ÅRSRAPPORT

20140101 - 20140926

Innehållsförteckning

Inledning, syfte 3

Lokal och central dataprocess, ett exempel 4

Aktuellt anslutningsläge 20140926 samt datamängd och kvalitet 5

Utdata rapporter on line, egna enheten jämfört med alla anslutna

Allmänt 6

Fyra exempel (skärmdumpar) på online rapporter 7

Utdata rapporter baserade på samtliga registreringar till 20140926 12

Processdata 12

Sena strykningar 16

Akuta operationer, prioriteringsgrad vid anmälan samt utfall 17

Andelen operationer där WHO checklista använts 18

Peroperativa avvikelser och komplikationer 19

Värsta postoperativa smärtnivå 20

Mortalitet 23

Höftfrakturer 26

Medlemsutveckling och täckningsgrad 29

Validering av data 30

Övrigt och framtid 31

Ledningsgrupp och styrgrupp 32

Bilaga: stadgeförslag SPOR ideell förening 33

Inledning

I Sverige genomförs cirka 600 000 operationer årligen. Antalet är osäkert och är en extrapolering av uppgifter framtagna av NYSAM (Nyckeltal i samverkan mellan åtta Landsting). I Sverige saknades ett övergripande nationellt perioperativt register där befintliga ”diagnos- eller ingreppsregister” inte kan ge en integrerad bild av hur operationsresurser utnyttjas och inverkar på patientutfall. Viktigt att även mäta processmått då en effektiv logistik också påverkar patientutfallet inklusive kvalitet för patienten, t ex om man lyckas operera höftfrakturer inom 24 timmar eller om patienten stryks från operationsprogrammet med kort varsel.

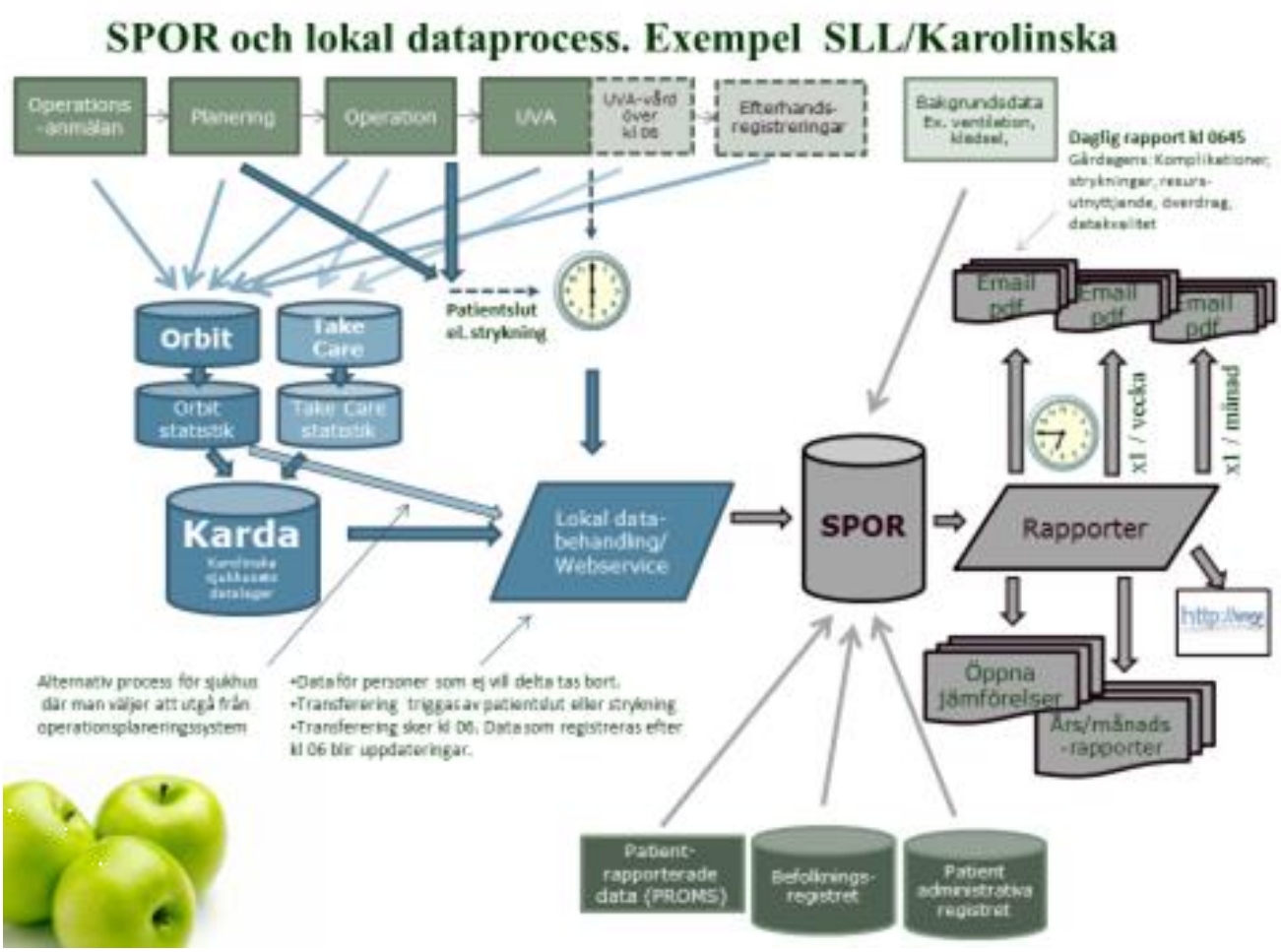
Svenskt Perioperativt Register (SPOR) startades som ett projekt initierat av Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI) 2011. Samarbete med Uppsala Clinical Research Center (UCR) utvecklades med syftet att utveckla datafångst utan manuell handpåläggning från redan befintliga data från operationer registrerade i operationsplaneringssystemen. Operationsprocessen följs från operationsanmälan tills patienten lämnar postoperativa avdelningen. Första skarpa data kunde efter en testperiod tas emot av registret i oktober 2013. En del av vårdgivarna kunde leverera data inkluderande hela år 2013.

Under första halvåret 2014 har många kliniker anslutit sig och antalet registreringar ökar med ca 10000 per månad. Vi väljer att i denna vår första årsrapport inkludera alla data till och med 140926 för att kunna presentera resultat från ett så stort underlag som möjligt.

Vi har också valt att i huvudsak presentera deskriptiva utdata för hela riket utan större analyser och jämförelser mellan kliniker i denna första årsrapport. Viktigast är att varje ansluten klinik kan logga in, kontrollera sin egen datakvalitet, studera önskade parametrar och jämföra sitt resultat med rikets resultat.

Syfte

Syftet med SPOR är att med hjälp av integration med befintliga operationsplaneringssystem hämta data utan manuell handpåläggning och därmed erbjuda ett verktyg för lokal kvalitetsutveckling av operationsprocessen. Detta skall ske genom jämförelser nationellt med målet att delta i öppna jämförelser 2016.



Översiktsbild på hur datafångst, överföring till och rapportering från SPOR fungerar. Anslutna sjukhus kan logga in och följa den egna enhetens resultat och jämföra den med Riket - det vill säga övriga anslutna enheter. PROMS enkäter finns framtagna.

Orbit är ett operationsplaneringssystem, KARDA i detta exempel är Karolinska Sjukhusets Datalager. Motsvarande datalager finns hos många vårdgivare men merparten hittills anslutna enheter överför direkt från operationsplaneringssystemen genom batcher eller genom webservice vilket SPOR föredrar på sikt. Webservice ger alltså en kontinuerlig daglig överföring av data vilket möjliggör att föregående dags resultat kan erhållas t ex via webben.

SPOR 2014-09-26, aktuellt anslutningsläge samt data mängd och kvalitet

6 vårdgivare i produktion:

- Stockholms Läns Landsting
- Landstinget i Kalmar Län
- Landstinget Gävleborg
- Landstinget Sörmland
- Landstinget i Östergötland
- Landstinget Kronoberg

Totalt rapporterar således 27 operationsenheter uppdelat på 11 sjukhus vilka fram till den 26 september 2014 skickat in 92100 registreringar till SPOR:s produktionsregister. Dessa checkas av för completeness och consistency. Av dessa gick 81360 registreringar (88%) genom kvalitetskontrollerna. Kvalitetskontrollerna innebär att rent felaktiga registreringar, exempelvis av KVÅ-koder och ICD-koder som inte officiellt finns samt inkompletta registreringar gallrades ut.

Efter exklusion av operationer som inte hade en av de inkluderade operationskoderna* eller saknade endera start- eller slut-tidpunkt kvarstår 72 268 registreringar (78%).

Bara denna detalj att inmatade data stämmer kommer på sikt att medföra att all registrering av operationsverksamhet i Sverige blir förbättrad och bli mer komplett!

Nedan visas en sammanställning av data (N=72 268) som fanns i databasen 26 september 2014.

* De operationer som inkluderas är de operationer där någon av samtliga kirurgiska (KKÅ) operationskoder finns registrerad, sånär som på att av koder som börjar med T inkluderas endast TPX10 och TPX15 och av koder som börjar med U inkluderas endast UJK02 och UJK05. Av de medicinska (KMÅ) operationskoderna inkluderas endast SP712-SP799.

SPOR utdata

Hittills är elva rapporter tillgängliga on-line för anslutna enheter där egna enheten kan jämföras med riket (=alla anslutna).

- Variabelinformation
  - Completeness och consistency – Antal av alla inskickade värden visas + felrapport tillbaka ges

- Processdata
  - Antal operationer/kod, fördelning ålder, akut/elektiva operationer med tidpunkt på dygnet
  - kvot knivtid/patienttid

- Andel operationer med genomförd WHO checklista(Förberedelse, Time out och Sign out samt alla delar kompletta)

- Mortalitet översikt – 20 i topp efter operationskod/diagnoskod för egna enheten/riket

- Mortalitet specifik – valbar operationskod och huvuddiagnos

- Höftfrakturer
  - Mortalitet, allmänt samt grupperat efter tidsrymd mellan operationsanmälan och operationsstart

- Sena strykningar – strykningar som tillkommer efter att dagens op program är fastställt senast kl 17.00 dagen innan

- Andel akut opererade inom planerad tid

- Avvikelser och komplikationer

- Värsta postop smärta NRS
  - Fördelat på operationskoder koder, 10 i topp, grad av smärta

- Värsta postoperativa illamående NRS – se ovan

Utdata rapporter – baserade på egna enhetens registreringar jämfört med riket

Nedan följer fyra exempel på rapporter som för anslutna enheter är tillgängliga on-line där den egna kliniken jämförs med riket d v s alla anslutna enheter. Bilderna är skärmdumpar tagna direkt från rapportgeneratorn, på det sätt som den egna enheten ser det.

Dessa fyra utdrag är tagna ur SPOR vid en tidigare tidpunkt vilket medför färre registreringar som underlag än det som rapporteras nedan per 140926.

Antal operationer utförda på den egna enheten samt mortalitet för operationskod/kategori: NFJxx under perioden 2013-01-01 till 2014-06-16

	Antal operationer		≤ 30 dgr		≤ 90 dgr		≤ 180 dgr		≤ 365 dgr	
Huvudoperationskod	Egen enhet	Riket	Egen enhet	Riket	Egen enhet	Riket	Egen enhet	Riket	Egen enhet	Riket
NFJ09	4	44	0.00%	9.09%	0.00%	11.36%	0.00%	15.91%	0.00%	15.91%
NFJ19	1	14	0.00%	7.14%	0.00%	7.14%	0.00%	7.14%	0.00%	7.14%
NFJ29	1	4	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
NFJ49	2	90	0.00%	3.33%	0.00%	11.11%	0.00%	13.33%	0.00%	13.33%
NFJ59	206	421	10.19%	9.50%	15.05%	14.25%	20.87%	19.71%	20.87%	19.71%
NFJ69	34	118	0.00%	6.78%	2.94%	11.02%	5.88%	14.41%	5.88%	14.41%
NFJ79	73	145	0.00%	3.45%	8.22%	12.41%	17.81%	18.62%	17.81%	18.62%
NFJ89	49	207	8.16%	7.25%	14.29%	14.01%	24.49%	19.81%	24.49%	19.81%
NFJ99	3	10	0.00%	10.00%	0.00%	10.00%	0.00%	10.00%	0.00%	10.00%

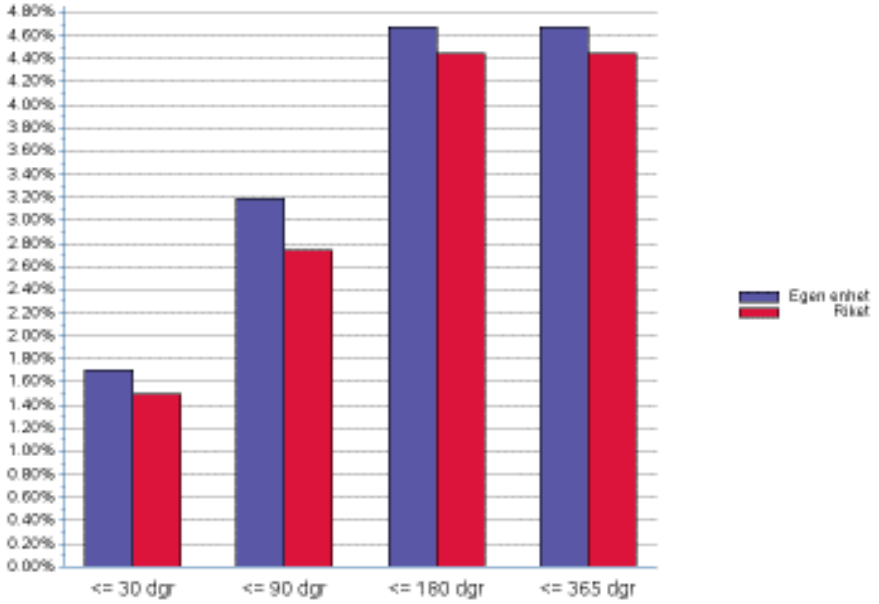
NFJ59= Femurfraktur med märgspikning

Andel genomförda delar av WHO checklista för säkrare operationer under perioden 2013-01-01 till 2014-08-16

	Antal operationer	WHO genomförande			
		Förberedelse	Time-out	Sign-out	Komplett
Egen enhet	6340	75.4%	94.7%	90.6%	74.1%
Riket	50122	60.2%	68.4%	64.7%	55.5%

Fotnot: När samtliga tre delmoment (Förberedelse+ Time-out+ Sign-out) har värde JA anses WHO checklista Komplett som genomförd (=Ja).

Total mortalitet för patienter som genomgått kirurgi vid den egna enheten jmf med utfallet för riket.

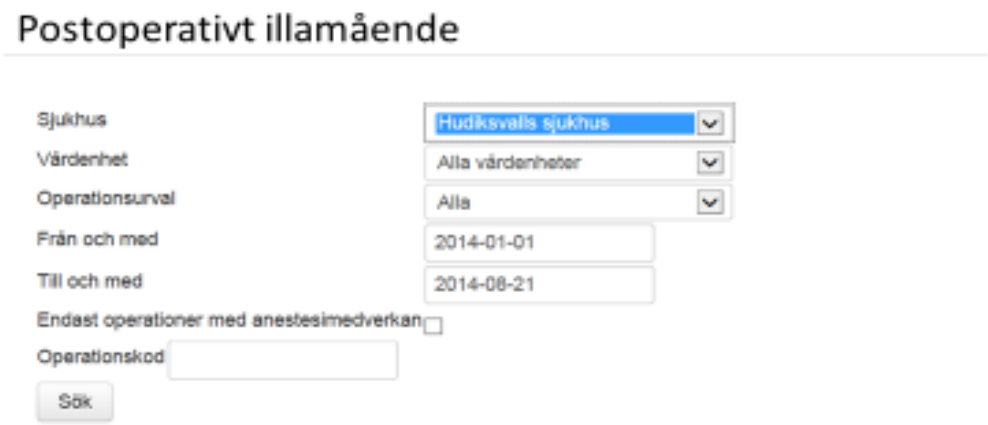


Kommentarer till mortalitet – se sidan 24 i årsrapporten

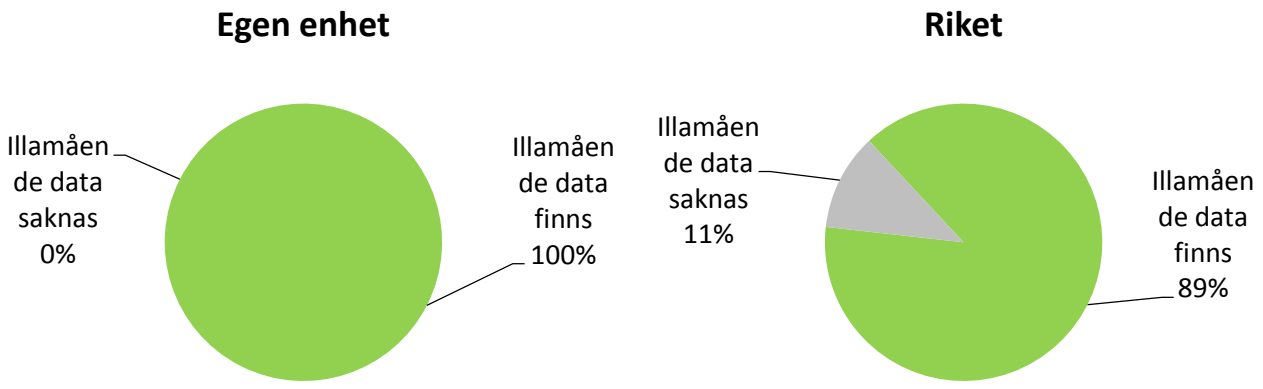
Skärmdump av urvalet i on-line rapporten ”Postoperativt illamående

Obs! Data nedan ej från Hudiksvalls sjukhus! Vi tar med denna bild för att exemplifiera hur själva urvalsbilden ser ut.

1. Det går att välja ett landsting eller ett sjukhus i landstinget under rubrik sjukhuset.
2. Vårdenhet – där kan alla operationsavdelningar på ett sjukhus eller en viss operationsenhet väljas
3. Urvalet är All operationer, Elektiva operationer eller Akuta operationer.
4. Tidsmässigt är valfritt startdatum till
5. Valfritt slutdatum.
6. Endast op med anestesipersonal kan önskas. Om den rutan är tom kommer alla operationer – även de dagkirurgiska som operatören bedövar själv med i rapporten.
7. Val av operationskod kan ske i valfritt antal positioner, allt från första bokstaven bara, till fem positioner = tre bokstäver och två siffror. Alla rapporter kan således fås fram för varje unik operationskod som finns.



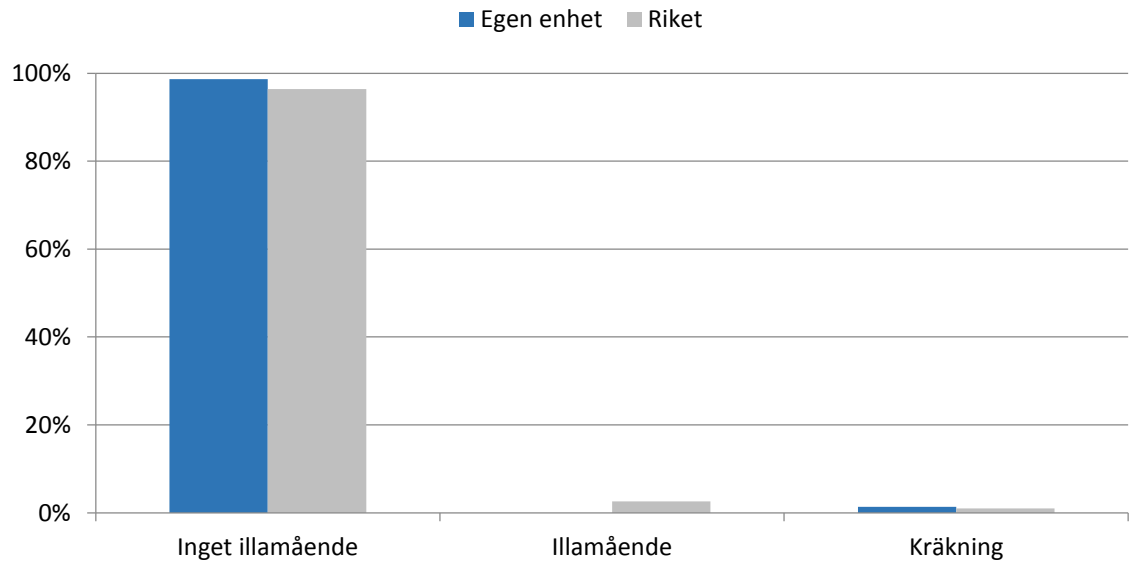
Postoperativt illamående



Figur 1. Andel operationer där information om postoperativt illamående registrerats under perioden 2013-01-01 till 2014-09-11. Obs! Denna klinik har skickat batch för hela 2013 också, därav det stora materialet!

Tabell 1. Antal och andel operationer med information om postoperativt illamående ifylld under perioden 2013-01-01 till 2014-09-11

	Egen enhet		Riket	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Informationen ifylld	28930	100,0%	39372	88,7%
Informationen saknas	0	0,0%	5009	11,3%
Totalt operationer	28930	100,0%	44381	100,0%



Figur 2. Fördelning av illamåendesgrad för de operationer där illamående registrerats under perioden 2013-01-01 till 2014-09-11.

Tabell 2. Fördelning av illamåendegrad för de operationer där illamående registrerats under perioden 2013-01-01 till 2014-09-11

	Egen enhet		Riket	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Inget illamående	28546	98,7%	37966	96,4%
Illamående	0	0,0%	1022	2,6%
Kräkning	384	1,3%	384	1,0%

Tabell 3. De 20 anestesikategorierna med högsta viktade medeltal* för postoperativt illamående under perioden 2013-01-01 till 2014-09-11

	Antal operationer		Illamående		Kräkning	
	Egen enhet	Riket	Egen enhet	Riket	Egen enhet	Riket
DWD	1	86	0,0%	11,6%	100,0%	5,8%
MWF	2	29	0,0%	17,2%	50,0%	3,4%
KGW	3	35	0,0%	8,6%	33,3%	2,9%
DEB	20	28	0,0%	7,1%	25,0%	7,1%
KBJ	4	16	0,0%	12,5%	25,0%	6,3%
PAA	4	3	0,0%	33,3%	25,0%	33,3%
KBH	5	8	0,0%	12,5%	20,0%	12,5%
JDH	6	18	0,0%	5,6%	16,7%	5,6%
JFK	6	39	0,0%	2,6%	16,7%	5,1%
NDN	12	2	0,0%	0,0%	16,7%	50,0%
NHF	13	4	0,0%	0,0%	15,4%	25,0%
ZZS	15	4	0,0%	0,0%	13,3%	25,0%
PEU	8	5	0,0%	0,0%	12,5%	20,0%
PDT	25	15	0,0%	0,0%	12,0%	13,3%
EEC	43	8	0,0%	0,0%	11,6%	12,5%
JFC	9	25	0,0%	0,0%	11,1%	12,0%
KCC	11	45	0,0%	0,0%	9,1%	11,1%
NFL	22	18	0,0%	0,0%	9,1%	11,1%
QDC	11	36	0,0%	0,0%	9,1%	5,6%
DAD	28	21	0,0%	0,0%	7,1%	4,8%
Genomsnitt operationer med illamående data	28930	39372	0,0%	2,4%	1,3%	1,7%

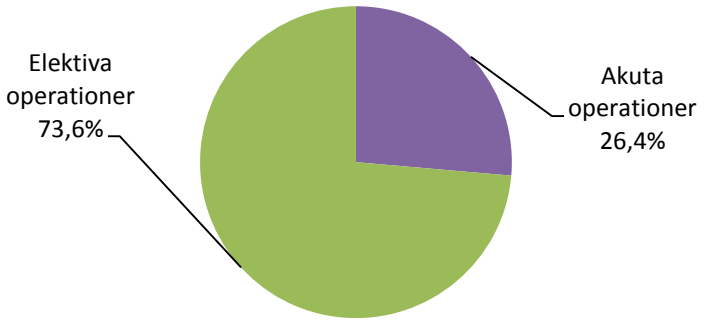
* Viktat medelvärde beräknas genom att först multiplicera antalet operationer som orsakat illamående med 1 och antalet operationer som orsakat kräkning med 2. Dessa summeras och divideras med antalet operationer.

Fotnot:
I rapporten inkluderas operationer som utförts på den egna enheten och som har en huvudoperationskod enligt följande urval: Samtliga kirurgiska (KKÅ) operationskoder sånär på att av koder som börjar med T inkluderas endast TPX10 och TPX15 och av koder som börjar med U inkluderas endast UJK02 och UJK05. Av de medicinska (KMÅ) operationskoderna inkluderas endast SP712-SP799.

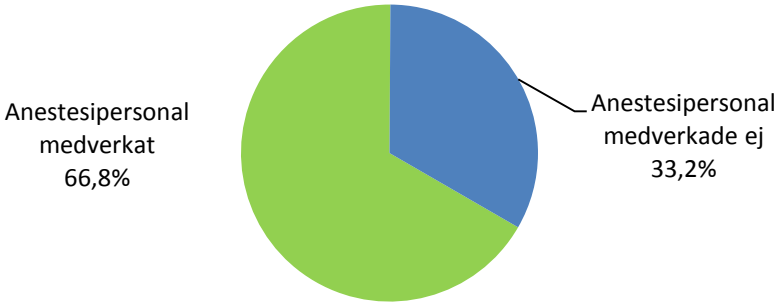
Utdata rapporter - baserade på samtliga registreringar N=72 268

Processdata samtliga operationer

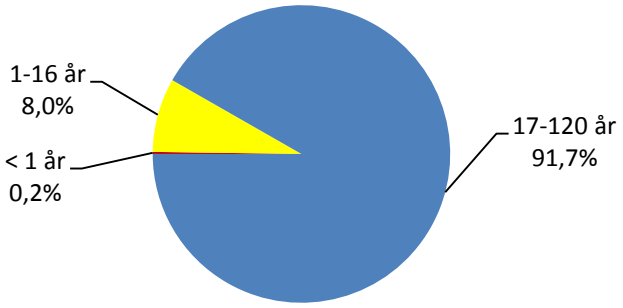
Obs! Notera vid tolkning av dessa figurer att majoriteten av data hittills kommer från läns- och länsdelssjukhus!



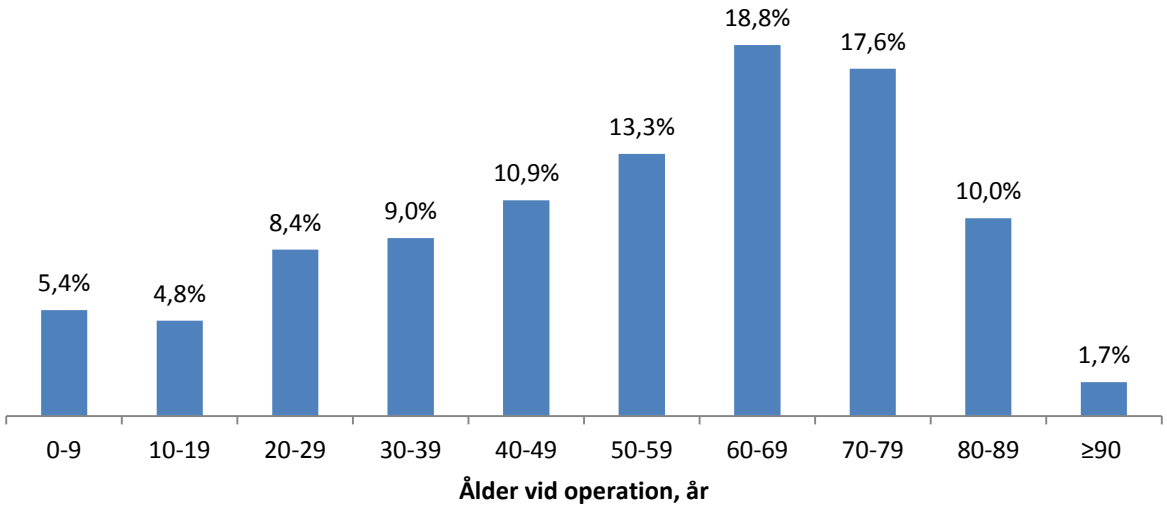
Figur 1. Fördelning elektiva respektive akuta operationer (N=72 268).



Figur 2. Andel operationer där anestesipersonal medverkat respektive ej medverkat.

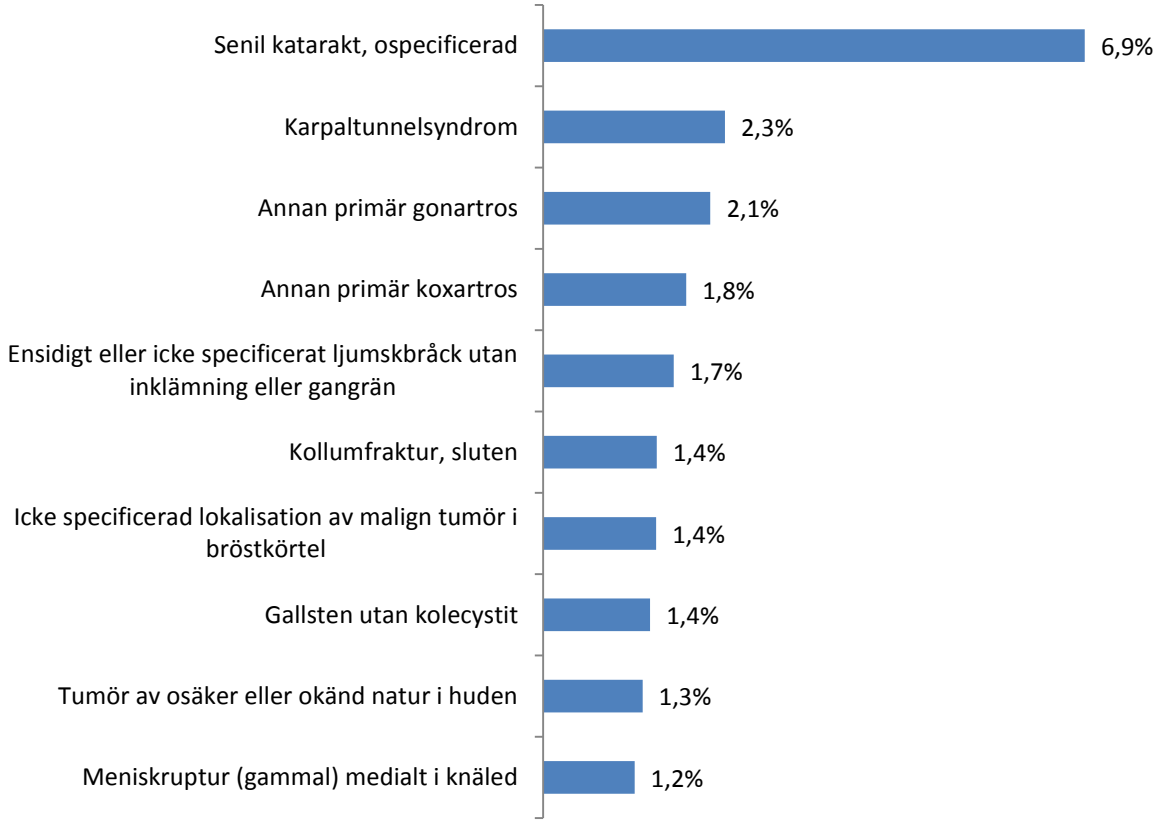


Figur 3. Andelen spädbarn (< 1 år), barn (<17 år) samt vuxna som opererats.

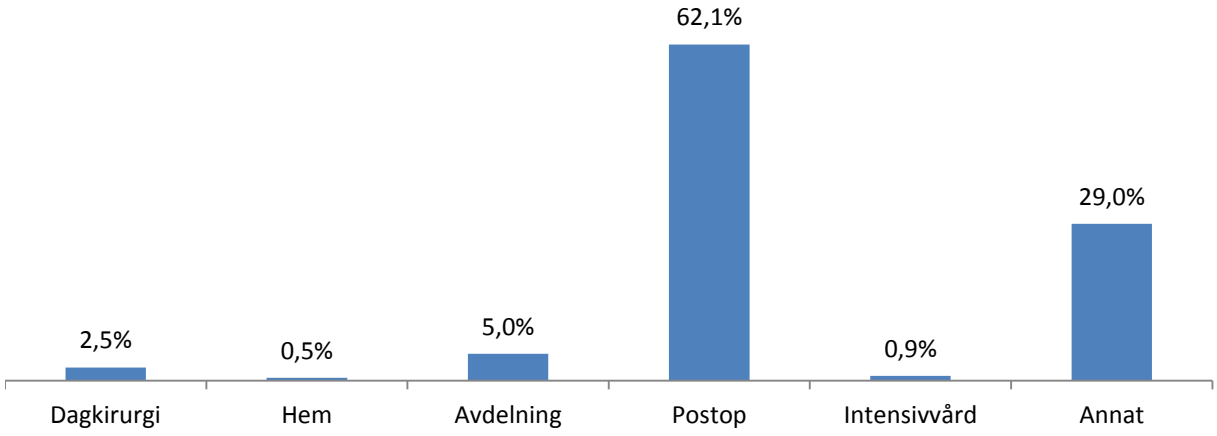


Figur 4. Åldersfördelning av opererade patienter.

Figur 5. De 10 vanligaste huvudoperationskoderna.

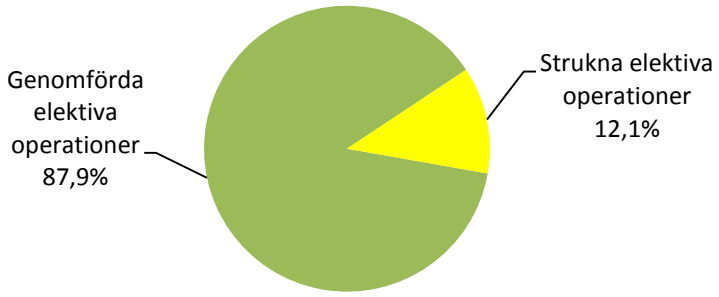


Figur 6. De 10 vanligaste huvuddiagnoskoderna.

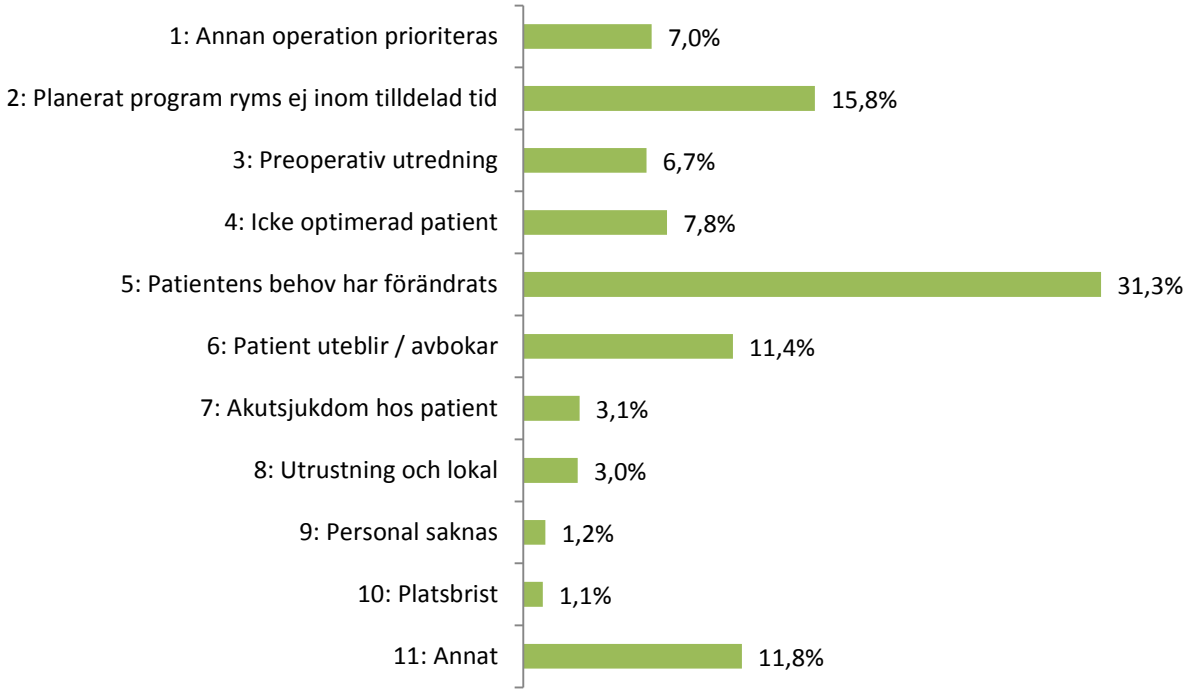


Figur 7. Andel patienter per verklig eftervårdsnivå

Sena strykningar - elektiva operationer

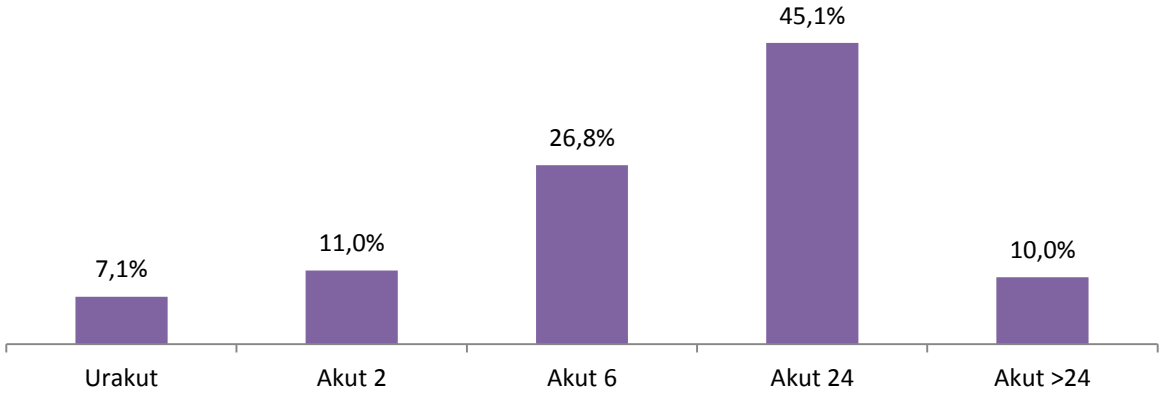


Figur 18. Andel genomförda respektive strukna elektiva operationer.



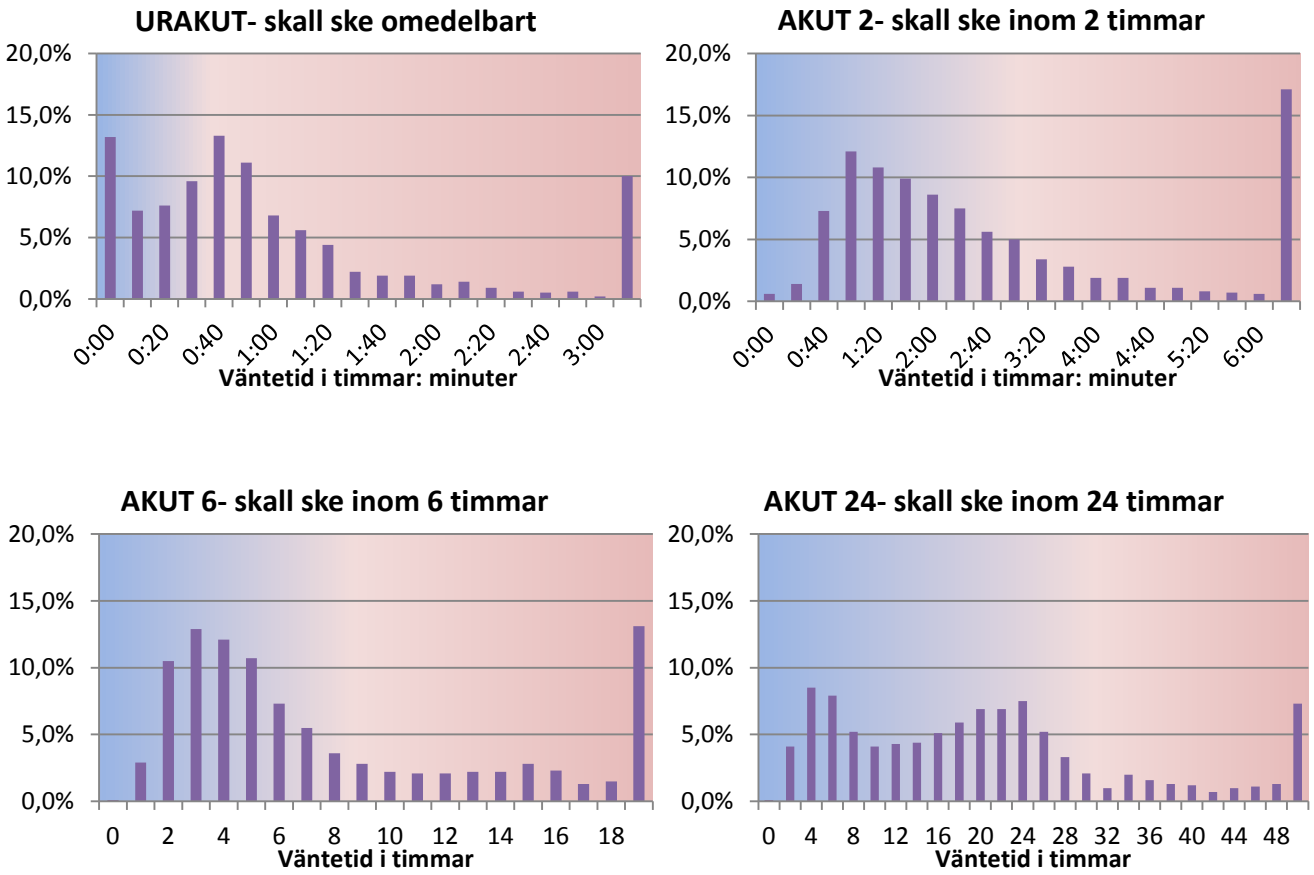
Figur 19. Frekvenser av sena strykningsorsaker för elektiva operationer.

Akuta operationer – prioriteringsklass



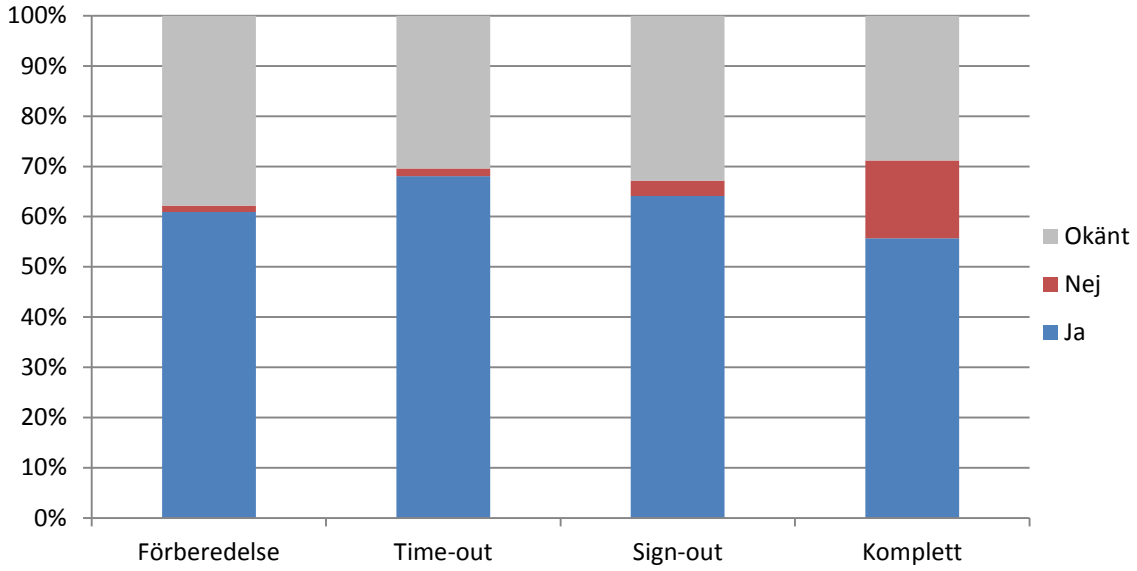
Figur 20. Andel akutplanerade operationer per prioriteringsklass. Akut 2 innebär att operationen behöver starta inom två timmar från anmälan etc.

Utfall av akuta operationers prioriteringsgrad



Figur 21. Väntetid från operationsanmälan till operationsstart per prioriteringsklass.

WHO checklista



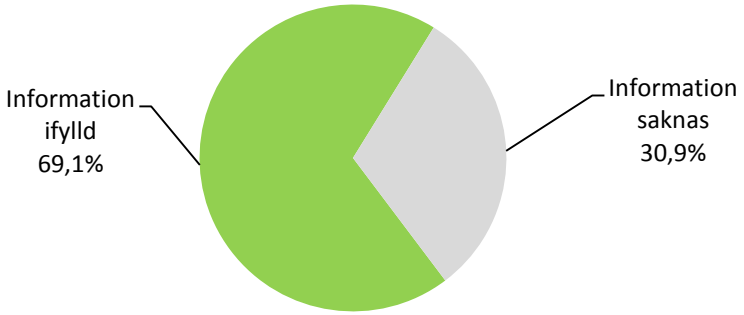
Figur 8. Andel operationer med genomförda delar av WHO checklista för säkrare operationer.

När samtliga tre delmoment (Förberedelse+ Time-out+ Sign-out) har värde JA anses WHO checklista vara Komplett genomförd (=Ja). När samtliga tre delmoment (Förberedelse+ Time-out+ Sign-out) har värde OKÄNT anses WHO checklista Komplett som Okänt. I alla övriga fall, så anses WHO checklista Komplett som ej genomförd (=Nej).

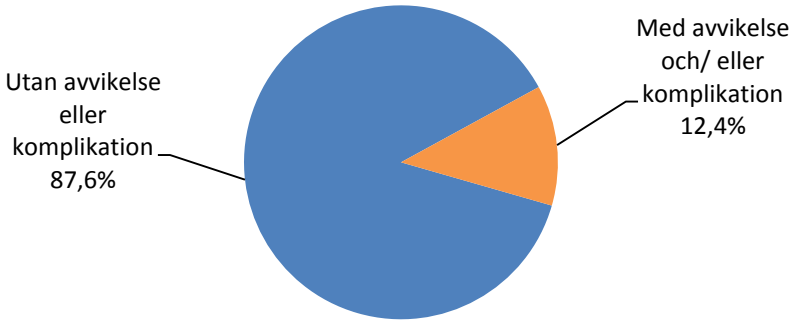
Peroperativa avvikelser och komplikationer

Avvikelsens eller komplikationens svårighetsgrad graderas enligt följande

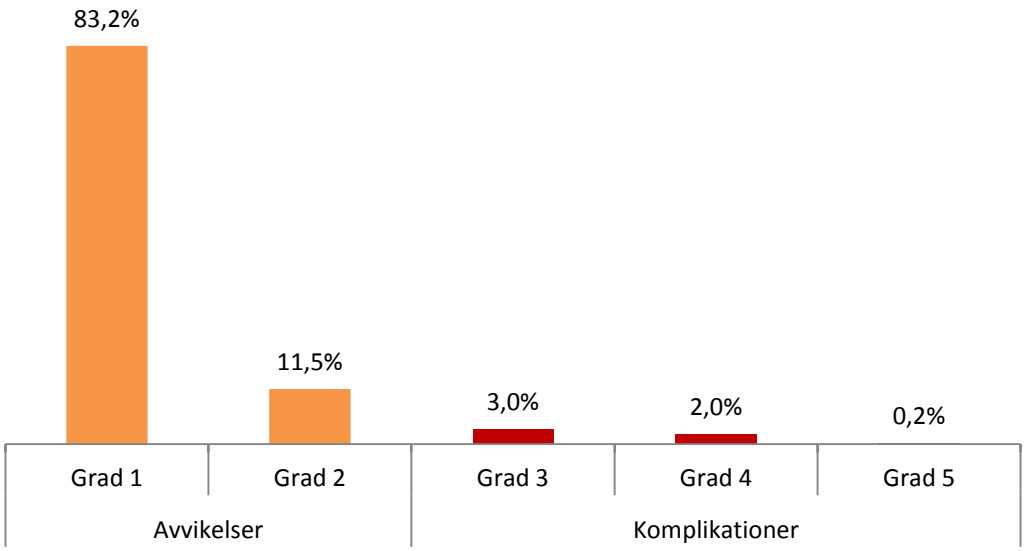
Grad 0	Normalt förlopp (används enbart tillsammans med A0)
Grad 1	Saknar betydelse för det postoperativa omhändertagandet.
Grad 2	Påverkar omhändertagandet på postoperativ uppvakningsavdelning, men saknar betydelse för fortsatt vård
Grad 3	Påverkar omhändertagandet på postoperativ avdelning med förlängt omhändertagande och/eller fortsatt speciell observation
Grad 4	Påverkar omhändertagandet så att intensivvård krävs postoperativt
Grad 5	Medför sannolikt bestående skada eller död



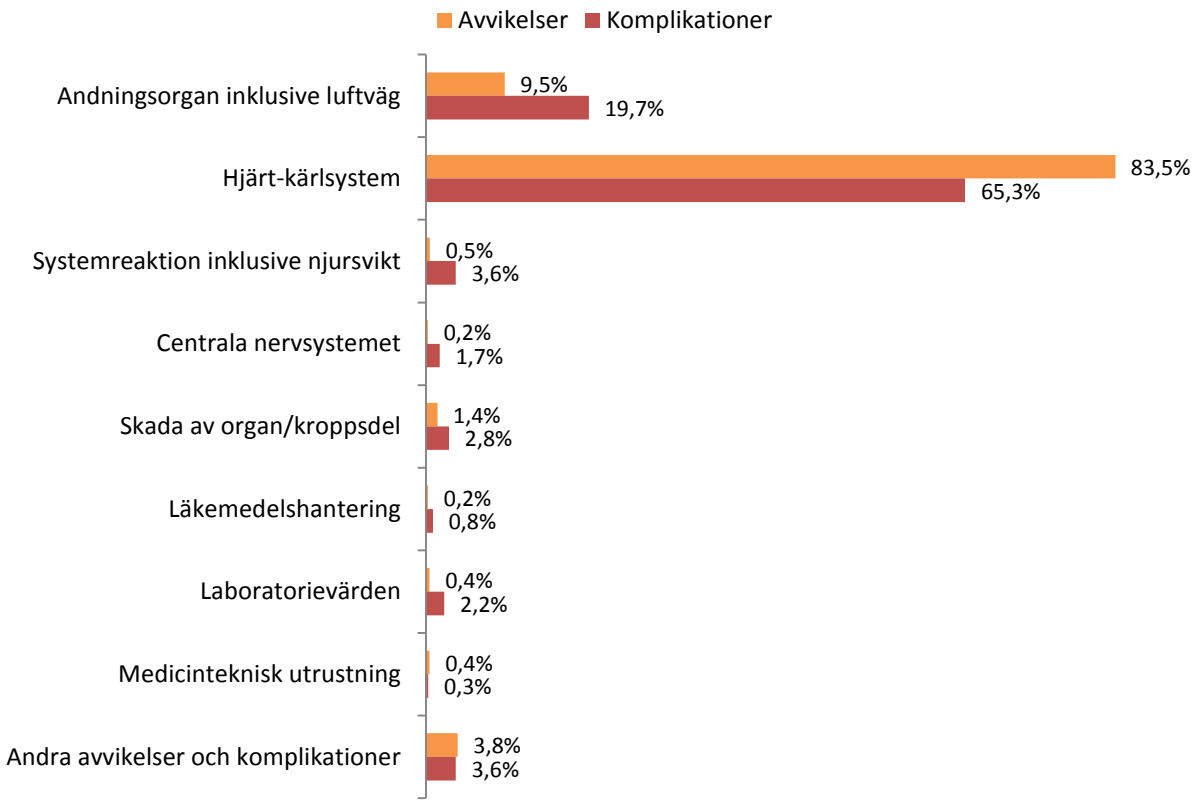
Figur 9. Andel operationer där information om avvikelser och/eller komplikationer har fyllts i respektive saknas.



Figur 10. Andel operationer med respektive utan registrerad avvikelse eller komplikation.



Figur 11. Grad av avvikelse respektive komplikationer rapporterade.



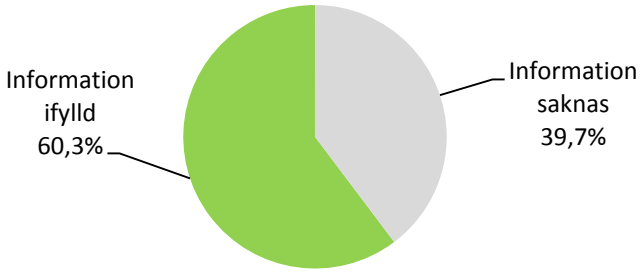
Figur 12. Orsak till rapporterade avvikelser respektive komplikationer.

Detaljerade orsaker till avvikelser fås fram on-line. De vanligaste avvikelserna gäller Hjärt -kärl systemet och är blodtrycksfall av grad 1-2.

Noteras också att andelen enheter som inte fyller i avvikelse/komplikation är hög. Och även där informationen ifyllts underskattas antalet avvikelser/komplikationer. Hos de kliniker som fyller i avvikelser/komplikationer till nära 100% så ligger frekvensen för avvikelser/komplikationer på drygt 20% . Vanligaste avvikelsen är tillfälligt blodtryckstryckfall, grad 1-2. De kliniker som har en avvikelse/komplikationsfrekvens under 10 % anser vi inte registrerar på en acceptabel nivå!

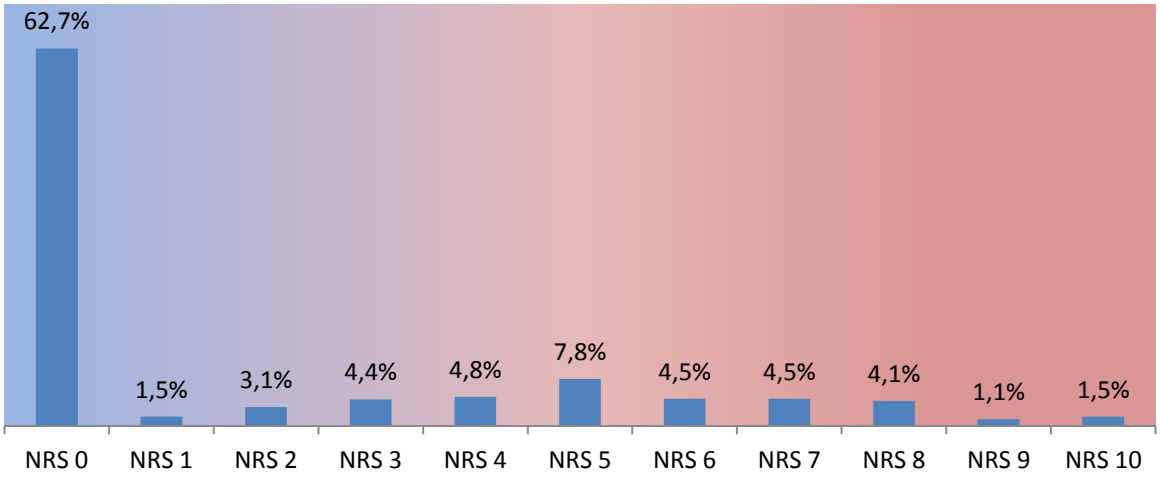
Dock - faktiskt registreras avvikelser och komplikationer vid 69 % av alla ingrepp! Detta är en mycket bra start siffra som med åren kommer att förbättras. Många ställde sig tveksamma till att det skulle vara möjligt att få följsamhet kring denna registrering. Dessa siffror visar att det är möjligt och att enheterna anser det viktigt registrera denna för patienterna viktiga parameter.

Värsta postoperativ smärta



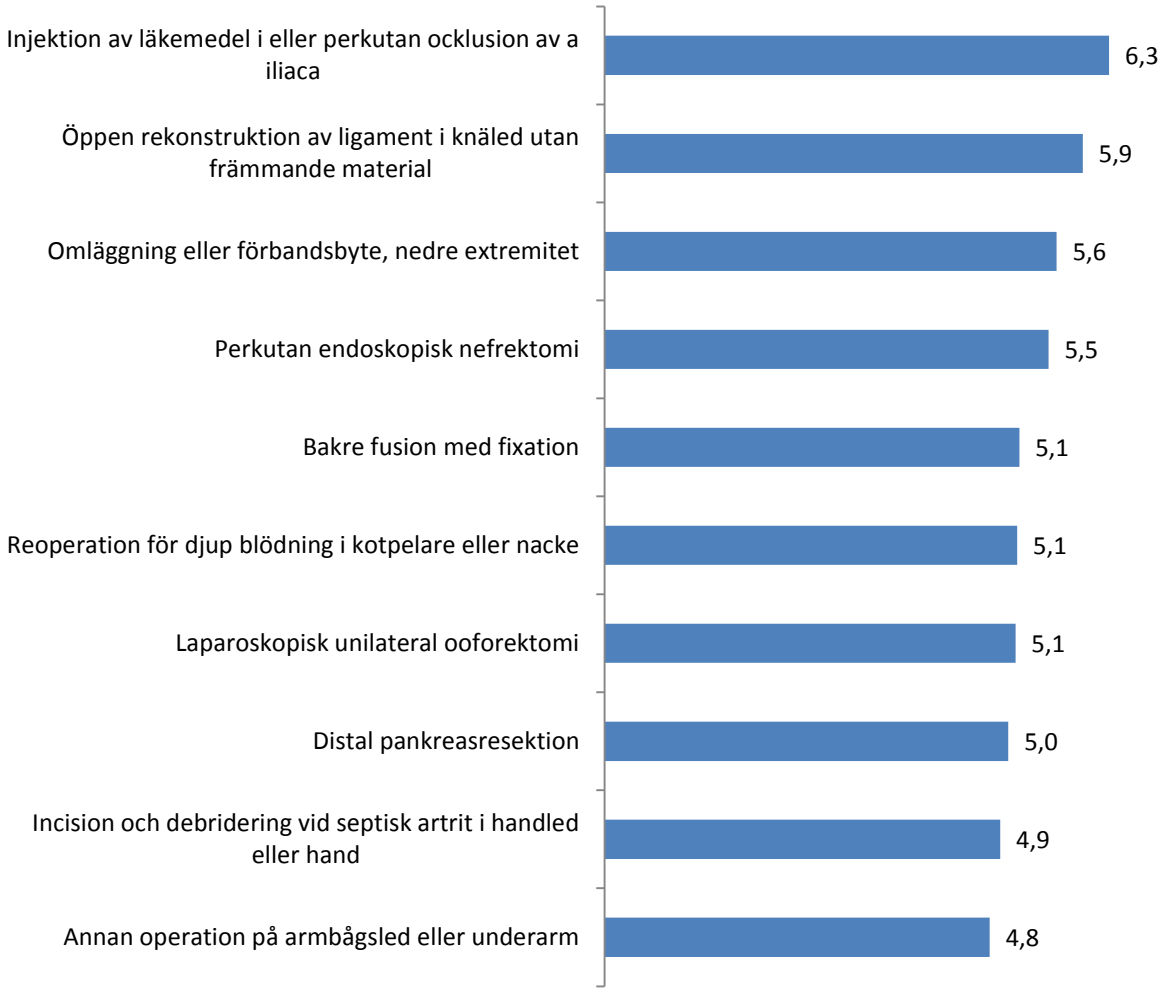
Figur 13. Andel av operationer med postoperativ vård där information om postoperativ smärta fyllts i respektive saknas.

Stor andel personal som ej fyller i informationen om värsta smärta. Troligen initial ovana att fylla i postoperativa data vilket ej gjorts tidigare i samma utsträckning som peroperativa uppgifter.



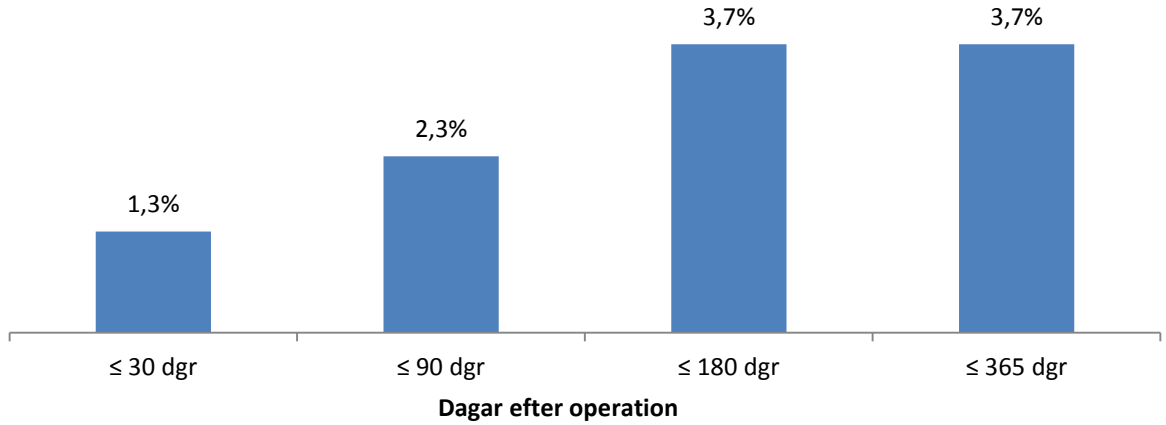
Figur 14. Fördelning av postoperativa smärtnivåer.

Smärtnivåerna låga och att cirka 63% inte har någon smärta är knappast troligt. Vi tolkar det som uttryck för felregistreringar On-line kan smärtnivå för olika operationskoder erhållas inklusive tio i topp

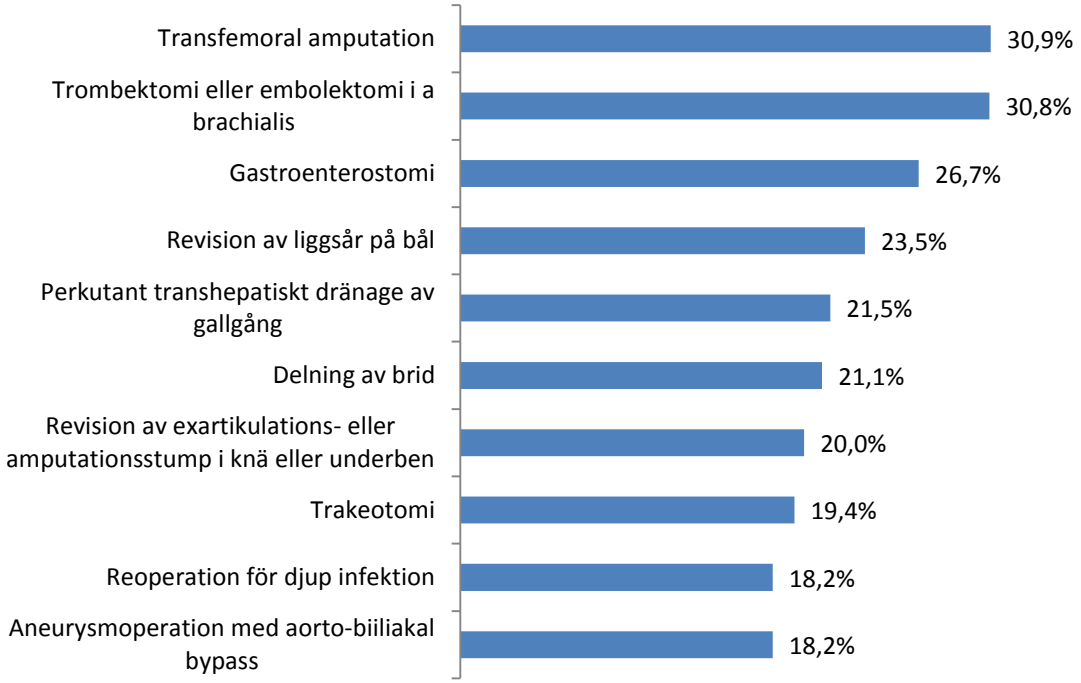


Figur 15. De 10 operationerna med högst viktat medeltal för postoperativ smärta. Endast operationskoder med minst 10 registreringar inkluderas i urvalet.

Mortalitet



Figur 16. Genomsnittlig mortalitet efter operation. Endast patienter med svenskt personnummer inkluderas.

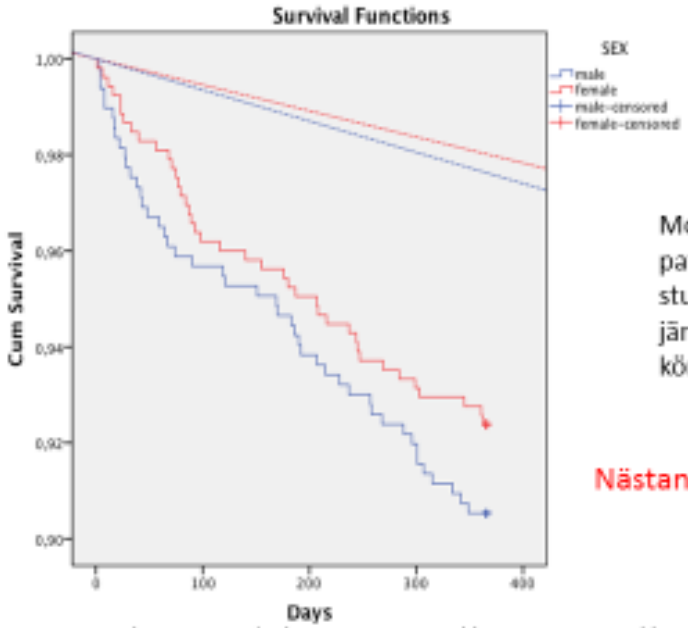


Figur 17. De 10 operationerna med högst mortalitet inom 30 dagar. Endast patienter med svenskt personnummer och operationskoder med minst 10 registreringar inkluderas i urvalet.

Mortaliteten i SPOR:s material ovan skiljer sig väsentligt från den svenska delen (n=1200) med 11 deltagande sjukhus i EuSOS stora 7 dagars kohort studie (nedan). Troligaste orsaken till skillnaderna är att de anslutna i SPOR hittills i detta material är läns- och länsdelssjukhus med lägre mortalitet. SPOR har initierat ett

samarbete med EuSOS forskningsgrupp, via Michelle Chew, ordförande i SPOR:s postoperativa grupp, för att utröna vad som ligger bakom de skillnader vi ser.

EuSOS - Sverige mortalitet



Mortalitet over tid för svenska patienter inkluderat i EuSOS studien (röd=kvinnor, blå=män), jämfört med en alders- och köns- matchade population.

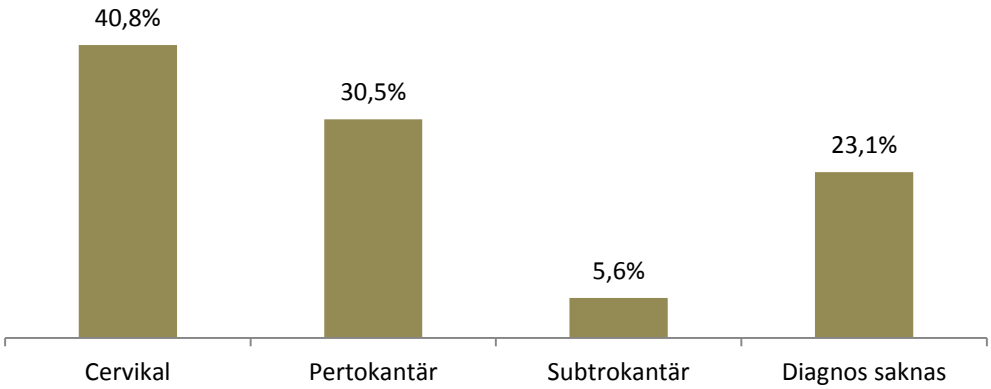
Nästan 5-dubbel mortalitet efter 12m!

Jawad M, Baigi A, Rhodes A, Pearse RM, Oldner A, Seeman-Lodding H, Chew MS for the SweSOS study group. Eur J Anaest 2014;31(S52):248

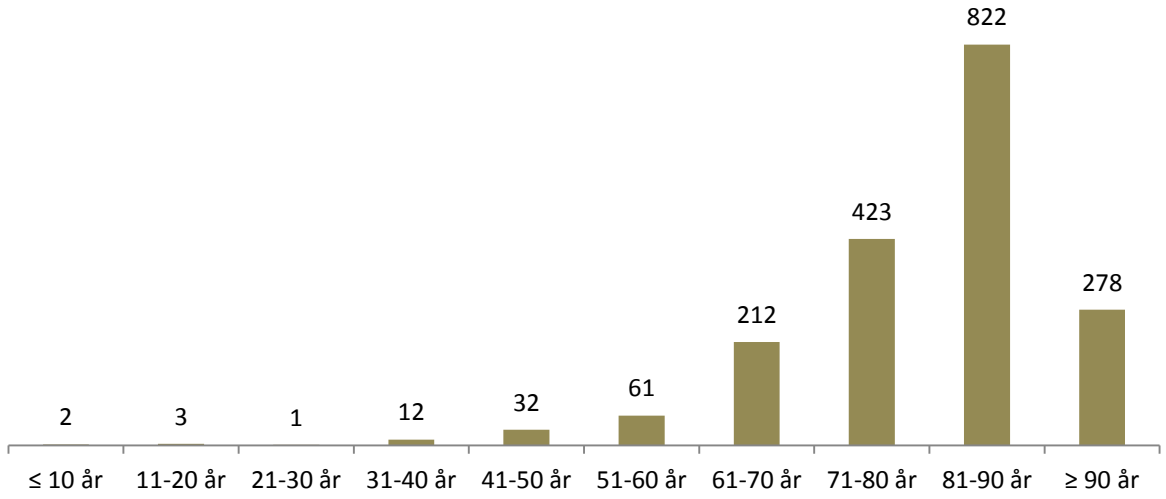
Höftfrakturer

Vi har valt att lyfta fram denna diagnosgrupp då den troligen har den högsta 30 dagars mortaliteten av alla i vardagsvård förekommande operationer. Dessutom tror vi att det finns stora överlevnadsvinster att hämta vid förbättringar hos denna ofta negligerade patientgrupp

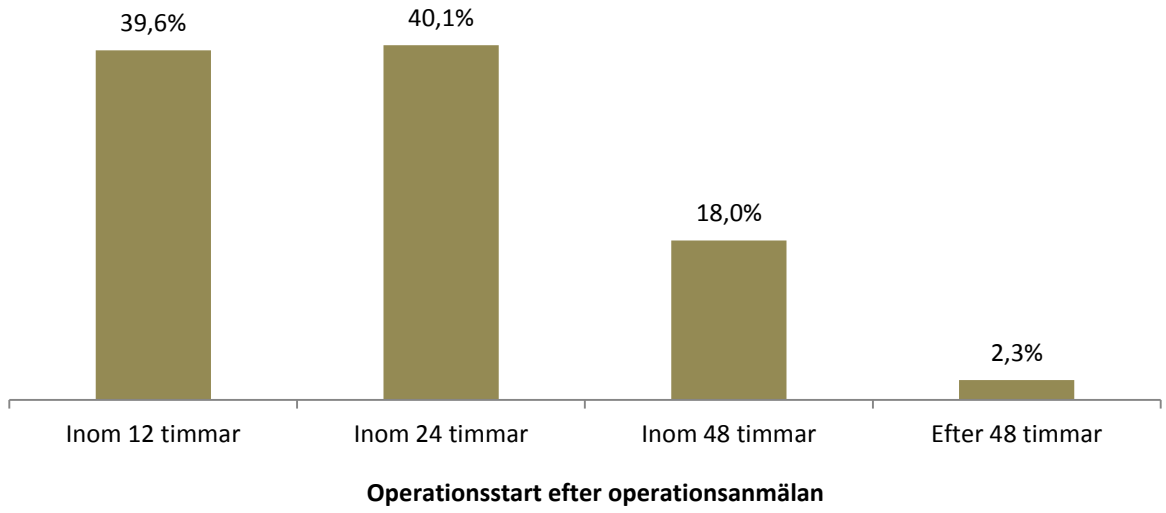
I rapporten inkluderas operationer av höftfrakturer med huvuddiagnoskod S72 och/eller som har opererats akut med metoder som har huvudoperationskod NFB och NFJ. Under perioden utfördes 1851 operationer av höftfrakturer.



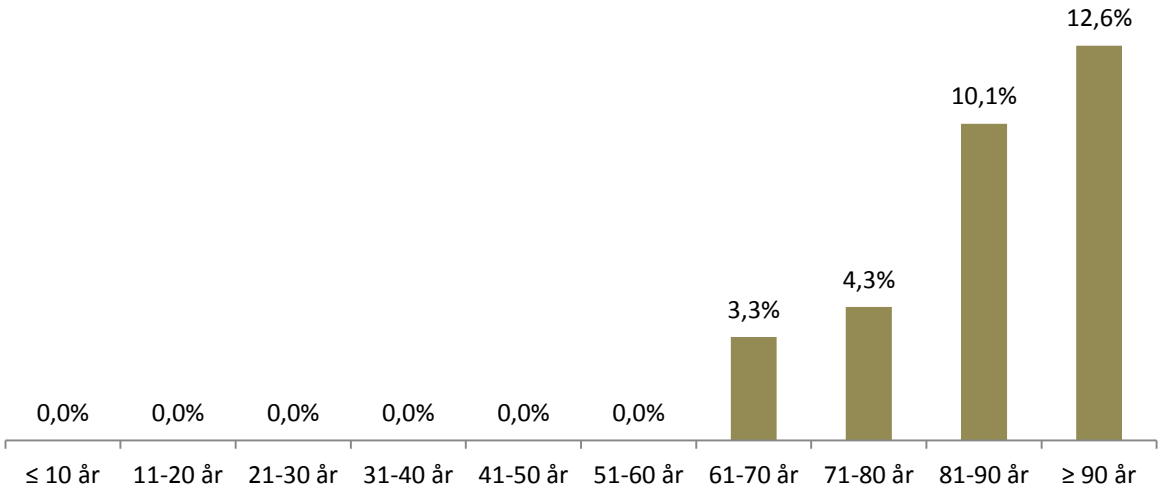
Figur 22. Fördelning av olika typer av höftfraktur.



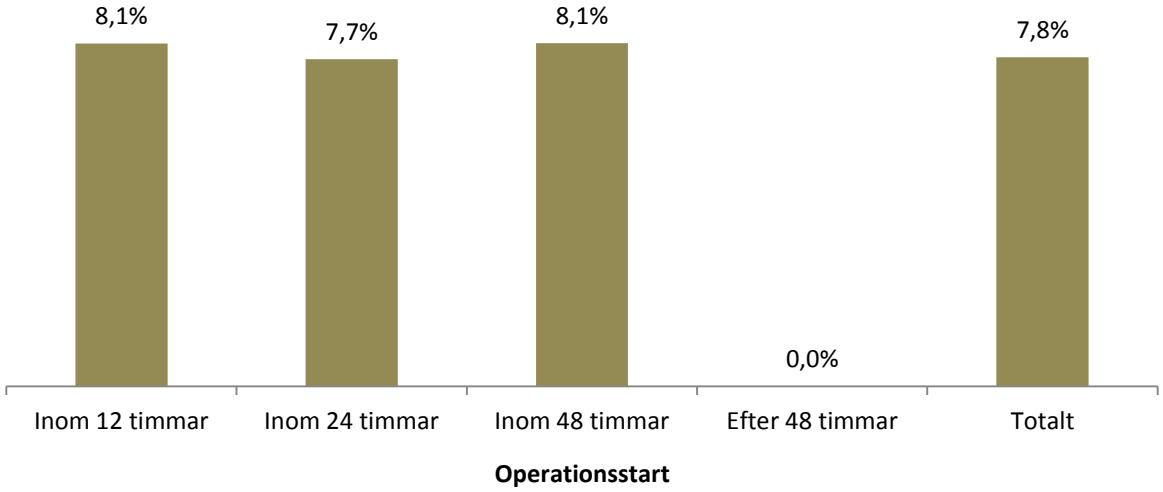
Figur 23. Åldersfördelning av patienter opererade för höftfraktur.



Figur 24. Fördelning av höftfrakturoperationer som påbörjats inom respektive tidsperiod.



Figur 25. Mortalitet inom 30 dagar efter operation av höftledsfraktur grupperat efter ålder. Endast patienter med svenskt personnummer inkluderas.



Figur 26. Mortalitet inom 30 dagar efter operation av höftledsfraktur grupperat efter hur lång tid det tagit från anmälan till operation, till dess att operationstiden startar . Endast patienter med svenskt personnummer inkluderas

Här hade vi förväntat oss att en lång väntetid till operationsstart skulle öka mortaliteten. Det kan vi inte se av denna statistik.

Kommentarer

Detta är första början på en kartläggning som inkluderar outcome av operationsprocessen i Sverige. Materialet är för närvarande kraftigt snedfördelat då inga regions- eller universitetssjukhus med ett stort antal operationer ännu ingår. Av denna anledning avstår vi i nuläget från djupare analyser av utdata.

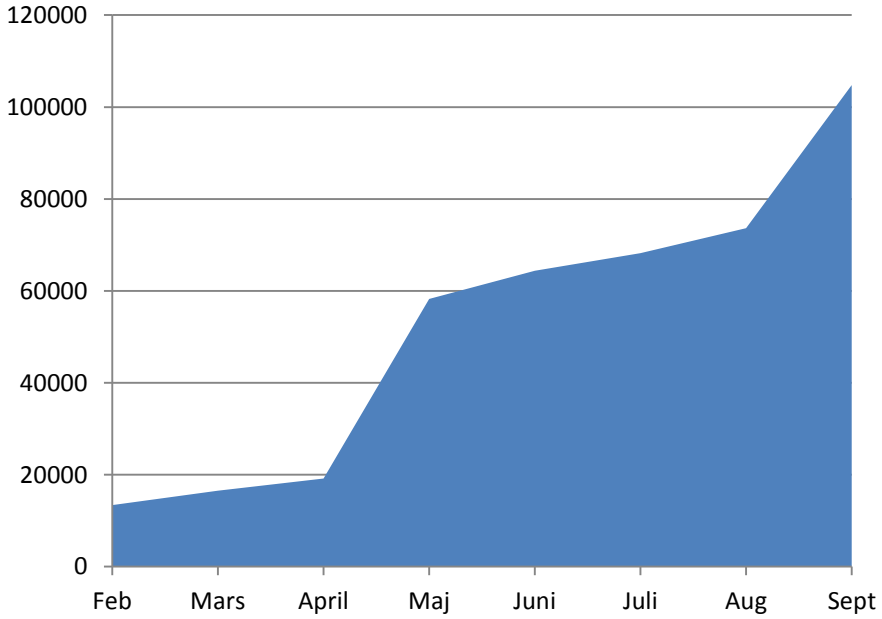
Medlemsutveckling och täckningsgrad

I november 2013 var 7 sjukhus med 7 operationsenheter anslutna medan per september 2014 är 26 operationsenheter anslutna, fördelat på 11 sjukhus och 4 landsting. Sålunda en kraftig positiv utveckling med ytterligare sjukhus i tre landsting som arbetar med registrering i testmiljö och därmed är på väg in. Ytterligare 4 landsting har annonserat inträde inom det närmaste halvåret, bland annat universitetssjukhusen i Stockholm och Göteborg

SPOR har f n 55 betalande medlemmar(=kliniker) indikerande vilja till anslutning. Av 90 kliniker/enheter i Sverige (osäker siffra) innebär detta en anslutningsgrad på 61%. Räknat på antal anslutna (=skickar data) kliniker i Sverige är anslutningsgraden 15%.

Om man antar att det genomföres 600 000 operationer i Sverige (extrapolering enligt NYSAM) medför de 104799 registreringarna per 140929 en täckningsgrad på 17%

Utvecklingen av antalet till SPOR inskickade registreringar 2014



13422	Feb
16502	Mars
19171	April
58215	Maj
64375	Juni
68225	Juli
73615	Aug
104799	Sept 29

Validering av data

SPOR validerar inkommande registreringar i två steg. Det första steget är att registreringen måste innehålla alla obligatoriska variabler. Endast registreringar som uppfyller detta krav sparas.

Det andra steget av SPORs validering innebär att systemet kontrollerar kvalitén av registreringen. Kvalitetskontrollen utförs i två delar.

Den första delen av kvalitetskontrollen är om registreringen är komplett, dvs har en av de tre definierade slutpunkterna (patienten avförts från väntelistan, patienten lämnar operation utan att gå till postop eller patienten lämnar postop).

Den andra delen av kvalitetskontrollen är om registreringen följer de uppsatta reglerna, dvs. stämmer överens med de inlagda kontrollistorna (tex KVÅ-koder, ICD-10). Beroende på graden av avvikelsen hanteras registreringen olika i urvalet av data till utdata/rapporter. Om avvikelsen anses allvarlig utesluts registreringen helt och hållet, men listas då på en fellista som enheten har tillgång till via hemsidan. Om avvikelsen bedöms som mindre inkluderas registreringen i utdata/rapport men listas också på fellistan.

Nästa steg för att höja datakvaliteten är att införa kontroll av tidsrelationer inom registreringar genom att säkerhetsställa att t ex operationen avslutas efter att den påbörjas. En annan högt prioriterad aktivitet är att förbättra återkopplingen mot enheten vid eventuella felregistreringar.

.Övrigt

- Samarbete etablerat med SFAI:s delförening för Forskning och Utveckling för utnyttjande av registerdata i forskning
- Projektkoordinator anställd på 20%
- En projektgrupp för postoperativa parametrar inom SPOR har initierats och är under hösten färdiga med ett förslag på postoperativa kvalitetsparametrar med sikte på att inkluderas i kommande variabellista/utdata för SPOR
- Svenskt Barnkirurgiskt Register etablerat som delregister inom SPOR – se processdata där antal barn och ålder, med operationsdiagnoser redovisas
- Internationella kontakter har etablerats, bl a med det Amerikanska Anestesiregistret
- Regelbunden rapportering om SPOR:s aktuella status till landets verksamheter på de två årliga Verksamhetschefsmötena (januari och september) samt under SFAI:s årliga konferens SFAI veckan.
- Flera intressenter utöver Svensk Barnkirurgisk Förening vill utnyttja SPOR som platform för delregister och diskussioner pågår med
    - CVK gruppen – kräver dock möjlighet plocka data från olika journalsytem där CVK läggning dokumenteras alternativt att all CVK läggning dokumenteras i operationsplaneringssystemen
    - Nätverket för Regional Anestesi vill utveckla uppföljning av regional anestesi – variabler för regional anestesi finns redan i operationsplaneringssystemen och kan därmed överföras till SPOR

Framtid

- Projektet SPOR, initierat av SFAI, övergår till att drivas av den obundna ideella föreningen SPOR med konstituerande möte i oktober 2014
- Postop parametrar inkluderas i nästa version av SPOR:s variabellista – se ovan
- Ytterligare kvalitetssäkra/validera indata – se också ovan under validering
- Vidareutveckla rapporter såväl ytterligare on line som regelbundna rapporter(utöver årsrapport), också relaterade till case mix och sample storlek. Följande nya rapporter planeras:
    - ASA klasser med motsvarande mortalitet
    - Planerad versus verklig eftervårdsnivå
    - Andel rökare med outcome samt andelen som erbjudits rökavvänjning
    - Andelen som ordinerats antibiotika profylax samt andel som fått den i tid
    - Ytterligare postoperativa parametrar enligt postoperativa gruppens rekommendation
    - Kunna jämföra egna klinikens resultat med kliniker på samma sjukhusnivå(läns-, länsdels, region sjukhus)
    - Andel reoperationer av retentio testis – för Svenskt Barnkirurgiskt register
- PROM planeras - formulär finns framtagna och pilotprojekt planeras
- Samarbete pågår och fortsätter med Infektionsverktyget för att fånga postoperativa infektioner

SPOR Ledningsgrupp 2014

Claes Mangelus, projektledare, registerhållare, Göteborg
Gunnar Enlund, skattmästare, Uppsala
Anders Larsson, Gävle
Peter Spetz, Eskilstuna
Björn Holmström, Stockholm
Catharina Loman, projektkoordinator, Gävle, **kontaktperson, mail: catarina.loman@lg.se**

SPOR Styrgrupp

Utöver ovanstående
Li Tsai Felländer, Ordförande i Svensk Ortopedisk Förening
Annika Sjövall, Svensk Kirurgisk Förening
Erik Sköldenberg, Svensk Barnkirurgisk Förening
Claes Frostell, Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård och FoUU
Elisabeth Liljeberg, SEORNA (Riksföreningen för operationssjuksköterskor)
Roland Nilsson, ANIVA (Riksföreningen för anestesi och intensivvårdssjuksköterskor)

Sist men inte minst ett stort tack till teamet på Uppsala Clinical Research Center (UCR) för all hjälp!

Stadgar – förslag – version 140930

Svenskt PeriOperativt Register (SPOR), föreslagna till kommande årsmöte 2014-10-24.

§ 1 Syfte
§ 2 Medlemskap
§ 3 Medlemsavgifter
§ 4 Verksamhets- räkenskapsår
§ 5 Föreningens säte
§ 6 Styrelsens sammansättning, val och arbetssätt
§7 Referensgrupp
§ 8 Användarmöte
§ 9 Årsmöte
§10 Arbetsgrupper
§11 Firmateckning
§12 Ändring av stadgar
§13 Ansvarig för dataregister
§14 Uteslutning ur föreningen
§15 Upplösning av föreningen

§1 Syfte
Svenskt PeriOperativt Register (SPOR) har som syfte att som en ideell förening driva ett nationellt kvalitetsregister för operationsvård i Sverige. SPOR har som mål att följa och höja kvaliteten på svensk operationsvård. SPOR ska dessutom främja metodutveckling och forskning inom operationsvården. SPOR kommer att följa de regler, rekommendationer och riktlinjer som gäller för nationella kvalitetsregister.

§2 Medlemskap
Föreningen Svenskt PeriOperativt Register (F-SPOR) består av svenska operationsavdelningar och opererande kliniker som är anslutna till SPOR och som erlagt årsavgift. Varje operationsenhet är en separat medlem oavsett klinik-, divisions- eller annan organisationsstruktur**.** Dessutom kan specialistföreningar och riksföreningar med intresse av operationsverksamhet vara medlemmar. Varje medlem äger en röst.

§3 Medlemsavgifter
Medlemsavgifternas storlek fastställs av årsmötet och gäller kalenderårsvis. Medlemsavgiftens storlek beslutas av årsmötet. Utöver medlemsavgiften till föreningen gäller att varje operationsenhet är skyldig att erlägga en dataavgift till det nationella kvalitetsregistret. Dataavgiften ska baseras på antalet genomförda ingrepp föregående kalenderår oavsett om ingreppen registreras i SPOR eller inte.

§4 Verksamhets- räkenskapsår
Föreningens verksamhetsår är kalenderår 1 januari till 31 december.

§5 Föreningens säte
Föreningens organisatoriska hemvist ska vara Uppsala, Sverige.

§6 Styrelsens sammansättning, val och arbetssätt
Styrelsen väljs av årsmötet och ska innehålla sju - nio personer inklusive ordföranden. Ordförande, sekreterare och skattmästare och övriga ledamöter väljs på årsmötet. Mandatperiod är för ordförande ett år i taget med möjlighet till omval. Övriga styrelseledamöter inklusive sekreterare och skattmästare väljs för två år i taget. Valen saxas för att uppnå kontinuitet i styrelsen, så att tre ledamöter väljs varje år. Suppleanter till styrelsen väljs ej. Styrelsen utser inom sig vem som är registerhållare för SPOR. SFAI:s styrelse äger rätt att utse en av styrelsemedlemmarna i SPOR

Om styrelseledamot avgår under innevarande år kan styrelsen om den så anser invälja en ersättande styrelseledamot fram till kommande årsmöte. Oavsett tid kvar på mandatet, så ska omval av den posten ske vid kommande årsmöte. Styrelsen kan också välja att avstå från att invälja ny ledamot så länge styrelsen består av minst fem personer. Om ovanstående ej är tillämpligt måste extra årsmöte utlysas om styrelsens storlek understiger fem personer. Av årsmötet vald ledamot godkänner att namn, adressuppgifter och e-postadress publiceras via föreningens hemsidor och andra

informationskanaler.

Styrelsen ska sammanträda minst fyra gånger per år. Protokoll över sammanträden ska finnas hos sekreteraren och ordföranden. Samtliga protokoll får fritt anslås även elektroniskt. Förslag till styrelsen kan väckas av medlemmar eller ledamöter i arbetsgrupper. Efter ett styrelsemöte besvaras varje från medlem väckt förslag med ett protokollsutdrag som skickas direkt till förslagsställaren.

§7 Referensgrupp
I SPOR:s referensgrupp ingår Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI), Svensk Barnkirurgisk förening, Riksföreningen för Operationssjukvård samt Riksföreningen för Anestesi- och Intensivvårdssköterskor, Svensk Kirurgisk förening samt Svensk Ortopedisk förening. SPOR har som avsikt att utveckla samarbete med alla föreningar som främjar svensk operationssjukvård och önskar samarbete med SPOR, och önskar se dessa föreningar som medlemmar.

Referensgruppen för SPOR ska ha minst två sammanträden per år tillsammans med styrelsen.

§ 8 Användarmöte
SPOR ska anordna ett användarmöte minst en gång per år dit alla medlemmar blir kallade. Användarmötet är det forum där årsmöten ska hållas.

§9 Årsmöte
Årsmöte ska hållas senast under maj månad. Tidpunkt för årsmötet fastställs av styrelsen, som delger föreningens medlemmar kallelse senast sex veckor före årsmötet. Kallelse kan ske skriftligt eller elektroniskt och ska innehålla uppgifter om tid och plats. Dagordning och information om eventuella frågor för beslut på årsmötet ska delges medlemmarna skriftligt eller elektroniskt på samma sätt som kallelsen senast två veckor före årsmötet. Vid årsmötet äger varje ansluten medlem en röst var. Fullmakt för att rösta för operationsenhet som saknar personligt ombud vid årsmötet får inte användas. Rösträtt vid årsmötet har operationsenheter som senast två veckor före årsmötet har erlagt den beslutade medlemsavgiften för det innevarande kalenderåret. Röstlängd i enlighet med detta ska finnas på årsmötet.

Årsmötet ska inledas med val av mötesordförande, mötessekreterare. Därtill minst två justeringspersoner som ej har plats i styrelsen. Justeringspersonerna ska tillsammans med mötesordföranden justera protokollet. Omröstning på årsmötet sker normalt öppet, men ska ske slutet om så begärs. Röstningen sker då med röstsedlar där varje ombud som röstar ska avprickas i röstlängd.
Utöver styrelse enligt § 6, väljs på årsmötet också revisorer. Två revisorer och en revisorssuppleant ska väljas bland föreningens medlemmar.
Valberedning ska väljas av årsmötet . 2 ordinarie ledamöter (varav en är sammankallande) och en suppleant.

Förslag på ärenden vid årsmötet ska vara styrelsen tillhanda minst tre veckor före årsmötet, så att handlingar kan presenteras för medlemmarna tillsammans med övriga årsmöteshandlingar. Detta kan ske via SPOR:s hemsida. Övriga frågor av diskussions- eller informationskaraktär får väckas och diskuteras vid årsmötet med kortare framförhållning än ovan, dock får inga beslut tas i dessa nya frågor.

§10 Arbetsgrupper
Styrelsen eller årsmötet kan besluta att för olika perioder inrätta arbetsgrupper för att främja och driva utveckling av speciella områden. En ledamot i styrelsen utses att vara ansvarig för kontakt med respektive arbetsgrupp. Medlemmar i grupperna utses av styrelsen. Arbetsgrupperna ska dokumentera sina möten med minnesanteckningar. Dessa delges styrelsen och förvaras hos sekreteraren och ordförande på samma sätt som styrelseprotokollen. Vissa arbetsgrupper kommer att ha egna kostnadsställen inom SPOR, med en tilldelad budget från SPOR:s gemensamma medel.

§11 Firmateckning
Firmatecknare är ordföranden och skattmästare var för sig. Styrelsen ansvarar för SPOR:s ekonomi.

Styrelsen har rätten att tidsbegränsat anställa personal i SPOR. I första hand kommer dock SPOR att hyra in personal som är anställda hos opererande enheter som därtill är medlemmar.

Styrelsen kan fatta beslut om att instifta stipendier om upp till 500 000 kronor årligen, dock maximerat till högst ett basbelopp per individ. Stipendierna ska användas för arbete rörande utveckling av det nationella registrets användbarhet eller forskning kopplat till operativ verksamhet. Stipendier kan utlysas respektive utdelas på valfri tid efter styrelsens beslut. Skriftlig redovisning av stipendiets användning ska alltid inges till föreningens styrelse via skattmästaren inom ett

år från stipendiets utdelning. Utdelade stipendier och inkomna redovisningar ska delges föreningens medlemmar i årsredovisningen.

§12 Ändring av stadgar
Stadgarna kan ändras om beslut tas om detta vid två på varandra följande årsmöten, som med mer än hälften av de närvarande rösterna godkänner förslag om detta. Förslag om stadgeändring får läggas av styrelsen eller varje enskild medlemsavdelnings representant. För att förslag om stadgeändring från medlem ska behandlas av årsmötet ska förslagsställande enhet vid varje årsmöte fortsatt vara medlem.

§13 Ansvarig för dataregister
Juridiskt ansvarig för föreningens SPOR:s samtliga dataregister är CPUA = centralt personuppgiftsansvarig. SPOR ska vara kopplat till ett registercenter och ska följa gällande lagar och förordningar som styr kvalitetsregister.

§14 Uteslutning ur föreningen
Ansluten medlem kan uteslutas av årsmötet med absolut majoritet om man gravt överträtt föreningens syften. Uteslutning gäller för tid som beslutas av årsmötet, dock minst ett år. Uteslutning kan omprövas av styrelsen om ansökan görs av sjukhusledningen för den aktuella enheten och som troliggör att åtgärder för att förhindra upprepning har vidtagits.

§15 Upplösning av föreningen
Föreningen kan upplösas av två på varandra följande årsmöten om en absolut majoritet av anslutna medlemmar beslutar om detta. Dessa beslutar även om hur eventuella tillgångar fördelas. Föreningen upplöses likaledes om ekonomiska möjligheter saknas för att driva den vidare.

Gällande tidsplan för införande av dessa stadgar:

- **Användarmöte 14-10-24 i Stockholm, Hornsgatan 15.**
  Beslut och Konstituerande möte

Gunnar Enlund