

Referanse: Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievlan DR, et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet. 2020;395(10219):200-11.			Studiedesign: Kohortestudie
			Grade - kvalitet ++
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
Byrden av sepsis hos barn	Populasjon: Barn Kohorter: Sepsis-relatert dødelighet for hver aldersgruppe, Hoved utfall: Død ikke død av sepsis	Hovedfunn indikerer at det ble estimert 48,9 millioner (95% UI 38 · 9–62 · 9) tilfeller av sepsis og 11 · 0 millioner (10 · 1–12 · 0) sepsisrelaterte dødsfall i 2017. Bifunn Disse estimatene er mer enn doble tidligere globale tall, noe som sannsynligvis kan tilskrives inkludering av mer data fra lavinntekts- og mellominntektsland, steder der sepsisforekomst og dødelighet er betydelig høyere, og som data tidligere var underrepresentert for.	Sjekkliste: <ul style="list-style-type: none"> Formålet klart formulert? Er gruppene rekruttert fra samme populasjon/befolkningsgruppe? (seleksjons bias) Var gruppene sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? (seleksjons bias)* Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/populasjon?* Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålitelig (validert) i de to gruppene? (Classification bias) ** Er den som vurderte resultatene (endepunkt- ene) blindet for gruppetilhørighet?*** Var studien prospektiv? Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp? (Attrition bias/follow-up-bias) Er det utført frafallsanalyser? (Eval. attrition bias) Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall? Er det tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/ gjennomføring/analyser? Tror du på resultatene? -Bradford Hills criteria (time sequence, dose-response gradient, biological plausibility, consistency...) Kan resultatene overføres til den generelle befolkningen? Annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Hva betyr resultatene for endring av praksis? Hva diskuterer forfatterne som: <ul style="list-style-type: none"> Styrke mfattende, multinasjonale, individuelle dødsattestdata og sykehusinnleggelsesdata Svakhet Begrenset til kilder som var tilgjengelig ICD-tilnærming ICD-tilnærming var implisitt
Konklusjon	Viktige konfunderende faktorer		
<i>Sepsis forekomst og dødelighet varierte betydelig mellom regioner, med den høyeste belastningen i Afrika sør for Sahara, Oseania, Sør-Asia, Øst-Asia og Sørøst-Asia.</i>	kjønn, sted, GBD årsak		
Statistiske metoder	Lineær regresjon		
Land			
Flere, verdensomspennende studie			
År data innsamling			
1990-2017			