
Bjark og Lingaas svarer

KOMMENTAR

PER H. BJARK

bjap@ous-hf.no

Per H. Bjark er spesialist i infeksjonssykdommer og rådgiver.

EGIL LINGAAS

Ingen av forfatterne har oppgitt noen interessekonflikter.

Vi takker Ellen Tveter Deilkås for kommentar til vår artikkel om helsetjenesteassosiert infeksjon som årsak til død i sykehus. Foranledningen er at vi fant at 11,4 % av pasientene som døde i sykehus i 2011 døde på grunn av en livsforkortende uønsket hendelse. Det tilsvarer 0,16 % av pasientene med ett eller flere opphold det året, mens Deilkås og medarbeidere rapporterte at 0,66 % av oppholdene (32,7 % av dødsfallene i sykehus) skyldtes en pasientskade i 2010. De brukte Global Trigger Tool (GTT), mens vi benyttet total journalgjennomgang.

Kunnskapssenterets estimat avviker sterkt fra funn i flere artikler både fra Norge og andre land som vi viser til i vår publikasjon. Siden forskjellene er så store når det gjelder sykehusdødsfall, tyder det på at GTT ikke er godt egnet for dette segmentet.

Deilkås og medarbeidere baserer sine konklusjoner på 51 dødsfall (0,656 %) blant 7 818 pasienter. Vi har gransket 1 126 dødsfall blant 82 341 pasienter, der 128 dødsfall ble vurdert som forårsaket av utilsiktet hendelse. Selv om vi bare har gjennomgått journalene for alle som døde, mener vi at vårt materiale gir bedre grunnlag for konklusjon.

Vi avviser på ingen måte GTT for å søke etter uønskede hendelser i sykehus. Men vi mener at metoden ikke er hensiktsmessig for vurdering av sykehusdødsfall. Deilkås anfører at GTT muligens fanger opp flere uønskede hendelser enn vår metode, og at GTT identifiserer skader som bidrar til død, og ikke bare de som vurderes viktige for død. Men da må vi henviser til deres egen publikasjon, der det står at «Ved 0,66 % av pasientopphold døde pasienten av en pasientskade». De har ikke nærmere beskrevet hvordan sammenhengen mellom skade og dødsfall ble vurdert, utover henvisning til manualen for GTT,

der definisjonen er «utilsiktet skade som har dødelig utgang.» Vår studie er basert på komplett journalgjennomgang for alle pasienter som døde, og vi tviler på at vi har oversett $\frac{3}{4}$ av skadene som førte til død, sammenlignet med Deilkås og medarbeidere.

Deilkås anfører at deres undersøkelse gjelder 2010 (opphold avsluttet 1. mars–31. desember), mens vi undersøkte hele 2011, og at det kan bidra til ulikhetene. Hun viser til at GTT-undersøkelsene indikerte at nedre luftveisinfeksjon utgjorde en vesentlig høyere andel pasientskader som bidro til død i 2010 sammenlignet med 2011. Hun knytter det til at nasjonalt nivå av korridorpasienter indikerer større overbelegg i sykehus i 2010 sammenlignet med 2009 og 2011. Videre at nedre luftveisinfeksjon i svineinfluensasesonen 2009–2010 kunne ha bidratt til høyere nivå av pasientskader i den perioden deres data dekker. Vi er enige i at pasientskader kan ha sammenheng med overbelegg, men at dette skulle være en dominerende årsak til de store forskjellene mellom deres og vår studie stiller vi oss tvilende til. Dessuten var fleste influensarelaterte innleggelsene i forbindelse med pandemien avsluttet før 1.3.2010.

Deilkås etterlyser interrater reliabilitet. Vi kan ikke tallmessig redegjøre for det, men bruk av Centers for Disease Controls kriterier for helsetjenesteassosiert infeksjon gir lite rom for avvik når det gjelder klassifisering av helsetjenesteassosiert infeksjon.

Publisert: 15. juni 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0456
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 26. mars 2026.