
GTT-metoden og uønskede hendelser som bidrar til død i sykehus

KOMMENTAR

ELLEN TVETER DEILKÅS

elde@ahus.no

Ellen Tveter Deilkås er overlege og seniorforsker.

Forfatteren oppgir følgende interessekonflikt: Jeg skriver innlegget som seniorforsker, men er også seniorrådgiver i Helsedirektoratet i 20 % stilling hvor jeg har designet den nasjonale undersøkelsen av pasientskade i alle helseforetak basert på aggregerte data fra hvert helseforetak. Jeg er fortsatt ansvarlig for å lære opp medlemmer i alle GTT team, og er rådgiver for vedlikehold og videreutvikling av metoden.

Det er prisverdig at Bjark og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 6/2020 bidrar til bedre kunnskap om omfang av helsetjenesteassosierte infeksjoner som årsak til død ved Oslo universitetssykehus i 2011. Artikkelen sammenligner sine resultater med estimater for uønskede hendelser i sykehus som bidro til død i 2010, basert på metoden Global Trigger Tool (GTT).

GTT er en internasjonalt anerkjent og standardisert metode for journalundersøkelse som har vært benyttet i alle norske helseforetak siden 2010 til å måle omfang av pasientskader over tid (1, 2). GTT-metodens pålitelighet er vurdert tilstrekkelig til å måle pasientskader over tid i sykehus, så lenge den gjennomføres konsistent med tilstrekkelig kontinuitet i teamet (3). Metoden er også vurdert tilstrekkelig konsistent til at resultatene kan aggregeres og brukes til nasjonal og lokal overvåking av pasientskade (1). En mulig grunn til at GTT-metoden fanger opp flere uønskede hendelser enn det Bjark og medarbeidere gjør kan være en nyanseforskjell i definisjonen på skade. GTT-metoden identifiserer uønskede hendelser som bidrar til død, og ikke uønskede hendelser som vurderes viktig for død. Bjark og medarbeidere sin definisjon er aktuell å vurdere ved videreutviklingen av GTT, hvis interaterer reliabilitet er god. Det kunne vært nyttig å vite om Bjark og medarbeidere kan redegjøre for det.

Sammenligningen Bjark og medarbeidere gjør kompliseres også av at undersøkelsene er fra ulike år. GTT-dataene indikerer at nedre luftveisinfeksjon utgjorde en vesentlig høyere andel pasientskader som bidro til død i 2010 sammenlignet med 2011, selv om tallene i tabellene er små ((4), tabell 4 og 5). Siden 2010 har GTT-undersøkelsene vist signifikant reduksjon i pasientskader som bidrar til død ((5), tabell 2 og figur 3). Nasjonalt nivå av korridorpatienter indikerer større overbelegg i sykehus i 2010 sammenlignet med både 2009 og 2011. Overfylte sykehus under svineinfluensapandemien kan derfor ha bidratt til et høyere nivå av pasientskader som bidro til at pasientene døde i 2010. Det er derfor positivt at nasjonale myndigheter har tatt tidlige grep for å hindre overfylte sykehus i forbindelse med den pågående koronapandemien.

LITTERATUR

1. Deilkås ET, Bukholm G, Lindstrøm JC et al. Monitoring adverse events in Norwegian hospitals from 2010 to 2013. *BMJ Open* 2015; 5: e008576. [PubMed][CrossRef]
2. Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB et al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med* 2010; 363: 2124–34. [PubMed][CrossRef]
3. Mevik K, Griffin FA, Hansen TE et al. Is inter-rater reliability of Global Trigger Tool results altered when members of the review team are replaced? *Int J Qual Health Care* 2016; 28: 492–6. [PubMed][CrossRef]
4. Deilkås ECT. Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool i Norge 2011. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2013. Report No.: 978-82-8121-525-2. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/rapport-for-nasjonal-journalundersokelse-med-global-trigger-tool-2011.pdf>. Lest 30.4.2020.
5. Helsedirektoratet. Pasientskader i Norge 2018 - Målt med Global Trigger Tool. Oslo: Helsedirektoratet; 2019. <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/pasientskader-i-norge>. Lest 30.4.2020.

Publisert: 15. juni 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0455
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.