Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut - Råd

Referat

Den 22. oktober 2026 kl. 10:00 - 16:00

Danske Regioner

Deltagelse

Rådet
Michael Dall (formand), Morten Ziebell (næstformand), Kristian Antonsen, Stefan Starup Jeppesen, Louise Weile, Kristian Kidholm, Mette Bryde Lind, Susanne Axelsen, Morten Freil, Bolette Friderichsen, Jacob Thorsted Sørensen, Louise Bredal Mørk Lauridsen, Bo Sanderhoff Olsen, Annesofie Lunde Jensen, Simon Vestergård Dauding

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Jens Winther Jensen, Henriette Lipczak, Marie Rønde, Anja Ussing (punkt 2), Mette Roed (punkt 3), Else Helene Ibfelt (punkt 3), Lærke Gless (punkt 3), Katherina Beltoft Simonsen (punkt 5&6), Pernille Winther (punkt 5&6), Stinna Bibi Pedersen (punkt 5), Cecilie Eftevand (punkt 5), Sasja Jul Håkonsen (punkt 4), Annette Willemoes (punkt 4), Anne Sig (punkt 4), Dagmar Fallesen (ref.).

Eksterne
Anne Hammer Lauridsen (punkt 4), Johanne Keller (punkt 5), Nina Løth Mårtensson (punkt 5)

Afbud
Helen Kæstel, Palle Juelsgaard, Steffen Helmer Kristensen

Indholdsfortegnelse

1 Gennemgang af dagsorden

2 Rådets rolle i relation til udarbejdelse af visitationsretningslinjer

3 Drøftelse vedr. prioritering inden for kræftområdet

4 Anbefaling fra DSOG vedr. kontaktblødning

5 Lukket punkt: Beslutning om anbefaling af Merlin Assay

6 Opfølgning på mulige emner til vurdering af nye teknologier

7 Orientering fra Direktionen

8 Evt.

1. Gennemgang af dagsorden

1-31-72-100-25

Sagsfremstilling

Instituttet redegør for, hvor og hvordan de forskellige dagsordenspunkter passer ind i Rådets arbejde.

Beslutning

Jens Winther Jensen gennemgik dagsordenen med yderligere beskrivelse af, hvor de respektive punkter hørte til i forhold til Rådets kommissorium. Rådet tog orienteringen til efterretning.

2. Rådets rolle i relation til udarbejdelse af visitationsretningslinjer

1-31-72-100-25

Resume

SundK har via aftalen om regionernes økonomi for 2026 (ØA26) fået til opgave at lave en generisk model for udarbejdelse af visitationsretningslinjer, samt 1-2 konkrete visitationsretningslinjer i 2026. Rådet præsenteres for udkast til den generiske model og for den første visitationsretningslinje udarbejdet af SundK. Med afsæt i dette drøftes rådets mulige rolle i forbindelse med udarbejdelse af visitationsretningslinjer, herunder Rådets rolle som endelig godkender af visitationsretningslinjer. Derudover træffes der beslutning om afprøvning af godkendelse i SundK Rådet for kommende visitationsretningslinjer på baggrund af tre prøvehandlinger.

Indstilling

Instituttet indstiller,

At Rådet

- tager orientering om SundK's nye opgave vedr. udarbejdelse af visitationsretningslinjer til efterretning
- drøfter udkast til den generiske model for udvikling af visitationsretningslinjer med fokus på, hvor i processen Rådet potentielt kan spille en rolle
- drøfter rådets mulige rolle som endelig godkender af SundK's visitationsretningslinjer, eksemplificeret ud fra SundK's første visitationsretningslinje vedr. plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab
- beslutter, at der gennemføres 3 prøvehandlinger som grundlag for endelig beslutning vedr. Rådets rolle som endelig godkender af SundK's visitationsretningslinjer

Sagsfremstilling

Med aftalen om regionernes økonomi for 2026 blev det fastlagt, at Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) i 2026 har fået til opgave at lave en generisk model for udarbejdelse af visitationsretningslinjer, samt 1-2 konkrete visitationsretningslinjer.

Om visitationsretningslinjer

Visitationsretningslinjer er fagligt begrundede rammer for henvisning- og visitation til eksisterende udrednings- eller behandlingstilbud for en given sygdom. De beskriver landsdækkende kriterier for, hvilke patienter der kan henvises til en given udredning og behandling i offentligt regi, samt hvilke forhold der skal indgå i vurderingen, inden der eventuelt afgives tilbud herom.

Visitationsretningslinjer er samtidig et styringsværktøj, der kan fungere som bindeled mellem politiske mål, organisatoriske og økonomiske rammer samt høj og ensartet kvalitet i udredning og behandling af patienterne. Dermed kan visitationsretningslinjer være et redskab der kan understøtte, at eksisterende ressourcer i sundhedsvæsenet anvendes mest hensigtsmæssigt.

Formålet med visitationsretningslinjer i SundK er at understøtte høj og ensartet kvalitet i patientforløb herunder:

- understøtte, at de rette patienter får den rette behandling på det rette niveau i sundhedsvæsenet
- understøtte gennemsigtig og ensartet visitation på tværs af landet

- understøtte en hensigtsmæssig anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer
- (På sigt) understøtte omstilling af sundhedsvæsenet

Den generiske model
SundK er i gang med at udvikle en generisk model for visitationsretningslinjer. Modellen udarbejdes sideløbende med de to første visitationsretningslinjer, hvilket giver mulighed for at indarbejde de første praktiske erfaringer i modellen. Modellen præsenteres for SundK's bestyrelse den 17. december 2026 mhp. godkendelse.

Den generiske model skal beskrive, hvordan SundK udarbejder visitationsretningslinjer til sundhedsvæsenet. Modellen rummer alle delelementer i arbejdet, herunder de overordnede rammer og mandat, indstilling og beslutning af emner, metodisk tilgang, proces for udarbejdelse og godkendelse, samt den efterfølgende implementering og opfølgning.

Formålet med en generisk model er at etablere en systematisk, transparent og inddragende proces for udarbejdelse af visitationsretningslinjer, der så vidt muligt hviler på en evidensbaseret tilgang og samtidig sikrer et handlingsanvisende produkt, som kan anvendes i praksis. Modellen skal være bæredygtig – dvs. arbejdet skal balanceres indenfor de ressourcer der er givet. Udkast til den generiske model samt en kort beskrivelse af delelementer i modellen kan ses i bilag 1.

SundK har til en start udarbejdet visitationsretningslinjer målrettet/afgrænset til regionerne. På sigt er ambitionen, at SundK også kan udarbejde tværsektorielle visitationsretningslinjer, der understøtter omstillingen af sundhedsvæsenet og hensigtsmæssige sektorovergange.

Som led i modeludviklingen har der været afklarende dialoger med relevante, centrale aktører, herunder særligt Sundhedsstyrelsen. Her er der aftalt løbende dialog mhp. at undgå dobbeltarbejde, sikre relevant arbejdsdeling samt videndeling om tilgrænsende emner og aktiviteter. SundK vil i den videre udvikling af den generiske model ligeledes sikre løbende dialog med Danske Regioner og Sundheds- og Kirkeministeriet. Det kan også blive relevant med lignende drøftelser med fx almen praksis og Kommunernes Landsforening.

Rådets Rolle
Rådet kan potentielt have en rolle flere steder i den generiske model/udarbejdelse af visitationsretningslinjer, herunder fx:

1. hvis det er svært at opnå konsensus i den nedsatte arbejdsgruppe/fagudvalg vedr. de endelige henvisnings- og visitationskriterier
2. hvis høringssvar udfordrer kerneelementer i visitationsretningslinjen, der ikke umiddelbart kan landes i samarbejde med arbejdsgruppen/fagudvalget
3. som endelig godkender af visitationsretningslinjer

Rådets rolle som endelig godkender af SundK's visitationsretningslinjer har været drøftet mellem Rådets formandskab og SundK. I forlængelse heraf foreslås det, at der gennemføres tre prøvehandlinger hvor Rådet behandler visitationsretningslinjer. Ønsket med prøvehandlingerne er at tilvejebringe praktiske erfaringer med produktet og det tilhørende beslutningsgrundlag og dermed kvalificere en endelig beslutning om placering

af godkendelsesopgaven.
På dette møde fokuseres derfor på Rådets mulige rolle som endelig godkender af visitationsretningslinjerne (punkt 3 herover).

Med afsæt i SundK's første visitationsretningslinje vedr. Plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab (bilag 2) og tilhørende vidensgrundlag (bilag 3, 4 og 5) ønskes en drøftelse af muligheder og udfordringer vedrørende Rådet som godkender af fremtidige visitationsretningslinjer.

Det skal bemærkes, at visitationsretningslinjen vedr. plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab, ekstraordinært er godkendt af regionernes sundhedsdirektørkreds, allerede er er offentliggjort og træder i kraft 1. januar 2027. Den medtages alene på dette møde for at illustrere det beslutningsgrundlag, Rådet vil kunne blive præsenteret for.

Visitationsretningslinje for plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab
I januar 2026 fik SundK til opgave af regionerne at opdatere henvisnings- og visitationskriterierne for plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab i offentligt regi. Området er reguleret af Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje fra 2013. Siden 2013 har regionerne oplevet en vækst i antal henvisninger og antal udførte plastikkirurgiske korrektioner efter massivt vægttab i offentligt regi. Derudover er der identificeret en betydelig regional variation i henvisnings- og visitationspraksis.

På den baggrund har Sundvæsenets Kvalitetsinstitut i samarbejde med en arbejdsgruppe bestående af faglige eksperter, regionale repræsentanter og en patientrepræsentant udarbejdet en landsdækkende visitationsretningslinje for plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab i offentligt regi.

Den nye visitationsretningslinje fra SundK præciserer kriterierne for henvisning- og visitation på en række punkter i forhold til Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje fra 2013 (se nedenstående boks).

Centrale præciseringer i SundK's visitationsretningslinje:

- Der henvises og visiteres som udgangspunkt til én anatomisk region ad gangen (mhp. at afhjælpe tendens til 'helkropsrekonstruktion')
- Henvisende læge skal foretage en indledende vurdering af hudoverskud (mhp. at aflaste henvisningspres)
- Der skal være betydelige fysiske gener (psykosociale gener i sig selv og kosmetiske gener er ikke henvisningsgrundlag)
- Differentieret vægtstabilitet på 6 mdr. for patienter efter bariatrisk indgreb og 12 mdr. for patienter efter medicinsk vægttab (udvidet fra tidligere 6 mdr. mhp. at imødegå de betydelige vægtudsving, der kan være efter et medicinsk vægttab)
- Vurdering af hudoverskud i plastikkirurgisk regi skal følge fastsatte, objektive kriterier i form af cm-mål, som patienten skal opfylde for at blive tilbudt kirurgi
- Udvidet mastopeksi med autolog augmentation tilbydes ikke i offentligt regi
- Det anbefales som udgangspunkt ikke at udføre belt lipektomi, når hudoverskuddet fortsætter posteriort for midtaxilærlinjen

Arbejdsgruppen har på baggrund af aktivitetsdata og DRG-takster, forsøgt at kvantificere effekten af visitationsretningslinjens cm-mål/kriterier (se bilag 3). Denne vurdering er dog forbundet med stor usikkerhed og forbehold, og bør ikke bruges som planlægningsgrundlag.

Visitationsretningslinjen har været i bred høring hos relevante faglige selskaber, patientforeninger, private aktører, regionerne og relevante nationale myndigheder. Der er på tværs af de indkomne høringssvar generelt bred opbakning til kriterierne i visitationsretningslinje, hvor patienter med størst funktionelt og helbredsmæssigt behov prioriteres inden for de eksisterende ressourcer. Sundhed Danmark adskiller sig fra de øvrige høringsparter ved at foreslå en bredere adgang til plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab, herunder større vægt på psykosociale forhold og mere fleksible visitationskriterier. Centrale høringskommentarer og afledte ændringer i visitationsretningslinjen er opsummeret i høringsnotatet (se bilag 4).

Beslutning

Rådet blev orienteret om SundK's opgave med at udarbejde en generisk model for visitationsretningslinjer samt to konkrete visitationsretningslinjer i 2026. Med udgangspunkt i modellen og den første visitationsretningslinje vedrørende plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab, drøftede Rådet dets mulige rolle i processen, herunder som endelig godkender.

Rådet drøftede, hvordan det kan bidrage til at håndtere eventuelle uenigheder i de faglige miljøer og sikre, at der også tages højde for organisatoriske hensyn, patientperspektiver, geografisk ulighed og hensigtsmæssig ressourceanvendelse. Det blev fremhævet, at Rådets bidrag skal supplere den faglige vurdering og ikke erstatte de faglige miljøers ansvar for det kliniske indhold.
Samtidig blev det understreget, at beslutningsgrundlaget for Rådet ift. visitationsretningslinjer adskiller sig metodisk fra de øvrige sager, Rådet behandler, idet de i højere grad bygger på konsensus og afvejning af forskellige hensyn. En tydelig og transparent proces er derfor vigtig.

Der blev fremsat ønske om at evt. forskelle i fortolkning af evidens, vægtning af hensyn etc. indgår som en del af det beslutningsgrundlag, Rådet præsenteres for.

Rådet tog orienteringen om SundK's nye opgave vedrørende udarbejdelse af visitationsretningslinjer til efterretning. Der var opbakning til, at Rådet – f.eks. i form af formandskabet – kan inddrages ad hoc undervejs ved uenighed om endelige visitationskriterier eller ved udfordringer med at håndtere høringssvar. Rådet bakkede ydermere op om at afprøve sin rolle gennem tre prøvehandlinger, inden der træffes endelig beslutning om Rådets rolle som endelig godkender.

Bilag

- Bilag 1_Generisk model for visitationsretningslinjer i SundK
- Bilag 2_SundK_Visitationsretningslinje
- Bilag 3_Grov estimering af sundhedsøkonomisk effekt
- Bilag 4_SundK_Høringsnotat for visitationsretningslinje
- Bilag 5_SundK_Evidensgennemgang for visitationsretningslinje

3. Drøftelse vedr. prioritering inden for kræftområdet

1-31-72-100-25

Resume

Rådet vil blive præsenteret for initiativer vedr. justering af opfølgningsprogrammer på kræftområdet, mhp. efterfølgende drøftelse og perspektivering.

Indstilling

Direktionen indstiller,

at Rådet:
- Tager status om initiativer vedr. prioritering inden for opfølgning efter kræft til efterretning
- Drøfter de videre perspektiver og muligheder i forlængelse af dette

Sagsfremstilling

De nuværende opfølgningsprogrammer inden for kræftområdet varierer mellem de enkelte sygdomme og regioner, samtidig med at retningslinjer på området ofte er baseret på sparsom evidens. Der har derfor været et ønske om at se på en ny og mere bæredygtig model for området.

Afledt af dette ønske, så blev der i november 2025 afholdt en heldagsworkshop i samarbejde mellem De Multidisciplinære Cancergrupper (DMCG), Uni5-samarbejdet (Uni-5) og Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) omkring opfølgningsprogrammer på kræftområdet.

På workshoppen deltog klinikere og ledelser fra landets hospitaler, samt repræsentanter fra sygdomsspecifikke DMCG'er. I drøftelserne på dagen blev der efterlyst mere ensartede principper i retningslinjer for opfølgning på tværs af sygdomsområder – fx ift. parametre som recidivrisiko, opfølgningsfrekvens mv.

Sundhedsdirektørkredsen, der også deltog på dagen, bad efterfølgende i januar 2026 DMCG, Uni-5 og SundK om – med udgangspunkt i drøftelserne på workshoppen – sammen at igangsætte et projekt vedr. 'Ny model for kræftopfølgningsprogrammerne' (bilag 1).

Sideløbende hermed justerer/"slanker" de faglige miljøer også på eget initiativ opfølgningsprogrammer inden for de enkelte kræftsygdomme, ex Dansk Neuro-onkologisk Gruppe.

Rådet vil blive præsenteret for de ovennævnte arbejder ift. opfølgningsprogrammer på kræftområdet, mhp. efterfølgende drøftelse og perspektivering.

Beslutning

Rådet blev præsenteret for initiativer vedrørende justering af opfølgningsprogrammer på kræftområdet. Der er behov for større standardisering af opfølgningsprogrammernes formål, hyppighed og indhold, da der fortsat er betydelig variation på tværs af landet.

Rådet drøftede behovet for at undersøge, hvad der driver variationen, og hvilke konsekvenser forskellene har for patienterne. Det blev blandt andet fremhævet, at det kunne være en mulighed at koble opfølgningspraksis med data om overlevelse, behandlingsresultater, patientoplevelser og ressourceforbrug. Samtidig blev det understreget, at opfølgning ikke alene handler om at reducere dødelighed, men også om tryghed, patienternes behov og at undgå unødvendige undersøgelser.

Rådet pegede desuden på, at ensartede retningslinjer ikke i sig selv sikrer ensartet praksis. Implementering, ledelsesmæssigt ansvar og den kliniske relation mellem patient og læge er også væsentlige elementer. Der blev udtrykt opbakning til, at Rådet kan involveres yderligere i arbejdet med prioritering på området, herunder i fastsættelse af acceptable risikoniveauer i relation til opfølgning efter kræft

Rådet tog status på initiativerne vedrørende prioritering inden for opfølgning efter kræft til efterretning. Rådet ønsker at blive involveret i det videre arbejde med at undersøge mulighederne for at reducere uhensigtsmæssig variation, og sikre en mere hensigtsmæssig anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer.

Bilag

- Bilag 1 Projektmodel- Model for opfølgningsprogrammer på kræftområdet

4. Anbefaling fra DSOG vedr. kontaktblødning

1-31-72-100-25

Resume

Analysen belyser omkostningseffektiviteten af udredning med cervixcytologisk undersøgelse inkl. HPV-analyse i almen praksis sammenlignet med et referencescenarie med direkte henvisning til kolposkopi, biopsi og cervixdiagnostik (KBC). Analysen indikerer, at udredning med cervixcytologisk undersøgelse inkl. HPV-analyse er forbundet med lavere omkostninger end direkte henvisning til KBC, mens forskellen i diagnostisk effekt er begrænset. Resultaterne er dog følsomme over for antagelser om henvisningsmønstre.

Indstilling

Retningslinjefunktionen indstiller,

At Rådet beslutter, hvorvidt de er enige eller uenige i national implementering af anbefaling nr. 3 *"Triagering af patienter med kontaktblødning kan baseres på en kombination af gynækologisk undersøgelse, relevante podninger og cervixcytologisk undersøgelse. Denne triageringsstrategi kan anvendes til at reducere antallet af kolposkopier uden at overse CIN2+ (C)"* og nr. 6 *"Hos patienter med kontaktblødning med normal cytologi, negativ HPV-analyse og normal gynækologisk undersøgelse, er henvisning til gynækolog med henblik på KBC ikke nødvendig (B)*" fra DSOG-retningslinjen "*Udredning af kontaktblødning hos præmenopausale kvinder*".

Sagsfremstilling

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) anbefaler, at præmenopausale patienter med uforklaret kontaktblødning udredes i almen praksis med gynækologisk undersøgelse, cervixcytologisk undersøgelse og HPV-analyse med henblik på at identificere patienter med høj risiko for CIN2+-forandringer, som bør henvises til videre udredning med kolposkopi, biopsi og cervixdiagnostik (KBC). Den nye strategi kan medføre et mindre øget ressourcetræk, da det giver almen praksis ekstra opgaver i form af cervixcytologi med HPV-test, håndtering af prøvesvar samt information til patienten og eventuel henvisning til KBC. Patienter med lav risiko kan afsluttes uden yderligere udredning.

Anbefalingen vurderes bl.a. at kunne påvirke arbejdsdelingen mellem almen praksis, speciallægepraksis og sygehus, og opfylder SundKs triageringskriterier for belysning af sundhedsøkonomiske konsekvenser med en score på 11, fordelt på 2 point i domæne 1 (evidens og klinisk effekt), 8 point i domæne 3 (implementering og bæredygtighed) samt 1 point i domæne 4 (patientperspektivet).

Retningslinjefunktionen præsenterer den sundhedsøkonomiske analyse som grundlag for, at Rådet beslutter, hvorvidt de er enige eller uenige i national implementering af anbefaling nr. 3 og 6 i DSOGs retningslinje vedrørende udredning af kontaktblødning hos præmenopausale kvinder. Analysen belyser omkostninger og effekt ved udredning med cervixcytologisk undersøgelse inkl. HPV-analyse sammenlignet med et teoretisk referencescenarie med direkte henvisning til KBC.

Analysen er baseret på en beslutningsmodel med forekomst af udiagnosticerede CIN2+-forandringer som effektmål og omfatter patientforløbet fra første kontakt i almen praksis til og med eventuel udredning med KBC.

Retningslinjens forfattergruppe inviterede Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) til at deltage i arbejdet med anbefalingerne, men DSAM ønskede alene at modtage retningslinjen i høring, når den var færdigudarbejdet. Tilsvarende ønskede DSAM ikke at deltage i arbejdet med den sundhedsøkonomiske analyse. Over for SundK begrundede DSAM afslaget med manglende honorering for deltagelsen. Da der ikke foreligger et tilstrækkeligt datagrundlag til

præcist at beskrive den nuværende praksis i almen praksis, anvendes der derfor et teoretisk referencescenarie som sammenligningsgrundlag.
Analysen viste gennemsnitlige omkostninger på 2.491 kr. pr. patient ved udredning med cervixcytologisk undersøgelse inkl. HPV-analyse mod 3.899 kr. ved direkte henvisning til KBC. Risikoen for udiagnosticerede CIN2+-forandringer var 0,71 % mod 0,51 % i referencescenariet. Resultaterne peger på, at udredning med cervixcytologisk undersøgelse inkl. HPV-analyse kan reducere de gennemsnitlige omkostninger pr. patient med ca. 1.400 kr., mens forskellen i risikoen for udiagnosticerede CIN2+-forandringer er begrænset.

Analysen er forbundet med usikkerhed, særligt vedrørende antagelser om henvisningsmønstre fra almen praksis.

Under punktet vil overlæge Anne Hammer Lauridsen, retningslinjens tovholder, være til stede til at besvare eventuelle spørgsmål fra Rådet vedrørende de kliniske anbefalinger og den forventede anvendelse i praksis. Når Rådet er klar til at drøfte og træffe beslutning, forlader Anne Hammer Lauridsen mødet, så sagen kan drøftes frit.

Bilag
1. Bilag 1 - Klinisk retningslinje vedr. udredning af kontaktblødning hos præmenopausale kvinder
2. Bilag 2 - Sundhedsøkonomisk analyse af udredning med cervixcytologisk undersøgelse inkl. HPV-analyse ved uforklaret kontaktblødning hos præmenopausale patienter i almen praksis.
3. Bilag 3 - Parametre og information, der indgår i behandlingen af sager vedr. vurderinger og sundhedsøkonomiske analyser af kliniske retningslinjer, i SundK Rådet

Beslutning

Rådet blev præsenteret for en sundhedsøkonomisk analyse af udredning af kontaktblødning hos præmenopausale kvinder. Analysen indikerer, at udredning med cervixcytologisk undersøgelse inklusiv HPV-analyse i almen praksis er forbundet med lavere omkostninger end direkte henvisning til kolposkopi, biopsi og cervixdiagnostik.

Rådet drøftede blandt andet betydningen for almen praksis, patientforløbene og risikoen for, at cancer overses eller patienter oplever forsinkelser. Det blev fremhævet, at anbefalingen kan reducere unødvendige undersøgelser og ubehag for kvinderne, samtidig med, at der skal være opmærksomhed på patientsikkerhed og tydelig opfølgning på prøvesvar.

Der blev desuden peget på behovet for at inddrage de almenmedicinske faglige miljøer i arbejdet med kliniske retningslinjer, sundhedsøkonomiske analyser og implementering. En eventuel opgaveflytning til almen praksis forudsætter en nærmere drøftelse af patientforløb og kompetencer. Rådet fremhævede også behovet for kompetenceudvikling og kommunikation, så anbefalingen kan føre til en mere ensartet praksis på tværs af landet.

Rådet erklærede sig enige i, at anbefaling nr. 3 og 6 i retningslinjen 'Udredning af kontaktblødning hos præmenopausale kvinder' udarbejdet af DSOG, skal implementeres i hele landet.

Rådet anbefaler, at den afsluttende sætning "Denne triageringsstrategi kan anvendes til at reducere antallet af kolposkopier uden at overse CIN2+" udgår af anbefalingsteksten.
I forlængelse af Rådets beslutning ændres 'kan' til 'skal': "Triagering af patienter med kontaktblødning skal baseres på en kombination af gynækologisk undersøgelse, relevante podninger og cervixcytologisk undersøgelse. (C)"

Bilag

- Bilag 1 retningslinjen Kontaktblødning DSOG
- Bilag 2 SØ analyse
- Bilag 3 Kontaktblødning - parametre og information til SundK Rådet

5. Lukket punkt: Beslutning om anbefaling af Merlin Assay

1-31-72-100-25

6. Opfølgning på mulige emner til vurdering af nye teknologier

1-31-72-100-25

Sagsfremstilling

På Rådsmødet den 3. september blev Rådet orienteret om tre mulige teknologier, der kan være relevante for nærmere behandling i SundK, herunder til en teknologi-vurdering. Det blev samtidig oplyst, at alle tre emner ville blive kvalificeret frem mod det kommende rådsmøde med henblik på at kunne forelægge Rådet et kvalificeret grundlag for valg af emne og relevant produkt fx retningslinje, teknologivurdering m.v.

De tre teknologier er følgende:

- MRgFUS til behandling af tremordomineret Parkinsons sygdom
- DermLoop til vurdering af mistænkelige hudforandringer
- Blodbaserede biomarkører til diagnostik af Alzheimers sygdom.

Bestyrelsen vurderede på bestyrelsesmøde den 25. september 2026, at emnerne er gode og relevante for SundK, men pegede på en række opmærksomhedspunkter omkring behov, afgrænsning, timing mv. som SundK har taget med i betragtning i forbindelse med kvalificeringen.

Rådet vil under dette punkt få en endelig orientering for de tre emner ifht. igangsættelse på arbejdsprogrammet i løbet af efteråret.

Beslutning

Rådet fulgte op på de tre teknologier, der blev præsenteret på rådsmødet den 3. september 2026: MRgFUS til behandling af tremor-domineret Parkinsons sygdom, DermLoop til vurdering af mistænkelige hudforandringer med mistanke om malignt melanom og blodbaserede biomarkører til diagnostik af Alzheimers sygdom.

Arbejdet med blodbaserede biomarkører til diagnosticering af Alzheimers sygdom og MRgFUS til behandling af patienter med tremor-dominant Parkinsons sygdom afventer på nuværende tidspunkt, men tages op igen til evt. prioritering når områderne evt. vurderes at være relevante for en teknologivurdering. På DermLoop til udredning af mistanke hudkræft planlægges der dialoger med relevante parter som står for national implementering af Dermloop ift. at afklare formål med og omfang af eventuelle analyser på kort sigt samt en uvildig analyse i SundK, når de igangsatte studier er afsluttede. SundK arbejder med andre relevante forslag til vurderinger og analyser løbende.

Direktionen oplyste, at yderligere opgaver er under kvalificering og vil blive forelagt Rådet.

Der blev desuden rejst forslag om at undersøge knoglemarkører ved osteoporose med henblik på at belyse variation mellem Øst- og Vestdanmark.

7. Orientering fra Direktionen

1-31-72-100-25

Indstilling

Direktionen indstiller,

at Rådet:

- tager orienteringen til efterretning

Sagsfremstilling

Direktionen orienterer om aktuelle forhold, aktiviteter og udvikling mhp. orientering af Rådet og for at henlede opmærksomheden på udvalgte områder, hvor Rådet kan støtte op om Kvalitetsinstituttets aktiviteter og opgaveløsning.

Beslutning

Direktionen orienterede om det kommende nationale prioriteringsråd, som er optaget på lovprogrammet og forventes fremsat i februar. Det blev drøftet, at et eventuelt nationalt råd kan få en mere overordnet rolle i forhold til metoder og prioriteringsbehov på tværs af sygdomsområder, mens SundK Rådet fortsat vil kunne varetage mere konkrete prioriteringsopgaver. SundK kan eventuelt også bidrage til arbejdet i et nationalt råd.

Rådet blev desuden orienteret om arbejdet med de europæiske kliniske vurderinger (EU HTA). Arbejdet forventes igangsat i den kommende tid, og de første EU-vurderinger kan muligvis blive relevante i en dansk kontekst fra næste sommer.

Rådet tog orienteringen til efterretning.

8. Evt.

1-31-72-100-25