

INNOVATION I DEN BRITISKE SUNDHEDSSEKTOR



Rapport fra studietur til London 2. – 4. februar 2011

udarbejdet for

- Danske Regioner
- Region Midtjylland
- Region Sjælland

DANSKE
REGIONER



midt
regionmidtjylland

REGION
SJÆLLAND



Studierejse til London i februar 2011 for 3 udvalg

Studierejsen blev gennemført i et samarbejde mellem

- det tværregionale Udvalg for Sundhedsinnovation og Erhvervssamarbejde ved Danske Regioner,
- Region Midtjyllands Udvalg for Forskning, Teknologi og Innovation i Sundhedsvæsenet samt
- Region Sjællands Sundhedsinnovationsudvalg.

I rejsen deltog 16 politikere fra de tre udvalg og 9 embedsmænd, i alt 25 deltagere.

Baggrunden for udvalgenes arbejde

Udvalgene er etableret i 2010 og for Region Sjællands vedkommende i 2011. De har inden studierejsen planlagt eller afholdt møder med en række af de væsentligste aktører og de førende miljøer i regionerne, og dækker private og offentlige virksomheder, regions- og universitetshospitaler, regionale og statslige støtteprogrammer, forskningsenheder på universitetet med flere.

Ønsket har været i tæt og åben dialog med interne og eksterne videnpersoner og relevante netværk at danne sig et konkret indtryk af rammer og vilkår samt at undersøge muligheder og barrierer for innovation og forskning, herunder kommercialisering af sygehusforskning.

Udvalgene skal rådgive deres respektive regionsråd og bestyrelsen i Danske Regioner om de kommende års satsninger og om fremme af innovationstænkning og – kultur. De skal anvise, hvordan forskning med relation til sundhed kan omsættes til vækst, produktive netværk og nye løsninger til gavn for patient og erhvervsliv.

Udvalgene har i næste fase ønsket at analysere erfaringer med vellykket innovation, og så det engelske sundhedsvæsen som et oplagt sted at skabe det internationale perspektiv og hente inspiration til gavn for regionernes sundhedsvæsen og vækstindsatser.

Det engelske sundhedsvæsen har i en længere årrække arbejdet målrettet med koblingen mellem klinik, forsknings- og innovationsmiljøer og forretningsudvikling og fundet løsninger på flere af de velfærdsproblematikker, regionerne står overfor i dag.

Det undergår helt aktuelt også større ændringer politisk, administrativt og strukturelt, og ønsket har derfor været at danne sig et førstehåndsindtryk af forandringernes karakter og resultater.

Formål

Formålet med studieturen var at opnå et indblik i det engelske sundhedsvæsen generelt og erhverve indsigt i de forsknings- og innovationsstrukturer og samarbejdsflader med klinikken og erhvervslivet, der kan fremme regionernes varetagelse af opgaverne på sundhedsområdet.

***Besøg på Great Ormond Street Hospital (GOSH) ved Marianna Lalla,
Clinical fellow in Pediatric Urology (kun ved deltagere fra Region
Midtjylland)***

Besøget bød på rig mulighed for at træffe et udsnit af ansatte og drøfte de forskellige opgaver på den børneurologiske afdeling, fx afdelingsledelsen, den uddannelsesansvarlige overlæge, plejepersonalet, reservelæger og kliniske forskere.

Der var anledning til at se hospitalets bygninger, sengestuer, ambulatorier og andre hospitalsmiljøer, herunder en hospitalsdel, der side og side med det offentlige hospital drives på vilkår som et privathospital.

Det var overraskende at se et børnehospital i verdensklasse folde sig ud i en relativ gammel, uens og slidt bygningsmasse, ligesom kontrasten til hospitalsafsnittet med privatbetalere med et højt pleje- og serviceniveau var slående.

Patientgrundlaget på GOSH er blandet med både akutmodtagelse, et lokalt optag med patienter henvist fra den praktiserende læge samt et antal højt specialiserede aktiviteter på nationalt niveau, fx neurologiske lidelser, dental og plastic-kirurgi, genetisk udredning, prænatal rådgivning med flere. For enkelte områder, fx børneurologien, ses også helt sjældne lidelser med ganske få årlige forekomster ligesom afdelingen varetager opgaver med tilrejsende patienter fra hele verdenen og selv virker som udrejsende konsulenter. Endelig skal alle afdelinger på GOSH som højt specialiseret funktioner varetage opgaven med at skabe sammenhæng til de regionale hospitaler i hele Storbritannien.

Mødet med Marianna Lalla, som har taget sin specialistuddannelse i Italien, derpå en forskeruddannelse (ph.d.) i Århus og nu i London, var ligeledes en konkret illustration af, hvordan forskere er mobile og har fokus på de førende netværk og anerkendte forskningsmiljøer. Vi mødte en forskningskollega, professor Peter Cuckow, som over en årrække har opbygget tætte bånd til særligt universitetshospitalet i Skejby, hvor han som ekstern konsulent medvirker i operationer ved lidelser med få årlige forekomster. Vi fik i den forbindelse beskrevet Skejby's forsøgsfaciliteter som en ressource, GOSH selv har svært ved at tilbyde sine ansatte bl.a. på grund af restriktiv lovgivning vedrørende dyreforsøg.

Vi drøftede, hvordan man som afdeling og institution opbygger og bevarer sådan excellence på tilsyneladende alle afgørende niveauer. Der blev peget på betydningen af dedikeret forsknings- og klinisk ledelse, en række forskellige faktorer, som uddybes i følgende afsnit samt først og fremmest tætte partnerskaber til flere universiteter i London og internationalt.

Rekruttering Man er meget opmærksom på kendetegn så som potentiale til forskning, kapacitet til klinisk arbejde, faglig nysgerrighed og lignende. Læger ansat på GOSH forventes at være forskningsaktive og indgå i deltidsansættelser på universitet ligesom afdelingen har tilknyttet kliniske professorater. *Afdelingskulturen* På afdelingerne er der fx etableret 'journalclubs', hvor forskerspirer trænes i akademisk arbejde. Med stigende styrke og succes tilskyndes også til idéudvikling begrundet i kliniske behov idet de spændende innovationer og muligheder for forretningsdannelse særligt skal findes her. *Omdømme* GOSH 'brand' har lettet tilgang til finansiering af forskningsprojekter, netværk og samarbejder.

GOSH undergår som den øvrige sundhedssektor krav om effektivisering, og vi diskuterede, hvordan det er muligt at prioritere forskning, uddannelse og innovation i forhold til den daglige drift.

Der blev peget på behovet for forskellige principper for 'armslængde' og afstand mellem, på den ene side, politikken og administrationens domæner og, på den anden side, forskningen. Det beskrives som en konstant udfordring at fastholde de høje krav til uddannelsens kvalitet og akademisk meritering. Disse er kernen i at udvikle det faglige stadie, afdelingen har opbygget.

Besøg på den Danske Ambassade i London

Ambassadør Birger Riis-Jørgensen bød de tre udvalg velkommen, og introducerede kort til ambassadens opgaver og forskellige typer af ydelser og briefede udvalgene om den aktuelle politiske situation i Storbritannien særligt med henblik på udviklingen i National Health Service (NHS).

Hvordan er det engelske sundhedsvæsen organiseret?

Per Kaag Andersen, sektorekspert, præsenterede NHS med fokus på opgaver, strukturer, finansiering og en række af de helt aktuelle problemstillinger i forbindelse med den omstilling, der er påbegyndt efter den nye regerings whitepaper "Liberating NHS".

Omstillingsplanen for NHS er præsenteret i 2010, og forventes implementeret løbende frem til 2015.

Planen er lanceret som led i en økonomisk genopretning af Storbritannien. Målet er at reducere det strukturelle underskud i Storbritannien, som udgør 10 % af bruttonationalproduktet. Der vil ske skatteændringer, overførselsindkomster sænkes, momsen stiger, pensionsalderen justeres m.v. $\frac{3}{4}$ af bidraget til omstillingen tænkes dog at ske ved forskellige offentlige servicereduktioner.

I alt 490.000 statslige stillinger nedlægges mens ca. 40 % af stillingsmassen på lokalt og regionalt niveau vil blive fjernet. Sundhed, klima og international bistand friholdes for økonomiske sparekrav. NHS forventes til gengæld at høste 3- 4 % i årlige effektiviseringsgevinster samtidig med at man skal imødekomme øget demografisk pres og deraf følgende forventninger til sundhedssektoren.

Af stor interesse for udvalgene var afskaffelsen af en række lokale og regionale sundhedsmyndigheder.

Disse instanser og planlægningsfunktioner tænkes erstattet med en ny 'bestiller-organisation' baseret på konsortier af praktiserende læger. En række specialiserede enheder, fx brancheklynger, enheder til forretningsudvikling og innovation nedlægges eller tænkes at overgå fuldt ud til indtægtsdækket virksomhed uden basisbudget.

Der var på besøgstidspunktet etableret 141 konsortier, som i størrelse varierer fra enkelte praktiserende læger til store og integrerede fællesskaber med bred

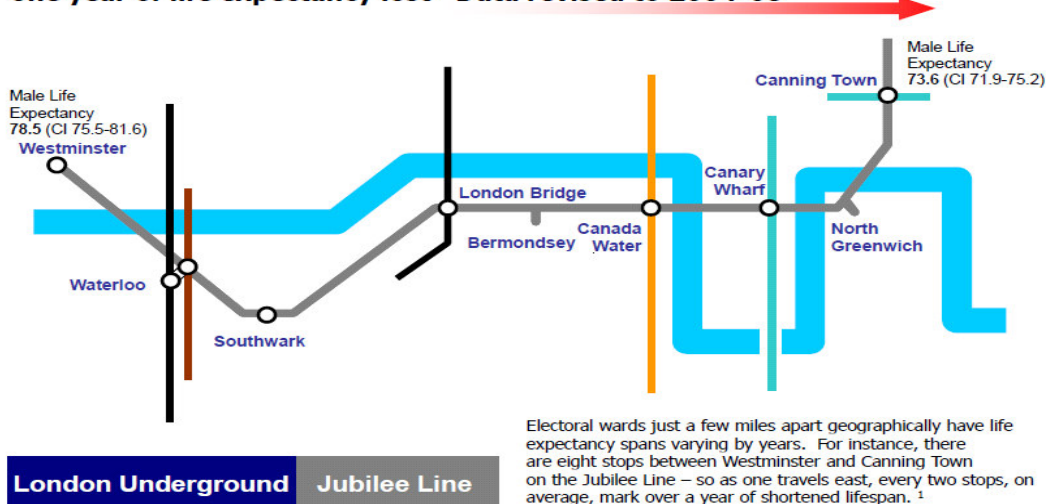
spredning i ekspertiser og kompetencer. Konsortierne dækker nu ca. 55 % af befolkningen, og skal frem til 2012 opbygge og kvalificere sin opgaveportefølje.

Hvordan tilrettelægges en målrettet innovationsindsats for en hovedstadsbefolkning?

Johanna Ejby-Ernst, innovationschef ved NHS London, fortalte om sundhedsplanlægning for en hovedstadsbefolkning med karakteristika, som på mange måder adskiller sig fra resten af nationen, fx ved en relativ ung befolkning, mange etniske befolkningsgrupper, store indkomstforskelle, omfattende pendling, indflytning til byen af velhavende pensionister, fattigdomslommer med videre.

Differences in Male Life Expectancy within a small area in London

Travelling east from Westminster, every two tube stops represent over one year of life expectancy lost – Data revised to 2004-08



¹ Source: Analysis by London Health Observatory of ONS and GLA data for 2004-08. Diagram produced by Department of Health

Din bopæl er afgørende for forventet levealder. For hvert stop i østgående retning på undergrundsbanen Jubilee Line falder mænds forventede levealder med ½ år.

Innovationsfunktionerne skal således imødekomme en række specifikke udfordringer, fx indsatser til at modgå den øgede forekomst af diabetes i asiatisk-talende befolkning, opgør med social ulighed, krav om kapacitet til at imødekomme henvendelser fra ikke-registrerede borgere, fx 13 mio. årlige turister, vanskelighed ved at etablere forebyggende og kurative indsatser for patientgrupper med sporadiske kontakter til sundhedsvæsenets institutioner.

Der havde netop været udbud af støtte til innovationsprojekter med en værdi svarende til ca. 170 mio. d.dk., og forhandlinger og kontrakter med i alt 40 konsortier af i alt 133 ansøgere var undervejs. Vi fik gennemgået og demonstreret en række projekter, NHS London har støttet økonomisk og illustreret nogle af de projektmetodikker, der anvendes til idéudvikling, systematisk opsamling af projekterfaringer til spredning af erfaringer og til projektkommunikation.

Hvordan kan fokus på kvalitet, innovation, forebyggelse og produktivitet (QIPP) gå hånd i hånd og medvirke til at løse kroniker-problemer?

David Colin-Thome, ex-national Clinical Director of Clinical Care at The Department of Health indledte med nogle tankevækkende betragtninger om faren ved det alt for traditionelle fokus på teknologi som et 'nemt fix' når man snakker innovation af sundhedsvæsenets kerneydelser i forhold til kronikergrupper.

Kronikeren, fx en diabetiker, vil typisk være i direkte kontakt i få timer til ambulatoriebesøg, kontroller, besøg hos egen læge og i lokale sundhedshuse etc. Til gengæld forpasser myndigheder i resten af årets 8.760 timer systematisk muligheden for intervention i forhold til kronikerens helbredsproblemer, fx med patientundervisning og forebyggende indsatser, som byder på store og uudnyttede muligheder for at involvere og engagere diabetikeren, de pårørende, lokale netværk med flere.

Det anslås, at England har 15,4 mio. kronikere, heraf et stigende antal med multiforekomster, og at kronikerens kontakter med sundhedsvæsenet kan forklare helt op til 70 % af NHS' samlede udgifter.

Mulighederne for at tilrettelægge og organisere en helt anden kronikerindsats udnyttes dermed ikke tilstrækkeligt ligesom man kan hævde, at mange enheder ikke udnytter mulighederne sammentænke forebyggelse og innovation.

Ministeriet har derfor haft fokus på at koble forskellige hensyn sammen i innovationsprojekter således at man fastholder eller udbygger kvalitet og samtidig medvirker til at forebygge og høste økonomiske effekter.

I regi af det såkaldte QIPP-program har man nationalt kortlagt, prioriteret og opstillet en række veldokumenterede mål og indsatsmodeller, fx at reducere raten for genindlæggelser med 20 %, reducere forekomsten af tryksår ved relativt simple indsatser under indlæggelse, omlægning af plejemodeller til mere sammenhængende forløb på tværs af sektorer med aftalte forløbsprogrammer og ansvarsfordelinger.

Torsdag den 3. februar 2011

Non-revenue benefits from technology transfer in the health care sector

Cengiz A. Tarhan, Managing Director, introducerede University College London, UCL, som en stolt og vital 180 år gammel institution med flere end 4.000 akademiske ansatte. Universitetet befinder sig i toppen i forskellige internationale rangstillinger af universiteter, både europæiske og oversøiske, hvad angår citationer, 'impact' i forskningverdenen, vundne videnskabelige priser, publicerede artikler, videnskabelige rapporter, bøger med videre ligesom vi fik fremhævet en række markante og specifikke fagfelter.

University College London Business, UCLB er den kommercielle del af UCL og har 5 forretningsaktiviteter:

- Services til UCL og andre tilknyttede enheder
- Konsulentvirksomhed

- Investering – licensering
- Investering – virksomhedsskabelse og vækst
- Investering – produktudvikling til markedet.

Bestyrelsen for UCLB er sammensat således at erfaringer fra industrien mødes med repræsentanter fra universitetsledelsen og forskere, der selv har betrådt den vanskelige vej fra idé til produkt på markedet. UCLB's portfolio dækker bredt og har fokus på UCL's vidt forgrenede forskningsfelter, men navnlig feltet 'biomedical' udgør en væsentlig del af aktiviteterne og var naturligt i fokus under vores besøg.

UCLB har søsat mere end 90 virksomheder, og har for tiden 48 virksomheder i deres portfolio med en skønnet værdi af ca. 50 mio. pund. UCLB's egen investering udgør ca. 2,7 mio. pund og evnen til at tiltrække ekstern finansiering og skabe indre værditilvækst er bemærkelsesværdig. 'Spin outs' er en del af den erklærede strategi, og der er i staben ansat medarbejdere med ekspertise i at få vurderet virksomheder med henblik på frasalg.

UCLB er ejet fuldt af UCL, og Tarhan fremhævede UCLB som et sjældent eksempel på et universitetsmiljø, der er i stand til at skabe et kommercielt overskud af sine 'tech trans' aktiviteter. Typisk vil langt de fleste universiteter i den vestlige verden være nødt til at stille risikovillig kapital til rådighed for at få modnet forskningsprojekter og bragt dem til markedet. Det var hans opfattelse, at denne risikovillighed er gavnligt i et samfundsøkonomisk perspektiv. Han pointerede og kom med konkrete eksempler på, hvordan et kommercielt overskud har givet UCLB mulighed for også at løse fx byplanlægningsopgaver i den 3. verden og udvikle nye vacciner, som man ellers ikke ville have gået ind i.

UCLB's ser sin rolle som at være linket mellem den klassiske akademiske forskning og erhvervslivet, og herunder navnlig tilføre nogle af de kompetencer, som er kritiske for at få nyttiggjort forskningen i andre sammenhænge end den akademiske verdens sædvanlige fokus på forskning og undervisning.

Blandt UCLB's styrker er at identificere de kommercielle muligheder i UCL's forskning, styrke forskernes egne evner til produktudvikling eller til at indgå i netværksdannelse og partnerskaber, etablering af forretningsledelse, tiltrækning af og opbygning af relationer med investorer, med videre. Alle ansatte ved UCL har fuld frihed til og kan fleksibelt anvende arbejdstid på aktiviteter i regi af UCLB. Vi fik eksempler på forskere, som i en periode har forladt den traditionelle forskeransættelse på UCL for senere at vende tilbage til det akademiske arbejde.

Eksempel på et UCLB samarbejdsprojekt, oplæg ved Founder, Professor Quentin Pankhurst, Endomagnetics



SentiMag er et system, der kan anvendes til at vurdere spredningen af brystkræft ved hjælp af magnetiske sporer. De indgives som en indsprøjtning, og med et håndholdt apparat kan kirurgen uden på kroppen følge væskens vævspassage og vurdere spredningen af eventuelle metastaser til lymfesystemerne.

SentiMag er for patienten et enkelt og skånsomt alternativ til den konventionelle nuklearmedicinske undersøgelse. Metoden er mindre krævende i og med at der ikke længere er behov for radioaktive isotoper, store, stationære scannere, adgang til forskellige faggrupper og specialuddannede personale m.v.

Patienten får dermed adgang til hurtig og fleksibel udredning ligesom hospitalets

omkostninger vil være markant lavere end ved det regime, den nuklearmedicinske undersøgelse indebærer.

Virksomheden er opstået i forlængelse af et forskningsprojekt på UCL i samarbejde med University of Houston i USA. Der er optaget patent, og produktionen af apparatet er kommet i gang via licens ved en underleverandør. Virksomheden har således kun i alt 3 ansatte, heraf 2 deltidsansatte, og har valgt at outsource stort set alle opgaver for at kunne koncentrere sig om produktudvikling og innovation.

Produktet SentiMag er nu på vej til det europæiske marked. Produktet hører til under kategorien ”medicinsk udstyr” og er derfor ikke underlagt de regulatoriske krav som gælder for kliniske forsøg med ny medicin. Medicinalprodukter kræver typisk 15- 20 år at udvikle med forskellige faseopdelte kliniske forsøg.

Man forudser i de kommende år en voldsom vækst for produktet men fastholder princippet om fortsat at outsource flest mulige opgaver, og vi fik afslutningsvist demonstreret nogle af de nye produkter og idéer, der var i ’pipelinen’.

***Embedding service design in the UK Health System, oplæg ved
Dr. Lyhne Maher, NHS Institute for Innovation and Improvement***

Lyhne Maher fortalte om og tog udgangspunkt i de økonomiske udfordringer, sundhedsvæsenet står over for. Over de kommende tre år skal spares 20 procent af budgettet på 96 mia. £, hvilket vil skabe massive forandringer og påkalde sig betydelige ledelsesmæssige udfordringer.

I arbejdet med at fremme en innovationskultur i sundhedsvæsenet skal lederne flytte fokus fra ikke blot skal påskønne ansatte i forhold til hvor hurtigt de får tingene gjort, men i lige så høj grad træne personaler i grundigt at få gennemtænkt opgaver og arbejdsgange og opbygge kompetencer i at omlægge daglig praksis og procedurer. Der skal prioriteres tid til observation og ressourcer til refleksion og til at definere problemer, og mindre tid på at finde løsninger. Baseret på en række systematiske designprincipper er det tanken at overføre idéer, praksis og innovationsmetoder fra industrien til hospitaler.

The Productive Ward
Releasing time to care
Now available

The Productive Mental Health Ward
Releasing time to care
Now available

The Productive Community Hospital
Releasing time to care
Now available

The Productive Leader
Releasing time to lead
Now available

The Productive Operating Theatre
In co-production - Estimated completion Summer 2009

Productive Community Services
Being developed - Estimated completion Summer 2009

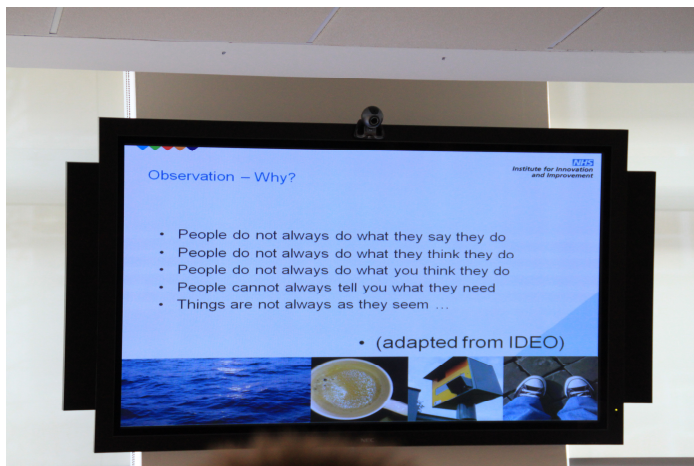
The Productive Improvement Agent
Concept being developed

For more information on **The Productive Series**
email: productives@institute.nhs.uk

Or visit our website:
www.institute.nhs.uk/theproductiveseries

Lyhne Maher præsenterede en række konkrete projekter, der er publiceret i serien 'The Productive Ward'

Vi fik gennemgået en række designprincipper og deres konkrete anvendelser i en række projekter, fx om mere synlig opsætning af dispensere i hospitalsmiljøer, så personalegrupper mere aktivt medvirker til at nedbringe hospitalsbårne infektioner, om indretning af bademiljøer så faldulykker forebygges med flere.



Delprojekterne er tilrettelagt, gennemført og dokumenteret med henblik på forskellige typer af attraktive mål, fx at opnå mere tid til pleje, bedre kontakt med patienter, strømlinede forløb, fald i ventetider og lignende. Vi fik samtidig anvisninger på, hvordan disse er publiceret og målrettet til forskellige faggrupper og miljøer for at virke bedst muligt.

At sælge dansk sundhedsteknologi til det britiske marked

Casper Urhammer og Henrik Gundsø fortalte om virksomhedens produkter. Kernen i produkterne er online kommunikation mellem patient og behandler, fx lægepraksis, sygehus eller andre.

Cure4You tilbyder internetbaserede tjenester til sundhedssektoren, for eksempel patientadgang til elektronisk booking, receptfornyelse, software til e-konsultation, afgivelse af prøvesvar, spørgeskemaer, lægen kan ønske patienten udfylder inden en konsultation med videre.

Kunderne er primært danske virksomheder og de største kundegrupper er praktiserende læger og speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer. På hospitaler er det enkelte afdelinger, som benytter sig af Cure4You's system, særligt biokemiske afdelinger. Systemet er velegnet til varetagelse af services mellem primærsektoren og patienterne men er på nuværende tidspunkt ikke udviklet til sygehuse generelt.

I produktet søges hensyn til patienters ønsker om kontrol og indblik i egne helbredsdata særligt varetaget, blandt andet har firmaet udviklet online funktioner, der kan bistå patienterne til at holde styr på og uddrage viden og indsigt fra egne helbredsinformationer.

Oplægsholderne fortalte om deres konkrete erfaringer med at etablere sig på det engelske marked, herunder om det samarbejde, de har haft med ambassaden som 'murbærkere' til at opnå adgang til forskellige typer af netværk og beslutningsmiljøer. Markedet er stort, men det er vanskeligt at få foden inden for. Virksomheden er for tiden ved at ansætte sælgere for at øge muligheden for at trænge igennem i den engelske sundhedssektor – særligt inden for primærsektoren.

Fredag den 4. februar 2011

***Besøg på Homerton University Hospital, oplæg ved Medical Director
Dr. John Coakley***

John Coakley fortalte om opbygning og drift af universitetshospitalet med 550 senge og 2.000 ansatte. Hospitalet ligger i Hackney, som er klassificeret som det 2. fattigste område i England. Stor ind- og udflytning til området, særligt med indvandrere fra ikke vestlige lande betyder, at patientgrundlaget løbende udskiftes med 20 - 25 % årligt. Der er tilsvarende en omfattende personaleudskiftning. Driften af universitetshospitalet må således tage højde for migration og belastede sociale forhold således, at lægen sjældent ser den samme patient mere end få gange.

Dette sætter sit præg på hospitalets specialer, hvor fedmekirurgi, neurologiske lidelser, reproduktionssygdomme og fertilitet hører til blandt kerneområderne. Der behandles desuden mange sjældne sygdomme, man har fx haft to tilfælde af spedalskhed, og tuberkulose og malaria er hyppigt forekommende infektionssygdom. HIV har historisk været et stort forskningsområde, og man var banebrydende med at udvikle metoder til tidlig opsporing, behandling og kulturelle attituder som modvægt til stigmatisering.

Generelt har man som universitetshospital relativt nemt ved at tiltrække sig egnede forskningskandidater. Villigheden til at pendle er stor, blandt andet begrundet i let adgang til forskningsfinansiering, et fagligt spændende patientgrundlag og lignende. Hospitalet har ikke selv forskningslaboratorier men samarbejder med forskellige universiteter.

Hospitalet er en såkaldt Foundation Trust, der refererer til et Council of Governors bestående af valgte samt udpegede medlemmer. Man har historisk altid haft tætte bånd til lokalsamfundet, til lokale praktiserende læger med flere som led i at udvikle kompetencer til bedst muligt at kunne løse optagsområdets sundhedsmæssige problemstillinger. I dette arbejde har der været en udbredt tradition blandt personalet til at medvirke i frivillige ordninger og netværk med afsæt i hospitalet.

De fleste hospitaler er organiseret som almindelige 'trusts', men enkelte hospitaler udpeges som Foundation Trusts, hvilket medfører en højere grad af selvbestemmelse og ret til at beholde et eventuelt overskud til drift og reinvesteringer. Hospitalsdirektøren håbede på flere muligheder for at sælge ydelser i fremtiden under et reformeret NHS. Aktuelt havde Homerton fx budt ind på og vundet et udbud om drift af et plejekoncept i lokalområdet.

Dr. Coakley udtrykte dog en vis bekymring for den forestående reform af NHS, idet han anså det for risikabelt at erstatte en "top down approach" med en "bottom up approach" og mange steder sporede en vis 'reformtræthed'. Han så en fare for suboptimering ligesom strategiske overvejelser og hensyn til det samlede sundhedsvæsen let mistes i den aktuelle omstilling.

Afslutningsvist fik vi beskrevet planerne for hospitalets planer om at opstille et midlertidigt hospital på sportsarenaerne til de kommende Olympiske Lege. Hvor man ved tidligere lege har satset på at transportere patienter til nærliggende

hospitalet har analyser vist, at det er nemmere og sikrere at etablere midlertidige faciliteter. Der har været en overvældende interesse, også blandt personalet, i at medvirke som frivillige til det kommende sportsarrangement.

South East Health Technologies Alliance (SEHTA), oplæg ved Chief Executive Dr. David W. Parry



SEHTA er et regionalt teknologi- og udviklingsselskab, som har til opgave at støtte regionens virksomheder og skabe vækst inden for sundhedsteknologi. Målet er at identificere og adressere virksomheders behov og afdække globale afsætningsmuligheder.

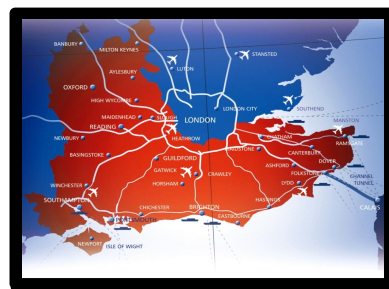
Sydøstengland blev af David Parry beskrevet som verdens største 'health cluster' med en væsentlig andel af højt profilerede universiteter og virksomheder. Den britiske regering anerkender dette health clusters nationaløkonomiske betydning, men promoverer det ikke aktivt, og her ser SEHTA sin største opgave.

Helt aktuelt bekymrede et medicinalfirmas lukning af forskningsafdeling med flere end 2.500 ansatte i Kent. En umiddelbar analyse var, at globale hensyn har fået firmaet til at omprioritere sine midler og ressourcer til nogle af de nye vækstmarkeder i Brasilien, Indien og Kina, blandt andet under indtryk af kompetencerne disse landes farmaceuter, ingeniører og andre højtuddannede byder ind med.



The SEEDA region

- Revenue **£58 B**
- GVA **£109k pp/pa**
- **5000** companies in supply chain
- **Over 1000** health technology companies
- **22** universities



© SEHTA 2009

Den aktuelle omstilling, NHS aktuelt skal undergå, har i så henseende ikke fremmet tiltroen til at man fra offentlig side satser på udvikling af sine sundhedsindsatser ved fx at stille forskning og hospitalers kliniske forskning til rådighed i forbindelse med medicinudvikling. Der etableres fortsat nye små

vækstvirksomheder i regionen, men ikke i et omfang, der kan erstatte det antal arbejdspladser, der udflager fra regionen. Et afgørende problem for Storbritannien er derfor virksomhedsvækst og skabelse af nye videnarbejdspladser.

SEHTA er en medlemsorganisation understøttet af den regionale erhvervsudviklingsorganisation og regionalfondsmidler fra EU. SEHTA tager udgangspunkt i den globale konkurrence og søger at styrke det regionale "cluster" i Sydengland inden for sundhedsteknologi.

Man har mere end 5.000 medlemmer, 22 universiteter og ca. 1.000 større sundhedsteknologiske firmaer tilknyttet og dækker hele paletten af ydelser til sundhedssektoren med farmaci, it- og kommunikation, medicinsk udstyr og services etc. Det er gratis for virksomheder i regionen at blive medlemmer, hvorimod andre aktører (universiteter, juridiske og finansielle aktører mm) kan blive tilknyttet SEHTA mod et mindre gebyr.

SEHTA har haft stor succes med at understøtte regionens sundhedsteknologiske virksomheder, men med nedlæggelsen af det regionale niveau i Storbritannien står clusteret over for en stor udfordring, idet den offentlige støtte indstilles, og SEHTA derved fremover selv skal skabe et indtægtsgrundlag.



Man så et stort og fortsat uadresseret problem i, at adgangen til EU's regionalfondsmidler bliver vanskeligere uden regional støtte. En lang række samarbejder, internationale netværk og projekter finansieres i dag for stor dels vedkommende med EU-midler, og man havde ikke umiddelbart anvisninger på, hvordan dette skal løses fremover.

På et spørgsmål fra salen om, hvorvidt det i Danmark vil være bedst at have fem regionale organisationer til innovations- og erhvervsfremme, eller om Danmark på grund af sin størrelse er bedre stillet med en fælles organisation var svaret, at man i SEHTA har oplevet, at de lokale arrangementer og tiltag som oftest er bedst besøgt og folk har mest tillid til de lokale processer, men det er vigtigt med en koordinerende enhed.



John Appleby gav sammen med Joshua Reddaway, økonom ved National Audit Office (Rigsrevisionen) et overblik over de erfaringer man har med anvendelsen af offentligt private partnerskaber i forhold til byggeri og drift af sygehuse.

Labour-regeringen iværksatte meget offensivt i 1990'erne anvendelsen af offentligt-private partnerskaber i byggeri af nye sygehuse. Den eksisterende bygningsmasse var på det tidspunkt meget nedslidt og der var et massivt behov for investeringer og nybygninger.

I dag gennemføres alle store projekter som offentligt-private partnerskaber og man har sammenlagt over 100 offentligt-private partnerskaber i størrelsesordenen 1-10 mia £, typisk med en løbetid på 30 år.

Der findes ikke studier, der giver entydige resultater af, om offentligt-private partnerskaber er bedre end offentligt finansierede projekter. De to eksperter mente, at det i hvert tilfælde afhænger af de konkrete omstændigheder. Det altafgørende for et succesfuldt forløb er, at projektet er klart defineret på forhånd, herunder hvem der bærer hvilke risici i forhold til byggeriet.

Fordelene er blandt andet, at byggeriet som hovedregel står færdigt til den aftalte tid og til det aftalte budget. Omvendt er der ikke altid tale om smukke eller innovative byggerier. Det afhænger i vidt omfang af, om det er prioriteret fra bygherrens side, således at der er stillet krav herom i forbindelse med fastlæggelsen af byggeriet.

En af de store udfordringer ved offentligt-private partnerskaber er den efterfølgende drift, hvor det kan være forbundet med store udgifter at foretage ændringer i bygningsmassen, idet det så skal forhandles med det konsortium, som

har ejerskabet over bygningen i den aftalte løbetid. Driftsomkostningerne er desuden typisk bundet for 30 år, uanset om de er reelt er faldende eller stigende.

NHS har gennem de sidste 10 år lært meget om, hvordan man bedst indgår offentligt-private partnerskaber. Kontrakten er meget væsentlig og det er væsentligt, at udbyderen, fx hospitalet, fra begyndelsen har klare krav til byggeri og efterfølgende drift. Renten er dyrere hos private konsortier, men man opnår til gengæld en bedre vurdering af risiko og driftsomkostninger fra begyndelsen. Det er desuden meget vigtigt at have adgang til dygtige forhandlere og kapacitet til at sikre sig den rette kontrakt.