eller ej?
- Olika lokala förhållanden, t ex avstånd till regionkliniken, tillgång och kompetens på akutmottagningar och närakuter.
- Skillnader i populationen, "patient's delay"? En böjsenskada kan uppkomma efter en liten, ytlig skärskada och kan initialt missas av patienten.

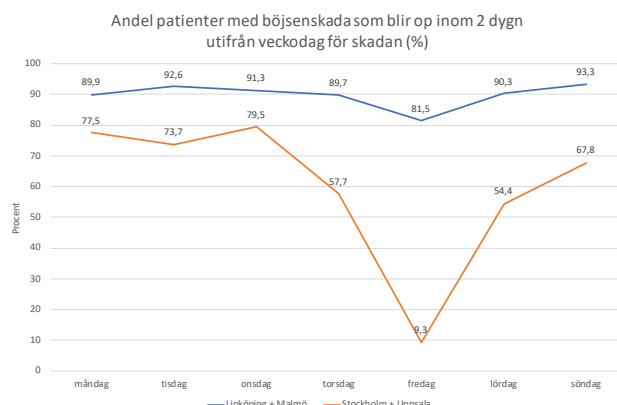
Efter önskemål från Stockholmkliniken har vi under 2022 lagt till variabeln *Datum för operationsanmälan*. Anledningen är att kliniken ville utreda eventuell fördröjning på grund av operationsresurser. Hittills har vi endast 12 registreringar och alla utom en av dessa patienter var opererade inom 2 dygn efter anmälan. Detta tyder på att en stor del av fördröjningen i Stockholm beror på att patienten kommer senare till specialistkliniken. Ur patientens synpunkt är detta ändå en klar fördröjning eftersom patienter som skadar sig på en fredag eller lördag ses av handkirurg först på en måndag. Böjsenskador inträffar nästan lika ofta alla veckodagar. Lördag är vanligaste dagen för skada, tisdag mest ovanlig.

Bara 9% av patienter i Stockholm och Uppsala som skadar sig på en fredag blir opererade inom 2 dygn och bara drygt hälften av de som skadar sig på en lördag, se figur 15. Väntetiderna fördelar sig mycket jämnare över veckodagarna för patienter i Linköping och Malmö där man opererar dessa skador även på helgerna.

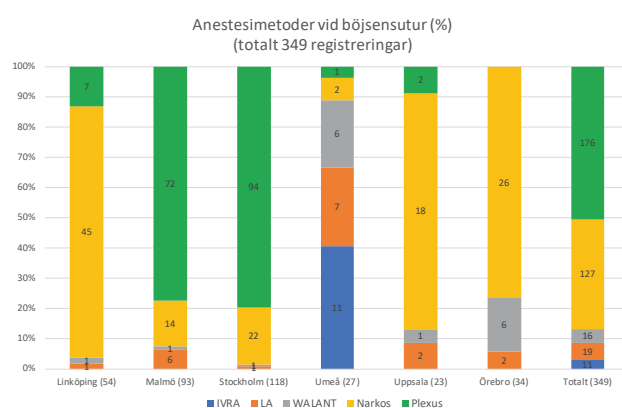
Anestesimetoder

Vi har inte så många registreringar ännu, men ser redan tydligt att anestesimetoder varierar mellan regionklinikerna, se figur 16. I Malmö och Stockholm opereras nästan alla i plexusanestesi, medan böjsenskadade patienter i Linköping, Uppsala och Örebro ofta sövs. Majoriteten av böjsenskador i Umeå opereras i någon form av lokalanestesi och både i Umeå och Örebro har man börjat med WALANT (lokalanestesi utan stas). Vi kan inte veta, men man kan anta att skillnaderna främst beror på tillgång till resurser och kompetens på anestesiklinikerna.

Figur 17. Suturtekniker för kärnsutur (%). Antal registreringar per enhet inom parentes.



Figur 15. Andel patienter med böjsenskada som blivit opererade inom 2 dygn utifrån veckodag när de skadade sig (%). Totalt 1 056 operationer för Malmö - Linköping och 1 042 för Stockholm - Uppsala.



Figur 16. Anestesimetoder vid böjsensutur i zon 1 och 2 (%). Antal registreringar per enhet inom parentes.

Suturtekniker

Tsuge loopsutur dominerar i Malmö och Stockholm, medan modifierad Kessler är vanlig i Linköping, Umeå och Örebro, se figur 17. Reinsertioner utgjorde 9,8%, men är vanligast i Linköping (17%) och mest ovanliga i Stockholm (6%). I gruppen "annan teknik" finns många olika tekniker bland annat Kirchmayer-Zechner och Becker, samt några tekniker som nog kunde gått in under loopsutur eller reinsertion. Vi vill uppmana alla att skriva så lite som möjligt i fritext eftersom dessa registreringar är mycket svåra att redovisa.

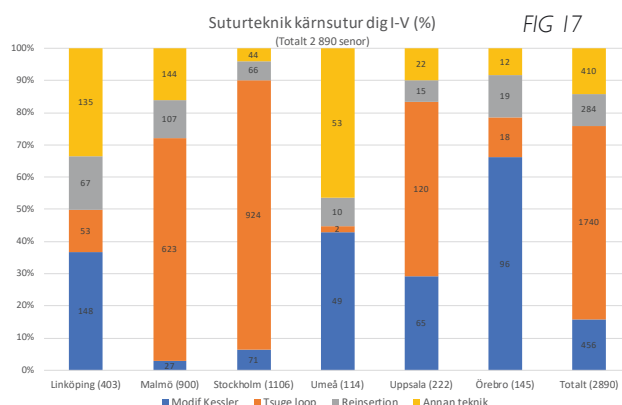
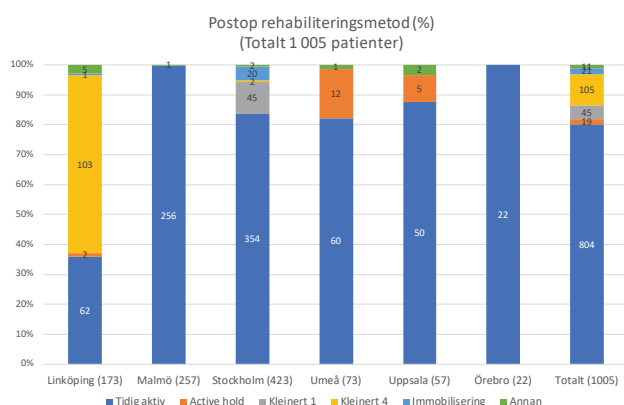


FIG 17



Rehabiliteringsprogram

Tidig aktiv mobilisering som startas redan några dagar efter operationen dominerar starkt, se figur 18. Linköping och Stockholm använde tidigare Kleinert-metoden, men har båda också gått över till tidig aktiv mobilisering. En del registreringar saknas från Malmö eftersom variabeln initialt inte kom med i automatisk dataöverföring.



Figur 18. Postoperativt rehabiliteringsprogram efter böjsensur (%). Antal registreringar per enhet inom parentes. I gruppen "Annan" finns bland annat kombinationer mellan metoderna.

Resultatmätt

Aktivt rörelseomfång efter ett år

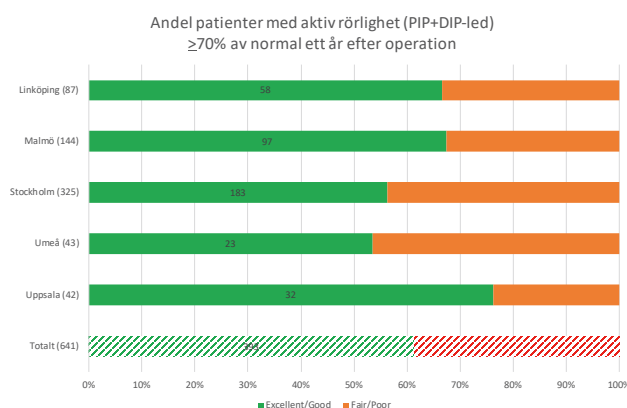
Data från HAKIR har i en vetenskaplig studie (Renberg, Svingen et al 2023) kunnat visa att ett viktigt resultatmätt är att patienten återfår minst 70% av normal rörlighet i fingret (120 grader i PIP + DIP-led). Detta motsvarar nivåerna Excellent och Good i Stricklands klassifikation. Figur 19 visar andel patienter på respektive klinik som uppnår den nivå. Totalt hade drygt 60% uppnått målet. I Linköping och Malmö 67%, men bara 56% i Stockholm. I Umeå och Uppsala var det än så länge ganska få mätningar varför dessa andelar är osäkra. Det fanns endast fem ettårsmätningar i Örebro, kliniken är därför inte med i figuren.

Rupturer

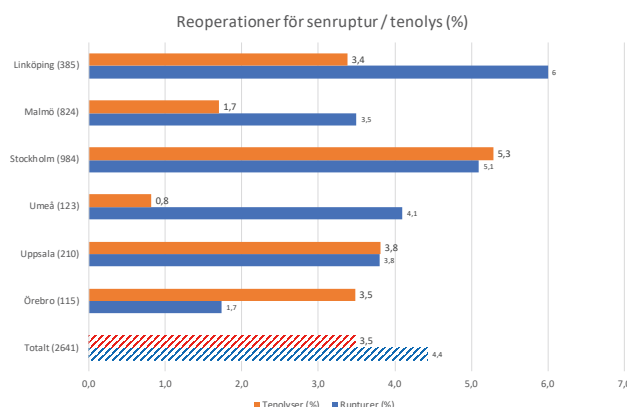
Figur 20 visar andel registrerade reoperationer på grund av ruptur av sydd sena per enhet. Det finns säkert patienter med senruptur som valt att inte bli reopererade eller där senrupturen inte diagnosticerats. Viss underrapportering är också trolig, framförallt från Umeå och Örebro. Vi förväntar oss att få mer valida data inom kort eftersom båda dessa enheter har förbättrat sina rutiner för registrering av reoperationer. Liksom förra året ser vi att Linköping och Stockholm verkar ha lite högre andel rupturer än Malmö. I årets figur ingår även tumsenor (FPL) vilket ökar frekvensen rupturer. Nästan var tionde sydd tumsena går av igen, något som behöver förbättras.

Tenolyser

Andelen tenolyser, registrerat som reoperation på grund av adhärens bildning, visas också i figur 20. Störst andel verkar vara i Stockholm, vilket liknar data i årsrapporten från 2021.



Figur 19. Andel patienter som uppnått minst 120 grader i totalt aktivt rörelseomfång i PIP och DIP led (TAM 2) ett år efter böjsensur i dig II-V (%). Antal mätningar inom parentes. Excellent/Good > 70% av 175grader. Fair/Poor < 70% enligt Stricklands klassifikation.



Figur 20. Andel patienter reopererats för en ruptur av den sydda senan (både FDP och FPL) respektive med tenolys (%). Totalt antal sensuturer inom parentes. Observera att andelar i Umeå och Örebro är osäkra på grund av fåtal registreringar.

Vad säger data?

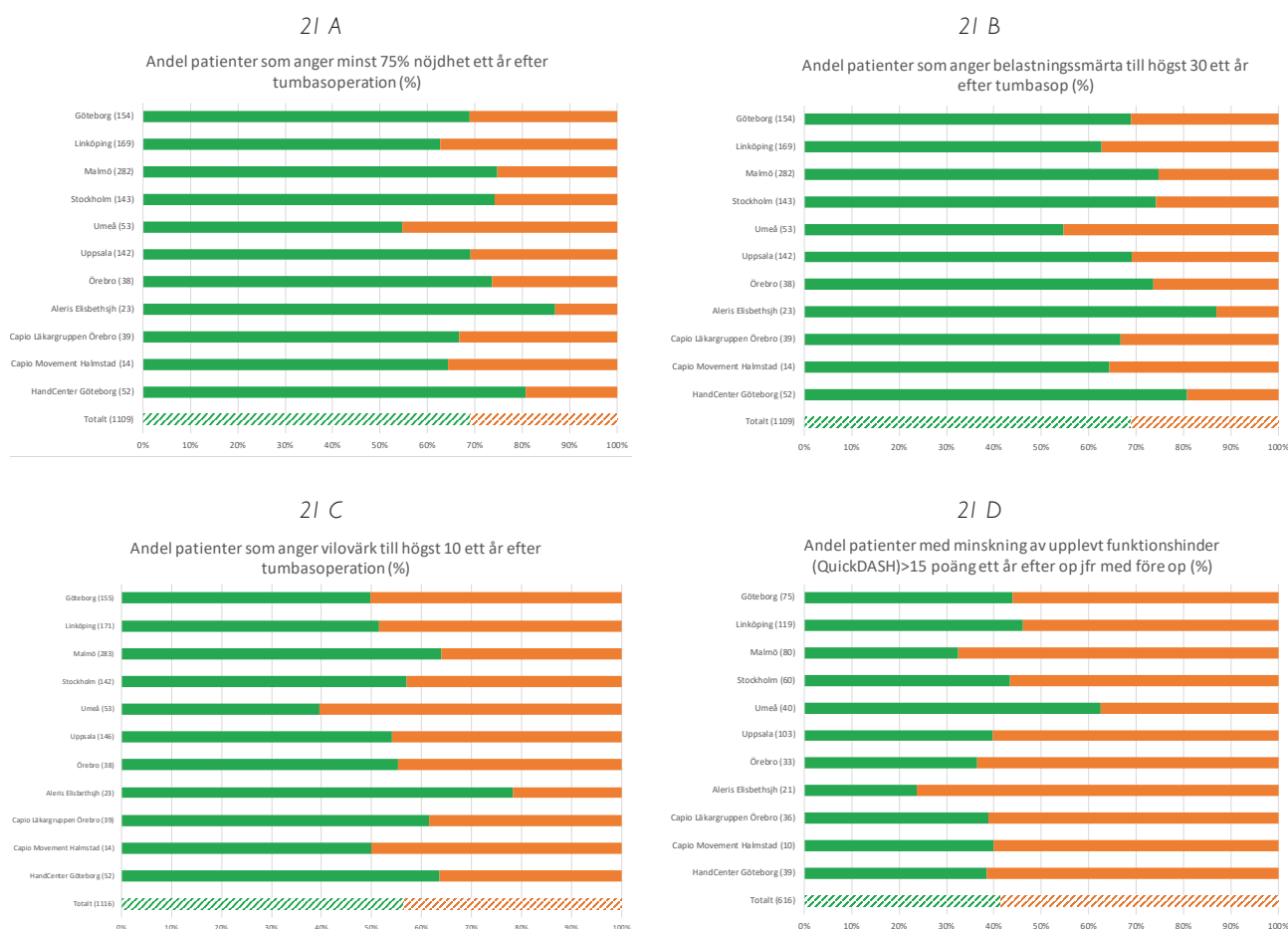
Vi ser tydligt att både prioritering, vårdförlopp, behandlingsmetoder och troligen också slutresultat för böjsenskador varierar mellan olika landsändar. En markant skillnad är hur snabbt skadorna bedöms och opereras. Ur patientperspektiv är dessa skillnader inte bra, men det är ändå lite intressant att så pass olika behandlingsrutiner har utvecklats i vårt lilla land. I framtida vetenskapliga analyser kommer vi att kunna ta reda på hur viktiga dessa skillnader är för slutresultatet för att sedan kunna skapa kunskapsstöd utifrån bästa praxis. Vi har redan ett helt unikt stort datamaterial, men fortsatta noggranna registreringar av böjsenskador behövs för att kunna väga in alla olika faktorer som kan påverka. Mycket registerforskning pågår inom området.



Tumbasartros

En nationell arbetsgrupp (NAG) presenterade under 2022 sin rapport om vården av tumbasartros. På anmodan föreslog HAKIR i rapporten ett antal tänkbara kvalitetsindikatorer för utvärdering av operativ behandling utifrån data i registret. Vi visar här de allra första sammanställningarna för dessa indikatorer, väl medvetna om att för lite data hittills samlats in för helt säkra jämförelser mellan enheterna eller mellan olika operationsmetoder.

1. Andel patienter (%) som anger nöjdhet med operationsresultatet till minst 75% ett år efter operation. (Figur 21A)
2. Andel patienter (%) som anger belastningssmärta till högst 30 (av 100) ett år efter operation. (Figur 21B)
3. Andel patienter (%) som anger vilovärk till högst 10 (av 100) ett år efter operation. (Figur 21C)
4. Andel patienter (%) som anger minskat funktionshinder (QuickDASH) till minst 15 poäng ett år efter operation jämfört med före operation. (Figur 21D)



Figur 21. Data för de fyra föreslagna kvalitetsindikatorerna (A-D). Antal enkätsvar för varje enhet anges inom parentes. Observera mycket få svar för några enheter. Data för Göteborg gäller endast 2014 - 18.



UTÖKAD REGISTRERING

Med utökad registrering i HAKIR menas att vi samlar in mer detaljerad information om utförd operation och även följer upp behandlingsresultatet med undersökningar av handstatus. Eftersom detta är mer resurskrävande gör vi det endast på vissa utvalda diagnoser och än så länge inte heller på alla enheter. Operationer för tumbasartros följs upp i utökad registrering på fem regionkliniker, men vi hoppas att fler enheter, även privata, kan ansluta inom kort.

Liksom tidigare år ser vi att behandlingsmetoderna varierar mellan enheterna i landet, till exempel varierar val av senplastik regionalt och även andel proteskirurgi, respektive steloperationer av tumbasleden, se figur 22

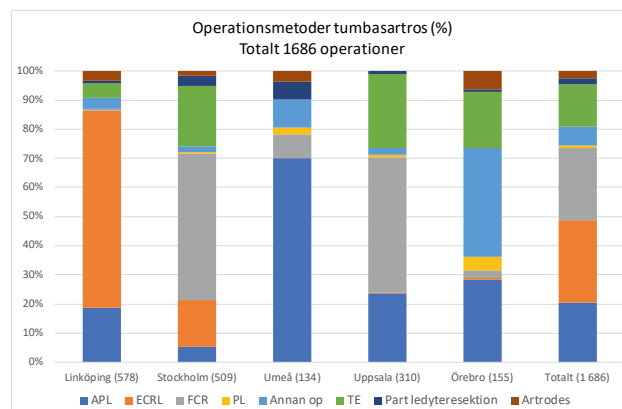
Vad säger data?

Rent allmänt kan vi konstatera att ungefär 30% av patienterna inte är fullt nöjda med sitt operationsresultat efter ett år, att en av fyra fortfarande har viss belastningssmärta och nästan hälften någon grad av vilovärk. Bara fyra av tio upplever klart förbättrad handfunktion. Observera att patienter som blivit reopererade på grund av någon komplikation inte finns med i dessa enkätdata.

Data visar antydda skillnader i resultat mellan enheterna, men dessa kan bero på slumpen eftersom vi än så länge inte har tillräckligt med enkätsvar. Det kan ändå vara av intresse för varje enhet att överväga orsaker till eventuella skillnader i resultat.

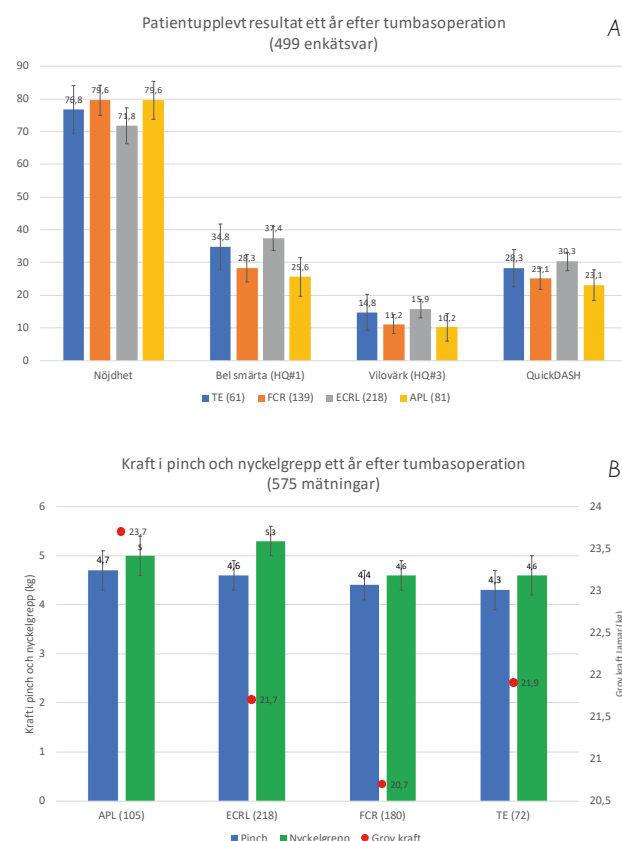
Det finns anledning att fortsätta försöka förbättra vården av patienter med tumbasartros och att jämföra olika operationsmetoder. Forskningsprojekt på registerdata välkomnas. Så snart vi samlat mer data önskar vi presentera dessa öppet på Vården i Siffror.

Figur 23. Patientupplevda resultat (A) respektive uppmätt kraft i den opererade handen (B) ett år postoperativt för patienter opererade med olika metoder för tumbasartros. Antal enkätsvar och mätningar inom parentes. Felstaplarna visar 95% konfidensintervall. I figur B observera att grov kraft läses på den högra y-axeln (röda punkter).



Figur 22. Operationsmetoder för patienter med tumbasartros (%). APL, ECRL, FCR, PL är olika sen-plastiker. TE = trapezektomi utan senplastik. "Annan op" innehåller bland annat kapselplastiker och stabilisering med sk FiberWire. Antalet operationer inom parentes.

Vi ser även över tid en stark trend till förändring av operationsmetoder, framförallt att snabbt införande av trapezektomi utan senplastik på vissa enheter och under senaste året så kallad partiell ledyteresektion utan komplett excision av trapezium. Eftersom så kort tid hunnit gå har vi inte långtidsresultat för ledyteresektionerna ännu och även för trapezektomi utan senplastik är antalet enkätsvar än så länge för få för att kunna göra säkra jämförelser. Några jämförelser mellan metoderna görs ändå i figur 23A och B.

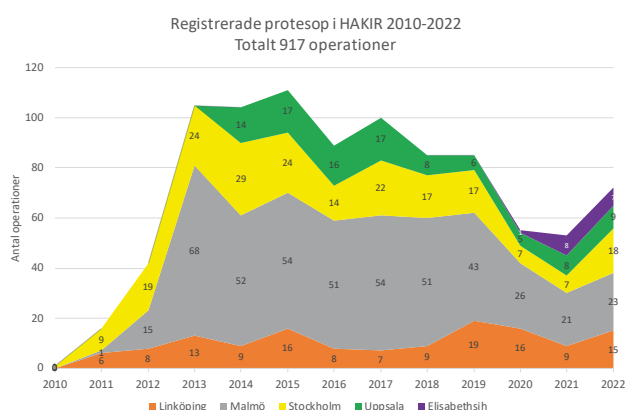




Proteskirurgi

Fyra av de sju regionklinikerna; Linköping, Malmö, Stockholm och Uppsala deltar i utökad registrering av ledproteskirurgi i HAKIR. Totalt har sedan start 917 operationer registrerats, 113 funktionsundersökningar har gjorts, varav 474 före operation, 379 efter 3 månader och 278 ett år efter operation. För patientgruppen finns 765 enkätsvar, 326 före operation, 241 efter 3 månader och 198 efter ett år.

Antal registrerade ledprotesoperationer per klinik och år visas i figur 24.



Figur 24. Antal registrerade ledprotesoperationer i utökad registrering per enhet och år. Två PIP-leds proteser (pyrokarbon) registrerade 2018 respektive 2021 i Umeå finns inte med i figuren. Inga uppföljningsdata från Elisabethsjukhuset.

PROTESMODELLER OCH SKANNING

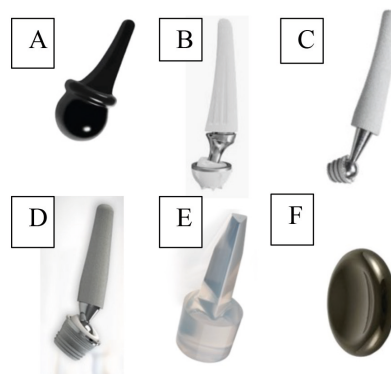
Ett stort problem vid redovisning av protesmodeller är namnbyten, ibland på grund av byte av företag som säljer proteserna. Ett annat problem är att proteser kommer och går på marknaden och det är ofta oklart om en protes dras tillbaka på grund av problem eller av rent ekonomiska skäl. Ett tredje problem är att den information som står i streckkoden på implantatpaketet är svårtolkad eftersom olika standards används av företagen.

Våren 2023 startades ett pilotprojekt där streckkoderna skannas direkt till HAKIR via avläsning av information i en stor och uppdaterad implantatdatabas. HAKIR har i samarbete med RC Syd och företaget Procordo utvecklat funktionen. Vi hoppas nu få bättre information om protesmodellerna och även, nästan lika viktigt, spara tid för den personal som registrerar. De fyra enheter som registrerar proteskirurgi i HAKIR deltar alla i pilotprojektet som skall utvärderas hösten 2023, se mer om detta i slutet av denna årsrapport. Procordos system används sedan flera år i det norska ledprotesregistret och testas nu även för två andra protesregister anslutna till RC Syd.

TUMBASPROTESER

Totalt fanns 113 implantatoperationer registrerade, en majoritet från Malmö (88), 17 från Stockholm, fem från Uppsala och tre från Elisabethsjukhuset i Uppsala. Av dessa var 17 reoperationer. Tyvärr är data kring revisionerna svårtolkade, men orsak för 15 av dessa var en proteskomplikation.

De använda implantaten var Nugrip® (figur 25A), Touch® (fig 25B), Elektra® (25C), Moovis® (25D) och Swanson® (25E), se tabell 4. Det fanns även fem STPI® (25F) (för STT-ledsartros) registrerade från Malmö. Ytterligare fyra STPI var registrerade som interkarpal protes under "handled".



Figur 25. Bilder på de olika protesmodellerna för tumbaskirurgi. A. Nugrip, B. Touch, C. Elektra, D. Moovis, E. Swanson och F. STPI. Alla proteserna är inte längre tillgängliga på marknaden.

	Malmö	Stockholm	Uppsala	Elisabethsjh	Totalt
Nugrip	31				31
Elektra		7			7
Moovis		5			5
Touch			2		2
Swanson	57	5	3	3	68
Totalt	88	17	5	3	113

Tabell 4. Antal registrerade tumbasproteser per enhet.



Kraft och rörlighet

Det fanns endast 23 ettårsuppföljningar för de 113 tumbasproteserna. Radial och volar abduction var 44 resp 40 grader och grov kraft (Jamar) 23,6kg, vilket är helt i nivå med trapezektomi med eller utan senplastik. Kraften i nyckelgreppet (5,6kg) var möjligen lite högre för protespatienterna, men detta måste förstas analyseras mer noga.

Patientrapporterade resultat

Det fanns endast 38 enkätsvar ett år efter operation. Nöjdhet med operationsresultat var i medel 84,4, belastningssmärta 27,2 och vilovärk 7,7. Även dessa värden kan vara lite bättre än för de andra operationsmetoderna, men resultatet kan ha påverkats av att patienterna fått en "specialbehandling". Vi behöver mer data för att veta hur det är.

Tumbasproteser i grundregistrering

I grundregistreringen fanns sedan start av HAKIR 267 operationer med proteskirurgi i tumbasen, alltså mer än dubbelt så många som i den utökade registreringen rapporterad ovan. Ett stort antal (86) hade utförts på regionkliniken i Göteborg, före uppehållet i HAKIR 2018. Många protesoperationer har också gjorts på Handcenter i Göteborg (59), på Capiro Örebro (29) och även fem på Handcenter Stockholm, som startade i HAKIR först 2022. De regionala skillnaderna och skillnaderna mellan privat och offentlig verksamhet är alltså mycket stora. Tyvärr kan vi inte i grundregistreringen utläsa vilka typer av implantat som har använts vid respektive enhet.

PIP-LEDPROTESER

354 PIP-ledsproteser på 258 patienter var registrerade. Medelålder var 64,4 år och 85% var kvinnor. Majoriteten hade primär artros (74%), därefter posttraumatisk artros (23%) och artrit (11%). Andel primäroperationer respektive revisioner per led visas i tabell 5.

	Primär op	Revision	Totalt	Andel revisionsop (%)
PIP II	89	9	98	9,2
PIP III	164	24	188	12,8
PIP IV	133	20	153	13,1
PIP V	36	0	36	0
Totalt	422	53	475	11,2

Tabell 5. Registrerade primära operationer och revisioner för varje PIP led. Observera att andelen revisioner inte direkt kan utläsas som revisionsfrekvens. Siffran anger endast hur många revisioner som utförts i förhållande till totalt antal operationer för varje led.

Protesmodell kunde identifieras för 248 leder. Pyrokarbonproteser var vanligast (154), därefter olika typer av silikonproteser (51) och sedan tvåkomponentproteser av typ SR Avanta eller SBI (41). Två Capflexproteser hade hittills registrerats. I Stockholm hade alla protesmodellerna använts, i Uppsala främst SR/SBI och i Malmö dominerade pyrokarbonproteserna starkt. På Elisabethsjukhuset hade tre silikonproteser registrerats. I Linköping var registreringen av protesmodell tyvärr mycket ofullständig och kan därför inte redovisas här.

Vad säger data?

Ledimplantat vid tumbasartros verkar fortfarande vara under utveckling.

Flera olika, och även liknande protesmodeller har använts i mycket lågt antal under de senaste åren, med stor variation i landet. Silikonimplantat (Swanson) var lite förvånande den vanligaste protesmodellen.

Nationellt vårdprogram för tumbasartros publicerat 2022 anger att "evidens för långtidsresultat för implantat saknas och behandlingskostnaden är högre". Om implantatkirurgi skall finna sin plats i behandlingsarsenalen, behövs en nationell diskussion och samordning för att kunna skapa dataunderlag kring värdet av ledproteskirurgi vid tumbasartros. Patienter i hela landet bör erbjudas likvärdig behandling och det kan inte vara rimligt att vissa enheter endast utför enstaka protesoperationer per år.

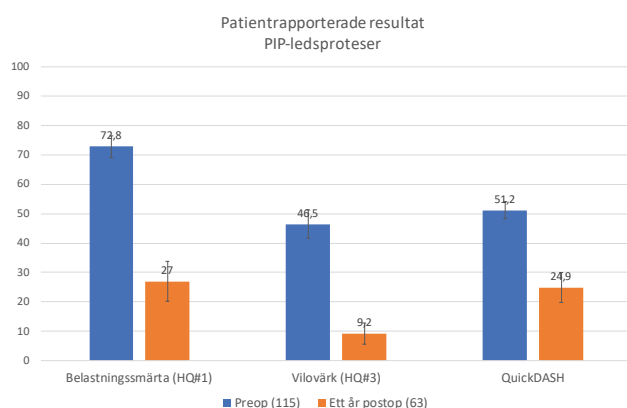


Ledrörlighet

Preoperativa mätningar fanns för 249 leder och ettårsmätningar för 149. Medelvärde för total aktiv rörlighet i PIP leden (TAM = flexion minus extensionsdefekt) var samma vid båda tillfällen, 50 grader. På gruppnivå förbättras alltså inte rörligheten av en PIP-protosoperation. Efter ett år visade 45% av lederna extensionsdefekt på 30 grader eller mer, medan 10% hade någon grad av hyperextension.

Patientrapporterade resultat

Till skillnad från rörligheten, så ser vi stor förbättring av patienternas värk och upplevt funktionshinder, se figur 26. Nöjdhet med operationsresultatet var i medel 72,4 (av 100).



Figur 26. Medelvärden för svar i HQ-8 enkät och QuickDASH före, respektive ett år efter operation med PIP-ledsprotos. Antal svar inom parentes. Felstaplarna visar 95% konfidensintervall.

MCP-LEDSPROTESER

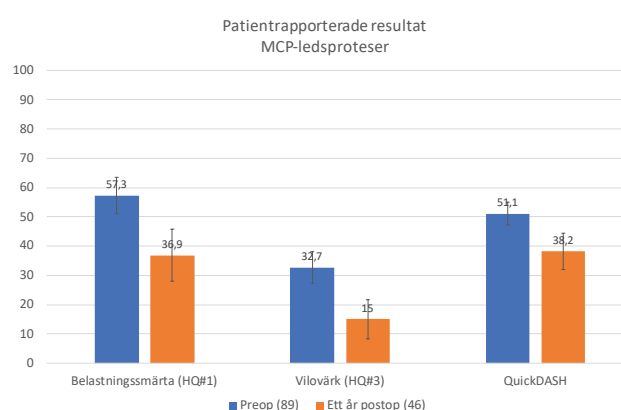
708 ledproteser på 254 patienter var registrerade. Medelålder var 62,3år och 80% var kvinnor. Majoriteten (75%) hade en inflammatorisk ledsjukdom och endast 19% primär eller sekundär artros. 20% av MCP-ledsoperationerna var revisioner, en högre andel än för PIP-lederna. Tyvärr är det i flera fall svårt att säkert identifiera protesmodell på grund av brister i registreringen. Olika typer av silikonproteser dominerade starkt för MCP-lederna och utgjorde 63% (449 implantat). Det var 7,5% pyrokarbonproteser (53) och endast sju SR proteser.

Ledrörlighet

Det fanns 1203 ledrörlighetsmätningar före, och 734 ett år efter operation. Medelvärde för total aktiv rörlighet i MCP-leden var 28 grader före operation och 31 grader efter ett år. På gruppnivå förbättras alltså inte aktiv ledrörlighet, men 72% hade en extensionsdefekt på 30 grader eller mer före operation och endast 41% efter ett år. Kirurgen har alltså flyttat rörelseområdet genom att öppna upp greppet.

Patientrapporterade resultat

Liksom för PIP-ledsprotoserna ser vi minskade patientrapporterade symptom ett år efter operation, se figur 27. Detta är en helt annan patientgrupp än för PIP-ledsprotos med en stor andel reumatiker. Effekten av proteskirurgi på upplevt funktionshinder (QuickDASH) kan därför inte förväntas vara lika stor.



Figur 27. Medelvärden för svar i HQ-8 enkät och Quick DASH före, respektive ett år efter operation med MCP-ledsprotos. Antal svar inom parentes. Felstaplarna visar 95% konfidensintervall.

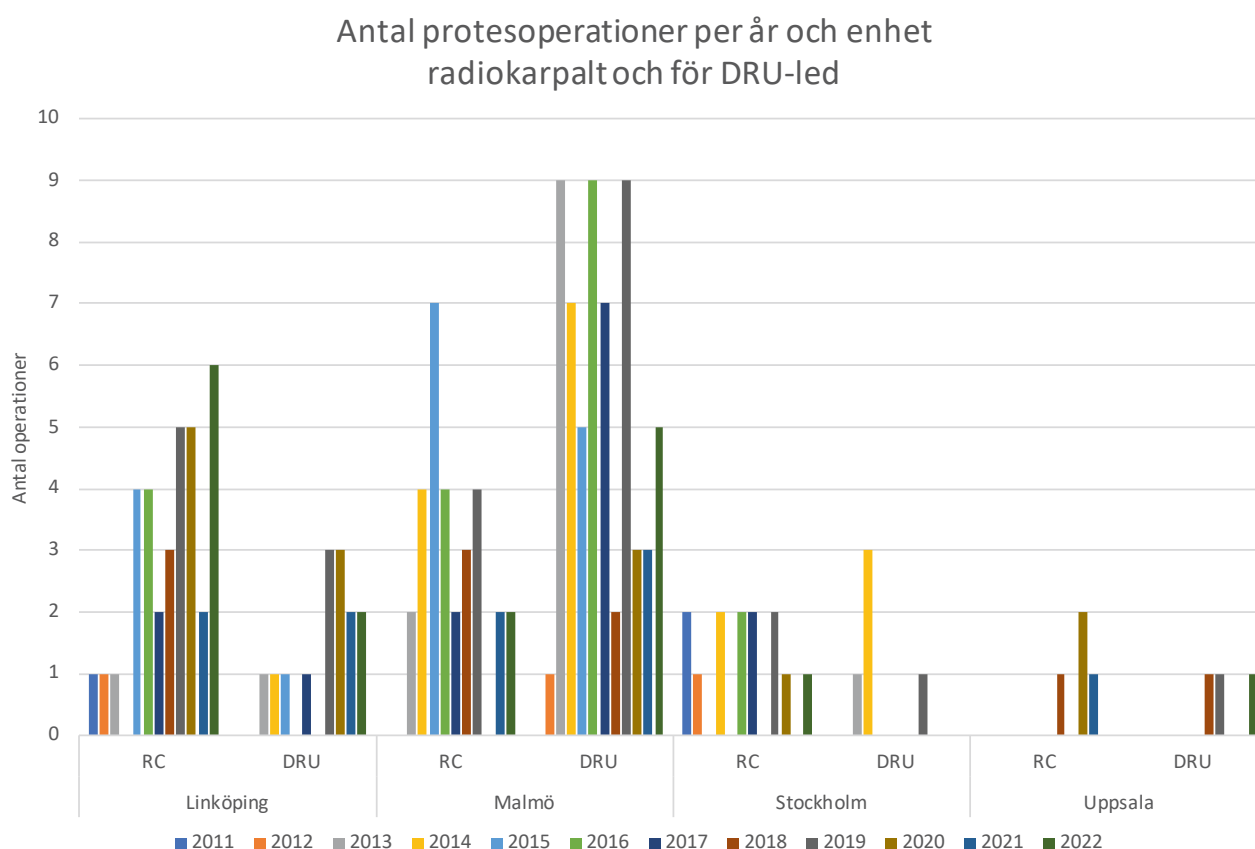
HANDLEDSPROTESER

Det fanns 175 operationer på 162 patienter registrerade, 87 radiokarpala och 84 DRU implantat. Här fanns också ytterligare fyra STPI implantat, se tumbasavsnittet ovan. 143 operationer var primära ingrepp och 32 var reoperationer, varav endast 9 var orsakade av proteskomplikation, resten var felläkta frakturer eller posttraumatisk artros. Ungefär likstora andelar av patienter hade primär artros (39%) och inflammatorisk ledsjukdom (37%), 20% hade posttraumatisk artros och 5 patienter lunatomalaci. Medelålder för opererade patienter var 58,7år och 62% var kvinnor.



Det var ett detektivarbete att ta reda på vilka protesmodeller som använts och registreringen av protestags i HAKIR har stora brister! I Linköping hade streckkods-information endast registrerats för tre av 48 protesoperationer och koder saknades eller var felaktiga även för enstaka operationer från Malmö och Stockholm. Remotion (33) var vanligaste radiokarpala protes följt av Motec (32) och tre Universal II. För DRU-leder dominerade Herbert Ulnar Head (47), följt av First Choice (9) och Schekerproteser (2).

Figur 28 visar antal registrerade operationer med radiokarpala respektive DRU-leds-implantat per år och enhet. Det kan saknas registreringar, men är ändå ganska tydligt att detta är sällankirurgi vid de handkirurgiska regionklinikerna, med stor variation regionalt och mellan åren. Majoriteten av DRU-proteser (73%) hade satts in i Malmö. Linköping och Malmö stod för 79% av alla radiokarpala protesförsörjningar. Två handledsproteser som hade opererats in på Elisabethsjukhuset, finns inte med i figuren.



Figur 28. Antal registrerade handledsproteser per år och enhet. RC = Radiokarpalled, DRU = Distal radioulnarled. Ytterligare två handledsproteser, en primär Remotion och en reoperation från Elisabethsjukhuset 2021 och 2022 finns inte med i figuren.

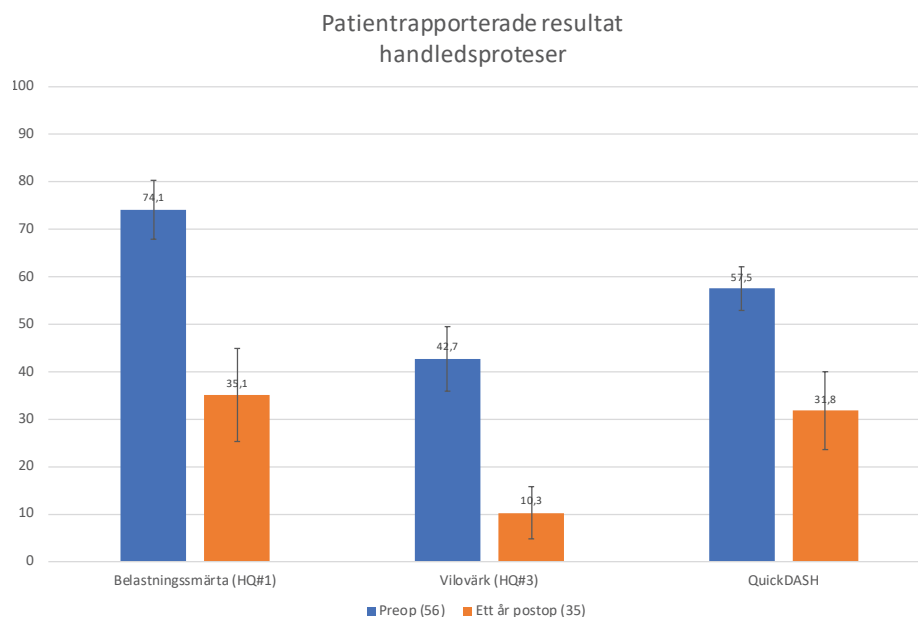


Ledrörlighet och kraft

Ledrörlighet verkar inte väsentligt förbättrad ett år efter en radiokarpalprotesoperation, 58 grader före (32 mätningar) och 62 grader efter (20 mätningar) med stor variation. Kraft var däremot förbättrad från 16,1kg till 21,7kg. För DRU-proteserna noteras ingen större skillnad i medelvärdena varken för grov kraft eller handledsrörlighet (41 resp 29 mätningar).

Patientrapporterade resultat

Liksom för övriga protesförsörjningar ser vi tydliga förbättringar av symptom och funktionshinder, se figur 29. Det finns än så länge för få enkätsvar för att skilja på radiokarpala och DRU-ledsproteser.



Figur 29. Medelvärden för svar i HQ-8 enkät och Quick DASH före, respektive ett år efter operation. Antal svar inom parentes. Felstaplarna visar 95% konfidensintervall. Observera att resultat både för radiokarpala och DRU-ledsproteser räknats samman i figuren.

Vad säger data?

Andel patienter som får en ledprotes inopererad i handen vid inflammatorisk ledsjukdom eller artros verkar variera mycket i landet. Av de deltagande fyra regionklinikerna utför Malmö klart flest protesoperationer. Under pandemiåren ses en halvering av antalet operationer i HAKIR och ännu under 2022 ett lägre antal än under perioden 2013 - 2018. Vi vet inte om nedgången beror på minskade operationsresurser eller ändrade indikationer för proteskirurgi. Mycket proteskirurgi görs också i Göteborg och tidigare även i Örebro. Tyvärr har vi inte protesdata från dessa två enheter.

Data visar tydligt att patientrapporterade resultat (PROM) utgör en viktig del vid utvärdering av operationsresultat inom handkirurgi.

Det borde vara obligatoriskt för alla opererande enheter att delta i nationell kvalitetsuppföljning av ledproteskirurgi, såsom gäller inom ortopedin. Vi har stora förhoppningar på den nya skanning-funktionen i HAKIR som bör ge oss mer kompletta och tillförlitliga data med en mindre arbetsinsats för personalen. Trots vissa brister i registreringarna så finns nu mycket data insamlade och vi välkomnar forskningsprojekt för att beskriva resultaten.



Plexus brachialisskador

Vård för skador på armens "nervfläta", plexus brachialis, är sedan några år högspecialiserad vård med centralisering till Stockholm och Umeå. Det rör sig om två mycket olika patientgrupper, dels barn med plexusskador som uppstått i samband med förlossningen (BPBP) och dels traumatiska plexusskador (TBPP). Båda skadetyperna registreras och följs upp i HAKIR.

FÖDELSERELATERAD PLEXUSSKADA

Det fanns 196 patienter registrerade i Grunddata för födelserelaterad plexusskada. De var 0 - 58 år, och 110 var pojkar/män (56,1%). 40 av dessa personer var utlandsfödda och födelseort var okänd för 10. Födelseort för resterande visas i figur 31.

Endast åtta primäroperationer med nervrekonstruktion var registrerade. Fem var opererade i Stockholm och 3 i Umeå, sex var pojkar och två flickor. Det fanns 163 sekundära ingrepp registrerade i åldrar från 0 till 68 år, 47,2% var pojkar/män. 56 operationer var gjorda i Stockholm och 113 i Umeå.

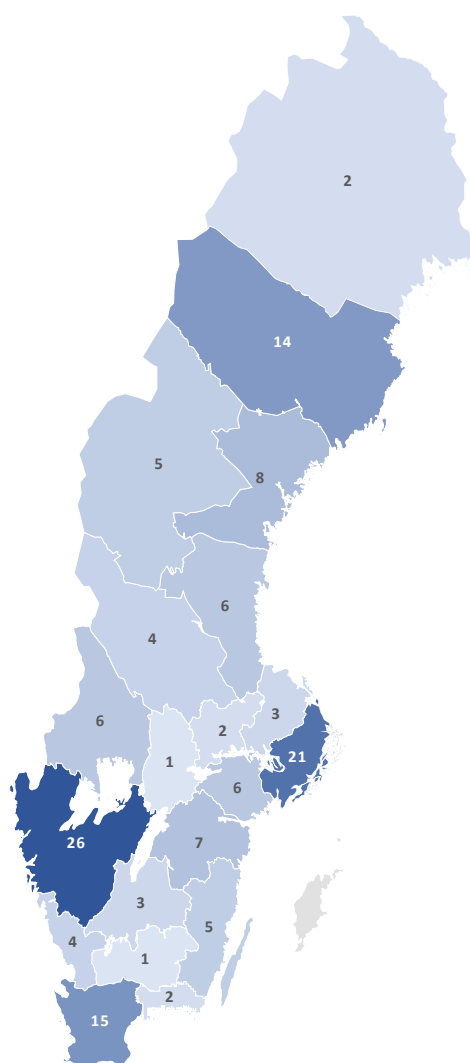
TRAUMATISK PLEXUSSKADA

Det fanns 269 patienter registrerade i Grunddata för traumatisk plexusskada. 174 patienter var bedömda i Stockholm och 95 i Umeå. Medelålder var 53,4 år, lite högre för kvinnor (57,5) än för män (50,8), åldrar från 14 till 90 år. 62 % var män. Tid från skada till bedömning var i medel 223 dagar, varierande mellan 1 dag och 18 år.

63 patienter (23%) hade genomgått primärkirurgi för sin skada, 48 män och 15 kvinnor. 39 operationer var gjorda i Stockholm och 24 i Umeå.

Medelålder vid operation var 35,6 (3 - 83) år. Det fanns 47 registrerade sekundärkirurgiska ingrepp för diagnosgruppen, 18 i Stockholm och 29 i Umeå. Medelålder vid ingreppet var 39,0 (10 - 77) år och 78% var män. Av oklar anledning fanns inte ett enda postoperativt enkätsvar för hela gruppen plexusskador.

Födelselän för 141 personer med födelserelaterad plexusskada



Figur 32. Födelselän för 141 personer med BPBP. Observera att skillnader mellan länen både kan bero på olika prevalens av skador och på variationer i remissflöden till regionklinikerna.



Vad säger data?

Trots att det är en liten patientgrupp så är plexusverksamheten viktig för svensk handkirurgi. Framförallt de traumatiska fallen har betydande kvarstående funktionshinder och ofta också svår smärtproblematik. Med vårt nya enkätssystem med helt automatiska utskick via I177 borde det kunna gå bättre att samla in patientrapporterade resultat. Det är viktigt att alla som arbetar inom plexusverksamheten påminner och stimulerar patienterna att delta i vår enkätuppföljning. Svaren kan ge oss vägledning kring vilka besvär som de uppfattar som viktigast att försöka behandla.

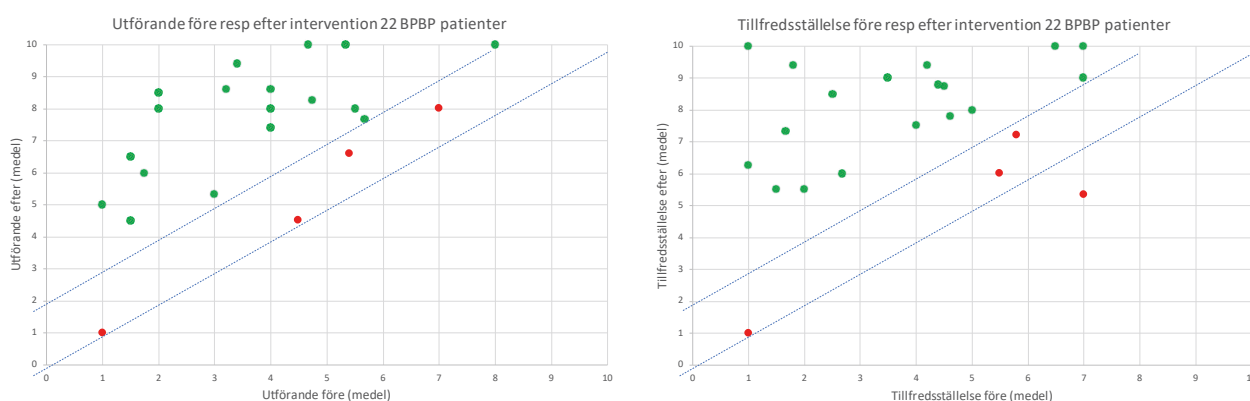
MÅLUPPFYLLELSE EFTER INTERVENTION (COPM)

Canadian Occupational Performance Measure (COPM) är ett väl validerat och mycket använt instrument inom arbetsterapi för att utvärdera effekten av olika interventioner utifrån patienternas självupplevda aktivitetsförmåga. Bedömningen sker som en semistrukturerad intervju där patienten själv väljer vilka aktiviteter som skall utvärderas och både utförande och tillfredsställelse graderas mellan 1 och 10 poäng före och efter interventionen. En skillnad på minst 2 poäng anses som en relevant förbättring. COPM finns som ett aktivt formulär i HAKIR sedan något år och är fritt att använda för lämpliga patientgrupper. HAKIR införde instrumentet efter önskemål från arbetsterapeuter involverade i högspecialiserad vård för plexusskador i Stockholm och Umeå.

De valda aktiviteter som utvärderas grupperas som A. Personlig aktivitet, till exempel dra upp en dragkedja, äta med kniv och gaffel, som B. Produktivitet, t ex skriva på en dator eller som C. Fritid, t ex simma, spela gitarr. Data kan ge mycket information för diskussion med den individuella patienten, redovisningen här görs endast på grupp nivå.

COPM födelserelaterad plexusskada (BPBP)

Figur 30 A och B visar individuell förändring av upplevt utförande (A) respektive tillfredsställelse (B) före och efter intervention för 22 personer. Medelålder var 18,4 (8 - 39) år och 12 var män. Interventionen var operation för alla, oftast i kombination med träning och ortos.



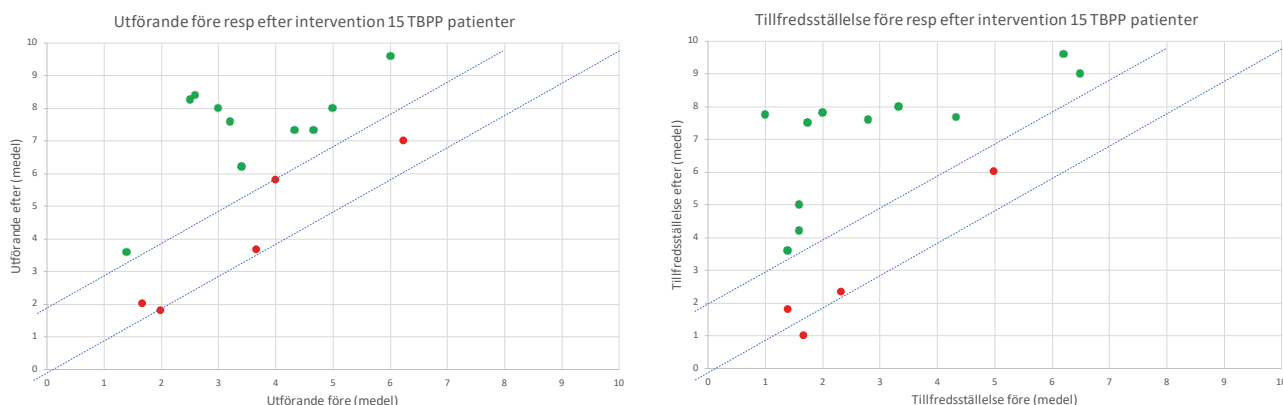
Figur 30. COPM score för utförande (A) respektive tillfredsställelse (B) före och efter intervention för 22 patienter med BPBP. Gröna punkter indikerar att förändringen varit mer än 2 skalsteg.



COPM traumatisk plexusskada (TBPP)

Figur 31 A och B visar motsvarande data för 15 personer med traumatisk plexusskada (TBPP). Dessa patienter hade medelålder 34,6 (20 – 68) år och 8 var män. Interventionen var operation för alla, oftast i kombination med träning.

COPM data har även börjat samlas in för andra diagnoser, t ex patienter som genomgår ledproteskirurgi, men än så länge finns för lite kompletta data för att redovisa här.



Figur 31. COPM score för utförande (A) respektive tillfredsställelse (B) före och efter intervention för 15 patienter med TBPP. Gröna punkter indikerar att förändringen varit mer än 2 skalsteg.

Vad säger data?

Styrkan med COPM är att instrumentet verkligen utvärderar det som patienten själv tycker är viktigt att försöka förbättra och även hur viktigt det uppfattas vara. Nackdelen är att det är ganska tidskrävande, att utföraren måste vara utbildad och att det troligen har störst värde på individnivå.

Vi tror att COPM kan vara ett bra komplement vid utvärdering av patienter med långvarig eller permanent funktionsnedsättning, inte bara för patienter med plexusskada.



Trender och nationella skillnader

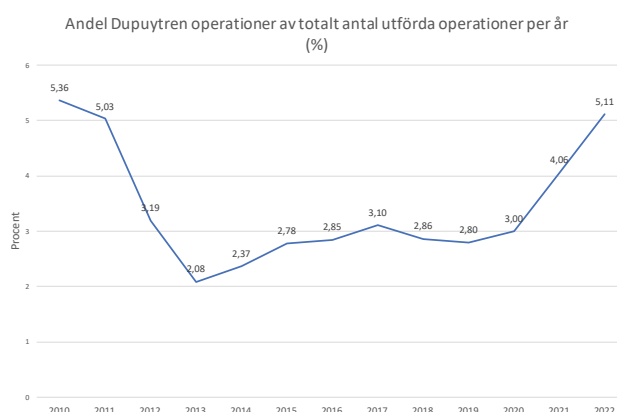
I detta avsnitt redovisas några av de trender och nationella skillnader i behandlingsrutiner som vi kan se i HAKIR data. Fler liknande analyser finns i andra avsnitt.

DUPUYTRENS KONTRAKTUR

2011 introducerades ett kollagenas för injektionsbehandling i Sverige och preparatet fick, trots relativt hög kostnad snabb spridning både i offentlig och privat handkirurgi som ett alternativ till operativ behandling. De olika sjukvårdsregionerna fattade olika beslut angående kollagenas användning och vi såg, bland annat av den anledningen, stor nationell variation i införandet av den nya metoden. Som alternativ till kollagenaset blev nålfasciotomi en vanlig behandling efter att tidigare varit lite använt i Sverige. 2018 drogs kollagenaset bort från den europeiska marknaden av ekonomiska skäl (för låg vinstmarginal). Preparatet säljs fortfarande i USA till ett betydligt högre pris.

Dupuytren's kontraktur är en mycket vanlig diagnos inom svensk handkirurgi och det fanns totalt över 9 000 registrerade behandlingar i HAKIR. Ytterligare ett stort antal behandlingar, framförallt med nål, registreras inte. Tyvärr skiljer sig också registreringsrutinerna runt om i landet och varken nålfasciotomier eller kollagenasbehandlingar har registrerats komplett överallt.

För att undersöka om de nya och mindre invasiva behandlingarna har påverkat andelen patienter som behöver opereras öppet jämförs i figur 33 antal öppna ingrepp (kod NDM19) med totalt antal operationer i HAKIR under respektive år. Dupuytrenoperationer utgör i genomsnitt 3,2% av alla registrerade ingrepp i HAKIR. Vi ser en halvering av andelen från 2011 och därefter efter pandemin en ganska kraftig ökning till nästan samma värden som 2010. En del av effekten kan bero på ett uppdämt behov av kirurgi efter pandemin. Låg ersättning för öppen kirurgi inom vården i Stockholm kan också ha ökat antal patienter på regionkliniken. Kanske har fler recidiv uppstått efter införandet av de mindre invasiva behandlingarna och efterhand lett till ökat behov av öppen kirurgi? En annan tolkning är att enbart nålfasciotomi inte kunde minska andelen patienter som behöver opereras. Ett nytt, europeiskt kollagenas är på väg ut på marknaden om några år. Det blir intressant då att följa utvecklingen.



Figur 33. Andel operationer med fasciektomi genom totalt antal registrerade operationer i HAKIR per år (%).

Vad säger data?

Kollagenasbehandlingarna 2011-2018 verkar ha resulterat i ett minskat behov av öppen kirurgi vid Dupuytren. Vi ser ännu inte att nålfasciotomierna verkar ha lika stor effekt, men vi behöver följa data framöver för att veta säkert.

Vi borde försöka nå konsensus inom svensk handkirurgi kring behandling av en av våra vanligaste diagnoser. Kanske kunde detta diskuteras i en nationell arbetsgrupp (NAG) inom kunskapsstyrningen.

PRIORITERING AV AKUTA HANDSKADOR

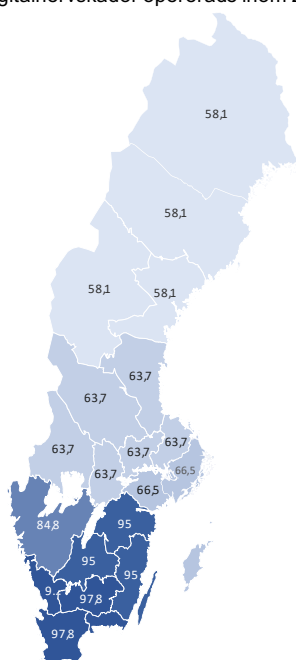
Analyserna som presenteras nedan kan kritiseras. Det kan finnas felregistreringar och ibland är data inkompleta. Ute i regionerna opereras en hel del handskador även inom ortopedin och dessa finns i nuläget inte med i våra data. Vad vi är ute efter är att jämföra prioritering för akuta handskador mellan regionkliniken. Framtida analyser får visa om de skillnader som framkommer har betydelse för slutresultatet efter skadorna.



Digitalnervskador

I avsnittet om böjskador diskuteras de nationella skillnaderna för tid mellan skada och operation. Tyvärr ser vi samma mönster för nervskador. Totalt fanns 5 005 digitalnervskador registrerade. Endast 2 125 av dessa hade skadedatum registrerat eftersom variabeln inte fanns med från start. Operationer med tid från skada till operation på >14 dagar exkluderas här eftersom denna fördröjning troligen inte har med vårdprocesserna att göra. Figur 34 visar hur stor andel av dessa 2 058 operationer som hade utförts inom 2 dygn efter skadan per regionklinik. Precis som för böjskadorna ser vi att nästan alla patienter i Södra och Sydöstra sjukvårdsregionen opereras inom 2 dygn, men högst två av tre (67%) i Region Stockholm, Mellansverige och Norrland. Den troligaste förklaringen till skillnaden är olika resurser för akuta operationer under helger. I Linköping och Malmö hade en av fyra digitalnervskador opererats på en lördag eller söndag, men endast 0,5% i Stockholm. Skadorna är lika vanliga alla veckodagar.

Andel digitalnervskador opererade inom 2 dygn(%)

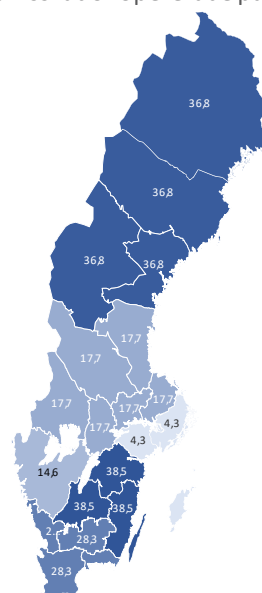


Figur 34. Andel digitalnervskador som opererats inom 2 dygn efter skadan per regionklinik (%). Data från Örebro och Uppsala sammanslagna = Mellansvenska sjukvårdsregionen. Totalt 2 058 operationer i figuren, men fåtal i Norra sjukvårdsregionen varför procentsatsen där är osäker. Data från Göteborg endast 2014 - 2018

Nervstamsskador

Vid skärskador i handledsnivå skadas ofta medianus- och ulnarisnerven eftersom de ligger så ytligt. Det fanns 513 primära sådana nervsuturer, med registrerat skadedatum för 214 operationer. Eftersom antalet är så lågt per region, så redovisas inte procentsatser, men medeltid till op efter skadan var 1,2 dagar i Linköping, 2 dagar i Malmö och på dessa två regionsjukhus hade nästan alla skador opererats inom två dygn. I Region Stockholm och övriga regioner var medel cirka 2,5 dagar. För veckodag för operationen har vi mer data (513 operationer) och andelen helgoperationer redovisas i figur 35.

Andel nervstamsskador opererade på en helgdag (%)



Figur 35. Andel medianus- ulnarisskador som opererats på en lördag eller söndag per regionklinik (%). Data från Örebro och Uppsala sammanslagna = Mellansvenska sjukvårdsregionen. Totalt 513 operationer i figuren, men fåtal i Norra sjukvårdsregionen varför procentsatsen där är osäker. Data från Göteborg endast 2014 - 2018.

Frakturer

All evidens visar att öppna frakturer har en högre incidens av postoperativa infektioner än slutna och att tidig åtgärd (helst inom 24 timmar) är viktig. Detta gäller även i handregionen där skadan ofta även orsakar huddefekter och sen- och nervskador. Det fanns 880 operationer för öppen fraktur ("Intakt hud" = nej) med skadedatum. Ungefär hälften av de öppna frakturerna hade opererats inom ett dygn och här var variationen regionalt inte lika stor. Frakturer kan variera mycket och det kan finnas goda skäl att inte operera en komplicerad fraktur under jourtid.



Vad säger data?

Trots att Stockholmsregionen är den största i landet så är det där som handskador mest sällan kan åtgärdas under helgtid. Detta gäller både mindre och större nervskador, senskador och öppna frakturer.

Handskador inträffar året om och är lika vanliga alla veckodagar. Handkirurgin borde besluta vilka öppna skador som behöver opereras inom 1 - 2 dygn. Skall digitalnerv- och böjsenskador räknas som öppna skador eller räcker det med operation inom en vecka? Gäller samma prioritering för nervstamsskador? Skall en öppen fraktur i handen prioriteras lika högt som en öppen fraktur i en annan kroppsdel?

Vi behöver en bättre uppföljning av postoperativa komplikationer för att skapa evidens för prioritering av akuta handskador jämfört med ortopediska skador.

Samma skillnad i andel helgoperationer som för övriga handskador framkommer dock tydligt, cirka 20% var opererade lördag eller söndag i Linköping och Malmö, men bara 4% i Stockholm och övriga regioner.

För radialisneurolyser var bilden mer blandad men de var fortfarande klart vanligast i Linköping (25%), se figur 36A och B. Orsakerna till dessa stora nationella skillnader är oklar.

HÖGA NERVENTRAPMENTS

Karpaltunnelskivning och neurolys av ulnarisnerven vid armbågen och i handledsnivå är vanliga och okontroversiella ingrepp i svensk handkirurgi. Däremot ser vi stora skillnader nationellt vad gäller höga nerventrapments av medianus- och radialisnerverna, ibland kallat pronator- respektive radiale tunnel-syndrom. I HAKIR fanns 522 höga medianusneurolyser registrerade och det visar sig att 319 av dessa ingrepp (61%) hade utförts i Linköping mot bara 9% i Stockholm, som deltagit i HAKIR lika länge. Göteborg HandCenter hade också utfört förhållandevis många sådana ingrepp.

Patientrapporterade resultat

Att utvärdera resultaten efter de höga nervfriläggningarna kräver mer noggrann analys än vad som kan göras i denna årsrapport. För medianus fanns 58 enkätsvar ett år efter operation och för radialis 63 svar. Nöjdhet med operationsresultatet var bara 39 (av 100) för medianus och 37 för radialis. Belastningssmärta efter ett år var 44,4 respektive 37,6 och QuickDASH 42,1 respektive 28,9. Detta tyder på att resultaten inte alls är så goda som för karpaltunnelskivningar, men kan kanske bero på att patienterna även har annan och mer kronisk smärtproblematik? Individuell förbättring av QuickDASH score (33 parade analyser) visar dock förbättring på 21,5 respektive 21,0 poäng jämfört med före operation.

Fig 36 A

Antal registrerade höga medianusneurolyser
(totalt 522 operationer)

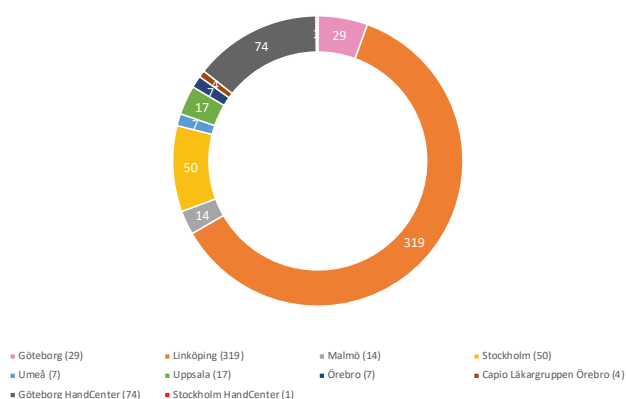
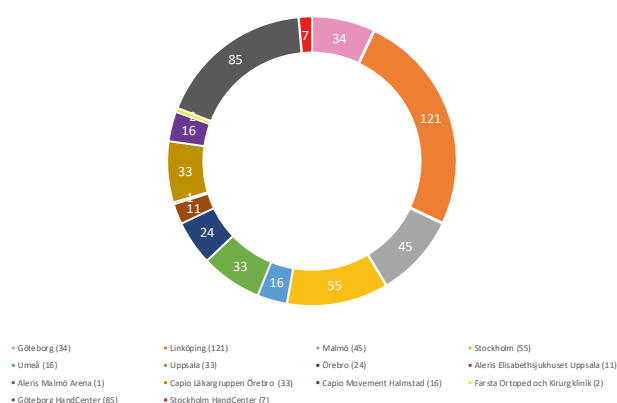


Fig 36 B

Antal registrerade höga radialisneurolyser
(totalt 483 operationer)



Figur 36. Antal registrerade operationer med neurolys på underarmsnivå av medianusnerven (A) respektive av radialisnerven (B). Observera att enheterna har varit med olika länge i HAKIR.



Vad säger data?

Neurolys på underarmsnivå av medianus- och radialisnerv har länge varit ingrepp som splittrat handkirurgin. Det finns några starka förespråkare, men också många motståndare.

Skillnaderna syns tydligt i HAKIR-data.

Stark vetenskaplig evidens för ingreppen saknas eftersom det varit svårt att göra bra studier på stora patientmaterial. Varför vissa enheter har valt att ofta utföra dessa ingrepp och andra nästan inte alls, är oklart. Troligaste förklaring till skillnaderna är traditioner med överföring från äldre till yngre handkirurger lokalt.

De enkla analyserna i denna årsrapport tyder på att patienterna har ganska stora kvarvarande besvär ett år efter ingreppen, men att de ändå upplevt viss förbättring av sin handfunktion.

Vi välkomnar forskare att analysera resultaten efter dessa ingrepp närmare.

Vilka i patientgruppen har bäst effekt av nervfriläggningen och vilka blir inte förbättrade?

INVENTERING REHABILITERINGSPROGRAM HANDKIRURGI

Diagnos/åtgärd	Regionkliniker					Privata enheter				
	Göteborg	Linköping	Malmö	Stockholm	Umeå	Uppsala	Örebro	Capio HandCenter	Capio Movement Halmstad	Alaris Elisabeth sijn Uppsala
Amputation dig I-V	X	X	X	X	X					
Amputation hand/underarm		X								
Artrodes			X	X	X	X				
Artrodes interkarpal	X		X	X	X					
Boutonnièreskada - konservativt behandlad	X	X	X	X	X					
Boutonnièreskada - opererad	X	X	X	X	X					
Brännskada	X	X								
CRPS	X		X							
Dekompression medianus, armbågsnivå	X									
Dekompression radialis, armbågsnivå	X									
Dekompression ulnaris, armbågsnivå	X									
Dupuytren kontraktur - nålfasciotomi	X	X		X	X					
Dupuytren kontraktur - kollagenas	X	X	X	X	X					
Dupuytren kontraktur - opererad	X	X	X	X	X					
Extensorsenskada recentralisering	X	X	X	X	X					
Extensorsenskada zon I-II	X	X	X	X	X					
Extensorsenskada zon III	X	X	X	X	X					
Extensorsenskada zon IV	X	X	X	X	X					
Extensorsenskada zon V-VII	X	X	X	X	X					
EPL zon I-II	X	X	X	X	X					
EPL zon III-V	X	X	X	X	X					
Epikondyloläs, lateral	X	X								
Epikondyloläs, medial	X									

Diagnos/åtgärd	Regionkliniker					Privata enheter				
	Göteborg	Linköping	Malmö	Stockholm	Umeå	Uppsala	Örebro	Capio HandCenter	Capio Movement Halmstad	Alaris Elisabeth sijn Uppsala
PIP-ledsluxation med volarplatteskada och risk för subluxation	X	X				X	X			
Plexusskada obstetrisk, 2 överarm				X	X					
Plexusskada obstetrisk, 3, armbåge, bicepstransfer				X	X					
Plexusskada obstetrisk, 4, underarm, rotationsskottom, radius				X	X					
Plexusskada obstetrisk, 5, underarm, rerouting av biceps				X	X					
Plexusskada obstetrisk, 6, handled, sentransferering handledsextension				X	X					
Plexusskada traumatisk skada och information 1, primär kirurgi				X	X					
Plexusskada traumatisk skada 2, armbåge				X	X					
Plexusskada traumatisk skada 3, underarm				X	X					
Plexusskada traumatisk skada 4, handled				X	X					
Plexusskada fidelesrelaterad primärkirurgi				X	X					
Proteskirurgi handled	X	X	X							
Proteskirurgi ulna	X									
Proteskirurgi CMC 1	X									
Proteskirurgi PIP	X	X	X	X	X					
Proteskirurgi MCP	X	X	X	X	X					
Replantation dig I-V, hand	X	X	X							
Sentransferering EIP-EPL	X			X	X					

Diagnos/åtgärd	Regionkliniker					Privata enheter				
	Göteborg	Linköping	Malmö	Stockholm	Umeå	Uppsala	Örebro	Capio HandCenter	Capio Movement Halmstad	Alaris Elisabeth sijn Uppsala
Flexorsenskada dig II-V	X	X	X	X	X	X				
Fraktur metakarpal konservativt behandlad	X			X	X	X				
Fraktur metakarpal opererad	X			X	X	X				
Fraktur proximala falangen konservativt behandlad	X	X	X			X				
Fraktur proximala falangen opererad	X	X	X			X				
Fraktur PIP-led Suzuki	X	X	X			X				
Fraktur mellanfalangen konservativt behandlad	X	X	X			X				
Fraktur mellanfalangen opererad	X	X	X			X				
Fraktur distala falangen (mallet) konservativt behandlad	X			X	X	X				
Fraktur distala falangen (mallet) opererad	X			X	X	X				
Fraktur skafoidum	X		X	X	X	X				
Generella handledsskador	X	X	X	X	X	X				
Hoodskada	X	X								
Karpaltunnelsyndrom konservativt behandlad	X	X		X	X	X				
Karpaltunnelsyndrom opererad	X	X		X	X	X				
Ligamentskada SL	X		X							
Ligamentskada TFCC	X	X	X	X	X	X				
Ligamentskada UCL/RCL	X	X	X	X	X	X				
Nervskada medianus	X	X	X			X				
Nervskada radialis	X									
Nervskada ulnaris	X	X	X			X				
Nervskada digital	X	X				X				
PIP-ledsluxation utan volarplatteskada	X	X				X				

Diagnos/åtgärd	Regionkliniker					Privata enheter				
	Göteborg	Linköping	Malmö	Stockholm	Umeå	Uppsala	Örebro	Capio HandCenter	Capio Movement Halmstad	Alaris Elisabeth sijn Uppsala
Submuskulär ulnaristransposition	X	X								
Tennishandfraktur	X	X				X				
Tenolys flexorsenskada	X	X	X	X	X	X				
Tenolys extensorsenskada	X	X	X	X	X	X				
TFCC skador, opererade	X	X	X	X	X	X				
Tumbasartros operation	X	X	X	X	X	X				



HAKIRs rehabiliteringsnätverk

Under året har nätverket träffats fysiskt i samband med HAKIR-dagarna och uppföljande arbete har skett på Teams eller via mejl.

Inventeringen av befintliga rehabiliteringsprogram är klar och de finns på hemsidan, visst arbete återstår för de utökade diagnoserna. Alla aktuella program ska gå att hämta från hemsidan för att underlätta vid forskning och förbättringsarbeten.

Canadian Occupational Performance Measure (COPM) är i bruk och används framförallt i samband med plexuskirurgi, se detta avsnitt (sidan 25). Arbetsterapeuterna på Södersjukhuset i Stockholm har även börjat följa patienter som opererats med proteskirurgi med COPM. Det vore av stort värde om rehabenheterna kunde enas nationellt om några diagnoser som kan följas upp med COPM. Diskussion pågår.

Formulär 4a och b, Nervskada handledsnivå är klara, men ännu inte inlagda digitalt i registret. Nervskadorna orsakar mycket funktionshinder och det vore av stort värde att följa dessa patienter extra noga. Det går bra att starta med pappersregistrering tills vi hunnit lägga in formulären i 3C.

För medfödda avvikelser har ett operationsformulär lagts in i registret (HAKIR12a), men vi har ännu inte hunnit göra klart funktionsformuläret (12b). Vi behöver nationell konsensus kring vad som skall mätas och hur. För att komma i mål behöver vi träffas i en multiprofessionell arbetsgrupp vid några tillfällen. Tyvärr tillåter vår ekonomi under 2023 inte sådana möten, varför det drar ut på tiden.

4A. NERVSADA HANDLEDNSNIVÅ
Operationsformulär

HAKIR
HANDSKIRURGI
KVINTEKNOSEK

Patientens personnummer (ÅÅÅÅ-mm-dd): *

OBS! "002 Grundformulär operation" måste registreras innan utökad formulär
Operationsdatum, skadedatum, opererad sida, anestesiform samt operatörernas initialer hämtas automatiskt från "002 Grundformulär operation" vid inmatning i 3C

Operationsdatum (ÅÅÅÅ-mm-dd): *

Skadad/opererad hand/sida: * ☐ Vänster ☐ Höger (om bilateral skada registrera 2 formulär)

Skada (formuläret avser nervstamsskador på underarmnivå)

☐ N. Medianus
☐ Total skada ☐ Partiell skada
Om partiell skada, ange ungefär hur många procent (heltal)

☐ N. Ulnaris
☐ Total skada ☐ Partiell skada
Om partiell skada, ange ungefär hur många procent (heltal)

Samtidig kärlskada? ☐ Nej ☐ Ja A. ulnaris ☐ A. radialis ☐ Båda artärerna

Kärlreparation utförd? ☐ Nej ☐ Ja

Skadenivå

N. Medianus - Antal centimeter från handledens böjveck (heltal)

☐ Skada på flera nivåer (kort fritext, antal nivåer etc.)

N. Ulnaris - Antal centimeter från handledens böjveck (heltal)

☐ Skada på flera nivåer (kort fritext, antal nivåer etc.)

Operationsmetod (kryssa i fler rutor vb)

Har nervvävnaderna receserats? ☐ Nej ☐ Ja
Om ja, hur mycket på varje sida? (millimeter)

Nervsuturering

N. Medianus Antal suturer Grovlek (8,0; 9,0 etc)

N. Ulnaris Antal suturer Grovlek (8,0; 9,0 etc)

Sida 1 av 2 Version 8 (2023-01)

4B. NERVSADA HANDLEDNSNIVÅ
Funktionsformulär

HAKIR
HANDSKIRURGI
KVINTEKNOSEK

Patientens personnummer (ÅÅÅÅ-mm-dd): *

Uppföljning: ☐ 3 månader ☐ 12 månader ☐ 24 månader ☐ Annat (ange antal månader)

Undersökningsdatum (ÅÅÅÅ-mm-dd): *

Opererad sida, operationsdatum, samt operatörernas initialer hämtas automatiskt från "002 Grundformulär operation" vid inmatning i 3C. Om utökad operationsformulär saknas, påminn operatör.

Undersökt/opererad hand/sida: * ☐ Vänster ☐ Höger (om bilateral skada registrera 2 formulär)

Operationsdatum (ÅÅÅÅ-mm-dd): *

Dominant hand: ☐ Vänster ☐ Höger ☐ Ambidextri

Skadad/undersökt nerv: ☐ Medianus ☐ Ulnaris (om både ulnaris och medianus är skadade registrera 2 formulär)

POSTOPERATIV BEHANDLING

Känslträning fas 1 ☐ Nej ☐ Ja Start av behandling (antal dagar postoperativt):

Känslträning fas 2 ☐ Nej ☐ Ja

Immobiliseringstid ☐ Gips/ortos antal dagar postoperativt:

Rådataprotokoll
Vid godkänt och godkänt skada på medianus- eller ulnarisnerven i handledsnivå och upp till 15 cm proximalt om handleden. Rådataprotokoll hittas även via filen "Personinformation/Nationella mätmanualer och behandlingsdokument". Rådatainstruktioner i "Nationell manual för mätning av handfunktion efter nervreparation" och registrera resultaten nedan.

SENSORIK (Avser opererad nerv)

INNervation

Semmes-Weinstein Monofilament (resultat 0-5)

Medianus: Topp (dag 1) Topp (dag 11) Grundfalng (dag 11)

Ulnaris: Topp (dag 1) Grundfalng (dag 1) Proximalt hypoheneat

TAKTIL GNOSIS

Statisk 2PD (resultat 0-3) Medianus (dag 11) Ulnaris (dag 11)

STI-test (resultat 0-4) Medianus (dag 11) Ulnaris (dag 11)

HÄNDIGHET

Sollermantest (upplagt 4, 8 och 10; resultat 0-12)

Sida 1 av 3 Version 8 (2023-02)



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. 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.

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. Vi hoppas att vårdgivarna vill prioritera vårdkvalitet och inte enbart kösatningar under kommande år.

NATIONELL SAMVERKAN

Genom regionaliseringen av svensk sjukvård ökar riskerna för ojämlik vård i landet. De 21 regionerna har olika förutsättningar, målbilder och strategier. Registerdata i HAKIR visar på tydliga skillnader för handkirurgisk vård, både vad gäller metodval, akuta operationsresurser och casemix vid regionklinikerna. Kvalitetsregistren bidrar med ett nationellt perspektiv på vårdkvalitet som är extra viktigt i tider av köproblematik och personalbrist inom vården. Det dataunderlag som nu kontinuerligt skapas i HAKIR har tidigare inte funnits och genom registret har svensk handkirurgi fått en plattform som stärker vårt nationella utvecklingsarbete och vår samverkan.

HAKIR har deltagit i den nationella arbetsgruppen (NAG) för tumbasartros och förslag på kvalitetsindikatorer baserade på registerdata har tagits fram, se tumbasavsnittet ovan. Indikatorerna har fokus på patientrapporterade resultat och vi hoppas kunna lägga ut dem på Vården i Siffror inom kort.

Registerhållaren är engagerad nationellt i kvalitetsregisterfrågor som styrelsemedlem i Nationella Kvalitetsregisterföreningen (NKRF). Det är just nu mycket turbulens och oklarhet kring styrning och finansiering av registren. Därför är det extra viktigt att hela tiden påtala det övergripande nationella uppdrag som registren har. Registren har historiskt sett till stor del drivits genom frivilligt professionellt engagemang och det är avgörande att detta engagemang inte försvinner i central byråkrati. Vi som arbetar inom vården kan, tillsammans med våra patienter, bäst bedöma vad som är god vårdkvalitet och vad som behöver förbättras.

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 används även inom universitetsutbildningarna.

Den kodbok för handkirurgi som HAKIR publicerade under 2020 har distribuerats till alla handkirurgiska enheter till självkostnadspris. Korrekt kodning är avgörande både för validiteten för registerdata och för ekonomisk och produktionsuppföljning på enheterna.

Under 2022 initierade HAKIR med stöd från Svensk Handkirurgisk Förening (SHF) start av en nationell arbetsgrupp där handkirurgin skall försöka enas om vilka variabler som alltid skall finnas i en handkirurgisk journal. Arbetet är långsiktigt, men helt nödvändigt om vi i framtiden skall kunna hämta data från journal till register.



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. En betydande förbättring av vårt system för enkätutskick genomfördes i december 2022 då vi helt bytte till utskick via I177. Samtidigt förenklade vi också registreringsrutinen, vilket sparar mycket tid för vårdpersonalen. Vi har redan sett en 20-procentig ökning av svarsfrekvensen till cirka 40%, men hoppas kunna nå ännu lite högre genom ökade informationsinsatser. Många fler enkäter har också skickats ut genom den enklare registreringen.

För att få patientens perspektiv i olika processer har under våren 2023 kontakt tagits med Södersjukhusets patient- och närstående råd. HAKIR kommer involvera rådet i olika frågor framöver.

Under 2022 infördes också en upplevelseenkät (PREM) med frågor om bland annat delaktighet, information och bemötande. Vi tror att dessa resultat kommer att skapa bra underlag för lokala förbättringar.

REGISTERFORSKNING

Forskning på registerdata är en bra metod för att förbättra vården. Det är glädjande att forskning inom HAKIR nu verkligen har tagit fart med projekt från flera delar av landet. Mycket fokus är på 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 metadatatportal 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.

Vi har nu en så lång forskarrapport att vi av utrymmesskäl behövt göra en separat forskningsbilaga. Den finns för nedladdning på vår hemsida, inklusive presentation av forskarna och en fullständig referenslista. Det finns nu 24 vetenskapliga publikationer som innehåller data från HAKIR. Fyra avhandlingar innehåller registerdata och ytterligare en planeras 2023.

Projekttitlar

- Senrupturer efter plattfixation av radiusfrakturer (*Carin Rubensson*)
- Faktorer som påverkar rehabilitering och resultat efter böjsenkirurgi (*Jonas Svingen, Markus Renberg*)
- Komplikationer efter böjsensutur (*Linda Unge, Marianne Arner*)
- Patientrapporterade resultat efter operation, kollagenasbehandling och nålfasciotomi vid Dupuytrens kontraktur (*Madeleine Harryson, Stephan Wilbrand*)
- Nervinklämningar, diabetes och köldkänslighet (*Malin Zimmerman, Lars Dahlin*)
- Ulnarisneurolyser vid diabetes (*Ilka Anker, Lars Dahlin*)
- Patientrapporterade resultat efter digitalnervskador och medianus-ulnarisnervskador (*Drifa Frostadottir, Lars Dahlin*)
- Patientrapporterade resultat efter operation av triggerfinger (*Mattias Rydberg, Lars Dahlin*)
- Nervtumörer i övre extremiteten (*Erika Nyman, Emanuel Istefan*)
- Problem efter operation av neurom (*Emma Dahlin, Lars Dahlin, Erika Nyman*)
- Epidemiologi och rehabilitering efter digitalnervskador i Stockholm 2012 – 2018 (*Carin Carlsson, Linda Evertsson*)
- Patientrapporterade resultat efter operation av tumbasartros (*Kajsa Evans, Maria Wilcke*)



Sammanfattning

Under 2022 har vården försökt återhämta sig och komma till rätta med vårdköer efter pandemiåren. Arbetet försvåras dock ständigt av personalbrist både på de handkirurgiska operationsavdelningarna och på rehabiliteringsenheterna runt om i landet. Det finns alltför lite utrymme för kvalitetsarbete i vården. Personalbristen har påverkat registreringarna i HAKIR, men genom att under året ge regelbunden support till koordinatörer och rehab ute på enheterna och försöka förenkla alla rutiner så långt det varit möjligt, ser vi ändå stora förbättringar. Alla enheter i HAKIR, utom de allra nyaste, uppnår nu täckningsgradsmålet. Glädjande nog har vi också åter alla sju regionkliniker i HAKIR. Vi har fått med många nya privata enheter och första ortopedkliniken (Norrköping) är på väg in hösten 2023. Svarsfrekvensen för våra postoperativa enkäter är dessutom på uppgång och vi skickar ut nästan dubbelt så många enkäter som tidigare, troligen för att registreringen förenklats. Vi har en alldeles ny PREM enkät som kan bli värdefull i lokala förbättringsarbeten.

Tabellen nedan fanns med i årsrapport för 2021. Vi kan konstatera att en del problem kunnat lösas, medan andra kräver fortsatt arbete.

Problem	Betydelse	Utmaningar	Vad gör HAKIR?
Strukturerade variabler i journal ARBETE PÅ GÅNG	Utan gemensamma standardiserade variabler för handkirurgi nationellt kommer vi inte att kunna införa direktöverföring till kvalitetsregister	21 olika regioner, med många nya journalsystem på gång. Många olika initiativ nationellt utan synbar samordning. Litet professionellt engagemang.	Ingen respons från SKR eller myndigheter. HAKIR startade därför, tillsammans med SHF, en nationell arbetsgrupp som skall försöka skapa journalmallar. Vi får sedan försöka förankra dessa uppåt.
Direktöverföring av data från journal till kvalitetsregister FORTSATT OLÖST	Skulle spara massor av tid för vårdpersonal. Bör också ge bättre datakvalitet (till exempel för kodning i samband med operation)	Se punkten ovan. Juridiken för kvalitetsregister är också fortfarande oklar och begränsar konstruktiva lösningar.	Vi har tagit fram en lösning för direktöverföring i samarbete med SPOR, men projektet har inte fått genomföras. Skåne har direktöverföring till HAKIR, men lösningen kan inte användas nationellt.
Skanning av kirurgiska implantat (proteser & osteosyntesmaterial) PILOTPROJEKT PÅGÅR	Lagkrav att alla implantat skall kunna spåras till individuella patienter. För HAKIR behövs skanning för att få bra kvalitet för uppföljning av ledproteskirurgi.	Se ovan. Flera regioner och även enstaka sjukhus utvecklar nu egna lösningar. Utan nationell samordning kommer kvalitetsregistren inte att kunna använda data.	Pilotprojekt pågår på fyra kliniker med skanning av streckkoder på implantat. Fungerande direktöverföring till protesformuläret i HAKIR.



Problem	Betydelse	Utmaningar	Vad gör HAKIR?
Registrering av patienter i HAKIR för enkätutskick är alltför arbetskrävande GENOMFÖRT	Tidigare användes klisterrappar med komplicerade inloggningsuppgifter. För enklade arbetssätt skulle göra att enheterna kan få mer kompletta registreringar.	Enkätssystemet i HAKIR var egenutvecklat och lite omständligt. Lagen kräver stor säkerhet för persondata. Det är stor "enkättrötthet" i samhället vilket minskar våra svarsfrekvenser.	Det nya enkätssystemet via I177 infördes i december 2022. Minskad arbetsinsats för personal. Ökat antal enkäter skickas nu ut.
Svarsfrekvensen för postoperativa enkäter är för låg FÖRBÄTTRAD SVARSFREKVENSS	Låga svarsfrekvenser gör det svårt att tolka data och även svårt att vetenskapligt jämföra resultat mellan metoder.	Alltför många enkätutskick i samhället. Personal på enheterna har inte tillräckligt med tid att motivera patienterna och ofta missar att registrera patienter före operation, vilket leder till att de inte får någon enkät alls.	Svarsfrekvensen har ökat från 20 - 30% till 40 - 50%. Mer information till patienterna kan troligen förbättra ytterligare.
Upplevelsefrågorna i HAKIR (PREM) är för ospecifika för att användas i lokalt förbättringsarbete GENOMFÖRT	Alla enheter vill veta hur deras patienter upplevt vården, t ex delaktighet, information och bemötande. Nationella enkätutskick sker sällan och inte alltid med relevanta frågor för vår patientgrupp.	Ytterligare ett enkätutskick tre veckor efter operation från HAKIR kanske verkar förvirrande för några patienter. De får ju sedan även PROM enkäter efter tre och 12 månader.	PREM enkäten blev nationell december 2022.
Registerdata används för lite i lokala förbättringsarbeten ARBETE PÅGÅR	Huvudsyftet för HAKIR är att förbättra vården. Detta kan göras på många olika sätt, genom registerforskning, men även genom lokala förbättringsprojekt där man regelbundet använder sig av registerdata.	Registerdata visualiseras och diskuteras inte i tillräcklig grad på enheterna. Kvalitetsregister ses ibland som något som sker utanför själva vården, när det borde vara integrerat. HAKIR kan troligen förbättra variablerna något och presentera dessa ännu tydligare.	Månadsrapporterna till alla enheter behöver förbättras för att öka intresset och användbarheten av registerdata. Vi har inte hunnit med detta ännu, men planerar få det klart under hösten 2023.

HAKIR kämpar vidare och ser fram emot ett nytt positivt registerår. Kom ihåg - dåliga data kan inte användas och data som inte används gör ingen nytta! Tack till alla er därute!

Stockholm, 23 06 20

Marianne Arner
Registerhållare

Annika Elmstedt
Nationell registerkoordinator



Hur gick det 2022 – 23?

ALLMÄNNA MÅL

Mål som kräver stor medverkan utanför registret

- 😊 **Fullt deltagande av alla sju regionkliniker.** Göteborg återanslöt i januari 2023.
- 😊 **Full täckningsgrad vid alla deltagande enheter.** Alla enheter nådde målet minst 80%. Alla utom tre enheter nådde målet 90%.
- 😞 **Korrekt registrering av reoperationer vid alla enheter.** Långsiktigt arbete att förtydliga och förbättra registreringsrutinerna för reoperationer. Fortfarande inte helt valida data.
- 😊 **Ökat antal preoperativa registreringar. Förbättrade rutiner för enkätutskick implementerade på samtliga enheter.** I december infördes ny förenklad rutin för enkätutskick via I177.
- 😞 **Ökad svarsfrekvens för samtliga enkäter.** Svarsfrekvens har ökat med 20% sedan nya enkätflödet infördes.
- 😞 **Mer kompletta data vid utökade registreringar.** Förbättras successivt, men ännu inte helt optimalt på alla enheter
- 😊 **Minst tre publicerade vetenskapliga arbeten baserade på registerdata.** Under 2022 publicerades 3 nya artiklar och under början 2023 publicerades ytterligare 3 artiklar, totalt 6 nya publikationer.

SPECIFIKA MÅL

Mål som huvudsakligen kräver insatser från registret

- 😊 **Starta PREM enkäten nationellt.** Genomfört
- 😊 **Ta fram nya rutiner för PROM enkätflöde via I177.** Genomfört
- 😊 **Nytt ingångsformulär med patientöversikt.** Genomfört
- 😊 **Förteckning över alla enheters aktuella rehabiliteringsprogram på hemsidan.** Genomfört
- 😞 **Förbättrad månadsrapport till enheterna med uppgifter om enkätflödet och med data från nya PREM-enkäten.** Arbetet pågår i dialog med RC Syd och nya rapporten förväntas vara i drift hösten 2023
- 😊 **Uppdatera och utöka patientinformation om olika vanliga diagnoser på hemsidan.** Genomfört
- 😞 **Driftsätta operations- och funktionsformulär för barn med medfödda avvikelser.** Operationsformuläret i drift, funktionsformulären i fortsatt process.
- 😞 **Driftsätta utökad registrering för nervskador.** Färdigt, men ännu ej inlagt i plattformen, planerad driftsättning hösten 2023
- 😞 **Införa ett bedömningsinstrument för patienter med traumatisk plexusskada (BrAT).** Förslag framtaget och ute på remiss på enheterna.
- 😊 **Starta projekt för standardisering av en nationell handkirurgisk operationsberättelse.** Arbetsgruppsmöte i april 2023, journalmallar testas.
- 😊 **Utreda möjligheter till implantatskanning direkt till HAKIR.** Pilotprojekt pågår på fyra kliniker



Mål 2023 – 24

ALLMÄNNA MÅL

Mål som kräver stor medverkan utanför registret

- Täckningsgrad minst 90% för samtliga enheter
- Korrekt registrering av reoperationer vid alla enheter
Utreda förenklad registrering av reoperationer
- 45% svarsfrekvens för samtliga enkäter.
- Mer kompletta data vid utökade registreringar.
Målbild 80%.
- Starta anslutning av handsektioner på ortopedkliniker
- Minst tre publicerade vetenskapliga arbeten baserade på registerdata under 2023 och början 2024.
- Samtliga regionkliniker deltar i utökad registrering för böjsenkirurgi och proteskirurgi
- Nationell konsensus kring variabler i handkirurgisk nybesöksanteckning och operationsberättelse inför framtida automatisk överföring från journal till HAKIR

SPECIFIKA MÅL

Mål som huvudsakligen kräver insatser från registret

- Införa kvalitetsindikatorer för tumbasartros på Vården i siffror
- Reviderad förbättrad månadsrapport till enheterna
- Driftsätta utökad registrering för nervskador, minst tre deltagande enheter i utökad registrering.
- Implantatskanning direkt till HAKIR implementerat på samtliga enheter som bedriver proteskirurgi.
- Rehabiliteringsprogram på hemsidan för alla enheters aktiva utökade diagnoser
- Driftsätta funktionsformulär för barn med medfödda avvikelser.



Så här kan du bidra

HAKIR är för oss inom handkirurgin ett av våra viktigaste verktyg i kvalitetssäkringsarbetet. Med hjälp av HAKIR kan vi systematiskt och kontinuerligt utveckla, följa upp och kvalitetssäkra våra verksamheter med extra fokus på patienternas behov.

Vårdkvalitet berör självklart alla medarbetare. Med hög svarsfrekvens på våra enkäter och komplett korrekt registrering i HAKIR får vi en unik möjlighet att utvärdera den handkirurgiska vården i Sverige. Du som enskild medarbetare kan bidra på många sätt.

- *Ta del av informationen om HAKIR, via hemsidan, årsrapporter och på möten*
- *Berätta för patienterna om registret, påvisa nyttan hänvisa till hemsidan*
- *Informera patienterna om I177 och påminn dem gärna att svara på enkäterna före operationen, efter 3 veckor samt vid tre och 12 månader. Vi önskar deras delaktighet så att vi tillsammans kan utveckla och förbättra vården.*
- *Ta ansvar för din del i flödet. Försök registrera så korrekt som möjligt. En felaktig registrering gör att data inte kan användas. Speciellt viktigt att diagnos-, operations- och orsakskoder samt anledningar till reoperationer blir korrekt ifyllda.*
- *Använd era egna data, analysera och finn förbättringsområden, bilda gärna en förbättringsgrupp.*
- *Vill du forska på HAKIR-data, ta kontakt med oss på HAKIR centralt*
- *Samarbeta, både inom kliniken och med andra HAKIR-anslutna enheter*
- *Fråga gärna oss på HAKIR-kontoret om något är oklart eller om du behöver hjälp.*

Kvalitetsregister och juridik

Juridiken runt kvalitetsregister har under flera år varit under utredning. Allt är ännu inte helt klarlagt och det finns utrymme för viss tolkning. Några aspekter är dock helt tydliga och viktiga att känna till. Informationsplikten, vi måste säkerställa att det finns adekvat information om HAKIR lätt tillgängligt för våra patienter. Personuppgiftsskyddet är av högsta vikt, all data i HAKIR måste hanteras med samma säkerhet och sekretess som journaluppgifter. Deltagande är frivilligt, men patienten behöver inte samtycka för delaktighet i kvalitetsregister varför inget medgivande behövs. Det är viktigt att respektera patienternas autonomi och självbestämmande, patienterna ska inte känna sig skyldiga att svara på våra enkäter. En patient som uttryckligen meddelar att den inte vill vara en del av vårt register ska inte registreras. Varje enhet skall säkerställa att juridiken efterlevs. Verksamhetscheferna är lokalt personuppgiftsansvariga (LPUA). För personuppgiftshanteringen i själva registret ansvarar centralt personuppgiftsansvarig myndighet (CPUA) som är Södersjukhuset AB i Stockholm. Vi samlar in data på individnivå, men sammanställer och analyserar på aggregerad nivå. Det är CPUA som fattar beslut om eventuellt utlämnande av registerdata till exempel för forskning, men registerhållaren har delegation för detta från CPUA. Här presenterar vi lagtexten med förtydliganden och stöd i tolkning av lagtexten. ([Kommentarer i blått](#)).



Patientdatalagen 7 kap. Nationella och regionala kvalitetsregister

Inledande bestämmelse

Huvudsyfte är att utveckla & förbättra vården

1 § Med kvalitetsregister avses en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter som inrättats särskilt för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Kvalitetsregistren ska möjliggöra jämförelse inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå. Bestämmelserna i detta kapitel gäller för nationella och regionala kvalitetsregister i vilka personuppgifter samlas in från flera vårdgivare.

Den enskildes inställning till behandling i kvalitetsregister

Beslutsoförmögna" får registreras om man inte bedömer att de skulle ha motsatt sig.

2 § Personuppgifter får inte behandlas i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister, om den enskilde motsätter sig det. Om den enskilde motsätter sig personuppgiftsbehandlingen sedan den påbörjats, ska uppgifterna utplånas ur registret så snart som möjligt.

2 a § För den enskilde som inte endast tillfälligt saknar förmåga att ta ställning enligt 2 § första stycket får personuppgifter behandlas i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister, om 1. hans eller hennes inställning till sådan personuppgiftsbehandling så långt som möjligt klarlagts, och 2. det inte finns anledning att anta att han eller hon skulle ha motsatt sig personuppgiftsbehandlingen.

Personuppgifter i ett kvalitetsregister ska så snart som möjligt utplånas, om det efter att personuppgiftsbehandlingen har påbörjats finns anledning att anta att den enskilde skulle motsätta sig den. Lag (2014:829).

Hör av er till oss på HAKIR om någon vill ha sina data raderade! Räcker inte att radera själv.

Information *Vi har en mängd olika material i form av broschyrer, planscher och bildspel.*

På hemsidan finns heltäckande information.

3 § Innan personuppgifter behandlas i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister ska den som är personuppgiftsansvarig se till att den enskilde, utöver den information som ska lämnas enligt 8 kap. 6 §, får information om rätten att när som helst få uppgifter om sig själv utplånade ur registret. Om det inte är möjligt att lämna informationen innan personuppgiftsbehandlingen påbörjas, ska den lämnas så snart som möjligt därefter. Lag (2018:447).

Kvalitetsregisters ändamål

4 § I stället för vad som anges i 2 kap. 4 och 5 §§ gäller att personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister får behandlas för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet.

5 § Personuppgifter som behandlas för de ändamål som anges i 4 § får också behandlas för ändamålen

1. framställning av statistik, *Forskning och statistik är godkända syften, men ta bort personuppgifter och redovisa aggregerade data.*
2. forskning inom hälso- och sjukvården,
3. utlämnande till den som ska använda uppgifterna för ändamål som anges i 1 och 2 eller i 4 §, och
4. fullgörande av någon annan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning än den som anges i 6 kap. 5 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Lag (2009:525).

6 § Personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister får inte behandlas för några andra ändamål än de som anges i 4 och 5 §§.

Personuppgiftsansvar

Det är alltid myndigheter som har personuppgiftsansvar, inte personer. För HAKIR är det Södersjukhuset AB Region Stockholm

7 § Endast myndigheter inom hälso- och sjukvården får vara personuppgiftsansvariga för central behandling av personuppgifter i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får besluta om undantag från första stycket. I 2 kap. 6 § finns allmänna bestämmelser om personuppgiftsansvar.

Personuppgifter som får behandlas

Vi får endast registrera sådan information om våra patienter som uppfyller registrets ändamål och syfte

8 § Endast sådana personuppgifter som behövs för ändamål som anges i 4 § får behandlas i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister. En enskilds personnummer eller namn får behandlas i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister endast om det inte är tillräckligt för ändamål som anges i 4 § att använda kodade personuppgifter eller personuppgifter som endast indirekt kan hänföras till den enskilde. Uppgifter om hälsa får behandlas i nationella och regionala kvalitetsregister. Andra känsliga personuppgifter får behandlas i nationella och regionala kvalitetsregister endast om regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer i enskilda fall medger det. Känsliga personuppgifter får behandlas med stöd av artikel 9.2 h i EU:s dataskyddsförordning under förutsättning att kravet på tystnadsplikt i artikel 9.3 i förordningen är uppfyllt. Lag (2018:447). 8 a § Uppgifter om lagöverträdelse som avses i 2 kap.

7 § får behandlas i nationella och regionala kvalitetsregister endast om regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer i enskilda fall medger det. Lag (2018:447).

Utlämnande genom direktåtkomst

9 § En vårdgivare får ha direktåtkomst till de uppgifter som vårdgivaren lämnat till ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister.

Vårdgivare får ha direktåtkomst till de data som de själva registrerat

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

HAKIR
HANDKIRURGISKT
KVALITETSREGISTER

