

Årsrapport 2024

HAKIR
HANDKIRURGISKT
KVALITETSREGISTER



Urval av operationsresultat
Komplicerade vårdförlopp
Böjsenskador
Tumbasartros
Proteskirurgi

Medfödda avvikelser
Plexus brachialisskador
HAKIRs rehabiliteringsnätverk
Registerforskning
Hur gick det 2024-25?

Vad ska registreras i HAKIR?

HUVUDPRINCIP:

- Alla patienter som genomgår en handkirurgisk operation ska registreras i HAKIR – även barn

UNDANTAG-DESSA REGISTRERAS INTE:

- Patienter med utländskt personnummer eller reservnummer
- Injektioner, t.ex. botulinumtoxin eller kortison

ENKÄTER SOM SKICKAS TILL PATIENTERNA:

PREM – Upplevelseenkät

Skickas ut 3 veckor efter operationen

- Gäller alla patienter
- För barn 0–12 år går enkäten till vårdnadshavare

PROM – Symptomenkät

Skickas före operationen, samt 3 och 12 månader efter

- Gäller patienter från 13 års ålder

ÖNSKEMÅL:

Om det är praktiskt möjligt, registrera gärna även nålfasciotomier vid Dupuytren's kontraktur



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Handkirurgiskt kvalitetsregister	4	Proteskirurgi	52
Vad är HAKIR och vad vill vi uppnå?	4	Tumbasproteser	53
Hur ska vi komma dit?	4	MCP-ledsproteser	54
Inledning	5	Reumakirurgi	54
Deltagande enheter	5	PIP-ledsproteser	55
Registrerade operationer	6	Patientrapporterade resultat	55
Täckningsgrad	7	Handledsproteser	56
Svarsfrekvens	8	DRU-proteser	57
Valideringsarbete	9	Reoperationer proteskirurgi	57
Återkoppling till deltagande enheter	10	Medfödda avvikelser	58
Operationstyper	10	Cerebral pares och annan kirurgi vid	
Utökad registrering i HAKIR	11	spastiska tillstånd	62
Urval av operationsresultat	13	Plexus brachialisskador	65
Upplevelseenkäter - PREM	13	Födelserelaterade plexusskador	65
Elektiva diagnoser	15	Traumatiska plexusskador	66
Skadediagnoser	22	Canadian Occupational Performance	
Komplicerade vårdförlopp	38	Measure (COPM)	67
Typ av komplikationer	39	HAKIRs rehabiliteringsnätverk	68
Postoperativa infektioner	41	Registerforskning	69
Böjsenskador	42	Pågående och planerade	
Operationer	42	registerstudier	70
Postoperativa funktionsuppföljningar	42	Kommande registerstudier	71
Rehabiliteringsprogram	43	Sammanfattning	72
Resultatmått - Aktivt rörelseomfång	43	Hur gick det 2024-25?	74
Patientrapporterade resultat	45	Mål 2025 – 26	76
Reoperationer	46	Så här kan du bidra	77
Tumbasartros	47	Karta deltagande enheter	78
Patientrapporterade resultat	49		
Komplicationer och reoperationer	51		



Handkirurgiskt Kvalitetsregister



VAD ÄR HAKIR OCH VAD VILL VI UPPNÅ?

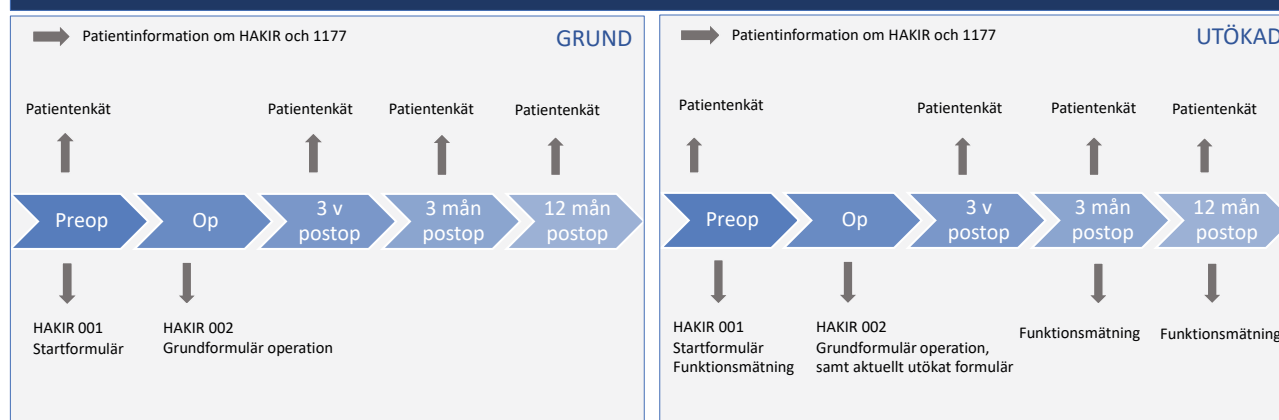
HAKIR är ett nationellt kvalitetsregister för handkirurgi startat 2010 på initiativ av Svensk Handkirurgisk förening. Våra främsta syften är att genom individbaserad uppföljning av bland annat vårdinsatser och behandlingsresultat möjliggöra förbättringsarbete och forskning som successivt förbättrar vården, 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 utökat registrering





Inledning

Det handkirurgiska kvalitetsregistret HAKIR firar nu 15 år, och vi är stolta över den positiva utveckling som skett sedan starten. De grundläggande registerfunktionerna och rutinerna fungerar idag väl i hela landet, och vår kunskap om resultaten av handkirurgisk behandling, särskilt ut patienternas perspektiv, ökar ständigt.

I denna årsrapport presenterar vi ett urval av registerdata. Ett viktigt syfte är att inspirera till förbättringsarbete och forskning inom området. Det är dock viktigt att notera att rapporten inte innehåller några statistiska jämförelser mellan olika behandlingar eller enheter. För vissa diagnosgrupper kan antalet registreringar vara begränsat, vilket innebär att redovisade skillnader ibland kan bero på slumpen eller andra samverkande faktorer.

Med tiden växer registret, och fler vetenskapliga analyser kommer att genomföras.

Målet är att successivt närma oss en allt bättre förståelse för vad som utgör bästa möjliga handkirurgiska behandling.

Årsrapporten omfattar data från starten av HAKIR februari 2010 till och med 31 december 2024, om inget annat anges. Vilka ingrepp som registreras i HAKIR och när och till vem enkätutskick sker visas i faktarutan på insidan av omslaget.

DELTAGANDE ENHETER

Totalt deltog 19 enheter i HAKIRs registrering under 2024. Under våren tillkom tre nya enheter: Aleris Specialistvård Ängelholm, Aleris Hand & Fot i Stockholm samt Atleva HandCenter Öresund. Samtliga dessa enheter har handkirurgisk specialistkompetens och tillgång till egna rehabiliteringsresurser.

Vid årsskiftet 2024/2025 stängdes Liljeholmens Ortopedi, en av våra privata enheter. Patientvolymerna från Liljeholmen har till stor del omfördelats till andra befintliga eller kommande HAKIR-anslutna enheter.

I början av 2025 hade HAKIR 18 anslutna enheter: de sju regiondrivna handkirurgiska klinikerna, tio privata enheter samt en regiondriven ortopediklinik i Norrköping. Intresset för att ansluta sig till registret är fortsatt stort, och flera nya enheter har uttryckt intresse. Förberedelser pågår både bland regiondrivna ortoped-enheter och privata handkirurgiska verksamheter.

Varje enhet har en utsedd koordinator med ansvar för att rutiner följs och att registreringarna håller hög kvalitet. Utöver detta finns en ansvarig läkare på varje enhet som bevakar den medicinska utvecklingen och hanterar frågor av medicinsk karaktär.

Det är inte helt enkelt att definiera vilka enheter i landet som bör vara anslutna till HAKIR. Under hösten 2024 genomfördes därför ett analysarbete i samarbete med Socialstyrelsen för att kartlägga var den mer högspecialiserade handkirurgin bedrivs. Rapporten finns i sin helhet på hemsidan ([240918_Anslutningsgrads-analys-2023-HAKIR.pdf](#)).

Tre diagnosgrupper i nivåstruktureringen mellan ortopedi och handkirurgi var lätt avgränsbara och bedömdes som relevanta:

- Böjsenskador i tummar (har specifik diagnoskod)
- Nervstamsskador på handledsnivå
- Proteskirurgi i hand och handled

Anslutningsgraden till HAKIR för dessa tre högspecialiserade grupper var mycket hög: 100 % för både böjsenskador och nervstamsskador samt 92 % för proteskirurgi. Den något lägre täckningen inom proteskirurgin beror på att vissa ingrepp utförs vid ortopedenheter som ännu inte är anslutna till HAKIR, exempelvis Gävle sjukhus. Kontakt har tagits med dessa enheter och förslag om anslutning har framförts. Sammanfattningsvis kan vi konstatera att HAKIR i stor utsträckning fångar upp den högspecialiserade handkirurgin i Sverige.



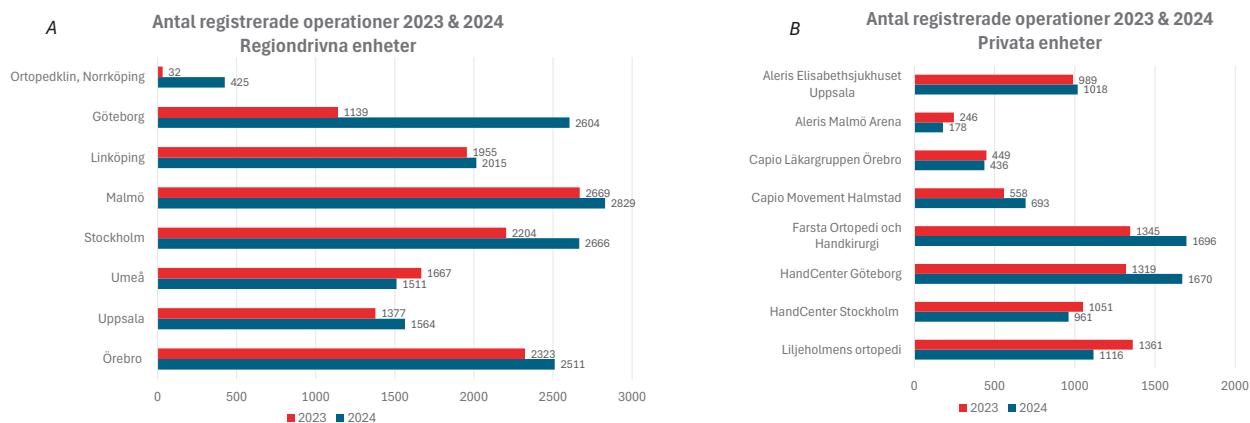
REGISTRERADE OPERATIONER

Vid årets slut hade 202 080 operationer på 149 557 patienter registrerats (se tabell I). Antalet operationer hade ökat med nästan 20 % jämfört med 2023, delvis på grund av tillkomst av tre nya privata enheter under 2024, ortopedkliniken i Norrköping 2023 samt att regionkliniken i Göteborg återanslöt under 2023.

Flera enheter registrerade fler operationer under 2024 än tidigare, samtidigt som några enheter minskade sitt antal operationer jämfört med föregående år, se figur 1A och B.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Totalt
Regionkliniker																
Göteborg		1	322	1795	1900	1804	1602	1986	1292		1		1	1139	2604	14447
Linköping	284	1461	1669	1699	1558	1612	1643	1605	1604	1741	1306	1684	1797	1955	2015	23633
Malmö	1	508	2432	3678	3495	3656	3597	3726	3506	3678	2765	2525	2493	2669	2829	41558
Stockholm	2454	2712	2922	2982	2850	2593	2500	2451	2276	2147	1531	2256	2361	2204	2666	36905
Umeå			328	1374	1395	1333	1430	1011	1037	931	641	493	1354	1667	1511	14505
Uppsala	1	129	1499	1635	1959	1883	1722	1439	1454	1352	1354	1393	1293	1377	1564	20054
Örebro				1076	1378	1603	1950	1746	1480		786	1008	1554	2323	2511	17415
Totalt regionkliniker	2740	4811	9172	13163	14233	14259	14097	14168	12915	11329	8384	9359	10853	13334	15700	168517
Ortopedkliniken Norrköping														32	425	457
Privata enheter																
Aleris Elisabethsjukhuset Uppsala											400	769	888	989	1018	4064
Aleris Hand och Fot															285	285
Aleris Malmö Arena													22	246	178	446
Aleris Specialistvård Ängelholm															60	60
Capio Läkargruppen Örebro					81	247	241	165	203	195	178	307	508	449	436	3010
Capio Movement Halmstad										162	221	548	721	558	693	2903
Farsta Ortopedi och Handkirurgi													648	1345	1696	3689
HandCenter Göteborg						670	599	878	777	1173	1597	1576	1339	1319	1670	11598
HandCenter Stockholm													653	1051	961	2665
HandCenter Öresund															568	568
Liljeholmens ortopedi													1341	1361	1116	3818
Totalt privata enheter					81	917	840	1043	980	1530	2396	3200	6120	7318	8681	33106
Totalt alla enheter	2740	4811	9172	13163	14314	15176	14937	15211	13895	12859	10780	12559	16973	20684	24806	202080

Tabell I. Antal registrerade operationer per år och enhet.



Figur 1. Antal registrerade operationer under 2023 och 2024 per enhet, A= regiondrivna kliniker, B= privata enheter.



TÄCKNINGSGRAD

Täckningsgrad definieras i HAKIR som andelen registrerade operationer i förhållande till det totala antalet utförda operationer, uttryckt i procent. Sedan 2023 är målnivån att minst 90 % av samtliga operationer vid varje enhet ska registreras.

Det är mycket glädjande att se att alla enheter utom en nådde målet under 2024, se tabell 2, medelvärde för alla enheter var 95,7 %.

Den enda enhet som under 2024 låg något lägre var regionkliniken i Göteborg som nystartade 2023 och som initialt hade en del problem med rutinerna. Under början av 2025 nåddes dock målet med god marginal (95,2 %). På regionklinikerna opereras många patienter som inte har svenskt personnummer eller som har skyddad identitet, den första gruppen kan t ex vara utländska hantverkare som skadar sig vid arbete i Sverige. Dessa operationer kan inte registreras i HAKIR, men antalet registreras månadsvis, se tabell 2.

	Registrerade operationer	Utförda operationer	Utan personnummer	Utförda minus ej pnr	Täckningsgrad %
Regionkliniker					
Göteborg	2604	3099	0	3099	84,0
Linköping	2015	2032	11	2021	99,7
Malmö	2829	3033	21	3012	93,9
Stockholm	2666	2826	29	2797	95,3
Umeå	1511	1528	12	1516	99,7
Uppsala	1564	1613	41	1572	99,5
Örebro	2511	2573	14	2559	98,1
Totalt regionkliniker	15700	16704	128	16576	95,9
Privata enheter					
Aleris Elisabethsjukhuset Uppsala	1018	1036	0	1036	98,3
Aleris Hand och Fot	285	290	0	290	98,3
Aleris Malmö Arena	178	178	0	178	100,0
Aleris Specialistvård Ängelholm	60	60	0	60	100,0
Capio Läkargruppen Örebro	436	437	0	437	99,8
Capio Movement Halmstad	693	748	0	748	92,6
Farsta Ortopedi och Handkirurgi	1696	1722	0	1722	98,5
HandCenter Göteborg	1670	1662	0	1662	100,0
HandCenter Stockholm	961	1080	1	1079	89,1
HandCenter Öresund	568	579	0	579	98,1
Liljeholmen ortopedi	1116	1119	1	1118	99,8
Totalt privata enheter	8681	8911	2	8909	97,4
Handsektion Ort klin, Norrköping	425	426	1	425	100,0
Totalt alla enheter helår 2024	24806	26041	131	25910	95,7

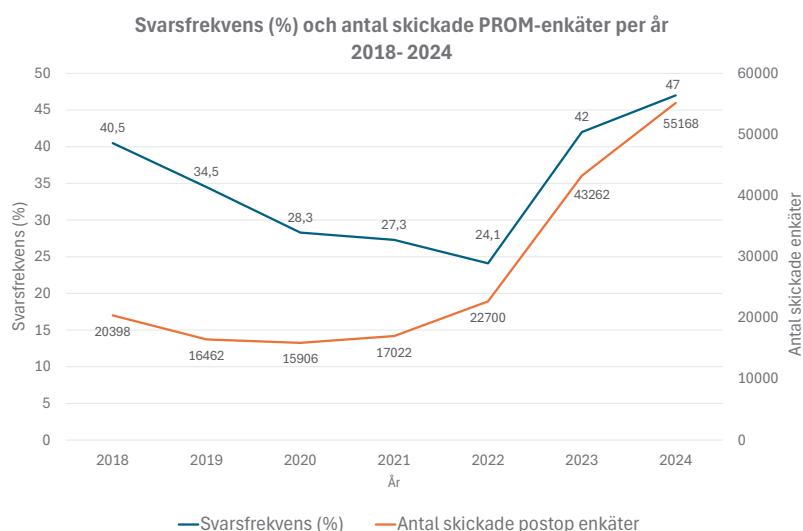
Tabell 2.

Täckningsgrad (andel registrerade operationer i %) per enhet under 2024. Grönt visar att målvärdet på minst 90 % uppnåtts, gult >80 %.



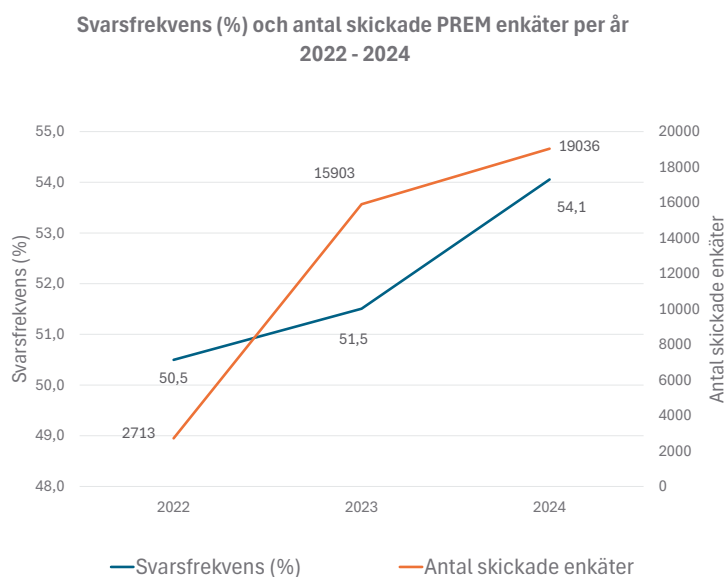
SVARSFREKVENNS

Efter att HAKIR i december 2022 förändrade och förenklade systemet för enkätutskick har vi både sett en stor förbättring av svarsfrekvensen och även en stor ökning av antalet utskickade enkäter, se figur 2. För helåret var svarsfrekvensen 47,0 %. Den förbättrade svarsfrekvensen tror vi kan bero på att patienterna känner större förtroende för enkätutskick via I177. Ett mer komplett utskick av enkäter kopplar vi till att arbetet med registrering och utskick nu automatiserats i högre grad och därmed förenklats för personalen. HAKIR har också, tillsammans med enheterna, lagt stor möda på månadsvis uppföljning av både täckningsgrad och svarsfrekvens.



Figur 2. På vänster y-axel visas svarsfrekvens för postoperativa enkäter (PROM) 2018 - 2024 (%) och på den högra antal skickade enkäter per år. PROM = Patient Reported Outcome Measure.

Svarsfrekvens för vår upplevelseenkät (PREM) infördes nationellt 2022 och skickad tre veckor efter operation till alla patienter var högre än för de postoperativa enkäterna (PROM) som skickas ut efter tre och tolv månader, se figur 3. Även här ser vi förbättring av svarsfrekvensen jämfört med föregående år, i medel 54,1 % för 2024. Troligen är patienterna mer motiverade att svara så kort tid efter operationen.



Figur 3. På vänster y-axel visas svarsfrekvens (%) och på den högra antal enkätutskick för PREM enkäter 2022 till 2024. PREM = Patient-Reported Experience Measure.



FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Vi är både stolta och glada över den stora förbättringen av vårt enkätssystem, men det hade varit önskvärt att nå ännu lite högre svarsfrekvens. Vi sätter därför ett mål för nästa år att minst 50 % av skickade enkäter skall ha besvarats. Genom konsekvent information till patienterna bör vi kunna nå detta mål under 2025. Vi har senarelagt påminnelsen till patienterna för våra postoperativa PROM-enkäter från två till åtta dagar efter första utskick, vilket vi tror kan vara positivt. Den svåraste patientgruppen att nå med enkätutskick är unga män, en grupp som ofta drabbas av handskador. HAKIR behöver arbeta med att hitta strategier för att nå även dessa patienter. Under 2025 startas en vetenskaplig studie med syfte att undersöka om data från de som inte svarat skiljer sig från de som svarat, en sk non-responder analys. Mer om detta i avsnittet om registerforskning, sidan 69.

VALIDERINGSARBETE

Kompletta och korrekta registerdata är helt avgörande för värdet av ett kvalitetsregister och på HAKIR bevakar vi kontinuerligt datakvaliteten. Sedan flera år finns ett antal automatiska kontroller vid registrering och även datahämtningar mellan formulär. Vi har "tool-tips" och "pop-ups" som informerar och varnar för fel, kontrollerar ifall det är en reoperation och frågar ifall utökad registrering också skall göras. Vi har successivt gjort allt fler variabler obligatoriska för att minska bortfall. Vi hittar ändå ibland fel, ofta i samband med analys av årsrapportfilerna. Under 2024 har vi åter kvalitetsgranskat våra registrerade data. Vi har rensat bort felaktigt inlagda

personnummer, korrigerat felaktiga skadedatum, rättat ologisk kodning och påbörjat korrigeringen av registrerade operatörers initialer. Totalt har 340 poster rättats under året.

Arbetet har skett i samarbete med våra enheter, eftersom uppgifterna behövt verifieras mot journalanteckningar. En särskild utmaning har varit att operatörernas initialer registrerats i olika varianter, vilket försvårar möjligheten att ta fram korrekt statistik för denna variabel.

Under 2025 hoppas vi kunna införa en ny funktion där operatörens namn hämtas direkt från vår databas efter att först registrerats korrekt av våra koordinatörer.

FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

De vanligaste felen som upptäcks i HAKIR gäller diagnos- och åtgärdskodning. Sådana fel kan även få konsekvenser på klinikerna, genom missvisande produktionsstatistik och felaktig ersättning för ingrepp. Vi skulle önska ett större fokus på kodning och utbildningsinsatser behövs troligen för att komma till rätta med problemen. Den kodbok som HAKIR medverkade till 2020 har varit mycket uppskattad av våra enheter och behöver nu revideras och tryckas om, vilket vi hoppas hinna med under 2025. Nya diagnoskoder från WHO (ICD-11) införs successivt 2027-28. Dessa koder kommer att se helt annorlunda ut och om inte förr, så behöver undervisningsinsatser för sjukvårdspersonal då göras. Att alla använder samma kod för samma ingrepp gör dataanalyserna i HAKIR så mycket lättare.



ÅTERKOPPLING TILL DELTAGANDE ENHETER

För att kunna uppfylla registrets syfte så är det viktigt att presentera registerdata för enheterna så att de kan använda resultaten i lokala förbättringsarbeten. Data från HAKIR presenteras på flera olika sätt. Behöriga användare kan själva gå in i plattformen och ta ut sin egen enhets data och det finns en dynamisk öppen rapport på hemsidan med aggregerade data (utan personuppgifter). I denna rapport kan man t ex ta fram enkätsvar för olika diagnoser. Vi visar också resultat i årsrapporten och vid besök på enheterna.

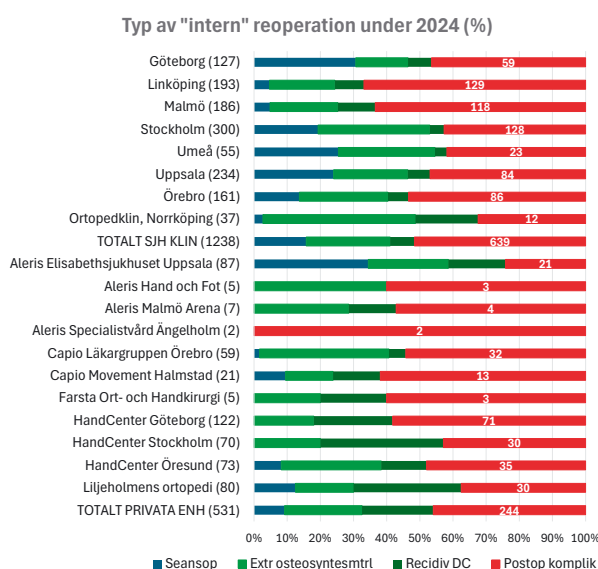
Automatiskt genererade månadsrapporter till alla enheter har funnits i flera år, men sedan mars 2024 går en förbättrad rapport ut. Den innehåller förutom månadsvis uppdaterade data om täckningsgrad och svarsfrekvens, också detaljerade uppgifter om enkätsutskicken. Syftet är att enheterna skall kunna identifiera eventuella problem i enkätflödet, t ex utskick av preoperativa enkäter. I den nya rapporten har vi skärpt kraven på när en preoperativ enkät skickas ut, eftersom vi noterat att preoperativa enkäter ibland hunnit blivit inaktuella när patienten stått länge på operationsväntelistan. Vi rekommenderar därför att enheterna skickar ut preoperativ enkät samtidigt med kallelse till operation och inte vid operationsanmälan.

Återkoppling till enheterna sker även på ett personligt plan genom att registerkoordinatören håller digitala möten med samtliga enheter varje termin. Vid dessa möten går man gemensamt igenom hur registerarbetet fungerar utifrån flera övergripande perspektiv på respektive enhet. Enheternas lokala koordinator och den medicinskt ansvariga läkaren bidrar i hög grad till att det lokala registerarbetet fungerar tillfredsställande. Utvecklingen av registret sker ofta i nära samverkan med de nationella arbetsgrupperna, koordinatorsgruppen, läkargruppen samt rehnätverket. För att främja delaktighet och skapa bästa möjliga förutsättningar för utvecklingsarbetet arrangeras även fysiska möten en till två gånger per år.

OPERATIONSTYPER

Handkirurgiska patienter opereras ofta flera gånger, det kan vara olika diagnoser, olika delar av handen eller sk seans-operationer, t ex planerad stiftextraktion, reoperation vid svår handinfektion eller rekonstruktion efter handskada. De 149 557 patienterna i årets rapport hade blivit opererade mellan en och 23 gånger. 113 802 patienter (76 %) hade endast en operation i HAKIR, men fler (85%) var registrerade som primära ingrepp. Fortfarande är det troligen så att reoperationerna inte fångas upp korrekt.

Viktigast för kvalitetsuppföljning är att reoperationer på grund av komplikationer registreras, det vill säga orsak till reoperation. 18 071 registrerade reoperationer följde efter en primär operation på den egna enheten ("interna"). I figur 4 visas andelar (%) av olika typer av reoperationer efter primär operation på den egna enheten per enhet under 2024. Ungefär hälften av alla "interna" reoperationer orsakades av en postoperativ komplikation. Extraktion av osteosyntesmaterial var vanligt vid alla enheter. Seansoperationer var vanligare vid sjukhusklinikerna än på de privata enheterna, undantaget Elisabethsjukhuset. Mer om postoperativa komplikationer finns i det separata avsnittet, sid 39.



Figur 4. Andel (%) av olika typer av "interna" reoperationer under 2024. Totalt antal reoperationer inom parentes. Observera att de var mycket få vid vissa enheter.



FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Registrering av reoperationer är viktig i HAKIR eftersom det utgör grunden för att identifiera postoperativa komplikationer. Vid registrering skall man därför först välja om ingreppet är en primär operation eller en reoperation och om det är en reoperation skall man ange orsaken. Tyvärr har detta system varit svårt att få att fungera fullt ut, vilket innebär att antalet komplikationer kan vara fler än vad som redovisas i utdatorapporterna. Genom manuell genomgång av alla "faktiska" reoperationer och de åtgärds-koder som använts, kan vi ändå hitta komplikationerna, men sådant analysarbete tar alldeles för mycket tid. HAKIR behöver utveckla ett säkrare, bättre och mer automatiskt system, men i nuläget har vi inte ekonomi för att göra så genomgripande förändringar i registerplattformen.

Vi vill därför åter be alla enheter och medverkande läkare att ägna lite extra tid åt orsaker till reoperation så att uppgifterna blir så korrekta som möjligt. Detta gäller till exempel senrupturer, proteskomplikationer och postoperativa infektioner.

UTÖKAD REGISTRERING

Utökad registrering i HAKIR innebär både att ett lite mer specificerat formulär fylls i vid operationen och att funktionsuppföljning görs. Rehabiliteringsenheterna har ofta inte resurser för att klara alla funktionsmätningar och det kan även vara svårt att få patienterna att komma för uppföljning postoperativt. Vi har därför öppnat upp för att enheterna endast registrerar operationerna utökat, vilket ändå ger viktig information när vi analyserar patientenkätsvaren. HAKIR kan förstås inte kräva att funktionsmätningar görs och varje enhet måste själv avgöra om resurser finns.

I tabell 3 visas antal registrerade formulär per enhet för de olika utökade uppföljningarna. 17 597 olika formulär hade registrerats, varav 9 757 operationsformulär och 6 689 funktionsformulär. Flest uppföljningar fanns för böjsenkirurgin, därefter för tumbasartros och proteskirurgi.

Tyvärr verkar vissa regionkliniker inte ha mäktat med funktionsuppföljningarna de senaste åren, det gäller till exempel mätningar för proteskirurgin i Linköping 2023 – 24 och för tumbasartros i Umeå de senaste fem åren. Successivt samlar vi ändå in mycket data som kan ge oss underlag för jämförelser mellan olika behandlingar.

För de högspecialiserade diagnoserna plexusskador och medfödda avvikelser fanns 151 diagnosformulär. Det är glädjande att se att registrering av operationer för medfödda avvikelser nu kommit igång relativt bra både i Linköping, Stockholm, Umeå och Uppsala där ytterligare 131 formulär registrerats sedan 2023. Vi saknar dock Malmö, Göteborg och Örebro och det går också trögare med diagnosregistreringarna för de medfödda avvikelserna. Med tanke på nyligen beslutad högspecialiserad vård inom dysmeli så vore det önskvärt om fler enheter kunde registrera dessa diagnoser och operationer. Mer om detta i separat avsnitt, sidan 58.



		Göteborg	Linköping	Malmö	Stockholm	Umeå	Uppsala	Örebro	Aleris Elisabeth sjh	Aleris Hand och Fot	Aleris Malmö Arena	Aleris Spec. vård Ängelholm	Capio Läkargr. Örebro	Capio Move. Halmstad	HC Göteborg	HC Stockholm	HC Öresund	Totalt
			4 / 0 /		232 / 4 /	1 / 2 / 0	292 / 41 /											
Dupuytren	Op / nål / kollagenas	-	165 = 169	-	309 = 545	= 3	404 = 975	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Funktion preop	-	5	-	585	-	727	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Funktion 3mån postop	-	0	-	341	-	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Funktion 12mån postop	-	0	-	247	-	78	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Böjsenskador	Op	30	526	990	1168	187	252	147	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Funktion 3mån postop	-	324	346	709	132	113	63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Funktion 12mån postop	-	189	226	530	91	70	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tumbarstros	Op	9	746	-	581	147	347	222	179	-	145	3	29	2	48	15	29	-
	Funktion preop	-	275	-	290	94	206	45	0	-	80	3	4	0	0	-	-	-
	Funktion 3mån postop	-	340	-	335	74	214	60	0	-	83	2	1	0	2	0	0	-
	Funktion 12mån postop	-	144	-	258	60	131	22	0	-	25	0	0	-	-	-	-	-
Proteskirurgi	Op	17	174	532	238	5	151	-	44	45	2	-	41	0	80	2	6	-
	Funktion preop	-	24	354	130	-	74	-	-	2	1	-	5	-	28	-	-	-
	Funktion 3mån postop	-	18	284	115	-	55	-	-	-	1	0	1	-	14	-	-	-
	Funktion 12mån postop	-	9	220	84	-	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Skafoideumkirurgi	Op	-	4	-	106	-	38	-	-	-	1	-	-	-	-	3	-	-
	Funktion preop	-	-	-	5	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Funktion 3mån postop	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Funktion 12mån postop	-	-	-	38	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Interkarpala artrodeser & Proximal row carpectomy	Op	8	4	-	153	1	9	-	42	1	1	-	2	0	0	7	2	-
	Funktion preop	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Funktion 3mån postop	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Funktion 12mån postop	-	-	-	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cerebral pares	Op	-	9	-	16	100	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medfödda avvikelser	Diagnos	-	25	40	351	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Op	-	20	3	128	37	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Födelserelaterade plexusskador	Grunddata	-	-	2	151	141	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Primärkirurgi	-	-	-	9	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Sekundärkirurgi	-	-	-	74	150	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Traumatiska plexusskador	Grunddata	-	-	-	280	161	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Primärkirurgi	-	-	-	64	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Sekundärkirurgi	-	-	-	28	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omvårdnadsformulär COPM		-	-	330	167	-	264	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		-	-	-	88	59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totalt antal formulär		11	2491	3327	6297	1531	2670	583	265	339	83							17597

Tabell 3. Antal formulär i de olika utökade registreringarna i HAKIR.

FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Det är ambitiöst av ett kvalitetsregister att försöka samla in funktionsundersökningar före och efter operation, dels för att det kräver resurser på rehabenheterna, men också för att det är svårt att få patienter att komma på postoperativa besök. Vi har en ökande andel försäkringspatienter inom handkirurgin och vi har fått veta att försäkringsbolagen inte betalar för all postoperativ uppföljning. Det är lite svårt att förstå att bolagen kan betala för vård utan att ta reda på hur behandlingsresultatet blir. HAKIR planerar att ta kontakt med försäkringsbolagen för att se om vi kan påverka deras inställning till detta. Minst ett års uppföljning, till exempel efter proteskirurgi är högst rimligt. Med en ökande andel privat vård inom handkirurgin, inklusive även mer komplicerade ingrepp, blir detta extra viktigt.

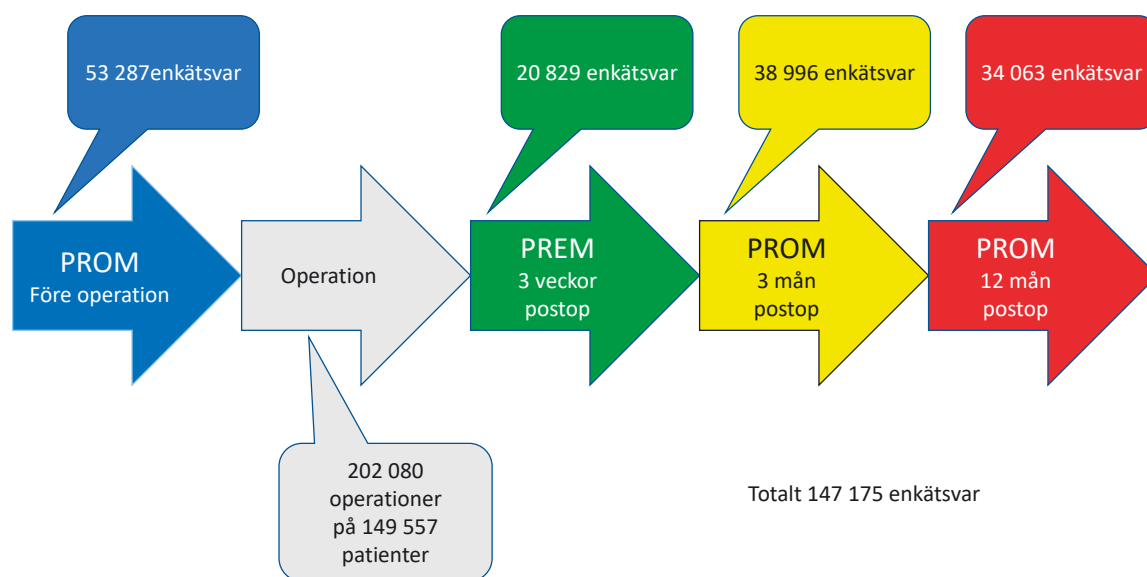
Förflyttning av patienter runt om i landet på grund av vårdgarantin är också ett problem för uppföljningar. Ett ensidigt fokus på väntetider utan hänsyn till uppföljning av vårdkvalitet och patientnöjdhet måste vara fel väg att gå. HAKIR hoppas att svensk sjukvård med tiden blir mer fokuserad på att uppnå långsiktigt goda resultat för de handkirurgiska patienterna framför att korta väntetiderna maximalt. God vårdkvalitet sparar både lidande och pengar.

För de olika utökade registreringarna i HAKIR så gäller att samla in all relevant information om behandlingen. Jämförande analyser mellan olika behandlingsmetoder görs successivt i vetenskapliga studier och resultaten kan sedan ligga till grund för vårdprogram, kvalitetsindikatorer och rekommendationer.



Urval av operationsresultat

Vid årets slut 2024 hade HAKIR samlat in 147 175 patientenkätsvar, inkluderande både patientrapporterade resultat (PROM; 126 346 svar) och patientrapporterade upplevelser (PREM; 20 829 svar).



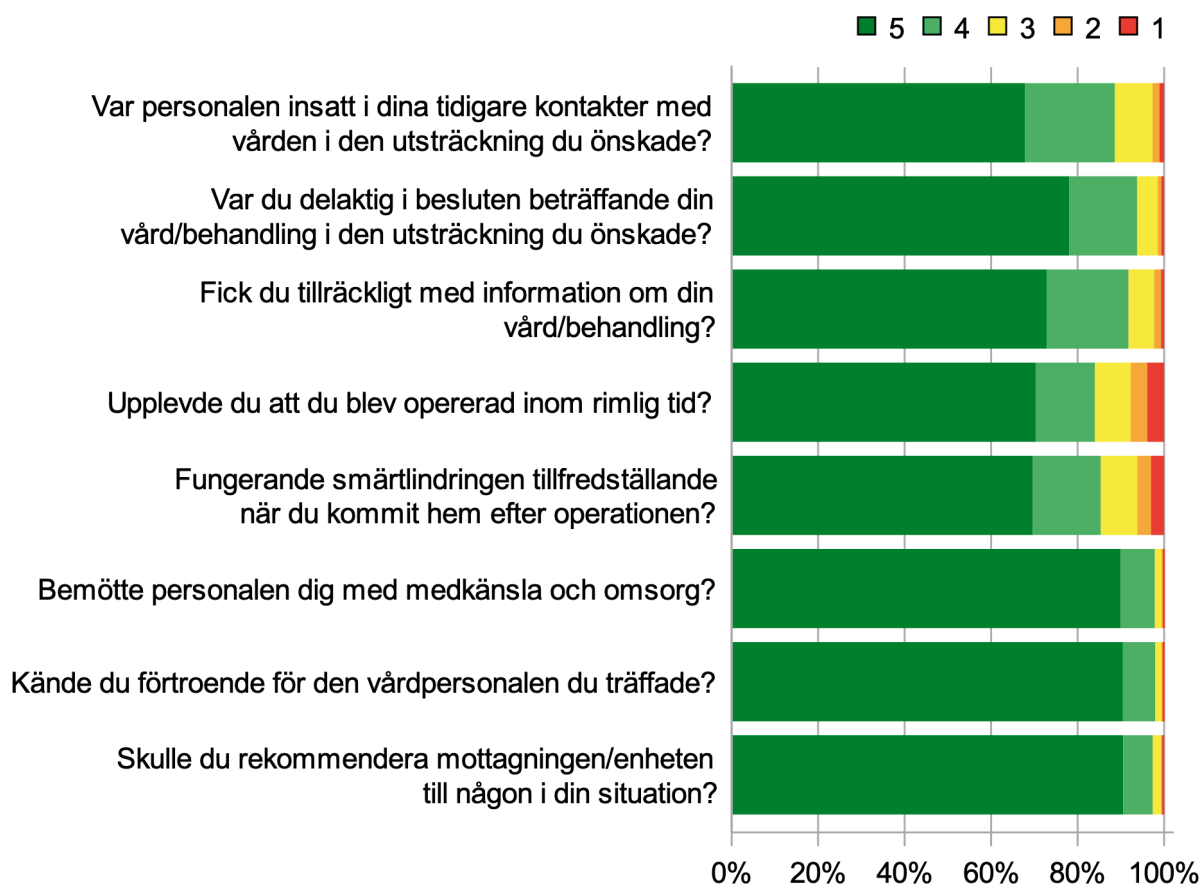
Figur 8. Antal registrerade enkätsvar för de olika enkättyperna före och efter operation fram till 31 december 2024. 87 svar på PREM-enkäter till barn är inte med i figuren.

UPPLEVELSEENKÄTER - PREM

Sedan september 2024 skickas en barnanpassad PREM-enkät ut till alla opererade barn mellan 0 och 12 år. 285 sådana enkäter hade skickats ut, men endast 87 svar hade kommit in (30,5 %) och vi gör därför inga närmare analyser i år. Tyvärr har vi heller inte fått någon automatisk utdatarapport på plats ännu för barn-PREM enkäterna, varför enheterna inte har fått ta del av svaren. Svarsfrekvensen behöver förbättras och enheterna behöver informera familjerna mer tydligt om varför enkäten är viktig. Svaren blir extra betydelsefulla att följa för diagnoserna inom högspecialiserad vård, plexus brachialis-kirurgi och dysmeli.

Resultaten av PREM-enkäterna för patienter från 13 år och uppåt redovisas till enheterna i månadsrapporterna. Generellt upplever de flesta patienter en hög grad av delaktighet i vården, att de får

adekvat information samt hyser stort förtroende för vårdgivarna, se figur 9. Över tid (2022 - 2024) ligger medelvärdena för frågorna om delaktighet och information stabilt kring 4,4 (av 5), upplevelse av väntetiden och smärtlindringen på 4,4 och frågor om förtroende och bemötande på 4,8, med en liten förbättring för 2024 (4,9). Smärtlindring efter operation är ett förbättringsområde på vissa enheter och väntetiden till operation uppfattas som för lång av vissa patienter. HAKIR skulle önska att automatiskt kunna få ta del av officiell väntetidsstatistik för enheterna. Vi har kontaktat SKR angående detta utan framgång. De väntetidsmått som finns publicerade, t ex på Väntetider i Vården (SKR) och Vården i Siffror har brister och är svårtolkade eftersom data för specialiserad handkirurgi sällan visas specifikt per enhet utan bara regionalt. Remitteringar mellan regioner och olika enheter på grund av vårdgarantin försvårar också tolkning av väntetiderna.



Figur 9. Andel svar mellan 1 = Inte alls och 5 = Helt och hållet, för frågorna i PREM-enkäten för alla enheter sedan start av enkäten april 2021 t o m 2024-12-31. Totalt antal svar var 20 829.

FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Handkirurgisk behandling syftar till att förbättra patienternas livskvalitet och funktionsförmåga. Patientrapporterade resultat, utvärderade med PROM och PREM, är därför avgörande för att bedöma kvaliteten på vården. Samtidigt finns stor individuell variation i hur patienter svarar på enkäter och många svar krävs för att kunna dra några generella slutsatser. Att skapa relevanta och valida kvalitetsindikatorer från enkätsvar kräver därför tid och eftertanke. Från våra anslagsgivare ställs krav på indikatorer och HAKIR kommer med tiden att ta fram fler sådana, men det är betydligt svårare än om vi bara hade utfall med ja / nej -svar, som liv / död eller protes insatt / uttagen. Att analysera enkätsvar ger oss dock redan nu ökade kunskaper om vårdens resultat, vilka direkt kan komma till nytta.



Vi redovisar nedan ett urval av patientrapporterade resultat och lite andra data för några diagnosgrupper inom handkirurgin. För de diagnoser som ingår i den utökade uppföljningen i HAKIR finns separata avsnitt.

ELEKTIVA DIAGNOSER

Radial handledstendinit (mb de Quervain)

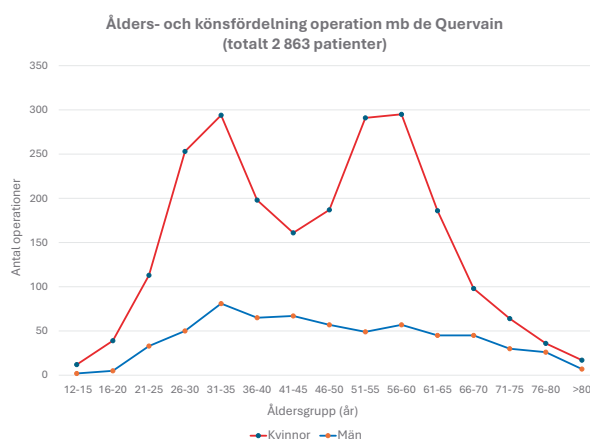
Radial handledstendinit är en vanlig diagnos inom handkirurgin som ofta behandlas med klyvning av senfacket, en operation som görs i lokalbedövning. I HAKIR fanns nu 2 844 sådana operationer på 2 657 patienter. Det var en stor majoritet kvinnor (79 %) med en tydlig bifasisk fördelning över åldrarna, en topp i 30-årsåldern och en i 50-årsåldern (se figur 10).

För männen sågs inte detta mönster och man kan anta att topparna har hormonella orsaker; graviditeter respektive klimakterium. Inga barn under 12 år hade opererats för mb de Quervain. Resultaten av operationen är oftast goda, med mycket god lindring av belastningssmärta, vilovärk och upplevd aktivitetsförmåga redan vid första enkätutskicket efter 3 månader; se figur 11. QuickDASH minskade från 50 före, till 20 ett år efter operation. Nöjdhet med operationsresultatet var 79 % ett år efter operation.

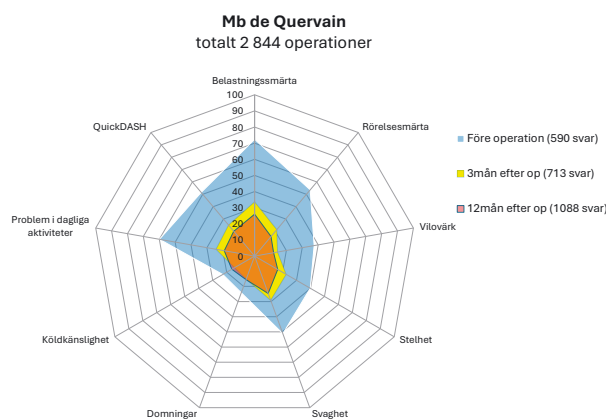
Triggerfinger

Även detta är en mycket vanlig diagnos och det fanns 14 699 operationer på 12 026 patienter registrerade. Kvinnodominansen var något mindre än för Mb de Quervain (60,4 %) och åldrarna mellan 50 - 70 år var vanligast för båda könen, se figur 12. Barn under 10 år som var opererade hade troligen så kallad kongenital triggertumme, vilket är en helt annan diagnos, utan inflammatorisk genes. Vi rekommenderar att man använder diagnoskoden Q798 istället för M653 för det tillståndet. Operationsresultatet för triggerfinger upplevdes som gott av de flesta patienter, med en nöjdhet på 82 % ett år efter operation och förbättring av funktionsförmåga (QuickDASH) från 39 poäng före, till 15 poäng ett år efter operation, se figur 13.

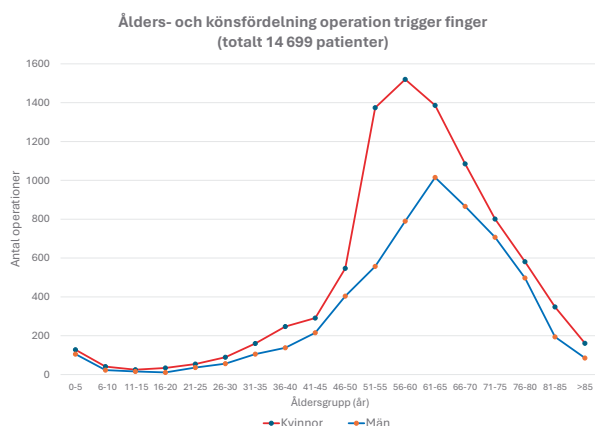
En avhandling 2023 från handkirurgen i Malmö, Lunds universitet analyserade bland annat patientrapporterade resultat av kirurgi vid triggerfinger i relation till diabetesdiagnos, med samkörning mellan diabetesregistret och HAKIR (Mattias Rydberg: The diabetic hand)



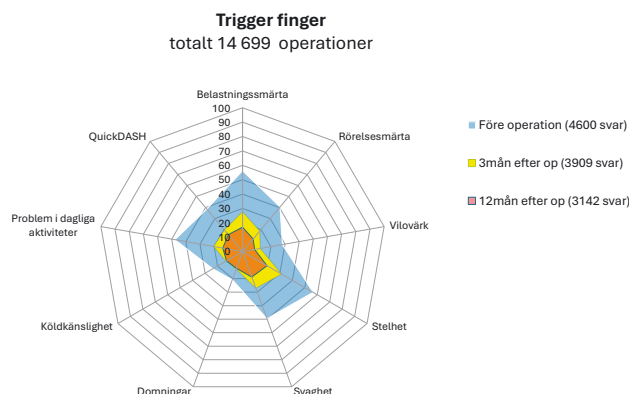
Figur 10. Ålders- och könsfördelning för operationer av radial handledstendinit.



Figur 11. Medelvärden för patientrapporterade enkätsvar före och efter operation av radial handledstendinit.



Figur 12. Ålders- och könsfördelning för operationer av triggerfinger.



Figur 13. Medelvärden för patientrapporterade enkätsvar före och efter operation av triggerfinger.

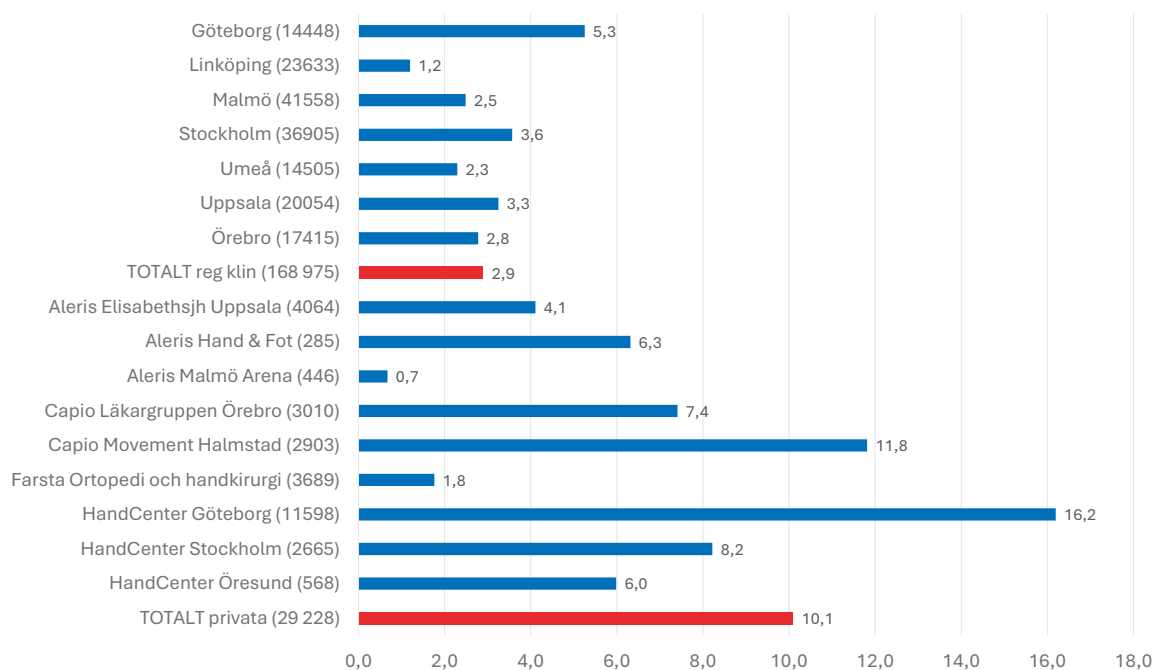
Artroskopiska ingrepp

Det fanns 7 813 ingrepp registrerade i HAKIR där artroskopiska metoder använts. Det var stor variation i fördelning mellan enheterna, både totalt och som andelar av alla ingrepp på respektive enhet, se figur 14. Skillnaderna kan förstås delvis bero på olika case-mix, där regionklinikerna har en större andel öppna skador som inte lämpar sig för artroskopi. Majoriteten av artroskopierna gällde handleder (98 %), resten armbågsleder och leder i tummar. 71 % var kodade som diagnostiska skopier och 29 %

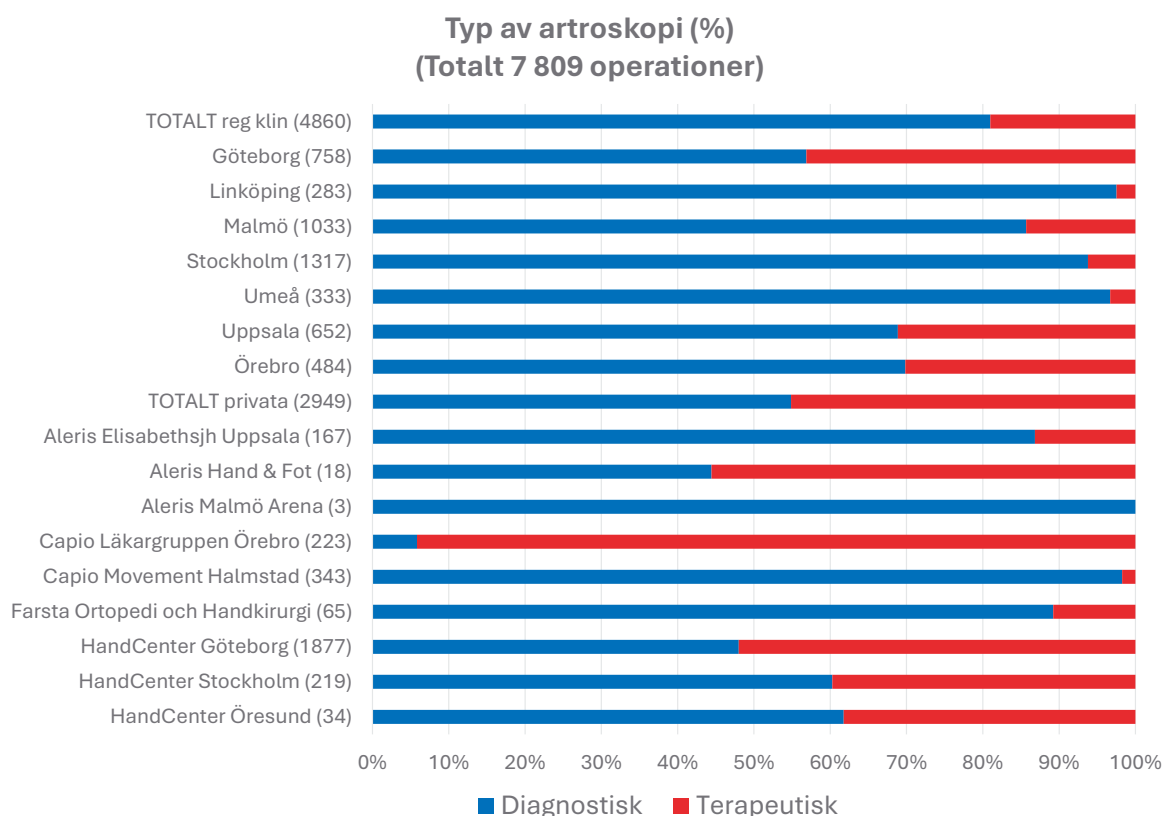
som terapeutiska. Andelen terapeutiska skopier var betydligt högre för de privata enheterna än för regionklinikerna, se figur 15.

Vanligaste diagnoser var ligamentskador (5 189 operationer), följt av artros / synovit (1 821), men även ganglion (155), nerventrapments (56), tumbasartros (59), Kienböck, (50), fri kropp i led (43) och ledkontraktur (43) var diagnoser som hade skoperats.

Andel artroskopiska ingrepp av totalt antal operationer per enhet (%) (Totalt 7 913 artroskopier)



Figur 14. Andel artroskopier av totalt antal operationer per enhet (%). Liljeholmen, Aleris Ängelholm och Ortopediska kliniken i Norrköping hade inte registrerat några artroskopier. Totalt antal operationer inom parentes.



Figur 15. Andel enbart diagnostiska, respektive terapeutiska skopier per enhet (%). Totalt antal artroskopier inom parentes. Observera att kodningen inte är helt entydig varför resultaten skall tolkas med försiktighet.

Vad säger dessa data?

Varför används terapeutisk artroskopi i så olika utsträckning vid olika enheter? Beror det på lokal kompetens och tradition eller kan även ekonomiska incitament finnas för att till exempel göra ganglie-excision, artrosbehandling eller neurolys artroskopiskt och inte öppet? Eller ger en artroskopisk åtgärd kortare rehabilitering än motsvarande öppna ingrepp? Vi behöver jämföra resultaten mellan behandlingarna och som vanligt vore en randomiserad studie att föredra.



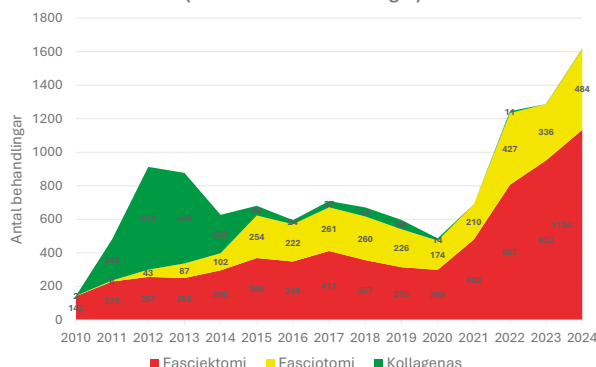
Dupuytren's kontraktur

Dupuytren är en mycket vanlig diagnos inom handkirurgin och 11 624 behandlingar på 8 849 patienter fanns registrerade. Det var som väntat en stor manlig dominans (81 %) och ålder var i medel 67 (17 - 95) år. 30 % var behandlade vid mer än ett tillfälle. I figur 16 visas antal registrerade behandlingar per år. Tyvärr registreras inte nålfasciotomier konsekvent i HAKIR varför antalet av dessa är osäkert och troligen mycket högre än här rapporterat.

De tre regionkliniker som använde kollagenas när det fanns i Sverige (2011 - 2018) minskade kraftigt sitt antal öppna fasciektomier under den perioden, men sedan 2021 har dessa ökat till ungefär samma nivå som tidigare, se figur 17. Under pandemiåren 2019 - 20 utfördes mycket få Dupuytren-operationer vid regionklinikerna. Regionkliniken i Göteborg hade uppehåll i HAKIR, vilket också bidrar till minskat antal operationer under denna period. Figur 17 är också lite svårtolkad eftersom flera nya privata enheter tillkommit i HAKIR sedan 2022. En allt större andel av Dupuytren-operationer utförs vid privata enheter och vi kan konstatera att behovet av öppen kirurgi (fasciektomi) inte verkar ha minskat genom tillkomsten av de mindre invasiva behandlingarna, nål och kollagenas. Kan ersättningsnivåer för olika typer av behandling ha påverkat val av metod?

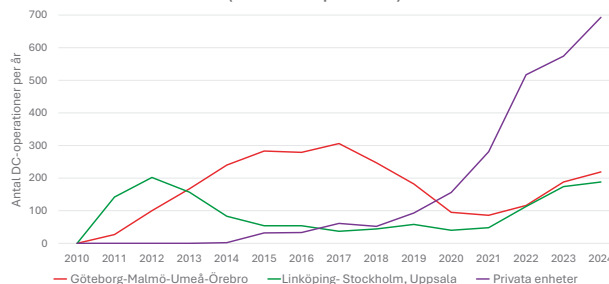
Patientrapporterade resultat vid Dupuytren's kontraktur visar att dessa patienter oftast inte har några problem av smärta eller värk och att upplevt funktionshinder före behandling är måttligt (Quick-DASH- score cirka 20), se figur 18. Stelhet och svaghet är de symptom som är relevanta för denna diagnosgrupp och vår HAKIR enkät (HQ-8) visar detta mycket tydligt. Ett symptom som ofta ökar efter öppen kirurgi är köldkänslighet, och det kan kanske vara en orsak till att nöjdheten med operationsresultatet är något lägre efter ett år (74,6) än efter tre månader (78,4). Tidigt recidiv av kontrakturen kan förstås också vara en anledning, men någon ökning av upplevd stelhet noteras inte.

Dupuytren's kontraktur 2010-2024
(Totalt 11 623 behandlingar)



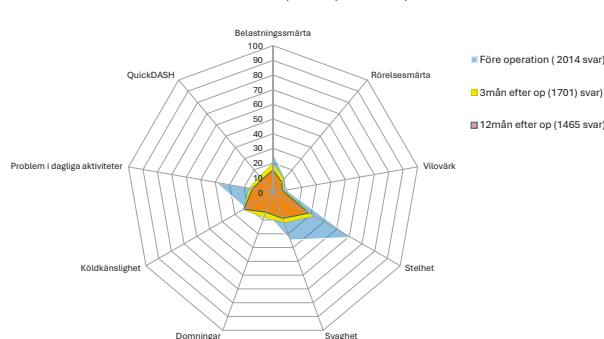
Figur 16. Antal behandlingar för Dupuytren's kontraktur registrerade i HAKIR mellan 2010 - 2024.

Öppen kirurgi (fasciektomi) vid Dupuytren
2010-2024
(totalt 6 423 operationer)



Figur 17. Antal fasciektomier (öppen kirurgi) för Dupuytren vid de tre regionkliniker (Linköping, Stockholm och Uppsala), som använde mycket kollagenasbehandling när det fanns tillgängligt i Sverige 2011 - 2018 jämfört med de fyra kliniker (Göteborg, Malmö, Umeå och Örebro), som förordade nålbehandling samt de privata enheter som anslutit till HAKIR under senare år. Det är oklart vilka non-invasiva metoder som använts på de privata enheterna eftersom detta inte registrerats i HAKIR.

Patientrapporterade resultat fasciektomi
(6647 operationer)



Figur 18. Patientrapporterade resultat med medelvärden före, respektive tre och 12 månader efter öppen operation (fasciektomi) vid Dupuytren's kontraktur.



FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Patientrapporterade resultat efter olika behandlingar vid Dupuytrens kontraktur har nyligen analyserats i en registerstudie från HAKIR (Harryson et al 2023) där det konstaterades att de mindre invasiva behandlingarna, nål och kollagenas, gav mindre restsymptom efter ett år än öppen kirurgi, med eventuellt något lägre grad av upplevd stelhet och svaghet efter kollagenas- än efter nålbehandling. Randomiserade studier med färre antal patienter har dock inte visat någon skillnad mellan de båda non-invasiva behandlingarna. Om kollagenasbehandling åter blir tillgänglig i Sverige skulle en så kallad registrerrandomiserad studie (RRCT) i HAKIR vara ett utmärkt sätt att jämföra nål- och kollagenasbehandling. Vi hoppas att svensk handkirurgi i så fall kan enas för att genomföra en sådan studie.

Karpaltunnelklyvning

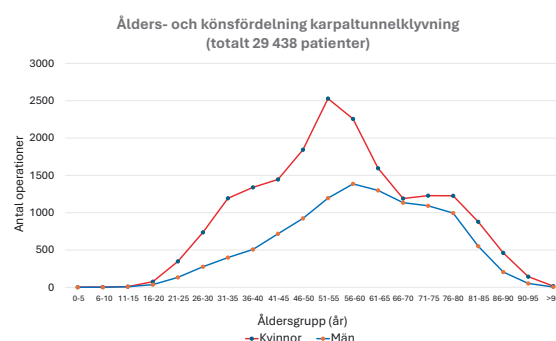
Detta är den enskilt vanligaste operationen i HAKIR, med 36 738 primära operationer på 29 439 patienter, varav 63 % kvinnor. Ålder vid operation var i medel 57 (3 - 102) år, med en distinkt topp vid 50-års ålder, framförallt för kvinnor; se figur 19.

Resultaten efter karpaltunnelklyvning är välkänt goda, med nöjdhet med operationsresultatet efter tre månader på 76 % och 78 % efter ett år. Mycket god minskning av upplevd värk och domningar noteras redan efter tre månader, se figur 20.

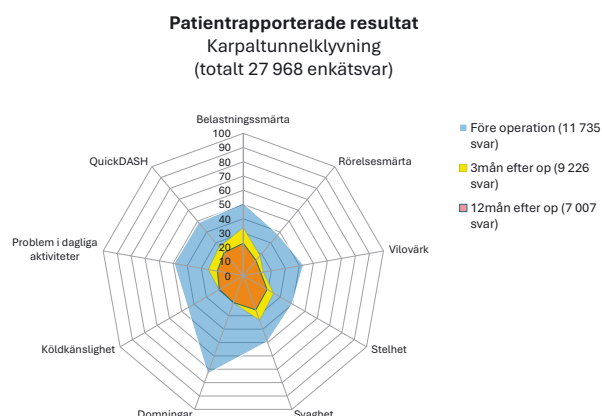
Hög medianusneurolys

Som tidigare rapporterat, så är detta en operation som är mycket ovanlig på de flesta enheter, men mer förekommande på andra, se figur 21. Det fanns 556 primäroperationer registrerade (diagnoskod G561 och operationskod ACC51). Majoriteten av dessa operationer (57 %) hade utförts i Linköping och 17 % på Handcenter Göteborg. Medelålder vid operation var 49 (10 - 87) år och 63 % var kvinnor. Vid 40 % av operationerna hade flera nerver frilagts samtidigt, vanligast medianus- och ulnarisnerven.

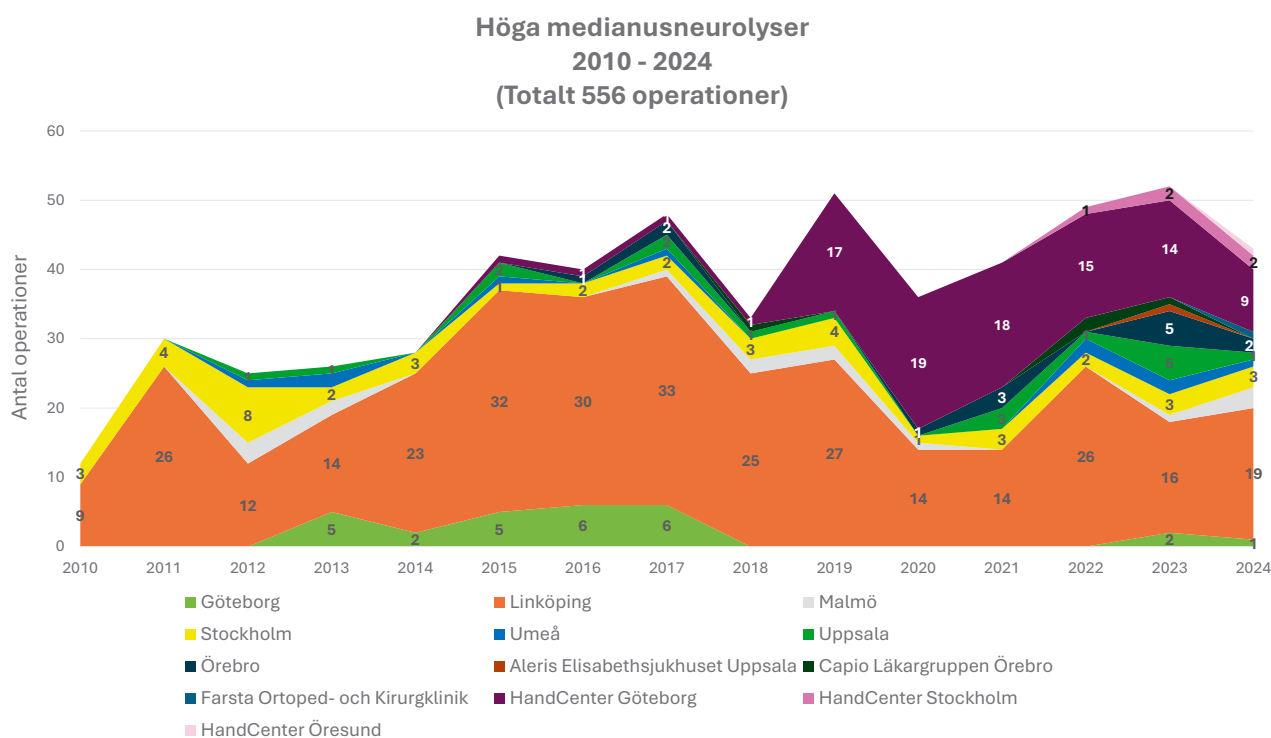
Patientrapporterade resultat var inte lika goda som efter karpaltunnelklyvning, se figur 22. Nöjdhet med operationsresultatet var i medel 64 % efter tre månader och 56 % efter ett år. Vid parvisa jämförelser för 54 individuella patienter så angav endast drygt hälften (54 %) förbättring av sina symptom, medan 30 % inte angav någon förbättring av värk eller domningar och 17 % t o m uppgav sig vara sämre ett år efter operation, jämfört med preoperativt. Det var dock stor variation i resultat mellan olika patienter.



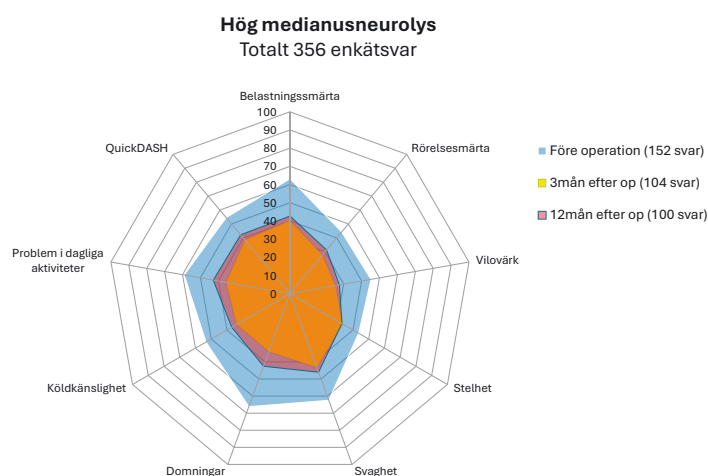
Figur 19. Ålders- och könsfördelning för patienter som opererats med karpaltunnelklyvning.



Figur 20. Medelvärden för patientrapporterade enkätsvar före och efter operation av karpaltunnelsyndrom.



Figur 21. Antal registrerade operationer med hög medianusneurolys per år och enhet 2010 - 2024



Figur 22. Patientrapporterade resultat med medelvärden före, respektive tre och 12 månader efter hög medianus neurolys

Vad säger data?

Vi ser tydligt att en del typer av neurolyser framförallt görs vid vissa enheter. Vi har förstått att det i flera fall rör sig om specialfall, patienter med komplicerad smärtproblematik som kan vara svåra att få besvärslösa. Vissa patienter verkar bli hjälpta av dessa ingrepp, men de resultat vi ser i HAKIR är generellt inte så bra. Rimligen bör de enheter som utför kirurgin närmare utreda vilka patienter som kan ha nytta av ingreppet.

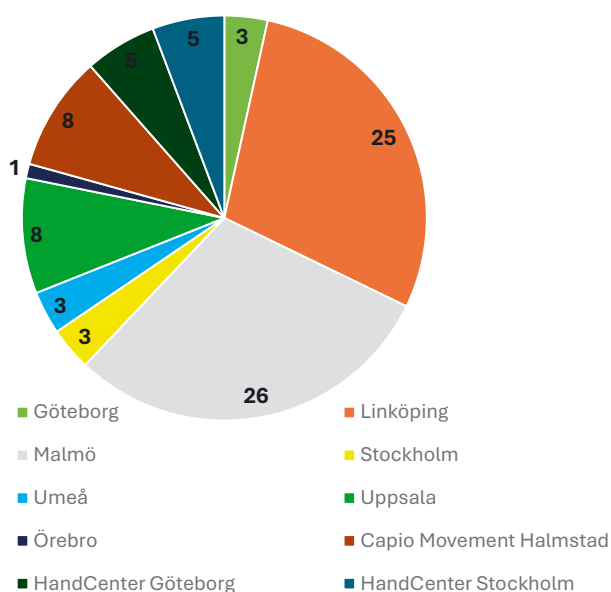


Ulnarisneurolys

3 909 primära ingrepp var registrerade och alla enheter hade utfört denna operation. Ålder var i medel 51 år och 49 % var kvinnor. 34 ulnarisneurolyser var registrerade som artroskopiska (0,9 %), varav 21 på Handcenter Göteborg, 3 på Caphio Örebro, Malmö 6, Malmö 6 och i Stockholm och Linköping vardera en operation. Nivå kan endast avgöras om bokstaven i femte positionen används. Sulcusnivå (kod G562C) var klart vanligast (57 %) sedan Guyons kanal (G562D) 11 % medan nivån var oklar i 32 %.

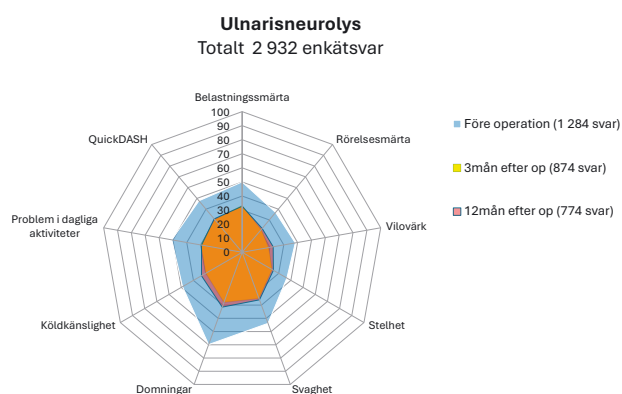
87 ulnarisneurolyser var kombinerade med nervtransposition. Tyvärr kan man inte från koden utläsa vilken typ av transposition som gjorts (subkutan eller submuskulär). Mer än hälften av nervtranspositionerna hade gjorts i Linköping och Malmö och endast ett fåtal på de andra enheterna, se figur 23. Än så länge är antalet enkätsvar för litet för att analysera patientrapporterade resultat för nervtranspositioner.

Ulnarisnervtranspositioner (Totalt 87 operationer)



Figur 23. Fördelning av de 87 registrerade ulnarisnervtranspositionerna.

Patientrapporterade resultat efter ulnarisneurolys är, som tidigare rapporterat, inte alls lika bra som efter karpaltunnelsklyvning, se figur 24. Samtliga symptom verkar minskat redan efter tre månader, men vi ser ingen fortsatt förbättring vid ett-årsuppföljningen. Nöjdhet med operationsresultatet var i medel 62 % efter ett år. Liksom för de höga medianusneurolyserna ses en stor variation i resultat mellan patienterna. Vid individuella jämförelser av svar från 402 patienter, angav 257 (64 %) förbättring avseende känselstörningen efter ett år jämfört preoperativt svar. 119 (30 %) angav oförändrade besvär och 26 patienter (6 %) angav att de hade mer domningar än före operationen.



Figur 24. Medelvärden för patientrapporterade resultat före och efter ulnarisneurolys.



Radialisneurolys

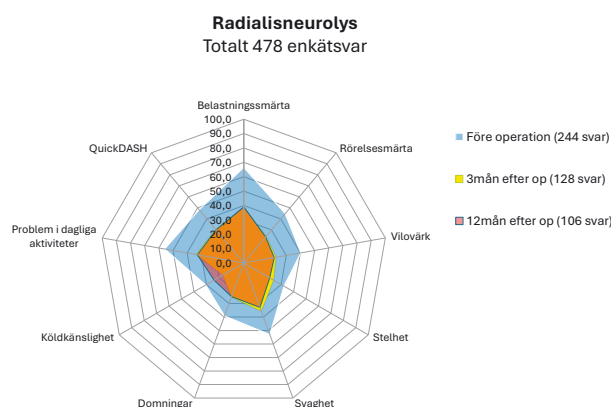
Det fanns 587 primära operationer med friläggning av radialisnerven utan annan samtidig neurolys.

Liksom för ulnarisneurolyserna så saknades nivåkod för många operationer, men majoriteten verkade vara på underarmsnivå, dvs radialtunnelsyndrom.

Vid 76 operationer (13 %) fanns även koden för lateral epikondylit med. Operationerna hade genomförts vid samtliga regionkliniker, med undantag för Umeå, samt vid flertalet privata enheter. Liksom för höga medianusneurolyser så hade Linköping (24 %) och Handcenter Göteborg (20 %) utfört flest radialisfriläggningar.

Patientrapporterade resultat liknar de för ulnarisneurolyser med förbättring av alla symptom, men ingen förbättring mellan tre och 12 månader och ganska hög nivå av kvarvarande symptom, se figur 25. Vid denna diagnos var belastningssmärta och svaghet de högst skattade symptomen både före och efter operation. QuickDASH förbättrades från i medel 48 före operation till 30 efter ett år.

Nöjdhet efter ett år var i medel 61 %.



Figur 25. Medelvärden för patientrapporterade resultat före och efter radialisneurolys.

FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Använd alltid nivåkod i femte position för diagnoskoden vid ulnaris- och radialisentrapment, C för armbåge / underarm och D för handled / hand.

Samtliga höga nervfriläggningar tycks ge varierande och inte alltid så bra resultat. Vi behöver ta reda på om skillnaderna beror på urval av patienter, grad av nervskada, operationsmetod, postoperativ rehabilitering eller någon annan okänd faktor. Patienter som skall genomgå dessa operationer bör informeras om att de flesta som genomgår operationen blir bättre, men att de inte kan förvänta sig symptomfrihet. Subluxation av ulnarisnerven och effekten av olika typer av nervtranspositioner bör utredas mer.

SKADEDIAGNOSER

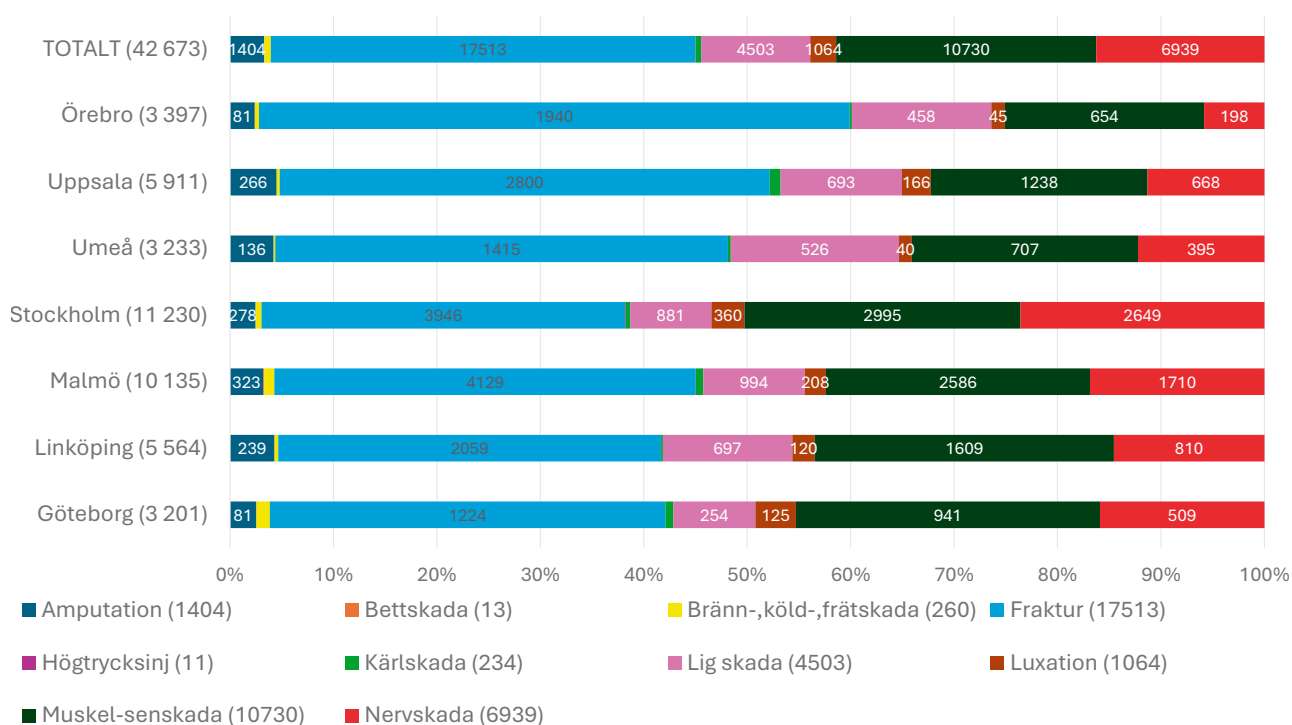
Det fanns 46 298 primära operationer registrerade med skadekod (S- koder samt vissa T-koder), men vissa koder var svårtolkade och troligen felaktiga. Alla registrerade reoperationer har tagits bort, men troligen var ett antal sådana felregistrerade som primära ingrepp, t ex revisioner efter komplexa handskador. Vid de flesta handskador är flera strukturer skadade samtidigt men huvuddiagnosen stod inte alltid först. Av alla dessa skäl var det svårt att säkert redovisa vilken typ av vävnadsskador som förelåg.

En analys utifrån huvuddiagnos visas, med denna reservation, i figur 26. I figuren är inte 1 331 operationer från de privata enheterna och tre från ortopedkliniken i Norrköping inkluderade. Vi har också tagit bort 2 270 sårrevisioner och hudingrepp, 18 oklara operationer och två suturer av ischiasnerven, varför 42 671 operationer visas i grafen.

Fördelning mellan olika vävnadsskador ser relativt lika ut mellan regionklinikerna. Frakturer var vanligast som huvuddiagnos, med något högre andel i Örebro än för de övriga, medan nervskador var relativt sett vanligare i Stockholm.



Huvuddiagnos vid 42 671 operationer för handskada (%)



Figur 26. Andelar av huvuddiagnoser vid 42 671 operationer av handskador (%). Antal per klinik står i staplarna och antal per vävnadstyp inom parentes. Observera att 2 270 operationer där endast hudgrepp eller sårrevision gjorts har tagits bort. Ytterligare vävnader kan ha skadats samtidigt och vissa patienter kan också ha opererats flera gånger för samma skada.

Fördelningen av handskador under 2024 med samma definition som i figur 26, men i förhållande till regionens befolkning visas i figur 27.

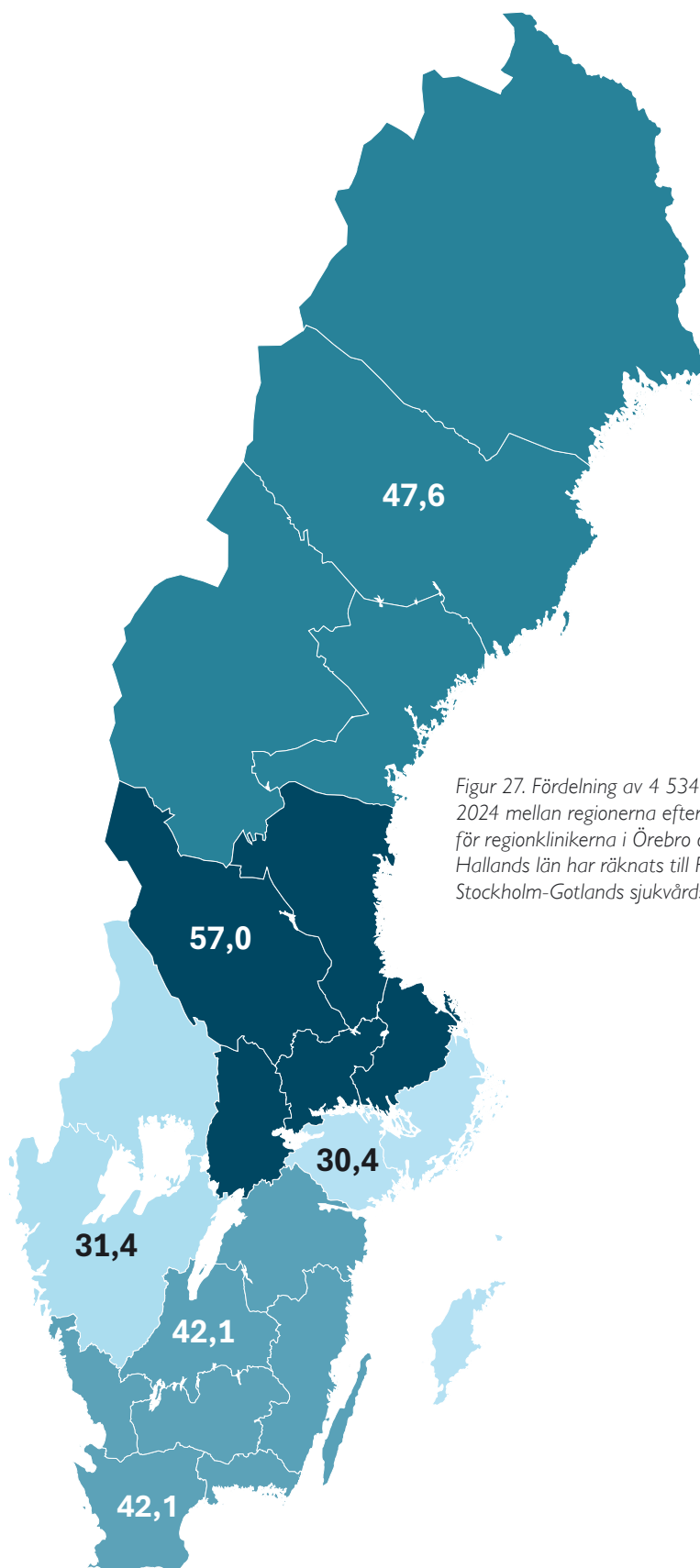
Region Mitt hade högst andel skador per invånare och Stockholm lägst. Det kan finnas flera felkällor, men data kunde vara intressanta att undersöka närmare.

FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

För handskador rekommenderas att alltid sätta den viktigaste skadan som huvuddiagnos och motsvarande åtgärd först, t ex nervskada och nervsutur. Mindre viktiga skador och åtgärder såsom sårskada och sårrevision kan sättas senare, om de behöver finnas med alls. Vid genomgång av data noterades att många operationer gjorts på misstanke om nervskada utan att någon nervsutur sedan utförts. Kan vi minska antalet sådana operationer genom bättre preoperativ diagnostik?



Antal registrerade handskador per 100 000 invånare för 4 534 handskador opererade under 2024

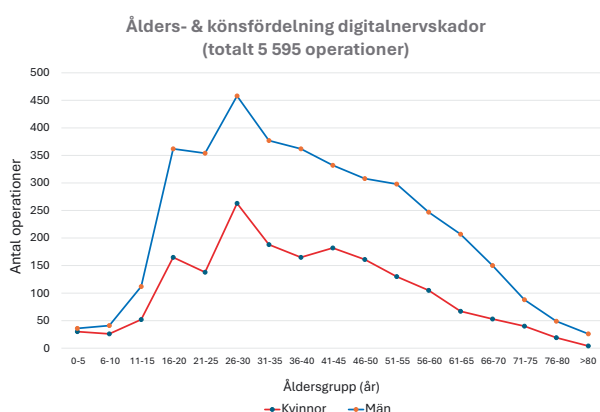


Figur 27. Fördelning av 4 534 handskador opererade under 2024 mellan regionerna efter befolkningsstorlek. Data för regionklinikerna i Örebro och Uppsala har lagts ihop. Hallands län har räknats till Region Skåne och Sörmland till Stockholm-Gotlands sjukvårdsregion.



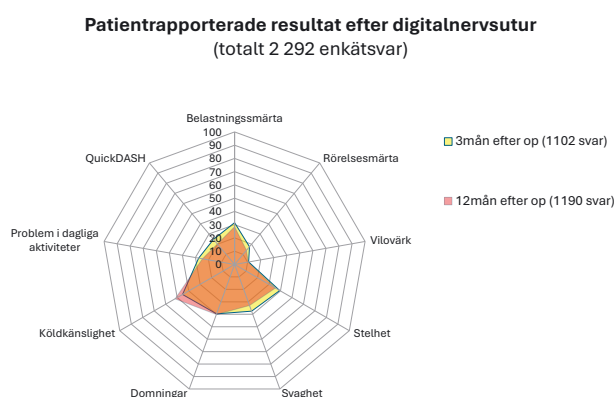
Digitalnervskador

5 722 primära operationer med digitalnervsreparation på 5 698 patienter fanns registrerade. Det var en majoritet män (68 %) och ålder var i medel 39 (0 - 90) år, se figur 28. Skador på män var minst dubbelt så vanliga som skador på kvinnor från tonåren upp till ålderdomen. Data visar inte vilka skador som skett i arbete respektive under fritid, men det hade förstås varit intressant att veta.



Figur 28. Ålders- och könsfördelning för patienter som opererats med sutur av digitalnerv.

Patientrapporterade resultat visar betydande grad av symptom även ett år efter en digitalnervskada, se figur 29. Köldkänslighet är det som rapporteras högst (52) följt av domningar (40) och dessa två symtom verkar inte förbättras mellan tre och 12 månader. Upplevd funktionsförmåga i arm och hand (Quick-DASH) var efter ett år ganska god (20). Nöjdheten efter ett år var 71 %, ett något lägre medelvärde än efter tre månader (76 %).



Figur 29. Medelvärden för patientrapporterade resultat tre och 12 månader efter digitalnervsutur.

FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

HAKIR ger möjlighet att registrera orsakskoder för skador, men vi har inte gjort det obligatoriskt för att inte belasta vårdpersonalen. Det vore förstås rimligt att vården hade funktioner för automatisk hämtning av alla koder till kvalitetsregistren, men det tycks dröja ytterligare innan detta finns på plats.

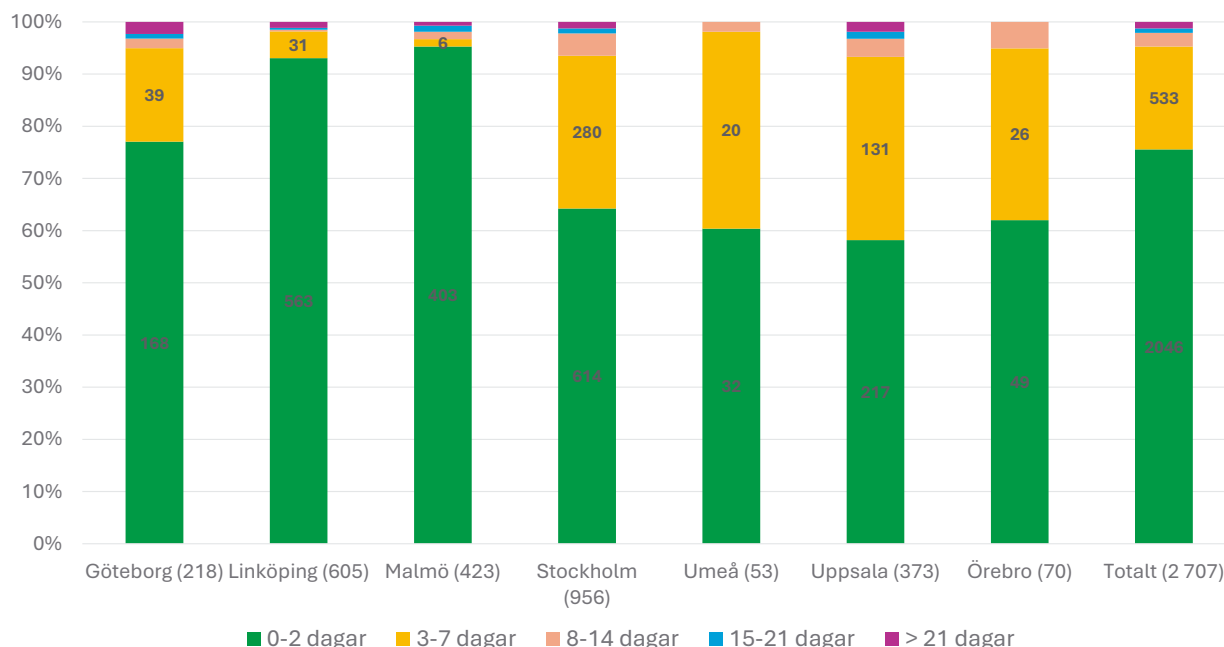
Om vi visste mer om skademekanismer så kunde handkirurgen verka för att minimera skador. Nervskador i händerna kan orsakas av en liten och ganska ytlig skärskada, men ger ofta permanenta problem i form av känselstörning och även värk och köldkänslighet. Inom handkirurgin vet vi av erfarenhet att vissa skademekanismer är vanliga, t ex knivskada vid delning av en avokado eller av frysta matvaror. Sådana skador borde kunna förebyggas genom information.

Tid från skada till operation vid handsador har även rapporterats om i tidigare årsrapporter och vi har ser stora regionala skillnader. Figur 30 visar hur detta processmått ser ut för digitalnervskador.

I Malmö opereras nästan alla digitalnervsskador inom 2 dygn (95 %) och även i Linköping (93 %), medan andelarna för Stockholm, Umeå, Uppsala ligger kring 60 %.



Digitalnervskador Tid från skada till operation (2 707 operationer)



Figur 30. Tid från skada till operation för 2 707 digitalnervssuturer totalt och för respektive regionklinik (%) (antal operationer per enhet inom parentes).

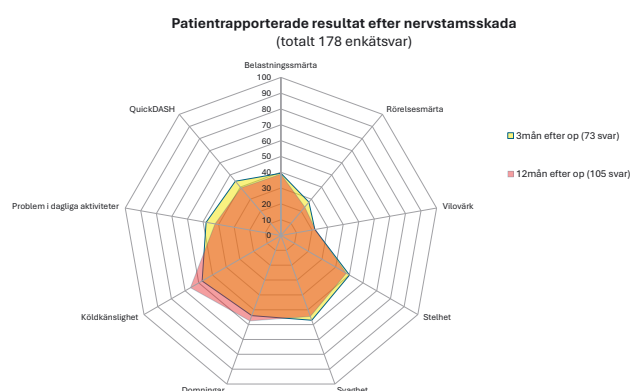
FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Vi har nu i flera år rapporterat om att vi ser olika prioriteringar för operation av akuta handskador mellan sjukvårdsregionerna. Detta gäller t ex nervskador och böjsenskador, men även öppna frakturer. Vi har också kunnat visa att skillnaderna troligen orsakas av etablerade rutiner i vissa regioner att sluta huden redan på primär vårdinstans för senare remittering till specialistklinik. Tillgången till operationsresurser under helgtid verkar också vara en viktig faktor. Det finns nu publicerad evidens om att fördröjning på mer än tre veckor ger ökad risk för neuropatisk smärta efter nervskada (de Lange et al 2022), men vi vet inte om kortare fördröjning kan ha samma effekt. Vi vet inte heller om risk för sår-läkningsproblem eller infektion ökar när en skada repareras i ett primärsuturerat, men ännu ej läkt sår. Forskning behöver bedrivas på området och HAKIR samlar och har redan samlat, mycket data som kan skapa underlag för sådana studier. Oavsett dessa aspekter är det förstås bekymmersamt för en patient med en öppen handskada att behöva vänta flera dagar på operation och vården borde vara lika i hela landet. HAKIR kan dock inte påverka resursfördelning vid akutsjukhusen.



Nervstamsskador

Med detta begrepp menar vi här medianus- och / eller ulnarisnervskador i handledsnivå. Detta är allvarliga och relativt vanliga skador som har stora konsekvenser för den drabbade individen. Det fanns 635 operationer registrerade, men fler nervskador kan dölja sig i registerdata på grund av oklar kodning. Det fanns ytterligare 33 reoperationer med nervsutur efter första operation på annan klinik, troligen nervskador som missats primärt eller som orsakats av någon komplikation, dessa redovisas inte här. Ålder för patienter med nervstamsskada var i medel 37 år (1 - 83 år) och 71,5 % var män.



Figur 31. Medelvärden för patientrapporterade resultat tre och 12 månader efter sutur av medianus- och / eller ulnarisnerv i underarmsnivå.

För tid mellan skada och operation ser det lite bättre ut än för digitalnervsskadorna, men fortfarande finns stora skillnader mellan regionerna. För 272 nervstamsskador hade i medeltal 81 % blivit opererade inom 2 dygn; 100 % i Malmö, 95 % i Linköping, 78 % i Örebro, 74 % i Göteborg, 71 % i Uppsala, 73 % i Stockholm och 63 % i Umeå, men det var få registrerade operationer i Umeå (8) och Örebro (9). En nervstamsskada är ofta kombinerad med sen- och kärlskador, vilket gör det ännu mer angeläget att reparera skadan snabbt.

Under 2024 startade HAKIR utökad uppföljning av nervstamsskador (HAKIR 04a och b) med undersökning av nervfunktion efter tre och 12 månader. Hittills hade endast 36 operationsformulär registrerats, men glädjande nog från alla regionkliniker (Göteborg 3, Linköping 4, Malmö 9, Stockholm 9, Umeå 5, Uppsala 3 och Örebro 3).

Uppföljningarna av nervstamsskadorna görs på handrehabiliteringsenheterna och omfattar komplett funktionsundersökning med automatisk uträkning av sk Rosen-score i formuläret. Det fanns 24 funktionsuppföljningar efter tre månader, samt ytterligare fem efter ett år, en efter 4 månader och två efter 6 månader. Skadade nerver var 22 medianusnerver (varav 8 partiella) och 14 ulnarisnerver (varav 2 partiella skador). Alla 24 patienter, utom en hade fått tidig känselträning (fas 1) och 15 hade fått känselträning fas 2. Rosen-score varierade mellan 0,5 och 2,7, men vi har för lite data ännu för att redovisa resultaten mer i detalj.

Gipstid efter operation var i medel 30 dagar. 62 % av patienterna hade samtidiga senskador och i ett fall hade ulnarisartären sytts. Skadeorsak fanns angiven för 10 patienter; fyra hade skurit sig på glas, fyra genom kontakt med handverktyg, en var skadad vid fall och en vid suicidförsök.

Det är viktigt att dessa uppföljningar nu fortsätter och vi hoppas kunna skapa en utdatarapport så att enheterna själva enklare kan följa sina resultat avseende dessa skador.

Mikrovaskulär kirurgi

Att återställa blodcirkulation i en skadad kroppsdel eller att flytta vävnad är viktiga metoder inom handkirurgin. Det var inte helt enkelt att få fram korrekta data på antal sådana ingrepp. En orsak är kodningen för ofullständigt amputerade delar, se rutan nedan.

Kodning av mikrovaskulär kirurgi

Replantation = återställande av cirkulationen till en helt avskild kroppsdel (kod NDP 09 finger och tumme, NDP29 handled, NCP 29 för underarm).

Revaskularisering = återställande av cirkulationen till en kroppsdel som saknar cirkulation, men som fortfarande har en vävnadsbrygga, t ex hud, nerv eller sena.

Det finns ingen specifik kod för revaskularisering. Den distala delen saknar cirkulation så i praktiken är det ju en amputation, men med ännu starkare indikation för åtgärd.

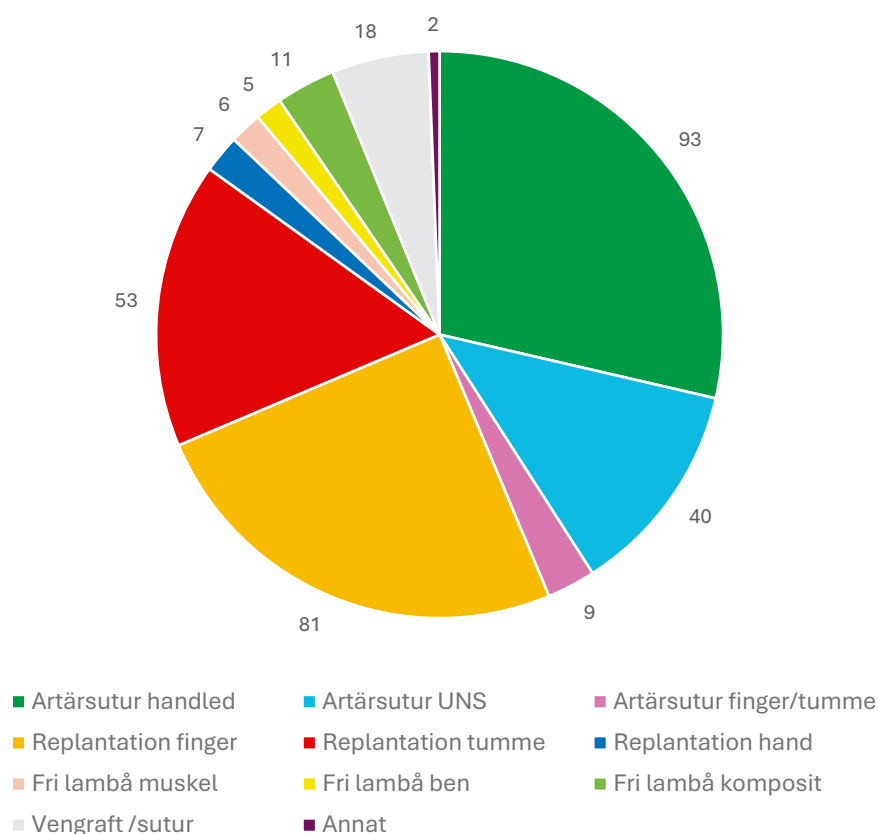
Vi föreslår därför att replantationskoderna används även för dessa fall och att dessa koder alltid sätts som primär operationskod i HAKIR.



Det fanns 325 registrerade operationer med kod för kärlsutur, varav 143 var registrerade som replantationer se figur 32. Siffran upplevs som alltför låg och det kan bero på att dessa akuta ingrepp inte registrerats alls när täckningsgraden i HAKIR tidigare år var låg, men även på att kodningen inte blivit korrekt. En annan förklaring, framförallt på regionklinikerna i storstäderna, är att flera patienter som opererats för

dessa skador saknar svenskt personnummer. Det kan t ex vara hantverkare från andra länder som skadar sig och opereras i Sverige. Sedan 2022 tar vi månadsvis in siffror på antalet operationer för patienter med reservnummer och det var totalt 477, se figur 33. Naturligtvis var inte alla dessa svåra handskador, men antalet kan ändå påverka replantationsstatistiken.

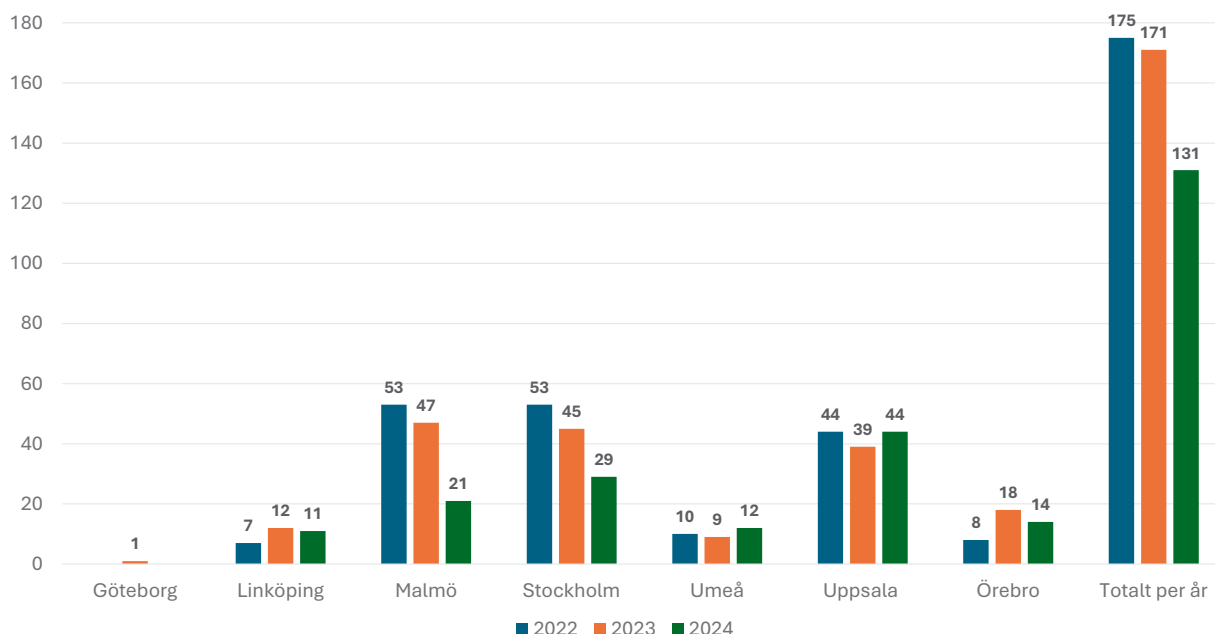
Antal kärlingrepp 2010-2024 (totalt 325 operationer)



Figur 32. Antal registrerade operationer med kod för kärlsutur, replantation eller fri lambå sedan start av HAKIR 2010.



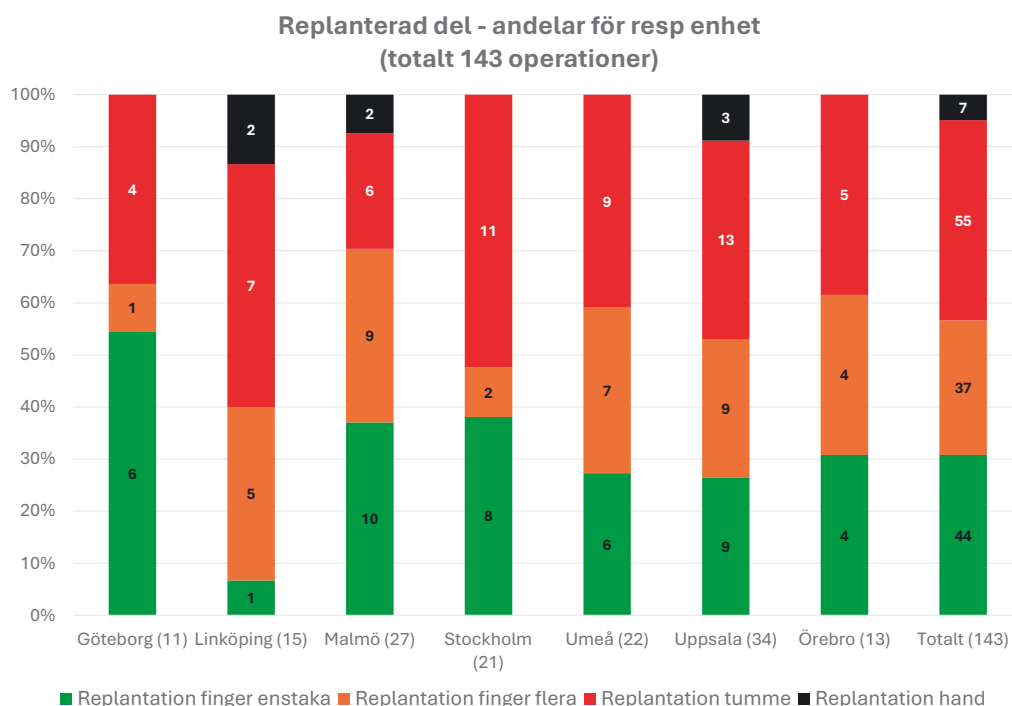
**Antal operationer på patienter utan svenskt personnummer
per enhet år och år
(Totalt 477 operationer)**



Figur 33. Antal patienter som inte kunnat registreras i HAKIR på grund av avsaknad av personnummer, per regionklinik och år.

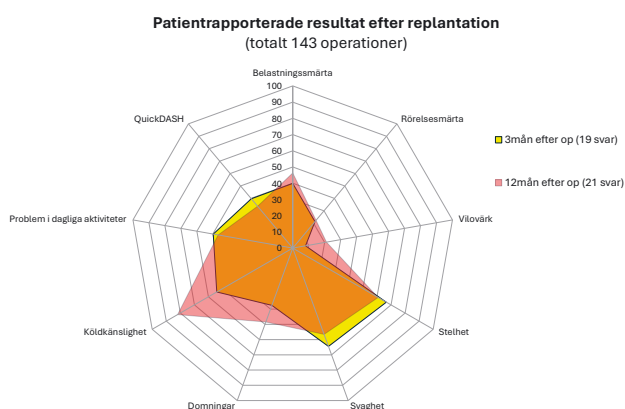
Ålder för de patienter som hade replanterats var i medel 42 (1 - 84) år och 87 % var män. Antal replantationer per enhet sedan start i HAKIR var lågt – Göteborg 11, Linköping 15, Malmö 27, Stockholm 21, Umeå 22, Uppsala 34 och Örebro 13. Göteborg hade ett uppehåll i HAKIR 2018 - 2023, varför deras korrekta antal säkert är högre. Om man räknar på antal replantationer per 100.000 invånare i respektive region ligger Region Norr högst (2,44), Region Mitt (2,24), sedan Region Syd och region Sydöst (1,40). Lägst andel hade Region Stockholm-Gotland med 0,83 replantationer per 100.000 invånare. Troligen är skadepanoramat olika mellan storstadsområden och glesbygd, men det kan också finnas olika indikationer för att replantera. Olika resurser för akuta operationer kan tyvärr också ha påverkat indikationer för replantation.

En inofficiell överenskommelse inom handkirurgin är att patienter med amputation av ett enstaka finger endast i undantagsfall erbjuds replantation. Orsaken är att ett replanterat finger med nedsatt känsel och rörlighet kan vara mer negativt än positivt för patienten. Tummar och amputationer på barn utgör dock oftast indikation. Skadetyper, nivå och patientens ålder är också faktorer som behöver vägas in. Data i figur 34 antyder att förhållandevis färre enstaka fingrar hade replanterats i Linköping än på övriga kliniker, kanske beroende på striktare indikationer? Antalet registrerade replantationer är än så länge begränsat, vilket försvårar möjligheten att dra tillförlitliga slutsatser. Ämnet kan dock vara av intresse för fortsatt diskussion inom svensk handkirurgi.



Figur 34. Andelar av olika replanterade delar vid 143 replantationer (%) (antal operationer per enhet inom parentes).

Det är än så länge mycket få enkätsvar för patienter som replanterats, se figur 35. Patienterna rapporterar mycket besvär efter ett år, framförallt av köldkänslighet (82). Nöjdheten med operationsresultatet var ändå mycket högt, 87 %. Man kan anta att patienterna trots allt uppskattar att ha kvar sitt finger, eller del av extremitet, trots funktionshinder och symptom.



Figur 35. Medelvärden för patientrapporterade resultat tre och 12 månader efter replantation. Observera att det kan vara olika nivåer och typer av skador och att antalet enkätsvar är få.

Det är svårt att snabbt få fram en jämförelsegrupp på amputerade patienter som inte replanterats. Det fanns 675 operationer med koder för traumatisk amputation och revision av amputationsstump, men nivåer på skadorna framgår inte. För 90 enkätsvar efter ett år angav dessa patienter 68 på köldkänslighet och 76 % för nöjdhet med resultatet, således något mindre besvär av köldkänslighet jämfört med de replanterade, men lägre grad av nöjdhet. Vi behöver göra en mer noggrann vetenskaplig analys av data för att veta om detta stämmer eller ej. En kvalitativ studie kunde också ge intressant information om vad som är viktigast för patienter som får en amputationsskada.

Antalet fria lambåer var mycket lågt, endast 22 operationer fördelade ganska jämnt mellan de sju regionklinikerna. Även här saknas troligen operationer. Hälften var kompositlambåer (11) resten ben- (5) och muskellambåer (6).



FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Replantation och revaskularisering är urakuta ingrepp vilka kräver specifik handkirurgisk kompetens och erfarenhet, men även stora operationsresurser. Samtidigt är det "sällanhändelser", som det inte går att planera fullt för. Handkirurgin kan ha svårt att hävda sig mot mer livräddande operationer inom allmänkirurgi och förlossning på operationsenheterna. I övriga nordiska länder har den akuta mikrokirurgin centraliserats till en eller två enheter i varje land. I Sverige utförs dessa ingrepp på alla sju handkirurgiska regionkliniker, men i ganska olika omfattning och med mycket få fall årligen på vissa enheter. Ökade volymer av mikrokirurgi skulle troligen både förbättra resultaten och effektivisera dessa operationer. Risken är dock att en centralisering gör att viktig mikrokirurgisk kompetens förloras på de enheter som inte har det akuta uppdraget. Detta kan försämra vården för andra diagnoser där mikrokirurgi behövs, t ex om en kärlskada uppstår vid ett elektivt ingrepp eller om en akut patient inte är transportabel. Frågan skulle behöva diskuteras noga inom svensk handkirurgi innan den kanske kommer upp på politisk nivå. För att bättre kunna presentera volymer av utförd mikrokirurgi behöver handkirurgerna koda dessa ingrepp mer enhetligt och sätta den mikrokirurgiska åtgärden, t ex replantation först bland åtgärdskoderna.

Frakturer

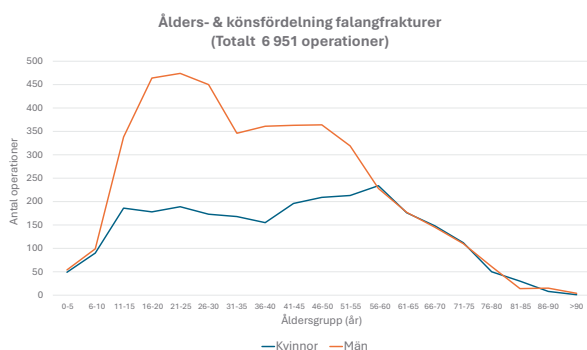
Tabell 4 visar data om registrerad frakturkirurgi i HAKIR. Endast primära operationer finns med i tabellen.

	Totalt antal op	Andel män (%)	Medelålder (år)	Medelålder män (år)	Medelålder kvinnor (år)	Åldersintervall (år)	Andel pat <18 år (%)
Falangfrakturer	6951	63,0	38,7	36,9	41,8	0-100	15,7
Metakarpalfrakturer	4775	76,4	30,6	36,0	46,0	2-95	10,4
Skafoideumfrakturer (exkl pseudartros)	533	89,5	30,6	28,6	41,2	8-80	16,5
Andra karpalfrakturer	381	89,2	35,1	34,2	42,1	8 - 88	5,2

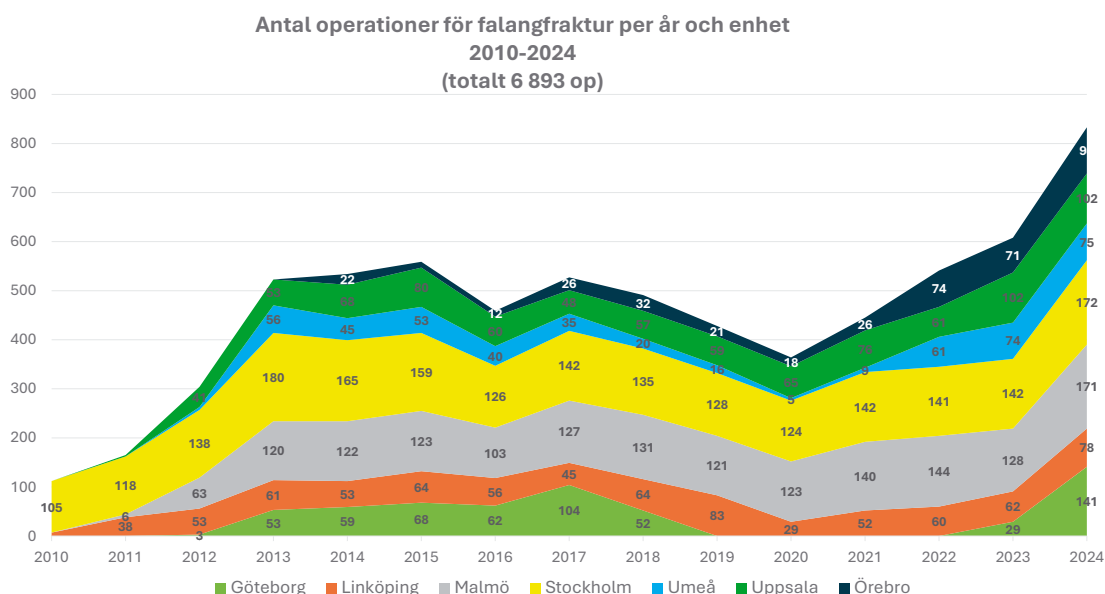
Falangfrakturer

För falangfrakturer visas köns- och åldersfördelning i figur 36. Från tidiga tonåren fram till 60 års-åldern dominerar män, med en hög topp mellan 15 - 30 års ålder. För kvinnor är incidensen ungefär den samma från 15 till 60 års ålder. Orsaker till skadorna hade varit intressanta att känna till.

Falangfrakturer opereras vid alla regionkliniker, men största antalen var i Stockholm och Malmö, se figur 37. Variationer i antal mellan åren kan både orsakas av att Göteborgskliniken inte deltog under fyra år och även på att täckningsgraden i HAKIR förbättrats mycket både i Umeå och Örebro. Vi får följa framöver om antalet operationer fortsätter att öka.



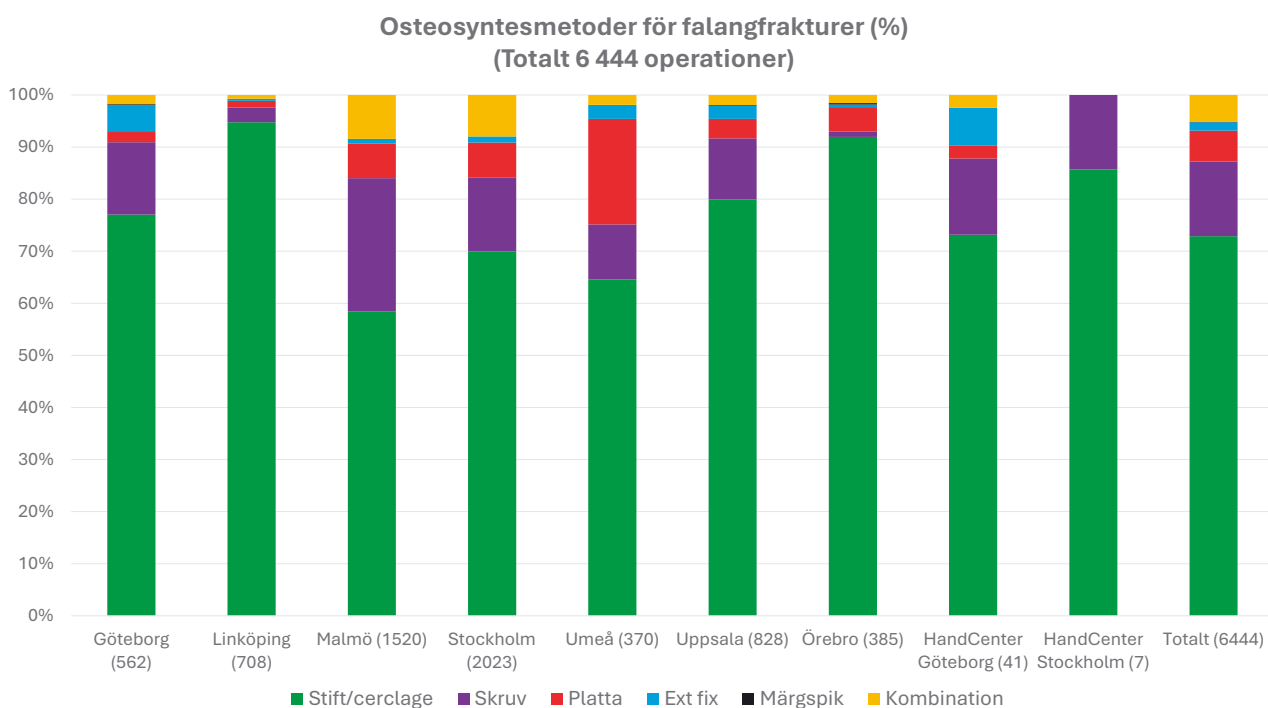
Figur 36. Ålders- och könsfördelning för patienter som opererats med osteosyntes av en falangfraktur.



Figur 37. Antal operationer för falangfraktur per år och enhet. Ytterligare 49 operationer på privata enheter hade registrerats under perioden, varav 41 på Handcenter Göteborg och 8 på Handcenter Stockholm.

Osteosyntesmetoder visas i figur 38. Stift / cerklage dominerar starkt (73 %), men skruvosteosyntes verkar användas lite mer i Malmö och platta i Umeå.

Intramedullär fixation (märkspik) verkar inte ha börjat användas ännu för dessa frakturer.



Figur 38 Andelar av olika osteosyntesmetoder för falangfrakturer (%). Operationer som endast kodats som slutna eller öppna reposition utan osteosyntes har tagits bort här (totalt antal operationer per enhet inom parentes).



Patientenkätsvaren visar att upplevt funktionshinder utvärderat med QuickDASH nästan normaliserats (16,6) efter ett år, men patienterna rapporterar ändå betydande besvär av stelhet (43) och svaghet (34) och även en del köldkänslighet (34). En mer avancerad analys skulle krävas för att ta reda på vilka osteosyntesmetoder som ger bäst patientrapporterade resultat. En mer komplicerad fraktur kan ju också kräva mer invasiva osteosyntesmetoder.

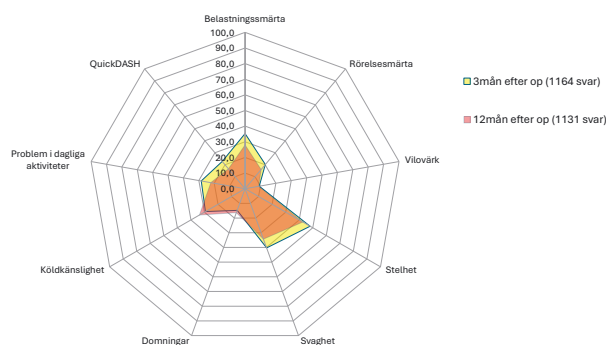
Metakarpalfrakturen

För metakarpalfrakturen ser vi en liknande köns- och åldersfördelning som för fingerfrakturerna, men med en ännu högre topp mellan 15 – 30 års ålder, se figur 40. Metakarpalfrakturen på manliga patienter utgjorde 88 % mellan 16 och 30 år.

Metakarpalfrakturen opererades vid alla regionkliniker, men störst antal på Malmökliniken, se figur 41. Vi tror att detta beror på en annan uppdelning mellan ortopedi och handkirurgi i Skåne jämfört med andra regioner.

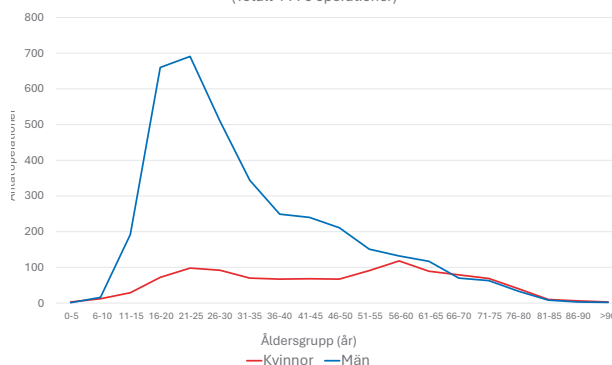
Osteosyntesmetoder visas i figur 42 och även för dessa frakturen är stift / cerklage vanligast (68 %), men plattor var vanligare än för falangerna (17 %).

Patientrapporterade resultat efter operation av falangfraktur (totalt 2 296 enkätsvar)



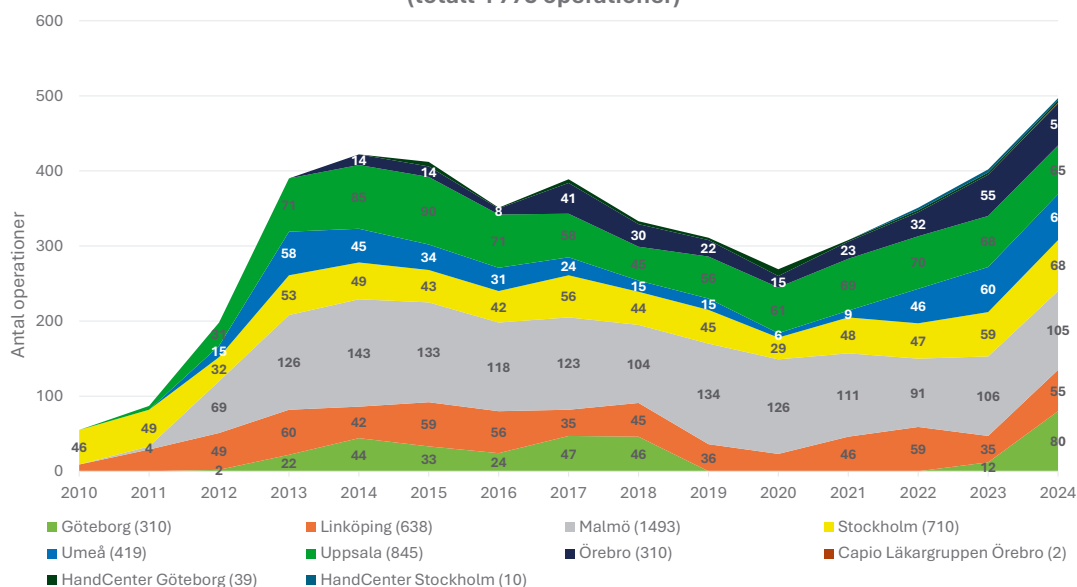
Figur 39. Medelvärden för patientrapporterade resultat tre och 12 månader efter osteosyntes av en falangfraktur.

Ålders- och könsfördelning metakarpalfrakturen (Totalt 4 776 operationer)

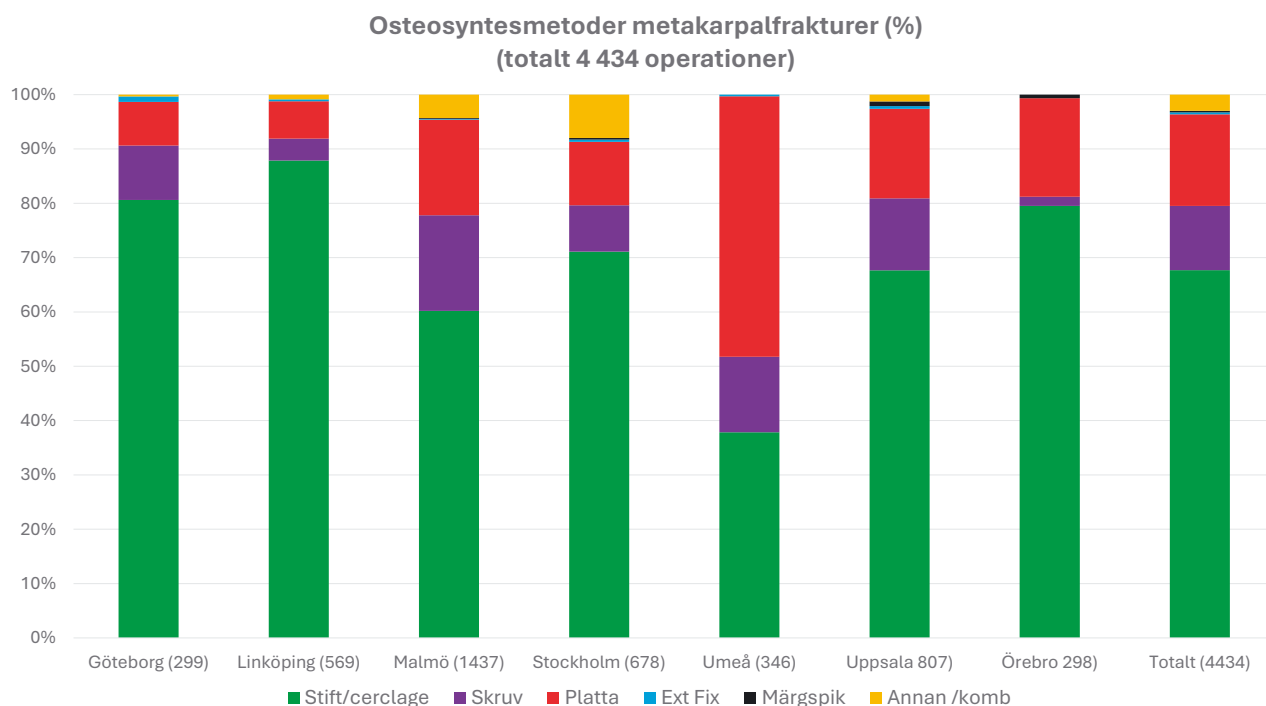


Figur 40. Ålders- och könsfördelning för patienter som opererats för metakarpalfrakturen.

Metakarpalfrakturen op per år och enhet (totalt 4 775 operationer)

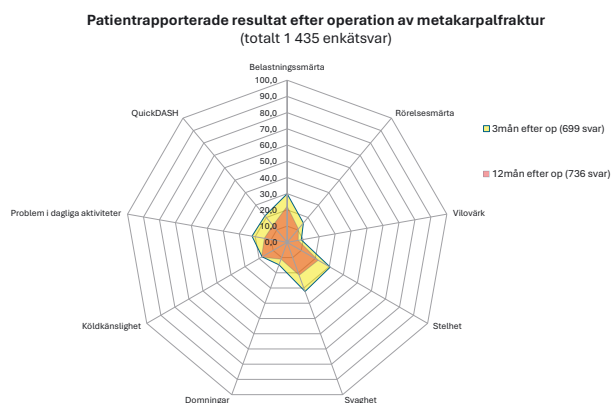


Figur 41. Antal operationer för metakarpalfrakturen per år och enhet.



Figur 42 Andelar av olika osteosyntesmetoder för metakarpalfrakturet (%). Operationer som endast kodats som slutet eller öppen reposition utan osteosyntes har tagits bort här. 50 operationer utförda på de privata enheterna, (Capio Örebro 1, Handcenter Göteborg 39 och Handcenter Stockholm 10) har också exkluderats i figuren (totalt antal operationer per enhet inom parentes).

Patientrapporterade resultat var mycket bättre efter metakarpalfrakturet än efter falangfrakturet och varken stelhet, svaghet eller köldkänslighet tycktes vara något problem efter ett år. Nöjdhet med resultatet efter ett år var 86 %. Svarsfrekvensen var låg, unga män är den grupp som mest sällan svarar på enkäterna.

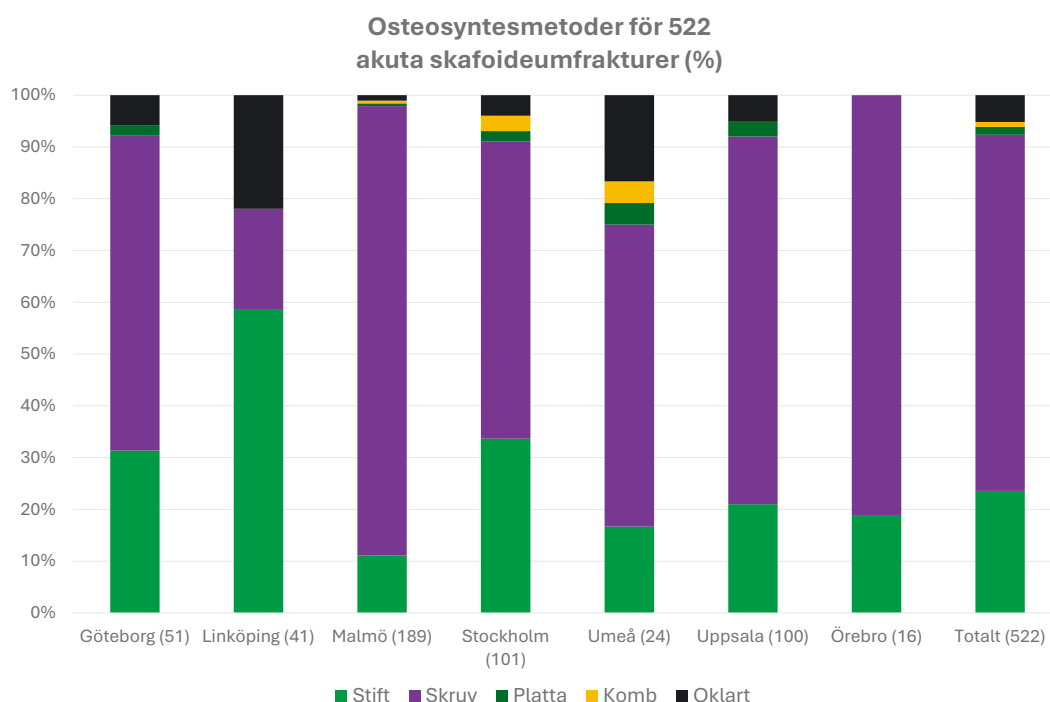


Figur 43. Medelvärden för patientrapporterade resultat tre och 12 månader efter osteosyntes av en metakarpalfrakturet.

Skafoideumfrakturet

Utifrån kodningen är det ofta svårt att särskilja akuta skafoideumfrakturet från pseudartroser. Av 1 662 operationer registrerade som primär operation, bedömdes endast 533 som primära frakturet, utifrån tid från skada och övrig kodning. 14 skafoideumfrakturet (2,6 %) var del av en transskafoidal handledsluxation. I 14 % användes bentransplantat och i 6,4 % användes artroskopi.

Figur 44 visar osteosyntesmetoderna för akuta skafoideumfrakturet. Skruv hade använts vid 69 % och stift vid 23 %, med en större andel stift i Linköping. Malmö och Uppsala hade fler operationer än övriga, troligen igen på grund av annan fördelning mellan handkirurgi och ortopedi i dessa regioner.



Figur 44. Andelar av olika osteosyntesmetoder för skafoideumfrakturer (%). 22 operationer vid privata enheter finns inte med i figuren (Capio Örebro 6, Handcenter Göteborg 14 och Handcenter Stockholm 2 operationer) (antal operationer per enhet inom parentes).

Köldkänslighet

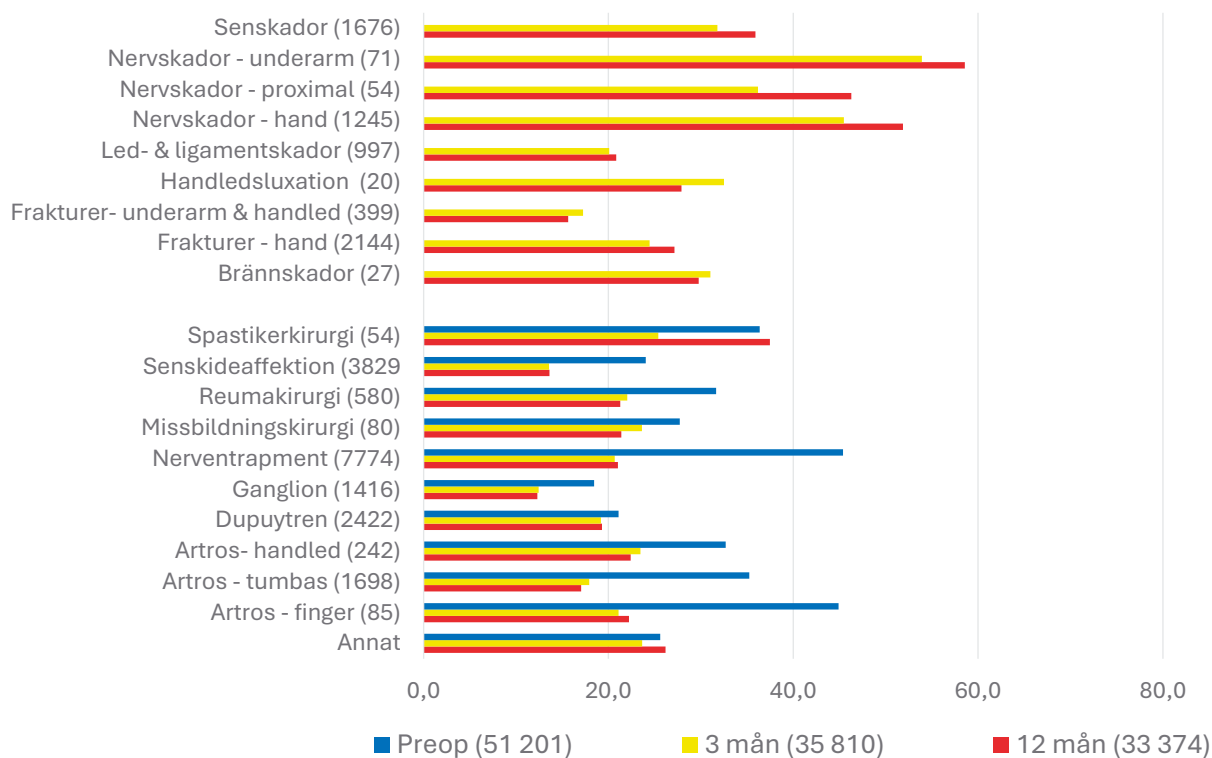
I HAKIRs patientenkät (HQ-8) ingår en fråga om köldkänslighet (fråga 7) och det har visat sig att detta symptom är något som ofta graderas högt av patienterna. Köldkänslighet orsakar problem, inte bara i kall väderlek, utan också t ex när personen hanterar kalla föremål, såsom livsmedel, och särskilt i fuktig miljö. I figur 45 visas medelvärden för upplevd köldkänslighet för olika elektiva och skadediagnoser. Det är tydligt att nervskadepatienter har störst problem, men att symptomet också är viktigt för patienter i många elektiva diagnosgrupper, t ex nerventrapments. För de elektiva diagnoserna verkar problemen minska efter operation (undantag spastikerkirurgi, men här är det få svar). För nervskadorna ses snarast försämring mellan tre och 12 månader och värdena är höga, upp mot 50 - 60.

Intressant nog verkar graden av köldkänslighet vara ganska lika mellan kvinnor och män, möjligen anger män något mer besvär än kvinnor efter nervskada på underarmsnivå. Detta kanske kan ha samband med större andel utomhusarbeten för männen?

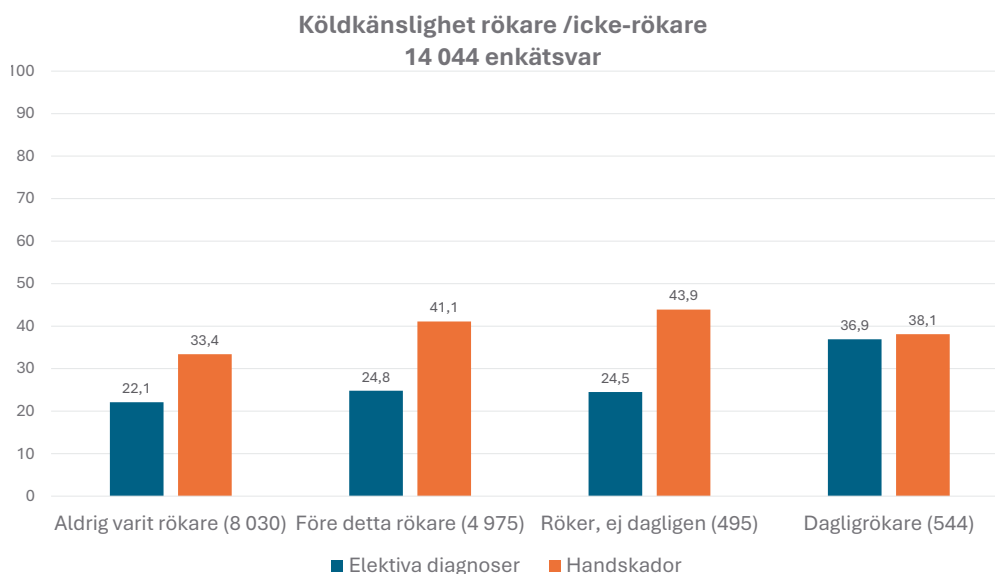
Nivån av köldkänslighet ett år efter operation var något högre för dagligrökarna än för icke-rökarna för elektiva diagnoser, men ungefär lika för handskadepatienterna, se figur 46.



Upplevd köldkänslighet (#HQ-7) Före och efter handkirurgi 0-100 Totalt 120 385 enkätsvar



Figur 45. Medelvärden på enkätfrågan om köldkänslighet graderad 0 - 100 före och efter operation. För skadediagnoserna endast postoperativa svar, eftersom preoperativa svar inte är valida. I gruppen Annat kan ingå både skador och elektiva tillstånd. För Dupuytren ingår både fasciektomier och non-invasiva behandlingar. Antalet enkätsvar efter 12 månader för respektive diagnos och totalt antal svar vid uppföljningstidpunkterna står inom parenteser.



Figur 46. Medelvärden för köldkänslighet ett år efter operation för rökare och icke-rökare.



FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Både köldkänslighet och rökvanor är något som behöver analyseras mer noga statistiskt och det görs bäst i en vetenskaplig studie. Vi behöver veta hur viktigt det är med rökstopp inför och efter en operation. Påverkar rökning köldkänslighet och / eller vävnadernas läkningsförmåga?

Variabeln har nu funnits med i HAKIR-enkäten ganska länge och vi har mycket data.

Kan vi minska köldkänslighetsproblem efter nervskador genom att mer konsekvent erbjuda hjälpmedel och konditionerande köldprovokationsbehandling? Detta innebär en seriebehandling under sex veckor med köldexponering av kroppen (0°) samtidigt som handen värms i varmt vatten (43°). Goda erfarenheter av denna behandling med minskad upplevd köldintolerans finns vid handkirurgiska kliniken i Malmö. En vetenskaplig studie av registerdata i HAKIR kring köldkänslighet har startat 2025.

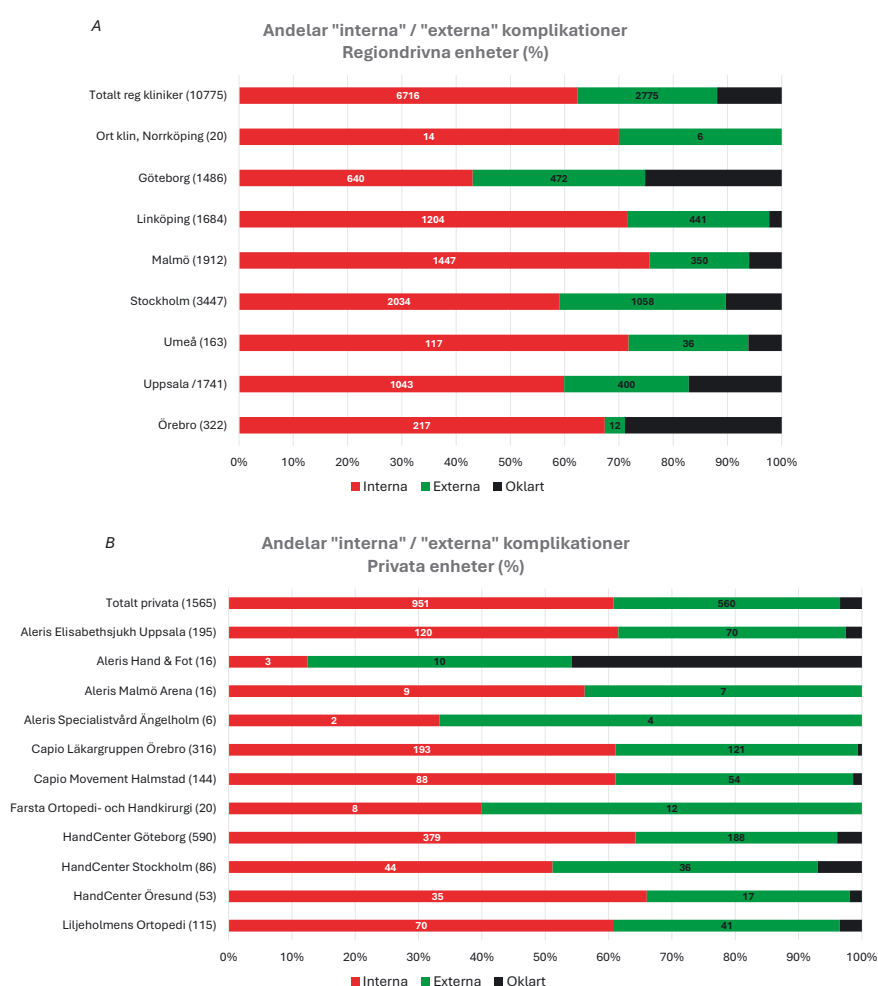


Komplicerade vårdförlopp

För 12 340 reoperationer (6,1 % av totalt 202 080 operationer) var orsak registrerad som postoperativt problem. Reoperationer på grund av recidiv av Dupuytrens kontraktur, seansingrepp och extraktion av osteosyntesmaterial hade då tagits bort. Utöver dessa så var 18 119 operationer registrerade som primära operationer, trots att tidigare operationer fanns registrerade i HAKIR. En del av dessa kan också misstänkas vara postoperativa problem, men det går tyvärr inte säkert att veta.

I figur 5A och B visas andelar av postoperativa komplikationer som var "interna", det vill säga att primäroperationen gjorts på den egna enheten respektive "externa" (=remissfall). Andelen externa reoperationer var i medeltal 26 % för regiondrivna enheter, något högre för Stockholm och Göteborg och betydligt lägre för Örebro (3,7 %).

De höga andelarna på de privata enheterna (35 %) är förvånande och man kan misstänka felregistreringar. HAKIR behöver följa upp om svarsalternativen kanske missförstås. Om siffrorna stämmer, kan en orsak kanske vara att patienter med problem efter tidigare kirurgi remitterats vidare till privata vårdgivare via vårdgarantin?



Figur 5. Andelar av "interna" respektive "externa" reoperationer pga. postoperativt problem (%) för regiondrivna (A) respektive privata enheter (B). Antal reoperationer inom parentes. Antal interna och externa reoperationer anges i staplarna. Observera att det är mycket få reoperationer för vissa enheter.



FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Vi ber åter alla som registrerar, framförallt läkarna, att inte som rutin registrera alla operationer som "primär operation", utan vara noga med att identifiera om det är en reoperation (i samma hand för samma grunddiagnos) och att i så fall att ange orsak. Använd den lista för orsaker som finns på alla HAKIR enheter. Listan finns också på hemsidan ([HAKIR-Att-tank-a-pa-vid-registrering-av-operationer-Lathund-210920.pdf](#)).

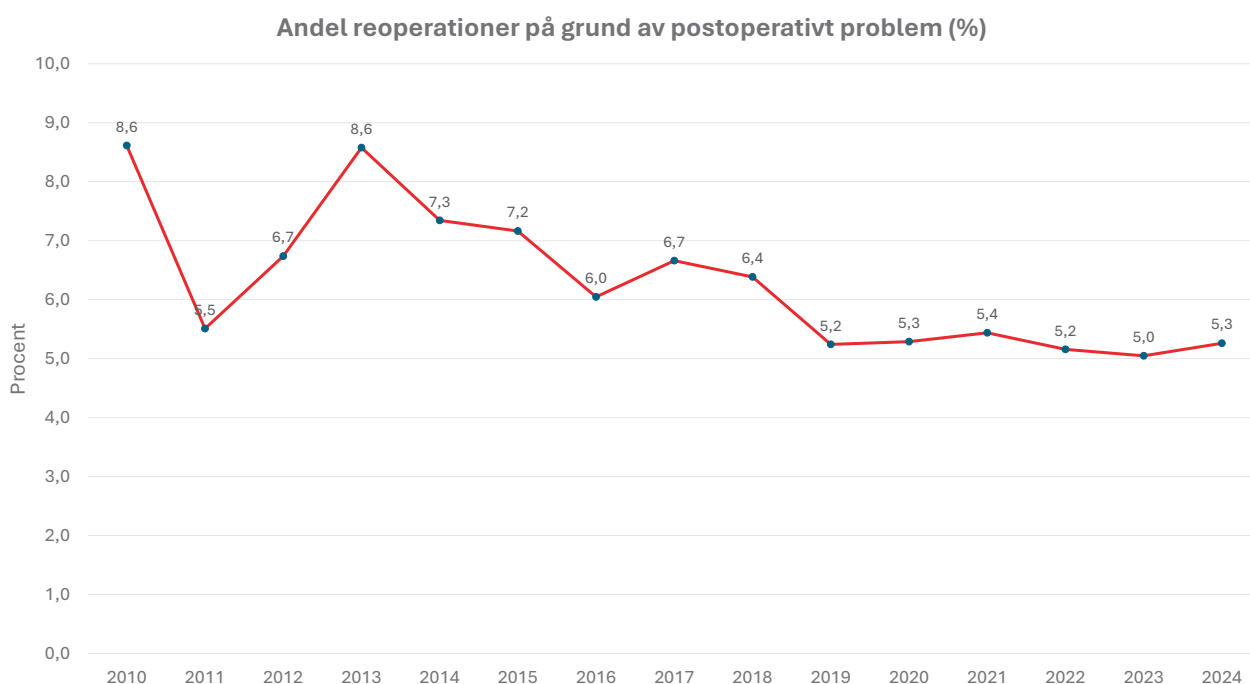
Både patienter och hela specialiteten har nytta av ärlighet och öppenhet kring registrering av postoperativa komplikationer. Meningen är inte att peka ut någon specifik enhet eller handkirurg utan att försöka lära av varandra. Det ligger i allas intresse att spåra och försöka minimera postoperativa problem.

Som angivits ovan, behöver HAKIR undersöka om registreringar för intern respektive extern reoperation uppfattats korrekt. Dessa uppgifter är viktiga och vi behöver troligen förtydliga svarsalternativen.

TYP AV KOMPLIKATIONER

Här redovisas data för de 12 340 reoperationer som hade registrerats med orsak postoperativt problem. Det var 10 345 patienter varav 48 % kvinnor. Ålder var i medel 51 år för kvinnorna och 46 år för männen, med variation mellan 1 och 100 års ålder. I figur 6 visas andel reoperationer med orsak postoperativt problem som andel av totalt antal registrerade

operationer i HAKIR per år. Det är intressant att se att andelen stabiliserats kring 5 - 6 % sedan 2018, trots att antal operationer och case-mix förändrats mycket genom anslutning av ett stort antal privata enheter under senare år. Vi ser inte någon säker påverkan av andelen komplikationer under pandemin.

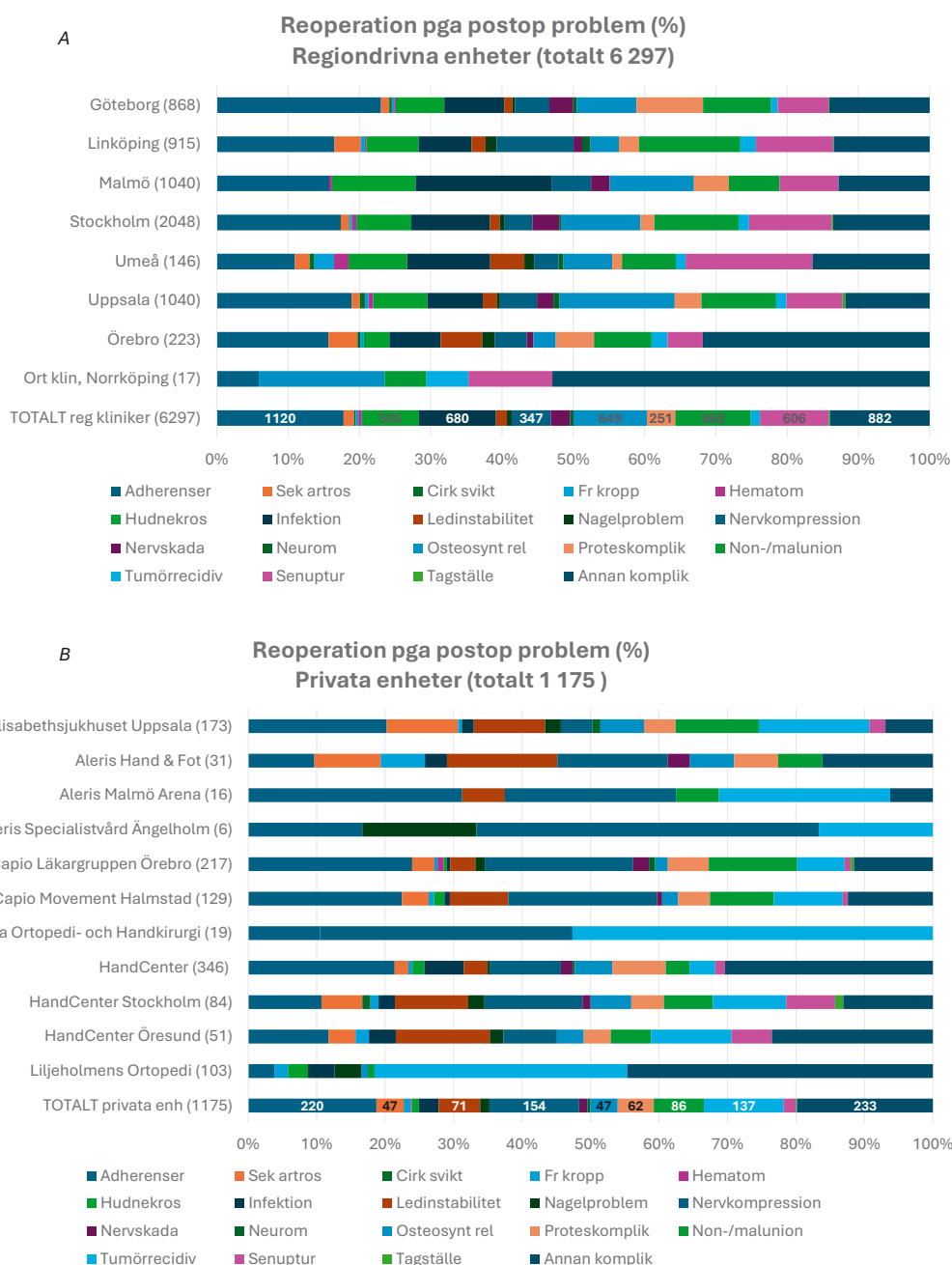


Figur 6. Andel reoperationer på grund av postoperativt problem som andel av totalt antal operationer i HAKIR per år (%).



Figur 7 visar andelar av olika typer av komplikationer per enhet för regiondrivna (A) respektive privata enheter (B). Vilken typ av postoperativ komplikation som är vanligast beror förstås mest på vilken typ av kirurgi som utförs på enheten. För regionenheterna var adherensproblematik, infektioner, skelettläkningsproblem (non- / malunion), osteosyntesrelaterade komplikationer och senruptur vanligast.

Registreringarna från kliniken i Malmö är tyvärr mindre specificerade på grund av att nya variabler inte kommit med i den automatiska datahämtningsfunktion som Region Skåne infört. Större variation noteras mellan de privata enheterna, men även här var adherensproblematik vanligast, följt av nervkompression, recidiv av tumör eller ganglion, non- / malunion och ledinstabilitet.



Figur 7. Andelar för olika komplikationer i % för regiondrivna kliniker (A) respektive privata enheter (B). Antal reoperationer inom parentes. Observera att både "interna" och "externa" reoperationer är med i figuren, men att flera reoperationer av samma patient, t ex spolningar av en infektion endast är med en gång. "Senruptur" omfattar både primärt sydda senor och sådana som gått av t ex på grund av ett osteosyntesmaterial. För närmare beskrivning av de olika komplikationerna hänvisar vi till information i registerformuläret. Observera att det är mycket få operationer för vissa av de privata enheterna.



POSTOPERATIVA INFEKTIONER

Det fanns 988 postoperativa infektioner registrerade, varav 200 var remitterade (externa) och för 79 var det oklart var primäroperationen hade gjorts. Återstår 709 "interna" postoperativa infektioner, vilket ger en infektionsfrekvens totalt på cirka 0,3 %. Eftersom vi inte enkelt kan spåra primäroperationen är det svårt att tolka data. En elektiv primäroperation med intakt hud har förstås mycket lägre risk för

infektion än en svår öppen handskada med kontamination. Vi kan dock konstatera att postoperativa infektioner efter handkirurgi är sällsynta. För de privata enheterna, vilka nästan enbart utför elektiv handkirurgi var infektionsfrekvensen endast 0,12 %. Ytterligare, mindre allvarliga infektioner som inte krävt ny kirurgisk åtgärd tillkommer förstås.

FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

I våra nya månadsrapporter till enheterna kan alla följa antal komplikationer över tid för att tidigt upptäcka eventuella problem, till exempel hög infektionsfrekvens eller ökande antal senrupturer.

MEN, för att data skall vara relevanta måste alla komplikationer ha registrerats korrekt, annars syns de inte i rapporterna.

Från HAKIRs sida behöver vi skapa bättre utdatarapporter där vi kan spåra primäroperationer "bakåt", t ex när en postoperativ infektion registreras. Samma behov finns för andra diagnosgrupper, t ex proteskirurgi, tumbaser och böjsenkirurgi. Vi har nu så mycket data att det borde vara möjligt skapa sådana automatiska rapporter. Våra begränsade ekonomiska resurser omöjliggör tyvärr detta viktiga utvecklingsarbete och vi kan därför inte säkert rapportera kvalitetsindikatorer för komplikationer inom handkirurgi ännu. En automatisk länkning till Infektionsregistret skulle kunna göra det möjligt att även fånga postoperativa infektioner av lägre allvarlighetsgrad, vilket förstås också vore av stort värde.

Ett kvalitetsregister blir aldrig "färdigt"- det finns alltid behov av fortsatt förbättring.



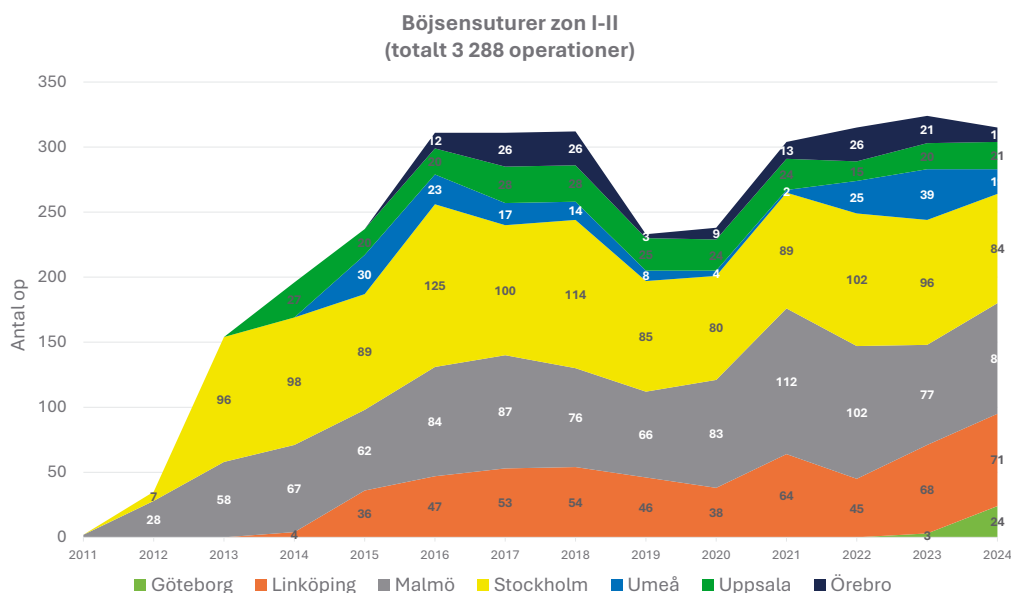
Böjsenskador

Alla sju regionkliniker har nu börjat registrera sina böjsenskador i fingrar och tummar (zon I och 2). Totalt fanns 3 288 operationer och 2 299 funktionsundersökningar, 1 355 efter tre månader och 944 efter ett år.

Operationer

Figur 47 visar antal registrerade operationer per regionklinik och år sedan start. Antalet böjsenoperationer ligger nu stabilt på cirka 320 per år; och om vi får med Göteborgskliniken fullt ut kan vi närma oss 400 operationer årligen och böjsenskador i tummar (FPL) utgjorde 18 %, dvs 50-60 operationer per år.

Tumskador är av särskilt intresse med tanke på den nationella registerbaserade studie (RRCT) som startar under våren 2025. För att kunna slutföra studien inom rimlig tid blir det ännu viktigare att registrera alla tumsenskador komplett.



Figur 47. Antal registrerade böjsenoperationer per år och enhet. Totalt 3 288 operationer, men en registrerad operation från Handcenter Göteborg finns inte med i grafen.

Postoperativa funktionsundersökningar

Tabell 5 visar antal funktionsundersökningar tre och 12 månader efter operation under 2024 i jämförelse med 2023. Vi ser att antal undersökningar efter tre månader verkar ha minskat lite på alla kliniker utom i Linköping och Uppsala, men antal operationer var också något lägre under 2024 än året före. Däremot har flera kliniker, framförallt Umeå och Linköping, gjort fler ett-årsundersökningar än under 2023, vilket är glädjande. För Malmö ser vi tyvärr ett minskat antal undersökningar, trots ett ökat antal operationer.

	Operationer		Funktionsundersökningar			
	Op 2023	Op 2024	Antal 3 mån 2024	Förändring i antal jfr 2023	Antal 12 mån 2024	Förändring i antal jfr 2023
Göteborg	3	24	-	-	-	-
Linköping	68	71	31	13	22	10
Malmö	77	85	19	-9	13	-10
Stockholm	96	84	53	-8	57	2
Umeå	39	19	20	-4	22	15
Uppsala	20	21	0	0	6	2
Örebro	21	11	4	-5	5	-2
TOTALT	324	316	127	-14	125	17

Tabell 5. Antal funktionsundersökningar under 2024 i jämförelse med 2023. Antal operationer per år anges också. Observera dock att ett-årsundersökningarna gäller operationer utförda året före, varför det inte går att räkna ut andel uppföljda direkt i tabellen.



FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Det är imponerande att både Umeå och Linköping lyckats förbättra sina uppföljningsrutiner för böjsenskadorna, trots att det ibland kan vara långa resavstånd i dessa regioner.

Vi hoppas att nedgången för antalet tre-månadersuppföljningar i Malmö endast är tillfällig.

Det kan vara svårt att motivera patienterna till ett återbesök ett år efter skadan.

För dessa uppföljningar skulle en digital lösning för mätning av ledrörligheten vara optimal, kanske med någon bildanalysmetod. Nästan alla patienter med böjsenskada har en smartphone och integritetsmässigt borde det inte vara något stort problem att ta kort på ett finger. Vi skulle önska att t ex e-Hälsomyndigheten kunde hjälpa oss att få en sådan lösning på plats. Förutom att vi skulle få mer kompletta data i registret, så skulle både patienter och kliniker spara tid och resurser. Vi vet att fingerrörligheten förbättras mycket mellan tre och 12 månader postoperativt. Ett-årsundersökningarna är därför viktiga för att bedöma slutresultatet och eventuella skillnader mellan rehabiliteringsmetoderna. Vi ber klinikerna att se över sina rutiner för att få så kompletta uppföljningar som möjligt.

Rehabiliteringsprogram

För patienter som varken följts upp efter tre eller 12 månader vet vi tyvärr inte vilken rehabiliteringsmetod som använts, men vi vet sedan tidigare att tidig aktiv mobilisering dominerar starkt. I hela materialet (data från 1 077 bedömningar vid tre månader) hade 82 % av patienter med skada på fingersena (FDP) rehabiliterats med tidig aktiv regim. Under 2023 - 24 hade andelen ökat till 92 % och endast 6,4 % hade gipsats de första fyra veckorna efter operation. För övriga rehabiliteringsmetoder (Kleinert, active hold) fanns endast enstaka registreringar under de senaste två åren. Det har alltså skett en övergång från flera olika rehabiliteringsmetoder till tidig aktiv mobilisering på sex av de sju regionklinikerna, men vi saknar uppgift från Göteborg. Tyvärr saknades också uppgift om regim för många Malmöpatienter (594 av 794 operationer = 75 %), men tidig aktiv regim hade valts för alla som hade data i registret så vi kan anta att alla följde samma regim.

För tumsensador (FPL) var andelen tidig aktiv mobilisering 77 % totalt (209 bedömningar) och immobilisering endast i 10 %. För de senaste två åren (2023 - 24) hade andelen tidig aktiv mobilisering minskat något (74 %) och andelen immobilisering ökat till 23 %, men denna metod hade endast registrerats på Stockholmskliniken. Det verkar alltså inte finnas konsensus kring bästa rehabmetod för tumsenor och orsaken till förändringen i Stockholm lär vara den höga rupturrisken för dessa sensuturer. Mer om detta sid 46.

Resultatmått - Aktivt rörelseomfång

Vi fortsätter även i år att använda det resultatmått som framkom i studien av Renberg et al (2023) där det visades att om minst 70 % av normal rörlighet uppnås så är de flesta patienterna nöjda med sitt resultat. Detta mål innebär minst 120° sammanlagt för PIP- och DIP-led (TAM2 = Total Active Motion), vilket motsvarar Excellent och Good i Stricklands klassifikation. För tummarna finns inget motsvarande målvärde relaterat till patientens nöjdhet och här gäller det också bara en led (IP-leden). För att ändå ha ett målvärde så sätter vi ett mål på minst 56° (70 % av 80°).

Fingerflexorer (FDP)

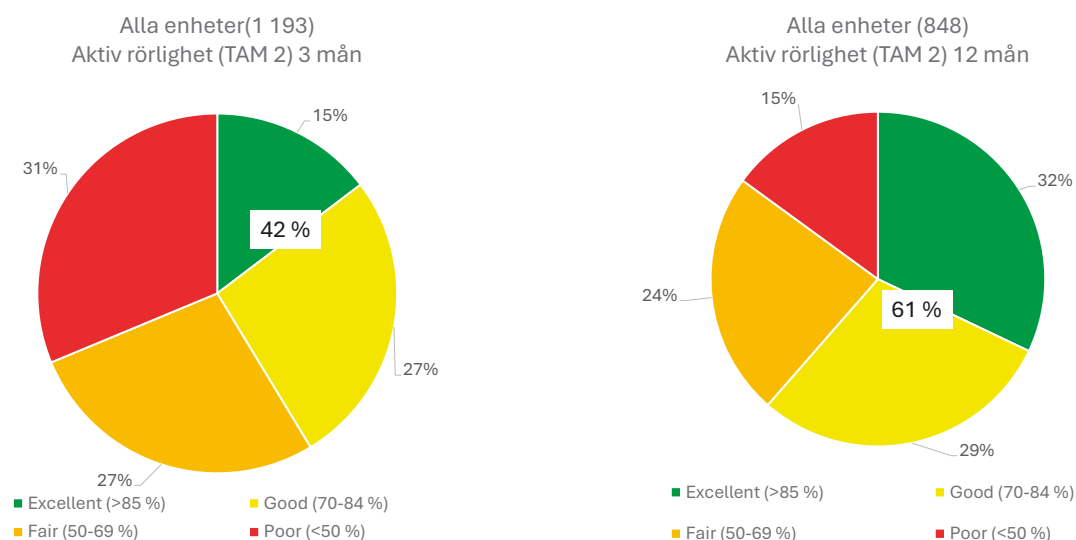
Det fanns totalt 1 193 rörelsemätningar vid tre månader och 848 efter ett år. Medelvärde TAM2 för alla mätningar efter tre månader var 106° och efter ett år 126°. Lillfinger var vanligast (cirka 40 %) och fick också sämst rörlighet; efter tre månader medel = 101° jämfört med övriga fingrar kring 110° och efter ett år medel = 119° jämfört med cirka 130° för övriga tre fingrar. Målvärdet uppnåddes alltså inte för lillfingrarna. En orsak kan vara att 23 % av lillfingrarna uppvisade en sträckdefekt på 30 grader eller mer i PIP leden. För detta talar också att DIP-ledsrörligheten faktiskt var bäst i lillfingrarna (medel=55°) mot kring 50-52° i övriga fingrar. Att motverka flexionskontraktur är förmodligen viktigt för att uppnå goda resultat för böjsenskador.



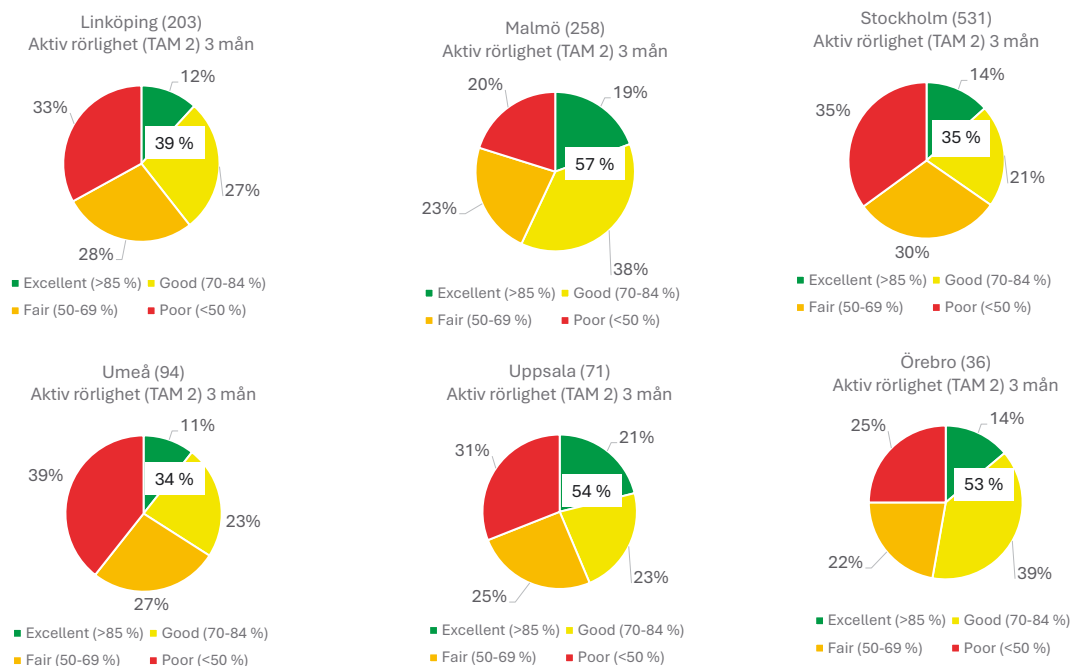
Figur 48 visar hur målvärdet uppnått vid de olika enheterna. Tre av enheterna hade färre än 100 mätningar och för dem är data därför mer osäkra. För de tre större enheterna hade Malmökliniken klart bäst resultat efter tre månader. Efter ett år låg Linköping och Malmö på samma nivå, med nästan

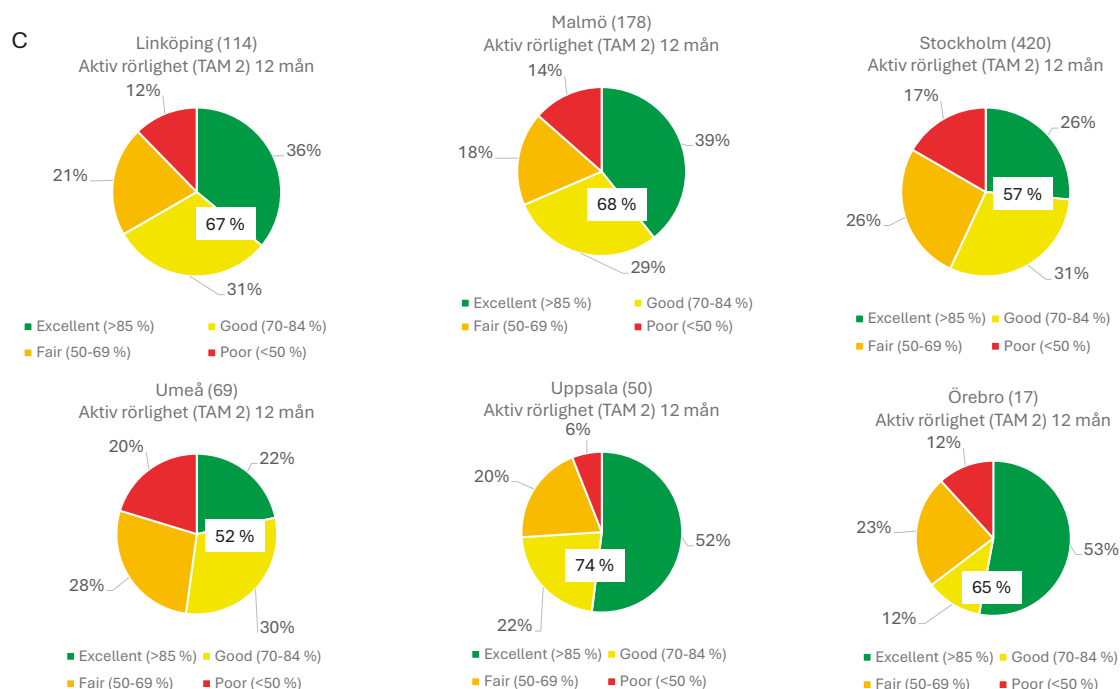
70 % av patienter som hade uppnått målvärdet, medan Stockholmskliniken låg cirka 10 % lägre pga färre mätningar i intervallet "Excellent". Vi vet inte om andra faktorer, som olika andelar FDS-skador, kön, ålder etc kan ha påverkat resultaten.

A



B





Figur 48. Andelar av patienter (%) fattas som innan uppnått de olika nivåerna av total aktiv rörlighet i PIP- och DIP-led efter tre månader och efter ett år, totalt (A) och vid de sex deltagande enheterna (B och C). Observera att antalet mätningar är få i Umeå, Uppsala och Örebro varför dessa resultat är osäkra. Andel patienter som uppnått målet (antal mätningar) för aktiv rörlighet >70 % av normalt anges i figuren.

Tummens långa böjsena (FPL)

Som alla inom handkirurgin vet, och ständigt hävdar, så är tummen inget finger utan en egen entitet. Anatomin är annorlunda i tummen och vi vet att rupturrisken efter sutur är betydligt större. Rent allmänt brukar man säga att stabilitet och styrka är viktigare än full rörlighet i en tumme.

Det fanns 219 rörlighetsmätningar efter tre månader och 151 efter ett år, endast enstaka från Uppsala och Örebro och få även från övriga enheter. Medelvärden för IP-ledsrörlighet efter tre månader var 39 grader och efter ett år 53 grader. Skillnaderna var mycket små mellan enheterna, helt klart inom mätfel och slumpvariation. Om vi strikt använder föreslagen målnivå på minst 56 grader så var det bara Stockholm och Uppsala som nådde målet.

Patientrapporterade resultat

Det fanns 529 enkätsvar efter tre månader och 514 svar efter ett år för FDP-skadorna. Nöjdhet med operationsresultatet var i medel 74 % efter tre månader och 73 % efter ett år. Skillnaderna mellan enheterna är så små att de rimligen varken är statistiskt signifikanta eller kliniskt relevanta. Det symptom som graderades högst efter ett år var köldkänslighet (42) följt av stelhet (41) och svaghet i handen (35). QuickDASH var i medel 17 efter ett år, dvs nästan inom normalvariationen.

För tumsenorna fanns det 118 svar efter tre månader och 113 efter ett år. Nöjdhet var i medel 72 % efter tre månader och 77 % efter ett år. Även för tummarna var köldkänslighet det högst graderade symptomet efter ett år (41) och sedan stelhet (40) och svaghet (36). QuickDASH var i medel 18 efter ett år.



Reoperationer

Senrupturer

482 patienter med en primär operation för en böjsenskada hade minst en senare operation i registret (=14,6 %). I år har vi endast gått igenom den första reoperationen och fler rupturer kan ha skett i senare skede.

För 165 patienter tolkar vi utifrån koderna att det blivit en senruptur, 45 var tumsenor och 141 fingersenor, vilket ger en rupturfrekvens på 7,7 % för tumsenorna och 4,4 % för fingersenorna. Observera att det alltid är en viss andel patienter som inte önskar bli reopererade trots att de har fått en ruptur av senan och de finns inte med här. Det är också egentligen alldeles för lite data för att räkna frekvenser i procent. För de tre större klinikerna verkade rupturfrekvensen vara högst i Linköping, både för tumsenor (14,0 %) och för fingersenor (6,3 %).

För tumsenor låg Stockholm (7,8 %) högre än Malmö (5,6 %), men de hade samma nivå för rupturer för fingersenor (4,0 resp 4,2 %).

Tenolyser

Frekvensen tenolyser var totalt 4,5 %, högst i Örebro (10,6 %), därefter Stockholm (5,1 %) och Malmö (4,1 %) och lägst i Linköping (2,8 %).

Infektioner

Andelen patienter som blivit reopererade för en postoperativ infektion var låg (1,2 %) och skilde sig inte mellan de tre stora klinikerna, möjligen lite lägre i Linköping.

Vad säger data?

Vi ser fortsatt att rupturfrekvensen för tumsenor är högre än den för fingersenor, men kanske inte fullt så hög som vi sett tidigare i HAKIR. Det är problematiskt att jämföra procentsatser på små tal och utan hänsyn till andra samverkande faktorer. Anledningen till att vi ändå visar sådana resultat i årsrapporten är för att väcka intresse att samla in mer data och även att studera vidare vetenskapligt.

Det kan finnas skillnader mellan klinikerna, både i vilka resultat som uppnås rörelsemässigt och för andel rupturer. Vi vet i nuläget inte vilka faktorer i behandlingen som är mest avgörande för resultaten.

I maj 2025 startar en registrerad randomiserad studie (RRCT) i HAKIR som skall jämföra två rehabiliteringsregimer efter sutur av tumsenor med syfte att försöka minska rupturfrekvensen. I studien kommer vi att få en betydligt mer komplett och exakt uppfattning av rupturrisken, rörlighet och patientrapporterade resultat för dessa skador. Som en extra bonus har dessutom alla rehabiliteringsprogram på de deltagande enheterna granskats och standardiserats. Fem av de sju regionklinikerna deltar i studien och vi hoppas att Malmö och Göteborg ansluter senare.

Läs mer om studien i forskningsavsnittet.



Tumbasartros

För tumbasartros erbjuds framförallt fyra olika operationsmetoder, trapezektomi med, respektive utan stabiliserande senplastik, ledprotes eller steloperation. Partiell ledyte-resektion är en ny metod som hittills använts i liten utsträckning. Vi har i tidigare årsrapporter beskrivit betydande skillnader i metodval mellan olika enheter och regioner.

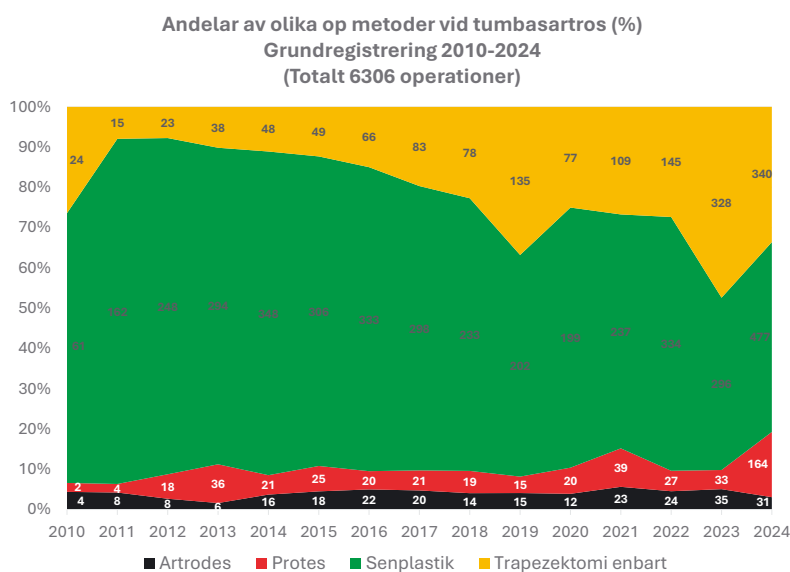
Tumbasartros är en vanlig diagnos inom handkirurgin, med stora volymer även på privata enheter och på ortopedkliniker. Nationell Arbetsgrupp (NAG) för tumbasartros inom Kunskapsstyrningen publicerade en rapport 2022 där det konstaterades att en majoritet av patienter kan behandlas med egenvård, ortos och läkemedel. Patienter med svår belastningssmärta och vilovärk kan erbjudas operation. Enkel trapezektomi rekommenderades, följt av tre veckors gips och sedan ortos upp till tre månader. En uppföljningsrapport skall göras under hösten 2025 och HAKIR skall då bidra med underlag kring hur de nationella rekommendationerna har efterföljts.

Medelålder för operation av patienter med tumbasartros var 62 (22 - 93) år och 76 % var kvinnor.

Figur 49 visar andelar av operationer med olika metoder per år 2010 - 2024. Jämfört med alla data historiskt i HAKIR ser vi en ökning 2024 av andel enkla trapezektomier jämfört med senplastiker. Vid de regiondrivna enheterna utgör enkla trapezektomier

nu nästan 60 % av alla tumbasingrepp, men totalt i HAKIR endast 34 %. Skillnaden beror troligen på att flera privata enheter anslutit under senare år och att man där har annan fördelning mellan operationsmetoder, se tabell 6. Förutom data i figuren fanns även 59 partiella ledyteresektioner registrerade (Linköping, 19, Stockholm 35, Uppsala 4 och Örebro 1). Fem av dessa var artroskopiska. Vi har ännu inte samlat tillräckligt med data för att redovisa resultaten av dessa ingrepp.

Under 2024 ökade proteskirurgin kraftigt från 4,8 % till 16,2 % av alla tumbasoperationer och ökningen verkar fortsätta under 2025. Uppgift om privat sjukvårdsförsäkring samlar vi in sedan ett år tillbaka och fortfarande är det bara en liten andel av de registrerade tumbaspatienterna som har sådan försäkring (3,5 % totalt och 5,9 % på de privata enheterna) enligt registreringen i HAKIR. 14,4 % av patienter som hade fått en tumbasprotes hade en privat sjukvårdsförsäkring, men bara 4 - 4,5 % av patienter som opererats på annat sätt, se tabell 6.



Figur 49. Andelar av operationer per metod och år 2010 - 2024 (%). Antal står inne i figuren. Endast primära ingrepp. 59 operationer med partiell ledyteresektion finns inte med i figuren.



Operations- metod		Enkel trapezektomi (inkl kapselplastik) NDG02	Trapezektomi + stabiliserande senplastik NDG12	Tumbasprotes NDB59	Steloperation NDG42
2024	Antal op i grundregistrering	340	477	164	31
	Andelar per metod totalt (%)	33,6	47,1	16,2	3,1
	Förändring jfr 2023(%)	-5,9	-3,9	11,6	-1,8
	Andelar för op metoder på regiondriven enhet (%)	57,8	28,5	9,7	3,7
	Andelar för op metoder på privat enhet (%)	17,7	63,2	20,2	3,0
	Andel pat med privat sjukförsäkring (%)	4,0	4,5	14,4	0

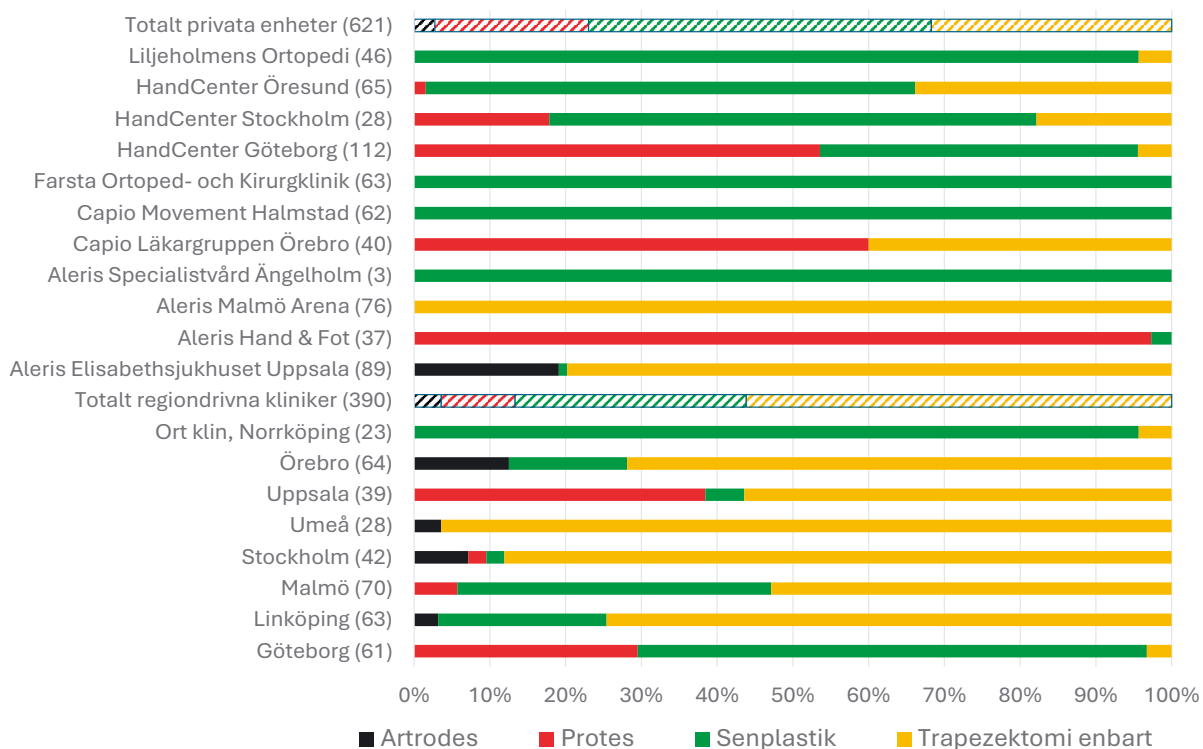
Tabell 6. Data för 2024 med jämförelse mellan regiondrivna kliniker och privata enheter samt andel patienter med privat sjukförsäkring. Grönmarkerade rutor markerar en ökning jämfört med 2023 och röda en minskning.

Vi ser tydligt att val av operationsmetod varierar mellan regiondrivna och privata enheter. De regiondrivna enheterna har i högre grad börjat göra enkla trapezektomier jämfört med senplastiker, medan senplastikerna fortfarande är vanliga på de privata enheterna. Andelen proteskirurgi är också klart

högre vid de privata enheterna (i medel 20 %), men har ökat mycket även på vissa av de regiondrivna klinikerna, framförallt Uppsala och Göteborg, se figur 50. Umeå, Örebro och Göteborg registrerar och skannar ännu inte proteskirurgin i HAKIR.

Operationsmetoder för tumbasartros 2024 (%)

Totalt 1011 operationer



Figur 50. Andelar av olika operationsmetoder (%) per enhet under 2024.



FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Kodning av tumbaskirurgi: En interpositionsplastik kan göras på olika sätt, med en förankrad senstrip (i litteraturen kallat LRTI= Ligament Reconstruction Tendon Interposition), med ett ej förankrat seninterponat eller med en kapselplastik. Åtgärds-kodningen skiljer inte på dessa olika tekniker. Vi föreslår att koden NDGI2 (=interpositionsplastik) endast används om man har stabiliserat tumbasen med en senplastik. Kapselplastik, som tycks vara mycket vanligt, bör kodas under NDG02 (=excisionsplastik). Anledningen till vårt förslag är att någon form av kapselsutur troligen görs vid alla trapezektomier.

FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Trenden inom svensk handkirurgi är att inte längre göra senplastik efter trapezektomi, men fortsatt anser många handkirurger att stabilisering ändå är viktig. Vi behöver följa reoperationer av tumbas-patienter i HAKIR för att få veta om andelen patienter med smärtsam instabilitet ökar om stabiliserande ingrepp inte längre är standard. Vi ber därför om extra noggrannhet vid registrering av dessa reoperationer. Att sekundärt åtgärda instabilitet efter trapezektomi är tekniskt svårt och komplikationen är viktig att försöka förebygga.

Proteskirurgi vid tumbasartros har ökat kraftigt och var femte patient som opererades på en privat enhet under 2024 fick en protes. Andelen var ännu högre på vissa enheter. Förändringen beror troligen på introduktion i Sverige av två nya och ganska snarlika protesmodeller (Touch® och Maia®), som har visat goda resultat på medellång sikt. Alla tidigare protesmodeller för tumbasen har tyvärr fallerat efter ett antal år och problemen har då framförallt varit lossning av trapeziumkomponenten.

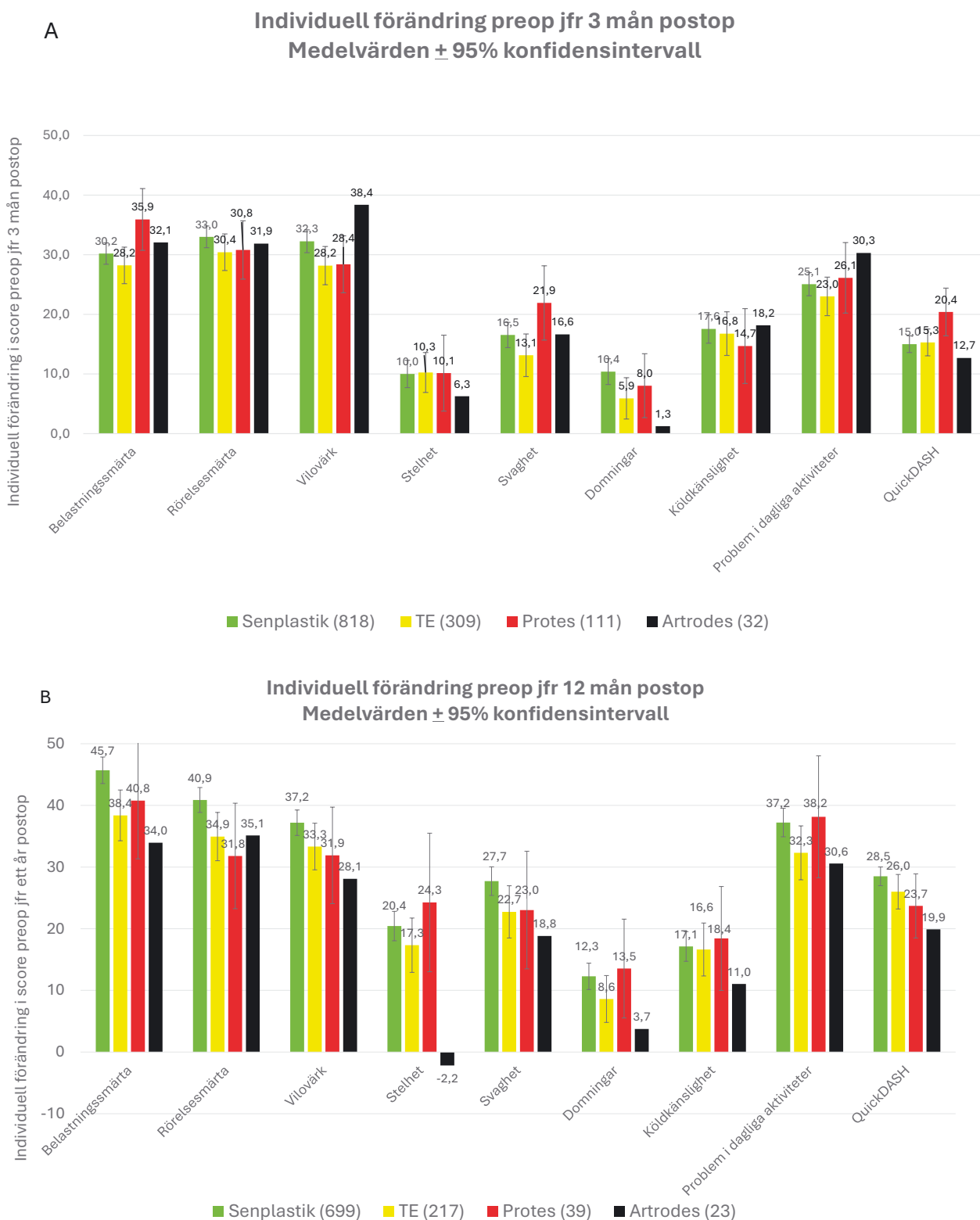
Ett ordnat införande av de nya proteserna, med registrering, uppföljning och skanning av alla implantat till HAKIR borde vara ett självklart krav från vårdens finansiärer, både offentliga och privata. De flesta av våra anslutna enheter deltar i denna utökade registrering och uppföljning, men ännu inte alla vårdgivare och HAKIR har ingen makt att påverka.

Kanske kan vårt nationella programområde (NPO) inom kunskapsstyrningen agera?

Patientrapporterade resultat

Medelvärden för enkätsvar före och efter tumbas-operation med olika metoder, så kallade spindel-diagram, finns på vår hemsida under "Så tycker våra patienter". Dessa grafer uppdateras en gång per år. Det är dock egentligen mer relevant med parade jämförelser för varje patients svar före och efter operation. Sådana jämförelser kräver fler enkätsvar, men figur 5I A och B visar ett försök till redovisning. Figuren visar att belastningssmärta och värk har minskat mycket redan efter tre månader för alla metoderna, mellan 28 och 36 poäng (av skalan på 100) (figur 5IA). Minskningen är större för protesgruppen (36), som också verkar rapportera mer förbättring av upplevd svaghet i handen.

Efter ett år verkar skillnaden vara mindre (figur 5IB) och mer svårtolkad eftersom spridningen är större mellan svaren. Man ser då ingen tydlig skillnad mellan metoderna annat än att artrodespatienterna fått lägre grad av förbättring av sina symptom. Nöjdhet med operationsresultatet efter tre månader var i medel cirka 75 % för de båda trapezektomimetoderna och 78 % för protesgruppen. Efter ett år var nöjdheten 77 % för senplastiker, 74 % för enkla trapezektomier och 81 % för proteserna. Resultaten måste tolkas med försiktighet eftersom det ännu är få svar i protesgruppen. Andra faktorer (ålder, kön, opererad hand, yrke etc) kan också påverka svaren, dvs vi vet inte om grupperna är jämförbara eller ej. För en mer säker analys krävs vetenskapliga metoder.



Figur 5I. Patientrapporterade resultat efter tumbaskirurgi. Staplarna visar medelvärden för individuell förändring i svar före, jämfört med tre månader (5IA) och ett år efter operation (5IB). Felstaplarna visar 95 % konfidensintervall. TE= trapezektomi utan senplastik. Minusvärde betyder försämring. Siffrorna inom parentes anger antal parade enkätsvar för respektive operationsmetod.



Operationsmetod		Grov kraft (kg)	95% CI	Pinchkraft (kg)	95% CI	Nyckelgrepp (kg)	95% CI
Senplastik	Preop (727)	18,1	0,9	4,1	0,2	4,7	0,2
Enkel trapezepektomi	Preop (273)	18,8	1,4	4,2	0,3	4,8	0,3
Protes	Preop (42)	24,0	4,2	-	-	5,5	1
Senplastik	3 mån postop (750)	15,5	0,7	3,2	0,1	3,8	0,1
Enkel trapezepektomi	3 mån postop (314)	16,1	1	5,7	0,2	6,3	0,2
Protes	3 mån postop (23)	24,6	6,3	-	-	6,6	1,1
Senplastik	12 mån postop (445)	21,8	1	4,6	0,2	4,9	0,2
Enkel trapezepektomi	12 mån postop (171)	22,7	1,5	4,7	0,3	5,2	0,3
Protes	12 mån postop (3)	26,4		-	-	7,1	-

Tabell 7. Resultat från utökad registrering av tumbaskirurgi. Antal mätningar inom parentes, endast tre mätningar ett år efter protesoperation. Alla proteser var av modell Touch®.

Sammanfattningsvis ser vi att vi minskar symptom och förbättrar funktionsförmåga signifikant genom operation av tumbasartros. Resultaten för proteskirurgin verkar bättre på kort sikt, men är relativt lika trapezepektomierna efter ett år.

I utökad registrering får vi även in mätningar av kraft och rörlighet före och efter operation. Det fanns många mätningar för senplastiker och enkla trapezepektomier, men få mätningar för proteserna ännu, se tabell 7. Vi ser inga skillnader mellan de olika trapezepektomierna, men kraften var bättre i protesgruppen både före operation och vid tre och 12 månader efter. Urvalet av patienter är uppenbart inte samma mellan grupperna, det var yngre patienter, en högre andel män och högre andel patienter från privat vård i protesgruppen än i trapezepektomigruppen.

Komplikationer och reoperationer

447 av 2 503 patienter (18 %) i utökad registrering hade opererats mer än en gång, men bara 121 av dessa operationer var registrerade som reoperationer. Många reoperationer orsakades säkert av andra diagnoser. 71 reoperationer var registrerade som komplikationer (0,7 %), varav 20 för smärtsam proximal migration efter trapezepektomi. Vid manuell genomgång av data till förra årsrapporten identifierade vi en betydligt större andel (3 %) och det finns säkert fler komplikationer som inte registrerats korrekt. I år har vi tyvärr inte hunnit göra samma arbetskrävande manuella genomgång av alla reoperationer. HAKIR kanske skulle kunna ha hjälp av en AI algoritm för att identifiera relevanta reoperationer? Vi beklagar att systemet i nuläget inte möjliggör en komplett analys av komplikationer efter tumbaskirurgi.

FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Det sker stora förändringar just nu i den handkirurgiska vården av tumbasartrospatienter. Av denna anledning har HAKIR under våren 2025 samlat en nationell arbetsgrupp kring diagnosen. Glädjande nog verkar det vara stort intresse av att delta, både från privata och regiondrivna enheter. Första mål är att i nationell samverkan göra en vetenskaplig analys av insamlade registerdata till och med 2025 för publikation. Många i gruppen uttrycker också intresse av att planera för en randomiserad studie med jämförelse mellan protes och trapezepektomi, kanske som en randomiserad registerbaserad studie (RRCT). Detta skulle kräva externa forskningsanslag och stort engagemang runt om i landet. HAKIR ger oss möjlighet att göra en sådan studie, som skulle kunna bli helt unik internationellt.

Kvalitetsindikatorer för tumbasartros har ännu inte beslutats, men troligen vore det bästa om målen kunde sättas som andel patienter som uppnått en bestämd nivå av individuell förbättring för belastningssmärta och vilovärk. Fortsatta diskussioner sker i NAG för tumbasartros till hösten och i den nationella tumbasartrosgruppen.

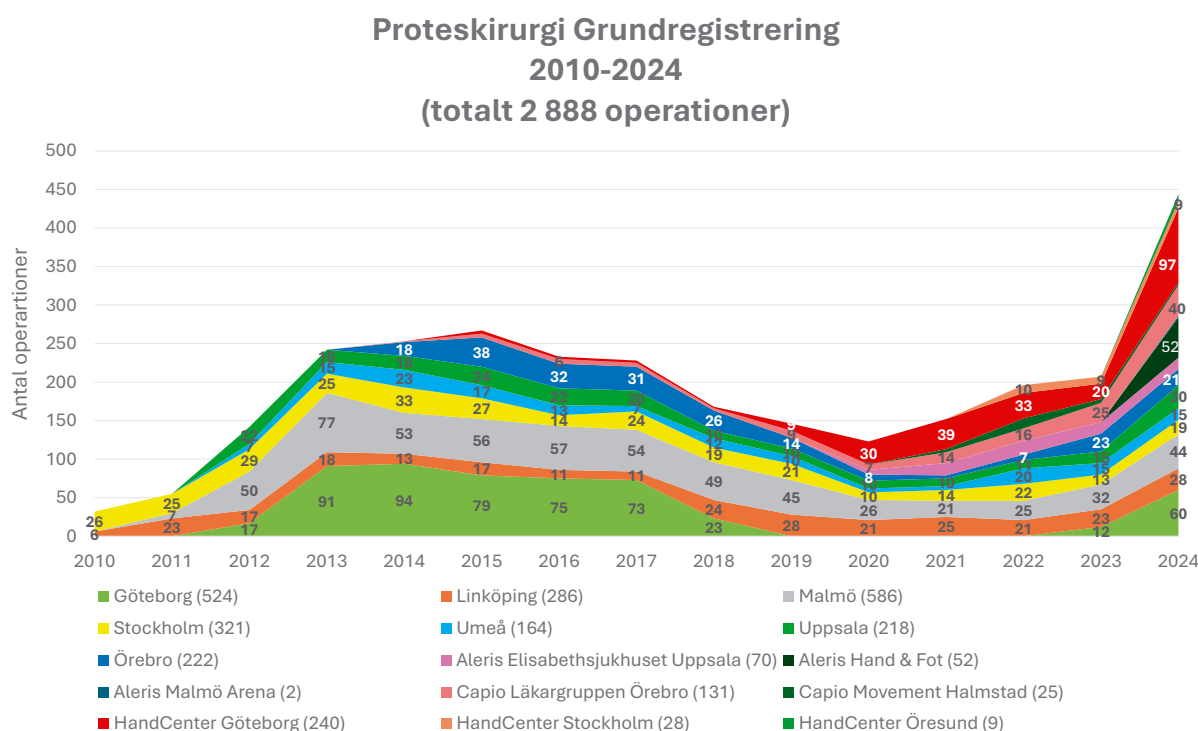


Proteskirurgi

Sedan nästan 12 år tillbaka deltar fyra av de sju regionklinikerna; Linköping, Malmö, Stockholm och Uppsala i utökad registrering av sin ledproteskirurgi i HAKIR och samtliga dessa kliniker använder nu också vårt skanningsystem. Vi vet att stora volymer proteskirurgi utförs på de andra tre regionklinikerna som ännu inte lägger in sina protesdata i HAKIR. Glädjande nog startade sex privata enheter både med registrering och skanning av sin proteskirurgi under 2024. Funktionsundersökningar görs inte på alla enheter, men vi kan ändå följa patientrapporterade resultat och revisioner.

För proteskirurgin samlar vi både in data från grundregistreringen i HAKIR där alla enheter deltar, och från den utökade registreringen. I grundregistreringen kan vi få reda på volymer av proteskirurgi och det fanns totalt 2 888 operationer med operationskod för ledprotes, fördelade på 15 enheter, se figur 52.

Som ses i grafen, mer än fördubblades antalet registrerade protesoperationer mellan 2023 (207 operationer) och 2024 (444) och mer än hälften registrerades på en privat enhet (227 operationer under 2024). Ökningen utgjordes till största delen av tumbasproteser, mer om detta nedan.



Figur 52. Antal protesoperationer i grundregistreringen 2010-2024 per enhet och år.



FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Vi ser tecken på att proteskirurgin inom svensk handkirurgi till stor del tagits över av den privata vården. Vi vet ännu inte till vilken del denna vård ändå är skattefinansierad.

Variabeln "försäkringspatient" infördes i HAKIR under 2024 och framöver kommer vi att kunna analysera om patienter med privat försäkring får en annan typ av vård än den som erbjuds inom det offentliga systemet.

Det är intressant att notera att de privata enheterna tycks ännu mer angelägna än regionklinikerna att kunna visa upp god vårdkvalitet. Nästan samtliga av dessa enheter har under 2024 startat med protesregistrering och har infört vårt skanningsystem, vilken ger oss mycket mer kompletta och korrekta data om protesmodeller. Vi tycker det vore rimligt att samtliga regionkliniker också deltog. Troligen följs ledproteser upp lokalt både i Göteborg, Örebro och Umeå, men utan ett kvalitetsregister är det svårt att få fram nationella data.

Tumbasproteser

Det fanns totalt 256 registrerade tumbasproteser i den utökade registreringen t o m 31 december 2024, varav 164 från det senaste året. När vi införde skanningsystemet 2023 skapades ett nytt formulär där implantatdata importerar från Procordos databas. Vi har här slagit samman registreringar från det gamla "manuella" formuläret och skanningsformuläret. Det gamla formuläret kommer att stängas ner under 2025.

För att underlätta sammanställningar för kirurgi vid tumbasartros flyttade vi under 2024 funktionsundersökningarna för tumbasproteser från protesuppföljning (6b) till tumbas uppföljning (5b). Operationerna registreras på samma sätt som tidigare, dvs proteserna i 6a och övrig tumbaskirurgi i 5a. Just nu kan detta verka lite förvirrande, men på sikt kommer det att underlätta våra analyser.

Vi ser att den stora ökningen av proteskirurgi under 2024 utgörs av tumbasproteser och ökningen fortsätter under 2025. Under 2024 var drygt 84 % av tumbasproteserna Touch® och 11 % var Pyrocardan®, en enklare enkomponentsprotes. Samtliga Pyrocardan® var insatta på Capio Läkargruppen i Örebro. För ett litet antal operationer var modell okänd eftersom man inte hade skannat in uppgifterna. En IP-ledsprotes (CapFlex) var registrerad från Stockholm. Inga Maïa®- proteser var registrerade under 2024. Analyser av resultat efter protesförsörjning i tumbasen är beskrivna i avsnittet om tumbasartros sid 47.

FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Ledproteser inom handkirurgi är dyra och på grund av små volymer troligen heller inte så lönsamma för företagen. Vi ser att många protesmodeller dragits in i Sverige som en följd av den mer kostsamma uppföljning som krävs enligt den nya EU-förordningen (EU MDR) införd i maj 2021. HAKIR kontaktade protesföretag verksamma i Sverige under året och erbjöd ett samarbete för att skapa erforderliga utdatarapporter, men hittills har inget företag visat intresse. Vi tycker det vore olyckligt om svenska patienter inte får tillgång till nya protesmodeller på grund av administrativa hinder. Samtidigt är det förstås viktigt att alla nya protesmodeller följs upp både vad gäller patientrapporterade resultat, komplikationer och revisionsfrekvens. För att motivera högre kostnader måste proteskirurgin rimligen påvisa bättre resultat än andra kirurgiska åtgärder. HAKIR är ett välfungerande kvalitetsregister och vi anser att myndigheterna skulle kunna ställa krav på alla vårdgivare att registrera sina implantat.



MCP-ledsproteser

790 MCP-protosoperationer, varav 20 % reoperationer, var registrerade. 82 % av patienterna var kvinnor och ålder var i medel 64 (34 - 89) år. 82 % hade diagnos inflammatorisk ledsjukdom.

I 066 ledproteser var insatta, MCP III och MCP II var något vanligare än de ulnara lederna. Det var i hela materialet en stor majoritet av olika silikonproteser och under 2024 hade endast silikonproteser registrerats. Vi har fått veta att två-komponentproteser (Pyrocarbon, SR Avanta etc) vilka tidigare använts en hel del, nu tagits bort från marknaden i Sverige, troligen pga låg lönsamhet, se kommentarer i rutor ovan och nedan.

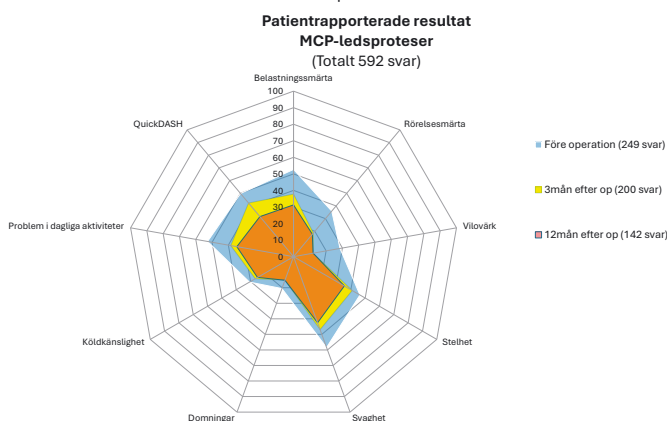
Ledrörlighet och greppkraft

Som tidigare känt, så visar data i HAKIR att totalt aktivt rörelseomfång (TAM) ett år efter operation med silikonprotes till MCP-lederna oftast har förbättrats något (medel 10 - 25 grader). Flexionen, mest i de ulnara fingrarna, har dock oftast minskat (medel 19 - 38 grader), medan extensionsdefekten minskat något mer, vilket ger ökningen av TAM.

Kraft i grova greppet var i medel 12,8 kg ett år efter en operation med MCP-ledsprotes (197 mätningar) mot 13,8 kg före operation (332 mätningar). Observera att reumatpatienter mycket ofta har andra samtidiga ledproblem i händerna och att många olika ingrepp kan ha utförts samtidigt som protesoperationen.

Patientrapporterade resultat

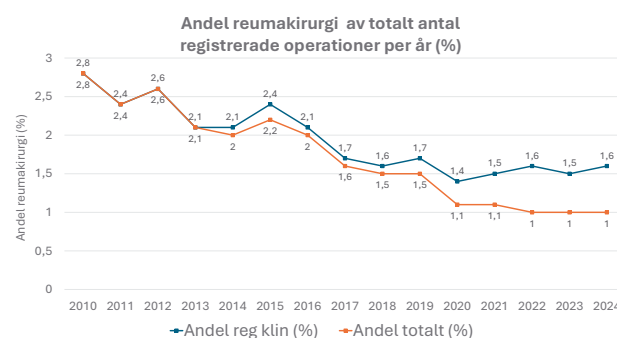
Enkätsvaren visar att att patienter som fått en MCP-ledsprotes, en majoritet reumatiker, fortsatt har mycket besvär av stelhet och svaghet i den opererade handen, se figur 53. Nöjdhet med operationsresultatet var måttligt, 68 % efter ett år, men upplevt funktionshinder (QuickDASH score) hade minskat med 18,2 poäng jämfört med före operation och visar ändå värdet av dessa operationer.



Figur 53. Medelvärden för enkät svar före och efter operation med MCP-ledsprotes.

Reumakirurgi

Det är ett allmänt intryck inom handkirurgin att antal reumakirurgiska ingrepp minskat sedan läkemedelsbehandlingarna blivit mer effektiva. Figur 54 visar att detta intryck verkar stämma. För regionklinikerna var andelen reumakirurgi 2,1 % 2014 och 10 år senare bara 1,6 %. Vi får följa utvecklingen av detta framöver. Det vore också intressant att se vilken typ av reumakirurgi som minskat mest, mjukdelsingrepp som synovektomier eller skelett-ledingrepp?



Figur 54. Andel operationer med diagnoskod för inflammatorisk ledsjukdom (t ex reuma, psoriasisartrit etc) – totalt 3 184 operationer – som andel av totalt antal registrerade operationer i HAKIR (totalt 202 080) för regionklinikerna resp totalt (%) per år.



FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Silikonproteser introducerades redan under 1970-talet och det är intressant att notera att de fortfarande är helt dominerande för MCP-lederna, framförallt hos reumatiker. Den ledrörlighet som uppnås är inte imponerande och materialet slits snabbt varför revisionsfrekvensen är hög.

De flesta reumapatienter är ändå nöjda med att lederna rätas upp och greppet öppnas.

Reumakirurgi har minskat inom handkirurgin efter introduktion av de mer effektiva biologiska läkemedlen, men det finns även andra patientgrupper som behöver bra protesförsörjning av MCP-lederna, t ex efter trauma eller infektiös artrit. Det är olyckligt att modernare ledproteser för MCP-lederna inte längre säljs i Sverige och att endast silikonproteser numera är tillgängliga för dessa patienter. Svenska patienter borde kunna erbjudas lika god vård som patienter i länder med större befolkning och annan sjukvårdsstruktur.

PIP-ledsproteser

212 PIP-protesoperationer, varav 9,9 % reoperationer, var registrerade. För de 191 primära operationerna (145 patienter) var det 86 % kvinnor och ålder var medel 67 (43 - 81) år. Malmö hade registrerat flest ingrepp (42 %), därefter Stockholm (16 %), Uppsala (15 %) och Elisabethsjukhuset (10 %). Vi kan tyvärr inte veta hur många PIP-ledsproteser som satts in på de enheter som inte deltagit i den utökade registreringen.

Långfingrets PIP-led var vanligast och mest ovanligt var PIP-proteser i lillfingrar. Diagnos var primär artros (Bouchard) i 81%, därefter inflammatorisk ledsjukdom (11 %) och posttraumatisk artros (8 %).

Protesmodeller varierar mycket över tid och mellan enheterna. Malmö använde tidigare pyrokarbonproteser i hög grad, medan Stockholm, Linköping och Uppsala använt olika protestyper. Under 2024 registrerades endast 18 PIP protesoperationer, inga i Malmö, Linköping och Stockholm (!). 13 av dessa var silikonproteser, fyra var Capflex (Sahlgrenska Göteborg) och en pyrokarbonprotes (Aleris Malmö Arena). Vi förmodar att det saknas registreringar, men det är ändå troligt att det skett en minskning av dessa ingrepp.

Vad säger data?

Även för PIP-lederna har alternativen för protesförsörjning begränsats, troligen pga den nya EU-förordningen. Vi ser att silikonproteser nu blivit vanligast även för PIP-leder, där rörlighet är så mycket viktigare än i MCP-lederna. Vi har än så länge för få rörelsemätningar för silikonproteser i PIP lederna för att kunna redovisa. Vi vet inte heller om antalet PIP-artrodeser har ökat som alternativ till protesförsörjning för patienter med smärtsam PIP-ledsartros.

Patientrapporterade resultat

Det fanns endast 45 ett-årsenkätsvar för patienter som fått en PIP-ledsprotes. Vi noterar en god effekt av operationen på värk och smärta jämfört med preoperativt, men mycket kvarvarande upplevd stelhet (47) och svaghet (42). Stor förbättring noteras för upplevt funktionshinder (QuickDASH) från 48,6 före operation till 27,6 ett år efter. Nöjdhet med resultatet var 70 % och uttrymme finns alltså för förbättring.



Handledsproteser

Data för dessa proteser var svåranalyserade eftersom det dolde sig många reoperationer bland det som registrerats som primära ingrepp. Till sist återstod endast 89 primära ingrepp, drygt hälften på kvinnor. Ålder var i medel 58 (24 – 78) år. Diagnoser var primär artros i 38 %, posttraumatisk artros i 26 %, och inflammatorisk ledsjukdom i 24 % och några patienter med Kienböcks sjukdom. Linköping hade registrerat totalt flest handledsproteser (36), därefter Malmö (24), Stockholm (11) och Uppsala (7). Privata vårdgivare hade registrerat totalt 11 operationer, fördelade på fem olika enheter.

Protesmodeller

Motec® var vanligaste protesmodell, 66 % totalt i HAKIR och alla registrerade handledsproteser under 2024. Tidigare under åren har flera andra protesmodeller registrerats.

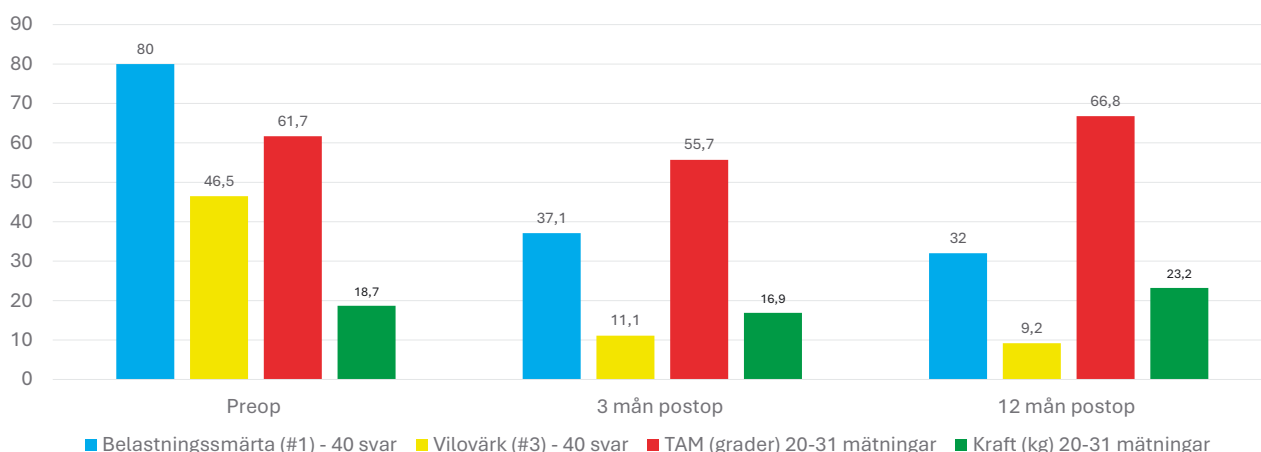
Kraft och rörlighet

Figur 55 visar några resultat från 79 mätningar av patienter som fått en handledsprotos. Det är som synes få mätningar ännu, men data tyder på en liten förbättring av rörligheten och även av kraften i handen (medel från 19 till 23 kg). Den viktigaste indikationen för operation är oftast smärta och värk och för dessa symptom ser vi klar förbättring, se figur 55.

Patientrapporterade resultat

Ingreppet verkar ha god effekt på upplevd smärta och värk, men det finns kvarvarande besvär efter ett år av svaghet (38) och stelhet (30). QuickDASH minskade från 59,1 före operation till 30,2 ett år efter. Nöjdhet efter ett år var 77 %, en ganska hög siffra som borde jämföras med olika arthrodesingrepp.

**Smärta, rörlighet och kraft
Handledsproteser
(totalt 79 mätningar)**



Figur 55. Medelvärden för smärta, rörlighet och kraft före och efter operation med handledsprotos. Observera att det är få mätningar varför skillnader i resultat kan vara slumpmässiga eller bero på andra faktorer.



DRU-proteser

Totalt fanns i HAKIR 87 registrerade proteser för distala radioulnarleden, en stor majoritet (61) från Malmö. Det fanns inga registrerade DRU-proteser under 2024 och troligen har även dessa proteser utgått ur det svenska sortimentet.

Reoperationer proteskirurgi

Vi har gjort en manuell genomgång av alla reoperationer av patienter som registrerats i det utökade protesformuläret, ett mycket tidskrävande arbete som tyvärr ändå inte gav entydiga resultat. Det var 442 av 1 367 protesopererade patienter som var reopererade, dvs cirka 32 %. Vissa patienter hade reopererats 10 gånger, men vi har bara analyserat den första reoperationen. 140 patienter (32 %) var reopererade inom ett år. Alla reoperationer var förstas inte proteskomplikationer, och i vår genomgång försökte vi ta fram orsaken till reoperationen. Vi fann totalt 25 revisioner av tumbasproteser, varav åtta av äldre modeller (STPI, Elektra, Moovis, Nugrip), tio Swanson trapezium och sju revisioner av Touchproteser.

Touch - proteserna var reviderade mellan 63 och 296 dagar efter den primära operationen (medel 188 dagar), Swanson-trapeziumproteserna efter mellan 188 - 1696 dagar (medel = 2,3 år). Totalt fanns 113 registrerade Touchproteser i det utökade formuläret, men det går inte ännu att räkna ut revisionsfrekvens.

Den vanligaste protesrevisionen var byte av MCP-ledproteser i silikonmaterial, oftast på reumatiska händer (52 operationer), därefter byte av PIP-ledsproteser (20) och handledsproteser (10). Mycket var svårtolkat i datafilen och tyvärr var det i flera fall, pga bristfällig registrering, omöjligt att ens se vilken protes som hade satts in primärt (före införandet av skanningen). Kanske kan vi med en AI-genererad algoritm få ut mer information ur reoperationsfilen, men med en vanlig human hjärna var det alltför svårt.

FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Stora förändringar sker just nu inom handkirurgisk proteskirurgi. Detta är inte alls en så allmän och omfattande verksamhet som inom ortopedin och fortfarande stelopereras många leder istället för att protesförsörjas. Data i HAKIR har präglats av att vissa regionkliniker varit mycket aktiva inom protesområdet, medan andra regionkliniker nästan enbart satt silikonproteser i MCP leder på reumatiker och inga andra ledproteser. Proteskirurgi inom privat vård har tidigare varit ganska ovanlig, men dominerar nu.

Det vi ser nu är dels en allmän minskning av antalet protesmodeller, troligen pga en "utarmning" av sortimentet. Men vi ser samtidigt en kraftig ökning av proteskirurgin vid privata enheter och som tidigare påpekat, ses stor ökning av tumbasproteser, där åtminstone två nya protesmodeller finns tillgängliga. Utvecklingen verkar inte styras så mycket av evidens utan mer av tillgänglighet och kanske av ekonomi. Ett nationellt kvalitetsregister behövs för att hålla koll på vårdkvaliteten.

Det är dock uppenbart att protesregistreringen i HAKIR behöver förbättras. Genom skanningen kan vi nu få in korrekta och kompletta uppgifter om insatt protes, men vi behöver också veta när proteser revideras, dvs tas ut, och varför så skett. Alla möjligheter finns att registrera korrekt i systemet, men så sker inte alltid varför vi inte heller kan få ut tillförlitliga resultat. HAKIR behöver tillsammans med våra registerspecialister på RC-Syd skapa ett system för att få ut revisionsfrekvenser för olika proteser. Vi behöver också hjälp av handkirurgerna med noggrannhet vid protesregistreringarna. Kommer fel data in, så kommer också fel data ut.



Medfödda avvikelser

Medfödda avvikelser inom arm och hand är en viktig diagnosgrupp inom specialiserad handkirurgi och operationer görs vid alla sju regionkliniker. Vanlig diagnoskodning (ICD-10) är ospecifik för denna patientgrupp och sedan 2020 finns därför möjlighet att registrera diagnoser mer detaljerat i HAKIR (formulär 12). Sedan 2021 finns också möjlighet att registrera operationer inom diagnosgruppen (formulär 12a). Tyvärr deltar inte alla regionkliniker ännu i dessa utökade registreringar.

Efter beslut av Socialstyrelsen gäller sedan 1 januari 2025 Nationell Högspecialiserad Vård (NHV) för diagnosgruppen "dysmeli i arm/ben". Dysmeli är ett inte helt specificerat och också lite föråldrat begrepp rent medicinskt, men Socialstyrelsen definierar det som en reduktionsmissbildning. Vad som gäller för övriga medfödda avvikelser är oklart. Dysmeli med Socialstyrelsens definition omfattade endast cirka 5 % av de operationer som fanns registrerade för medfödda avvikelser i HAKIR utifrån diagnoskoder, se nedan. Många av de barn som inte definitionsmässigt har en reduktionsmissbildning har också stora funktionsproblem och behov av multidisciplinär vård.

Nämnden ansåg att förutsättningar för NHV fanns i alla de sökande regionerna, men valde att ge uppdraget till fyra regioner; Stockholm, Västerbotten, Örebro och Västra Götaland. Vi vet i nuläget inte vad beslutet om NHV dysmeli kommer att innebära rent praktiskt för svensk handkirurgi. HAKIR var inte remissinstans i Socialstyrelsens utredning.

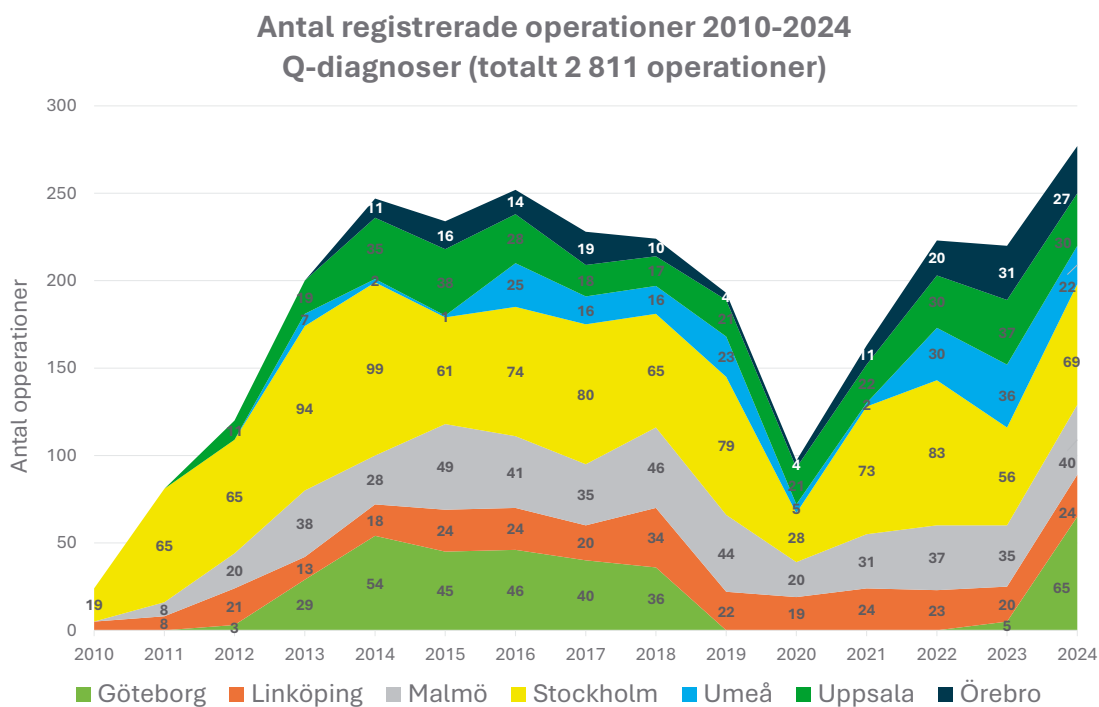
I grundregistreringen i HAKIR fanns sedan start av HAKIR 3 224 operationer med diagnoskod Q00 – Q99 (=Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser). 2 811 var primära ingrepp. Åldrar var mellan 0 och 87 år (!) och 54,4 % var pojkar/män. Medelålder för flickor var 11,2 år och för pojkar 6,9 år. 46 % var två år eller yngre vid operationen och 85 % var under 18 år. För vuxna patienter var de vanligaste diagnoserna poly-syndaktylier, kärlmissbildningar och olika korrigerande skelettingrepp. Neurofibromatos var också förekommande bland de vuxna patienterna, liksom artrogrypos, epidemiolysis bullosa (EBB) och Ehler Danlos (EDS).

Antal operationer för en Q-diagnos per år och enhet fördelade sig enligt figur 56. Det låga antalet operationer under 2020 beror troligen mest på att dessa patienter inte kunde opereras under pandemin.

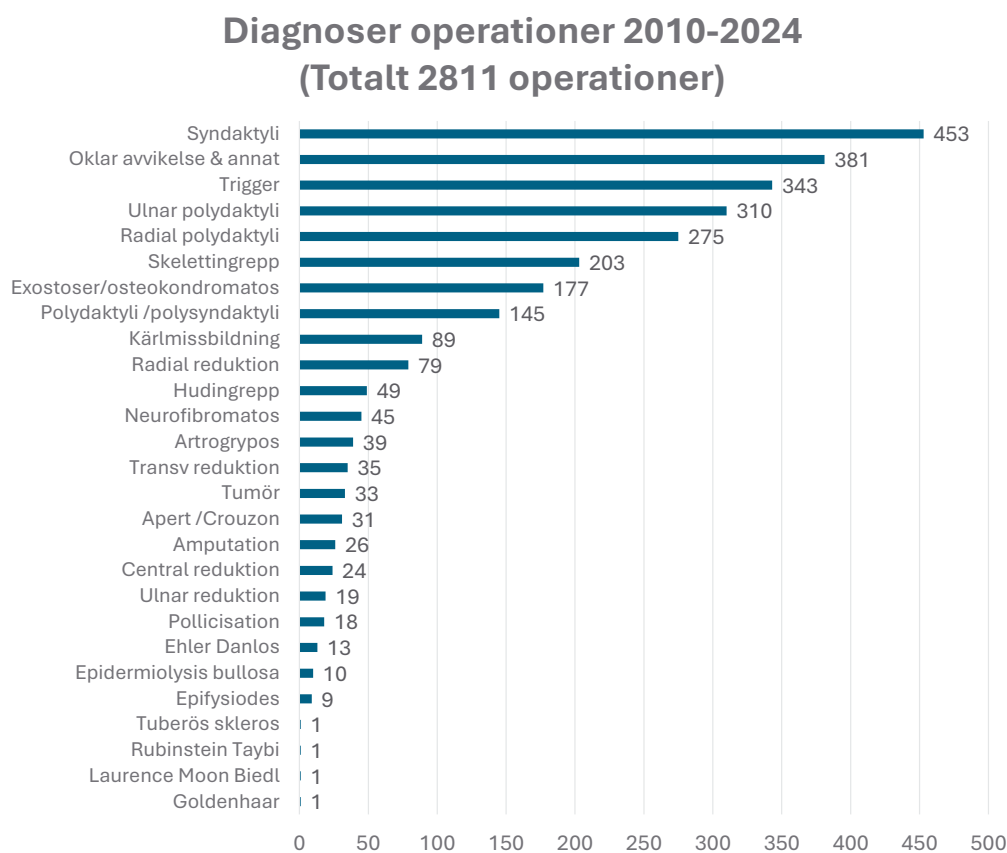
Täckningsgraden var också låg på vissa av klinikerna detta år. Under 2024 var fördelningen mellan regionklinikerna jämnare. Per 10.000 invånare hade Göteborg då högst andel operationer med Q-kod av specialistklinikerna (3,3), följt av Stockholm och Region Mitt (2,7), Umeå (2,4) samt Malmö och Linköping (2,1). Vi följer dessa andelar framöver med tanke på NHV-beslutet.

Som visas i figur 57 så var den vanligaste diagnosen syndaktyli, följt av triggertumme och ulnar och radial polydaktyli. Endast 18 pollicisationer fanns registrerade hittills i HAKIR (Malmö 8, Stockholm 4, Uppsala 3, Örebro 2, Umeå 1), vilket är en för låg siffra. Endast en operation med fri tåtransfer (2013 i Stockholm) var registrerad. Det saknas uppenbart data. Kanske registreras inte operationer på små barn korrekt om de utförs på barnsjukhus? Vi ber alla enheter bevaka så att barnoperationer registreras komplett.

Barn med Apert- eller Crouzondiagnos hade opererats i Göteborg (19) och i Uppsala (10) enligt regionala överenskommelser. Neurofibromatos-patienter var vanligast i Stockholm. Operationer vid exostoser/osteochondromatos var vanligast i Göteborg och Stockholm och kärlmissbildningsoperationer i Stockholm och Uppsala. Stockholm hade opererat många barn med radial polydaktyli. Uppsala hade opererat flest barn med artrogrypos. I Stockholm opereras dessa barn ofta inom barnortopedin på Karolinska sjukhuset och registreras därför inte i HAKIR.



Figur 56. Antal operationer i HAKIR med Q-kod per år och enhet. Observera uppehållet i HAKIR för regionkliniken i Göteborg. 38 operationer från privata enheter finns inte med i figuren.



Figur 57. Huvuddiagnos registrerad vid operationer med Q- kod i grundregistreringen sedan start i HAKIR. Flera kodningar var svårtolkade och det finns säkert t ex fler utförda pollicisationer än vad som visas.



FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Kodning: Vissa diagnos- och åtgärds-koder inom denna patientgrupp är helt ospecifika, t ex Q740 = Andra medfödda missbildningar och NDT99 = Annan operation på handled/hand. Dessa koder bör rimligen endast användas i undantagsfall. Genom att registrera i det utökade formuläret kan vi också skilja på t ex klino- och kamptodaktyli, vilka har samma kod i ICD-10 (Q681= Medfödd deformitet i arm/hand) och på olika reduktionsmissbildningar, t ex symbrachydaktyli och brachydaktyli. Kliniskt är det stor skillnad i behandling för dessa tillstånd.

Vi vill också be att koden Q798 används för triggertumme hos barn, sk kongenital triggertumme, inte M653 (= triggerfinger hos vuxen). Tillståndet hos barn är en helt annan diagnos än triggerfinger hos vuxna. Genesen är okänd, men troligen utvecklingsbetingad.

Några ingrepp av speciellt intresse för uppföljning har en specifik operationskod, t ex pollicisation (NDT69). Om alla använder just den koden så kan vi enklare identifiera dessa operationer. Om vi i framtiden vill ha nytta av registreringar av avvikelser i HAKIR, så behöver alla läkare hjälpa till så att kodning och registrering blir korrekt och komplett. Vi kan inte lägga denna uppgift på andra personalkategorier. Ett annat sätt är att använda det utökade operationsformuläret där vi får med flera detaljer om operationen.

I diagnosformuläret för medfödda avvikelser (HAKIR 12) hade 416 patienter registrerats t o m 2024, 351 i Stockholm (84 %), 40 i Malmö och 25 i Linköping, inga från övriga regionkliniker. I årets rapport beskriver vi inte närmare fördelningen mellan diagnoser, eftersom vi ännu inte har nationell täckning för formuläret.

I det utökade operationsformuläret (HAKIR 12a) hade totalt 223 registreringar gjorts, Stockholm (128), Umeå (37), Uppsala (35), Linköping (20). Inga registreringar från Göteborg och Örebro. Liksom i grundregistreringen var syndaktylioperationer

vanligast följt av operation av ulnara och radiala polydaktylier. När vi samlat mer data kan vi börja jämföra operationstekniker mellan olika enheter, t ex användning av hudtransplantat vid syndaktylidelning, teknik vid pollicisation, val av sena vid opponensplastik, distraktionsbehandling vid radial dysplasi och Apert mm.

Som synes, speglar hittills insamlade data i de båda formulären inte alls den tilltänkta NHV-verksamheten. De sju handkirurgiska regionklinikerna har lite olika profil för den kliniska verksamheten och det finns säkert ett värde av att dela erfarenheter.



FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Varför har vi infört utökade formulär för de medfödda avvikelserna? Diagnoserna är sällsynta och det är svårt för varje klinik att samla tillräcklig erfarenhet. Vi behöver veta mer om de olika diagnoserna för att kunna utveckla vården. Att minska antal enheter från sju till fyra eliminerar inte problemet.

På HAKIR anser vi att kombinationen av små vårdolymer och stora geografiska avstånd löses bäst genom nationell samverkan där vi prestigelöst delar erfarenheter. Möjligheten till sådan samverkan har ökat kraftigt genom den digitala kommunikationen. Våra patienter gynnas av att vi har en öppen dialog och inte inför "revirtänk" mellan enheterna. Vi hoppas att alla handkirurgiska enheter som behandlar barn och vuxna med medfödda avvikelser, med den bredare definition som HAKIR använder, framöver ser nyttan med att gemensamt samla data för nationella diskussioner kring behandlingsmetoder och resultat.

Vi vet att många handkirurger uppfattar OMT-klassifikationen som komplicerad, men det är den som gäller internationellt och ICD-10 kodningen räcker inte. För att underlätta har HAKIR både gjort en plansch och en "lathund" med de vanligaste OMT-koderna, båda finns på hemsidan.

Vårt operationsformulär ser omfattande ut på papper, men är enkelt att fylla i digitalt.

Varför finns inget funktionsformulär för diagnosgruppen? Vi har ett nästan färdigt förslag på uppföljningsformulär som utvecklats tillsammans med en nordisk arbetsgrupp.

Genom detta samarbete skulle vi snabbare kunna samla större material för dessa sällsynta diagnoser.

Orsaken till att uppföljningen inte startat beror på resursbrist både på enheterna och på HAKIR.

Klinikernas rehabenheter har också svårt att klara extra uppföljningar.



Cerebral pares och annan kirurgi vid spastiska tillstånd

I grundregistreringen fanns sedan start av HAKIR 586 operationer med primär diagnos cerebral pares (=G80) och 202 operationer för andra diagnoser där spasticitet är vanlig, t ex resttillstånd efter stroke eller neurologiska sjukdomar.

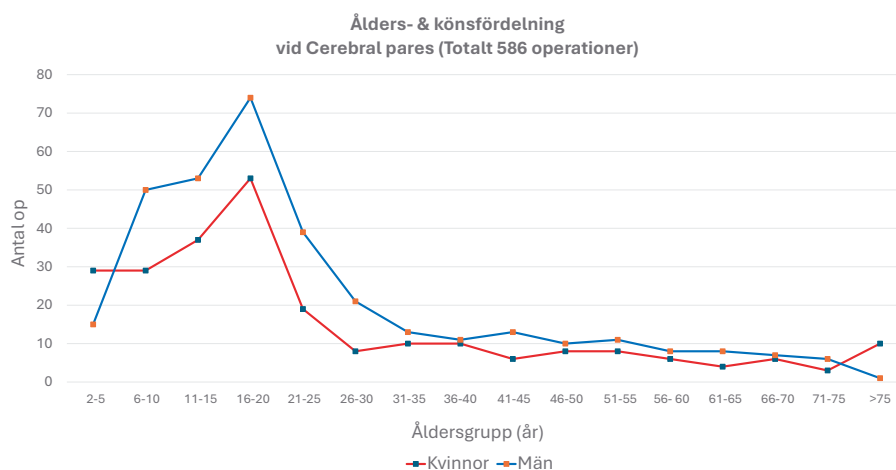
	Göteborg		Linköping		Malmö		Stockholm		Umeå		Uppsala		Örebro		Alla regionkliniker	
Diagnosgrupp	Totalt	2024	Totalt	2024	Totalt	2024	Totalt	2024	Totalt	2024	Totalt	2024	Totalt	2024	Totalt	2024
Cerebral pares	109	16	96	5	78	11	81	0	98	9	65	8	58	11	585	60
Annan spastikerkirurgi (t ex stroke, demens)	13	3	26	0	5	0	95	14	55	11	3	0	5	2	202	30

Tabell 8. Antal registrerade operationer med primär diagnos cerebral pares respektive andra spasticitetstillstånd, enligt angiven definition i texten. Totalt antal registreringar i HAKIR sedan start 2010, samt under 2024. Ett ingrepp registrerat på HandCenter Öresund är inte med i tabellen.

I tabell 8 visas antal operationer i grundregistreringen för diagnosen cerebral pares (CP, G80) respektive vid andra spastiska tillstånd. Den senare definitionen är lite oklar, vi har utgått från diagnoskoderna för resttillstånd efter stroke (I698) och hemipares (G819, G811). Vi ser att liknande antal operationer för CP totalt har registrerats på enheterna, Undantag är Göteborg som pga bortvaro från HAKIR 2019-2022 troligen har opererat betydligt fler patienter än de har registrerat under perioden. Under 2024 hade regionklinikerna registrerat totalt 60 operationer med diagnos cerebral pares, inga i Stockholm och flest i Göteborg (16). För annan spastikerkirurgi hade Stockholm och Umeå registrerat flest operationer under 2024, 14 respektive 11, se tabell 8.

Troligen är antalet operationer högre, det kan finnas problem med kodningen.

I gruppen cerebral pares var medelålder vid operation 24,9 (2 - 91) år, men det var en stor topp i åldersfördelningen mellan 11 - 20 år, se figur 58. 46 % hade blivit opererade före 18 års ålder. Av 123 ingrepp före 10 års ålder visade sig 40 (32 %) vara injektioner av botulinumtoxin. Dessa bör egentligen inte registreras i HAKIR, men eftersom injektionerna gjorts på en operationsavdelning har registrering ändå gjorts. Data är svårtolkade då oftast flera olika ingrepp, som release, transfer och artrodes hade gjorts samtidigt, särskilt på patienter över 10 år. Det är än så länge få operationer, men data antyder att sentransfers oftare görs efter avslutad längdtillväxt.



Figur 58. Ålders- och könsfördelning för operationer i grundregistreringen med huvuddiagnos cerebral pares 2010 - 2024, totalt 586 operationer. I data finns en del botulinumtoxininjektioner med, se ovan.

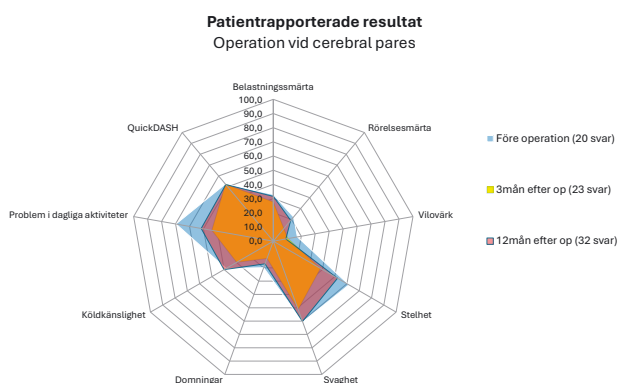


FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

I en studie av Patterson et al 2010 visades att 12 av 25 sentransfereringar vid CP ledde till sekundära deformiteter genom att transfereringen med tiden blivit alltför stram. I en majoritet av dessa fall (9 av 12) hade operationen gjorts före avslutad längdtillväxt (13 års ålder). Timing av olika operativa ingrepp vid CP är viktig och med tiden kommer vi i HAKIR att kunna ta fram reoperationsfrekvens efter sentransfers i olika åldrar, förutsatt att operationer och reoperationer registreras korrekt.

En forskningsstudie med sammanläggning av registerdata i HAKIR och i Uppföljningsprogrammet för CP (CPUP) startades under 2025 och kommer att ge oss mer information om regionala skillnader för operativ behandling inom övre extremiteterna vid CP, se även forskningsavsnittet sidan 69.

Vi har egentligen inte tillräckligt många enkätsvar ännu för att kunna visa patientrapporterade resultat efter CP-kirurgi, men i figur 59 kan man ändå se vilken symptomprofil dessa patienter kan ha. Värk och smärta rapporteras lågt och man ser viss förbättring av upplevd handfunktion (HQ-8 #8) redan efter 3 månader, men ingen förändring i QuickDASH. Nöjdhet med operationsresultatet efter ett år var 66 %. Troligen fångar vi inte upp alla relevanta aspekter för denna diagnosgrupp, t ex upplevelse av utseendet på armen eller förbättringar för specifika aktiviteter. Ett mer individanpassat måluppfyllelseinstrument, t ex COPM, skulle behövas för att visa värdet av kirurgin.

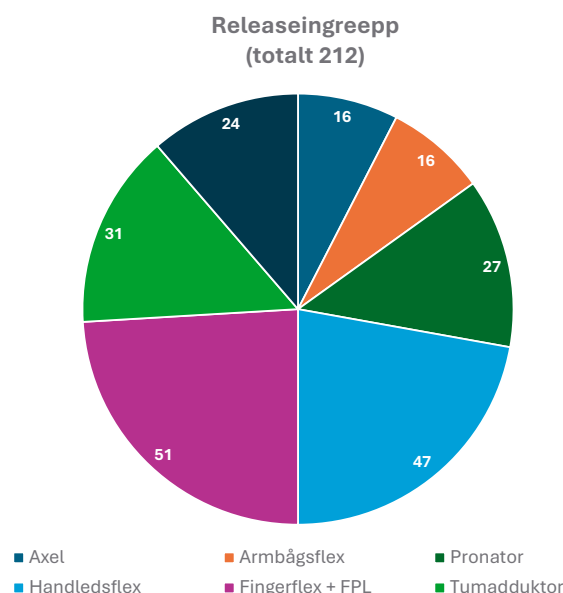


Figur 59. Medelvärden för enkätsvar före och efter operation för patienter över 13 år med huvuddiagnos cerebral pares. Observera att det är få svar.

Vi har även infört ett utökat formulär för cerebral pares (HAKIR 11) sedan 2013. I detta fanns 127 operationer, med stor majoritet registrerade i Umeå med 100 ingrepp (79 %), 16 operationer i Stockholm, 9 i Linköping och 2 i Uppsala. 40 % av patienterna från Umeå var över 20 år, men inga från de övriga klinikerna. Inga registreringar från Göteborg, Malmö eller Örebro.

Vanligaste indikation för ingreppet var att förbättra grovmotorik och positionering (37 %), därefter att förbättra utseendet på arm/hand (25 %) och att förbättra hygien eller minska smärta (20 %). Att förbättra aktiv handfunktion var indikation i endast 17 %, men vid många operationer fanns flera indikationer. Case-mix har naturligtvis haft stor inverkan på dessa andelar och många av Umeå-patienterna var äldre och hade grava funktionsnedsättningar.

Muskel-senförlängningar (release) var vanliga ingrepp, andelen för olika leder visas i figur 60. 47 operationer var perifera neurtomier, 45 i Umeå och två i Stockholm.



Figur 60. Antal releaseingrepp per led vid operationer registrerade i utökat formulär för CP (HAKIR 11). Observera att flera releaser ofta gjorts vid samma operation, formuläret driftsattes 2013.



Av de 127 patienterna registrerade i det utökade formuläret fanns uppgift om deltagande i CPUP för 70 patienter (55 %), medan 8 inte deltog och för 49 (38 %) var det okänt om de var med eller inte.

Det är tråkigt att kommunikationen mellan mellan HAKIR och CPUP (och kanske också mellan habilitering och handkirurgi?) inte tycks fungera optimalt överallt. Vi skulle önska att registren var länkade på något klokt sätt, men i nuläget är detta inte lagligt.

FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG

Handkirurgi är en viktig, men ofta inte så uppmärksammas del av vården för barn med CP. HAKIR har förståelse för om de handkirurgiska enheterna ännu inte kan registrera standardiserade utfallsmått för kirurgi vid cerebral pares. Fortfarande finns dock inte full konsensus för när, eller kanske inte ens om, handkirurgi ger värde för patienter med CP. Vi vet inte heller vilka ingrepp som mest effektivt minskar olika problem som dessa patienter har. Publicerade studier omfattar ofta ganska få patienter och ett register kunde bidra mycket kunskapsmässigt även för att analysera regionala skillnader i vården. Att registrera vilken kirurgi som utförts i det utökade formuläret borde inte vara så arbetskrävande för handkirurgerna och vi hoppas att fler enheter vill börja registrera sina ingrepp.

I en åldrande befolkning ökar antal operationer av patienter med spastiska tillstånd orsakade av stroke, neurologiska sjukdomar och demens. Riksstroke är ett välfungerande kvalitetsregister, men i nuläget finns inget samarbete med HAKIR kring handkirurgi för dessa patienter. Rent allmänt är intrycket att handkirurger konsulteras först när svåra kontrakturer i arm och hand har uppstått.

Handkirurgin skulle troligen göra större nytta för patienterna om handkirurgerna kunde bedöma dem tidigare efter att de fått sin stroke. Man kan också misstänka att det finns stora regionala skillnader i vården.

Om resurser fanns att tillgå skulle HAKIR välkomna ett samarbete med Riksstroke.



Plexus brachialisskador

Plexus brachialis-nervskador ingår i nationell högspecialiserad vård med centralisering till Stockholm och Umeå. Två mycket olika patientgrupper ingår i diagnosgruppen, dels barn med plexusskador som uppstått i samband med förlossningen och dels traumatiska plexusskador. Båda skadetyperna registreras och följs upp i HAKIR.

Plexusteamen rapporterar regelbundet resultat och statistik till Socialstyrelsen. Sedan 2024 pågår också en stor vetenskaplig studie bestående både av uppföljningsenkäter och en så kallad fokusgruppstudie för patienter med traumatiska plexusskador. Publikation planeras under 2025.

FÖDELSERELATERADE PLEXUSSKADOR

Som ses i tabell 9 så görs endast 1 - 3 primära nervrekonstruktioner pga födelserelaterad plexusskada varje år i Sverige. Vi ser varken tendens till ökning eller minskning i antal. Däremot bedöms årligen mellan 40 och 50 barn med den här typen av skador av plexusteamen, och ett trettiotal barn genomgår någon form av sekundärkirurgi. Antalen varierar något mellan de två enheterna över åren, och det förefaller som om omfattningen av sekundärkirurgin har ökat i Umeå under de senaste åren. Vi vet inte om ökningen beror på förändrade indikationer eller ett ökat inflöde.

Samtliga barn som genomgick primär kirurgi var alla under 1 år, med undantag för en sannolikt felregistrerad vuxen patient från Stockholm som förekom i filen. Möjligen opererades barnen i Umeå något

tidigare, i medel vid 4,2 månader (median 3,6) mot 4,6 månader (median 4,8) i Stockholm. Nio avulsjoner (C7-roten vanligast) och 31 rupturer (C5-C6) hade registrerats för 15 operationer. För närmare beskrivning av ingreppen får vi hänvisa till plexuskirurgerna.

Ålder vid sekundärkirurgi för födelserelaterad plexusskada var mellan 0 och 69 år, medel 12 (median 10) år. En stor majoritet av operationerna (78 %) var axelingrepp, release och rotationsosteotomier, därefter handledsingrepp (t ex artrodes, sentransfers) och underarmsingrepp (t ex pronerande osteotomi).

Patientrapporterade resultat

Vi vill igen påpeka att HAKIRs symptomenkät (PROM) går ut även till ungdomar 13 - 18 år och i denna åldersgrupp finns många av de sekundära ingreppen vid födelserelaterad plexusskada. Vår nya upplevelseenkät (PREM) går sedan 2024 ut till alla åldersgrupper, även till små barn (då till vårdnadshavaren). I årsrapportfilen för 2024 fanns dock mycket få enkätsvar registrerade. Om vårdgivarna vill följa resultaten av plexuskirurgin bör patienter och vårdnadshavare påminnas om vikten att fylla i enkäterna före och efter operation.

	Stockholm			Umeå			Totalt		
	Basdata	Primärkir	Sekundärkir	Basdata	Primärkir	Sekundärkir	Basdata	Primärkir	Sekundärkir
2016	1						1	0	0
2017		1	1			3	0	1	4
2018	28	3	16	14		18	42	3	34
2019	21		3	26	1	19	47	1	22
2020	28	2	5	17	1	20	45	3	25
2021	20	1	9	22		30	42	1	39
2022	18		18	10	1	23	28	1	41
2023	9	1	12	27	2	26	36	3	38
2024	26	1	9	25	2	11	51	3	20
Totalt	151	9	73	141	7	150	292	16	223

Tabell 9. Antal formulär per år för födelserelaterade plexusskador. Basdata för två barn från Malmö var också registrerade, men finns inte med i tabellen.



Funktionsuppföljning

I slutet av 2024 gick ett nytt formulär i HAKIR i drift, Funktionsformulär sekundärkirurgi (I3b2) för födelse-relaterade plexusskador. Formuläret utvecklades av plexusteamen i samarbete med HAKIR. Data fylls i före och ett år efter operation, men hittills hade endast 6 st preoperativa formulär registrerats, varför

vi inte redovisar resultat ännu. Formuläret omfattar rörelsemätningar i axel, armbåge och handled samt sk Mallet-score och självskattningsscore för hand-armfunktion (BPOM) och en smärtskattning. Vi hoppas och tror att data kan ge viktig information kring resultaten.

	Stockholm			Umeå			Totalt		
	Grunddata	Primärkir	Sekundärkir	Grunddata	Primärkir	Sekundärkir	Grunddata	Primärkir	Sekundärkir
2017				1			1		
2018	6	7	5	14	5	1	20	12	6
2019	38	6	3	13	3	1	51	9	4
2020	41	6	1	15	4	6	56	10	7
2021	47	10	2	21	2	6	68	12	8
2022	42	10	6	31	10	17	73	20	23
2023	51	8	6	28	7	12	79	15	18
2024	52	12	5	38	3	8	90	15	13
Totalt	277	59	28	161	34	51	438	93	79

Tabell 10. Antal formulär per år för traumatiska plexusskador.

TRAUMATISKA PLEXUSSKADOR

Tabell 10 visar antal formulär för patienter med traumatisk plexusskada. För traumatiska plexusskador var primär- och sekundärkirurgi nästan lika vanligt, i medel 12 ingrepp vardera per år. I 44 % hade skadorna uppkommit efter "lågenergivåld", t ex fall i samma plan, och i 38 % efter högenergivåld eller penetrerade skada.

Ålder i gruppen som undersökts med basdata var i medel 56,1 (15 - 92) år och andelen män 62 %. I gruppen som hade genomgått primärkirurgi var 82 % män och ålder i medel 38,7 (3 - 83) år där kvinnorna var betydligt äldre än männen. För sekundärkirurgi var ålder i medel 43,6 (7 - 78) år och 72 % män. Även här var de kvinnor som opererats betydligt äldre än männen.

För supraklavikulära skador var rupturer vanligast för C5-C6 rötterna och avulsioner för C7 och nedåt. Liksom för de födelserelaterade skadorna finns nu mycket operationsdata att analysera.

Patientrapporterade resultat

Vi har i nuläget endast ett fåtal enkätsvar (6st) för patienter med traumatisk plexusskada ett år efter operation. De patienter som svarat anger ett högt värde (60) för problem i dagliga aktiviteter (HQ-8 #8), men en ganska låg score i QuickDASH (30). Skillnaden kan kanske bero på att skadorna endast drabbar ena sidan och många aktiviteter i QuickDASH kan utföras med den oskadade armen/handen? Mycket hög score anges för vilovärk (45) och för svaghet (70) och stelhet (55). För de patienter som har svarat, ser vi tyvärr ingen förbättring mellan tre och tolv månader efter operation. Nöjdhet med operationsresultatet var ändå 70 % och nöjdhet med bemötandet under vårdtiden 90 %, ett gott betyg för vårdgivarna.

Funktionsuppföljning

HAKIR har tillsammans med plexusteamen färdigställt ett formulär för instrumentet BrAT (Brachial Assessment Tool) som är validerat för patienter med traumatisk plexusskada och även översatt till svenska. Vi hoppas kunna lägga in BrAT i HAKIR senare under 2025. Planen är att data först skall fyllas i på papper och sedan läggas in i HAKIR av personal.



Vad säger data?

Traumatiska plexusskador utgör ingen homogen patientgrupp. Dels finns en grupp yngre patienter, där majoriteten är män, som drabbats av högenergiskador – exempelvis i samband med trafikolyckor eller penetrerande våld. Dels finns en stor grupp som fått plexuspåverkan efter mer lågenergetiskt våld, till exempel efter ett fall och en axelledsluxation. I den senare gruppen är andelen kvinnor klart högre och färre genomgår primär eller sekundär kirurgi. Den stora enkätstudie som snart skall publiceras visar att även patienter i lågenergigruppen ofta har långvariga problem av smärta och funktionsnedsättning och de verkar också ha fått mindre intensiv rehabilitering efter sin skada. Kanske borde vården lägga mer fokus på tidig behandling även av dessa skador.

CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE (COPM)

Detta arbetsterapeutiska utvärderingsinstrument finns inlagt i HAKIR sedan hösten 2021 och kan användas för många olika diagnoser. COPM är 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 kliniskt relevant. Eftersom det är ganska tidskrävande att samla in data

så kan det rimligen inte göras för mer akuta diagnoser utan passar bäst för diagnoser med långvarig funktionspåverkan.

Hittills hade 147 formulär registrerats, 88 från Stockholm och 57 från Umeå med ungefär samma antal varje år sedan start. Diagnoser var födelserelaterad plexusskada (56), traumatisk plexusskada (31) och andra diagnoser (60), framförallt proteskirurgi.

Varför visas inga COPM data i denna rapport?

I de två senaste årsrapporterna för 2022 och 2023 har vi manuellt tagit fram och grafiskt redovisat resultaten från COPM bedömningarna, men vi har egentligen inte fått någon återkoppling från enheterna kring värdet av detta. På grund av tidsbrist har vi därför inte prioriterat COPM - grafer i år.

Skapandet av automatiska utdatarapporter står högt upp i HAKIRs prioritetslista för IT-utvecklingsarbetet med RC Syd och när sådana rapporter finns på plats blir det betydligt enklare att återkoppla resultaten till enheterna. Arbetet hade kunnat gå snabbare om mer anslag gavs för registerarbete. Vi uppmanar de handkirurgiska enheterna att använda COPM eftersom instrumentet visar resultat för de aktiviteter som patienten själv bedömt som viktigast att uppnå med en operation, inte bara det som vårdgivaren tycker är viktigt.



HAKIRs rehabiliteringsnätverk

I HAKIRs rehabiliteringsnätverk ingår representanter från alla anslutna enheter med egen rehabiliteringsresurs. Nätverket är en viktig samarbetsplattform och träffas alltid i samband med de årliga HAKIR-dagarna.

Under året har vi haft flera viktiga fokusområden:

Nervskador i handledsnivå

Vi har arbetat intensivt med vårt funktionsuppföljningsformulär för nervskador i handledsnivå. I början av året driftsattes formulär 4a och 4b – Nervskada handledsnivå. Formuläret används nu av samtliga regionenheter som deltar i den utökade registreringen. Under året reviderades även nervmanualen något, då den svenska och engelska versionen tidigare inte riktigt överensstämde. Den uppdaterade manualen finns tillgänglig för nedladdning på hemsidan.

[Nervmanual-sv-VI-2025.pdf](#)

Tumbaskirurgi

För att möjliggöra en mer detaljerad uppföljning av kirurgi i tumbasleden och jämförelse mellan proteskirurgi och interpositionsplastiker, flyttades funktionsdelen för proteskirurgi i tummen från formulär 6b Proteskirurgi till 5b Tumbaskirurgi. I 5b är det fler funktionsvariabler än i 6b vilket vi hoppas ska ge en mer komplett bild.

Födelserelaterade plexusskador

Formulär 13b2 – Plexusskada, födelserelaterad funktionsformulär för sekundärkirurgi driftsattes under 2024 och fungerar väl. Formuläret används framför allt av plexusteamen i Umeå och Stockholm.

Registerrandomiserad studie (RRCT) – tumsensskador: en banbrytande studie

Under hösten inledde vi arbetet med att ta fram ett gemensamt rehabiliteringsprogram och tillhörande informationsmaterial kopplat till vårt forskningsprojekt RRCT – FPL. Studien är en registerbaserad, randomiserad klinisk prövning som syftar till att utvärdera effekten av olika rehabiliteringsmetoder efter reparation av tummens långa böjsena. Vi undersöker om en något mindre aktiv rehabilitering tidigt efter att senan sytts kan minska risken för ruptur utan att i för stor utsträckning påverka rörligheten negativt.

Detta är HAKIRs första studie med denna högt rankade forskningsmetod och sannolikt världens första RRCT inom handkirurgi – extra spännande för reahnätverket eftersom frågeställningen är rehabiliteringsrelaterad.

Arbetet i gruppen har lett till många insiktsfulla diskussioner. Trots att Sverige är ett litet land och vi ofta antar att vi erbjuder lika vård, har det visat sig att behandlingsmetoderna varierar. Genom detta projekt har vi kunnat kalibrera våra rutiner och enats om ett gemensamt rehabiliteringsprogram, checklistor och informationsmaterial. Det har varit mycket givande att vara så delaktiga i planeringen av en vetenskaplig studie. Materialet finns nu publicerat på hemsidan [Dokument RRCT FPL – HAKIR – Handkirurgiskt kvalitetsregister](#).

Studien startade 1 maj 2025 och fem av våra sju regionenheter deltar från start, Göteborg och Malmö avvaktar. För att vården i riket ska vara jämlik och kunskapsbaserad krävs fortsatt samverkan mellan alla regioner – ett arbete vi gärna är delaktiga i och driver vidare.





Registerforskning

Forskning på registerdata är ett viktigt sätt både för att sprida insamlade resultat från registret och för att ta fram evidens för, eller emot olika behandlingar. Vi har nu mycket data i HAKIR och forskning har kommit igång fint i nästan alla delar av landet. Vi är både stolta och glada över att världens första Register-Randomiserade studie (RRCT) inom handkirurgi nu har startat och hoppas på fler sådana studier kommande år. Fortfarande finns mycket att utforska och nedan ges några tips / idéer om vad som kunde vara intressant att undersöka närmare.

Genom bytet av CPUA 2025 så gäller lite andra regler för datauttag för forskning, vi ber alla forskare att gå igenom vårt flödesschema på hemsidan - Flödesschema-datauttag-2025.pdf, innan ni skickar in etikansökan. Efter etikgodkännande görs en så kallad menprövning (KVB) av Region Skåne innan data kan lämnas ut. Det är oftast en snabb process, men kostar i nuläget 5000 kr. Observera att vi uppskattar om HAKIR nämns i alla publikationer och att ni skickar dessa till oss för presentation på hemsidan.

Publicerade artiklar under 2024

Två artiklar med data från HAKIR publicerades under 2024, båda finns som pdf att läsa på vår hemsida.

- Long-term subjective and objective outcomes after digital nerve repair: a cohort study.

I arbetet av leg arbetsterapeut Linda Evertsson och medarbetare användes HAKIR-data för att identifiera 86 patienter som 3 – 10 år tidigare hade opererats för en digitalnervskada på Handkirurgiska kliniken i Stockholm. Såväl känsel som handfunktion och symptom undersöktes med ett flertal metoder. Studien ingår i Lindas doktorandprojekt och disputation planeras i november 2025, det blir den sjätte avhandlingen med registerstudier från HAKIR. Ett viktigt fynd var att alla patienter utom en hade återfått beröringskänsl utvärderat med Semmes Weinsteins monofilament och 76 % hade en s2PD på <10mm. Värdet av att alls sy digitalnervskador har nyligen ifrågasatts och vi vet förstås inte vilken känsel patienterna hade fått om sutur inte hade utförts. En pågående randomiserad studie i Stockholm kommer förhoppningsvis att kunna besvara detta inom några år. Ett annat fynd var att det inte var någon skillnad i känsel för patienter som hade skadat de mer exponerade känselytorna i tumme, pek- och lillfinger jämfört med de som skadat de centrala fingrarna.

Många patienter besvärades av köldkänslighet och nästan hälften av patienterna uppfyllde kriterierna för neuropatisk smärta. Det är nog inte allmänt känt att även skador på dessa små nerver kan ge långvariga och invalidiserande symptom. Handkirurgen bör säkert följa upp och uppmärksamma dessa skador mer än vad som oftast görs.

- Range of Motion Following Flexor Tendon Repair: Comparing Active Flexion and Extension With Passive Flexion Using Rubber Bands Followed by Active Extension.

Arbetet från Linköping av Markus Renberg och medarbetare ingår också i ett avhandlingsarbete med HAKIR data. Här jämfördes aktiv fingerrörlighet tre och tolv månader efter böjsenskada mellan två olika rehabiliteringsmetoder, tidig aktiv rörelseträning och sk Kleinert-metod, där fingret böjs med ett gummiband och patienten endast får sträcka aktivt de första veckorna. Syftet med den senare metoden är att skydda den nyligen sydda böjsenan mer under den tidiga läkningsfasen. Studien omfattade ett mycket stort material, 585 patienter vid tre månader och 395 efter ett år och visade inga statistiska skillnader i rörlighet mellan grupperna. Tidig aktiv mobilisering dominerar numera i Sverige, se avsnittet om böjsenskador, sidan 42 och konsensus verkar finnas att detta är den bästa rehabiliteringsmetoden för fingersenskador (FDP). För tumsenor (FPL) är rupturrisken högre och det är bakgrunden till den RRCT som startat under våren 2025, se nästa sida.



Pågående och planerade registerstudier

Förutom de nedan redovisade studierna så fortsätter en antal studier som påbörjades under 2023 och redovisades i förra årsrapporten.

- Mattias Rydberg (Malmö) disputerade 2023 på en avhandling med titeln The Diabetic Hand och fortsätter nu med ytterligare ett arbete om trigger fingrar och diabetes där han vill undersöka om god blodsockerreglering är avgörande för ett gott resultat av senskideklyvning.
- Marcus Renberg (Linköping) skall studera vidare kring faktorer som kan påverka patienternas nöjdhet och upplevd stelhet efter böjsenskada, t.ex. kön, ålder och skadat finger.
- Emelie Björkholm Littorell och medarbetare i Örebro, Malmö och Stockholm studerar data på opererade metakarpalfrakturet, framför allt avseende operationsmetoder och patientrapporterade resultat.
- Hanna Frost (Malmö) och medarbetare i Lund och Halmstad har samkört data från HAKIR med data från Uppföljningsprogrammet för Cerebral Pares (CPUP) bland annat för att kartlägga samstämmigheten mellan de två registren, förekomsten av handkirurgi för barn med CP i olika delar av landet och val av operationsmetoder för barn i olika åldrar, med olika subtyper av CP och med olika nivå av funktionsnedsättning.
- Marcus Sagerfors planerar i samarbete med medarbetare på Arbetsmedicin i Örebro att studera resultat av karpaltunnelklyvning hos patienter med yrkesmässig vibrationsexposition. I en första delstudie skall data från HAKIR tas fram för patienter som behandlats på Arbetsmedicin för vibrationsskador och patientrapporterade resultat jämföras med patienter som inte varit vibrationsexponerade. I en andra delstudie skall yrkeskoder inhämtas från SCB och med hjälp av sk Job-Exposure Matrix (JEM) skall grad av vibrationsexponering relateras till resultat för karpaltunnelklyvningar i HAKIR-databasen.
- I maj 2025 startade vår första Register-Randomiserade studie (RRCT) i HAKIR. Maria Wilcke i Stockholm är huvudansvarig forskare. Studiemodellen utvecklades ursprungligen inom Swedeheart och har visat sig effektiv för att snabbt och kostnadseffektivt ta fram evidens kring olika behandlingar inom kardiologi. Genom att randomisera patienter direkt i kvalitetsregistret och följa upp inom samma system minskas både arbetsinsats och kostnader. HAKIR började planera för att göra en RRCT redan för några år sedan och det har varit en

lång process att få allt på plats. Glädjande nog verkar det finnas stort intresse runt om i landet för studiemodellen och hela planeringen har gjorts i nationella interprofessionella arbetsgrupper. I en RRCT måste behandlingsalternativen vara tydliga med en enkel frågeställning och utfallsmåtten helst bara ja/nej.

Efter noggrant övervägande, föreslog vi till sist att starta med en studie av böjsenskador i tummar (FPL) där vi i HAKIR noterat en minst dubbelt så hög rupturfrekvens som för fingersenor. Patienter lottas till antingen gips eller tidig aktiv rörelseträning de första fyra veckorna efter operation, därefter samma rehabilitering. Huvudsakligt utfallsmått är andel rupturer, men även rörlighet och patientrapporterade resultat analyseras. Vi bedömde att båda behandlingsalternativen var säkra och väl etablerade, men ändå var det inte möjligt att från start få med alla regionkliniker i studien. På Malmö-kliniken anser man att tidig aktiv mobilisering är överlägset och man önskar därför i nuläget inte delta. I Göteborg har man ännu inte fått funktionsuppföljningen i HAKIR på plats. Vi hoppas att de båda klinikerna ansluter senare. Övriga fem regionkliniker är med i studien som troligen kommer att pågå i minst 5 - 6 år eftersom antalet FPL skador är ganska lågt.

Annika Elmstedt, HAKIRs nationella koordinator, har samordnat arbetet med formulär, rutiner och rehabprogram. RC Syd har tagit fram en särskild randomiseringsfunktion. Vi hoppas att data nu börjar samlas in på enheterna.

- Non-responder-studie. Det är erkänt svårt att få bra svarsfrekvens vid massutskick av webenkäter och i HAKIR har svarsfrekvensen varierat mellan 28,3 % under pandemin till 50,2 % hittills under 2025. Vi vet att unga personer, speciellt män har låg svarsfrekvens och äldre personer högre, men vi behöver veta mer om orsaker till att man inte svarar och även, med extra insatser, försöka få svar från de grupper som inte svarat för att få veta om våra enkätsvar är representativa för diagnosgruppen. Av denna anledning skall vi i en studie som skall starta hösten 2025 spåra de patienter som inte svarat och fråga om vi kan få kontakta dem per telefon. Etikansökan för studien är klart och under sommaren skall specifika utdatarapporter skapas i plattformen för att kunna identifiera "non-responders". Resultaten i studien är viktiga generellt för HAKIR och även för alla som planerar registerstudier.



Kommande registerstudier?

- Vi har mycket enkätdata för vanliga och väl definierade diagnoser inom dagkirurgi, som t ex senskideaftäckningar, ganglion, nerventrapments och Dupuytrens kontraktur.

- Varför ser vi en så tydlig bifasisk åldersfördelning för operationer av Mb de Quervain för kvinnor? Går det att korrelera till graviditeter och klimakterium, eller finns andra orsaker? Är resultaten lika goda för alla åldersgrupper? Hur vanliga är komplikationer, t ex senluxation och neurom?

- Att närmare analysera resultaten av t ex ulnaris- och höga medianusneurolyser tycks angeläget eftersom resultaten inte upplevs så bra av många patienter. Vilka patientgrupper blir hjälpta av ingreppen (ålder, kön etc)?

- Artroskopisk behandling av ganglier och nerventrapments kanske borde studeras också?

- Introduceras ett nytt kollagenas för Dupuytren borde en nationell RRCT mellan nålbehandling och kollagenas vara intressant.

- Tumbasartros – att jämföra de traditionella operationsmetoderna med trapezektomi (med eller utan senplastik) med den allt vanligare proteskirurgin vore viktigt. Som nämnts, har en nationell arbetsgrupp börjat planera för sådana studier. En RRCT som lottar mellan protes och trapezektomi vore det mest intressanta, men kräver också mest planering och resurser.

- Reoperationer efter trapezektomier vore intressanta att studera närmare, vilka patienter får smärtsam instabilitet och hur vanligt är det? Är det vanligare efter enkel trapezektomi än efter senplastik?

- Jämförande studie mellan patienter som replanterat ett finger och sådana som endast fått en revision av amputationsstumpen efter skadan. Vi har många enkätsvar, men arbete måste läggas ner för att sortera fram rätt patientgrupper. Troligen behövs journalgranskning.

- Tid från skada till operation. Vi har ju sett att prioritering av akuta handskador skiljer sig mycket i landet. Har detta någon betydelse för resultaten t ex vid reparation av nerver och sensor eller vid frakturkirurgi? Vilka tidsgränser är viktiga? Ökar risken för komplikationer vid fördröjning?

- Anestesimetoder - vi har sett en stor variation mellan enheterna och det vore intressant att undersöka patienternas erfarenheter av olika val av bedövningsform.

- Postoperativ smärtlindring – i PREM enkätsvaren kan vi få fram patienternas upplevelser. Kompletterande uppgifter om läkemedelsförskrivning / lokala rutiner vid olika typer av ingrepp kan ge oss underlag för riktlinjer som kanske kan vara till nytta nationellt.

- Rökning – vi har nu många enkätsvar om rökvanor och det vore intressant att studera om rökning kan påverka operationsresultaten – kanske vad gäller frakturkirurgi, senläkning, fasciektomier och även andra diagnoser. Finns evidens för rökstopp inför vissa ingrepp?

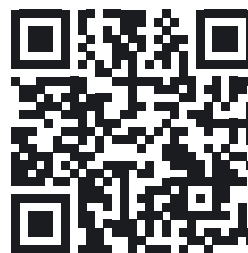
- Köldkänslighet efter handoperationer. Vi ser i HAKIR data att detta är ett mycket stort problem för handkirurgiska patienter, framförallt efter nervskador. Registerhållaren planerar en studie tillsammans med docent Elisabeth Ekstrand på handkirurgen i Malmö.

- Samkörning med anestesiregistret (SPOR) - en sådan studie planerades efter pandemin för att studera hur denna hade påverkat svensk handkirurgi. Etikansökan blev godkänd, men tyvärr blev studien aldrig genomförd. I SPOR kan vi dels validera våra "manuella" registreringar t ex av kodningen i HAKIR och det finns flera variabler som vore intressanta för handkirurgin, väntetider, operationsprioritering, knivtider och mer detaljer om anestesimetoder.

Detta är bara några uppslag, det finns mycket mer att studera, så hör av er till oss på HAKIR om ni har idéer om intressanta projekt så kan vi tala om hur mycket data som finns.

Samtliga publikationer med HAKIR-data och information om forskningen finner ni på vår hemsida.

[*Forskning – HAKIR – Handkirurgiskt kvalitetsregister*](#)





Sammanfattning

HAKIR är ett komplext och ambitiöst kvalitetsregister som nu varit i drift i 15 år. Vi försöker täcka in hela handkirurgin, en specialitet som omfattar ett stort spektrum av diagnoser för patienter i alla åldrar från nyfödda barn till gamla personer och också många olika behandlingsmetoder. Kännetecknande för handkirurgi, och en av specialitetens styrkor, är att vi arbetar i team med alla professioner runt patienten och att vi följer upp resultat från diagnos till avslutad behandling och rehabilitering. Att definiera kvalitetsmått för denna vård är inte enkelt, men vi arbetar vidare för att både kunna fånga de aspekter av vården som är viktigast för patienten och de process- och resultatmått som gör vården effektiv, säker och jämlik.

Stora förändringar sker just nu inom kvalitetsregistervärlden och när denna rapport skrivs våren 2025 vet vi inte vart de olika initiativen kommer att leda. Nedan listas några av de förändringar som är på gång.

1. Minska antalet centrala personuppgiftsansvariga myndigheter (CPUA).

Antalet skall minska från tolv till sex CPUA-myndigheter, en per sjukvårdsregion. HAKIR flyttade därför 1 januari 2025 från Södersjukhuset AB till Region Skåne. Vi är nöjda med detta eftersom vår registerplattform finns på Registercentrum Syd och vi har redan nära kontakt med den person som är delegerad som CPUA, nämligen chefen på RC Syd. Vi känner att vi har en bra dialog och hoppas på ett fortsatt gott samarbete.

2. Öka ansvaret för CPUA - myndigheterna.

Sedan tidigare gäller att ekonomi och juridiskt ansvar för registrens drift ligger hos CPUA, men HAKIR har som SÖS enda kvalitetsregister varit ganska självstyrande. Detta har oftast gynnat oss, men ibland har vi saknat stöd, t ex kring juridiska frågor. Nu kommer signaler uppifrån att CPUA skall få en starkare och mer tydlig roll och det talas om att de t ex kan besluta om val av registerhållare, styrgrupp och beslut kring hur ekonomiska anslag skall användas. I några av regionerna har detta redan ställts på sin spets, vilket skapat stor oro. Vi hoppas att HAKIR skall kunna få fortsätta att driva registret utifrån våra specifika behov och med den medicinska kompetens som vi tror är viktig för registrets utveckling.

3. Förändring av systemet för anslagstilldelning
Tidigare år har beslut om anslag till registren tagits inom SKR, även om statliga medel också ingått. Processen var tills för några år sedan relativt transparent, med definierade kriterier som registren skulle uppfylla för att få medel, sk certifieringsnivåer. HAKIR hade uppnått den högsta nivån och vi hoppades att detta skulle kunna leda till en mer adekvat medelstilldelning och bättre långsiktighet. Successivt har dock kvalitetsregisterenheten på SKR fått allt mindre inflytande och beslut om medel tas nu istället i en regionalt utsedd samverkansgrupp, som i nuläget heter Nationell Samverkansgrupp Hälsodata (NSGHD). De kriterier som tidigare sattes upp gäller inte längre och vad som nu styr medelstilldelningen är oklart. Kvalitetsregistren har genom den ideella organisationen Nationella Kvalitetsregisterföreningen (NKRF) fått kämpa för att få information och någon form av delaktighet i planeringen för framtidens kvalitetsregister. Vi har fått veta att Kunskapsstyrningssystemet, med de olika Nationella Programområdena (NPO), skall utgöra den övergripande ramen för kvalitetsregistrens verksamhet. Det känns lite oklart hur pass väl en regional organisation kan styra en nationell verksamhet, även om vården ju också är regionaliserad. Vi ser tecken på att Regering och Stat också vill se en ökad nationell styrning. Besked om driftsanslag för 2025 kom först under våren, och då enbart för den regionala delen av medlen. För HAKIR innebar det ett kraftigt minskat anslag – endast 700tkr, en nedgång med 36 %. Detta täcker knappt lönekostnaderna för vår lilla registerarbetsgrupp samt vissa basala möteskostnader.



Statens andel av anslaget delades ut först i maj via Socialstyrelsen, och då endast till CPUA-myndigheterna – inte direkt till registren. Avsikten är att de medel som nu tilldelas CPUA ska täcka kostnader för IT, statistik, juridik samt tillgängliggörande av data. Förhoppningsvis innebär detta en positiv utveckling, men de exakta konsekvenserna av det nya systemet är ännu föremål för diskussion. Från och med 2026 är det planerat att samtliga registermedel ska gå via Socialstyrelsen direkt till CPUA, utan att några resurser tilldelas registren direkt. Detta innebär att vi blir helt beroende av ett gott samarbete med vår CPUA-myndighet, eftersom vi då måste "köpa" utvecklingstjänster från Registercentrum med medel vi själva inte kontrollerar. En sådan förändring kan försvåra möjligheterna att ställa krav på kvalitet och tidsramar, men trots osäkerheterna ser vi fram emot det nya systemet med tillförsikt.

4. Plattformskonsolidering och nationell digital infrastruktur
En annan del i den centraliseringsprocess som pågår är att antalet registerplattformar skall minska från de 17 som finns nu, till sju på sikt. Vår plattform 3C har sina brister, men vi är glada att den kommer att få vara kvar. Den ligger inom Region Skåne, är säker och relativt billig i drift. Att flytta alla variabler, data och funktioner till en ny plattform hade varit mycket arbetskrävande och dyrt.

Intressant är att E-hälsomyndigheten, delvis parallellt med SKR, driver en stor utredning kring en gemensam digital infrastruktur (NDI) för all hälsodata, även t ex enkätinstrument. Efter många år i registervärlden blir registerhållaren lite matt av att tänka på vad detta skulle kunna innebära för HAKIRs del. Vi har till sist lyckats bygga upp ett bra system i egen regi och förmodligen kommer det att ta lång tid innan en gemensam struktur är på plats.

Sammantaget finns det alltså många tecken som pekar mot en ökad nationell styrning av registren, vilket säkert är positivt. Det som skulle behövas är dock mer långsiktighet i finansieringen, dvs mer än ett år i taget och även tydligare kriterier för vad registren skall prestera för att få medel. Det är också ett problem att de regionala vårdgivarna inte alltid tycks ha tillräckliga incitament för att följa upp vårdkvalitet genom att registrera data och även använda insamlade kvalitetsregisterdata för förbättringar. Vi får alltför ofta höra att det inte finns tid och pengar för kvalitetsarbete.

Inom registren, även HAKIR, behöver vi bli bättre på att visa vårt värde både för patienterna och för sjukvårdsekonomin. Komplikationer, reoperationer och ingrepp med dåliga resultat är kostsamma och vi välkomnar hälsoekonomiska studier med analyser av sådana aspekter.

Alla beslutsfattare inom regioner och stat försäkrar oss om det unika och viktiga med de svenska kvalitetsregistren, men alla förändringar som nu görs samtidigt skapar oro. Risk finns att den starka professionella drivkraft och entusiasm som byggts upp under decennier i registren kan påverkas negativt av oklarheter kring finansiering och styrning. HAKIR fungerar just nu bra, vi har en mycket hög täckningsgrad i hela landet (98 % i april 2025!), enkätssystemet fungerar smidigt och svarsfrekvensen går successivt upp. Det är spännande med den RRCT som startar i maj 2025. Vår nationella registerkoordinator har lagt ner mycket arbete på att få alla formulär och funktioner på plats för studien. Den kanske allra största förbättringen som HAKIR åstadkommit är det nu mycket starka nätverk som byggts upp mellan de deltagande enheterna, oavsett om dessa är privata eller offentligt finansierade. En sådan interprofessionell nationell samverkan har inte tidigare funnits och handkirurgi som specialitet är nu helt klart mer synlig för våra myndigheter än tidigare. Genom att öppet dela resultat och erfarenheter kan vi lära av varandra vilket gagnar både patienter och vård. Att sådana förbättringar inte helt kan mätas med siffror är nog ett mindre problem?

Denna årsrapport blir kanske den sista i sitt slag. Det är mycket arbetskrävande att sammanställa alla data varje år och vi har fått veta att det framöver inte kommer att ställas några krav uppifrån på att skriva en årsrapport. Vi tror att vi behöver en årsrapport både för att upprätthålla intresset hos våra deltagare och för att lära oss av våra data, men kanske kan vi göra en mer automatiserad sammanställning kommande år. Vi hoppas att RC Syd kan hjälpa oss med det tekniska och att medel finns för sådant arbete. Samarbetet i vår nationella arbetsgrupp för årsrapportarbetet har varit både trevligt och givande och vi hoppas det kan fortsätta och utvecklas framöver. Registerhållare som arbetar gratis är ett utdöende släkte och vi behöver finna en mer stabil lösning för framtiden.



Stort tack till Bitte Bergström, Antje Straatmann, Erika Nyman, Tony Abramo, My von Walter, Lotta Hemlin, Madeleine Harryson och Johanna von Kieseritzky för utmärkt hjälp med olika avsnitt i årsrapporten. Vill särskilt tacka Johanna som kämpade flera timmar med protesrevisionerna! Tack även till Elisabeth Ekstrand för synpunkter på köldkänslighetsavsnittet och till Clas Fröhling och kolleger på SÖS Fotoavdelning för all vänlig och proffsig hjälp med layouten.

Avslutningsvis vill vi rikta ett stort och varmt tack till alla våra enheter som idag hanterar sina registreringar på ett föredömligt sätt. Tack vare det noggranna och engagerade arbete som medarbetarna på respektive

enhet utför är HAKIR idag mycket välfungerande. Registerarbetet är väl integrerat i den dagliga verksamheten, ansvarsfördelningen är tydlig och kvaliteten i registreringarna genomgående hög. Ett särskilt tack vill vi rikta till våra lokala koordinators och ansvariga läkare som driver processen framåt ute på enheterna. Genom att stötta sina kollegor och aktivt bidra i förbättringsarbeten är de en ovärderlig del av HAKIR:s framgång. Tillsammans skapar vi förutsättningar för att HAKIR ska kunna fortsätta utvecklas och bidra till en ännu bättre handkirurgisk vård för våra patienter.

Stockholm och Halmstad, augusti 2025

Marianne Amer och Annika Elmstedt

Hur gick det 2024 – 25?

ALLMÄNNA MÅL

Mål som kräver stor medverkan utanför registret

 **Full täckningsgrad, minst 90 % vid alla deltagande enheter.**

- Täckningsgraden var i medel 95,7 % för 2024.

 **Korrekt registrering av reoperationer vid alla enheter.**

- Förbättring har skett, men fortfarande inte helt valida data.
- Långsiktigt arbete, fler kontrollfunktioner kan behövas.

 **Ökat antal utskick och svar av preoperativa enkäter vid akuta skador.**

- Långsiktigt arbete, rutiner har förbättrats på alla enheter.
- Fortsatt låg svarsfrekvens, 23 % under 2024 (27 % under 2023).

 **Implantatskanning direkt till HAKIR implementerat på samtliga enheter som bedriver proteskirurgi i större omfattning.**

- Fyra regionkliniker och 6 privata enheter skannar nu till HAKIR.

 **Minst tre publicerade vetenskapliga arbeten baserade på registerdata.**

- Två arbeten publicerade under 2024.



SPECIFIKA MÅL

Mål som huvudsakligen kräver insatser från registret

-  Utreda anslutningsgraden nationellt för högspecialiserad handkirurgi till HAKIR.
 - Utredning genomförd i samarbete med Socialstyrelsen (PaR) hösten 2024.
 - För böjskador i tummar och nervstamsskador fanns 100 % i HAKIR.
 - För proteskirurgi 92 % (viss verksamhet på ortopedkliniken i Gävle).
 - Enheter som utfört färre än fem operationer per år exkluderades.
 - Felaktigheter i Patientregisterdata noterades.
-  Starta PREM enkäten nationellt för barn 0-12 år.
 - Enkäten startade hösten 2024.
 - Utdata rapport skall skapas.
-  Driftsätta Funktionsformulär för barn med medfödda avvikelser.
 - Diagnosformulär och operationsformulär är i drift och enheter startar successivt.
 - Funktionsformulär är förberett, men har inte kunnat färdigställas pga brist på medel.
-  Förbättra arbetet med årsrapporten, involvera HAKIR-ansvariga läkare i analyserna.
 - En nationell arbetsgrupp har bildats och har diskuterat registerdata och framtida arbetsformer. Gruppen har varit delaktig i denna årsrapport.
 - Framtida årsrapportprocess är ännu inte beslutad, men troligen blir det en förenklad årsrapport för 2025.
 - Registerkoordinatören lär sig successivt layout i InDesign-verktyget.
-  Besöka våra enheter för inspiration och support om ekonomin tillåter.
 - Under 2024 besöktes Södersjukhuset, Aleris Hand & Fot Stockholm, Aleris Elisabethkliniken Uppsala och HandCenter Öresund.
-  Skapa utdata rapporter för proteskirurgin
 - Arbetet ännu inte påbörjat pga brist på resurser.
 - Vi hoppas att Registercentrum skall kunna prioritera arbetet under 2025. Mycket turbulens i kvalitetsregistervärlden och låga anslag under året har försvårat allt utvecklingsarbete.
-  Fortsätta att driva möjligheten för automatisk datahämtning från journal till HAKIR
 - Långsiktigt arbete.
 - HAKIR har tagit flera initiativ, både för standardisering av journaltermer och för automatisk datahämtning från anestesiregistret (SPOR), men vi har inte fått någon respons från beslutande myndigheter.
 - Mallar för journaltermer inom handkirurgi har tagits fram, men har inte implementerats vid enheterna. HAKIR har ännu inte involverats i de projekt för datahämtning från CambioCosmic som startats upp runt om i landet.



Mål 2025-26

ALLMÄNNA MÅL

Mål som kräver stor medverkan ute på enheterna eller utanför registret

- Full täckningsgrad 95 % vid alla deltagande enheter.
- Förbättrad svarsfrekvens, minst 50 % av skickade enkäter skall ha besvarats.
- Implantatskanning direkt till HAKIR vid alla regionenheter. Gemensam finansiering av skanningsfunktionen.
- Minst tre publicerade vetenskapliga arbeten baserade på registerdata.
- Registerrandomiserad studie (RRCT) för tumsenskador (FPL) uppstartad.
- Kartlägga tillförlitligheten i enkätsvar. En sk Non-responder studie skall genomföras med analys av patientgrupper som inte svarat och orsaker till bortfall.
- Minst fem av sju regionkliniker skall ha börjat registrera diagnoser och operationer för medfödda avvikelser (HAKIR I2 och I2a).
- Minst fem av sju regionkliniker skall ha börjat registrera operationer och funktionsuppföljningar (HAKIR 4a och 4b) för patienter med nervstamsskador (medianus- och /eller ulnarisnerv i handledsnivå).

SPECIFIKA MÅL

Mål som huvudsakligen kräver insatser från registret centralt

- Förenkla årsrapportprocessen.
Större delen av data till årsrapporterna ska kunna sammanställas utan manuell hantering av datafiler och därigenom kan arbetsinsatsen minskas.

Den nationella arbetsgruppen ska ge förslag och besluta vilka data som ska presenteras i framtida årsrapporter och hur data bäst presenteras grafiskt.

RC Syd ska skapa mallar och automatiska utdata-rapporter för årsrapportdata.
- Åstadkomma mer komplett uppföljning av barn med medfödda avvikelser (HAKIR I2, I2a och I2b).

Tidplan skall skapas för uppstart av funktionsuppföljning för några utvalda diagnoser (I2b) vid specificerade tidpunkter inklusive kostnadsberäkning för nödvändigt plattformarbete vid RC Syd.

Påminnelsefunktion med listor på barn som skall kallas varje termin skall skapas.
- Åstadkomma mer komplett uppföljning av patienter med nervstamsskador.

Utdatarapporter skall ha skapats för nervformulären.
- Skapa utdatafunktion för PREM enkätsvar för personer under 13 år i Computo och i månadsrapporter.
- Driftsätta uppföljningsformulär för patienter med traumatisk plexus brachialissskada (BrAT= Brachial Assessment Tool).

Formuläret är validerat på svenska och klart i pappersform, men skall läggas in i plattformen. Används framförallt inom NHV plexusskador i Umeå och Stockholm.
- Revision och nytryck av Kodboken för Handkirurgi
- Ny hemsida
Hemsidan ska flyttas till Registercentrum Syd och tillgänglighetsanpassas.



Så här kan du bidra

Kvalitetsregister – för en god och jämlik vård för alla

Med hjälp av HAKIR kan vi systematiskt och kontinuerligt utveckla, följa upp och förbättra våra verksamheter – med särskilt fokus på patienternas behov och upplevelser.

Vårdkvalitet är ett gemensamt ansvar och berör alla medarbetare. När vi säkerställer hög svarsfrekvens på våra patientenkäter och registrerar fullständiga och korrekta data i HAKIR får vi en ovärderlig möjlighet att utvärdera och förbättra den handkirurgiska vården i Sverige. Du som enskild medarbetare spelar en viktig roll i detta arbete.

- *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*
- *Om ni bedriver proteskirurgi skanna era implantat i den utökade registreringen*
- *Vill du forska på HAKIR-data, se flödesschema för datauttag på hemsidan*
- *Samarbeta, både inom kliniken och med andra HAKIR-anslutna enheter*
- *Om något är oklart eller om du behöver hjälp, tag gärna kontakt med oss på HAKIR centralt*



DELTAGANDE ENHETER

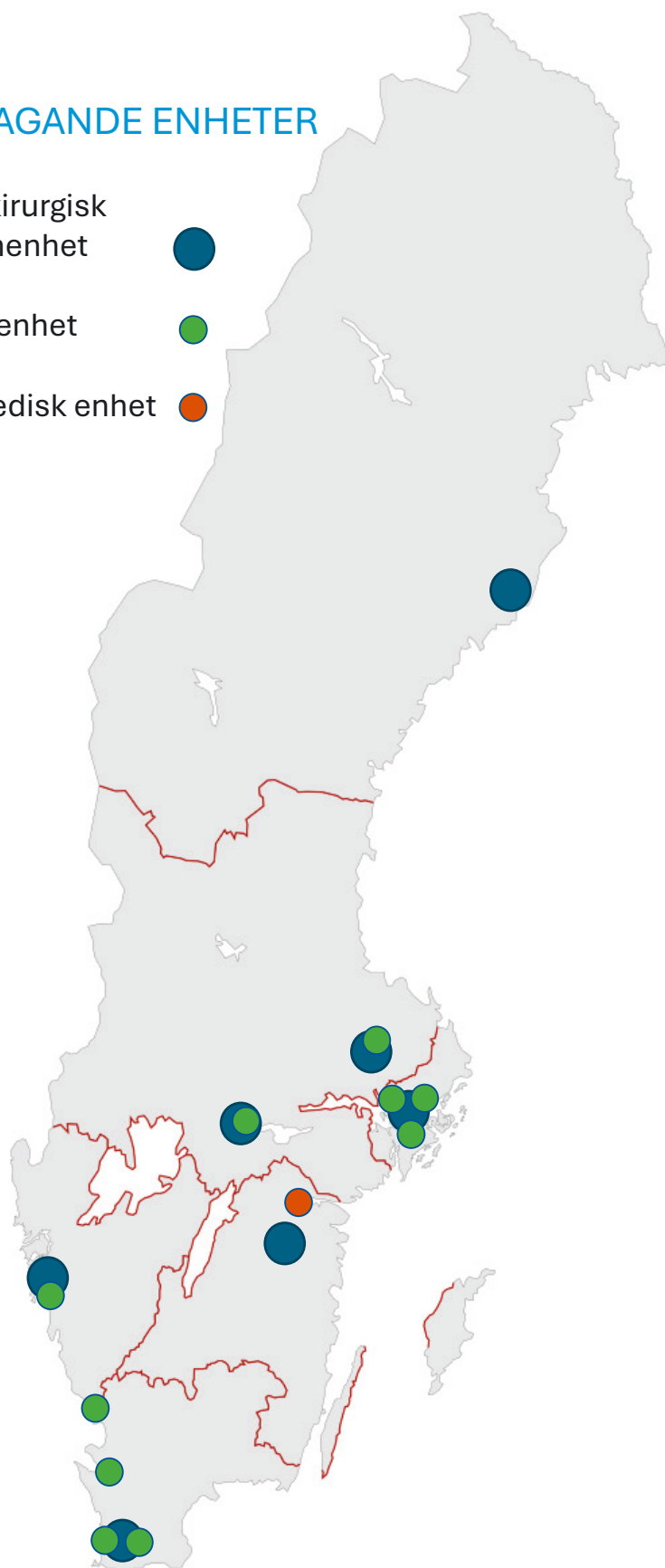
Handkirurgisk
Regionenhet



Privat enhet



Ortopedisk enhet



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

HAKIR
HANDKIRURGISKT
KVALITETSREGISTER

