

# Årsrapport 2010

## 1 Bakgrund och syfte

Främre 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 troligen med suturplastik, 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 10–18% 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 recidivfrekvensen 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 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. Många nya nätmaterial lanseras för att laga bråcket genom maximal integration med vävnaden utan att ge andra problem. Tyvärr är det vetenskapliga underlaget för att nät fungerar på detta sätt mycket svagt. Den kliniska vardagen, med ett stort utbud av produkter framtagna för olika tillämpningar, är mycket komplex med svårlosta kliniska komplikationer och problem som slutresultat. En publicerad enkätstudie 2002 vid svenska kirurgkliniker (Israelsson et al, Hernia 2006) har visat att av 860 ärrbråck opererades 73% med suboptimal teknik enligt rådande evidens i publicerade studier. Undersökningens resultat initierade arbetet med att utveckla ett nationellt kvalitetsregister för främre bukväggsbråck. En analys av omfattningen av bukväggsbråck utfördes 2009 och visade att det genomfördes 2319 ärrbråcksoperationer och ytterligare knappt 4000 ingrepp för navelbråck och epigastrikabråck enligt Socialstyrelsens databaser.

## 2 Syfte

Uppgiften för kvalitetsregistret Svenska Bukväggsbräck är att samla uppgifter avseende operationsmetoder och dess komplikationer från enheter som opererar bukväggsbräck, 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** utvärdera produkters effektivitet vid bukväggsrekonstruktion
- att** stödja såväl nationellt som lokalt kvalitetsutvecklingsarbete
- att** skapa ett nationellt nätverk för ökat kunskapsutbyte

## 3 Täckningsgrad

Registret har inte startat med anslutning och inmatning. Cirka 15 enheter använder registerformuläret för egen registrering utan central insamling. Insamling av pappersformulär avbröts 2008 inför den då stundande driftsättningen. Flera enheter har fortsatt pappersregistreringen.

## 4 Måluppfyllelse

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

## 5 Styrgrupp

Styrgruppen har under registerutvecklingsfasen utgjorts av Arbetsgruppen för bukväggs-kirurgi 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 innehaft styrelseposter.

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

Styrgruppen för registret 2010 har utgjorts av:

- Peder Rogmark, specialistläkare, doktorand, Malmö
- Agneta Montgomery, överläkare, docent, Malmö
- Sam Smedberg, överläkare, med.dr., Helsingborg
- Sven Bringman, överläkare, docent, Södertälje
- Johanna Österberg, överläkare, Mora

En utveckling av registrets styrgrupp pågår fortlöpande. Statistikkompetens tillförs från Registercentrum Syd efter behov enligt avtal.

## 6 Hemsida

Hemsidan är inte startad. Webbadressen [www.ventralhernia.se](http://www.ventralhernia.se) ägs av registret.

## 7 Inrapportering

Kontrakt avseende utveckling och leverans av en internetbaserad registerplattform har skrivits i juni 2007 med Nationellt Kompetenscentrum för Ortopedi (NKO, numera Registercentrum Syd), som utvecklar registerplattformen Comporto. Dessa har stor erfarenhet av kvalitetsregister inom operativ verksamhet och erbjuder en kostnadseffektiv lösning med stor potential. Det internetbaserade användargränssnittet presenterades under hösten 2008 och har sedan utvecklats och en skarp körbar version planerades vara i drift hösten 2009. Ursprungliga registerunderlaget fastställdes vid Bräckdagarna 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 2008-2010 använt registrets pappersformulär 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 Bräckdagarna och en pilotstudie vid 10 enheter som under våren 2007 provade protokollet.

Fem kliniker fullföljde pilotregistreringen under februari-juni 2007. En sammanställning presenterades på kirurgveckan 2007 i Stockholm. Sammanlagt 203 bräck registrerades under perioden. Ärrbräck och stomibräck utgjorde 41% av registreringarna. Extrapolerat skulle det innebära att drygt 5000 bukväggsbräck opereras årligen i Sverige, väl i linje med tidigare antaganden. En intressant iakttagelse var att 20% av de ärrbräcksoopererade hade föregående operation inom gynekologisk kirurgi. Stor försiktighet krävs dock vid tolkningen av pilotstudien som utförts vid specialiserade enheter. Studien syftade till att utvärdera protokollets användarvänlighet och göra en reliabilitetsbedömning.

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 centralt.

Det tidigare accepterade registerunderlaget har diskuterats och synpunkter avseende det logiska flödet har framförts. Några uppgifter visade sig alltför svåra att lämna annat än som approximerade svar, varför en revision var nödvändig.

Nyttillkommet är riskfaktorer och kompetensnivå för deltagande operatörer.

Utvecklingen av internetformulär i Comporto påbörjades under hösten 2008 med sikte att genomföra en testregistrering med den internetbaserade databasen med samma kliniker som innan. Testkörning visade att webbläsarna på användarsidan var föråldrade och kunde inte tolka programkoden som bygger upp formulären på rätt sätt. Modernare version lanserades först hösten 2010. Under vintern och våren har slutanvändartester genomförts och intern validering har avslutats. Under sensvåren 2011 har de första användarenheterna kunnat anslutas.

Registret kommer inledningsvis inte att kunna registrera de bukväggsbräck 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 årligen vid Bräckdagarna i Stockholm i april.

### **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 för 2011 med 160 000 kr. Anslagna medel har huvudsakligen finansierat utvecklingstid för registerhållare och styrgruppsordförande, samt resor till möten. Licenskostnad för databasplattformen Comporto är oförändrad. Ny ansökan för 2012 års verksamhet kommer att lämnas in.

Registerhållarens arbetsinsats uppskattas idag till fyra till sex veckors heltid per år, ökande med registrets aktivitet. Till ett nationellt sekretariat med registersekreterare krävs vid aktivt register. Inledningsvis torde åtta timmar per vecka vara tillräckligt för sekretariatsfunktionen.

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

Olika möjligheter med anslutningsavgift och/eller avgift per registrerad patient har diskuterats, men bordlagts. 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 2011

Peder Rogmark  
Registerhållare

Agneta Montgomery  
Ordförande Styrgruppen för Bukväggsbräckregistret