



Dødelighet i nyfødtpperioden		
1. Definisjon	Antall barn som dør 0-27 dager (neonatal døde) etter fødsel per 1000 levendefødte barn	
2. Sektor	Spesialisthelsetjeneste	
3. Fagområde	Somatisk helse	
4. Type	Resultat	
5. Primær dimensjon av kvalitet (Velg en)	Virkningsfulle	
6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet		
7. Fokusområde		
Godkjenning		
8. Godkjent dato først gang	Saksnr i 360 – 13/10392 / 1. Februar 2016	
9. Godkjent av	Helsedirektoratet	
10. Revisjonshistorikk	1.0-februar 2016 etablert som ny nasjonal kvalitetsindikator	
Faglig begrunnelse/målsetning		
11. Begrunnelse for valg	Nivået av neonatal dødelighet (barn som dør 0-27 dager etter fødsel) blir ofte sett på som et resultat av kvaliteten på svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen og neonatalomsorgen. Dette kan derfor sees på som en samleindikator på kvaliteten på helsehjelpen i hele forløpet fra svangerskapsuke 22 + 0 til 27 dager etter fødsel. Neonatal dødelighet er lav i Norge sammenlignet med resten av Europa. Ifølge WHO er Norge blant de landene med lavest neonatal dødelighet.(1)	
12. Målsetning	Redusere forekomsten av neonatal dødelighet	
13. Målgruppe for denne indikatoren (Beskriv formål med denne indikatoren per aktuell målgruppe)	13.1. Politiske aktører	Politiske aktører blir varslet på et overordnet nivå om det er store variasjoner mellom helseregioner, helseforetak og sykehus.
	13.2. Ledelse i sektor	Ledelsen i helsesektoren har sørge for ansvaret innen fødselsomsorgen, og kan styre og evt omprioritere ressurser for å sikre at helsetjenesten innen fødselsomsorgen har god kvalitet og pasientsikkerhet.
	13.3. Helsepersonell	Helsepersonell kan benytte resultatet for å forbedre sin praksis innen fødselsomsorgen og gjennomføre lokalt forbedringsarbeid.
	13.4. Innbygger/pasient/bruker/pårørende/media	Brukere og pårørende får informasjon om hvorvidt helsetjenesten utøves med god kvalitet og pasientsikkerhet og kan benytte dette for å ta informerte og kvalifiserte valg på helsetjenester av god kvalitet. Offentligheten får innsikt i kvaliteten på helsetjenestene, og se at pasientsikkerheten i helsetjenestene ikke har uønsket variasjon i landet.
14. Begrepsavklaringer	Neonatal dødelighet er definert som levendefødte barn som dør innen 28 dager etter fødselen.	
Beregning		
15. Utvalg i fokus (teller)	Antall barn som dør 0-27 dager (neonatal døde) blant barn som tilfredsstiller kriteriene i punkt 16.	
16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)	Antall levendefødte barn født på institusjon med ≥ 20 fødsler i det aktuelle år	
17. Hovedmåltall	Antall barn som dør 0-27 dager (neonatal døde) etter fødsel per 1000 levendefødte	
18. Andre måltall	Antall barn som dør 0-27 dager (neonatal døde) etter fødsel	
19. Presiseringer rundt utvalg		
20. Manglende rapportering	Neglisjerbart for dette utvalget.	
21. Teknisk beregning av indikator	Se punkt 15-19.	
22. Nivå for publisering eksternt	Landet, helseregion, helseforetak, sykehus	
23. Standard klassifikasjoner	Bedrifts- og foretaksnummer: Bedrifts- og foretaksnummer er benyttet for identifisering av enheter	

Datainnsamling/kilder	
24. Datakilder	Medisinsk fødselsregister (MFR), Folkehelseinstituttet Det sentrale folkeregister (DSF), Skatteetaten
25. Bearbeiding/revisjon av data	Innrapportering direkte til MFR. Tallene kvalitetssikres fortløpende gjennom året, med publisering av foreløpige tall i juni påfølgende år. MFR tar kontakt med den enkelte rapporteringsenhet i kvalitetssikringsprosessen.
26. Type datakilde og lovhjemmel	Elektronisk melding til MFR. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften) (2)
27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde	Fortløpende innhenting gjennom året
28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator	Årlig
Tolkning av tallene	
29. Sammenlignbarhet over tid og sted	Sammenlignbare mellom institusjoner med samme risikoprofil, mellom regioner, mellom land og over tid.
30. Feilkilder og usikkerhet	Noen institusjoner har svært få fødsler og vil ikke motta fødende med kjent risiko for en komplisert fødsel. Det kan være store svingninger i prosent- eller promilleberegninger når disse er basert på små tall. Forskjeller mellom fødeinstitusjoner kan ha mange forklaringer; <ul style="list-style-type: none"> • Tilfeldigheter • Ulik bruk av diagnostiske kriterier • Risikosentralisering • Variasjoner i fødejournalssystemenes data • Variasjoner i meldepraksis og meldesvikt • Feil i MFR-rutiner • Reelle forskjeller i kvalitet Det er ofte en kombinasjon av flere av disse
31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	
32. Relaterte indikatorer	Tilstand hos nyfødte barn.
Videreutvikling	
33. Videre utvikling av datakilder/indikator	Videreutvikle slik at risikoprofil på sykehus fremkommer i visningen (se punkt 29).
Publisering	
34. Publiseringsarena	www.helsenorge.no
35. Andre publiseringsarena	http://statistikkbank.fhi.no/mfr/ , www.helsedirektoratet.no
Referanser	
36. Referanser	1. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. World Health Organization 2006. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43444/1/9241563206_eng.pdf 2. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Medisinsk fødselsregister (Medisinsk fødselsregisterforskriften). https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1483?q=medisinsk fødselsregister .