Hvordan rydder vi op og afvikler på den bedste måde?

Mette Bryde Lind, direktør, Gigtforeningen
Ole Graumann, professor og radiolog, Aarhus Universitetshospital
Kristian Antonsen, direktør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Susanne Axelsen, leder, Vælg Klogt & formand, LVS

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Vælg Klogt



Susanne Axelsen, ledende overlæge,
Aarhus Universitetshospital, formand for Lægevidenskabelig Selskaber,
Faglig leder i Vælg Klogt

Sundhedsvæsenets Kvalitetskonference 2026

Hvordan rydder vi op og afvikler på den bedste måde?



Hvad siger:

Forskerne

Ledelserne

Patienterne

VÆLG KLOGT

VÆLG KLOGT

Vælg Klogt er et samarbejde mellem Danske Patienter og de Lægevidenskabelige Selskaber

Undgå røntgen ved slidgigt (artrose) i knæ, medmindre der er behov for at vurdere, om operation er relevant, fordi anden behandling ikke har haft effekt, eller ved mistanke om anden sygdom.

VÆLG KLOGT

Vælg Klogt er et samarbejde mellem Danske Patienter og de Lægevidenskabelige Selskaber

Undgå at bestille blodprøver uden klar indikation og betydning for patientens forløb, samt at bestille blodprøver hvis relevante prøvesvar allerede findes.



foreningen

En *aktiv forkæmper*
siden 1936

Er præmissen den rigtige?

»Hvordan rydder vi op og afvikler på den bedste måde?«

»Hvordan påvirker det, at vi forsøger at fjerne det unødvendige, men også grundet ressourceforbrug omlægger forløb for patienterne?«

Svar:

»Nej, det kan også betyde, at forløbene bliver bedre for patienterne!«

Patientens perspektiv

»Undgå røntgen ved slidgigt (artrose) i knæ, medmindre der er behov for at vurdere, om operation er relevant, fordi anden behandling ikke har haft effekt, eller ved mistanke om anden sygdom.«

»Undgå at bestille blodprøver uden klar indikation og betydning for patientens forløb, samt at bestille blodprøver, hvis relevante prøvesvar allerede findes.«

Patientens perspektiv
– artrose

Patienten har knæsmerter og ønsker lægens faglige vurdering af årsagen og forslag til behandling.

- Tidligere var svaret ofte, at slidgigt er noget, man må lære at leve, indtil en operation evt. bliver nødvendig.
  - ☞ *Vil du selv være tilfreds med det svar?*
- Patienterne ønsker selv at gøre en indsats og finde løsninger (Nationalt Center for Brugersamarbejde, 2024).
- Sundhedsreformen giver nu mulighed for patientuddannelse og træning FØR operation – uden brugerbetaling.
- Målet er færre henvisninger til røntgen, som anbefalet af VælgKlogt.



Patientens perspektiv
– blodprøver

Gigtpatienter skal have taget mange blodprøver for at vurdere sygdomsaktivitet, bivirkninger af medicin, sporing af følgesygdomme mv.

- Foregår flere steder i sundhedsvæsenet – igangsat af forskellige behandlere, på forskellige lokationer og flere gange om ugen/måneden.
  - ☞ *Ville I selv være tilfredse med det?*
- Patienterne ønsker færre stik, samlet blodprøvetagning et sted og lokale, fleksible løsninger.
- Sundhedsreformen sætter fokus på nærhed og sammenhæng – det skal ikke længere være patientens ansvar at koordinere eget forløb.



Dilemmaer
– fra et patientperspektiv

Nye måder at udrede og behandle på kræver
ændret adfærd hos både patienter og behandlere
– men er sundhedsvæsenet klar?

- Patienter ønsker ikke mere behandling, men den ”rette” behandling
  – men kan sundhedsvæsenet indfri det ønske?
- Hvordan styrker vi behandlernes kommunikationskompetencer, så patienter med forskellige sundhedskompetencer, føler sig velinformerede og trygge?
- Hvordan sikrer sundhedsvæsenet høj og ensartet kvalitet i udredning og behandling på tværs af landet, så geografiske forskelle mindskes?

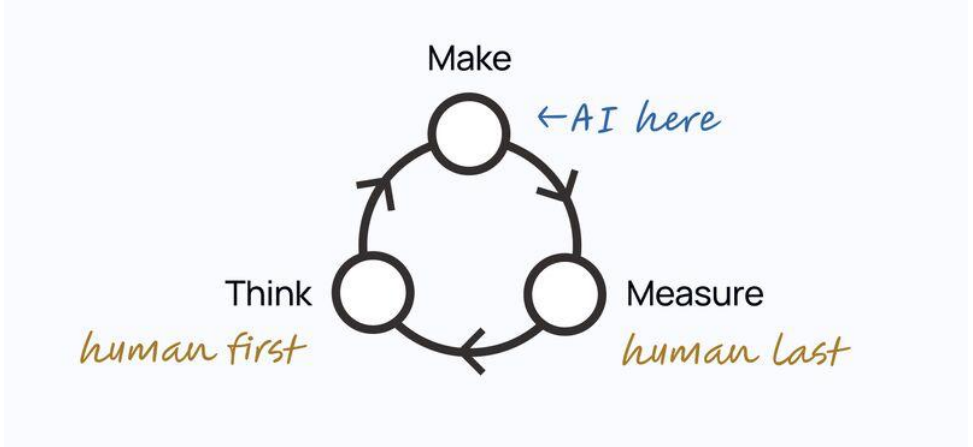
Ryd op – før vi har beviset?

At afvikle unødvendig aktivitet i sundhedsvæsenet = *de-implementering*

Ole Graumann
Klinisk lærestolsprofessor, PhD, Speciallæge i Radiologi
Røntgen & Skanning, Aarhus Universitetshospital
AURA – Aarhus Universitet Radiologisk forskningsenhed

Tak til:
AC Camilla Hauge Larsen
Læge Solveig Kärk Abildtrup Larsen
Medicinstuderende Maja Sundahl Wilkinson

COI



Vi gør meget, fordi vi plejer



En patient får taget en blodprøve før en scanning.

Svaret kommer. Ingen bruger det til noget.

Patienten har ventet, laboratoriet har arbejdet, og en sundhedspersonale har brugt tid.

Sundhedsreform

Pengene og hænderne skal bruges dér, hvor de gør mest gavn.

Det kræver, at vi tør stoppe noget.

60-30-10: Hvor meget af det, vi gør, virker?

60 %

følger evidens og retningslinjer

30 %

er spild eller lav værdi

10 %

skader patienten

Braithwaite J, Glasziou P, Westbrook J. The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 Challenge. BMC Med. 2020;18:102.

Omvendt bevisbyrde



Meget blev indført uden evidens

Så skal vi kræve fuld evidens for at stoppe det igen?

Prasad V, Ioannidis JPA. Evidence-based de-implementation for contradicted, unproven, and aspiring healthcare practices. Implement Sci. 2014;9:1.

Case 1: Blodprøve før CT med kontrast

Nyrefunktion (eGFR) – Vælg Klogt

Før

Blodprøve før kontrast-CT

Ekstra besøg, ventetid og arbejde

Sjældent ændrer svaret noget

Nu

Kun blodprøve ved særlig risiko

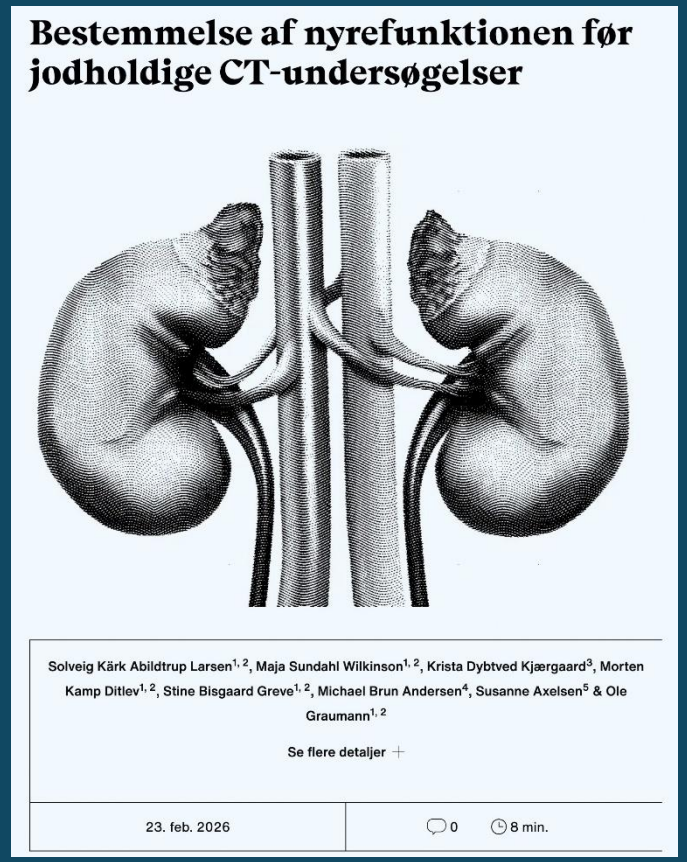
Færre blodprøver & mindre ressourcer

Svært at ændre vaner

Vælg Klogt: vaelgklogt.dk/nyrefunktion

Skal vi altid bevise før noget kan de-implementeres?

Retningslinjerne er uenige, og dansk praksis varierer fra sted til sted



Bestemmelse af nyrefunktionen før jodholdige CT-undersøgelser

Solveig Kärk Abildtrup Larsen[1, 2], Maja Sundahl Wilkinson[1, 2], Krista Dybtved Kjærgaard[3], Morten Kamp Ditlev[1, 2], Stine Bisgaard Greve[1, 2], Michael Brun Andersen[4], Susanne Axelsen[5] & Ole Graumann[1, 2]

Se flere detaljer +

23. feb. 2026 | 0 | 8 min.

TABEL 1 Sammenligning af internationale retningslinjer.

Problemstilling	ESUR, 2018	ACR, 2024	NICE, 2024
Ambulante patienter: Hvornår skal eGFR måles?	Alle eller kun ved højrisiko	Kun ved højrisiko	Kun ved højrisiko
Ambulante patienter: Hvor gammel må eGFR-målingen være?	≤ 3 mdr.	≤ 30 dage	≤ 6 mdr.
Akutte situationer: Skal der foreligge eGFR-måling?	Klinisk vurdering	Klinisk vurdering	Klinisk vurdering
Indlagte patienter: Hvor gammel må eGFR-målingen være?	≤ 7 dage	–	Klinisk vurdering
eGFR-grænse, ml/min/1,73 m²	> 30 (> 45 hos pt. på intensivafd.)	> 30	> 30

ACR = American College of Radiology; eGFR = estimeret glomerulær filtrationshastighed; ESUR = European Society of Urogenital Radiology; NICE = National Institute for Health and Care Excellence.

TABEL 2 Variation i dansk praksis for eGFR-screening.

Sted	Ambulant screening	Tilladt alder på eGFR
Region Nord	Alle patienter	≤ 7 dage
Region Midt	Alle patienter	≤ 3 mdr.
Region Øst	Kun højrisikopatienter	≤ 3 mdr.
Syd- og Sønderjylland	Kun højrisikopatienter	≤ 3 mdr.
Odense Universitets-hospital	Kun > 70 år og/eller diabetes/nyresygdom	> 70 år: ≤ 3 mdr.; diabetes/nyresygdom: ≤ 14 dage

eGFR = estimeret glomerulær filtrationshastighed.

3

retningslinjer, tre krav

4

forskellige praksisser på 5 danske steder

Larsen SKA, et al. Ugeskr Læger. 2026;188(9):V09250743.

Case 2: Biopsier og observation

≈ 5.100

Biopsier på
Røntgen og Skanning, AUH
2025



Blodprøver



Observation efter biopsi

Kilde: Opgørelse over biopsier, Røntgen og Skanning, AUH, 2025.

Case 2: Biopsier og observation

Hvorfor?

FØR

Blodprøver

Lang observationstid efter procedure

NU

Færre/ingen blodprøver

Kort observationstid efter procedure

Det kræver

Patienten

Hvad er kvalitet for den enkelte patient/borger?

Hverdagens helte

Forandring er svær og kræver nytænkning

Ledelse

Ledelse og samarbejde tværfagligt og organisatorisk

Forskning

Hvorfor?
Hvordan?
Hvornår?

Tid/penge

Transformation



Dilemma

Tør vi stoppe noget, vi ikke kan bevise virker?

Skal vi altid bevise før vi de-implementerer?

Hvordan rydder vi op og afvikler på den bedste måde?

Ledelsesperspektivet

Kristian Antonsen, hospitalsdirektør
Bispebjerg & Frederiksberg Hospital



Oprydningen

01 Hvorfor?
Der er ingen alternativer!

02 Hvem?
Principielt alle – fagligt (driften), organisatorisk, forskning og uddannelse.

03 Hvordan?
Opgavenært.

04 Hvor meget?
Se pkt. 1 – men principielt ubegrænset behov.

05 Hvor længe?
Vedvarende – skal indarbejdes som et naturligt element i alle processer.

06 Hvad kan gå galt?
Manglende opbakning fra interessenter – og dem er der mange af.

07 Hvordan fastholder vi (den nye) orden?
Vedholdenhed.

08 Hvordan realiserer vi det frigjorte?
Det er det store spørgsmål.

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

C·EWS
CLINICAL EARLY WARNING SCORE

Fra antagelse til evidens

Hvordan opdateringen af Early Warning Score blev til et randomiseret studie i hele Østdanmark

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

EWS forudsiger forværring, men effekten på dødelighed er ikke dokumenteret

INDFØRT

2012

Dansk version af det britiske NEWS med syv vitale parametre

FORUDSIGER

0,89

Evne til at forudsige død inden for 24 timer (AUROC)

FOREBYGGER

Ukendt

Ingen evidens for, at EWS forebygger hjertestop eller uventet død

ca. 35 sygeplejerskestillinger går til EWS-målinger – alene på Herlev og Gentofte Hospital

AUROC for NEWS: Smith GB et al. Resuscitation 2013;84:465–70

I stedet for at kopiere NEWS2 byggede vi på egne data

DEN OPRINDELIGE PLAN

Indføre britiske NEWS2 direkte som »EWS 2«

- Opdateret i England i 2017
- Primært baseret på ekspertvurdering
- Strammere sikkerhedsnet med flere målinger

DET VI GJORDE I STEDET

En fælles ekspertgruppe på tværs af faggrupper og specialer

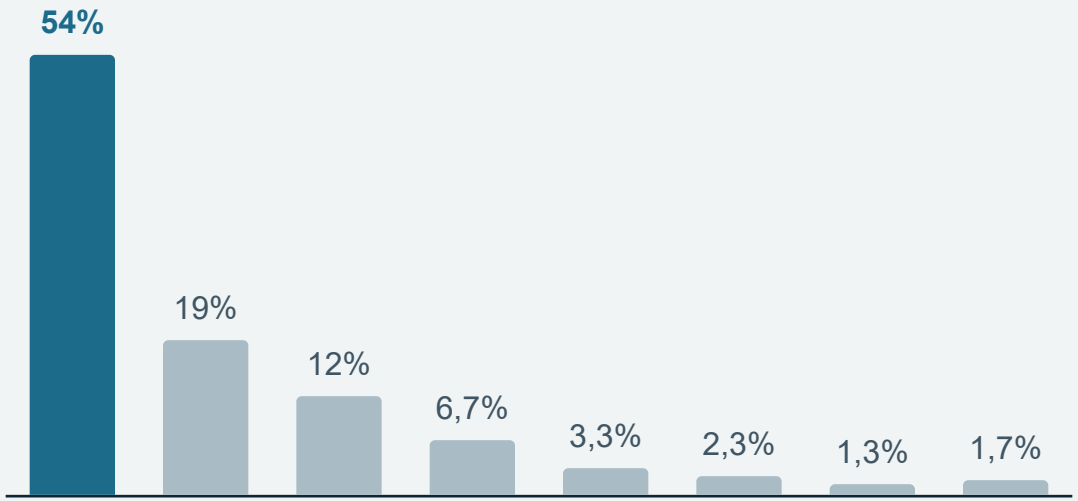
Nedsat af Region Hovedstaden, Region Sjælland og hospitalsdirektionerne

> 5 mio.

Tidligere EWS-målinger fra Sundhedsplatformen plus den tilgængelige evidens

Data viste, at vi målte mest på patienter med lavest risiko

ANDEL AF ALLE MÅLINGER PR. SCORE



Score	0	1	2	3	4	5	6	≥7
Døde inden for 24 timer	**0,04%**	0,08%	0,22%	0,40%	0,75%	1,4%	2,1%	5,8%

54% af alle målinger gav score 0 – og kun 4 pr. 10.000 døde inden for et døgn

Blodtryk og temperatur tilførte næsten intet: AUC 0,88 uden mod 0,89 med

Kroniske værdier blev tildelt patienter med høj dødelighed

Klinisk vurdering som del af scoren er sikker og giver faglig mening

Kilde: ekspertgruppens analyse af historiske EWS-målinger i Sundhedsplatformen, model uden blodtryk og temperatur

C-EWS giver færre målinger og mere plads til klinisk vurdering

	EWS	C-EWS
Parametre	7	5 – blodtryk og temperatur måles ved behov
Stabile pt. (score 0)	Hver 12. time	Hver 24. time – vækkes ikke om natten
Klinisk vurdering	Kroniske værdier	Sygeplejerske og læge kan justere op og ned
Bevidsthed	AVPU	ACVPU – nyopstået konfusion giver point
Lægetilsyn ≤ 15 min.	Score ≥ 9	Score ≥ 7

16% færre scoringer

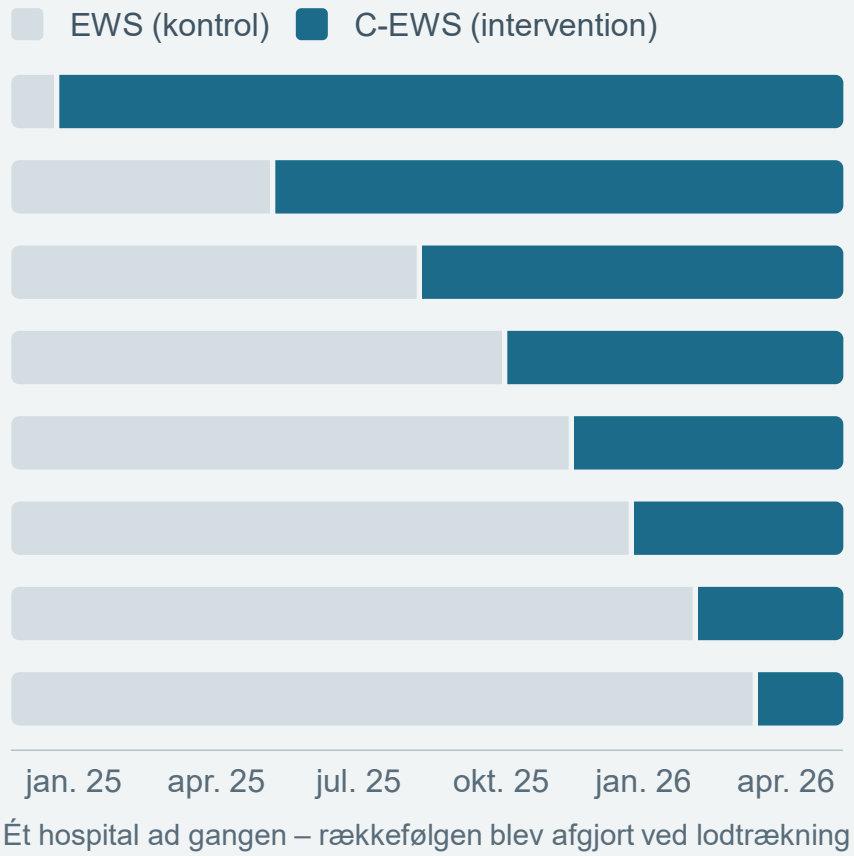
14.667–29.333 færre arbejdstimer om året

Ressourceestimat før gevinsten ved færre blodtryks- og temperaturmålinger og nedjustering af scoren

Udrulningen blev et randomiseret studie

STEPPED WEDGE-DESIGN

Pilot	Sjællands Universitetshospital
1	Nordsjællands Hospital
2	Rigshospitalet
3	Herlev og Gentofte Hospital
4	Amager og Hvidovre Hospital
5	Næstved, Slagelse og Ringsted
6	Bispebjerg-Frb. og Bornholm
7	Holbæk Sygehus



Ét hospital ad gangen – rækkefølgen blev afgjort ved lodtrækning

> 350.000

patienter

> 6 mio.

scoringer

EFFEKTMÅL

Mortalitet, genindlæggelser, ressourceforbrug og adhærens

Resultaterne ventes i løbet af de kommende måneder

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Lidt ekstra tid fra region og hospitaler gav tre gevinster

Evidens

Tiltaget er indført med det højest mulige evidensniveau – afprøvet i et randomiseret studie

Ressourcer

Færre unødvendige målinger frigør sygeplejersketid til de patienter, der har brug for den

Forskning

Region, hospitaler og klinikere laver sammen forskning på højeste niveau – som en del af driften

Samme tilgang kan bruges, næste gang vi ændrer en klinisk standard.

C·EWS
CLINICAL EARLY WARNING SCORE

Dilemmaerne
tre spørgsmål til overvejelse

01



Hvordan får vi medarbejderne til reelt at turde gøre mindre?

02



Hvad skal der ske med den kapacitet, der bliver frigjort?

03



Vil I acceptere en lille øget faglig risiko for at reducere en stor mængde aktivitet med lav værdi?