

# Verksamhetsrapport 2015

## Bakgrund

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 2014 ökat med 59% för alla bukväggsbräck gemensamt. Vad gäller gruppen ärrbräckoperationer har dessa ökat med 17% (2477 operationer). Operation för navelbräck har ökat med 83% till 3930 ingrepp [SoS databaser på webben 2016-02]. Ärrbräck utförs huvudsakligen i slutenvården. Endast 19% sker som dagkirurgi, medan navelbräck utförs i 78% som dagkirurgi, speglade komplexiteten i bräcktypernas respektive natur. Varje år sedan 2005 har totalantalet operation på olika bukväggsbräck ökat med mellan 2 och 11%. 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** stimulera nationellt och lokalt kvalitetsutvecklingsarbete
- att** öka kunskapsnivån avseende behandling av bukväggsbräck
- att** belysa olika operationsmetoders effektivitet
- att** utvärdera effektiviteten av olika nät- och fixationsmaterial vid bukväggsrekonstruktion
- att** identifiera sällan förekommande allvarliga händelser till följd av nyintroducerade nät och fixationsmetoder
- 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, kärkirurgi och toraxkirurgi). Anslutning av opererande kliniker fortskrider. Hittills har täckningsgraden uppskattats till cirka 15% med 15registrerade enheter. Arbetet har inriktats mot att öka täckningsgraden under 2015 för att kunna nå målen för kvalitetsregisters täckningsgrad under 2016. Täckningsgraden för 2015 har dock inte ökat mer än 7% och utökade insatser planeras till våren 2016 för att hjälpa enheter att komma igång med registrering.

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 i dag är internetbaserat.

## Målsättning

Att öka kunskapen om operationsindikationer och operationsmetoder så att en jämlik vård kan ges ur ett nationellt perspektiv. Att samtliga bukväggsbräckoperationer som utförs på en kirurgisk enhet i Sverige skall registreras i registret och att uppföljning efter

en månad skall ske efter primära bukväggsbräck till 75% och efter sekundära bukväggsbräck till 95%, med en andra uppföljning efter 6 månader. Att introducera ett instrument för utvärdering av patientrapporterad livskvalitet före och ett år efter operation.

## Styrgrupp och professionell förankring

Under året har styrgruppen verkat för att utöka och bredda medlemmarnas geografiska spridning och kompetens. Patientföreträdare har rekryterats genom kontakt med föreningen Nätverket mot Cancer, som samlar flera patientföreningar för de som opererats för sin sjukdom och som har hög risk att drabbas av bukväggsrelaterade problem. Registrets förankring i svensk kirurgi är genom SIKT (Svensk förening för Innovativ Kirurgisk Teknologi), en delförening inom Svensk Kirurgisk Förening. Flera medlemmar har och har haft ledande poster i SIKTs styrelse. Styrgruppens ordförande har fram till och med 2015 varit ordförande i Svensk Kirurgisk Förening.

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

Styrgruppen för registret 2015 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
- Bo Karlsson, ordf ILCO (Tarm- uro- och stomiförbundet)/Nätverket mot Cancer
- Fredrik Montgomery, docent, registerhållare och registerutvecklare Riksfot

Statistikkompetens tillförs från Registercentrum Syd efter behov enligt avtal. Arbeta med att inkludera statistiker i styrgruppen har inletts under senhösten 2015. Ytterligare breddning av styrgruppens geografiska hemvist är ett pågående arbete.

## Hemsida

Webbadressen *www.ventralhernia.se* ägs av registret. Ett förslag till hemsida har tagits fram under hösten och arbetet med att författa innehåll pågår inför öppnandet av hemsidan. Den primära driftsättningen har fått uppskjutits i brist på arbetstid. Målsättningen är våren 2016.

## 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.

I samband med uppdatering av registerplattformen nu är inom synhåll kommer befintliga datafält att ses över och revideras under 2016.

Ytterligare kliniker använder formuläret i pappersformat, men numera accepteras endast internetbaserad inmatning. Arbete med att rekrytera fler kliniker har nu intensifierats och klinikbesök för implementering av registret är planerad under 2016.

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 kommer att ske under 2016.

## **Återkoppling**

### **Möte**

Styrgruppen träffas halvårsvis, 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 nämnda skäl.

### **Publikationer**

Inga ännu.

Abstrakts med data utgående från registret har presenterats vid bräckdagarna, vid Kirurgveckan, vid EHS möte i Milano samt vid internationellt registermöte i Berlin.

### **Vetenskapligt arbete**

Registret var i december 2014 inbjudet och representerades på mötet RICH-EuraHS i Rotterdam där data avseende 2013 års kohort presenterades. Uppföljningen var i Berlin i mars där registret representerades. Oklarheter mellan olika länders implementering av personuppgiftshantering, samt brist på konsensus om hur data skall användas mellan de olika registren medför att poolande av patienter inte är aktuellt för närvarande.

### **Bräckspecifikt PROM**

Det finns inget internationellt PROM verktyg som lämpar sig för registerutvärdering. Arbete med att ta fram ett bräckspecifikt PROM-instrument fortsätter. Projektet drivs tillsammans med Svenskt Bräckregister där Agneta Montgomery och Pär Nordin arbetar tillsammans för att ta fram ett gemensamt instrument för kvalitetsmätningen efter bukväggskirurgi. Under 2016 kommer 200 patienter att ha inkluderats i en första utvärderingsfas. Målet är att utveckla ett väl validerat instrument.

### **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.

## 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.

Under kirurgveckan presenterades 2 abstract där registerdata använts.

## Ekonomi

SKL biföll anslagsansökan för 2015 med 600 000 kr samt ytterligare 150 000 för särskilda utvecklande åtgärder (utveckling av formulär för patientrapporterad livskvalitet).

En höjning av licenskostnaden för databasplattformen fr.o.m. 2016 har trätt i kraft. Under hösten 2015 har rättigheterna till källkoden för dataplattformen förvärvat av RC-Syd och man har aviserat en snar modernisering av programmet redan under 2016 och uppgradering av databasmodellen under kommande år. De under många år begränsande tillkortakommanden som funnits planeras nu för snar omprogrammering. Ekonomisk administration har placerats hos RC Syd till en kostnad av 20 000 kr per år, och ingår registret administrativt under Region Skåne. Delar av kostnaden för administration har inte debiterats under 2015 av oklar anledning.

Löner till registerhållaren uppgår till totalt 142 000, inklusive sociala avgifter. Ökad kliniskt behov med stramare ramar minskar möjligheterna för tjänstledighet för registerarbete. Kostnader för resor har varit 14300 kr, något mindre än planerat då flera resor har kombinerats med klinisk verksamhet som finansiär.

Ett 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 16 000 kr, något lägre än planerat pga att vissa planerade arbetstider inte varit tillgängliga för registerarbete pga frånvaro. 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 inleddes 2015. Nya grafer för statistisk processkontroll utvecklas. I många fall måste även mixen av patientegenskaper beaktas vid resultattolkning; hur detta skall implementeras är dock inte alltid uppenbart och okontroversiellt. Ett utvecklingsarbete av bräckspecifikt PROM leds av Agneta Montgomery och pågår i samarbete med Svenskt Ljumsbräckregister.

### *Lokalt*

Ännu inte aktuellt.

*För Kvalitetsregistret för Svenska Bukväggsbråck, mars 2016*

Peder Rogmark

Registerhållare

För styrgruppen för Bukväggsbråckregistret

Agneta Montgomery

Ordförande