

Posterwalk 5 – Psykiatri og skrøbelighed

ID	Titel på abstract	Navn
6	Udekørende røntgen – en patientnær løsning for borgere med demens og psykisk skrøbelighed	Pica Andersen
7	Udskrivelse som en tværfaglig kernekompetence: Implementering af et tværfagligt udskrivelsesteam i ortopædkirurgien	Kirstine Lyngsøe Hvidberg
9	Rapid tranquillisation use between ethnic groups in adult forensic mental health inpatient settings: a cohort study	Martin Loch Pedersen
33	Hvordan måles kvalitet i Hospital at Home? Et internationalt environmental scan og multidimensionel analyse af kvalitetsindikatorer, standarder og operationelle mål	Søren Valgreen Knudsen
35	Implementing and Monitoring a Person-Centered Care Initiative in Electroconvulsive Therapy: One-Year Experience and Baseline Data from the Safe Brain Initiative - ECT Study	Peter Roy Kirkegaard
47	Familiens Team i praksis: Implementering, samarbejde og oplevelser blandt familier og fagprofessionelle	Marie Berthelsen
52	Klimadata i sundhedsvæsenet: Vejen til CO ₂ -reduktion i klinisk praksis	Anders Christian Larsen

Implementering af udekørende røntgen på Sygehus Lillebælt og Herlev og Gentofte Hospital

Pica Andersen · Helle Precht · Jeanette Brus Mortensen
Røntgen og Scanning, Sygehus Lillebælt · Afdelingen for Røntgen og Skanning, Herlev og Gentofte Hospital



Udekørende røntgen bringer diagnostikken tættere på sårbare borgere og mindsker belastningen ved transport, ventetid og ukendte omgivelser

PATIENTFORLØBET FØR OG EFTER ETABLERINGEN



UDEKØRENDE RØNTGEN I PRAKSIS



AKTIVITET OG ORGANISERING

SYGEHUS LILLEBÆLT

300

patienter
årligt

448

undersøgelser
i 2024

- Etableret i januar 2018 og nu en fast del af driften
- Mobilt team med fem radiografer på hverdage kl. 9–15
- Dækker primært Fredericia, Kolding, Vejle, Vejen og Middelfart kommuner
- Typiske undersøgelser: thorax, hofte, bækken, columna og ekstremiteter
- Ca. 130 institutioner gør brug af tilbuddet
- 14 nye institutioner tog tilbuddet i brug i 2024



HERLEV OG GENTOFTE HOSPITAL

300

patienter
årligt

- Etableret i oktober 2025
- Tilbyder mobile røntgenundersøgelser på plejecentre
- Målgruppen er borgere med demens og anden sårbarhed
- Typiske undersøgelser: thorax, hofte, bækken og ekstremiteter
- Tilbuddet reducerer behovet for transport til hospitalet
- Erfaringerne fra SLB understøtter implementering og drift



HVAD SKABER UDEKØRENDE RØNTGEN?

FOR PATIENTEN

- Undersøgelse i vante og trygge omgivelser
- Mindre uro, angst og desorientering
- Transport og lang ventetid kan undgås
- Kendt plejepersonale er tæt på
- Diagnostik bliver mulig for flere sårbare borgere



Patienterne fremstod rolige og afslappede under undersøgelsen i deres vante omgivelser.

FOR RADIOGRAFEN

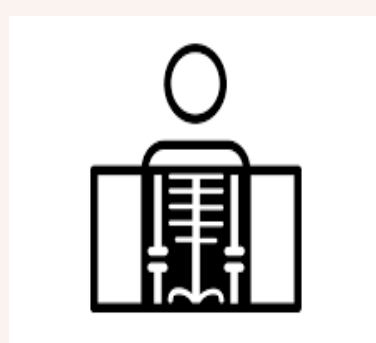
- Arbejdet opleves som meningsfuldt og patientnært
- Nye kompetencer i kommunikation
- Større fleksibilitet i positionering og problemløsning
- Indblik i patientens hverdag og behov
- Behov for systematisk videndeling i afdelingen



Radiograferne udviklede især deres kommunikation og kreative positionering.

UDFORDRINGER

- Fysisk arbejdsmiljø og pladsforhold
- Stabil strøm-, netværks- og RIS-forbindelse
- Sikker patientidentifikation og billedoverførsel
- Tydeligt ansvar ved akutte fund og opfølgning
- Myndighedstilladelser, økonomi og tværsektorielt samarbejde



Sikker drift kræver, at arbejdsgange og ansvar følger med teknologien.

Udekørende røntgen kan gennemføres fagligt forsvarligt og skaber et mere skånsomt patientforløb for demente og sårbare borgere. Erfaringerne viser samtidig, at udstyr, arbejdsmiljø og ansvar for opfølgning skal tænkes ind fra starten

UDVALGTE REFERENCER

- Jensen JM et al. Exploring the patient perspectives of mobile X-ray in nursing homes. Radiography. 2021;27:279–283.
- Bisgaard M et al. Exploring radiographers' experience with mobile X-ray of patients in their homes. Radiography. 2022;28:102–106.
- Andersen PAB et al. How to set up a mobile X-ray unit in the community. Radiography. 2023;29 Suppl 1:S148–S151.
- Precht H et al. Comparison of image quality in chest, hip and pelvis examinations. Radiography. 2020;26:e31–e37.



Sygehus Lillebælt
Syddansk Universitetshospital



Herlev og Gentofte
Hospital

”Grundet travlhed er der ikke opstartet planlægning af udskrivelse”

- En velkendt formulering i dokumentationen, men ikke længere standarden takket være et dedikeret **tværfagligt udskrivelsesteam**

Løsningen

Et tværfagligt udskrivelsesteam bestående af én sygeplejerske og én ergoterapeut varetager dagligt komplekse udskrivelser. Funktionen varetages af en mindre, fast medarbejdergruppe, for at skabe kvalitet og kontinuitet på tværs af dagene.

Teamet arbejder på hverdage fra kl. 07.30–15.00 og har det overordnede ansvar for planlægning af udskrivelser for patienter med komplekse udskrivelsesforløb og samarbejder tæt med patientansvarlige sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, farmakonomer, fysio- og ergoterapeuter og læger.

Udskrivelsen planlægges i tæt samarbejde med primær sektor og pårørende, så der er taget højde for hjælpemidler, boligforhold, hjemmepleje og funktionsevne m.m.



Foto: Agata Lenczewska-Madsen, Hospitalsenhed Midt

Oplevelser med udskrivelsesteamet

Patient:

"Det har fungeret super godt, fordi jeg hele tiden er blevet orienteret og derfor ikke skulle spørge selv – hvilket ikke er rart."

"Dejligt med gennemgående person."

Pårørende (kompleks udskrivelse):

"En god oplevelse trods kompleks udskrivelse. Det er rart med en gennemgående person og god kommunikation."

Kommunal visitorator:

"Rart med gennemgående personale, som man kan komme i kontakt med."

"Bedre og rettidige plejeforløbsplaner."

Udskrivelsesteam (sygeplejerske og ergoterapeut):

"Godt for samarbejdet mellem faggrupperne og fælles ansvarsfølelse."

"Spændende og meningsfuld funktion, der udfordrer ens faglighed på en ny måde."

"Mulighed for at involvere pårørende hurtigt og oftere."

Sygeplejefaglig koordinator:

"Følelsen af, at pårørende bliver grebet af udskrivelsesteamet, når de ringer – de bliver mødt og informeret."

"Betydeligt færre opkald fra kommunal visitorator, grundet direkte kontakt til udskrivelsesteamet."

Plejepersonale:

"Færre afbrydelser og mindre dobbeltdokumentation – man kan koncentrere sig om andre opgaver."

"Mindre træthed i hovedet efter arbejde."

Fysioterapeut:

"Fysioterapeutiske vurderinger bliver brugt og efterspurgt, og træningen bliver målrettet fra start."

Ergoterapeut:

"Hurtigere opstart af forberedelse, grundet fokus på tidlig udskrivelsesplanlægning."

"Færre efterbestillinger af hjælpemidler."

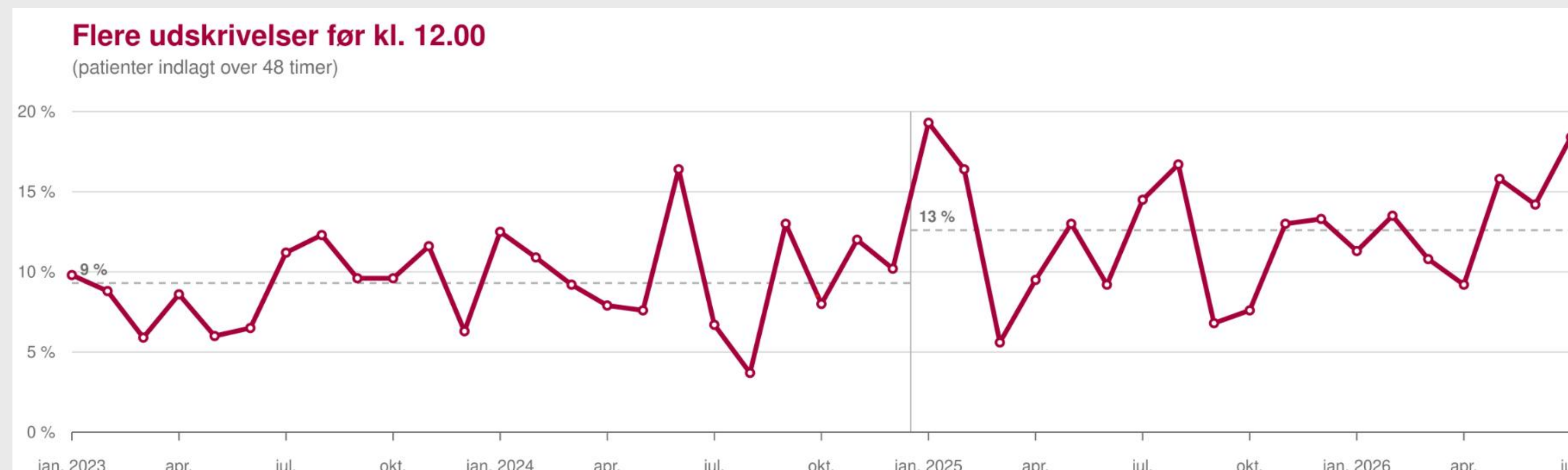
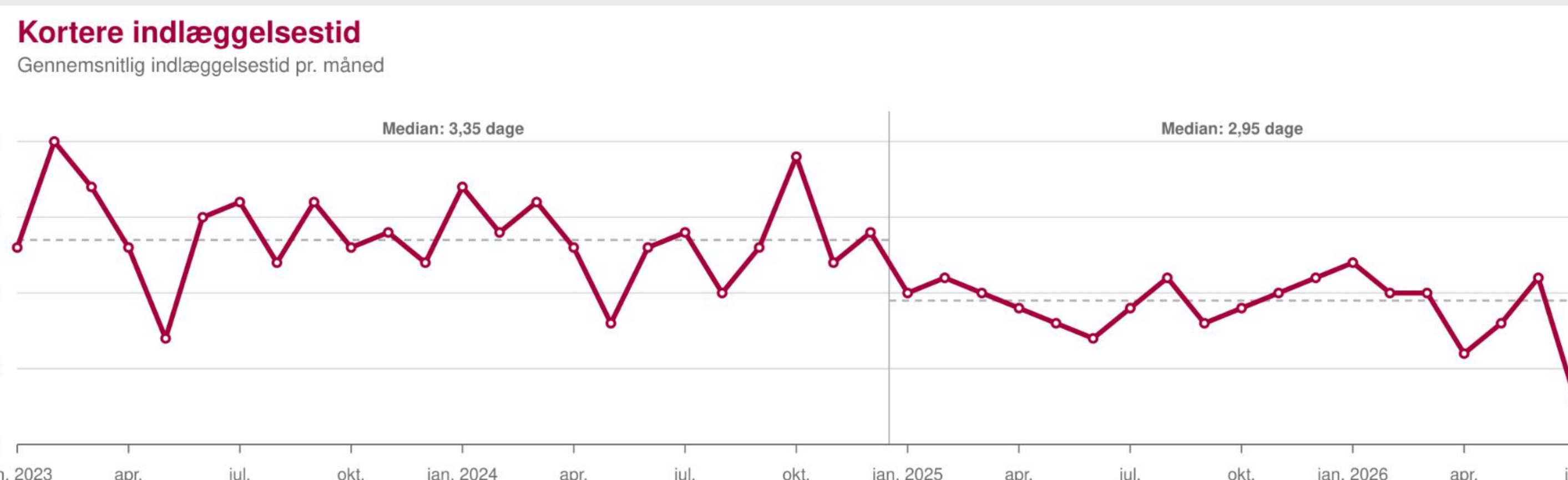
Læge:

"Der er styr på patientens behov og udskrivelsesdato – det skaber gennemsigtighed i forløbet."

Konklusion

- 🔄 Bedre koordination og tydeligere ansvar
- 🏠 Rettidige og mere trygge udskrivelser
- 📊 Kortere indlæggelsestid
- 👥 Styrket tværfagligt samarbejde
- 🤝 Styrket tværsektorielt samarbejde
- 🧠 Mindre dobbeltarbejde og færre afbrydelser
- 👉 Bedre tid til faglige kerneopgaver
- 📈 Færre utilsigtede hændelser i forbindelse med udskrivelse – og flere patienter udskrives nu før kl. 12.00

Udskrivelse er ikke længere en sårbar opgave hos den enkelte, men en fælles tværfaglig kernekompetence, der skaber kontinuitet, kvalitet, tydeligt ansvar og sammenhæng



Rapid tranquillisation (RT) use between ethnic groups in adult forensic mental health inpatient settings: a cohort study

Pedersen ML, Christiansen E, Munk-Olsen T, Schjerning O, Baker J, Gildberg FA

Background

Ethnic disparities in RT use have been reported in adult mental health inpatient settings.

Ethnic minorities are often more likely to receive RT than majority populations in such settings.

However, evidence from forensic services remains scarce.

Aim

To describe and compare ethnic minorities with the majority population and examine RT use between ethnic groups in adult forensic mental health inpatient settings.

Methods

Cohort study using Danish Forensic Mental Health Database registration forms and electronic health records.

Individuals subjected to forensic mental health measures were included and followed across forensic admissions.

Ethnicity was primarily defined by country of birth (foreign-born vs. Danish-born).

Incidence rates and incidence-rate ratios were estimated using mixed-effects Poisson regression; time to first RT was analysed using Fine-Gray competing risks models.

Results

225 RT episodes were identified across 228 forensic admissions.

Incidence rates of RT were higher among foreign-born individuals, whereas incidence rates of first RT episodes were higher among Danish-born individuals.

	Unadjusted IRR (95% CI)	Semi-adjusted IRR (95% CI)	Fully adjusted IRR (95% CI)
Overall	1.08 (0.40-2.92)	1.41 (0.55-3.63)	1.13 (0.45-2.83)
First episode	0.74 (0.26-2.09)	1.11 (0.38-3.20)	1.14 (0.32-4.15)

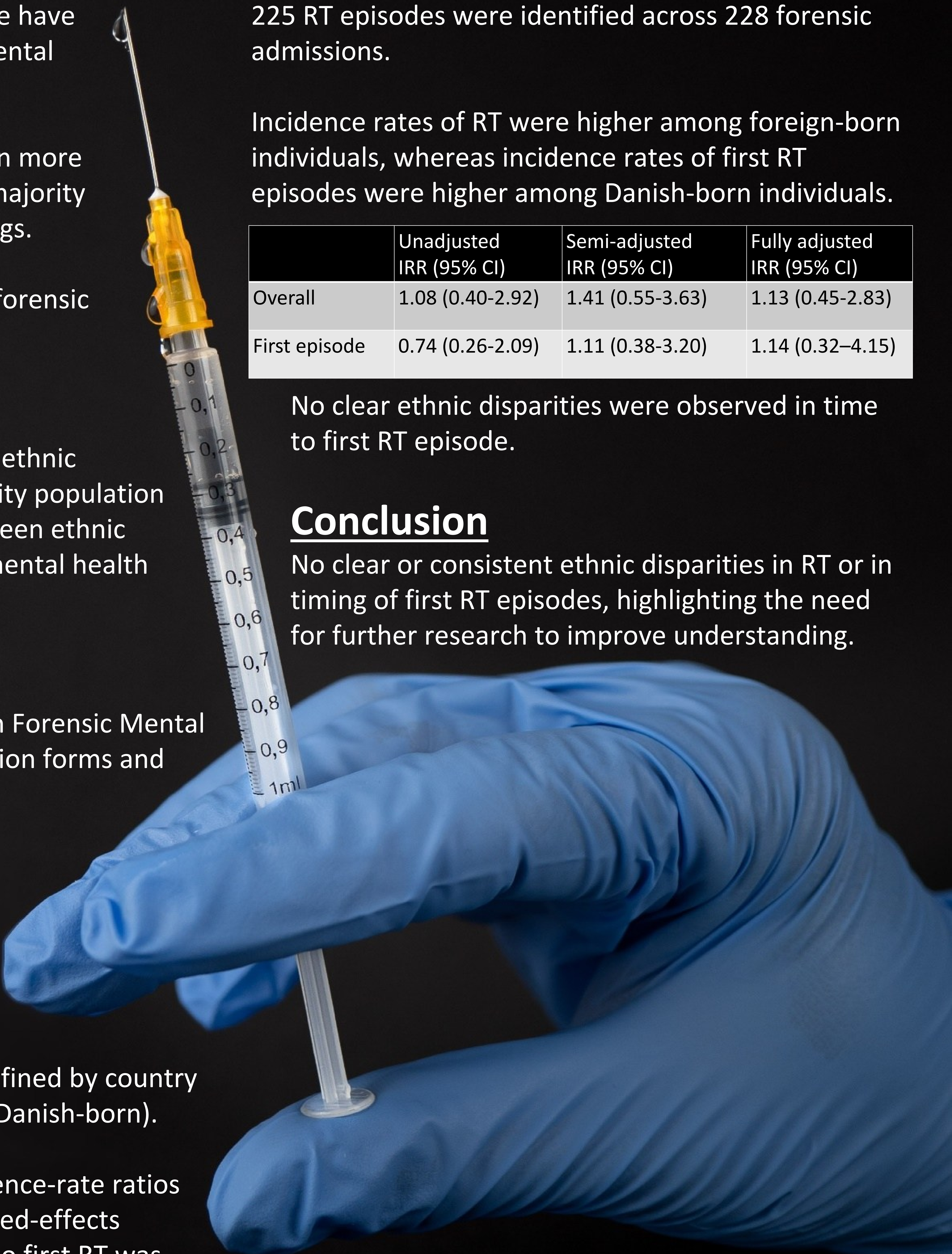
No clear ethnic disparities were observed in time to first RT episode.

Conclusion

No clear or consistent ethnic disparities in RT or in timing of first RT episodes, highlighting the need for further research to improve understanding.

Contact details

Martin.Locht.Pedersen@rsyd.dk



HVORDAN MÅLER VI KVALITET, NÅR HOSPITALET FLYTTER HJEM?

INTERNATIONAL KORTLÆGNING AF, HVAD HOSPITAL AT HOME-PROGRAMMER MÅLER

Indledning

Hospital at Home (hjemmebehandling) flytter akut hospitalsbehandling ind i patientens hjem. Det ændrer arbejdsgange, ansvar og risici og stiller nye krav til kvalitetsmålingen. Internationale programmer anvender mange indikatorer, standarder og datafelter, men definitioner og måleregler varierer. Vi undersøgte derfor både, hvad der måles, og hvor meget der er specificeret præcist nok til at kunne reproducere.

Metode

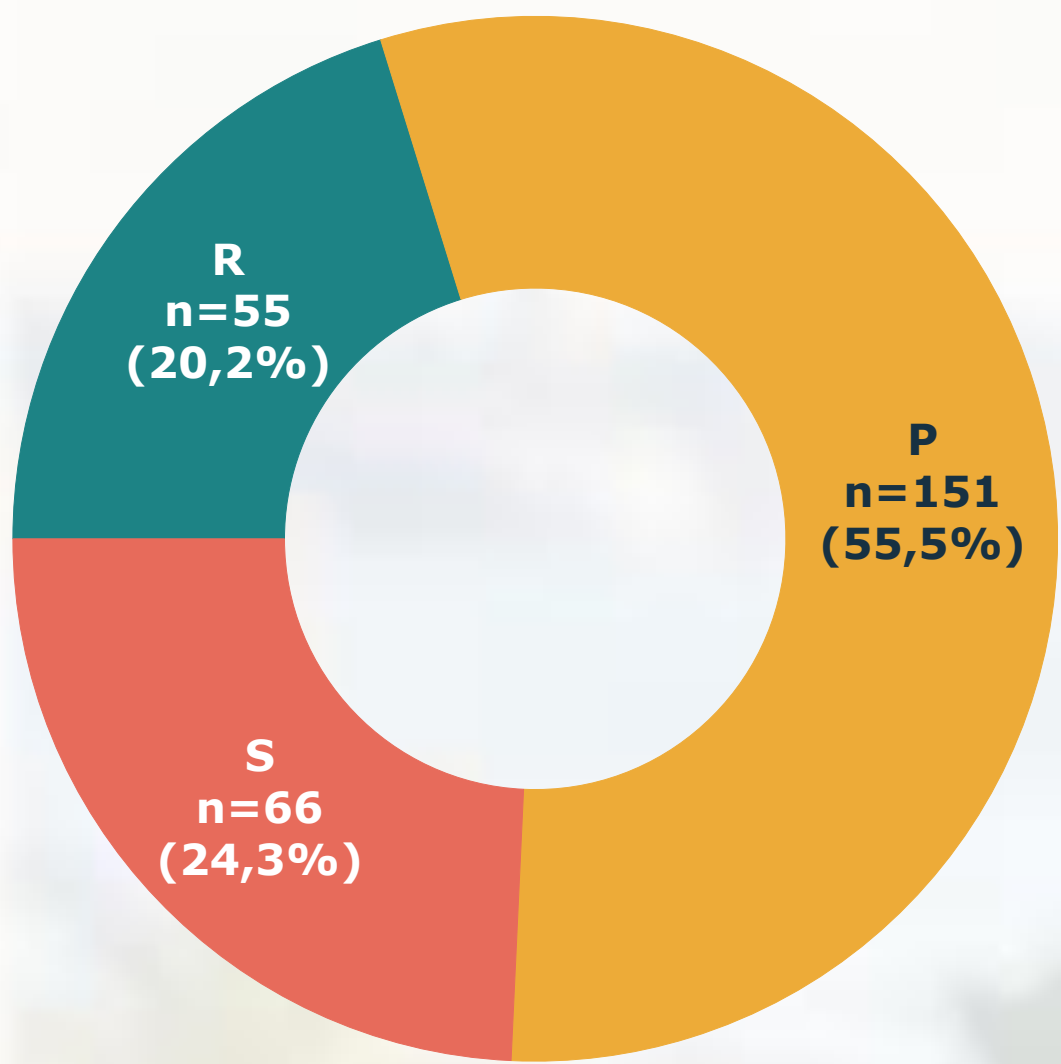
Vi gennemførte en målrettet international kortlægning af 10 verificerede kilder om akut eller subakut hjemmebehandling. Kildernes oprindelige formuleringer blev udtrykt som *kildeelementer* og harmoniseret til *kvalitetstemaer*. Elementer med en reproducerbar, offentligt tilgængelig målregel blev nyharmoniseret til *indikatorkoncepter*. Indholdet blev analyseret i en 3×3-matrix med struktur, proces og resultat samt klinisk, interpersonel og organisatorisk kvalitet. Desuden blev temaer og koncepter kodet efter syv kvalitetsdomæner: effektivitet, patientsikkerhed, personcentrering, rettidighed, lighed, integration og efficiens.

Resultater

Af 280 kildeelementer var 272 kvalitetsrelevante. Kun 55 (20,2%) havde en reproducerbar målregel (Figur 1). Den brede harmonisering gav 66 kvalitetstemaer og dækkede alle ni felter i 3×3-matricen (Tabel 1). En separat harmonisering af de 55 reproducerbare elementer gav 31 indikatorkoncepter (Tabel 2). Patientsikkerhed var mest fremtrædende, mens personcentrering, lighed og integration var svagere repræsenteret (Figur 2).

Konklusion

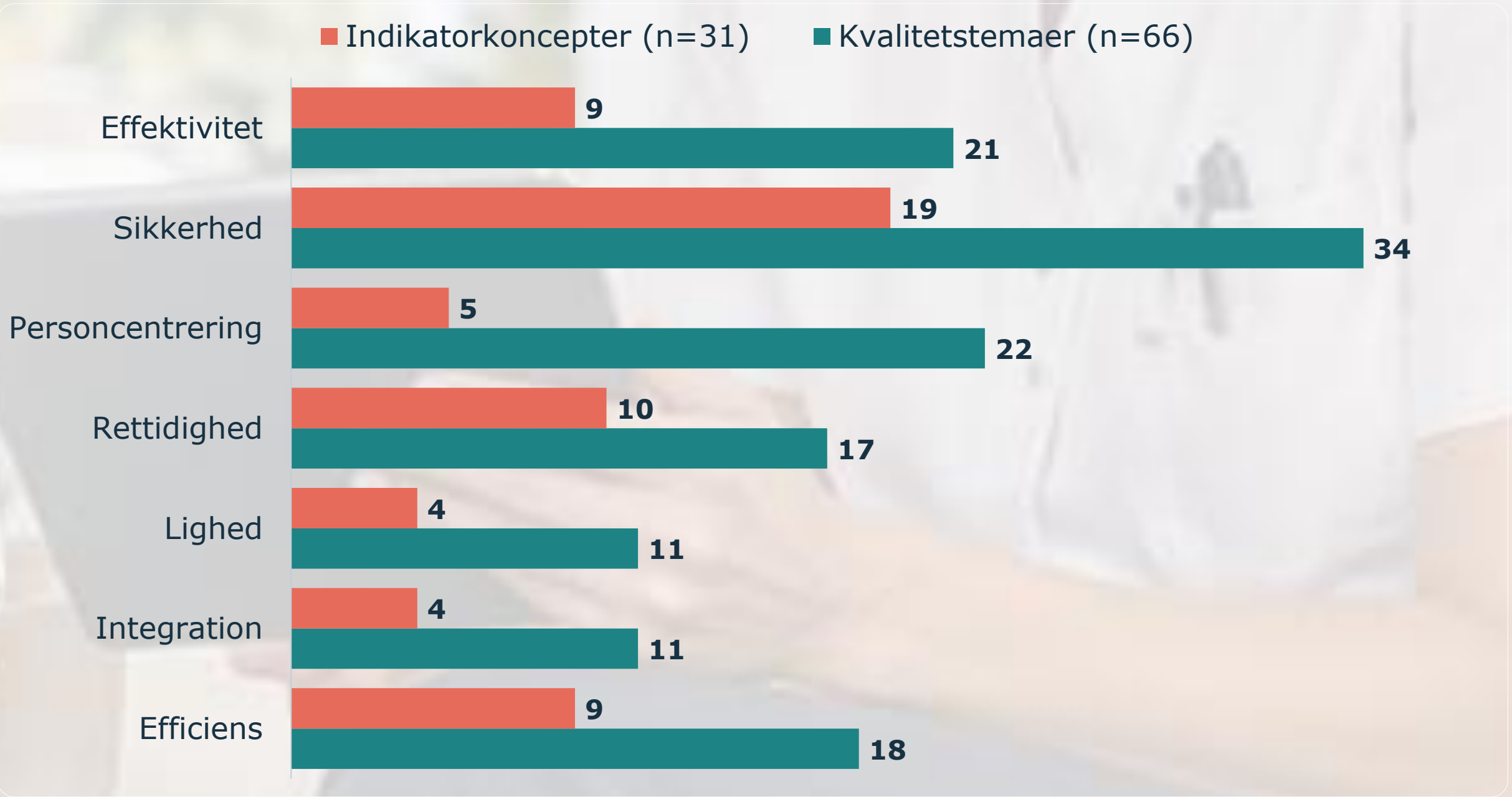
De internationale kilder dækker mange relevante sider af kvalitet i hjemmebehandling, men kun omkring hvert femte kildeelement er tilstrækkeligt specificeret til at kunne reproducere. Et internationalt kernesæt bør balancere sikkerhedsresultater med mål for arbejdsgange, organisatoriske forudsætninger, patient- og pårørendeerfaring, lighed og sammenhæng.



Figur 1. Fordeling af 272 kvalitetsrelevante kildeelementer efter specifikationsgrad. R kan reproducere fra en offentlig specifikation, P er målbar med lokale antagelser, og S er en standard eller et krav uden reproducerbar målregel.

Dimension	Klinisk	Interpersonel	Organisatorisk	I alt
Struktur	18 Kildeelementer 5 Kvalitetstemaer 1 Indikatorkoncept	4 Kildeelementer 5 Kvalitetstemaer 1 Indikatorkoncept	37 Kildeelementer 11 Kvalitetstemaer 6 Indikatorkoncepter	59 Kildeelementer 21 Kvalitetstemaer 8 Indikatorkoncepter
Proces	17 Kildeelementer 8 Kvalitetstemaer 3 Indikatorkoncepter	5 Kildeelementer 5 Kvalitetstemaer 1 Indikatorkoncept	62 Kildeelementer 11 Kvalitetstemaer 3 Indikatorkoncepter	84 Kildeelementer 24 Kvalitetstemaer 7 Indikatorkoncepter
Outcome	66 Kildeelementer 7 Kvalitetstemaer 8 Indikatorkoncepter	12 Kildeelementer 5 Kvalitetstemaer 1 Indikatorkoncept	51 Kildeelementer 9 Kvalitetstemaer 7 Indikatorkoncepter	129 Kildeelementer 21 Kvalitetstemaer 16 Indikatorkoncepter
I alt	101 Kildeelementer 20 Kvalitetstemaer 12 Indikatorkoncepter	21 Kildeelementer 15 Kvalitetstemaer 3 Indikatorkoncepter	150 Kildeelementer 31 Kvalitetstemaer 16 Indikatorkoncepter	272 Kildeelementer 66 Kvalitetstemaer 31 Indikatorkoncepter

Tabel 1. Kildeelementer er kildernes oprindelige formuleringer. Kvalitetstemaer samler beslægtede kildeelementer, mens indikatorkoncepter kun bygger på elementer med en reproducerbar målregel.



Figur 2. Fordeling af kvalitetstemaer og indikatorkoncepter på syv kvalitetsdimensioner.

Dimension	Klinisk	Interpersonel	Organisatorisk
Struktur	Personaledeltagelse i introduktion og oplæring [1]	Tilgængelig mobiltelefonisk kontakt [1]	Døgnadgang til sygeplejefaglig kontakt og hurtig respons [3] Infrastruktur til kliniske journaler og obligatorisk rapportering [1] Unikt HaH-patientregister [1] System til hændelsesrapportering [1] Beredskab ved katastrofer og teknologisvigt [1] HaH-kapacitet [1]
Proces	Beredskab ved akut forværring og eskalation [2] Ikke-planlagte personaleudkald [2] Anvendelse af fjernmonitorering [1]	Uventede telefonhenvendelser fra patienter eller pårørende [2]	Færdiggørelse af samlet behandlings- og plejeplan [1] Protokol og dokumentation ved selvvalgt udskrivning [1] Sikkerhedskomiteens gennemgang af problematiske hændelser [1]
Resultat	Eskalation eller ikke-planlagt tilbagevenden til hospital [5] Død under forløbet eller uventet død [5] Ikke-planlagt genindlæggelse inden for 28 dage [2] Fald med alvorlig skade [1] Anden alvorlig utilsigtet hændelse [1] Utilsigtede hændelser, nærhændelser og øvrige hændelser [1] Sundhedssektorerhvervet infektion [1] Medicinsikkerhedshændelser og medicineringsfejl [2]	Patientens afslag på Hospital at Home [1]	Forløbslængde [8] Antal indlæggelser eller patienter [2] HaH-andel af hospitalets afsluttede forløb [1] Årlige indlæggelser pr. patient [1] Gennemsnitligt dagligt patientantal [1] Lighed i anvendelsen af tilbuddet [1] Udskrivningsdestination [2]

Tabel 2. De 55 operationelt specificerede items blev harmoniseret til 31 indikatorkoncepter og fordelt efter kvalitetsområde. [n] angiver antallet af kvalitetselementer bag hvert koncept.



Implementing and Monitoring a Person-Centered Care Initiative in Electroconvulsive Therapy: *One-Year Experience and Baseline Data from the Safe Brain Initiative - ECT Study*

P. R. Kirkegaard¹, K. Jakobsen¹, M. T. Andersen¹, H. M. Halberg², M. Dahl², B. A. Hansen², D. Calatayud², K. Z. Rokamp¹

¹ Department of Anesthesiology, Zealand University Hospital, Nykøbing F., Denmark
² Mental Health Services South, Region Zealand, Denmark

Background

Electroconvulsive therapy (ECT) is an effective treatment for severe psychiatric disorders, although it may be associated with adverse effects and psychological distress. Patients undergoing ECT represent a vulnerable population. Anesthetic management, neuromuscular blockade, seizure quality, the clinical environment, and postictal recovery may all influence quality of care and clinical outcomes.

The Safe Brain Initiative ECT study (SBI-ECT) was established as a quality improvement initiative REG:11856092, guided by the Fundamentals of Care framework, involving the Electroconvulsive Therapy Clinic at Oringe, Psychiatry South, Region Zealand, and the Department of Anesthesiology, SUH Nykøbing F.

Aim

The aim was to improve quality of care through a data-driven and person-centered quality study for adult patients undergoing ECT, integrating clinical quality monitoring with patient-reported outcome measures (PROMs) to identify potentially modifiable aspects of care.

Method

SBI-ECT was implemented in September 2024 as an ongoing quantitative quality improvement project. The first year comprised interdisciplinary staff education, standardized clinical and patient-reported assessments, a paper case report form (p-CRF), an electronic database and continuous feedback to clinical teams. Patients were assessed before ECT, upon arrival in the post-anesthesia care unit, after 10 and 20 minutes of recovery, and at discharge.

Assessments included the Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), the Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC DK), Months of the Year Backwards (MOTYB), and patient-reported assessments of anxiety, stress, nervousness, pain, nausea, vomiting and thirst using numerical rating scales (NRSs). Clinical variables included fasting and fluid restriction durations, oral fluid intake, anesthetic medication, neuromuscular blockade, electroencephalography-based depth of anesthesia, motor seizure intensity, and motor and electroencephalographic seizure duration.

ECT was administered using a MECTA Spectrum 5000Q electroconvulsive therapy device. Systematic assessment of anesthetic depth supported appropriate anesthetic dosing and optimal conditions for safe and effective ECT delivery. Baseline data were assessed to identify opportunities for person-centered quality improvement.

Results

During year one, SBI-ECT was integrated into the clinical workflow. Baseline data were generated from approximately 200 adult patients and 2,500 ECT treatment sessions. One year of implementation established an interdisciplinary approach to person-centered care throughout the ECT pathway.

Combining clinical measures with patient-reported experiences identified pre-treatment psychological distress and prolonged fluid restriction as priority areas for quality improvement.

Anxiety, stress and nervousness were most pronounced before induction of anesthesia. The mean pre-treatment score was approximately 2.7 on a numerical rating scale from 0 to 10 for both women and men. Mean scores decreased to below 1 during postictal recovery and remained low after 10 and 20 minutes and at discharge. The trajectory was comparable between women and men.

Fluid restrictions were identified as a modifiable aspect of care. The mean recorded fluid fasting duration was approximately nine hours, with individual durations of up to 22 hours, despite a recommended duration of two hours.

Identified areas for quality improvement may lead to person-centered strategies addressing patients' physical, psychosocial and relational needs.

Potential interventions include virtual reality-based relaxation, aromatherapy, music-based interventions, access to therapeutic environments within psychiatric care, and modifications creating calmer physical surroundings.

Their feasibility, acceptability and potential effects will be evaluated prospectively against the established baseline using repeated patient-reported measures.

Conclusion

The first year of the SBI-ECT study established a baseline for person-centered quality monitoring in routine ECT practice. By integrating objective clinical measures, patient-reported outcomes, anesthetic parameters, and ECT treatment data, the initiative provides a continuous learning framework for data-driven refinement of anesthetic management, pharmacological treatment, and individualized ECT delivery throughout the treatment pathway.

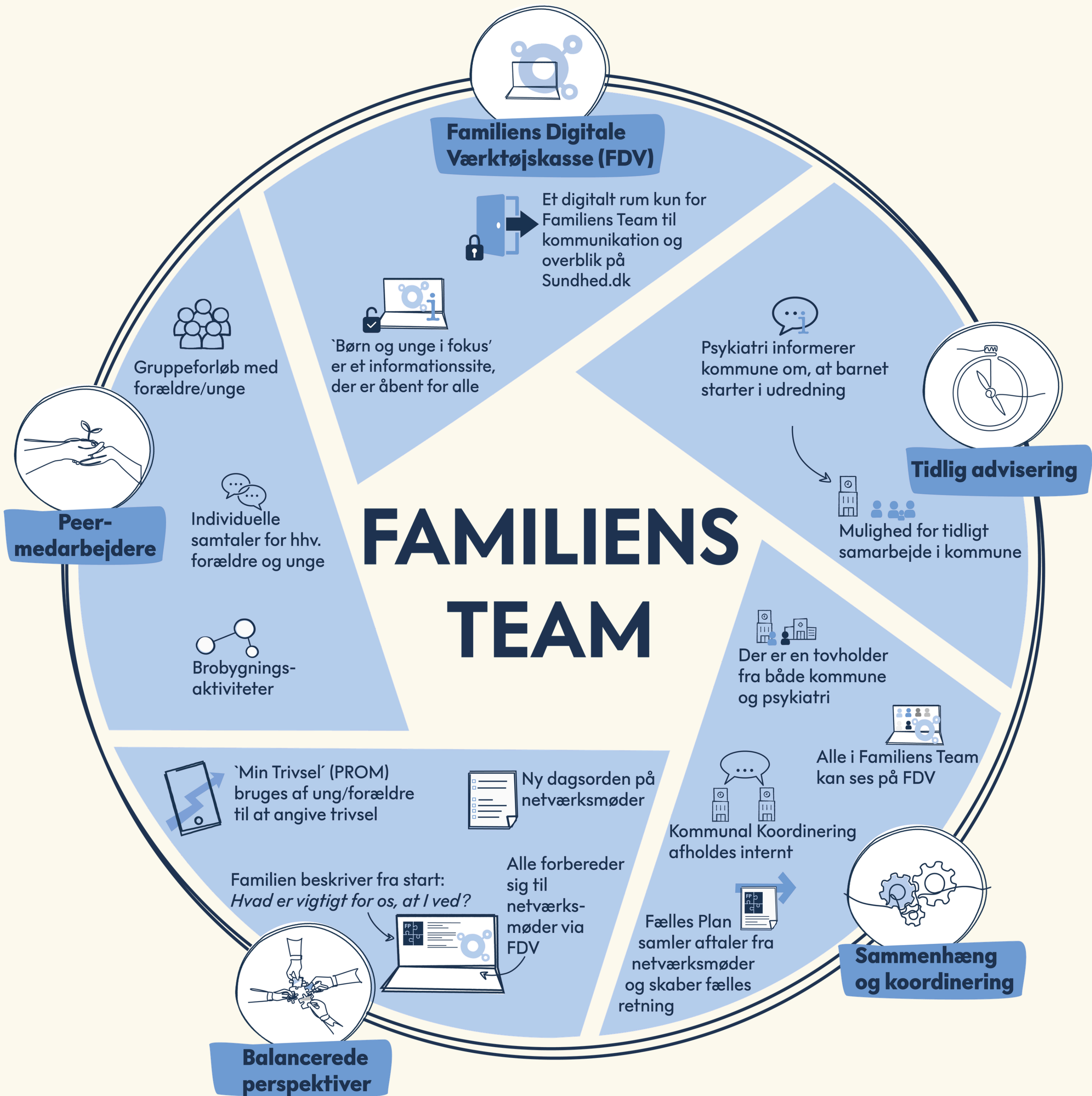
The established baseline will serve as the reference for implementing and prospectively evaluating targeted quality improvement initiatives, enabling continuous optimization of care and improving both patient experience and clinical outcomes.



AI generated illustration CHATGPT

FAMILIENS TEAM

- En tværsektoriel samarbejdsmodel



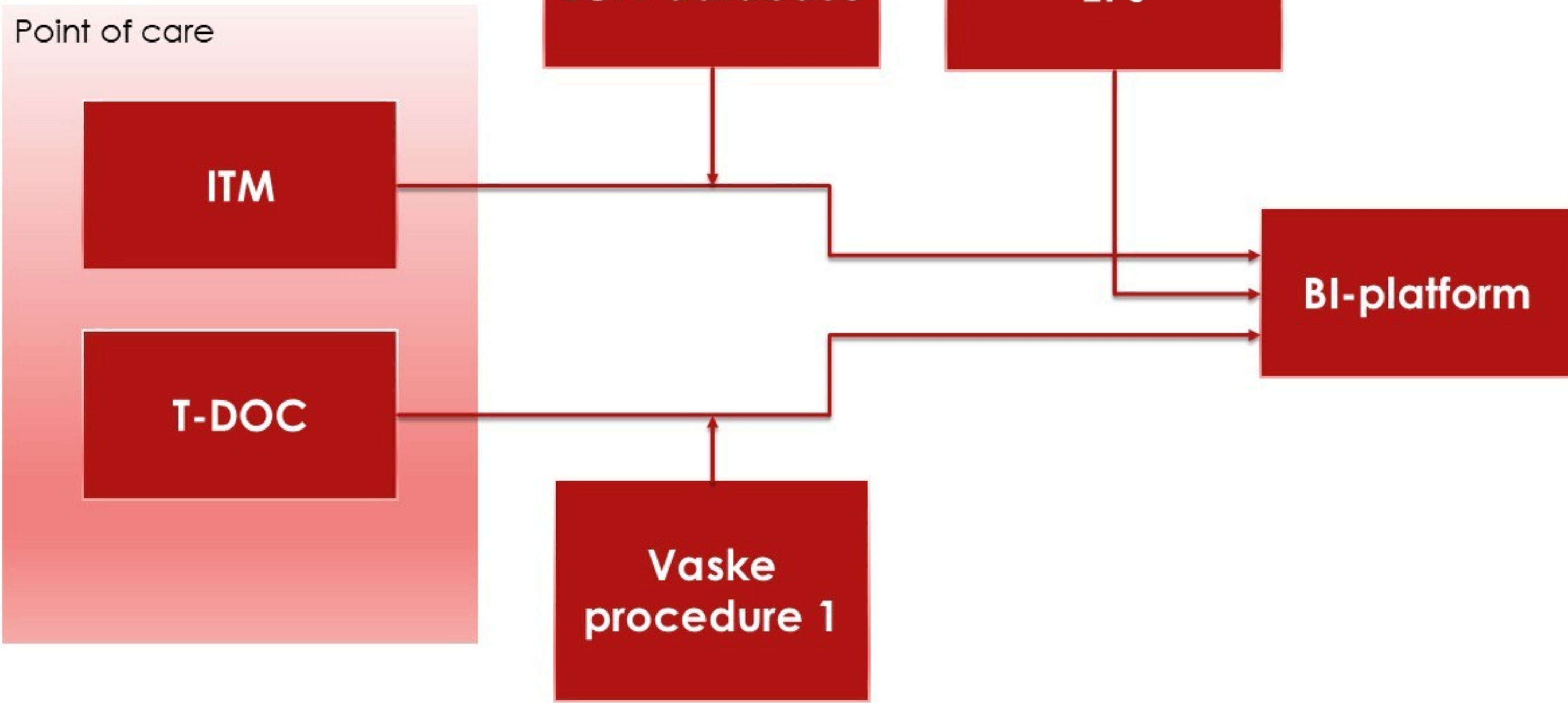
Bedst for s

Klimadata i sundhedsvæsenet: Vejen til CO₂- reduktion i klinisk praksis

Maria L. Worm¹, Monika S.V. Have¹, Peter Krogsgaard¹, Maria-Lousie Primdahl², Sarunas Dikinis^{1,3}, Anna K. Bak⁴, Lasse N. Knudsen⁵, Annemarie Lomartire⁶, Line F. Chistensen⁷, Jes S. Vogt¹, Anders Christian Larsen^{1,3}

¹Mave- og Tarmkirurgisk afdeling, Aalborg Universitetshospital, ²Akutfdelingen, Aalborg Universitetshospital, ³Klinisk Institut, Aalborg Universitet, ⁴Miljø, mobilitet & uddannelse, Råstoffer & Bæredygtighed, Region Nordjylland, ⁵Sterilenheden, Datateam, Aalborg Universitetshospital, ⁶Digitalisering & IT, ⁷Strategisk Digitalisering, Region Nordjylland, ⁸Operationelt Indkøb, Region Nordjylland

Data-flow



Figur 1: Flowet af data fra 2 point-of-care systemer på operationsgangen, samt data vej til regionens Business intelligence platform, Forkortelser: Implant trace module (ITM), Registreringsmodul for flergangsudstyr (T-DOC), Livs cyklus analyse produktdatabase (LCA-database) Business intelligence (BI)

INTRODUKTION

Kirurgiske afdelinger forbruger store mængder udstyr og bidrager væsentligt til sundhedsvæsenets klimaaftryk. Eksisterende IT- og sporbarhedssystemer kan potentielt anvendes til at dokumentere kliniske aktiviteter og beregne forbruget i standardiserede CO₂-ækvivalenter (CO₂e) baseret på det faktiske forbrug af udstyr.

FORMÅL

Kan eksisterende point-of-care-software med indbyggede streghodescannere anvendes til at generere data for den samlede CO₂e udledning ved kirurgiske procedurer.

METODE

Data blev registreret på individ niveau og anvendt til at beregne forholdet mellem CO₂e-udledningen fra engangs- og flergangsudstyr. Data blev behandlet for hver enkelt procedure. En lokal produktdatabase med LCA-screeninger for de enkelte produkter blev anvendt til at beregne deres CO₂e. Ved scanning af et produkt identificeres produktet via dets streghode. Oplysningerne kobles via Implant trace module (Region Nordjylland, Danmark) automatisk til indkøbsafdelingen og lagersystemet. Data overføres automatisk direkte til den elektroniske patient journal. T-DOC (Getinge, Sverige) registrerer instrumenter til genanvendelse og er via operations-ID direkte koblet til patientens elektroniske journal og cpr-nummer.

RESULTATER

32 patienter inkluderet i en case-serie. Patienterne fik foretaget en standardiseret kirurgisk procedure. 24 patienter fik foretaget gastric bypass operation, mens 8 patienter fik foretaget en gastric sleeve operation. Der var ingen signifikant forskel i forbrug af øvrige kirurgiske utensilier mellem gastric bypass og gastric sleeve operationer henholdsvis (gennemsnit: 24,9 kg (95% CI: 21,6 kg – 28,2 kg) og (gennemsnit: 26,6 kg (95% CI: 16,0 kg– 37.2 kg), p=0,658))

Produkt (1)	Øvrig engangsudstyr (2)	Total (1+2)	Sterilisering (3)	Ratio (1+2/3)
(kg)	kg (95% c.i.)	kg (95% c.i.)	kg	
Echelon™ (21,2)	27,9 (24,5 – 31,2)*	36,8 (33,4 – 40,1)	8,9	5,5
Signia™ (8,9)	17,8 (11,0 – 24,5)*	26,7 (18,9 – 33,4)	8,9	3,0

Alle tal er opgivet som CO₂e kg/procedure, *p=0,004 (fischer exact)

Tabel 1: Ratio og gennemsnitlige CO₂e estimater for engangs- og flergangsudstyr ved 32 gastric bypass operationer

KONKLUSION

Med allerede eksisterende systemer er det nu muligt at sammenligne CO₂e-forbrug mellem procedurer, produkter og behandlingsstrategier og dermed understøtte en samlet reduktion af sundhedsvæsenets klimaaftryk.

Samtidig åbner det op for standardiseret registrering af CO₂e-forbruget og dermed benchmarking mellem afdelinger og hospitaler, samt afrapportering af nationale CO₂e-indikatorer.