

Konsekvensbeskrivning för vårdprogrammet för distala radiusfrakturer

REMISSVERSION 2020-10-29

Denna konsekvensbeskrivning berör vårdprogrammet för distala radiusfrakturer

Datum	Beskrivning av förändring

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	- 3 -
2 Om konsekvensbeskrivningen.....	- 3 -
3 Konsekvenser	- 3 -
3.1 Omfattning	- 3 -
3.2 Nyttan eller risker för individen	- 3 -
3.3 Etiska aspekter	- 4 -
3.4 Verksamhet och organisation	- 5 -
3.5 Kostnader	- 6 -
3.6 Kompetensförsörjning och implementering	- 8 -
3.7 Påverkan på andra kunskapsstöd.....	- 9 -
3.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården.....	- 10 -
3.9 Uppföljning.....	- 10 -
3.10 Övriga konsekvenser	- 11 -
4 Referenser	- 12 -

Sammanfattning

För 20 000 vuxna patienter som behandlas inom sjukvården idag föreslår vårdprogrammet att operationsresurser och rehabiliteringsresurser ökar för primär behandling av distal radiusfraktur, i syfte att minska sjuklighet, långdragna besvär samt behov av öppenvårdsbesök och korrektionskirurgi. Tillgång till operationsresurser, rehabiliteringsåtgärder, digitala möten samt kontinuerlig utbildning och fortbildning är en förutsättning för att öka kvaliteten av den vård som erbjuds patienter med distal radiusfraktur.

2 Om konsekvensbeskrivningen

Nationellt programområde (NPO) rörelseorganens sjukdomar ansvarar för konsekvensbeskrivningens innehåll. Nationell arbetsgrupp (NAG) vårdprogram distal radiusfraktur har utarbetat konsekvensbeskrivningen som en del av arbetet med vårdprogrammet. Arbetsgruppen inkluderade professionsföreträdare från specialistvård och primärvård, fysioterapi, arbetsterapi, gipstekniker samt patientföreträdare. Ordförande i arbetsgruppen var Cecilia Mellstrand Navarro. Den nationella stödfunktionen vid SKR har bistått med löpande stöd. Josefine Persson, Göteborgs Universitet, har tillhandahållit hälsoekonomisk expertis. Konsekvensbeskrivningen fastställdes 2020-XX-XX.

3 Konsekvenser

3.1 Omfattning

Distal radiusfraktur är den fraktur som är vanligast förekommande i sjukvården. Nära 30 000 personer drabbas årligen(1), varav cirka två tredjedelar är vuxna. Frakturen är vanligast i populationen över 50 år och i en åldrande befolkning når incidensen så högt som 60 - 120/10 000 personår(2-10). Av de personer över 50 som drabbas av en radiusfraktur är 75 procent kvinnor, medan könsfördelningen är den omvända bland unga vuxna. Kvarstående besvär i form av till exempel stelhet, funktionsnedsättning samt smärta i vila och belastning förekommer hos 15 - 30 procent av patienterna(11-13).

Vårdprogrammet ger stöd för behandling av vuxna patienter. Populationen uppgår till 18 – 20 000 patienter årligen i Sverige. Samtliga patienter med distal radiusfraktur behandlas med någon form av gips, elastiskt bandage eller stödskena samt smärtlindrande medicinering. Cirka 75 procent av patienterna behandlas enbart i gips/stödskena medan cirka 25 procent opereras(14). De flesta patienter opereras i dagkirurgisk verksamhet. Frekvensen av operation har ökat under 2000-talet i Sverige och övriga världen(1, 14-16). En majoritet av patienter med distal radiusfraktur behandlas någon gång under sjukdomsförloppet med arbetsterapi eller fysioterapi.

3.2 Nyttan eller risker för individen

Nyttan för individen med vårdprogrammet är att behandlare i hela Sverige får tillgång till ett väl avvägt vårdprogram grundat på bred klinisk erfarenhet och vetenskaplig evidens. Det har tagits fram

i syfte att minimera oönskade smärttillstånd efter behandling av distal radiusfraktur samt minimera lokala skillnader i behandlingsstrategi, som inte är medicinskt motiverade.

Riskerna med vårdprogrammet är att behandlaren läser rekommendationerna i vårdprogrammet okritiskt. Vårdprogrammet ersätter inte att klinikern fattar ett välinformerat beslut tillsammans med patienten, grundat på de särskilda förutsättningar och omständigheter som gäller den unika individen som drabbats av frakturen. Det framgår dock av vårdprogrammet att rekommendationerna är formulerade på gruppnivå, och att enskilda överväganden måste ske i varje behandlingssituation.

Distal radiusfraktur är ett sjukdomstillstånd där det finns dokumenterade kunskapsluckor (17) gällande många aspekter av behandlingen. För flera rekommendationer som lämnas i vårdprogrammet saknas höggradig vetenskaplig evidens; kunskapsläget är således osäkert. Behandlingsriktlinjerna är i de fallen grundade på bred klinisk erfarenhet framtagen av en tvärprofessionell grupp. I kunskapsstödet framgår det vilka rekommendationer som grundar sig på evidens och vilka som grundar sig på expertgruppens samlade erfarenheter. Det kan finnas skäl till att inte följa de rekommendationer som presenteras i vårdprogrammet, men systematiska avvikelser bör kunna motiveras, dokumenteras och gärna redovisas som delar i vetenskapliga studier eller rapporter. Det kommer att finnas anledning att återkommande revidera vårdprogrammet i takt med att nya studier publiceras och ny kunskap blir tillgänglig, samt genom systematisk uppföljning av vården som bedrivits utifrån vårdprogrammet.

3.3 Etiska aspekter

Individens autonomi och integritet bedöms inte påverkas av vårdprogrammet. Eftersom vårdprogrammet identifierar en grupp frakturer lämpliga för kirurgi, som i nuvarande praxis i stor utsträckning behandlas icke-operativt, finns risk för undanträngningseffekter för andra akuta frakturpatienter. Samtidigt frigörs resurser i det planerade operationsflödet och i mottagningsverksamhet, eftersom behovet av korrektionskirurgi samt återbesök för att bedöma kvarstående stelhet och värk borde minska. Summan av tillgängligheten till vård för andra patientgrupper borde vara densamma som om distala radiusfrakturer fortsätter att behandlas enligt nuvarande praxis.

Vårdförloppet bedöms ha följande konsekvenser utifrån prioriteringsgrunderna för hälso- och sjukvården:

Människovärdesprincipen – Eftersom vårdprogrammet främjar en mer jämlik och evidensbaserad vård kommer människovärdesprincipen gällande distala radiusfrakturer att stärkas.

Behov- och solidaritetsprincipen – Eftersom vårdprogrammet främjar en mer jämlik och evidensbaserad vård kommer behov- och solidaritetsprincipen gällande distala radiusfrakturer att stärkas.

Kostnadseffektivitetsprincipen - Effekten av en viss ökning av primär operationsfrekvens samt förändrade rehabiliteringsinsatser kan komma att öka kostnaderna för det primära omhändertagandet. Effekten av förändrad praxis beräknas kunna minska lidande och sjukfrånvaro, minska behov av öppenvårdsbesök och sekundär kirurgi, samt minska behov av insatser från

hemsjukvård, personlig assistans och invaliditetsersättning. Detta borde kompensera för de ökade primära kostnaderna.

Ur ett jämlikhetsperspektiv kan vårdprogrammet bidra till utjämnningseffekter ur flera perspektiv. Distal radiusfraktur drabbar i större utsträckning kvinnor än män, och kvarvarande besvär efter behandling har tidigare möjligen underskattats och förminsats av genusrelaterade orsaker. De flesta patienter som denna fraktur drabbar är dessutom äldre, och den äldre patientens behov av handfunktion för bibehållen autonomi är ett område som är dåligt utforskat och i vissa avseenden lågt prioriterat i dagens sjukvård. Ur ett geografiskt perspektiv bidrar vårdprogrammet till att minska medicinskt omotiverade skillnader mellan sjukvårdsregioner. Gällandes etnisk tillhörighet, födelseland, religion, sexuell läggning eller könsöverskridande identitet eller uttryck torde vårdprogrammet öka förutsättningarna till ökad jämlikhet i vård och hälsa.

Vårdprogrammet för distala radiusfrakturer har en måttlig risk att driva onödig eller omotiverad vård. I vissa avseenden saknas stark evidens för de behandlingsstrategier som rekommenderas. Det faktum att evidens saknas för vissa av kunskapsstödet rekommendationer är ett uttryck för att väldesignade studier inte utförts, och innebär inte nödvändigtvis att behandlingseffekt saknas. Detta gäller särskilt för rehabiliteringsåtgärder, samt värderingen huruvida äldre personer gagnas av kirurgisk behandling eller ej. Fokuset i framtagandet av vårdprogrammet har varit att definiera en funktionsnivå hos patienten som avgör indikationen för kirurgi, snarare än en kronologisk åldersnivå. Vidare presenterar vårdprogrammet definitioner av försämring av frakturläget mellan upprepade röntgenundersökningar, snarare än exakta radiologiska gränsvärden vid ett enstaka undersökningstillfälle, som indikation för kirurgi. Den definition vårdprogrammet uppger för indikation för kirurgisk behandling lämnar utrymme för behandlaren att göra en individuell bedömning för varje patient utifrån behov och önskan. Jämfört med dagens praxis kan det uppfattas som att indikationerna för kirurgi vidgas. Det kan ur resurshänseende förefalla kostnadsdrivande, men ur individens perspektiv kan det verka hälsofrämjande.

En svårighet med implementering och följsamhet till vårdprogrammet kan uppstå då nationella vårdprogram som utformats i andra europeiska länder (18-22) skiljer sig åt i sina behandlingsrekommendationer, trots att de lutar sig mot samma befintliga vetenskapliga litteratur. Det kan förklaras av att många områden fortfarande behöver mer högkvalitativ forskning för att erbjuda ett entydigt svar på vilken behandlingsmetod som är bäst lämpad.

Distala radiusfrakturer hos barn har ej hanterats i det aktuella vårdprogrammet. Detaljerade definitioner av behandling av öppna frakturer, frakturer med associerade mjukdelsskador, frakturer i anslutning till annat osteosyntesmaterial eller andra specialfall har ej heller hanterats inom ramen för vårdprogrammet.

3.4 Verksamhet och organisation

Den sjukvårdsorganisation som föreslås, innebär inga omfattande organisatoriska förändringar i form av koncentration eller decentralisering av verksamhet. Vårdprogrammet förutsätter tillgång till radiologisk utredningsmöjlighet, traumaortopedisk kompetens, gipstekniker, arbetsterapeutisk samt fysioterapeutisk kompetens. Vårdprogrammet framhåller vikten av undervisning och handledning av de vårdare som initialt handlägger patienterna, det vill säga akutläkare, AT-läkare och ST-läkare inom

ortopedi, liksom sjuksköterskor och undersköterskor som är verksamma inom vården av frakturpatienter. En framgångsrikt genomförd icke-operativ behandling kan minska behovet av kirurgi. Därför är kunskap om repositionsteknik, gipsteknik och selektion av patienter lämpliga för icke-operativ behandling är av högsta vikt. Vidare krävs gipsteknikers kompetens främst på akutmottagningar, men även på mottagningar som omhändertar frakturkontroller och öppenvårdskontroller vid operativ eller icke-operativ behandling. Detta för att minska undvikbara komplikationer av gipsbehandlingen som kan leda till onödigt lidande och ökat antal vårdkontakter. En genomförd gipsteknikerutbildning bör värderas av arbetsgivare och leda till en positiv löneutveckling som står i proportion till den viktiga roll som gipstekniker har i frakturbehandling. Som personalfrämjande åtgärd kan det också vara en god karriärmöjlighet för undersköterskeyrket. Sjukvårdsorganisationen bör tillhandahålla kirurgisk kompetens som uppfyller ett volymkrav som exempelvis motsvaras av vad som förutsätts för planerad kirurgi(23) inom viss vårdvalsverksamhet, för att säkerställa kvaliteten på den frakturkirurgi som utförs. Det bör också erbjudas en tydlig utbildningskedja för ST-läkare i ortopedi för att säkerställa utveckling av frakturkirurgisk kompetens på individ- och gruppnivå.

Vårdprogrammet föreslår att en fraktur som skall opereras erhåller behandling inom en vecka efter skadetillfället. Det ställer krav på viss förändring av sjukvårdsorganisationen inklusive tillgänglighet på operationsresurser. Slutligen har rehabiliteringsåtgärder en central roll för omhändertagande av patienter med distal radiusfraktur. Riskfaktorer för dålig prognos finns identifierade i detta vårdprogram, och för denna grupp av patienter kan resurserna komma att behöva utökas ur ett rehabiliteringsperspektiv. Däremot lämnar vårdprogrammet rekommendation om att rehabiliteringsåtgärder för merparten av patienterna i stor omfattning kan bedrivas som egenvård, vilket frigör rehabiliteringsresurser. Utveckling av digitala hjälpmedel för fjärr-konsultationer kommer inom de närmsta åren att vara av mycket stort värde för alla patienter som genomgår uppföljning och rehabilitering efter en distal radiusfraktur.

Vårdprogrammet har inte identifierat någon nu förekommande vårdpraxis som kan tas bort helt eller delvis. Snarast innebär skiftet som vårdprogrammet föreslår en förändring mot en mer aktiv och pragmatisk hållning avseende uppföljning, gipsning, operation och rehabilitering.

3.5 Kostnader

De resursfördelningseffekter som vårdprogrammet innebär inkluderar ökade kostnader för primär kirurgi. Kostnadsbesparingar kommer att skapas i form av minskat antal öppenvårdsbesök och sekundär kirurgi. Hemträningsprogram och digitala lösningar för uppföljning föreslås, vilket är kostnadsbesparande för både sjukvård och individ. Kostnadsbesparingar kan också förväntas i och med att vårdprogrammet föreslår mindre kostsamma operationsmetoder för utvalda frakturtyper(17, 24, 25), inklusive rekommendation om att avstå från kirurgisk behandling av associerade ulnafrakturer. Gipstiden föreslås i vissa fall att kortas, vilket inte verkar kostnadsbesparande för sjukvården, men likväl genereras minskade samhällskostnader i form av snabbare återgång i full aktivitet, inklusive förkortad sjukskrivningsperiod för utvalda individer.

Kostnadsanalysen i Tabell XX baseras på att 20 000 patienter blir behandlade för distal radiusfraktur årligen. Av denna grupp, blir 80 procent (varav 10 procent är äldre) behandlade med endast gips och 20 procent (varav 5 procent är äldre) med operation. För yngre patienter rekommenderas i

vårdprogrammet att fler opereras med stift istället för platta vilket resulterar i en minskad kostnad för sjukvården. För äldre patienter rekommenderas att fler ska opereras med volar platta vilket resulterar i en ökad kostnad för sjukvården. Med de nya rekommendationerna väntas komplikationskirurgin och korrektionskirurgin att minska vilket även resulterar i en betydande besparing för sjukvården. Antalet återbesök minskar för de äldre som opereras, samt ökas för patienter som opereras med stift enligt rekommendationer i det nya vårdprogrammet. Budgetpåverkan på sjukvården väntas inte bli betydande.

Rehabiliteringsmöten beräknas öka till 10 möten för patienter med betydande risk för dåligt slutresultat, men minska till två besök för övriga patienter enligt rekommendationer i vårdprogrammet. Det blir en betydande besparing för sjukvården.

I vårdprogrammet framkommer en önskan om att det finns en utbildad gipstekniker på varje ortopedisk enhet alla veckans 40 timmar och helst dygnet runt på akutmottagningar i landet. Det förutsätter en termins utbildning på betald arbetstid för en undersköterska. Det finns cirka 60 ortopedkliniker(26) i Sverige och 68 akutmottagningar(27). Till det tillkommer ett antal närakuter som omhändertar frakturer. I nuläget uppskattas att cirka 50 procent av behovet av gipstekniker som uppfyllt. För att täcka upp dygnets timmar och årets veckor förmodas att den siffran bör fördubblas. Som följd kommer troligen ett minskat antal återbesök på grund av gipsbesvär att uppträda, vilket dock inte tagits med i denna budgetberäkning. Kostnader för utbildning av ST-läkare, AT-läkare, akutläkare eller fortbildning i frakturkirurgi har inte tagits med i budgetberäkningen.

Vårdprogrammet föreslår utökad användning av digitala möten. Själva vårdmötet kostar sjukvården lika mycket som ett fysiskt möte (vårdgivare måste vara på plats på sjukvårdsinrättningen), men i glesbygd bekostas resan till vårdgivaren av sjukvården, vilket i glesbygdsregioner får konsekvenser för budgetpåverkan. I kalkylen har antagits att 1000 patienter bosatta i uttalad glesbygd drabbas av en distal radiusfraktur som motiverar resa till vårdgivaren vid tre tillfällen.

Tabell 1. Budgetpåverkan i sjukvården av vårdprogrammet (VP) för behandling av distal radiusfraktur framtaget av NAG distal radiusfraktur och NPO rörelseorganens sjukdomar.

	Antal patienter	Nuvarande praxis	Rek i nya VP	Kostnad nuvarande praxis	Kostnader rek i nya VP	Budgetpåverkan
<u>Operation (yngre)</u>						
Op volar platta	3 800	80%	70%	45 508 800 kr	39 820 200 kr	-5 688 600 kr
Stift	3 800	20%	30%	8 021 800 kr	12 032 700 kr	4 010 900 kr
Röntgenkontroll vid stift	3 800	20%	30%	395 200 kr	592 800 kr	197 600 kr
<u>Operation (äldre)</u>						
Op volar platta	200	10%	25%	299 400 kr	748 500 kr	449 100 kr
Ej op	200	90%	75%	217 800 kr	181 500 kr	-36 300 kr
Röntgenkontroll vid stift	200	90%	75%	93 600 kr	78 000 kr	-15 600 kr
<u>Rehab</u>						

Rehabmöte (alla)	20 000	4		84 000 000 kr	- kr	-84 000 000 kr
Rehabmöte högrisk patienter (15%)	3 000		10	- kr	31 500 000 kr	31 500 000 kr
Rehabmöte lågrisk patienter (85%)	17 000		2	- kr	35 700 000 kr	35 700 000 kr
<u>Komplikationskirurgi</u>						
Minskat behov av komplikationskirurgi	4 000	10%	-30%	4 000 000 kr	1 200 000 kr	-2 800 000 kr
<u>Återbesök</u>						
Minskar med samma antal som opereras av de äldre	200	10%	-25%	30 000 kr	7 500 kr	- 22 500 kr
Ökar med samma antal om opereras med stift i stället för platta	4 000	20%	30%	1 200 000 kr	1 560 000 kr	360 000 kr
<u>Korr osteotomi</u>						
Operation och 1 dygns ineliggande vård av dem som opereras av de äldre	200	1	0,5	4 800 000 kr	2 400 000 kr	-2 400 000 kr
<u>Gipstekniker</u>						
Utbildad gipstekniker på varje ortopedisk enhet	188 (enheter)	1,5	3	7 896 000 kr	15 792 000 kr	7 896 000 kr
TOTALA KOSTNADER				156 462 600 kr	141 613 200 kr	-14 849 400 kr

3.6 Kompetensförsörjning och implementering

Inget vårdprogram har någon effekt om det inte implementeras. För att nå till ortopederna på nationell nivå är de två specialitetsföreningarna, Svensk Ortopedisk Förening (och dess undersektion Svenska OrtopedTraumatologiska Sällskapet) samt Svensk Handkirurgisk Förening de naturliga kommunikationskanalerna. Dessa förenings stora årsmöten erbjuder möjlighet för expertgruppen att presentera och diskutera vårdprogrammet med svenska ortopeder och handkirurger.

På lokal nivå måste implementerandet ske via sjukvårdshuvudmännens ordinarie utbildningsvägar. Detta kan ske genom att det skriftliga materialet skickas till verksamhetscheferna med uppmaning att låta någon med intresse för radiusfrakturer presentera lämpliga delar för läkare som deltar i frakturbehandling. Här kan expertgruppen tillhandahålla utbildningsmaterial, till exempel i form av powerpoint-presentation, och står också givetvis till förfogande för frågor kring programmet även om gruppens storlek inte möjliggör att expertgruppen besöker alla sjukhus personligen.

För att nå utövarna av handrehabilitering föreslås att information om vårdprogrammet förmedlas till regionala rehabiliteringsnätverk i Sverige (Sydöstra, Norra, Södra, Västra, Stockholm). NAG distal radiusfraktur kan ges i uppdrag att tillhandahålla powerpointpresentation, eventuellt med

Ijudinspelning, för att förenkla spridningen av innehållet. Information kan då lämnas kring hur man kan ta del av träningsövningar, patientinformation och hur rehabiliteringskapitlet är uppbyggt. Om behov finns i regionerna skulle fysiska möten för presentation vara önskvärt, men med tanke på de resurser som finns tillgängliga i nuläget är troligen en digital variant den mest rimliga lösningen. En ytterligare kanal för att nå rehabiliteringsprofessionen är att presentera vårdprogrammet på Svensk Förening för Handrehabiliterings årliga möte.

1. Vilka behov finns för tillämpning?	2. Vilka aktiviteter eller resurser behövs för att möta behoven?	3. Vilka aktörer är lämpligast för att genomföra aktiviteterna/ tillhandahålla stödet?
Öka kännedom hos professionerna nationellt om vårdprogrammet.	Kommunikationskampanj på nationell nivå riktad mot läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och gipstekniker och andra relevanta parter i öppen och slutenvård, offentliga och privata aktörer. Tillgängliggöra vårdprogrammet på ett användarvänligt sätt i kanaler som berörda aktörer når när det är relevant.	Sjukvårdsregionerna
Öka kunskap om bedömning och handläggning avseende icke operativ behandling	Fortbildning för akutläkare, AT-läkare och ST-läkare inom ortopedi.	Sjukvårdsregionerna, Verksamhetschefer, ST- och AT-studierektorer
Öka kunskap om bedömning, behandling och handläggning avseende operativ behandling	Strukturerad handledning och fortbildning av ST-läkare ortopedi	Sjukvårdsregionerna, Verksamhetschefer, ST studierektorer
Öka kunskap om gipsbehandling	Gipsteknikerutbildning	Sjukvårdsregionerna
Behandling och stöd via webben för hemrehabilitering	Rehabiliteringsexpertis utformar webbprogram som möjliggör hemrehabilitering	Behandling och stöd-plattformen via Inera – 1177 FVIS (Framtidens Informations Stöd)
Ökad kunskap hos arbetsterapeuter och fysioterapeuter om rehabiliteringsåtgärder för patienter med distal radiusfraktur.	Undervisning på arbetsterapeut respektive fysioterapeututbildningarna i ämnet. Handledning vid studenternas VFU (verksamhetsförlagd utbildning).	Universitet som bedriver utbildning av arbetsterapeuter och fysioterapeuter

3.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Vårdprogrammet påverkar inte något annat befintligt kunskapsstöd.

3.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Behandling av distal radiusfraktur sker i både öppen och slutenvård, och i både offentligt och privat organiserad vård. Det kan finnas drivkrafter som ökar inflytandet av den ena eller andra vårdutövaren, och incitamenten för att följa rekommendationerna lämnade i vårdprogrammet borde vara lika över hela landet, i alla vårdgivarformat. Faktorer som påverkar framtida utveckling av organisationen av vård av distala radiusfrakturer innefattar ersättningsnivåer, tillgång till operationsresurser, organisation av specialisläkare i öppenvård samt geografiska förhållanden. Uppenbara skillnader i förutsättningar för organisationen av frakturvård föreligger mellan glesbygd och storstadsregioner. Framtidens vårdinformatik har en viktig roll för tillämpning av vårdprogrammet, särskilt då det gäller rehabiliteringsinsatser och klinisk uppföljning i glesbygdsmiljö, där högspecialiserad vård kan bedrivas i hemmet, om rätt digitala lösningar finns på plats. Det är av största vikt att minimera alla ovan nämnda skillnader för att uppnå en jämställd och likvärdig vård, oavsett bostadsort.

3.9 Uppföljning

Svenska Patientregistret kan leverera data som erbjuder möjlighet till uppföljning av slutet och öppenvårdskonsumtion, samt operationsfrekvenser. Data gällandes prognos och närmare analys av operationsmetoder, vilken sida som behandlats, kliniskt utfall, sjukskrivningsperioder eller dylikt tillhandahålls dock inte. För att följa efterlevnaden och effekten av vårdprogrammet är därför Svenska Frakturregistret en viktig resurs. Där finns information om frakturtyp, operationsmetod, tid från diagnos till kirurgi, komplikationskirurgi samt utfall gällandes funktionellt resultat och livskvalitet. Problem i nuläget innefattar att flera enheter som hanterar distala radiusfrakturer inte deltar i registrering samt att svarsfrekvensen från patienterna är låg. Effektiva åtgärder för att öka rapporteringen från både behandlare och patienter behöver utvecklas. Vidare handläggs distala radiusfrakturer i både ortopedisk och handkirurgisk verksamhet. Inom handkirurgin används ett annat register, Svenskt Handkirurgiskt Kvalitetsregister, HAKIR, som uppföljning av behandling. Varken SFR eller HAKIR är rikstäckande, framför allt inte vad gäller privata vårdgivare, och det senare måste anses vara problematiskt ur många perspektiv. Vidare är de båda registren i dagsläget inte kompatibla, och data kan inte importeras eller kombineras mellan systemen.

Vare sig Svenska Patientregistret, Frakturregistret eller HAKIR tillhandahåller data gällande besök till annan personalkategori än läkare. För rehabiliteringsåtgärder finns lokala register som visar antal rehabiliteringsbesök i öppenvård som konsumerats, men inga nationella registerdata finns idag att tillgå. Vilken andel av patienterna som får tillgång till fysioterapi, arbetsterapi eller gipsteknikers insatser är i nuvarande system inte möjligt att kartlägga på ett systematiskt sätt.

Utveckling kan och bör ske för att förenkla registrering och hantering av registerdata. Incitament för optimal registerefterlevnad av vårdgivare, oavsett privat eller offentlig huvudman, borde belysas och prioriteras från sjukvårdsorganisatoriskt håll. Det skulle vara en positiv utveckling om alla regioner tillhandahöll kostnadstäckning för registrering i nationella register alternativt att digitala lösningar med direktkoppling till kvalitetsregister och journalsystem skapas. Samtidigt behöver kostnaderna för registerhållning ställas i relation till nyttan. För att maximera nyttan borde därför registerutdata vara lättillgängligt för både myndigheter och de registrerande enheterna själva, för att tydliggöra att varje enhets siffror gör skillnad. Det borde fungera som en effektiv drivkraft för registerefterlevnad att i

realtid kunna följa effekten av sina egna förbättringsinsatser i de register man är skyldig att registrera i. Svenska Frakturregistret är ett föredöme i detta sammanhang, där man som enskild användare kostnadsfritt kan hämta hem data angående den egna klinikkens behandlingar, samt ett riksgenomsnitt för motsvarande behandlingar. Svenska Patientregistret däremot tillhandahåller data med lång fördröjning och till avsevärd kostnad.

Expertgruppen NAG distal radiusfraktur föreslår en uppdatering av vårdprogrammet inom 5 år.

3.10 Övriga konsekvenser

4 Referenser

1. Mellstrand-Navarro C, Pettersson HJ, Tornqvist H, Ponzer S. The operative treatment of fractures of the distal radius is increasing: results from a nationwide Swedish study. *The bone & joint journal*. 2014;96-b(7):963-9.
2. Singer BR, McLauchlan GJ, Robinson CM, Christie J. Epidemiology of fractures in 15,000 adults: the influence of age and gender. *J Bone Joint Surg Br*. 1998;80(2):243-8.
3. Wilcke MK, Hammarberg H, Adolphson PY. Epidemiology and changed surgical treatment methods for fractures of the distal radius: a registry analysis of 42,583 patients in Stockholm County, Sweden, 2004–2010. *Acta Orthop*. 2013;84(3):292-6.
4. Sigurdardottir K, Halldorsson S, Robertsson J. Epidemiology and treatment of distal radius fractures in Reykjavik, Iceland, in 2004. Comparison with an Icelandic study from 1985. *Acta Orthop*. 2011;82(4):494-8.
5. Bacorn RW, Kurtzke JF. Colles' fracture; a study of two thousand cases from the New York State Workmen's Compensation Board. *J Bone Joint Surg Am*. 1953;35-a(3):643-58.
6. Flinkkilä T, Sirniö K, Hippä M, Hartonen S, Ruuhela R, Ohtonen P, et al. Epidemiology and seasonal variation of distal radius fractures in Oulu, Finland. *Osteoporos Int*. 2011;22(8):2307-12.
7. Siggeirsdottir K, Aspelund T, Jonsson BY, Mogensen B, Gudmundsson EF, Gudnason V, et al. Epidemiology of fractures in Iceland and secular trends in major osteoporotic fractures 1989-2008. *Osteoporos Int*. 2014;25(1):211-9.
8. Schmalholz A. Epidemiology of distal radius fracture in Stockholm 1981-82. *Acta Orthop Scand*. 1988;59(6):701-3.
9. Jónsson B, Bengnér U, Redlund-Johnell I, Johnell O. Forearm fractures in Malmö, Sweden. Changes in the incidence occurring during the 1950s, 1980s and 1990s. *Acta Orthop Scand*. 1999;70(2):129-32.
10. Brogren E, Petranek M, Atroshi I. Incidence and characteristics of distal radius fractures in a southern Swedish region. *BMC Musculoskelet Disord*. 2007;8:48.
11. Gartland JJ, Jr., Werley CW. Evaluation of healed Colles' fractures. *J Bone Joint Surg Am*. 1951;33-a(4):895-907.
12. Warwick D, Field J, Prothero D, Gibson A, Bannister GC. Function ten years after Colles' fracture. *Clin Orthop Relat Res*. 1993(295):270-4.
13. Altissimi M, Antenucci R, Fiacca C, Mancini GB. Long-term results of conservative treatment of fractures of the distal radius. *Clin Orthop Relat Res*. 1986(206):202-10.
14. Rundgren J, Bojan A, Mellstrand Navarro C, Enocson A. Epidemiology, classification, treatment and mortality of distal radius fractures in adults: an observational study of 23,394 fractures from the national Swedish fracture register. *BMC Musculoskelet Disord*. 2020;21(1):88.
15. Koval KJ, Harrast JJ, Anglen JO, Weinstein JN. Fractures of the distal part of the radius. The evolution of practice over time. Where's the evidence? *J Bone Joint Surg Am*. 2008;90(9):1855-61.
16. Mattila VM, Huttunen TT, Sillanpää P, Niemi S, Pihlajamäki H, Kannus P. Significant change in the surgical treatment of distal radius fractures: a nationwide study between 1998 and 2008 in Finland. *J Trauma*. 2011;71(4):939-42; discussion 42-3.
17. SBU. Behandling av armfraktur hos äldre : en systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU; 2017).
18. Johnson NA, Dias J. The current evidence-based management of distal radial fractures: UK perspectives. *J Hand Surg Eur Vol*. 2019;44(5):450-5.
19. HD K. Behandlingsretningslinjer för Håndledsbrudd hos voksne. 2015.

20. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Distale radius fracturen. Diagnostiek en behandeling. 2010.
21. Finska läkaresällskapet. Handledsfraktur (benbrott på strålbenets nedre del). 2017.
22. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af håndledsnære brud (distal radiusfraktur): Sundhedsstyrelsen; 2014. Available from: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2014/~media/EB0328BE70DE4D4AB5C6E164EC87C3BA.ashx?m=.pdf>.
23. Vårdgivarguiden. Vårdval ortopedi och vårdval handkirurgi - Stockholms läns landsting. <https://vardgivarguiden.se/globalassets/avtal/vardavtal/vardval-stockholm/ortopedi-och-handkirurgi/forfragningsunderlag-vardval-ortopedi-och-vardval-handkirurgi-2018-09-01.pdf> 2018 [
24. Saving J, Heintz E, Pettersson H, Enocson A, Mellstrand Navarro C. Volar locking plate versus external fixation for unstable dorsally displaced distal radius fractures-A 3-year cost-utility analysis. PLoS One. 2020;15(10):e0240377.
25. Tubeuf S, Yu G, Achten J, Parsons NR, Rangan A, Lamb SE, et al. Cost effectiveness of treatment with percutaneous Kirschner wires versus volar locking plate for adult patients with a dorsally displaced fracture of the distal radius: analysis from the DRAFFT trial. Bone & Joint Journal. 2015;97(8):1082-9.
26. Svensk Ortopedisk Förening. Varför ortopedi? <http://www.ortopedi.se/index1.asp?siteid=1&pageid=12> 2019 [Available from: <http://www.ortopedi.se/index1.asp?siteid=1&pageid=12>.
27. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. En akut bild av Sverige - kartläggning av akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning. 2018.