

Verksamhetsrapport 2013

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. Vid ärrbråckskirurgi är såväl operationsmetoder som val av nät avhängiga andra mekanismer som relaterar till bukväggens funktion och anatomi.

De primära bråcken (navelbråck och epigastrikabråck) 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 tid. Vid ett ärrbråck har de styrkeberärande 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 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. Detta speglas också av en 40 % ökning i operationsincidens på nationell basis över de senaste 5 åren. 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 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 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. Sedan 2005 finns uppgifter om dagkirurgisk verksamhet i landet. Jämfört 2005 har operationsvolymen ökat med 40% för alla bukväggsbråck gemensamt. Vad gäller gruppen ärrbråcksoperationer har dessa ökat med 15%. Operation för navelbråck har ökat med 57% till idag 3600 ingrepp [SoS databaser på webben 2013-

09]. Huruvida ökningen är reell eller beror på bättre inrapportering/kodning av polikliniska små ingrepp är okänt.

Syfte

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

Syftet med registret är

- att** öka kunskapsnivån avseende behandling av bukväggsbråck
- 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 bukväggsbråck skall anslutas. Ett bortfall kommer dock alltid att ske hos de specialiteter som opererar i bukhålan (urologi, gynekologi, kärllkirurgi och toraxkirurgi). För att kontrollera täckningsgrad avser vi använda det nationella patientregistret och sannolikt även respektive kliniks patientadministrativa system. Insamling av pappersformulär avbröts 2008.

Målsättning

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

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 2013 har utgjorts av:

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

- Daniel Millbourn, specialistläkare, med.dr., Sundsvall

Statistikkompetens tillförs från Registercentrum Syd efter behov enligt avtal.

Hemsida

Förhandlingar med webbyrå har inletts i syfte att under 2014 öppna hemsidan. Webbadressen www.ventralhernia.se ägs av registret.

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. 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. Ytterligare kliniker använder formuläret i pappersformat, men inte levererat in dem.

Sedan 2010 registreras riskfaktorer och kompetensnivå för deltagande operatörer.

Registret kommer inte att kunna registrera de bukväggsbräck som opereras utanför en kirurgisk enhet. 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.

Publikationer

Inga ännu.

Vetenskapligt arbete

Inga ännu. Registret är inbjudet och kommer att representera registerplattformen samt data avseende resultat vid European Hernia Society (EHS) registermöte i Amsterdam under december 2014.

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 2013 med 400 000 kr. En större revision av applikationen har genomförts, om än inte i den omfattning som initialt planerades. RC Syd avrådde flera större omprogrammeringar då dessa endast åstadkom funktionalitet som planeras som standard i den kommande versionen av databasplattformen. Kostnader för migrering till ny plattform ansågs mer kostnadseffektiva. Licenskostnad för databasplattformen Comporto har höjts till 50 000 kr/år. Ekonomisk administration har placerats hos RC Syd till en kostnad av 20 000 kr per år.

Löner till registerhållaren 3+2 v och styrgruppens ordförande 1 v, lokalt administrativt arbete 4v, uppgår till 180 000, inklusive sociala avgifter. En mindre summa har använts för resor till möten. Ny ansökan för kommande års verksamhet kommer att lämnas in.

Ett nationellt sekretariat med registersekreterare krävs för att vidga detta register till ett fullskaligt nationellt register. Inledningsvis torde åtta timmar per vecka vara tillräckligt för sekretariatsfunktionen då utvidgningen av registret måste gå stegvis. Ett problem är den ekonomiska situationen i vården som avsevärt försvårar möjligheterna till att planera in icke klinikbundna arbetsuppgifter. Ökad aktivitet i registret medför också fler styrgruppsmöten.

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 under året.

Förändringsarbete

Nationellt

Ännu inte aktuellt.

Lokalt

Ännu inte aktuellt.

För Kvalitetsregistret för Svenska Bukväggsbräck, mars 2013

Peder Rogmark
Registerhållare
Bukväggsbräckregistret

Agneta Montgomery
Ordförande Styrgruppen för