

Verksamhetsrapport 2014

Bakgrund och syfte

Främre bukväggsbräck indelas i primära bräck och ärrbräck. Bland primära bräck kan urskiljas ljumskbräck som kirurgiskt betraktas en egen entitet pga. hög incidens, en klar anatomisk lokalisation med ett begränsat antal operationsmetoder. Detta har därför tidigt ingående studerats och har i Sverige ett eget kvalitetsregister. Vid ärrbräckskirurgi är såväl operationsmetoder som val av nät avhängiga andra mekanismer som relaterar till bukväggs funktion och anatomi.

De primära bräcken (navelbräck och epigastrikabräck) är relativt vanliga men förekommer med stor variation i storlek och grad av besvär. Det finns ingen konsensus om vilken teknik som skall användas vid primära bräck; små behandlas troligen med suturplastik, och större (i bästa fall) efter principerna för ärrbräck.

Ärrbräck, som uppträder efter tidigare kirurgi, är ett stort kliniskt problem. Vanligaste orsaken är att operationssnittet efter abdominell kirurgi brister, vilket sker i 10–18% av fallen över tid. Vid ett ärrbräck har de styrkebärande vävnaderna förbrukats och ny suturering har dålig prognos – upp till 55% brister ånyo. Sedan konstgjorda nät börjat användas för att förstärka bukväggen har man kunnat minska recidivfrekvensen till under 10%. Hur nätet skall placeras i bukväggen (utanpå bukväggen i underhuden, i muskelskiktet, i bukhålan) är inte klarlagt. Varje metod har för- och nackdelar avseende enkelhet, komplikationsfrekvens, operationsresurser, kirurgisk kompetens och inte minst kosmetiskt resultat. Det implanterade nätets fysikaliska egenskaper (storlek i förhållande till bukväggsdefekten, materialval, vävteknik) är ofta diskuterade, liksom hur nätet skall fixeras på plats. Generellt tycks de öppna metoderna ge avsevärt högre risk för sårkomplikationer medan titthålstekniken ger färre sårproblem till priset av en möjligen ökad andel komplikationer i bukhålan.

Med framgångsrika nätmetoder kan allt fler patienter komma i fråga för rekonstruktion av bukväggen. Utvecklingen går fort. Detta speglas också av en kraftig ökning i operationsincidens på nationell basis över de senaste 5 åren. Många nya nätmaterial lanseras för att laga bräcket genom maximal integration med vävnaden utan att ge andra problem. Tyvärr är det vetenskapliga underlaget för att nät fungerar på det tänkta sättet mycket svagt. Den kliniska vardagen, med ett stort utbud av produkter framtagna för olika tillämpningar, är mycket komplex med svårlösta kliniska komplikationer och problem som slutresultat. En publicerad enkätstudie 2002 vid svenska kirurgkliniker (Israelsson et al, Hernia 2006) har visat att av 860 ärrbräck opererades 73% med suboptimal teknik enligt rådande evidens i publicerade studier. Undersökningens resultat initierade arbetet med att utveckla ett nationellt kvalitetsregister för främre bukväggsbräck.

I socialstyrelsens databaser finns sedan 2005 finns uppgifter om dagkirurgisk verksamhet i landet. År 2005 utfördes 2119 operationer för ärrbräck och 2295 för navelbräck. Dessa är de två mest frekventa ingreppen för bukväggsbräck. Jämfört 2005

har operationsvolymen 2013 ökat med 50% för alla bukväggsbräck gemensamt. Vad gäller gruppen ärrbräckoperationer har dessa ökat med 16% (2494 operationer). Operation för navelbräck har ökat med 71% till 3930 ingrepp [SoS databaser på webben 2015-03]. Ärrbräck utförs huvudsakligen i slutenvården. Endast 16% sker som dagkirurgi, medan navelbräck utförs i 66% som dagkirurgi, speglade komplexiteten i bräcktypernas respektive natur. Huruvida ökningen är reell eller beror på bättre inrapportering/kodning av polikliniska små ingrepp är okänt.

Syfte

Uppgiften för kvalitetsregistret Svenska Bukväggsbräck är att sammanställa uppgifter avseende operationsmetoder och dess komplikationer från enheter som opererar bukväggsbräck, såväl primära som sekundära. Målsättningen är att samtliga i Sverige opererande enheter ansluts.

Syftet med registret är

- att** öka kunskapsnivån avseende behandling av bukväggsbräck
- att** belysa olika operationsmetoders effektivitet
- att** utvärdera produkters effektivitet vid bukväggsrekonstruktion
- att** stödja såväl nationellt som lokalt kvalitetsutvecklingsarbete
- att** skapa ett nationellt nätverk för ökat kunskapsutbyte

Täckningsgrad

Registrets ledning arbetar med att öka anslutningen av opererande enheter. Målsättningen är att samtliga kirurgiska enheter som opererar bukväggsbräck skall anslutas. Ett bortfall kommer dock alltid att ske hos de specialiteter som opererar i bukhålan (urologi, gynekologi, kärllkirurgi och toraxkirurgi). Anslutning av opererande kliniker fortskrider. Hittills har täckningsgraden uppskattats till cirka 15% med 10 registrerade enheter. Arbetet har inriktats mot att få täckningsgraden upp över 50% under 2015 för att kunna nå målen för kvalitetsregisters täckningsgrad under 2016.

För att kontrollera täckningsgrad har det nationella patientregistret använts och på lokal nivå används respektive kliniks patientadministrativa system och operationsregister.

Insamling av pappersformulär avbröts 2008, och enda möjligheten för inmatning dag är internetbaserat.

Målsättning

Intentionen är att samtliga bukväggsbräckoperationer som utförs på en kirurgisk enhet i Sverige skall registreras och uppföljning efter en månad skall ske efter primära bukväggsbräck till 75% och efter sekundära bukväggsbräck till 95%.

Styrgrupp

Styrgruppen har under registerutvecklingsfasen utgjorts av Arbetsgruppen för bukväggskirurgi under Svensk Kirurgisk Förening, samt en specifik registerutvecklingsgrupp. Arbetet har fortsatt i nära relation med SIKT (Svensk förening för Innovativ

Kirurgisk Teknologi), en delförening inom Svensk Kirurgisk förening, där flera av arbetsgruppen innehar eller har innehaft styrelseposter.

Gruppens sammansättning är geografiskt spridd: Medlemmarna har stort och mångårigt engagemang inom svensk bukväggskirurgi.

Styrgruppen för registret 2014 har utgjorts av:

- Peder Rogmark, specialistläkare, doktorand, Malmö
- Agneta Montgomery, överläkare, docent, Malmö
- Sven Bringman, överläkare, docent, Södertälje
- Johanna Österberg, överläkare, med.dr., Mora
- Rosita Svensson, medicinsk sekreterare, Malmö

Statistikkompetens tillförs från Registercentrum Syd efter behov enligt avtal.

Hemsida

Förhandlingar med webbyrå har inleddes i syfte att under 2014 öppna hemsidan. P.g.a. avhopp från styrgruppen av tilltänkt webbredaktör har inte hemsidan öppnats. Webbadressen www.ventralhernia.se ägs av registret.

Kvalitet och Validitet

Det framtagna registerunderlaget accepterades av professionen vid mötet på Bräckdagarna och en pilotstudie vid 10 enheter som under våren 2007 provade protokollet. Vid möten diskuteras indata för att bibehålla konsensus i definitioner och förslå eventuella ändringar.

En ansats har gjorts för att i efterhand registrera de senaste årens pappersbaserade uppgifter. Detta projekt är avslutat. Ytterligare kliniker använder formuläret i pappersformat, men numera accepteras endast internetbaserad inmatning.

Sedan 2010 registreras riskfaktorer och kompetensnivå för deltagande operatörer.

Registret kommer inte att kunna registrera de bukväggsbräck som opereras utanför en kirurgisk enhet. Även fall som upptäcks vid annan operation riskerar att försvinna ur registreringen om inte det planerade ingreppet måste ändras pga bräcket. Dessa är troligen relativt få, då det råder en allmän uppfattning att åtgärder på bukväggen bör göras av bukväggsspecialist. Täckningsgrad i registret kan skattas mot det nationella patientregistret (NPR) där också operationer vid andra enheter kan utvärderas. Erbjudande om denna service från Socialstyrelsen har ännu inte utnyttjats.

Återkoppling

Möte

Styrgruppen träffas varje halvår, på bräckdagarna i mars i Stockholm och på kirurgveckan i augusti. Övrigt hanteras per telefon eller epost. Vid bräckdagarna presenteras årsrapporten. Årsrapporten skickas även till deltagande enheter med enhetens data. Ännu kan inte rapporterna publiceras på hemsida av ovan förklarliga skäl.

Publikationer

Inga ännu.

Vetenskapligt arbete

Registret var i december 2014 inbjudet och representerades på mötet RICH-EuraHS i Rotterdam där data avseende 2013 års kohort presenterades. Uppföljning kommer att ske under 2015.

CaseMix Score

Vid jämförelser mellan olika enheter framkommer ofta frågan om resultatet beror på att den opererade patientgruppen har särskilda egenskaper. En uttalat dagkirurgiskt inriktad enhet kan t.ex. ha en selekterad grupp patienter som är friskare än genomsnittet, och en annan enhet kan ha större andel patienter med akuta ingrepp. Utveckling av en CaseMix Score har inletts för att kunna visa eventuella skillnader – eller likheter – i olika deltagande enheters patientsammansättning.

Bråckspecifikt PROM

Det finns inget internationellt PROM verktyg som lämpar sig för registerutvärdering. Arbetet med att ta fram ett bråckspecifikt PROM-instrument är pågående. Detta projekt görs tillsammans med Svenskt Bräckregister där Agneta Montgomery och Pär Nordin arbetar tillsammans för att ta fram ett gemensamt instrument. Detta är en omfattande procedur som sträcker sig över en längre tid. Målet är att utveckla ett väl validerat instrument.

Kliniskt kvalitetsförbättringsarbete

Vid de enheter som är anslutna till registret har man stort fokus på resultat av bukväggsbräckskirurgin och principer vid klinikerna för omhändertagande av patienterna har utvecklats med enhetliga rutiner för indikation avseende metoder och användandet av nät. Intern rapportering utförs fortlöpande.

Ekonomi

SKL biföll anslagsansökan för 2014 med 400 000 kr samt ytterligare 100 000 för särskilda utvecklande åtgärder.

En aviserad ytterligare höjning av licenskostnaden för databasplattformen har ännu inte genomförts. I avvaktan på revidering/utveckling/byte av databasplattform har inte några omprogrammeringar genomförts, vilket hållit kostnaden nere.

Ekonomisk administration har placerats hos RC Syd till en kostnad av 20 000 kr per år, och ingår registret administrativt under Region Skåne.

Löner till registerhållaren 2,5v och styrgruppens ordförande 3d, uppgår till 70 000, inklusive sociala avgifter. Ökad kliniskt behov med stramare ramar minskar möjligheterna för tjänstledighet för registerarbete. Kostnader för resor har varit 4100 kr, avsevärt mindre än planerat då flera resor har kombinerats med klinisk verksamhet som finansiär.

Ett nationellt sekretariat med registersekreterare har installerats under hösten för att hantera den ökade mängden ärende som rör administrationen. Arbetet har bedrivits på deltid 10% och kostnader för detta har upplupit till 26 000 kr. Ett problem är den

ekonomiska situationen i vården som avsevärt försvårar möjligheterna till att planera in icke klinikbundna arbetsuppgifter.

Ny ansökan för kommande års verksamhet kommer att lämnas in.

Förändringsarbete

Nationellt

Utveckling av mer avancerad årsrapport inledd. Det finns ett behov av bättre redovisningsmodeller där även ingående mix av patientegenskaper beaktas. Ett utvecklingsarbete av bräckspecifikt PROM har inletts i samarbete med Svenskt Ljumskbräckregister.

Lokalt

Ännu inte aktuellt.

För Kvalitetsregistret för Svenska Bukväggsbräck, mars 2014

Peder Rogmark
Registerhållare
Styrgruppen för Bukväggsbräckregistret

Agneta Montgomery
Ordförande