

**Velkommen
til**

**Region Sjællands
Forskningskonference 2025**

Forskning for de fleste



Velkomst & Forskning for de Fleste

Morten Ziebell

Forskning for de Fleste

Forskningskonference 2025



REGION ØSTDANMARK

SEPTEMBER 2025



2 VIGTIGE BUDSKABER!

Bliv ved!

Kom ud med alt det gode i gør!



VIGTIGE OPGAVER FOR FORSKNING

Forventningskrise
Sundhedsforskning



Det gode liv, generation tilbage af livet når vi går på pension.



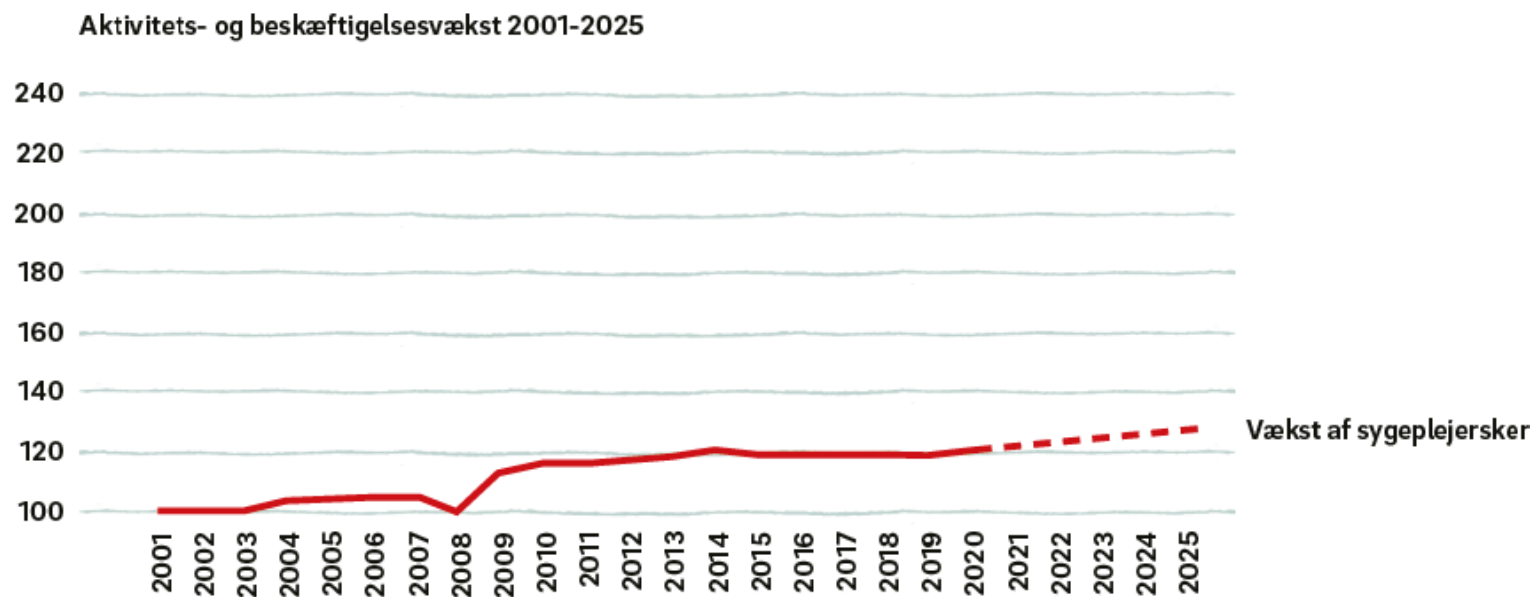
■

$$\text{TRIVSEL} = \frac{\text{Ressourcer}}{\text{Forventninger}}$$



Flere opgaver pr. sygeplejerske

Indenfor sundhedsvæsenet er produktiviteten i sygehusvæsenet steget med 81 pct. fra 2001 til 2018. Mens der i samme periode kun er kommet 20 pct. flere sygeplejersker.



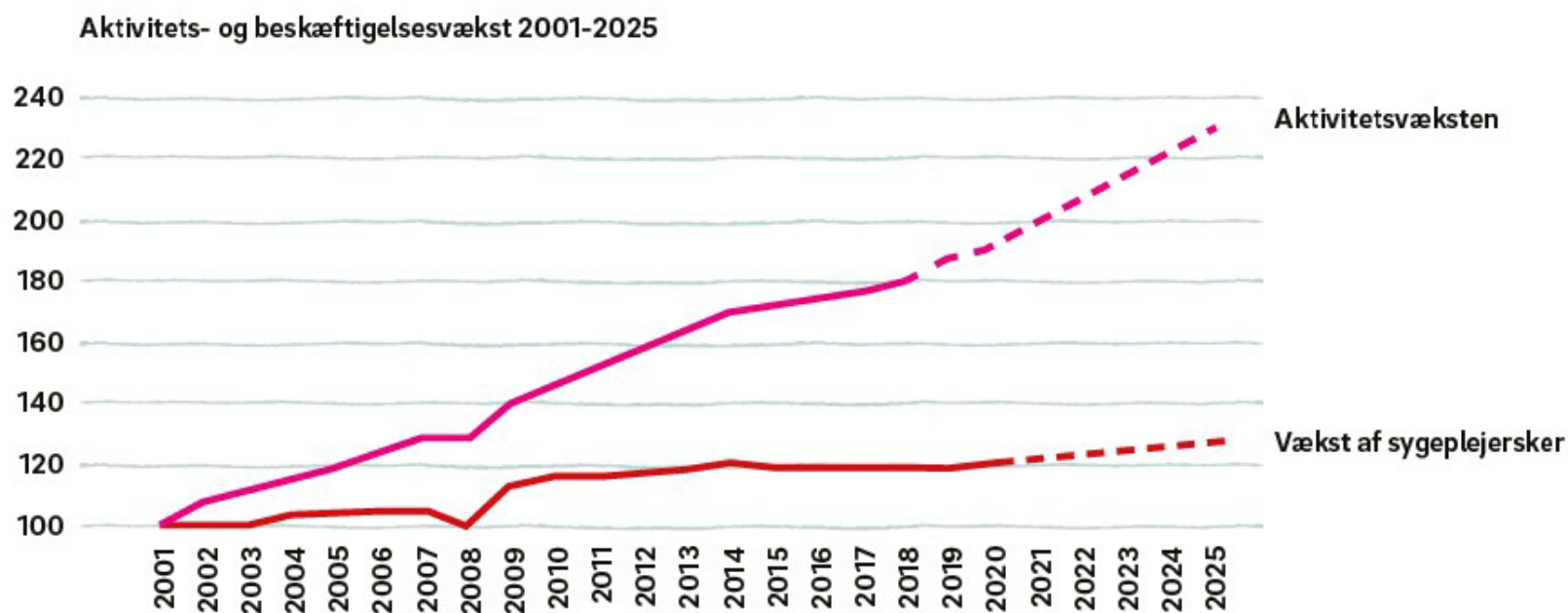
Aktivitet opgjort i produktionsværdi og udregnet som produktet af de årlige vækstrater beregnet i det pågældende års takstsystem. Fremskrivning efter 2018 er baseret på den gennemsnitlige aktivitetsudvikling i perioden 201-2018. Indeks 2001 = 100.

Kilde eSundhed (Sundhedsdatastyrelsen) og Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren (SDS).



Flere opgaver pr. sygeplejerske

Indenfor sundhedsvæsenet er produktiviteten i sygehusvæsenet steget med 81 pct. fra 2001 til 2018. Mens der i samme periode kun er kommet 20 pct. flere sygeplejersker.



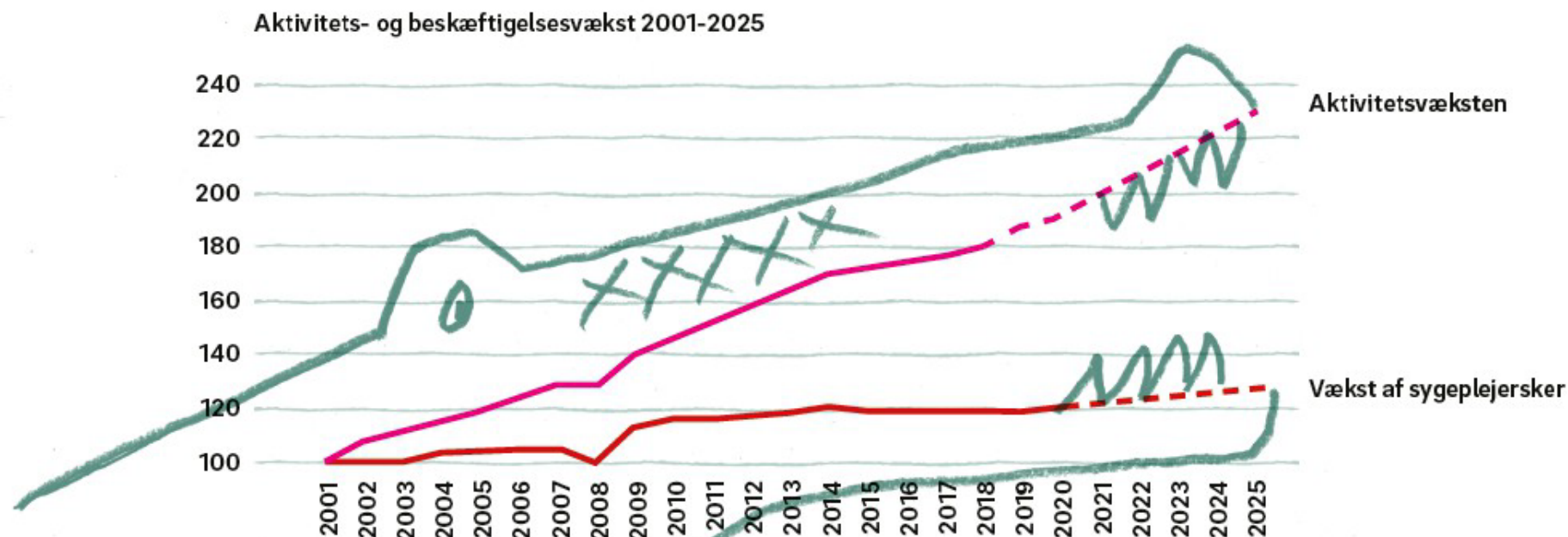
Aktivitet opgjort i produktionsværdi og udregnet som produktet af de årlige vækstrater beregnet i det pågældende års takstsystem. Fremskrivning efter 2018 er baseret på den gennemsnitlige aktivitetsudvikling i perioden 201-2018. Indeks 2001 = 100.

Kilde eSundhed (Sundhedsdatastyrelsen) og Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren (SDS).



Flere opgaver pr. sygeplejerske

Indenfor sundhedsvæsenet er produktiviteten i sygehusvæsenet steget med 81 pct. fra 2001 til 2018. Mens der i samme periode kun er kommet 20 pct. flere sygeplejersker.

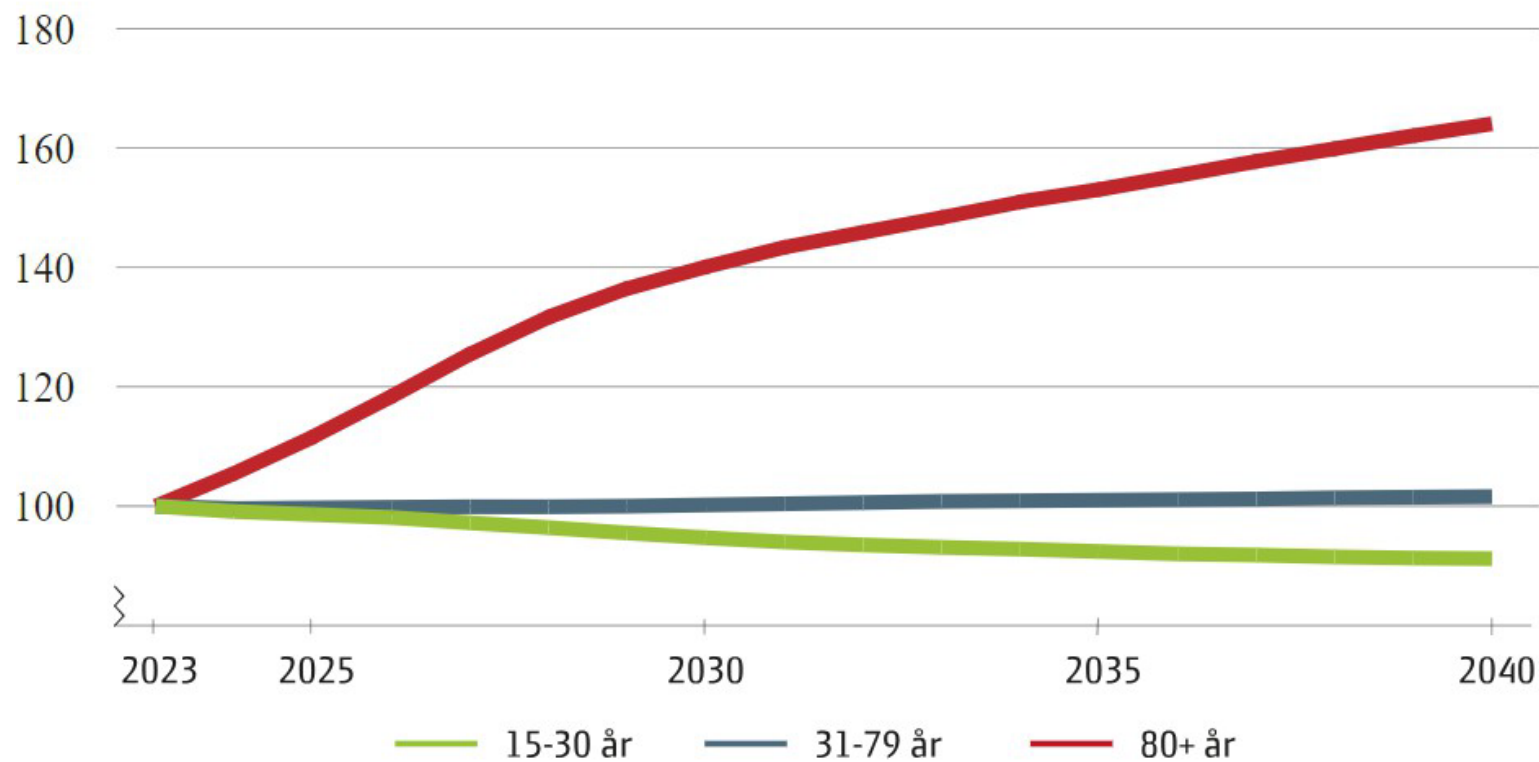


Aktivitet opgjort i produktionsværdi og udregnet som produktet af de årlige vækstrater beregnet i det pågældende års takstsystem. Fremskrivning efter 2018 er baseret på den gennemsnitlige aktivitetsudvikling i perioden 201-2018. Indeks 2001 = 100.

Kilde eSundhed (Sundhedsdatastyrelsen) og Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren (SDS).



Indekseret udvikling i demografien 2023-2040, prognose 1. kvartal 2023=100

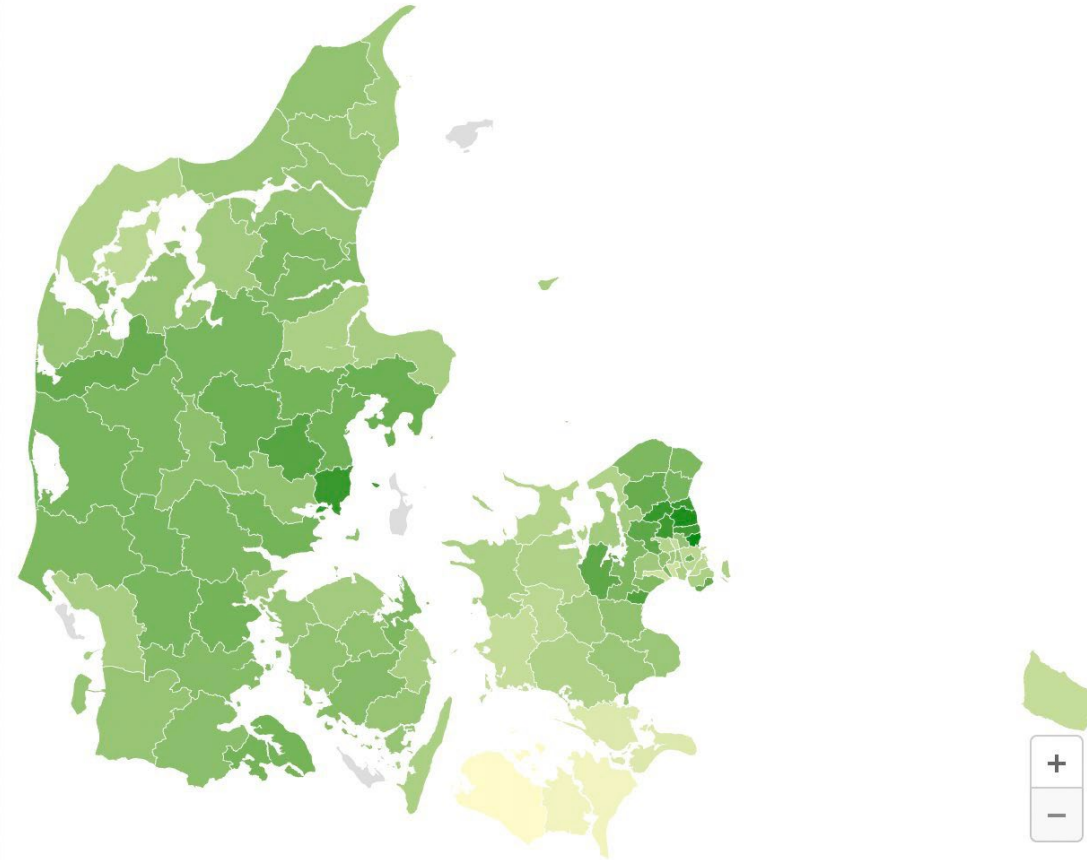


Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Statistik



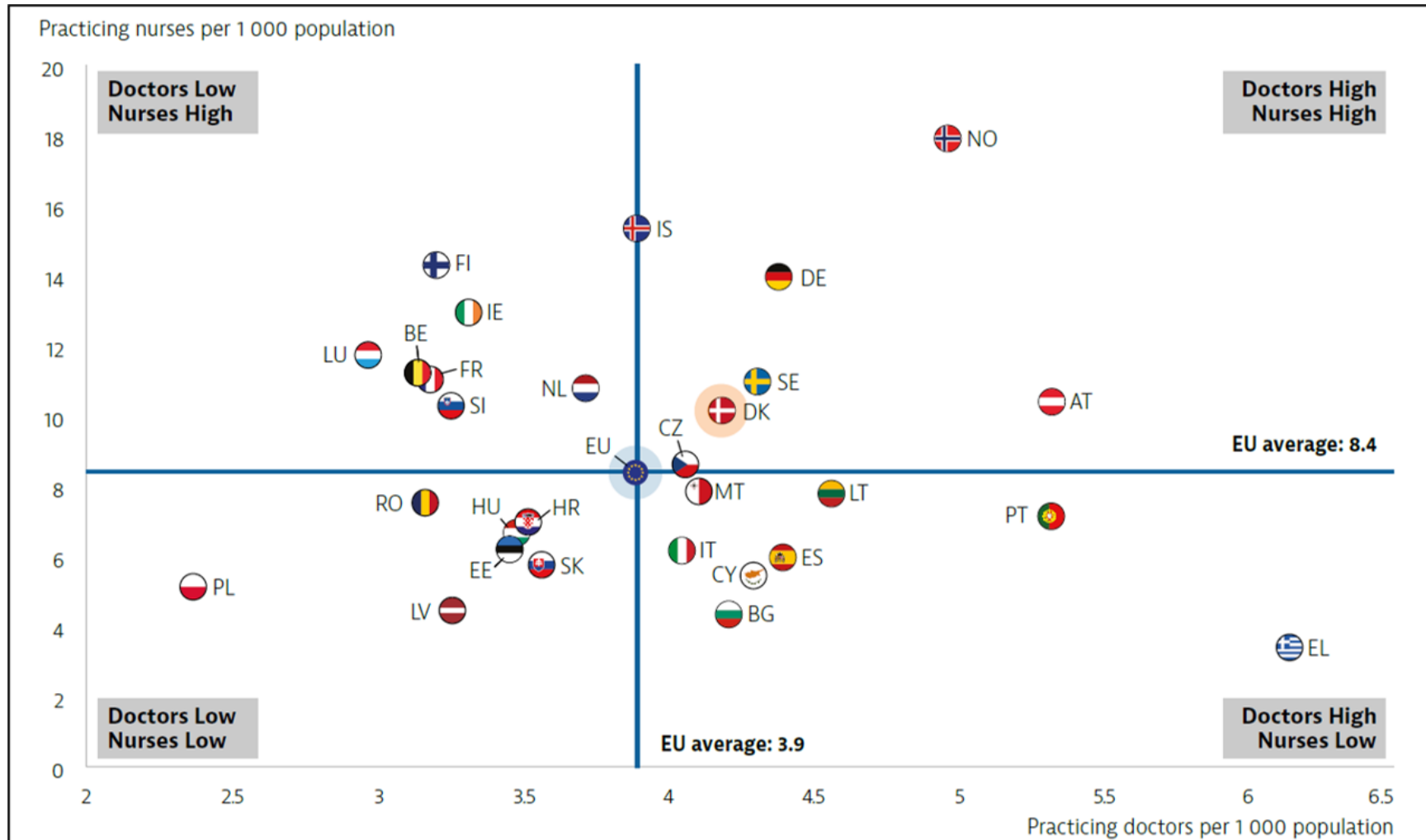
Middellevetid for 0-årige efter område

Middellevetiden for 0-årige angiver det gennemsnitlige antal år, som en nyfødt vil leve under den forudsætning, at de nuværende aldersspecifikke dødshyppigheder holder sig konstante i fremtiden.



Map: <https://lavendla.dk/> • Source: [Danmarks Statistik](#) • [Get the data](#) • Created with [Datawrapper](#)





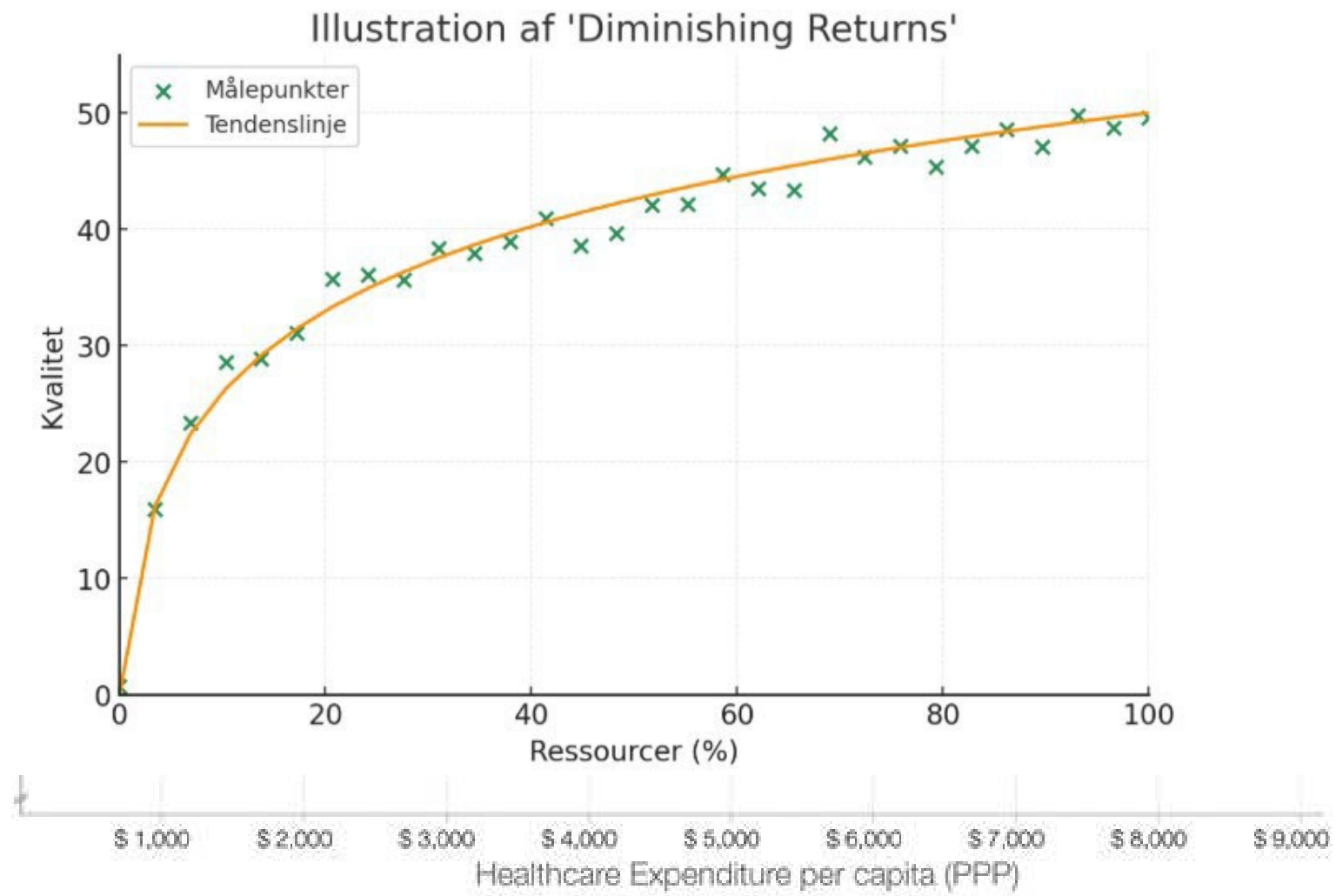
Our World
in Data

100

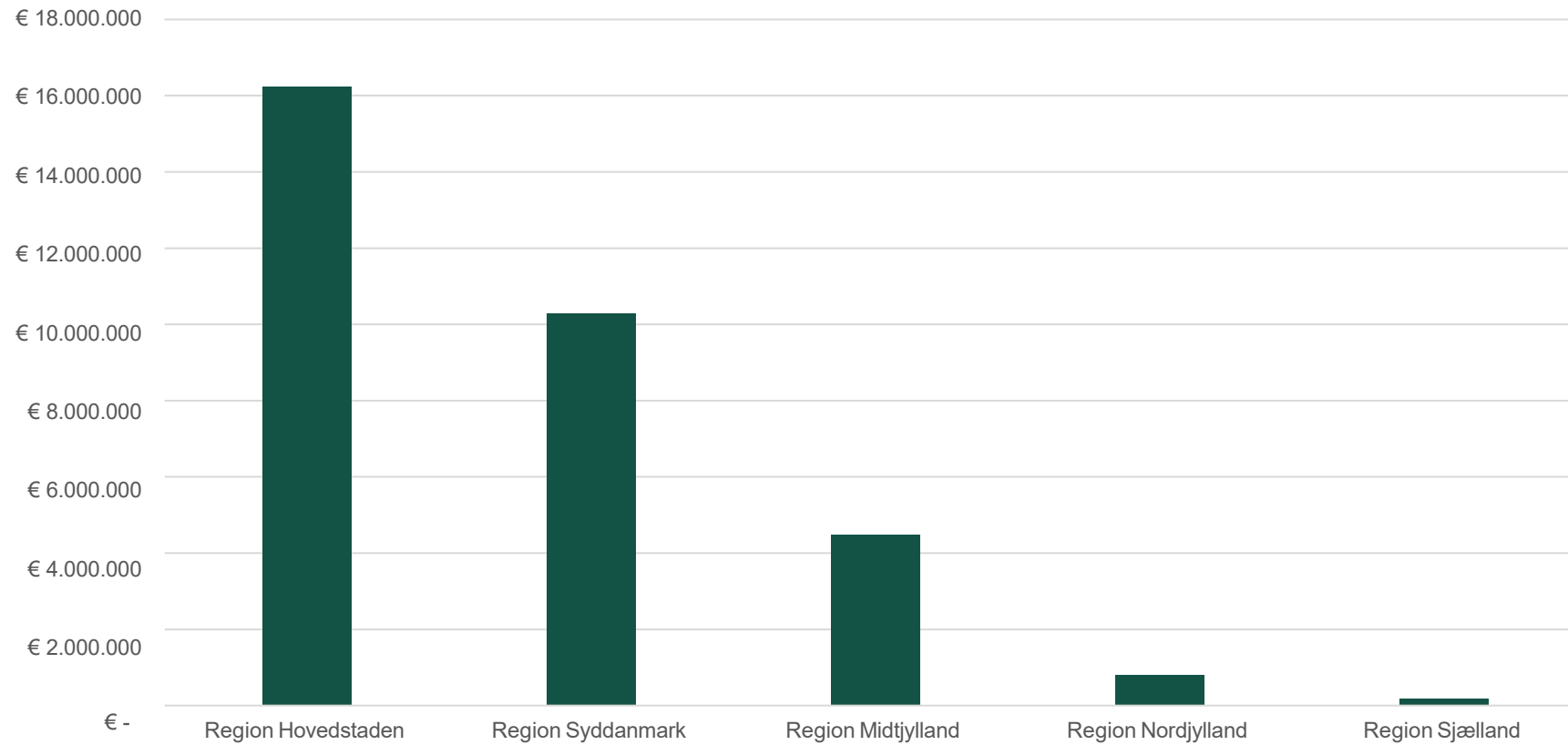


OurWorldInData.org/financing-healthcare/ CC BY-SA

Illustration af 'Diminishing Returns'



Region Sjælland i Horizon Europe Sundhedsklyngen



Kilde: [Horizon Europe Dashboard](#)



Hvor er det sundhedsforskningen kan gøre en Kæmpe forskel ?

- Region Sjælland har en 15 % større andel af ældre borgere (+65 år) sammenlignet med resten af landet.
- Andelen af kronikere er 9 % højere end landsgennemsnittet.
- Stor geografi med store geografiske forskelle i sundhedstilbud og adgang



Sundhedsforskning vi gør det godt!

- *Praksisnær og driftsorienteret forskning forankret i hverdagens udfordringer i klinikken*
- *Samarbejde, nærhed og tilgængelighed i forskningen – forskningssamarbejder i regionen opstå hurtigt og tæt på praksis*
- *MVU-forskning, tværfaglige forskningsmiljøer og -forskningsråd (Fx ProgreZ + MVU-forskningsstøtteenhed + Strategisk Forskningsråd)*
- *Store data grundlag (Fx LOFUS + Knogleskørhed)*
- *AI som generator for den mest skånsomme og bedste personlige behandling (Fx Tarmkræft)*
- *Evidensbaseret behandling (Fx Ortopædkirurgi)*
- *Patienten i hjemmet – hybride sundhedstilbud på afstand*



2 VIGTIGE OPGAVER!

Bliv ved!

Kom ud med alt det gode i gør!



HUSK

Det er sundt at fordybe sig i det
man finder meningsfuldt.

Tak for jeres tid, nyd dagen 😊



***Hvordan ændrer ældre- og
strukture reformerne
sundhedsvæsenet, og hvad
betyder det for
forskningsagendaen fremover?***

Sidsel Vinge

Hvad ændrer ældre- og sundhedsreformerne, og hvad betyder det for forskningen?

Sidsel Vinge

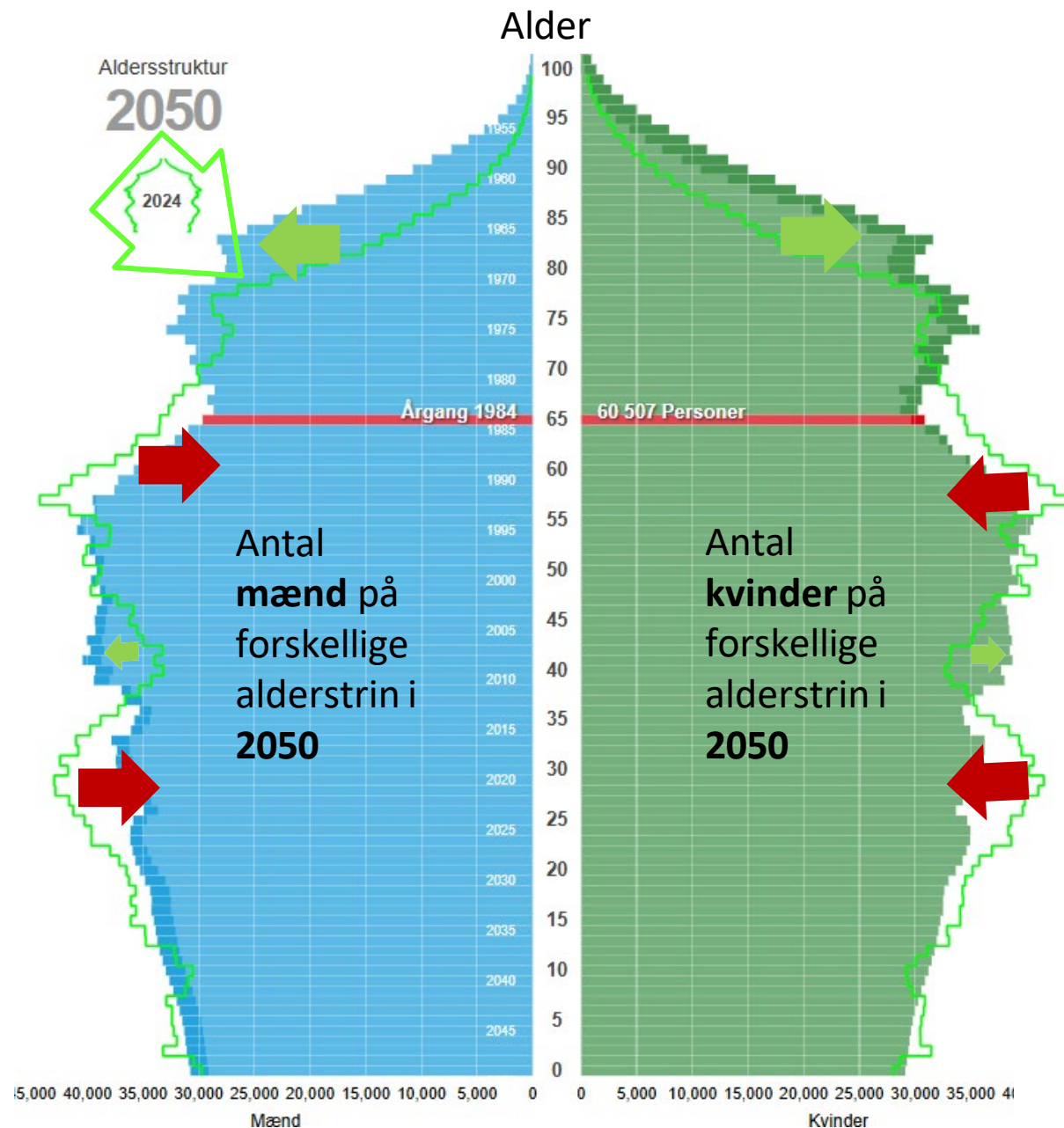
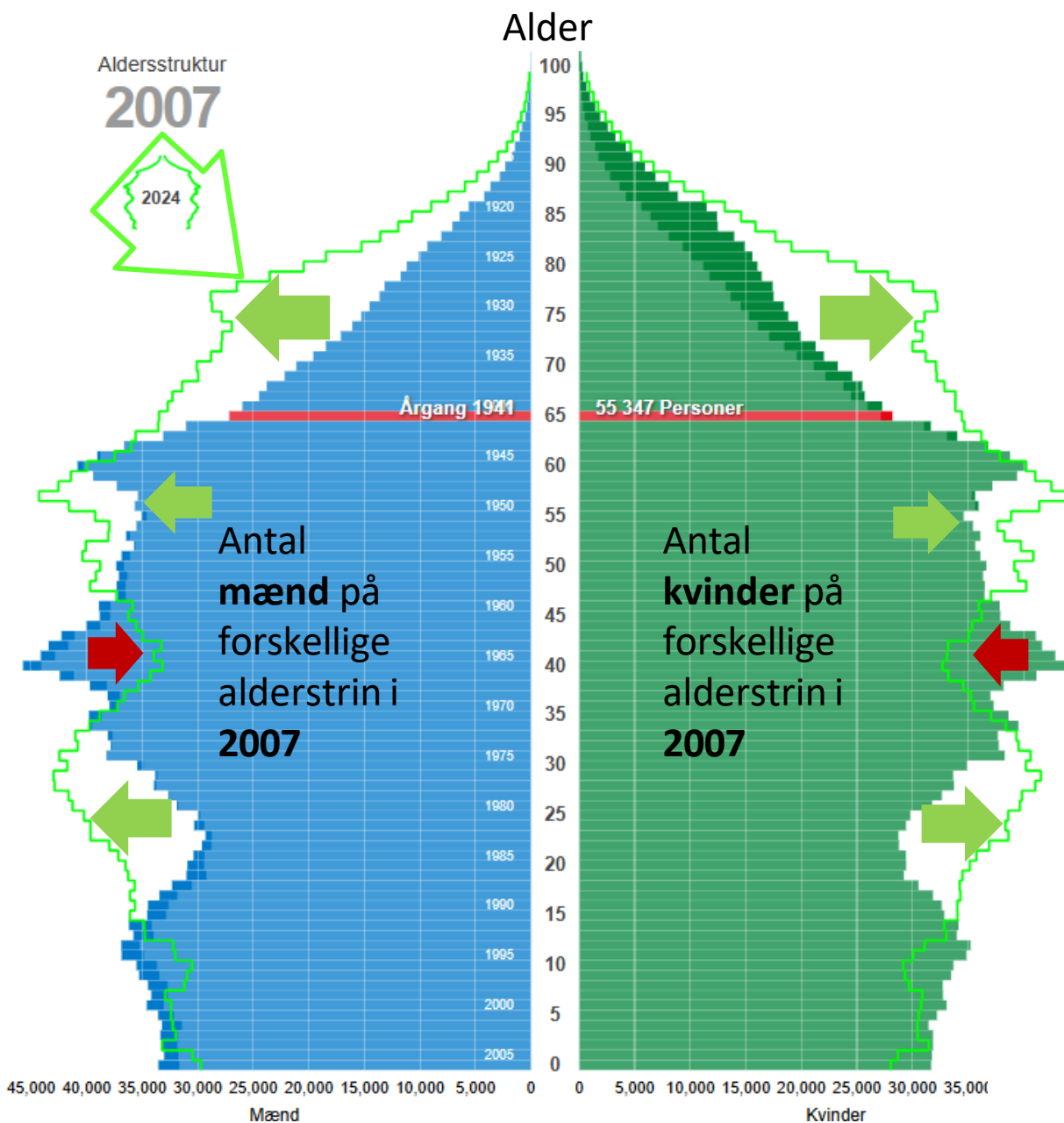
cand.merc., ph.d.

sidselvinge@outlook.dk

Region Sjællands Forskningskonference, 22. September 2025

Baggrundstæppet for reformerne

Flere ældre er ikke en udfordring – hvis der er flere i arbejdsstyrken

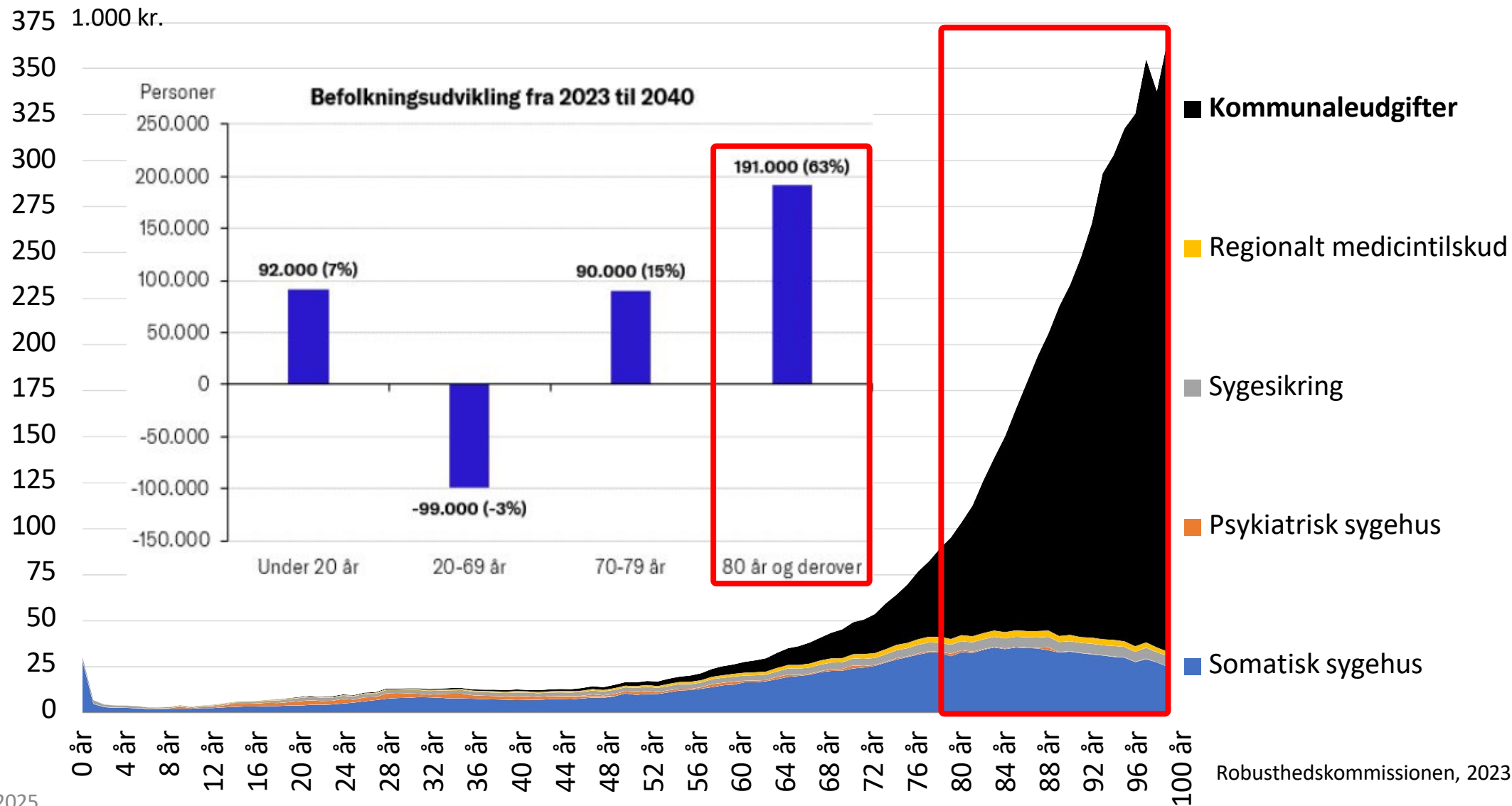


Er '*udflytning*' løsningen?

For at redde hospitalerne fra en tsunami af ældre, multisyge, medicinske patienter, skal flere opgaver og patienter flyttes ud i primærsektoren, i *det nære sundhedsvæsen*.

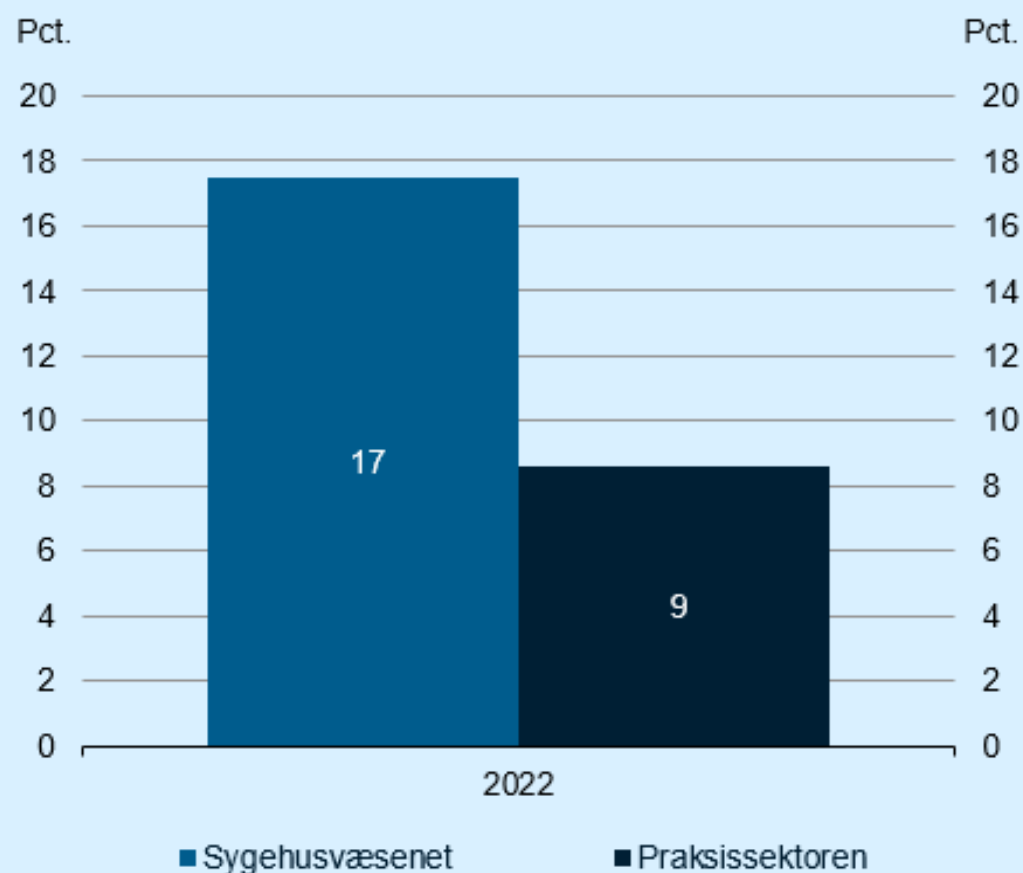
Hvorfor er 'udflytning' den logiske løsning?

Gennemsnitlige udgift pr. borger til sundheds- og omsorgsydelser, 2021

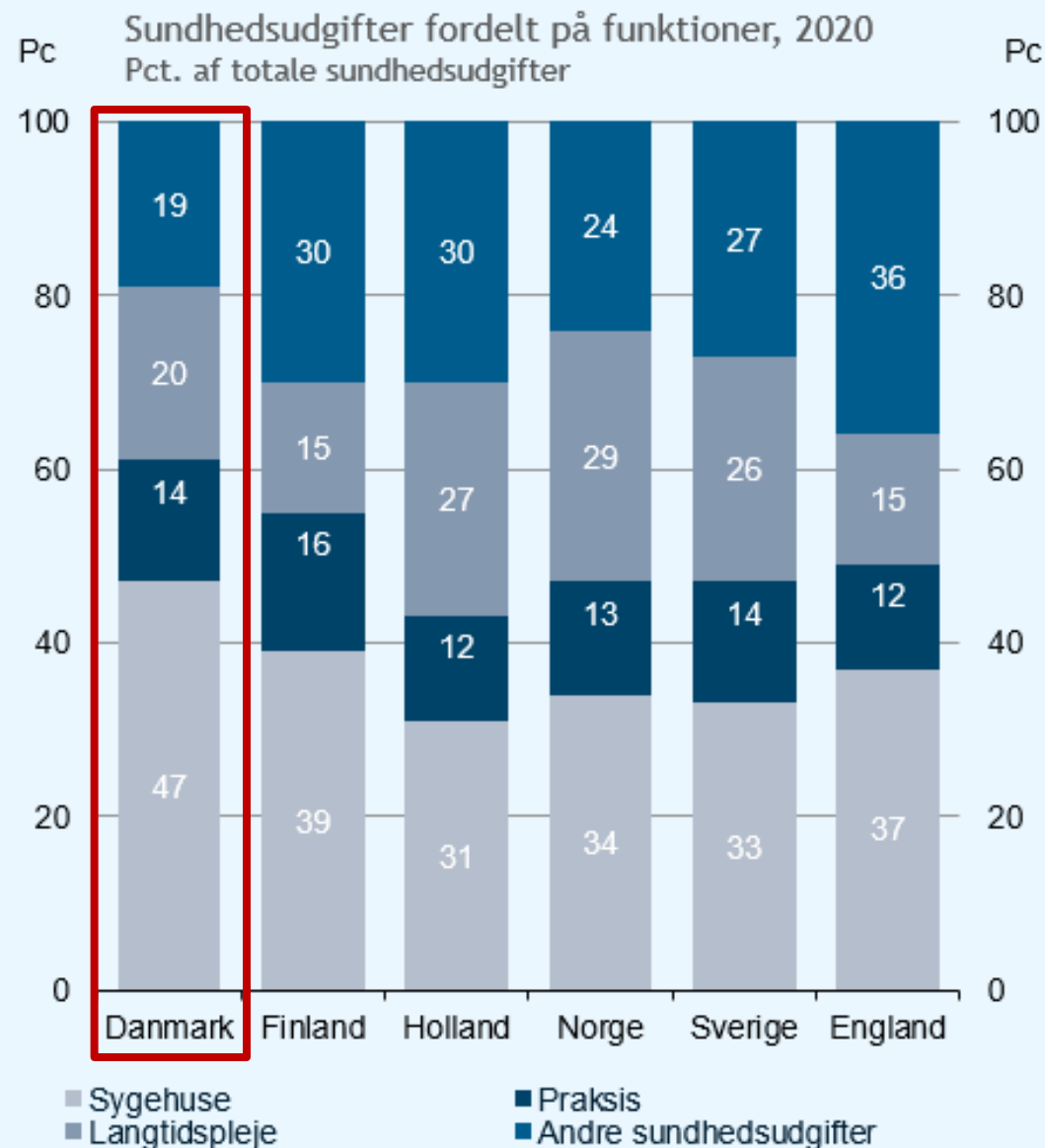


Et bæredygtigt og borgernært sundhedsvæsen: Væksten skal væk fra sygehusene

Procentvis stigning i antal kontakter, 2009 til 2022



Kilde: e-Sundhed



Ansatte (fuldtid) på offentlige sygehuse (2001-2022)

Kilde: eSundhed

120.000

80.000

60.000

40.000

20.000

0

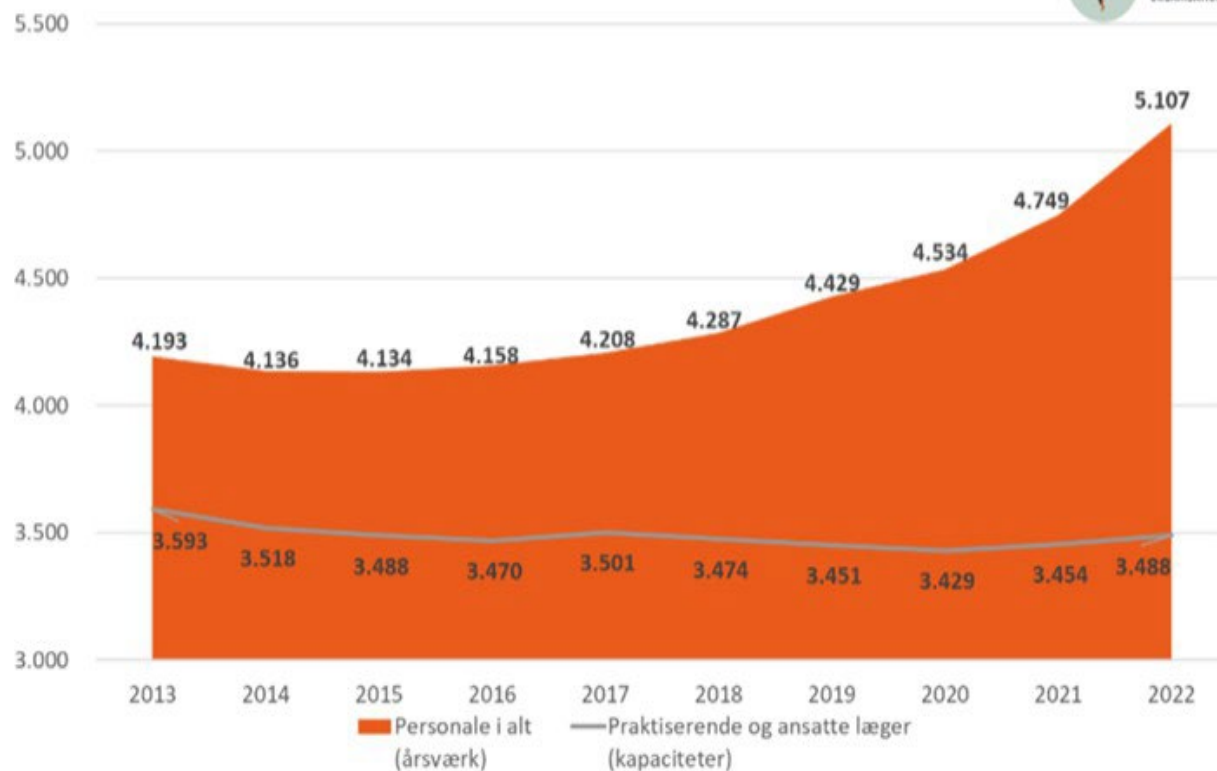
2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022

5.279 5.337 5.444 5.743 5.939 6.250 6.415 6.520 6.800 6.942 7.090 7.192 7.231 7.184 7.213 7.459 7.913 8.246 8.600 8.993 9.386 9.554
1.370 1.486 1.485 1.503 1.583 1.608 1.614 1.514 1.511 1.564 1.680 1.703 1.710 1.756 1.823 1.886 1.955 2.195 2.447 2.608 2.728 2.808
3.867 3.981 4.081 4.233 4.402 4.643 4.784 4.975 5.129 5.408 5.502 5.671 5.920 6.139 6.279 6.392 6.506 6.415 6.313 6.346 6.439 6.460

- Adm. og akademisk personale (ikke patientrettede) (92 %)
- Service, teknisk og øvrigt personale (96 %)
- Rengøringspersonale (- 16 %)
- Køkkenpersonale (- 18 %)
- Portører (- 22 %)
- Socialrådgivere (7 %)
- Pædagogisk personale (111 %)
- Psykologer (142 % fra 2007)
- Tandlæger, tandpejere og -assistenter (221 %)
- Lægesekretærer (1 %)
- Audiologi- og neurofysiologiassistenter (32 %)
- Atypiske stillinger og kandidatuddannede (sundhedsfaglige) (405 % fra 2016)
- Farmaceuter og farmakonomet (169 %)
- Radiografer (138 %)
- Kliniske diætister (39 %)
- Jordemødre (69 %)
- Fysioterapeuter (11 %)
- Ergoterapeuter (10 %)
- Bioanalytikere (35 %)
- Plejere, plejehjemsassistenter, social- og sundhedshjælpere, øvrige plejepersonale (13 %)
- Sygehjælpere (- 97 %)
- Social- og sundhedsassistenter (3 %)
- Sygeplejersker (18 %)
- Øvrige læger (- 15 %)
- Reservelæger (81 %)
- Afdelingslæger (105 %)
- Overlæger mv. (67 %)

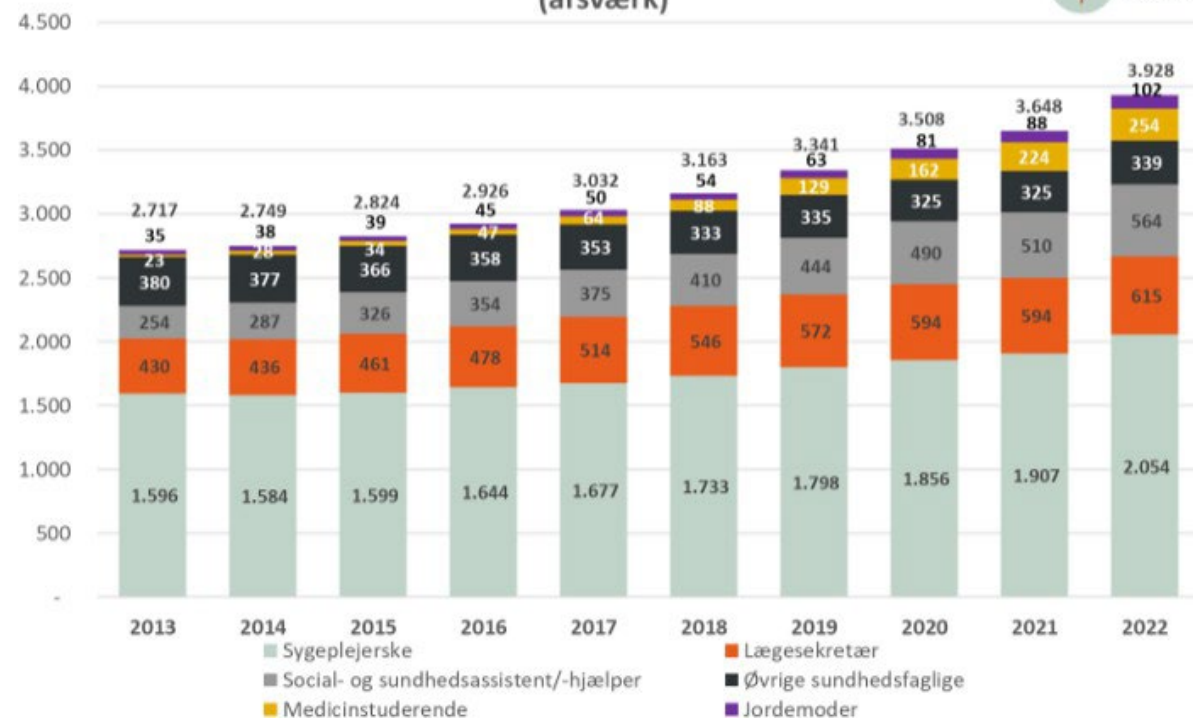
Læger og personale i almen praksis

Personale og praktiserende læger i almen praksis

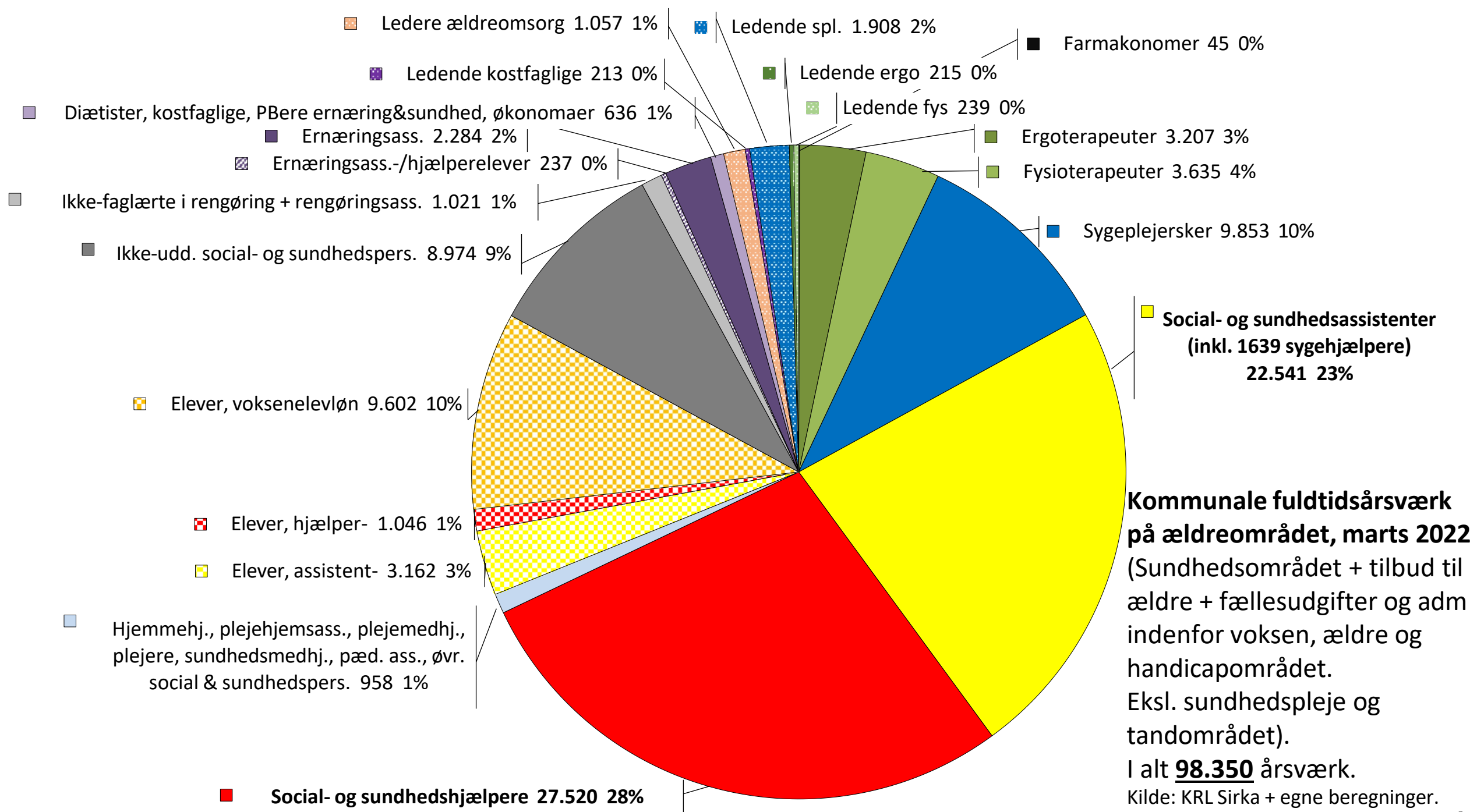


Ansatte indeholder alle faggrupper udover læger (cand.med.).

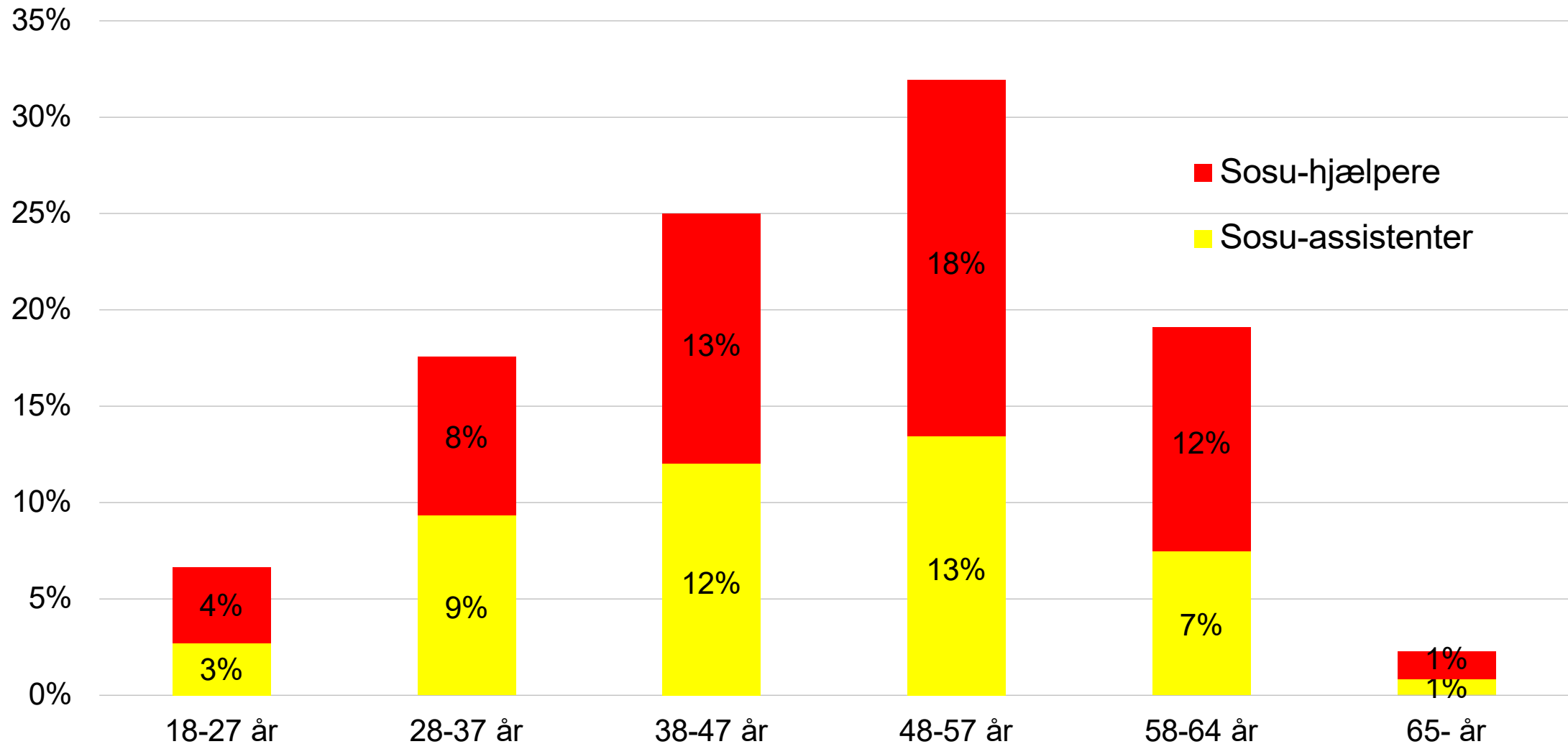
Udvikling i sundhedsfagligt personale i almen praksis (årsværk)



Kilde: PLO analyse (dec. 2022): "Voksevæk i almen praksis – flere ansatte flugter med ambitionerne om et større nært sundhedsvæsen"

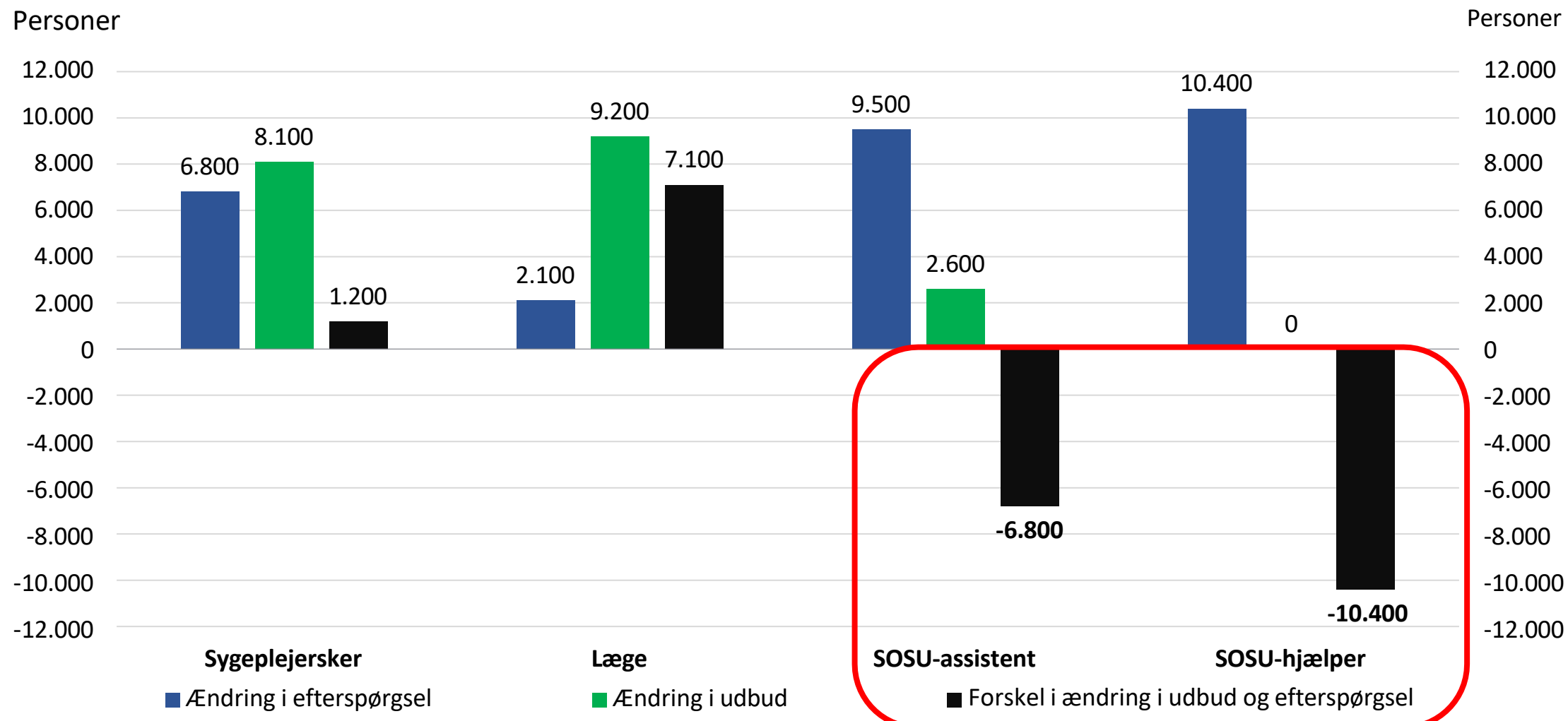


Den største demografiske udfordring



Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra KRL. (figuren er fra VIVE rapport der kan downloades her: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/social-og-sundhedshjaelpere-og-social-og-sundhedsassistenter-i-kommunerne-yzenrpzk/>)

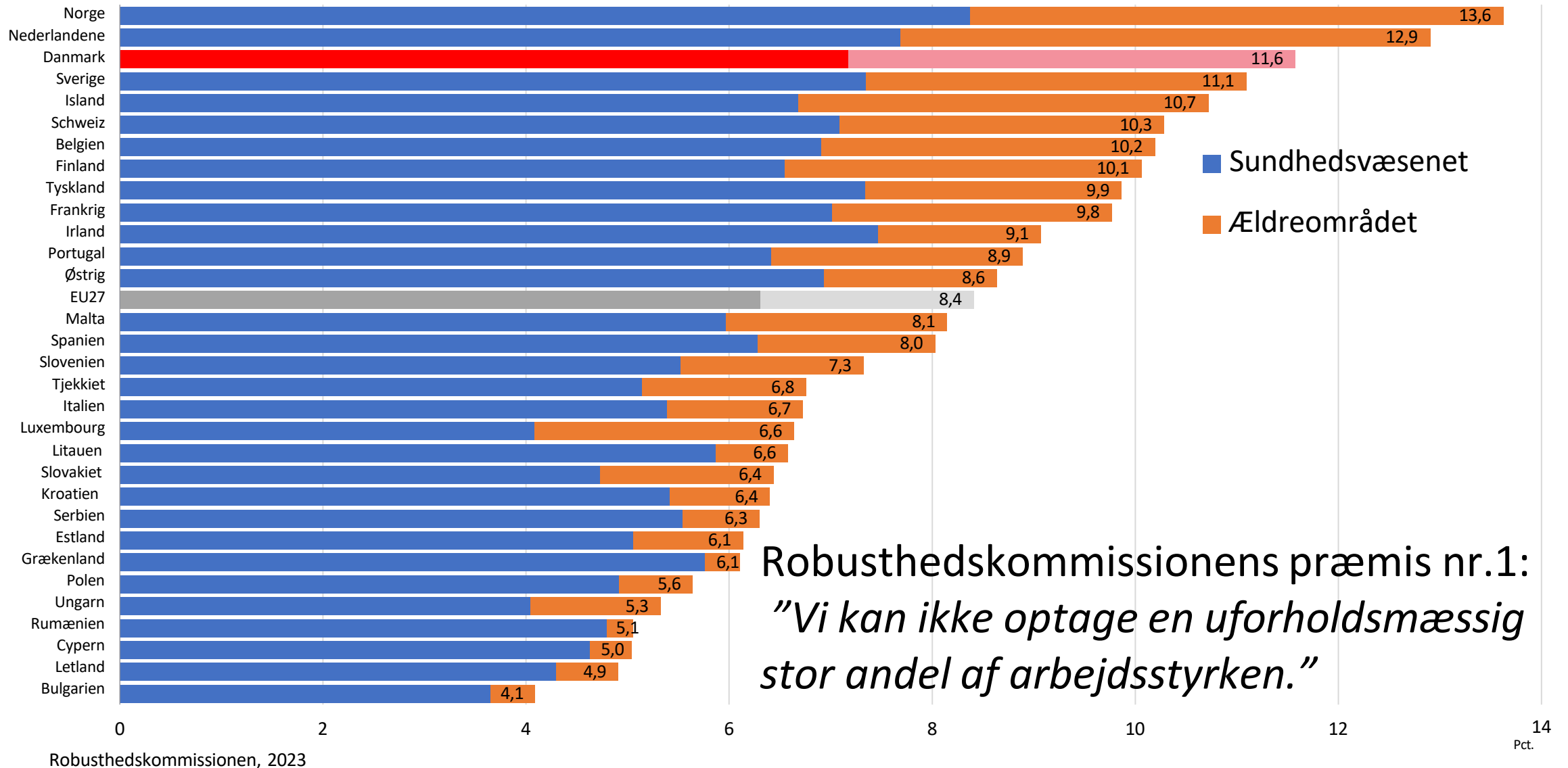
Sundhedspersonale 2030 (i forhold til 2019)



Mekaniske fremskrivninger af ændring i udbud af og efterspørgsel efter medarbejdere i 2030 (i forhold til 2019) Kilde: **Robusthedskommissionen, 2023**

”Demografisikring”: Flere medarbejdere er løsningen

Andel af beskæftigede ansat på sundheds- og ældreområdet, 2022

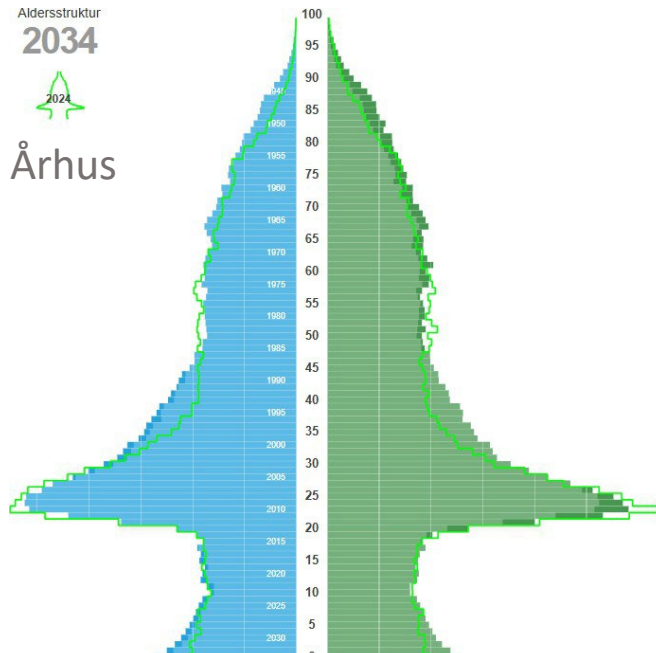


Robusthedskommissionens præmis nr.1:
”Vi kan ikke optage en uforholdsmæssig stor andel af arbejdsstyrken.”

Aldersstruktur
2034



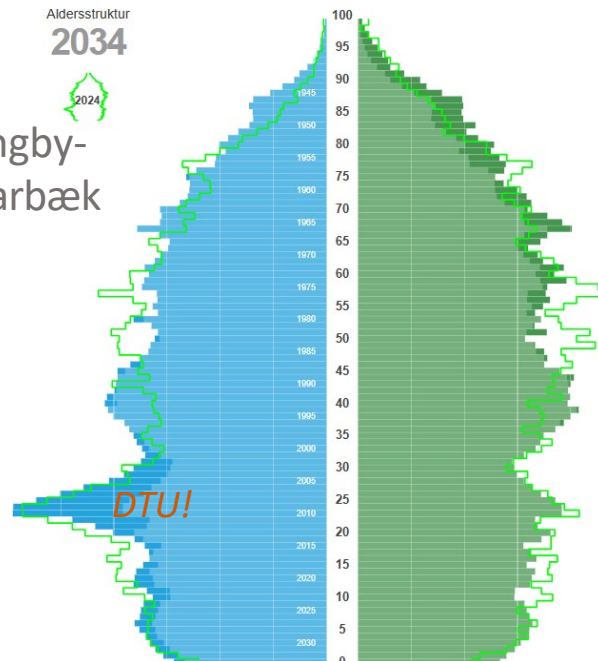
Århus



Aldersstruktur
2034



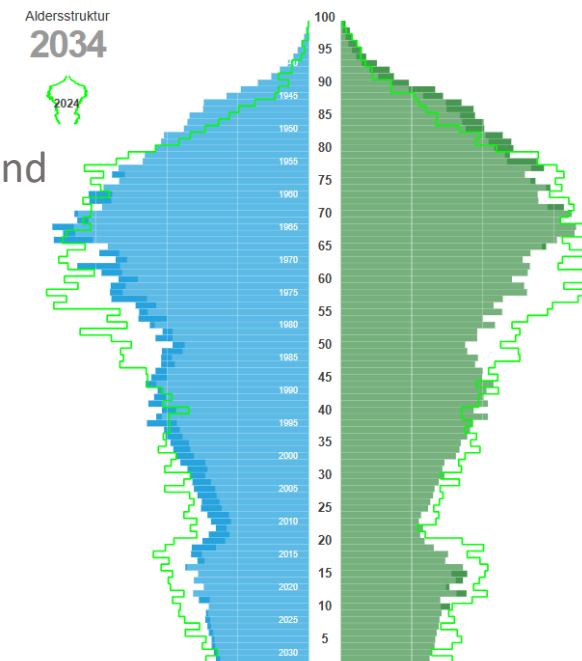
Lyngby-
Taarbæk



Aldersstruktur
2034



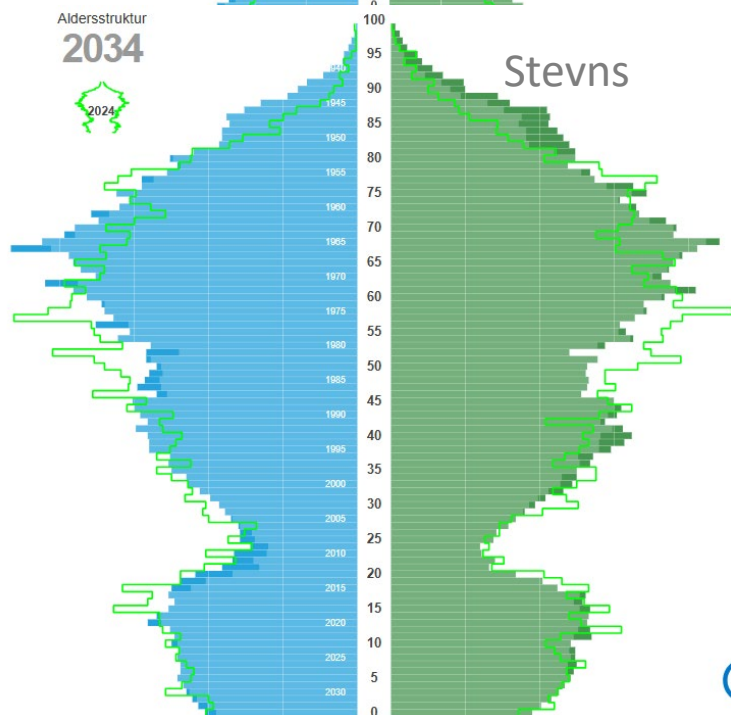
Lolland



Aldersstruktur
2034



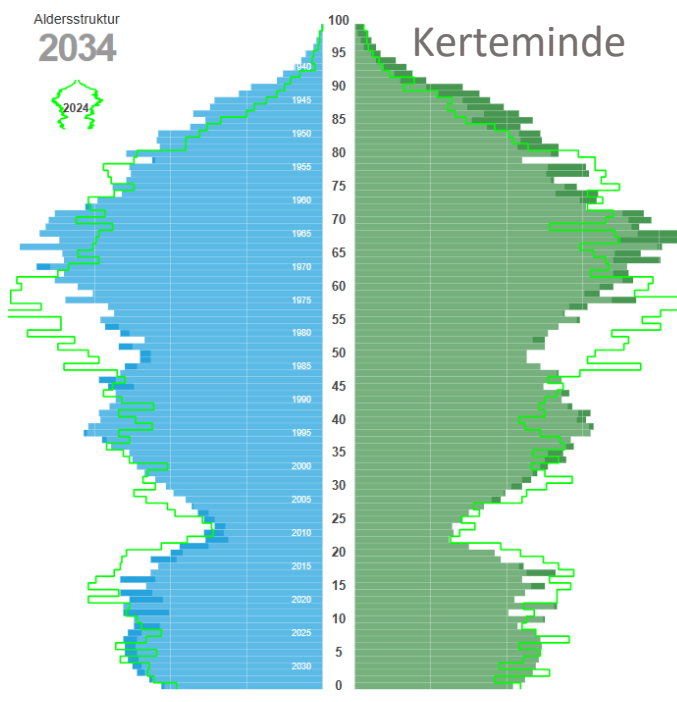
Stevns



Aldersstruktur
2034



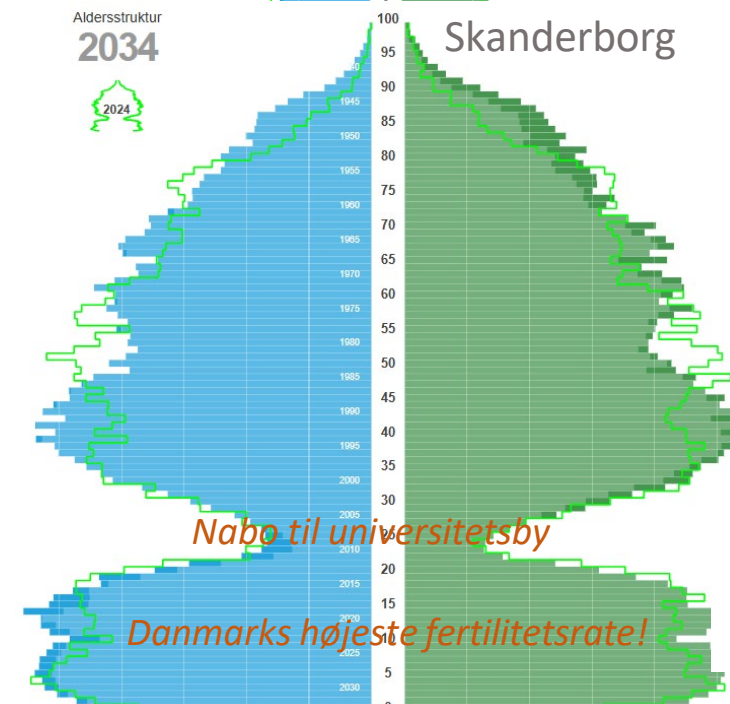
Kerteminde



Aldersstruktur
2034



Skanderborg



Indbyggere (antal 1000)

650

600

550

500

450

400

350

300

250

200

150

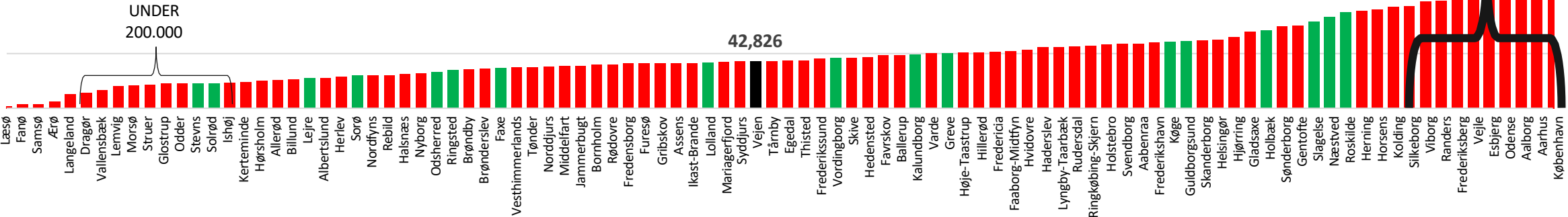
100

50

0

Tusinde

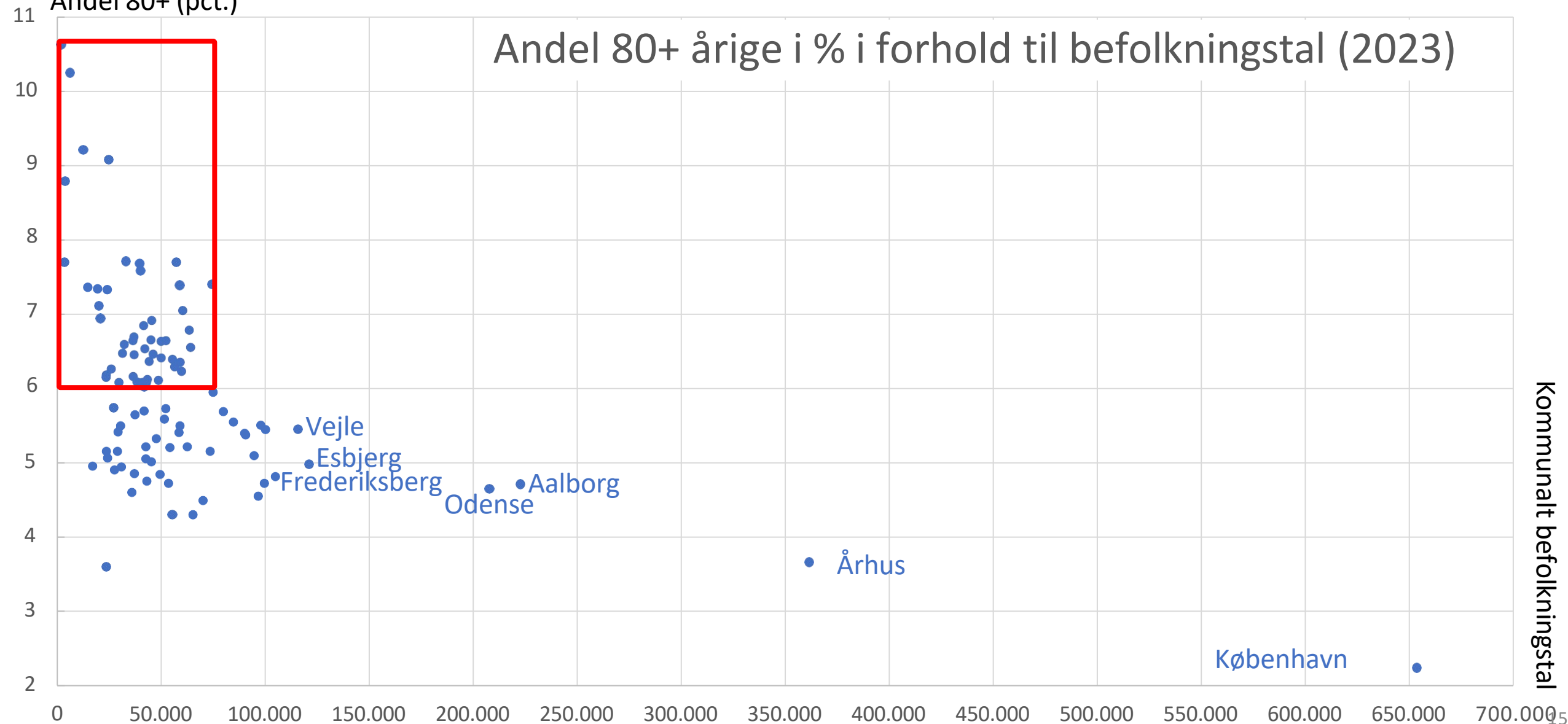
Spredningen i kommunestørrelse



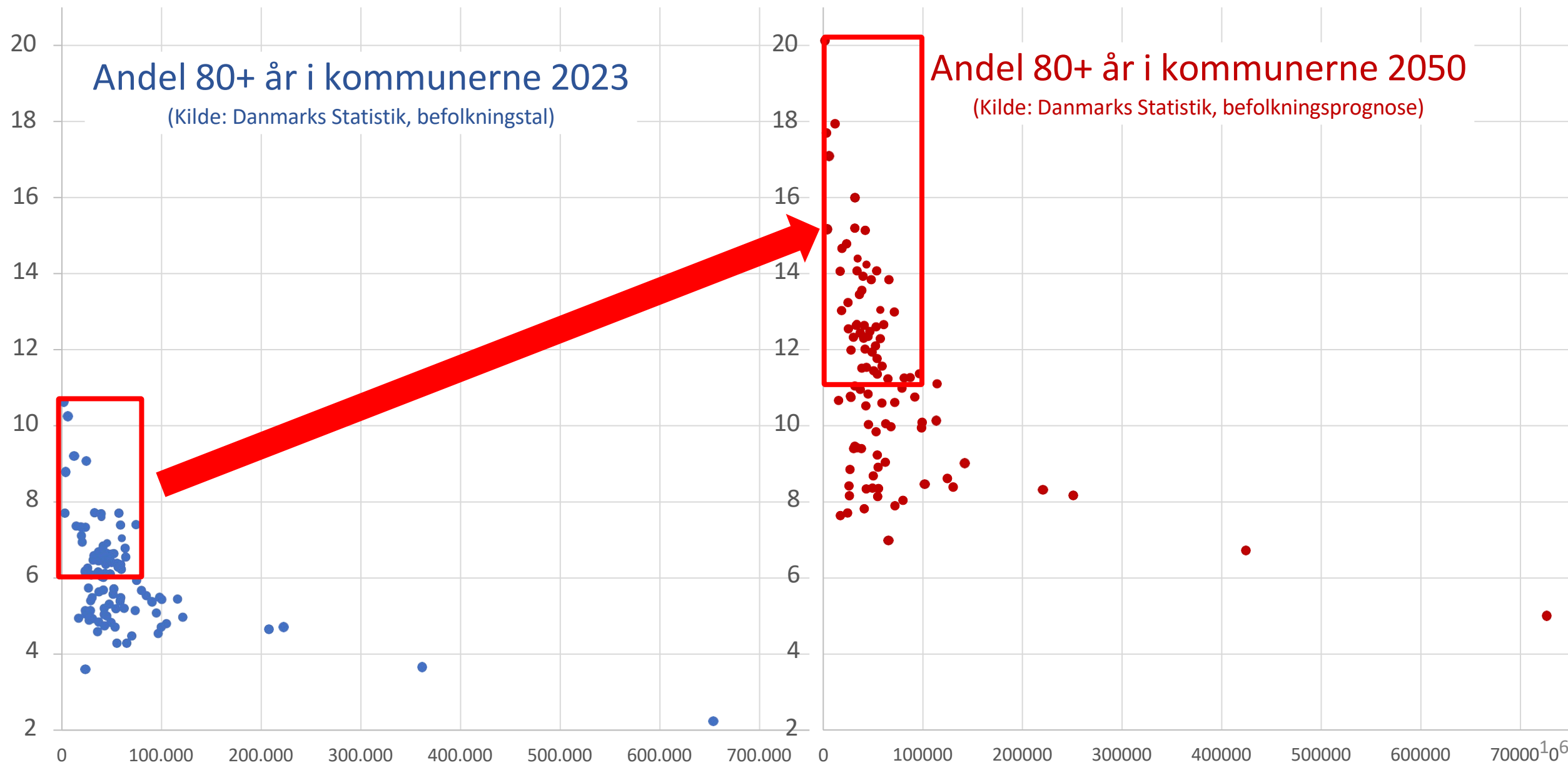
De gamle bor i de små kommuner

Andel 80+ (pct.)

Andel 80+ årige i % i forhold til befolkningstal (2023)

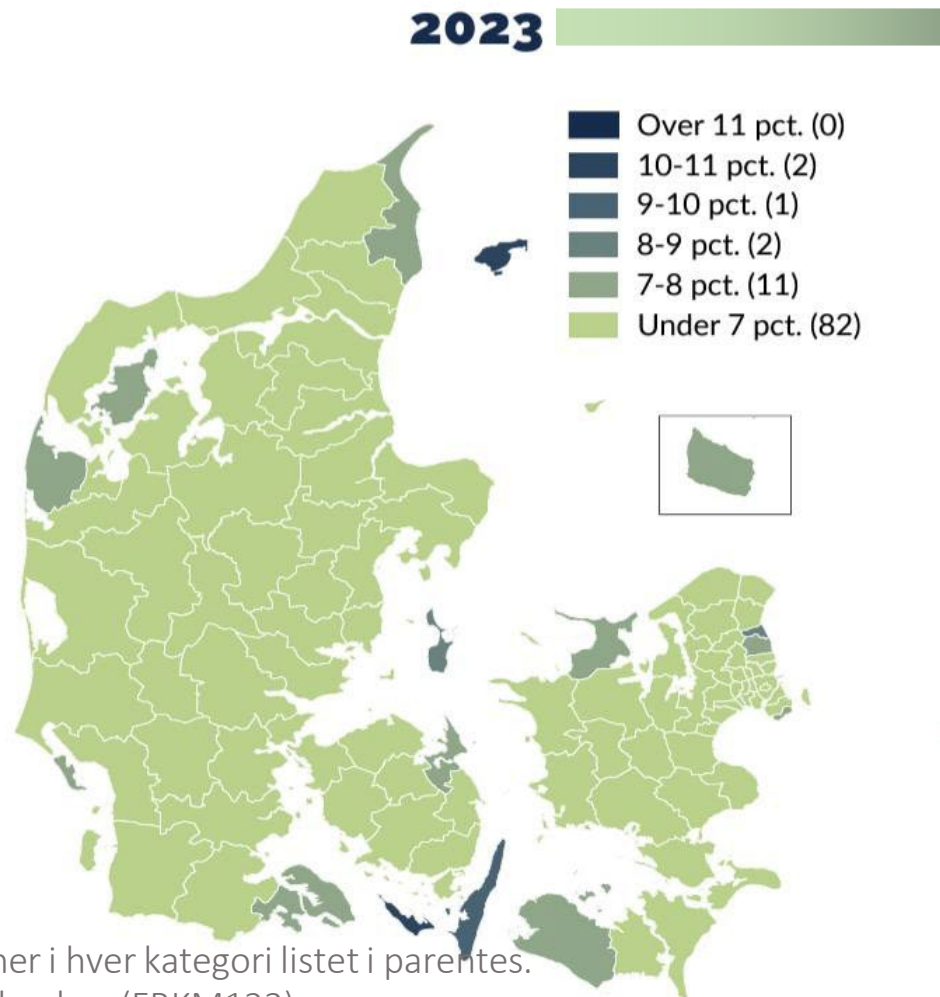


Demografien er de små kommuners problem



Demografien er vandkantskommunernes problem

Kommuner fordelt på andel borgere over 80 år



Antal kommuner i hver kategori listet i parentes.

Kilde: Statistikbanken (FRKM123)

Baggrundstæppet

- En kraftig **vækst i de +80årige** mens **arbejdsstyrken bliver mindre.**
- **Kommunerne** kommer under langt det største pres.
- Der **mangler ca. 15.000 SOSUer** i 2030/35 = ca. **30 %** af de kommunale SOSUer, der udgør ca. **2/3** af medarbejderne i kommunerne.
- Vi kan **ikke løse udfordringerne med vækst:** En større andel af arbejdsstyrken til ældre- og sundhedsområderne er urealistisk og uholdbart.



Reformerne og tre bud på forskningsområder

Kommunalt ansvar for leverance

98 kommuner m direkte valg

Plejehjemspladser

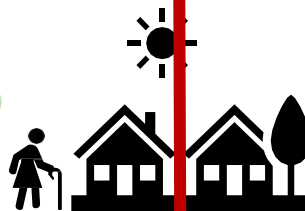


Hjemmepleje (praktisk hjælp og personlig pleje)

Service lov under Ældreminister

Sygepleje (efter lægelig henvisning)

Sundhedslov under Sundhedsminister



Ca. 3.500 selvstændige læger



- *Flere ældre, særligt i små udkantskommuner*
- *Flere multisyge*
- *Flere med kroniske lidelser*
- *Flere med parallelle forløb (frem for sekventielle)*

**Regionalt ansvar
for leverance**

5 regioner m direkte valg

Ca. 20 akutsygehuse

Ca. 10% på højt specialiserede
lands(dels)funktioner



Udviklingen sætter sektorgrænserne under pres

Kommunalt ansvar for leverance

98 kommuner m direkte valg

Plejehjemspladser



Hjemmepleje (praktisk hjælp og personlig pleje)

Servicelov under Ældreminister

Sygepleje (efter lægelig henvisning)

Sundhedslov under Sundhedsminister

+ Akutsygepleje



3.800 sengepladser

Lægedækning 24/7?



Ca. 3.500 selvstændige læger

- Færre fysiske konsultationer
- Flere e-konsultationer
- Vækst i praksispersonale (ca. 50 % læger)



- Flere ældre, særligt i små udkantskommuner
- Flere multisyge
- Flere med kroniske lidelser
- Flere med parallelle forløb (frem for sekventielle)

Regionalt ansvar for leverance

5 regioner m direkte valg

Ca. 20 akutsygehuse

Ca. 10% på højt specialiserede

lands(dels)funktioner

- Mange flere læger (10.500->18.800 fra 2001-22: +80 %)
- Meget mere ambulant aktivitet
- Meget kortere indlæggelser -> færre sengepladser

Hvad ændrer reformerne i praksis?

Kommunalt ansvar for leverance
98 kommuner m direkte valg

Plejhjemspladser



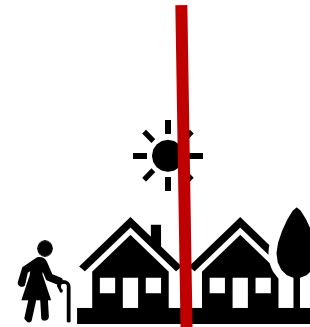
Helhedspleje (i faste teams)

Praktisk hjælp, personlig pleje og træning uden
indlæggelse Ældrelov under Ældreminister



Almen sygepleje (efter lægelig henvisning)

Sundhedslov under Sundhedsminister



Ca. 1000
senge?



Kronikerrehabilitering
(Dele af) genoptræningen



Specialiseret

Akutsygepleje



~~Ca. 2850 sengepladser?~~
Lægedækning 24/7+

Hjemmebehandlingsteams



4 regioner m direkte valg

Ca. 20 akutsygehuse

Ca. 10% er lands(dels)funktioner



Ca. 3.500 selvstændige GPs

- Færre fysiske konsultationer
- Flere e-konsultationer
- Vækst i praksispersonale (ca. 50 % er læger)
- **Endnu** flere ældre i de små udkantskommuner
- **Endnu** flere multisyge
- **Endnu** flere med kroniske lidelser
- **Endnu** flere med parallelle forløb



**Regionalt ansvar
for leverance**

- Kortere indlæggelser → færre sengepladser
- Mere ambulans aktivitet
- Flere læger

Sengepladser i udvikling

Kommunalt ansvar for leverance
98 kommuner m direkte valg

Plejhjemspladser



Helhedspleje (i faste teams)

Praktisk hjælp, personlig pleje og træning uden
indlæggelse *Ældrelov under Ældreminister*



Almen sygepleje (efter lægelig henvisning)

Sundhedslov under Sundhedsminister



Kronikerrehabilitering
(Dele af) **genoptræningen**

Specialiseret
Akutsygepleje



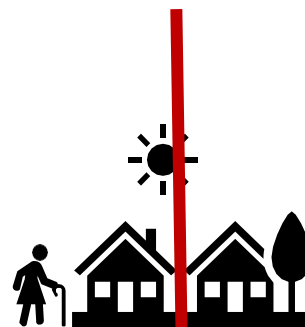
Hjemmebehandlingsteams



4 regioner m direkte valg

Ca. 20 akutsygehuse

Ca. 10% er **lands(dels)funktioner**



Ca. 3.500 selvstændige GPs

- *Færre fysiske konsultationer*
- *Flere e-konsultationer*
- *Vækst i praksispersonale (ca. 50 % er læger)*



Ca. 1000
senge?



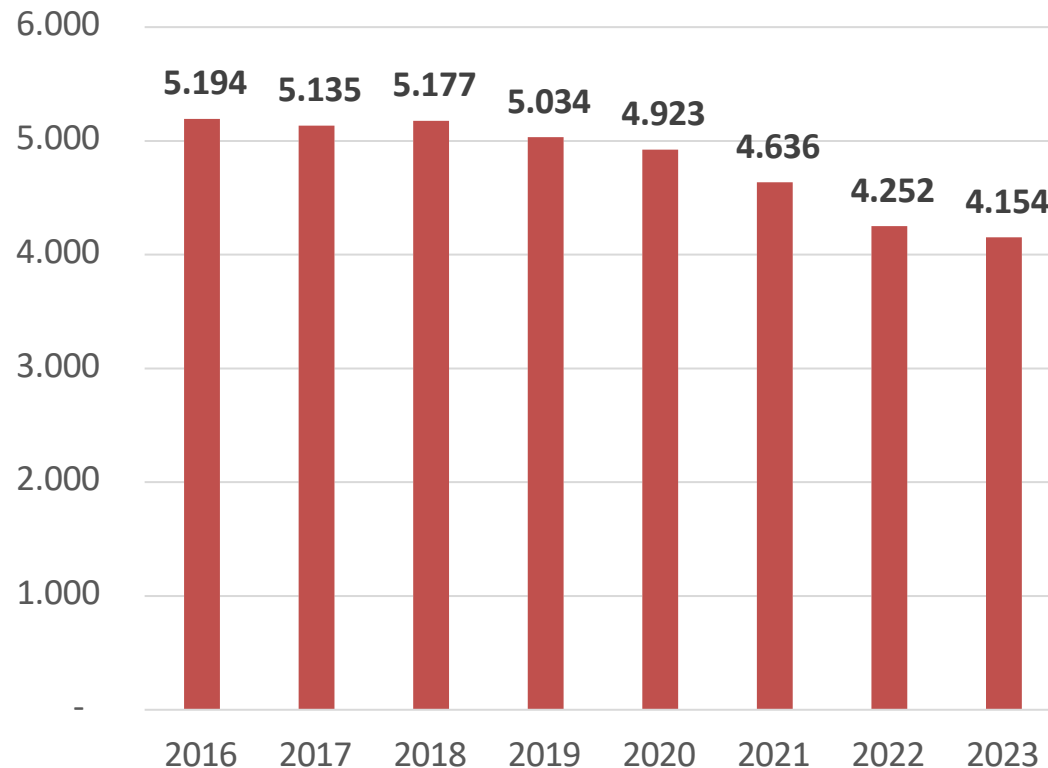
~~Ca. 2850 sengepladser?~~
Lægedækning 24/7 +



**Regionalt ansvar
for leverance**

Udviklingen i regionale og kommunale senge

Medicinske sengepladser

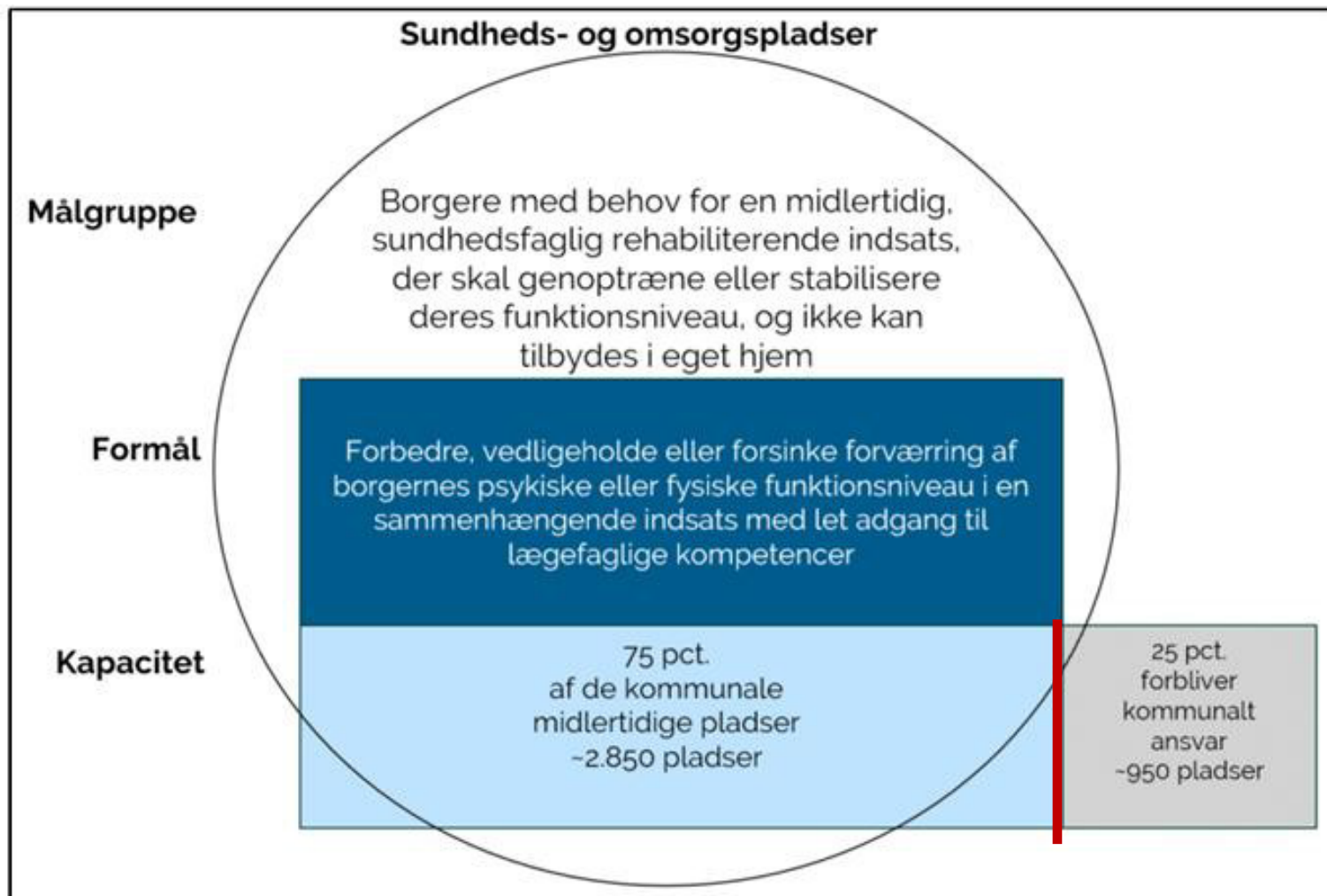


Kommunale sengepladser

- Ca. **3.800 sengepladser** (ca. 5 % af dem er akutpladser under SUL, *iflg Implement juni 2023*)
- 3.800 sengepladser svarer til ca. **91 %** af den samlede medicinske sengekapacitet på hospitaler

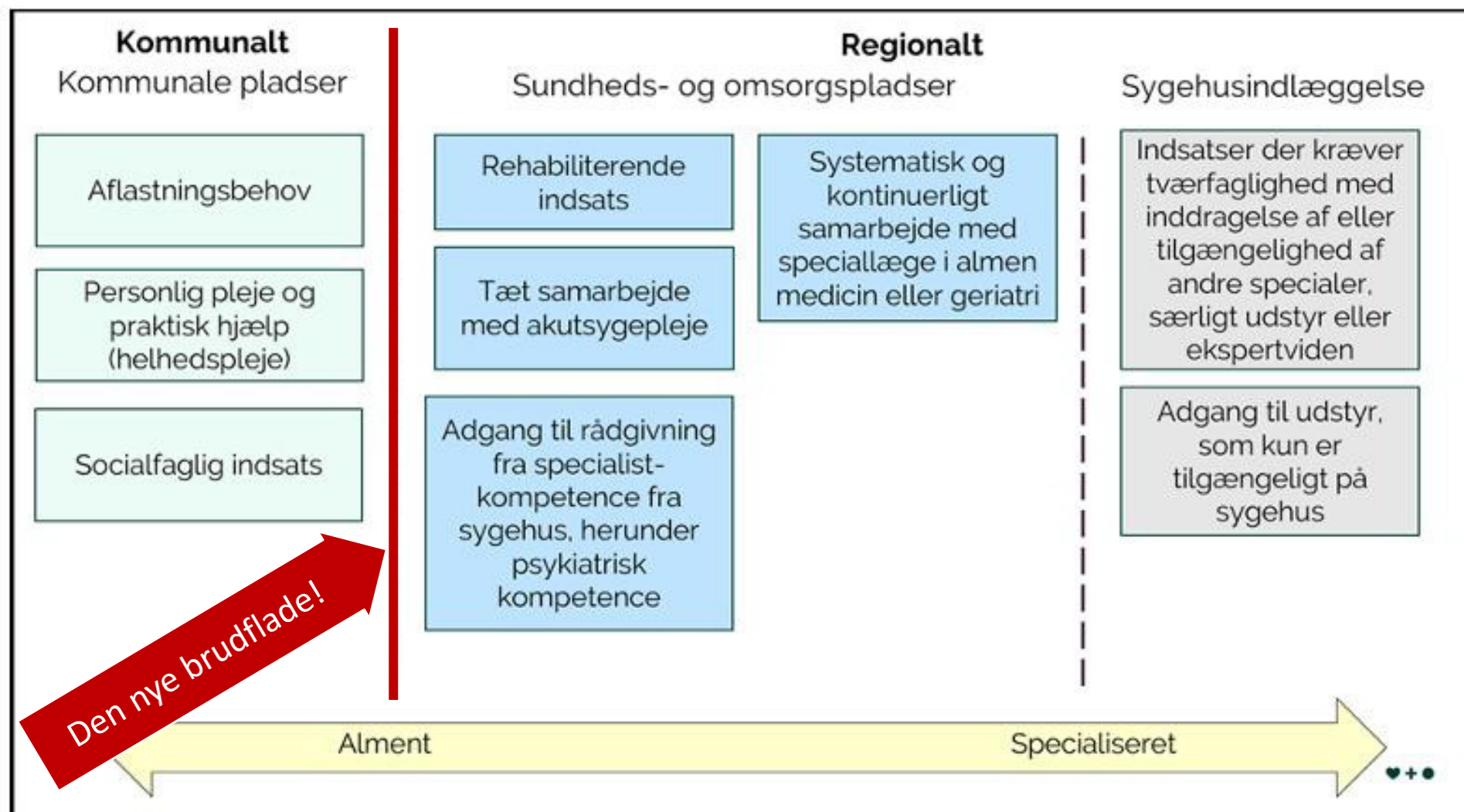
Kilde: www.esundhed.dk "Sengepladser og belægning på sygehuse", disponible senge fordelt på specialeblokke.

Fra kommunale til regionale senge



Kilde: "Målgruppe for sundheds- og omsorgspladser", Sundhedsstyrelsen, marts 2025

Reform: Fra kommunale til regionale senge



Kilde: "Målgruppe for sundheds- og omsorgspladser", Sundhedsstyrelsen, marts 2025

Fra hjemmepleje og sygepleje til helhedspleje

Massiv mangel på
SSA/SSHJ?

Kommunalt ansvar for leverance
98 kommuner m direkte valg

Plejhjemspladser



Helhedspleje (i faste teams)

Praktisk hjælp, personlig pleje og træning uden
indlæggelse Ældrelov under Ældreminister

Almen sygepleje (efter lægelig henvisning)

Sundhedslov under Sundhedsminister



Kronikerrehabilitering
(Dele af) genoptræningen

Specialiseret

Akutsygepleje



Hjemmebehandlingsteams



4 regioner m direkte valg

Ca. 20 akutsygehuse

Ca. 10% er lands(dels)funktioner

Rekruttering af **sygeplejersker** – når hjemmesygeplejen deles
i almen og specialiseret akut sygepleje, og kun det almene
bliver i kommunerne, og skal integreres i helhedsplejen, og
kronikerspecialister + sengepladser flytter?

Ca. 3.500 selvstændige GPs

- Færre fysiske konsultationer
- Flere e-konsultationer
- Vækst i praksispersonale (ca. 50 % er læger)



Rekruttering af **ergo/fys** – når
hele kronikeromsorgen og dele
af rehabiliteringen flytter?

Ca. 1000

sengepladser?



Ca. 2850 sengepladser?
Lægedækning 24/7+

Regionalt ansvar
for leverance

De 'spændende' opgaver, som siden 2007 har
gjort det lettere for kommunerne at tiltrække
(dygtige) sygeplejersker, ergo, fys mv., flytter nu
ud af kommunerne, over i regionerne



Frit valg: 300 private leverandører, 40 % af borgerne

Tabel 2.2

Udvikling i andel af hjemmehjælpsmodtagere i eget hjem i alderen 67 år og derover, der benytter privat leverandør, 2011-2021

	2011	2014	2017	2021
	----- Pct. -----			
Benytter privat leverandør: Modtagere af hjemmehjælp i alt	33,4	37,5	34,8	39,3
Benytter privat leverandør: Modtagere der udelukkende modtager personlig pleje	5,4	8,5	9,0	8,6
Benytter privat leverandør: Modtagere der udelukkende modtager praktisk hjælp	44,0	48,2	44,0	44,9
Benytter privat leverandør: Modtagere af både personlig pleje og praktisk hjælp	28,1	34,1	32,5	39,9

Tabel 2.3

Udvikling i antal private leverandører af hjemmehjælp i eget hjem, 2011-2021

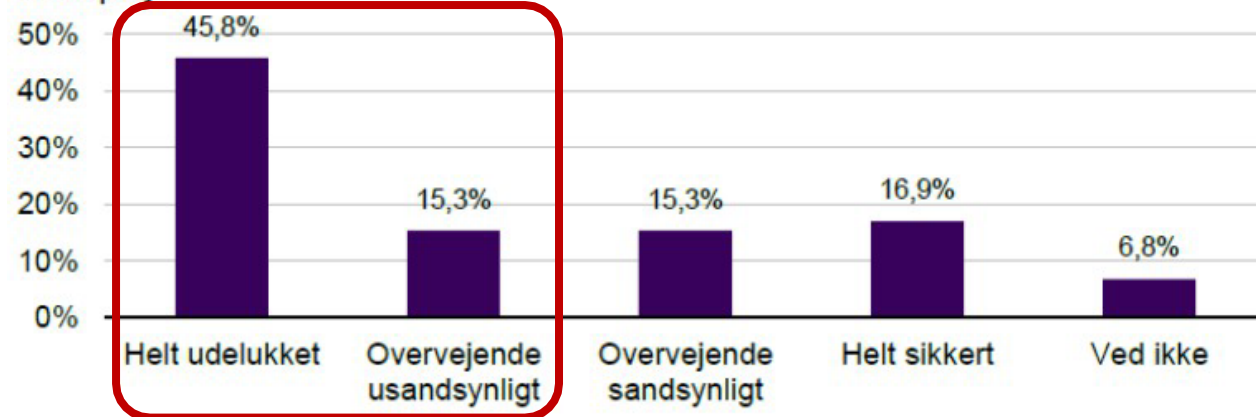
2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
396	396	459	432	375	326	357	320	287	305	299

Redegørelse om ældreområdet, Social-, Bolig- og Ældreministeriet 2023

Reformerne og de private leverandører

- Private leverandører skal kunne levere **alle** ydelser i helhedsplejen:
 - Praktisk hjælp, personlig pleje, genoptræning og rehabilitering.
- Sundhedsreformen betyder, at (almen) **sygepleje** skal indgå i helhedsplejen, og at det dermed også bliver et krav for de private leverandører.

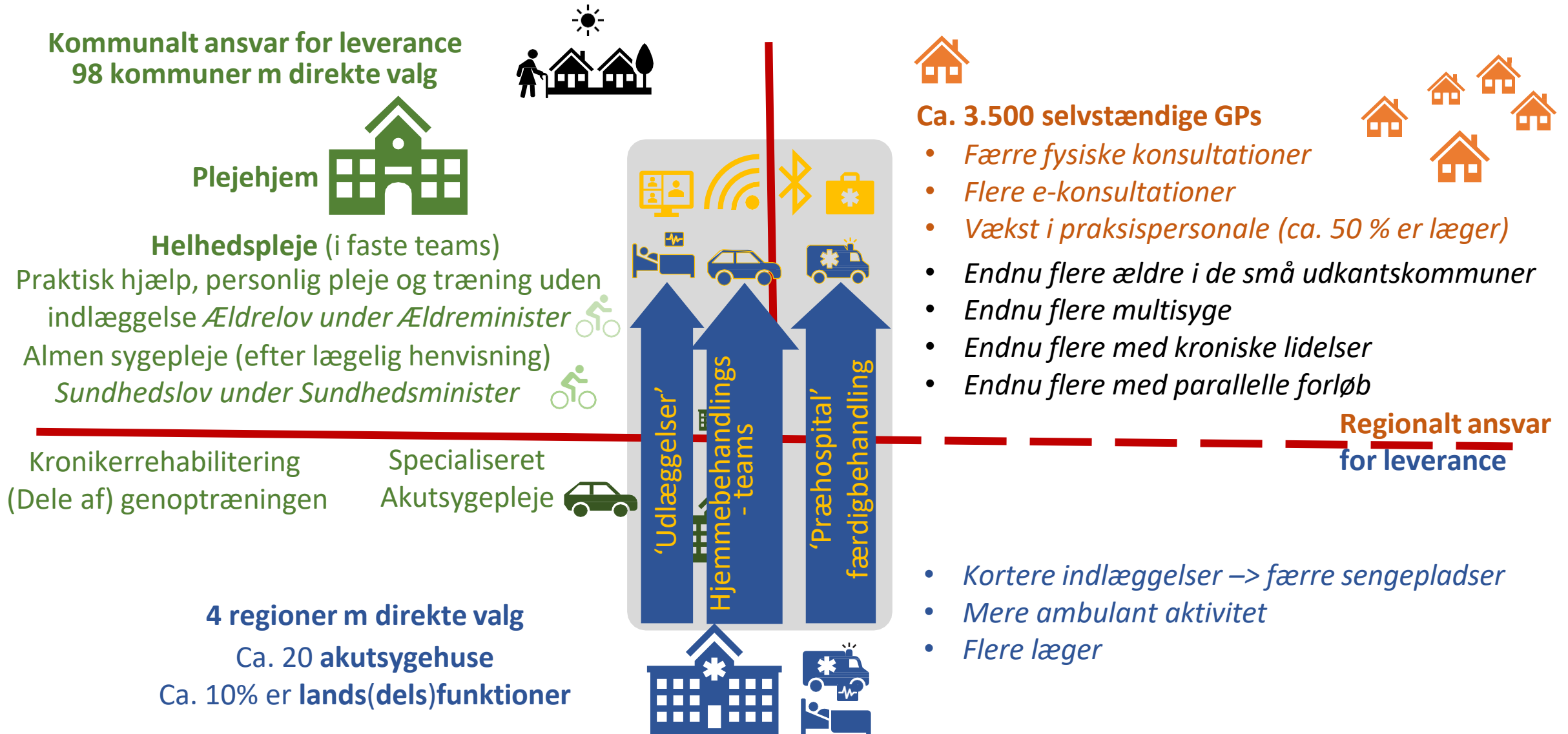
Hvor sandsynligt er det, at I som selvstændig virksomhed vil kunne leve op til kravet om at levere alle typer af ydelser indenfor helhedsplejen til den kommunale ældrepleje?



Anm.: N=59. *Tre respondenter har angivet, at de allerede leverer alle ydelser inden for helhedsplejen, men har ved en fejl ikke haft mulighed for at besvare dette spørgsmål. De vurderes dog at falde under kategorien "helt sikkert", og er derfor manuelt tilføjet hertil i figuren. Én respondent har ikke besvaret spørgsmålet. Spørgsmålsformulering i fuld længde: "Hvor sandsynligt er det, at I som selvstændig virksomhed vil kunne leve op til kravet om at levere alle typer af ydelser indenfor helhedsplejen (praktisk hjælp, personlig pleje, genoptræning, rehabilitering og sygepleje i borgerens hjem)?" Kilde: DI's egen spørgeskemaundersøgelse.

Kilde: Dansk Industri, dec. 2024: "Nye krav til helhedspleje udelukker mange private leverandører"

Regionerne: Fra sygehusdrift til sundhedsvæsen



Tre bud på pejlemærker for forskningen

1. Forskning skal bidrage til at finde **realistiske** løsninger på de **store og væsentligste** udfordringer på **sundheds- og ældreområderne**
2. Husk altid **baggrundstæppet**: Der er ikke brug for utopiske 'løsninger i en skorsten'
3. Fokus på det, som reelt **forandres** (flyttes/ændres) – både de intenderede **virksomheder** og de ikke-intenderede **bivirkninger**

Del 1.

Hvad siger Forskningen?

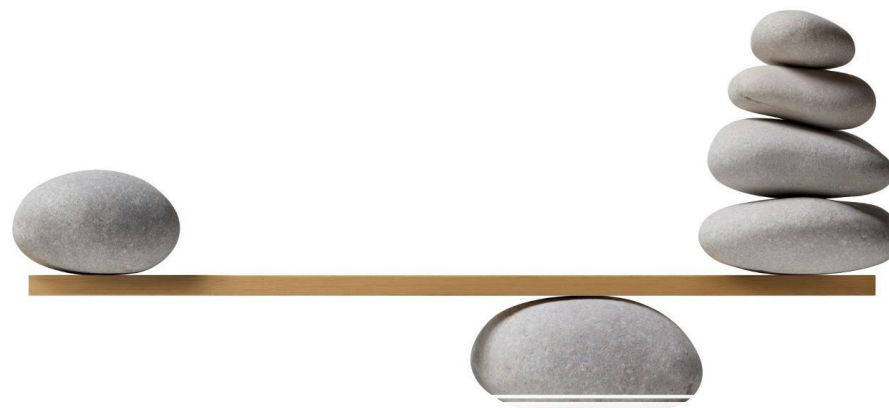


Lighed i Sundhed

Merete Labriola & Susanne Dalton

Lighed i sundhed – hvordan kan forskningen bidrage til forandring i fremtiden?

- Susanne Dalton, Professor, Sjællands Universitetshospital & leder, Dansk Forskningscenter for Lighed i Kræft (COMPAS).
- Merete Labriola, Professor, Afd. for Social Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, KU. Leder, Center for Sundhedsforskning, SUH. Nykøbing F.





Vi forsker i (u)lighed i sundhed:

- Identificere sociale-og sundheds-determinanter
- Forsker i underliggende mekanismer
- Evaluere effektive af tiltag/interventioner
- Adgang til sundhedsvæsenets ydelser
- Brug af sundhedsvæsenet ydelser
- Kvalitet i sundhedsvæsenet ydelser
- Spore fremskridt

Fra det relationelle til det strukturelle





Arbejdsmiljø under sundhedsreformen

**Befolkningsundersøgelser
LOFUS**

**Tidlige effekter af sundhedsreformen
på geografisk ulighed i sundhed**

Livsforløb unge/geografisk ulighed

**Hjerte
rehabilitering**

HPV Vacciner

**Screening
for lungekræft**

Forebyggelse

Sundhedsfremme

**Geografisk ulighed
i diagnostik**

**Nikotinfri generation
JA-SAFE**

Population Health Management



Ulighed i fysisk aktivitet, SEP og brugen af sundhedsydelser

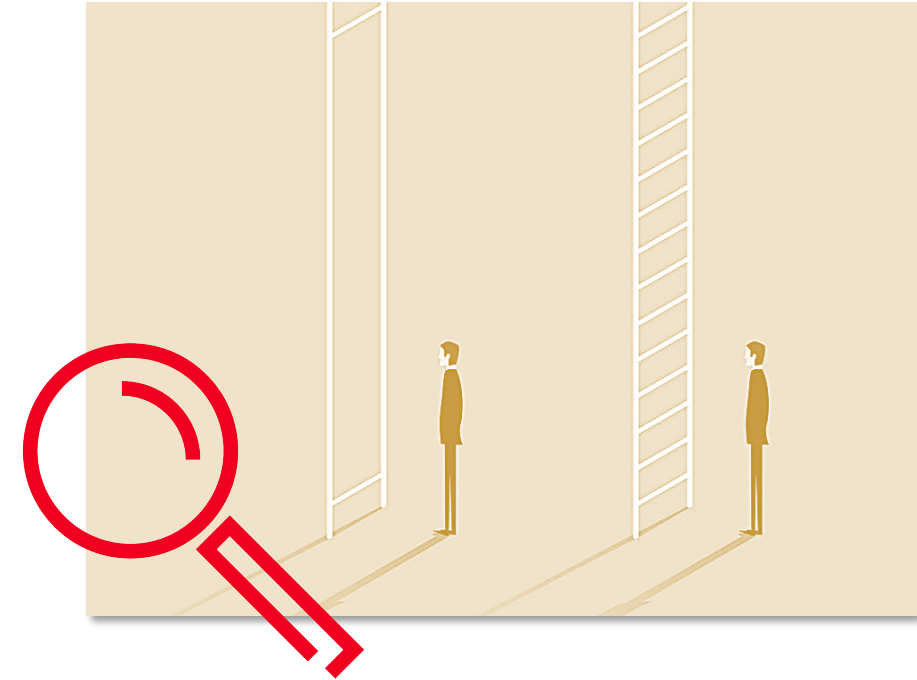
Dansk Forskningscenter for Lighed i Kræft (COMPAS)

Når man bliver syg - kræft som modelsygdom

Personer med færre ressourcer:

- Screener mindre
- Kommer senere
- Har dårligere helbred
- Falder mere ud af pakkeforløb
- Dropper mere ud af eller får mindre behandling
- Får mindre rehabilitering og starter palliation senere

Ulighed igennem kræftforløbet driver ulighed i **livskvalitet** og **overlevelse**



Indsatser målrettet ulighed i sygdomsforløb

2 principielle tilgange

Målrettet indsats til sårbare patienter:

definition af sårbare patienter – dynamisk og sygdomsspecifik

Indsats rettet mod ALLE patienter med fokus på inklusion af sårbare patienter:

overgange og sammenhæng i kræftforløbet

kliniske arbejdsgange: "systemets" rolle i uligheden...

COMPAS

Neotrain
Træning under neoadjuverende kemoterapi

Navigate
Individual support during lung cancer treatment

OSCAR
KRIS

PHILUCA

AMBOR
ADVANCED MODELING OF BALTIC CANCER e-CARE

Interreg
South Baltic
Co-funded by the European Union

IMPRESS

Lighed i sundhed – Hvordan kan forskningen bidrage til forandring i fremtiden?

Jo flere der lever med godt helbred, høj livstilfredshed og godt funktionsniveau, jo bedre for os alle sammen - Forskning i at optimere lighed i sundhed kan betale sig

Vi ser at:

1. **Forskningen har medansvar for at realiserere sundhedsreformen**
2. **Forskningen i (u)lighed skal indgå i kædeansvaret i samarbejde med klinikerne, på tværs af discipliner og sektorer**
3. **Integrere lighedsperspektivet i alle nye forskningsprojekter**
4. **Identificere og holde fokus på særlige sårbare grupper -køn, alder, etnicitet, SEP samt geografi**



Multisygdom og ældresundhed

Bo Abrahamsen & Anne Frølich



Multisygdom – og ældresundhed, hvor gør vi en forskel i dag, og hvor bør vi justere kursen fremadrettet?

Eksempel 1 - Osteoporose



Bo Abrahamsen

Professor, overlæge

¹ Medicinsk Afdeling 1 – Holbæk Sygehus

² Klinisk Institut, Syddansk Universitet

REGION SJÆLLAND
HOLBÆK SYGEHUS



- vi er til for dig

Osteoporose – vi har effektive behandlinger men vi bruger dem ikke så meget (kun hver fjerde med osteoporose i DK er i behandling)

- Problemstilling: Folkesygdom, ca 600.000 danskere har osteoporose.
8,000 hoftebrud og 20,000 brud på skulder eller underarm om året.
Antallet af osteoporotiske brud på rygsøjlen er ukendt – det officielle antal er 2,200 men de færreste brud fører til en diagnose i Landspatientregistret.
- Udfordringer: 2025 til 2045 stigning i 70+ bef med 34% fra 920.000 idag til 1.2 mio, vil udgøre 20% af bef mod 15% nu. Medicinsk behandling af osteoporose er blandt de mest effektive lægemidler der findes (mere end 50% risikoreduktion) men størstedelen af patienterne får ingen behandling og mange tør ikke starte behandlingen på grund af frygt for bivirkninger/risici.

Hvad min forskning bidrager med?



- **2010** Tilskud af D-vitamin nedsætter **ikke** risikoen for knoglebrud i den brede befolkning. Taget med kalktilskud fører det til en lille reduktion i risikoen. Man skal ikke være nervøs for at det giver blodpropper i hjertet at tage kalktilskud.
- **2010** **Mænd har høj dødelighed** efter hoftebrud sammenlignet med kvinder og forskellen kan ikke forklares alene ud fra forskellene i kroniske sygdomme mellem mænd og kvinder med hoftebrud.
- **2012** Alendronatbehandling for osteoporose er **ikke** forbundet med øget risiko for kræft i spiserør eller mavesæk og der er tegn på lidt lavere forekomst af coloncancer.
- **2013** KOL patienter i Danmark har **40% større** sandsynlighed for at få udskrevet alendronat end jævnalderende raske.
- **2017** Børns D-vitaminiveau ved fødslen påvirker **ikke** risikoen for knoglebrud i barnealderen
- **2017** En væsentlig del af faldet i risikoen for hoftebrud hos ældre kvinder kan statistisk set ikke tilskrives brugen af medicin mod osteoporose (som var lav) men bedre knoglesundhed for kvinder født **omkring 1935** (kohorteffekt). Lægges grunden til osteoporose i barneårene? Eller fordi kvinder fra denne årgang brugte hormonbehandling meget efter overgangsalderen?
- **2018** 80% af mænd med hoftebrud: ingen sygehuskontakt med et andet knoglebrud de **sidste ti år før** de brækkede hoften.
- **2023** Lægemedler mod osteoporose **virker mindst lige så godt** hos de ældste.
- **2024** Atypiske brud i lårbensknoglen er en frygtet bivirkning ved lang tids behandling men risikoen er **lav** og ophører **hurtigt** efter pause med medicinen. Der er cirka 40 sådanne brud i Danmark om året men 8,000 hoftebrud.
- **2024** Patienter med **oversete rygfrakturer** på CT scanning har uden medicinsk behandling for knogleskørhed en høj risiko for andre knogleskørhedsbrud og en øget risiko for død i forhold til andre.
- **2025** Kvinder med osteoporose der findes ved algoritme-baseret screening har **lige så god** behandlingscompliance som andre der behandles for osteoporose.
- **2025** Der er **udtalt biologisk variation** hvad angår knogletab hos under systemisk glukokortikoidbehandling.
- **2025** – Hvad giver en sund knoglemasse hos unge voksne?
www.epipeakstudy.dk



Multisygdom og ældresygdom

Fokus på forskning og fremtidens sundhedsvæsen

Anne Frølich

Centerleder, Klinisk Professor, Københavns Universitet
Videns- og forskningscenter for multisygdom og kronisk sygdom,
Slagelse hospital, Region
E-mail: anfro@sund.ku.dk



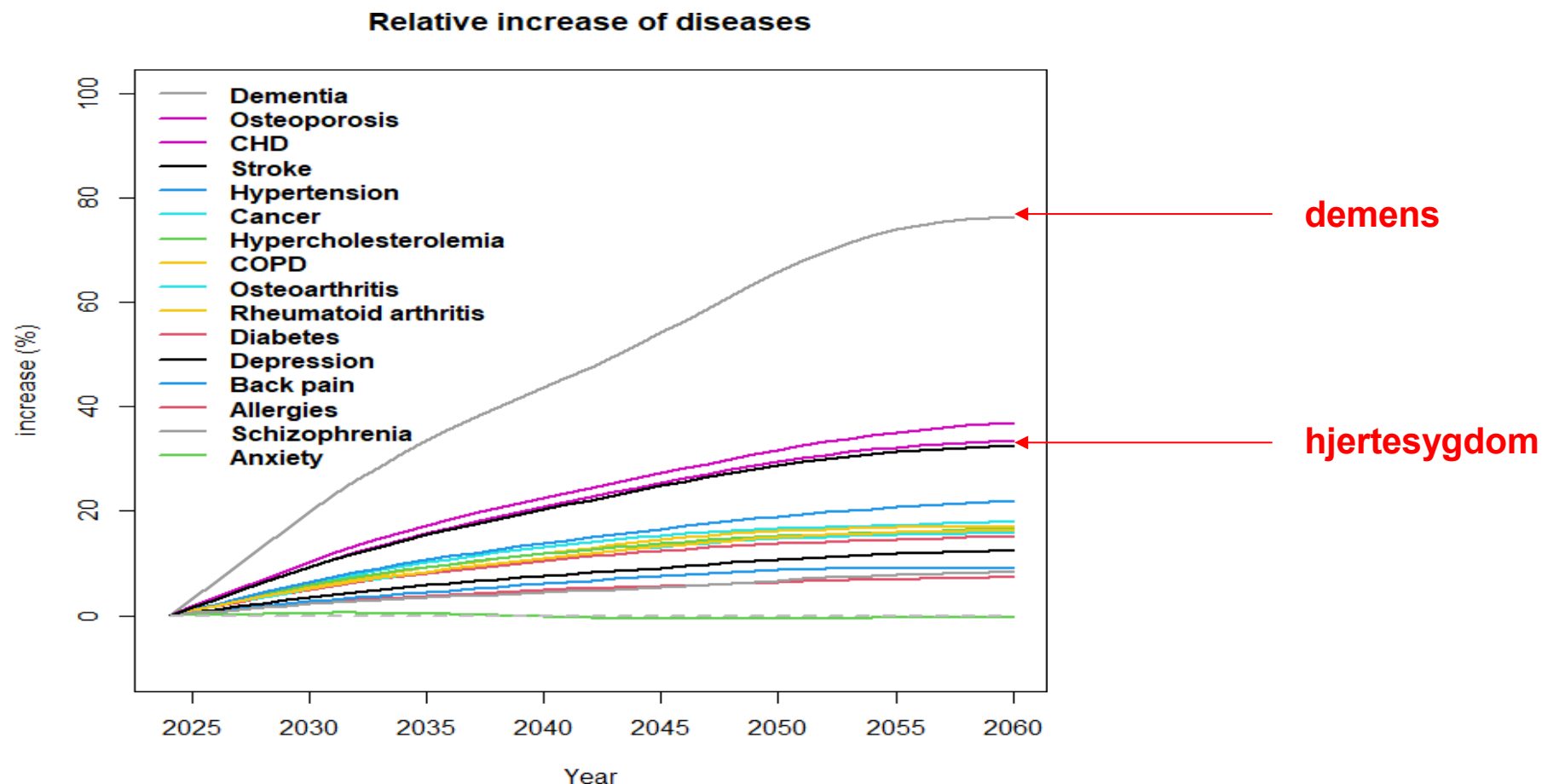
VIDENS- OG
FORSKNINGSCENTER
FOR MULTISYGDOM
OG KRONISK SYGDOM

UNIVERSITET

REGION
SJÆLLAND
- vi er til for dig

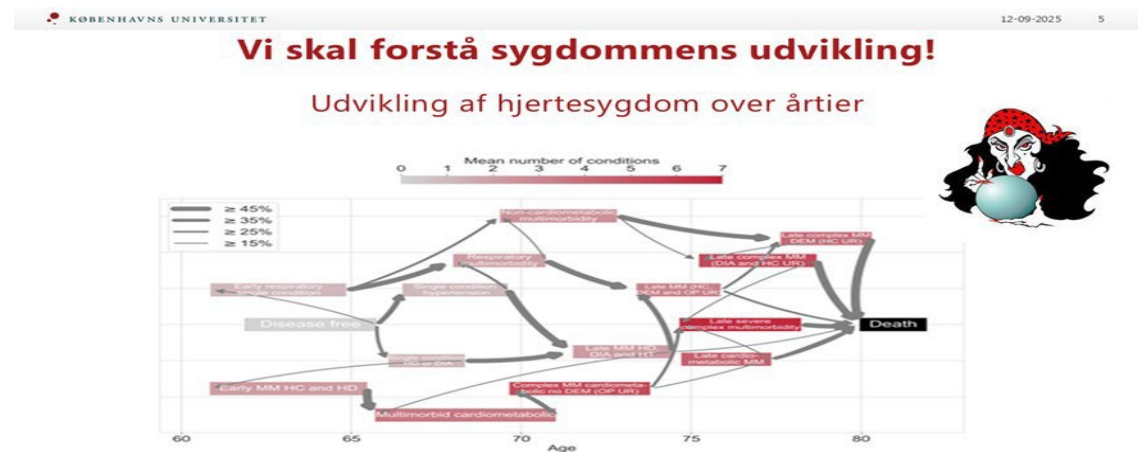
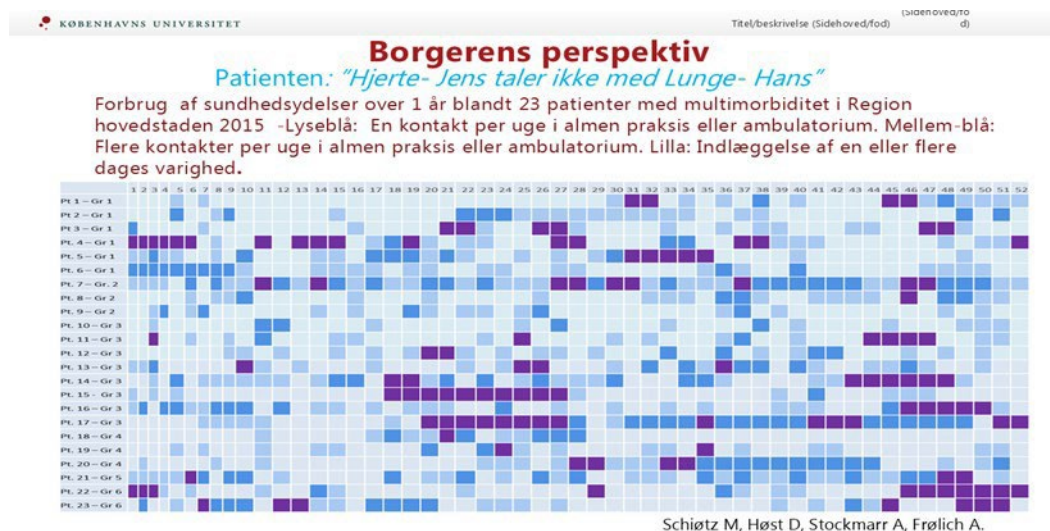


Vi afdækker fremtidens epidemiologi for kroniske sygdomme



- Voldsom stigning i antallet af kroniske sygdomme hvis ikke det håndteres;
- Flere leveår ja – men med dårligere livskvalitet ud fra sygdomme
- Voldsom predikteret belastning af sundhedsvæsenet, såfremt livsstil og behandling ikke udvikles.

Hvad gør vi ved kompleks multisygdom?



KØBENHAVNS UNIVERSITET

17-09-2025 4

En patient-centreret sammenhængende behandlermodel ved kompleks multisygdom



Hvor skal vi rette kursen fremadrettet for de kompleks multisyge borgere?

- Udvikle patientforløb i organisationerne, der passer til patienternes behov for sundhedsydelser dvs. en evidensbaseret, patient-centreret behandling.
- Anvende evidensbaserede teknologier.
- Anvende sundhedsdata aktivt til planlægning af sundhedydelsernes type, omfang og beliggenhed i forhold til befolkningens sammensætning og sygdomsmønstre.

Perspektiver – Fælles Slide

Kan implementeres

- **Sundhedsrådene**
Inddrages i implementering af den viden vi har omkring sammenhængende patientforløb for de mest komplekse multisyge patienter. Bør arbejde evidensbaseret.
- **Forebyggelse**
Forventningsafstemning mht hospitalers rolle som forebyggere af sygdom vs hospitalernes rolle som behandlere af de sværeste og mest komplicerede sygdomsforløb.
- **Sundheds- og socialdata**
Bruge vores centrale sundheds- og socialdata til at målrette sundhedsinitiativer efter behov vs “concierge medicine”.

Forskningsbehov

- **Moderne teknologi og sårbare grupper** – øger eller nedsætter det ulighed i sundhed?
- **Sundhedsrådene**
Evaluerer løbende efter videnskabelige kriterier – herunder graden af implementering af forskningsbaseret vs realpolitisk handling.
- **Evidensbaseret intervention** mhp at øge medicin compliance, i særlig grad for medicin der forebygger komplikationer til folkesygdomme men ikke giver subjektiv oplevelse af effekt (eks kolesterol, knoglemasse, blodtryk).
- **Udfylde videnshullerne fra RCT-studier** mhp ikke-inkluderede grupper vha embedding i Real World Evidence, eks NOCTE projektet.

Pause

Næste: AI & Algoritmer



AI & algoritmer

Ismail Gögenur & Kristoffer Hougaard Madsen

AI og algoritmer – hvad virker for hvem og hvordan undgår vi uligheder

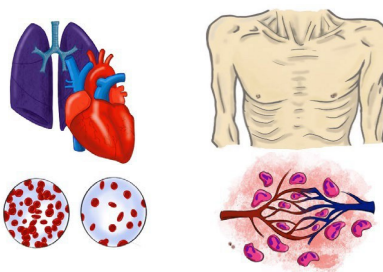
Prof Ismail Gögenur og Prof Kristoffer Hougaard Madsen

Baggrund og udfordring

Hvordan måler vi det?

-  Socioøkonomisk status
-  Demografi
-  Sundhedsydelser og brug
-  Kliniske resultater

Fællestræk



-  Lav socioøkonomisk status og kort uddannelse → markant dårligere livskvalitet!
-  CRC-overlevende med **kort uddannelse** rapporterer mere træthed, smerter og nedsat funktionsevne + flere besøg hos egen læge men færre specialist besøg
- Selv 10+ år efter diagnose

Levinson et al Cancer Med 2023

Levinson et al BMC Health Serv Res 2023

-  **COVID-19 forstærkede sociale uligheder i kræftforløb især hos lavindkomstgrupper og ikke-vestlige immigranter**
- Knudsen et Int J Qual Health Care 2025**

Er AI og algoritmer en velsignelse eller en forbandelse i forhold til at skabe løsninger

En forbandelse eller velsignelse?



Forbandelse fordi....

-  Bias i træningsdata – lav repræsentation af minoriteter og lav SØS → dårligere prædiktioner
-  Black-box modeller – manglende transparens kan skjule uligheder
-  Implementering – AI implementeres ofte først i specialiserede centre (UH)
-  Datascience årsager: sampling bias, label bias, feature leakage (SØS proxies), performance drift



Velsignelse fordi....

-  Bedre tidlig detektion – AI-assisteret endoskopi reducerer miss-rate for adenomer
-  Personlig opfølgning – obs på patienter ved indlæggelsen i henhold til SØS?
-  NLP & chatbots – reducerer ulighed i forståelsen af information
-  Telemedicin & billeddiagnostik – giver specialiststøtte i tyndt befolkede områder
-  **Datascience løsninger: fairness-aware ML, syntetiske data, transfer learning, XAI**

-  Øget repræsentation af ALLE patienter i træningsdata!
-  Data standarder er essentielt!
-  Krav om rapportering af AI-performance på subgrupper

Udfordringer fra et teknisk perspektiv



Fordele

-  AI modeller trænet på tilstrækkeligt data kan opnå præstationer som er bedre eller ligeså gode som mennesker
-  AI er som udgangspunkt konsistent og ikke påvirket af bias på grund af træthed og lignende
-  Inferens i AI modeller er hurtig
-  Rutineprægede og tidskrævende opgaver kan overtages af AI
-  Modeller opnår gode resultater på standard opgaver



Udfordringer

-  AI kræver træning af modeller med umådeligt mange parametre og er derfor afhængig af store datamængder
- ! Modeller som anvendes på datasæt uden for træningssættet vil som udgangspunkt fejle
-  Enhver bias i data vil som udgangspunkt blive reproduceret
-  Fortolkning af modeller er vanskelig

Tekniske årsager og mulige løsninger



Årsager

-  Datatilgang er begrænset særligt i forbindelse med undergrupper
-  Modeller trænes på store statiske datasæt
-  Modeller er ofte "overfittede" til træningsdata
-  Usikkerheder repræsenteres ikke nøjagtigt
-  Modeller repræsenterer ikke sande årsager



Mulige løsninger

-  Eksisterende viden bør indbygges i modeller
-  Viden om undergrupper bør inkorporeres
-  Modeller skal tilpasses/eftertrænes med data som er specifik for populationen
- ? Kalibrering af usikkerheder
-  Anvendelse af aktiv læring gør at de mest værdifulde data kan indsamles
-  Modeller som arbejder med kausale strukturer bør overvejes herunder XAI

Roadmap for skalering!

nature medicine

Article

<https://doi.org/10.1038/s41591-025-03942-x>

Clinical implementation of an AI-based prediction model for decision support for patients undergoing colorectal cancer surgery

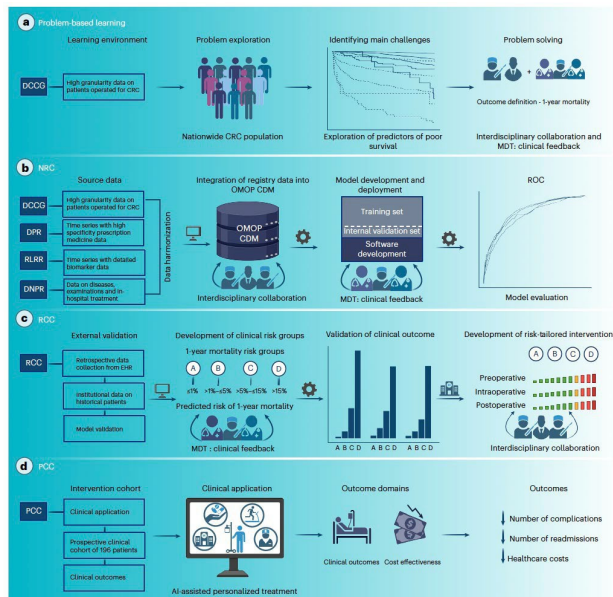


Fig. 2 | Overview of study design. **a**, The DCCG database was used for problem-based learning in which the relationships between several risk factors and mortality after surgery were explored, and the outcome of the prediction model was defined. **b**, Nationwide registry data were harmonized into the OMOP CDM and used for model development and internal validation. **c**, A retrospective clinical cohort of patients undergoing curative-intent surgery for CRC at the hospital hosting the prediction model was used to validate model performance externally. Simultaneously, clinical risk groups based on the predicted risk of 1-year mortality (A, <1%; B, >1% to <5%; C, >5% to <15%; D, >15%) were defined.

followed by the development of risk-tailored intervention bundles targeting each risk group, with an increasing intensity of interventions for higher risk groups. **d**, A new local treatment paradigm was implemented on 1 February 2023, for patients scheduled for elective curative-intent surgery for CRC, consisting of using the clinical prediction model as a decision support tool for clinicians to risk-stratify patients and refer patients to appropriate perioperative optimization bundles. Created using BioRender.com, <https://BioRender.com/jtmuq3>.

Fremadrettet for vi brug for

-  Bred adgang til data på tværs af platforme
-  Bedre samarbejde mellem sundhedsvidenskabelige og tekniske discipliner
-  Indsamling af data tæt på patienten (wearables etc.)

Således kan vi:

-  Give patienter den behandling som giver dem de bedste udsigter
-  Målrette behandling til den enkelte patient
-  Mindske ulighed i sundhedssystemet
-  Undgå unødvendige undersøgelser eller behandling uden effekt

Hjemmebehandling

Ali Shaker & Frederike Fahse

Hjemmebehandling

Ali Shaker, Postdoc., MD, & ing.
Psykiatrisk Forskningsenheden, Region Sjælland, Slagelse

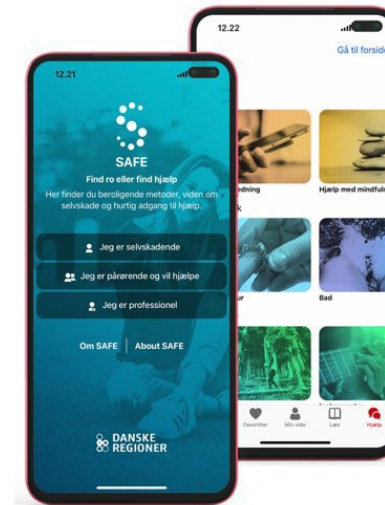
TELMA



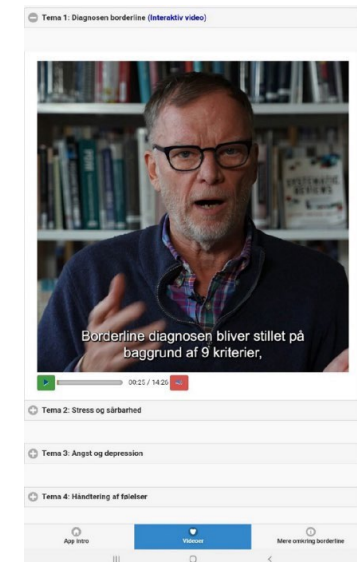
PSYSOM



SAFE



VENTETIDEN



Spørgsmål 1

Virker videobehandling lige så godt som fysisk behandling?

JMIR MENTAL HEALTH

Shaker et al

Review

Psychiatric Treatment Conducted via Telemedicine Versus In-Person Modality in Posttraumatic Stress Disorder, Mood Disorders, and Anxiety Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis

Ali Abbas Shaker^{1,2}, BEng, MD; Stephen F Austin^{1,3}, MSc, PhD; Ole Jakob Storebø^{1,3}, MSc, PhD; Julie Perrine Schaug¹, MSc; Alaa Ayad¹, MSc; John Aasted Sørensen⁴, MSc, PhD; Kristine Tarp^{5,6}, MSc, PhD; Henrik Bechmann⁴, MSc, PhD; Erik Simonsen^{2,7}, PhD, MD

Open access

Protocol

BMJ Open Psychiatric treatment conducted via telemedicine versus in-person consultations in mood, anxiety and personality disorders: a protocol for a systematic review and meta-analysis

Ali Abbas Shaker ^{1,2} Stephen F Austin ^{1,3} John Aasted Sørensen ⁴
Ole Jakob Storebø ^{1,3} Erik Simonsen ^{1,2}

Resultater

*Video vs.
Fysisk behandling:*

Behandlingseffekt

SMD: 0.01, 95% CI -0.12 to 0.09; $P=.84$; $I^2=19\%$, 17 trials, $n=1814$

Tilfredshed

MD: -0.66, 95% CI -1.60 to 0.28; $P=.17$; $I^2=44\%$, 6 trials, $n=591$

Frafald

RR: 1.07, 95% CI 0.94-1.21; $P=.32$; $I^2=0\%$, 20 trials, $n=2804$

Arbejdsalliance

MD: 0.95, 95% CI -0.47 to 2.38; $P=.19$; $I^2=75\%$, 6 trials, $n=539$

Spørgsmål 2

Hvordan anvendes og opleves videobehandling i praksis?

Hindawi
Perspectives in Psychiatric Care
Volume 2023, Article ID 4282468, 8 pages
<https://doi.org/10.1155/2023/4282468>



Research Article

Implementing Video Consultations in a Rural Psychiatric Outpatient Clinic: A Feasibility Study

Ali Abbas Shaker ¹, **Stephen F. Austin** ^{1,2}, **John Aasted Sørensen** ³,
Kristine Hæstrup Tarp ⁴, **Henrik Bechmann** ³ and **Erik Simonsen** ⁵

JMIR FORMATIVE RESEARCH

Shaker et al

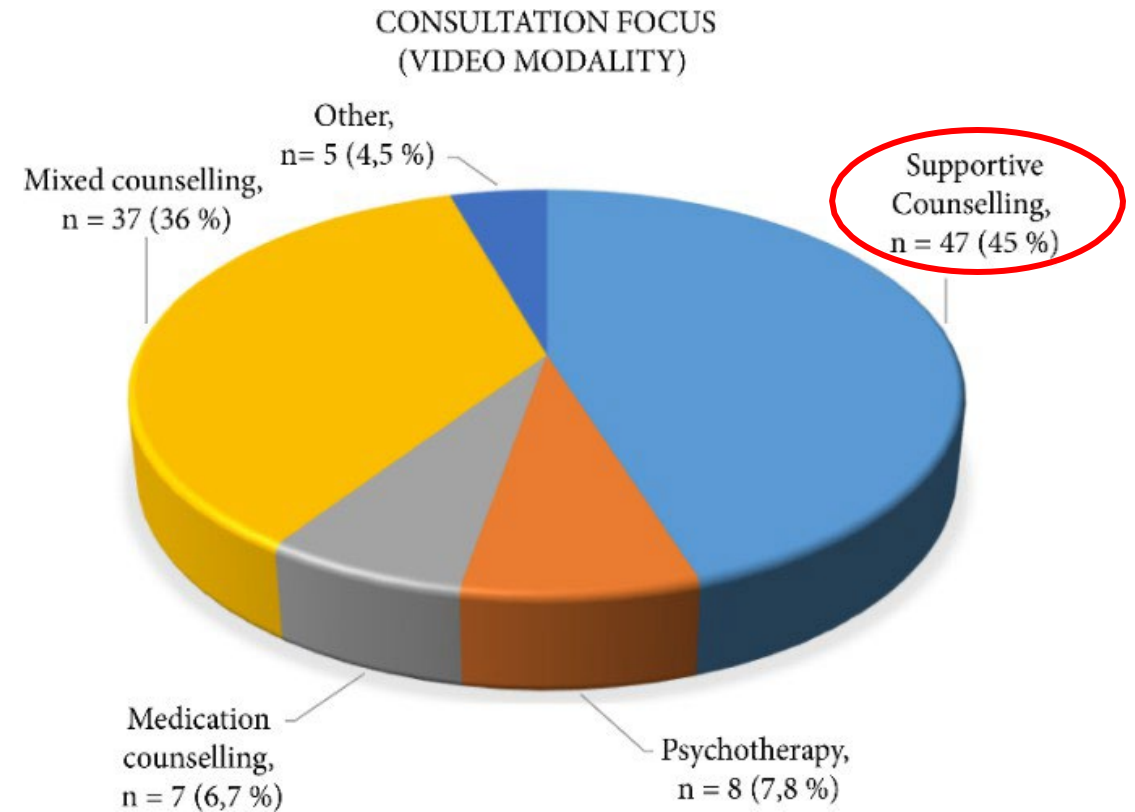
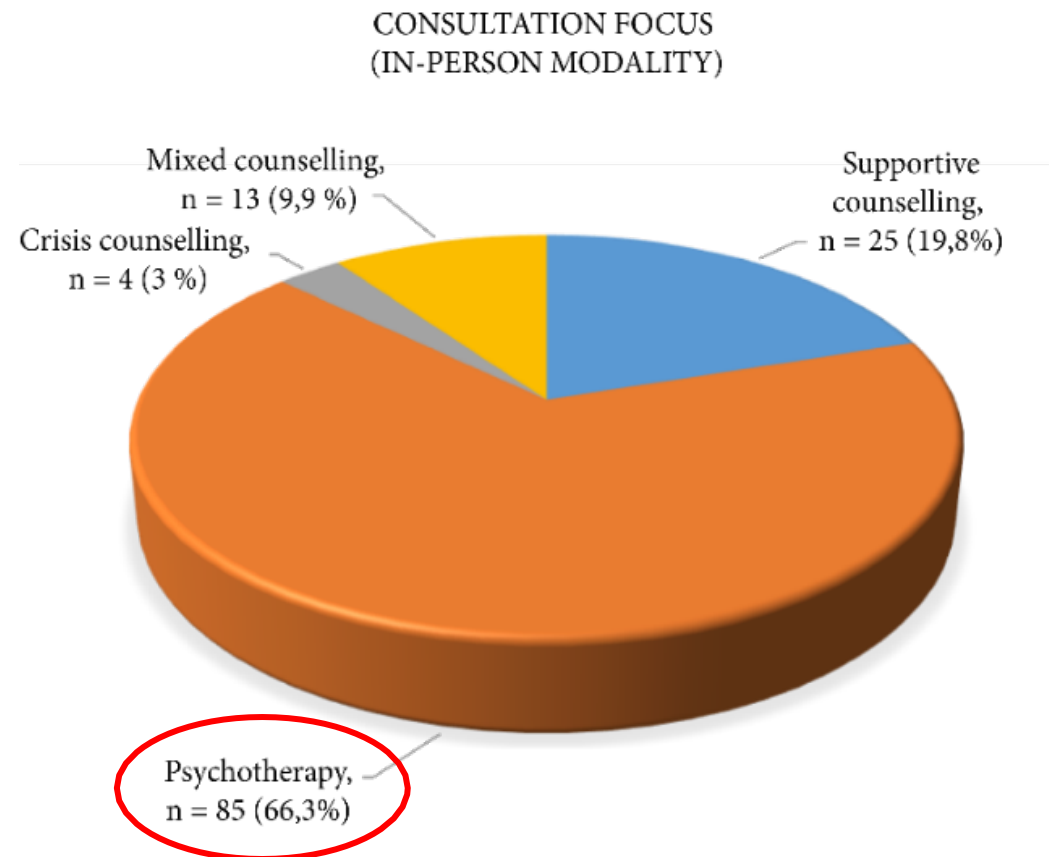
Original Paper

Capturing Patients' and Clinicians' Experiences of Using Video Consultations in Mental Health Outpatient Services: Qualitative Thematic Analysis

Ali Abbas Shaker¹, BEng, MD, PhD; Erik Simonsen^{2,3}, MD, PhD; Kristine Tarp⁴, MSc, PhD; Radoslav Aleksandrov Borisov⁵, MD; John Aasted Sørensen⁶, MSc, PhD; Henrik Bechmann⁶, MSc, PhD; Stephen F Austin^{1,7}, MSc, PhD

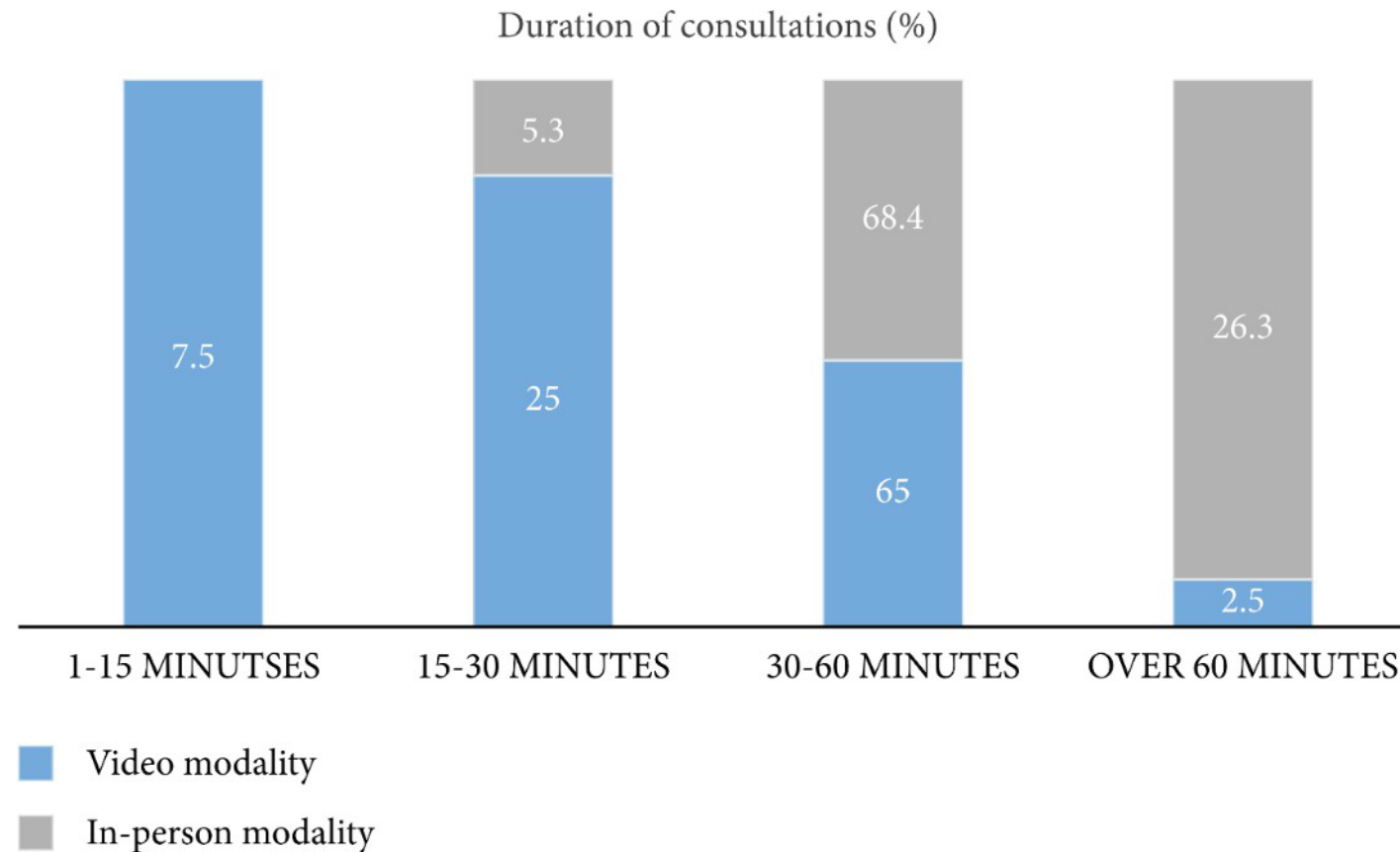
Resultater

Fokus i konsultationen

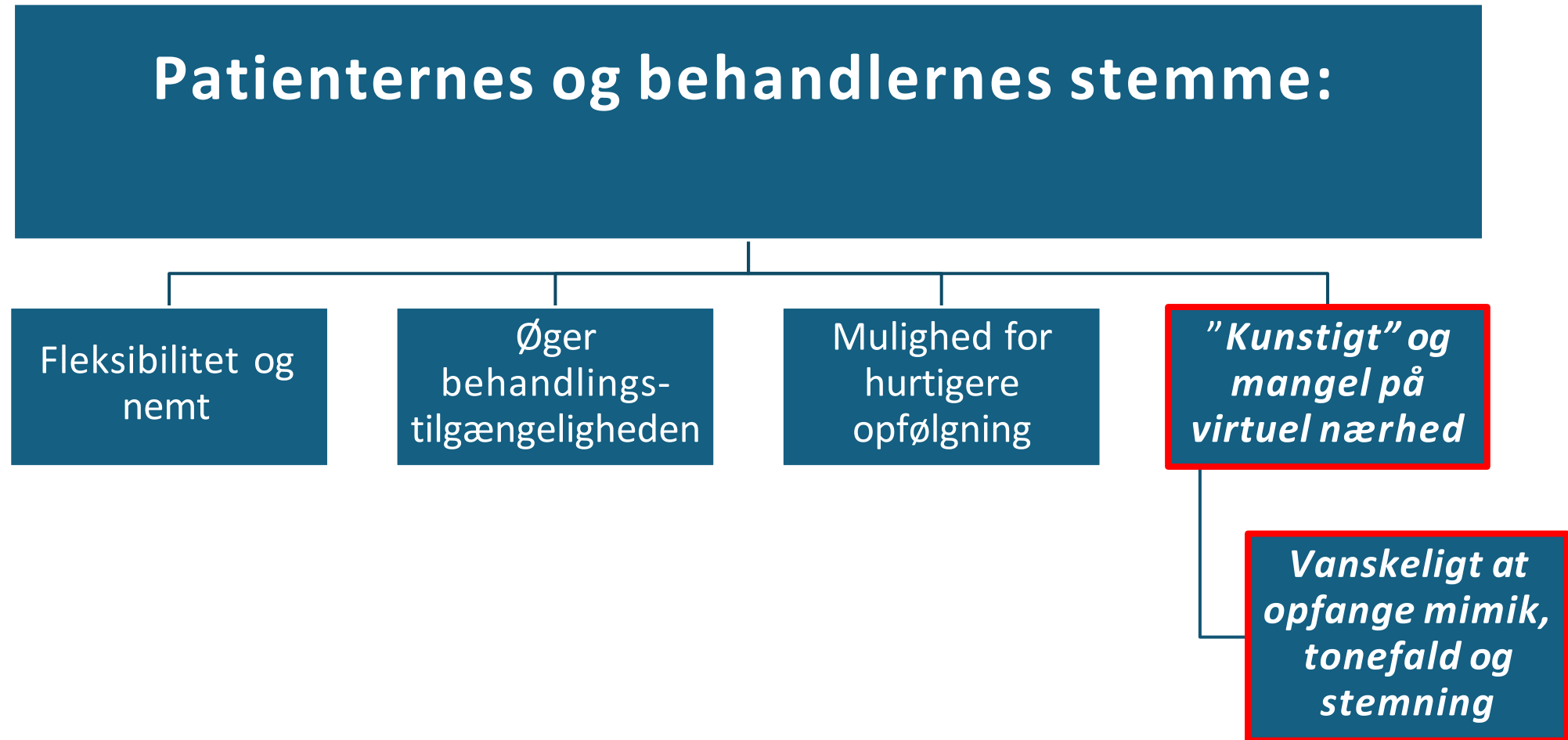


Resultater

Varigheden af konsultationerne



Resultater



Teknologi tæt på patienten

Frederike Fahse, Forskningsenheden i Staben



Livet med kronisk sygdom: epilepsi

- Uforudsigelige anfald skaber usikkerhed → i hjemmet og i klinikken



"...jeg har haft rigtig, rigtig slem angst: har ikke turdet være alene hjemme, har ikke turdet tage offentlig transport, har ikke turdet være i skole..."



"Vi har gode data om, at patienterne både under- og overrapporterer deres anfald."



Perspektiver

- Hvad kan nyere teknologier lære af ældre teknologier?
- Brugere er ikke kun individet, men også omsorgsnetværket.

Digital nærhed i sundhed

- Fokus på forbedring af den virtuelle nærhed ("Telepresence")
 - Gøre det mindre kunstigt → forbedring gennem sanseindtryk
- Vi skal være opmærksomme på, hvad teknologier giver til og kræver af patienterne
- Forskellige teknologier skaber forskellige former for nærhed



Debatten

Fremtidens forskning

(Ingen slides)

Jakob Bigum

Stig Brorson

Anne Møller Ronex

Henrik Stig Jørgensen

Lene Lauge Berring



Frokostpause

**Næste: Forskningschefen
har ordet**



Forskningschefen har ordet (Ingen slides)

Kirsten Ohm Kyvik



Del 2. Scenarier for fremtidens forskning, samarbejde og kommunikation



Patienterne - behov for forskning - interview

(Ingen Slides)

Sigrid Korup Kromhardt, Mikkel Almgren-Hansen, Sabrina
Edua Rasmussen, Kim Erik Andersen.

Almen praksis - døren går op

Anne Møller & Torsten Risør

DØREN GAR OP

TORSTEN RISØR

ANNEMØLLER



**...OG HVEM
KOMMER
IND?**

**FORSKNINGSENHEDEN
FOR ALMEN PRAKSIS
SLAGELSE KØGE**

SCENARIER FOR FREMTIDENS FORSKNING OG SAMARBEJDE SET FRA ALMEN PRAKSIS PERSPEKTIV

PATIENTER

SUNDHEDSTJENESTEFORSKNING

YNGRE LÆGER

KOMMENDE KOLLEGAER

KOLLEGAER

NYEMULIGHEDER

POLITIKERE

FREMTIDEN



FORMIDDAGSPROGRAM MANDAG 22.9.2025

**8.15:PER
8.30:KAREN
8.45:THOMAS
9.00:TOVE
9.15:ALFRED
9.30:SYLVIA
9.45:SUPERVISION
10.00:MARIANNE
10.15:ULLA**

PATIENTER

**8.15:PER-
MAND74**

KNÆSMERTER, JÆGER IFRITIDEN

8.30:KAREN-KVINDE43

ØNSKERWEGOVY

8.45:THOMAS-MAND 45

**SKIZOFRENI, ÅRSSTATUS,
MAVESMERTER, DIABETES**

**PROGREZ, CAG ROAD
GRUPPEKONSULTATIONER
2150 -SOFIA, FUSIONSKLINKKEN**



PATIENTER

**9.00:TOVE -
KVINDE73**

NYLIGTFALD MULTISYGSYN?

9.15:ALFRED-DRENG 11

SØVNPROBLEMER

9.30:SYLVIA-KVINDE43

DM2 3-MDRTIDLIGEREAMIVÆGT

**DETECT, ØJENAFDELING
MELATONINBRUG, KOLDING DESIGNSKOLE
KONTINUITET, STENO DIABETES**



YNGRE LÆGER

9.45: SUPERVISION

HVORDAN LÆRER LÆGER?

10.00: MARIANNE-KVINDE 75

MULTISYGOPFØLG EFTER INDLÆG

10.15: ULLA-KVINDE 71

KOL MEDICINÆNDRING



**LÆRING PÅ SYGEHUSET BLANDT BLOK-LÆGER
VIP-PATIENTER, SLAGELSE SYGEHUS, TUE FLINDT MÜLLER
BÆREDYGTIGHED, GRØN PRAKSIS, BEHANDLINGSVALG**

KOLLEGAER

PRAKSISNETVÆRK

**DELTAGELSE I
FORSKNINGSPROJEKTER**

KOMBINATION

KLINIK OG FORSKNING

INTERNATIONALT

RURAL HEALTH, MULTISYGDOM

**FÆLLES NATIONALT PROJEKT-TRIAL NATION
LÆGEDÆKNINGSPULJEN-OPSLAGUDE NU
NORGE, KIRGISTAN, SKOTLAND MM!**



POLITIKERE

STRUKTURKOM
MISSION

BEVILLINGER?
FORSKNINGSENHEDENS FREMTID

FREMTIDEN

ALMEN PRAKSISIDANMARKEREN
SUCCES

GIV MEST TIL DEM MED
STØRST BEHOV





Susanne Reventlow
professor,
forskningsleder



Anne Møller
seniorforsker



Signe Nørgaard
ph.d. stud.



Daniel Jans-Pedersen
forskningsstøtte



Sofie Rosenlund Lau
seniorforsker



Ásthildur Árnadóttir
postdoc



Mads Aage Toft Kristensen
seniorforsker



Anne Katrine Kurtzhals
ph.d. stud.



Elisabeth Søndergaard
postdoc



Torsten Risør
seniorforsker



Lucy Leigh Bray
ph.d. stud.



Astrid Trulsson
ph.d. stud.

**TAK FOR OPMÆRKSOMHEDEN
KONTAKT**

ANMO@SUND.KU.DK

ELLER

TORSTEN.RISOR@SUND.KU.DK



Pause

Næste: Når viden mødes



Når viden mødes

Søren Thorgaard Skou & Thora Grothe Thomsen

PROgrez

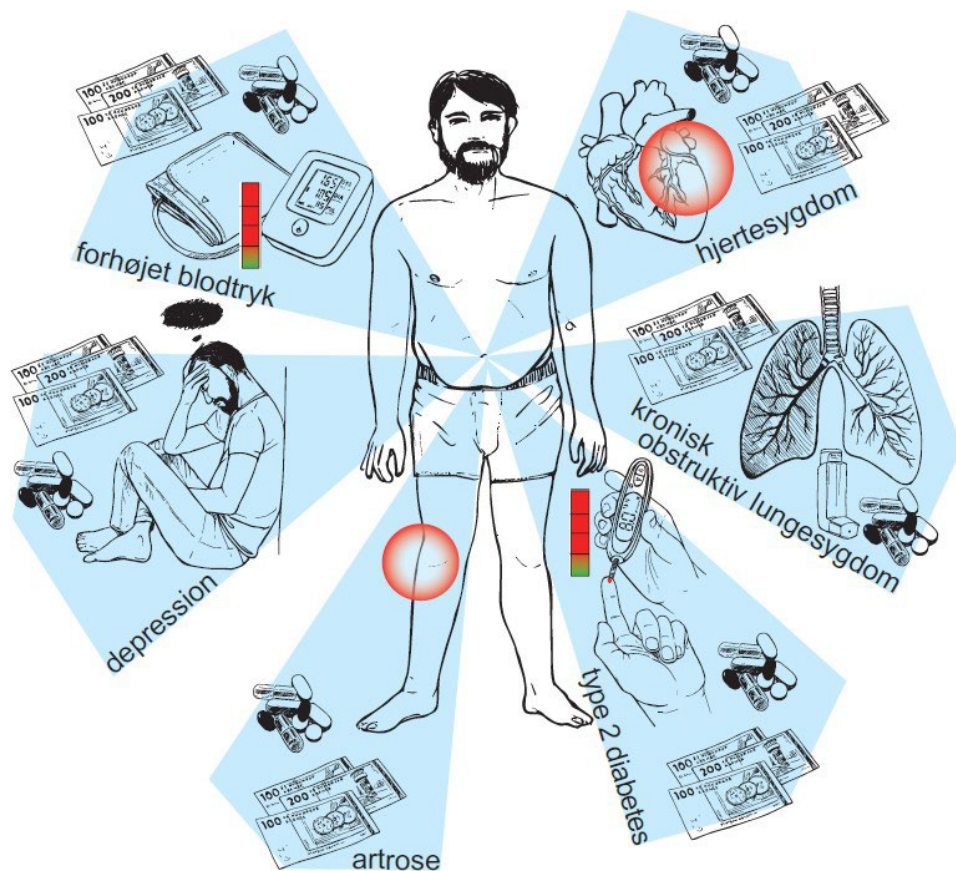
**En tværfaglig og tværsektoriel forsknings-
og implementeringsenhed**



Søren T. Skou
Fysioterapeut, MSc, PhD
Professor og leder af PROgrez

PROgrez² 2016

Hvorfor og hvordan?



Hvorfor og hvordan?

Vision

- Hele vejen rundt om patienten: behandling, rehabilitering og forebyggelse
- Patientens behov og mestring i centrum for forskning; ikke fag, sektor og forskningsekspertise



Hvorfor og hvordan?

- Partnerskab med afdelingsledelse og sygehusledelse
- Strategisk satsning med klare mål
- Forskningsgruppe
- Kapacitets- og kompetenceopbygning
- Netværksdannelse og funding



PROgrez 2025

45 medarbejdere på tværs af 13
professioner og sektorer



Hele vejen rundt om patienten

Behandling, rehabilitering og forebyggelse



- Multisygdom
- Artrose
- Hjertesygdomme
- Diabetes
- Multipel sclerose
- KOL og astma
- Cancer
- Claudicatio intermittens
- Hoftefraktur og kognitiv svækkelse
- Posttraumatiske nakkeskader
- Skizofreni

Hospital



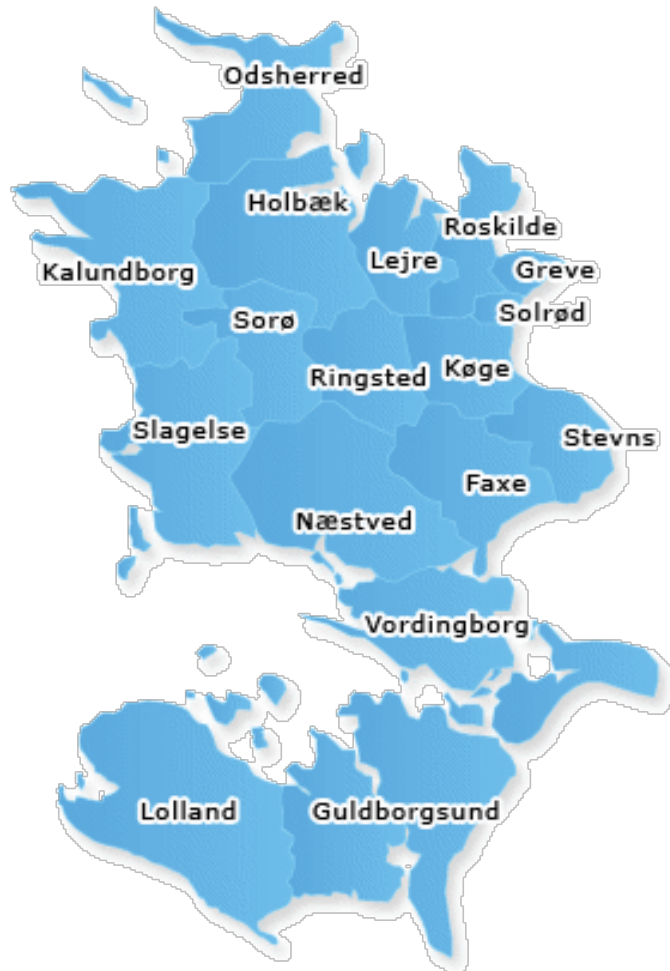
novo nordisk
foundation

- Tværfaglig og tværsektoriel

- Kultur og fællesskab er nøglen
- Psyk.trivsel og arb.miljø
- Tværfag. og -videnskab. linjer
- Omfattende intro- og fastholdelsesindsatser



- Tværfaglig og tværsektoriel



- Kultur og fællesskab er nøglen
- Psyk.trivsel og arb.miljø
- Tværfag. og –videnskab. linjer
- Omfattende intro- og fastholdelsesindsatser
- Kommunenetværk og erfadage

- Tværfaglig og tværsektoriel



- Kultur og fællesskab er nøglen
- Psyk.trivsel og arb.miljø
- Tværfag. og -videnskab. linjer
- Omfattende intro- og fastholdelsesindsatser
- Kommunenetværk og erfadage
- Liv i bevægelse konference

- Tværfaglig og tværsektoriel



- Kultur og fællesskab er nøglen
- Psyk.trivsel og arb.miljø
- Tværfag. og –videnskab. linjer
- Omfattende intro- og fastholdelsesindsatser
- Kommunenetværk og erfadage
- Liv i bevægelse konference
- Sociale arrangementer

PROgrez⁺ - Tværfaglig og tværsektoriel



- Kultur og fællesskab er nøglen
- Psyk.trivsel og arb.miljø
- Tværfag. og -videnskab. linjer
- Omfattende intro- og fastholdelsesindsatser
- Kommunenetværk og erfadage
- Liv i bevægelse konference
- Sociale arrangementer
- Patient- pårørenderåd
- Politik og netværk
- Gå "all in" på det

Tak for opmærksomheden

Søren Thorgaard Skou
stskou@health.sdu.dk

Følg os på sociale medier



LinkedIn

PROgrez 



Når viden mødes – hvordan omsætter vi forskning på tværs til bedre behandling og mere sammenhæng?

Et eksempel: InnoSleep

- Et EU-projekt

Thora Grothe Thomsen

Forskningsleder, sygeplejerske

Øjenafdelingen, Sjællands Universitetshospital

thst@regionsjaelland.dk



Lidt om projektet



Interreg
Öresund-Kattegat-Skagerrak
European Regional Development Fund



- InnoSleep er et **forsknings- og innovationsprojekt**, hvor vi samarbejder om at udvikle, afprøve og implementere nye teknologier til mere individualiseret diagnosticering og behandling af søvnapnø.



Fakta

Lande: Sverige, Norge og Danmark

EU-midler: 2.694.281 EUR

Partnere: ØNH Akershus

Universitetssykehus, Lungemedicin

Sahlgrenska Universitets-sjukhuset,

ØNH Skånes Universitetssjukhus, og

Umeå Universitet.

Lead: ØNH og FORSK Sjællands

Universitetshospital.



**Bygger på viden fra
tidligere EU-projekt:**

**SleepAcrossWater
projekt**



Læring på tværs af landegrænser – og fortsat samarbejde

Samfundsmæssigt perspektiv

Behov for nationale kliniske retningslinjer

Generel information om søvnapnø – den overset folkesygdom?

Behandlingsmæssigt perspektiv

Behov for nye teknologiske og behandlingsmæssige løsninger

”Livet med søvnapnø”-perspektiv

Behov for udvikling af nye opfølgingsmodeller – f.eks. peer to peer opfølgning, brugerråd, mentorordninger, patientambassadører, inddragelse af sundhedscentre og patientforeninger



Nyt Interreg. Projekt.....





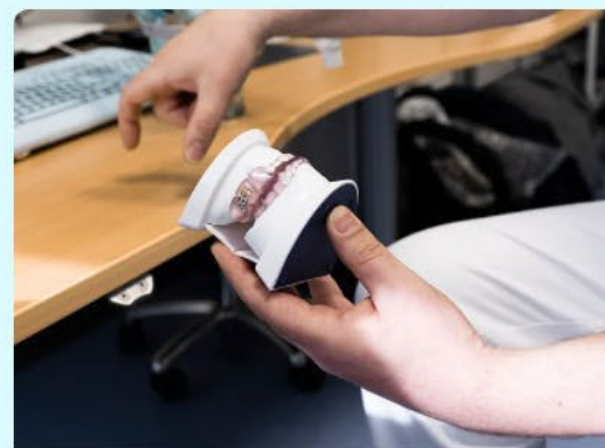
InnoSleep



1. Kommunikation og projektledelse



2. Bedre CPAP-behandling



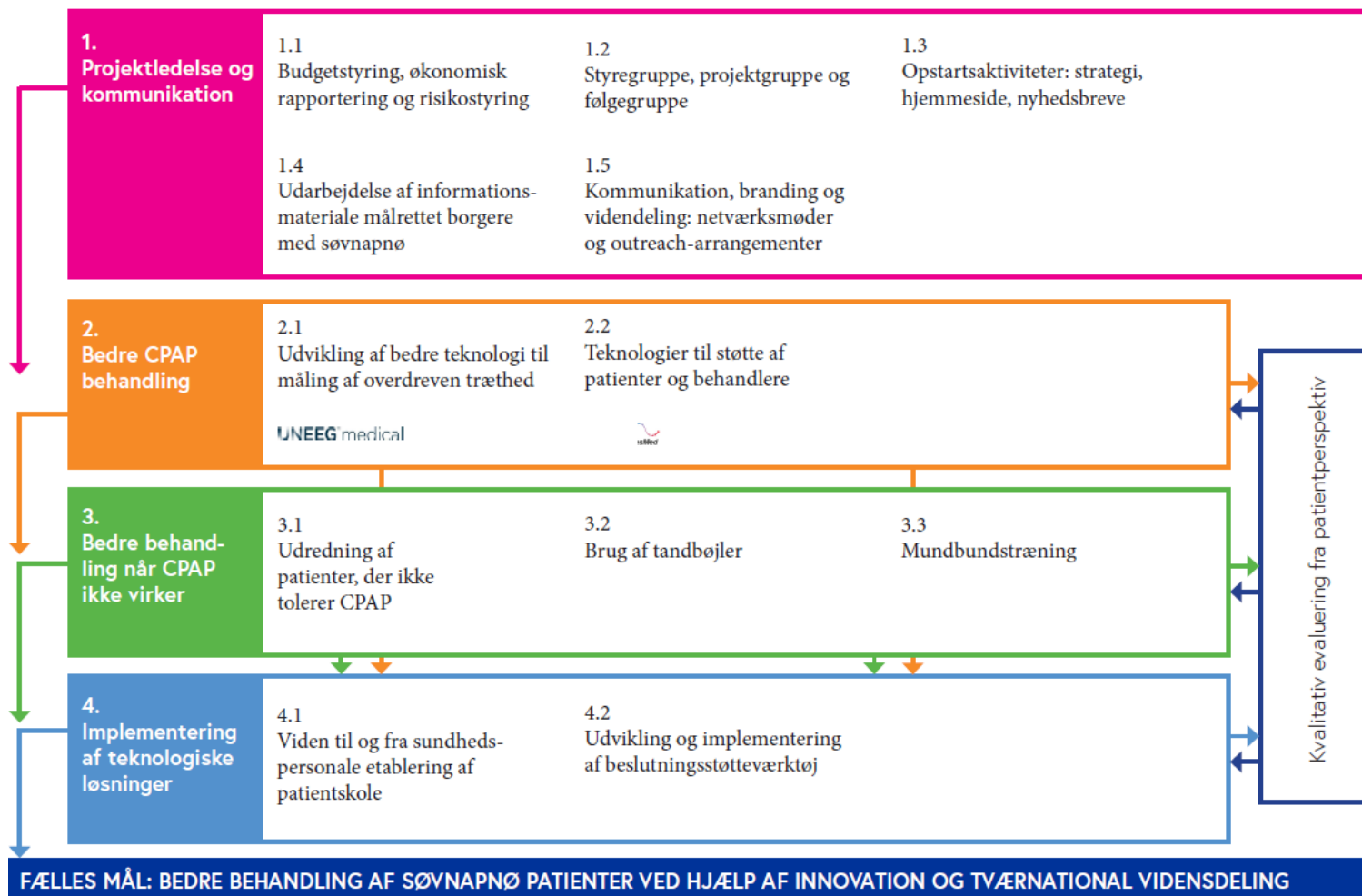
3. Bedre behandling, når CPAP ikke virker



4. Implementering af teknologiske løsninger



InnoSleep 2022 - 2025



Aktuelt outcome "på tværs":

- Øget opmærksomhed på ny folkesygdom
- Væsentlige bidrag til nye teknologiske løsninger og organisering
- Større tilfredshed hos patienterne
- Styrkede kompetencer – både for klinikere og forskere
- Afprøve nye formidlingsformer
- Fokus på "forskning på tværs"



Når viden mødes.....

Professioner:

- Læger
- Sygeplejersker
- Sekretærer
- Tandlæger
- Ergoterapeuter
- Grafiker
- Kommunikationskonsulent
- Audiologopæd

Sektorer

Private firmaer

Uddannelsesinstitutioner/universiteter

Eksterne konsulenter: ViBIS

Patientforeninger

Politikere

Pressen, journalister m.v.

Innovation og Forskning i samme program

Flere niveauer:

- Klinikere
- Mellemedere
- Afdelingsledelser
- Forskere "på tværs"
- Patientrepræsentanter



Hvordan omsætter vi forskning på tværs til bedre behandling og mere sammenhæng?



<https://www.lederweb.dk/saadan-fintuner-du-dit-team-og-forbedrer-samarbejdet/>

- Fordeling af ressourcer i fremtidige projekter?
- Behov for "nye" kompetencer hos forskere?



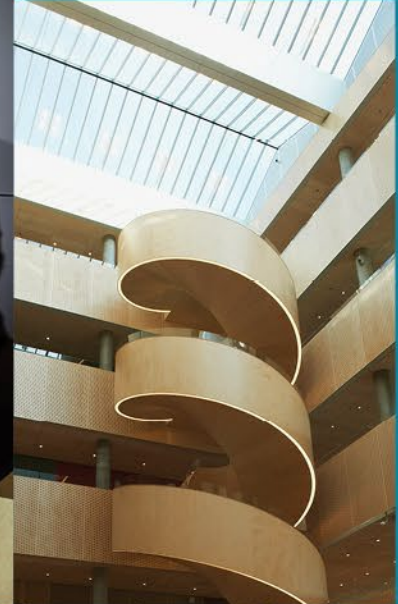
Psykiatri og Somatik

Sidse Arnfred & Sine Wanda Jørgensen

**Psykiatri og somatik – hvordan kan integreret
forskning skabe bedre behandlingsforløb for
komplekse patienter?**

Sidse Arnfred, Professor og Forskningschef,
Psykiatrien Region Sjælland

Sine Wanda Jørgensen Overlæge i endokrinologi,
Fusionsklinikken Slagelse



Hold op med at sende patienten på skattejagt

Indgangen til fremtiden – når somatik og psykiatri mødes



Fusionsklinikken: Helhedsblik frem for silotænkning

Fra uforståelige symptomer til indsigt



Flere specialer

Patienten mødes samtidig af psykiater og endokrinolog
Specialerne fanger hinandens blinde vinkler



Helhedsbillede

Mange symptomer kan opleves som "psykiatriske", men har somatisk forklaring - og omvendt



Bedre behandling

Sensorbaserede data synliggør sammenhængen mellem krop og sind, fx højt blodsukker → utilpashed



Tværfagligt team

Kompetencerne smelter sammen – læring på tværs



Fleksibilitet

Udkørende funktion – at møde pt. der hvor de er



Resultat

Patientens forståelse, egenomsorg og samarbejde med behandlerne styrkes

Én indgang for de mest sårbare patienter

Sundhedsvæsenet er ofte for komplekst for de mest sårbare patienter

Mange møder ikke op til egen læge eller hjertelæge – selv ved henvisning

Patienterne efterspørger ét samlet forløb, hvor specialerne arbejder sammen

I fusionsklinikken kan behandling igangsættes direkte, uden unødige barrierer

Den tillidsfulde relation mellem patient og behandler er afgørende for succes

Voksende forskningsmiljø

2018: 0

2025: 12 aktive forskere + 6 der har været med undervejs

4 professorer – Sidse, Gesche, Ole Jakob + Richard

3 phd studerende – Johan, Rikke, Ragnar

4 postdoc – Sabrina, Nicolai, Ali, Vicki

6 forskningsassistenter – Nina Maria, Ane, Belinda, Mikkel, Ida, Christina

2 projektsygeplejersker – Birgitte, Ulla

Investering i drift og forskning giver resultater

Digitalisering

Postdoc: Ali

Forskningsassistent: Nina Maria

Forskningsassistent: Ane, Mikkel

Professor i psykologi

Ole Jakob

PhD studerende: Nicolai

Forskningsassistenter: Christina, Ida

Projektsygeplejersker Birgitte, Ulla

Steno Diabetes Center Sjælland
oprettet i 2019

Professor i Psykiatri

Sidse Arnfred

THELMA PSYK

BLOSSOM-OP

Photovoice

Postdoc: Sabrina, Nicolai

Professor Gesche Jürgens i klinisk
farmakologi

PhD studerende: Johan og Rikke

Forskningsassistent: Belinda

SlagelsePuljen

SDCS: Type 2-diabetes og svær psykisk
sygdom

PhD studerende: Vicki, Sabrina, Ragnar

Gæsteprofessor: Richard Holt

FARMA-EKSPERT-KONS Add-IN

THE GOOD PRESCRIBER

HISTORI-EXP

SECRET

Levede erfaringer

MOBILIZE

LIFEMODE

PROgrez

Fusionsklinikken

HISTORI RCT

REGION SJÆLLAND
SLAGELSE SYGEHUS
- vi er til for dig

OUH
Odense
Universitetshospital
Svendborg Sygehus
Syddansk Universitetshospital



STENO
DIABETES
CENTER
SJÆLLAND



Psykiatrisk Forskning
- sammen skaber vi videns



KØBENHAVNS
UNIVERSITET

Indgangen til fremtiden

når somatik og psykiatri mødes

Fusionsklinikken: ét sted hvor psykiatri og endokrinologi arbejder sammen

Patienterne får bedre forståelse, færre barrierer og mere helhedsorienteret behandling

Steno-miljøet viser, at drift og forskning kan styrke hinanden

Perspektivet er klart: Udvikling, digitalisering og dokumenteret effekt

Kort sagt: Når forskning og drift går hånd i hånd, får patienterne bedre behandling – og systemet bliver mere bæredygtigt

Sund & usund kommunikation

(Ingen slides)

Peter Qvortrup Geisling

Mange tak for i dag

Lene Lauge Berring

