

Punkt nr. 14 - 1-dags studietur til Bruxelles for Erhvervs- og vækstudvalget samt
Miljø- og trafikudvalget
Bilag 1 - Side -1 af 26

HALVÅRSRAPPORT COPENHAGEN EU OFFICE AUGUST 2016

INDHOLDSFORTEGNELSE

Indledning	1
Første halvår 2016 i tal	2
Highlights – første halvår 2016	3
Aktiviteter - De fire aktivitetsområder og cases	4
Regnskabstal – første halvår 2016	18
Copenhagen EU Office ser fremad	19
Copenhagen EU Office gør en forskel	20
Om Copenhagen EU Office	21
Copenhagen EU Office online	23

INDLEDNING

Halvårsrapporten 2016 beskriver de væsentligste aktiviteter og resultater i første halvår af 2016 for Copenhagen EU Office – Region Hovedstadens EU-kontor i Bruxelles.

Vi er kommet godt fra start i 2016. Syv projekter har fået tildelt EU-midler og ét projekt, hvor Copenhagen EU Office er partner, har fået midler fra den nationale EU-DK hjemtagspulje. Flere EU-ansøgninger er under evaluering, og flere udviklingsprojekter er i støbeskeen med henblik på indsendelse i efteråret 2016 og primo 2017. Ejerkredsen har taget kontoret til sig - vi har haft fornøjelsen af besøg fra regionen og flere kommuner i Bruxelles, og vi oplever engageret mødedeltagelse til Netværksgruppemøderne og efterspørgsel på kontorets sparring til workshops og events i Danmark såvel som i Bruxelles.

Rapporten afrapporterer på mål i Handlingsplanen 2016. Copenhagen EU Office arbejder målrettet med de fire strategiske satsninger (innovation i virksomheder, bæredygtig regional- og byudvikling, sundhedsteknologi og aktiv aldring og mobilitet og sammenhæng på tværs). Sammenlægningen med creoDK tager form, og der arbejdes på rammer og strategi for det fælles kontor.

Rapporten giver indblik i highlights, aktiviteter og resultater opnået i første halvår af 2016. Under hver aktivitet er en illustrerende case beskrevet.

FØRSTE HALVÅR 2016 I TAL

Kommuner og region

- 2 godkendte ansøgninger
- 520.000 kr. i medfinansiering
- 11 indsendte ansøgninger
- 9 forprojektansøgninger
- 348.348 kr. udbetalt i
forprojektmidler
- 2 netværksgruppemøder i DK
- 3 besøg fra DK

Virksomheder - CopenVirk

- 6 godkendte EU-ansøgninger
- 11 mio.kr. i EU-støtte
- 32 ansøgninger indsendt og evalueret
- 30 ansøgninger i pipeline
- 145 kontaktede virksomheder
- 90 afholdte møder
- 19% i succes rate

HIGHLIGHTS - FØRSTE HALVÅR 2016

Forankring, information og kompetenceudvikling

- Netværksgruppemøder
- Afholdelse af workshops
- Besøg fra Danmark
- Generalforsamling og årsmøde

Projekter og læring

- Udrulning af forprojektordning
- Ansøgninger og hjemtag (region, kommuner og virksomheder)

Profilering og synlighed

- Opbygning og deltagelse i netværk og alliancer i Bruxelles
- Arrangør af workshops i Bruxelles
- Partnerdeltagelse i EU-events
- Oplæg for eksterne aktører

Interessevaretagelse og policy

- Dialog med Europa-Kommissionen om regionens nøgleinteresser
- Analyseret og informeret om mulige konsekvenser af Brexit
- Informeret ejerkredsen om det hollandske EU-formandskabs prioriteter

Sammenlægning

- Enighed i ejerkredsen om sammenlægningen med creoDK.
- Fælles strategiudvikling og implementering er nu undervejs.

1.1 FORANKRING, INFORMATION OG KOMPETENCEUDVIKLING

Netværksgruppemøder hos hhv. Egedal- og Ishøj Kommune

- Dagsorden den 11. marts: lancering af forprojektordningen, introduktion til Urban Innovative Actions (nyt EU-program), præsentation af ansøgningsmuligheder og gruppearbejde med udvalgte cases
- Dagsorden den 27. maj: introduktion til EU-relaterede tiltag, præsentation af ansøgningsmuligheder, case-præsentationer ved LOOP CITY og Københavns Kommune - fra projektidé til indsendt ansøgning, oplæg ved klynger, universiteter og andre aktører – projekthjælp fra samarbejdspartnere

Workshops mm. i DK

- Venskabsbytræf i Ishøj med workshop om EU-projektmuligheder faciliteret af Copenhagen EU Office
- Erhvervstræf i Frederiksberg med stand om CopenVirk
- Workshop hos DTU Water med oplæg om samarbejdsmuligheder med kommuner og region i EU-projekter

1.2 FORANKRING, INFORMATION OG KOMPETENCEUDVIKLING

Studiebesøg i Bruxelles fra Danmark

- Region Hovedstaden – CRU, den 27.-28. april. Deltagere: Vækst & Kompetencer og Forskning & Innovation
Formål: styrke vidensdelingen på tværs af nationale og europæiske fonde mhp. at sikre en bedre rådgivning til ansøgere
- Bornholms Kommune, den 23.-25. maj. Deltagere: Chefgruppen
Formål: opgradere viden om EU, afdække støttemuligheder og PR, synlighed og lobby indsats
- Københavns Kommune, den 27. juni. Deltagere: Økonomiforvaltningen
Formål: afdække støttemuligheder og interessevaretagelse

Generalforsamling og årsmøde

- Generalforsamlingen blev den 20. april kombineret med årsmødet med deltagelse fra det politiske niveau i Søhuset i Hørsholm
Formål: at sætte EU på dagsordenen og skabe en bedre kontakt til det politiske bagland for Copenhagen EU Office og give mulighed for præsentation samt drøftelse af resultater/effekter og ønsker til kontorets udvikling
Eksterne oplægsholdere: John Brædder, Borgmester i Guldborgsund Kommune, "Guldborgsunds erfaringer med EU-projekter" og Bjarke Møller, direktør for Tænketanken EUROPA, "Hvorfor EU"

CASE: EU-PROJEKTNETVÆRK I DANMARK

Omdrejningspunktet for netværksmødet den 27. maj var at præsentere kommuner og region for en række mulige samarbejdspartnere , når der arbejdes med EU-projekter. Universiteter, klynger og andre aktører kom hver i sær med konkrete bud på, hvordan man sammen kan udvikle EU-projekter.

Der er skarpe krav til innovationshøjden i EU-projekter. Det er derfor vigtigt for de enkelte aktører i hovedstadsregionen at skabe et stærkt tværfagligt samarbejde i projektudviklingsfasen, så de sammen kan løfte ambitionsniveauet og forbedre deres muligheder for at opnå EU-støtte. Netværksmødet var således en god mulighed for at møde og netværke med potentielle samarbejdspartnere.

Der var stor interesse fra alle parter side om sammen at styrke hinandens kompetencer ifht. EU-projekter. Den kommende sammenlægning mellem Copenhagen EU Office og creoDK vil fremadrettet udgøre en stærk platform for realiseringen af dette.

Punkt nr. 14 - 1-dags studietur til Bruxelles for Erhvervs- og vækstudvalget samt Miljø- og trafikudvalget
Bilag 1 - Side -9 af 26



Københavns Kommune på besøg i Bruxelles



Bjarke Møller, Direktør for Tænketanken EUROPA, holder oplæg på årsmødet



Bornholms Regionskommune på studietur til Bruxelles

2.1 PROJEKTER OG LÆRING

Udrulning af forprojektordning

- Med henblik på at kick-starte flere EU-ansøgninger lancerede Copenhagen EU Office i starten af 2016 EU-forprojektordningen. EU-forprojektordningen tilbyder kommuner og region økonomisk støtte til at forberede EU-ansøgninger.

Overblik over ansøgere og EU-projekter, der har modtaget EU-forprojektstøtte:

Ansøger	EU-program	Satsning	Udbetalt DKK
Høje-Taastrup	Interreg NSR	Mobilitet	40.000
Høje-Taastrup	UIA	Bæredygtig byudvikling	100.000
Høje-Taastrup	Interreg BSR	Mobilitet	35.000
Albertslund	UIA	Bæredygtig byudvikling	25.000
Albertslund	Horizon 2020	Bæredygtig byudvikling	100.000
Albertslund	Horizon 2020	Sundhed	18.348
LOOP CITY	URBACT	Mobilitet	30.000
Der er per 30. juni samlet udbetalt			348.348

2.2 PROJEKTER OG LÆRING

Estimeret afløb for forprojektordningen i Q3+4

Ansøger	EU-program	Satsning	Forventet afløb Q3+4 DKK
Høje-Taastrup	Interreg NSR	Bæredygtig by- og regionaludvikling	30.000 (forhåndsgodkendt)
Albertslund	Horizon 2020	Bæredygtig by- og regionaludvikling	100.000
Region Hovedstaden	ELENA	Bæredygtig by- og regionaludvikling	100.000
Region Hovedstaden	Interreg	Bæredygtig by- og regionaludvikling	100.000
København	Horizon 2020	Bæredygtig by- og regionaludvikling	100.000
Furesø	UIA	Mobilitet	100.000
Frederiksberg	Horizon 2020	Mobilitet	100.000
Region Hovedstaden	Interreg ØKS	Mobilitet	100.000
Region Hovedstaden	Horizon 2020	Sundhed	100.000 (forhåndsgodkendt)
Samlet estimeret afløb for forprojektordningen Q3+4 2016			830.000

2.3 PROJEKTER OG LÆRING

Region og kommuner

- I første halvår af 2016 er der samlet indsendt 11 EU-ansøgninger fra region og kommuner
- To ansøgninger er godkendt
 1. LOOP CITY har fået tilsagn om EU-støtte fra URBACT-programmet på 520.000 kr.
Det samlede projektbudget er på 5,6 mio. kr. Barnsley i Storbritannien er projektleder.
Projektet, TechTown, skal undersøge, hvordan små og mellemstore byer konkurrerer eller samarbejder med regionale/nationale niveauer omkring digitale- og teknologiske klynger og initiativer.
 2. Væksthus Hovedstadsregionen, Cluster Excellence, Copenhagen Capacity og Copenhagen EU Office har fået tilsagn om støtte fra EU-DK hjemtag på 150.000 kr.
Projektet, EU Boost, har til formål at hjælpe flere virksomheder til at søge EU-midler.
EU Boost er i regi af Greater Copenhagen og vil således også involvere Væksthus Sjælland og CAPNOVA.

Næste slide giver et samlet overblik over indsendte EU-ansøgninger og status

STATISTIK OVER INDSENDTE ANSØGNINGER OG HJEMTAG

– REGION OG KOMMUNER

Ansøger	EU-program	Satsning	Projekttitel	Status
Høje-Taastrup	Interreg NSR	Mobilitet	E-commute	Under evaluering
Høje-Taastrup og Albertslund	UIA	Bæredygtig byudvikling	MASH-UP	Afslag
Høje-Taastrup	Interreg NSR	Bæredygtig byudvikling	IoTLogistics	Under evaluering
Høje-Taastrup	Interreg BSR	Mobilitet	Enhancing e-mobility in the BSR	Under evaluering
Albertslund	Horizon 2020	Sundhed	IoT large scale projects	Afslag
Albertslund	Horizon 2020	Bæredygtig byudvikling	InTriCity	Afslag
LOOP CITY	URBACT	Mobilitet	TechTown	520.000
Region H	REGIOSTARS, DGREGIO	Smart vækst	Cph Cleantech Cluster	Under evaluering
Væksthus Hovedstaden m.fl	EU-DK hjemtag	Erhvervsfremme	EU Boost i Greater Copenhagen	150.000
København	Horizon 2020	Bæredygtig byudvikling	EU-China Smart Cities Platform	Under evaluering
København	Horizon 2020	Bæredygtig byudvikling	Run4Cities	Fase 1 ansøgning godkendt. Frist for fase 2 d. 6/9-2016

2. PROJEKTER OG LÆRING

EU-ansøgninger og hjemtag – CopenVirk

- I første halvår af 2016 er 32 EU-ansøgninger indsendt og evalueret i regi af CopenVirk
- Seks ansøgninger har fået tilsagn om EU-støtte/midler.
- Samlet hjemtag: 11 mio. kr.
- 30 ansøgninger i pipeline
- 90 møder afholdt. 145 virksomheder kontaktet.
- Succesrate 19%

OVERSIGT OVER HJEMTAG - COPENVIRK

Første halvår af 2016

Ansøger	Kommune	EU-program	Projektnavn	Hjemtag DKK
Danelec Marine	Rudersdal	Eurostars	iSea	3.177.760
Vessel Performance Solutions	Lyngby	Eurostars	iSea	750.677
Danica Greentech	København	Eurostars	E-NoSi	2.229.270
Genomics Expression	København	Eurostars	OneRNA4OvaCure	2.542.210
OvaCure	Hellerup	Eurostars	OneRNA4OvaCure	1.157.190
Danelec Marine	Rudersdal	SMV-instrumentet fase 1	VDRConnect	375.000
U3D	København	SMV-instrumentet fase 1	Absolute Zero	375.000
Lighthouse QT	København	SMV-instrumentet fase 1	QTOOL	375.000
Samlet EU-hjemtag – CopenVirk:				<u>10.982.107</u>

CASE: U3D - COPENVIRK

Absolute Zero - Virtual 3D-camera

Virksomhedsprofil: Iværksætter med stor teknisk viden om udvikling af salgskanaler.

Produkt idé: Banebrydende software-defineret virtual reality (VR /eller alternativt 360°) kamera, der muliggør høj-kvalitets videooptagelser og skræddersyet performance.

Ambition: At blive markedsleder på nichemarkedet for VR kameraer til professionelle og med tiden udvikle forbrugervenlige VR kameraer.

Udfordring: At færdiggøre den teknologiske udvikling og demonstrere anvendelighed og performanceevne sammen med forbrugere.

EU-program: SME-instrumentet fase 1 - 50.000 EUR finansiering og gode muligheder for at få tilsagn om 0,5-2,5 million EUR mere til fase 2.

CopenVirk: Virksomheden har tidligere ansøgt SMV-instrumentet, men fik ikke tildelt midler og var usikker på om, det gav mening at genansøge. CopenVirk rådgav virksomheden i forløbet frem mod genansøgningen, der ledte frem til en succesfuld ansøgning.

3. PROFILERING OG SYNLIGHED

Med profilering og synlighed skal ejerkredsen positioneres som en god projektpartner i Bruxelles.

- ✓ **En-til-en møder:** Mødeprogrammer er arrangeret og afviklet i Bruxelles for hhv. LOOP CITY og MADE
- ✓ **Partnerdeltagelse i EU event:** DOLL/Gate 21 deltog i ERRIN-event og præsenterede interesse- og projektområder
- ✓ **Opbygning af strategiske alliancer:** Bilaterale møder med europæiske regionskontorer mhp. at identificere strategiske interessefællesskaber og samarbejdsmuligheder
- ✓ **Oplæg for eksterne aktører:** Der er holdt oplæg ved fem internationale arrangementer
- ✓ **Arrangør af Bruxelles event:** Sundhedsworkshop med 45 internationale aktører (se case)

Andet:

- ✓ Facilitering af taler fra Europa-Kommissionen til Carbon Neutral Cities Alliance event i Danmark
- ✓ Studietur til Cambridge bidrog til synlighed af de to kontorer
- ✓ Bred udsendelse af årsrapport 2015
- ✓ Birgitte Wederking citeret i Teknologiudvikling.dk artikel maj 2016 om adgang til EU-midler for innovative danske virksomheder
- ✓ Møde med EIB - promovering af regionens styrkepositioner og drøftelse af konkrete EU-støttemuligheden bl.a. ift. ELENA-programmet
- ✓ Møder med ZealandDenmark mhp. at udvikle fælles tiltag for at brande Greater Copenhagen

CASE 1. WORKSHOP - IMPLEMENTERING OG OPSKALERING (SUNDHED)

45 internationale aktører var samlet i Bruxelles den 21. juni 2016 for at diskutere udfordringer og løsninger på implementering og opskalering af sundhedsteknologi. Den første af tre workshops havde fokus på "parathed i organisationen, forandringsledelse og tværfaglighed". Workshoppen bød på gode cases fra Danmark, Skotland og Italien og med efterfølgende gruppediskussioner af dagens input, egne erfaringer og brainstorm på anbefalinger.

Hovedanbefalingerne fra 1. workshop:

Organisatorisk forandringsparathed

- Vurdér parathed, anvend bottom-up initiativer til at skabe forståelse og velvillighed
- Klæd lederne på (proaktive, inddragende og retningssættende)
- Evaluering af viden om og erfaringer med implementering

Kommunikation

- Vær opmærksom på organisationens antagelser/kultur
- Rettidig omhu og relevant inddragelse

Europæisk videndeling

- Øge kritisk masse for videndeling og dokumenteret succes

NB! 2. og 3. workshop afholdes henholdsvis den 15. september & 5. december 2016

4. INTERESSEVARETAGELSE OG POLICY

Nedenfor en sammenfatning af tiltag for interessevaretagelse:

- ✓ Informeret ejerkredsen om det hollandske EU-formandskabet prioriteter inden for den urbane dagsorden
- ✓ Analyseret og informeret om mulige konsekvenser af Brexit
- ✓ Drøftet regionens interesser med Europa-Kommissionen herunder, LOOP CITY, MADE, europæisk cykelstrategi, Femern Bælt-forbindelsen i regi af STRING, velfærdsteknologi og borgerinddragelse i løsninger af de store samfundsudfordringer inden for sundhed.

REGNSKABSTAL ULTIMO JULI 2016

Nedenfor en foreløbig oversigt for indtægter og udgifter. Alle beløb er i danske kroner.

INDTÆGTER (hele 2016)	
Medlemsbidrag kommuner	4.000.000
Medlemsbidrag Region Hovedstaden	4.000.000
Overført fra 2015	1.000.000
I alt	9.000.000

UDGIFTER	BUDGET (hele 2016)	UDGIFT (første halvår)	%AF ÅR
Løn- og personale	3.650.000	1.647.395	45
Rejser	370.000	163.372	44
Projekter og repræsentation	3.020.000	1.175.000	39
Udviklingsprojekter	1.000.000	0	0
Lokaler	645.000	*472.262	73
Administration	315.000	50.117	16
I alt	9.000.000	3.508.146	39

^{*)} hele årets husleje (undtagen drift) er betalt.

COPENHAGEN EU OFFICE SER FREMAD

Kontoret er godt i gang med 2016, og en række konkrete aktiviteter er planlagt for andet halvår. Aktiviteterne kommer bl.a. til at inkludere:

- Delegationsbesøg fra Hvidovre Kommune og Region Hovedstaden
- Open Days, d. 10.-13. oktober: sideevent med Zealanddanmark "Vækstiværksættere – Scale up Denmark initiativet" og RegioStars Awards (RegH indstillet til finalen)
- Kontoret tilpasser sit fokus på baggrund af efterspørgsel, når udvikling og nye temaer som migration, turisme og udsatte byområder sætter dagsordenen
- Systematisk registrering og evaluering af vores mål og ydelser
- En indsats for at få sammenlægningen af creoDK og Copenhagen EU Office bragt i hus
 - Udarbejdelse af ny fælles strategi og handlingsplan er påbegyndt og skal færdiggøres i samarbejde med ejerkredsen i løbet af efteråret
 - Arbejde med omlægning til vores fælles kommunikation
 - Der er planlagt generalforsamling i oktober og konstituerende bestyrelsesmøde i januar 2017 for det fælles kontor
 - Nyt fælles kontor per 1. januar 2017

COPENHAGEN EU OFFICE GØR EN FORSKEL

Citater fra forprojektansøgere

”Stor kredit til forprojektmidlerne, som har været med til at sikre rådgiverens engagement i opgaven, og lettet os, som jo ikke har skrivning af EU-ansøgninger som vores første kompetence eller vores grundopgave.”

Dorte Færregaard Jensen, Udviklingskonsulent, Høje-Taastrup Kommune

”Større EU-ansøgninger er forbundet med en vis økonomisk risiko, da konkurrencen om projektstøtten i sidste ende er skarp. Det er derfor med stor glæde at Albertslund Kommune har kunnet søge Copenhagen EU Office om tilskud via forprojektordningen. Derudover vil vi gerne takke for den professionelle sparring, som vi har modtaget fra Copenhagen EU Office under hele ansøgningsforløbet med Intrincity-projektet til Horizon 2020 Smart Cities and Communities –programmet.”

Niels Hansen, Specialkonsulent, Albertslund Kommune

BESTYRELSEN I 2016

- Jannich Petersen, Formand og Viceborgmester, Gribskov Kommune
- Marianne Stendell, Næstformand og Regionsrådsmedlem
- Finn Rudaizky, Regionsrådsmedlem
- Per Roswall, Regionsrådsmedlem
- Steen Christiansen, formand for KKR og Borgmester, Albertslund Kommune
- Mia Nyegaard, Medlem af Borgerrepræsentationen, Københavns Kommune
- Jeanette Slora Nielsen, Salgschef, ATEA, udpeget af Dansk Erhverv
- Jesper Thestrup, Direktør, In-JeT ApS, udpeget af DI

TEAM

Copenhagen EU Office teamet er:

- Birgitte Wederking
- Rasmus Mørk
- Christina Teik
- Gorm Rasmussen
- Amanda Alletorp
- Mette Buskjær Christensen (DK)
- Lone Wraae
- Praktikant



creoDK og Copenhagen EU Office på fælles studietur til Cambridge, juni 2016

COPENHAGEN EU OFFICE ONLINE



@creoDK_CphEU



Copenhagen EU Office and creoDK –
Capital Region Denmark EU Office



cphoffice.eu

På hjemmesiden finder du mere information om vores aktiviteter og kontorets arbejde. Du kan også finde værktøjer til at komme i gang med jeres EU-projekt og læse om de mange støttemuligheder.



creoDK Update

Du kan abonnere på vores nyhedsbrev og få aktuelle historier direkte i din mailbox



Send os en mail på: info@cphoffice.eu eller ring til os på: +45 38 66 55 93

Punkt nr. 14 - 1-dags studietur til Bruxelles for Erhvervs- og vækstudvalget samt
Miljø- og trafikudvalget
Bilag 1 - Side -26 af 26

ALBERTSLUND	HALSNÆS
ALLERØD	HELSINGØR
BALLERUP	HERLEV
BORNHOLM	HILLERØD
BRØNDBY	HVIDOVRE
DRAGØR	HØJE-TAASTRUP
EGEDAL	HØRSHOLM
FREDERIKSSUND	ISHØJ
FREDENSBORG	KØBENHAVN
FREDERIKSBERG	LYNGBY-TAARBÆK
FURESØ	RUDERSDAL
GENTOFTE	RØDOVRE
GLADSAXE	TÅRNBY
GLOSTRUP	VALLENSBÆK
GRIBSKOV	CAPITAL REGION OF DENMARK

COPENHAGEN
EU OFFICE

RUE DU LUXEMBOURG 3 /
B-1000 BRUXELLES /
CPHOFFICE.EU

Punkt nr. 14 - 1-dags studietur til Bruxelles for Erhvervs- og vækstudvalget samt
Miljø- og trafikudvalget
Bilag 2 - Side -1 af 21

HALVÅRSRAPPORT

creoDK

JULI 2016

GREATER
COPENHAGEN



UNIVERSITY OF
COPENHAGEN

Technical University
of Denmark



CBS



COPENHAGEN
BUSINESS SCHOOL
HANDELSHØJSKOLEN



The Capital Region
of Denmark

Møde i Forretningsudvalget d. 13-09-2016

creoDK 

INDHOLDSFORTEGNELSE

Indledning	3
Highlights - første halvår 2016	4
Aktiviteter	5
Strategiske satsninger	6
De fire aktivitetsområder og cases	7
Regnskabstal - første halvår 2016	15
creoDK ser fremad	17
Om creoDK	18
creoDK online	20

INDLEDNING

Halvårsrapporten 2016 beskriver de væsentligste aktiviteter og resultater i første halvår af 2016 for creoDK – hovedstadens forskningspolitiske EU-kontor i Bruxelles.

Vi er midt i forandringens og evalueringens år. De overordnede temaer med økonomisk og græsk krise er suppleret af migration, terror og Brexit. Det er ressourcekrævende emner, som udfordrer samarbejdet og påvirker politikområder og budget.

Nedenfor afrapporteres på mål i Aktivitetsplan 2016-2017, som implementerer Strategi 2016-19. Som det fremgår af de følgende sider, gør vi en særlig indsats i forhold til Horizon 2020's midtvejsevaluering og de fremtidige arbejdsprogrammer. Der arbejdes fortsat med de fem strategiske satsninger (arktisk forskning, big data, biomedical engineering/medicoteknologi, fedme og immunologi). Vi har tilpasset fokus på baggrund af efterspørgsel, når udvikling og nye temaer som migration, cybersecurity og kvantum har sat dagsordenen. Flere af disse ser ud til at fylde også i efterårets agenda. Sammenlægningen med Copenhagen EU Office tager form, og der arbejdes på rammer og strategi for det fælles kontor.

Den følgende sider beskriver kort highlights og uddyber derefter aktiviteter og relaterede resultater opnået i første halvår af 2016. Under hver aktivitet er en illustrerende case beskrevet.

HIGHLIGHTS - FØRSTE HALVÅR 2016

- **Midtvejsevaluering:** Et fælles positionspapir leveret på midtvejsevalueringen af H2020, som også føder ind i ERRIN's udarbejdelse af positionspapir. Fortsat profilering ved Bruxelles event i september.
- **Intelligence:** Levering af løbende, tidlig intelligence på forskellige H2020 temaer og evalueringsprocessen - herunder en aktiv indsats for at partnerskabet bliver repræsenteret i den kommende HLG for midtvejsevalueringen.
- **Migrationskatalog:** Efter god partnerinteresse i Kommissionens Migrationskonference blev der fulgt op med udarbejdelse af et katalog over migrationsforskning og -profiler. Kataloget blev godt modtaget i Kommissionen og bruges i WP udarbejdelse.
- **Big Data:** Flere aktiviteter med en opfølgende konference på neuro-Big Data og fokus på cybersecurity. Partnerdeltagelse forudses i cPPP cybersecurity, og event er planlagt i København den 9. sept. Også kvantum computing tiltrækker partnerne opmærksomhed med udmeldingen om et nyt FET flagskib.
- **Besøgsprogrammer:** Individuelle besøgsprogrammer for forskere tilrettelagt og udført med positiv feedback.
- **Sammenlægning:** Der blev enighed i ejerkredsen om sammenlægningen med Copenhagen EU Office. Fælles strategiudvikling og implementering er nu undervejs.

EU-program kontekst 2016

- Midtvejsevaluering H2020
- H2020 arbejdsprogrammer for 2018-2020
- Forskningsrammeprogrammet FP9

Strategiske satsninger

- Arktisk forskning
- Big data
- Biomedical engineering/medicoteknologi
- Fedme
- Immunologi (se mere slide 6)

AKTIVITETER

Aktivitetsplanen for creoDK har fokus på aktivitetsområder, der kan understøtte creoDKs mission og mål. creoDKs **mission** er at understøtte partnernes fælles bestræbelser for at sikre excellente forskningsmiljøer, øget internationalisering og deltagelse i europæiske partnerskaber.

creoDKs tre **mål** er:

- Sikre og styrke partnernes muligheder for engagement i EU's forsknings- og innovationsdagsorden
- Facilitere internationale forsknings- og innovationsnetværk samt alliancer for partnerne
- Bidrage til opkvalificering af forsker og forskningsrådgiveres internationale kompetencer

Aktivitetsområder der skal implementere strategien er:

1. Interessevaretagelse og policy
2. Netværksopbygning
3. Synlighed og branding
4. Vidensdeling, forankring og kommunikation

STATUS PÅ STRATEGISKE SATSNINGER

Satsningerne er udvalgt efter udmeldinger hos partnerne om styrker og potentiale samt match i forhold til EU-prioriteter. Udmøntningen har til formål at fokusere og forankre arbejdet med EU.

ARKTISK FORSKNING	BIG DATA	BIOMEDICAL ENGINEERING/ MEDICOTEKNO	FEDME	IMMUNOLOGI
• Input til referencegrupper • Prioriteter til KOM • Positionspapir udviklet • Positionspapir distribueret som input nationalt og i Bruxelles (DG MARE) • Skaffe kontakt for DTU til konsortium til 2017 topic • Fremadrettet er fokus på netværks-udviklende aktivitet for forskere. Fortsat udbredelse af positionspapir	• Input til referencegruppe • Prioriteter til KOM • Ansøgning indsendt på health – "Networking and optimising the use of population and patient cohorts at EU level" • Deltagelse og rapportering fra infomøder om åben data, big data og cyber • Neuro/Big data konference i Kbh. (juli) • Forberedelse af cPPP cyber event Kbh. (sept.) • KU, DTU aktive i BDVA; CBS afmeldt medlemskab	• Input til referencegruppe • Prioriteter til KOM • Arrangement planlægges med FI om Health Care Technologies (efterår)	• Input til referencegruppe • Prioriteter til KOM • Mødeprogram om fysisk aktivitet (jan.) • Rapport Food Insecurity (jan.) • Rådgivning om WP 2018-20 høring "Food and Nutrition Security Research") • KU input til høring på health challenge advisory group report • Workshop planlægges om "ICT for Obesity" (efterår)	• Input til referencegruppe • Prioriteter til KOM • Aftale med EFIS om event • KU-DTU-RegH input til høring på health challenge advisory group report • Workshop om kronisk inflammation under udvikling

1. INTERESSEVARETAGELSE OG POLICY

Nedenfor er sammenfatning af aktuelle resultater for interessevaretagelse. Strategiske satsninger behandles separat (forrige slide).

Påvirkning

- ✓ I syv sager er EU's arbejdsprogrammer og strategiske programmer på forskellige områder søgt påvirket gennem høringssvar, projekter, møder og indspil (se case). Heraf er tre håndteret i samarbejde med Copenhagen EU Office.

Rammevilkår

- ✓ Positionspapir for H2020 arbejdsprogram 2018-2020 er udviklet i samarbejde med partnere og sendt til Kommissionen.
- ✓ I to runder er kandidater aktivt promoveret til H2020 midtvejsevaluerings High Level Group.
- ✓ Fælles erklæring om "*Internally Invoiced Costs*" i H2020 er udarbejdet med Helmholtz' Bruxelles-kontor og distribueret til Kommissionen.
- ✓ Implementeringspapir med erfaringer fra H2020 og fremadrettede forslag er udviklet med partnere og promoveret overfor Kommissionen.
 - Der forudses dels en præsentation af papiret ved "lunch event" den 29. september i Bruxelles, dels en fælles promovering med andre forskningskontorer.
 - Arbejdet gav creoDK anledning til at tage styringen på udvikling af et ERRIN positionspapir og deltagelse i høringsmøde i Kommissionen (se case).

Projektunderstøttelse

- ✓ Otte sager med formidling af og/eller bidrag til projektansøgninger, heraf fire håndteret i samarbejde med Copenhagen EU Office.

CASE: MIGRATION

Med de store migrationsstrømme til Europa fra 2015 kom migration højt på EU's dagsorden. I første halvår af 2016 har creoDK arbejdet konkret med to relaterede elementer:

KONFERENCE – 4. & 5. FEB 2016

Hvem: KU (JUR, SAMF og HUM)

Hvad: Deltagelse i 2-dags konference i Bruxelles arrangeret af Kommissionen. creoDK gjorde KU opmærksom på konferencen, og de deltog fysisk med 5-6 personer

Formål: At bidrage med vores forskeres ekspertise inden for migration til videreudvikling af EU-prioriteter på området samt skabe kendskab til eksisterende EU-projekter og forståelse for dagsorden.

Udbytte: Meget stor interesse blandt forskere og administrativt personale, der deltog på konferencen og via webstream

KATALOG – MAJ/JUNI 2016

Hvad: Katalog med oversigt over migrationsforskning og profiler hos KU, CBS, Region Hovedstaden

Hvordan: creoDK sammenstillede tematiske input fra partnerne. Kataloget blev overrakt til Kommissionens taler ved KU's Flygt2016 konference i Kbh. og cirkuleret elektronisk. creoDK hjalp med at invitere Kommissionens særligt udpegede rådgiver for migrationsforskning til konferencen

Formål: Sikre synlighed for og potentiel involvering af relevante forskere. Fremme forskning hos partnere

Udbytte: Positive tilbagemeldinger fra Kommissionen. Kataloget cirkulerer bredt og bruges som inspiration i Kommissionen på området for det kommende program

2. NETVÆRKSOPBYGNING

Netværksopbygning kræver en kontinuerlig indsats hos creoDK og partnerne. Der er taget fat på tre af de fire overordnede aktiviteter for året.

Partnerindmeldelser i alliancer/platforme

- ✓ Faciliteret sundhedsteknologisk netværk mellem CBS og Region Hovedstaden.
- Faciliteret kontakt for Rigshospitalet til den Europæiske Patientforening.
- Opfordringer til deltagelse i ny cPPP Cybersecurity. Dansk deltagelse endnu ikke afklaret.
- Opfordret partnere til deltagelse i internationalt universitetsnetværk.

Partnerdeltagelse i projektkonsortium

- ✓ Tre sager med formidling af konkrete ansøgningsmuligheder.

Netværksanalyser på fagområder og policy

- Arbejdet med netværksanalyse er endnu ikke påbegyndt.

Andre netværkssager

- ✓ Lead på ERRIN Open Science arbejdsgruppe.
- ✓ Co-lead på Ambiorix netværksgruppe og deltagelse i EARMA 2016
- ✓ Løbende deltagelse i DACOB møder, samt afholdt møde med MEP Kofod's assistent & smart vækst møde med EP ITRE sekretariat.
- ✓ Regelmæssig kommunikation fra DANRO's SPC-debriefs - vært for én debrief.
- ✓ Løbende formidling til partnere (via policy briefs) af intelligence opnået gennem netværk.
- ✓ Løbende opbygning og pleje af netværk med beslutningstagere i Kommissionen, Ministerrådet, Europa-Parlamentet og med øvrige aktører i Bruxelles og DK.

CASE: ERRIN NETVÆRK

ERRIN SCIENCE ARBEJDSGRUPPE

Hvad:

- Co-chair for ERRIN Open Science arbejdsgruppe, der er et netværk med universitetsrepræsentanter i Bruxelles
- Afholdelse af to møder for arbejdsgruppen (hver ca. 40 deltagere) + eksterne talere)

Formål: Skabe synlighed/profilering for kontoret og partnerskabet

Udbytte:

- Synlighed og respekt for kontorets faglige kvalitet
- Adgang til intelligence
- Invitationer til konferencer og møder

HORIZON 2020 STAKE-HOLDER MØDE & ERRIN POSITIONSPAPIR

Hvad:

- Som ERRIN's repræsentant deltog creoDK i juni 2016 i et eksklusivt heldagsmøde med Kommissionen om H2020 implementering
- Udarbejdelse af ERRIN position om Horizon 2020 implementering med udgangspunkt i creoDK positionspapir

Formål: Give Kommissionen input til H2020 midtvejsevaluering

Udbytte:

- Aflevere partnerskabets budskaber til Kommissionen og efterfølgende kommentering af opfølgningsrapport
- Synlighed i Bruxelles og kendskab til andre centrale aktører og deres holdninger

3. SYNLIGHED OG BRANDING

Med synlighed og branding skal partnerskabet positioneres som en god dialog- og projektpartner i Bruxelles.

- ✓ **En-til-en møder:** To mødeprogrammer er arrangeret og afviklet i Bruxelles for individuelle forskere (se case).
- ✓ **Partnerdeltagelse i EU-events:** Der var god deltagelse i migrationskonferencen i Bruxelles. Der blev opfordret til deltagelse i kvantumkonferencen i Holland.
- ✓ **Oplæg for eksterne aktører:** Der er givet oplæg ved fire internationale arrangementer.
- ✓ **Arrangør af Bruxelles events:** Der er afholdt to arrangementer ("nytårskure") med ca. 40 deltagere hver om hhv. TRL-skalaen og om PPP'er.
- ✓ **Andet:**
 - ✓ Studietur til Cambridge bidrog til synlighed af de to kontorer
 - ✓ Bred udsendelse af årsrapport 2015 – fysisk og elektronisk
 - ✓ Sikret taler fra Kommissionen ved KU Flygt2016 konferencen
 - ✓ Birgitte Wederking citeret i Teknologiudvikling.dk artikel maj 2016 om adgang til EU-midler for innovative danske virksomheder

CASE: INDIVIDUELT MØDEPROGRAM

Hvem: Professor Georg Ringe, CBS

Hvad: Individuelt mødeprogram for partner. Møder i Kommissionen og Rådet

Formål: Programmet havde tre formål:

- 1) Synliggøre Ringes ekspertise inden for finansunionen
- 2) Netværksopbygning
- 3) Indsamling af empiri til igangværende forskning.

Udbytte: Ringe har i dag kontakter i EU-institutionerne. Beslutningstagerne kender Ringe og kan trække på hans kompetencer. Desuden fik Ringe indsamlet empiri til sit forskningsprojekt om finansunionen.

4. VIDENDELING, FORANKRING OG KOMMUNIKATION

I første halvår arbejdede creoDK videre med videndeling om EU's forskningspolitik, fortsat forankring hos partnerne og fremadrettet håndtering af kommunikation.

Arrangementer (kompetenceudvikling partnere)

- ✓ FP7 ex-post evalueringsmøde – frokostarrangement i København (med Kommissionen og FI).
- ✓ Påvirkning og indflydelse på H2020 – workshop i København (se case).
- Schuman Associates H2020: To delrapporter, en workshop og et projektevalueringsforløb.

Oplæg/præsentationer

- ✓ Der er afholdt fem oplæg hos partnerne.
- ✓ SG og KG aktiviteter: Der er afholdt tre styre- og tre kontaktgruppemøder, inklusiv et fælles møde i Bruxelles. For kontaktgruppen er der afholdt kompetenceudvikling med besøg hos REA.

Formidling - policy-notater & kommunikationsaktiviteter

- ✓ Policy formidling med notater, høringer og opdateringer, særligt vedr. EIC høring, EIT evaluering, H2020 midtvejsevaluering samt kvantum computing
- ✓ Seks udgivelser af nyhedsbrevet "creoDK Update"
- ✓ Lancering af Twitter – hidtil med 142 tweets og 112 følgere
- ✓ Hyppig deling af information med kontaktgruppen m.fl. via elektroniske medier
- Internt strategisk kommunikationsprojekt
- ✓ Deltagelse i EU-DK-Support netværket

Udlån af faciliteter

- ✓ Tolv udlån af mødelokaler
- ✓ Et udlån af gæstearbejdsplads

CASE: CURVY ROADS OF INFLUENCING H2020

Hvem: KU, CBS, DTU, RegionH

Hvad: Workshop om ”*How to Understand the curvy roads of H2020 and how to formulate inputs with impact*”. En 2-timers workshop i København (på CBS) i april 2016. Kontoret arrangerede workshop og program med to fra creoDK x2 (om creoDK og Kommissionens håndtering), og oplæg planlagt fra hhv. Forsknings- og Innovationsstyrelsen (FI) og DANRO.

Formål: At gøre opmærksom på, hvilke elementer der skal tages højde for, når der søges effektiv indflydelse på rammeprogrammer og arbejdsprogrammer under H2020.

Udbytte: God deltagelse og interesse blandt de godt 30 forskere og administrative personer, der deltog. Opfølgning via hjemmeside information og med 3 individuelle potentielle nye kunder hos creoDK.

REGNSKABSTAL – FØRSTE HALVÅR 2016 - 1/2

Nedenfor er foreløbig oversigt for indtægter og udgifter. Alle beløb er i danske kroner.

INDTÆGTER (hele 2016)	
Medlemsbidrag Region Hovedstaden	2.000.000
Medlemsbidrag KU	1.000.000
Medlemsbidrag DTU	1.000.000
Medlemsbidrag CBS	500.000
Overført fra 2015 (til KG –projekter)	278.256
I alt for 2016	4.778.256

UDGIFTER	BUDGET (hele 2016)	UDGIFT (første halvår)	% AF ÅR
Løn og personale	3.238.256	1.525.057	47%
Rejse	280.000	64.230	23%
Projekter & repræsentation	570.000	160.993	28%
Lokaler	530.000	¹ 342.964	65%
Administration	160.000	73.532	46%
I alt	4.778.256	2.166.776	45%

¹⁾ hele årets husleje
 (undtagen drift) er betalt

REGNSKABSTAL – FØRSTE HALVÅR 2016 – 2/2

STRATEGISK SATSNING	BUDGET 2016	UDGIFT (første halvår)	PLANLAGT (andet halvår)	% AF ÅR
Satsninger				
- Arktisk forskning	40.000	0	¹ 13.400	33,5%
- Big Data	40.000	34.456	² 10.000	111,1%
- Biomedical engineering/ medicoteknologi	40.000	0	0	0,0%
- Fedme	40.000	2.600	³ 48.000	126,5%
- Immunologi	40.000	0	⁴ 60.000	150,0%
Særlige KG projekter baseret på 2015 budget				
- Schuman	150.000	0	166.980	111,3%
- KG studietur ERC – ændret til KG studietur Bruxelles	16.000	0	⁵ 11.050	69,1%
- Arktisk forskningskonference	64.000	0	0	0,0%

- ¹⁾ beløb til deltagelse i Arctic Circle konference Reykjavik 6.-9. oktober
- ²⁾ estimeret beløb til Cyber cPPP konference 9/9
- ³⁾ estimeret beløb til WS ICT Obesity 26/9 – program sendt til KG
- ⁴⁾ estimeret beløb til studietur Frankrig 10 personer – godkendelse af SG afventer
- ⁵⁾ afholdt beløb til KG studietur, men anført i "planlagt", da først bogført i juli

CREODK SER FREMAD

Kontoret er godt i gang med 2016, og en række konkrete aktiviteter er planlagt for andet halvår. Aktiviteterne kommer bl.a. til at inkludere:

- Fortsat arbejde for at påvirke H2020 arbejdsprogrammet for 2018-2020 og formuleringen af det næste forskningsrammeprogram – det endnu unavngivne FP9.
 - Et første udkast til arbejdsprogrammet forventes at foreligge i sidste kvartal af 2016 med færdiggørelse og vedtagelse i løbet af 2017 efter konsultationer og behandling i programkomiteerne.
 - Midtvejsevalueringen og -høringer vil føde ind i Kommissionens arbejde med at udarbejde et forslag til FP9 sidst i 2017.
- En indsats for at få sammenlægningen af creoDK og Copenhagen EU Office bragt i hus
 - Udarbejdelse af ny fælles strategi og handlingsplan er påbegyndt og skal færdiggøres i samarbejde med ejerkredsen i løbet af efteråret.
 - Arbejde med omlægning til vores fælles kommunikation.
 - Der er planlagt generalforsamling i oktober og konstituerende bestyrelsesmøde i januar 2017 for det fælles kontor.
 - Nyt fælles kontor per 1. januar 2017.

TEAM

creoDK teamet er:

- Birgitte Wederking
- Anne Meidahl Petersen
- Ida Heebøll
- Karin Hyldelund
- Lasse Holm Grønning (DK)
- Lone Wraae
- Praktikant



creoDK og Copenhagen EU Office på fælles studietur til Cambridge, juni 2016

STYREGRUPPE

- Mads Young Christensen, Region Hovedstaden
- Kim Brinckmann, KU
- Claus Henrik Andersen, DTU
- Annedorte Vad, CBS

KONTAKTGRUPPE

- Torben Høøck Hansen, KU
- Cecilie Ydemann Hansen, KU
- Lone Falsig Hansen, DTU
- Lars Brückner, DTU
- Anne Line Mikkelsen, DTU
- Rikke Fleron, Region Hovedstaden
- Claus Hansen, Region Hovedstaden
- Lise Vinkel Clausen, CBS
- Nina Lynge, CBS

CREODK ONLINE



@creoDK_CphEU



Copenhagen EU Office and creoDK –
Capital Region Denmark EU Office



www.creoDK.eu

På hjemmesiden finder du alt om vores aktiviteter og kontorets arbejde



creoDK Update

Du kan abonnere på vores nyhedsbrev og få aktuelle historier direkte i din mailboks



Send os en mail på: creodk@regionh.dk eller ring til os på: +45 45 11 02 98

Punkt nr. 14 - 1-dags studietur til Bruxelles for Erhvervs- og vækstudvalget samt
Miljø- og trafikudvalget
Bilag 2 - Side -21 af 21

creodk@regionh.dk
www.creodk.eu

BRUSSELS

COPENHAGEN

Møde i Forretningsudvalget d. 13-09-2016

PART OF
GREATER
COPENHAGEN

- | Morgen: Afrejse Københavns Lufthavn kl. 8.15 - ankomst Bruxelles kl. 9.50
- | Formiddag:
 - | Besøg Copenhagen EU Office og creoDK - inkl. oplæg
 - | Besøg/oplæg fra danske EU-repræsentation i Bruxelles
- | Eftermiddag
 - | Rundvisning og frokost m. oplæg i Europaparlamentet
 - | Møder/oplæg hos EU-kommissionen
- | Aften: Afgang Bruxelles Lufthavn kl. 20.05 - ankomst København kl. 21.50

Budget

Til det forelagte program for studieturen anslås udgifterne at beløbe sig til ca. 44.650 kr. for 19 personer, som vist nedenfor. Dette giver en stykpris på 2.350 kr. pr. person.

Udgiftsposter	Beløb
Fly	34.200
Transport	2.850
Forplejning	7.600
Total	44.650

De anførte beløb er eksklusive udgifter til godtgørelser og erstatning for tabt arbejdsfortjeneste.

Forslag for embedsmandsdeltagelse til studieturen

Embedsmandsdeltagelsen ved studieturen for erhvervs- og vækstudvalget må ifølge procedurerne for udvalgsstudieture, max inkludere tre embedsmænd. Følgende embedsmænd vil deltage:

- | Claus Bjørn Billehøj, centerdirektør, Center for Regional udvikling
- | Pernille Schou Petersen, udvalgssekretær for erhvervs- og vækstudvalget, Center for Regional udvikling
- | Mads Young Christensen, sekretariatschef, Center for Regional udvikling

KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen betyder, at erhvervs- og vækstudvalget følger det planlagte program på studieturen.

RISIKOVURDERING

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ingen risici.

BEVILLINGSTEKNISKE KONSEKVENSER

Den samlede udgift til gennemførelse af studieturen afholdes indenfor politikerkontoen.

KOMMUNIKATION

Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen forelægges forretningsudvalget den 13. september 2016 og regionsrådet den 20. september 2016.

DIREKTØRPÅTEGNING

Hjalte Aaberg / Claus Bjørn Billehøj

JOURNALNUMMER

16036846

BILAGSFORTEGNELSE

- ① 1. Copenhagen EU Office halvårsrapport 2016
- ② 2. creoDK halvårsrapport 2016

Implementering af bruttolønsordninger ift. efter- eller videreuddannelse

Nedenstående udgør tre afsnit:

- 1) Oversigt over hovedopgaver og estimeret ressourcetræk - ift. drift**
- 2) Overordnet tidslinje 2016/2017**
- 3) Principielle retningslinjer**

1. Oversigt over hovedopgaver og estimeret ressourcetræk - ift. drift

Relevante opgaver og ressourcetræk er bl.a. estimeret på baggrund af indhentede erfaringer med lignende brug af ordningen. Indhold ses justeret alt efter erfaringer med indsatsen.

1) Principielt niveau		
Hovedopgaver	Hovedansvarlig	Estimeret ressourceforbrug
1) Behandling af personalepolitiske spørgsmål til ordningen, og personalepolitiske retningslinjer. Herunder planlægning og etablering af indsatsen.	Organisation for ledelse i Center for HR	Ad-hoc. Tid afhænger af kompleksiteten i spørgsmål og opgave.
2) Behandling af jurarelaterede spørgsmål.	HR Jura og forhandling i Center for HR	Ad-hoc. Tid afhænger af kompleksiteten i spørgsmål og opgave.

2) Praktisk niveau		
Hovedopgaver	Hovedansvarlig	Estimeret ressourceforbrug
3) Lønadministration ifm. løntræk. Herunder kommunikation herom med hospitaler og virksomheder, samt overblik over brug af ordningen.	Løneheden i Center for HR	Svært at forudsige. Et umiddelbart estimat, med nuværende opgavedeling i skemaet er ½-1 årsværk.
4) Intranetside om ordningen. Herunder opsætning og vedligeholdelse. Siden bør indeholde: a) Generel information om ordningen. b) Aftaleskabelon til lokal behandling. c) Skabelon til omkostningsskema der kort anskueliggør besparelsesfordelen i det enkelte uddannelse/beløb.	Ledelsessekretariatets Kommunikation, i Center for HR, i samarbejde med Løneheden og Organisation og Ledelse.	Opsætning af side på intra- og internet: En uge. Vedligeholdelse: Ca. 1 time pr. måned.

2. Overordnet tidslinje 2016-2017

Nedenstående tidspunkter og indhold kan ændre sig alt efter behandling.



Tidspunkt	Handling
Januar 2016	Konkretisering af indsats og principper.
Februar 2016	Behandling i FLU.
Ultimo marts 2016	Behandling i KD.
April 2016	Behandling i Direktørkredsen
April/Juni 2016	Sagen til principiel beslutning i Regionsrådet/Forretningsudvalget
Juni 2016	Orientering i MED.
Juni 2016	Udsendelse af lokalaftale om ordningen til organisationerne med to måneders svarfrist.
Juni 2016	Indkaldelse af personalecheferne til informationsmøde om ordningen.
Juni 2016	Oprettelse af intranetside om ordningen.
Juni 2016	Udsendelse af informationsskrivelse til hospitaler og virksomheder i Region Hovedstaden om implementering af ordningen samt generel kommunikation.
Medio/ultimo 2017	Evaluerings af indsatsen. Under inddragelse af hospitaler og virksomheder i Region Hovedstaden.

3. Principielle retningslinjer:

Nedenstående principper vil også fremgå af den, i ovenstående nævnte, kommende informationsskrivelse til hospitaler og virksomheder i Region Hovedstaden:

1. Tilgang: Ordningen er alene et tilbud til rådighed på den enkelte arbejdsplads og ikke en forpligtelse for ledelsen. Omfanget af brugen må derfor også forventes at være forskellig, alt efter lokal anvendelse. Tiden der anvendes på den enkelte uddannelse, skal som udgangspunkt foregå i fritiden.
2. Uddannelsesønsker: Uddannelse med bruttoløn ikke må være decideret arbejdsbetinget, eftersom det i givet fald skal være betalt af arbejdspladsen.
3. Tilrettelæggelse: Uddannelsesønsker og dertilhørende arbejdstilrettelæggelse aftales i sagens natur lokalt mellem den enkelte leder og medarbejder, ift. lederens vurdering af muligheder. Dvs. sagen naturligt behandles med udgangspunkt i den enkelte afdeling. Respektive hospital eller virksomhed beslutter derfor, hvordan de hertil vil tilrettelægge opgaven. Herunder om det er den enkelte afdeling der styrer og administrerer det, eller om det skal forbi økonomifunktion eller lokal HR.
4. Iværksættelse: Ved indgåelse af aftale om bruttolønsordning skal hospital/virksomhed sørge for:
 - a. Udfyldelse af 1) aftaleskabelon ift. den individuelle aftale om uddannelse med bruttoløn og 2) omkostningsskema. Der skal sendes kopi af begge til Løneheden i Center for HR.
 - b. Betaling af fakturaerne løbende. Der skal sendes kopi heraf til Løneheden i Center for HR, der sørger for at foretage løntræk.
5. Ved opsigelse: Siger vedkommende op eller bliver opsagt efter aftale er indgået, men beløbet ej er betalt, får pågældende brev om betaling af uddannelsen fra Løneheden i Center for HR.

Referat af møde i Regions MED-udvalget 30. august 2016

Lokale: Regionsgården, H2.

Mødedeltagere: se bilag.

Punkt 1: Godkendelse af dagsorden,

a. Kommentar til dagsorden

Det er aftalt i formandskabet, at de første punkter vedr. budget/budgethøring, RegionH Match, bruttolønsordninger samt SDCC er de vigtigste punkter på dette møde.

Beslutning

Dagsorden blev godkendt uden bemærkninger.

b.

Sagsfremstilling

Ingen bemærkninger.

DRØFTELSESPUNKTER:

Punkt 5: Drøftelse af forslag til anvendelse af bruttolønsordninger til videreuddannelse i regionen

a. Indstilling

Sagen drøftes med henblik på bemærkninger til forretningsudvalget.

b. Sagsfremstilling

Regionen har gennem årene flere gange fået opfordringer til at overveje at give mulighed for at anvende bruttolønsordning til at finansiere efter/videreuddannelse. Center for HR har derfor gennem flere måneder undersøgt muligheder og begrænsninger omkring anvendelse af disse ordninger.

Bruttolønsordninger er generelt en samlet betegnelse for de ordninger, hvor medarbejdere går ned i løn og i stedet modtager et eller flere personalegoder fra arbejdsgiver, fx efter- eller videreuddannelse. Den model der foreslås afprøvet i Region Hovedstaden angår finansiering af formålsrettet efter- og/eller videreuddannelse.

Et formål med bruttolønsordninger er at forbedre muligheder for fastholdelse af medarbejdere og fortsat kompetenceudvikling af ansatte på arbejdspladsen.

Bruttolønsordninger er som udgangspunkt udgiftsneutrale for arbejdsgiveren, fordi værdien af godet, som virksomheden betaler, bliver modsvaret af en nedgang i bruttolønnen (dvs. løn før skattetræk) hos medarbejderen. Samtidig kommer medarbejderen til at betale mindre i skat.

Sagen var i juni fremsendt til forretningsudvalget/regionsrådet med henblik på en mere principiel drøftelse. Sagen blev dog ikke behandlet, idet det blev besluttet, at den skulle afvente en drøftelse i RMU.

a. Drøftelse

Punkt nr. 15 - Bruttolønsordninger som mulig finansiering af efter- eller videreuddannelse i Region Hovedstaden
Bilag 2 - Side -2 af 3

Hjalte Aaberg indledte punktet med at sige, at han i denne sag ville lytte meget til medarbejdersidens holdning til sagen. RMU's indstilling til sagen vil blive videregivet til forretningsudvalget.

Vibeke Westh sagde, at medarbejdersidens holdning til sagen var ganske enkelt. Medarbejdersiden er enige om, at man ikke bakker sådanne ordninger op, og man kan derfor ikke støtte dette initiativ.

b. Konklusion

Det blev derpå konkluderet, at RMU ikke anbefaler, at der arbejdes med finansiering af efter-/videreuddannelse i regionen gennem bruttolønsordninger (løntræk).

Bilag:

- Udkast til mødesag til FU: FU-sag om bruttolønsordninger i regionen
- Bilag 1 om bruttolønsordning – administration og principper

Punkt nr. 15 - Bruttolønsordninger som mulig finansiering af efter- eller videreuddannelse i Region Hovedstaden

Bilag 2 - Side -3 af 3

Deltagere i mødet den 30. august 2016:

Øvrige:

Kristian Johnsen, Projektdirektør SDCC
Anne Sigsgaard, Chefkonsulent, Center for HR
Line Akiti Hingelberg, Specialkonsulent, Center for HR

Ledelsesrepræsentanter:

Hjalte Aaberg, regionsdirektør
Anders Agger, hospitalsdirektør, Amager – Hvidovre hospital
Martin Lund, psykiatridirektør, Region Hovedstadens Psykiatri
Janne Elsborg, hospitalsdirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Klaus Lunding, hospitalsdirektør, Herlev – Gentofte Hospital
Bente Ourø Rørth, hospitalsdirektør, Nordsjællands Hospital
Per Christiansen, hospitalsdirektør, Rigshospitalet
Martin Magelund Rasmussen, direktør, Center for HR
Freddy Lippert, direktør, Den Præhospital Virksomhed - suppleant for CIMT's direktør

Medarbejderrepræsentanter:

Alette Jensen, Rigshospitalet, (FTF, ETS)
Michael Ravn Hansen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler, (FTF, dbio)
Line Schiellerup, Amager og Hvidovre Hospitaler, (FTF, Danske Fysioterapeuter)
Vibeke Westh, (FTF, DSR)
Kristina Robins, (FTF, DSR)
Alice Linning, (FTF/Kost & Ernæringsforbundet)

Lene Lindberg, (LO, FOA)
Carsten Olsen, (LO, FOA), Amager og Hvidovre Hospital
Søren H. Lorentzen, IMT (LO, HK), Center for IMT
Jacob Christian Fabio Ringgaard, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (LO, Metal)

Helga Holm Schultz, Nordsjællands Hospital (AC, YL)
Inger Piper, Center for Økonomi (AC, DJØF)

Arbejdsmiljørepræsentanter:

Arne Olsen, Region Hovedstaden Psykiatri
Mikael Stougård, Nordsjællands Hospital

Sekretariat mv.:

Sven Skovmand Eriksen, Center for HR
Ghita Kjær, Center for HR

REGIONSRÅDSMØDE

MØDETIDSPUNKT

19-05-2015 17:00

MØDESTED

REGIONSRÅDSSALEN

MEDLEMMER

Punkt nr. 17 - Rapport "Forskningssamarbejde i Region Hovedstaden"

Bilag 1 - Side -2 af 6

Sophie Hæstorp Andersen	
Leila Lindén	
Özkan Kocak	
Maja Holt Højgaard	Fraværende ved sag 9
Flemming Pless	
Erik R. Gregersen	
Hanne Andersen	Fraværende ved sag 13
Per Seerup Knudsen	
Susanne Due Kristensen	
Lars Gaardhøj	Fraværende ved sag 5
Marianne Stendell	
Bodil Kornbek	
Pia Illum	
Charlotte Fischer	
Karin Friis Bach	
Abbas Razvi	Afbud Ingen stedfortræder
Per Tærstøl	
Hans Toft	Fraværende ved sag 9, 20 og 23
Mette Abildgaard	Fraværende ved sag 12
Karsten Skawbo-Jensen	
Lene Kaspersen	Afbud Stedfortræder Erik Lund
Lise Müller	Fraværende ved sag 1 - 4 og 26
Jens Mandrup	
Niels Høiby	
Henrik Thorup	
Katrine Dencker	
Finn Rudaizky	Fraværende ved sag 18 - 21
Kenneth Kristensen Berth	Fraværende ved sag 12
Martin Geertsen	
Bergur Løkke Rasmussen	
Carsten Scheibye	Fraværende ved sag 16 - 17
Randi Mondorf	
Anne Ehrenreich	
Ole Stark	
Per Roswall	Fraværende ved sag 12
Erik Sejersten	Afbud Stedfortræder Lisbeth Dupont-Rosenvold
Susanne Langer	
Torben Kjær	
Annie Hagel	
Tormod Olsen	Fraværende ved sag 7 - 8
Marianne Frederik	

INDHOLDSLISTE

12. Forskningsanalyse

12. FORSKNINGSANALYSE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Parterne bag budgetaftalen 2015 har afsat 0,5 mio. kr. til en ekstern analyse af forskningsområdet. Denne sag er en udmøntning af budgetbeslutningen mhp. at analysen kan igangsættes.

Analysen har til formål at undersøge, hvilke typer af forskning, der foregår på regionens hospitaler, herunder hvem der finansierer den samt, hvilken værdi de forskellige typer forskning har for henholdsvis regionens sundhedsvæsen og for den geografiske regions vækst og udvikling. Hensigten med analysen er bl.a. at sikre gennemsigtighed og troværdighed udadtil herunder som samarbejdspartner for private virksomheder. Det er ligeledes hensigten, at analysen skal munde ud i et forslag til, hvordan samspillet mellem hospitaler og industri mv. kan udvikles og tilrettelægges, så dette kommer til bedst mulig gavn for patienterne og regionen som helhed.

Den oprindelige sags forslag til sessioner, der blev behandlet af sundhedsudvalget den 17. marts 2015 samt erhvervs- og vækstudvalget den 24. marts 2015, er ændret i denne sagsfremstilling, da sagen blev udskudt på forretningsudvalgsmødet den 7. april 2015.

INDSTILLING

Forretningsudvalget anbefaler over for regionsrådet:

1. **at** godkende den beskrevne proces og indhold for en ekstern forskningsanalyse med udgangspunkt i budgetaftalen 2015.
2. **at** udmønte 0,5 mio. kr. til udførelsen af den eksterne forskningsanalyse.

POLITISK BEHANDLING

Sundhedsudvalgets beslutning den 17. marts 2015:

Indstillingens punkt 1 blev anbefalet.

Flemming Pless (A) og Marlene Harpsøe (O) deltog ikke i punktets behandling.

Erhvervs- og vækstudvalgets beslutning den 24. marts 2015:

Indstillingens punkt 1 blev anbefalet.

Per Roswall (V) deltog ikke i sagens behandling.

Forretningsudvalgets beslutning den 7. april 2015:

Sagen blev udsat.

Forretningsudvalgets beslutning den 12. maj 2015:

Anbefalet.

Martin Geertsen (V) og Randi Mondorf (V) deltog ikke i sagens behandling.

Regionsrådets beslutning den 19. maj 2015:

Godkendt.

Abbas Razvi (B), Lene Kaspersen (C), Mette Abildgaard (C), Kenneth Kristensen Berth (O), Erik Sejersten (V) og Per Roswall (V) deltog ikke i sagens behandling.

Som stedfortrædere deltog Erik Lund (C) og Lisbeth Dupont-Rosenvold (V).

SAGSFREMSTILLING

I forbindelse med Budgetaftalen for 2015 er der afsat 0,5 mio. kr. til en ekstern analyse af forskningsområdet. Undersøgelsen udspringer af et ønske om afdækning af, hvilke typer forskningssamarbejder som indgås med og finansieres af private aktører samt, hvilken værdi disse samarbejder giver for patienterne og sundhedsvæsenet. Hensigten med denne analyse er i høj grad at sikre gennemsigtighed og troværdighed som samarbejdspartner for også private virksomheder, hvorfor analysen er bestilt.

Punkt nr. 17 - Rapport "Forskningssamarbejde i Region Hovedstaden"

Bilag 1 - Side -5 af 6

Analysen vil understøtte arbejdet med at opfylde den politiske målsætning om ekspansive vidensmiljøer med en satsning på udvikling af det samlede vidensmiljø i hovedstadsregionen og dermed også på samarbejder med andre offentlige, og private parter for derigennem at styrke den fælles indsats for udvikling af vækst og livskvalitet. Kongeindikatoren "Hjemtagning af eksterne midler" er valgt for at vise udviklingen af den politiske målsætning om ekspansive vidensmiljøer, hvor der netop kræves både gennemsigtighed og troværdighed som samarbejdspartner for at kunne hjemtage eksterne midler – offentlige som private.

Med afsæt i budgetaftalen lægges op til en undersøgelse, som overordnet skal afdække:

- ┆ Hvilke konkrete typer forskningssamarbejder med eksterne er der tale om?
- ┆ Hvordan fordeler de sig mellem f.eks. samarbejde om forskning, tidlig fase kliniske afprøvninger, mv.?
- ┆ Hvordan finansieres de, herunder fordelingen af ekstern finansiering mellem forskningstyper?
- ┆ Hvilken værdi skaber forskningssamarbejderne for patienterne og sundhedsvæsenet?
- ┆ Hvilken værdi skaber forskningssamarbejderne for den geografiske region i form af investeringer og jobs?

Derudover lægges op til, at analysen skal give et samlet overblik over, hvor de eksterne midler kommer fra - fondsmidler, statslige midler, EU-midler osv. Samtidigt ønskes et overblik over hvem, der bestemmer over de eksterne midler. Det bemærkes, at analysen vil inddrage relevante data/oplysninger gennemgået af revisionsanalysen, fra den årlige lovpligtige forskningsstatistik og fra den årlige forskningsevaluering. Analysen kan ligeledes inddrage data målt på ansøgningerne til Det Videnskabsetiske komitéssystem i Region Hovedstaden og fordelingen mellem ansøgernes tilknytningsforhold (hospital/afdeling eller virksomhed).

Hertil kommer, at der specifikt er fremsat ønske om, at analysen omfatter undersøgelse af relevansen for patienterne vedr. hjerteafdelingernes forskning igennem de sidste fem år, herunder:

- ┆ Hvem har ydet forskningsstøtte til hjerteafdelingerne?
- ┆ Hvor megen støtte har medicinalindustrien givet – og på hvilke vilkår?
- ┆ Hvilke andre eksterne bevillingsgivere har der været?
- ┆ Hvor meget støtte er givet af staten og regionen?

Derudover er det et krav til undersøgelsen, at analysen gennemføres af uafhængige eksperter/eksterne konsulenter, og at der gennemføres en detaljeret gennemgang af samarbejdstyperne, som rækker udover almindelig regnskabsmæssig kontrol. Analysen forventes at kunne danne grundlag for drøftelser politisk og administrativt om, hvordan eksterne forskningssamarbejder med virksomheder kan udvikles inden for rammen af regionens procedurer, lovgivning og videnskabsetiske regelsæt med henblik på 1) at skabe værdi for dels patienterne og sundhedsvæsenet samt 2) fremme vækst og udvikling i regionen i form af investeringer, nye jobs mv.

De angivne spørgsmål kræver en stærkere præcisering og skærpelse for at kunne rummes indenfor det angivne budget og for at kunne give det ønskede output til udviklingen af de eksterne forskningssamarbejder – specielt da forskningssamarbejder foregår indenfor en lang række af forskningsområder og på forskellige tidspunkter i vidensudviklingen (se bilag). Samtidigt kan enkelte af spørgsmålene ikke analyseres målt på direkte indikatorer, men alene på indirekte.

På den baggrund fremsættes nedenstående forslag til udarbejdelse af den eksterne analyse. Forslaget er udarbejdet efter model for andre evalueringer af forskningsindsatsen i Danmark, herunder bl.a. den eksterne evaluering af Grundforskningsfonden i 2013.

Forslag til ekstern analyse

Der nedsættes et internationalt panel af fem anerkendte personer med repræsentation fra forskellige forskningsområder – panelet skal gennemføre en kvalitativ analyse på udvalgte afdelinger, der skal sikre en dækning af de områder, der har mange forskningsprojekter – også i samarbejde med/støttet af eksterne parter. Dette kunne fx være regionens nuværende Global Excellence udnævnte afdelinger dvs. i

Punkt nr. 17 - Rapport "Forskningssamarbejde i Region Hovedstaden"

Bilag 1 - Side -6 af 6

alt 21 stk. – dermed dækkes også Hjertemedicinsk Klinik på Rigshospitalet samt Hjertemedicinsk Afdeling på Herlev og Gentofte Hospital.

Der afholdes tre sessioner med panelet:

1. session – planlægges afholdt tredje kvartal 2015 (*tidl. ultimo andet kvartal 2015*):

Formøde med panelet, hvor spørgsmålene præciseres og skærpes på baggrund af eksisterende opgørelser og evalueringer af afdelingernes forskning fra fx den årlige forskningsstatistik og forskningsevaluering samt fra den interne og eksterne revisionsanalyse gennemført i de seneste to år. Panelet har her mulighed for at bestille yderligere data til brug for analysen af de enkelte afdelinger. Med udgangspunkt i vedtagelsen af analysen i regionsrådet i april og i samråd med panelet ved første session udarbejdes det endelige kommissorium. Administrationen leverer sekretariatshjælp til panelets deltagere.

2. session – planlægges gennemført tredje/fjerde kvartal 2015 (*tidl. tredje kvartal 2015*):

Interviews af de udvalgte afdelinger, hvor paneldeltagerne gennemfører interviews med cirka fem afdelinger på baggrund af 1. sessions skærpede spørgsmål og på baggrund af eventuel yderligere analyse gennemført inden interviewet. Administrationen leverer sekretariatshjælp til panelets deltagere og interviewrunden.

3. session – planlægges afholdt i første kvartal 2016 (*tidl. fjerde kvartal 2015*):

Panelets afrapportering af analyseresultat – herunder eventuel afholdelse af konference til fremlæggelse af resultat. Administrationen leverer sekretariatshjælp til panelets deltagere.

Den endelige tidsplan aftales i samarbejde med panelets medlemmer.

Resultatet af analysen, herunder anbefalinger til hvordan samspillet mellem hospitaler og industri kan udvikles og tilrettelægges til gavn for patienter og regionen som helhed, planlægges forelagt regionsrådet primo 2016.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Midlerne til gennemførelse af forskningsanalysen er afsat i budget 2015 under sundhedsområdet.

KOMMUNIKATION

Der udsendes en pressemeddelelse i forbindelse med analysens igangsætning. Der planlægges særlige kommunikationsaktiviteter i forbindelse med afrapportering af analysens resultater.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sagen blev behandlet parallelt i sundhedsudvalget den 17. marts 2015 samt i erhvervs- og vækstudvalget den 24. marts 2015.

Sagen blev forelagt forretningsudvalget den 7. april 2015. Sagen blev udsat.

Sagen forelægges forretningsudvalget den 12. maj 2015 og regionsrådet den 19. maj 2015.

DIREKTØRPÅTEGNING

Hjalte Aaberg / Claus Bjørn Billehøj

JOURNALNUMMER

15003098

BILAGSFORTEGNELSE

1. Forskning fordelt på undertyper og mekanismer

Region Hovedstaden
Center for Regional Udvikling

REGION

Forskningsamarbejde i Region Hovedstaden

- Analyse af eksternt forskningsamarbejde om sundhedsforskning
- Delrapport for hjerteafdelingerne



Punkt nr. 17 - Rapport "Forskningssamarbejde i Region Hovedstaden"
Bilag 2 - Side -3 af 36

1.	Indledning	4
1.1	Valg og udformning af metode	5
1.2	Kort præsentation af eksterne parter	6
1.3	Konklusion	7
1.3.1	Forskningssamarbejder og finansieringskilder	7
1.4	Anbefalinger i forbindelse med analysen af hjerteafdelingerne.....	8
2.	Eksterne Finansieringskilder og Samarbejdspartnere	10
2.1	Resultater samlet og for de enkelte afdelinger på baggrund af forskningsregnskaberne 2010-2014	10
2.1.1	Amager Hvidovre Hospital – Medicinsk enhed, Kardiologisk sektion	12
2.1.2	Bispebjerg-Frederiksberg Hospital – hjerteafdelingen	14
2.1.3	Gentofte Hospital – hjertemedicinsk afdeling	16
2.1.4	Herlev Hospital – Akut medicinsk Kardiologisk.....	18
2.1.5	Nordsjællands Hospital - Kardiologisk, Nefrologisk og Endokrinologisk afdeling....	20
2.1.6	Rigshospitalet – Hjercentret, Hjertemedicinsk Klinik	22
2.1.7	Rigshospitalet – Hjercentret, Thoraxanæstesiologisk Klinik.....	24
2.1.8	Rigshospitalet – Hjercentret, Thoraxkirurgisk Klinik.....	26
2.1.9	Aggregerede data for de samlede hjerteafdelinger	28
2.2	Finansieringskilder – samlet for de undersøgte hjerteafdelinger	30
3.	Indflydelse på valg af forskningsemner og værdi af forskning for patienter og vækst.....	32
3.1	Ekstern indflydelse på forskningen	32
3.2	Resultater og værdi af forskning for patienterne og for vækst.....	33
3.2.1	Forskningens betydning for patientbehandlingen	33
3.2.2	Forskningssamarbejdernes værdiskabelse for vækst	33
4.	Appendix – oversigt undersøgte afdelinger	35
5.	Appendix – Links til offentligt materiale.....	36

1. INDLEDNING

Hospitalernes forskning er en grundlæggende forudsætning for at regionen kan levere patientbehandling på højt niveau. Forskningen bidrager til ny viden, som skaber bedre behandling og forskningsaktiviteterne i sig selv bidrager til fagligt stærke miljøer.

Hospitalernes evne til at tiltrække ekstern finansiering til forskning og finde eksterne samarbejdspartnere kan ses som en indikator på høj kvalitet i den forskning der bedrives; Dels fordi de offentlige finansieringskilder som oftest søges i åben konkurrence med andre fagmiljøer, hvorfor en høj succesrate på disse midler må anses som et tegn på høj faglig kvalitet. Dels fordi det må antages at private parter (fonde og virksomheder) kun støtter den forskning som både ligger indenfor parternes strategi og som har høj kvalitet. Derfor er tiltrækning af ekstern finansiering en kongeindikator for Region Hovedstadens politiske målsætning om at skabe ekspansive vidensmiljøer.

Baggrund for og formål med analysen

Baggrunden for analysen grunder i et ønske fra parterne bag budgetaftalen 2015 om, at der udarbejdes en analyse af eksternt forskningssamarbejde inden for sundhedsforskning i Region Hovedstaden.

Formålet med denne delanalyse er at belyse det eksterne forskningssamarbejde og finansiering specifikt for hjerteafdelingerne¹ i regionen gennem de seneste fem år.

Delanalysen belyser således hvem, der er de mest centrale offentlige og private samarbejdspartnere for regionens hjerteafdelinger. Ligeledes, hvilke offentlige og private parter der finansierer forskningen og inden for hvilke dele af den kliniske forskning. Sidst beskrives hvilken effekt det eksterne samarbejde har, både internt for afdelingen, i forhold til patientbehandlingen og for regionen i bredere forstand.

Delanalysen for hjerteafdelingerne vil således besvare de stillede spørgsmål:

- Hvem har ydet forskningsstøtte til hjerteafdelingerne²?
- Hvor megen støtte har medicinalindustrien givet – og på hvilke vilkår?
- Hvilke andre eksterne bevillingsgivere har der været?
- Hvor meget støtte er givet af staten og regionen?

¹ Hjerteafdelingerne er i denne rapport defineret som de af regionens afdelinger, der enten er tilknyttet Hjertecentret på Rigshospitalet, eller som indeholder ”hjerte” eller ”kardiologisk” i afdelingsnavnet.

² Analysen omfatter forskningssamarbejder på afdelingsniveau og dermed ikke det arbejde, som forskerne individuelt indgår i med eksterne parter, herunder fx konsulent-, redaktør- og rådgivningsarbejde for forskningsråd, private fonde, virksomheder, offentlige myndigheder mv.

Hovedanalysen for Global Excellence miljøerne (der udvalgt grundet deres høje forskningsniveau) skal sammenholdt med delanalysen for hjerteafdelingerne danne grundlag for drøftelser om, hvordan eksterne forskningssamarbejder med virksomheder kan udvikles inden for rammen af regionens procedurer, lovgivning og videnskabsetiske regelsæt med henblik på 1) at skabe værdi for dels patienterne og sundhedsvæsenet samt 2) fremme vækst og udvikling i regionen i form af investeringer, nye jobs mv.

Der skal gøres opmærksom på, at enkelte afsnit og iagttagelser fra hovedrapporten her gentages i forkortet form for at gøre det muligt at læse delrapporten uden at skulle læse hele hovedrapporten.

1.1 Valg og udformning af metode

Analysen er gennemført af et panel bestående af fem eksterne eksperter, udvalgt på baggrund af deres sundhedsfaglige kompetencer og erfaring på det sundhedsfaglige forskningsområde. Administrationen har ydet sekretariatsbetjening til panelet.

Datagrundlaget for denne delanalyse er indsamlet eller valideret af eksterne parter. Det består af dels Rigsrevisionens beretning om administration af forskningsmidler (forår 2015), Revisionsrapport fra Region Hovedstadens revisionsfirma (december 2014) med den tilhørende forretningsudvalgssag (27. januar 2015) om administration af forskningsmidler i regionen inklusiv tilhørende uddybende notat (december 2014).. Dels indrapporteringer til det videnskabsetiske Komitesystem og oplysninger om samarbejder i forbindelse med regionens obligatoriske juridiske godkendelse af samarbejdskontrakter. Opgørelserne er sammenholdt med data fra den lovpligtige årlige indrapportering om forskning og udvikling til Danmarks Statistik. Statistikken indeholder opgørelser over forsknings- og udviklingsudgifter fordelt på interne og eksterne kilder, forskningsområde mv., som er relevant ift. nærværende rapport. I den årlige forskningsstatistik opgøres forbrug, og dermed opgøres den ekstern finansiering i de år, hvor midlerne forbruges.

Delanalysens konklusioner er udarbejdet ud fra panelets drøftelser af de foreliggende data fra ovenstående kilder, og efterfølgende er konklusionerne godkendt af panelet.

Hjerteafdelingerne er i denne rapport defineret som de af regionens afdelinger, der enten er tilknyttet Hjertecentret på Rigshospitalet, eller som indeholder ”hjerte” eller ”kardiologisk” i afdelingsnavnet.

1.2 Kort præsentation af eksterne parter

Da det var et krav, at analysen skal gennemføres af uafhængige eksterne eksperter, har administrationen nedsat et internationalt panel, som består af fem anerkendte personer med repræsentation fra forskellige forskningsområder og forskellige dele af forskningssystemet inden for sundhedsvidenskab. Panelets indsats omfatter både hovedanalysen for udvalgte forskningsmiljøer og delanalysen for hjerteafdelingerne.

Panelets medlemmer er følgende:

Olle Stendahl, MD, PhD, professor i klinisk mikrobiologi ved Linköping Universitet siden 1983. Forhenværende dekan ved det medicinske fakultet og vicerector ved Linköping Universitet. Formand for "The Swedish Medical Research Council" og præsident for "The Swedish Society of Medicine".

Stig Slørdahl, MD, administrerende direktør ved Helse Midt-Norge (Central Norway Regional Health Authority). På orlov fra sin position som professor ved medicinsk fakultet ved NTNU (Norwegian University of Science and Technology). I perioden oktober 2005 til juni 2015 dekan ved det medicinske fakultet ved NTNU.

Eero Vuorio, er M.D., ph.d. og professor emeritus inden for molekylær biologi og kansler emeritus ved Turku Universitet (Finland). Medlem af nationale og europæiske forskningsfonde og flere rådgivende organer inden for den Europæiske Kommission og Unesco.

Anders Hede, Økonom, forskningschef ved TrygFonden siden 2007. Tidligere ansættelser: chefanalytiker Huset Mandag Morgen, økonomi- og sekretariatschef på Sygehuset Øresund, Frederiksborg Amt samt Centerøkonom på Rigshospitalet

Anne-Marie Engel, cand.med., ph.d. Har arbejdet i Lundbeckfonden siden 2005, forskningschef siden 2008. Har tidligere selv arbejdet som forsker ved Københavns Universitet og Bartholin Instituttet med fokus på samspillet mellem immunforsvaret og udvikling af kræft, samt på Statens Serum Institut. Medlem af bestyrelsen for Universitetet i Oslo.

1.3 Konklusion

Overordnet vurderer panelet på basis af de foreliggende data, at forsknings-samarbejderne i Region Hovedstadens hjerteafdelinger, som for regionens øvrige forskningssamarbejder, er velfungerende, og at forskningsmiljøerne generelt arbejder indenfor rammen af regionens procedurer, lovgivning og videnskabsetiske regelsæt. På baggrund af de udarbejdede revisionsrapporter³ med tilhørende notater vurderes det, at der har været ganske få væsentlige problemer, som håndteres/er håndteret i relevante systemer. Derudover har der tilsyneladende været et manglende fokus på at kende og overholde regionens retningslinjer for disponering af indtægter og udgifter i relation til forskningsmidlerne. Disse forhold har administrationen allerede taget højde for i nye regler for omkostningsdisponering og forskningsbudgettering.

Variationerne i finansieringsmønstret for hjerteområdet vurderes at være af samme størrelsesorden som for de øvrige specialer.

Eksperterne ser således ingen tegn på bevillingsmønstre og finansieringsforhold, der er særlige for regionens hjerteafdelinger, hverken i forhold til variationen mellem afdelingerne, mellem årene eller på typer af bevillingsgivere – fraset de allerede afdækkede særlige problemer, som beskrevet i de angivne revisionsberetninger. Samtidigt er observationerne i øvrigt i overensstemmelse med pannedeltagernes erfaringer fra andre områder og miljøer internationalt. På den baggrund er der ingen særlige anbefalinger alene gældende hjerteafdelingerne i Region Hovedstaden.

1.3.1 Forskningssamarbejder og finansieringskilder

På baggrund af den gennemførte analyse af data fra den lovpligtige forskningsstatistik tegner der sig et forskelligartet billede af forskningssamarbejder, som i høj grad er påvirket af, hvilket forskningsområde de adspurgte forskningsmiljøer og subspeciale befinder sig i – derudover har afdelingens størrelse og dermed forskningsmuligheder indflydelse på finansieringsmulighederne. Nogle afdelinger har primært regionale eller nationale samarbejder, mens andre finder deres samarbejdspartnere internationalt. Forskningsmiljøerne er (også på hjerteområdet) overvejende drevet af at finde de relevante og stærkeste forskningssamarbejdspartnere og/eller udnytte synergieffekter til andre kliniske specialer eller enheder med særligt udstyr internt i regionen eller med eksterne parter.⁴

De undersøgte forskningsmiljøer henter i visse tilfælde en væsentlig del af deres forskningsfinansiering fra eksterne kilder – i andre tilfælde stammer størstedelen fra

³ Rigsrevisionens beretning om administration af forskningsmidler (forår 2015), Revisionsberetning fra Region Hovedstadens revisionsfirma (december 2014) med den tilhørende forretningsudvalgssag (januar 2015) om administration af forskningsmidler i regionen inklusiv tilhørende uddybende notat (december 2014)..

⁴ Baseret på hovedanalysen sammenholdt med data fra delanalysen

interne midler. Kilderne til finansiering er mange, men antallet afhænger i høj grad af det kliniske speciale og bredden på forskningsområdet. Nogle forskningsområder har stort offentligt fokus fra både private og offentlige kilder samt patientforeninger mv., mens andre ikke nyder samme opmærksomhed.

Det gennemgående tema vedr. finansiering er, at forskningsmiljøerne er meget afhængig af den eksterne finansiering – som det kan ses af data fra de lovpligtige årlige indberetninger af regionens/afdelingernes forskningsregnskaber til Danmarks Statistik.

Forskningssamarbejder og afprøvningsprojekter i samarbejde med industrien er bredt fordelt med adskillige virksomheder, præparater mv. fordelt på en række større og mindre projekter. Det er relevant for patienterne, at afdelingerne er mest mulig up to date med nye præparater, herunder også deres bivirkninger. Forskningssamarbejder og afprøvningsprojekter i samarbejde med industrien er således både direkte relevant ift. patientbehandlingen eller indirekte, idet det i begrænset omfang genererer midler, der efterfølgende kan benyttes til projekter initieret af forskningsmiljøerne selv. Herunder til lægemiddelafrøvningsforsøg uden industriel interesse.

Forskningen bidrager på hjerteafdelingerne til, at der udvikles ny medicin og nye produkter, som først og fremmest gavner patienterne dermed gavner forskningen i et bredere perspektiv vækst i Danmark.

1.4 Anbefalinger i forbindelse med analysen af hjerteafdelingerne

Som del af opdraget for analysen af eksternt forskningssamarbejde (særligt ift. samarbejdet med virksomheder) er panelet blevet bedt om at komme med anbefalinger, der kan: 1) skabe værdi i forhold til patientbehandlingen og 2) fremme vækst og udviklingen i regionen via jobskabelse, investeringer mv.

Samlet set er panelet fremkommet med 16 anbefalinger til Region Hovedstadens fremtidige arbejde med forskningssamarbejder (se mere i hovedrapporten). Delanalysen for hjerteafdelingerne har ikke afstedkommet særskilte anbefalinger på dette område.

Anbefalinger er således:

- Region Hovedstaden bør sætte fokus på regionens forskningsstyrkeposition og udnytte dette i højere grad som positivt brand.
- Det er vigtigt at forskningsaktiviteterne ses som en del af regionens kerneopgave og tænkes ind i alle led.
- Regionen bør stå sammen, også med andre regioner, om at sikre optimale rammevilkår for forskningen, herunder dataadgang.
- Fleksible midler, såsom Global Excellence Award, skal bibeholdes.
- Regionen bør sikre koordination af forskningsindsatsen.

Punkt nr. 17 - Rapport "Forskningssamarbejde i Region Hovedstaden"
Bilag 2 - Side -9 af 36

- Regionen bør sikre bæredygtige forskningsmiljøer og videreførelse af disse.
- Det interne samarbejde i regionen bør styrkes.
- Fokus på forskningsstrategi i forskningsmiljøerne kan med fordel styrkes.
- Alle forskningsmiljøer skal have en tæt integration til klinikken.
- Der bør være øget fokus på patientinddragelse.
- Regionen har en interesse i at styrke mulighederne og incitamenterne for samarbejdet med videninstitutioner i regionen.
- Regionen bør styrke støttefunktionerne for samarbejde med industrien.
- Det bør undersøges om der bør være en fælles støttefunktion mht. administration af EU-bevillinger.
- Regionen bør have en større bevidsthed og proaktiv tilgang til samarbejde med industrien om forskning.
- Der bør være hjælp (i form af kurser, undervisning mv.) i de nye forskningsadministrationskrav så de ikke skaber unødige misforståelser.
- Effekterne af de nye forskningsadministrationskrav bør undersøges om et år.

2. EKSTERNE FINANSIERINGSKILDER OG SAMARBEJDSPARTNERE

I dette afsnit belyses de undersøgte forskningsmiljøers centrale eksterne finansieringskilder og samarbejdspartnere. Det gælder både private og offentlige parter – samtidigt ses der på fordelingen af den eksterne finansiering på henholdsvis offentlige og private parter.

Gennemgangen viser fordelingen af finansiering fra eksterne parter for de enkelte afdelinger – for de gennemgåede fem år – fordelt på henholdsvis midler fra egen forskning (dvs. midler fra fonde og samarbejdsprojekter) og fra rekvireret forskning (dvs. midler fra fx lægemiddelafrøvnninger for private virksomheder).

2.1 Resultater samlet og for de enkelte afdelinger på baggrund af forskningsregnskaberne 2010-2014

Kilderne til finansiering er mange: både private virksomheder og fonde, interesseorganisationer samt offentlige nationale og internationale råd og fonde. Af de fem års statistikdata fremgår, at enkelte forskningsmiljøer har mange finansieringskilder, og andre har få – det er også forskelligt, om finansieringskilderne er offentlige eller private.

Private samarbejdspartnere fylder forskelligt på de forskellige undersøgte afdelinger, for så vidt angår reel deltagelse i konkrete forskningsprojekter. Private fonde og virksomheder, både nationale og internationale, er samarbejdspartnere i form af finansiering – som rene fondsbevillinger, som del af en samfinansiering af fælles projekter eller virksomhederne indgår derudover finansieringskilder ved kontraktforskning ved fx lægemiddelafrøvnninger for et privat firma.

Finansieringskilder og samarbejdspartnere bestemmes (som også nævnt i kap. 1) i høj grad af, hvilket forskningsområde og subspeciale de adspurgte forskningsmiljøer befinder sig i. Variationerne mellem afdelingernes eksterne finansiering i størrelse og i type af finansiering (fordelt på ”tilskud og støtte” og ”rekvireret forskning”) har således mere at gøre med afdelingens størrelse, subspeciale og organisatorisk tilhørsforhold end med det kardiologiske speciale at gøre. De to hjerteafdelinger med Global Excellence har en markant større grad af ekstern finansiering end de øvrige hjerteafdelinger – hvilket er i overensstemmelse med hovedrapportens generelle observation.

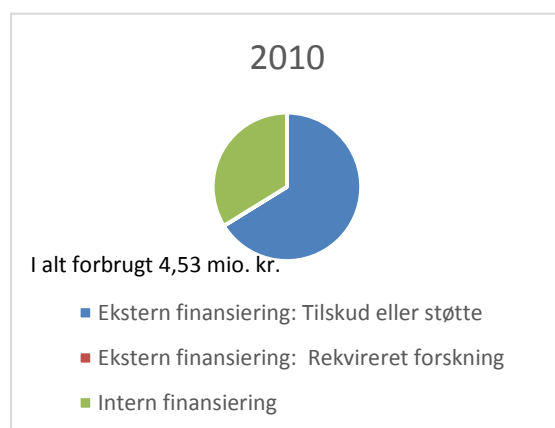
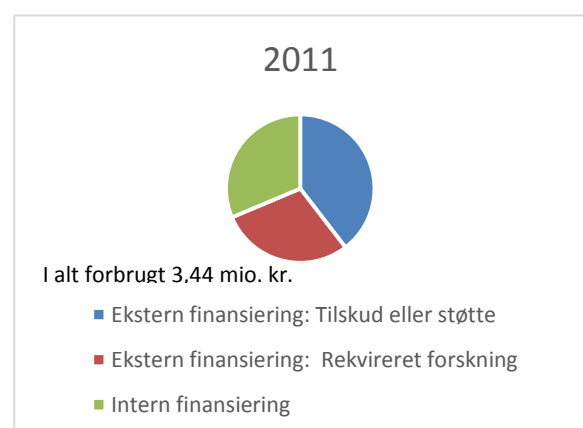
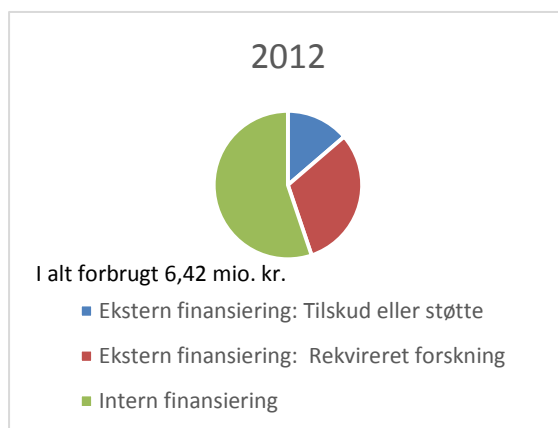
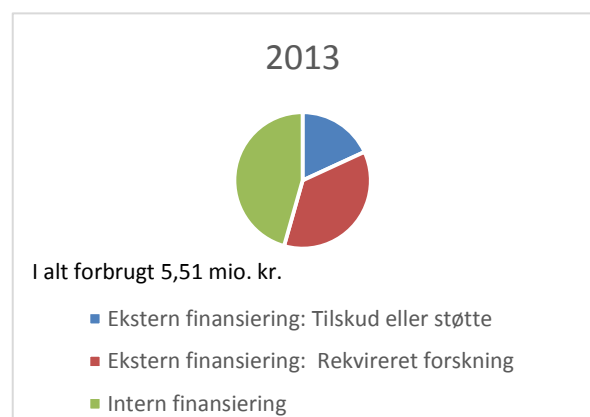
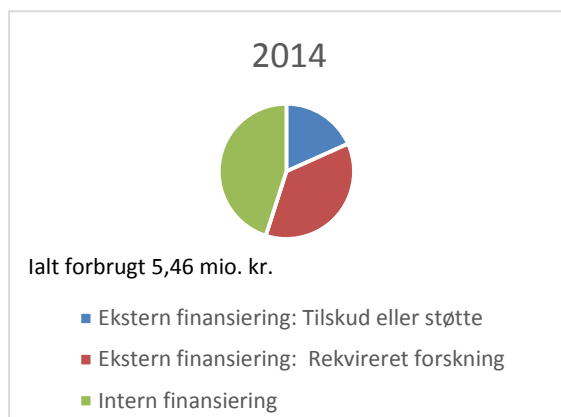
Da de fleste hjerteafdelinger indhenter forholdsvis få eksterne forskningsmidler, er der meget stor variation i finansieringsmønstret mellem de enkelte år. Derimod er der betydelig stabilitet i det aggregerede data jf. afsnit 2.1.9.

De enkelte afdelinger/hospitaler har tidligere haft lidt forskellige registreringspraksis i forhold til opdelingen på typer af forskning, dermed kan visse forskelle i diagrammerne her mere være et udtryk for praksis for de forskellige konteringsystemer snarere end en reel forskel i andelen af den eksterne finansiering. Hospitalernes konteringspraksis

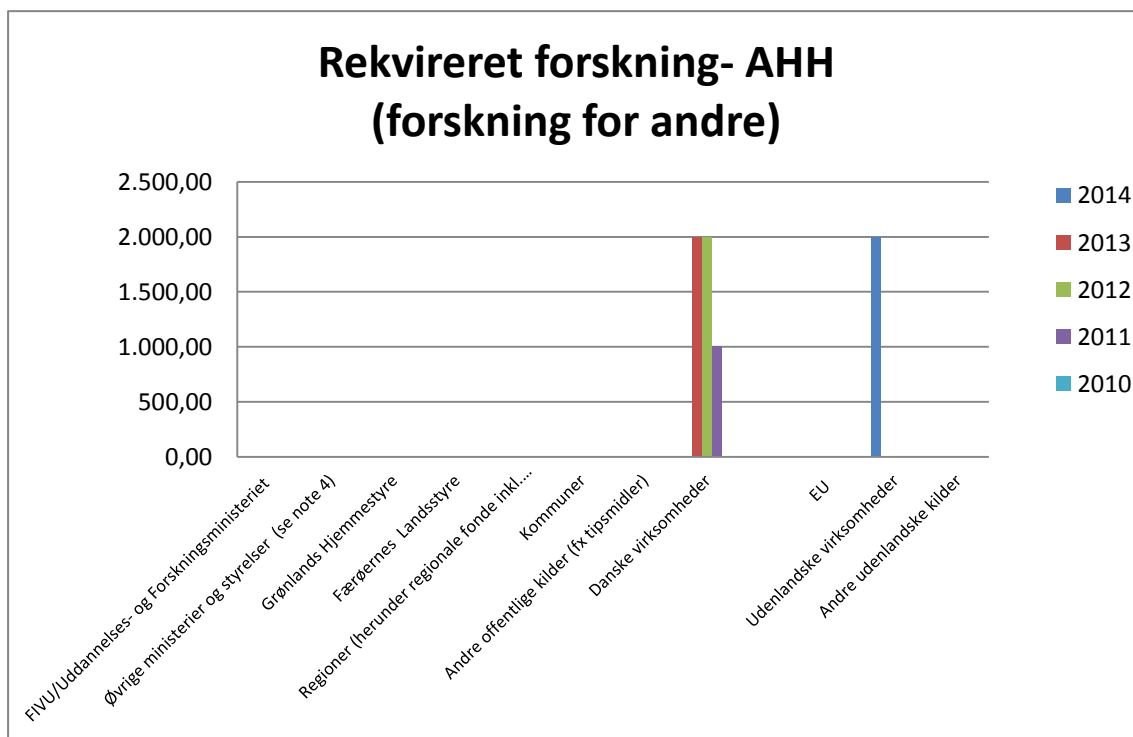
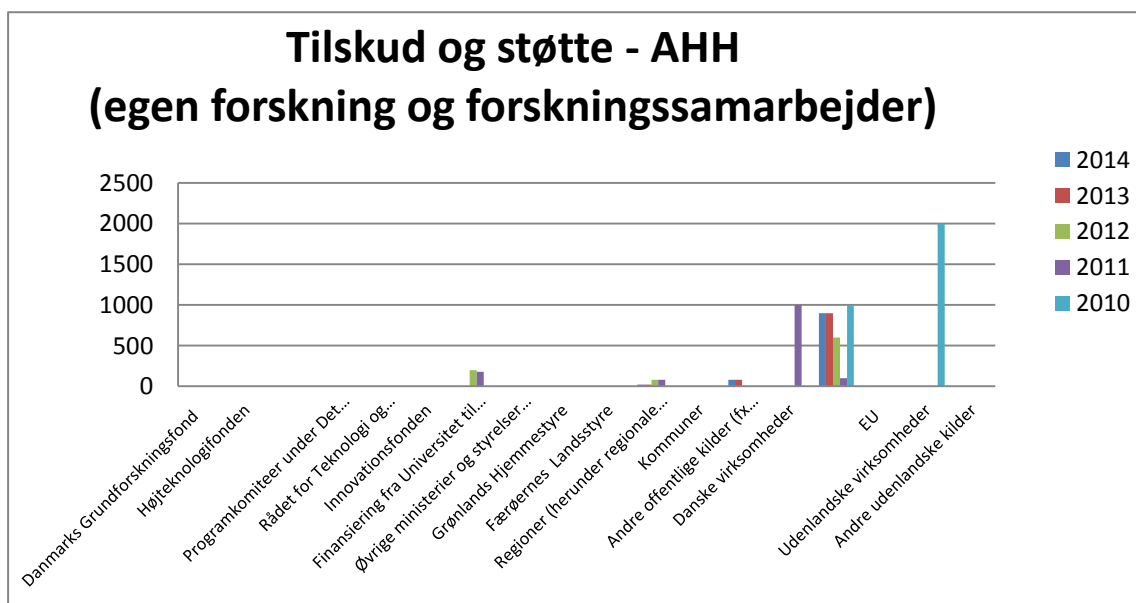
ensrettes i forbindelse med de reviderede administrative regler for forsknings-administration.

2.1.1 Amager Hvidovre Hospital – Medicinsk enhed, Kardiologisk sektion

Som det kan ses af diagrammerne nedenfor, så varierer finansieringen af de forbrugte ressourcer væsentligt gennem de fem år – dvs. den indbyrdes fordeling mellem intern og ekstern finansiering samt mellem tilskud/støtte og rekvireret forskning ændres over tid – afhængigt af de igangværende forskningsprojekter.

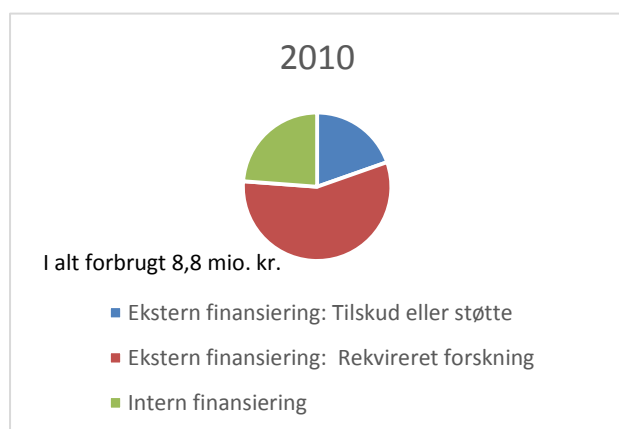
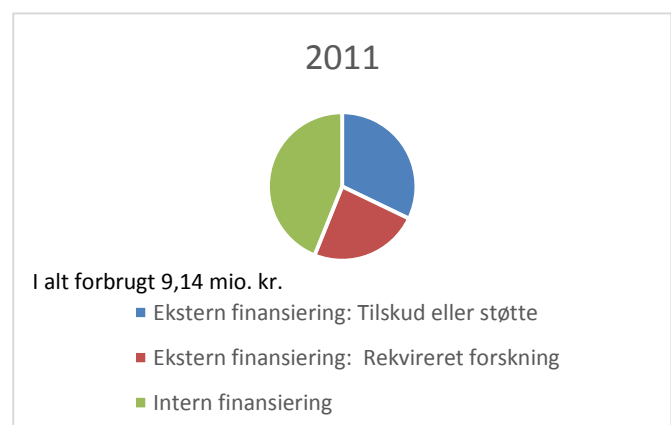
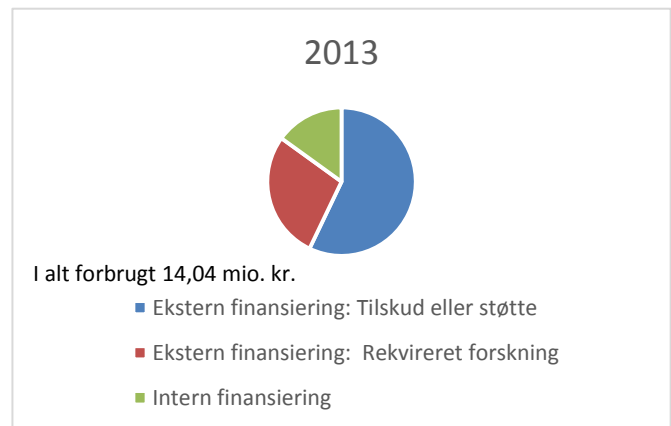
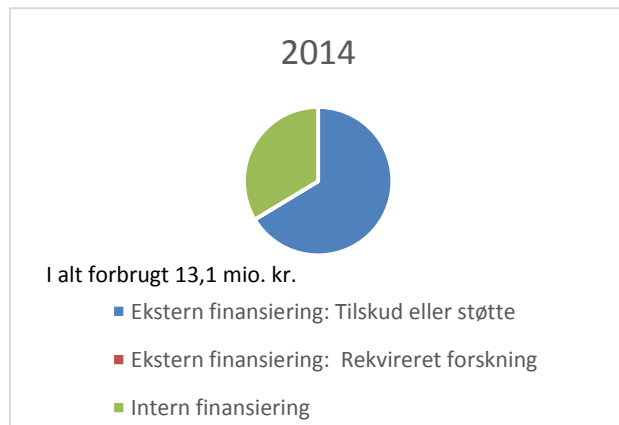


Hvis man ser på diagrammerne nedenfor, så ses der også variationer over tid mellem de eksterne finansieringskilder – Der ses dog primært her en finansiering fra private fonde, en mindre del fra universiteter og enkelte år midler fra private virksomheder (danske, som udenlandske). Den rekvirerede forskning finansieres af primært danske og et enkelt år af udenlandske virksomheder.



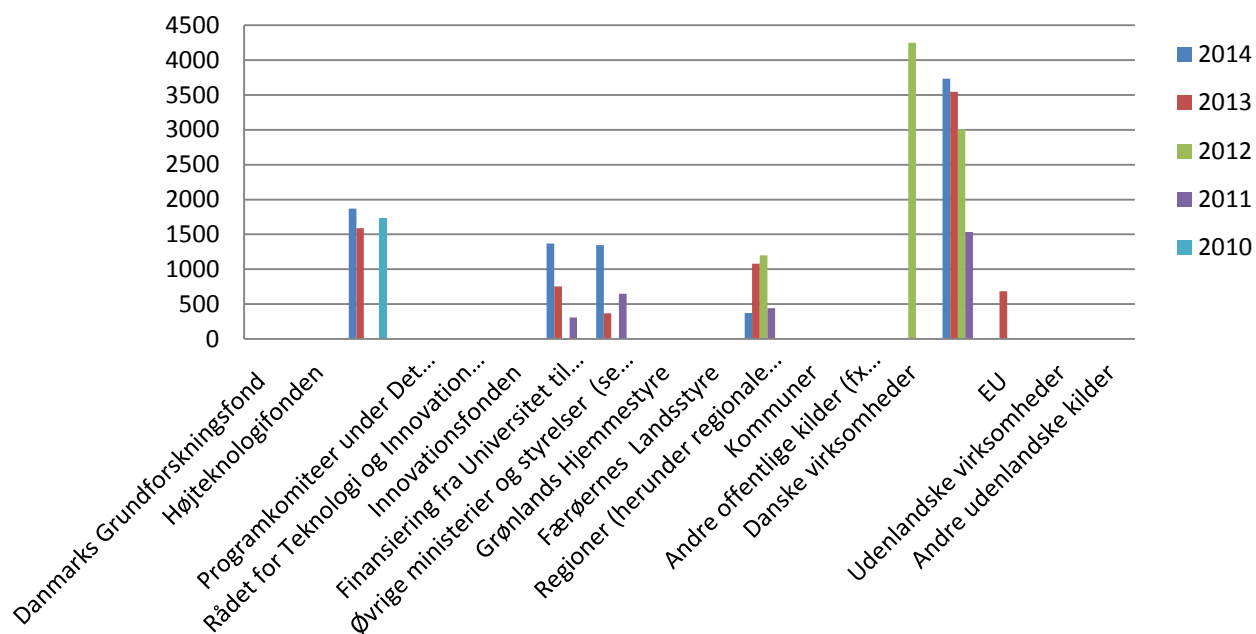
2.1.2 Bispebjerg-Frederiksberg Hospital – hjerteafdelingen

Som det kan ses af diagrammerne nedenfor, så varierer finansieringen af de forbrugte ressourcer væsentligt gennem de fem år – dvs. den indbyrdes fordeling mellem intern og ekstern finansiering samt mellem tilskud/støtte og rekvireret forskning ændres over tid – afhængigt af de igangværende forskningsprojekter. Det skal dog bemærkes, at der er en stor variation over årene af rekvireret forskning/afprøvningsprojekter for private virksomheder – fra 0 % til 57 %.

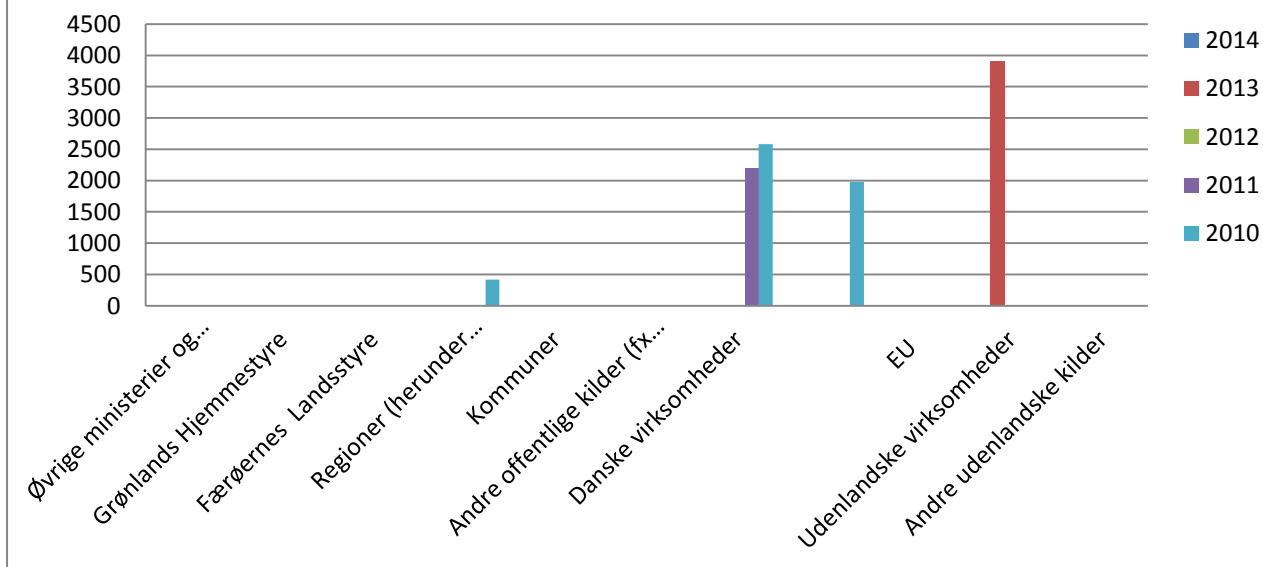


På denne afdeling ses som for andre afdelinger også en vis variation på finansieringskilder over tid, idet der også er finansiering fra statslige (forskningsråd og universitet) kilder i enkelte år. Derudover er der en finansiering fra regioner, der ligger udover det sædvanlige budget.

Tilskud og støtte - BBH/FRH (egen forskning og forskningssamarbejder)

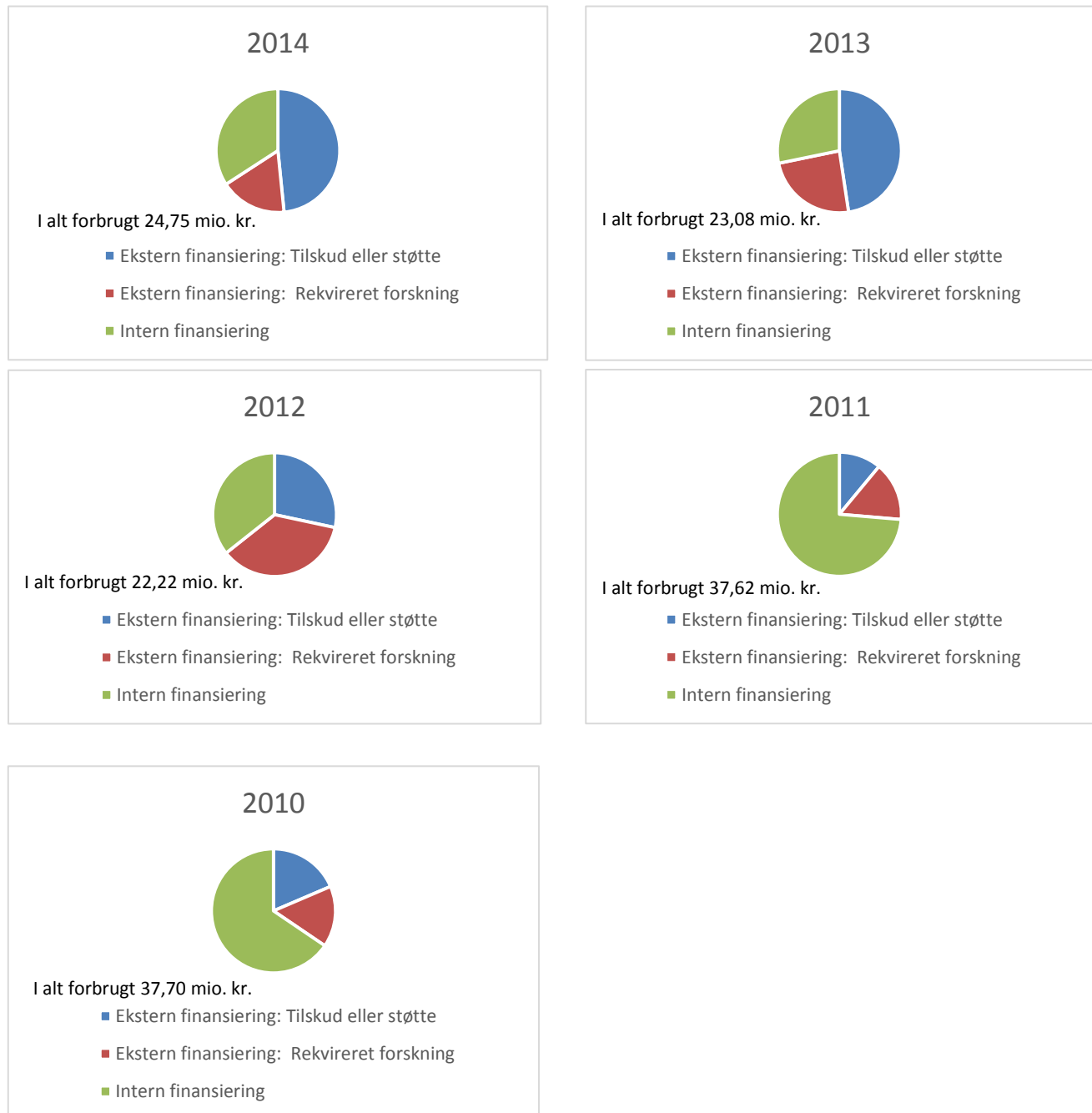


Rekvireret forskning- BBH/FRH (forskning for andre)



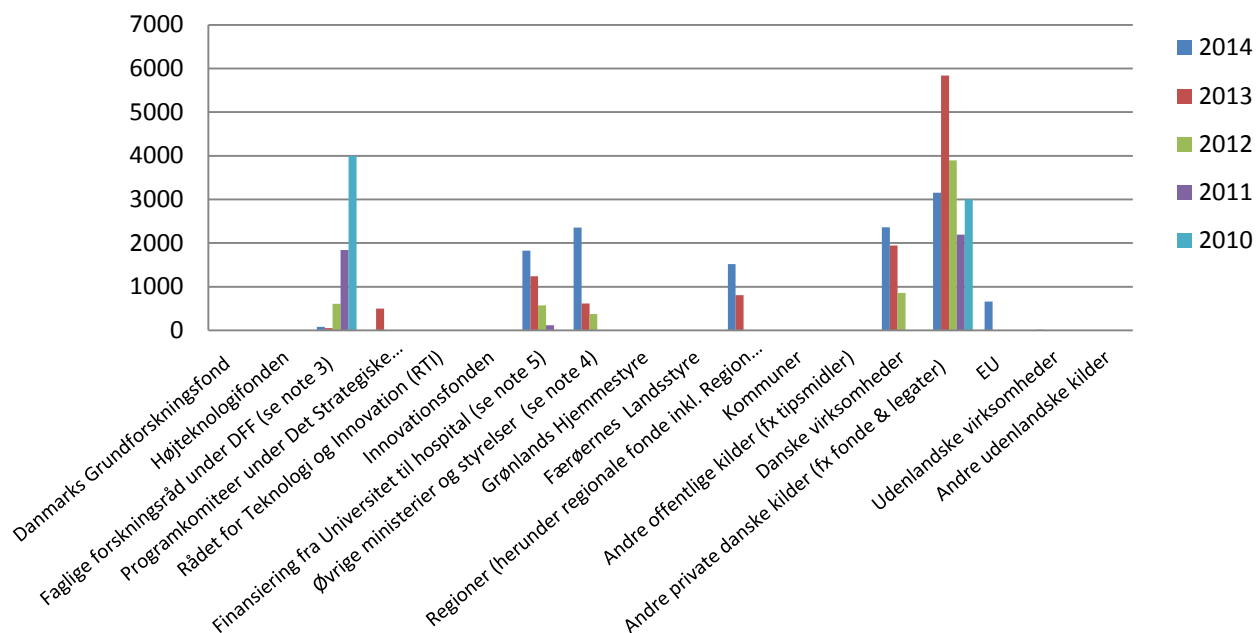
2.1.3 Gentofte Hospital – hjertemedicinsk afdeling

Også på denne afdeling ses en variation over tid, idet det dog skal bemærkes, at der er en væsentlig andel af ekstern finansiering, der stammer fra ”rekvireret forskning” dvs. fra forskning for andre. Samtidig er størstedelen af forskningen finansieret af eksterne parter – idet den interne finansiering alene udgør omkring ca. 30-35 %. Dermed udgør den eksterne finansiering en større andel for denne afdeling end for den gennemsnitlige afdeling i regionen.

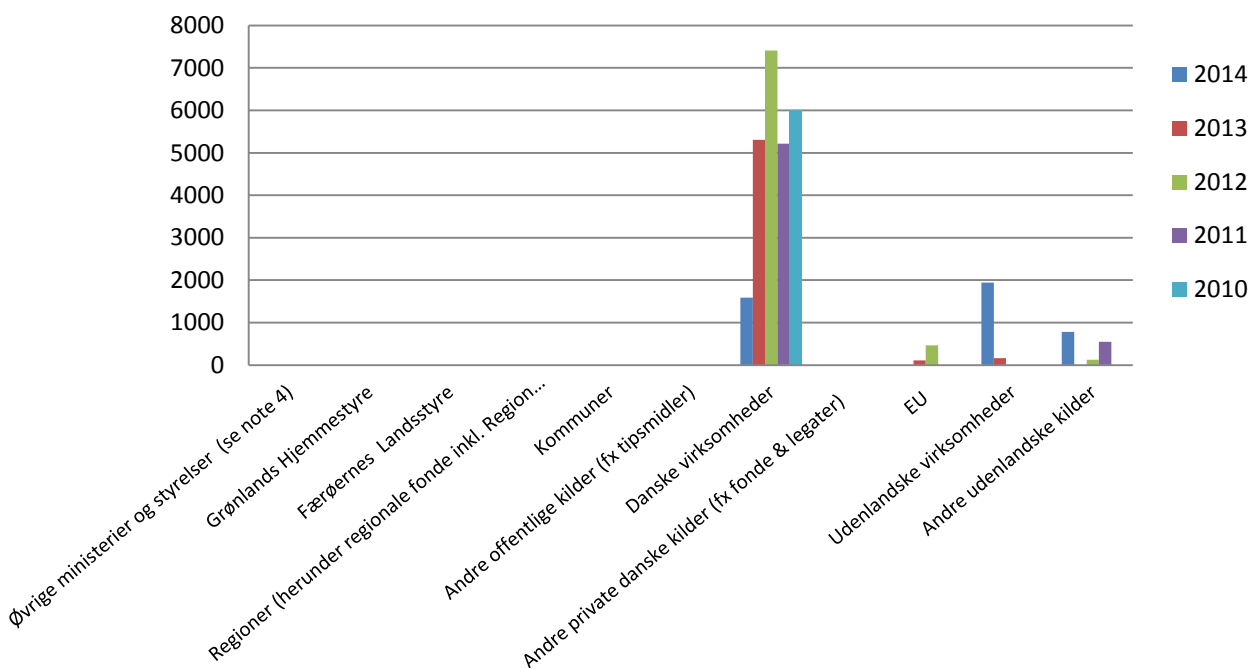


Tilskud og støtte - GEH

(egen forskning og forskningssamarbejder)



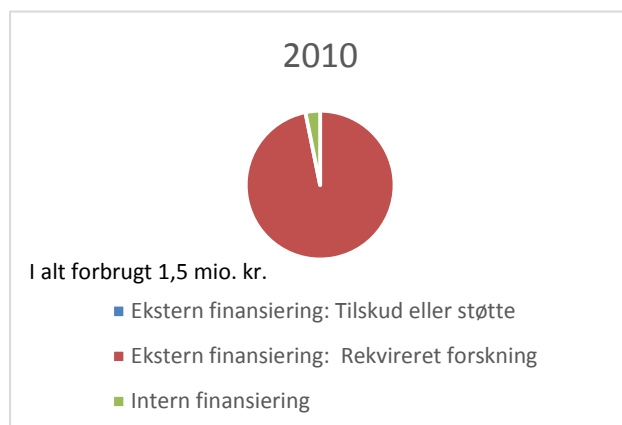
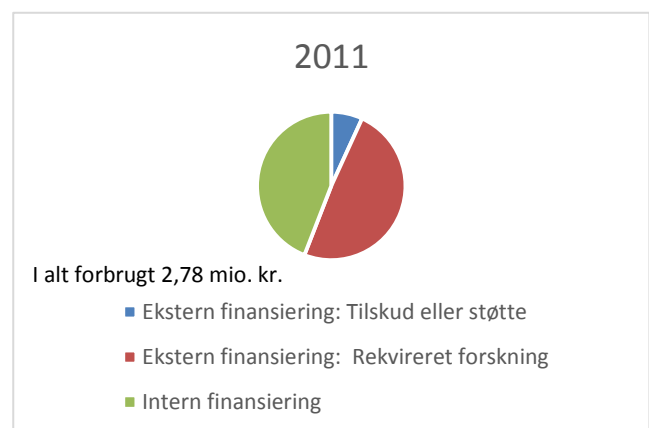
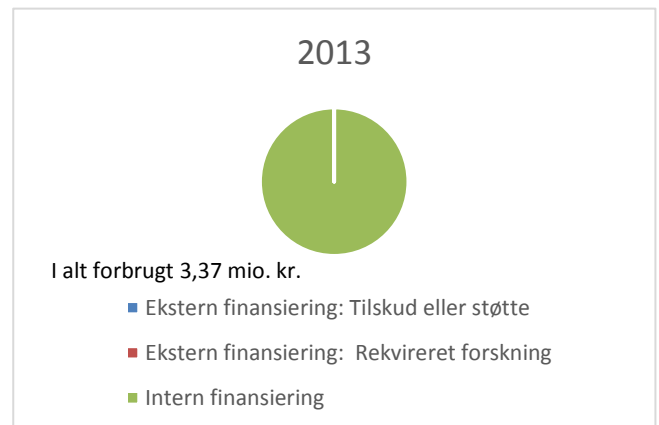
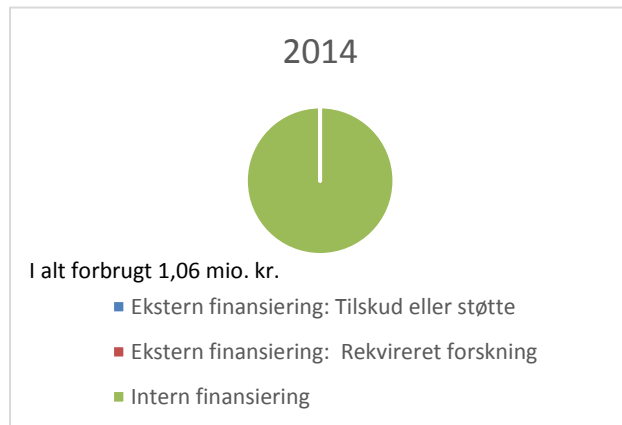
Rekvireret forskning- GEH (forskning for andre)

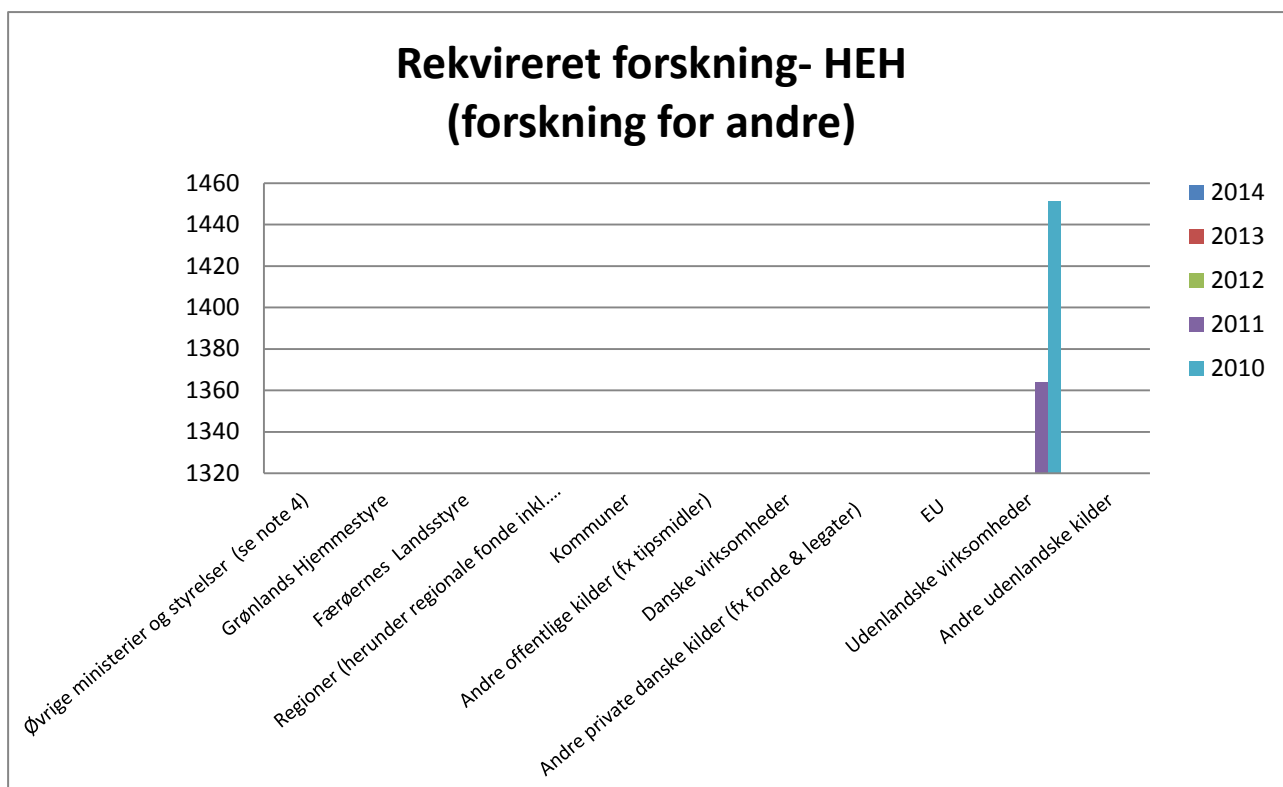
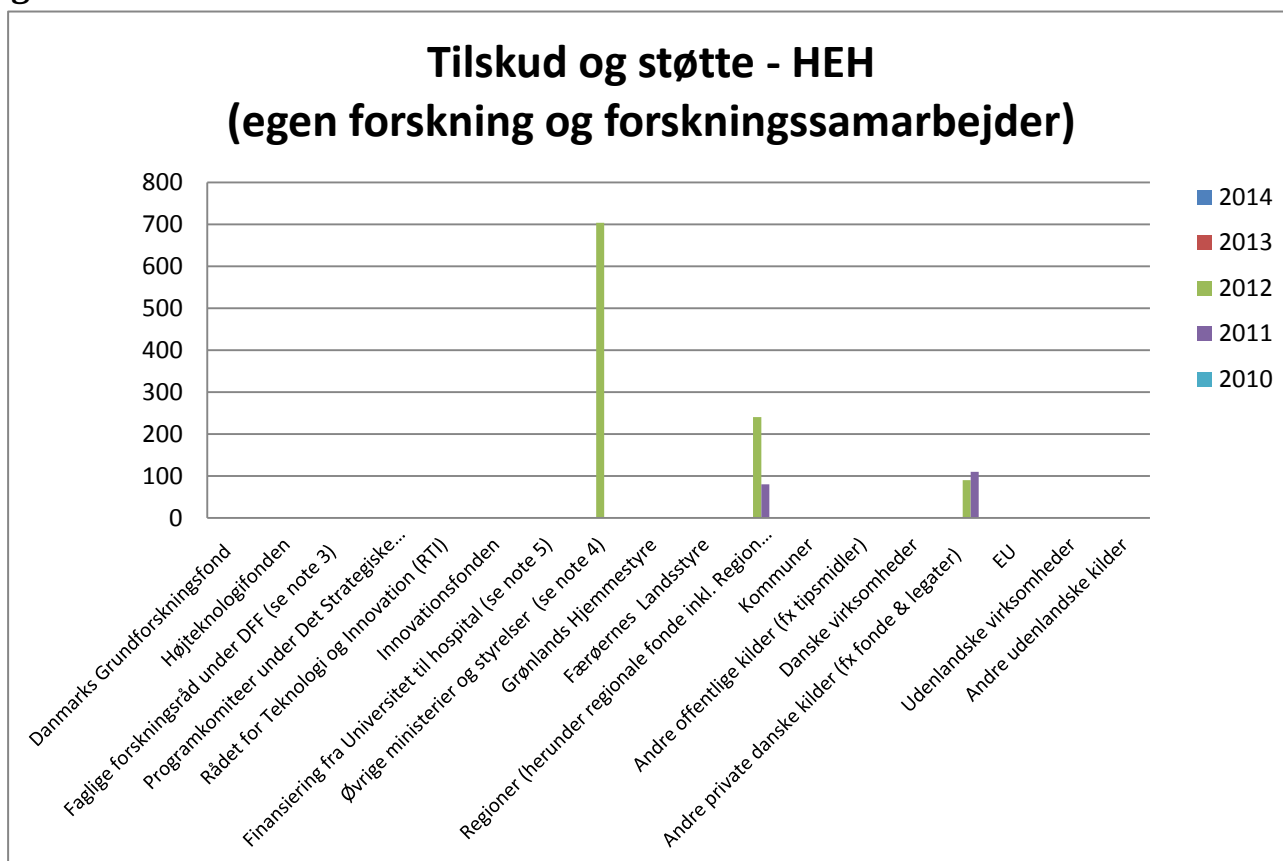


Også her ses en vis variation over tid på finansieringskilderne, idet det dog bemærkes, at der både er en stabil finansiering fra private fonde og delvist fra private virksomheder til "egen forskning" og til "rekvireret forskning" – de primære eksterne finansieringskilder er danske fonde og virksomheder.

2.1.4 Herlev Hospital – Akut medicinsk Kardiologisk

Her ses væsentlige variationer på finansieringen fordelt på intern/eksterne finansiering, men det skal bemærkes, at det samlede beløb til forskning for afdelingen i alle årene er meget lavt (et totalt beløb forbrugt på forskning på 1-3 mio. kr.) – der er tale om en akutmedicinsk kardiologisk afdeling. Og det er typisk for de akutmedicinske afdelinger, forskningsaktiviteten er lavere grundet specialets særlige udfordringer med altid akutte patienter.

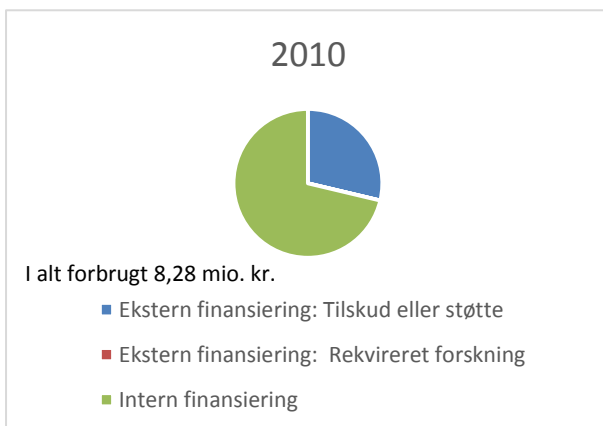
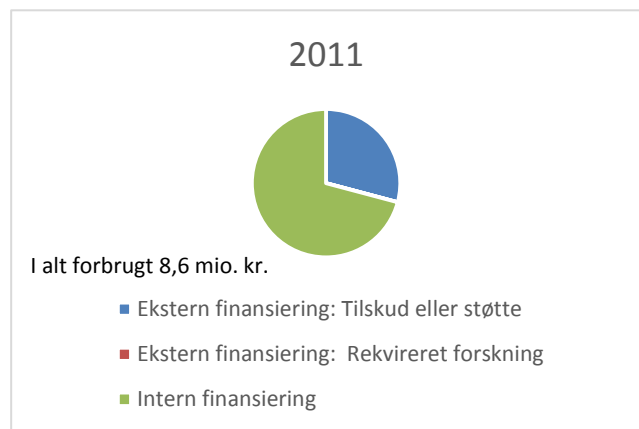
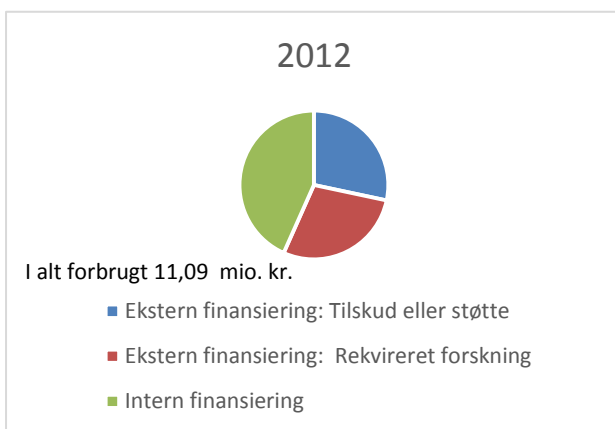
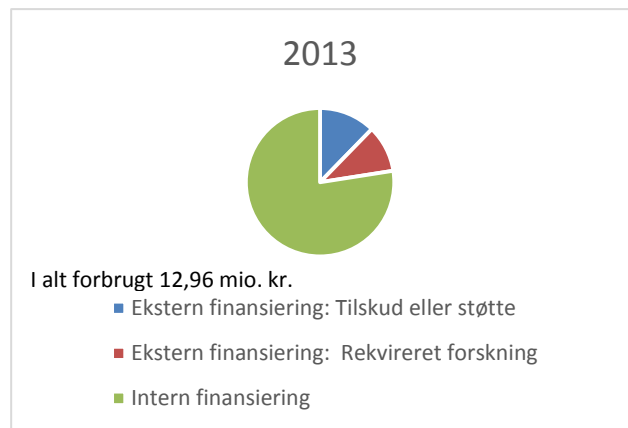
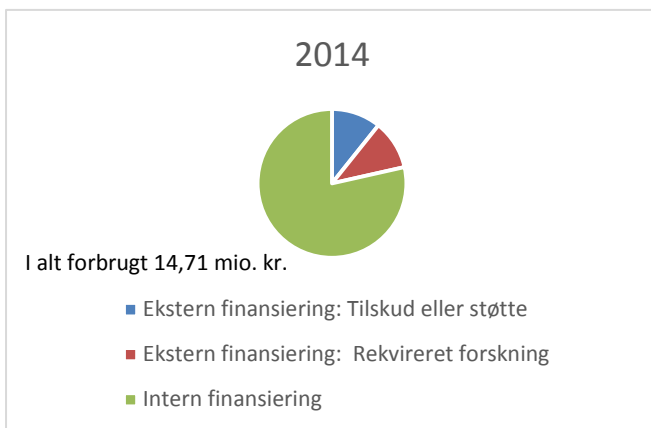




Det er således tale om meget begrænset ekstern finansiering – med enkelte år med mindre ”tilskud og støtte” og enkelte år med en stærkt begrænset finansiering fra ”rekvireret forskning” fra udenlandske virksomheder.

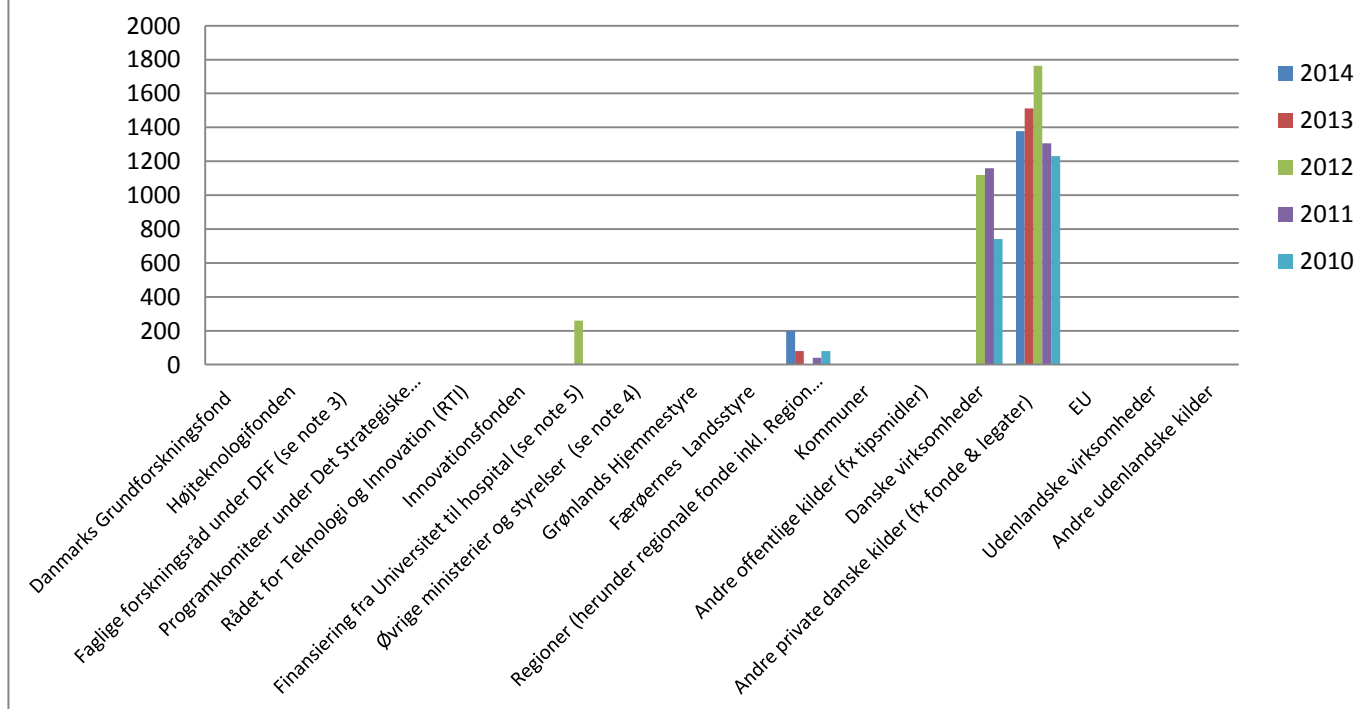
2.1.5 Nordsjællands Hospital - Kardiologisk, Nefrologisk og Endokrinologisk afdeling

Her ses ligeledes en væsentlig variation over den indbyrdes fordeling mellem de forskellige typer af ekstern finansiering mellem de forskellige år i analysen. Der er således ikke finansiering fra rekvireret forskning i alle fem år. Den interne finansiering er den væsentligste i alle de undersøgte år – i størrelsesordenen 70- 80 %, og dermed udgør den interne finansiering for denne afdeling en væsentligt større andel end for en gennemsnitlig afdeling i regionen.

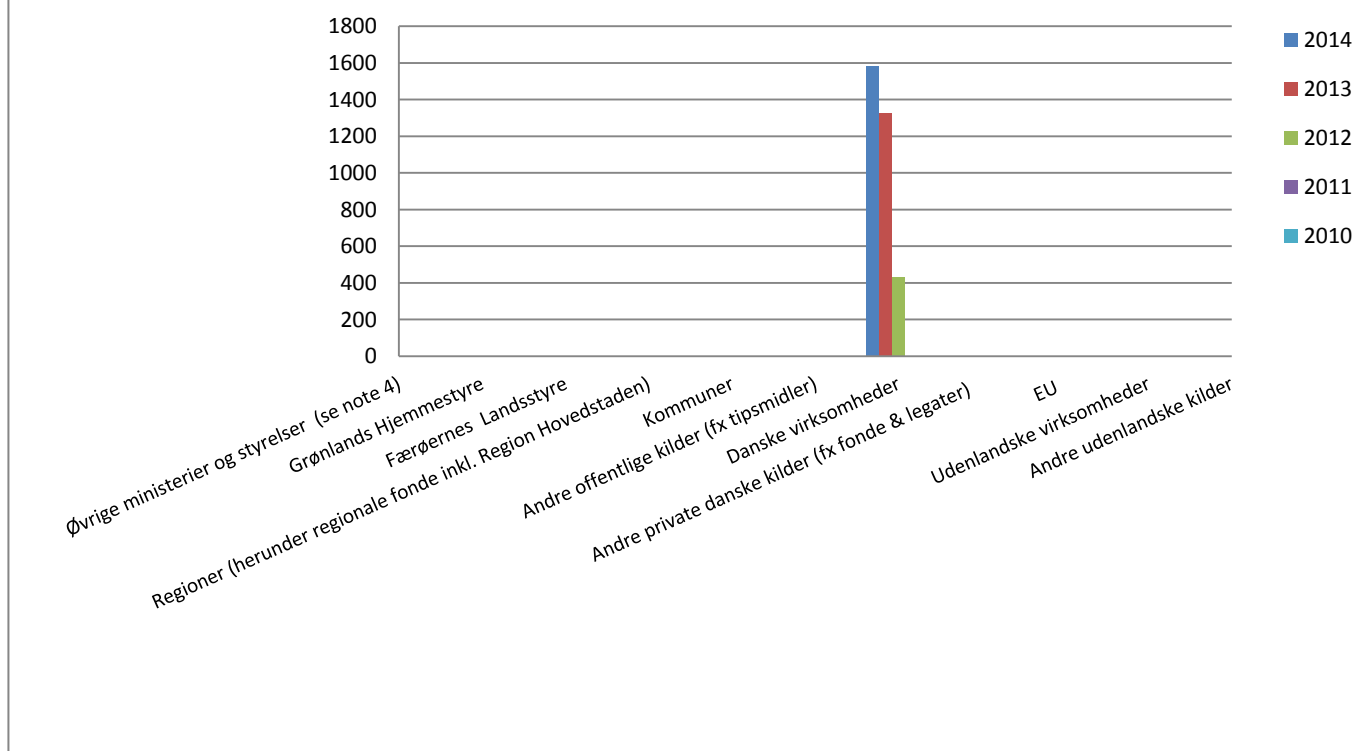


Tilskud og støtte - NOH

(egen forskning og forskningssamarbejder)



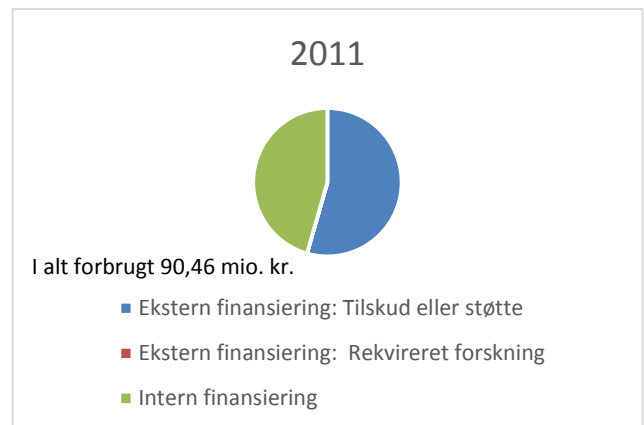
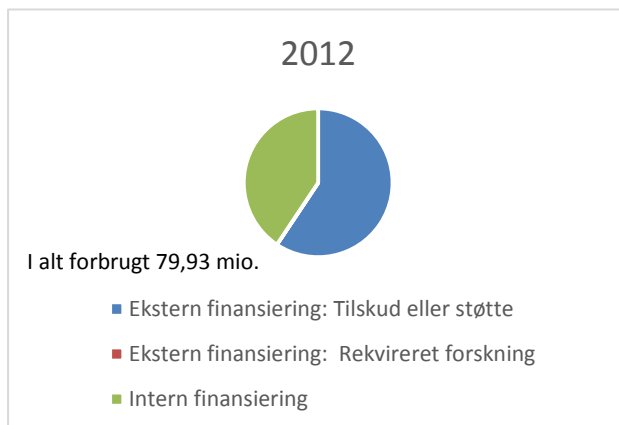
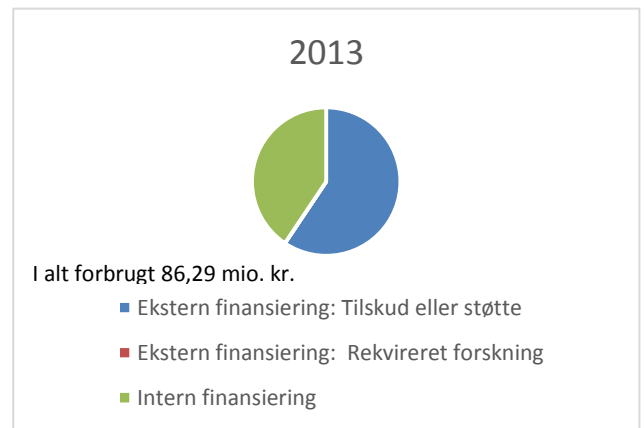
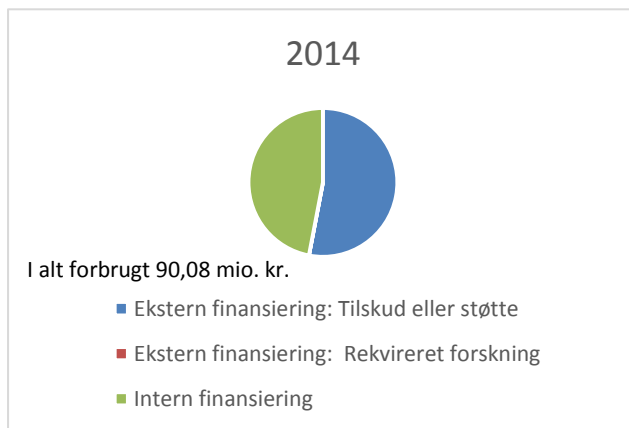
Rekvireret forskning- NOH (forskning for andre)



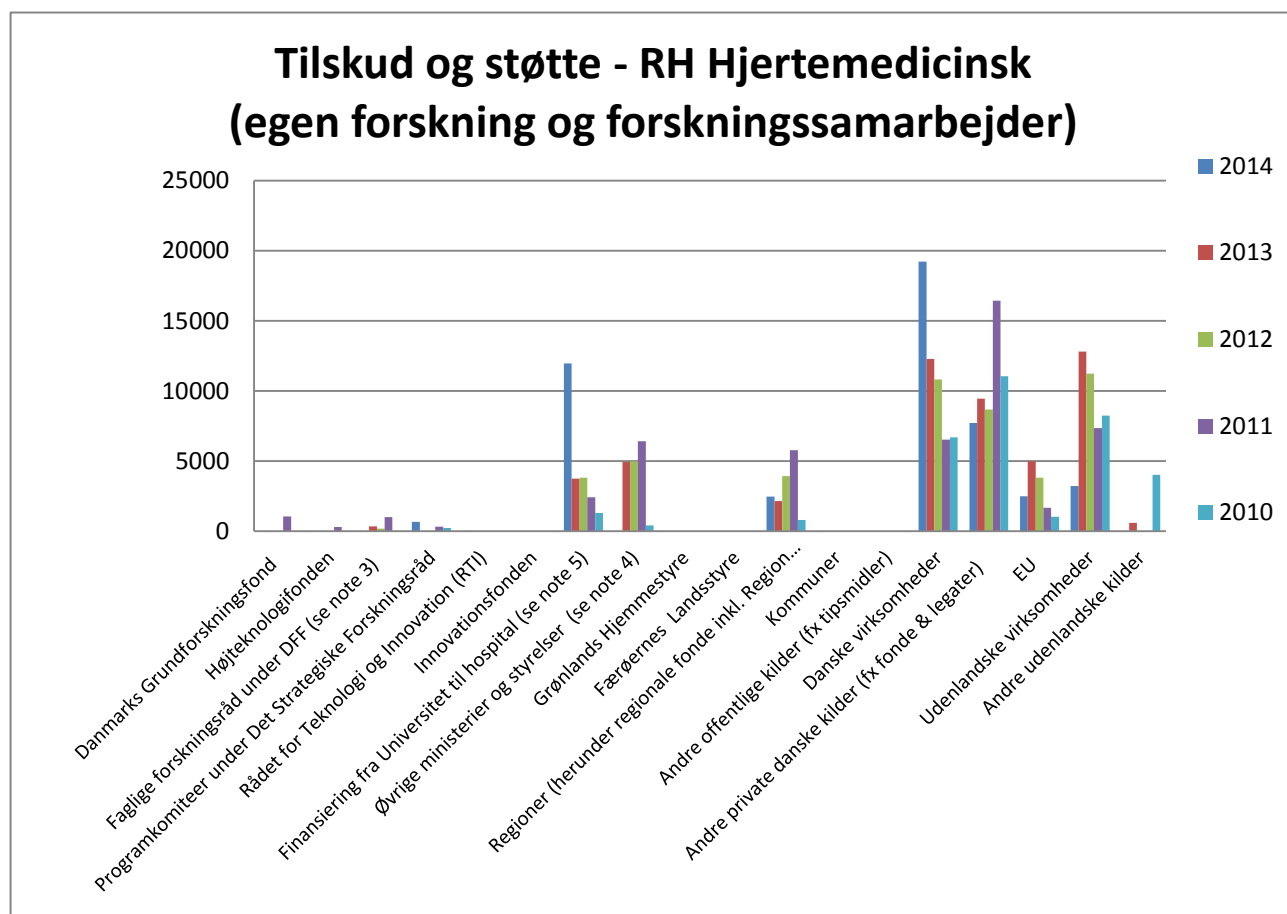
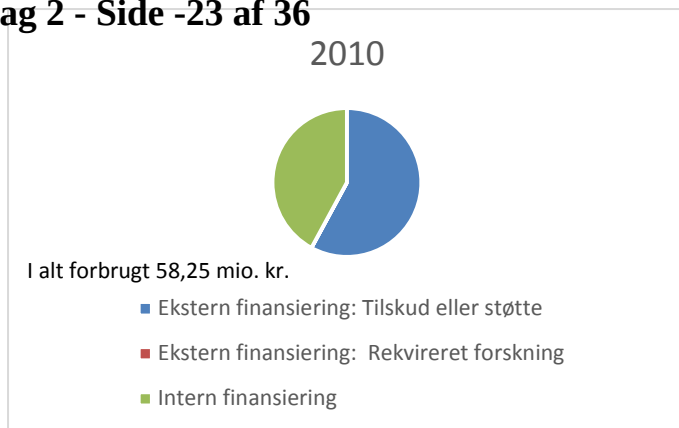
Trods den forholdsvis lave samlede eksterne finansiering af forskning, så er der mange bidragsydere: statslige fonde, regionale fonde

2.1.6 Rigshospitalet – Hjertecentret, Hjertemedicinsk Klinik

Som det ses af nedenstående diagrammer, så har denne afdeling ingen rekvireret forskning med lægemiddelafrøvningsprojekter for private virksomheder. Til gengæld har den en væsentlig finansiering fra samarbejdsprojekter med private virksomheder. Dette er mest et udtryk for en generel konteringspraksis på Rigshospitalet end en reel forskel i andelen af den eksterne finansiering, idet dette er gældende for samtlige afdelinger på Rigshospitalet og dermed ikke alene for hjerteafdelingerne. Det skal dog bemærkes, at Rigshospitalets mange højt specialiserede afdelinger forventeligt har en større andel af samarbejdsprojekter med private virksomheder, idet status som højt specialiseret afdeling formentligt giver større mulighed for at være med til at fastlægge afprøvningsprojekter i reelt samarbejde med de private virksomheder. Det skal bemærkes, at den samlede eksterne finansiering i 2014 var på godt 47,7 mio. kr.



Punkt nr. 17 - Rapport "Forskningssamarbejde i Region Hovedstaden"
Bilag 2 - Side -23 af 36

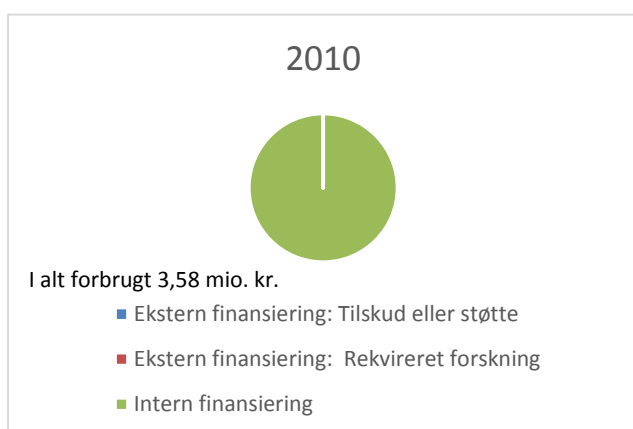
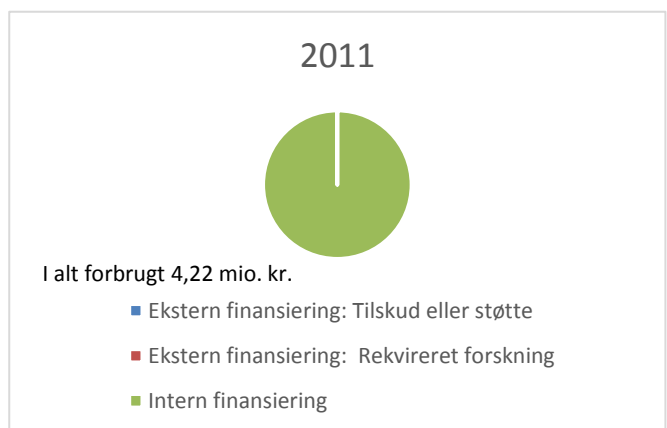
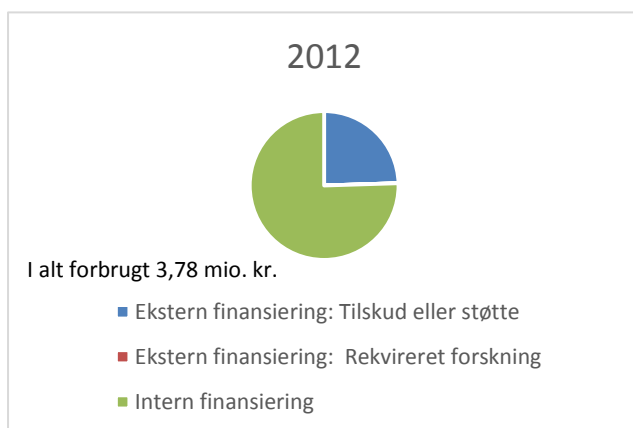
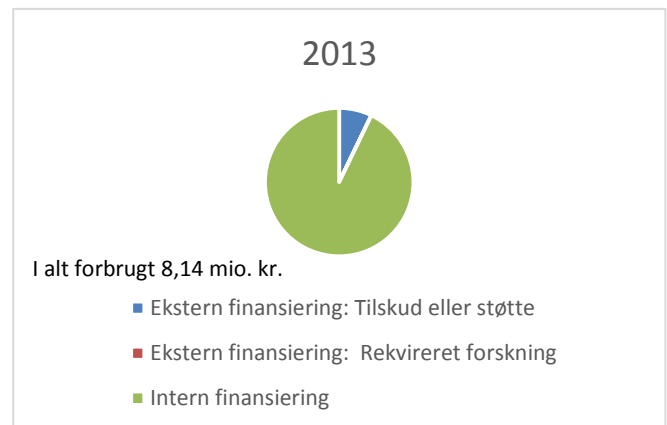
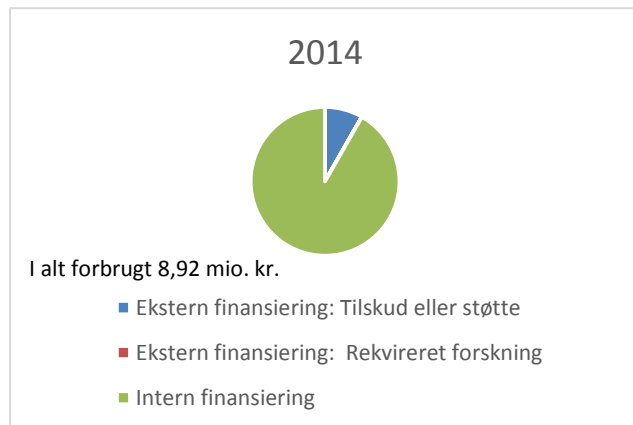


Idet der ikke er registreret ”rekvideret forskning” for denne afdeling på noget tidspunkt i den undersøgte periode, er dette diagram udeladt for afdelingen.

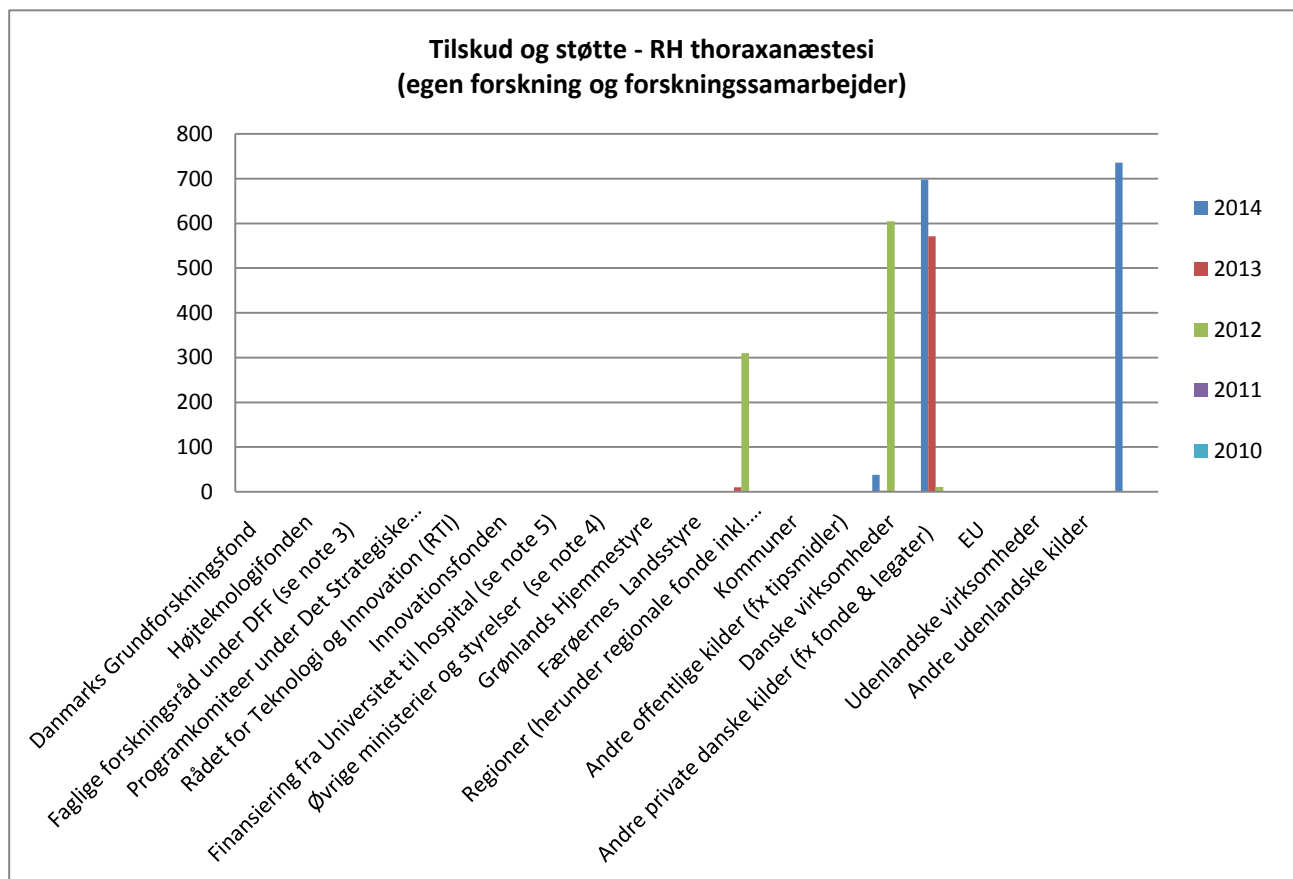
Som det kan ses af overstående diagram, så er der stabile indtægter fra universitetet, øvrige ministerier og styrelser; fra danske virksomheder og andre danske private kilder (private fonde) og fra EU og udenlandske virksomheder.

2.1.7 Rigshospitalet – Hjertecentret, Thoraxanæstesiologisk Klinik

Det bemærkes her, at den væsentligste del af forskningsfinansieringen er intern – den eksterne del udgør alene i størrelsesordenen 0-8 % af et samlet beløb på knap 9 mio. kr. i 2014. Samtidigt skal det bemærkes, at denne fordeling er forventelig, idet der er tale om en anæstesiologisk afdeling.



Punkt nr. 17 - Rapport "Forskningssamarbejde i Region Hovedstaden"
Bilag 2 - Side -25 af 36

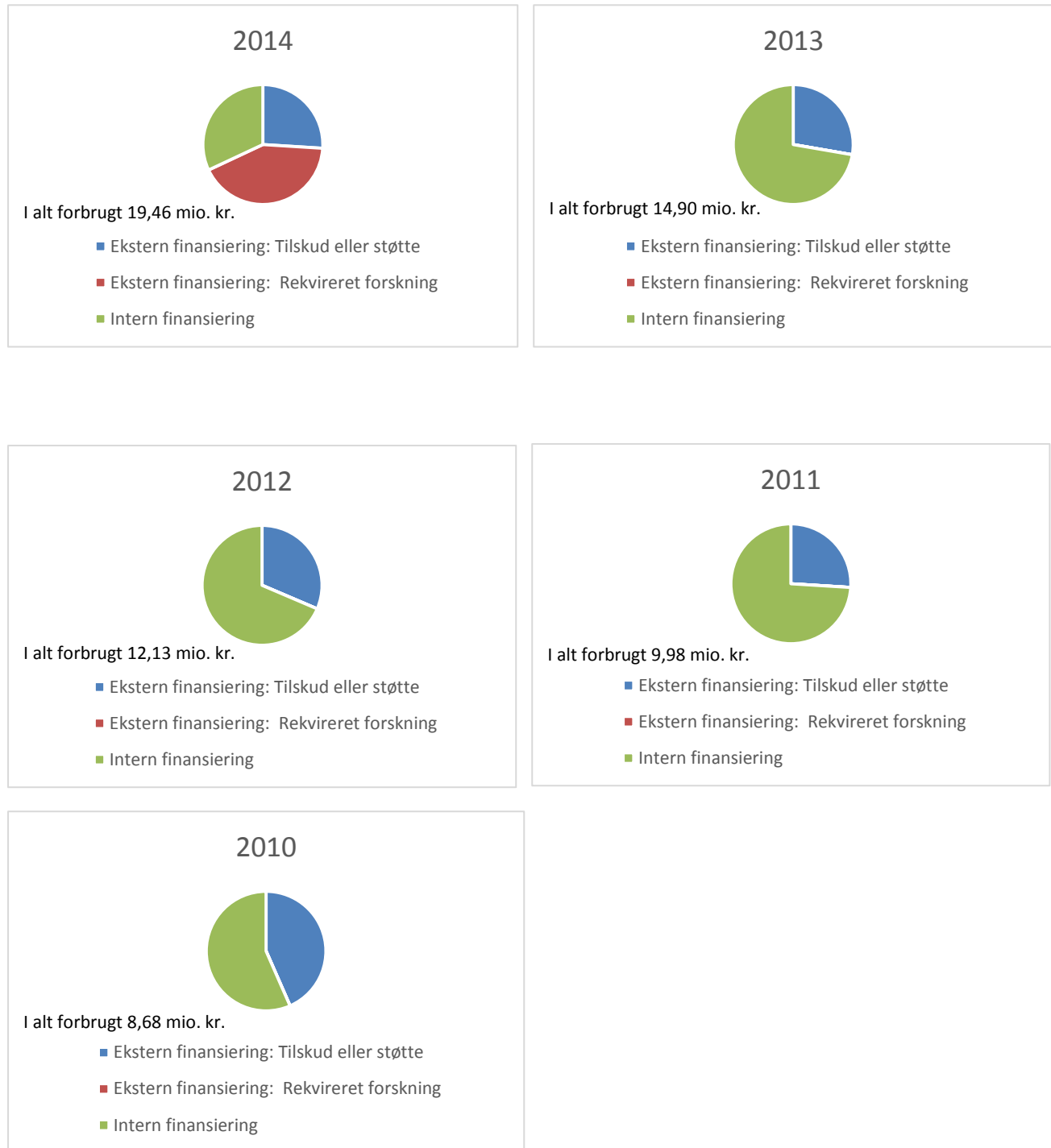


Det ses af diagrammet, at der er tale om forholdsvis få midler fra eksterne bevillingsgivere.

Idet der ikke er registreret ”rekvireret forskning” for denne afdeling på noget tidspunkt i den undersøgte periode, er dette diagram udeladt for afdelingen.

2.1.8 Rigshospitalet – Hjertecentret, Thoraxkirurgisk Klinik

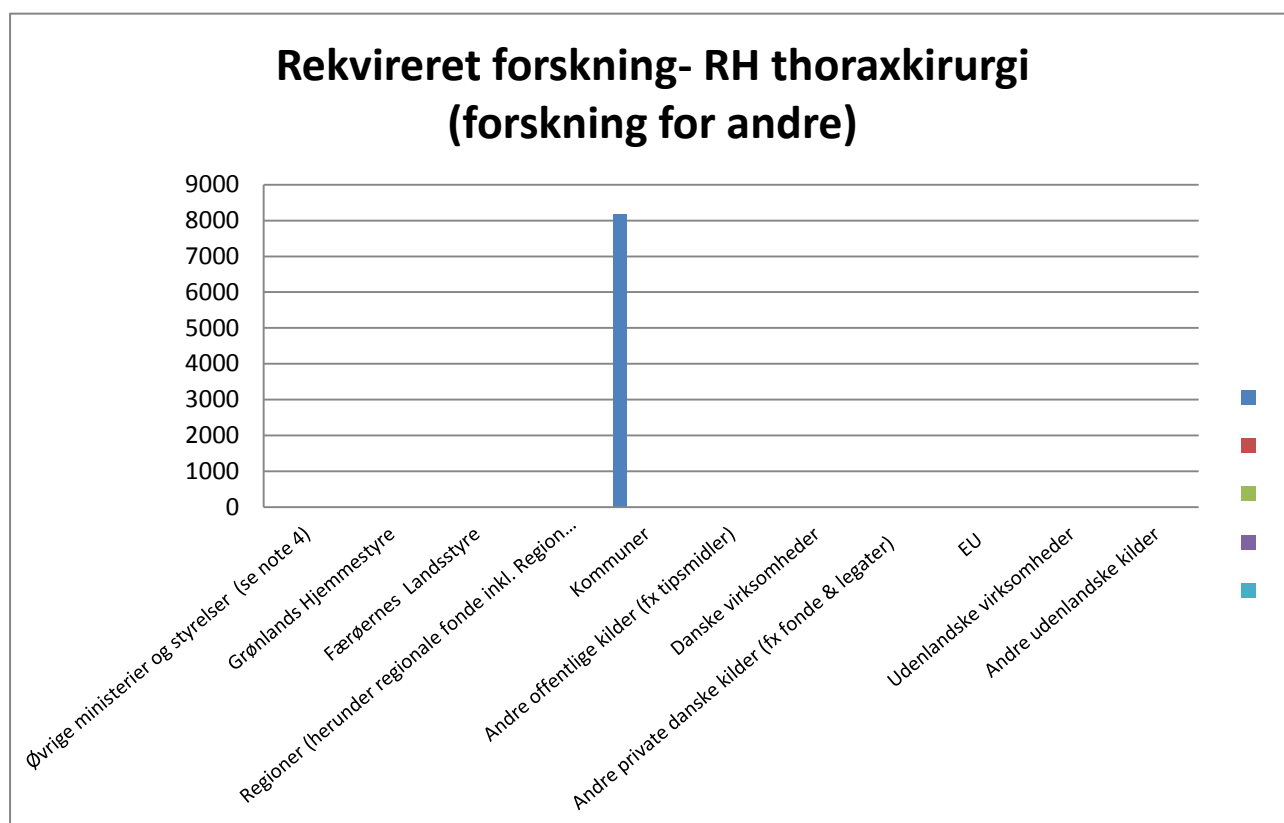
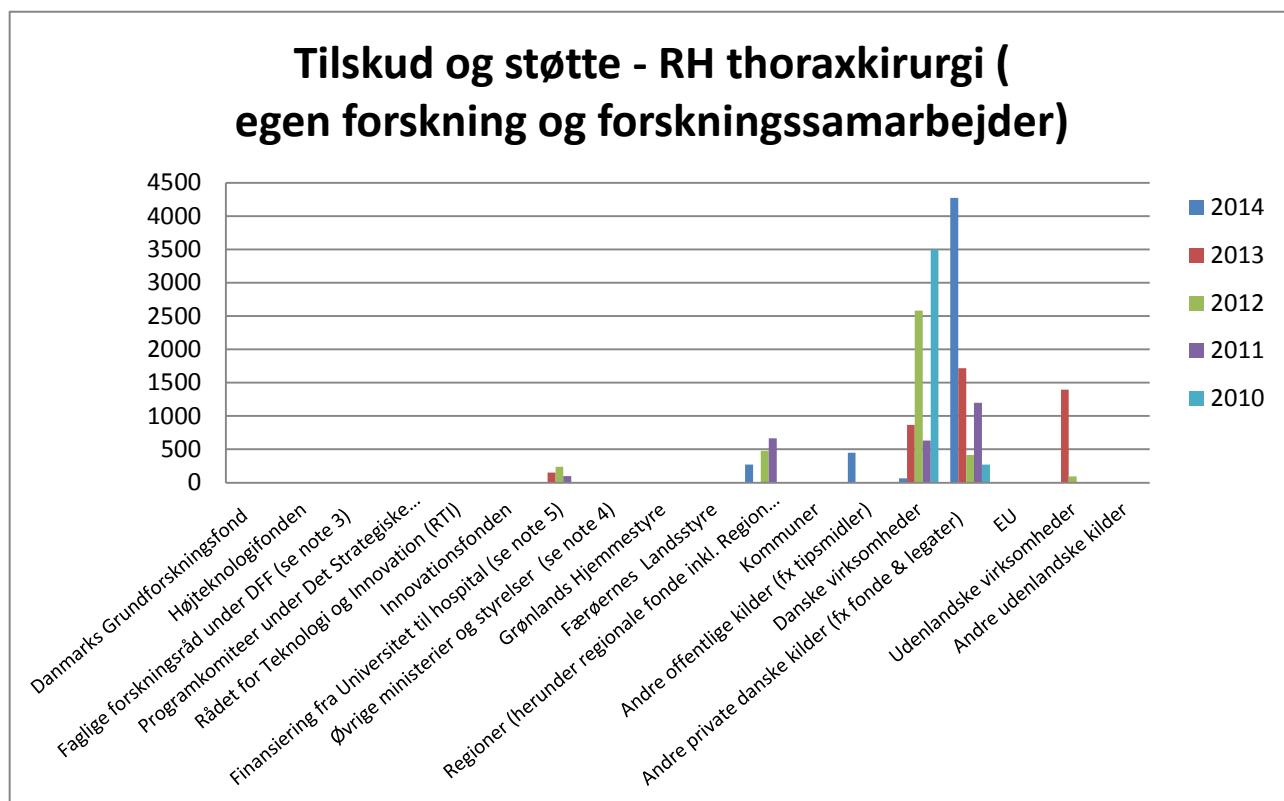
Denne afdeling har i 2014 (og alene i 2014) som den eneste af hjerteafdelingerne på Rigshospitalet rekvireret virksomhed – det skal dog bemærkes, at finansieringen er kommet fra regionerne/regionen selv og er således ikke relateret til lægemiddelafprøvning for en privat virksomhed.



Det ses tydeligt af diagrammet nedenfor, at også denne afdeling på Rigshospitalet primært får sin eksterne forskningsfinansiering fra forskningssamarbejder med danske

og udenlandske virksomheder samt fra danske fonde og andre tilsvarende private danske kilder.

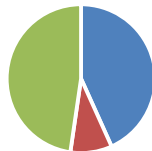
Derudover er denne afdeling den eneste hjerteafdeling, der i den undersøgte femårige periode har modtaget forskningsfinansiering fra rekvireret forskning, men som nævnt er finansieringen i dette tilfælde ikke fra et afprøvningsprojekt for en privat virksomhed.



2.1.9 Aggregerede data for de samlede hjerteafdelinger

Som det kan ses af nedenstående diagrammer for de seneste fem år – for de samlede forskningsmiljøer på hjerteafdelingerne, så er der en marginalt øget andel af eksterne finansiering set for miljøerne samlet – og øgningen er primært sket på andelen af eksterne midler til ”egen forskning” dvs. via øgede midler fra fonde og fra forskningssamarbejder.

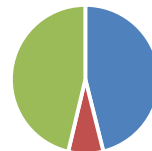
Aggregerede data 2014



I alt forbrugt 177,53 mio. kr.

- Ekstern finansiering: Tilskud eller støtte
- Ekstern finansiering: Rekvireret forskning
- Intern finansiering

Aggregerede data 2013



I alt forbrugt 168,3 mio. kr.

- Ekstern finansiering: Tilskud eller støtte
- Ekstern finansiering: Rekvireret forskning
- Intern finansiering

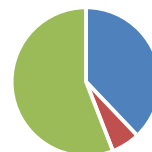
Aggregerede data 2012



I alt forbrugt 150,21 mio. kr.

- Ekstern finansiering: Tilskud eller støtte
- Ekstern finansiering: Rekvireret forskning
- Intern finansiering

Aggregerede data 2011



I alt forbrugt 166,24 mio. kr.

- Ekstern finansiering: Tilskud eller støtte
- Ekstern finansiering: Rekvireret forskning
- Intern finansiering

Aggregerede data 2010



I alt forbrugt 131,31 mio. kr.

- Ekstern finansiering: Tilskud eller støtte
- Ekstern finansiering: Rekvireret forskning
- Intern finansiering

Det skal bemærkes, at det for hjerteafdelingerne samlede ressourceforbrug til forskning i 2014 var på 177,534 mio. kr. mod 131,312 mio. kr. i 2010, hvilket svarer til en gennemsnitlig stigning på godt 6 % om året.. Det skal her bemærkes, at, at en del af de internt forbrugte ressourcer til forskning både for 2014 og tidligere opgøres på grundlag

af forskernes samlede arbejdstid, der ofte udgør mere end 37 timer per uge – idet flere dedikerede forskere lægger en del af forskningen i fritiden. Samtidigt har der ligeledes været et øget fokus på at få samtlige interne udgifter til forskning korrekt og fyldestgørende registreret.

2.2 Finansieringskilder – samlet for de undersøgte hjerteafdelinger

Kilderne til finansiering er, som vist ovenfor, mange: både private virksomheder og fonde, interesseorganisationer samt offentlige nationale og internationale råd og fonde. Af de samlede fem års statistikdata fremgår, også som tidligere konkluderet, at det er forskelligt, om forskningsmiljøerne har mange finansieringskilder eller få.

Nedenfor gennemgås kort de centrale finansieringskilder:

- **Statslige fonde og virkemidler** som Danmarks Innovationsfond og de faglige forskningsråd og midler fra statslige enheder som styrelser eller ministerier.
- **Statslige midler via universiteterne**
- **Private fonde** fx Hjerteforeningen og tilsvarende. Der findes mange mindre private fonde og andre fonde, der ikke specifikt understøtter forskning, som forskningsmiljøerne søger støtte hos. Muligheden for støtte afhænger af fondenes strategi, da ikke alle forskningsområder passer ind hos fx Hjerteforeningen.
- **EU** og i mindre grad **NIH** (National Institute of Health)
- **Nationale og internationale mindre som større private virksomheder** fx Pfizer; Merck, Sharpe Dome (MSD), Novartis, Roche, Medtronic og flere andre. Der gennemføres af nogle afdelinger lægemiddelafrøvnninger og/eller afrøvnninger af medikoteknisk udstyr for de private virksomheder, mens de store, veletablerede og højt specialiserede afdelinger i højere grad indgår i reelle forskningssamarbejder med eksterne parter – hvor begge parter er med til at definere projekterne. Specielt i forbindelse med lægemiddelafrøvnninger for private virksomheder og med samarbejdsprojekter med eksterne parter udfærdiges kontrakter, der godkendes af juristerne i Center for Regional Udvikling, inden projektet kan gå i gang. Ved lægemiddelafrøvnninger for eksterne parter er projekterne primært fastlagt af den bestillende part, mens man ved samarbejdsprojekter defineres og finansieres projekterne i fællesskab. Alle kontrakter skal leve op til regionens generelle regler for indgåelse af forskningskontrakter – vedrørende fx krav om offentliggørelse af forskningsresultater, beskyttelse af både patienter og frivillige forsøgspersoner og meget mere. Samtidigt skal aftaler om og finansiering af forskning for eksterne parter overholde en bekendtgørelse til Sundhedsloven vedrørende, at alle både direkte og indirekte udgifter i forbindelse med projekter skal dækkes af den eksterne part.

De til hoverapporten interviewede afdelinger gør opmærksom på, at selvom afrøvningsforsøg kan give ”fleksible/frie” midler til en afdelings egen forskning, så indgår afdelinger alene i sådanne projekter, hvis de kan se fordelene for patienterne eller eventuelt mere generelt for sundhedsvæsenet. Omfanget af kontraktforskning er meget forskellig fra forskningsmiljø til forskningsmiljø. For nogle udgør det en væsentlig indtægtskilde, hvor der for andre sjældent eller aldrig udføres kontraktforskning for industrien. Dette hænger, som

tidligere nævnt, sammen med, om forskningsmiljøet hører inden for et klinisk speciale eller fagfelt, hvor der findes en tilhørende industri, der kan have interesse i at købe sig til fx lægemiddelafrøvninger.

- **Private donationer**
- **Særlige regionale ekstrabevillinger** til forskning udover afdelingernes sædvanlige behandlingsbudgetter

Opgørelsen er baseret på hospitalsafdelingernes årlige lovpligtige forskningsregnskab med opgørelse om bl.a. ekstern finansiering – forskningsstatistikken videreleveres til Danmarks Statistik – suppleret med oplysninger fra forskningskontrakter om konkrete forskningssamarbejder med eksterne parter.

3. INDFLYDELSE PÅ VALG AF FORSKNINGSEMNER OG VÆRDI AF FORSKNING FOR PATIENTER OG VÆKST

I følgende kapitel sættes der fokus på, hvilken indflydelse den eksterne finansiering har for valg af forskningsemner. Derudover sættes der fokus på hvilken effekt og værdi den eksternt finansierede forskning har for både patienter og velfærdssamfund.

3.1 Ekstern indflydelse på forskningen

Godt halvdelen de interviewede⁵ forskningsmiljøer fortæller eksplicit, at de naturligvis oplever, at industrien/virksomheder eller de fonde de samarbejder med, har særlige interesser i, hvilken forskning der udføres. Dette gør sig gældende på alle specialeområder og dermed også for hjerteafdelingerne. Flere forskningsgrupper udfører kontraktforskning for industrien, men der gives klart udtryk for, at de ikke lader større kliniske forsøg påvirke af industrielle interesser. De juridiske kontrakter med beskrivelse af formål og betingelser for forskningssamarbejderne fastlægger ligeledes forudsætningerne for projekterne for alle de indgående parter. Ofte oplever de et naturligt sammenfald mellem netop industriens og egne forskningsmæssige interesser. Den type forskning, der foretages, bunder således primært i forskernes egne ideer, hvad de finder relevant og er drevet af behovet hos patienterne og i klinikken.

Relevans af afprøvningsprojekter, der involverer patienter og frivillige forsøgspersoner, indgår i de videnskabsetiske komiteers bedømmelse og kontrol af kliniske forsøg. Dermed vil det også på den måde være ganske vanskeligt at få tilladelse til at udføre kliniske forsøg, der ikke er til gavn for patienterne.

Det generelle billede, der tegnes, er derfor, at det ikke er medicinalindustrien, som dikterer forskningen, men at der opnås gode samarbejder, hvor begge parter får et udbytte.

Fonde nævnes stort set ikke i forbindelse med ekstern påvirkning. Det er dog oplevet, at fonde og offentlige bevillingsgivere kan have et ønske om en mere direkte forskel for patienterne ”her og nu”. Et forståeligt ønske, men det fortælles videre, at der ikke har været situationer, hvor fondene har gjort krav om brug af et specifikt produkt eller andet.

Samlet set giver forskningssamarbejderne i sidste ende et positivt udbytte for patienterne – dette være sig i form af fx nyere og bedre behandling, hvilket uddybes senere.

⁵ Af de interviewede Global Excellence miljøer i hovedrapporten og herunder de to hjerteafdelinger med størst ekstern finansiering

3.2 Resultater og værdi af forskning for patienterne og for vækst

Hovedformålet med at have forskningsaktiviteter af høj international kvalitet er at sikre en bedre behandling til gavn for patienterne og til gavn for velfærdssamfundet. I følgende sættes der fokus på netop det eksterne forskningssamarbejdes betydning både for patienterne og for vækst.

3.2.1 Forskningens betydning for patientbehandlingen

Der gives blandt de interviewede⁶ et generelt udtryk for, at udførelse af forskning på en afdeling, har en afsmittende positiv effekt på behandling af patienterne. De forskningsaktive afdelinger er således up to date med den nyeste viden, har ofte udbredt tilgængelighed til ny teknologi og kan dermed give patienterne bedre behandling på det givne område.

Flertallet af de undersøgte forskningsmiljøer udfører kliniske forsøg, der er med til at understøtte en bedre patientbehandling end på ikke forskningsaktive afdelinger.

I nogle tilfælde har forskningen udgangspunkt i klinikken og i andre i kontraktforskning med industrien. Via afprøvningsprojekter har afdelingerne tidlig adgang til ny medicin til deres patienter.

Samtidig med at et aktivt forskningsmiljø på en afdeling sikrer patienterne den bedst mulige og nyeste behandling, lægges der også vægt på at resultaterne spreder sig længere ud, til også at omfatte udvikling og fremdrift på afdelingen og i den geografiske region.

Det står tydeligt frem, at forskningsmiljøernes fokus er forskningens betydning for behandlingen og dermed for patienterne. Forskningen har dobbelt betydning for behandling af patienterne – det giver mulighed for at fastholde den faglige udvikling og fremtidige behandlinger, men undersøgelser viser, at forskning generelt understøtter en forbedret kvalitet i den eksisterende behandling.

3.2.2 Forskningssamarbejdernes værdiskabelse for vækst

Samlet set er det ikke muligt at sætte direkte tal på forskningens betydning for jobskabelse og vækst i Region Hovedstaden. Men de mange afprøvningsprojekter i et tæt samspil med de private virksomheder giver relevante parter mulighed for at få gennemført den krævede afprøvning af ny medicin i Region Hovedstaden og i Danmark, og dermed kan lægemiddelafrøvningsprojekterne og samarbejdsprojekterne medvirke til at tiltrække internationale midler og firmaer til regionen - tiltrækning af afprøvningsprojekter er i stigende grad udsat for global konkurrence, der kan flytte

⁶ Af de interviewede Global Excellence miljøer i hovedrapporten og herunder de to hjerteafdelinger med størst ekstern finansiering

datterselskaber til de store globale virksomheder til fx BRIK-landene⁷, hvilket kan give tab af arbejdspladser i Danmark.

Flere af de interviewede forskningsmiljøer nævner således, at eksterne samarbejder har flere øvrige afledte og positive effekter. Det være sig nye forebyggende foranstaltninger, mere rationelle behandlingsmodaliteter, nyt kliniske udstyr, nye IT-baserede behandlinger og udvikling af nyt udstyr, som kan blive af stor værdi for arbejdet på området.

⁷ BRIK-lande: Brasilien, Rusland, Indien og Kina

4. APPENDIX – OVERSIGT UNDERSØGTE AFDELINGER

Det skal bemærkes, at den femårige periode i undersøgelsen dækker 2010-2014 og dermed før de seneste sammenlægninger af regionens hospitaler.

- Amager-Hvidovre Hospital – medicinsk enhed, kardiologisk sektion
- Bispebjerg-Frederiksberg Hospital – hjerteafdelingen
- Gentofte Hospital – hjertemedicinsk afdeling
- Herlev Hospital – Akut medicinsk Kardiologisk
- Nordsjællands Hospital - Kardiologisk, Nefrologisk og Endokrinologisk afdeling
- Rigshospitalet – Hjertecentret, Hjertemedicinsk Klinik
- Rigshospitalet – Hjertecentret, Thoraxanæstesiologisk Klinik
- Rigshospitalet – Hjertecentret, Thoraxkirurgisk Klinik

5. APPENDIX – LINKS TIL OFFENTLIGT MATERIALE

- Forretningsudvalgssag (27. januar 2015) om administration af forskningsmidler i regionen inklusiv revisionsberetning fra Region Hovedstadens revisionsfirma (december 2014) og med tilhørende uddybende notat (december 2014):
<https://www.regionh.dk/politik/nye-moeder/Sider/moede-i-forretningsudvalget-den-27-januar-2015.aspx>
- Rigsrevisionens beretning til Statsrevisorerne om forskningsmidler på hospitalerne (februar 2015)
<http://www.rigsrevisionen.dk/media/2027689/forskningsmidler-paa-hospitalerne.pdf>
- Årsberetninger fra de Videnskabsetiske komiteer i Region Hovedstaden
<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/forskning-og-innovation/en-indgang-industrien/De-Videnskabsetiske-Komiteer/Om-komiteerne/Sider/aarsberetninger.aspx>
- Data fra den lovpligtige forskningsstatistik i de enkelte år i perioden 2010-2014 kan fås fra Center for Regional Udvikling – dele af data kan ses af Region Hovedstadens årlige forskningsevaluering.
<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/forskning-og-innovation/Forskningsaktivitet/Sider/Forskningsevaluering.aspx>

Region Hovedstaden

Center for Regional Udvikling

REGION

Forskningsamarbejde i Region Hovedstaden

- Analyse af eksternt forskningsamarbejde
om sundhedsforskning



1. Indledning	3
1.1 Baggrund for og formål med analysen	3
1.2 Valg og udformning af metode	4
1.3 Kort præsentation af eksterne parter	5
1.4 Konklusion	6
1.4.1 Samarbejde og finansiering	6
1.4.2 Strategi og administration af eksterne forskningssamarbejder	7
1.4.3 Resultater af forskningssamarbejdet	8
1.5 anbefalinger	8
2. Samarbejdspartnere	11
2.1 Region Hovedstadens forskningssamarbejde med eksterne parter, herunder de mest centrale samarbejdspartnere	11
2.1.1 Regionale partnere	11
2.1.2 Offentlige samarbejdspartnere	12
2.1.3 Private samarbejdspartnere	13
2.2 Finansiering	13
2.2.1 Fakta om den eksterne finansiering	14
2.2.2 Udfordringer og muligheder for finansiering	16
2.3 Region Hovedstadens konkrete forskningssamarbejder med eksterne parter og typefordelingen heraf	18
3. Strategi	20
3.1 Forskningsmiljøernes strategiske tilgang til forskning, samarbejde og finansiering	20
3.2 Ekstern indflydelse på forskningen	22
3.2.1 Inddragelse af patienter og samarbejde med patientforeninger i forskningsøjemed	22
3.3 Administration og støtte af forskningsaktiviteter	23
3.3.1 Administration af forskningsmidler	24
3.3.2 Ledelsesmæssig understøttelse af forskningsaktiviteter på regionens hospitaler	24
3.3.3 Perspektiver	25
4. Ekstern Forskningssamarbejdes værdiskabelse for vidensudviklingen, patienterne og regionen	27
4.1 Fakta om forskningen i Regionen	27
4.2 Forskningssamarbejdernes værdiskabelse for vidensudviklingen	29
4.2.1 Indhentning af ny viden og betydningen af netværk	29
4.2.2 Fokus på forskning af international kvalitet	29
4.2.3 Sikring af fremtidens forskningsmiljøer i Region Hovedstaden	30
4.3 Resultater og værdi af forskning for patienterne	32
4.3.1 Forskningsens betydning for patientbehandlingen	32
4.4 Forskningssamarbejdernes værdiskabelse for den geografiske region	33
5. Appendix	35

1. Indledning

Hospitalernes forskning er en grundlæggende forudsætning for, at regionen kan levere patientbehandling på højt niveau. Forskningen bidrager til ny viden, som skaber bedre behandling, og forskningsaktiviteterne i sig selv bidrager til fagligt stærke miljøer.

Hospitalernes evne til at tiltrække ekstern finansiering til forskning og finde eksterne samarbejdspartnere kan ses som en indikator på høj kvalitet i den forskning der bedrives: Dels fordi de offentlige finansieringskilder som oftest søges i åben konkurrence med andre fagmiljøer, hvorfor en høj succesrate på disse midler må anses som et tegn på høj faglig kvalitet. Dels fordi det må antages, at private parter (fonde og virksomheder) kun støtter den forskning, som både ligger inden for parternes strategi, og som har høj kvalitet: Derfor er tiltrækning af ekstern finansiering en kongeindikator for Region Hovedstadens politiske målsætning om at skabe ekspansive vidensmiljøer.

I en tid med pressede ressourcer er den eksterne finansiering endvidere med til at holde en høj forskningsaktivitet i Region Hovedstaden. Således tegner den eksterne finansiering sig for 50 % af forskningsaktiviteterne i regionen i 2015.

Formålet med denne analyse er, at belyse det eksterne forskningssamarbejde og finansiering. Analysen belyser således, hvem der er de mest centrale offentlige og private samarbejdspartnere for regionen. Ligeledes, hvilke offentlige og private parter der finansierer forskningen og inden for hvilke dele af den kliniske forskning. Endvidere belyses forskningsmiljøernes administration af forskningsmidler og strategi for eksternt samarbejde. Sidst beskrives hvilken effekt det eksterne samarbejde har, både internt for afdelingen, i forhold til patientbehandlingen og for regionen i bredere forstand.

1.1 Baggrund for og formål med analysen

Baggrunden for analysen grunder i et ønske fra parterne bag budgetaftalen 2015, om at der udarbejdes en analyse af eksternt forskningssamarbejde inden for sundhedsforskning i Region Hovedstaden.

Analysen har til formål at undersøge hvilke typer af forskning, der foregår på regionens hospitaler, herunder hvem der finansierer den, og hvordan denne finansiering administreres. Derudover er formålet, at analysen skal afdække, hvilken værdi de forskellige typer forskning har for henholdsvis regionens sundhedsvæsen og for den geografiske regions vækst og udvikling. Analysen vil munde ud i anbefalinger til, hvordan eksterne forskningssamarbejder, herunder samspillet mellem hospitaler og industri¹ mv., kan udvikles og tilrettelægges inden for rammen af regionens procedurer,

¹ Jf. budgetaftalen 2015

lovgivning og videnskabsetiske regelsæt, så dette kommer til bedst mulig gavn for patienterne og for regionen som helhed.

Med afsæt i budgetaftalen vil analysen derfor overordnet afdække:

- *Hvilke konkrete typer forskningssamarbejder med eksterne er der tale om?*
- *Hvordan fordeler de sig mellem f.eks. samarbejde om forskning, tidlig fase kliniske afprøvninger, mv.?*
- *Hvordan finansieres de, herunder fordelingen af ekstern finansiering mellem forskningstyper?*
- *Hvilken værdi skaber forskningssamarbejderne for patienterne og sundhedsvæsenet?*
- *Hvilken værdi skaber forskningssamarbejderne for den geografiske region i form af investeringer og jobs?²*

Der skal således være et gennemgående fokus på, hvordan finansieringen influerer, hvad der forskes i og hvordan forskningen udformes under de givne vilkår.

1.2 Valg og udformning af metode

Analysen afgrænser sig til de 24 Global Excellence miljøer på Region Hovedstadens hospitaler og universiteter, som i perioden 2010-2015 har modtaget regionens Global Excellence Award. Baggrunden for dette valg er, at det har været antaget, at disse miljøer har udbredt erfaring med forskningssamarbejder, og det derfor vil være forskningsmiljøer, som i vid udstrækning og med stor bredde kan beskrive det eksterne forskningssamarbejde.

Der er blevet gennemført sammenlagt 21 kvalitative interviews, som er primært datagrundlag for nærværende analyse³. Interviewene er gennemført af eksterne panelmedlemmer, som er eksperter inden for sundhedsvidenskabelig forskning, og som præsenteres nærmere i afsnit 1.3. Interviewene er blevet gennemført af et panelmedlem og med deltagelse fra ledelse⁴ samt den respektive Global Excellence vinder fra hvert af de 21 miljøer.

Interviewguiden er blevet udarbejdet sammen med og godkendt af de eksterne panelmedlemmer (se appendiks 1).

Til at underbygge de kvalitative interviews vil der i nærværende rapport blive inddraget data fra den årlige indrapportering om forskning og udvikling til Danmarks Statistik.

² Analysen omfatter ikke det arbejde som forskerne individuelt indgår i med eksterne parter, herunder fx konsulent-, redaktør- og rådgivningsarbejde for forskningsråd, private fonde, virksomheder, offentlige myndigheder mv.

³ Tre interviews blev gennemført skriftligt.

⁴ Centerchef, klinikchef, forskningsleder og/eller ledende overlæge

Statistikken indeholder opgørelser over forsknings- og udviklingsudgifter fordelt på interne og eksterne kilder, forskningsområde mv., som er relevant ift. nærværende rapport. Dertil er der i kapitel 4 blevet inddraget bibliometrisk statistik i forhold til Københavns Universitetshospitals gennemslagskraft sammenholdt med de øvrige nordiske universitetshospitaler. Dette er inddraget for at understøtte de kvalitative udsagn om forskningens kvalitet/gennemslagskraft.

Rapporten er blevet udarbejdet af Region Hovedstadens administration, men i tæt samarbejde med de eksterne panelmedlemmer, som har kommenteret og godkendt dels både undervejs og i den endelige rapport. Det er desuden alene de eksterne panelmedlemmer, som har fremsat de anbefalinger, som beskrives i afsnit 1.5.

Rapporten har endvidere været sendt til kommentering hos interviewdeltagerne.

1.3 Kort præsentation af eksterne parter

Da der er blevet stillet krav om, at analysen skal gennemføres af uafhængige eksterne eksperter, har administrationen nedsat et internationalt panel, som består af fem anerkendte personer med repræsentation fra forskellige forskningsområder og forskellige dele af forskningssystemet inden for sundhedsvidenskab. Panelets medlemmer er følgende:

Olle Stendahl, MD, ph.d, professor i klinisk mikrobiologi ved Linköping Universitet siden 1983. Forhenværende dekan ved det medicinske fakultet og vicerektor ved Linköping Universitet. Formand for "The Swedish Medical Research Council" og præsident for "The Swedish Society of Medicine".

Stig Slørdahl, MD, administrerende direktør ved Helse Midt-Norge (Central Norway Regional Health Authority). På orlov fra sin position som professor ved medicinsk fakultet ved NTNU (Norwegian University of Science and Technology). I perioden oktober 2005 til juni 2015 dekan ved det medicinske fakultet ved NTNU.

Eero Vuorio, MD, ph.d. og professor emeritus inden for molekylær biologi og kansler emeritus ved Turku Universitet (Finland). Medlem af nationale og europæiske forskningsfonde og flere rådgivende organer inden for den Europæiske Kommission og Unesco.

Anders Hede, økonom, forskningschef ved TrygFonden siden 2007. Tidligere ansættelser: chefanalytiker Huset Mandag Morgen, økonomi- og sekretariatschef på Sygehuset Øresund, Frederiksborg Amt samt Centerøkonom på Rigshospitalet

Anne-Marie Engel, cand.med., ph.d., har arbejdet i Lundbeckfonden siden 2005, forskningschef siden 2008. Har tidligere selv arbejdet som forsker ved Københavns Universitet og Bartholin Institutet med fokus på samspillet mellem immunforsvaret og udvikling af kræft, samt på Statens Serum Institut. Medlem af bestyrelsen for Universitetet i Oslo.

1.4 Konklusion

Overordnet konkluderer panelet, at forskningssamarbejderne i Region Hovedstaden vurderes at være velfungerende og at forskningsmiljøerne arbejder indenfor rammen af regionens procedurer, lovgivning og videnskabsetiske regelsæt. Panelet fremhæver, at vi i Danmark, og særligt inden for sundhedsvidenskab i Region Hovedstaden, har en global styrkeposition. Panelet understreger, at regionen i højere grad bør bruge denne styrkeposition positivt til at brande regionen og fortsat understøtte forskningsmiljøernes arbejde med at udvikle kvaliteten af patientbehandlingen.

I det følgende beskrives de overordnede konklusioner inddelt i temaerne for rapportens tre kapitler: 1) samarbejder og finansiering, 2) strategi og administration af midler, og 3) resultater af forskningssamarbejdet.

1.4.1 Samarbejde og finansiering

På baggrund af de gennemførte interviews tegner der sig et forskelligartet billede af forskningssamarbejde, som i høj grad er påvirket af, hvilket forskningsområde de adspurgte forskningsmiljøer befinder sig i. Nogle har primært regionale eller nationale samarbejder, mens andre finder deres samarbejdspartnere internationalt. Forskningsmiljøerne er overvejende drevet af at finde de internationalt stærkeste forskningssamarbejdspartnere og/eller udnytte synergieffekter til andre kliniske specialer eller enheder med særligt udstyr nationalt eller regionalt.

De adspurgte forskningsmiljøer henter 58 % af deres forskningsfinansiering fra eksterne kilder. Danmark har et bredt finansieringslandskab med mange forskellige kilder, herunder bl.a. Novo Nordisk, Novo Nordisk Fonden, Lundbeck, Lundbeckfonden, Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Det Frie Forskningsråd, EU's Horizon 2020 m.fl.. Dette er højt sammenholdt med regionens gennemsnit på ca. 50 % i de senere år. Antallet af kilder til finansiering afhænger i høj grad af det kliniske speciale og bredden på forskningsområdet. Nogle forskningsområder har stort offentligt fokus fra både private og offentlige kilder samt patientforeninger mv., mens andre ikke nyder samme opmærksomhed.

Det gennemgående tema vedr. finansiering er, at forskningsmiljøerne er meget afhængige af den eksterne finansiering og derfor har et konstant fokus på tiltrækning af midler. Forskningsmiljøerne beretter at virkemidlerne, både fra offentlige og private kilder, er meget forskellige; de får midler til alle typer af aktiviteter – fra ph.d.-stipendier til større forskningsprojekter og udstyr.

Typen af virksomhedssamarbejde varierer, men ift. industrien er der som oftest tale om fase 3 forsøg og i lidt mindre grad fase 1, fase 2 og fase 4 forsøg⁵. Forskningsmiljøerne

⁵ Kliniske forsøg er opdelt i 4 faser: Fase 1: Frivillige forsøgspersoner og/eller patienter afprøver for første gang, hvor godt et produkt tolereres af mennesker, fra enkelt til flere doser. Fase 2: Patienter afprøver et produkts virkning over

ser samarbejdet som uproblematisk, da de kun udfører forskning, der er direkte relevant ift. patientbehandlingen. Samarbejdet omkring de enkelte forskningsprojekter er formaliseret, transparent og forankret i afdelingernes formelle organisation. Samarbejdet er bredt funderet med adskillige virksomheder, præparater mv. fordelt på en række mindre projekter. Afdelingerne er således heller ikke afhængige af enkelte aftaler. Endelig har enkelte specialer formaliseret samarbejdet yderligere, så én afdeling, på vegne af alle landets afdelinger, forhandler aftaler med virksomhederne på plads.

Samlet set er det en fordel for afdelingerne at samarbejde med industrien, da samarbejdet bl.a. har følgende positive effekter: 1) forskningsmiljøerne får nyeste viden om præparater, medicin etc. til gavn for hele afdelingen og dennes patientbehandling; 2) Dertil kan samarbejdet generere midler i form af overskud fra de enkelte projekter og/eller forskningssygeplejestillinger, som i et vist omfang efterfølgende kan benyttes til projekter initieret af afdelingerne og/eller forskningsmiljøerne selv.

Det er et stort ønske blandt forskningsmiljøerne, at have flere fleksible midler og/eller rammebevillinger, som de alene kan råde over. Fleksible midler åbner i højere grad mulighed for at lave afprøvninger af forskernes egne ideer, for at fastholde dygtigt personale mellem bevillinger og for at udbygge internationalt samarbejde og netværk.

1.4.2 Strategi og administration af eksterne forskningssamarbejder

Flertallet af forskningsmiljøerne har ikke en formelt nedskrevet forskningsstrategi, hvilket bl.a. kan skyldes den store afhængighed af eksterne midler, der løber over korte projektperioder, som gør det svært at lægge langsigtede planer. Stort set alle forskningsmiljøerne har dog en strategisk tilgang til deres forskningsarbejde, dels ift. finansiering, men også i forhold til hvilke forskningsemner, de gerne vil specialisere sig inden for.

Forskningsmiljøerne har også forholdt sig til de nye forskningsadministrative regler, der er blevet indført for at sikre gennemsigtighed i brugen af forskningsmidlerne og som har medført en række nye procedurer og højere dokumentationskrav. Dette har medført en øget administrativ opgave i forskningsmiljøerne, som af mange forskningsmiljøer opfattes som uhensigtsmæssig. Flere miljøer påpeger, at det nye system er mindre fleksibelt og at de forskningsaktive bruger uforholdsmæssigt meget tid på at opfylde de nye administrationskrav – tid de ellers kunne bruge på forskning.

Der er forskellige oplevelser af, hvorvidt ledelsen på de enkelte hospitaler understøtter forskningsmiljøernes aktiviteter, men den overordnede tendens er, at der er positiv støtte fra ledelsen. Dog oplever forskningsmiljøerne, at den overordnede hospitalsplan udfordrer deres mulighed for at arbejde strategisk og langsigtet i forhold til forskningsaktiviteterne, da de fysiske rammer for forskningen for mange er ukendt, indtil hospitalsplanen er endeligt indfaset.

adskillige måneder (dosis og respons). Fase 3: Belyser et produkts virkning og sikkerhed over en længere periode, og påviser eventuelle sjældne bivirkninger. Fase 4: Finder sted efter markedsføringstilladelse. Påviser produktets virkning og sikkerhed hos et endnu bredere udvalg af patienter

1.4.3 Resultater af forskningssamarbejdet

Det er panelets samlede vurdering, at forskningsmiljøerne bedriver forskning af høj kvalitet. En række tidligere undersøgelser understøtter, at ses der på resultaterne af forskningen, så ligger Københavns Universitetshospital, og herunder de adspurgte miljøer, i front blandt de nordiske lande.

Derudover bemærker panelet, at forskning er global, hvilket således også gælder fra formulering af forskningsspørgsmål til udbredelsen af resultaterne af forskningen. På den baggrund understreges det, at strategi og koordinering af forskningen, såvel som øget fokus på forskningssamarbejde internt i regionen, er yderst væsentligt for at udnytte midler og ressourcer bedst muligt.

Det generelle indtryk der gives af de interviewede forskningsmiljøer er, at forskning løfter niveauet på afdelingerne af flere grunde: Først og fremmest fordi de forskningsaktive afdelinger er med til at tiltrække de bedste talenter – ikke kun til gavn for forskningsaktiviteterne, men også til gavn for patientbehandlingen, da de som oftest tilknyttes klinikken. Dertil giver forskningsaktiviteten mulighed for selv at udvikle, men også at indhente og implementere/oversætte nyeste viden og behandling til gavn for patienterne.

Der er et stærkt fokus på at sørge for at bevare de stærke forskningsmiljøer blandt andet via konstant fokus på talentrekruttering og opdyrkning af egne ph.d'er og postdoc'er.

Forskningen bidrager til, at der udvikles ny medicin og nye produkter som først og fremmest gavner patienterne, men også de store medicinalvirksomheder i regionen.

Det ses således, at forskningen og forskningssamarbejderne dermed bidrager til vækst i hele regionen. Både via udvikling af medicin og nye produkter, men også via deres tiltrækning af både nationale og internationale talenter samt, gennem uddannelse, at højne vidensniveauet i regionen og dermed understøtte de ekspansive vidensmiljøer.

1.5 anbefalinger

Som del af opdraget for analysen af eksternt forskningssamarbejde, særligt ift. samarbejdet med virksomheder, er panelet blevet bedt om at komme med anbefalinger, der kan: 1) skabe værdi i forhold til patientbehandlingen og 2) fremme vækst og udvikling i regionen via jobskabelse, investeringer mv. Samlet set er panelet fremkommet med 16 anbefalinger til Region Hovedstadens fremtidige arbejde med forskningssamarbejder:

- **Region Hovedstaden bør sætte øget fokus på regionens forskningsstyrkeposition og udnytte dette i højere grad som positivt brand.** Panelmedlemmerne opfatter ikke, at regionen i tilstrækkelig grad er sin egen forskningsstyrkeposition bevidst. Der kan gøres langt mere for at synliggøre, at der er forskning i verdensklasse og unikke muligheder for virksomheder, internationale talenter mv.

- **Det er vigtigt, at forskningsaktiviteterne ses som en del af regionens kerneopgave og tænkes ind i alle led.** Forskning er understøttende for at kunne løfte de fremtidige opgaver i regionen, og skal derfor tænkes ind i alle politikker, og understøttes i alle led af administrationen og Hospitalsledelsen, herunder at forskningshensyn bør have en central rolle ved udformning af hospitalsplanen.
- **Regionen bør stå sammen, også med andre regioner, om at sikre optimale rammevilkår for forskningen, herunder dataadgang.** Danmarks førerposition inden for kliniske forsøg skyldes til dels excellente miljøer, men også gode datamuligheder. Det er der dog andre lande, der er begyndt at hale ind på. Det er derfor centralt, at vi udnytter datamulighederne optimalt inden for lovgivningens rammer og koordinerer med de mange regionale og nationale initiativer.
- **Fleksible midler, såsom Global Excellence Award, skal bibeholdes.** De understøtter en række centrale aktiviteter for forskningen, såsom: netværksskabelse (fx konferencer, udenlandsophold mv.), test af nye forskningsområder, forberedelse til større ansøgninger, og fastholdelse af dygtigt personale *mellem* forskningsprojekter.
- **Regionen bør sikre koordination af forskningsindsatsen.** Herunder koordination af hvilke forskningsområder der varetages på hvilke hospitaler samt strategiske prioriteringer af forskning, som kan sikre at Region Hovedstaden bevarer sin nationale førerposition.
- **Regionen bør sikre bæredygtige forskningsmiljøer og videreførelse af disse.** Herunder fx sikre "næste generation" af dygtige forskere, da der er set eksempler på forskningsmiljøer båret af én professor. Det er vigtigt, at forskningsmiljøerne gøres mindre skrøbelige overfor jobskifte, pension etc.
- **Det interne samarbejde i regionen bør styrkes.** Herunder de excellente miljøers mulighed for at løfte andre miljøer (via samarbejde, videndeling mv.) og arbejde mod en fælles organisationskultur med lige prestige i forskningsmiljøerne hospitalerne i mellem.
- **Fokus på forskningsstrategi i forskningsmiljøerne kan med fordel styrkes yderligere.** Selvom forskningsmiljøerne er meget afhængige af ekstern finansiering kan de med fordel arbejde endnu mere strategisk, bl.a. ift. infrastruktur (talentrekruttering, udstyr) og andre forhold såsom samarbejde, internationalisering mv. Strategierne kan forankres/udvikles på flere niveauer: på afdelingsniveau, hospitalsniveau, regionsniveau/politisk niveau.
- **Alle forskningsmiljøer skal have en tæt integration til klinikken.** Der er generelt en tæt kobling mellem forskningsmiljøer og klinik, men det er vigtigt, at der er en udbredt integration i alle afdelinger.
- **Der bør være et øget fokus på patientinddragelse.** Forskningsmiljøerne er overordnet gode til dette, men har forskellige forudsætninger for adgang til patientgrupper – fx har nogle forskningsmiljøer relativ nem adgang via patientforeninger. Det er vigtigt, at der

kommer endnu mere fokus på patientinddragelse også der, hvor patientgruppen ikke er organiseret.

- **Regionen har en interesse i at styrke mulighederne og incitamenterne for samarbejdet med videninstitutioner i regionen.** Fx sikre bedre samspil mellem basal og klinisk forskning og øge koblingen til forskningen på KU SUND, DTU m.fl. Der ses i nogen grad/nogle steder en for stor afstand mellem universiteter og hospitaler.
- **Regionen bør styrke støttefunktionerne for samarbejde med industrien.** Det er vigtigt at dataadgang, jura, administration mv. ikke bliver et forsinkende led for samarbejdet med industrien, da Region Hovedstaden skal være konkurrencedygtig på globalt plan.
- **Det bør undersøges om der bør være en fælles støttefunktion mht. administration af EU-bevillinger.** I dag er der kun støtte til selve ansøgningsprocessen, men det bør udvides, sådan at forskningsmiljøerne også støttes efter de har opnået tilsagn.
- **Regionen bør have en større bevidsthed og proaktiv tilgang til samarbejde med industrien om forskning.** Samarbejdet mellem forskningsmiljøerne og industrien er centralt, og der bør derfor være en mere proaktiv tilgang til samarbejdet med virksomhederne - fx ved at undersøge mulighederne for yderligere at styrke "En indgang" støttefunktionerne, herunder bl.a. udpegning af specialeansvarlige, der kan sikre en samlet koordination mellem virksomheder og forskningsmiljøer.
- **Der bør være hjælp (i form af kurser, undervisning el.lign.) i de nye forskningsadministrationskrav, så de ikke skaber unødige misforståelser.** De nye krav er mere komplekse og det kræver en ordentlig introduktion, også til forskerne, så kravene ikke bliver en utilsigtet hæmsko.
- **Effekterne af de nye forskningsadministrationskrav bør undersøges om et år.** Der har været stor utilfredshed ved implementering men med en større og større accept af de nye regler. derfor bør de nye forskningsadministrationsregler efterses om et år, ift. bl.a. følgende temaer nævnt af miljøerne: 1) overførsel af overskydende midler fra et budgetår til det næste, 2) rejseregler og 3) periodisering af forskningsbudgetter.

2. Samarbejdspartnere

Inden for forskning anses en høj grad af eksterne forskningssamarbejder som en succes, da det indikerer, at forskningsmiljøerne har en særlig ekspertise og/eller et højt fagligt niveau, som er interessant for eksterne parter. Derfor belyses her de adspurgte forskningsmiljøers centrale samarbejdspartnere. Det gælder både private og offentlige parter.

I afsnit 2.1 fokuseres der på de eksterne parter, som de adspurgte forskningsmiljøer har et egentligt forskningssamarbejde med - det være sig primært andre forskningsmiljøer nationalt og internationalt. I afsnit 2.2 er der fokus på de eksterne samarbejder, hvor eksterne parter helt eller delvist finansierer forskningen, som udføres af de adspurgte forskningsmiljøer. I afsnit 2.3 belyses typen af forskning, som de adspurgte forskningsmiljøer udfører for, eller i samarbejde med, de eksterne parter.

2.1 Region Hovedstadens forskningssamarbejde med eksterne parter, herunder de mest centrale samarbejdspartnere

I det følgende beskrives de samarbejder, som er karakteriseret ved, at forskningsaktiviteten udføres *i reelt samarbejde mellem* et af de adspurgte forskningsmiljøer og en ekstern part.

På baggrund af de gennemførte interviews tegner der sig et forskelligartet billede af forskningssamarbejde, som i høj grad bestemmes af, hvilket forskningsområde de adspurgte forskningsmiljøer befinder sig i. Nogle har primært regionale eller nationale samarbejder, mens andre finder deres samarbejdspartnere internationalt. Dette skyldes, at den pågældende afdeling kan være den eneste, der arbejder med forskning på netop deres område på et nationalt plan. I andre tilfælde handler det om, at udvikling på området kræver samarbejde med andre på et ekstra højt fagligt forskningsniveau, som kan være svært at finde nationalt, hvorfor der nævnes samarbejde med blandt andre EU, USA, England, andre nordiske lande m.fl.

2.1.1 Regionale partnere

Forskningsmiljøerne har samarbejder internt i regionen med andre hospitaler, enheder, centre mv. De adspurgte forskningsmiljøer påpeger dog, at der ikke er en selvstændig interesse i alene at fokusere på regionale samarbejder. Samarbejdet opstår fortrinsvis, hvor det er hensigtsmæssigt at inddrage andre specialer og afdelinger, bl.a. pga. udstyr som PET-scannere mv., hvor der er særlige synergieffekter eller anden faglig ekspertise på specifikke områder. Det er ikke i alle tilfælde, at der samarbejdes inden for det samme kliniske speciale på tværs i regionen. Forskningsmiljøerne er overvejende styret af, hvor de stærkeste miljøer er, og hvis disse ikke findes regionalt, søger de samarbejdet nationalt eller internationalt. Dertil skal det bemærkes, at der kan stilles

særlige krav af finansieringsparten til samarbejder, som dermed bliver bestemmende for, hvem der samarbejdes med (fx krav om virksomhedsdeltagelse). Flere af de adspurgte forskningsmiljøer, som alle har modtaget en Global Excellence Award, samarbejder internt. Det er dog ikke et samarbejde, der er opstået på grund af udnævnelsen, da langt de fleste forskningsmiljøer havde samarbejder forud for udnævnelsen. Som flere af de adspurgte påpeger, er det dog nok naturligt, at der længe har eksisteret samarbejder mellem disse miljøer, da de har et højt fagligt niveau og derved kan gøre brug af hinandens specialistviden og kompetencer på særlige områder.

Overordnet afhænger mulighederne for samarbejde også i høj grad af forskningsområdet. Nogle forskningsmiljøer har en meget bred kompetenceprofil/en specialistviden, der kan anvendes på mange forskellige fagområder. Derved fungerer de i flere tilfælde, og i højere grad, som serviceinstitut for andre både private og offentlige samarbejdspartnere. Andre arbejder på et mere specifikt afgrænset område, og i nogle tilfælde er de, de eneste der arbejder forskningsmæssigt med det, hvilket begrænser muligheden for regionalt, men også i nogle tilfælde nationalt, samarbejde.

2.1.2 Offentlige samarbejdspartnere

De øvrige offentlige nationale og internationale samarbejdspartnere er af stor vigtighed for forskningsmiljøerne.

Blandt de mest centrale offentlige samarbejdspartnere findes de højere læreranstalter og særligt: Københavns Universitet (herunder bl.a. psykologisk institut og Niels Bohr), Danmarks Tekniske Universitet, Copenhagen Business School og Metropol, som alle er placeret geografisk i regionen. Odense Universitetshospital, Statens Institut for Folkesundhed og Aarhus Universitetshospital er også samarbejdspartner for nogle af miljøerne.

Forskningssamarbejderne er båret af personlige relationer, og et af miljøerne påpeger, at der som sådan ikke er en incitamentsstruktur for KU SUND⁶ til at samarbejde med de kliniske miljøer. Forskningsmiljøet påpeger, at det vil være hensigtsmæssigt at styrke samarbejdet internt i regionen både mellem hospitalerne, og mellem hospitalerne og de højere læreranstalter, fordi det vil styrke deres profil internationalt.

Ét forskningsmiljø har særlig fokus på at etablere og udvikle et bredt nationalt samarbejde med øvrige centre, der arbejder på deres område. Dette ses specifikt i forhold til at understøtte gennemsigtighed for eksterne samarbejdspartnere via én indgang, hvor den forskningsansvarlige i flere tilfælde forhandler kontrakter på alle centrenes vegne. Samtidig med at det sikrer gennemsigtighed, højnes også det faglige niveau på alle centre.

De internationale miljøer fylder dog mest for de adspurgte. Her samarbejdes der bredt, men afhængigt af ekspertise inden for feltet. Samarbejdspartnerne findes i hele verden, heriblandt både Europa, Nordamerika og efterhånden også lande som fx Indien. Særligt

⁶ Herunder forskningsmiljøer inden for basal sundhedsforskning.

nævnes universiteter, hospitaler, behandlingscentre og forskningsnetværk i Norden, Storbritannien og USA.

2.1.3 Private samarbejdspartnere

Private samarbejdspartnere fylder mindre, for så vidt angår reel deltagelse i konkrete forskningsprojekter. Private fonde og virksomheder, både nationalt og internationalt, er ofte samarbejdspart i form af finansiering – enten som ren donation eller kontraktforskning.

Samarbejdet handler derfor oftest om initieringen af selve projektet og formuleringen af forskningsprojektet og dermed ikke samarbejde om egentlig udførelse. Nogle enkelte forskningsmiljøer nævner, at de af og til bliver kontaktet af pharma-virksomheder i forbindelse med fase 2 og fase 3 studier ved udvikling af medicin. Andre gange tager afdelingerne selv kontakt, da de ikke har muligheden for netop at udvikle medicin.

Et andet forskningsmiljø svarer på spørgsmålet om private forskningssamarbejder, at de, gennem udvikling, får ny viden, som de videregiver til industrien. Således udfører de ”morgendagens arbejde”. Det har kommerciel interesse, men indeholder ikke tilstrækkelig økonomi til at være drevet af industrien.

Èt forskningsmiljø fortæller endvidere om en udfordring på netop deres specialeområde. Deres speciale er organiseret således, at det er fordelt på flere forskellige hospitaler. Førhen modtog de patienter fra Region Sjælland, hvilket gav et tilfredsstillende patientvolumen i forhold til forskning. Efter Region Sjælland har hjemtaget denne patientgruppe, er der ikke længere patientvolumen til at specialet er opdelt på flere hospitaler. Og netop dette gør, at de står som en svagere part i forhold til samarbejde med industrien – nationalt og internationalt.

2.2 Finansiering

Hovedparten af involveringen med eksterne parter ses som ren finansiering (donation) til den forskning, der foregår i Region Hovedstaden. Det vil sige, at den eksterne part ikke indgår i et egentligt forskningssamarbejde, men enten fuldt eller delvist finansierer den forskning, der så udføres af regionens forskningsmiljøer.

Det gennemgående tema vedr. finansiering er, at forskningsmiljøerne løbende er udfordret på midler, og derfor har et konstant fokus på tiltrækning af midler. Gennemgående for de adspurgte forskningsmiljøer er, at de følgerlig bruger mange ressourcer på ansøgninger.

Kilderne til finansiering er dog mange: både private virksomheder og fonde, interesseorganisationer samt offentlige nationale og internationale råd og fonde. Enkelte har endvidere et budget på finansloven eller får midler direkte fra andre offentlige institutioner, såsom Sundhedsstyrelsen. Af interviewene fremgår, at det er forskelligt,

om forskningsmiljøerne har mange finansieringskilder, og dermed bedre finansieringsmuligheder, eller få.

Et forskningsmiljø påpeger, at regionen kunne hente flere eksterne midler og være mere forskningsaktive samlet set, hvis 1) alle kliniske miljøer havde samme høje ambitionsniveau ift. at være forskningsaktive, og 2) miljøerne øger det interne samarbejde – også ift. at samle patientgrupper til større kliniske forsøg.

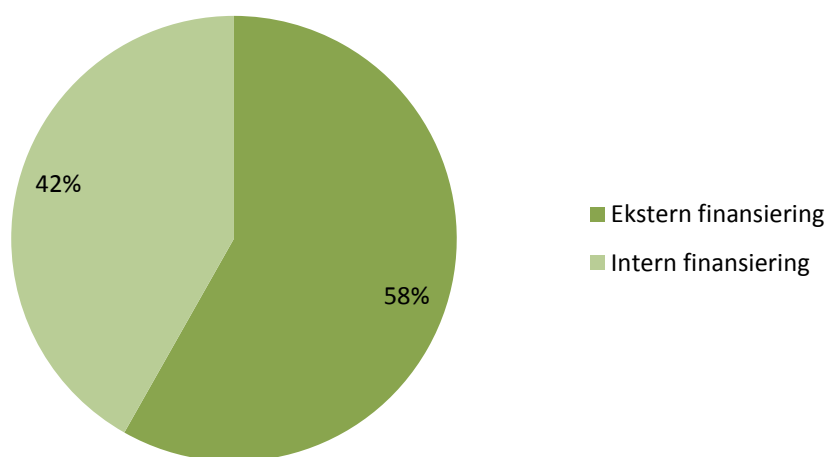
Det største ønske fra forskningsmiljøerne, men også den største udfordring, er fleksible midler og/eller rammebevillinger, som de alene kan råde over. De manglende fleksible midler betyder bl.a., at forskerne ikke selv kan igangsætte forskningsprojekter, og de har svært ved at fastholde dygtigt personale, da de ikke har midler til at fastansætte personale.

2.2.1 Fakta om den eksterne finansiering

Overordnet viser nærværende analyse, at ekstern finansiering er helt afgørende for forskningsmiljøerne i Region Hovedstaden.

Af nedenstående figur ses det, at den samlede andel af ekstern finansiering for de adspurgte afdelinger⁷ udgør 58 %, hvilket er over regionens samlede eksterne hjemtag på 50 % af de samlede forskningsudgifter de senere år. For flere af de adspurgte miljøer vurderes det, at ekstern finansiering udgør hovedparten af deres finansiering til forskning – for nogle vurderes andelen at være op i mod 80-90 % af deres samlede budget.

Figur 1: Fordeling mellem intern og ekstern finansiering blandt de adspurgte forskningsmiljøer, 2014



⁷ Da statistikken opgøres på afdelingsniveau skal det bemærkes, at følgende tal inkluderer hele afdelingens forskningsaktiviteter og ikke kun den der bedrives af Global Excellence miljøet, der i flere tilfælde udgør en mindre enhed under afdelingen.

Kilde: Årlig indmeldelse til Danmarks Statistik, 2014.

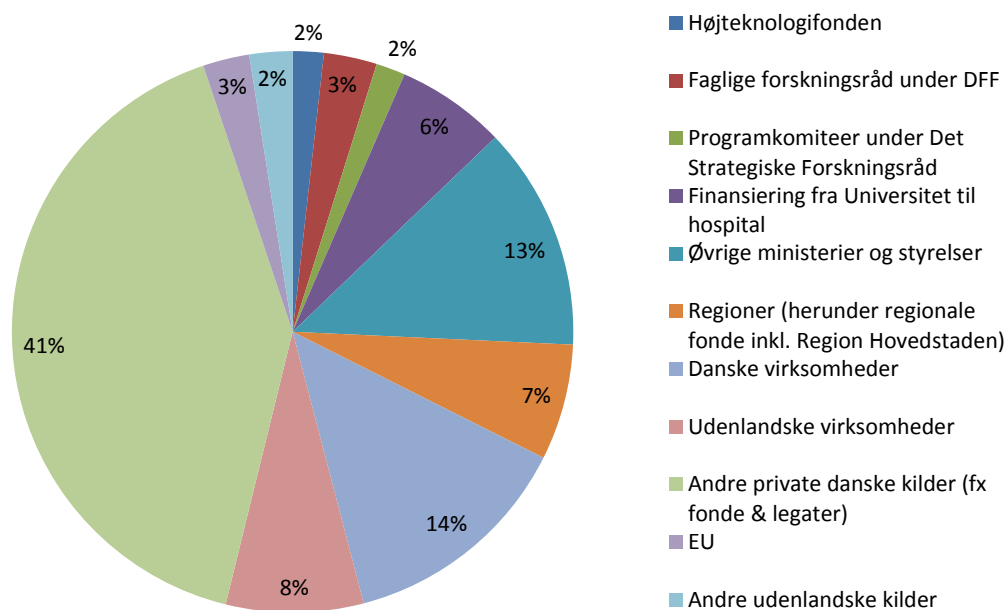
Note: Statistikken opgøres på afdelings/centerniveau. Baseret på 23 afdelingers/centres indrapportering.

Opgørelsen er baseret på hospitalsafdelingernes årlige lovpligtige opgørelse om bl.a. ekstern finansiering, som videreleveres til Danmarks Statistik.

Nogle store forskningsmiljøer har større succes end andre med ansøgninger, hvilket netop afhænger af forskningsområdet og den/de dertilhørende patientorganisation(er). Et eksempel herpå er forskning på kræftområdet, som har en meget stærk patientorganisation i Kræftens Bekæmpelse, der bidrager med mange midler.

I nedenstående figur ses det, hvordan de 58 % eksterne midler fordeler sig på finansieringskilder.

Figur 2: Ekstern finansiering hos de adspurgte afdelinger fordelt på finansieringskilde, 2014.



Kilde: Årlig indmeldelse til Danmarks Statistik, 2014

Note: Statistikken opgøres på afdelings/centerniveau. Baseret på 23 afdelingers/centres indrapportering. Figuren viser afdelingernes regnskabstal for ekstern finansiering angivet som "tilskud eller støtte" og "indtægtsdækket virksomhed eller kontrakt-forskning". Det skal bemærkes, at udover de angivne kilder har afdelingerne fået mindre beløb (>1 %) fra: Danmarks Grundforskningsfond, kommunerne samt "andre offentlige kilder".

Som det fremgår af figuren, udgør de private fonde den væsentligste andel med hele 41 % af miljøernes samlede eksterne finansiering. Blandt de største bidragsydere nævner de adspurgte forskningsmiljøer følgende: Lundbeck Fonden, Novo Nordisk Fonden,

TrygFonden og til dels Velux Fonden. Derudover findes der mange mindre private fonde, eller fonde som ikke specifikt understøtter forskning, som forskningsmiljøerne søger støtte hos. Muligheden for støtte afhænger af fondenes strategi, da ikke alle forskningsområder passer ind hos fx netop Lundbeck Fonden og Novo Nordisk Fonden.

En anden væsentlig kilde er dels statslige enheder som styrelser eller ministerier, og her er Sundhedsstyrelsen den mest centrale part.

De offentlige konkurrenceudsættende råd, såsom Danmarks Innovationsfond og Det Frie Forskningsråd, udgør samlet syv procent af afdelingernes samlede eksterne finansiering. Tilsvarende tegner EU sig for værende 3 %. Dette stemmer overens med det overordnede billede, der tegner sig i de kvalitative interviews; det er ikke de offentlige konkurrenceudsættende råd og fonde, som er de væsentligste finansieringskilder. I forhold til de danske offentlige fonde skyldes det en øget konkurrence, om de få midler der er og dermed en lav succesrate på denne type ansøgninger. I forhold til EU-ansøgninger handler det om forskningsmiljøernes størrelse og deres netværk, da EU-ansøgninger foregår i større konsortier. Der udtrykkes også forskellige holdninger til ønsket om at modtage midler fra EU: Nogle forskningsmiljøer tilkendegiver, at de undgår EU-projekter, da de administrative krav (compliance) er meget ressourcekrævende. Andre ser det som yderst positivt at modtage midler fra EU, da det skaber brede europæiske samarbejder, muligheder for at netværke og forfølge nye forskningsspørgsmål i større skala.

I forhold til de offentlige danske forskningsråd og fonde påpeges, at de har et kraftigere fokus mod universitetsforskning, hvorfor det gør det sværere for hospitalsmiljøer at opnå tilsagn.

14 % af de adspurgtes eksterne finansiering hentes fra danske private virksomheder. Her nævnes væsentlige kilder såsom de store danske medicinalvirksomheder: Leo Pharma, Lundbeck Pharma og Novo Nordisk. De adspurgte forskningsmiljøer modtager dog også en væsentlig del af deres finansiering fra internationale virksomheder (8 %), herunder særligt medicinalvirksomheder, jf. figur 2.

2.2.2 Udfordringer og muligheder for finansiering

Flere miljøer påpeger, at de eksterne midler er karakteriseret ved at have korte bevillingsperioder, som betyder, at de hele tiden er i gang med at udforme nye ansøgninger for at sikre fremtidig finansiering af personale og aktiviteter. Dette kræver mange ressourcer, ikke mindst fordi succesraten på de offentlige fonde har været faldende over senere år, og dette forventes ikke at blive bedre, eftersom flere af fondenes midler bliver beskåret i 2016.

"Jo flere projekter, jo mere fleksibilitet. Det bliver et kludetæppe af bevillinger, som skaber den nødvendige fleksibilitet" (citater).

Fælles for alle de adspurgte forskningsmiljøer er, at de har svært ved at skaffe fleksible midler⁸, hvilket primært skyldes, at de eksterne midler, som udgør hovedparten af deres forskningsmidler, er formålsbestemte og projektbegrænsede. Uanset om det er offentlige eller private fonde, der finansierer forskningen, vil den typiske ansøgning og dermed bevilling udmunde i et beløb, som er inddelt og formålsbestemt på en række budgetposter. Endvidere vil dette beløb ofte være mindre end det ansøgte beløb, hvilket skaber yderligere pres på budgettet for forskningsaktiviteten. Fonde og forskningsråd mv. har således alle stramme budgetregler, så alle forskningsledere er altid klemmt på fleksible midler.

Dertil kommer de nye regler for forskningsadministration, der har betydet, at nogle forskningsmiljøer oplever, at det bliver sværere at beholde de få fleksible midler, der er i forskningsmiljøet, til at forfølge egne forskningsspørgsmål, fordi midlerne overføres til afdelingen. De midler fra kontraktforskning som forskningsmiljøerne således førhen kunne samle til selv at initiere og forfølge egne forskningsprojekter, kan ikke fastholdes fra et budgetår til det næste, så det handler i høj grad om, hvorvidt afdelingsledelsen er opmærksom på at prioritere forskningen. Dette vil blive beskrevet videre i afsnit 3.3.1.

Samlet set har de begrænsede fleksible midler følgende konkrete konsekvenser iht. de adspurgte forskningsmiljøer:

- Først og fremmest er det en udfordring i forhold til at fastansætte dygtigt personale. Det gælder både dygtige projektsekretærer og unge talenter i ph.d.- og postdoc-stillinger. Ligeledes er det svært at samle finansiering til nye ph.d.-forløb.
- Det er en udfordring at finde midler til en række øvrige centrale aktiviteter for opretholdelsen af forskningsaktiviteterne: udenlandsophold, tværgående aktiviteter, netværksopbygning mv.
- Dertil er det en udfordring i forhold til klinisk forskning initieret af forskningsmiljøet selv og forskning inden for emner, som falder uden for både industri, fondes og politiske interesser og fokusområder. Det kunne fx være forskning i nedsættelse af medicinske doser eller ligefrem fjernelse af medicin.

Et forskningsmiljø påpeger desuden, at det kan fjerne incitamentet til at søge at indgå samarbejder med industrien om kliniske forsøg. Hvis det overskud der kan genereres heraf, alligevel ikke tilfalder forskningsmiljøet, men opsluges af afdelingen, er der ikke tilstrækkeligt incitament til at opsøge aftaler med industrien.

I forhold til fastholdelse af dygtige forskningstalenter beretter et forskningsmiljø, at det er en særlig udfordring for dem, idet KU har en politik om, kun at forlænge midlertidigt ansatte i postdoc-stillinger af to omgange. Herefter skal de ansættes andetsteds, og så

⁸ Midler som ikke er bundet til et særligt formål.

bliver det regionens opgave at finde budget til at ansætte, hvis ikke man vil miste talentet.

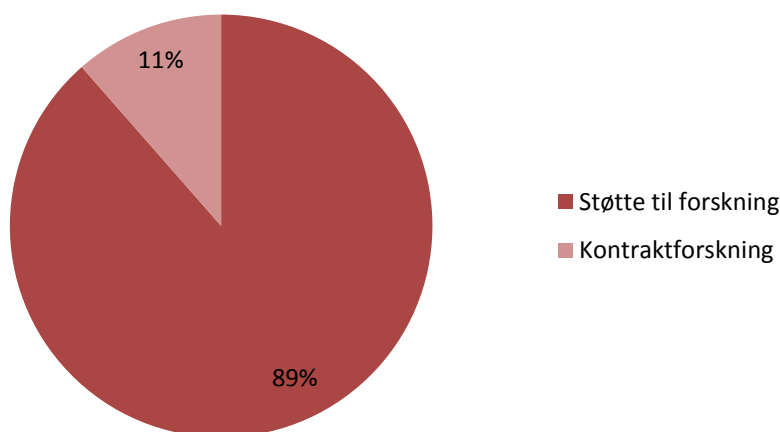
Global Excellence Award nævnes i denne forbindelse som en sjælden og meget efterspurgt finansieringsform, da denne pris er fleksible midler, som giver vinderen fleksibilitet i forhold til anvendelse. Flere nævner, at deres Global Excellence Award gik til lønmidler til at fastholde videnskabeligt og administrativt personale, som ellers måtte være afskediget.

2.3 Region Hovedstadens konkrete forskningssamarbejder med eksterne parter og typefordelingen heraf

Miljøerne tilkendegiver, at samarbejder med industrien om medicinafprøvning (kontraktforskning⁹) er en af de eneste forskningsaktiviteter, der kan danne fleksible midler, både i form af penge og tid, som kan bruges på forskning initieret af forskningsmiljøet selv.

Af figur 1 fremgår fordelingen mellem eksterne finansieringskilder. Af figuren fremgår det, at de danske og internationale virksomheders støtte til regionens forskningsmiljøer udgør 22 % af den samlede eksterne støtte. I nedenstående figur ses det, hvordan disse 22 % fordeler sig på henholdsvis kontraktforskning og støtte til forskning.

FIGUR 3: finansiering fra virksomheder, fordeling mellem støtte til forskning (donationer) og kontraktforskning, 2014



Kilde: Årlig indmeldelse til Danmarks Statistik, 2014

Note: Statistikken opgøres på afdelings/centerniveau. Baseret på 23 afdelingers/centres indrapportering. Figuren viser den samlede finansiering til forskning fra virksomhederne (danske og udenlandske virksomheder).

⁹ Også kaldet rekvireret forskning.

Omfanget af kontraktforskning er meget forskellig fra forskningsmiljø til forskningsmiljø. For nogle udgør det en væsentlig indtægtskilde, hvor der for andre sjældent eller aldrig udføres kontraktforskning for industrien. Dette hænger, som tidligere nævnt, sammen med, om forskningsmiljøet hører inden for et klinisk speciale eller fagfelt, hvor der findes en tilhørende industri, der kan have interesse i at købe sig til fx lægemiddelafrøvnninger. Blandt de adspurgte forskningsmiljøer fylder samarbejde med industrien om fase 3 forsøg mest. Fase 2, 4 og særligt fase 1 forsøg, fylder væsentligt mindre. Ser man på forskningsmiljøernes indrapportering til Danmarks Statistik udgør kontraktforskning 11 % af deres samlede eksterne finansiering fra virksomhederne. Sammenholdt med det der udtrykkes i interviewene, lyder det dog som om, at andelen af indtægter fra kontraktforskning er højere end statistikken afspejler.

Der foregår lidt forskning i nedsættelse af medicin, men det er ikke meget, da det ikke er noget industrien, fonde eller der politisk set er en interesse for eller særligt fokus på. Dette påpeger flere forskningsmiljøer ellers som en type forskning, der vil kunne nedsætte medicinforbruget til gavn for patienter og regionens voksende budget til medicin. Det samme gør sig til dels også gældende for forskning i forebyggelse, rehabilitering, eller ikke-medicinske behandlinger, dette kunne fx være omlægning af kost og motion. Indenfor disse områder er der visse – men i praksis begrænsede - muligheder for finansiering fra offentlige midler og fra private fonde.

Fra de offentlige råd og fonde er det typiske virkemiddel et veldefineret klinisk projekt, hvor midlerne primært går til lønninger af det videnskabelige personale og til dels også rejseaktiviteter o. lign. Flere forskningsmiljøer har også fået midler til forskningsudstyr, mens andre beretter, at fordi udstyret bliver dyrere og dyrere, er det svært at opnå støtte hertil. Regionen giver ikke midler til udstyr, da midlerne, som flere forskningsmiljøer påpeger, slet ikke er store nok hertil i Region Hovedstaden. Derudover skal der balanceres mellem udstyr til klinik og udstyr til forskning, hvor der i forhold til donerede midler er en skarp opdeling. Nogle forskningsmiljøer har også haft succes med de helt små virkemidler såsom ph.d.-stipendier.

3. Strategi

I følgende kapitel sættes der fokus på, hvordan de adspurgte forskningsmiljøer arbejder strategisk med tiltrækning af midler, deres overvejelser omkring de eksterne forskningssamarbejder og hvordan/om det påvirker deres forskningsfokus. Dernæst belyses hvordan forskningsmiljøerne samarbejder med patienter og patientforeninger om at præge forskningsaktiviteternes retning. Sidst i kapitlet belyses administrationen af forskningsmidlerne og støtten til forskningsaktiviteterne og forskningssamarbejdet.

3.1 Forskningsmiljøernes strategiske tilgang til forskning, samarbejde og finansiering

Generelt er der stor forskel på afdelingernes tilgang og mulighed for at arbejde strategisk med deres forskning, og en stor del af denne variation skyldes forskningsmiljøernes placering i sundhedsvæsenet. Kliniske afdelinger er tilknyttet bestemte sygdomme, som giver en begrænset mulighed for at skifte forskningsspor. Her er udfordringen at være fleksibel, følge med og være med til at præge den internationale udvikling. Andre forskningsmiljøer, som fx billeddiagnostik, dækker et bredere forskningsområde, og har dermed mulighed for at prioritere et forskningsfelt eller forskningsspørgsmål over andre, såfremt det synes hensigtsmæssigt.

Hovedparten af de adspurgte forskningsmiljøer svarer, at de ikke har en formelt nedskrevet forskningsstrategi, og det er kun enkelte miljøer, der har formulerede strategier. Disse kan inddeles i to typer: 1) enkelte har egentlige langsigtede officielle forskningsstrategier, og disse kan eksempelvis være foranlediget af at forskningsmiljøet har én central bevillingsgiver, der fast støtter forskningsmiljøet, og som derfor har givet forskningsmiljøet mulighed for at udarbejde en langsigtet plan for forskningsaktiviteterne; 2) Andre beretter, at de fx har en forskningsstrategi, som planlægges og tilpasses årligt.

Det er heller ikke entydigt, hvorvidt en nedskreven forskningsstrategi opfattes som et hensigtsmæssigt styringsværktøj. Flere af forskningsmiljøerne tilkendegiver, at fokus på forskningsaktiviteterne skaber muligheder for gode forskningsresultater. Men som ét af forskningsmiljøerne påpeger, så opnås god forskning nødvendigvis ikke af strategisk forskning, som kan virke som en stopklods for nysgerrigheden og forskningsfremdriften.

For de der ikke har en egentlig formuleret forskningsstrategi, begrundes det dels med bredden inden for deres forskningsfelt, jf. første afsnit, og dels med, at dette ikke lader sig gøre, fordi finansieringskilderne er mange og skiftende – også i forhold til fokus i forskningsopslag. De fleste er således præget af en ad hoc tilgang, hvor der søges midler der, hvor det ift. emne passer til forskningsmiljøet, og hvor muligheden for at opnå tilsagn er størst.

Et miljø forklarer det således:

"Vores strategi er, at vi laver en forretningsplan ud fra, hvor vi tror vi kan være i verdensklasse, og så søger vi benhårdt midler ud fra dette. Vi lader os aldrig styre af, hvad der er af opslag. Omvendt må vi revurdere vores strategi, hvis der slet ikke er midler at søge – men altså ikke som kovending, men mere en tilretning." (citater).

Tendensen er, at det er de store forskningsfonde, såsom Lundbeckfonden og Novo Nordisk Fonden, som forskningsmiljøerne oftest søger, men at de søger flere fonde ad gangen, og at de også søger mindre fonde – ofte mhp mindre bevillinger. De mindre fonde søges primært til hjemtagningen af midler til forskningsmiljøernes ph.d.-studerende. Som én fra forskningsmiljøet fortæller, er der heldigvis nogle små, men gode, fonde, som kan bruges til dette formål.

Et par forskningsmiljøer fortæller, at det internt på afdelingen aftales, hvilke fonde der søges, så man undgår at være i direkte konkurrence med hinanden.

Nogle forskningsmiljøer ender i en positiv spiral: hvis de har været særligt succesfulde i hjemtaget af fondsmidler, har det givet dem mulighed for en større forskningsstrategisk indsats, som igen har givet dem mulighed for at blive en international spiller med internationale samarbejdspartnere og dermed mulighed for større internationale fondsmidler – såsom midler fra NIH (National Institute of Health – USA) og EU's Horizon 2020. Som ét af forskningsmiljøerne påpeger: hvis man vil være en stor spiller inden for forskning og skabe et stort forskningsmiljø, så gælder det om at se mulighederne og gribe dem. Mange af de adspurgte forskningsmiljøer satser således i dag på flere internationale samarbejder. Holdningen er den, at hvis man skal lykkes med større forskningsprojekter, så er det vejen frem. Et forskningsmiljø vurderer, at det er en tendens, som kun vil blive mere tydelig i de kommende år.

Blandt de adspurgte forskningsmiljøer er der delte holdninger til, om det ville styrke muligheden for at tiltrække finansiering, hvis man koncentrerede forskningen i større enheder. Fra et synspunkt vil det gøre forskningsmiljøet mere synligt internationalt. Omvendt påpeger andre af de adspurgte, at det kan være nødvendigt at give et mindre forskningsmiljø et løft, og man med en lille investering kan få et forskningsområde/forskningsmiljø til at blomstre i regionen.

I forhold til strategien med samarbejdet med virksomhederne forklarer et forskningsmiljø det sådan, at gennemsigtighed, for begge parter, er det vigtigste element. Hvis forskningsmiljøet kontaktes af et firma, sendes der besked ud om dette til alle centre på hospitalet og der forhandles centralt og ved brug af Én indgang (Region Hovedstadens samlede indgang for Pharma og medico-industrien).

De adspurgte forskningsmiljøer er alle vindere af Global Excellence Award, og denne pris har haft betydning for nogle af forskningsmiljøerne ift. deres strategiske satsninger: nogle er blevet mere opmærksomme på deres centrale rolle for regionens forskningsaktiviteter, og er dermed blevet mere opsøgende ift. synergieffekter og

samarbejder med andre afdelinger, andre har på grund af prisens frie midler kunne satse på nye forskningsfelter.

3.2 Ekstern indflydelse på forskningen

Godt halvdelen af de interviewede forskningsmiljøer fortæller eksplicit, at de naturligvis oplever, at industrien/virksomheder eller de fonde de samarbejder med, har særlig interesse i hvilken forskning der udføres.

Industrien har naturligt en række spørgsmål i forbindelse med udviklingen af deres produkter, som de ønsker belyst via kliniske forsøg. Dette gøres således via kontraktforskning med hospitalernes forskningsmiljøer. Forskningsmiljøerne har – især i de tidlige faser – mulighed for at påvirke disse spørgsmål og andre aspekter ved forsøgene.

"Vi laver rekvireret forskning for industrien, men vi ser ikke et problem i det. Vi siger ja, hvis vi mener det er meningsfuldt" (citater).

Et par forskningsmiljøer nævner, at de kan lade sig påvirke i mindre grad fx ved at ændre retningen en smule i små projekter. Det generelle billede der tegnes, er dog, at det ikke er medicinalindustrien, som dikterer forskningen, men at der opnås gode samarbejder, hvor begge parter får et udbytte. Forskningsmiljøerne/afdelingerne siger således nej til kliniske forsøg, hvis de ikke mener, at de kliniske forsøg er meningsfulde for dem eller patienterne. Omvendt siger de ja, hvis det giver mening, herunder bl.a. med begrundelse i, at lægemiddelforskning er en god model for klinisk forskning, da virkningen af et lægemiddel lærer dem noget om sygdomsbiologien.

Fonde nævnes stort set ikke i forbindelse med ekstern påvirkning. Et enkelt forskningsmiljø fortæller dog, at de har oplevet, at fonde kan have et ønske om en direkte forskel for patienterne "her og nu", altså at forskningen skal udmunde i et aftryk med det samme. Et ønske som dette kan man dog ikke fortænke dem i at have, og forskningsmiljøet fortæller videre, at der ikke har været situationer, hvor fondene har gjort krav om brug af et specifikt produkt eller andet.

Samlet set giver forskningssamarbejderne i sidste ende et positivt udbytte for patienterne. Det være sig i form af nyere og bedre behandling, hvilket uddybes i kap. 4.

Et spørgsmål går også på hvor meget og hvordan forskningsmiljøerne inddrager patienterne og patientorganisationerne. Det ses der nærmere på i det følgende.

3.2.1 Inddragelse af patienter og samarbejde med patientforeninger i forskningsøjemed

Det står tydeligt frem, at alle forskningsmiljøers primære fokus er forskningens betydning for behandlingen og dermed for patienterne.

Flere forskningsmiljøer fortæller, at de gør deres bedste for at inddrage patienterne. Et forskningsmiljø fortæller, at de takket være en sygeplejefaglig postdoc, sørger for at patienterne involveres i projektudviklingen på et meget tidligt tidspunkt. Flere giver

udtryk for, at de ønsker at arbejde hen imod endnu større inddragelse, mens ét forskningsmiljø fortæller, at de har en model for systematisk patientinddragelse og at

"det har ført en ny tankegang med sig, at vi er blevet bedre til at se tingene fra patientens side" (citater).

Hvilket understøttes af et andet forskningsmiljøes udsagn:

"det er vigtigt at tale med dem (patienterne) – de har et helt andet perspektiv" (citater).

Direkte patientinddragelse, så som et patientpanel eller et patientråd, er dog på nuværende tidspunkt noget de færreste har etableret, men ét forskningsmiljø nævner, at de på nationalt plan har et patientråd, som hjælper med at definere og prioritere fokusområderne.

For andre opleves patientinddragelsen svær. Et forskningsmiljø fortæller, at grundet deres komplicerede og specifikke arbejdsområde, er det meget svært at inddrage patienterne, da de ikke har de faglige forudsætninger, for at vurdere det de arbejder med. Men selvom inddragelse i selve forskningsprioriteringen og projektudviklingen kan være svær, udelukker det dog ikke, at patienterne ikke kan bidrage med viden. Ét forskningsmiljø nævner fx at patienterne kan inddrages og få indflydelse på de kliniske retningslinjer, eller samarbejdet kan styrkes ved at forskningsmiljøerne giver viden videre fx i form af indlæg i patientorganisationernes blade og ved at invitere til informationsmøder.

Netop samarbejdet og dialogen med patientorganisationer er noget de i forskningsmiljøerne har fokus på. Der er både positive udfald heraf, men også begrænsninger. Dialogen skønnes vigtig, idet den ofte bidrager med relevante og nye perspektiver og forskningsmiljøerne oplever generelt, at der er god kontakt til patientorganisationerne. Nogle patientorganisationer har dog så svag en profil, at de ikke er involveret i forskningen. Som ét forskningsmiljø påpeger, vil det kræve en ekstra indsats, hvis en svag organisation skal kunne profilere sig rent forskningsmæssigt. En mulighed for involvering er forskningsmiljøernes aktive rolle i patientforeningerne. Én forsker, som netop er medlem af en patientforening, fortæller at en måde at involvere patienterne direkte i det kliniske projekt, er at give dem adgang til deres egen kohorte for at se egne data, således bliver de medspillere. Forskningsmiljøet fortsætter med at det:

"motiverer til at deltage på længere sigt (og det er) sundhedsfremmende" (citater).

I dette forskningsmiljø ser de således tekniske muligheder for større patientinvolvering og medinddragelse.

3.3 Administration og støtte af forskningsaktiviteter

I ovenstående har fokus været på forskningsmiljøernes strategiske tilgang til forskningssamarbejder, herunder indflydelse fra industri og patientforeninger. I det

følgende fokuseres der på administrationen af forskningsmidler og ledelsens støtte til forskningsmiljøernes forskningssamarbejder.

3.3.1 Administration af forskningsmidler

De nye forskningsadministrative regler er indført for at sikre gennemsigtighed i brugen af forskningsmidlerne og har medført en række nye procedure og højere dokumentationskrav. Dette har medført en øget administrativ opgave i forskningsmiljøerne, som af mange forskningsmiljøer opfattes som uhensigtsmæssig.

Størstedelen af forskningsmiljøerne beretter, at de bruger mere tid end før på de administrative opgaver og nogle har fundet det nødvendigt at ansætte specialiseret personale, såsom økonomer, til at håndtere dette.

"For a long time even the administrators could not get it to work, let alone instruct the senior researchers in how to manage the new rules. We see it as a serious problem, undermining the senior researchers' ability to do enough research and supervision"(citat).

Generelt ser det ud til, at det er forskningslederen eller hovedbevillingsmodtageren, som hovedsagelig står for opgaven med at administrere forskningsmidlerne, og hvor vedkommendes leder enten har en sekretær eller anden administrativ medarbejder til at bistå med opgaven. Men der er en generel erkendelse af, jf. ovenstående citat, at seniorforskerne i forvejen er presset på tid, og det derfor vil være hensigtsmæssigt at flytte opgaven væk fra deres bord.

Udfordringerne er dog flere, uanset hvem der løser opgaven. Mange af forskningsmiljøerne påpeger: 1) at de nye regler har gjort det sværere at flytte midler mellem budgetposter til fx fastansættelse af administrativt personale. På denne måde får de nye forskningsadministrative regler en dobbeltsidet negativ effekt; 2) at der skal lægges udspecificerede budgetter, selv for mindre forskningsprojekter, per år for hele projektperioden. Dette medfører øget administrativt arbejde, som ikke nødvendigvis giver styringsmæssige gevinster; 3) Bestilling af rejser nævnes af mange som en konkret udfordring for forskerne, da rejser nu skal bestilles centralt. Flere af de adspurgte er mindre begejstrede for ordningen, idet der ofte laves fejl i rejsebestillingerne, rejserne er blevet dyrere end det, som forskerne selv kunne finde frem til, og ofte er det ufleksible løsninger, som bliver resultat af bestillingerne; 4) Et andet forskningsmiljø påpeger, at netværk er nødvendigt for at skabe internationale relationer til andre top-miljøer. Det er ikke muligt fx at invitere en gæsteprofessor ud og spise med tre ph.d.-studerende pga. de nuværende regler, om at højst 50 % af deltagerne må være interne fra regionen.

3.3.2 Ledelsesmæssig understøttelse af forskningsaktiviteter på regionens hospitaler

Det overordnede indtryk er, at forskningsmiljøernes oplevelse af den ledelsesmæssige understøttelse af deres arbejde kan inddeles i tre typer.

En gruppe af forskningsmiljøer fortæller at de oplever en positiv støtte og support samt stor lydhørhed over for deres arbejde. Der opfordres fra afdelings- og Hospitalsledelsen til at udføre forskning og det understøttes både formelt og uformelt. Afdelings- og Hospitalsledelsen ses derfor ikke som en modspiller, selvom meget forskningsaktivitet er drevet af forskernes ambitioner og ikke initieret og struktureret oppefra. Enkelte steder fortælles der, at hospitalet, så vidt det er muligt, forsøger at være fleksible og sørge for de nødvendige rammer, på trods af sparsomme midler.

En anden gruppe af forskningsmiljøer har en oplevelse af delvist at være støttet, men ikke gennem alle ledelsesled. Således fortæller et forskningsmiljø, at de har en meget opmærksom og forskningspositiv centerdirektør, mens de ikke oplever, at direktionen understøtter forskningen. Her savnes anerkendelse, support og en dybere interesse fra både hospitalet, fra regionen og fra ministeriet. Dette understøttes i nogen grad af et andet forskningsmiljø, som oplever en lokal forståelse og støtte, men ikke en regional. Et forskningsmiljø siger konkret, at regionen bør være mere strategisk i forhold til deres forskningscentre. Et andet forskningsmiljø nævner, at politiske agendaer kan være en trussel. De oplever, at der ikke er forståelse for forskningsmiljøerne, men at der i Region Hovedstaden er langt større fokus på drift.

Som en sidste gruppe, og i mellem de to henholdsvis positive og negative indtryk, ses en gruppe af forskningsmiljøer, som oplever, at forskningen italesættes positivt, men de savner handling bag. Således oplever nogle, at interessen for forskningen er til stede, mens hjælpen er sparsom. Dog er der flere der nævner, at de på baggrund af modtagelse af Global Excellence prisen har oplevet en større lydhørhed og større opbakning. Der er således en fornemmelse af, at Global Excellence har skabt større anerkendelse.

3.3.3 Perspektiver

Forskningsmiljøerne står over for forskellige udfordringer og nævner gennemgående særligt den nye hospitalsplan, men også generelle økonomiske stramninger.

Et forskningsmiljø fortæller, at hospitalsplanen gennem længere tid har haft stort fokus og krævet mange ressourcer. Det har, hos dem, skabt nogle rent logistiske udfordringer i forhold til planlægning af de fysiske rammer. Det gælder mindre problemstillinger, men vedrører også langt større overvejelser, så som at tænke et forskningscenter ind i projektplanlægningen. Foruden de direkte fysiske rammer har fusionering af afdelinger også haft direkte betydning for forskningsfremdriften. Ét forskningsmiljø fortæller, at en fusion har været medvirkende årsag til, at den kliniske forskning har været stærkt nedprioriteret grundet øget patientoptag kombineret med mangel på ekstra tilførte personaleressourcer.

Også generelle økonomiske stramninger har medført særligt store udfordringer for forskningsfremdriften. Forskningsmiljøerne oplever, at hospitalsledelserne har stort fokus på opfyldelse af hospitalernes driftsmål. Det har forskningsmiljøerne naturligvis forståelse for, men det har bevirket, at det er svært for dem at få forskningen på dagsordenen hos Hospitalsledelsen. Som tidligere nævnt, oplever nogle

forskningsmiljøer mundtlig støtte og opbakning, men ser ikke supporten udmøntet i praksis. Enkelte andre miljøer nævner en række andre udfordringer på forskellige niveauer i organisationen herunder: de kommende nye overheadregler, CIMT's service og understøttelse af forskningsaktiviteter, generelle infrastrukturudfordringer fx personale til at understøtte forskningsaktiviteter mv.

På trods af en række udfordringer, udtrykker forskerne stor begejstring og engagement for deres forskningsaktiviteter og projekter. Og når man ser på det generelle billede i forskningsmiljøerne, tegner der sig nogle positive tendenser for, hvilken retning forskningsfremdriften tager, som vil blive beskrevet videre i følgende kapitel 4.

4. Ekstern Forskningssamarbejdes værdiskabelse for videns udviklingen, patienterne og regionen

Værdien af forskningssamarbejdet med eksterne parter kan inddeles i flere typer: værdien for forskningsmiljøerne selv (fx at skabe fagligt interessante miljøer til fordel for rekruttering, fastholdelse mv.), værdien for patienterne (ny viden leder til ny behandling, medicin mm.) og værdien bredere for regionen (fx nye virksomheder, nye produkter mv.).

Følgende kapitel tager afsæt i forskningsmiljøernes vurdering i forhold til værdiskabelsen ved eksternt forskningssamarbejde. Dette udbygges af overordnede offentlige statistikker for kvaliteten i forskningen ved Københavns Universitetshospital og panelmedlemmernes samlede vurdering af forskningens relevans og kvalitet på baggrund af disse to.

4.1 Fakta om forskningen i Regionen

Panelmedlemmerne vurderer, at de adspurgte forskningsmiljøer i mange tilfælde er ledende forskningsmiljøer inden for deres felt, og at der generelt er en meget høj kvalitet i den forskning de udfører. En lang række internationale undersøgelser understøtter, at Danmark, og særligt Region Hovedstaden, har en styrkeposition inden for sundhedsforskning.

En ofte anvendt metode til at måle forskningens kvalitet eller gennemslagskraft er ved at se på, hvor mange citationer de videnskabelige publikationer (forskningresultaterne) opnår, da dette er et tegn på, at resultatet er centralt for andre forskere (globalt) at referere til i deres videre arbejde. Danmark er nr. 4 i verden målt på antallet af citationer per publikation, og ligger således samlet som en af verdens førende vidensnationer¹⁰. Danske videnskabelige artikler, inden for klinisk medicin alene, opnår generelt 57 % flere citationer end verdensgennemsnittet¹¹.

Ser man alene på forskningen på hospitalerne, er der i 2014 gennemført en analyse af universitetshospitalerne i de nordiske lande. Her ses det, at Københavns Universitetshospital (KUH) i perioden 2008-2011 har haft en højere impact (citationer per publikation) end *samtlig* nordiske universitetshospitaler – herunder også både Syddansk Universitetshospital og Aarhus Universitetshospital. Tilsvarende har KUH haft en større andel af særligt højt citerede artikler (top 10 % mest citerede inden for et forskningsområde) end alle andre universitetshospitaler i samme periode¹². I

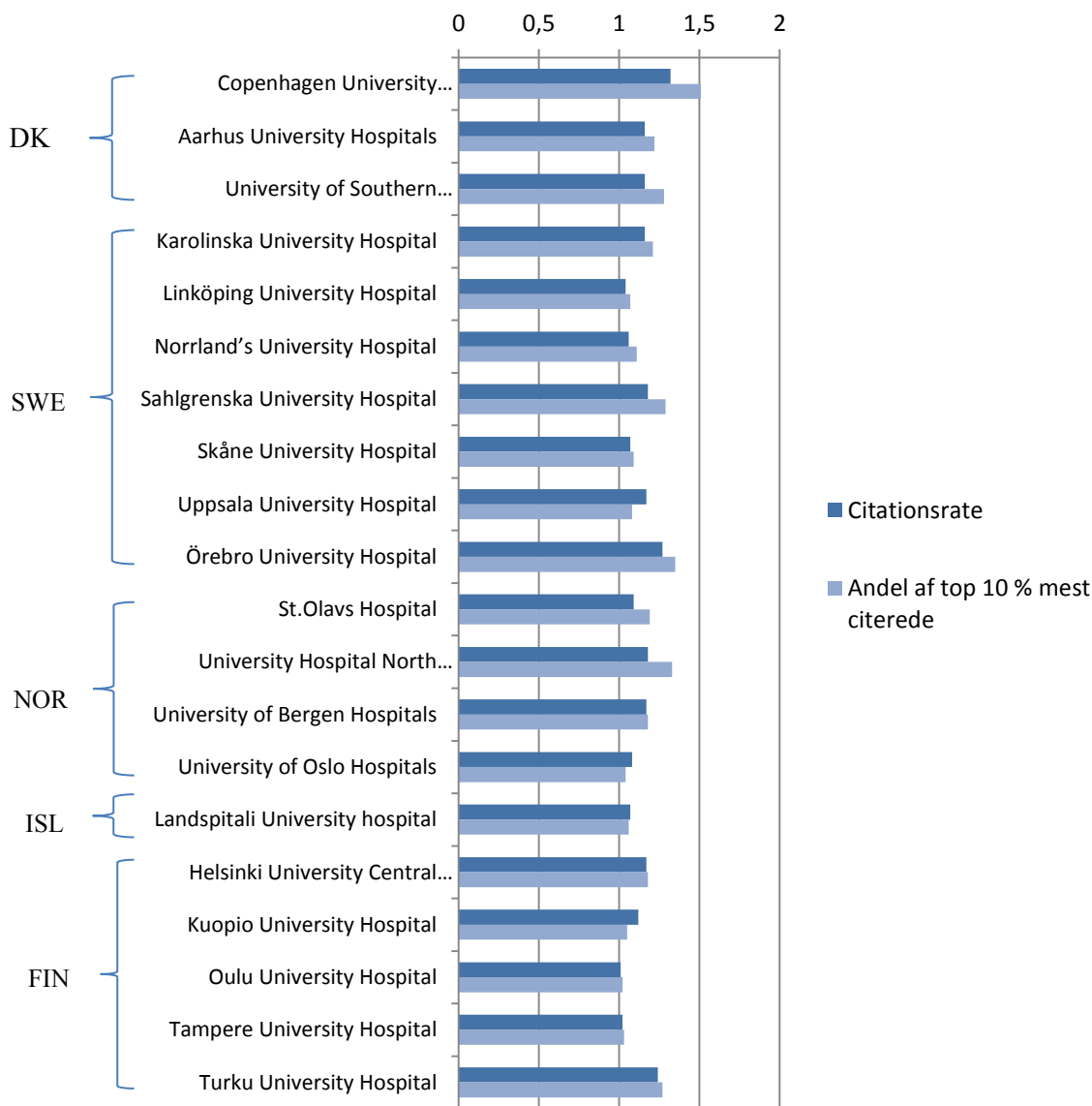
¹⁰ Forskningsbarometer 2015, <http://ufm.dk/publikationer/2016/filer/forskningsbarometer-2015.pdf>

¹¹ Forskningsbarometer 2012, <http://ufm.dk/forskning-og-innovation/statistik-og-analyser/forskning-og-innovation-i-internationalt-perspektiv/forskningsbarometer/forskningsbarometer-20129b964faaa8024b7fb33b8edb2105c97f>

¹² [file:///C:/Users/ANIE0618/Downloads/Policy%20Brief%202-2014%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ANIE0618/Downloads/Policy%20Brief%202-2014%20(1).pdf)

nedenstående figur ses de mange universitetshospitals generelle citationsrate samt andel af særligt højt citerede artikler:

Figur 4: De nordiske universitetshospitals videnskabelige gennemslagskraft, 2008-2011



Kilde: Comparing Nordic Research at Universities using Bibliometric Indicators (Nordforsk 2014), file: http://www.nordforsk.org/en/publications/publications_container/policy-paper-2-2014-comparing-research-at-nordic-universities-using-bibliometric-indicators.

I det de adspurgte tilhører gruppen af Global Excellence vindere, som er blevet bedømt til at have et særligt højt fagligt niveau, kan det antages, at de har været medvirkende til den høje placering af KUH i nordisk sammenligning.

4.2 Forskningssamarbejdernes værdiskabelse for vidensudviklingen

I det følgende fokuseres der på værdiskabelsen ved det eksterne forskningssamarbejde for de adspurgte forskningsmiljøer (internt) med fokus på: indhentning af ny viden og betydningen af netværk, fokus på forskning af international kvalitet og fremtidssikring af den høje forskningsaktivitet.

4.2.1 Indhentning af ny viden og betydningen af netværk

I det forudgående kapitel 2 er netop eksterne samarbejdspartnere og typefordelingen af samarbejderne hos de interviewede forskningsmiljøer beskrevet. I dette afsnit ses nærmere på samarbejdernes afsmittende effekt på afdelingerne, herunder også forskningsmiljøerne.

Et forskningsmiljø fortæller at:

"Samarbejdet åbner det faglige miljø på afdelingerne, så der bliver stillet flere spørgsmål og folk oplever, at ideer som de ældste overlæger tror på, viser sig ikke at holde, og det er helt i orden"(citater).

Andre fortæller, hvordan en national database med kliniske data har skabt et nationalt samarbejde. I samme tråd fortsætter et andet forskningsmiljø, at de i højere grad arbejder i retning af større samarbejdsprojekter. Hensigten er at skabe større og stærkere enheder, hvis værdi er muligheden for netop at kunne tiltrække større projekter. Ligeledes arbejder de for at etablere flere internationale samarbejder, hvilket er gennemgående for flere af forskningsmiljøerne. Samarbejde giver mulighed for at følge med i andres forskningsområder, møde relevante personer og således få indsigt i ny viden før denne bliver publiceret. Det er viden, de kan tage med hjem og indarbejde på afdelingen, hvilket skaber mulighed for, at forskningsmiljøernes egen behandling er tættere på state of the art. To forskningsmiljøer nævner, at det internationale samarbejde er helt essentielt for dem. Det ene har meget stor dansk dominans, mens det andet er det eneste, som forsker på deres område i Danmark. De understreger i den sammenhæng, at regionale eller nationale tvangssamarbejder derfor kan være skadelige. Det vigtigste er, at samarbejde med de bedste på feltet. Forskning på højt niveau opstår ikke, fordi det ønskes og/eller prioriteres strategisk, men kræver netværk, og at den gode forsker er der til at løfte opgaven.

Generelt påpeger flere forskningsmiljøer, at de eksterne samarbejder ofte opstår på mere uformel vis, og ikke som sådan kan planlægges eller arrangeres, men skabes via netværk. Naturligvis med øje for, at en problemstilling, udfordring, interesse eller et spørgsmål skal/kan løses med fokus på optimering af behandling og dermed til gavn for patienterne.

4.2.2 Fokus på forskning af international kvalitet

Miljøerne nævner en række specifikke forhold, som er afgørende for, at have klinisk forskning i international verdensklasse.

Et af de gennemgående temaer for at opnå et højt videnskabeligt forskningsniveau er et stærkt patientgrundlag – altså en vis volumen af patienter. Ligeledes de gode muligheder for at samle patientgrupper nationalt til kliniske studier. Styrken hos forskningsmiljøerne er derfor deres tætte forbindelse til klinikken med stærkt fokus på translationel forskning.

Et andet fokusområde for forskningsmiljøerne handler om fokus på international formidling. Et internationalt forskningsmiljø træner de studerende i at formidle bedre på engelsk, i både skrift og tale. En god evne til at formidle på engelsk letter processen med udarbejdelse af publikationer, som er et grundelement for forskningen. Flere af de interviewede forskningsmiljøer har en stærk international profil, og det er med til at højne deres antal af peer reviewed (fagfællebedømte) publikationer. Et forskningsmiljø fortæller, at de netop lægger særlig vægt på publikationer, da de lever af at levere i form af formidling via publikationer, konferencer, guidelines og tilstedeværelse i medier.

4.2.3 Sikring af fremtidens forskningsmiljøer i Region Hovedstaden

Det udtrykkes eksplicit af de fleste af forskningsmiljøerne, at de er opmærksomme på og løbende arbejder med, hvordan de sikrer, at deres høje forskningsniveau fortsætter. To emner, *rekruttering*, til både forskning og klinisk personale indenfor afdelingens område, og den nye *hospitalsplan*, er gennemgående hos forskningsmiljøerne.

Hvad angår *rekruttering* nævnes emnet af stort set alle forskningsmiljøerne, men herunder deler de sig overordnet i to. Den ene gruppe oplever forskningsaktivitet som et vigtigt middel til rekruttering, modsat den anden gruppe, som oplever at undervisning/opmærksomhed og andre arbejdsforhold er mere væsentlige for rekrutteringen.

I den første gruppe fortæller et forskningsmiljø, at deres høje forskningsniveau gør det let for dem at rekruttere:

"Miljøet skaber dette. Og det hænger sammen med forskningen" (citater).

Adskillige forskningsmiljøer bekræfter, at de, som forskningsaktivt miljø, har en stærk tiltrækningskraft, da de anses som et attraktivt sted bl.a. for unge forskere at tage deres ph.d.-uddannelse eller lave andre forskningsprojekter. Både studerende og nyuddannede, men også internationale talenter, tiltrækkes af et internationalt og tværfagligt miljø på højt niveau.

"Forskning er den eneste måde at rekruttere på ..." (citater).

Forskningsaktivitet gør det således lettere at tiltrække højt kvalificeret personale. Ligeledes berettes der om en lavere udskiftning af personale, selv af medarbejdere, der ikke er direkte involveret i forskningen. De ansatte oplever, at forskningsaktiviteten har en påvirkning på deres arbejde, som udvikles gennem forsøg mm. Forskningsmiljøerne definerer derfor forskning som både et fastholdelsesmiddel og rekrutteringsmiddel.

Et forskningsmiljø fremhæver, at det primært er de unge der tiltrækkes og kan fastholdes, grundet deres lavere lønniveau. Her ses skillelinjen til den anden gruppe af forskningsmiljøer, som ikke mener, at forskningsaktiviteten er den udslagsgivende faktor for rekrutteringen, men at løn, arbejdsvilkår og viden om området spiller en større rolle. Et forskningsmiljø fortæller, at det er meget svært at indhente talenter udefra, da de bl.a. ikke kan tilbyde høje lønninger. De mener derfor, at deres succes delvist er skabt af, at de "gror" deres egne talenter. Andre understøtter dette og stiller netop spørgsmål ved effekten på det øvrige og mere erfarne personale. Et andet forskningsmiljø fortæller, at de oplever direkte udfordringer i rekruttering, dog skyldes det på deres område, at emnet ikke har sit eget fag på universitetet, hvilket bevirker, at de studerende ikke får en ordentlig introduktion til området. Det nye er netop at rekruttere de studerende. Som et forskningsmiljø fortæller, er det vigtigt at lære dem at kende, inden de indskrives som ph.d. De har derfor en rekrutteringslinje fra 23-24 år, hvorfra de udvælger de bedste. Andre forskningsmiljøer påpeger også, at de har særlig fokus på undervisning, da undervisning, både nationalt og internationalt, er med til at skabe interesse for lige netop deres forskningsmiljø og deres forskningsområde. Det skaber således interesse fra både etablerede forskere, men også fra unge forskningstalenter.

Flere nævner, at den nye *hospitalsplan* giver uvished for fremtiden. Det handler både om at hospitalsplanen skal sikre, at de klinisk forskningsaktive afdelinger har et tilstrækkeligt patientgrundlag, men gør sig også gældende i forhold til de fysiske rammer. Flere forskningsmiljøer er allerede udfordret på dette, da forskning kræver plads. Et forskningsmiljø fortæller, at netop uvisheden om langsigtet struktur og den konstante finansielle usikkerhed som størstedelen af forskningsmiljøerne arbejder under koster, både i forhold til rekruttering, men også i forhold til fastansættelser og langtidspanlægning, som også nævnt i kapitel 2. Her nævnes, at netop behovet for seniorforskere er væsentligt. De skal kunne supervisere og således uddanne de unge forskere og løfte deres forskningsniveau til mere avancerede projekter, hvorfor et forskningsmiljø ikke udelukkende kan bestå af unge forskere. Videre fortæller flere forskningsmiljøer, at de er opmærksomme på ikke at opbygge forskningsmiljøet til at være afhængigt af enkeltpersoner, men række ud over det. Ét forskningsmiljø fortæller, at de gør meget ud af at skabe en teamkultur i modsætning til at skabe et miljø med 1-2 centrale personer, hvilket understreger, at et forskningsmiljøs evne til at rekruttere er vigtig.

"Det er særligt vigtigt at tiltrække både yngre talenter såvel som ældre eksperter – og allervigtigst er det, at vi evner at give patienterne den bedst mulige behandling" (citater).

Der er en generel enighed om, at involvering af unge talenter i forskningen er med til at sikre og udvide den fremtidige udvikling og fremdrift. Et forskningsmiljø fortæller, at de uddanner op til fem ph.d'er hvert år, og at de ønsker at have gode muligheder for at ansætte folk i postdoc-stillinger, for netop at kunne sikre næste generation. Her

understreges, at det er vigtigt for dem at kunne tiltrække og fastholde unge, samtidig med, at de er nødt til at have seniorer.

"Vi har produceret mange lektorer og professorer, fordi vi tror på, at der ikke skal være få spidser. Så folk har kunne se sig selv udvikle en karriere hos os"(citater).

4.3 Resultater og værdi af forskning for patienterne

Hovedformålet med at have forskningsaktiviteter af høj international kvalitet er i sidste ende, at sikre en bedre behandling til gavn for patienterne. I følgende sættes der fokus på netop det eksterne forskningssamarbejdes betydning for patienterne.

4.3.1 Forskningens betydning for patientbehandlingen

Der gives blandt de interviewede et generelt udtryk for, at udførelse af forskning på en afdeling har en afsmittende positiv effekt på behandling af patienterne. De afdelinger der har et forskningsmiljø, er således up to date med den nyeste viden, har ofte udbredt tilgængelighed til ny teknologi og kan dermed give patienterne bedre behandling på det givne område. Ligeledes påpeger forskningsmiljøerne, at forskning medfører en tradition for systematisk opfølgning og kontrol, som smitter af på den bredere patientbehandling.

Et forskningsmiljø beretter, at deres forskning har resulteret i ændringer og forbedringer på området – ikke kun på deres afdeling, men på verdensplan, og fortsætter:

"Ved at være så forskningsaktive, er vores patienter nogle af de første der får udbytte af disse forbedringer (...) vores aktive forskningspolitik sikrer den bedste og mest avancerede behandling til vores patienter" (citater).

Den forskning, der foregår i Region Hovedstaden har således ikke kun indvirkning på/betydning for patienterne regionalt, men også internationalt, og det er forskerne naturligvis stolte af.

Flertallet af de adspurgte forskningsmiljøer udfører kliniske forsøg, hvilket de mener, er med til at understøtte en bedre patientbehandling end på ikke forskningsaktive afdelinger.

I to af de adspurgte forskningsmiljøers tilfælde har forskningen udgangspunkt i henholdsvis klinikken og i kontraktforskning med industrien. Det første forskningsmiljø fortæller, at den forskning der hos dem tager udgangspunkt i klinikken bunder i/stammer fra patienterne.

"Vi udfører forskning på de områder, vi finder interessante og relevante, og hvor vi finder, at der er et uopfyldt behov for behandling af patienter" (citater).

Et budskab der således særligt fremhæves af dette forskningsmiljø er, at integrationen mellem patientbehandling og forskning er vigtig, og at forskning derfor ikke bør centraliseres. De mener, at driften og forskningen fortsat bør hænge sammen og at fokus

på drift, forskning og patienter bør være ligeligt fordelt. Når det er sagt, er de selvfølgelig fuldt indforstået med, at det i dagligdagen er patienterne, der skal være i fokus.

Det andet forskningsmiljø har kliniske forsøg, som udspringer fra kontraktforskning med industrien. Via dette har de tidlig adgang til ny medicin til deres patienter, og det er netop det, som de har udmærket sig ved.

Ydermere er det vigtigt at have fokus på forskning i regionen, påpeger et andet forskningsmiljø, da forskningen hos dem bl.a. har genereret klinisk spin-off, men også kan føre til bedre forebyggelse, hvilket ofte opleves som havende lavere prioritet ift. investering i forskningsprojekter, men hvis resultater kan give en bedre patientbehandling og spare regionen for ressourcer.

Et tredje forskningsmiljø har en anden og noget anderledes tilgang end flertallet af de interviewede. I dette forskningsmiljø er kontakten med patienterne i højere grad et studie/undersøgelse end en behandling. Dette forskningsmiljø arbejder på et område, hvor der tidligere har været meget lidt viden. Derfor er deres forsøgspersoner stort set ligeligt fordelt mellem raske frivillige og reelle patienter. I kontakten med de reelle patienter mener de, at hvis der er manglende viden på et område, bør patienten tilbydes at indgå i et forskningsprogram. Her tilbyder de således ca. 1000 patienter årligt at deltage i et forskningsprogram med forskellige typer forsøg og ny behandling. Forskningsmiljøet fortæller, at de oplever patienterne som værende meget motiverede, at de ønsker indflydelse og oplever således, at der er et godt samarbejde. Det understøtter således, som tidligere nævnt, at de patienter, der deltager i forsøg, modtager de nyeste behandlingsmuligheder. Samtidig med at et aktivt forskningsmiljø på en afdeling sikrer patienterne den bedst mulige og nyeste behandling, lægges der også vægt på, at resultaterne spredes sig længere ud, til også at omfatte udvikling og fremdrift på afdelingen og i den geografiske region.

4.4 Forskningssamarbejdernes værdiskabelse for den geografiske region

Samlet set er det ikke muligt at sætte tal på forskningens betydning for jobskabelse og vækst i Region Hovedstaden. Det er dog muligt, gennem konkrete eksempler, at belyse, hvordan det eksterne forskningssamarbejde ikke bare leder til stærkere faglige miljøer og bedre patientbehandling, men også i visse tilfælde kan øge væksten til gavn for Region Hovedstadens borgere og virksomheder.

Flere af forskningsmiljøerne nævner således, at eksterne samarbejder har flere øvrige afledte og positive effekter. Det være sig nye forebyggende foranstaltninger, mere rationelle behandlingsmodaliteter, nyt kliniske udstyr, nye IT-baserede behandlinger og udvikling af nyt udstyr, som kan blive af stor værdi for arbejdet på området. Et

forskningsmiljø fortæller, hvordan de har været med til at ændre regulativer i EU på forbrugsprodukter, hvilket på sigt kan forhindre allergier.

"Our collaboration with the Technical University of Denmark has led to the development of a new fluid marker for image guidance of high precision radiotherapy. This is an example of the development of a new piece of equipment that will probably prove very valuable in radiation therapy"(citat).

Som tidligere nævnt giver stærke forskningsmiljøer gode muligheder for at tiltrække de bedste talenter. I denne optik er en afledt effekt af forskning, at Region Hovedstaden står stærkere i konkurrencen om at tiltrække de bedste talenter fra hele landet og måske videre også tiltrække talenter fra andre lande - særligt fra Skandinavien. Her er den afledte effekt til gavn for Region Hovedstaden, som får en stærkere koncentration af højt kvalificeret arbejdskraft.

Men forskningsmiljøerne bliver også udviklingskilde for forskning andre steder. Det gør sig gældende, når personale bliver ansat andre steder og tager deres viden og forskningserfaringer med sig. I denne optik gavner forskningen i Region Hovedstaden hele landet.

"Vi har flere professorer i klinisk mikrobiologi, som er uddannet hos os og som nu sidder på Novo Nordisk og i andre dele af landet. Vi har med andre ord uddannet højt kvalificeret arbejdskraft til andre" (citat).

En anden central afledt effekt af forskningen er, at det sætter Region Hovedstaden på det internationale forskningskort. De stærke forskningsmiljøer er kendt, også i global sammenhæng, og det er med til at brande regionen og Greater Copenhagen.

5. Appendix

(a) Global Excellence – in Health Award vindere

2010	
Copenhagen HIV Programme (CHIP)	Københavns Universitet, Rigshospitalet
Klinik for Klinisk Fysiologi, Nuklearmedicin & PET	Rigshospitalet
Lungemedicinsk Sektion	Hvidovre Hospital
Radioterapiklinikken	Rigshospitalet
Afdeling for vækst og reproduktion	Rigshospitalet
Dansk Hovedpinecenter	Glostrup Hospital
Nationalt Videnscenter for Demens	Rigshospitalet
Gynækologisk Klinik	Rigshospitalet
Dansk Allergicenter	Gentofte Hospital
2011	
Center for Hjerne- og Karsygdomme	Gentofte Hospital
Dansk Multiple Sclerose Center	Rigshospitalet
Institut for Idrætsmedicin	Bispebjerg Hospital
Kliniks Biokemisk Afdeling	Herlev Hospital
Institut for Mikro- og Nanoteknologi	Danmarks Tekniske Universitet
2012	
Enhed for Kirurgisk Patofysiologi	Rigshospitalet
Hæmatologisk Klinik	Rigshospitalet
Kardiologisk Afdeling, Hjertemedicinsk Klinik, Iskæmisk team Unit	Rigshospitalet
Onkologisk Klinik	Rigshospitalet
Psykiatrisk Forskningsenhed og OPUS	Psykiatrisk Center København
2013	
Center for Cancer Immun Terapi (CCIT)	Herlev Hospital
Center for Pædiatrisk Onkologi og hæmatopoietisk Stamcelle Transplantation (POST)	Rigshospitalet
2014	
Center for Diabetesforskning	Gentofte Hospital
Danish Research Centre for Magnetic Resonance (DRCMR)	Hvidovre Hospital
2015	
Copenhagen Center for Arthritis Research (COPE CARE)	Rigshospitalet Glostrup
Center for Medicinsk Parasitologi (CMP)	Københavns Universitet, Rigshospitalet

(b) Interview guide

Det skal bemærkes at spørgsmål vedrørende Global Excellence ikke vil blive afrapporteret i nærværende rapport, men vil blive afrapporteret selvstændigt i forbindelse med et servicetjek af Global Excellence Award. Ligeledes er der en række spørgsmål om administrationens enhed for Forskning og Innovation i Center For Regional Udvikling, som er til internt brug for at skærpe de service- og støttefunktioner, der ligger som kerneopgaver for enheden.

Interview guide

The following interview will focus on three aspects: the department's research collaboration, the department's strategy and management of research activities and output and outcome of research performed by the department. Additionally, we will ask you a few questions specifically about the Global Excellence team.

Your answers will be kept anonymous in the final report. If we are to use specific quotes we will ask for your approval and the quote will be anonymized.

Global Excellence

You have a team in your department who is one out of 24 Global Excellence milieus in the Capital Region of Denmark. Initially, we would like you to reflect on the use and effect of this award.

- *If you think five years back – what is the overall difference between then and now in relation to being one of the 24 Global Excellence Award winners?*
- *Could you please describe the overall competencies that you regard as essential for your ability to excel within the criteria of Global Excellence?*

Research collaboration

In the Capital Region of Denmark a high degree of research collaboration is seen as a success. From the annual statistics we have some information about your collaborators and the level of funding. In the following, we would like more in-depth information about your collaborations.

Who are your most central private external collaborators and funders (both national and international)?

- *Who is most central in terms of funding?*
- *Who is most central in terms of research collaboration?*

What type of research do you perform with/for private partners (collaborators and funders)?

- *E.g. clinical trials, commissioned research etc.*

Who is your most central public partner?

- *In the region (both research institutions and other institutions)?*
- *Outside the region (both research institutions, other institutions - national and international)?*

What is your relation to the other 23 Global Excellence Award winners and does the status have an effect on your choice of collaborative partners in the region?

Has winning the Global Excellence Award been followed by further interests from other departments and/or institutions in the region and internationally?

Public funds constitute a significant share of the overall public research funding. Which public fund is the most central for you and why?

What type of funding instruments do you attract from public funds (e.g. research projects, equipment etc.)?

Public funds are divided into different funding instruments and subject fields. Likewise the private companies tend to focus on research with a commercial perspective. In your perspective, how is the possibilities to attract external funding?

- *In terms of research fields, subjects etc.?*
- *In terms of funding instruments?*
- *Possibility to attract/convert to flexible funding?*

Strategy and management of funding activities

External funding constitutes nearly 50 per cent of the overall research budget in the Capital Region of Denmark.

Do you have a strategy for attracting external funds?

- **If yes:** *What are the key aspects of the strategy*
- *At which level is the strategy resolved (e.g. department level, hospital level)*
- *What time perspective does the strategy have (e.g. three years)*
- *Are all applications for funds managed by department leaders or research leaders?*
- **If no:** *Why not?*
- *Do you have any future plans in this respect?*

Has the Global Excellence award influenced the strategy and activities of the department?

- *In terms of ambitions, focus etc.?*

Recently, new regulations have been implemented in the Capital Region of Denmark. These regulations contain extended requirements for financial management and documentation. How do you manage this on a daily basis?

Private funders (foundations/industry) can have commercial agendas – how do you manage that?

- *How does it influence your research strategy (e.g. choice of research area/themes, specific research questions, design, conduct, conclusions etc.)?*
- *How does it (if any) influence the treatment of the patients (focus on medical treatment instead of preventive treatment (diet, exercise), alternative treatment etc.)?*

In your perspective, what is the balance between research activities initiated by others and research initiated by the department/you?

In your perspective, are there any research areas/themes that are really important for patients and at the same time not in focus among private funders (e.g. new medicine for small groups of patients, preventive non-pharmacological treatment etc.)?

Is patient prioritization or patient involvement a part of the department's research strategy?

- *Does the department have a dialog with patient organizations about research prioritization?*

In what way does the management of the hospital support research activities (formal and informal)?

- *Where is the support located in the organisation (e.g. department level etc.)?*

Research output and outcome

In this section we would like to ask you questions regarding your research output and outcome. Since the analysis should focus on both external research collaboration and the Global Excellence team, some questions will be asked from both perspectives.

In your point of view, what is the department's unique scientific strength?

- *E.g. a strong organization, a few excellent researchers with a high impact (citations), a group of promising talented PhDs, unique methods, data or scientific approach*

What impact (if any) does the external research collaboration have on your department and staff (e.g. attracting talents, improving work satisfaction)?

What impact (if any) does the Global Excellence Award have on your department and staff (e.g. attracting talents, improving work satisfaction)?

- *If part of the grant has been spent on temporary appointments (employment) –what kind of outcome has been generated?*

The end goal for research in the Capital Region of Denmark is better treatment for our patients. In your perspective, what effects does the external research collaboration have for the patient treatment?

- *Research active staff are more likely to be up to date with new developments, systematic and/or self-critical/demanding and curious*
- *Easier to attract high quality staff*

Does external research collaboration have other secondary effects?

- *E.g. development and production of new equipment and medicine and/or jobs/investments in the region/Greater Copenhagen/Denmark?*

Does the Global Excellence Award in specific have other secondary effects?

- *E.g. development and production of new equipment and medicine and/or jobs/investments in the region/Greater Copenhagen/Denmark?*

Your department and research is part of a greater regional health care system. In your perspective how do you ensure that your high level research continues?

- *In terms of recruitment and employment*
- *In terms of education*
- *In terms of attracting funds*

If you were to point out one thing that could bring the Global Excellence Award as a concept to a higher level – what should the award focus on/comprehend/leave out?

- *What is your general opinion about the Global Excellence Award program?*

Final feed back

The Unit for Research and Innovation is a central unit in the Capital region of Denmark. This unit is conducting this analysis with the panel and would like to add a few questions to how they can improve their support of research in the region.

In what way could the Unit for Research and Innovation optimize the process of supporting your funding activities?

How can the Unit for Research and Innovation support your collaborations (national and international)?

How can the Unit for Research and Innovation help you to be able to commercialize your findings to an even higher degree?

Other reflections on how the unit can support your future development?

Fire nye politiske anbefalinger

På baggrund af politiske drøftelser i sundhedsudvalget og erhvervs- og vækstudvalget henholdsvis den 21. juni 2016 og den 22. juni 2016 fremsættes fire nye politiske anbefalinger som supplement til ekspertpanelets anbefalinger:

1. Region Hovedstaden bør i højere grad støtte og prioritere forskning, som skaber værdi for patienterne, men som ikke nødvendigvis har kommerciel interesse og dermed mulighed for ekstern finansiering.
2. Der skal fortsat være fuld gennemsigthed i forhold til, hvordan Region Hovedstadens forskning finansieres.
3. Region Hovedstaden bør fortsætte arbejdet med at styrke internationalt forskningssamarbejde og støtte forskning, som understøtter regional vækst - i tråd med den regionale vækst- og udviklingsstrategi.
4. Der skal fortsat være fokus på at sikre og udvikle de nødvendige kontrolinstanser, som sikrer uvildighed i Region Hovedstadens forskning.

Administrationen vurderer, at de fire nye politiske anbefalinger adresserer forbedringsmuligheder ift. Region Hovedstadens forskningsaktiviteter. Anbefalingerne 1-3 er administrationen allerede i gang med at tage hånd om i kraft af den koncernfælles strategiske indsats "Styrkelse af Forskning og Innovation", som på sigt vil understøtte og udvikle den høje kvalitet i forskningen og dermed i patientbehandlingen. Den 4. anbefaling håndteres også til dels gennem den koncernstrategiske indsats, bl.a. via gennemsyn af den juridiske støtte til forskningskontrakter. Det er dog ikke kun et administrativt men også politisk ansvar, på såvel regionalt som nationalt niveau, at sikre og udvikle de nødvendige kontrolinstanser.

Anbefalinger fra rapporten "Forskningssamarbejde i Region Hovedstaden".

Anbefalinger som allerede adresseres via eksisterende aktiviteter, herunder den koncernfælles strategiske indsats "Styrkelse af forskning og innovation:

1. **Region Hovedstaden bør sætte fokus på regionens forskningsstyrkeposition og udnytte dette i højere grad som positivt brand.** Panelmedlemmerne opfatter ikke at regionen i tilstrækkelig grad er sin egen forskningsstyrkeposition bevidst. Der kan gøres langt mere for at synliggøre, at der er forskning i verdensklasse og unikke muligheder for virksomheder, internationale talenter mv.
 - *Administrationens svar: I 2016 er en af de seks koncernfælles strategiske indsats "Styrkelse af forskning og innovation". En række af delindsatserne under denne strategi understøtter denne anbefaling. Blandt andet skal der udarbejdes en ny model for overblik over forskningen i regionen, som vil skabe synlighed over forskningsaktiviteterne både for interne og eksterne interessenter.*
2. **Det er vigtigt at forskningsaktiviteterne ses som en del af regionens kerneopgave og tænkes ind i alle led.** Forskning er understøttende for at kunne løfte de fremtidige opgaver i regionen, og skal derfor tænkes ind i alle politikker, og understøttes i alle led af administrationen og hospitalsledelsen.
 - *Administrationens svar: En af delindsatserne som indgår i "Styrkelse af forskning og innovation" handler om at etablere en ny strategisk ledelse for forskning – således en ny organisering og governancestruktur, som vil kunne sikre at forskningen forankres i de rigtige ledelsesniveauer.*
3. **Regionen bør stå sammen, også med andre regioner, om at sikre optimale rammevilkår for forskningen, herunder dataadgang.** Danmarks førerposition inden for kliniske forsøg skyldes til dels excellente miljøer men også gode datamuligheder. Det er der dog andre lande, der er begyndt at hale ind på. Det er derfor centralt at vi udnytter datamulighederne optimalt inden for lovgivningens rammer, og koordinerer med de mange regionale og nationale initiativer.
 - *Administrationens svar: Der er flere aktiviteter som understøtter denne anbefaling: 1) regionen har sat det på den politiske dagsorden ved planlagt møde (ultimo marts) mellem Sundhedsministeren og Regionsrådsformanden, 2) Der arbejdes i den strategiske indsats med erfaringsopsamling inden for "big data", herunder erfaringer fra de øvrige regioner, 3) administrationen vil arbejde for en aktiv deltagelse i Danske Regioners sundhedsdataprogram, og 4) sidst arbejdes der på etableringen af et frysehus og biobank i Region Hovedstaden.*
4. **Fleksible midler, såsom Global Excellence Award, skal bibeholdes.** De understøtter en række centrale aktiviteter for forskningen: netværksskabelse (fx konferencer, udenlandsophold mv.), test af nye forskningsområder, forberedelse til større ansøgninger, og fastholdelse af dygtigt personale mellem forskningsprojekter.

- *Administrationens svar: Giver grundlag for at bibeholde denne type bevilling/pris, og anbefalingen skal derfor indgå som overvejelse i forhold til det kommende servicetjek af Global Excellence – in Health Award. Dertil er en delindsats under "Styrkelse af forskning og innovation" at se på udviklingsmuligheder for Region Hovedstadens Forskningsfond til Sundhedsforskning – herunder ift. temaer, virkemidler mv.*
- 5. **Regionen bør sikre koordination af forskningsindsatsen.** Herunder koordination af hvilke forskningsområder der varetages på hvilke hospitaler samt strategiske prioriteringer af forskning, som kan sikre at Region Hovedstaden bevarer sin nationale førerposition.
 - *Administrationens svar: Den helt centrale indsats under "Styrkelse af forskning og innovation" er at få udarbejdet et beslutningsgrundlag for en ny governancestruktur for forskning. En kerneopgave for denne nye strategiske ledelse af forskning er, at sikre en samlet koordination og prioritering af forskningsindsatsen i Region Hovedstaden.*
- 6. **Regionen bør bæredygtige forskningsmiljøer og videreførelse af disse.** Herunder fx sikre "næste generation" af dygtige forskere, da der er set eksempler på forskningsmiljøer båret af én professor. Det er vigtigt, at forskningsmiljøerne gøres mindre skrøbelige overfor jobskifte, pension etc.
 - *Administrationens svar: Målet for den strategiske indsats er i 2016 at have et beslutningsgrundlag for etablering af en ny strategisk ledelse af forskning. Denne vil forventeligt blive implementeret fra 2017 og frem. Når den nye forskningsledelse er på plads, vil arbejdet med at skabe bæredygtige forskningsmiljøer være en del af denne ledelses kerneopgaver.*
- 7. **Det interne samarbejde i regionen bør styrkes.** Herunder de excellente miljøers mulighed for at løfte andre miljøer (via samarbejde, videndeling mv.) og arbejde mod en fælles organisationskultur med lige prestige i forskningsmiljøerne hospitalerne i mellem.
 - *Administrationens svar: Jf. ovenstående anbefaling, vil denne anbefaling også være en opgave for en ny strategisk ledelse af forskning.*
- 8. **Fokus på forskningsstrategi i forskningsmiljøerne kan med fordel styrkes yderligere.** Selvom Selvom forskningsmiljøerne er meget afhængige af ekstern finansiering kan de med fordel arbejde endnu mere strategisk, bl.a. ift. infrastruktur (talentrekruttering, udstyr) og andre forhold såsom samarbejde, internationalisering mv. Strategierne kan forankres/udvikles på flere niveauer: på afdelingsniveau, hospitalsniveau, regionsniveau/politisk niveau.
 - *Administrationens svar: Jf. de to ovenstående anbefalinger vil denne anbefaling også være en opgave for en ny strategisk ledelse af forskning. Det handler om, hvor det er hensigtsmæssigt at forankre strategierne, samt hvad disse meningsfuldt kan indeholde.*
- 9. **Alle forskningsmiljøer skal have en tæt integration til klinikken.** Der er generelt en tæt kobling mellem forskningsmiljøer og klinik, men det er vigtigt at der en udbredt integration i alle afdelinger.
 - *Administrationens svar: Jf. ovenstående anbefalinger, vil denne anbefaling også være en opgave for en ny strategisk ledelse for forskning – fx i form af opstilling af generelle principper.*
- 10. **Der bør være øget fokus på patientinddragelse.** Forskningsmiljøerne er overordnet gode til dette, men har forskellige forudsætninger for adgang til patientgrupper – fx har nogle forskningsmiljøer nem adgang via patientforeninger. Det er vigtigt at der kommer endnu mere fokus på patientinddragelse, også der hvor patientgruppen ikke er organiseret.

- *Administrationens svar: Præcis som ovenstående anbefaling, vil denne anbefaling også være en opgave for en ny strategisk ledelse for forskning – fx i form af opstilling af generelle principper.*
- 11. **Regionen har en interesse i at styrke mulighederne og incitamenterne for samarbejdet med videninstitutioner i regionen.** Fx sikre bedre samspil mellem basal og klinisk forskning og øge koblingen til forskningen på KU SUND, DTU m.fl. Der ses i nogen grad/nogle steder en for stor afstand mellem universiteter og hospitaler.
 - *Administrationens svar: Som delindsats under den overordnede koncernfælles strategiske indsats "Styrkelse af forskning og innovation" er der to delindsatser, som handler om at arbejde for en egentlig rammeaftale med både DTU og KU/KU SUND. Det vil forbedre rammerne for samarbejde mellem disse to centrale vidensinstitutioner og Region Hovedstaden.*
- 12. **Regionen bør styrke støttefunktionerne for samarbejde med industrien.** Det er vigtigt at dataadgang, jura, administration mv. ikke bliver et forsinkende led for samarbejdet med industrien, da Region Hovedstaden skal være konkurrencedygtig på globalt plan.
 - *Administrationens svar: I 2014 og 2015 blev En Indgang for medicinal- og medicoindustrien etableret, som skal sikre virksomhederne let adgang til hospitalerne ift. afprøvning af udstyr og medicin. I 2016 styrkes de juridiske støttefunktioner, ligesom der er særligt fokus i den strategiske indsats "Styrkelse af forskning og innovation" på at belyse den juridiske organisering lokalt/centralt med henblik på at optimere den juridiske bistand.*
- 13. **Det bør undersøges om der bør være en fælles støttefunktion mht. administration af EU-bevillinger.** I dag er der kun støtte til selve ansøgningsprocessen, men det bør udvides, sådan at forskningsmiljøerne også støttes efter de har opnået tilsagn.
 - *Administrationens svar: I den strategiske indsats "Styrkelse af forskning og innovation" indgår etableringen af en fælles "compliance enhed" som delindsats. Formålet med den nye centrale enhed er at sikre compliance ifm. større bevillinger fra EU og på sigt også NIH.*
- 14. **Regionen bør have en større bevidsthed og proaktiv tilgang til samarbejde med industrien om forskning.** Samarbejdet mellem forskningsmiljøerne og industrien er centralt, og der bør derfor være en mere proaktiv tilgang til samarbejdet med virksomhederne - fx ved at undersøge mulighederne for yderligere at styrke "En indgang" støttefunktionerne, herunder bl.a. udpegning af specialeansvarlige, der kan sikre en samlet koordination mellem virksomheder og forskningsmiljøer.
 - *Administrationens svar: Region Hovedstaden har rammeaftaler med hensigtserklæringer for tre centrale virksomheder: Norvartis, GSK og MSD. Dertil er NEXT-samarbejdet netop et nyt samarbejde som sikrer koordination og input fra en bred inddragelse af vidensinstitutioner og virksomheder.*

Anbefalinger som ikke på nuværende tidspunkt er en del af regionens aktiviteter, og derfor bør drøftes i Regionsrådet:

- 15. **Der bør være hjælp (i form af kurser, undervisning el.lign.) i de nye forskningsadministrationskrav, så de ikke skaber unødige misforståelser.** De nye krav er mere komplekse og det kræver en ordentlig introduktion, også til forskerne, så kravene ikke bliver en utilsigtet hæmsko.

- *Administrationens svar: Det bør undersøges hvorvidt, og i hvilket omfang, der er blevet stillet hjælpemidler (undervisning, oplysningsmateriale mv.) til rådighed i forbindelse med implementering af de nye regler, herunder hvor denne støtte har været forankret. Evt. behov for yderligere aktion skal koordineres i samarbejde med CØK og CHR.*
- 16. **Effekterne af de nye forskningsadministrationskrav bør undersøges om et år.** Der har været stor utilfredshed ved implementering men med en større og større accept af de nye regler. Derfor bør de nye forskningsadministrationsregler efterses om et år, ift. bl.a. følgende temaer nævnt af miljøerne: 1) overførsel af overskydende midler fra et budgetår til det næste, 2) rejseregler og 3) periodisering af forskningsbudgetter.
 - *Administrationens svar: Det bør drøftes, hvorvidt man ønsker en sådan opfølgning. I så fald vil der blive udarbejdet et selvstændigt kommissorium vedrørende dette.*

NOTAT

Til: **Forretningsudvalgets møde den 13. september 2016 – pkt. 17 –
Rapport "Forskningssamarbejde i Region Hovedstaden"**

CVR/SE-nr: 29 19 06 23

Dato: 12. september 2016

Teknisk ændringsforslag til pkt.17 – Rapport "Forskningssamarbejde i Region Hovedstaden"

Stillet af administrationen.

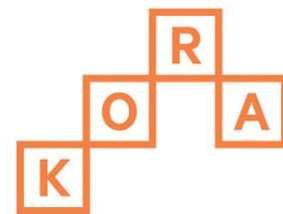
Indstillingens punkt foreslås ændret til følgende:

Erhvervs- og vækstudvalget anbefaler over for forretningsudvalget og regionsrådet:

1. **at** godkende administrationens videre arbejde med ekspertpanelets anbefalinger (bilag 5), og
2. **at godkende administrationens videre arbejde** med de fire politiske anbefalinger (bilag 4):
 - a) **Region Hovedstaden bør i højere grad støtte og prioritere forskning, som skaber værdi for patienterne, men som ikke nødvendigvis har kommerciel interesse og dermed mulighed for ekstern finansiering.**
 - b) **Der skal fortsat være fuld gennemsigthed i forhold til, hvordan Region Hovedstadens forskning finansieres.**
 - c) **Region Hovedstaden bør fortsætte arbejdet med at styrke internationalt forskningssamarbejde og støtte forskning, som understøtter regional vækst - i tråd med den regionale vækst- og udviklingsstrategi.**
 - d) **Der skal fortsat være fokus på at sikre og udvikle de nødvendige kontrolinstanser, som sikrer uvildighed i Region Hovedstadens forskning.**

Begrundelse:

For at sikre klarhed om beslutningen har administrationen fremhævet de 4 politiske anbefalinger a), b), c) og d) i indstillingspunktet.



Forskningsbaseret evaluering

I dette notat beskrives KORAs foreløbige og overordnede oplæg til en forskningsbaseret evaluering af Udviklingshospital Bornholm. Det endelige evalueringsdesign skal udvikles i tæt samarbejde med udviklingshospitalet og Region Hovedstaden.

Baggrund

Regionsrådet i Region Hovedstaden har igangsat projektet: Udviklingshospital Bornholm pr. 1.2. 2016. Bornholms Hospital er udvalgt til at gøre erfaringer med styring efter hvad der giver værdi for patienten. Derudover er hospitalet undtaget fra regionens takststyringsmodel.

Det fremgår af projektgrundlaget, at hospitalet vil identificere og styrke de ydelser på tværs af afdelinger, hospitaler og sektorer, der forbedrer patienternes forløb – og nedbringe de u hensigtsmæssige ydelser, der i højere grad belaster end gavner patienten. Herved er ønsket at demonstrere større værdi for patienten og økonomisk effekt som følge af en mere hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

Bornholm Hospital har som led i projektet afholdt kick-off seminar med deltagelse af personale, brugerrådet, kommune og praksis og repræsentanter for de to politiske udvalg. På denne baggrund er udvalgt otte konkrete indsatser til implementering:

- Fælles og fleksible ambulatorier
- Ny visitationsform for akutte patienter
- Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse af patienter
- Patientrapporterede oplysninger om behandlingsresultater (PROM)
- Bedre bestilling og brug af diagnostik
- Bedre overblik over hvad der skal ske og hvornår, herunder daglig aktiviteter, stuegang og udskrivelse
- Bedre fysiske rammer
- Følg patientens præferencer i den sidste levetid.

Der er for alle indsatser udviklet specifikke mål, både hvad angår kvalitet, service og aktivitet. Evalueringen vil løbende følge op på implementeringen og forankring af indsatserne og se, om målene nås, så udviklingshospitalet kan justere aktiviteterne derefter. På den måde spiller nærværende forslag til en forskningsbaseret evaluering også ind i den forandringsmodel, der bruges i projektet.

Formål

Region Hovedstaden har bedt KORA om at udarbejde et forslag til design af en forskningsbaseret evaluering. KORA forslår en evaluering med følgende formål:

- a) at undersøge og dokumentere effekten (output og outcome) af de ændrede økonomiske og styringsmæssige rammevilkår for Bornholms Hospital.
- b) at undersøge og dokumentere effekten (output og outcome) af de otte indsatser, der igangsættes på hospitalet.
- c) at undersøge og dokumentere arbejdet med at implementere, justere og forankre indsatserne på hospitalet.



- d) at analysere mulighederne for at generalisere resultaterne i en bredere regional kontekst.

I bilag 1 fremgår en model, der illustrerer den udviklingsproces, som forventes gennemført på Bornholm Hospital i udviklingsperioden. Modellen illustrerer samtidig de empiriske nedslagspunkter, som evalueringen vil fokusere på jf. ovenstående formål.

Forskningsdesign

Undersøgelsen skal belyse samspillet mellem de enkelte indsatser og de overordnede målsætninger og derved både bidrage til udviklingsprojektet på Bornholms Hospital, danne grundlag for beslutninger om eventuelt udbredelse til andre hospitaler i regionen og have et videnskabeligt sigte, hvor erfaringerne fra Udviklingshospital Bornholm kan indgå i en bredere teoretisk diskussion om værdibaseret styring i sundhedsvæsenet.

Med udgangspunkt heri foreslår KORA en evaluering, der følger projektet på to niveauer: 1) hospitalsniveau og 2) indsatsniveau.

På hospitalsniveau er det relevant at undersøge om hospitalet over tid når de overordnede målsætninger, samt hvad betydningen er af nye økonomiske incitament-strukturer.

På indsatsniveau er det relevant at spørge om hospitalet opnår de opstillede kvalitets-, aktivitets- og servicemål for de enkelte indsatser, samt hvilke dele af implementering- og forankringsarbejdet på hospitalet, som har bidraget til opnåelsen af de ønskede mål.

Specificeringen af disse niveauer skal ikke læses som et isoleret fokus på arbejdet indenfor hospitalets organisatoriske og fysiske rammer, idet der også vil være fokus på samspillet og samarbejdet med samarbejdspartnere i region, kommune og almen praksis.

Samtidig bruger vi en kombination af kvalitative og kvantitative metoder til at belyse, om de ønskede mål indfries og hvilke aktiviteter relateret til implementering og forankring samt konkrete udfordringer, der har medvirket til/modvirket målopfyldelse.

Dataindsamling og analysemetode

KORA foreslår tre delanalyser med tilknyttet dataindsamling, som del af den samlede forskningsbaserede evaluering.

Komparativt registerstudie på hospitalsniveau

KORA foreslår, at der gennemføres et komparativt før/efter studie, hvor udviklingen i væsentlige resultatmål angående økonomi, aktivitet og kvalitet før og under indførelsen af den ændrede økonomiske styringsmodel (fx perioden 2015-2017) sammenlignes. Herved er det muligt at undersøge betydningen af de ændrede økonomiske styringsmodel samt de udvalgte indsatser for udviklingen i de ønskede resultatmål. Samtidig sammenlignes udviklingen i disse mål på Bornholms Hospital med udviklingen på et andet hospital i regionen – KORA foreslår Nordsjællands Hospital – for derved at sandsynliggøre, hvorvidt udviklingen kan tilskrives udviklingsprojektet eller generelle trends i sundhedsvæsenet, fx påvirkning som følge af indførelsen af de nye nationale mål for kvalitet.



I denne delanalyse sammenligner vi udviklingen indenfor:

- a) nationale mål for sammenhæng og kvalitet,
- b) økonomi- og aktivitetsdata
- c) patientrelaterede data (LUP, PROM, UTH samt relevante patientrettigheder)
- d) indsats-specifikke data, der kan opgøres på tværs, herunder fx antal genindlæggelser, ambulante besøg mv. for de relevante sygdomsgrupper
- e) sammenhænge til forbruget i det øvrige sundhedsvæsen, herunder almen praksis, speciallægepraksis, fysioterapi mv.

Analyse af aktivitetsdata og målopfyldelse på indsatsniveau

KORA indhenter som del af den forskningsbaserede evaluering aktivitetsdata og målopfyldelsesdata på indsatsniveau. Disse data indsamles løbende af hospitalet, som fx opgør antallet af fremmødte på dagsbasis. KORA vil samle disse data og anvende dem som udgangspunkt for en analyse af indsatsernes implementering og målopfyldelse ved udvalgte nedslagspunkter og over tid. Desuden vil disse data blive koblet til de evt. nye styringsformer og værdimålene (defineret i de enkelte indsatser).

Kvalitative analyse af implementering og læresætninger

KORA bruger kvalitative metoder til at undersøge forandringsarbejdet på hospitalet som helhed samt i de enkelte indsatser. På hospitalsniveau undersøges det, hvordan de ændrede økonomiske rammevilkår aktiverer konkrete forandringer i patientbehandling og pleje, administrative procedurer mm, samt hvordan der arbejdes med de overordnede målsætninger om at skabe sammenhæng og værdi for patienten. På indsatsniveau undersøges det ligeledes, hvordan de otte indsatser bidrager til forandringer i patientbehandling og -pleje, hvad der hindrer/faciliterer dette samt hvordan og hvilke dele af forandringsarbejdet, der bidrager til de ønskede forandringer.

Processtudiet omfatter således *både* det forandringsarbejde, der foregår på direktionsniveau i samspil med regionen, afdelingsledelserne, projektorganisationen og primærsektoren, og det forandringsarbejde der foregår på indsatsniveau i samspil mellem projektorganisationen, ledere og medarbejdere i de konkrete afdelinger samt samarbejdspartnere i kommune og almen praksis. De kvalitative analyser spiller aktivt ind i forbedringsmodellen med løbende feedback og mulighed for justering

I denne analyse gør vi brug af følgende metoder og datakilder:

KORA indgår et tæt samarbejde med Udviklingshospital Bornholm om tilrettelæggelse af dataindsamlingen. Relevante data omfatter:

- Formelle papirer (fx projektbeskrivelser)
- Deskriptive data (fx af antal fremmødte/inkluderede, antal afholdte møder samt evt. registrerede kvalitetsdata)
- Observation af klinisk arbejde



- Interview med patienter, medarbejdere, ledere og samarbejdspartnere (fx i kommune og almen praksis).

Disse data vil bidrage til en vigtig indsigt i a) de konkrete aktiviteter, som knytter sig til implementering og forankring af de ønskede indsatser, b) de udfordringer som opstår og hvordan de håndteres samt c) hvordan indsatserne medvirker til ændringer i patientbehandling- og pleje. I kombination med de kvantitative analyser vil denne delanalyse bidrage til en forståelse af *hvordan* den ændrede økonomiske ramme, såvel som de udvalgte otte indsatser bidrager til de ønskede såvel som eventuelle afledte, ikke-intenderede effekter.

Afrapportering

KORA foreslår, at der udarbejdes fem skriftlige rapporter, som kombineres med mundtlige fremlæggelser for ledere og medarbejdere på udviklingshospitalet. Dette med henblik på at understøtte implementeringsprocessen og fastholde momentum. Endelig vil evalueringens resultater blive formidlet som videnskabelige tidsskriftartikler og som oplæg på videnskabelige konferencer. Herved sikres det, at evalueringen også indskrives i eksisterende videnskabelige diskussioner og litteratur om Value Based Health Care.

Afrapportering i fem delrapporter

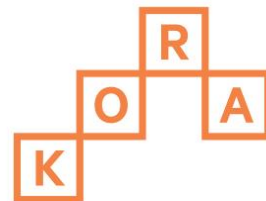
Delrapport 1 (februar 2017) fokuserer på det overordnede udviklingsarbejde og de muligheder, der er skabt ved at ændre rammevilkårene for udviklingshospitalet; konkret at hospitalet er blevet udtaget fra regionens takststyringsmodel. Den trækker både på kvantitative effektdata og kvalitative procesdata. Yderligere fastlægger delrapporten baseline for analysen i forhold til den samlede evaluering.

Delrapport 2 (august 2017) fokuserer på de otte indsatser, der er igangsat, og de muligheder de har skabt for at skabe bedre patientforløb og sammenhæng mellem sektorerne. Delrapporten inkluderer en status baseret på hospitalets aktivitets- og målopfølgelsesdata for de enkelte indsatser.

Delrapport 3 (februar 2018) fokuserer på erfaringerne med implementering af de otte indsatser, samt de evt. justeringer der er brug for. Der indgår også i denne rapport en status baseret på hospitalets aktivitets- og målopfølgelsesdata for de enkelte indsatser.

Delrapport 4 (august 2018) følger samme struktur som de forrige. Fokus er på implementeringsgraden og de resultater der er skabt. Samtidig analyseres forudsætningerne for udbredelse.

Slutrapporten (1. udkast ultimo 2018) indeholder en samlet analyse af effekt- og procesdata. Det analyseres, om der er sket en signifikant ændring i aktivitets-, proces- og resultatmål før/efter implementering, og om denne ændring adskiller sig signifikant fra et andet hospital i regionen. Det analyseres også, hvilket forandringsarbejde og hvilke indsatser der har ført til disse resultater, samt om der er opstået afledte effekter, som der skal tages højde for i det videre arbejde lignende indsatser.



De fire delrapporter afrapporteres i en relativt kort form med fokus på beskrivelse af den aktuelle status på de udvalgte mål, status på hospitalets arbejde med at udvikle/implementere de otte indsatser samt de aktuelle udfordringer, som ledelse, medarbejdere og projektorganisation arbejder på at løse. Den endelige slutrapport er en samlet analyse af målopfyldelse over tid og de aktiviteter og processer, som har bidraget hertil i forskellige faser af udviklingsprocessen. Denne rapport vil naturligt blive mere omfangsrig, og derfor vil der blive udarbejdet et fyldigt resume, der opsummerer hovedresultater samt bidrager med konkrete anbefalinger til brug for beslutning om implementering i en bredere regional kontekst.

Mundtlig afrapportering

Til alle skriftlige afrapporteringer vil der blive tilknyttet mundtlige præsentationer med henblik på at give konkret feedback til ledere, medarbejdere og samarbejdspartnere på Udviklingshospital Bornholm. KORA og Bornholms Hospital vil indgå i en dialog om form for præsentation og hvem der er relevante deltagere ved disse mundtlige afrapporteringer, så det sikres, at den ønskede feed-back målrettes de relevante aktører.

Videnskabelig formidling

Evalueringsens fund bliver formidlet via mindst to videnskabelige artikler i internationale tidsskrifter. Derudover vil resultaterne blive formidlet via deltagelse på relevante videnskabelige konferencer.

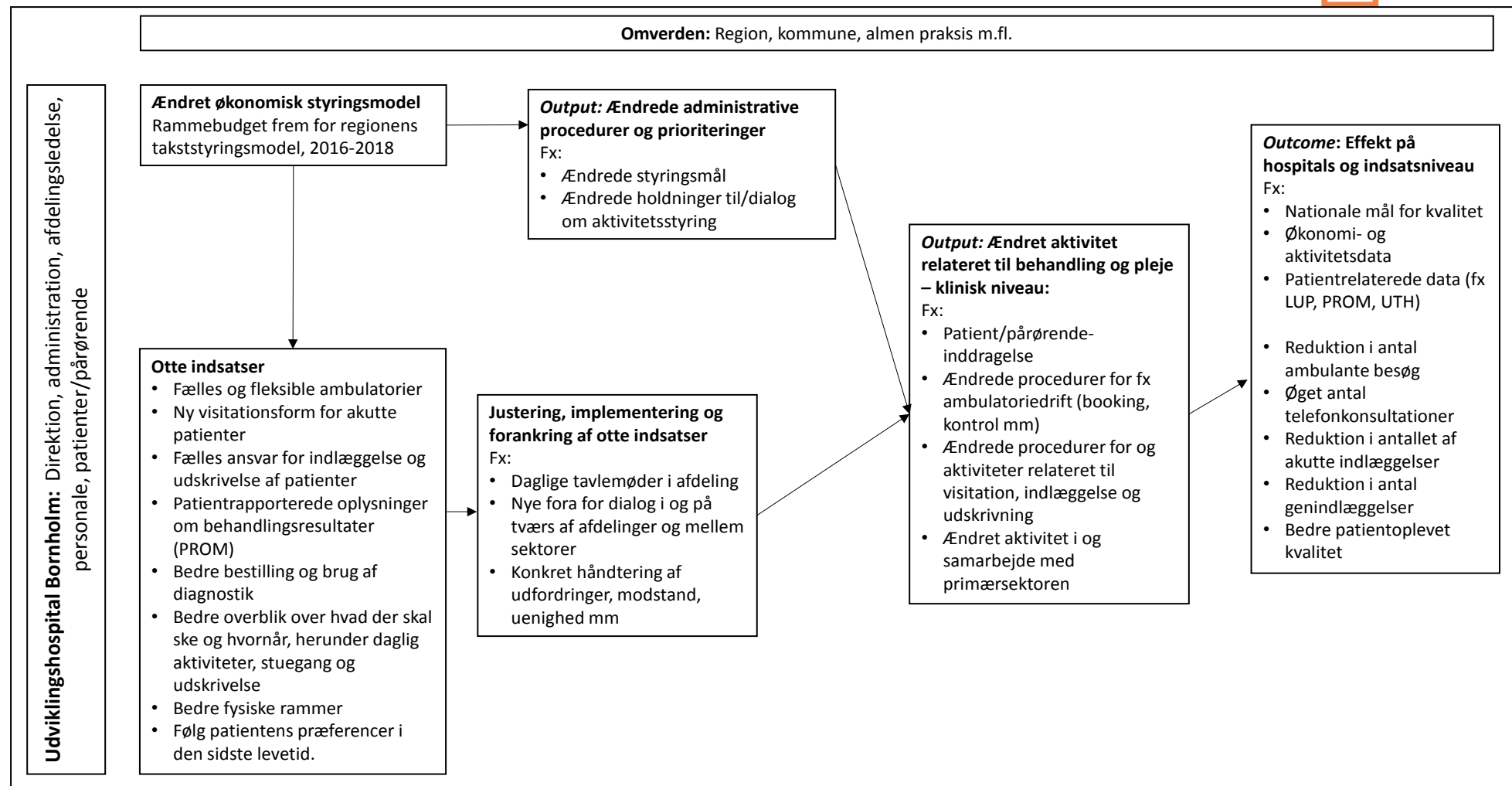
Bemanding

Evalueringen vil blive ledet af professor i sundhedsøkonomi Jakob Kjellberg. Desuden vil der til projektet blive tilknyttet et erfarent team af medarbejdere med kompetencer inden for sundhedsøkonomi, organisationsanalyse og patientinddragelse, herunder senior projektleder og Ph.d. i sundhedsøkonomi Betina Højgaard, senior projektleder og Ph.d. i organisation og ledelse, Marie Henriette Madsen og senior projektleder og Ph.d. i sundhedsantropologi, Grete Brorholt.

Budget

Projektet anslås at kunne gennemføres indenfor en samlet budgetramme på kr. 4,5 mio. eks moms. Budgettet dækker gentagne dataindsamlinger samt fem rapporter (fire delrapporter og en slutrapport), halvårslige mundtlige feedback sessioner samt efterfølgende formidling i relevante videnskabelige tidsskrifter. I bilag 2 fremgår et foreløbigt budget, som vil blive udspecificeres yderligere, hvis Region Hovedstaden godkender ovenstående forslag til en forskningsbaseret evaluering.

Bilag 1: Evalueringens overordnede empiriske nedslagspunkter



REGION



Projektgrundlag for Udviklingshospital Bornholm

Styring efter værdi for patienten i et
mere menneskeligt sundhedsvæsen

Projektgrundlag for Udviklingshospital Bornholm

August 2016

Indholdsfortegnelse

Projektgrundlag for Udviklingshospital Bornholm	2
Indledning.....	2
Baggrund	2
2. Hvad ønsker vi at opnå?	4
3. Indsatser	5
3.1. Fælles og fleksible ambulatorier	6
3.2. Ny visitationsform for akutte patienter	7
3.3. Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse for ældre patienter mellem hospital, kommune og almen praksis.....	8
3.4. Patientrapporterede oplysninger om behandlingsresultater - PROM.....	8
3.5. Bedre bestilling og brug af diagnostik.....	9
3.6. Bedre overblik over, hvad der skal ske og hvornår, herunder daglige aktiviteter, stuegang og udskrivelse.....	11
3.7. Bedre fysiske rammer	12
3.8. Følg patienternes præference i den sidste levetid	13
Sammenhæng mellem indsatser, mål og patientgrupper.....	14
4. Metode.....	16
5. Proces fra indsats til implementering.....	20
6. Tilknytning af international ekspertise	20
7. Organisering.....	21
8. Vidensdeling af erfaringer og resultater lokalt, regionalt og nationalt.....	22
9. Evaluering.....	24
10. Tidsplan	24
11. Økonomi og budget.....	25
Referencer	26

Projektgrundlag for Udviklingshospital Bornholm

Indledning

Med Udviklingshospital Bornholm skaber vi et hospital, hvor samarbejdet med patienten og de pårørende tager udgangspunkt i, at det enkelte menneske er unikt, med forskellige ønsker og behov. Den måde vi vil organisere os, og den måde vi møder og inddrager patienter og deres pårørende på, er fokuseret på at skabe værdi for patienten. Det gøres mere konkret ved at identificere og styrke de ydelser på tværs af afdelinger, hospitaler og sektorer, der forbedrer patienternes forløb – og nedjustere eller fjerne de uhensigtsmæssige ydelser, der i højere grad belaster end gavner patienten. Ambitionen er både at demonstrere større værdi for patienten og øget økonomisk effekt som følge af mere hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

Vi vil gøre brug af gode erfaringer fra andre projekter og afprøve helt nye initiativer. Det unikke er implementering på et helt hospital – og i et helt, men afgrænset sundhedsvæsen på Bornholm. Filosofien bag udviklingshospitalet er, at vi først sammen med patienter, pårørende, medarbejder og øvrige interessenter definerer hvad vi mener skaber den værdifulde patientrelation. Derefter undersøger vi, hvordan økonomiske incitamentsstrukturer kan understøtte de demonstrerede effekter. På den måde bliver udviklingshospitalet ikke begrænset af en styringsstruktur i sine afprøvninger. Udviklingshospitalets aktiviteter designes og udføres med fokus på at resultaterne og erfaringer skal kunne generaliseres, således at de kan anvendes af andre hospitaler i regionen.

Baggrund

Med økonomiaftalen for 2016 blev det besluttet, at de enkelte regioner skal igangsætte forsøg på udvalgte områder med at udvikle og afprøve nye styrings- og afregningsmodeller med afsæt i værdibaseret styring. Centralt i initiativet er ønsket om, at samfundet får større sundhedsværdi pr. brugt krone, samtidig med at patienter og borgere bliver mere tilfredse med sundhedsvæsenet.

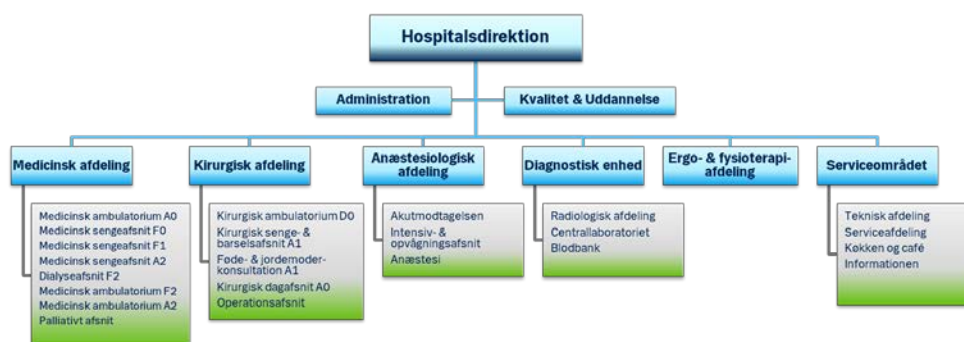
Regionsrådet i Region Hovedstaden har på denne baggrund igangsat projektet Udviklingshospital Bornholm pr. 1. februar 2016. Bornholms Hospital er udvalgt til at gøre erfaringer med styring efter, hvad der giver værdi for patienten samtidig med, at hospitalet er undtaget fra regionens takststyringsmodel. Det er med igangsættelsen vedtaget, at projektets mål og rammer skal drøftes med de to fagudvalg Sundhedsudvalget og IT- og Afbureaukratiseringsudvalget inden for de to udvalgs ansvarsområder. Projektets idéudvikling og proces for udvikling af projektgrundlag blev fremlagt for begge udvalg i februar 2016.

Der er i forbindelse med opstarten på projektet afholdt et kick-off seminar den 9. marts 2016 med deltagelse af personale, brugerrådet, kommune, praksis og repræsentanter fra de to politiske udvalg. Videre er projektgrundlaget præsenteret på en temaeftermiddag for brugere,

personale og advisory board den 6. juni 2016. Projektgrundlaget afspejler diskussioner og ideer, der frem disse dage.

Om Bornholms Hospital

Bornholms Hospital betjener øens knap 40.000 fastboende, godt 600.000 turister pr. år og de næsten 90.000 besøgende til det årlige Folkemøde. Hospitalet er et nærhospital med akut modtagefunktion og varetager medicinske og kirurgiske hovedfunktioner. Hospitalet varetager hovedfunktioner ved fastansat personale, konsulentordninger, telemedicin og samarbejde med praktiserende speciallæger.



Sundhedsprofil for Bornholm

I valg af indsatsområder for projektet er der taget udgangspunkt i den politiske målsætning Patientens situation styrer forløbet og befolkningen på Bornholms behandlingsbehov. Bornholms Hospital er udviklingshospital for nye styreformer, men skal samtidig varetage funktionen som nærhospital for øens befolkning.

På Bornholm er 49 % af befolkningen 55 år eller ældre, 3,9 % i alderen 25-64 år bor alene med børn, 3 % har en lang videregående uddannelse og 17 % under 65 år har ingen tilknytning til arbejdsmarkedet. Der er herudover en stor forekomst af personer med en eller flere kroniske sygdomme 6,8 % af befolkningen har en hjertesygdom, 9,8 % har diabetes, 2,7 % har apopleksi og 3,4 % har KOL.¹

I det følgende præsenteres målet for projektet og de afledte resultater.

¹ Aldersprofilen i Region Hovedstaden er 33 % der er 55 år eller derover, 13 % har en lang videregående uddannelse og 12 % af borgerne under 65 år har ingen erhvervstilknytning. Sundhedsprofilen for Region Hovedstaden er at 4,2 % har en hjertesygdom, 6 % af befolkningen har diabetes, 2 % har apopleksi og 2,8 % KOL.

2. Hvad ønsker vi at opnå?

Udviklingshospitalet vil overordnet set søge at opnå følgende effekter:

- Bedre patientoplevelen kvalitet af behandlingen og øget tilfredshed med kontakten til hospitalet
- Højere faglig kvalitet af pleje og behandling
- Bedre økonomisk effekt, herunder opnå og udbrede erfaringer med aftalte værdimål og afprøve økonomiske styringsformer koblet til værdimålene

Nationale mål

Regeringen, KL og Danske Regioner har i 2016 opstillet otte overordnede nationale mål for sundhedsvæsenet. Udviklingshospitalet adresserer nedenstående mål og indikatorer:

- Bedre sammenhængende patientforløb
 - Indikator: Akutte genindlæggelser inden for 30 dage
- Styrket indsats for kronikere og ældre patienter
 - Indikator: Akutte genindlæggelser pr. KOL-/diabetes-patient
 - Indikator: Forebyggelige indlæggelser blandt ældre
- Øget patientinddragelse
 - Indikator: Patienttilfredshed
 - Indikator: Patientoplevelen kvalitet
- Mere effektivt sundhedsvæsen
 - Indikator: Liggetid pr. indlæggelse

Patientgrupper og resultater

Projektet vil fokusere indsætterne på udvalgte patientgrupper baseret på indledende dataanalyser af patientkontakterne på hospitalet samt inddragelse af patienter og øvrige interessenter:

- De ældre medicinske patienter
- Patienter med kroniske sygdomme og patienter med flere samtidige kroniske sygdomme
- Patienter med hyppige kontakter til sundhedsvæsenet (kendte patienter)

Konkret vil indsætterne levere resultater indenfor

- Reduktion i antal ambulante besøg (indsats 3.1)
- Øget antal telefonkonsultationer (indsats 3.1)
- Reduktion i antallet af akutte indlæggelser (indsats 3.2)
- Reduktion i genindlæggelser (indsats 3.3)
- Bedre patientoplevede resultater inden for udvalgte diagnoser (indsats 3.4)
- Reduktion i unødige diagnostiske undersøgelser (indsats 3.5)

- Øget inddragelse af patienter og pårørende (flere indsatser)
- Øget tilfredshed på de områder, som betyder mest for borgere og patienter inden for indsatserne (flere indsatser samt overordnet resultat)

Koblingen mellem indsatser, mål og effekter findes skematisk sidst i afsnit 3. Indsatserne præsenteres kort i de følgende afsnit. Under hver indsats er angivet mål for indsatsen. Disse mål bliver i projektperioden kvalificeret yderligere.

Effekter, resultater og erfaringer vil være genstand for en ekstern, forskningsinspireret evaluering.

Hvordan er indsatser udvalgt?

Alle projektindsatser tager udgangspunkt i borgernes forventning om, at Bornholms Hospital skal levere en høj faglig standard i udredning, behandling og pleje. Ledestjernen er, at den enkelte patients situation, forudsætninger og motivation er styrende for kontakten med sundhedsvæsenet.

I udvælgelsen og design af de enkelte indsatser er lagt vægt på, at elementerne efter afprøvning og iterationer i udviklingshospitalet kan skaleres til videre afprøvning og implementering på regionens øvrige hospitaler. Udviklingshospitalet følger forbedringsmodellen, hvor hver lokal implementering sker trinvist med mulighed for at tilpasse processerne. Skaleringen til øvrige hospitaler vil ske efter samme principper – det er således ikke givet den eksakte proces, der afprøves i indsatserne, som skal virke på et større hospital og i samarbejde med flere kommuner; det er indsatsens mål, effekt og centrale elementer, der skal implementeres iterativt.

3. Indsatser

Et højt specialiseret sundhedsvæsen er indrettet efter fagligheden og optimeret efter hvordan den mest rentable drift opnås. Udviklingshospitalets indsatser vil afprøve muligheden for at styre – også økonomisk – efter andet end aktivitet på hospitalet og implementere en række tiltag for at synliggøre og skabe værdi for patienterne.

En procent af borgerne med en eller flere kroniske sygdomme står for 18 % af de samlede regionale sundhedsudgifter til personer med kroniske sygdomme [1]. Det at forbedre forløbene for de, der har mest behov, ser a priori ud til at kunne give såvel en økonomisk som faglig effekt og menneskelig værdi.

Indsatserne vil derfor arbejde med bedre sammenhæng for den enkelte, en højere faglig kvalitet af pleje og behandling og bedre økonomisk effekt. Overordnet set kan indsatserne i udviklingshospitalet ses under overskriften "Patientens situation styrer forløbet".

Indsatserne dækker alle hospitalets ydelser fra fælles, fleksible ambulatorier, et fælles ansvar for modtagelse og indlæggelse, bedre rammer for brugerinddragelse og mere effektiv diagnostisk understøttelse.

Udover de nedenfor beskrevne indsatser, vil der være mulighed for at igangsætte andre relevante initiativer, som f.eks. identificeres ved dialogen med brugerne, se afsnit 4 om metode. Nye indsatser godkendes af projektets governancestruktur inden de igangsættes.

3.1. Fælles og fleksible ambulatorier

Baggrund

Studier [4] viser, at mennesker med multisygdom har dårligere livskvalitet, nedsat arbejdsevne, funktionsnedsættelser og overdødelighed, er dyrere at behandle og har et større forbrug af sundhedsydelser.

Især gruppen af patienter med KOL, hjertesygdom og diabetes er hyppige gæster i de bornholmske ambulatorier. Mere fleksible og mere sammenhængende forløb med færre ambulante besøg vil betyde mere værdi for den enkelte multisyge patient, større sammenhæng og faglighed for medarbejderne, samtidig med at det vil resultere i lavere omkostninger for sundhedsvæsenet.

Indsatsen

Indsatsen fælles og fleksible ambulatorier skal etablere et fælles ambulatorium, hvor de medicinske specialer samles, og hvor det bliver muligt at blive undersøgt og behandlet af personale fra flere specialer ved ét fremmøde. Såfremt disse patienter også har behov for ambulante kirurgisk behandling, inkluderes dette også. Ambulatoriet etableres efter inspiration fra Holbæk Sygehus og under devisen, at patienterne bliver behandlet "samme dag under samme tag".

Indsatsen skal desuden analysere og implementere det fleksible ambulatorium sådan, at:

- fremmøde konverteres til telefonkonsultation, hvor det er relevant efter aftale med patienten,
- planlagte/aste kontrolbesøg konverteres til åbne, behovstyrede konsultationer – både fremmøde og telefonisk kontakt – hvor dette er mere hensigtsmæssigt for patienten,
- kontrolintervaller lægges efter en individuel vurdering,
- tiderne for de, der har størst behov, forlænges og
- akutte ambulatorietider kan bookes af akutmodtagelsen, praksis, kommune og/eller patienten selv.

Indsatsen igangsættes i første omgang for patienterne i sygdomsgrupperne KOL, hjertesygdom eller diabetes og mindst en kronisk sygdom derudover. Der arbejdes videre med afgrænsning/definitionen af målgruppen, ligesom tiltag der sikrer patientinddragelse og accept af tilbuddet.

Mål

Mål: 10 % reduktion af antal ambulante besøg for de inkluderede patienter

Mål: 15 % øgning i antal telefonkonsultationer for de inkluderede patienter

Kvalitativt mål: Patienterne oplever, at antallet af ambulante besøg er passende

Kvalitativt mål: Patienterne oplever, at deres besøg i ambulatoriet var godt tilrettelagt

3.2. Ny visitationsform for akutte patienter

Baggrund

I 2015 blev 5241 patienter indlagt akut på Bornholms Hospital. I gennemsnit blev de indlagt 1,5 gange i året. Alle akutte patienter henvender sig til hospitalet via akutmodtagelsen. Fra akutmodtagelsen kan patienterne hhv. indlægges, observeres/vurderes eller udskrives. Ultimo 2016 tager hospitalet en ny akutmodtagelse i brug, hvor der tillige er 14 observationssenge. Observationssengene muliggør kortere indlæggelsesforløb alene i akutmodtagelsens observationsafsnit.

En indlæggelse på hospitalet er ikke altid det valg, som giver størst værdi for patienten. En henvendelse til akutmodtagelsen kan for nogen være det tilbud, som er mest tilgængeligt og derfor benyttes, selvom andre tiltag kunne være bedre.

Indsats

Indsatsen skal knytte sundhedsvæsenet på Bornholm tættere sammen. Det sker ved at etablere en ny visitation, der skal visitere kendte patienter, når de henvender sig akut. Visiteringen kan føre til tre forskellige former for forløb:

1. Patienten får en konkret kontakt til kommunal sygeplejerske, som iværksætter et akut eller planlagt kommunalt pleje eller rehabiliteringstilbud. Patienten undgår indlæggelse
2. Patienten får en akut tid i ambulatoriet fx samme eller næste dag
3. Patienten indlægges til observation, pleje eller behandling i hospitalets akutmodtagelse

Populationen og specifikke inklusionskriterier defineres som led i implementeringen af indsatsen. Det forventes, at populationen vil omfatte patienter i følgende grupper:

- KOL-patienter
- Diabetes type 2-patienter
- Patienter med flere samtidige kroniske lidelser

Mål

Mål: 5 % reduktion i akutte indlæggelser for KOL-patienter. (National indikator).

Mål: 5 % reduktion i akutte indlæggelser for diabetes type 2-patienter. (National indikator).

Kvalitativt mål: Patienter oplever at få det rette tilbud

3.3. Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse for ældre patienter mellem hospital, kommune og almen praksis

Baggrund

Patienterne kan opleve vanskeligheder med sammenhæng i deres forløb på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet. Den manglende sammenhæng kan fx opstå, når en patient, der har behov for kommunal pleje i hjemmet, indlægges på hospitalet. Samtidig tegner udgifter til indlæggelser sig for knap halvdelen af de samlede udgifter til personer med kroniske sygdomme [2]. At få en god kommunikation om og ansvar mellem sektorer hver gang en patient er nødt til at blive indlagt til udredning, pleje eller behandling synes derfor vigtigt både for patienten, for hospitalet og for samfundet.

Indsats

Indsatsen etablerer et samarbejde mellem almen praksis, det kommunale sundhedsvæsen og hospitalet (behandlingsansvarlig læge og sygeplejerske) i form af en kort og fokuseret fælles konference – både ved indlæggelsen og forud for udskrivelsen. Formålet med konferencen er at udveksle oplysninger på tværs af sektorerne og allerede ved indlæggelsen planlægge behandlingsniveau, mål og plan for udskrivelse og videre forløb – samt konkrete tiltag, der kan forebygge genindlæggelse og understøtte ”længst muligt i eget hjem”.

Indsatsen afgrænses til en start til udvalgte kendte patienter over 65 år.

Der arbejdes videre med afgrænsning/definitionen af målgruppen.

Mål

Mål: 10 % reduktion af forebyggelige indlæggelser for ældre (65+). (National indikator).

Kvalitativt mål: Patienter oplever sammenhæng i deres forløb

Kvalitativt mål: Patienter er trygge ved udskrivelse fra hospital

3.4. Patientrapporterede oplysninger om behandlingsresultater – PROM

Baggrund

PRO-data (Patient Reported Outcome Measures) er patientens egen vurdering af symptomer, funktionsniveau og livskvalitet med en tilhørende scoring for alvor og betydning for dagligdagen. Hospitalet kan indsamle PRO-data ved, at patienter udfylder et spørgeskema efter endt behandling. Resultatet af data fra spørgeskemaerne vil sige noget om, hvordan patienten vurderer udbyttet af behandlingen. Når PRO-data indsamles under et længerevarende

behandlingsforløb, kan data bruges til at justere behandlingen baseret på patientens oplevelse af behandlingens effekt.

Indsats

Denne indsats vil indsamle PRO-data for udvalgte patientgrupper og behandlingsområder, hvor der foreligger validerede PRO-spørgeskemaer på dansk. På nuværende tidspunkt indtænkes disse patientgrupper/behandlinger:

1. Operation for inguinalhernie, uanset operationsmetoden (ca. 50 patienter årligt)
2. Kronisk obstruktiv lungesygdom, KOL (ca. 265 patienter i hospitalsregi)
3. Hoftaaloplastik, primær (ca. 105 patienter årligt)
4. Knæalloplastik, primær (ca. 60 patienter årligt)

For alle disse patientgrupper gælder, at

- Der findes validerede PRO-spørgeskemaer
- Der er videnskabelig litteratur, der kobler PROM og Shared Decision Making
- Der findes en national klinisk kvalitetsdatabase, der kan belyse andre områder af den kliniske kvalitet for sygdoms- behandlingsområdet

Mål

Mål: 75 % af patienterne deltager i indsamlingen af patientoplevet outcome mål

Kvalitativt mål: Personalet inddrager patientoplevede outcome mål i dialogen med patienterne

Kvalitativt mål: Patienterne oplever, at deres funktionsniveau er bedre efter behandling

3.5. Bedre bestilling og brug af diagnostik

Baggrund

Hospitalets centrallaboratorium oplever dagligt, at der tages flere blodprøver fra samme patient, som kunne være undgået, hvis prøvetagningen var planlagt bedre. De ekstra prøvetagninger giver et unødigt træk på laboratoriets ressourcer, men er også til gene for patienterne, der skal afgive blodprøver med få timers mellemrum.

Diagnostisk enhed og hospitalets sengeafsnit vil i fællesskab fastsætte kriterierne for, at en blodprøve er unødvendig, og derefter finde metoder og procedurer, der kan nedbringe antallet af de unødvendige prøvetagninger. Et eksempel kunne være, at der ikke rekvireres blodprøve, hvis analysen kan efterbestilles fra en tidligere prøve.

Som supplement til et eksisterende tilbud med åbne tider skal muligheden for selv at booke tid til blodprøvetagning bidrage til, at ambulante besøg kan tilpasses bedre i forhold til patientens dagligdag.

En svensk rapport viser, at 19 % af de CT-scanninger, der blev udført i landet i 2006, var unødvendige, og at 6 % af henvisningerne til CT-scanning ikke havde en tilfredsstillende kvalitet [3]. Resultaterne fra den svenske undersøgelse kan ikke nødvendigvis overføres til Bornholms Hospital, men en samling kasuistikker fra hospitalets radiologiske afdeling bekræfter rapportens overordnede resultat.

Målet med denne del af indsatsen er at reducere antallet af unødvendige radiologiske undersøgelser, bl.a. ved at styrke samarbejdet mellem Diagnostisk enhed og de henvisende læger samt en mere restriktiv brug af de mest ressourcekrævende undersøgelser.

Indsats

Indsatsen vil fokusere på følgende områder:

- Diagnostisk enhed vil tilbyde undervisning og vidensdeling til de henvisende læger
- Bedre brug af speciallæger og bagvagtsfunktionen ved henvisning til højt specialiserede ydelser og analyser fra Diagnostisk enhed
- Rådgivningstilbud til de praktiserende læger i forbindelse med særligt komplicerede undersøgelser eller specialiserede laboratorieydelser
- Etablering af samarbejdsaftaler med relevante faggrupper
- Ambulante patienter kan selv booke tid til blodprøvetagning

Indsatsen vil give hospitalets diagnostiske enhed et større ansvar for patientens diagnostik, herunder at anbefale rekvirerende læge alternative undersøgelser eller henvise til tidligere prøvesvar. Patienterne udsættes således dels for mindre ioniserende stråling, ligesom de vil have behov for færre undersøgelser og evt. færre besøg på hospitalet. Indsatsen vil desuden virke understøttende for de aktiviteter, hvor et bedre samarbejde mellem diagnostisk enhed og ambulatorier og sengeafsnit kan give et mere sammenhængende forløb for den enkelte.

Mål

Mål: Mindst 75 % reduktion i unødvendige blodprøvetagninger

Mål: Mindst 50 % reduktion i antallet af mangelfulde henvisninger til CT-, MR- og ultralydsscanning

Mål: Mindst 50 % reduktion i antallet af ambulante patienter, der venter mere end 20 minutter i laboratoriets ambulatorium

Kvalitativt mål: Ambulante patienter oplever en mere fleksibel tilgang til laboratoriets ambulatorium

Kvalitativt mål: De henvisende læger oplever et forbedret samarbejde med Diagnostisk enhed

3.6. Bedre overblik over, hvad der skal ske og hvornår, herunder daglige aktiviteter, stuegang og udskrivelse

Baggrund

Patienter skal have mulighed for at kunne disponere over egen tid under deres indlæggelse. For at kunne det, er det vigtigt, at patienten har overblik over, hvad der skal ske under indlæggelsen – og hvornår. Hvis patienter hver dag kan se, hvornår de fx skal til planlagte undersøgelser eller genoptræning, hvornår der er stuegang, og hvornår der serveres mad, har de bedre mulighed for at koordinere, hvornår de får besøg af pårørende eller går i kiosken. Et overblik over planlagte aktiviteter giver dels patienten mulighed for at råde over sin tid, dels patienter og pårørende mulighed for at koordinere, hvilke aktiviteter pårørende kan deltage i. Hvis patienter kan aftale et konkret tidspunkt for stuegang, kan de pårørende inviteres med – og kender patienten sit forventede udskrivelsestidspunkt, er det nemmere at koordinere hjemkomsten med pårørende og andre relevante aktører.

Indsats

Dag-til-dag oversigt: En dag-til-dag oversigt over patientens aktiviteter kan fremgå på et individuelt whiteboard (en patienttavle), i en patienthåndbog eller på en tablet. Fælles for alle former er, at indholdet skal påføres og ajourføres dagligt af personalet. Dag-til-dag oversigter er foreslået som et muligt initiativ inden for indsatsområdet "Borgernes behov og præferencer er afsat for fagligt bedste behandling" i Borgernes Sundhedsvæsen, og patienttavler som værktøj er taget i brug flere steder i Region H, bl.a. på Ortopædkirurgisk Afdeling på Gentofte Hospital. Form og indhold af dag-til-dag oversigter udvælges sammen med brugerne af tavlerne (patienter og personale) og afprøves og evalueres løbende efter forbedringsmodellen.

Stuegang: Det kan være svært at forberede sig til stuegang som patient og invitere sin pårørende med, når tidspunktet eller rammen for stuegang ikke er kendt – eller hvis stuegang er i et tidsrum, hvor det er vanskeligt for de(n) pårørende at deltage (fx inden for normal arbejdstid). Indsatsen vil gøre rammerne for stuegang mere fleksible til gavn for patienter og pårørende, blandt andet ved at etablere et planlægningssystem, sådan at patienterne og de pårørende ved, hvornår de kan være med til at træffe valg og beslutninger om patientens forløb. Tidspunktet skal kunne aftales individuelt, fx frem til kl 18, således at de pårørende får bedre mulighed for at deltage. Stuegang skal kunne ske på afdelingens kontor, ved sengen, i et samtalerum eller, hvis der ikke skønnes behov, helt undlades. Det vil i indsatsen afprøves at lade pårørende eller øvrige aktører, der ikke har mulighed for fysisk deltagelse i stuegangen, deltage ved telefon-/ videokonference. Form og indhold af den nye model for stuegang udvælges sammen med patienter, personale og pårørende, og afprøves og evalueres løbende efter forbedringsmodellen.

Udskrivelser: Udskrivelser kan opleves pludselige for patienter, pårørende og sundhedsvæsenets øvrige aktører og kan betyde, at de oplever at være uafklarede omkring patientens medicinering, bivirkninger og symptomer, der kræver opmærksomhed efter udskrivelsen, muligheder for at stille spørgsmål efter udskrivelsen osv. Indsatsen vil gøre udskrivelsen mere ventet ved, at den planlægges til et valgt tidsinterval, som i god tid skal kommunikeres til patienten og dennes omgivelser (pårørende, kommunal sundhedsvæsen eller øvrige aktører).

Det vil øge mulighederne for, at patienten kan forberede sig til sin udskrivelssamtale og eksempelvis invitere sin pårørende med til denne. Det vil i indsatsen afprøves at lade pårørende eller øvrige aktører, der ikke har mulighed for fysisk deltagelse i udskrivelssamtalen, deltage ved telefon-/ videokonference. Form og indhold af den nye model for udskrivelse udvælges sammen med patienter, personale og pårørende, og afprøves og evalueres løbende efter forbedringsmodellen.

Mål

Mål: 5 % reduktion i gennemsnitlig indlæggelsestid pr. indlæggelse i målgruppen. (National indikator)

Mål: BOH ligger over landsgennemsnittet på følgende tre LUP spørgsmål:

- *"Blev du løbende informeret om, hvad der skulle foregå?" (Spørgsmål nr. 30 blandt akut indlagte)*
- *"Tog personalet hensyn til dine behov ved planlægningen af din udskrivelse?" (Spørgsmål nr. 13 i planlagt indlagte og spørgsmål nr. 15 blandt akut indlagte).*
- *"Gav personalet (efter dit samtykke) dine pårørende mulighed for at deltage i beslutninger om din undersøgelse/behandling?" (Spørgsmål nr. 11 blandt planlagt indlagte og spørgsmål nr. 13 blandt akut indlagte).*

Kvalitativt mål: Medarbejderne oplever, at de har overblik over planlagte daglige aktiviteter for patienten (fx undersøgelser, genoptræning), og at form og indhold af stuegang og udskrivelse muliggør, at de imødekommer patienternes ønsker og behov.

3.7. Bedre fysiske rammer

Baggrund

De fysiske rammer er det første, der møder patienterne og de pårørende ved kontakt til hospitalet, og det er dem, der er gennemgående i alle forløb. Et målrettet løft af de fysiske rammer mod at være mere imødekommende og fremmende for inddragelse og dialog er derfor en del af projektet. Indsatsen supplerer og integrerer de aktiviteter, der allerede er på hospitalet indenfor de fysiske rammer.

Indsats

Indsatsen vil fokusere på:

- Skiltning i lofter, på vægge og gulve
At finde vej på hospitalet kan være en kilde til forvirring og frustration. I indsatsen vil skiltene gennemgås sammen med repræsentanter fra brugerrådet og både gulve, vægge og lofter inddrages for at finde den bedste placering. Nye skilte vil følge regionens strategi om dansk sprog.
- Parkeringspladser til patienter og pårørende
Adgangen til hospitalet både i akutte og planlagte tilfælde fylder meget for alle brugere. Det at få en parkeringsplads tæt ved sit behandlingssted er en tilbagemelding

hospitalet ofte får fra brugerne.

- Ventearealer som lounges
Ventetid kan være forberedelsestid. Men det kræver en indretning som giver mulighed for at bruge ventearealerne til forskellige formål. Der skal være gode arbejdspladser, hvilepladser og en vært fra hospitalet, der tager hånd om de, der venter. Værten supplerer sin rolle ved at fx at hjælpe med adgang til sundhed.dk, udlevere information eller hjælpe til med ændringer i tidsbestilling m.v.
- Forplejning i kontakten med hospitalet
En kop kaffe, et stykke frugt eller måske en sandwich undervejs i kontakten på hospitalet kan betyde meget for hvilken oplevelse man som patient eller pårørende har. Og for hvor frisk og veltilpas man er under samtaler, undersøgelse eller behandling. Indsatsen vil gøre op med brugerbetaling for enkel forplejning under kontakten med hospitalet og gøre det muligt for værter i ventearealet at tilbyde let forplejning.

Mål

Mål: > 90 % oplever de fysiske rammer som venlige og imødekommende.

3.8. Følg patienternes præference i den sidste levetid

Baggrund

Inden indlæggelse har de fleste (76,3 %) af patienterne i et amerikansk studie overvejet deres pleje og behandling i den sidste tid. Kun 11,9 % ville foretrække en livsforlængende behandling. Hvis man sammenlignede patienternes præferencer med notater i journalen, var der kun overensstemmelse i 30,2 %. [5]

Patienter i palliative og terminale forløb (uanset diagnose), tilbydes ofte stående/åben indlæggelse. Tilbuddet kan betyde, at patient og pårørende ikke benytter alternative tilbud (praksis, hjemmepleje, akutambulatorium, akuttelefon) og at akut indlæggelse derfor kan have karakter af 'nødløsning'.

Indsats

Der iværksættes en indsats, der skal sikre, at patienter i et forløb, som kan have en terminal udgang, sikres information om diagnose og prognose, og om den samlede palet af tilbud, der gives af kommune, praksis og hospital. Så tidligt som tilstanden og erkendelsesniveauet tillader det, skal ønsker omkring døden drøftes med patient og pårørende, herunder afdækning af hvor patienten ønsker at dø og hvad der er vigtigst for patienten og de pårørende i den sidste tid. Det er forventningen, at de fleste ønsker at dø i egne, kendte omgivelser sammen med familien, - og at indsatsen kan reducere dødsfald på hospitalet. Der er allerede et bredt tilbud til patienter, der visiteres til et palliativt forløb på hospitalet, hvorfor denne patientgruppe ekskluderes fra indsatsen.

Indsatsen sigter også på at samarbejdet og planlægningen mellem kommune, praksis og kommune (herunder plejehjem) koordineres bedre for at sikre, at alle er velinformerede om mulighederne for få sidste tid efter eget valg.

Indsatsen vil være genstand for en løbende kvalitativ evaluering og monitorering.

Mål

Kvalitativt mål: Patienterne og de pårørende oplever den sidste tid på den måde de havde ønsket det i dialogen med klinikerne.

Sammenhæng mellem indsatser, mål og patientgrupper

Sammenhængen mellem indsatser, mål og patientgrupper er opstillet skemaet herunder.

Indsats		Mål og indikatorer	Patientgruppe
3.1	Fælles og fleksible ambulatorier	10 % reduktion af antal ambulante besøg for de inkluderede patienter 15 % øgning i antal telefonkonsultationer for de inkluderede patienter Patienterne oplever, at antallet af ambulante besøg er passende Patienterne oplever, at deres besøg i ambulatoriet var godt tilrettelagt	Patienter med kroniske sygdomme, fx KOL eller diabetes type 2. Patienter med flere sygdomme.
3.2	Ny visitationsform for akutte patienter	5 % reduktion i akutte indlæggelser for KOL-patienter. <i>National indikator.</i> 5 % reduktion i akutte indlæggelser for diabetes type 2-patienter. <i>National indikator.</i> Patienter oplever at få det rette tilbud	Patienter med kroniske sygdomme, fx KOL eller diabetes type 2.
3.3	Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse for ældre patienter mellem hospital, kommune og almen praksis	10 % reduktion af forebyggelige genindlæggelser for ældre (65+). <i>National indikator.</i> Patienter oplever sammenhæng i deres forløb	Ældre patienter 65+ år.

		Patienter er trygge ved udskrivelse fra hospital	
3.4	Patientrapporterede oplysninger om behandlingsresultater - PROM	75 % af patienterne deltager i indsamlingen af patientoplevet outcome mål Personalet inddrager patientoplevede outcome mål i dialogen med patienterne Patienterne oplever, at deres funktionsniveau er bedre efter behandling	Patienter, der opereres elektivt indenfor lyskebrok, knæ- og hofteproteser. Patienter med KOL som kronisk sygdom.
3.5	Bedre bestilling og brug af diagnostik	Mindst 75 % reduktion i unødvendige blodprøvetagninger Mindst 50 % reduktion i antallet af mangelfulde henvisninger til CT-, MR- og ultralydsscanning Mindst 50 % reduktion i antallet af ambulante patienter, der venter mere end 20 minutter i laboratoriets ambulatorium Ambulante patienter oplever en mere fleksibel tilgang til laboratoriets ambulatorium De henvisende læger oplever et forbedret samarbejde med Diagnostisk enhed	Alle patienter
3.6	Bedre overblik over, hvad der skal ske og hvornår, herunder daglige aktiviteter, stuegang og udskrivelse	5 % reduktion i gennemsnitlig indlæggelsestid pr. indlæggelse i målgruppen. (National indikator) BOH ligger over landsgennemsnittet på tre LUP spørgsmål rettet mod indsatsen. Medarbejderne oplever, at de har overblik over planlagte daglige aktiviteter for patienter	Indsatsen er generel, men forventes at give særlig værdi for patienter med hyppige eller længere indlæggelser.

		ten (fx undersøgelser, genoptræning), og at form og indhold af stuegang og udskrivelse muliggør, at de imødekommer patienternes ønsker og behov.	
3.7	Bedre fysiske rammer	90 % oplever de fysiske rammer som venlige og imødekommende.	Indsatsen er generel.
3.8	Følg patienternes præference i den sidste levetid	Patienterne og de pårørende oplever den sidste tid på den måde de havde ønsket det i dialogen med personalet.	Alle patienter i et forløb, som kan have en terminal prognose.

4. Metode

Udviklingshospitalet formes og kvalificeres løbende af dets brugere, - og brugerne defineres bredt som:

- patienter og pårørende,
- medarbejderne,
- andre interessenter.

Deres viden om egne muligheder og udfordringer samt deres ideer til indsatsområder, bringes i spil for at sikre, at de indsatser, der i sidste ende køres i drift, er lige netop de indsatser, der skaber mest værdi for patienterne. Det sikres, dels ved at inddrage brugerne løbende, dels ved at afprøve og modificere indsatserne, til de har den mest muligt værdiskabende form og indhold, der kan overføres fra lille til stor skala.

Deres viden om egne muligheder og udfordringer samt deres ideer til indsatsområder, bringes i spil for at sikre, at de indsatser, der i sidste ende køres i drift, er lige netop de indsatser, der skaber mest værdi for patienterne. Det sikres, dels ved at inddrage brugerne løbende, dels ved at afprøve og modificere indsatserne, til de har den mest muligt værdiskabende form og indhold, der kan overføres fra lille til stor skala.

Der sondres i det følgende mellem *indledende* og *løbende* brugerinddragelse om de processer, hvor brugernes ideer og feedback indhentes, og *forbedringsmodellen* om den model, hvormed en indsats går fra at blive afprøvet i lille skala (fx over for en afgrænset patientgruppe på udviklingshospitalet) til at blive implementeret i stor skala (alle hospitaler i Region Hovedstaden).

Projektet vil under de indledende afprøvninger på hospitalet særsomt bevare et fokus på indsatsernes skalerbarhed, ligesom den del vil inddrages i såvel løbende som endelig evaluering.

Det betyder, at der i nogle tilfælde vil ske yderligere afprøvninger og derved nye cyklusser i forbedringsmodellen selvom de lokale effekter er opnået – alene med det formål at teste en mere generaliserbar model.

Indledende – og løbende – inviteres brugerrådet med til at kvalificere planer og aktiviteter for udviklingshospitalet, og efter behov etableres supplerende brugerfora målrettet afgrænsede, specifikke indsatser.

Indledende brugerinddragelse:

Den indledende brugerinddragelse har til formål at indhente patienters, pårørendes og medarbejderes samt øvrige interessenters input til form og indhold af udviklingshospitalet. Noget af det input er allerede indhentet i forbindelse med afholdelse af kick-off seminar i marts 2016 med deltagelse af personale, brugerrådet, kommune, praksis og repræsentanter fra politiske udvalg, se afsnit 1 om projektets baggrund.

Blandt de indledende brugerinddragelsesindsatser hører endvidere en gennemførelse af en *organisationsanalyse i samarbejde med Planetree*. Organisationsanalysen indebærer gennemførelse af en række interview med patienter, pårørende og medarbejdere med det formål at dykke ned i de helt konkrete uhensigtsmæssigheder, som de ser og mærker i deres dagligdag, og som de vurderer *ikke* er værdiskabende for patienten – samt definere, hvilke muligheder de ser for bedre patientforløb, hvis nogle af disse barrierer løftes. Uhensigtsmæssighederne kan forekomme inden for de områder, der allerede er beskrevet i denne projektbeskrivelse som indsatsområder – eller de kan forekomme inden for andre områder af patientforløb.

For at bringe internationale erfaringer med at skabe værdi for patienten med i organisationsanalysen, gennemføres den i et samarbejde med Planetree, se endvidere afsnit 6 om tilknytning af international ekspertise. På baggrund af organisationsanalysen udpeges 2-3 indsatser i samarbejde med relevant personale, og indsatserne forelægges for styregruppen i november-december 2016 og forventes testet og implementeret i 2017.

Løbende brugerinddragelse:

Den løbende brugerinddragelse består af flere metoder til systematisk at indhente patienter og pårørendes feedback som led i arbejdet med at udvælge, afprøve og tilpasse indsatserne. De anvendte metoder er Den Løbende Patienttilfredshedsmåling (DLP), Feedbackmøder og den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP).

DLP er en løbende, tidstro måling af patienternes oplevelse af deres indlæggelse eller ambulante besøg. Patienterne svarer på fem spørgsmål på en iPad inden de forlader hospitalet. To af disse spørgsmål er udvalgt på regionalt niveau og omhandler patientens samlede oplevelse af et givent område, og de resterende tre spørgsmål vælges på hhv. hospitals- og afsnitsniveau. I takt med, at udvalgte indsatser afprøves i praksis, måles patienttilfredsheden med indsatsen

ved at indsætte spørgsmål hertil på de i-Pads, som patienterne giver deres feedback på. Patienternes besvarelser/feedback trækkes løbende med fx månedsvis opfølgning på tavlemøder, og afhængig af patientflowet følges udviklingen i patienternes vurdering af indsatsen over fx seks måneder, hvorefter en ny indsats kan igangsættes og måles.

Patienternes svar i DLP kan give anledning til, at der rejser sig nye spørgsmål hos medarbejderne omkring indsatsens form og indhold, som fordrer kvalitative data, f.eks. patienternes fortællinger om *hvorfor* og *hvordan*. Disse spørgsmål kan blive rejst ved at invitere til feedbackmøder, hvor medarbejderne får patienternes/de pårørendes feedback på udvalgte områder. Feedbackmøder kan også bruges som systematisk, organisatorisk brugerinddragelsesmetode. Metodens styrke er, at medarbejderne hører patienternes fortællinger om deres oplevelser direkte fra patienterne selv og har mulighed for at få kvalificeret eventuelle ideer til nye indsatser eller indhente patienternes prioritering af indsatser direkte på mødet. Patienternes input fra feedbackmøder danner følgelig baggrund for afdelingens videre kvalitetsudvikling og patientsamarbejde.

LUP'en bruges til på sigt at se, om udviklingshospitalet også på nationalt niveau flytter sig i positiv retning på de områder, som der bliver iværksat indsatser indenfor.

Forbedringsmodellen

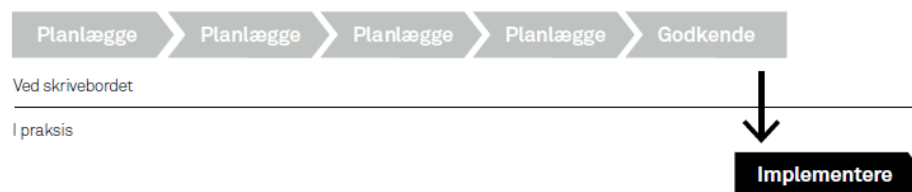
Udviklingshospitalet afprøver og implementerer forandringer, der på flere områder grundlæggende ændrer ved arbejdsgange, kultur og sprog. For at sikre en holdbar implementering, der tager hensyn til lokale forhold benyttes forbedringsmodellen som overordnet metode. Forbedringsmodellen, er en udbredt og anerkendt internationalmetode, som i Danmark bl.a. fremmes af Dansk Selskab for Patientsikkerhed². Region Hovedstaden har allerede haft gode erfaringer med modellen gennem deltagelse i det nationale projekt "Patientsikkert Sygehus" på Nordsjællands Hospital, ligesom flere forbedringsinitiativer i regionen benytter samme metode.

Konkret er metoden, at indsatserne først afprøves i lille skala og herefter dagligt eller ugentligt justeres, indtil man har fundet frem til det, der virker i hverdagen. Herefter øges skala for udbredelse og anvendelse, hvorfor den også er velegnet til videre udbredelse af erfaringer og resultater til resten af regionen.

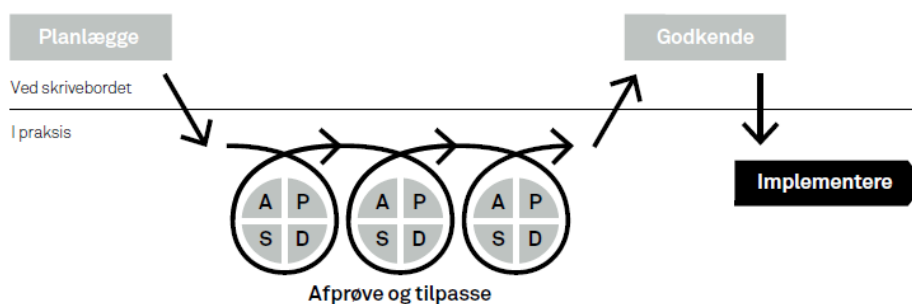
Modellen adskiller sig derfor fra en mere traditionel tankegang, hvor en længere planlægnings- og godkendelsesproces gennemføres før en indsats bliver afprøvet i praksis. Figuren nedenfor illustrerer forskellen mellem de to tilgange.

² Dansk Selskab for Patientsikkerheds beskrivelse af forbedringsmodellen er benyttet i let redigeret form

Traditionel tilgang



Tilpasning til lokal kontekst



Reinertsen, Bisognano & Pugh (2008)

Forbedringsmodellens første del

Forbedringsmodellen består af to dele, og den første del omfatter tre spørgsmål:

1. Hvad ønsker vi at opnå?
2. Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?
3. Hvilke forandringer skal iværksættes for at skabe forbedringer?

Forbedringsmodellens anden del

Den anden del af forbedringsmodellen er selve metoden til afprøvningen af den enkelte idé, som hedder PDSA-cirklen. Den er altså modellens motor til at omsætte idéer til konkrete handlinger.

- Plan: Personalet formulerer en hypotese og planlægger, hvad der skal gøres anderledes.
- Do: Personalet gennemfører afprøvningen, men det indsamler data.
- Study: Personalet sammenligner data med hypotesen.
- Act: Personalet sammen med borgere og patienter bekræfter, forkaster eller justerer hypotesen efter, hvad det lærte, og planlægger næste afprøvning.

Aktiv brug af data

Forbedringsmodellen indbefatter, at de sundhedsprofessionelle løbende indsamler og følger op på data (kvalitativ og/eller kvantitativ). Karakteren af data afhænger af indsats. Således vil noget data skulle indsamles på et mere generelt, patienttilfredsheds plan, mens andet data har fokus på hver enkelt patients udvikling. Med tallene ved personalet hele tiden, om patienterne får den rette pleje og behandling.

Med Sundhedsplatformens indførelse i marts 2017 udvides mængden af datakilder med automatisk datafangst betragteligt. Udviklingshospitalet vil uddanne et antal medarbejdere på hospitalet til at blive specialister i afrapporteringsmodulet i Sundhedsplatformen. Specialister har også som opgave at fremme en fælles, data-baseret, forståelse mellem patienter, klinikere, ledelser og administration. Endvidere vil de løbende målinger, DLP, feedbackmøder og LUP, føde ind med kvalitativ og kvantitativ data omkring den patientoplevede kvalitet af en iværksat forbedring, jf. afsnit om løbende målinger.

5. Proces fra indsats til implementering

Projektgrundlaget beskriver en række overordnede indsatser med varierende grad af konkretisering, inkl. indikatorer og mål.

I den videre proces skal det relevante fagpersonale konkretisere elementerne i indsatsen og planlægge en strategi for implementering. Som beskrevet ovenfor starter dette med et frontnært arbejde i småskala (f.eks. få patienter). Medarbejderinvolvering og medbeslutning i såvel den indledende konkretiseringsfase, udformningen af meningsfulde indikatorer og mål og arbejde med implementering i småskala, er et væsentligt omdrejningspunkt for at sikre ejerskab og engagement i medarbejdergruppen.

6. Tilknytning af international ekspertise

Udviklingshospitalet står på skuldrene af flere af de nationale og internationale forbedringsaktiviteter, der er gennemført de senere år.

I stedet for at tilknytte én international aktør og en større række eksterne konsulenter vil projektet i stedet søge sparring og specifik rådgivning fra de bedste i verden.

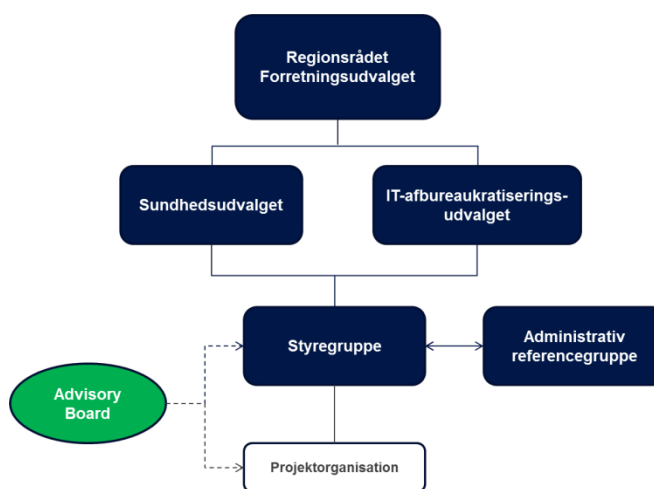
Konkret betyder det, at

- *Planetree* organisationen inddrages i den organisatoriske brugerinvolvering og tilknyttes projektets Advisory board
- *Institute of Healthcare Improvement* søges tilknyttet som rådgivere til projektledelsen og hospitalets ledelse
- Projektledelsen og hospitalsdirektionen deltog på International Consortium of Healthcare Outcome Measurement (*ICHOM*) konferencen i 2016 og inddrager viden herfra i indsats B3 med afprøvning af patientrapporterede effekter (PROM).
- Projektet gennemfører studiebesøg hos sundhedssystemer, der har opnået erfaringer med værdibaseret styring og en bedre sammenhæng for patienterne.

Samlet set giver denne tilknytning en mere målrettet brug af sparringspartnere og en fleksibilitet i at vælge de metoder og den rådgivning, der bedst understøtter indsatserne.

7. Organisering

Udviklingshospitalet er en regional satsning på at afprøve værdibaseret styring - ligesom det er et stort og vigtigt forbedringsprojekt på Bornholms Hospital. Organiseringen afspejler disse forhold.



Politisk niveau

Udviklingshospitalet følges af og afrapporterer til Forretningsudvalget, Sundhedsudvalget, It- og afbureaukratiseringsudvalget samt regionsrådet.

Regionens administration

I administrationen følges udviklingshospitalet af en administrativ referencegruppe med koncerndirektør Jens Gordon Clausen som formand.

Styregruppe

Hospitalsdirektør Niels Reichstein Larsen er formand for styregruppen, som har repræsentation fra hospitalet fra både ledelse og medarbejdere, almen praksis på Bornholm, Bornholms Regionskommune, brugerrådet samt regionens koncernledelse og det regionale Forum for Kvalitet.

Advisory Board

For at sikre faglig sparring, input og kvalificering har udviklingshospitalet tilknyttet et advisory board med vicedirektør Jonas Egebart som formand og projektdirektør Bent Ottesen som næstformand. Advisory Boardet består herudover af en række faglige eksperter, faglige organisationer og interesseorganisationer.

8. Vidensdeling af erfaringer og resultater lokalt, regionalt og nationalt

Udviklingshospitalet er ikke alene en række indsatser på Bornholms Hospital. Udviklingshospitalet er også et regionalt forsøg med nye styringsformer og med at implementere regionens politiske målsætninger "Patientens situation styrer forløbet" og "Høj faglig kvalitet" på en måde så erfaringerne kan deles.

Delingen af erfaringerne og de opnåede resultater er derfor en væsentlig leverance både til de ansatte på hospitalet og i regionen, de øvrige regionale aktører og til borgere og samarbejdspartnere.

Deling af viden blandt alle faggrupper på Bornholms Hospital

Indsatserne i udviklingshospitalet berører alle medarbejdere på hospitalet – men i varierende omfang. Hele personalegruppen inddrages gennem deltagelse i projektets governancestrukturer (styregruppe og advisory board), gennem temadage og via Virksomheds-MED. Alle skal have del i de resultater og erfaringer der opnås, og spredning og inddragelse af medarbejdere vil være en betydende aktivitet.

Deling og dialog med de øvrige hospitaler i regionen

En data- og resultatbaseret dialog om udviklingshospitalet med de øvrige hospitaler vil kvalificere og fremme aktiviteterne i indsatserne. Men dialogen kan også danne rammen for den bredere anvendelse af forsøgets resultater i arbejdet med styring og ledelse af hospitalerne. En kontinuerlig dialog og deling af erfaringer er afgørende for om resultaterne efterfølgende kan spredes til andre hospitaler.

Inddragelse af kommune, praksis og øvrige samarbejdspartnere

Flere af udviklingshospitalets indsatser involverer direkte det kommunale sundhedsvæsen og almen praksis. På et mere overordnet plan er det en del af spredningsaktiviteterne at sikre en løbende involvering af både Bornholms Regionskommune, almen praksis på Bornholm samt begges interesseorganisationer (KL, Lægeforeningen/PLO).

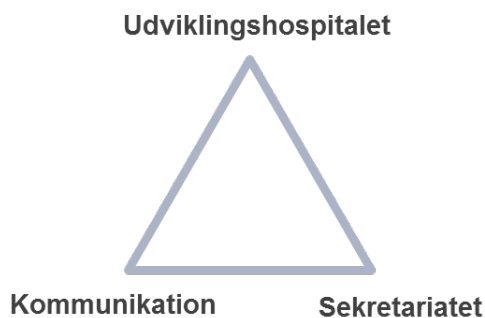
Meningsdanner i samfundet

Et menneskeligt sundhedsvæsen, der styrer efter værdi og sammenhæng for den enkelte patient er ikke et projekt, der kun lever i de professionelle miljøer eller organisationer. Det er et sundhedsvæsen der lever og udvikler sig i dialog med alle borgere. Det er derfor en central del i sprednings- og kommunikationsarbejdet at etablere en platform som regional og national meningsdanner i samfundet. En sådan positionering giver både mulighed for at udbrede budskaber, erkendelser og resultater og, måske vigtigst, at modtage reaktioner og input til de løbende udviklinger der sker i implementering af indsatserne.

Gennemførelse af sprednings- og formidlingsaktiviteter

Udviklingshospital Bornholm kommer til at levere vigtige erfaringer og resultater til brug for fremtidens sundhedsvæsen. En strategisk kommunikationsindsats skal sikre, at projektets erfaringer og resultater vil blive kommunikeret både regionalt, nationalt og internationalt. Dels så det danske sundhedsvæsen og borgere bredt i Danmark kan høste fordelene af projektet. Og dels for at profilere regionen og Udviklingshospital Bornholm som progressive aktører på sundhedsområdet, der tænker fremad på patientens vegne.

En kommunikationsstrategi vil ud fra visionen og målene definere de vigtigste interessenter og målgrupper, de bærende budskaber, og hvem der skal kommunikere hvilke budskaber. En tæt dialog mellem Bornholms Hospital, Center for Kommunikation og Sekretariatet vil sikre, at de gode historier og dagsordenssættende budskaber løbende identificeres i takt med, at projektets resultater foreligger.



De opnåede erfaringer og budskaber skabes mellem de kommunikationsfaglige resurser og udviklingshospitalet, og udførelsen sker i samarbejde med sekretariatet.

Det forventes, at en regionalt etableret formidlingsmæssig og grafisk ramme vil være fundamentet for spredningsaktiviteterne og, at der vil kobles eksterne formidlings- og forandringsledelseskompetencer til projektet.

Snitflader til regionens strategiske indsats Ventet & Velkommen

Indsatserne og intentionerne i regionens strategiske indsats Ventet & Velkommen understøtter på mange måder målene i Udviklingshospital Bornholm. I Ventet & Velkommen er der fokus på den patientoplevede kvalitet blandt andet i form af bedre skiltning med danske afdelingsnavne, bedre skriftlig patientinformation, frie besøgstider, bedre telefonbetjening, bedre fysisk indretning af venteområder og et forbedringsarbejde i forhold til hospitalernes servicekultur. Når det gælder Bornholms Hospital som forgangshospital for et mere menneskeligt sundhedsvæsen, er det derfor oplagt, at de mål og redskaber, der ligger i Ventet & Velkommen spiller sammen med de nye indsatser, der sættes i gang på BOH. Hospitalet er i Ventet & Velkommen udvalgt som foregangshospital for en bedre skiltning og vejvisning med

danske afdelingsnavne; en indsats, som udrulles i efteråret 2016. Ligeledes kan styrkelsen af en servicekultur understøtte den kulturændring, som hospitalet skal i gang med.

9. Evaluering

Projektet vil løbende blive monitoreret ud fra en kvantitativ metode med henblik på at sikre data til justering af initiativer og målopfyldelse. Monitoreringen vil desuden blive brugt til at holde direktion, styregruppe, administrativ referencegruppe og Advisory Board underrettet om projektets fremdrift og til opfyldelse af aftalte milepæle og leverancer.

Derudover tilknyttes en ekstern evaluator til projektet. I samarbejde med den eksterne evaluator udarbejdes et forskningsbaseret evalueringsdesign for hele projektet. Evalueringsdesignet skal omfatte en kvalitativ læringsevaluering, hvor der indgår en løbende, kvalitativ vurdering af projektet, er fokus på den opnåede læring og evt. afledte effekter, som kan være til gavn for patienterne. Der skal desuden indgå en vurdering af det generiske aspekt i projektet.

Evalueringsdesignet skal som minimum indeholde to delleverancer i form af en midtvejsevaluering og en slutevaluering. Projektteamet afholder løbende møder med evaluator for at følge den løbende, kvalitative evaluering. Styregruppen godkender det endelige evalueringsdesign ultimo 2016.

Evalueringerne vil blive drøftet med direktion, styregruppe, administrativ referencegruppe, og Advisory Board samt blive fremlagt for IT- og afbureaukratiseringsudvalget, Sundhedsudvalget, Forretningsudvalget og Regionsrådet.

Evaluators beskrivelse af evalueringsopgaven fremgår af særskilt bilag.

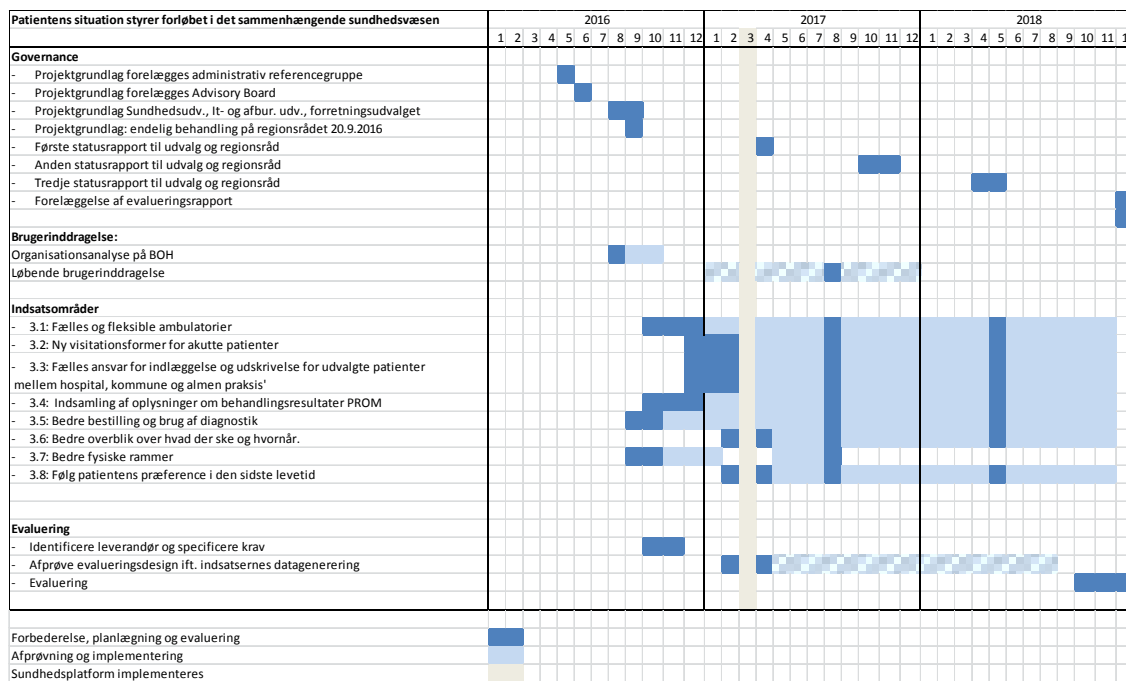
10. Tidsplan

Udviklingshospitalets indsatser i nærværende projektgrundlag behandles på

- | | |
|---------------------------------------|--------------------|
| • Sundhedsudvalget | 30. august 2016 |
| • It- og afbureaukratiseringsudvalget | 6. september 2016 |
| • Forretningsudvalget | 13. september 2016 |
| • Regionsrådet | 20. september 2016 |

Det betyder at indsatserne startes formelt d. 21. september 2016 og afrapporteres ultimo 2018. De politiske udvalg og regionsrådet orienteres tillige med halvårslige statusrapporter.

Tidsplanen for projektets governance, herunder politiske statusrapporteringer samt sporenes overordnede tidsplan visualiseres i figuren nedenfor. Hvert projekt vil udarbejde en konkret tidsplan med leverancedatoer som forelægges styregruppen.



11. Økonomi og budget

Projektet med tilhørende evaluering og udbredelsesindsats vil have en økonomi på 4,7 mio. kr. i 2016, 7,75 mio. kr. i 2017 og 8,65 mio. kr. i 2018. Økonomien til de enkelte aktiviteter fremgår af tabellen nedenfor.

Aktivitet		2016	2017	2018
Allerede vedtaget	Projektorganisation BOH	1,5	1,5	
Projekttaktiviteter	Forlængelse af projektorganisationen på BOH			1,5
	Evaluering og udbredelse til de andre hospitaler	2	2	3
	Internationalt samarbejde, advisory board og seminarer mm.	0,6	1,1	1,1
	Brugerinddragelse	0,3	0,7	0,7
	Delprojekter	1,8	3,95	2,35
Heraf	Fysisk udtryk	0,2	0,3	0,2
	Tværasektorielt samarbejde	0,5	0,8	0,8
	Vidensdeling og formidling	0,2	0,6	0,7
	Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse	0,2	0,4	0,15
	Fælles og fleksible ambulatorier	0,3	0,5	0,2
	Diagnostik bedre brug	0,2	0,7	0,2
	Klar plan for dit forløb	0,2	0,4	0,1
	Fokus på data		0,25	
	I alt	4,7	7,75	8,65

Referencer

- [1] <https://www.regionh.dk/fcfs/publikationer/nyhedsbreve/Sider/April%202015/De-dyreste-borgere-med-kronisk-sygdom-.aspx>
- [2] Sundhedsdatastyrelsen. Store udgifter forbundet med multisygdom. 2015, samt Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed. Sundhedsprofil 2013.
- [3] National Survey on Justification of CT-examinations in Sweden. Swedish Radiation Safety Authority. 2009.
- [4]. Boyd CM, Fortin M. Future of Multimorbidity Research: How Should Understanding of Multimorbidity Inform Health system Design? Public Health Reviews. 2010. p. 451-74.
- [5] Heyland DK, Barwich D, Pichora D, et al. Failure to engage hospitalized elderly patients and their families in advance care planning. JAMA Internal Medicine. 2013;173(9):778-787



**Bornholms
Hospital**



**Region
Hovedstaden**

www.bornholmshospital.dk
www.regionh.dk

18/12 Region Design designregionh.dk



National Health Care Institute

National Health Care Institute: benefits package and healthcare quality

Diana Delnoij
May 2016



National Health Care Institute: Benefits Package

<https://youtu.be/ks6uvrQzegM>

- Basic benefits package should cover care that is
 - necessary and effective
 - accessible
 - affordable
- National Health Care Institute
 - clarifies whether (new) treatments are sufficiently effective to include them in the basic package
 - advises Minister of Public Health, Welfare and Sport about
 - › basic health care package's contents
 - › entire health care system



National Health Care Institute: Quality

Tasks:

- Encourage and support health care parties to develop quality standards, such as guidelines, and relevant measuring instruments, such as indicators;
 - If necessary, take over this development
- Encourage health care parties to comply with these standards, to use 'good practices' and to innovate
- Provide insight into the quality of care by collecting and publishing quality information



Health Care Quality: things we do (1)

- Compiling overview of quality standards and indicatorsre standards
- Assessing quality standards and indicators by applying process criteria, e.g.
 - Were all relevant parties, including the patient or client, involved in drawing up the standard?
 - Is a patient version of the standard available?
- If criteria are fulfilled: include standard/indicator in special Register



Health Care Quality: things we do (2)

- Care-providers measure the outcomes of care, based on quality standards. We determine:
 - which data should be made public
 - how often and on which level of aggregation
- Health Care Quality programme publishes quality information
 - public database
 - kiesBeter.nl



Why a governmental body? What was the problem?



Professionals have developed over 1200 guidelines, however:

- Most guidelines do not take multimorbidity into account;
- Only a minority include a patient version;
- Patients are involved, but little evidence on effective participation
- In longterm care guideline development lags behind;
- Guidelines and indicators are often developed and used separately;
- Publicly disclosed quality information is not based on clinical registries, hampering cyclical quality improvement;
- Quality indicators are about structure/process, not about added value for the patient;
- There is a problem with guideline adherence and patient compliance;
- There is hardly any evidence on how to improve successfully;



What do we need?

Development of quality standards & indicators:

- From the perspective of patients' multiple needs (rather than doctors' single diagnoses);
- Following the patients through the system (integrated care);
- Focussed on measuring added value, processes and outcomes that are relevant for patients;
- Based on evidence with respect to effectiveness, safety, patient-centeredness and efficiency

And:

- Further research on the persisting problems of implementation and improvement.



How do we get there? (1)

We use our legal instruments:

- 1. Prioritization** of the development of quality standards;
- 2. Assessment** of quality standards & indicators and underlying measuring instruments;
- 3. National register and quality library** of quality standards & indicators;
- 4. Public disclosure of quality information** based on indicators that meet the assessment criteria.



Prioritization

Topics in 2015-2016

Transparency in healthcare

- Minister of Health has declared 2015 to be the 'Year of Transparency'
- National Health Care Institute determines quality indicators to be made public

Shared decisionmaking in primary care

- Programme to stimulate and enhance SDM and use of decision aids

Quality of intensive care

- Intensive care doctors were unable to agree on a newly developed guideline; National Health Care Institute takes over

Quality of obstetric care

- Midwives and obstetricians have failed to reach agreement on a newly developed guideline; National Health Care Institute takes over

Quality of nursing home care

- Topic is high on political agenda after extensive media coverage in november 2014



Assessment of standards & indicators

<https://youtu.be/zAT-yS4k6No>

Criteria for quality standards e.g.:

- Involvement of relevant stakeholders (patients, providers and third-party payers);
- Based on AGREE;
- Availability of a patient version.
- Information standard: <https://youtu.be/WvvYxBz9EQU>

Criteria for indicators & measuring instruments e.g.:

- Validity, reliability, discriminatory power.
- Clear instructions regarding registration of data, preferably in registries



Public disclosure on consumer website

<https://youtu.be/Rn7SRz19H9k>

Quality information presented in context:

- What is/are your health problem(s)
- Which kind of treatment or care options are available?
- What are pros and cons of these options?
- Who provides this treatment or care?
- Where can you find these providers and what is their quality?

www.kiesbeter.nl



How do we get there? (2)

Apart from our legal tools, we use a number of other instruments to promote the delivery of good care, e.g.:

- R&D, in close cooperation with academic institutions
- Organisation of and participation in conferences, workshops etc.
- 'Soft' tools such as roundtables:

https://youtu.be/0ICdvTHNIGw?list=PLjgkYtbqpRSusYEQ_Ik0RTZmptNje6upr



Thank you for your attention



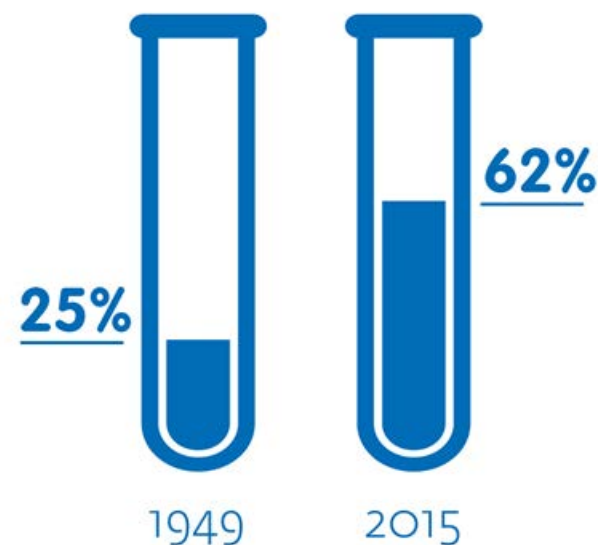


Dutch Cancer Society (KWF Kankerbestrijding)

19th of May 2016

The Dutch Cancer Society is needed

Average five-year survival rate



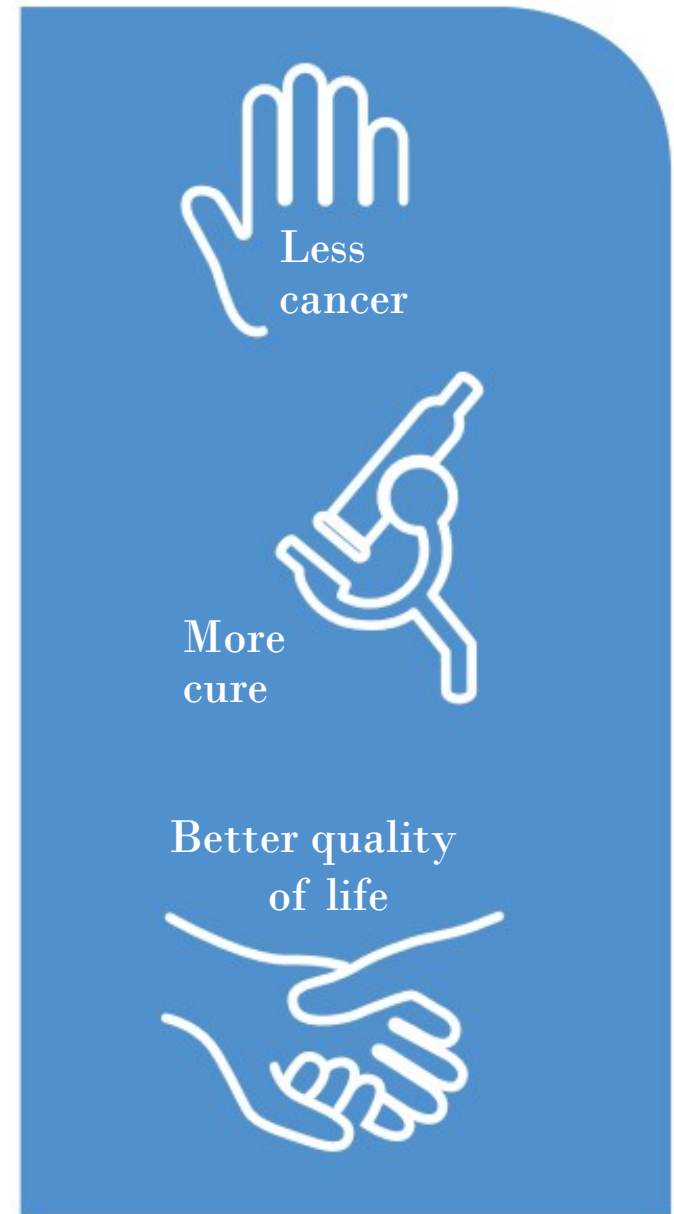
Who are we?

Dutch Cancer Society (KWF Kankerbestrijding)

- Founded in 1949
- At the initiative of Queen Wilhelmina
- Princess Beatrix is the patroness
- 100,000 volunteers
- 1,000 researchers
- 1,000,000 donors
- 200 staff members

Our mission

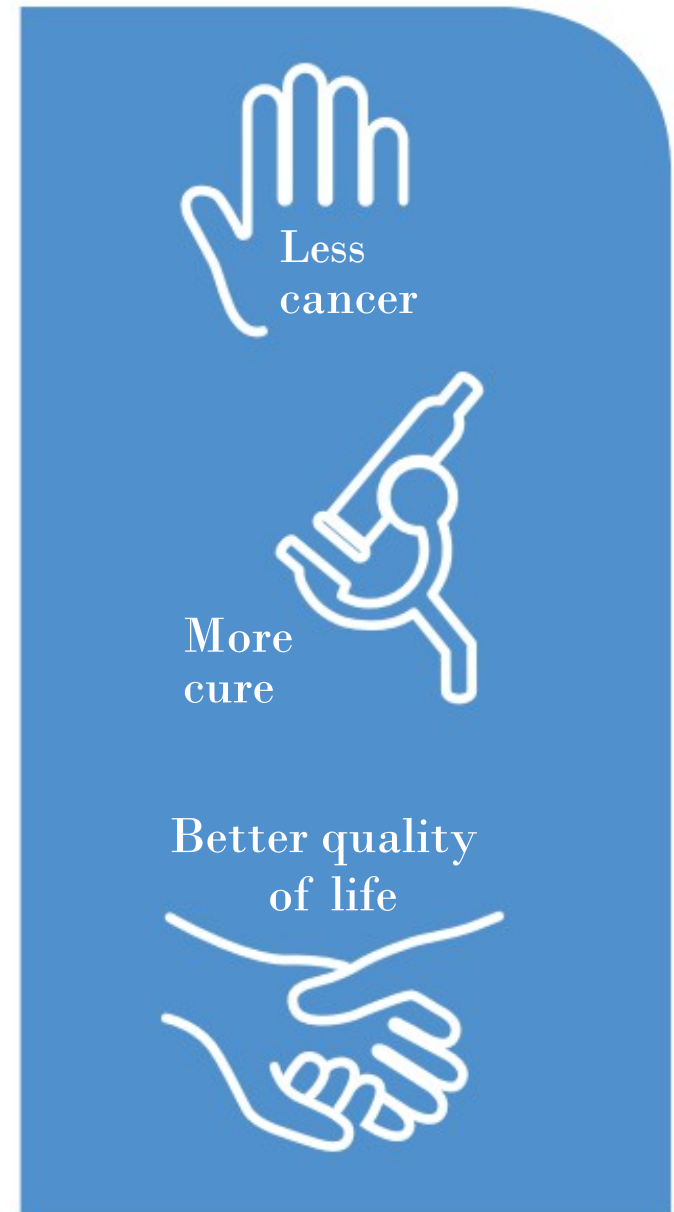
The Dutch Cancer Society is working to create a world in which nobody dies from cancer ever again.



What we do

- Funding and facilitating scientific research
- Influencing policy
- Sharing knowledge about cancer and its treatment

To make this possible, we raise funds and collaborate with other parties involved in cancer control, both here in the Netherlands and elsewhere.



Less cancer

- Eradicating smoking in the Netherlands
- Protection against UV radiation
- Prevent recurrence
- Early diagnosis



More cure

- Early diagnosis
- Improve treatment and access to treatment
- Using research results to treat patients as quickly as possible



Better quality of life

- Research into the effects of the disease and its treatment
- Make effective interventions available to patients
- Providing reliable and up-to-date information about the disease and its treatment

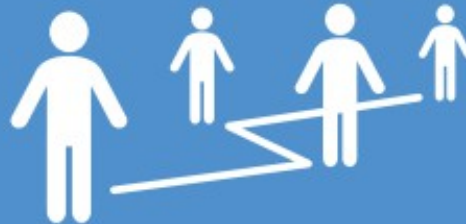


How we fulfil our mission

Three strategic instruments



Funding and
facilitating
cancer research



Influencing policy



Sharing
knowledge



Funding and facilitating cancer research

The Dutch Cancer Society is moving away from a funding role to become a facilitator of, and investor in, cancer research.

The Dutch Cancer Society funds half of all cancer research projects in the Netherlands

- Each year, the Dutch Cancer Society gives grants to over 100 research projects
- Total portfolio: over 450 ongoing studies



Thanks to years of scientific research:

- Our understanding of how cancer arises and of how it can be prevented is constantly improving
- Cancer can be detected earlier
- Treatments are better targeted, more effective and less stressful
- Quality of life for patients (and former patients) has improved
- Survival rates have increased

Research

Research is assessed in terms of:

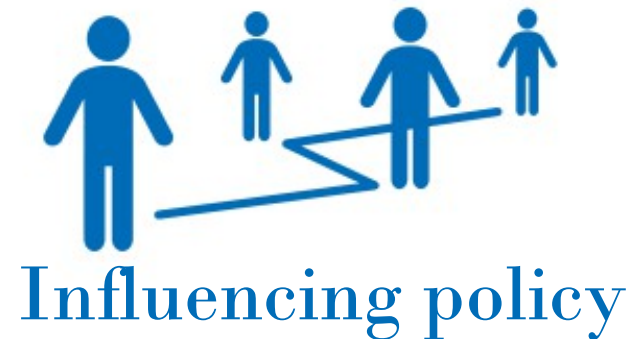
- Scientific quality

In addition to:

- Contribution to our mission (more, less, better)
- Embedding development translational research
(translation from research result to patient treatment)
- Partnerships

Influencing policy

The Dutch Cancer Society
uses its position and network
to influence the policies of
Government and relevant
organizations



- Tobacco Control
- implementation of research results
- psychosocial care

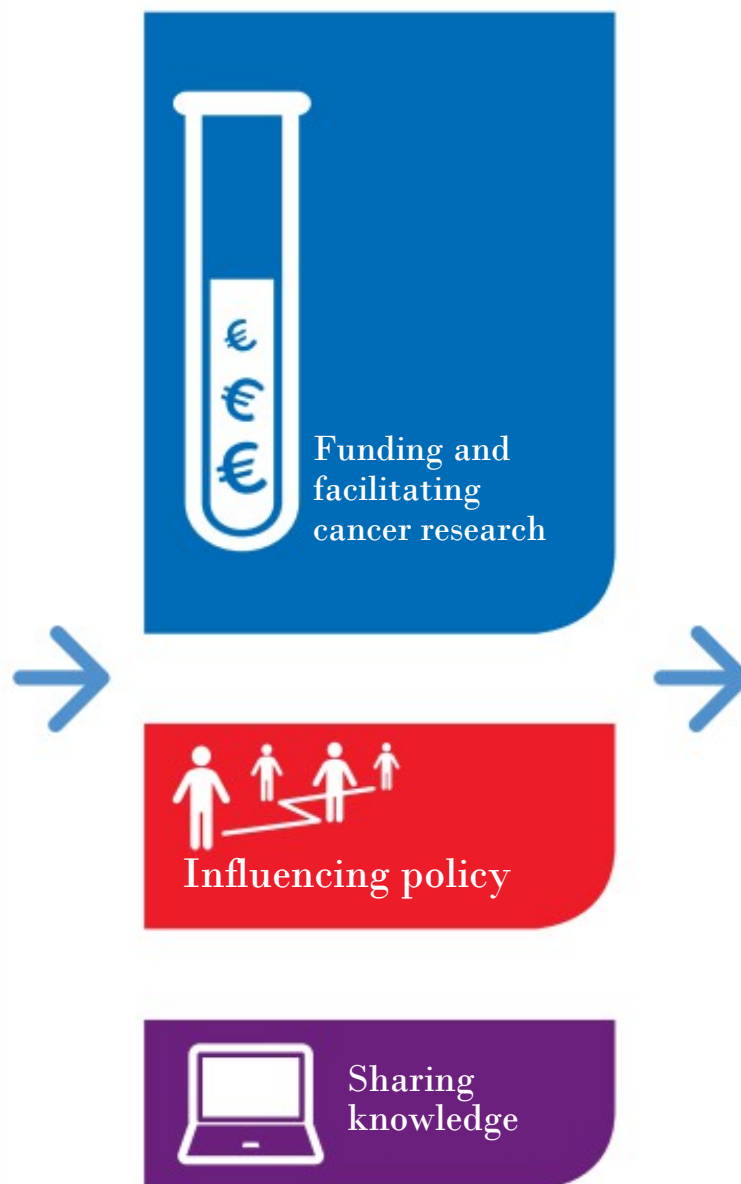
Sharing knowledge

Kanker.nl, accessible
information tailored to
patients, relatives and
their friends



Sharing
knowledge

Using funds
to achieve the
Dutch Cancer
Society's
mission goals.



Less
cancer

More
cure

Better quality
of life

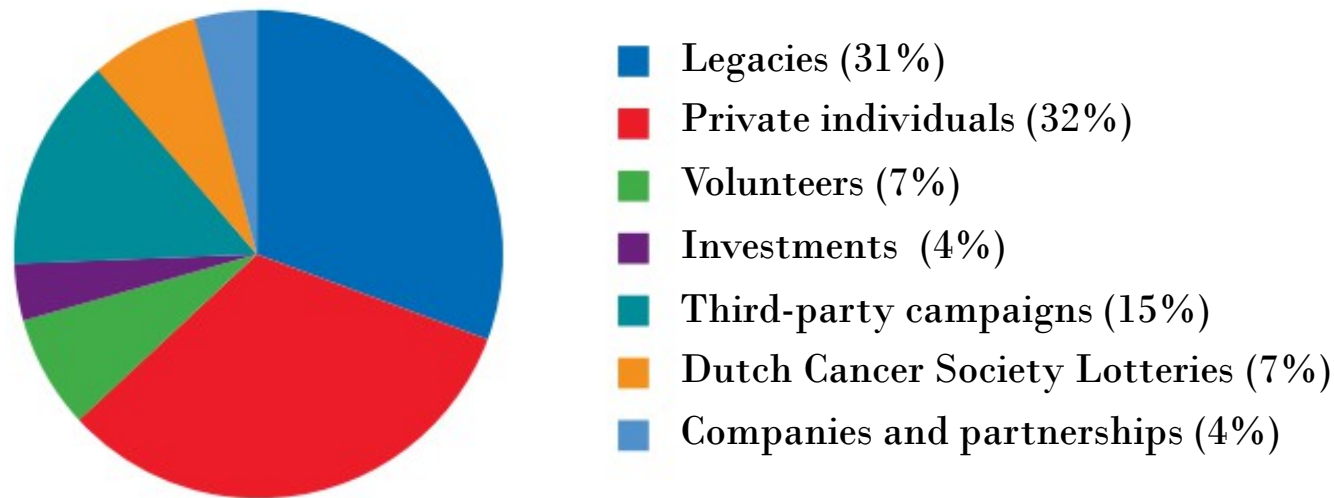


Fundraising and obtaining time



Where does the income come from?

- Annual revenue in excess of €130 million (no government subsidy)



In partnership with patients

- Formally involve patients
- Patients Advisory Committee
- Levenmetkanker (living with cancer) movement
- Kanker.nl

• Definition and arguments

Patients being actively involved, and having influence, in decision-making processes in health research, policy and care

Three arguments:

1. Patients are end-users of health-related decisions, and therefore have the right to be involved
2. Patients have specific experiential knowledge that complements scientific knowledge
3. The legitimacy of health-related decisions increases when patients are involved

• Scope



Financieren en
faciliteren van
Onderzoek



Beïnvloeden
van Beleid



Delen
van Kennis

Financing and facilitating research

Influencing policy

Sharing knowledge

• Scope



Financieren en
faciliteren van
Onderzoek



Beïnvloeden
van Beleid



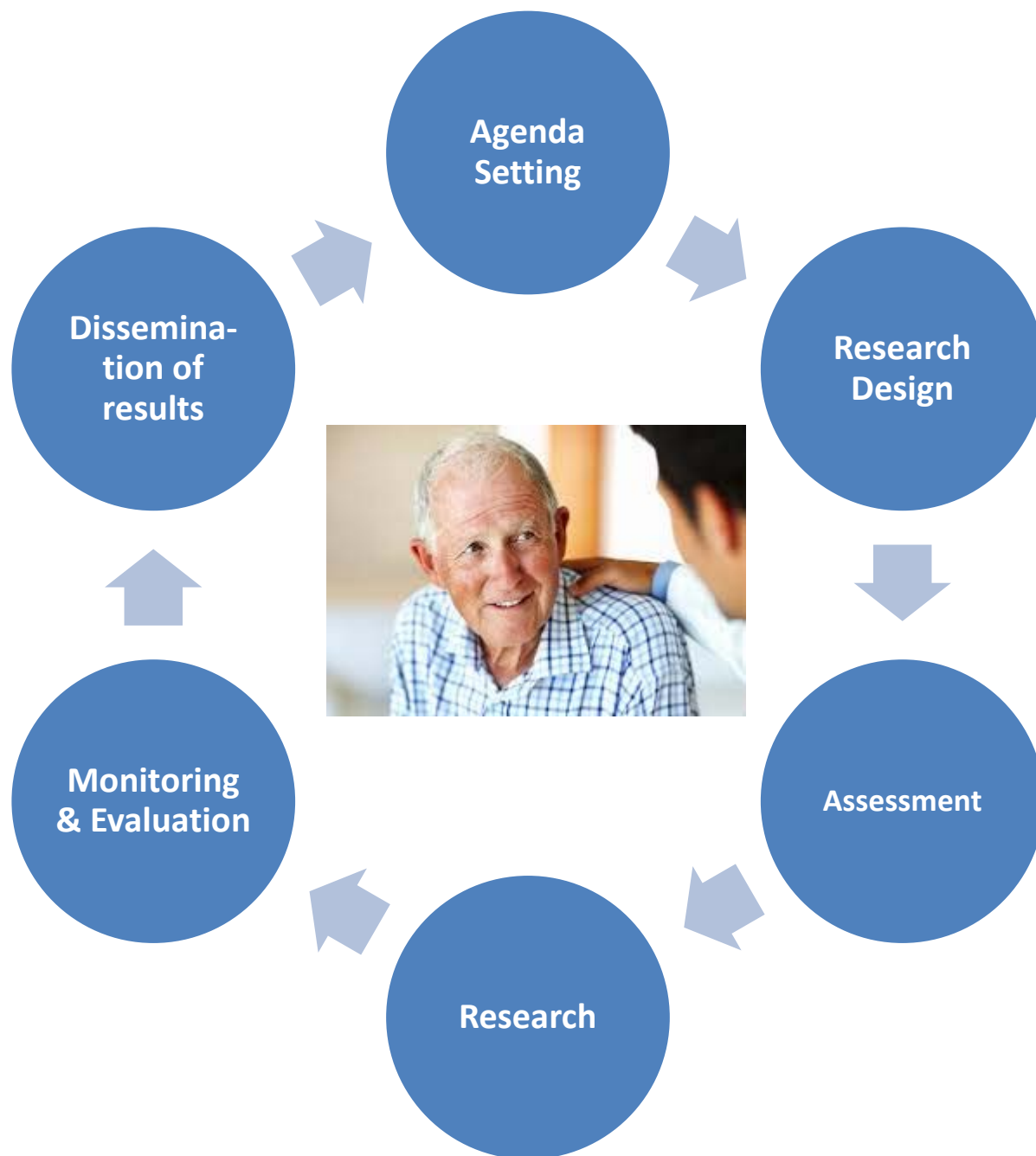
Delen
van Kennis

Financing and facilitating research

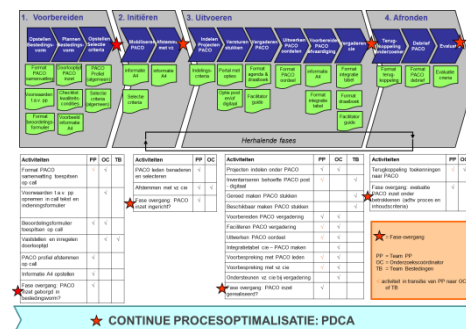
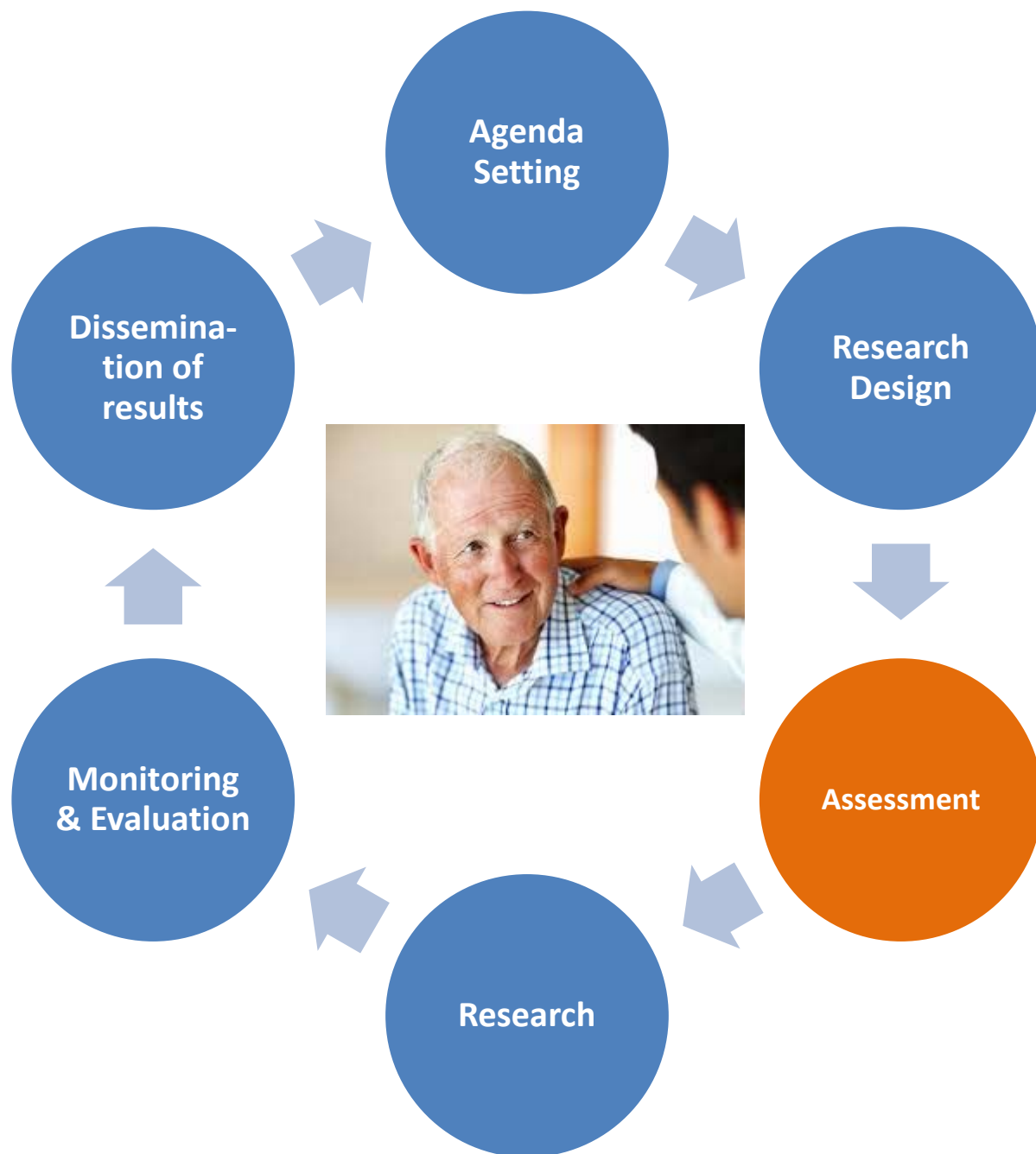
Influencing policy

Sharing knowledge

Patient participation in research



Patient participation in research



★ CONTINUE PROCESOPTIMALISATIE: PDCA

Ambition

KWF has the ambition to translate results from scientific research **faster and more frequently** into practical applications for patients and the general public.



KWF Programme

Research & Implementation



Funding

KWF offers flexibility within different types of funding



Reviewing

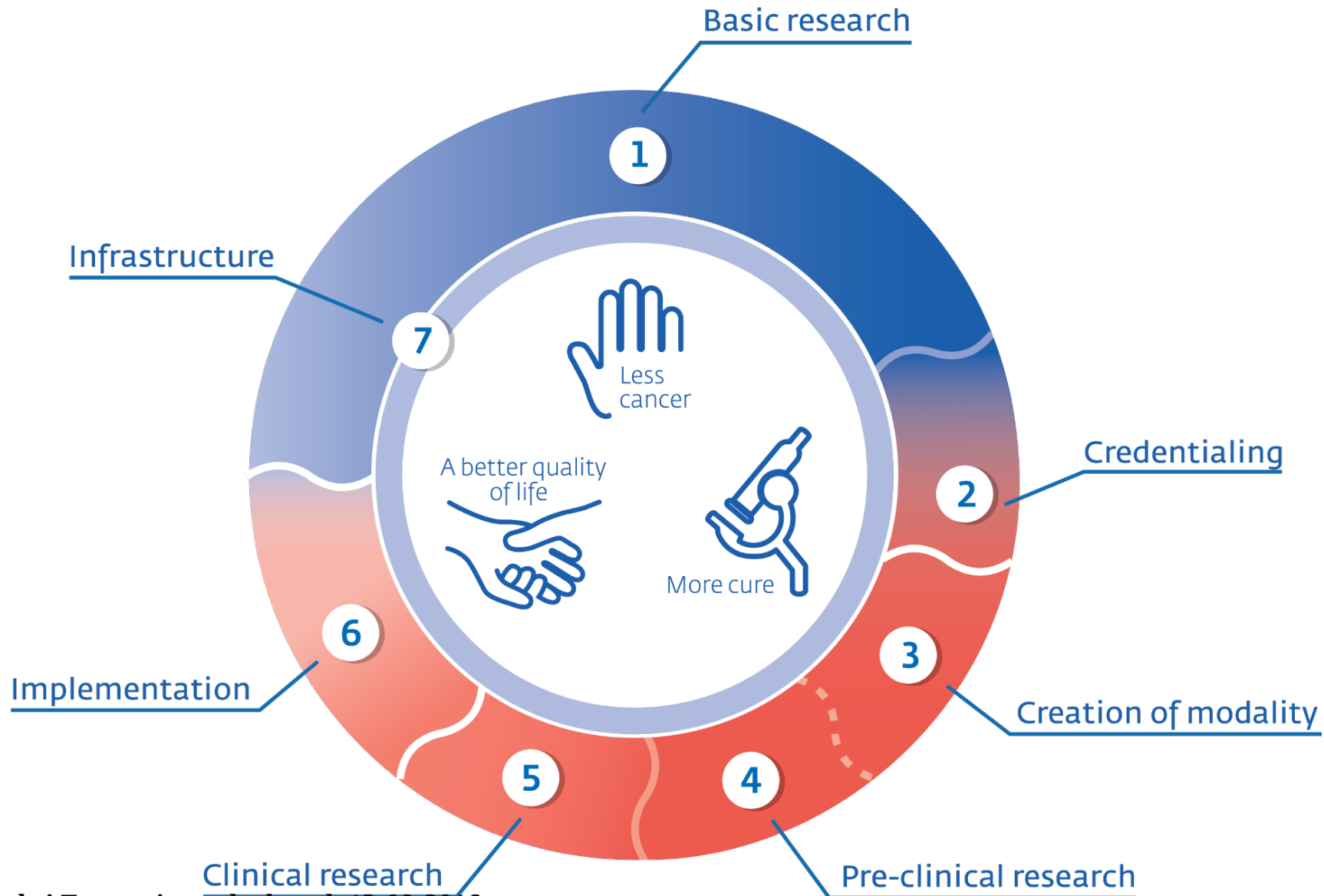
KWF uses three criteria:
Scientific quality
Feasibility
Relevance



Operating

KWF facilitates collaboration and dialogue with and between researchers and other (commercial) parties and patients

From Basic Research to Implementation



• Patient Advisory Committee (PACO)

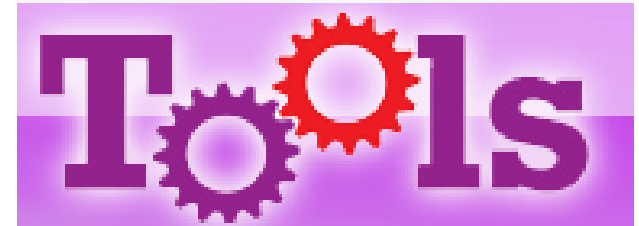
- Founded in 2011
- 40 members recruited based on profile
- Recruitment together with patient organisations, and through DCS social media
- Technical training in assessing research proposals



• Training for patients

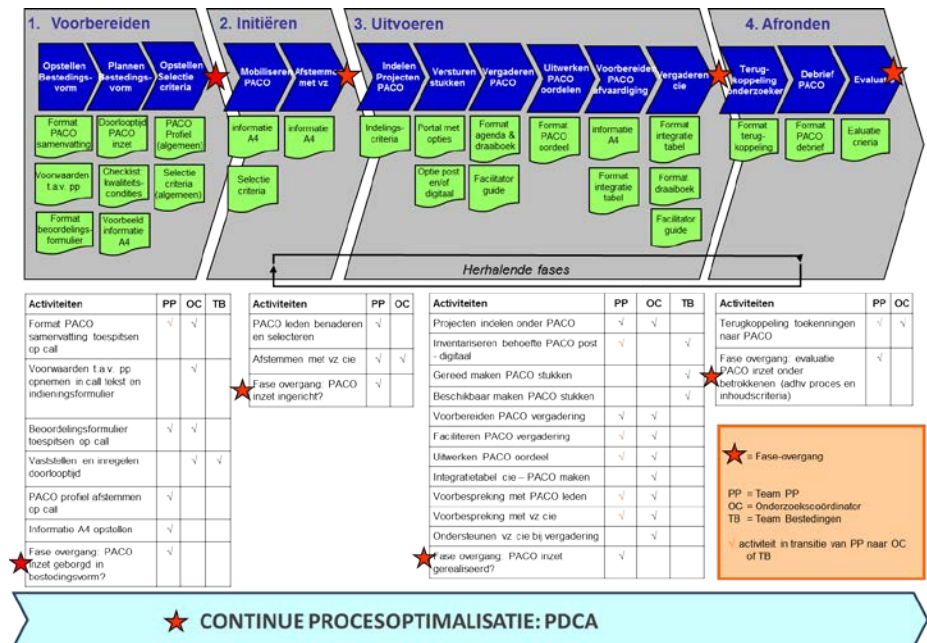
1 training day:

- Introduction to DCS
- Explanation of their role as advisor
- Introduction to the DCS finance structure and assessment procedure
- In depth reflection on PACO assessment form
- Practice in groups with case study

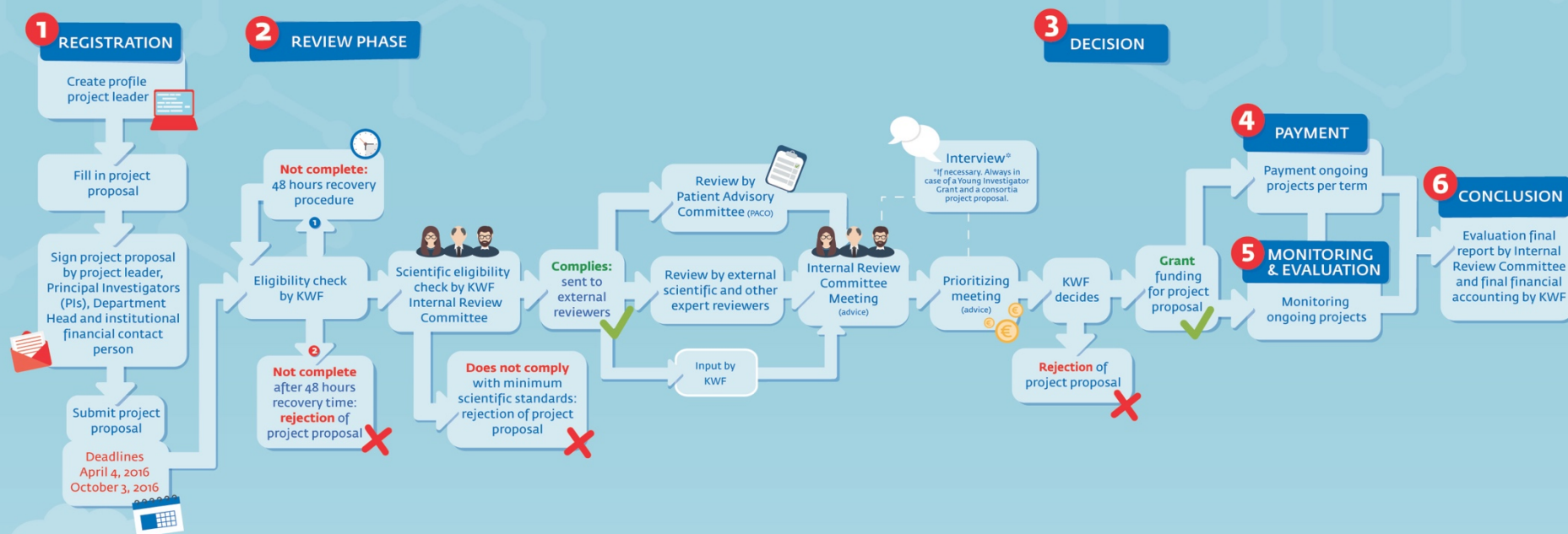


Blueprint patient participation

- Focus: PP in assessing research proposals
- Methodology developed based on 8 pilot projects → PDCA approach
- Dialogue model
- Describes proces steps, supporting templates, and activities
- Serves as a guide for DCS employees



FROM REGISTRATION TO CONCLUSION



We're getting there together



Pitfalls and challenges

- Not engrained in researchers DNA to actively engage patients at an early stage
- Commitment of scientific advisory board
- The holy grail does not exist
- Proto-professionalisation
- Representativeness
- Realising dialogue



Together we
can beat
cancer sooner

1, We are interested in your initiatives concerning patient involvement in general.

- Better quality of life: patients need research, focus group patients. The health facility isn't going to the patients enough.
- Better quality of life board submit 2 patients. Advice for strategy, stakeholders, research

2, How do you support patients in involving in their own care? Collective.

- Oncokompas.nl/kanker.nl (supporting self-management)

3, Do you have any specific initiatives related to shared decision making between patients and healthcare professionals?

- With the KPO's it's available, financed by KWF. Example video dairy on kanker.nl.
- LUMC supporting shared decision making. Within our patients need research one of the outcomes about shared decision making isn't needed.

4, What are the barriers to patient involvement in the Netherlands?

- (systemic) attitude and mindshift by doctors, researchers, pharmaceutical companies, charities (it starts with the patient!)
- PP is still viewed as an additional step in an already lengthy process of drug development
- The dutch academic system is based on personal merit (4 years for researchers)
- The holy grail does not exist, so PP needs to be incrementally developed, tested, applied – this takes time

5, How do you work to overcome those barriers?

- PP is a key theme in DCS's mission statement 2015 – 2019
- 3 FTE and budget allocated
- Recruiting and training 60+ patients for assesment of research (primarily)< policy influencing
- Patient sounding board for testing 'quality of life' outcomes of market research study among 1400 patients (patient needs & patient information needs)

6, Do the hospitals involve patients on the organizational level?

- Yes, patient boards are up and coming, but are not yet a fully included and operational part of the organisation. Trial and error and in development.

7, In user groups or similar?

- Similar story – sometimes patients included

8, Are there any specific areas where the patients are invited to participate?

- Cancer research
- Strategy for team better quality of life

9, Your study on quality of life sound very interesting. Do you work with patient reported outcomes measures?

- KWF doesn't.
- IKNL/ Lonneke vd Pol

10, And if so, which instruments do you use?

11, And how and for what do you use the data?



Planetree in the Spaarne Gasthuis

Center for Patient Experience and Evaluation
Denmark on May 20, 2016

Spaarne  Gasthuis

The 12 Planetree components

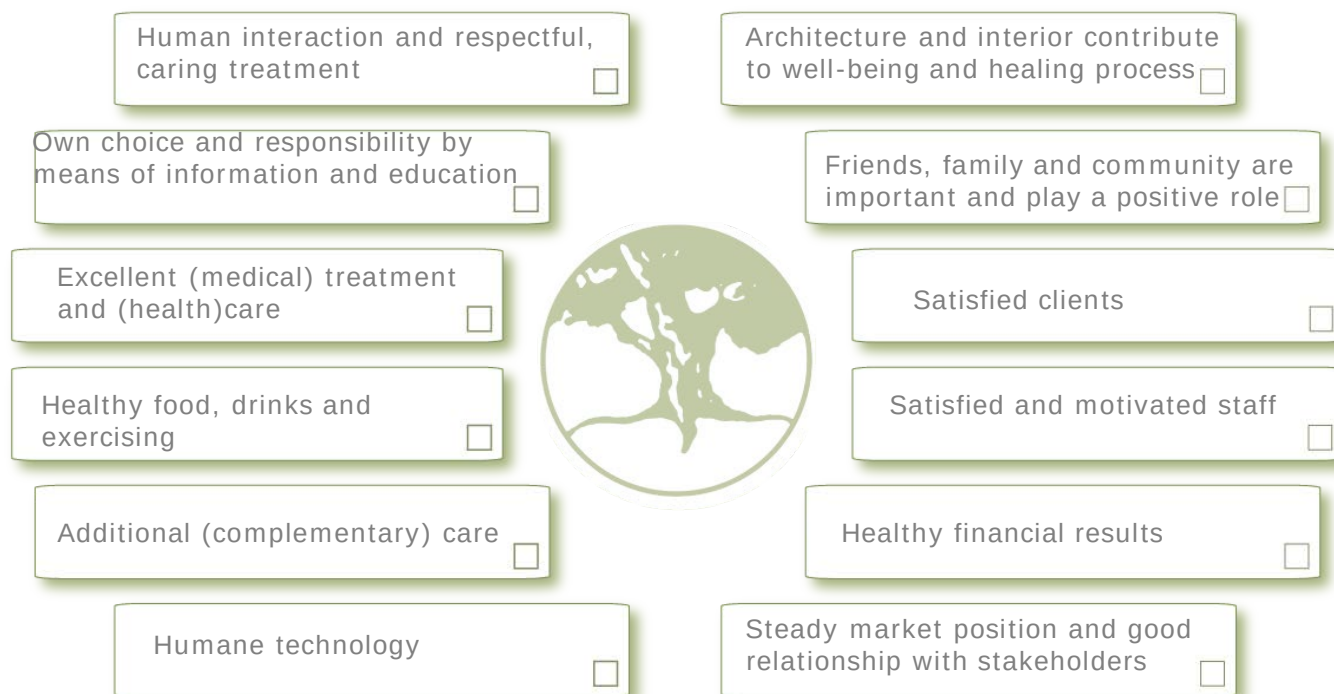


The rotor in the middle symbolises the consistency of the model



Planetree components

Implementable in direct actions as well as the organisation overall





How to engage Staff?

Impression participation Planetree International Conference 2011



top down and bottom up

TIME SCHEDULE



maand 1-3
-Deelnemen aan netwerk
-Inbedden in organisatie
-coördinator
-regiegroep
-aansluiting met missie en bestaande initiatieven
-kennismaking en dialoog
leiding en organisatie over mensgerichte zorg

maand 3-5
-Focusgroepen
-Plan MT
-Train de trainer/begeleider
-Communicatie met organisatie
-Initiatieven uit organisatie bekrachtigen

maand 5-18
-Opleiding >85% medewerkers
-Opstarten Planetree teams
-Bestaande projecten verrijken
-Nieuwe/eigen vormen
-Planetree op teamagenda
-Aansluiten op lijn/jaarcyclus
-Integratie P&O beleid, pop's, selectie en opleiding
-Eerste resultaten zichtbaar maken en vieren
-Planetree doelen en criteria gebruiken voor focus en concretisering

Maand 18-...
-Voortgangsfocusgroepen
-Opleiding level 2 of 3
-Lijn-aandachtsvelder-trainer
-Goede praktijken benutten
-Innovatief zichtbaar blijven maken van initiatieven en effecten en waarderen
-Samenhang bewaken
-Streng tegen niet-dienstbare houding en gedrag
-Aansluiting motiverende PI's
-Externe communicatie
-Gaan voor kwaliteitslabel?

Top down

Choice for Planetree:

- has been made by the Board of Directors

Health care concept Planetree

- supports the previous vision of the Spaarne Hospital *“human-centered care”* or *“patient is top of our concern”*
- seamlessly connects to the current vision of the Spaarne Gasthuis *“hospitality”*
- All staff is obliged to follow the Planetree Experience Training



Bottom up

➤ Lobby- and information sessions

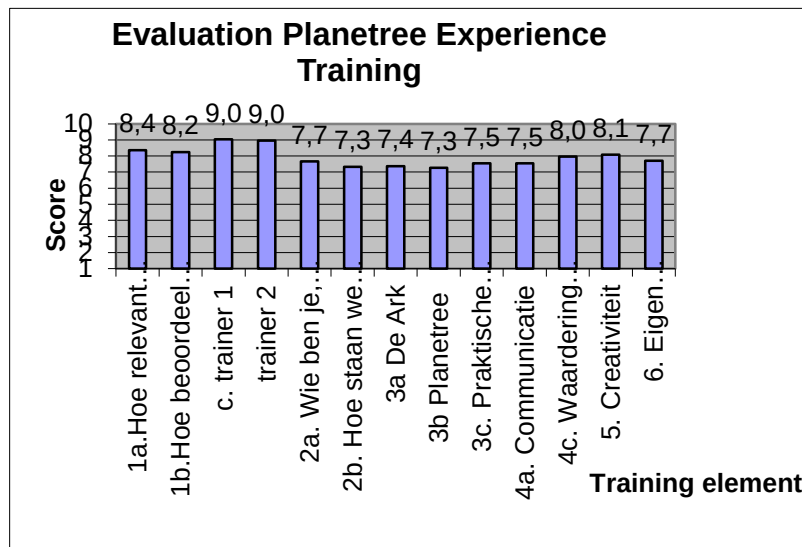
3 sessions in total for all staff
on voluntary basis

➤ Planetree Experience Training Staff

mandatory training

so far in total over 1.700 employees are trained

selection of trainers: cross section of the entire organisation (consisting of heads clinical- and outpatient wards, advisors Spaarne Academy and staff support services)



First group of trainers;
Constant average rating: 9

HOW TO KEEP THE MOMENTUM

Embedded within the organisation in PLATFORM NETWORK PLANETREE



45 Planetree ambassadors throughout the Spaarne Gasthuis, location Hoofddorp (ambassadors location Haarlem will join in, once the Planetree Experience Trainings have started over there)

- ✓inspired in their work
- ✓involved in the organisation

scattered across:

- clinical wards
- out patients wards
- supporting services

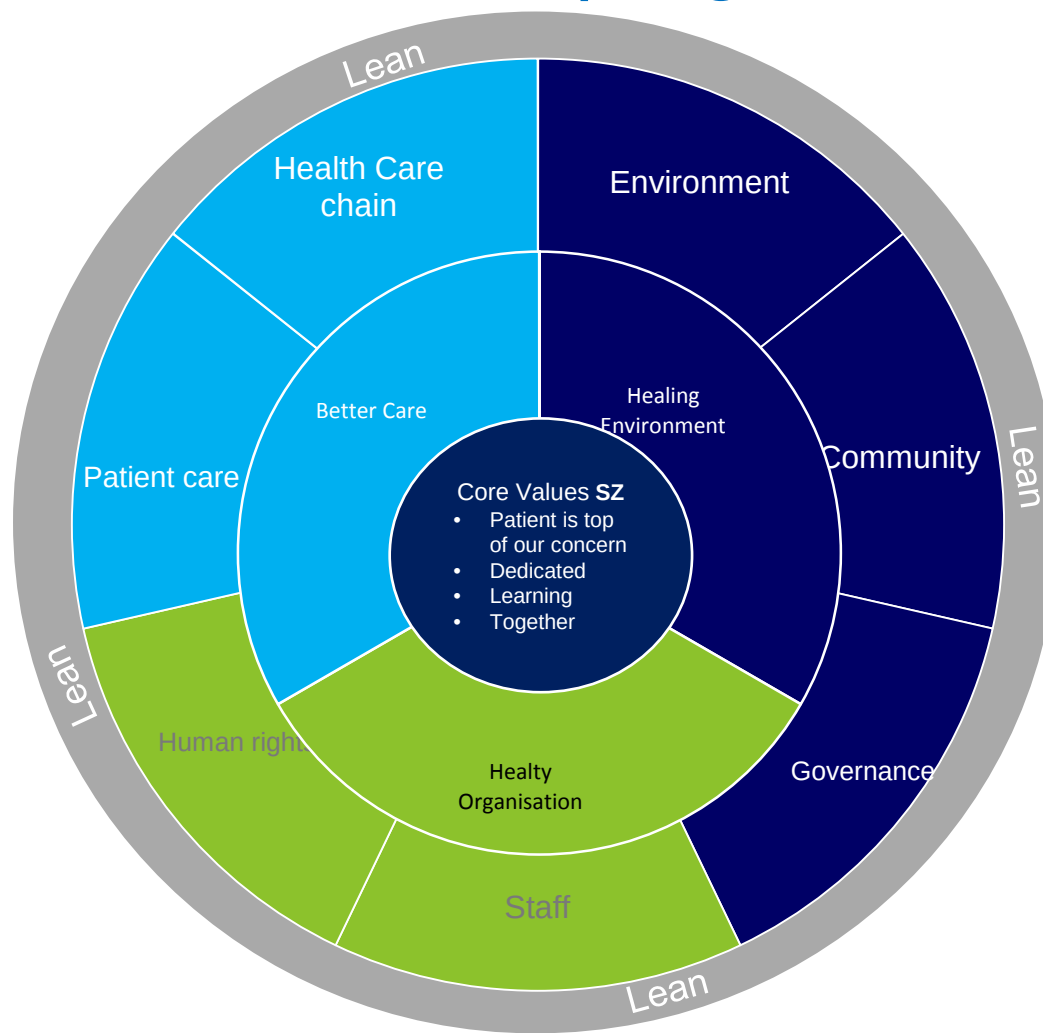
Frequency of meetings: every 8 weeks

Introduction day new employees once every two months

- ✓ general Planetree information and experience session (1,5 hour)



Connection Vision/programmes



Engaging families and healthcare partner programmes

For instance in concern to Oncology:

➤ Close collaboration with

Anthoni van Leeuwenhoek Hospital (radiotherapy)

➤ humane technology

Adamas walk-in consultation services for cancer patients and their families

➤ volunteers

Stichting "Vrienden van het Spaarne Gasthuis" (friends and sponsors)

"Carpe Diem"; complementary day for those touched by cancer (patient and a friend or family member)

Overall examples:

- Patient Portal "Mijnspaarnegasthuis.nl"
- Participation in HOPE European Exchange Programme for managers and talented young professionals
- Family Day clinical ward cardiology
- Rooming in children's ward/gynaecology
- Expanded visiting hours
- Spaarne Spa, hand massage (external volunteers)



Engaging patients on an organisational level

Overall:

- Board meetings with CAR (Client Advisory Board)
- Input patients by means of PTO's (patient satisfaction survey)
- Input staff and patients in relation to the design of:
 - *Hospital rooms*
 - *Palliative rooms*
 - *Family rooms*
 - *Waiting areas*

In relation to Oncology Centre

- ✓ Involvement stakeholders: input in the building and design of the centre by:
 - *Architects*
 - *AvL (Antoni van Leeuwenhoek Hospital)*
 - *Staff Spaarne Gasthuis (including doctors)*
 - *CAR (Client Advisory Board)*
 - *Oncology patients*

Training of Staff

In relation to Planetree for example:

- Planetree Experience Training
- HIC training (feedback training)
- Training “dealing with complaints”

Further use of Planetree in a merger, EBP and Epic (starting points)

Pillar healthy organisation

Merger: Employees work in a positive environment with clear answers, value, support, personal development, interest in the client as a person, team spirit and good communication. Planetree improves recruitment and retention of professionals and motivates staff.

Ebp: The (medical) care quality and safety is important for any Planetree organisation: up-to-date scientific knowledge, skills and expertise of staff and technological and logistical developments contribute to recovery, safety and/or welfare of the client.

Pillar better care

EPIC: processes are organised around clients.



Engagement physicians

At the beginning most physicians were reluctant to Planetree

Reversal came:

- When staff implemented the tools given to them during the Planetree Experience Training in the workplace (own circle of influence)

Planetree training physicians

- 3 hours customised training on voluntary basis
- training was provided by Jim v.d. Beuken (founder Planetree Nederland) assisted by one of our own Planetree trainers
- 75 doctors in Hoofddorp currently are Planetree trained

Spirit of Planetree Award

Winner Planetree Award

- 2012 Mijnsparne.nl
- 2013 EPIC Anesthesia
- 2015 Gentle Sectio

Nominations 2014

- Oncology Centre
- Community Hospital

Nominations 2015

- Food and Drinks
- Redesigned patients' rooms

Nominations 2016

- Seize the Day (“Carpe Diem”); complementary day for those touched by cancer (patient accompanied by a friend or family member)
- Hope Exchange Programme; participation in a European exchange programme for talented managers and young professionals with leadership responsibilities within healthcare



Impact Planetree SZ

2009 - 2014

➤ *Zorgkaart Nederland*

starting point 2011: tight 6



8.4 (now)

2015: 4th place ranking most patient friendly hospital in the Netherlands



➤ *Employee satisfaction*

starting point 2011: tight 6



8.0 (now)



➤ *Nomination best employers The Netherlands*

within top 20

➤ High valuation hospital equation Elsevier Magazine on patient focus

➤ Location Hoofddorp: Planetree label worthy according to last focus group interviews and Planetree Nederland

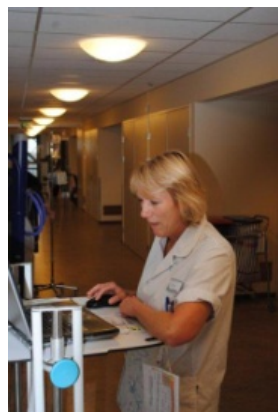


Spaarne  Gasthuis

Better Care



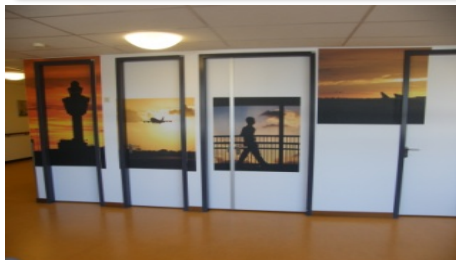
'If it is in the interest of the patient'



Healing Environment



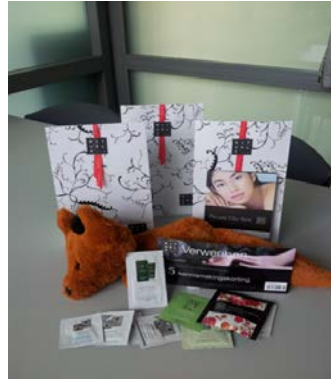
Healing Environment



Punkt nr. 19 - Sundhedsudvalgets studietur til Holland - regnskab og fagligt udbytte

Bilag 3 - Side -19 af 21

Healthy Organisation



Møde i Forretningsudvalget d. 13-09-2016

Spaarne Gasthuis



Involvement of volunteers

Activities:

- transporting patients, giving directions and accompanying them
- paying extra attention to patients for instance: chatting, strolling, playing games, running errands, attending to brought-in flowers, assisting with feeding
- providing coffee/tea and snacks for patients and visitors
- delivering patients' mail
- assisting the pastors by inviting patients to the church service, transporting and accompanying them
- Spaarne Wellness: providing hand massages for patients (selective group of 21 volunteers (physiotherapists, masseurs) whom have had special training in hand massages, social skills etc.

Evaluation

- Implementation and philosophy Planetree has significantly contributed to patient-centered care in Spaarne Gasthuis
- Transition has been made from “wishing” into “doing”



My Chart in het Spaarne Gasthuis

Vilkommen til Spaarne Hospital
vi forsøger at hurtigt at gå videre til det
engelske sprog

Spaarne  Gasthuis

Content of the presentation

- About the Spaarne hospital
- Implementation Mijn Spaarne Gasthuis (MyChart)
- Why MyChart?
- Projectplanning
- Resistance against implementing Mijn Spaarne Gasthuis
- Taken actions to reduce resistance.
- Patient involvement
- Security and connection to the site
- Situation 5 months post go-live
- Current functionality
- Planetree
- Usergroup patients

About Spaarne Gasthuis

Spaarne Gasthuis: Topclinical hospital



4

locations

900

beds

38.500

admissions

585.000

ambulatory visits

< 4.000

employees

325

physicians





Mijn Spaarne Gasthuis

Epic in the Netherlands





Mijn Spaarne Gasthuis

Implementation MyChart



Go live November 2011



Go Live Maart 2015



Why did the Spaarne hospital start with MyChart?

- Patient safety
- Patient satisfaction
- Increase of quality
- Patient compliance, binding our patients and loyalty
- Cost reduction and increase revenue
- User satisfaction

Projectplanning

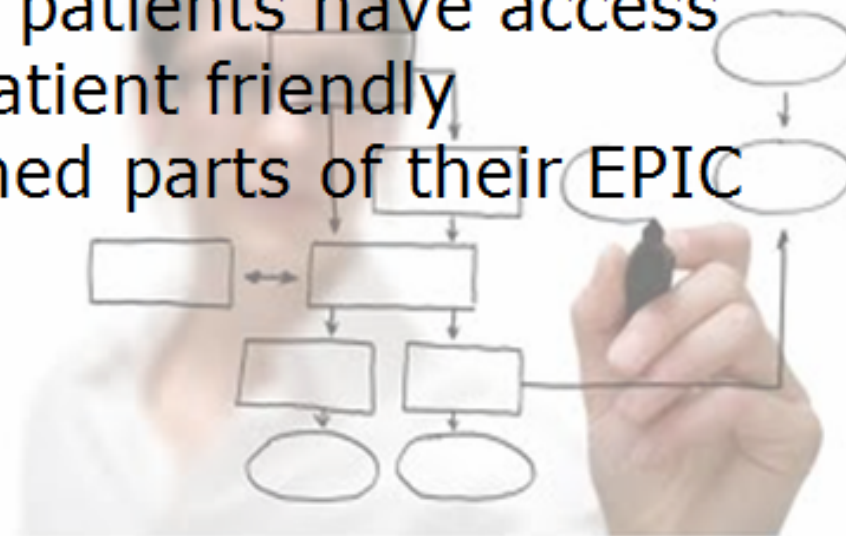
- 1 Projectteam MyChart
- 2 Projectplan Communication
- 3 Projectplan ICT



Projectplanning

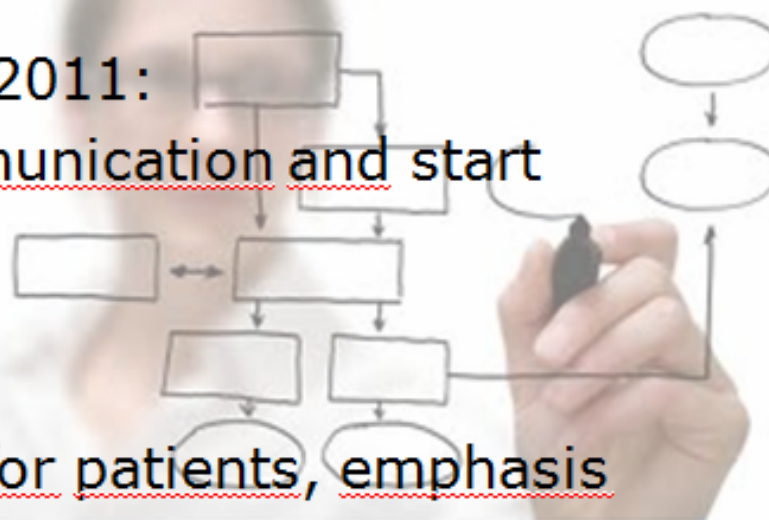
1. Project team MyChart

Develop an implementation plan for implementing MyChart in the Spaarne Ziekenhuis at the end of 2011 so that patients have access in a safe, controlled and patient friendly enviroment to predetermined parts of their EPIC EMR



- Phase 1, May – September 2011:
Internal communication

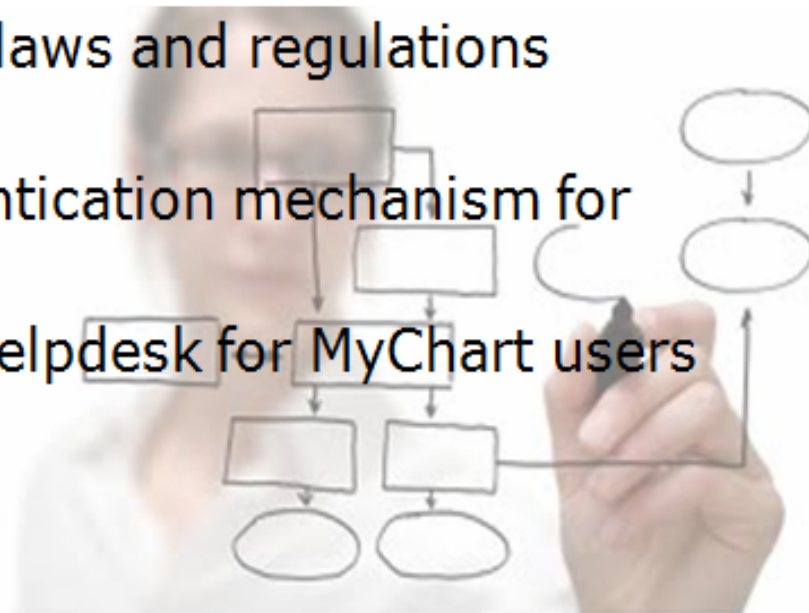
- Phase 2, September – October 2011:
Emphasis on internal communication and start external communication
- Phase 3, 31 October:
Go live! Website available for patients, emphasis on external communication



Projectplanning

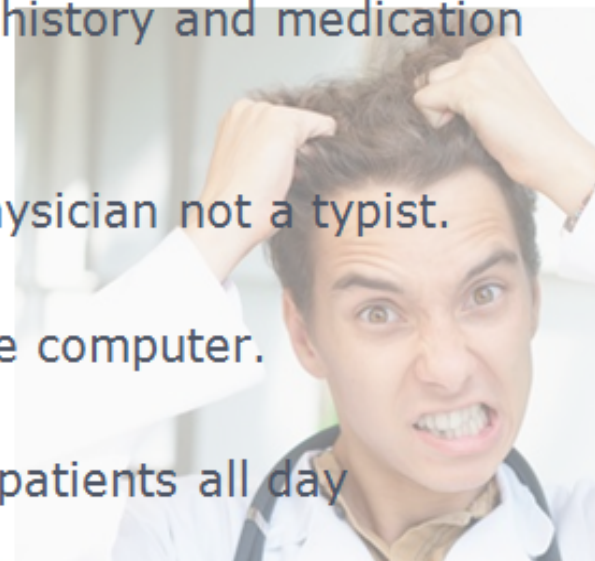
3. Plan ICT

- The realization of a highly available (24x7) hosting platform for MyChart, where the environment meets the ICT policy and Dutch laws and regulations (including NEN7510).
- It advise to use an authentication mechanism for patient access
- Advice on setting up an helpdesk for MyChart users



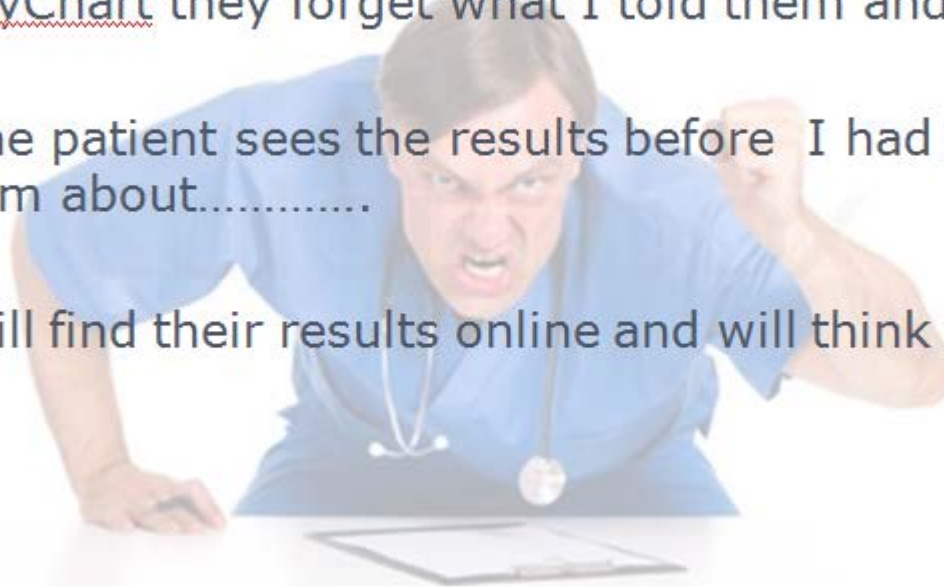
Resistance against implementing MyChart

- Patients don't understand what they see in their records, this will cause unnecessary anxiety for them and a lot of extra calls for us.
- I do not have the time to fill out problem list, history and medication in Epic, so it wont appear in MyChart
- I have studied for many years to become a physician not a typist.
- Most of my patients are old, they don't use the computer.
- We don't have the time to answer mails from patients all day



Resistance against implementing MyChart

- Even though I explained the result to the patient, when they see it in MyChart they forget what I told them and call me.
- What if the patient sees the results before I had the chance to inform them about.....
- Patient will find their results online and will think the worst.



Taken actions to reduce resistance

Physicians:

- Participated in project team
- Validation sessions with physicians
- Involvement of the physician champions;
 - They conducted the discussions about the results release
 - They gave presentations in the physician staff meetings.
- **Involved the board of directors;**
 - when everything else failed; for the persistent anti MyChart ones.

Taken actions to reduce resistance

Front desk employees:

- Participated in project team
- Presentations in managers meetings
- Validation sessions with front desk employees and managers.

Taken actions to reduce resistance

General: getting people involved by producing a constant flow of information.

Internal marketing campaign

- Several drop in sessions for all co-workers
- Design of special MyChart folders with a summary of the functionality
- Lunch sessions in staff canteen, log in as a patient
- Placemats on all the trays in staff canteen
- Updates on progress on the project on the intranet
- Using co-workers as test-patients.

Patient involvement

We involved the **Patient Advice Council (PAR)** from our hospital:

- Followed a presentation about MyChart
- Acted as test patients
- Were asked to give advice about content, lay-out, patient friendliness.

Staff from all departments, who were also patients in our hospital were asked as testpatients and were checking their own records:

- Were asked to give advice about content, lay-out, patient friendliness, but also, is it correct what you are seeing?

Security and connecting to the site



DigiD

Houd uw burgerservicenummer en uw mobiele telefoon bij de hand. [Begin de aanvraag](#)

- DigiD aanvragen
- DigiD activeren
- Machtiging regelen
- Inloggen Mijn DigiD



Security and connecting to the site

- **Basic**

Username and password; mostly used when displaying well known personal information (such as name/address)

- **Average**

Username, password and text messaging: mostly used when exchanging personal information between the end-user and the service provider when the authenticity of the user needs to be accurate.

- **High**

Electronic signature; (Certificates)

Delayed in development, planned to use for the Nationar EMR

Security and connection to the site

Recommendation of the ICT department of the Spaarne Ziekenhuis

Double level authentication system:

The main reason for choosing this kind and level of authentication is the report of the NICTIZ (National ICT institute in Healthcare)

So the best solution is the **Average** DigiD-method, using username, password and textmessaging the patient.

Mijn Spaarne Gasthuis

Go-live november 2011

- Press moment: activation of first official Mijn Spaarne Gasthuis patient
- Showing presentation film in the central reception area of the hospital
- Representatives of the PAR
- Testpatients
- Projectteam

Mijn Spaarne Gasthuis

5 months post go-live

Decrease of number of new Mijn Spaarne Gasthuis patients per week.

- Sporadic patient contacts through Mijn Spaarne Gasthuis
- Decrease of enthusiasm under employees.
- Training before go-live forgotten, no routine in workflows
- Less recommendations to patients.

5 month post go-live activities

- Appeal to the heads of outpatient departments
- Gave a boost to the employees of the centrale reception
- Presentation and short training for the inpatient receptionists.

5 month post go-live activities

We arranged a whole day for the superusers of the doctor's assistants:

- Active Mijn Spaarne Gasthuis patient talked about his experience with the website.
- Physician told about the advantages from his point of view
- Together they made a plan of approach to incorporate the Mijn Spaarne Gasthuis activities to their workflow

Current functionality

- Scheduling; making and cancelling of appointments
- PCP letters
- Results release; lab, pathology, radiology
- Messaging to care team
- Proxy acces
- Questionnaires
- Operative procedures
- Allergies
- Medications

Planetree award 2012

The Spaarne hospital won the Planetree award with MijnSpaarneziekenhuis.nl in 2012

Planetree is a care model which is based on 12 components and the general vision is: better care, healing environment and a healthy organization.

"Mijn Spaarne Ziekenhuis" was awarded mainly for the component: "Own choice and responsibility by given information and education."

PLANETREE

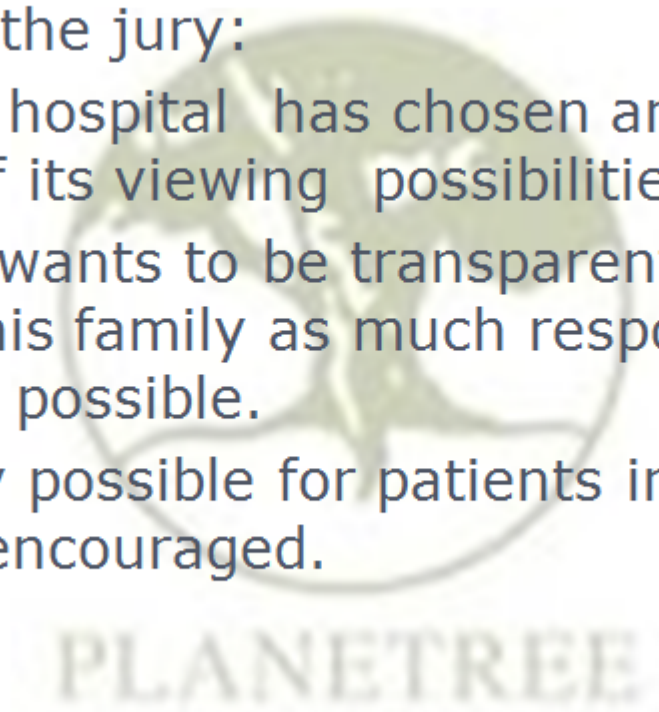
Planetree award 2012

Comment of the jury:

The Spaarne hospital has chosen an EPD with the knowledge of its viewing possibilities.

The hospital wants to be transparent and give the patient and his family as much responsibility for his treatment as possible.

This is hardly possible for patients in Dutch hospitals and seldom encouraged.



Mijn Spaarne Gasthuis

User groups





Usergroup patients

Purpose usergroup:

The usergroup ensures that the functionality, the content, the ease of use and the design of Mijn Spaarne Gasthuis connects to the actual and future demands and wishes of the patient population of the Spaarne Gasthuis

Usergroup patients

Purpose usergroup:

Exchange of mutual knowledge and experience between users of Mijn Spaarne Gasthuis and between users of Mijn Spaarne Gasthuis and the Epic team.

Activities user group patients

- Advising role concerning the configuration and the implementing of organization wide functionality as a result of periodically upgrades.
- Active role in testing when issues arise and before updates.
- Solicited and unsolicited advising of the projectlead Epic of Spaarne Gasthuis.

Usergroup patients

Newsletter on the site:

- Purpose
- Criteria
- Interview
- How to respond



Criteria user group patients

- Is a patient in Spaarne Gasthuis and currently under treatment with one or more providers.
- Is an active user of Mijn Spaarne Gasthuis
- Has the ability to rise above his/her own problems and is able to think and act solution oriented , to ensure the diverse interest of a wider group of patients.

Interviews user group patients

- Reactions
- Committee
- Interviews



User group patients

- 12 januari 2015 official installation
- Chairman/Secretary
- Representative of the CAR
- Started with 5 people, now 8



User group patients

Advices so far:

- Results release from 28 days to real time release
- Updating of allergies
- Medication overview and possibility to update
- Diagnose overview
- History overview



Usergroup patients

These advices have been presented to the medical usergroup:

- Results release; from 28 days to 7 days
- Updating allergies: approved
- Medication overview : approved, update is not possible in Epic yet.
- Diagnose overview : approved
- History overview : approved

All functionality above will be implemented in two weeks from now.

Questions?
