

## Verksamhetsrapport 2016

### Bakgrund

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 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 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.

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

har operationsvolymen 2015 ökat med 55% för alla bukväggsbräck gemensamt. Vad gäller gruppen ärrbräckoperationer har dessa ökat med 16% (2452 operationer). Operation för navelbräck har ökat med 77% till 4071 ingrepp [SoS databaser på webben 2017-02]. Ärrbräck utförs huvudsakligen i slutenvården. Endast 21% sker som dagkirurgi, medan navelbräck utförs i 82% 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, kärllkirurgi och toraxkirurgi). Anslutning av opererande kliniker fortskrider. Hittills har täckningsgraden uppskattats till cirka 15% med 15 registrerade enheter. Huvudsakligen riktas arbetet mot att öka täckningsgraden kunna nå målen för kvalitetsregisters täckningsgrad under 2016. Täckningsgraden för 2015 har dock inte ökat i önskad omfattning och fortsatta insatser görs 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.

Den enda möjligheten för inmatning i dag är över internet.

## 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 var fram till och med 2015 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 2016 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. Arbete 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](http://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. Hemsidan startades under hösten 2016 i grundform med fortsatt utveckling planerad under kommande år.

## 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. Arbete har initierats för dåligt använda variabler (med låg validitet) ska utsträngas och därmed minska registerbördan.

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 planerades under 2016, men fick skjutas upp på grund av tidbrist hos påtänkt individ.

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 bråcket. Dessa är troligen relativt få, då det råder en allmän uppfattning att åtgärder på bukväggen bör göras av bukväggspecialist. Täckningsgrad i registret kan skattas mot det nationella patientregistret (NPR) där också operationer vid andra enheter kan utvärderas. Erbjudande om denna service kommer från Socialstyrelsen.

## 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 och vid European Hernia Society Meeting i Rotterdam.

### *Vetenskapligt arbete*

#### **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 utvärderades 200 patienter i en första utvärderingsfas. Rasch-analys och reduktion av frågebanken har skett och fas III i validering pågår. Målet är att utveckla ett väl validerat bräckspecifikt 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 fortsätter för att kunna visa eventuella skillnader – eller likheter – i olika deltagande enheters patientsammansättning och hantering.

## 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 2016 med 600 000 kr.

Licenskostnaden för databasplattformen höjdes fr.o.m. 2015 och är oförändrad. RC-Syd arbetar med modernisering av programmet och uppgradering av databasmodellen under kommande år. Registret avser att uppgradera till den nyare databasmodellen för att bättre utnyttja de

Ekonomisk administration har placerats hos RC Syd och registret ingår som administrativt projekt under Region Skåne.

Ett sekretariat med registersekreterare har installerats under hösten för att hantera den ökade mängden ärende som rör administrationen. Arbetet har bedrivits på deltid 10%. Med anledning av kommande pensionsavgång kommer sökande efter ny registersekreterare att påbörjas.

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 och presenterades i årsrapporten i begränsad omfattning. Grafer för statistisk processkontroll fortsätter att 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 bråckspecifikt PROM leds av Agneta Montgomery och pågår i samarbete med Svenskt Ljumskbråckregister.

### ***Lokalt***

Ännu inte aktuellt.

*För Kvalitetsregistret för Svenska Bukväggsbråck, februari 2017*

Peder Rogmark  
Registerhållare  
För styrgruppen för Bukväggsbråckregistret

Agneta Montgomery  
Ordförande