

30-dagers overlevelse. Institusjonsrapport for Sykehuset Innlandet HF, Lillehammer

Notat fra Kunnskapssenteret

Kvalitetsmåling

Desember 2015

Tittel	30-dagers overlevelse. Institusjonsrapport for Sykehuset Innlandet HF, Lillehammer
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Magne Nylenna, direktør
Forfattere	Lindman, Anja Schou seniorforsker, Kunnskapssenteret Tomic, Oliver, seniorforsker, Kunnskapssenteret Kristoffersen, Doris Tove, statistiker, Kunnskapssenteret Tonya Moen Hansen, seniorrådgiver, Kunnskapssenteret Helgeland, Jon, seksjonsleder, Kunnskapssenteret
ISBN	978-82-93479-04-8
Prosjektnummer	9954
Publikasjonstype	Notat
MESH	Hospital mortality; Survival; Stroke/mortality; Hip fracture/mortality; mycardial infarction/mortality; Quality indicators; Health care; Hospitals; Norway
Oppdragsgiver	Intern bestilling
Sitering	Lindman AS, Tomic O, Kristoffersen DT, Moen-Hansen T, Helgeland J. 30-dagers overlevelse. Institusjonsrapport for Sykehuset Innlandet HF, Lillehammer. Notat 2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015.

Kunnskapssenteret er ansvarlig for innholdet i rapporten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, desember 2015

Forord

Kunnskapssenteret leverer årlig resultater for kvalitetsindikatorer til det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet som forvaltes av Helsedirektoratet. Resultatene presenteres på sykehus-, helseforetak- og regionalt helseforetaksnivå, og publiseres på *helsenorge.no*. I dette notatet presenteres noen utvalgte tilleggsanalyser for fire av disse indikatorene:

- 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse (totaloverlevelse)
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for førstegangs hjerteinfarkt

Bakgrunnen for notatet er at Kunnskapssenteret jevnlig mottar henvendelser om å presentere mer utfyllende informasjon om datamaterialet som inngår i beregningene for 30-dagers overlevelse og mer detaljerte resultater for hvert enkelt sykehus. Informasjonen som presenteres i dette notatet har tidligere vist seg nyttig i sykehusenes arbeid med kvalitetsforbedring og virksomhetsstyring.

Anne Karin Lindahl
Avdelingsdirektør

Jon Helgeland
Seksjonsleder

Anja Schou Lindman
Prosjektleder

Innhold

FORORD

INNHold

OM RAPPORTEN

Tolkning av 30-dagers overlevelse som kvalitetsindikator
Analyser og resultater for Sykehuset Innlandet HF, Lillehammer

RESULTATER OG BRUK AV TALLENE

Deskriptiv statistikk av pasientmaterialet
Kaplan-Meierkurver (overlevelseskurver)
Totaloverlevelse og diagnosekategorier med høy dødelighet
Tidsutvikling
Referanser

VEDLEGG 1 – OPPSUMMERING AV METODEN

Forkortelser
Datakilder og -bearbeiding
Utvalgsår
Analyseenhet – etablering av pasientforløp
Diagnose- og pasientutvalg
CCS-kategorier for totalindikatoren
Behandlingssted og tilordning av resultater
Beregning av 30-dagers risikojustert sannsynlighet for overlevelse
Tidsutvikling
Feilkilder

Fordi rapportene er automatisk generert og antall sider i rapportene vil variere mellom sykehus, er det ikke inkludert sidetall i innholdfortegnelsen.

Om rapporten

Kunnskapssenteret beregner 30-dagers *risikojustert sannsynlighet* for overlevelse som kvalitetsindikator for sykehus, helseforetak og regionale helseforetak, og resultatene publiseres blant annet på helsenorge.no. For en mer fullstendig metodebeskrivelse henvises til våre vitenskapelige artikler [1-3] og til hovedrapportene som årlig publiseres på våre nettsider [4]. I Vedlegg 1 gis en kort redegjørelse for metodene for beregning av 30-dagers overlevelse, samt beskrivelse av tidsutviklingsanalyser presentert i dette notatet.

Tolkning av 30-dagers overlevelse som kvalitetsindikator

En kvalitetsindikator gir kun en *indikasjon* på kvalitet, det er ikke et *direkte* mål på kvalitet. Å identifisere enkelte sykehus med statistisk signifikant høyere eller lavere overlevelse er derfor ikke ensbetydende med at de leverer henholdsvis bedre eller dårligere kvalitet av tjenesten. Resultatene for overlevelse etter sykehusinnleggelse i Norge er samlet sett gode ved sammenligning med andre land.

Sykehus med få innleggelser kan ha stor variasjon fra år til år. Selv om de ikke avviker signifikant, kan de ha for få pasienter til å identifiseres med signifikant høyere eller lavere overlevelse i den statistiske testingen. Eventuelle slutninger om kvalitetsforskjeller bør derfor ikke bare baseres utelukkende på resultater for overlevelse, men suppleres og bekreftes gjennom andre typer utredninger eller undersøkelser.

Indikatorresultatene bør følges opp med en gjennomgang av sykehusets behandling og rutiner, med spesiell vekt på etterlevelse av retningslinjer. Kunnskapssenteret har erfaring med at mer inngående analyser av indikatorene kan gi en indikasjon på hvilke områder som bør vurderes for målrettet lokalt forbedringsarbeid. For å lette tolkningen av indikatorresultatene og øke relevans av resultatene i lokalt

forbedringsarbeid, presenteres institusjonsvise resultater i dette notatet.

Analyser og resultater for Sykehuset Innlandet HF, Lillehammer

1. Deskriptiv statistikk av pasientmaterialet

Deskriptiv statistikk beregnes for pasientmaterialet for hhv totaloverlevelse (2014 data), hjerneslag, hoftebrudd og hjerteinfarkt (2012-2014).

2. Kaplan-Meierkurver (overlevelseskurver)

Kaplan-Meier er en vanlig måte å visualisere overlevelsesdata på, og viser *ujustert* overlevelse de første 30 dagene etter innleggelse. Kurver presenteres for totaloverlevelse (2014 data), hjerneslag, hoftebrudd og hjerteinfarkt (2012-2014).

3. Totaloverlevelse og diagnosekategorier med høy dødelighet

For totaloverlevelse inkluderes 42 diagnosegrupper som står for 80% av dødsfallene innen 30 dager etter innleggelse ved norske sykehus. Det er ulik dødelighet i diagnosekategoriene og dette varierer mellom sykehus. Det er derfor angitt hvilke diagnosekategorier for det aktuelle sykehuset som har høyere dødelighet enn forventet sammenlignet med resultater for landet totalt (se avsnitt om diagnosekategorier i vedlegg 1). Data for 2014 er benyttet.

4. Tidsutvikling

Tidsutviklingen for totaloverlevelse, hjerneslag, hoftebrudd, hjerteinfarkt er beregnet for femårsperioden 2010-2014 for totaloverlevelse, hjerneslag, hoftebrudd og hjerteinfarkt. Både resultater for hver ettårsperiode og glattede resultater er vist. For å kunne studere utviklingen i overlevelse ved det aktuelle behandlingsstedet over tid er det tatt metodiske valg som er brukt i beregningene for de publiserte indikatorene. Dette betyr at det vil være noen avvik i overlevelses-sannsynlighetene (se vedlegg 1).

Resultater og bruk av tallene

Figurer og tabeller vises uavhengig av antall pasienter ved det enkelte sykehus. Hvis antallet er svært lite, kan det ikke trekkes sikre konklusjoner fra resultatene.

Deskriptiv statistikk av pasientmaterialet

Pasientkarakteristikk for datamaterialet for de ulike indikatorene er oppsummert i tabell 1-4. Vi vil gjøre oppmerksom på at Charlsons komorbiditetsindeks i årets notat er beregnet basert på innleggelser de siste tre år. I fjorårets notat ble alle tidligere innleggelser brukt til beregningen uten tidsbegrensning bakover i tid. Derfor vil gjennomsnittlig Charlson komorbiditetsindeks være lavere i år sammenlignet med i fjor.

30-dagers risikojustert relativ dødelighet

I tabellene er det også presentert 30-dagers *risikojustert relativ dødelighet*, og tallet er justert for de samme justeringsfaktorer som de risikojusterte overlevelsessannsynlighetene presentert på *helsenorge.no* (se Vedlegg 1). 30-dagers *risikojustert relativ dødelighet* er forholdet mellom risikojustert sannsynlighet for død og estimert referanseverdi, multiplisert med 100. 30-dagers risikojustert relativ dødelighet på over 100 betyr høyere dødelighet enn det som er forventet for resten av populasjonen, mens en risikojustert relativ dødelighet under 100 betyr lavere dødelighet enn det som er forventet for resten av populasjonen.

Signifikanstesting

I denne institusjonsrapporten er det vist resultater fra den statistiske testingen der hvert enkelt sykehus sammenliknes med referanseverdien for sykehusene, uten å korrigere for multippel sammenlikning. Dette i motsetningen til vårt hovednotat og på *helsenorge.no*, der det gjøres mange sammenlikninger på en gang (multippel testing), og vi korrigerer for dette. p-verdien som er oppgitt i tabellen, viser om

sykehusets beregnede relative 30-dagers dødelighet er signifikant forskjellig fra referanseverdien. En p-verdi ≤ 0.05 betyr at sykehuset avviker signifikant. Det vil være en god del flere sykehus som avviker signifikant med denne p-verdien, sammenliknet med testen som korrigerer for multippel sammenlikning.

Hva kan resultatene brukes til

Resultatene kan først og fremst benyttes *internt* i sykehuset, som støtte i lokalt kvalitetsforbedringsarbeid.

Hva kan resultatene ikke brukes til

Den deskriptive statistikken som presenteres i denne rapporten er ikke justert for forskjeller i pasientsammensetning. Analysen påvirkes av justering for forskjeller, slik at ujusterte resultater vil avvike fra justerte. Antall pasienter og antall døde er i tillegg lavt ved enkelte behandlingssteder, noe som øker den statistiske usikkerheten. Kunnskapssenteret har ikke vurdert om alle observerte forskjeller som fremgår i de institusjonsvise rapportene er statistisk signifikante, og man må følgelig være varsom i tolkningen. Resultatene representerer dødeligheten for alvorlige tilstander, og man kan ikke ekstrapolere resultatene til å representere antall pasienter «spart» på sykehus med høy overlevelse og tilsvarende antall «unødvendig døde» på sykehus med lav overlevelse.

Tabell 1: Datagrunnlag for overlevelsesindikatoren for totaloverlevelse. Deskriptiv statistikk, ettårs data (2014).

	Lillehammer	Alle sykehus (unntatt Lillehammer)
Antall pasienter	3536	173572
Antall pasientforløp	4130	213918
Antall pasientforløp som foregår på to eller flere sykehus	337 (8,2%)	17141 (8%)
Kjønn: antall kvinner	1956 (47,4%)	101322 (47,4%)
Alder: < 50 år	453 (12,3%)	27772 (13,7%)
Alder: 50-75 år	1522 (41,5%)	96319 (47,5%)
Alder: > 75 år	1695 (46,2%)	78817 (38,8%)
Medianalder år	71	70
Antall liggedøgn (gj.snitt)	4,6	4,9
Charlson indeks (gj.snitt)	1,1	1
Charlson indeks (0)	2672 (64,7%)	139816 (65,4%)
Charlson indeks (1)	392 (9,5%)	20248 (9,5%)
Charlson indeks (2+)	1066 (25,8%)	53854 (25,2%)
Antall tidl. innleggelser (gj.snitt)	2,2	2,2
Antall tidl. innleggelser (0)	1736 (42,0%)	86375 (40,4%)
Antall tidl. innleggelser (1)	902 (21,8%)	46222 (21,6%)
Antall tidl. innleggelser (2)	502 (12,2%)	26700 (12,5%)
Antall tidl. innleggelser (3-5)	658 (15,9%)	34873 (16,3%)
Antall tidl. innleggelser (6+)	332 (8,0%)	19748 (9,2%)
Antall døde innen 30 dager	232 (5,6%)	10311 (4,8%)
30-dagers risikojustert relativ dødelighet	96,6	100
p-verdi for dette sykehuset sammenlignet med referansevedien	0,425	NA

Tabell 2: Datagrunnlag for overlevelsesindikatoren for hjerneslag. Deskriptiv statistikk, treårs data (2012-2014).

	Lillehammer	Alle sykehus (unntatt Lillehammer)
Antall pasienter	700	26252
Antall pasientforløp	735	27602
Antall pasientforløp som foregår på to eller flere sykehus	71 (9,7%)	3091 (11,2%)
Kjønn: antall kvinner	330 (44,9%)	13119 (47,5%)
Alder: < 50 år	42 (5,7%)	1448 (5,2%)
Alder: 50-75 år	307 (41,8%)	11338 (41,1%)
Alder: > 75 år	386 (52,5%)	14816 (53,7%)
Medianalder år	77	77
Antall liggedøgn (gj.snitt)	6,1	10,5
Charlson indeks (gj.snitt)	0,7	0,6
Charlson indeks (0)	540 (73,5%)	20995 (76,1%)
Charlson indeks (1)	62 (8,4%)	1903 (6,9%)
Charlson indeks (2+)	133 (18,1%)	4704 (17,0%)
Antall tidl. innleggelser (gj.snitt)	1,2	1,4
Antall tidl. innleggelser (0)	373 (50,7%)	14395 (52,2%)
Antall tidl. innleggelser (1)	163 (22,2%)	6007 (21,8%)
Antall tidl. innleggelser (2)	88 (12,0%)	3017 (10,9%)
Antall tidl. innleggelser (3-5)	83 (11,3%)	3096 (11,2%)
Antall tidl. innleggelser (6+)	28 (3,8%)	1087 (3,9%)
Antall døde innen 30 dager	77 (10,5%)	3716 (13,5%)
30-dagers risikojustert relativ dødelighet	86,5 *	100
p-verdi for dette sykehuset sammenlignet med referansevedien	0,019	NA

Tabell 3: Datagrunnlag for overlevelsesindikatoren for hoftebrudd. Deskriptiv statistikk, treårs data (2012-2014).

	Lillehammer	Alle sykehus (unntatt Lillehammer)
Antall pasienter	654	23747
Antall pasientforløp	683	24715
Antall pasientforløp som foregår på to eller flere sykehus	59 (8,6%)	1830 (7,4%)
Kjønn: antall kvinner	476 (69,7%)	17632 (71,3%)
Alder: < 50 år	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Alder: 50-75 år	121 (17,7%)	4432 (17,9%)
Alder: > 75 år	562 (82,3%)	20283 (82,1%)
Medianalder år	83	85
Antall liggedøgn (gj.snitt)	6,5	6,8
Charlson indeks (gj.snitt)	1	0,8
Charlson indeks (0)	446 (65,3%)	16641 (67,3%)
Charlson indeks (1)	62 (9,1%)	1969 (8,0%)
Charlson indeks (2+)	175 (25,6%)	6105 (24,7%)
Antall tidl. innleggelser (gj.snitt)	1,5	1,8
Antall tidl. innleggelser (0)	335 (49,0%)	11663 (47,2%)
Antall tidl. innleggelser (1)	159 (23,3%)	5820 (23,5%)
Antall tidl. innleggelser (2)	73 (10,7%)	3064 (12,4%)
Antall tidl. innleggelser (3-5)	96 (14,1%)	3111 (12,6%)
Antall tidl. innleggelser (6+)	20 (2,9%)	1057 (4,3%)
Antall døde innen 30 dager	66 (9,7%)	2152 (8,7%)
30-dagers risikojustert relativ dødelighet	102,3	100
p-verdi for dette sykehuset sammenlignet med referansevedien	0,595	NA

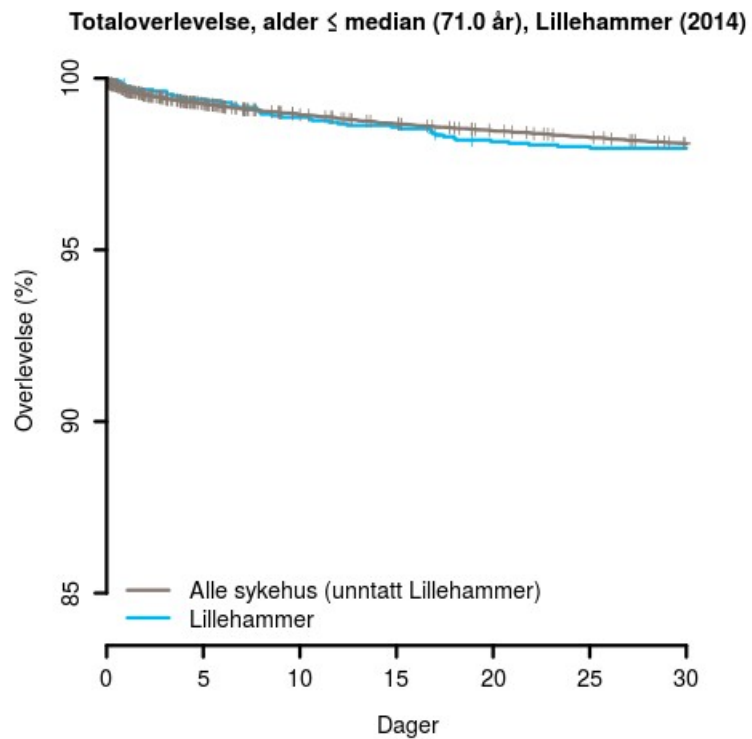
Tabell 4: Datagrunnlag for overlevelsesindikatoren for førstegangs hjerteinfarkt.
Deskriptiv statistikk, treårs data (2012-2014).

	Lillehammer	Alle sykehus (unntatt Lillehammer)
Antall pasienter	694	33268
Antall pasientforløp	694	33268
Antall pasientforløp som foregår på to eller flere sykehus	317 (45,7%)	16301 (49%)
Kjønn: antall kvinner	285 (41,1%)	12602 (37,9%)
Alder: < 50 år	33 (4,8%)	2359 (7,1%)
Alder: 50-75 år	261 (37,6%)	16581 (49,8%)
Alder: > 75 år	400 (57,6%)	14328 (43,1%)
Medianalder år	78	72
Antall liggedøgn (gj.snitt)	6,2	7,4
Charlson indeks (gj.snitt)	0,8	0,5
Charlson indeks (0)	488 (70,3%)	25914 (77,9%)
Charlson indeks (1)	61 (8,8%)	2486 (7,5%)
Charlson indeks (2+)	145 (20,9%)	4868 (14,6%)
Antall tidl. innleggelser (gj.snitt)	3,2	1,4
Antall tidl. innleggelser (0)	385 (55,5%)	19831 (59,6%)
Antall tidl. innleggelser (1)	114 (16,4%)	6169 (18,5%)
Antall tidl. innleggelser (2)	94 (13,5%)	3063 (9,2%)
Antall tidl. innleggelser (3-5)	72 (10,4%)	3010 (9,0%)
Antall tidl. innleggelser (6+)	29 (4,2%)	1195 (3,6%)
Antall døde innen 30 dager	89 (12,8%)	3718 (11,2%)
30-dagers risikojustert relativ dødelighet	99,2	100
p-verdi for dette sykehuset sammenlignet med referansevedien	0,913	NA

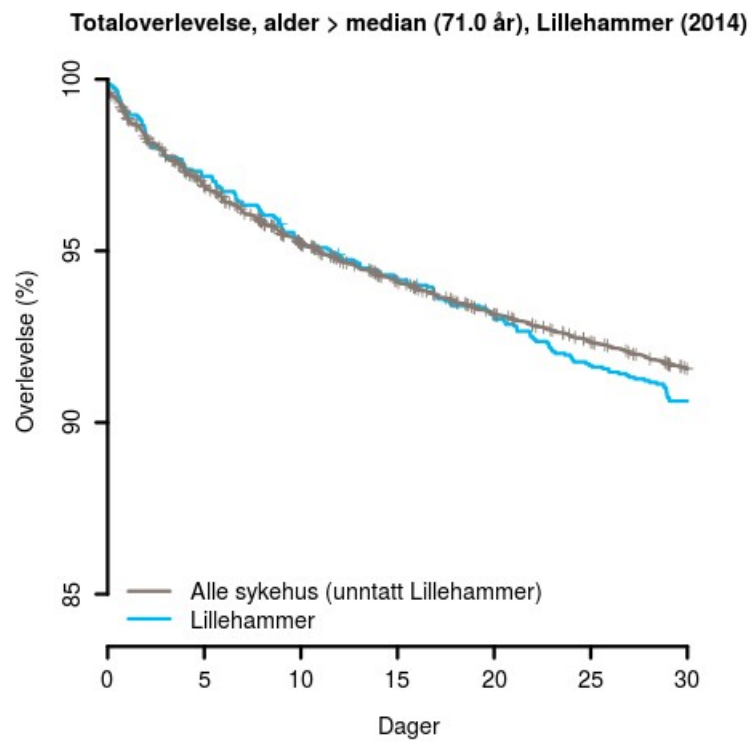
Kaplan-Meierkurver (overlevelseskurver)

Med Kaplan-Meierkurver kan man studere overlevelse i 30-dagers perioden for hvert enkelt sykehus (blå linje) og for hver enkelt indikator, og identifisere hvor i forløpet det er avvik i overlevelse i forhold til referansekurven (grå linje). Formålet med figuren er muligheten for å vurdere hvor i behandlingsforløpet kvalitetsforbedringstiltak eventuelt bør iverksettes.

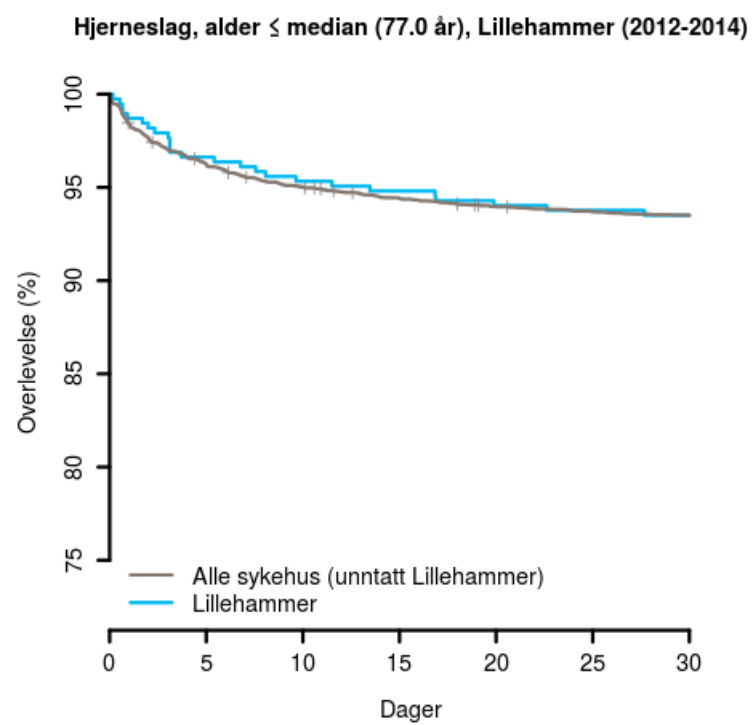
Hver figur viser forløpet tilordnet sykehuset der pasienten først ble innlagt. På X-aksen vises tiden i dager, der tid 0 er tid for innleggelse. På Y-aksen vises overlevelse i prosent (%). I notatet er det to figurer per indikator, én for pasienter over median alder og én for pasienter under eller lik median alder. Figurer stratifisert etter alder er mindre følsomme for usikkerheter i pasientsammensetning mellom sykehus og kan derfor være lettere å tolke. Den statistiske usikkerheten i kurvene kan være stor, og de må derfor tolkes med forsiktighet. Kurvene er ikke risikojustert og dermed ikke sammenliknbare med tall på *helsenorge.no*.



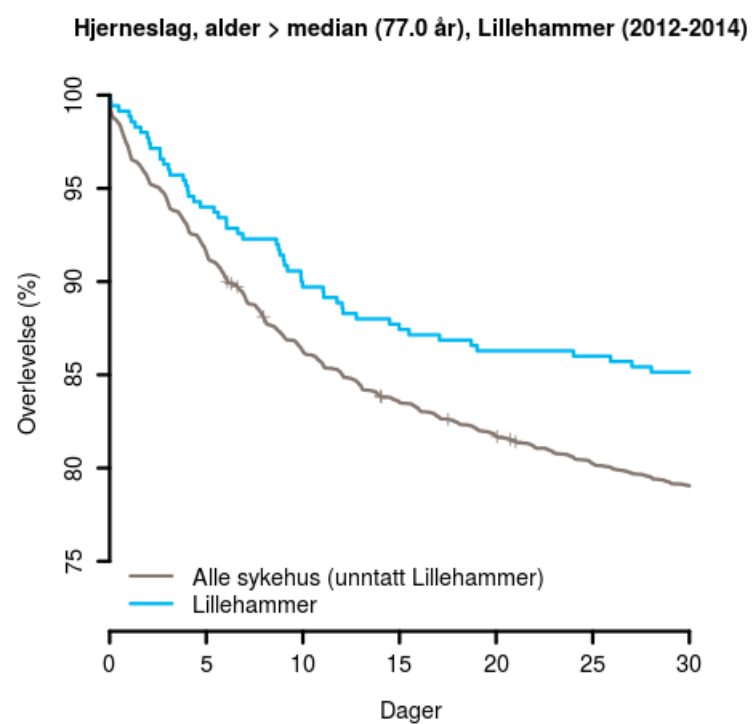
Figur 1 : Kaplan-Meierkurver for totaloverlevelse, alder $\leq$ median (71.0 år), Lillehammer (2014). Tallene er ikke risikojustert.



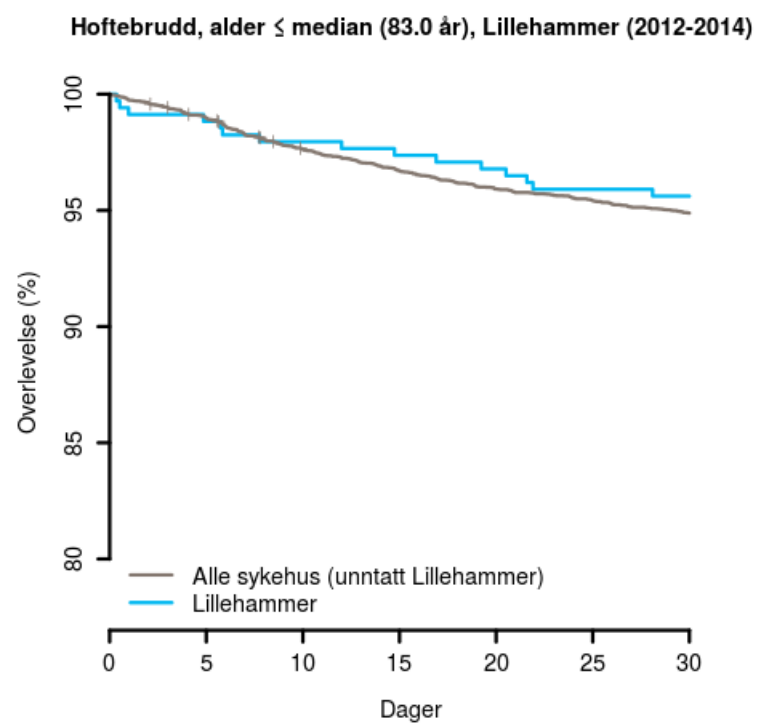
Figur 2 : Kaplan-Meierkurver for totaloverlevelse, alder > median (71.0 år), Lillehammer (2014)



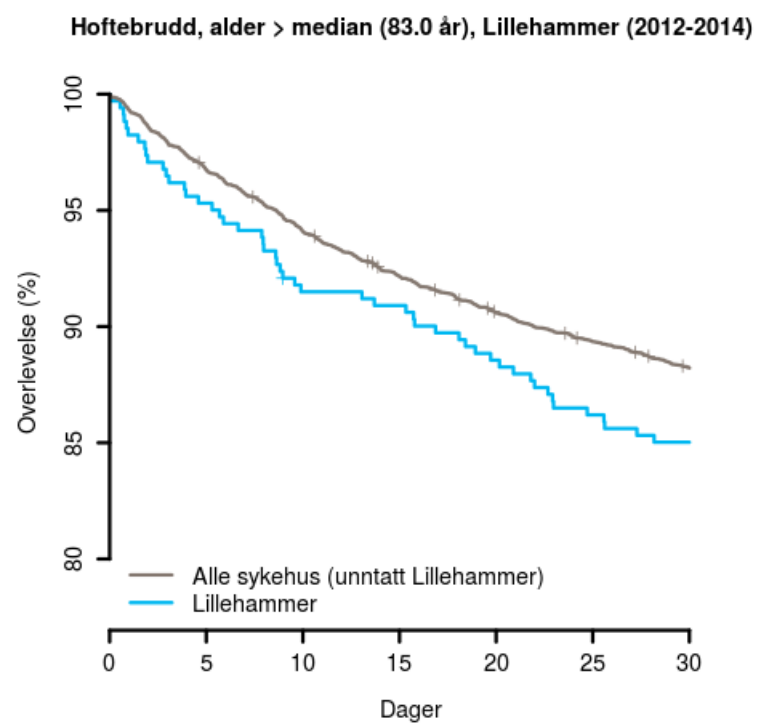
Figur 3 : Kaplan-Meierkurver for hjerneslag, alder $\leq$ median (77.0 år), Lillehammer (2012-2014)



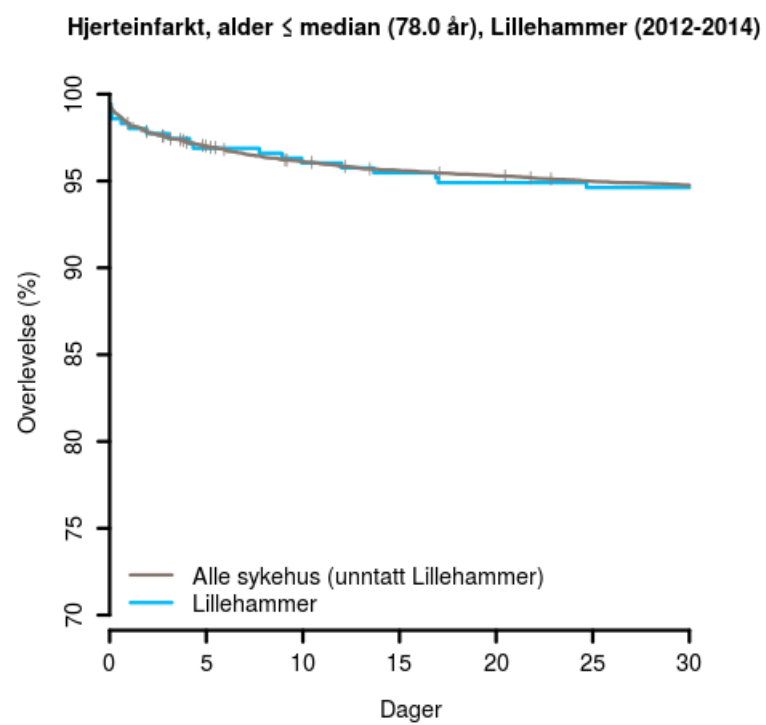
Figur 4 : Kaplan-Meierkurver for hjerneslag, alder > median (77.0 år), Lillehammer (2012-2014)



Figur 5 : Kaplan-Meierkurver for hoftebrudd, alder $\leq$ median (83.0 år), Lillehammer (2012-2014)

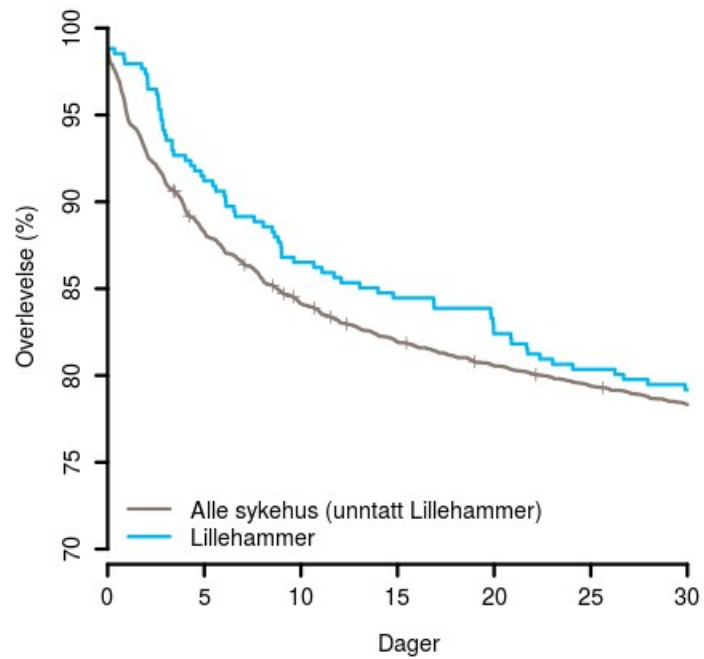


Figur 6 : Kaplan-Meierkurver for hoftebrudd, alder > median (83.0 år), Lillehammer (2012-2014)



Figur 7 : Kaplan-Meierkurver for førstegangs hjerteinfarkt, alder $\leq$ median (78.0 år), Lillehammer (2012-2014)

Hjerteinfarkt, alder > median (78.0 år), Lillehammer (2012-2014)



Figur 8 : Kaplan-Meierkurver for førstegangs hjerteinfarkt, alder > median (78.0 år), Lillehammer (2012-2014)

Totaloverlevelse og diagnosekategorier med høy dødelighet

I forbedringsarbeid lokalt kan det være utfordrende å iverksette tiltak basert på resultater fra kun totaloverlevelse, fordi en ikke vet hvilke pasientgrupper som bidrar til den eventuelle lave overlevelsen/høye dødeligheten. For at hvert enkelt sykehus skal kunne se hvilke pasientgrupper som har høyere dødelighet enn forventet sammenlignet med resten av landet, hos dem, er tabeller over diagnosekategorier med høy dødelighet inkludert i denne rapporten.

Diagnosekategorier med observert over forventet dødelighet på mer enn 1,1 og minst fem døde for *Sykehuset Innlandet HF, Lillehammer* er angitt i tabellene. Også her er kun pasienter talt opp som har *Sykehuset Innlandet HF, Lillehammer* som første sykehus i pasientforløpet. Det er angitt tre tabeller, én for hver av de tre hierarkiske diagnosenivåene. Diagnosekategoriene på nivå 3 (mest detaljert) er aggregert til større diagnosekategorier enn på nivå 2 og 1 (minst detaljert). Diagnosegrupper med færre enn 5 døde inkluderes ikke i tabellen. Dette betyr at antall diagnosegrupper i tabellene ofte varierer mellom sykehus. Fordi antallet i hver kategori er lavt må tallene brukes med forsiktighet.

Tabell 5: CCS-kategorier med høy dødelighet (nivå 3).

	Observert antall døde	Forventet antall døde	Observert / forventet
Chronic renal failure	10	6,1	1,64
Pulmonary heart disease	5	3,1	1,62
Intestinal obstruction without hernia	5	2,9	1,70

Tabell 6: CCS-kategorier med høy dødelighet (nivå 2).

	Observert antall døde	Forventet antall døde	Observert / forventet
Diseases of the digestive system. Lower gastrointestinal disorders	5	2,9	1,70

Tabell 7: CCS-kategorier med høy dødelighet (nivå 1)

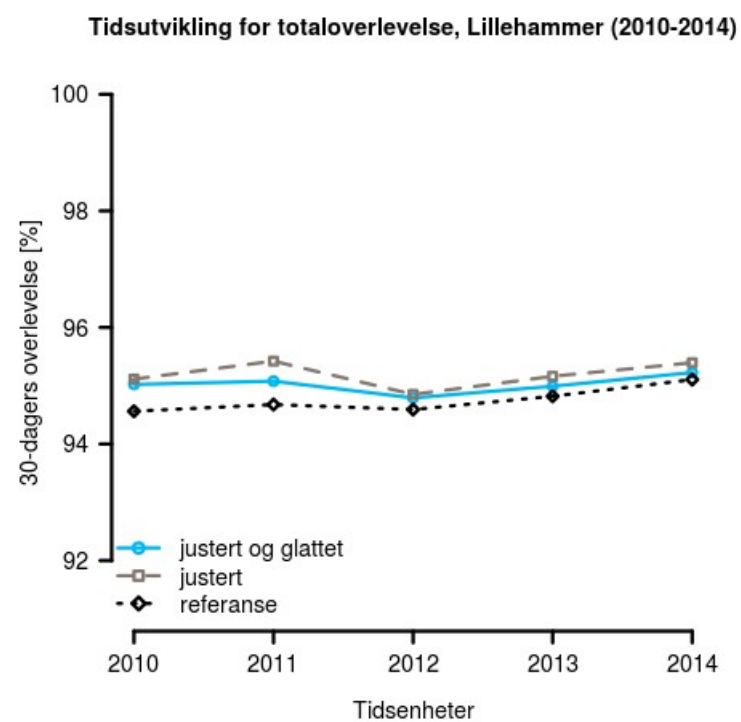
	Observert antall døde	Forventet antall døde	Observert / forventet
Neoplasms	48	42,8	1,12

Tidsutvikling

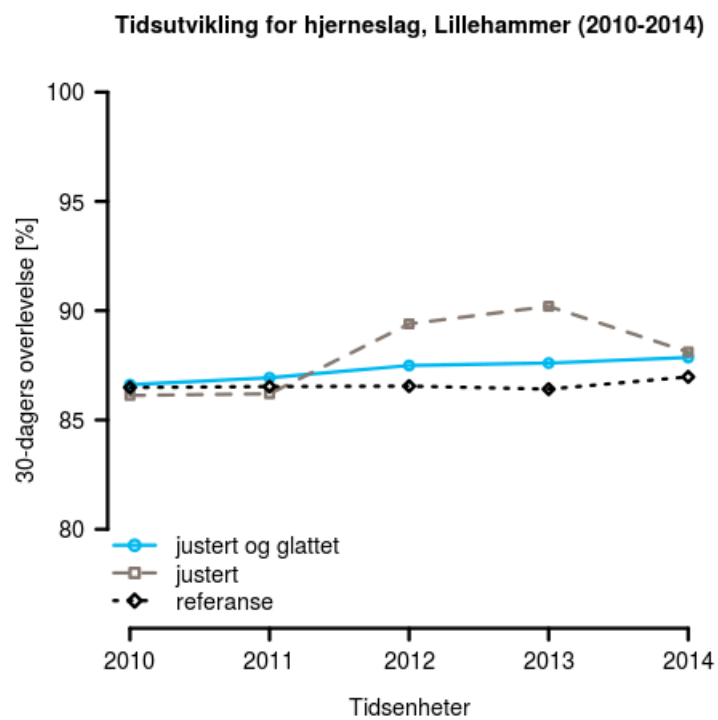
For å følge utvikling over tid, er det presentert *30-dagers risikojustert sannsynlighet* for overlevelse for indikatorene totaloverlevelse, hjerneslag, hoftebrudd og hjerteinfarkt de siste fem år. Hver kurve viser forløpet tilordnet sykehuset der pasienten først ble innlagt.

Sannsynligheten er beregnet for hvert år for seg, og metoden benyttet i tidsrekkeanalysene avviker noe fra beregningene for de publiserte indikatorene (se Vedlegg 1). Estimatene per år har typisk stor statistisk usikkerhet, spesielt for små sykehus hvor resultatene varierer mye fra år til år (store tilfeldige variasjoner). For å gi et mer korrekt bilde av tidsutviklingen, er det også foretatt glatting av kurvene.

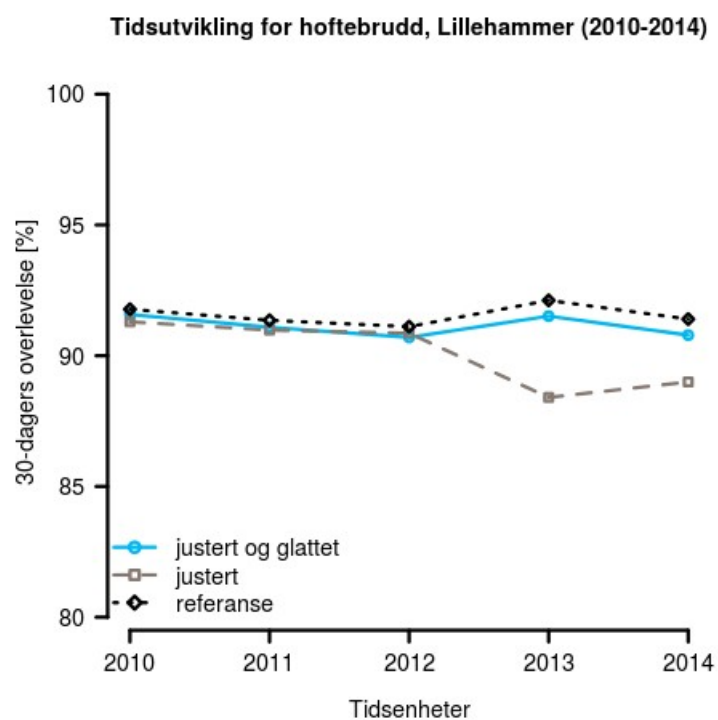
Den grå kurven viser 30-dagers risikojustert overlevelse justert for variablene angitt for hver indikator i Vedlegg 1 (alder, kjønn med mer). Den blå kurven er både justert mot en plausibel og sannsynlig reell tidsutvikling, og justert mot middelveiden for å redusere effekten av tilfeldige utslag per år. Dette er spesielt viktig for små sykehus.



Figur 9 : Tidsutvikling for totaloverlevelse, Lillehammer (2010-2014)

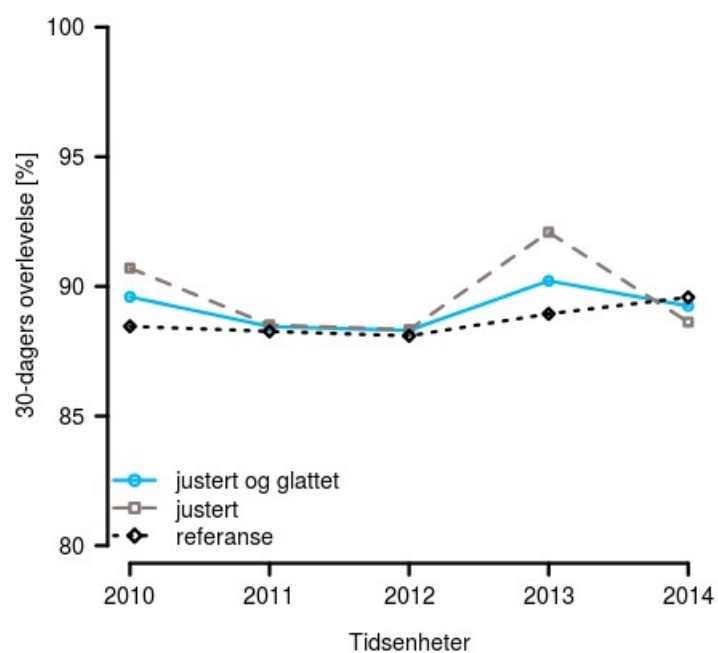


Figur 10 : Tidsutvikling for hjerneslag, Lillehammer (2010-2014)



Figur 11 : Tidsutvikling for hoftebrudd, Lillehammer (2010-2014)

Tidsutvikling for førstegangs hjerteinfarkt, Lillehammer (2010-201



Figur 12 : Tidsutvikling for førstegangs hjerteinfarkt, Lillehammer (2010-2014)

Referanser

1. Hassani, S., Lindman, A.S., Kristoffersen, D.T., Tomic, O., Helgeland, J. *30-Day Survival Probabilities as a Quality Indicator for Norwegian Hospitals: Data Mangement and Analysis*. PLoS ONE 10 (9): e0136547. Doi:10.1371/journal.Pone.0136547.
2. Kristoffersen, D.T., Helgeland, J., Clench-Aas, J., Laake, P., Veierød, M.B. *Comparing hospital mortality – how to count does matter for patients hospitalized for acute myocardial infarction (AMI), stroke and hip fracture*. BMC Health Services Research (2012) 12:364
3. Kristoffersen, D.T., Helgeland, J., Waage, H., Thalamus, J., Clemens, D., Lindman, A.S., Rygh, L.H., Tjomsland, O. *Survival curves to support quality improvement in hospitals with excess 30-day mortality after acute myocardial infarction, celebral stroke and hip fracture: A before-after study*. BMJ Open (2015) 5:e006741. Doi:10.1136/bmjopen-2014-006741.
4. Lindman, A.S., Kristoffersen, D.T., Tomic, O., Helgeland, J. *Kvalitetsindikatoren 30-dagers overlevelse etter innleggelse i norske sykehus – resultater for året 2014*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2015). Notat fra Kunnskapssenteret ISBN 978-82-93479-01-7

Vedlegg 1 – oppsummering av metoden

For en mer detaljert beskrivelse av metoden vises til [1] & [2].

Forkortelser

CCS – clinical conditions software

FS – forskning i sykehus

NPR – Norsk pasientregister

PAS – pasient administrativt system

Datakilder og -bearbeiding

Materialet inkluderer alle somatiske sykehus med akutfunksjon eller som inngår i behandlingskjeden for akuttpasienter. Dataene er innhentet ved to ulike metoder:

- 1) Ekstraksjon av PAS-data fra hvert sykehus for perioden 2002–2009, ved hjelp av vårt datasystem FS (Forskning i Sykehus). Enheten i disse dataene er postopphold
- 2) Data for tidsperioden 2010-2014 er hentet fra Norsk pasientregister (NPR). Enheten i disse dataene er avdelings- eller postopphold. Der dette er mulig, er sykehus/behandlingssted identifisert på grunnlag av NPR-koder og kodelister fra foretakene. Kunnskapsenteret mottar årlig oppdaterte data fra forgående år

Datasettene kobles sammen slik at en får fullstendige pasienthistorier over flere år. I tillegg er det hentet opplysninger fra Folkeregisteret via NPR. Dataene inkluderer innskrivningsdato, utskrivningsdato, informasjon om innleggelsen er øyeblikkelig/elektiv, hoveddiagnose, bidiagnoser, prosedyrekoder, avdelings- og postkoder, samt opplysninger dato for død, folkeregisterstatus mm.

Utvalgsår

For å beregne 30-dagers risikojustert overlevelse/sannsynlighet, som presenteres på *helsenorge.no*, benyttes noe ulike årsdatasett per indikator for å få tilstrekkelig antall tilfeller i utvalget, for å redusere muligheten for tilfeldige feil. For rapporteringsåret 2014 benyttes følgende datasett:

- For 30-dagers totaloverlevelse benyttes ett-års datasett (2014)
- For 30-dagers diagnosespesifikk overlevelse benyttes tre-års datasett (2012-2014)

For alle fire indikatorer benyttes i tillegg historiske data for å fremskaffe informasjon om komorbiditet og tidligere innleggelser.

De ovenstående datasettene er benyttet i den deskriptive statistikken i dette notatet, samt i Kaplan-Meierkurvene og diagnosekategorier-tabellene (se beskrivelse under). Videre presenteres tidsutvikling for 30-dagers overlevelse for de siste fem år for totaloverlevelse, hjerneslag, hoftebrudd og hjerteinfarkt. Innleggelser i perioden 2010-2014 benyttes da som datagrunnlag.

Analyseenhet – etablering av pasientforløp

Oppholdene, hhv. postopphold for FS-data og avdelings- eller postopphold for NPR-data, aggregeres opp til pasientforløp som kan foregå på flere poster, avdelinger og sykehus, altså kjeder av sammenhengende opphold for en pasient. Et nytt pasientforløp vil oppstå dersom tidsforskjellen mellom utskrivingsdatoen og neste innskrivingsdato for pasienten overskrider åtte timer. Pasientforløp benyttes som analyseenhet. For overlevelsesindekatorene telles de 30 dagene fra innleggelsestidspunkt.

Diagnose- og pasientutvalg

For totaloverlevelse inkluderes 42 diagnosegrupper (CCS) som står for 80% av dødsfallene innen 30 dager etter innleggelse ved norske sykehus (se beskrivelse av CCS diagnosekategorier lenger ned). Både akutte og elektive innleggelser inngår i totaloverlevelse, og alle aldersgrupper er inkludert. Hoved- og bidiagnoser benyttes

for å definere tilhørende CCS-kategori.

For slag, hoftebrudd og førstegangs hjerteinfarkt inkluderes kun akutte innleggelser der disse diagnosetilstandene var registrert på første institusjon i pasientforløpet. Pasienter 18 år og eldre er inkludert for hjerteinfarkt og slag, mens pasienter med hoftebrudd er inkludert hvis de er 65 år og eldre.

- o Hjerterinfarkt: I21.x som hoveddiagnose eller bidiagnose
- o Hjerneslag: I61, I63 eller I64 som hoveddiagnose
- o Hoftebrudd: S72.0-2 som hoveddiagnose eller bidiagnose

Pasientforløp som anses som reinnleggelser er ekskludert fra analysene av overlevelse. Dette er forløp som følger etter opphold for samme diagnosekategori innen et fast tidsintervall: 28 dager for hjerneslag, 60 dager for hoftebrudd og 30 dager for totaloverlevelse. Bare førstegangs hjerteinfarkt er inkludert; vi har ekskludert alle pasienter med innleggelse for hjerteinfarkt i løpet av de foregående sju år. Dette er en epidemiologisk konvensjon som brukes for å definere førstegangsinfarkter.

CCS-kategorier for totalindikatoren

For totalindikatorer benyttes såkalte Clinical Classification Software (CCS)-kategorier for å definere diagnoseutvalget:

<http://www.ahrq.gov/research/data/hcup/icd10usrgd.html>).

Dette er et system som er utviklet for å kategorisere ICD koder i klinisk meningsfulle diagnosegrupper, for deretter å benytte dem i statistiske analyser av sykdom og død. CCS-gruppene finnes i en hierarkisk versjon som har tre nivåer (nivå 1-3), hvor nivå 3 er det laveste og mest detaljerte med 259 kategorier. Vi benytter det laveste nivået for å identifisere pasientgrunnlaget for totaloverlevelse, men kan gruppere dem i de to høyere nivåene ved behov. Indikatoren for totaloverlevelse inkluderer pasientene fra CCS-kategoriene med høyest dødelighet, og som tilsammen står for 80% av 30-dagers dødelighet etter sykehusinnleggelser i Norge, tilsammen 42 kategorier (av totalt 259). Noen endringer har forekommet i kodeverket de siste årene, der de mest betydningsfulle endringene er knyttet til koding av sepsis, metastatisk kreft og hoftebrudd. I tabellene er de originale, engelske betegnelsene brukt.

Behandlingssted og tilordning av resultater

Sykehus/behandlingssteder defineres på bakgrunn av poster/avdelinger. For helseforetak hvor det ikke er mulig å skille behandlingsstedene entydig fra hverandre, presenteres resultater for HF.

I den statistiske modellen for beregning av 30-dagers overlevelse (beskrevet i avsnitt om *Statistisk modell*) blir hvert forløp fordelt på de enkelte sykehus som inngår i forløpet. Hvert sykehus får en vekt som er beregnet på grunnlag av liggetiden ved sykehuset. Denne metoden er valgt fordi den er vurdert til å føre til minst mulige skjevheter, og man får benyttet informasjonen fra alle sykehus i forløpet. Det finnes i dag ikke noe godt vitenskapelig grunnlag for å velge andre metoder.

Beregning av 30-dagers risikojustert sannsynlighet for overlevelse

Kunnskapssenteret beregner 30-dagers *risikojustert sannsynlighet* for overlevelse som kvalitetsindikator for norske sykehus (totaloverlevelse, hjerneslag, hoftebrudd, hjerteinfarkt). Beregningene gjøres i fire trinn, som er detaljert beskrevet i hovedrapportene som årlig publiseres på Kunnskapssenterets nettside. Kortfattet, for hver indikator, på enten sykehus, helseforetak eller RHF nivå, gjøres en logistisk regresjon hvor det justeres for

- *Indikator for totaloverlevelse*: alder, kjønn, tidligere innleggelser, komorbiditet (Charlson komorbiditetsindeks), innmåte (elektiv/øyeblikkelig hjelp) og CCS kategori
- *Indikator for diagnosespesifikk overlevelse*: alder, kjønn, tidligere innleggelser og komorbiditet (Charlson komorbiditetsindeks). For hjerneslag inkluderes også type slag; intracerebral blødning, cerebralt infarkt og uspesifisert slag (ICD-10; I61, I63 og I64)

Regresjonskoeffisientene fra den logistiske modellen for hvert sykehus sammenliknes med en referanseverdi. Referanseverdien, beregnet på logistisk skala, beregnes som en 10% trimmet middelvei av regresjonskoeffisientene (dvs middelveien beregnes etter at sykehusene / helseforetakene med de 10 % høyeste og 10 % laveste regresjonskoeffisientene er ekskludert). Sykehus med signifikante avvik fra

referanseverdien identifiseres ved hjelp av en statistisk test som tar hensyn til at det gjøres mange sammenlikninger. I årets beregninger er det benyttet Guo-Romanos metode for statistisk testing.

Deretter benyttes en Baysiansk hierarkisk modell for å redusere muligheten for tilfeldige ekstreme regresjonskoeffisienter (for sykehusene). Det gjøres ved å «krympe» regresjonskoeffisientene for alle sykehusene mot referanseverdien. Disse «krympede» regresjonskoeffisientene benyttes deretter i den logistiske regresjonsmodellen for å estimere 30-dagers *risikojustert sannsynlighet* for overlevelse.

Tidsutvikling

I dette notatet er den statistiske modellen utvidet til å inkludere årlige estimer for en femårsperiode. Det antas at underliggende verdi kan beskrives av en statistisk tidsrekkemodell. Denne modellen kan brukes til å glatte estimatene for å få et mer pålitelig bilde av tidsutviklingen. Glattingen har to komponenter: justering inn mot plausibel middelerdi og mot en plausibel tidsutvikling. De publiserte diagnosespesifikke indikatorene (hjerneslag, hoftebrudd og hjerteinfarkt) er basert på treårige gjennomsnitt, i motsetning til ett-årige data for punktestimatene i figuren som viser tidsutvikling. Sammen med en noe forskjellig Bayesiansk modell gjør dette at de glattede tidsutviklingskurvene kan gi noe forskjellige resultater i forhold til de publiserte.

Feilkilder

Foruten den rent statistiske usikkerheten, er de største usikkerhetsmomentene knyttet til

- manglende validering av diagnose- og kodepraksis
- forskjeller i pasientsammensetning som ikke kan leses ut av datamaterialet

Helseforetakene er pålagt å dokumentere i detalj den behandlingen de gir pasientene ifølge definerte systemer for koding. I det store og hele er denne kodingen robust, men det kan likevel være noe variasjon mellom sykehusene når det gjelder kodepraksis. Ett usikkerhetsmoment er at i henhold til den norske implementeringen av diagnosekodeverket skal man ikke nødvendigvis velge årsaken til innleggelse som hoveddiagnose. Målingene er bare så gode som de dataene de er

basert på.

Kunnskapssenteret har få muligheter til å kontrollere inngående data, og tar forbehold om korrekte og kvalitetssikrede data fra NPR samt at behandlingssteder er korrekt identifisert.

Nasjonalt kunnskapssenter for
helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Notat: ISBN 978-82-93479-40-8

Desember 2015

 kunnskapssenteret