



[ID-nr]	Overlevelse 30 dager etter innleggelse for hoftebrudd	
<b>1. Definisjon</b>	Sannsynligheten for overlevelse innen 30 dager etter innleggelse for hoftebrudd, justert for pasientsammensetning og korrigerert for overflyttinger mellom sykehus.	
<b>2. Sektor</b>	Spesialisthelsetjenesten	
<b>3. Fagområde</b>	Somatisk helsetjeneste	
<b>4. Type</b>	Resultat	
<b>5. Primær dimensjon av kvalitet (Velg en)</b>	Virkningsfulle	
<b>6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet</b>	Trygge og sikre.	
<b>7. Måleområde</b>	Effekt av behandlingen/overlevelse og dødelighet.	
<b>Godkjenning</b>		
<b>8. Godkjent dato først gang</b>	11.1.2013.	
<b>9. Godkjent av</b>	Helsedirektoratet.	
<b>10. Revisjonshistorikk</b>	28.02.2018, 11.02.2019	
<b>Faglig begrunnelse/målsetning</b>		
<b>11. Begrunnelse for valg</b>	<p>Å forhindre dødsfall på grunn av sykdom eller skade er en av de mest grunnleggende målsetningene for helsetjenesten. Noen ganger er dette ikke mulig, men ved alltid å yte best mulig behandling og pleie, øker pasientenes sjanser for å overleve. Indikatorer som kan bidra til å sette søkelyset på dødsfall som kanskje kan unngås og uberettiget variasjon mellom behandlingssteder, er derfor hyppig brukt internasjonalt<sup>ii</sup>. Dersom sykehus over tid har lavere overlevelsesheter enn forventet, bør sykehusenes styrer og administrative og kliniske ledere søke etter mulige problemområder og iverksette egnede tiltak. Tidligere studier i Norge har gitt holdepunkter for at overlevelsestallene varierer mellom sykehus i betydelig grad.<sup>iii</sup></p> <p>Dødelighet under selve sykehusoppholdet er mye brukt som kvalitetsindikator i land der det ikke er mulig å følge pasienter etter utskrivning. Etter hvert er det alminnelig akseptert at dette målet ikke er godt, dels fordi et mindretall av pasientene dør i løpet av oppholdet, og dels fordi det ble ansett som mulig for sykehus å manipulere resultater ved å skrive ut eller overflytte pasienter for tidlig. Derfor er overlevelse en fast tidsperiode etter innleggelse (uansett om pasienten er i sykehuset eller ikke) nå ansett som et bedre mål.</p>	
<b>12. Målsetning</b>	Det er en målsetning at pasienter ikke dør mens de er innlagt på sykehus eller som følge av innleggelse på sykehus, og at alle pasienter uavhengig av behandlingstid og bosted mottar likeverdige helsetjenester.	
<b>13. Målgruppe for denne indikatoren</b> (Beskriv formål med denne indikatoren per aktuell målgruppe)	13.1 Politiske aktører	Styringsinformasjon
	13.2 Ledelse i sektor	Virksomhetsstyring
	13.3 Helsepersonell	Faglig kvalitetsforbedring
	13.4 Innbygger/ pasient/bruker/ pårørende/media	Informasjon/åpenhet
<b>14. Begrepsavklaringer</b>	<p>Sannsynlighet for overlevelse regnes per pasientforløp, uavhengig av eventuelle overflyttinger mellom sykehus. Pasienten følges i 30 dager etter første innleggelse i forløpet, også etter utskrivning.</p> <p>Hoftebrudd er definert som en akutt innleggelse med registrering av følgende ICD-10 kode som hoved- eller bidiagnose: S72.0-2.</p> <p>Overlevelsesheter er beregnet for hvert behandlingssted. I det følgende brukes betegnelsen sykehus, men dette samsvarer ikke alltid med den formelle organiseringen av helseforetakene, der et enkelt sykehus kan bestå av virksomheter på forskjellige steder. Resultat tilskrives behandlingsstedet med en vekt basert på tidsandel av det totale forløpet som er gjennomført på det aktuelle behandlingsstedet.</p>	

	Pasientforløp: en sammenhengende kjede av avdelingsopphold eller kontakter med omsorgsnivå dag- eller døgnopphold.
<b>Beregning</b>	
<b>15. Utvalg i fokus (teller)</b>	Pasientforløp der pasienten er rapportert som død, uansett årsak, innen 30 dager etter en akutt innleggelse på sykehus for hoftebrudd (hoved- eller bidiagnose S72.0-2).
<b>16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)</b>	Alle avsluttede pasientforløp for hoftebrudd (hoved- eller bidiagnose S72.0-2).
<b>17. Hovedmåltall</b>	Risikojustert sannsynlighet for overlevelse 30 dager etter akutt innleggelse på sykehus for hoftebrudd.
<b>18. Andre måltall</b>	Det beregnes statistiske signifikante avvik sammenlignet med et trimmet gjennomsnitt. Selv om tallene ikke er egnet til rangering, kan statistiske analyser av dataene si om et avvik fra et trimmet gjennomsnitt med stor grad av sikkerhet skyldes at sykehuset har et resultat som er statistisk signifikant avvikende fra gjennomsnittet. For noen helseforetak er det ikke mulig å skille mellom de enkelte sykehusene. I analysen er disse foretakene regnet som en enhet også når sykehusene sammenlignes.
<b>19. Presiseringer rundt utvalg</b>	<p>For å sikre et tilstrekkelig antall pasienter per sykehus inkluderes data for tre år i beregningene for overlevelse etter hoftebrudd.</p> <p>Sykehus/helseforetak med vekt mindre enn 100 i de siste tre år av rapporteringsperioden, eller mindre enn 20 i det siste året, er ikke med i den statistiske modellen for de diagnosespesifikke indikatorene.</p> <p>Følgende eksklusjonskriterier er benyttet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientforløp uten gyldig fødsels- eller D-nummer.</li> <li>• Pasientforløp med ufullstendig informasjon.</li> <li>• Pasientforløp som regnes som reinnleggelse etter et tidligere forløp.</li> </ul>
<b>20. Manglende rapportering</b>	
<b>21. Teknisk beregning av indikator</b>	<p>Det brukes en statistisk modell (GLM). Pasientforløp er brukt som analyseenhet og død innen 30 dager er responsvariabel. I den statistiske modellen blir hvert forløp fordelt på de enkelte sykehus som inngår i forløpet. Hvert sykehus får en vekt som er beregnet på grunnlag av andel av den totale liggetiden ved sykehuset.</p> <p>For å ta hensyn til ulikheter i pasientsammensetning mellom sykehus er det justert for pasientens alder, kjønn og sykdom (komorbiditet/samtlige lidelser).</p> <p>I analysene blir hvert enkelt sykehus sammenliknet med en referanseverdi, konstruert som et trimmet gjennomsnitt (på lineær prediktorskala) etter at sykehusene med de 25 prosent høyeste og 25 prosent laveste verdiene er ekskludert. Blant de signifikante avvikene er det maksimalt 5 prosent som er feil. False discovery rate beregnes etter metode fra Guo-Romano.</p> <p>I tillegg til testing av avvik fra referanseverdien, beregnes det også estimater for overlevelsessannsynlighet per sykehus/behandlingssted. Overlevelsessannsynligheten for hver enhet beregnes som gjennomsnittet av modellert overlevelsessannsynlighet for enheten, tatt over alle forløp i materialet, etter at enhetseffekten er justert inn mot referansen ved en empirisk Bayes-modell. Tall med stor usikkerhet (for små sykehus) blir sterkere justert enn tall med liten usikkerhet. Se artiklene av Hassani m.fl.<sup>i,ii</sup> og Kristoffersen m.fl.<sup>vi</sup> for utfyllende beskrivelser.</p>
<b>22. Nivå for publisering eksternt</b>	Behandlingssted, HF, RHF og landet.
<b>23. Standard klassifikasjoner</b>	ICD-10 kodeverk for tilstander og diagnoser. Bedrifts- og foretaksnummer for identifisering av behandlingssted.
<b>Datainnsamling/kilder</b>	
<b>24. Datakilder</b>	Data leveres fra Norsk pasientregister (NPR) med informasjon om pasientens status hentet fra Folkeregisteret påkoblede.
<b>25. Bearbeiding/revisjon av data</b>	<p>Postoppholdene er aggregert opp til pasientforløp som kan foregå på flere sykehus, altså en kjede av postopphold for en pasient. Et nytt pasientforløp vil oppstå dersom tidsforskjellen mellom utskrivningsdatoen og neste innskrivningsdato for pasienten overskrider 8 timer.</p> <p>Definisjon av diagnosekategorier og den statistiske analysen er beskrevet i Kunnskapssenterets rapporter og Hassani et. al.<sup>iii,iv</sup></p>
<b>26. Type datakilde og lovhjemmel</b>	<p>Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (Norsk pasientregisterforskriften).</p> <p>Prosjektet «Overlevelsesbaserte kvalitetsindikatorer» og beregningen av indikatorene bygger på en dispensasjon fra taushetsplikten fra Datatilsynet og godkjent søknad fra REK.</p>

<b>27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde</b>	Tertialvis
<b>28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator</b>	Årlig
<b>Tolkning av tallene</b>	
<b>29. Sammenlignbarhet over tid og sted</b>	Overlevelseshendikatorene egner seg ikke for rangering av sykehusene. Forskjellen i overlevelsestill mellom de fleste enheter er som regel såpass beskjedne at det er usikkert om forskjellene er reelle. Det er verd å merke seg at de minste enhetene rent tilfeldig lett kan havne høyt opp eller langt nede på listen. Man bør være varsom med å gjøre sammenlikninger over tid, fordi analysene er gjort med justeringer per år og er derfor uavhengig av hverandre.
<b>30. Feilkilder og usikkerhet</b>	<p>Forskjeller mellom enhetene kan avhenge av flere faktorer, ikke bare kvaliteten på den medisinske behandlingen. Slike faktorer kan for eksempel være organisatoriske forhold, kodepraksis og datakvalitet. Den tallmessige verdien av overlevelsessannsynligheten for hvert enkeltsykehus er beheftet med usikkerhet, og må tolkes med forsiktighet. Rekkefølgen av foretak/sykehus er spesielt usikker.</p> <p>Enkelte sykehus har spesialfunksjoner som gjør det vanskelig å tolke overlevelsesresultatet. Det bør bemerkes at det kan ha forekommet endringer i sykehusenes funksjoner fra den analyserte perioden og frem til i dag. For enkelte sykehus vil resultatene derfor ikke være relevante for dagens situasjon.</p> <p>Dødeligheten ved de mest alvorligste tilstandene vil til en viss grad reflektere at disse pasientene i stor grad vil komme til å dø i et sykehus. Innleggelse med palliativ behandling som hovedtilstand er imidlertid ekskludert.</p> <p>I tillegg til statistisk usikkerhet er det andre faktorer som gjør at overlevelse ikke alltid kan tolkes som et direkte mål på kvalitet. Dette henger bl.a. sammen med at gyldigheten av de enkelte overlevelseshendikatorene ikke er endelig evaluert i Norge. Foruten den rent statistiske usikkerheten, er de største usikkerhetsmomentene knyttet til manglende validering av diagnose- og kodepraksis, samt mulige forskjeller i pasientsammensetning som ikke fanges opp av justeringen.<sup>iii</sup> Analyser publisert i 2016 viser at pasientadministrative data er tilstrekkelig for identifisering av tilfeller av hoftebrudd, og at effekten av ikke-målt variasjon i pasientsammensetning var liten.<sup>v</sup></p>
<b>31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren</b>	<p>Det finnes ingen gullstandard for hvilke indikatorer som best skiller mellom de gode og de dårlige sykehusene, og det er heller ingen enkeltindikator som gir uttrykk for den generelle kvaliteten i komplekse organisasjoner som sykehus. Derfor bør eventuelle slutninger om kvalitetsforskjeller ikke bare baseres utelukkende på overlevelsesstatistikk, men bekreftes gjennom andre typer utredninger eller undersøkelser. Som for de fleste indikatorer er det viktig å være klar over at det kan være problematisk å benytte dem til alle formål og målgrupper. Det viktigste kriteriet for at overlevelseshendikatorene oppfyller sitt formål er at dataene benyttes aktivt i sykehusenes forbedringsarbeid, med tett oppfølging fra deres respektive foretaksstyrer og RHF-er.</p> <p>Ideelle sykehus inngår i beregningen for helseregion.</p> <p>Det er brudd i statistikken.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I beregningene fra 2016 og tidligere var datamaterialet fra Norsk pasientregister (NPR) definert ut fra oppholdstype, mens datamaterialet fra 2017 er definert ut fra variabelen omsorgsnivå. Definisjonen av type opphold etter omsorgsnivå inkludere flere typer opphold, som dag eller døgn, enn tidligere oppholdstype.</li> <li>- I beregningene fra 2016 og tidligere ble referanseverdien basert et trimmet gjennomsnitt hvor de sykehusene med 10 prosent høyeste og laveste verdiene ble ekskludert, nå er den prosenten endret til 25 prosent.</li> </ul>
<b>32. Relaterte indikatorer</b>	<p>Overlevelse 30 dager etter innleggelse for hjerteinfarkt.</p> <p>Overlevelse 30 dager etter innleggelse for hjerneslag.</p> <p>Overlevelse 30 dager etter innleggelse, uansett årsak.</p>
<b>Videreutvikling</b>	
<b>33. Videre utvikling av datakilder/indikator</b>	Kodeverk og kodepraksis er i kontinuerlig utvikling, og indikatoren og definisjon må til enhver tid vurderes i lys av de siste endringene. I tillegg vil ny kunnskap og forskning innen metode og kvalitetsmåling kunne åpne for enda bedre modeller for estimering av overlevelsessannsynligheter, identifisering av avvikende enheter og tolkning av variasjon mellom enheter.
<b>Publisering</b>	
<b>34. Publiseringsarena</b>	Helsenorge.no
<b>35. Andre publiseringsarena</b>	<p>Resultater publiseres på fhi.no i form av utfyllende rapporter for overlevelse for utvalgte diagnose/tilstandsgrupper og som rapporter per behandlende institusjon.</p> <p><a href="https://www.fhi.no/kk/kvalitetsmalinger/">https://www.fhi.no/kk/kvalitetsmalinger/</a></p>

## Referanser

### 36. Referanser

<sup>i</sup> Hassani S, Lindman AS, Kristoffersen DT, Tomic O, Helgeland J (2015) 30-Day Survival Probabilities as a Quality Indicator for Norwegian Hospitals: Data Management and Analysis. PLOS ONE 10(9): e0136547. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136547>

<sup>ii</sup> Rygh LH, Braut GS, Bukholm G, Fredheim N, Frich JC, Halvorsen M, et al. Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten. Rapport fra Kunnskapssenteret nr.16-2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.

<sup>iii</sup> Helgeland J, Damgaard K, Kristoffersen DT, Lindman AS, Dimoski T, Rygh LH . 30 dagers overlevelse etter innleggelse i norske sykehus – interimanalyse fra forskningsprosjektet. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011.

<sup>iv</sup> Clench-Aas J, Helgeland J, Dimoski T, et al. Methodological development and evaluation of 30-day mortality as quality indicator for Norwegian hospitals. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2005. (Rapport nr. 4-2005.)

<sup>v</sup> Helgeland, Jon; Kristoffersen, Doris Tove; Skyrud, Katrine Damgaard; Lindman, Anja Schou. Variation between Hospitals with Regard to Diagnostic Practice, Coding Accuracy, and Case-Mix. A Retrospective Validation Study of Administrative Data versus Medical Records for Estimating 30-Day Mortality after Hip Fracture. PLoS ONE 2016 ;Volum 11.(5) s.

<sup>vi</sup> Kristoffersen DT, Helgeland J, Clench-Aas J, Laake P, Veierød MB. Observed to expected or logistic regression to identify hospitals with high or low 30-day mortality? PLoS One. 2018 Apr 13;13(4):e0195248