

Fra retningslinje til praksis – arbejdet med sygeplejefaglige kliniske retningslinjer i SundK

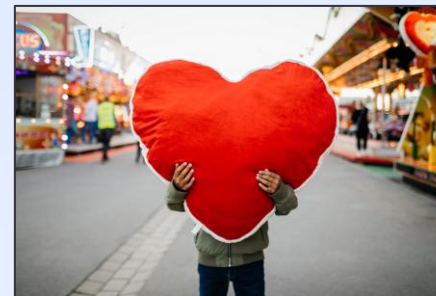
Hvordan sygeplejefaglige selskaber og SundK samarbejder om udvikling, implementering og anvendelse af kliniske retningslinjer.

Marianne Wetendorff Nørgaard, Sygeplejerske, MVO, Ph.d.

Faglig leder af sygeplejefaglige retningslinjer i SundK

Lektor ved Klinisk Institut, Sundhedsvidenskabeligt Fakultet, Aalborg Universitet

Hånden på hjertet.....



- Hvor mange har nogensinde tænkt: Der står virkelig meget i den retningslinje...
- Hvor mange har prøvet at lede efter den rigtige retningslinje i en travl vagt?
- Hvor mange har oplevet, at praksis og retningslinjer ikke helt passede sammen?

Hvorfor arbejder vi med kliniske retningslinjer?

- Ensartet og evidensbaseret sygepleje
- Understøttelse af kliniske beslutninger
- Kvalitet og patientsikkerhed
- Grundlag for kompetenceudvikling
- Reducere uønsket variation i praksis



Evidens → Retningslinjer → Klinisk praksis → Patientresultater

Men hvis de er så gode... hvorfor er det så svært?

At udvikle dem

At bruge dem

Fra retningslinjer

Ko
Re

Hvordan kan SundK hjælpe?

...i klinisk hverdag
Mange samtidige prioriteringer
Komplekse patientforløb
Flere digitale systemer



Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut

Hvad er en klinisk retningslinje? (- og hvad er det så ikke)

Systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer*

....recommendations intended to optimize patient care that are informed by a systematic review of evidence**

*Modificeret efter Model for udarbejdelse af Nationale Kliniske Retningslinjer Metodehåndbogen Version 2.1. Sundhedsstyrelsen 2015

**Clinical practice guidelines we can trust. IOM 2011.



Hvem er involveret i udarbejdelse af en retningslinje?

Sygeplejefaglige selskaber

- Faglig ekspertise
- Klinisk praksisviden
- Faglige netværk
- Prioritering af indsatsområder



Forfattergruppe udarbejder retningslinje

Kliniske eksperter



Ledere



Uddannelsesmiljøer



Sygeplejersker/sundheds
professionelle i praksis



Metodekonsulenter i SundK

- Metodestøtte
- Evidensvurdering
- Procesfacilitering
- Implementeringsstøtte



Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK)

- Etableret 1. januar 2025
 - Fusion af Behandlingsrådet og RKKP
 - 4 lokationer: Aalborg, Aarhus, Odense, København
 - 5 hovedopgaver – understøtte arbejdet med
 - Kliniske kvalitetsdatabaser
 - Kliniske retningslinjer: LVS, DMCG, DMPG og FS for sygeplejersker
 - Visitationsretningslinjer
 - HTA og vurderinger
 - UTH
-og synergi imellem disse
- Organisering: **bestyrelse, råd, fagligt udvalg**



Baggrund SundK

- Etableringen af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) blev besluttet af Danske Regioners bestyrelse i maj 2024
- Samling af ressourcer der arbejder med kvalitet og prioritering i sundhedsvæsenet
- Sammenlægning af RKKP og Behandlingsrådet pr. 1. januar 2025
- UTH indlejret maj 2025
- Center for Kliniske retningslinjer (CFKR) indlejret i SundK 1. juli 2025
- Vælg Klogt samorganiseres med SundK 2027



Formålet med SundK

SundK sætter retning for kvaliteten i sundhedsvæsenet

Formålet med Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut er...., at understøtte et styrket, databaseret og mere målrettet kvalitetsarbejde samt en bedre prioritering og ressourceudnyttelse til gavn for patientbehandling i Danmark. Dette for at patienterne kan tilbydes udredning og behandling af høj ensartet kvalitet på tværs af landet.

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) bidrager til, at patienter og borgere får høj og ensartet kvalitet i sundhedsvæsenet.

Som en vigtig medspiller i den nationale sundhedsstruktur skaber SundK rammer for dialog og konsensus om god kvalitet, understøtter effektiv ressourceudnyttelse og fremmer kvalitetsudvikling på tværs af fag og sektorer gennem hele patientforløbet.

SundK sætter retning og leverer implementerbare anbefalinger og viden, der skaber forbedringer i et evidensbaseret og lærende sundhedsvæsen.



CFKR's inlejrning i SundK - hvad betyder det?

- Sygeplejefaglige selskaber får fagligt ansvar for Kliniske Retningslinjer
- Selskaberne godkender fagligt indhold og udpeger arbejdsgrupper
- Selskaberne beslutter opdatering eller udfasning af Retningslinjer
- Styrker arbejdet med både sygeplejefaglige og tværfaglige Kliniske Retningslinjer
- Understøtter mere ensrettet praksis på tværs af sundhedsvæsenets faggrupper
- Fælles skabelon for alle Kliniske Retningslinjer
- SundK understøtter med vejledning samt metodisk og teknisk støtte
- Fremtidig fælles platform på Sundhed.dk med nem adgang for klinikere
- CFKR's retningslinjer flyttes midlertidigt til SundK's hjemmeside



SundK's værktøjskasse

Hvad er kvalitetsproblemet?

Hvilket værktøj understøtter
bedst problemløsningen?



Klinisk
retningslinje



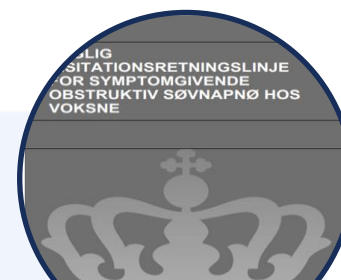
Klinisk kvalitets
database



Analyse



Vurdering/HTA



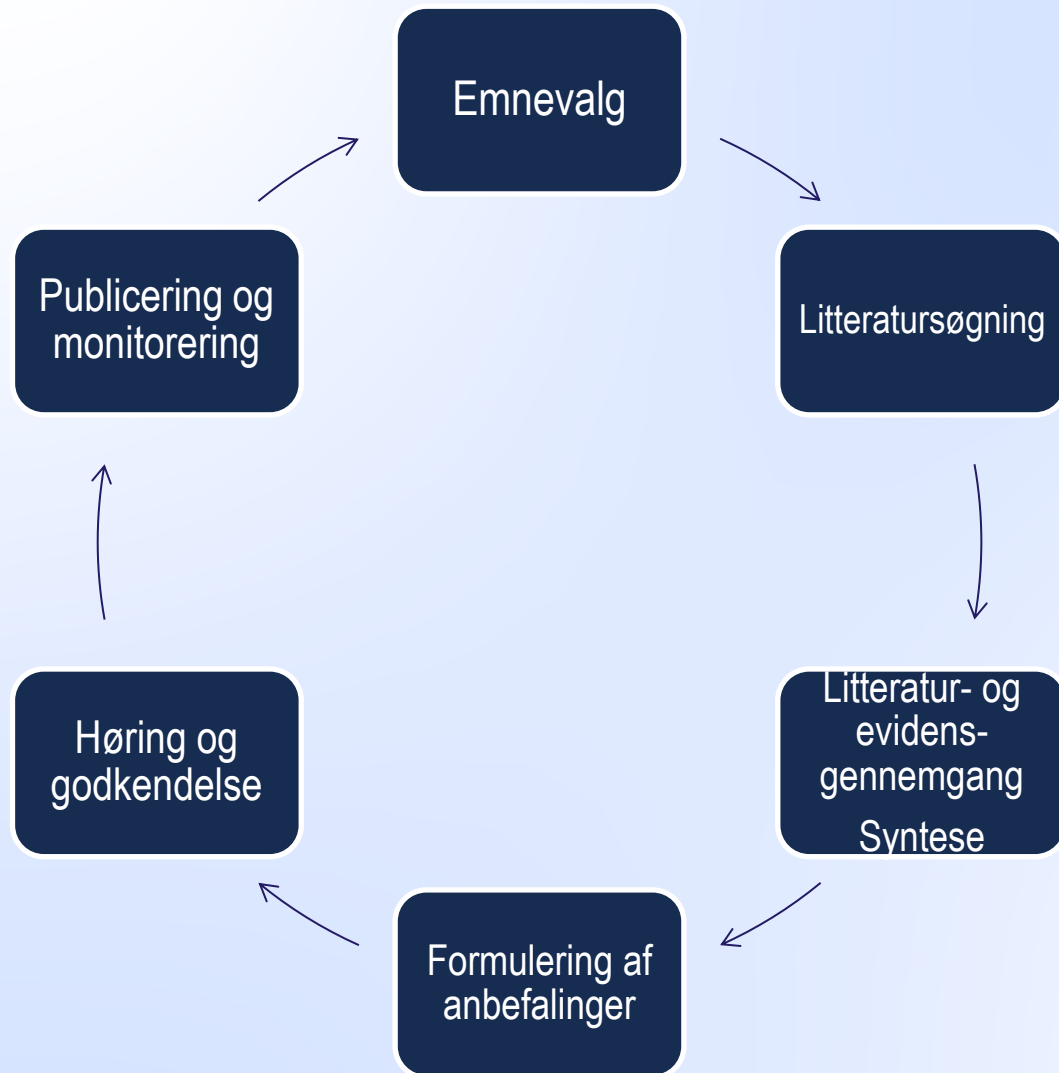
Visitations-
retningslinje



Patient-
sikkerhed



Fra idé til færdig retningslinje (metodefrihed)



Evidensniveauer og styrkegraderinger af anbefalinger

Anbefaling	Evidensniveau	Behandling/forebyggelse	Prognose	Diagnose	Sundhedsøkonomisk analyse
A	1a	Systematisk review eller metaanalyse af homogene randomiserede kontrollerede forsøg.	Systematisk review af prospektive kohortestudier eller en klinisk beslutningsregel der er valideret på en testpopulation.	Systematisk review af homogene niveau 1 diagnostiske studier eller en klinisk beslutningsregel der er valideret på en testpopulation.	Systematisk review af homogene niveau 1 økonomiske studier.
	1b	Randomiseret kontrolleret forsøg.	Prospektivt kohortestudie med > 80% follow-up.	Uafhængig blind sammenligning af konsekutive patienter med relevant klinisk problemstilling, som alle har fået udført både den undersøgte diagnostiske test og reference testen.	Analyse, der sammenligner alle alternative kliniske resultater med hensyn til relevante omkostninger, og som også omfatter en sensitivitetsanalyse med hensyn til variation af klinisk vigtige variable.
	1c	Absolut effekt. (Alt eller intet)	Absolut effekt (Alt eller intet)	"Patognomoniske" testresultater.	Klart god eller bedre, men billigere. Klart dårlig eller værre, men dyrere. Klart bedre eller værre, men til samme pris.
B	2a	Systematisk review af homogene kohortestudier.	Systematisk review af homogene retrospektive kohortestudier eller af ubehandlede kontrolgrupper fra randomiserede kontrollerede forsøg.	Systematisk review af homogene niveau 1 og 2 diagnostiske studier.	Systematisk review af homogene niveau 1 og 2 økonomiske studier.
	2b	Kohortestudie.	Retrospektivt kohortestudie eller den ubehandlede kontrolgruppe fra et randomiseret kontrolleret forsøg eller en klinisk beslutningsregel, som ikke er valideret i en testpopulation.	Uafhængig sammenligning af ikke-konsekutive patienter eller et snævert spektrum af patienter, som alle har fået udført både den undersøgte diagnostiske test og referencetesten; eller en klinisk beslutningsregel, som ikke er valideret i en testpopulation.	Analyse, der sammenligner et mindre antal alternative kliniske resultater med hensyn til relevante omkostninger, og som også omfatter en sensitivitetsanalyse med hensyn til variation af klinisk vigtige variable.
	2c	Databasestudier.	Databasestudier.		
	3a	Systematisk review af case-control undersøgelser.			
	3b	Case-control undersøgelser.		Uafhængig sammenligning af konsekutive patienter med relevant klinisk problemstilling, men hvor ikke alle har fået udført både den undersøgte diagnostiske test og referencetesten.	Analyser uden præcise opgørelser for relevante omkostninger, men som også omfatter en sensitivitetsanalyse med hensyn til variation af klinisk vigtige variable.
C	4	Opgørelser, kassistikker.	Opgørelser, kassistikker.	Referencetesten er ikke anvendt blidt og uafhængigt.	Analyse uden sensitivitetsanalyse.
D	5	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret på patofysiologi, laboratorieforskning eller tommelfingerregler.	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret på patofysiologi, laboratorieforskning eller tommelfingerregler.	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret på patofysiologi, laboratorieforskning eller tommelfingerregler.	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret på økonomisk teori.

Udarbejdet efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations" (May 2000) http://www.cbm.net/levels_of_evidence.asp#levels

Tilgang

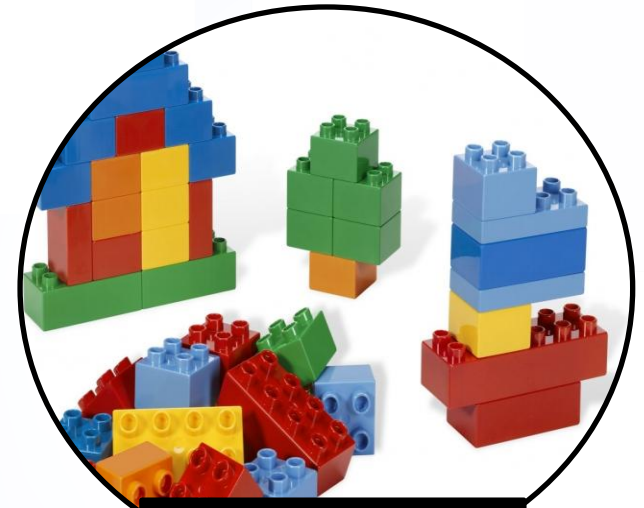
Hvad passer til jeres situation?



Omlægning



Adaptation



Udvikling



Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut

Forventningsafstemning

Jeres ønsker og behov



Vores muligheder

Fælles retningslinjeskabelon

- Titelblad
- Ændringslog
- Anbefalinger i kort form (quick guide)
- Introduktion
- Anbefalinger og litteraturgennemgang, incl 'do-not'
- Referenceliste
- Metodebeskrivelse
- Sundhedsøkonomiske konsekvenser (skøn)
- Monitorering
- Implementering
- Bilag
- Om denne kliniske retningslinje: standardtekst



Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut

Høj kvalitets retningslinjer





AGREE Reporting Checklist
2016

This checklist is intended to guide the reporting of clinical practice guidelines.

CHECKLIST ITEM AND DESCRIPTION	REPORTING CRITERIA	Page #
DOMAIN 1: SCOPE AND PURPOSE		
1. OBJECTIVES Report the overall objective(s) of the guideline. The expected health benefits from the guideline are to be specific to the clinical problem or health topic.	☐ Health intent(s) (i.e., prevention, screening, diagnosis, treatment, etc.) ☐ Expected benefit(s) or outcome(s) ☐ Target(s) (e.g., patient population, society)	
2. QUESTIONS Report the health question(s) covered by the guideline, particularly for the key recommendations.	☐ Target population ☐ Intervention(s) or exposure(s) ☐ Comparisons (if appropriate) ☐ Outcome(s) ☐ Health care setting or context	
3. POPULATION Describe the population (i.e., patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply.	☐ Target population, sex and age ☐ Clinical condition (if relevant) ☐ Severity/stage of disease (if relevant) ☐ Comorbidities (if relevant) ☐ Excluded populations (if relevant)	
DOMAIN 2: STAKEHOLDER INVOLVEMENT		
4. GROUP MEMBERSHIP Report all individuals who were involved in the development process. This may include members of the steering group, the research team involved in selecting and reviewing/rating the evidence and individuals involved in formulating the final recommendations.	☐ Name of participant ☐ Discipline/content expertise (e.g., neurosurgeon, methodologist) ☐ Institution (e.g., St. Peter's hospital) ☐ Geographical location (e.g., Seattle, WA) ☐ A description of the member's role in the guideline development group	
5. TARGET POPULATION PREFERENCES AND VIEWS Report how the views and preferences of the target population were sought/considered and what the resulting outcomes were.	☐ Statement of type of strategy used to capture patients'/publics' views and preferences (e.g., participation in the guideline development group, literature review of values and preferences) ☐ Methods by which preferences and views were sought (e.g., evidence from literature, surveys, focus groups) ☐ Outcomes/information gathered on patient/public information ☐ How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations	
6. TARGET USERS Report the target (or intended) users of the guideline.	☐ The intended guideline audience (e.g., specialists, family physicians, patients, clinical or institutional leaders/administrators) ☐ How the guideline may be used by its target audience (e.g., to inform clinical decisions, to inform policy, to inform standards of care)	

DOMAIN 3: RIGOUR OF DEVELOPMENT	
7. SEARCH METHODS Report details of the strategy used to search for evidence.	☐ Named electronic database(s) or evidence source(s) where the search was performed (e.g., MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL) ☐ Time periods searched (e.g., January 1, 2004 to March 31, 2008) ☐ Search terms used (e.g., text words, indexing terms, subheadings) ☐ Full search strategy included (e.g., possibly located in appendix)
8. EVIDENCE SELECTION CRITERIA Report the criteria used to select (i.e., include and exclude) the evidence. Provide rationale, where appropriate.	☐ Target population (patient, public, etc.) characteristics ☐ Study design ☐ Comparisons (if relevant) ☐ Outcomes ☐ Language (if relevant) ☐ Context (if relevant)
9. STRENGTHS & LIMITATIONS OF THE EVIDENCE Describe the strengths and limitations of the evidence. Consider from the perspective of the individual studies and the body of evidence aggregated across all the studies. Tools exist that can facilitate the reporting of this concept.	☐ Study design(s) included in body of evidence ☐ Study methodology limitations (sampling, blinding, allocation concealment, analytical methods) ☐ Appropriateness/relevance of primary and secondary outcomes considered ☐ Consistency of results across studies ☐ Direction of results across studies ☐ Magnitude of benefit versus magnitude of harm ☐ Applicability to practice context
10. FORMULATION OF RECOMMENDATIONS Describe the methods used to formulate the recommendations and how final decisions were reached. Specify any areas of disagreement and the methods used to resolve them.	☐ Recommendation development process (e.g., steps used in modified Delphi technique, voting procedures that were considered) ☐ Outcomes of the recommendation development process (e.g., extent to which consensus was reached using modified Delphi technique, outcome of voting procedures) ☐ How the process influenced the recommendations (e.g., results of Delphi technique influence final recommendation, alignment with recommendations and the final vote)
11. CONSIDERATION OF BENEFITS AND HARMS Report the health benefits, side effects, and risks that were considered when formulating the recommendations.	☐ Supporting data and report of benefits ☐ Supporting data and report of harms/side effects/risks ☐ Reporting of the balance/trade-off between benefits and harms/side effects/risks ☐ Recommendations reflect considerations of both benefits and harms/side effects/risks
12. LINK BETWEEN RECOMMENDATIONS AND EVIDENCE Describe the explicit link between the recommendations and the evidence on which they are based.	☐ How the guideline development group linked and used the evidence to inform recommendations ☐ Link between each recommendation and key evidence (text description and/or reference list) ☐ Link between recommendations and evidence summaries and/or evidence tables in the result section of the guideline

13. EXTERNAL REVIEW Report the methodology used to conduct the external review.	☐ Purpose and intent of the external review (e.g., to improve quality, gather feedback on draft recommendations, assess applicability and feasibility, disseminate evidence) ☐ Methods taken to undertake the external review (e.g., rating scale, open-ended questions) ☐ Description of the external reviewers (e.g., number, type of reviewers, affiliations) ☐ Outcomes/information gathered from the review (e.g., summary of key findings) ☐ How the information gathered was used to the guideline development process and/or formation of the recommendations (e.g., guideline panel considered results of review forming final recommendations)
14. UPDATING PROCEDURE Describe the procedure for updating the guideline.	☐ A statement that the guideline will be updated ☐ Explicit time interval or explicit criteria to guide decisions about when an update will occur ☐ Methodology for the updating procedure
DOMAIN 4: CLARITY OF PRESENTATION	
15. SPECIFIC AND UNAMBIGUOUS RECOMMENDATIONS Describe which options are appropriate in which situations and in which population groups, as informed by the body of evidence.	☐ A statement of the recommended action ☐ Intent or purpose of the recommended action (e.g., to improve quality of life, to decrease effects) ☐ Relevant population (e.g., patients, public) ☐ Caveats or qualifying statements, if relevant (e.g., patients or conditions for whom the recommendations would not apply) ☐ If there is uncertainty about the best care option(s), the uncertainty should be stated in the guideline
16. MANAGEMENT OPTIONS Describe the different options for managing the condition or health issue.	☐ Description of management options ☐ Population or clinical situation most appropriate to each option
17. IDENTIFIABLE KEY RECOMMENDATIONS Present the key recommendations so that they are easy to identify.	☐ Recommendations in a summarized box, table, in bold, underlined, or presented as flow chart or algorithms ☐ Specific recommendations grouped together in one section
DOMAIN 5: APPLICABILITY	
18. FACILITATORS AND BARRIERS TO APPLICATION Describe the facilitators and barriers to the guideline's application.	☐ Types of facilitators and barriers that were considered ☐ Methods by which information regarding the facilitators and barriers to implementing recommendations were sought (e.g., feedback from key stakeholders, pilot testing of guide before widespread implementation) ☐ Information/description of the types of facilitators and barriers that emerged from the inquiry practitioners have the skills to deliver the recommended care, sufficient equipment is available to ensure all eligible members of

19. IMPLEMENTATION ADVICE/TOOLS Provide advice and/or tools on how the recommendations can be applied in practice.	☐ Additional materials to support the implementation of the guideline in practice. For example: ☐ Guideline summary documents ☐ Links to check lists, algorithms ☐ Links to how-to manuals ☐ Solutions linked to barrier analysis (see Item 18) ☐ Tools to capitalize on guideline facilitators (see Item 18) ☐ Outcome of pilot test and lessons learned
20. RESOURCE IMPLICATIONS Describe any potential resource implications of applying the recommendations.	☐ Types of cost information that were considered (e.g., economic evaluations, drug acquisition costs) ☐ Methods by which the cost information was sought (e.g., a health economist was part of the guideline development panel, use of health technology assessments for specific drugs, etc.) ☐ Information/description of the cost information that emerged from the inquiry (e.g., specific drug acquisition costs per treatment course) ☐ How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations
21. MONITORING/ AUDITING CRITERIA Provide monitoring and/or auditing criteria to measure the application of guideline recommendations.	☐ Criteria to assess guideline implementation or adherence to recommendations ☐ Criteria for assessing impact of implementing the recommendations ☐ Advice on the frequency and interval of measurement ☐ Operational definitions of how the criteria should be measured
DOMAIN 6: EDITORIAL INDEPENDENCE	
22. FUNDING BODY Report the funding body's influence on the content of the guideline.	☐ The name of the funding body or source of funding (or explicit statement of no funding) ☐ A statement that the funding body did not influence the content of the guideline
23. COMPETING INTERESTS Provide an explicit statement that all group members have declared whether they have any competing interests.	☐ Types of competing interests considered ☐ Methods by which potential competing interests were sought ☐ A description of the competing interests ☐ How the competing interests influenced the guideline process and development of recommendations

From:
Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K, on behalf of the AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ* 2016;352:j1152. doi: 10.1136/bmj.j1152.

For more information about the AGREE Reporting Checklist, please visit the AGREE Enterprise website at www.agreetrust.org.

Rammen for arbejdet: trinvis kvalitetsforbedring

[Ext. logo]

Klinisk retningslinje om

[Titel] (F11 næste felt)

[Undertitel] (sygdomsområde og procedure/behandlingsmodalitet)

[Fagligt selskab]

Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut



 **AGREE Reporting Checklist**
2016
This checklist is intended to guide the reporting of clinical practice guidelines.



CHECKLIST ITEM AND DESCRIPTION	REPORTING CRITERIA	Page #
DOMAIN 1: SCOPE AND PURPOSE		
1. OBJECTIVES Report the overall objective(s) of the guideline. The expected health benefits from the guideline are to be specific to the clinical problem or health topic.	☐ Health intent(s) (i.e., prevention, screening, diagnosis, treatment, etc.) ☐ Expected benefit(s) or outcome(s) ☐ Target(s) (e.g., patient population, society)	
2. QUESTIONS Report the health question(s) covered by the guideline, particularly for the key recommendations.	☐ Target population ☐ Intervention(s) or exposure(s) ☐ Comparisons (if appropriate) ☐ Outcome(s) ☐ Health care setting or context	
3. POPULATION Describe the population (i.e., patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply.	☐ Target population, sex and age ☐ Clinical condition (if relevant) ☐ Severity/stage of disease (if relevant) ☐ Comorbidities (if relevant) ☐ Excluded populations (if relevant)	
DOMAIN 2: STAKEHOLDER INVOLVEMENT		
4. GROUP MEMBERSHIP Report all individuals who were involved in the development process. This may include members of the steering group, the research team involved in selecting and reviewing/rating the evidence and individuals involved in formulating the final recommendations.	☐ Name of participant ☐ Discipline/content expertise (e.g., neurosurgeon, methodologist) ☐ Institution (e.g., St. Peter's hospital) ☐ Geographical location (e.g., Seattle, WA) ☐ A description of the member's role in the guideline development group	
5. TARGET POPULATION PREFERENCES AND VIEWS Report how the views and preferences of the target population were sought/considered and what the resulting outcomes were.	☐ Statement of type of strategy used to capture patients'/publics' views and preferences (e.g., literature review of values and preferences) ☐ Methods by which preferences and views were sought (e.g., evidence from literature, surveys, focus groups) ☐ Outcomes/information gathered on patient/public information ☐ How the information gathered was used to inform the guideline development process and/or formation of the recommendations	
6. TARGET USERS Report the target (or intended) users of the guideline.	☐ The intended guideline audience (e.g. specialists, family physicians, patients, clinical or institutional leaders/administrators) ☐ How the guideline may be used by its target audience (e.g., to inform clinical decisions, to inform policy, to inform standards of care)	

1

SundK understøttelse og rolle

Sparring/dialog



planlægning/opdatering

Dansk Sarkom Gruppe (DSG)
Landsdækkende kliniske retningslinjer: Planskema 2025-2027

Kontaktoplysninger på metodekonsulent: Sasja Jul Håkønsen – sashaa@sundk.dk 2478 6241

Retningslinje-titel (senest godkendt, versionnr.)	Udarbejdes / Revideres			Tovholder
	2025	2026	2027	
Multiple endokondromer og osteokondromer – udredning og opfølgning med henblik på <u>malignisering</u> (130123 version 2.0)		X rev. jan		Bjame H Hansen, Kolja Weber, Mette L. <u>Hanning</u>
Solitere endokondromer og osteokondromer – udredning og opfølgning med henblik på <u>malignisering</u> (130123 versionb 2.0)		X rev. jan		Bjame H Hansen, Kolja Weber, Mette L. <u>Hanning</u>
Radiotherapy of localized soft tissue sarcoma (200125 version 1.3)			X rev. jan	Bodil <u>Engelmann</u>
Perioperativ og pallierende kemoterapi til patienter med knoglederivede sarkomer (180125 version 3.0)			(X rev. mar. 2028)	Niels Junker, Anders Krarup-Hansen
Pallierende kemoterapi og targeteret behandling til patienter med bløddelsarkom (180125 version 3.0)			X rev. jan	Ninna A. Pedersen, Philip <u>Blach Rossen</u>
Radiotherapy of bone sarcomas – Ewing's tumours (130123 version 2.0)		X rev. jan		Akmal <u>Safwat</u> , Bodil <u>Engelmann</u>
Medicinsk behandling til patienter med Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST) (180124 version 2.0)			X rev. jan	Charlotte <u>Brinch</u> , Anders Krarup-Hansen
Kirurgisk behandling af knoglemetastaser – for proximale femur og humerus (211220 version 1.1)	X rev. 180123			Thomas Baad-Hansen, Michael M. Bendtsen
Perioperativ kemoterapi til patienter med bløddelsarkom – kurativt interderet behandling (130125 version 1.3)			X rev. jan	Niels Junker, Anders Krarup-Hansen
Kirurgisk behandling af <u>retroperitonealt</u> sarkom (180125 version 1.1)			(X rev. jan 2029)	Kim Predbjørn Krarup

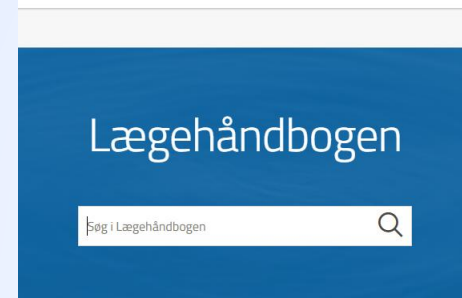
Referencehåndtering



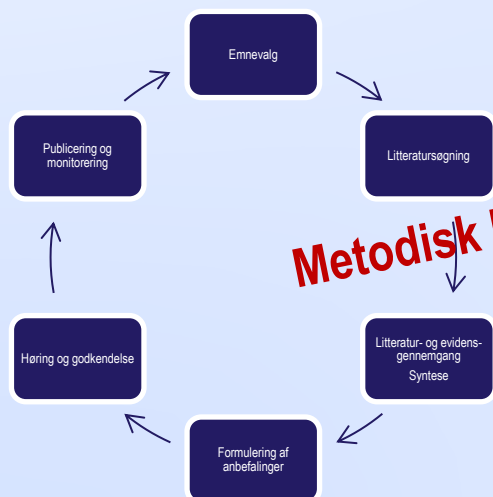
EndNote™

Offentliggørelse

sundhed.dk



Metodisk bistand



Versionsstyring



Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut

Metodesparring



- Assistere med systematiske litteratursøgninger
- Angivelse af evidensniveauer [1b] og evidensgraduering af anbefalinger (A)
- Assistere med kritisk vurdering af studier
- Covidence, SharePoint mv...
- Metodisk gennemgang af retningslinjen..
- Frokost webinarer



Fra Retningslinje til Klinisk praksis

RM Fælles Links

Sundhedsøkonomi og Rådets rolle

Skabelon og arbejdsredskaber

LVS-retningslinjer

Sygeplejefaglige retningslinjer

Sygeplejefaglige retningslinjer

Oversigt

DMCG-retningslinjer

DMPG-retningslinjer

Kontakt Retningslinjefunktionen

Søgningen viser en kort opsummering fra retningslinjen samt link til at læse mere.

Søg efter retningslinje

Godkendt 2026

Modificeret kost og væske til voksne (+18 år) personer med øvre dysfagi

Non-farmakologisk forebyggelse og behandling af agitation hos voksne på intensivafdeling

Smertevurdering af syge nyfødte og tidligt fødte børn

Godkendt 2024-2025

Klinisk retningslinje for vurdering af iatrogene abstinenser hos børn fra 0 – 17 år indlagt til intensiv terapi

Klinisk retningslinje for injektion af insulin til voksne med diabetes

Klinisk retningslinje for hud mod hud kontakt mellem præmature børn og deres forældre

Godkendt 2020-2023

Kateterisation ved postoperativ urinretention hos ortopædkirurgiske voksne

Forudsigelse af aggression og vold hos psykiatriske indlagte

Vurdering af pædiatrisk delirium hos kritisk syge hospitalsindlagte børn i alderen 0-18 år

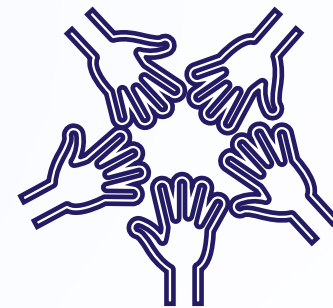
Godkendt 2019

Ernæring af voksne med erhvervet hjerneskade i den akutte fase

Klinisk retningslinje for anvendelse af suttebrik under ammeetablering

Godkendt 2018

Fra evidens til praksis kræver samarbejde



Tre nøglebudskaber:

1. Retningslinjer omsætter evidens til klinisk praksis
2. Kvaliteten afhænger af et stærkt samarbejde mellem sundhedsprofessioner og SundK.
3. Den største værdi af evidens dokumenteres i

**Ledelsesforankring
Monitorering**

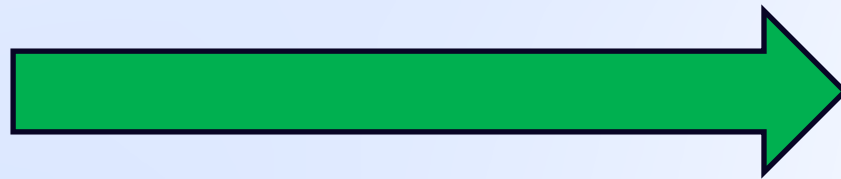
Hvordan sikrer vi sammen, at evidens ikke blot bliver til dokumenter, men til bedre sygepleje for patienterne?



Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut

Fremtidsperspektiver

- Flere sygeplejefaglige og tværfaglige retningslinjer
- Digital tilgængelighed
- Hurtigere opdateringsprocesser
- Øget landsdækkende koordinering
- Implementeringsforskning og effektmålinger



Hvad har vi lært?



- Tværfagligt samarbejde styrker kvaliteten
- Klinisk relevans er afgørende
- Ejerskab hos klinikere er en nøglefaktor
- Opdatering af retningslinjer kræver vedvarende indsats
- Implementering skal tænkes ind fra starten



Retningslinjen.dk – under etablering

Kliniske retningslinjer

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Nunc vulputate libero et velit interdum, ac aliquet odio mattis. Lorem ipsum Nunc vulputate.

 Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut

Selskaber Sygdomsområder Retningslinjer

Søg efter selskaber

Akut Leukæmi Gruppen >	Dansk Lunge Cancer Gruppe >	Dansk Pancreas Cancer Gruppe
Dansk Anal Cancer Gruppe >	Dansk Lymfom Gruppe >	Dansk Penis Cancer Gruppe
Dansk Blære Cancer Gruppe >	Dansk Melanom Gruppe >	Dansk Prostata Cancer Gruppe
Dansk Brystcancer Gruppe >	Dansk Multidisciplinær Non-Melanom Hudkræft G... >	Dansk Pædiatrisk Hæmatologisk Gruppe
Dansk EsophagoGastrisk Cancergruppe >	Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for Palliativ... >	Dansk Renal Cancer Gruppe >
Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe >	Dansk Myelomatose Studiegruppe >	Dansk Sarkom Gruppe >
Dansk Hoved-/halscancer Gruppe >	Dansk Neuro-Onkologisk Gruppe >	Dansk Studiegruppe for Kroniske Myeloide Sygdo... >
Dansk Kolorektal Gruppe >	Dansk Okular Onkologi Gruppe >	Dansk Testis Cancer Gruppe >
Dansk Lever-Galdevejs Gruppe >		



<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/retningslinjen.dk>



Hvis jeg kun måtte give ét råd...

Den bedste retningslinje er ikke den mest omfattende.

Det er den, der bliver brugt.

Tak for jeres opmærksomhed

maanor@sundk.dk

Tlf 40439894

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
www.sundk.dk