

Årsrapport 2008

1 Bakgrund och syfte

Fremre bukväggsbråck indelas i primära bråck och ärrbråck. Bland primära bråck kan urskiljas ljumskbråck som kirurgiskt betraktas en egen entitet pga. hög incidens, en klar anatomisk lokalisering med ett begränsat antal operationsmetoder. Detta har därför tidigt ingående studerats och har i Sverige ett eget kvalitetsregister. De övriga primära bråcken (navelbråck, epigastrikabråck och övriga) 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 bråck; små behandlas på enklaste sätt, och större (i bästa fall) efter principerna för ärrbråck.

Ärrbråck, som uppträder efter tidigare kirurgi, är ett stort kliniskt problem. Vanligaste orsaken är att operationssnittet efter abdominell kirurgi brister, vilket sker i 10–15% av fallen över tiden. Vid ett ärrbråck har de styrkebärande vävnaderna förbrukats och ny suturering har dålig prognos—upptill 55% brister ånyo. Sedan konstgjorda nät börjat användas för att förstärka bukväggen har man kunnat minska recidivbråcken till under 10%. Hur nätet skall placeras i bukväggen (utanpå 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) är ofta diskuterade, liksom hur nätet skall fixeras på plats. Generellt tycks de äldre metoderna ge hög risk för sårkomplikationer medan den nyare titthålstekniken ger färre sårproblem men möjligen en ökad andel komplikationer i bukhålan.

Med framgångsrika nätmetoder kan allt fler patienter komma i fråga för rekonstruktion av bukväggen. Utvecklingen går fort med många nya nätmaterial med avancerade strukturer för att ge maximal integration med vävnaden utan att ge andra problem.

En publicerad enkätstudie 2002 till svenska kirurgkliniker (Israelsson et al, Hernia 2006) har visat att av 860 ärrbråck opererades 73% med suboptimal teknik med hänsyn till internationellt publicerade studier. Cirka 1750 ärrbråck opererades under 2002 enligt SoS slutenvårdsregister. Undersökningens resultat initierade arbetet på ett nationellt kvalitetsregister för fremre bukväggsbråck

2 Syfte

Uppgiften för kvalitetsregistret Svenska Bukväggsbråck är att samla uppgifter avseende operationsmetoder och dess komplikationer från enheter som opererar bukväggsbråck, såväl primära som sekundära. Målsättningen är att samtliga i Sverige opererande enheter är anslutna.

Syftet med registret är

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

3 Täckningsgrad

Registret har ännu inte startat med anslutning och inmatning.

4 Måluppfyllelse

Intentionen är att samtliga bukväggsbräcksoperationer som utförs på en kirurgisk enhet i Sverige skall registreras. Registret är ännu inte aktiverat.

5 Styrgrupp

Styrgruppen har under registerutvecklingsfasen utgjorts av Arbetsgruppen för bukväggs-kirurgi under Svensk Kirurgisk Förening, samt en registerutvecklingsgrupp. Under 2007 har Arbetsgruppen för Bukväggskirurgi förenats med Svensk Förening för Minimalinvasiv Kirurgi (MIK) och bildat en ny delförening inom Svensk Kirurgisk förening: Svensk förening för Innovativ Kirurgisk Teknologi (SIKT). Registerutvecklingsgruppen har fortsatt sitt arbete i nära relation till SIKT, där flera av arbetsgruppen innehaft styrelseposter. Några av de tidigare styrgruppsmedlemmarna har nu mer aktivt deltagit i registerutvecklingen.

Gruppens sammansättning representerar geografiskt spritt, stort och mångårigt engagemang inom bukväggskirurgin.

Registrets styrgrupp har utgjorts av

- Peder Rogmark, specialistläkare, Malmö
- Sam Smedberg, överläkare, med.dr., Helsingborg
- Sven Bringman, överläkare, docent, Södertälje
- Agneta Montgomery, överläkare, docent, Malmö
- Emmanuel Ezra, överläkare, Arvika

En fortsatt utveckling av registrets styrgrupp pågår fortlöpande.

6 Hemsida

Någon hemsida är ännu inte startad, men utformningen har initerats. Webbadressen www.ventralhernia.se har registrerats.

7 Inrapportering

Kontrakt avseende utveckling och leverans av en internetbaserad registerplattform har skrivits i juni 2007 med Nationellt Kompetenscentrum för Ortopedi (NKO), som utvecklar registerplattformen Comporto. NKO har stor erfarenhet med kvalitetsregister inom operativ verksamhet, och erbjuder dessutom en kostnadseffektiv lösning, med stor potential. Det internetbaserat användargränssnittet presenterades under hösten 2008 och har sedan utvecklats och en skarp körbar version planeras i drift hösten 2009.

Ursprungliga registerunderlaget fastställdes vid Bråckdagarna i Stockholm i mars 2006 och har reviderats.

Pilotstudien har rapporterat in totalt 641 operation under 2007-2008. Samtliga har använt den pappersbaserade versionen för utprovande av datainsamlingen. Inga försök till djupare analys av data har gjorts utöver att finna luckor i indata och tolkning av ledtexter.

Flera enheter har under 2008-09 anmält intresse av att använda registerunderlaget för egen dokumentation och utvärdering i väntan på en internetbaserad inmatning.

8 Kvalitet och Validitet

Det framtagna registerunderlaget har accepterats av professionen vid mötet på Bråckdagarna och en pilotstudie vid 10 enheter som under 4 månader provade protokollet planerades till hösten 2006. Projektet fördröjdes och genomförs först under våren 2007.

Fem kliniker fullföljde pilotregistreringen under 4 månader februari-juni. En sammanställning presenterades på kirurgveckan 2007 i Stockholm. Sammanlagt 203 bråck registrerades under perioden. Ärrbråck och stomibråck utgjorde 41% av registreringarna. Extrapolerat skulle det innebära att drygt 5000 bukväggsbråck opereras årligen i Sverige, väl i linje med tidigare antaganden. En intressant iakttagelse var att 20% av de ärrbråcksopererade hade föregående operation inom gynekologisk kirurgi. Stor försiktighet krävs dock vid tolkningen av pilotstudien som utförts vid specialiserade enheter, och studiesyftet var förfarandet vid registrering.

Registrering har fortsatt på flera kliniker och totalt 641 registerunderlag har inkommit under fram till och med 2008. Ytterligare kliniker använder formuläret i pappersformat men har inte levererat in dem.

Det tidigare accepterade registerunderlaget har diskuterats och synpunkter avseende det logiska flödet har framförts. Uppgifter kunde tolkas olika, och sådan tvetydighet medför sänkt validitet, medan logikflödet på sin höjd minskar incitamentet till att överhuvudtaget lämna uppgifter. Några punkter visade sig alltför svåra att lämna annat än approximerade svar på, varför en revision var nödvändig.

Nytilletkommet är riskfaktorer och kompetensnivå för deltagande operatörer.

Utvecklingen av internetformulär i Comporto påbörjades under hösten med sikte att genomföra en testregistrering med den internetbaserade databasen med samma kliniker som innan. Förseningar har drabbat projektet och om planeringen håller kommer registret att tas i drift hösten 2009.

Registret kommer inledningsvis inte att kunna registrera de bukväggsbråck som opereras utanför en kirurgisk enhet. Idag vet ingen omfattningen av kirurgi som utförs en passant av annan opererande specialitet. Täckningsgrad i registret kan skattas mot det nationella slutenvårdsregistret.

9 Återkoppling

9.1 Möte

Registerhållaren har presenterat lägesrapport vid Bråckdagarna i Stockholm i mars och på European Hernia Societys möte i Sevilla, Spanien. Utöver detta har registret presenterat sitt format och utformning vid EHS klassifikationsmöte i Ghent, Belgien och IEHS möte i New Dehli, Indien.

9.2 *Publikationer*

Inga ännu.

9.3 *Vetenskapligt arbete*

Inga ännu.

10 Kliniskt kvalitetsförbättringsarbete

Innan registret startats utgör det inget underlag för kliniskt förbättringsarbete.

11 Ekonomi

SKL biföll anslagsansökan 2008 vilket tillåtit fortsatt kontrakt med NKO Comporto, samt fortsatt utveckling till modernt internetbaserat register. Ny ansökan för kommande års verksamhet kommer att lämnas in.

Registerhållarens arbetsinsats uppskattas idag till 4-6 veckor heltid per år, ökande med registrets aktivitet. Till detta behövs ett nationellt sekretariat med registersekreterare. Inledningsvis torde 8 h/vecka vara tillräckligt *när registret är satt i drift*. Tyvärr har den webbaserade inmatningen försenats kraftigt på grund av programmeringstekniska problem utanför registrets kontroll. Registersekreterare har därför inte kontrakterats under 2008.

Driftsättning av registret kommer att kräva fler styrgruppsmöten initialt, uppskattningsvis 2 per halvår.

Olika möjligheter med anslutningsavgift och/eller avgift per registrerad patient är fortfarande under diskussion. En undersökning om anslutningsavgift har mottagits med varierat intresse, men är avhängigt storleken respektive enhetens bräckkirurgiska verksamhet. Frågan har inte prioriterats innan webb-formuläret tagits i drift.

12 Förändringsarbete

12.1 *Nationellt*

Ännu inte aktuellt.

12.2 *Lokalt*

Ännu inte aktuellt.

För Kvalitetsregistret för Svenska Bukväggsbräck, september 2009

Peder Rogmark
Registerhållare

Agneta Montgomery
Ordförande Styrgruppen för Bukväggsbräckregistret