

## Møteinnkalling

---

<b>Utvalg:</b>	DMF - LOSAM
<b>Møtested:</b>	30M12, 1930-bygget, Det medisinske fakultet
<b>Dato:</b>	14.12.2016
<b>Møtestart:</b>	09:00
<b>Møteslutt:</b>	10:30
<b>Merknad:</b>	Felles møte for LOSAM DMF og FHS

---

**Faste medlemmer:**

Björn Inge Gustafsson	Albert Adriaan Verhagen	Kari Risnes
Jørn Ove Sæternes	Anne-Britt Hofstad	Ingerid Arbo
Bent Håvard Hellum	Sissel Skarra	Gunnar Hansen

Forfall meldes til sekretær, fortrinnsvis på e-post: [bjarne.lein@ntnu.no](mailto:bjarne.lein@ntnu.no).  
Varamedlemmer møter kun ved spesiell innkalling.

Hvis noen av medlemmene er inhabile i noen saker, må det gis beskjed så snart som mulig slik at varamedlem kan innkalles.

Trondheim 06.12.2016.

Björn Inge Gustafsson  
utvalgsleder

Bjarne Anders Lein  
sekretær

## Saksliste

Utvalgs- saksnr	Innhold	Unntatt offentlighet	Arkiv- Saksnr
ST 56/16	Godkjenning av referat fra forrige møter 23.11.2016 og 30.11.2016		
ST 57/16	Mulig sammenslåing av Institutt for kreftforskning og molekylær medisin (IKM) og Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer (LBK) <u>Vedlegg til innkallingen:</u> <i>Saksnotat til Fakultetsstyret 08.12.2016</i> <i>Arbeidsgruppens sluttrapport</i> <i>Styringsgruppens innstilling</i>		
ST 58/16	Møteplan og årshjul for LOSAM - 2017		2014/957
ST 59/16	Nytt fra dekanen		

---

ST 56/16 Godkjenning av referat fra forrige møter 23.11.2016 og 30.11.2016

ST 57/16 Mulig sammenslåing av Institutt for kreftforskning og molekylær  
medisin (IKM) og Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer  
(LBK)

## Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
DMF - LOSAM	58/16	14.12.2016

## Møteplan og årshjul for LOSAM - 2017

### Forslag til vedtak:

LOSAM vedtar følgende møteplan for 1. halvår 2017:

11.01.2017	Ordinært møte	Status etter etablering av MH-fakultetet
01.02.2017	Kontaktmøte	
08.02.2017	Ordinært møte	Overtidsbruk 2016, Status etter etablering av MH-fakultet, fellesmøte med instituttledere?
22.02.2017	Kontaktmøte	
08.03.2017	Ordinært møte	Bruk av velferdsmidler 2016, Status etter etablering av MH-fakultet, bemanningsplan tekniske stillinger MH-fakultet
22.03.2017	Kontaktmøte	
19.04.2017	Ordinært møte	Midlertidighet 1. kvartal 2017, Status etter etablering av MH-fakultet, bemanningsplan tekniske stillinger MH-fakultet
03.05.2017	Kontaktmøte	
10.05.2017	Ordinært møte	Status etter etablering av MH-fakultet
24.05.2017	Kontaktmøte	
14.06.2017	ordinært møte	Evaluering LOSAM, status midlertidighet MH, bruk av overtid MH 1. halvår 2017, Status etter etablering av MH-fakultet

### Bakgrunn:

Tilpassingsavtalen §7.1a bestemmer at det senest ved årets første LOSAM-møte skal utarbeides en møtekalender med oversikt over når LOSAM skal ha møter, LOSAMs viktigste saker og når de skal behandles. Faste møtesaker skal fremgå for de enkelte møter. Det skal hvert semester avholdes minst tre møter i LOSAM.

---

## Saksnotat til Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet

---

Til: Fakultetsstyret ved DMF

---

Fra: Dekan Björn Gustafsson

---

Signatur: Tone Merete Follum

---

### S-SAK 06-16 Mulig sammenslåing av Institutt for kreftforskning og molekylær medisin (IKM) og Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer (LBK)

---

#### Forslag til vedtak:

«Fakultetsstyret anbefaler sammenslåing i tråd med arbeidsgruppens rapport og styringsgruppens innstilling. Dekanen bes ta saken videre og gjennomføre en sammenslåing i henhold til retningslinjer for omstilling og medvirkning.»

---

#### Bakgrunn:

Instituttlederne ved IKM og LBK har høsten 2016 tatt initiativ til å utrede en eventuell sammenslåing av de to instituttene. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe som har utarbeidet en rapport (vedlegg 1) basert på et mandat om å utrede fordeler og ulemper for den faglige virksomheten ved en sammenslåing av dagens IKM og LBK til ett institutt versus å opprettholde dagens to institutt. De to instituttlederne har vært styringsgruppe for arbeidet og har på bakgrunn av arbeidsgruppens rapport levert sin innstilling (vedlegg 2) til dekanen den 17. november.

Styringsgruppen innstiller på en sammenslåing av de to instituttene og peker samtidig på noen forutsetninger for en vellykket sammenslåing.

---

Dekanen legger fram arbeidsgruppens rapport og styringsgruppens innstilling for fakultetsstyret. Fakultetsstyret har ikke myndighet til å vedta organisatorisk endring av instituttene da dette i

---

Postadresse	Org.nr. 974 767 880	Besøksadresse	Telefon	Saksbehandler
Medisinsk teknisk forskningscenter 7491 Trondheim	E-post: dmf-post@medisin.ntnu.no <a href="http://www.ntnu.no/dmf">http://www.ntnu.no/dmf</a>	Medisinsk teknisk forskningscenter Olav Kyrres gt 9	+ 47 72 82 07 00  + 47 99630922	Tone Merete Follum

All korrespondanse som inngår i saksbehandling skal adresseres til saksbehandleren ved NTNU og ikke direkte til enkeltpersoner. Ved henvendelse vennligst oppgi referanse.

henhold til dagens styringsreglement (ref. *UHL § 9-2. Styrets oppgaver*) må behandles på NTNU-nivå. Fakultetsstyret kan derfor anbefale – eller ikke – å følge instituttledernes innstilling om sammenslåing av de to instituttene og at dekanen gjennomfører en prosess for sammenslåing i henhold til gjeldende retningslinjer for slik organisatorisk endring og at dette fremmes for nivå 1.

Til orientering så er NTNUs styringsreglement oppe til revisjon i forbindelse med fusjonen.

**Konklusjon:**

Det foreslås at fakultetsstyret anbefaler sammenslåing i tråd med arbeidsgruppens rapport og styringsgruppens innstilling. Dekanen bes ta saken videre og gjennomføre en sammenslåing i henhold til retningslinjer for omstilling og medvirkning ved NTNU.

Vedlegg:

1. Sluttrapport: Utredning av fordeler og ulemper for den faglige virksomheten ved eventuell sammenslåing mellom IKM og LBK. 14.11.2016.
2. Styringsgruppens innstilling om sammenslåing av IKM og LBK. 17.11.2016.

# Sluttrapport

Utredning av fordeler og ulemper for den faglige virksomheten ved eventuell sammenslåing mellom IKM og LBK.

14.11.2016  
Arbeidsgruppen



## Innhold

Innledning .....	3
1. Sammendrag .....	4
1.1. Oversikt over områder som er utredet med bakgrunn i innspill: .....	5
1.2. Informasjon om instituttene .....	5
2. Mandat, metode, organisering og gjennomføring .....	7
2.1. Arbeidsgruppas sammensetning .....	7
2.2. Mandat.....	7
2.3. Prosess og medvirkning .....	8
2.4. Kommentar til arbeidsmetoden.....	9
3. Forskning.....	10
3.1. Faktorer som tilsier at sammenslåing kan være til fordel for forskningsaktiviteten.....	10
Økt translasjonsforskning .....	10
Enklere samhandling mellom eksisterende forskningsinfrastrukturer.....	10
Fordeler for små forskningsmiljø .....	11
Fordeler for kliniske forskningsmiljø.....	11
3.2. Faktorer som tilsier at sammenslåing ikke vil påvirke, eller være en ulempe for forskningsaktiviteten .....	11
Fordeling av BOA-midler .....	11
Klinisk forskning .....	11
Små forskningsgrupper .....	11
3.3. Synspunkter fra klinikker ved St. Olavs Hospital.....	12
4. Undervisning .....	12
4.1. Faktorer som tilsier at sammenslåing kan være til fordel for undervisningsaktiviteten .....	12
Organisering av undervisning .....	12
Samarbeid mellom like undervisningsfelt.....	12
Samarbeid om undervisning mellom ulike fagområder .....	13
Masterstudium i molekylærmedisin .....	13
Bruk av laboratoriearealer i undervisning .....	13
4.2. Faktorer som tilsier at sammenslåing ikke vil påvirke, eller være en ulempe for undervisningsaktiviteten.....	13
Undervisningssamarbeid med andre institutt enn IKM/LBK .....	13
Klinikere og undervisning.....	13
Fag som finnes ved bare ett av instituttene .....	13



Vil sammenslåing føre til reduksjon i administrasjon/antall undervisere .....	14
5. Andre fordeler og ulemper .....	14
5.1. Størrelse .....	14
5.2. Organisering .....	14
5.3. Økonomi .....	15
5.4. Administrative/tekniske ressurser .....	15
5.5. Usikkerhet og uro .....	15
6. Områder som må belyses nærmere etter beslutning .....	15
6.1. Nivå 4 .....	15
6.2. Ledelse .....	16
6.3. Tekniske ressurser .....	16
6.4. Kultur og identitet .....	17
7. Vedlegg .....	18
7.1. Grovsortering av autentiske innspill fra ansatte .....	18

## Innledning

Høsten 2016 oppnevnte instituttlederne ved Institutt for kreftforskning og molekylær medisin (IKM) og Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer (LBK) en arbeidsgruppe for å gjennomføre utredningen av eventuell sammenslåing av IKM og LBK. De to instituttlederne er styringsgruppen for arbeidet. Oppdraget er formalisert med mandat som gir rammer for arbeidet og hovedfokuset er: *å utrede fordeler og ulemper for den faglige virksomheten ved en sammenslåing av dagens IKM og LBK til ett institutt versus å opprettholde status quo (beholde dagens to institutt).*

Denne rapporten inneholder arbeidsgruppens utredning av mandatet. Rapporten starter med et sammendrag og informasjon om de to instituttene. Neste kapittel går inn på mandat, metode, organisering og gjennomføring. Videre presenteres fordeler/ulemper med sammenslåing innen forskjellige områder. Hovedfokuset har vært på faglig virksomhet, og arbeidsgruppen har delt dette inn i to perspektiver; forskning og undervisning som er presentert i kapittel tre og fire. Det er også kommet inn flere andre innspill som er samlet i kapittel fem. Disse innspillene er i mindre grad utredet, men ansett som viktige å få frem. I kapittel seks har vi tatt med innspill som sier noe om hva som videre må utredes uavhengig av beslutning. Siste kapittel presenterer en grovsortering av alle innspill som er mottatt i løpet av prosjektperioden.

Alle innspillene arbeidsgruppen har mottatt er gått igjennom og delt i sammenfallende områder. Det er viktig å presisere at arbeidsgruppen ikke har sett det som sitt mandat å vekte de forskjellige områdene mot hverandre. Det er heller ikke vårt mandat å konkludere i en anbefaling, men heller å gi en oppsummering av innspillene.

Hilsen

Arbeidsgruppen

## 1. Sammendrag

Inntrykket er at det innen forskning er positive holdninger til sammenslåing, og at dette kan bidra til økt kvalitet. Bildet blir imidlertid noe mer nyansert hvis en ser ulike stillingskategorier og fagmiljø isolert. Det er en viss usikkerhet knyttet opp mot teknisk/administrative ressurser, og hvordan disse blir organisert innenfor et samlet institutt. I tillegg er det en betydelig skepsis innenfor enkelte av klinikkene hvorvidt en sammenslåing vil ha noen effekt på forskningen. Størst entusiasme ses klart innenfor de miljø ved instituttene som allerede har et forskningsmessig samarbeid. En felles holdning er at god strategisk ledelse og optimal organisasjonsstruktur blir viktige suksessfaktorer ved eventuell sammenslåing.

Innen undervisning er det en generell positiv holdning til at sammenslåing av instituttene vil kunne forenkle organiseringen og lette oversikten over fagområder hvor undervisning nå er delt mellom instituttene. I tillegg vil også sammenslåing av instituttene kunne bidra til at økonomisk/administrative begrensninger forsvinner og at ressursutnyttelsen bedres. Dette vil imidlertid i mindre grad påvirke undervisning innen fag som kun finnes på ett av instituttene eller hvor samarbeid om undervisning foregår med andre institutt. Dårligere ressurstilgang og marginalisering av disse fagområdene vil kunne være en reell risiko i et stort institutt. En annen bekymring er at sammenslåing ikke vil gi klinikerne bedre tid til å delta i planlegging av undervisning og mulighet til å drive forskning. Dette kan kun løses ved at både klinikk og institutter legger bedre til rette for slik aktivitet.

### 1.1. Oversikt over områder som er utredet med bakgrunn i innspill:

Utfyllende informasjon om områdene presentert i tabellen finnes i kapittel 3 - 5.

Områder*:	Fordeler	Ulemper	Nøytralt
Økt translasjonsforskning	X		
Enklere samhandling mellom eksisterende forskningsinfrastrukturer	X		
Små forskningsmiljø	X		
Kliniske forskningsmiljø	X		X
Fordeling BOA-midler (forskningsgr. høy BOA-andel)		X	
Fordeling BOA-midler (forskningsgr. lav/ingen BOA-andel)	X		
Klinisk forskning	X	X	X
Små forskningsgrupper		X	
Klinikker ved St.Olavs Hospital	X	X	
Organisering av undervisning	X		
Samarbeid mellom like undervisningsfelt	X		
Samarbeid om undervisning mellom ulike fagområder	X		
Masterstudiet i molekylærmedisin	X		
Bruk av laboratoriearealer i undervisningen	X		
Undervisningssamarbeid med andre institutt enn IKM/LBK			X
Klinikere og undervisning			X
Fag som bare finnes ved ett av instituttene		X	
Vil sammenslåing føre til reduksjon av administrasjon/antall undervisere?		X	
<b>Andre fordeler og ulemper**:</b>			
Størrelse			X
Organisering	X	X	
Økonomi			X
Administrative/tekniske ressurser	X	X	
Usikkerhet og uro		X	

\*Det er viktig å presisere at arbeidsgruppen ikke har sett det som sitt mandat å vekte de forskjellige områdene mot hverandre. Det er heller ikke vårt mandat å konkludere i en anbefaling, men heller gi en oppsummering av innspillene.

\*\*Disse områdene er ikke i hovedmandatet, men viktige innspill.

### 1.2. Informasjon om instituttene

Institutt for kreftforskning og molekylær medisin (IKM) og Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer (LBK) har noen like fagområder og noe samarbeid innen forskning og undervisning, men er organisatorisk forskjellige institutt.

Begge instituttene har forskning og undervisning innen molekylærmedisinske basalfag. Det er imidlertid også stor faglig variasjon på instituttene og begge har små kliniske fag som må ivaretas. Videre har IKM 3,5 ganger så stor omsetning og 2,1 ganger flere ansatte enn LBK. Det er også forskjell på BOA-finansiering hvor IKM har nesten halve omsetningen via BOA-midler mot LBK som har en tredjedel. Dette påvirker det økonomiske handlingsrommet ved instituttene.

**Fakta om instituttene:**

	<b>Institutt for kreftforskning og molekylær medisin (IKM)</b>	<b>Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer (LBK)</b>
<b><u>Økonomi (tall fra 2015)</u></b>		
Total omsetning	287,8 mill.	81,8 mill.
Bevilgningsfinansiert	152,2 mill.	54,9 mill.
BOA-finansiert	135,6 mill.	26,8 mill.
BOA finansiert omsetning	49 %	33 %
Finansiering fra EU-prosjektet	1,3 %	0 %
<b><u>Bemanning (tall fra 2015)</u></b>		
Antall ansatte	274,5	130,0
Antall årsverk	211,0	78,1
- Faste	61,5	38,4
- Midlertidige	149,5	39,7
Antall ÅV BOA-finansiert	89,6	57,5
<b><u>Instituttgrupper</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Molekylærbiologi</li> <li>• Cellebiologi</li> <li>• Kreft og pasient nær forskning</li> <li>• Gastroenterologi</li> <li>• Centre of Molecular Inflammation Research (SFF-CEMIR)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anatomi, Patologi og Rettsmedisin</li> <li>• Laboratoriemedisin</li> <li>• Pediatri</li> <li>• Gynekologi og obstetrikk</li> <li>• Teknisk ansatte</li> </ul>
<b><u>Fagområder</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Molekylærbiologi</li> <li>• Genetikk</li> <li>• Biokjemi</li> <li>• Cellebiologi</li> <li>• Anatomi</li> <li>• Fysiologi</li> <li>• Toksikologi</li> <li>• Immunologi</li> </ul> <p>Normalfunksjoner og sykdommer i:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mage-tarmsystemet</li> <li>• Nyrene</li> <li>• Urinveiene</li> <li>• Blodet</li> <li>• Immunapparatet</li> <li>• Huden</li> <li>• Skjelettet</li> </ul> <p>Sykdommer som opptrer i flere organer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kreft</li> <li>• Infeksjonssykdom</li> <li>• Sykdom som følge av miljøgifter eller feilernæring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anatomi</li> <li>• Patologi</li> <li>• Medisinsk genetikk</li> <li>• Medisinsk biokjemi</li> <li>• Medisinsk mikrobiologi</li> <li>• Immunologi/transfusjonsmedisin (ernæring)</li> <li>• Farmakologi</li> <li>• Farmasi</li> <li>• Pediatri</li> <li>• Obstetrikk</li> <li>• Gynekologi</li> <li>• Ultralyd for jordmødre</li> </ul>

	Institutt for kreftforskning og molekylær medisin (IKM)	Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer (LBK)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medisinske tilstander ved alvorlig uhelbredelig sykdom</li> </ul>	
<b>Undervisningsenheter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Molekylær cellebiologi og toksikologi</li> <li>• Kreft og palliasjon</li> <li>• Urologi</li> <li>• Hud</li> <li>• Blod (hematologi, immunologi og infeksjonsmedisin)</li> <li>• Mage/ tarm</li> <li>• Nyre</li> <li>• Hormoner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gynekologi og obstetrikk</li> <li>• Pediatri</li> <li>• Anatomi</li> <li>• Patologi og rettsmedisin</li> <li>• Medisinsk mikrobiologi</li> <li>• Medisinsk genetikk</li> <li>• Medisinsk biokjemi</li> <li>• Farmakolog</li> <li>• Immunologi/transfusjonsmedisin</li> </ul>
<b>Kjernefasiliteter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CMIC</li> <li>• GCF</li> <li>• PROMEC</li> <li>• BIOCORE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CMIC</li> </ul>

## 2. Mandat, metode, organisering og gjennomføring

### 2.1. Arbeidsgruppas sammensetning

Arbeidsgruppa har hatt følgende medlemmer:

- Ragnhild Støen, LBK (vit.sk.)
- Jan Egil Afset, LBK (vit.sk.)
- Brit B Fridtjofsen, LBK (adm.)
- Geir Slupphaug, IKM (vit.sk.)
- Birger Henning Endreseth, IKM (vit.sk.)
- Anne Kristensen, IKM (tekn.)
- Leder/koordinator: Hanne Håkonsen Stixrud (Fak.adm.)

Koordineringen er ivaretatt ved at lederen av gruppa har deltatt i møtene til arbeidsgruppa og har ivaretatt kontakt med styringsgruppa ved behov.

Arbeidsgruppa ble konstituert 12.sept 2016 og har hatt 8 arbeidsmøter.

### 2.2. Mandat

- Hovedsakelig å utrede fordeler og ulemper for den faglige virksomheten ved en sammenslåing av dagens IKM og LBK til ett institutt *versus* å opprettholde status quo (beholde dagens to institutt)
- I tillegg å peke på områder som bør belyses nærmere vedr personal, økonomi og drift m.m. og bestille underlagsmateriale

- Å opprettholde kontakt med styringsgruppen med regelmessige oppdateringer underveis i prosjektet
- Å utarbeide en sluttrapport som overleveres styringsgruppen 14.11.16
- Gruppen skal underveis i arbeidet arrangere en felles workshop for ansatte fra begge institutt for å få innspill til sin sluttrapport
- Gruppen ved leder/koordinator skal videre sørge for opprettelse av en åpen informasjonskanal til instituttene ansatte med mulighet for fortløpende informasjon om arbeidet og kommunikasjon med arbeidsgruppen underveis i prosessen

### 2.3. **Prosess og medvirkning**

Proessen har vært styrt av mandatet til arbeidsgruppen.

For å ivareta informasjon ut til alle ansatte ble det opprettet en felles informasjonsnettside for instituttene («mulig sammenslåing av LBK og IKM»). Det er også sendt ut informasjon via kanalene til IKM og LBK.

God medvirkning fra alle ansatte var viktig for å kunne utarbeide en så representativ rapport som mulig. Dette ble forsøkt ivaretatt av arbeidsgruppas medlemmer via e-poster/direkte kontakt ut til og diskusjoner med ansatte, ansattgrupper (vit./tekn./adm./klinikere), instituttgrupper, undervisningsgrupper, klinikker og verneombud.

Felles workshop for ansatte ble arrangert 17. oktober 2016. Totalt 31 ansatte deltok. Disse fordelte seg på følgende stillingskategorier: 15 fast vitenskapelig (inkl. 4 klinikere), 6 midlertidig vitenskapelig, 6 fra administrasjonen og 4 teknisk ansatte.

#### Program for workshop:

- Felles sesjon med innledning fra arbeidsgruppa og innspill fra tre vitenskapelig ansatte som representerte forskning, undervisning og klinikk
- Gruppearbeid med diskusjoner av følgende påstander knyttet til forskning, undervisning og størrelse på instituttene (alene eller sammenslått):
  - Undervisning blir mye enklere å organisere og av bedre kvalitet når alle aktuelle undervisere tilhører samme institutt.
  - Sammen slåing mellom LBK og IKM vil gi bedre undervisning.
  - Sammen slåing mellom LBK og IKM vil ikke gi bedre undervisning.
  - Sammenslåing vil stimulere translasjonsforskningen ved at man organisatorisk samler flere kliniske- og basalfagmiljø i en felles organisasjonsstruktur.
  - Ved sammenslåing vil potensialet for translasjonsforskning bare utløses i den grad det er interesse fra de kliniske miljøene.
  - Et stort samlet institutt vil legge til rette for tettere integrasjon av forskning mellom sykehus og universitet ved at klinikkene får færre institutter å forholde seg til.
  - Uten en sammenslåing blir LBK for lite i det nye fakultetet. Ved en sammenslåing vil det nye instituttet bli for stort. Diskuter mulige løsninger på dette.
  - Små forskergrupper vil tape i et stort institutt.
  - En sammenslåing vil være bra for LBK for å få mer slagkraft ved fakultetet.
  - Klinisk forskning og undervisning vil «tape» i et stort molekylærmedisinsk institutt.
  - Undervisning må uansett samordnes over instituttgrenser og derfor er det ikke et argument for sammenslåing.
  - Fritt fram – Hva er ditt sterkeste argument for/mot sammenslåing?

Alle innspillene (workshop, samtaler og øvrige innspill) ble tatt med inn i diskusjonen i arbeidsgruppa og har dannet grunnlag for arbeidet med sluttrapport til styringsgruppen.

Arbeidsgruppen har gått igjennom og delt innspillene i sammenfallende områder. Videre har arbeidsgruppen sett på om et område vil være en fordel, ulempe eller være nøytralt til sammenslåing. Det er viktig å presisere at arbeidsgruppen ikke har sett det som sitt mandat å vekte de forskjellige områdene mot hverandre. Det er heller ikke vårt mandat å konkludere i en anbefaling, men heller gi en oppsummering av innspillene.

Sluttrapporten har fokus på å gi en utredning av faglige innspill, samt i stor grad presentere så mange innspill som mulig. På den måten ønsker vi å gi en spisset, men også bred rapport som beslutningsgrunnlag for styringsgruppen.

#### 2.4. Kommentar til arbeidsmetoden

Det har vært relativt lite engasjement og noe lav deltakelse på workshop. En mulig årsak til dette kan være at en del ansatte ser på utredningen som en «skinnprosess» og at beslutningen allerede er avgjort. I samtaler har vi derfor presisert at beslutning ikke er tatt og at det er derfor utredning nå skjer.



### 3. Forskning

#### 3.1. Faktorer som tilsier at sammenslåing kan være til fordel for forskningsaktiviteten

##### Økt translasjonsforskning

Det er ønskelig med en sterkere integrering av forskningsaktiviteten ved sykehuset og instituttene. Det er et noe delt syn på hvorvidt en sammenslåing vil kunne styrke den kliniske forskningen. Det ser imidlertid ut til å være en bred enighet om at både basalfaglige miljø og kliniske miljø kan dra nytte av et nærmere samarbeid. Det vil være viktig for basalforskere å arbeide med viktige og aktuelle kliniske problemstillinger, mens det for klinikere vil være nyttig å få inn molekylær kompetanse og teknologi. Begge disse faktorene er viktig for kvalitativ god medisinsk forskning. En samling av molekylær og paraklinisk kompetanse innen ett institutt vil kunne tydeliggjøre en «pipeline» (en sammenhengende infrastruktur) som vil gjøre forskning lettere tilgjengelig og mer attraktiv for flere klinikere. Det kan også være en fordel for klinikkene at de får færre institutt å forholde seg til.

Publisering og innovasjon, inkludert forbedret pasientbehandling, er hovedproduktene våre innenfor forskning. En økende andel av forskningsfinansieringen er konkurranseutsatt og publikasjonskvalitet og innovasjon er de viktigste kriteriene for tildeling (både internt og eksternt). Medisinsk og biologisk forskning stiller stadig større krav til at man behersker et bredt spekter av metoder. Dette krever samordning av teknologi (som f. eks kjernefasiliteter), forskningsmiljøer med tverrfaglig kompetanse (klinikere, paraklinikere, kjemikere, informatikere, fysikere, biologer, matematikere) og effektiv administrasjon. Sammenslåing av LBK og IKM forventes å gi en unik mulighet til å øke synergieffektene og bygge opp slagkraftige translasjonsforskningsmiljøer.

Innen flere områder er det allerede pågående samarbeidsprosjekt mellom basale/parakliniske og kliniske forskningsmiljø, ved begge institutt, rettet mot konkrete kliniske problemstillinger. Ett slikt eksempel er infeksjonsmedisin, hvor det er overlappende aktivitet med IKM og LBK, både på klinikk- og basalforskning. Et annet er etablering, kvalitetssikring og utnyttelse av biobanker. Både svangerskapsgruppen og DNA reparasjon/proteomikkgruppen ved IKM er her avhengige av tett samarbeid med LBK, hvor deres kliniske og parakliniske styrke kreves for kvalitetssikring av innsamlingen og utnyttelse av materiale. Disse, og tilsvarende samarbeidsprosjekt, vil kunne dra nytte av en mer strømlinjeformet organisering og fjerning av administrative barrierer når det gjelder økonomi, bruk av leiested og utnyttelse av felles forskningsinfrastruktur. Et sammenslått institutt kan bli en viktig brobygger mellom klinisk og molekylær medisin for bedre å kunne utnytte nyvinninger innen f. eks. molekylærbiologi, biokjemi og immunologi til pasientens beste.

Et sterkt, translasjonsforskningsorientert institutt hevdes å være nødvendig for å få gjennomslag for de molekylære disiplinene ved interne fordelinger av ressurser, samt strategivurderinger ved fakultetet. Dette blir spesielt viktig etter fusjonen med høyskolene, da flere mener at det nye fakultetet får en betydelig slagside mot helsevitenskap.

##### Enklere samhandling mellom eksisterende forskningsinfrastrukturer

Det er i dag stor grad av samholdighet mellom flere miljø ved LBK og IKM med tanke på bla. felles molekylærbiologiske tilnærminger. Her kan en dra store fordeler av å samle kreftene (mikroskopi, vevssnitting, massespektrometri, genomikk, stamcelle/reprogrammering/organoid-teknologi o.a.). Rent metodemessig er flere nyere molekylære teknologier samlet i kjernefasiliteter, men flere forskningsprosjekt har mye å hente på f. eks. optimalisert stratifisering av pasientmateriale fra erfarne patologer.

### Fordeler for små forskningsmiljø

Sammenslåing vil gi et større institutt med stor BOA-finansiering. Dette vil kunne være til støtte for mindre forskningsmiljø såfremt forskningen ligger innenfor instituttets strategi. Dagens IKM har en vesentlig større BOA-finansiering enn LBK. Forskningsgrupper med lav BOA vil kunne trekke mer ut av felles leiested.

For små forskningsgrupper vil det kunne være en fordel å bli del av et større miljø og en bredere kontaktflate innad på instituttet. Sammenslåing vil gi større muligheter for organisering av større og mindre arrangementer med felles interesse (nasjonale/internasjonale møter, instituttseminarer, minisymposier, stipendiat/postdoktor klubber etc.).

### Fordeler for kliniske forskningsmiljø

Enkelte kliniske miljø mener sammenslåing kan legge til rette for interessante samarbeidsarenaer i et bredere institutt, både kliniske grupper og basalforskningsmiljøer. Dette gjelder f. eks. Barne- og Ungdomsklinikken, hvor kreft og infeksjon, i noen grad endokrinologi/nyre/gastroenterologi er viktige potensielle forskningsarenaer som vil kunne samarbeide tettere. Innen andre fag og forskningsmiljø som de tradisjonelt har hatt forskningssamarbeid med (kanskje spesielt BUP/psykologi og nevrologi MR/billeddiagnostikk/hjerte og epidemiologi), er det ikke samme potensielle effekt av sammenslåing og vil fortsette å samarbeide med andre institutt, noe som må sikres.

## 3.2. Faktorer som tilsier at sammenslåing ikke vil påvirke, eller være en ulempe for forskningsaktiviteten

### Fordeling av BOA-midler

Det eksisterer en viss frykt for at forskergrupper med høy BOA-andel ved IKM i realiteten vil komme til å tape ved at flere forskergrupper med lav BOA benytter leiested. Det kan bli utfordrende å få til en rettferdig politikk på leiestedsbetaling og subsidiering av miljøer som ikke har midler til å betale for seg, samt miljøer som får penger fra Kreftforeningen (underfinansierte prosjekter). I tillegg er det en viss frykt for å tape «varemerket» IKM allerede har i dag.

### Klinisk forskning

I forbindelse med diskusjon om sammenslåing har det vært mye fokus mot lab og parallelle grupper ved LBK-IKM. Det er viktig at man finner brede løsninger som ikke fører til dannelse av et basalforskningstungt institutt hvor de kliniske miljøene både ved LBK og IKM faller i skyggen. Det har tatt mange år å skape et fellesskap mellom laboratoriefag og kliniske miljøer ved LBK, og felles administrativ overbygning fører ikke automatisk til samarbeid og felles forskningsprosjekter. Et større institutt kan oppleves enda mer uoversiktlig og «irrelevant» for kliniske miljøer som hører til i svært forskjellige medisinske spesialiteter. Opplevelse av eierskap til prosessen er nødvendig for at de kliniske miljøene skal bli godt ivaretatt og for at man får utnyttet potensialene som ligger i et nytt mangfold.

### Små forskningsgrupper

Flere innspill viser bekymring for små grupper og for at de ikke skal finne sin plass og i verste fall drukne i et sammenslått institutt. Laboratoriefagene ved LBK fremheves ved at de har i seg selv ingen opplagt tilknytning til bestemte kliniske fag verken ved IKM eller andre institutter. I dag og ved en sammenslåing vil eksisterende og potensielle nye relasjoner avhenger i stor grad av enkeltpersoners interesser og hvilke muligheter man ser ut fra fagfelt, finansiering etc.

### 3.3. Synspunkter fra klinikker ved St. Olavs Hospital

Det er ulike synspunkt på en eventuell sammenslåing ved de ulike klinikkene. Det kan tyde på at miljø som driver mer tradisjonell klinisk forskning uten særlig andel molekylære analyser, er skeptiske til sammenslåing mens klinikker som allerede har en molekylær tilnærming, for eksempel Laboratoriemedisinsk Klinikk, er mer positive til sammenslåing.

En sentral bekymring er at IKM + LBK vil bli et meget stort institutt hvor klinikere vil bli ytterligere i mindretall, enn i dag. Det er dermed en fare for at klinisk-pasient nær forskning vil få problemer med å hevde seg i et slikt gigantinstitut. Betydningen av et formalisert 4. nivå understekes.

Det hevdes også at en sammenslåing vil bryte med ideen om ett institutt og én klinikk i hvert senter og ha store konsekvenser for den pågående integrasjonsprosessen mellom sykehus og fakultet, hvor færre klinikker og flere institutter ville ha vært mer naturlig. Det kan være uklokt å slå sammen IKM og LBK uten å ha en overordnet plan på hvordan det integrerte universitetet skal se ut med tiden. Molekylærmedisinsk forskning er et felt som i fremtiden blir viktig for alle kliniske miljøer.

## 4. Undervisning

De to instituttene har ansvar for undervisning i medisinstudiet (IKM: ICD, LBK: IICD) og LBK har ansvar for de to masterprogrammene Master i molekylærmedisin og Master i farmasi og et internasjonalt kurs innen ultralyd.

Instituttene er inndelt i følgende undervisningsenheter:

- LBK: Gynekologi og obstetrikk, pediatri, anatomi, patologi og rettsmedisin, medisinsk mikrobiologi, medisinsk genetikk, medisinsk biokjemi, farmakologi og immunologi/transfusjonsmedisin.
- IKM: Molekylær cellebiologi og toksikologi, kreft og palliasjon, urologi, hud, blod (hematologi, immunologi og infeksjonsmedisin), mage/ tarm, nyre og hormoner.

Disse undervisningsenhetene har ansvar for undervisning i medisin- og masterstudiene innen sine respektive fagområder.

### 4.1. Faktorer som tilsier at sammenslåing kan være til fordel for undervisningsaktiviteten

#### Organisering av undervisning

Sammenslåing av instituttene vil kunne forenkle organiseringen og lette oversikten over fagområder hvor undervisning er delt mellom instituttene. Instituttleder vil ha bedre styringsmulighet for undervisning som foregår ved eget institutt enn for undervisning som administreres fra et annet institutt. Det vil også kunne bidra til at det blir enklere å samordne og evt. kutte overflødig emner.

#### Samarbeid mellom like undervisningsfelt

Undervisning innen fagfelt som er representert ved begge instituttene (for eksempel genetikk, molekylærbiologi, cellebiologi, biokjemi, immunologi og reproduksjon) vil kunne organiseres bedre dersom alle undervisere innen et fag tilhøre samme undervisningsgruppe. Med organisering av alle undervisere innen samme fag i samme undervisningsenhet, ville kommunikasjon og samarbeid om undervisning bli bedre, særlig innen de ovennevnte parakliniske fag og basalfag. Det ville dessuten

være mindre økonomiske og administrative hindringer i veien for samarbeid. Innen fagfelt med få ansatte, vil slik sammenslåing kunne gjøre undervisningen mer robust ved at det blir flere som kan dele på undervisningen, slik at det blir mindre sårbarhet overfor fravær ved sykdom og permisjoner. Det vil også kunne bli lettere å organisere undervisningen etter prinsippet om spirallæring.

#### Samarbeid om undervisning mellom ulike fagområder

Ulike fagområder vil kunne dra nytte av hverandre i et sammenslått institutt. Man kan se for seg mer integrert undervisning innen deler av pediatrien og tilsvarende fagområder innen voksenmedisinen, og innen deler av den kliniske undervisningen og parakliniske fag. Dette kan gi en bedre forståelse av sammenhengen mellom klinikk og mekanismer for sykdom. Planlegging av undervisning, samarbeid om læringsmål, utarbeidelse av PBL-oppgaver og eksamensoppgaver kan bli enklere hvis dette skjer innenfor ett institutt. På samme måte som at undervisningsplanlegging blir forenklet, vil også rapporteringsarbeidet (som ofte er betydelig) kunne bli rasjonalisert innen ett institutt.

#### Masterstudium i molekylærmedisin

Dette masterstudiet er administrativt underlagt LBK, men mye av undervisningen og veiledningen gis av ansatte på IKM. Denne organiseringen vanskeliggjøres av at det ikke er ordninger som sikrer økonomisk kompensasjon for slik undervisning eller veiledning. En sammenslåing av instituttene vil bidra til at slike økonomisk/administrative begrensninger forsvinner, og dette kan bidra til bedre ressursutnyttelse og større eierforhold til masterprogrammet også ved fagmiljøene ved IKM.

#### Bruk av laboratoriearealer i undervisning

En sammenslåing av instituttene vil bedre muligheten for utnyttelse og tilgang til laboratoriearealer for studenter i forbindelse med arbeid med hovedoppgaver (medisinstudenter) og masteroppgaver (masterstudenter).

### 4.2. Faktorer som tilsier at sammenslåing ikke vil påvirke, eller være en ulempe for undervisningsaktiviteten

#### Undervisningssamarbeid med andre institutt enn IKM/LBK

Innen en del fagområder, både på IKM og LBK, er det grupper på andre institutt som er mer interessante og relevante å samarbeide med om undervisningen. En sammenslåing av IKM og LBK vil i liten grad styrke disse undervisningsenhetene. Det vil også være en risiko for at slike undervisningsenheter vil marginaliseres i et stort, sammenslått institutt. Det etterlyses virkemidler for å legge til rette for bedre undervisningssamarbeid på tvers av institutter, uavhengig av om LBK og IKM slås sammen eller ikke.

#### Klinikere og undervisning

En sammenslåing vil ikke påvirke det problemet vi har i dag med at klinikere i liten grad deltar i møter og planlegging av undervisningen. Dette skyldes i stor grad manglende prioritering av dette arbeidet mot kliniske arbeidsoppgaver. Det er et felles ansvar for klinikker og institutt at det legges til rette for slik aktivitet.

#### Fag som finnes ved bare ett av instituttene

En sammenslåing av instituttene vil ikke bedre ressurstilgangen for undervisning innen fag som finnes kun ved ett av instituttene, som for eksempel for pediatri og gynekologi/obstetrikk. Disse undervisningsenhetene kan derfor bli sittende igjen med en dårligere ressursituasjon enn i dag ved

en sammenslåing, sammenlignet med basal- og parakliniske fag hvor det finnes undervisningsressurser ved begge instituttene.

#### Vil sammenslåing føre til reduksjon i administrasjon/antall undervisere

Det er en bekymring for at man ved en sammenslåing vil få større undervisningsenheter samtidig som man risikerer at det kan bli kuttet i ressurser til årsledere. Dette kan være svært uheldig fordi enhetene blir større og vil ha det samme totale ressursbehovet som i dag. I et sammenslått institutt vil det bli behov for et mer formalisert nivå 4. Dersom det blir lagt mye administrasjon på akademiske personale som blir ledere i dette nivået, vil disse kanskje få fritak for undervisning slik at det reelt blir færre å dele undervisningen på.

## 5. Andre fordeler og ulemper

Det er kommet flere innspill som ikke er faglige argument for eller imot sammenslåing, men som allikevel engasjerer flere. Arbeidsgruppen mener det er viktig at også disse argumentene blir presentert.

### 5.1. Størrelse

Det uttrykkes i varierende grad om LBK er for lite eller «akkurat passe». Eller om et sammenslått institutt vil bli for stort. Det som er viktigst å trekke ut fra innspillene, er at størrelsen ikke er avgjørende for om man lykkes eller ikke. Det vil være organiseringen og kommunikasjonslinjene som legger grunnlag for det. Og det er gjeldende uansett en sammenslåing eller ikke. Blir man automatisk sterkere om man er større? Og kan man bli for stor? Videre sies at dersom det blir sammenslåing, er det avgjørende for å lykkes at det er likeverdige parter som slår seg sammen.

### 5.2. Organisering

Organisering er et tema som engasjerer mange. Temaet løfter argumenter som anses som både fordeler og ulemper ved sammenslåing. Dagens organisering på LBK berømmes med korte beslutningslinjer. Andre innspill viser til at et stort institutt kan være håndterbart så lenge administrasjonen er tilgjengelig i flere hus. Det fremheves at uavhengig av sammenslåing må de små gruppene finne fagfellesskap.

Ved et sammenslått institutt fremheves viktigheten av og mulighet for gode gruppestrukturer. Hva som er gode gruppestrukturer må diskuteres videre. Heterogenitet, størrelse, bred kompetanse, tverrfaglighet, tilhørighet og medbestemmelse og viktighet av gode gruppeleder er områder som nevnes fra flere.

Fra kliniske miljøer påpekes det at potensialet med klinisk samarbeid bare vil utløses hvis det settes av mer tid til forskning for klinikere. Dette gjelder uansett beslutning. En vellykket sammenslåing avhenger også av at det legges vekt på å avklare og kommunisere de kliniske fagenes plass og muligheter i et nytt institutt, i samsvar med fakultetets translasjons-strategi.

Uavhengig av beslutning om sammenslåing eller ikke, er det viktig at ledelsen ikke mister fokus på at det er et generelt behov for bedre tilrettelegging for samarbeid på tvers ved NTNU, både på institutt- og fakultetsnivå. Det trengs gode fellesrutiner for ressursfordeling / økonomistyring som ikke er av dagens type («the winner takes it all») hvor en f.eks. ikke belønner bidrag med laboratoriekompetanse gitt inn i et prosjekt som utgår fra en annen enhet. Ordningen med firkantede grenser for arealbetaling mellom enheter stimulerer også dårlig til tverrfaglig samarbeid -

effekten er heller motsatt. Sammenslåing mellom LBK og IKM vil ikke avhjelpe dette overordnede strukturelle problemet.

### 5.3. Økonomi

Det er noe fokus på at LBK har liten BOA-aktivitet. Og det vurderes fra de ansatte som både en fordel og en ulempe opp imot en eventuell sammenslåing. Samtidig så understrekes det at systemer rundt en organisasjon ikke kan være førende for å beslutte en sammenslåing. Systemene vil være i endring og vi må tilpasse oss disse til enhver tid. Det er organiseringen som legger grunnlag for at fullt utbytte oppnås på dette området. Det samme gjelder i forhold til optimal arealutnyttelse. Uavhengig av sammenslåing er det behov for bedre samarbeidsordninger, f.eks. fordeling av overheadmidler utfra deltagelse i prosjekter istedenfor at alt går til «moderinstitutet».

### 5.4. Administrative/tekniske ressurser

En sammenslåing kan redusere sårbarheten og gi en sterke og mer robust administrasjon. Det vil også være fordeler forbundet med felles infrastruktur og logistikk. Det kan også oppnås noen stordriftsfordeler. Et formalisert nivå 4 kan imidlertid kreve en relativ økning i administrative ressurser. Det fremheves som viktig at det totale antall administrative stillinger ikke reduseres ved sammenslåing.

Sammenslåing anslås å gi en bedre utnyttning av tekniske ressurser, en mer kostnadseffektiv drift og bedre utnyttelse av laboratoriearealer/maskinpark, samt forenkle styringen og driften av kjernefasiliteter som i dag driftes felles av LBK og IKM. Dette er imidlertid forhold som i liten grad vil ha betydning for de kliniske fagområdene som ikke driver laboratorieforskning.

### 5.5. Usikkerhet og uro

Det meldes fra flere usikkerhet om den positive effekten for undervisning og forskning oppveier uro som kan oppstå ved en sammenslåing. Vil utbyttet av en sammenslåing forsvare ressursbruken? Ledelsen bør være sikre på en sterk positiv effekt for å oppveie det negative som fort kan komme.

Det er også en frykt for at eksisterende stillinger kan få nytt stillingsinnhold og at f. eks. teknisk-administrative stillinger vil kunne bli flyttet til nye oppgaver. Fordeling av tekniske stillinger vil kunne komme dårligere ut for små grupper innenfor et større institutt.

## 6. Områder som må belyses nærmere etter beslutning

Kapittelet presenterer tanker rundt hva som må på plass for en vellykket sammenslåing, men viser også til områder som må jobbes videre med uavhengig av beslutning. De følgende punktene er ikke utredet og de må tas videre avhengig av beslutning.

### 6.1. Nivå 4

Fra flere hold er det nevnt at en sammenslåing vil kreve et formalisert nivå 4 med klart mandat og myndighet, og som må støttes opp med administrative ressurser. Nivå 4 ses på som nødvendig på grunn av den størrelsen et nytt institutt vil få. Flere vitenskapelig ansatte vil imidlertid måtte bruke mer tid på administrasjon på 4. nivå, noe man ikke uten videre kan regne med at alle er interessert i å gjøre. Slike oppgaver vil konkurrere om tiden med forskning, undervisning og klinikk. En prosess for avklaring av roller, myndighet og arbeidsoppgaver mellom nivå 3 og 4 blir nødvendig. Det er ikke utenkelig at man bør ha en stillingsprosent som instituttgruppeleder, dette vil kunne medføre økt kostnad til administrative stillinger.

## 6.2. Ledelse

Ledelse er et tema i flere av innspillene. Ved sammenslåing trekkes det frem behov for en ny leder som har høy integritet, er tydelig og har støtte i begge miljøer. Lederen løftes frem som avgjørende for en vellykket sammenslåing. Leder forventes å ha visjoner og også ha kompetanse innen ledelse. Arbeidet med å definere en felles kultur og strategi for alle miljøene er helt klart en stor lederutfordring. Det vil være viktig å oppfordre og rekruttere riktig kandidat til en slik stilling.

Stor avstand til ledelsen er allerede en utfordring ved IKM og dette antas å bli ytterligere utfordrende i et større institutt. For å kompensere dette bør «administrasjonstettheten» øke, men det igjen vil være mot effektivisering og avbyråkratisering.

Ledergrupper løftes også frem som viktige ved sammenslåing. I ledergruppen til et nytt institutt er det viktig at alle miljøer, på en eller annen måte, blir representert. Det vil kreves en større ansvarliggjøring av klinikkjefer og gruppeledere.

Det er en bekymring at fagmiljøer fra LBK vil miste sin stemme i fakultetsledelsen. Her kommer det også innspill om at fordeling av ressurser fra fakultetet må gås igjennom på nytt nå hvis det blir flere store institutt. Eksisterende fordelingsmodell med «en til hvert institutt» vil ikke oppleves som rettferdig.

## 6.3. Tekniske ressurser

En sammenslåing antas vil medføre økte krav til effektivisering og en beste mulig utnyttelse av de teknisk ansatte. Dette vil medføre at det blir nødvendig med tydelige føringer på hva de teknisk ansatte skal bruke tiden på, når det gjelder drift av laboratorier, opplæring, egen kompetanseutvikling, HMS og deltagelse i analysearbeid og forskning. Det må også være tydelige føringer på hvilke oppgaver som skal kunne pålegges de rammefinansierte og eksterntfinansierte teknisk ansatte. Det synes viktig at de tekniske ressursene utnyttes best mulig. Ved en eventuell sammenslåing er det imidlertid viktig å være klar over at flere av ingeniørene både ved LBK og IKM innehar spisskompetansen som er rettet mot bestemte fagområder.

Forskning på IKM har få ingeniører ansatt med rammefinansiering, og personer i tekniske stillinger på IKM med ekstern finansiering er bekymret for framtida hvis det blir sammenslåing.

Teknisk ansatte ved IKM er fordelt på de forskjellige instituttgruppene og er representert i ledergruppen med én valgt person. Det finnes i tillegg egne arenaer for diskusjon angående fag, laboratoriedrift og HMS. Dette er ordninger som ønskes videreført.

Fra LBK er det et ønske om å videreføre egen instituttgruppe for tekniske ansatte. Instituttgruppen for teknisk ansatte har vært svært viktig både som en felles arena hvor ingeniørene kan møtes, men også som et felles faglig forum for diskusjoner angående HMS, metodikk, vedlikehold av instrumenter, opplæring og laboratoriedrift.

Det er viktig at også de teknisk ansatte er representert i ledergruppen på lik linje med de administrativt ansatte og de vitenskapelig ansatte. Både for å bli hørt, men også for at ledergruppen skal kunne få råd fra de teknisk ansatte når dette er nødvendig. Ingeniørene er en viktig støttefunksjon for de vitenskapelig ansatte og det er viktig å være representert når det skal tas avgjørelser som påvirker arbeidshverdagen.

#### 6.4. Kultur og identitet

Kulturforskjeller mellom LBK og IKM er fra flere meldt inn som en faktor som må tas på alvor ved sammenslåing. Kulturer kan gi en tendens til å skille mellom «oss» og «de andre», og hevde sine «rettigheter». Man må undersøke hva som er forskjellene på IKM og LBK, ta ulikhetene på alvor og finne måter å arbeide seg frem til gode samarbeidsrelasjoner med rom for mangfold. Dette er ikke minst viktig når ressurser skal fordeles - både penger og areal - for å unngå problemer fordi noen opplever å bli marginalisert.

Et nytt institutt vil bli et enda større konglomerat av ulike fagområder, hvor bare noen føler et naturlig slektskap. Det må brukes nok tid og ressurser på å skape felles identitet og bygge opp grupper som integrerer lab og klinikk.



## 7. Vedlegg

### 7.1. Grovsortering av autentiske innspill fra ansatte.

I dette vedlegget finnes grovsortering av alle autentiske innspill. Innspillene er kommet til arbeidsgruppen via samtaler, e-post og workshop. Arbeidsgruppen har grovsortert innspillenes innhold i tre kategorier; undervisning, forskning og andre innspill. Noen innspill vil komme flere ganger da innspillet favner flere kategorier.

Grovsortering av innspill (kursiv= påstand i diskusjonstema):

#### Undervisning

- *Sammen slåing mellom LBK og IKM vil ikke gi bedre undervisning:*
  - ✓ Økonomi → Midler til undervisning, eks LBK har ansvaret og finansieringen, men forelesere kommer fra IKM → økonomisk fordeling er til hinder
  - ✓ Små faggrupper (eks fysio) følger med på lasset → utnytte undervisningskomp./fag på tvers av institutt (også andre enn det nye fusjonert)
  - ✓ Mye felles tematikk- mer kostnadseffektivt å slåes sammen
  - ✓ Vi er allerede små
  - ✓ Lettere å bygge lag/lag/spirallæring om instituttene slåes sammen
  - ✓ Synergi? Mellom overlappende kliniske fagområder (f.eks pediatri vs voksenfag)
  - ✓ Etablere bedre samhandling mellom instituttene/fjerne «skott»
  - ✓ IKM: I dag mye samarbeid på tvers av instituttene
  - ✓ Parakliniske fag (immunologi): Potensiale for bedre samarbeid
  - ✓ Medisinstudiet og Masterstudiet (Molekylærmedisin → store fordeler med fusjon): NTNU- utfordring → samarbeid er vanskelig- internhandel. Må gjøres noe med i dag. Ytterligere krav om samarbeid i nytt stort institutt.
  - ✓ Undervisning og forskning → Mye mer integrert på Kvinne/Barn enn på IKM
- *Sammenslåing vil gi bedre undervisning:*
  - ✓ Ikke bedre forelesninger, fordeling mellom de som gjør jobben blir bedre.
  - ✓ Bedre koordinering
  - ✓ Samkjøre grunnleggende fag/basalfag. Bedre fordeling. Sterkere ambisjon/vilje
  - ✓ Økonomisk fordeling utfordrende
  - ✓ Klinisk undervisning i gyn lite tilføres fra IKM. Mer innspill i metodikk for undervisning
  - ✓ Hva kan gjøres/endres i undervisningsform? Tenk kreativt nytt. Få studenter mer aktive
  - ✓ Visjoner/tanker i ledelse er essensielt!
  - ✓ Ved sammenslåing mulig mer oversikt over faget hele veien.
  - ✓ Unødvendig å må kjøpe tjenester av hverandre
  - ✓ Overlapp mellom forskjellige fagområder kan dra nytte av hverandre
  - ✓ Hvordan fjerne grenser mellom eksisterende grupper?
  - ✓ Translasjonskostnaden blir lavere og derfor er sammenslåing positivt
  - ✓ Mange overlappende fagområder
  - ✓ Vanskelig å få faglig helhet
  - ✓ Samarbeid innad og på tvers personalavhengig
  - ✓ Sammenslåing krever endring i holdninger

- ✓ Utfordringene i dag med to institutter mer av praktisk karakter
- ✓ I et sammenslått institutt kan problemene vi nå ser på et nivå forskyves til et annet nivå
- ✓ Instituttledergruppe, undervisningsgruppe og forskningsgruppe separate enheter
- ✓ Sammenslåing vil være en styrke for LBK fordi det gir større muligheter til å bygge opp større forskningsgrupper med felles forskningsinteresse som IKM. Positivt for undervisningsdelen, forenkler oppbygging av undervisningsplan (tematikk, ressursbank personell)
- *Enklere å organisere og av bedre kvalitet når alle aktuelle undervisere tilhører samme institutt:*
  - ✓ Enklere gjennomføring av fag
  - ✓ Bedre kommunikasjon mellom foredragsholdere/undervisere
  - ✓ Bedre i stand til å utnytte ressurser innen undervisning
  - ✓ Mindre sårbar for f.eks sykdom
  - ✓ MOLMED/MFARMASI: Bryte ned eksisterende barriere→Gevinst
  - ✓ Medisin: Ingen umiddelbar gevinst
  - ✓ Undervisningskvalitet: Unngå unødvendig overlapp. Spirallæring vs gjentagelse. Kutte overflødige emner. Samhandling klinikk-paraklinikk-basal
  - ✓ Aktivisering av klinikere: Hvordan sørge for at klinikere bidrar inn i nytt institutt
  - ✓ Robusthet/kritisk masse
- *Klinisk forskning og undervisning vil «tape» i et stort molekylærmedisinsk institutt*
  - ✓ Kan styrke klinikken, kan forenkle samarbeid om basalmiljøet styrkes
  - ✓ Avhenger av hvordan man strukturerer seg (inst.)
  - ✓ Feil at det kalles molekylærmedisinsk institutt bør kalles – klinisk molekylærmedisinsk institutt – translasjonsforskning bør komme sterke frem.
  - ✓ Nei ikke hvis inst.leder har oppmerksomhet på det
  - ✓ Ja hvis kjøttvekta får råde
  - ✓ Et stort molekylært inst. vil åpne for mulighet for samkjøring
  - ✓ Kulturforskjellene kan bli et problem. Men kan bli en berikelse om lederen greier å takle det.
  - ✓ Lederstrukturen blir svært viktig å gjøre noe med.
  - ✓ Mix av klinisk og molekylærmedisinsk kompetanse kan samkjøres i undervisningen på en mye bedre måte enn i dag. Felles sesjoner.
  - ✓ Vanskelig for kliniske miljø å se nytten for seg – samarbeider med mange inst. men betyr ikke at vil «tape»
  - ✓ Både kliniske og basalmedisinske miljø vil ha nytte en av samarbeide mer
  - ✓ Veldig avhengig av hvordan det organiseres, gode prosesser må legges til rette for de kliniske miljøene (må få tid til annet enn klinikk)
  - ✓ «molekylærmedisinsk institutt» virker ekskluderende i seg selv og dersom man tar utgangspunkt i navn så vil klinisk undervring kunne tape. Meget viktig at alle miljøene danner «VI» helt fra starten.
  - ✓ Kunne kliniske miljøene slå seg sammen for å fremstå sterkere?
  - ✓ Nei. Vi trenger store overordnede problemstillinger: organ, sykdom etc. Grupper satt sammen ut i fra dette. Forutsetning at det blir en ordentlig sammenslåing

- ✓ Tror det er en reell fare for at påstanden kan bli riktig. Avhenger helt av hvordan man organiserer – trenger tverrfaglige grupper, ikke inndeling basal vs klinikk. Må bruke god tid for å arbeide frem hensiktsmessige gruppeinndeling. Det må gjøres svart tydelig hvordan klinikerne kan vinne på sammenslåingen – ellers kan de bli/gjøres seg marginalisert.
- ✓ Organiseringen blir det viktigste
- ✓ Forutsetter at det avsettes tid fra klinisk side
- ✓ Undervisning bør være en integrert gruppe på et institutt
- *Undervisning må uansett samordnes over instituttgrenser og derfor er det ikke et argument for sammenslåing*
  - ✓ Avhengig av økonomisk fordeling av utgifter til undervisning. Sammenslåing kan gi bedre økonomistyring
  - ✓ Ja, hvis LBK og IKM ikke har mer med hverandre å gjøre enn andre
  - ✓ Jo, er et argument for sammenslåing fordi det er sammenfallende fagområder
  - ✓ Selv om undervisning må koordineres med andre inst., er det ikke et argument mot sammenslåing.
  - ✓ Koordinering av undervisning blir bedre med sammenslåing
  - ✓ Allebiologi, molekylærbiologi, genetikk er sterkt overlappende. Ernæringsvitenskap vil omfatte de overlappende fagområdene.
  - ✓ Å fjerne inst.grensene vil lette adm. Og gjennomføring av undervisning, både på medisin og masterutdanningene.
  - ✓ Samordnes uansett, men eierskap styrker med felles interesse/mer backup
  - ✓ Alle er enige i påstanden
  - ✓ Undervisning må samordnes uansett, men en sammenslåing vil forenkle samarbeidet om planlegging og gjennomføring av undervisning.
  - ✓ Ja – men nei – avhenger av tema og master vs. medisinstudiet. Medisin – fordel med sammenslåing for tett tilgrensede fag. For fag som ikke bare omfatter IKM og LBK spiller det liten rolle.
  - ✓ Avhengig av fag: eks. master i molekylær..... – mange undervisere fra IKM, men styres fra LBK. Ut i fra dagens situasjon er undervisningen «usynlig» - uansett sammenslåing eller ikke må dette organiseres på en annen måte.
  - ✓ Flere vil kanskje «ansvarlig gjøres» ved at instituttet er ansvarlig for undervisningen
  - ✓ Noen praktiske fordeler med å samordne undervisningen? Innen ett institutt lettere linjer og færre grenser. Men likevel miljø/person avhengig hvor lett det er å få til i praksis.
- For sammenslåing: Enhetlig og bedre org. av undervisning (flere back up muligheter)
- For sammenslåing: Gir mulighet for en mer ryddig og oversiktlig organisering av undervisning (basalfag)
- For sammenslåing: Bedre utnyttelse av lærekrefter
- For sammenslåing: Får tatt ut vesentlige synergier på forskning og undervisning
- For sammenslåing: Åpner for bedre kommunikasjon
- Mot sammenslåing: Behøver styrket 4.nivå- krever større adm. av vit. personer. Krever undervisningsfritak for leder. Undervisningsfritak for leder av 4.nivå kan også være en fordel.
- For sammenslåing. Lettere å drifte- MS molmed for eksempel

- For sammenslåing: Masterprogram. Kjernefasiliteter. Nye fagrelaterte forskningsmiljø/Instituttgrupper.
- For sammenslåing: evt. tverrfaglige undervisningsenheter/spirallæring
- For sammenslåing: Mulighet for bedre samarbeid og integrering både innen forskning og undervisning
- Usikkert om den positive effekten for undervisning og forskning oppveier usikkerheten som kan oppstå ved en sammenslåing. Det vil naturlig bli endringer ved sammenslåing, ingeniørstillinger flyttes, innholdet i vit stillinger kan endres, administrative stillinger forsvinne. Vi bør være sikre på en sterk positiv effekt for å oppveie det negative som fort kan komme.
- Medisinstudiet er under evaluering/omorganisering- er det ikke best å vente til en har klart for seg hvordan studiet skal bygges opp og ansvarsoppgavene fordeles?
- Å samle alt ansvar for undervisning (f.eks de to masterprogrammene) på et av instituttene kan fungere like godt som å slå sammen LBK og IKM. Dvs. kan ordne en bedre/mer praktisk organisering uten at det nødvendigvis er sammenslåing som er løsningen.
- Kanskje skal ansvar for undervisning ligge på fakultetet og ikke på institutt? Må vente på konklusjon fra prosjektet ang Administrering av adm. ressurser på MH-fak. Vanskelig å forutse hvordan dette best løses på nåværende tidspunkt.
- Det står lite om ansvar for medisinstudiet. LBK har ansvar for 4. studieår med ca 16-17 ulike fag og mange undervisningsenheter under andre institutt (ortopedi, psykiatri, etc). IKM har ansvar for 2. studieår, også der egen årsleder. En naturlig konsekvens blir vel at et felles institutt får ansvar for begge studieår og at årslederne fortsetter som før. Det er hvert fall helt uaktuelt å kun ha en 50% stilling med ansvar for 2 studieår (tror ikke det er kontroversielt, men vil bare nevne det).
- For sammenslåing: Gi en gevinst i forhold til bedre organisering av undervisning i basal- og parakliniske- og kliniske fag, samt bedre utnyttelse av eksisterende undervisningsressurser.
- Ingen tunge synspunkter (LBK-er). Opplever ikke dagens instituttorganisering som et problem ift tverrfaglig samarbeid omkring forskning og undervisning, og slik sett er ikke dette et argument for sammenslåing. Størst bekymring er knyttet til at vår undervisningsenhet, som er svært liten, vil bli enda mindre synlig i et stort institutt. Dette er en problemstilling som må evt må løses gjennom endret organiseringen av undervisningen og undervisningsenhetene snarere enn gjennom endringer i instituttstrukturen. En annen bekymring er, paradoksalt nok, at avstanden til undervisningsenheten i molekylær cellebiologi blir mindre, i alle fall administrativt. At fagområdene "medisinsk biokjemi", undervist av oss ved LBK, og "biokjemi", undervist ved IKM, ikke er samme undervisningsenhet og representerer relativt ulike fagområder synes dårlig kjent i NTNUs organisasjon og blant studentene. Konsekvensene er en del unødvendige misforståelser og uklarheter. Noe viktig argument i debatten om instituttsammenslåing er det heller ikke, snarere et argument for opprydding og tydeliggjøring av organisering av undervisningsenhetene. Akkurat det kan kanskje til og med bli enklere hvis de to fagområdene tilhører samme institutt, men det gjenstår å se.
- For sammenslåing: I tillegg kommer argumenter relatert til MSMOLMED, som er administrert av LBK i dag. Mange av kursene som studentene kan velge fra, gis av forelesere fra IKM. Det vil trolig øke tilhørigheten og ansvarligheten for masterprogrammet, at foreleserne er ansatt på ansvarlig institutt. Ser for oss at det kan bli enklere å få samlet foreleserne til pedagogiske seminarer, som planlegges å innføre (en gang per semester).

- Flere emner, særlig innen medisinske basalfag består av delvis overlappende fagfelt og hvor undervisning gis av ansatte både ved LBK og IKM. Eksempler er genetikk, molekylærbiologi, cellebiologi, biokjemi, immunologi. Her er det viktig at undervisningen som gis av de to enhetene i større grad samordnes - regelmessig. Dette gjøres mest hensiktsmessig under et samlet institutt.
- En sammenslåing vil også gjøre det enklere å slå sammen undervisningsenheter der hvor dette er hensiktsmessig
- Bedre utnytting av overlappende undervisningskompetanse – for eksempel ved plutselig nødvendig fravær (eks. ved sykdom) eller i forbindelse med planlagt forskningstermin. Enkelte har imidlertid hevdet at dette vil være til størst fordel for LBK, som er minst.
- Bedre utnyttelse av lab. areal ved praktisk veiledning
- Læringsmål, PBL oppgaver og eksamensoppgaver kan lettere sammenliknes og samarbeides om.
- Samordning er særlig viktig da disse fagene er i rask utvikling, både mht eksperimentelle metoder og som grunnlag i sykdomsforståelse og behandling.
- Bred kompetanse f. eks. i genetikk og molekylær cellebiologi blir stadig viktigere for de fleste medisinske spesialiteter. Dette må gjenspeiles i den medisinske grunnutdanningen. Dette fordrer kontinuerlig og fortløpende kommunikasjon om- og samkjøring av innhold og undervisningsaktiviteter for å sikre at nye aspekter av fagene er dekket og at overlappende undervisning unngås.
- Ansatte ved samme institutt vil oftest kommunisere bedre enn mellom to ulike institutt, da en i mindre grad antar at det ligger økonomisk-administrative hindringer i veien for samarbeid.
- På samme måte som at undervisningsplanlegging blir forenklet, vil også rapporteringsarbeidet (som ofte er betydelig) bli rasjonalisert innen ett institutt
- To masteremner ligger i dag på ett institutt (LBK) mens mye av undervisningen gis fra det andre (IKM). Økonomisk uttelling for dette vil ved fusjon tilfalle ett og samme institutt
- IKM veileder mange av LBK sine masterstudenter og det bør vi, da de har et grunnlag som er nyttig for våre aktiviteter. Siden økonomisk støtte for slik veiledning nå mangler fullstendig er det redusert aksept for å ta inn nye masterstudenter ved IKM. Slik kan det ikke være, og en sammenslåing vil helt klart motvirke dette. IKM har stor veilederkapasitet for masterstudentene dersom det legges bedre til rette for det.
- Undervisningsmessig vil det også være en fordel med samling av parallelle fagområder ved de to instituttene. Større undervisningsgrupper gir mindre sårbarhet, f.eks. ved sykdom eller permisjoner. Det kan virke som noen av de aktuelle gruppene ved IKM har en mer basal vinkling enn de parallelle gruppene ved LBK, som har tettere kontakt med de parakliniske fagene ved LMK gjennom flere delte stillinger. Det er viktig at det parakliniske perspektivet ivaretas i studiet, fortrinnsvis i større grad enn hittil. Man kan derfor ikke forvente at undervisningskreftene ved de to instituttene i full utstrekning kan utføre de samme oppgavene. For de kliniske fagene og for fagområder som ikke har paralleller på det andre nåværende instituttet (f.eks. anatomi/patologi ved LBK), vil sammenslåing sannsynligvis i liten grad styrke undervisningsenheterne.
- Synspunkter fra Laboratoriemedisinsk klinikk (LMK):
  - ✓ Laboratoriemedisinsk klinikk (LMK) omfatter seks kliniske spesialiteter og fagområder: Medisinsk biokjemi, Medisinsk mikrobiologi, Klinisk farmakologi, Immunologi og transfusjonsmedisin, Patologi og Medisinsk genetikk.
  - ✓ For alle seks fagområdene er samarbeidet med de tilsvarende universitetsfagene viktig.

- ✓ Innenfor Det medisinske fakultet ivaretas LMKs seks fagområder av LBK og IKM, men organiseringen av LKB og IKM er slik at de fleste av LMKs fagområder må samarbeide med både LBK og IKM om studentundervisning og forskning.
- ✓ En sammenslåing av LBK og IKM til ett institutt vil forenkle samarbeidet mellom LMKs kliniske fagområder og de tilsvarende forsknings- og undervisningsgrupper ved DMF.
- ✓ En sammenslåing vil også kunne gi grobunn for et nærere og større samarbeid om forsknings- og utviklingsoppgaver med vår klinikks fagområder på den ene siden, og et samlet universitetsinstitutt som dekker alle fagområdene i vår klinikk.
- Synspunkter fra Barne- og Ungdomsklinikken (BUK):
  - Man ser ikke store konsekvenser for klinikken direkte, men det vil være et større institutt som forholder seg til langt flere klinikksjefer enn det vi har nå.
  - Det kan ha både positive og negative sider.
  - Vi regner med at pediatri, evt. pediatri/kvinne fortsatt blir en enhet. For oss vil det være viktig at pediatri opprettholdes som en enhet (faggruppe på nivå 4) slik at vi får en speiling mot vår klinikk og holder pediatriforskning og undervisning samlet.
  - Vi tenker det kan ligge til rette for interessante samarbeidsarenaer i et bredere institutt, både kliniske grupper og basalforskningsmiljøer.
  - Kreft og infeksjon, i noen grad endokrinologi/nyre/gastro er viktige potensielle forskningsarenaer for vårt fag som vil kunne samarbeide tettere i et slikt institutt, mens andre fag og forskningsmiljø som vi har tradisjon for forskningssamarbeid med (kanskje spesielt BUP/psykologi og nevrologi MR/billeddiagnostikk/hjerte og epidemiologi) ikke har samme potensielle effekten av denne sammenslåingen og vil fortsette å samarbeide med andre institutt. Dette må sikres.
- Synspunkter fra Medisinsk klinikk
  - ✓ IKM er i dag det klart største instituttet ved Fakultetet både hva gjelder budsjett og antall ansatte. Denne størrelsesdominansen vil imidlertid endre seg etter fusjonen.
  - ✓ IKM har i dag 4 instituttgrupper hvorav den ene (molekylærbiologi) vel i sin helhet er lokalisert i Labsenteret. Det sistnevnte har også medført at flere tidligere ha ment at molekylærbiologigruppen ved IKM kanskje burde flyttes over til LBK noe som også ville ha støttet oppunder ideen om mer rendyrkning av sentermodell.
  - ✓ En sammenslåing vil jo bryte med ideen om et institutt og en klinikk i hvert senter. Dette er kanskje urealistisk uansett, men en modell hvor dette delvis oppnås er mulig. Det var jo derfor sentermodellen ble bygget.
  - ✓ Videre vil det ha store konsekvenser for den pågående integrasjonsprosessen mellom sykehus og fakultet hvor færre klinikker og flere institutter ville ha vært mer naturlig. Dette låser mye av mulighetene framover for å oppnå mest mulig samsvarende klinikk og instituttstruktur som både fakultetsstyret og styret ved St. Olav har vedtatt. Det kan være uklokt å fusjonere IKM og LBK uten å ha en overordnet plan på hvordan det integrerte universitetet skal se ut med tiden. Dette låser mange muligheter. Man bør ikke nå bare se på IKM og LBK, men ha en mer overordnet plan.
  - ✓ 5 (nyre, gastro, infeksjon, blod, endo.) av 7 fagområder inne Medisinsk klinikk har akademisk tilknytning til IKM. 4 av disse 5 (infeksjon er i Kunnskapssenteret) er lokalisert i Gastosenteret som er hovedsetet for IKM. Slag og geriatri, som er

lokalisert i Nevrosenteret har akademisk tilknytning til INM. Medisinsk klinikk har dere med «ingen tilknytning» til Labsenteret.

- ✓ IKM + LBK vil bli et meget stort institutt hvor klinikere vil bli ytterligere i mindretall. Det er dermed en fare for at klinisk pasient nær forskning vil få problemer med å hevde seg i et slikt gigantinstitut.
- ✓ Om er fusjon mellom IKM og LBK skulle skje vil det ytterligere understreke behovet for formalisert nivå 4 ledelse (instituttgrupeledere). Uten det vil det bli helt umulig for gruppeleder.
- ✓ Altså skeptisk
- Synspunkter fra Kreftklinikken
  - ✓ Man er skeptisk til en slik sammenslåing. Allerede nå er det slik at de kliniske forsknings og undervisningsmiljø etter mitt syn har en tendens til å «drukne» på IKM. Det er bare å se på sammensetningen av den operative ledergruppen der, så ser man at IKM er dominert av de laboratoriemedisinske fag. Dette vil selvsagt bare bli ennå tydeligere ved en sammenslåing med LBK. Dette er problematisk – ikke bare sett med St Olavs øyne – men for hele regionen. Det er en betydelig interesse for å styrke den regionale forskningsaktiviteten – både i helseforetakene og hos de bevilgende instanser. Og den forskningen som foregår ute i regionen, er hovedsakelig klinisk forskning. Det vil dermed være – etter mitt syn – noe umusikalsk av Universitetssykehuset å rigge en struktur som kan bidra til å gjøre klinisk forskning og undervisning mindre synlig.
  - ✓ Dersom en allikevel velger å slå disse to sammen, blir det ekstremt viktig at organiseringen av dette store instituttet hensynstar at klinisk forskning og undervisning må ha en tydelig forankring/stemme. Tom Christian skisserer noe rundt dette – for eksempel formalisering av gruppelederfunksjonen. Denne bør også inkludere undervisningsoppgavene.

## Forskning

- *Et stort samlet institutt vil legge til rette for tettere integrasjon av forskning mellom sykehus og universitet ved at klinikkene får færre institutter å forholde seg til*
  - ✓ Etablere forskningsgrupper (Nivå 4)→integrert internt i instituttet (klinisk, translasjon, basalforskning) **og** med klinikkene
  - ✓ OUS: Bare tre store institutt (Basal, Psyk/Samf, Klinisk med)
  - ✓ Går bevisst inn for færre og større institutt heller enn å tilpasse antall
    - →» Klinikkene må være org til pasientens beste»
  - ✓ Felles forskningssjef (Nivå 3)→Avd.sjef/Forskningssjef
  - ✓ God ledelse av instituttene er viktig, «bedriftsledelse», kunnskap, proff ledelse
  - ✓ «Fra molekyl til pasient» = sann integrasjon. Klinisk forskning, Translasjonsforskning, Basalforskning→ gammeldags. «Tverrfaglig forskning»
  - ✓ Blir det enklere å bygge robuste forskningsgrupper med en kombinasjon av klinikere og basalforskere?
  - ✓ Delte stillinger? Blir spist opp av klinikken.
  - ✓ Kongruens klinikk-institutt blir verken bedre eller verre med et sammenslått institutt
  - ✓ Slutt med pengeoverføring mellom St Olav og NTNU

- ✓ Behov for holdningsendring på St Olavs: Klinikerjobb på et universitetssykehus krever også forskning
- *Ved sammenslåing vil potensialet for translasjonsforskning bare utløses i den grad det er interesse fra de kliniske miljøene.*
  - ✓ Translasjonsforskning= basalforskning skal have klinisk relevans
  - ✓ Ikke interessen det står på fra klinisk side, men mer det praktiske og tid
  - ✓ Forskjellige perspektiver fra henholdsvis basalforskning og klinisk miljø
  - ✓ Forutsetter at man har velvilje og inviterer «den andre siden» inn (forutsetter interesse, evne og velvilje fra begge sider)
  - ✓ Være kreativ-bygge nytt
  - ✓ Basalforskning + klinikk → felles oppgave å løse
  - ✓ Klinikksjef bør ha større ansvar for forskning/utvikling/ut mot samfunnet
  - ✓ Samarbeid mot klinikk- uutiløst potensialet
  - ✓ Tenke oss grundig om-hva ønsker vi i dag?
  - ✓ Nå har vi ny sjanse
  - ✓ Institutt må legge til rette for samarbeid
  - ✓ Uansett må ledelse legge til rette
  - ✓ Avstand i kultur
  - ✓ Større potensial enn de som finner hverandre selv
  - ✓ Kulturforskjell i hvilken's forskning er viktig
  - ✓ Det vanskeligste er å finne fellesnevner
  - ✓ Dedikert tid til forskning er alt for lav og en utfordring å sette av tid
  - ✓ Prioritet: Klinikere som kan drive forskning
  - ✓ Er det mer tilrettelagt for klinikere på IKM til å drive forskning? Nei....
- *Sammenslåing vil stimulere translasjonsforskningen ved at man organisatorisk samler flere kliniske- og basalfagmiljø i en felles organisasjonsstruktur*
  - ✓ Terskelen for samarbeid blir lavere ved sammenslåing → f.eks ved like ordninger for leiested etc.
  - ✓ Et sammenslått institutt vil være attraktivt for flere kliniske miljø
  - ✓ Kan stimuleres ved sammensetningen av gruppene på Nivå 4 → Bør være både kliniske og basal i alle grupper
  - ✓ Små grupper får enklere tilgang til kliniske- og basalmiljø
  - ✓ Problem i dag:
    - Leiestedsgebyr, organisatorisk gruff → elimineres ved fusjon ↑
    - Mer kunnskap om hva kolleger jobber med. ↑. I dag: tilfeldige samarbeid. Større miljø Kreft.
    - Utnytte størrelse → pasientkohorter, biobanker....
    - Utnyttelse av infrastruktur
- *Små forskergrupper vil tape i et stort institutt*
  - ✓ Ja, dessverre sånn er det. Små forskergrupper taper uansett?
  - ✓ Lederutfordring – uansett størrelse på instituttet
  - ✓ Større potensial for små forskergrupper å vokse seg større
  - ✓ Kanskje noen aldri skal bli store for å dekke mangfoldet



- ✓ All forskning er anvend forskning (ulik tidshorisont)
- ✓ Små grupper kan ha/må ha et større informasjon/utvidet nettverk (nasjonalt, inn mot anvend sektor «for å overleve», som kan bli en styrke (...samfunnet)
- ✓ Et mål at de små forskningsgruppene ikke forsvinner, må jo være konkurransedyktige. Men fortsatt ledelsesutfordring så mangfoldet bevares
- ✓ De små forskningsgruppene vil få flere å knytte seg til i et stort institutt
- ✓ Forutsetter en ? fellesnevner
- ✓ Må man være sammenslått for å samarbeide?
- ✓ Små forskergrupper vil ha problemer uansett organisering – kan få bedre vilkår i større institutt ved å slå seg sammen med andre
- ✓ Små grupper kan forsvinne litt i større forskningsgrupper
- ✓ Større institutt har bedre økonomi, kan støtte grupper i større grad innafor strategien
- ✓ Fordeling av forskningsstøtte (avd.ing.) vil muligens komme dårligere ut for små grupper på et større institutt
- ✓ Dette avhenger av hvordan de mindre gruppene får representasjon i eks. ledergruppen. De små gruppene må bli hørt selv om de blir del av en større inst.gruppe. Kan være en fordel a bli del av et større og bredere miljø.
- *Klinisk forskning og undervisning vil «tape» i et stort molekylærmedisinsk institutt*
  - ✓ Forskning:
    - Kravene har endret seg og trenger klinisk relevant uansett og samarbeid med klinikk
    - Krever sterkt ledelse og fokuspunkt ved evt. sammenslåing. Det kan bli et problem.
  - ✓ Kan styrke klinikken, kan forenkle samarbeid om basalmiljøet styrkes
  - ✓ Avhenger av hvordan man strukturerer seg (inst.)
  - ✓ Org av inst. er viktig for at klinisk forskning og translasjonsforskning skal vinne
  - ✓ Feil at det kalles molekylærmedisinsk institutt bør kalles – klinisk molekylærmedisinsk institutt – translasjonsforskning bør komme sterke frem.
  - ✓ Nei ikke hvis inst.leder har oppmerksomhet på det
  - ✓ Ja hvis kjøttvekta får råde
  - ✓ Et stort molekylært inst. vil åpne for mulighet for samkjøring
  - ✓ Kulturforskjellene kan bli et problem. Men kan bli en berikelse om lederen greier å takle det.
  - ✓ Lederstrukturen blir svært viktig å gjøre noe med. Vær oppmerksom på problemet, og at det er (stort) gap mellom klinisk og molekylærmed. forskning.
  - ✓ Finne nye måter å forske sammen på
  - ✓ Skillet mellom klinisk forskning og basalforskning er kunstig. God forskning inneholder elementer av begge.
  - ✓ Vanskelig for kliniske miljø å se nytten for seg – samarbeider med mange inst. men betyr ikke at vil «tape»
  - ✓ Både kliniske og basalmedisinske miljø vil ha nytte en av samarbeide mer
  - ✓ Veldig avhengig av hvordan det organiseres, gode prosesser må legges til rette for de kliniske miljøene (må få tid til annet enn klinikk)

- ✓ «molekylærmedisinsk institutt» virker ekskluderende i seg selv og dersom man tar utgangspunkt i navn så vil klinisk undervising kunne tape. Meget viktig at alle miljøene danner «VI» helt fra starten.
- ✓ Kunne kliniske miljøene slå seg sammen for å fremstå sterkere?
- ✓ Nei. Vi trenger store overordnede problemstillinger: organ, sykdom etc. Grupper satt sammen ut i fra dette. Forutsetning at det blir en ordentlig sammenslåing
- ✓ Tror det er en reell fare for at påstanden kan blir riktig. Avhenger helt av hvordan man organiserer – trenger tverrfaglige grupper, ikke inndeling basal vs klinikk. Må bruke god tid for å arbeide frem hensiktsmessige gruppeinndeling. Det må gjøres svart tydelig hvordan klinikerne kan vinne på sammenslåingen – ellers kan de bli/gjøres seg marginalisert.
- ✓ Organiseringen blir det viktigste
- ✓ Forutsetter at det avsettes tid fra klinisk side
- Marginalisering av små forskningsmiljø. Viktig med kliniske forskningsproblemstillinger; kliniske problemstillinger må styrkes.
- For sammenslåing: Faglig samholdighet, mulighet for å bygge opp sterke forskningsgrupper
- For sammenslåing: Vil styrke translasjonsforskning
- For sammenslåing: Bedre med felles organisering av forskning (adm, lab, utstyr, økonomi)
- For sammenslåing: Bedre utnyttelse av forskningsinfrastruktur
- For sammenslåing: Fjerner begrensninger for prosjektutvikling, f.eks leiested og flyt av forskere.
- For sammenslåing: Får tatt ut vesentlige synergier på forskning og undervisning
- For sammenslåing: Breder miljø gjør det enklere for nye fagområder/utvikling av eksisterende fagområder
- For sammenslåing: Bedre utgangspkt. for rekruttering av gode folk
- For sammenslåing: Åpner for bedre kommunikasjon
- Utfordring uansett: Bedre forbindelse mellom klinikk og forskning. Gode møteplasser
- For sammenslåing: Forskningsmessige gevinster for både forhenværende LBK'ere og IKM'ere- paraklinikk møter basalfag.
- For sammenslåing: Masterprogram. Kjernefasiliteter. Nye fagrelaterte forskningsmiljø/Instituttgrupper.
- For sammenslåing: Forskning- åpner for nye muligheter
- For sammenslåing: Mulighet for bedre samarbeid og integrering både innen forskning og undervisning
- Usikkert om den positive effekten for undervisning og forskning oppveier usikkerheten som kan oppstå ved en fusjon. Det vil naturlig bli endringer ved fusjon, ingeniørstillinger flyttes, innholdet i vit stillinger kan endres, administrative stillinger forsvinne. Vi bør være sikre på en sterk positiv effekt for å oppveie det negative som fort kan komme.
- Hvor viktig er sammenslåing for forskningssamarbeid? Synspunkter på at sammenslåing ikke er viktig i den sammenhengen, men at forholdene legges godt til rette for samarbeid.
- Respons fra pediatri-gruppa:
  - ✓ Hva er hoveddrivkraften bak disse fusjonstankene? Det er klart at det er en del synergi i en fusjon. Vil evt små forskergrupper ved LBK tape på en fusjon? Eller vil

det være såpas gevinst i for eksempel mer «kryss og tvers»-samarbeid mellom forskere? Usikkerhet. Det blir jo et kjempeinstitutt. Er det en fordel?

- ✓ Generelt er holdningen relativt positiv til en fusjon. De fleste erkjenner at vårt miljø er lite og at et eget institutt (status quo) vil bli veldig lite sammenlignet med de andre instituttene.
  - ✓ Muligheten for synergi med basalforskningsmiljøene fremheves, selv om dette kanskje ikke er det viktigste argumentet for dem som driver med forskning på barnehelse.
  - ✓ Det er mange som driver pediatrik forskning som i dag er plassert på andre institutter enn LBK, og det er behov for et «forskningsnettverk for barnehelse» som gjør at disse miljøene kan samarbeide mer knirkefritt på tvers av instituttgrensene. Det gjelder f.eks. kontorplasser og fordeling av undervisning. Barnelege med tilknytning til andre institutter bør kunne bidra til undervisningen i pediatri.
  - ✓ Det fremheves at behovet for et sterkt nivå 4 med en formalisert struktur. Et nivå 4 vil kreve at støttefunksjoner er plassert nært de som skal ha service – dvs. at administrative funksjoner må være dedikert til «barnehelsegruppen».
  - ✓ Et forskningsnettverk på barnehelse vil være overensstemmende med nåværende (og sannsynligvis fremtidig – for vår del) klinikkstruktur. Hvis snakket om et integrert universitetssykehus skal være noe annet enn tomme ord, må barrierene mellom instituttgruppe og klinikk fjernes. Det betyr bl.a. at St. Olav og NTNU må slutte å betale/kreve overhead av hverandre.
- For sammenslåing: Gi en bredere basis for etablering av velfungerende faggrupper (eller kanskje enda bedre – tverrfaglige grupper) med medlemmer fra både basal-, parakliniske-, og kliniske miljø som har samme faginteresse. Vil legge til rette for bedre translasjonsforskning og integrasjon med St. Olavs klinikkene.
  - For sammenslåing: Øke kontaktflaten for små forskningsgrupper/-miljø, som i dag har sin aktivitet avgrenset til et av instituttene (LBK eller IKM). Øker muligheten for vekst (og økt «konkurransesevne»).
  - For sammenslåing: Fjerne unaturlige og u hensiktsmessige administrative barrierer, og forenkle prosesser for forskningsgrupper som i dag har medlemmer fra både LBK og IKM.
  - Har ingen tunge synspunkter (LBK-er). Opplever ikke dagens instituttorganiseringen som et problem ift tverrfaglig samarbeid omkring forskning og undervisning, og slik sett er ikke dette et argument for sammenslåing.
  - Publisering og innovasjon er hovedproduktene våre innenfor forskning. En økende andel av forskningsfinansieringen er konkurranseutsatt og publikasjonskvalitet og innovasjon er de viktigste kriteriene for tildeling (både internt og eksternt). Medisinsk og biologisk forskning stiller stadig større krav til at man behersker et bredt spekter av teknologier og metodikk. Dette krever samordning av teknologi (som f. eks kjernefasiliteter), forskningsmiljøer med tverrfaglig kompetanse (klinikere, kjemikere, informatikere, fysikere, biologer, matematikere) og effektiv administrasjon. Sammenslåing av LBK og IKM gir oss en unik mulighet til å øke synergieffektene og bygge opp slagkraftige forskningsmiljøer som er konkurransedyktige:
    - ✓ De to instituttene har i stor grad en felles teknologi og metode basis innenfor molekylærmedisinsk forskning som vil dra store fordeler av at man samler kreftene (mikroskopi, vevssnitting, massespektrometri, genomikk, stamcelle/reprogrammering/organoid-teknologi). Rent metodemessig er flere nyere molekylære teknologier samlet i kjernefasiliteter, men flere forskningsprosjekt har mye å hente på f. eks. optimalisert stratifisering av pasientmateriale fra erfarne patologer.

- ✓ Flere av klinikkene som de to instituttene omfavner er også overlappende (feks infeksjon, mikrobiologi, hud). Spesielt innen infeksjon er det overlappende aktivitet v IKM og LBK både på klinikk- og basalforskning
- ✓ Biobank etablering, kvalitetssikring og utnyttelse. Alle disse delene styrkes ved sammenslåing! Videreføring av våre (svangerskapsgruppa, IKM) etablerte biobanker er avhengig av tett samarbeid med LBK og deres kliniske styrke kreves for kvalitetssikring av innsamlingen. I tillegg ligger det allerede mange viktige kliniske materialer ved LBK som bør utnyttes bedre for å svare på nye molekylære spørsmål med nye avanserte metoder. Vi har også viktig kunnskap ved IKM for **bruk** av biobankmateriale til molekylære analyser som behøves for å samle inn pasientmateriale på optimal måte.
- ✓ Ett eksempel er nystartet fellesprosjekt mellom IKM (Iversen) og kvinneklinikken (Vanky/Heimstad). Her oppleves en gjensidig styrking av hverandres forskningsfelt med den kliniske tyngden på LBK og den molekylære og metodemessige tyngden på IKM. "Problemet" med å være på ulike institutt løses delvis ved å veilede en felles forskerlinjestudent, men det er fremdeles en del administrative skjær i sjøen.
- ✓ Det er et stort potensiale for samarbeid mellom de molekylærbiologiske og kliniske miljøene ved de to instituttene, som krever større grad av samordning. Dette er også et viktig moment for å lykkes med integrering av forskningsaktiviteten ved sykehuset og instituttene. Potensialet med klinisk samarbeid vil imidlertid bare utløses i den grad det er interesse fra de kliniske miljøene.
- ✓ Sammenslåing av instituttene vil gi muligheter for å komponere institutt-grupper/forskningsgrupper med kritisk masse og faglig samhörighet
- ✓ Sammenslåing vil gi større muligheter for organisering av større og mindre arrangementer med felles interesse (nasjonale/internasjonale møter, instituttseminarer, minisyposier, stipendiat/postdoktor klubber etc)
- ✓ Er det grupperinger som kan tas ut av det nye instituttet slik at instituttet kan spisses noe?
- ✓ Forskningsmessig vil en fusjon mellom LBK og IKM være en fordel for de gruppene som allerede har et samarbeid eller som arbeider på tilgrensende områder. For grupper ved LBK som i hovedsak samarbeider med andre institutter, vil neppe en evt. fusjon gi gevinst.
- Det har vært argumentert med at sammenslåing vil føre til økt forskningssamarbeid mellom parallelle fagområder ved instituttet og Laboratoriemedisinsk klinikk (LMK). Man tror ikke den største begrensningen for slikt samarbeid er institutt-tilhörighet, men et etterslep pga. liten satsning på forskning ved flere avdelinger på LMK over mange år. LMK har dessuten tradisjon for å ta høy betaling for analysearbeid til forskning, noe som begrenser potensielt samarbeid. De viktigste endringene må komme på sykehussiden. For øvrig er det mange andre klinikker enn LMK som er like interessante for forskningssamarbeid, i alle fall for forskningsgruppene ved LBK. God translasjonsmedisin krever kobling mot pasientstudier hvor en helhetlig tilnærming går langt utover tilgang til laboratorieprøver og evt. analysesvar. Forskning krever dessuten ofte tilpasninger av metoder som kan være vanskelig å implementere i en rutinelab.
- I forbindelse med fusjonen har det vært mye fokus mot lab og parallelle grupper ved LBK-IKM-LMK. Det er viktig at man finner brede løsninger som ikke fører til dannelse av et basalforskningstungt institutt hvor de kliniske miljøene både ved LBK og IKM faller i skyggen.

Det har tatt mange år å skape et fellesskap mellom labfag og kliniske miljøer ved LBK, og felles administrativ overbygning fører ikke automatisk til samarbeid og felles forskningsprosjekter. Et større institutt kan oppleves enda mer uoversiktlig og «irrelevant» for kliniske miljøer som hører til i svært forskjellige medisinske spesialiteter. En vellykket fusjon avhenger av at det legges vekt på å avklare og kommunisere de kliniske fagenes plass og muligheter i et nytt institutt, i samsvar med DMFs translasjons-strategi.

- Synspunkter fra Laboratoriemedisinsk klinikk (LMK):
  - ✓ Laboratoriemedisinsk klinikk (LMK) omfatter seks kliniske spesialiteter og fagområder: Medisinsk biokjemi, Medisinsk mikrobiologi, Klinisk farmakologi, Immunologi og transfusjonsmedisin, Patologi og Medisinsk genetikk.
  - ✓ For alle seks fagområdene er samarbeidet med de tilsvarende universitetsfagene viktig.
  - ✓ Innenfor Det medisinske fakultet ivaretas LMKs seks fagområder av LBK og IKM, men organiseringen av LKB og IKM er slik at de fleste av LMKs fagområder må samarbeide med både LBK og IKM om studentundervisning og forskning.
  - ✓ En sammenslåing av LBK og IKM til ett institutt vil forenkle samarbeidet mellom LMKs kliniske fagområder og de tilsvarende forsknings- og undervisningsgrupper ved DMF.
  - ✓ En sammenslåing vil også kunne gi grobunn for et nærere og større samarbeid om forsknings- og utviklingsoppgaver med vår klinikks fagområder på den ene siden, og et samlet universitetsinstitutt som dekker alle fagområdene i vår klinikk.
  
- Man kan godt se for seg at et stort institutt samlet vil få mindre tildeling f.eks. av stipendiatstillinger etc. fra fakultetet, fordi man ofte har lagt seg på linjen «én pr. institutt». Men det går jo an å forsøke å argumentere med størrelse slik at antall stillinger/ansatte per institutt også kommer med i beregningen
- Undervisning og forskning → Mye mer integrert på Kvinne/Barn enn på IKM
- Utfordringene i dag med to institutter mer av praktisk karakter
- Instituttledergruppe, undervisningsgruppe og forskningsgruppe separate enheter
- Bra på KVB-sida som har lite basalforskning pr i dag, å bli innlemmet/nærmere kontakt med det stort (større) basalmedisinsk miljø
- Sammenslåing vil være en styrke for LBK fordi det gir større muligheter til å bygge opp større forskningsgrupper med felles forskningsinteresse som IKM. Positivt for undervisningsdelen, forenkler oppbygging av undervisningsplan (tematikk, ressursbank personell)
- Synspunkter fra Barne- og Ungdomsklinikken (BUK):
  - Man ser ikke store konsekvenser for klinikken direkte, men det vil være et større institutt som forholder seg til langt flere klinikksjefer enn det vi har nå.
  - Det kan ha både positive og negative sider.
  - Vi regner med at pediatri, evt. pediatri/kvinne fortsatt blir en enhet. For oss vil det være viktig at pediatri opprettholdes som en enhet (faggruppe på nivå 4) slik at vi får en speiling mot vår klinikk og holder pediatriforskning og undervisning samlet.
  - Vi tenker det kan ligge til rette for interessante samarbeidsarenaer i et bredere institutt, både kliniske grupper og basalforskningsmiljøer.
  - Kreft og infeksjon, i noen grad endokrinologi/nyre/gastro er viktige potensielle forskningsarenaer for vårt fag som vil kunne samarbeide tettere i et slikt institutt, mens andre fag og forskningsmiljø som vi har tradisjon for forskningssamarbeid med

(kanskje spesielt BUP/psykologi og nevrologi MR/billeddiagnostikk/hjerte og epidemiologi) ikke har samme potensielle effekten av denne sammenslåingen og vil fortsette å samarbeide med andre institutt. Dette må sikres.

- Synspunkter fra Kvinne klinikken:
  - ✓ IKM er tunge på laboratoriebasert forskning og har noen av de beste forskningsmiljøene på DMF. Kvinneklubben har i praksis ingen laboratoriebasert forskning, med driver klinisk og epidemiologisk forskning tidels på godt internasjonalt nivå. Tradisjonelt har Klubben søkt samarbeid utad for å få tilstrekkelig tyngde i mange av forskningsprosjektene. Dette har vært en vellykket strategi. Motforestillinger er at Kvinneklubben rent forskningsmessig kan risikere å bli marginalisert i et så stort miljø. Mulig fordel er at det kan åpne for samarbeidprosjekt mellom Kvinneklubbens kliniske miljø og IKM sin kompetanse på molekylærmedisin.
- Synspunkter fra Medisinsk klinikk
  - ✓ IKM er i dag det klart største instituttet ved Fakultetet både hva gjelder budsjett og antall ansatte. Denne størrelsesdominansen vil imidlertid endre seg etter fusjonen.
  - ✓ IKM har i dag 4 instituttgrupper hvorav den ene (molekylærbiologi) vel i sin helhet er lokalisert i Labsenteret. Det sistnevnte har også medført at flere tidligere har ment at molekylærbiologigruppen ved IKM kanskje burde flyttes over til LBK noe som også ville ha støttet oppunder ideen om mer rendyrkning av sentermodell.
  - ✓ En sammenslåing vil jo bryte med ideen om et institutt og en klinikk i hvert senter. Dette er kanskje urealistisk uansett, men en modell hvor dette delvis oppnås er mulig. Det var jo derfor sentermodellen ble bygget.
  - ✓ Videre vil det ha store konsekvenser for den pågående integrasjonsprosessen mellom sykehus og fakultet hvor færre klinikker og flere institutter ville ha vært mer naturlig. Dette låser mye av mulighetene framover for å oppnå mest mulig samsvarende klinikk og instituttstruktur som både fakultetsstyret og styret ved St. Olav har vedtatt. Det kan være uklokt å fusjonere IKM og LBK uten å ha en overordnet plan på hvordan det integrerte universitetet skal se ut med tiden. Dette låser mange muligheter. Man bør ikke nå bare se på IKM og LBK, men ha en mer overordnet plan.
  - ✓ 5 (nyre, gastro, infeksjon, blod, endo.) av 7 fagområder inne Medisinsk klinikk har akademisk tilknytning til IKM. 4 av disse 5 (infeksjon er i Kunnskapsenteret) er lokalisert i Gastroenteret som er hovedsetet for IKM. Slag og geriatri, som er lokalisert i Nevrosenteret har akademisk tilknytning til INM. Medisinsk klinikk har dere med «ingen tilknytning» til Labsenteret.
  - ✓ IKM + LBK vil bli et meget stort institutt hvor klinikere vil bli ytterligere i mindretall. Det er dermed en fare for at klinisk pasient nær forskning vil få problemer med å hevde seg i et slikt gigantinstitut.
  - ✓ Om er fusjon mellom IKM og LBK skulle skje vil det ytterligere understreke behovet for formalisert nivå 4 ledelse (instituttgrupeledere). Uten det vil det bli helt umulig for gruppeleder.
  - ✓ Altså skeptisk
- Synspunkter fra Kreftklubben

- ✓ Man er skeptisk til en slik sammenslåing. Allerede nå er det slik at de kliniske forsknings og undervisningsmiljø etter mitt syn har en tendens til å «drukne» på IKM. Det er bare å se på sammensetningen av den operative ledergruppen der, så ser man at IKM er dominert av de laboratoriemedisinske fag. Dette vil selvsagt bare bli ennå tydeligere ved en sammenslåing med LBK. Dette er problematisk – ikke bare sett med St Olavs øyne – men for hele regionen. Det er en betydelig interesse for å styrke den regionale forskningsaktiviteten – både i helseforetakene og hos de bevilgende instanser. Og den forskningen som foregår ute i regionen, er hovedsakelig klinisk forskning. Det vil dermed være – etter mitt syn – noe umusikalsk av Universitetssykehuset å rigge en struktur som kan bidra til å gjøre klinisk forskning og undervisning mindre synlig.
- ✓ Dersom en allikevel velger å slå disse to sammen, blir det ekstremt viktig at organiseringen av dette store instituttet hensynstar at klinisk forskning og undervisning må ha en tydelig forankring/stemme. Tom Christian skisserer noe rundt dette – for eksempel formalisering av gruppelederfunksjonen. Denne bør også inkludere undervisningsoppgavene.
- Synspunkter fra Kirurgisk klinikk
  - ✓ Det urologiske forskningsmiljøet som er lokalisert til IKM arbeider i stor grad sammen med LBK og er svært positive til en fusjon. En av de mer aktive sier at undervisningen foregår i regi av IKM, mens forskningen er i samspill med LBK.
  - ✓ Miljøet rundt mamma og endokrinkirurgi, som er lokalisert ved IKM, har også mye samarbeid med LBK.
  - ✓ Det meste av forskning innenfor gastrokirurgi er klinisk forskning, innvendingen vil være de samme som i det indremedisinske og det onkologiske miljøet.

## Annet

- *Uten en sammenslåing blir LBK for lite i det nye fakultetet. Ved en sammenslåing vil det nye instituttet bli for stort. Diskuter mulige løsninger på dette*
  - ✓ LBK blir/er lite
  - ✓ Størrelse betyr lite dersom organiseringen er god
  - ✓ Igjen styrking av 4.nivå- formalisert mandat og myndighet
  - ✓ Bedre utnyttelse av administrative ressurser
  - ✓ Sentralisering av økonomi og personaladministrasjon
  - ✓ Er bakgrunnen for forslaget om sammenslåing begrunnet i økonomi (mer effektiv drift)?
  - ✓ Hvorfor ikke ta en del av IKM over til LBK?
  - ✓ LBK lite ekstern finansiering
  - ✓ Krav fra sentralt hold å redusere på adm.
  - ✓ Stordriftsfordeler av sammenslåing
  - ✓ Fusjon krever ekstraarbeid
  - ✓ Viktig at en organisasjon tar vare på de små gruppene
  - ✓ Ta vare på mangfoldet
  - ✓ Samme utfordring uavh. av sammenslåing eller ikke
  - ✓ Lille musa- store elefanten
  - ✓ Diskusjon frykt

- ✓ Avhengig av organisering og antall i ledergruppe- hvilke grupper blir hørt ar avhengig av hvem i gruppene
- ✓ Ansvarliggjøring av klinikkjefer/gruppeledere
- ✓ De små gruppene- redd for ikke å bli hørt
- ✓ Positivt på LBK- mye nærmere ledelse
- ✓ Fint med store forskningsgrupper på internasjonalt nivå
- ✓ Like viktig at de små grupper blir prioritert- like stort ansvarsområde
- ✓ 4.nivå- godt formalisert- en viss størrelse før
- ✓ LBK er et stort institutt på NTNU
- ✓ Er vi for små på LBK til å danne gode grupper?
- ✓ Kvinnehelsegruppe mot ISM
- ✓ Obstetrikk samarbeid mot IKM eller også andre institutt
- ✓ Hvorfor er det ikke allerede et samarbeid tettere på tematikk som er felles?
- ✓ Heterogenitet i gruppe uansett (i store grupper)
- ✓ LBK for stort/lite
- ✓ Ulike forutsetninger for sammenslåing avhengig av fagfelt
- ✓ Ja, LBK blir for lite
- ✓ Instituttet blir stort, men ikke for stort. Både ledelse og administrasjon må være tilstede i «alle» hus
- ✓ Attraktivt for å rekruttere leder av instituttet
- ✓ Viktig med riktig organisering
- ✓ Nytt institutt for stort?
- ✓ Fornuftig subgruppering
- ✓ Tydelig ledelse
- ✓ LBK for lite?
- *En sammenslåing vil være bra for LBK for å få mer slagkraft ved fakultetet*
  - ✓ Slagkraft for LBK bør ikke være et argument for eller mot sammenslåing
  - ✓ JA
    - Gir synergi, utbyttet blir større enn summen av to
    - Bra på KVB-sida som har lite basalforskning pr i dag, å bli innlemmet/nærmere kontakt med det stort (større) basalmedisinsk miljø
    - Noen instituttbarrierer blir redusert
    - Mer synlig når blir kreditert på lik linje, fordi LBK forsvinner nå i samarbeidsprosjekt
  - ✓ Nei, tror de har innflytelse som 1/5 inst. pr idag. Får 1 felles stemme med IKM ved sammenslåing – LBK kan få mindre direkte innflytelse
  - ✓ Få større innflytelse fordi de er en del av en sterkere enhet
  - ✓ LBK er ikke ensartet. Det vil variere fra gruppe til gruppe
  - ✓ Søkt spm. Skal alle ha mål om mer slagkraft?
  - ✓ Noen smågrupper drukner mer?
  - ✓ Bekymring for små grupper. Finne fagfellesskap uavhengig av IKM/LBK-fusjon. Mer matriseorganisering
  - ✓ What's in it for me?
  - ✓ Representasjon I ledergruppe fra "alle" miljøer? Hvordan løse det?



- ✓ Grupper med beslektet tematikk hos LBK/IKM får større (?) slagkraft
  - ✓ Sammenslåing vil være en styrke for LBK fordi det gir større muligheter til å bygge opp større forskningsgrupper med felles forskningsinteresse som IKM. Positivt for undervisningsdelen, forenkler oppbygging av undervisningsplan (tematikk, ressursbank personell)
  - ✓ Avhengig av hvordan fakultetsledergruppemøtene/sammensetning blir etter fusjon – endres fra nå når store? kommer inn? Fortsatt kun en pr institutt?
  - ✓ Vil miste egen LBK-stemme. Men ikke sikkert en liten stemme vil? heller siden de blir enda mindre i forhold til de andre inst.
  - ✓ Kun dersom det oppleves at man har for lite slagkraft nå...
  - ✓ Sannsynligvis ja: gode muligheter for begge inst. til å sette sammen sterke grupper med bred kompetanse
  - ✓ Viktig å beholde/styrke felles prosjekter som også inkluderer klinikken
  - ✓ LBK vil i seg selv ikke lenger være til – slagkraft avhengig av nye grupper
  - ✓ Avhengig av definisjonen av «slagkraft» - der det er «en til hver» vil hvert inst. tape ex. Stipendiatstillinger.
  - ✓ Leder institutt skal leder representerer en veldig stor gruppe – dette kan by på utfordringer
  - ✓ Forutsetningen for påstanden er at LBK har lite slagkraft per i dag: dette er vi usikre på om stemmer. Dermed er det vanskelig å spå fremtiden.
- For sammenslåing: Vil styrke LBK særlig
  - For sammenslåing: Sterkere og mer robust adm (flere back up muligheter)
  - For sammenslåing: Gir mulighet for sterkere adm. med større kompetanse
  - For sammenslåing: Utnytte lab.arealer (slippe intern fakturering)
  - For sammenslåing: Åpner for bedre kommunikasjon
  - Mot sammenslåing: Behøver styrket 4.nivå- krever større adm. av vit. personer. Krever undervisningsfritak for leder. Undervisningsfritak for leder av 4.nivå kan også være en fordel.
  - Mot sammenslåing: Utfordrende å lede/organisere en så stor enhet?
  - Mot sammenslåing: Vanskelig å lage én felles kultur i et så stort institutt.
  - Mot sammenslåing: Turbulens i en overgang
  - Mot sammenslåing: Små kliniske fag drukner
  - Mot sammenslåing: Ekstremt krevende å lede et så stort og bredt institutt
  - Mot sammenslåing: For bredt og for stort (og for spredt)
  - Mot sammenslåing: Størrelse/uoversiktighet
  - Mot sammenslåing: Utbytte av fusjonen er ikke stort nok til å forsvare ressursbruken det krever og uroen det kan? skape.
  - Mot sammenslåing: Frykter topp-tung ledelse og større avstand mellom nivåene
  - Mot sammenslåing: Utfordrende å få til gode organisatoriske nivå- god= tilhørighet og medbestemmelse. Hvis man ikke klarer å integrere forskningsgr. og undervisningsgr. innen samme felt, vil dette ikke fungere.
  - Mot sammenslåing: Tid- Hvis prosessen går for raskt kan synergifordelene bli mindre.
  - Mot sammenslåing: Enhetsfølelse- IKM og LBK sammen

- For sammenslåing: Fjerner «førstelinje???» skottene mellom IKM og LBK, men dette er kanskje bare en start for å tenke ytterligere samarbeid på tvers av instituttene
- For sammenslåing: For LBK-Fordel økonomisk/ekstern finansiering
- For sammenslåing: Masterprogram. Kjernefasiliteter. Nye fagrelaterte forskningsmiljø/Instituttgrupper.
- Usikkert om den positive effekten for undervisning og forskning oppveier usikkerheten som kan oppstå ved en fusjon. Det vil naturlig bli endringer ved fusjon, ingeniørstillinger flyttes, innholdet i vit stillinger kan endres, administrative stillinger forsvinne. Vi bør være sikre på en sterk positiv effekt for å oppveie det negative som fort kan komme.
- Tekn.stillinger på LBK: Hva brukes de til- undervisning og/eller forskning?
- Økonomi: Ikke problem å organisere gode systemer for forskningssamarbeid (økonomi) på tvers av LBK og IKM. *Leiested- kan det være det en ulempe for IKM å fusjonere?* IKM har et godt system for økonomistyring av forskningsaktiviteten. LBK dyr i drift- bare BOA-aktivitet på 20mill. IKM har BOA-aktivitet på 140mill. Kan dette være en medvirkende årsak til at dekan er positiv til/ønsker sammenslåing?
- Tilgang tekniske stillinger forskning/drifting av labareal og utstyr: IKM har få tekniske stillinger på rammedrift. LBK har mange tekn.stillinger på rammedrift-stemmer det? Ved en evt sammenslåing er det en forventning fra IKM sin side at det vil bli en omfordeling av ingeniører til driftsoppgaver/forskningsoppdrag i forskningsmiljø på IKM. Forskning på IKM har pr nå for dårlig tilgang på ingeniører (oppsigelser og ansatte som går ut i pensjon kombinert med stillingsstopp og nedbemanning). Personer i tekn.stillinger på IKM med ekstern finansiering er bekymret for framtida hvis det blir sammenslåing. Uansett forventes det at fusjonsprosessen når det gjelder adm./tekniske stillinger blir ryddig selv om dette ikke er et argument for eller i mot fusjon.
- Fordel: Vi blir trolig flere hoder i administrasjonen, noe som gjør arbeidet mindre sårbart (unngår at èn person har oppgave som ikke blir utført ved fravær)
- Stordriftsfordeler oppnås til et visst punkt. Det fryktes at en større enhet kan kreve en relativ økning i administrasjonen for å håndtere oppgavene. Eks: Vi har i dag utfordringer med å fylle rollene som instituttgruppeledere med personer som tar oppgavene godt. Ved større enhet vil dette 4. nivået være avgjørende, og oppgaven vil bli større. Det er ikke utenkelig at man bør ha en stillingsprosent som instituttgruppeleder, dette vil være en økt kostnad til administrative stillinger.
- Hvis behov for å øke adm. bemanning viser seg å være reelt - kan være en begrunnelse mot å fusjonere til en stor enhet i stramme tider (avbyråkratisering og stillingsstopp i forbindelse med NTNU-fusjon).
- Avstand til leder. Ved IKM er det i dag en utfordring å ha oversikt over ansatte og følge alle opp på en god måte med vårt antall adm. ansatte pr vitenskapelig/teknisk ansatt. Dette kan bli vanskeligere i en større enhet uten å øke «administrasjonstettheten», forholdstallet mellom adm og andre stillinger kan øke i adm favør, og er lite ønskelig.
- Ved en sammenslåing blir det uansett støy og uro. Veie gevinst ved sammenslåing opp mot status quo.
- Hvis det blir sammenslåing- viktig at det blir én enhet fra første dag- ikke tvære det praktiske rundt sammenslåingen ut i tid etter at avgjørelsen er tatt.
- Tydelig leder/ledelse vil være veldig avgjørende i et stort institutt og i fusjoneringsperioden.
- Hvorfor ikke vente med å ta avgjørelsen +/- sammenslåing til en har sett hvilke erfaringer f.eks ISM gjør? Kanskje en kan lære noe av den prosessen?
- Respons fra pediatri-gruppa: Hva er hoveddrivkraften bak disse fusjonstankene? Det er klart at det er en del synergi i en fusjon. Vil evt små forskergrupper ved LBK tape på en fusjon?

Eller vil det være såpas gevinst i for eksempel mer «kryss og tvers»-samarbeid mellom forskere? Usikker. Det blir jo et kjempeinstitutt. Er det en fordel?

- For sammenslåing:
  - ✓ Gi det nye instituttet en bedre balanse i forhold andre store institutt ved det nye MH fakultetet, samt bidra til at antall institutt reduseres i forhold til dagens modell.
  - ✓ Øke kontakten mellom parallelle og tilstøtende fagområder som i dag holdes adskilt av instituttgrensene.
  - ✓ Gi en bredere basis for etablering av velfungerende faggrupper (eller kanskje enda bedre – tverrfaglige grupper) med medlemmer fra både basal-, parakliniske-, og kliniske miljø som har samme faginteresse. Vil legge til rette for bedre translasjonsforskning og integrasjon med St. Olavs klinikkene.
  - ✓ Gi en bedre utnytting av tekniske støttefunksjoner.
  - ✓ Gi en mer kostnadseffektiv drifting og bedre utnyttelse av laboratoriearealer/maskinpark.
  - ✓ Forenkle styringen og driften av kjernefasiliteter som i dag driftes felles av LBK og IKM.
- For sammenslåing: Instituttet blir stort og avstanden for den enkelte ansatte og opp til ledelsen kan synes å øke. Derimot er ikke dette som en viktig negativ konsekvens, såfremt organiseringen av et formelt 4-nivå etableres på en hensiktsmessig måte. Hvordan 4-nivå skal etableres må belyses nærmere, og trolig samordnes med andre institutter.
- Ser flere fordeler enn ulemper ved en sammenslåing rent faglig sett. Faren er at instituttet blir for stort og tungdrevet og at LBK blir mer usynliggjort.
- Sammenslåing vil bidra til mer robust administrasjon, felles infrastruktur og logistikk (innkjøp, bruk av fellesarealer, rombestilling, timeplanutarbeidelse, studentkontakt, kontakt med eksterne forelesere etc)
- Det er viktig at det totale antall administrative stillinger ikke reduseres ved sammenslåing. Vi kan komme til å få 2 SFF miljøer ved det nye instituttet. Det vil gi store utfordringer på den administrative siden. Det bør være administrativ støtte både i Labsenteret og Gastro.
- Et sterkt, molekylært orientert institutt vil være nødvendig for å få gjennomslag for disse disiplinene ved interne fordelinger av ressurser, samt strategivurderinger ved fakultetet. Dette blir spesielt viktig etter fusjonen med høyskolene, da DMF får en betydelig slagside mot helseforskning. Flere mener at dette er et sterkt argument for at det nye navnet på et samlet institutt bør være *Institutt for Molekylærmedisin*
- LBK har liten BOA-aktivitet. Det kan bli utfordrende å få til en rettferdig politikk på leiestedsbetaling og subsidiering av miljøer som ikke har midler til å betale for seg, samt miljøer som får penger fra Kreftforeningen (underfinansierte prosjekter).
- En mulig ulempe vil være at det blir en stemme mindre ved dekanens bord (her fattes imidlertid vedtak normalt etter avstemning, men etter omforening)
- En kan tape «varemerket» som IKM allerede har
- Ved en evt sammenslåing må det bygges opp en ny, felles kultur i det nye instituttet
- Vi kan få et "elefantinstitutt" med en diger og uoversiktlig administrasjon med masse byråkrati og lite tilstedeværelse. Det blir ekstremt viktig at vi feks oppfordrer gode kandidater til å søke instituttlederstilling nå når disse lyses ut til våren.
- Det nye instituttet trenger en leder med høy integritet og støtte i begge miljøer. En god leder vil være spesielt viktig i første fasen av sammenslåingen.

- Laboratoriefagene ved LBK har i seg selv ingen opplagt tilknytning til bestemte kliniske fagverken ved IKM eller andre institutter, og eksisterende og potensielle nye relasjoner avhenger i stor grad av enkeltpersoners interesser og hvilke muligheter man ser ut fra fagfelt, finansiering etc. Derfor er det viktig at vi ikke mister fokus på at det er et generelt behov for bedre tilrettelegging for samarbeid på tvers ved NTNU, både på institutt- og fakultetsnivå. Det trengs gode fellesrutiner for ressursfordeling / økonomistyring som ikke er av dagens type («the winner takes it all») hvor en f.eks. ikke belønner bidrag med laboratoriekompetanse gitt inn i et prosjekt som utgår fra en annen enhet. Ordningen med firkantede grenser for arealbetaling mellom enheter stimulerer også dårlig til tverrfaglig samarbeid - effekten er heller motsatt. Fusjon mellom LBK og IKM vil ikke avhjelpe dette overordnede strukturelle problemet.
- Et av hovedproblemene ved LBK har etter min oppfatning vært at instituttet er sammensatt av mange forskjellige små grupper som ikke uten videre opplever seg som beslektede. Navnet «laboratoriemedisin» har gitt et urealistisk bilde av likhet. Et nytt storinstitutt vil bli et enda større konglomerat av ulike fagområder, hvor bare noen føler et naturlig slektskap. Det må brukes nok tid og ressurser på å skape felles identitet og bygge opp grupper som integrerer lab og klinikk. Kanskje skal fellesnevneren være sykdomstyper heller enn tradisjonelle spesialiteter eller faggrenser. Det er viktig at det blir en reell prosess hvor man ikke hopper for raskt på løsninger som er definert ovenfra og ned. Opplevelse av eierskap til prosessen er nødvendig for at de kliniske miljøene skal bli godt ivaretatt og for at man får utnyttet potensialene som ligger i et nytt mangfold.
- Sammenslåing kan føre til bedre utnyttelse av laboratorieareal og enklere samarbeid om utstyr. Igjen er dette forhold som i liten grad vil ha betydning for de kliniske fagområdene som ikke driver laboratorieforskning.
- Man kan godt se for seg at et stort institutt samlet vil få mindre tildeling f.eks. av stipendiatstillinger etc. fra fakultetet, fordi man ofte har lagt seg på linjen «én pr. institutt». Men det går jo an å forsøke å argumentere med størrelse slik at antall stillinger/ansatte per institutt også kommer med i beregningen
- Områder som krever ekstra ivaretagelse ved fusjon:
  - ✓ Slik jeg har forstått, er en hovedgrunn til forslaget om fusjon at LBKs økonomi er for dårlig. Med store labarealer og liten eksternfinansiering blir husleien altfor dyr. Man kan tenke seg at slike forhold kunne løses ved bedre samarbeidsordninger, f.eks. fordeling av overheadmidler utfra deltagelse i prosjekter istedenfor at alt går til «moderininstituttet». Det virker som slike løsninger er urealistiske nå, slik at vi ikke reelt sett har noe valg. Da blir det ekstra viktig å vurdere hva som bør gjøres for å sikre en vellykket fusjon.
  - ✓ IKM er den største og sterkeste parten ved en evt. fusjon. Jeg tror det er helt sentralt for å lykkes at det blir en reell fusjon, ikke en utvidelse av IKM ved at man tar opp i seg LBK og nedprioriterer aktiviteter ved LBK som kanskje ikke faller så godt inn i IKMs nåværende strategi. Man trenger derfor å utvikle en ny felles strategi. Det er to problematiske premisser som må ivaretas i strategien: For det første at DMF er forpliktet til å gi undervisning på alle fagområder i medisinstudiet, og for det andre at det er nærmest umulig å holde et fagfelt i hevd ved hovedsakelig å tilby undervisningsstillinger uten reell forskningsmulighet. Disse premissene gjør det svært utfordrende å bygge sterke forskningsgrupper gjennom stram fokusering av ressursene i en spisset strategi. Som nevnt kan en løsning være å bygge tverrfaglige grupper basert på felles interesse for en eller flere sykdomsgrupper.

- ✓ Instituttnavnet har en viktig funksjon for identitetsfølelsen. Et nytt institutt kan ikke ha et navn som representerer alle fagområdene, det vil bli altfor kronglete. Men det må finnes et nytt navn som formidler at det er et nytt institutt, ikke et «IKM pluss». Det kan være strategiske grunner til valget av «Kreftforskning» som del av instituttnavnet for å tiltrekke støtte fra Kreftforeningen. Samtidig er det mange grupper ved et fusjonert institutt som ikke utfører kreftrelatert forskning, og heller ikke faller inn under molekylærmedisin. DMFs strategi vektlegger translasjonsmedisin, som kunne inngå i et nytt navn. Men translasjonsmedisin vil ikke være spesifikk for et nytt institutt. Andre viktige finansieringskilder som Helse Midt-Norge legger nå større vekt på klinisk relevant forskning, og det er derfor mulig at et nytt navn tydeligere bør avspeile de kliniske miljøene.
- ✓ Det er kulturforskjeller mellom LBK og IKM - som mellom de andre instituttene. Med fare for å overforenkle kan man kanskje si at IKM har mer av en «vinnerkultur», som har bidratt til at man har bygget opp sterke grupper som har nådd frem i eksterne konkurranser. Samtidig har slike kulturer kanskje en tendens til å skille mellom «oss» og «de andre», og hevde sine «rettigheter» utfra en opplevelse av å være viktige bidragsytere. LBK har kanskje hatt mer av en holdning av at «vi gjør så godt vi kan» med mindre fokus på store og dristige satsninger. Mange ved LBK har også uttrykt at det er vanskelig å balansere forskning, undervisning og klinikk og at det derfor ikke har vært overskudd til større fokus på toppforskning. Man må ta disse ulikhetene på alvor og finne måter å arbeide seg frem til gode samarbeidsrelasjoner med rom for mangfold. Dette er ikke minst viktig når ressurser skal fordeles - både penger og areal - for å unngå problemer fordi noen opplever å bli marginalisert.
- ✓ Størrelsen på instituttet vil gi nye utfordringer. Innføring av et formalisert 4. nivå blir helt nødvendig. Dette vil skape større avstand mellom instituttledelse og den enkelte medarbeider, og også videre oppover til fakultet og NTNU sentralt. Flere vitenskapelig ansatte vil måtte bruke mer tid på administrasjon på 4. nivå, noe man ikke uten videre kan regne med at alle er interessert i å gjøre. Slike oppgaver vil konkurrere om tiden med forskning, undervisning og klinikk. En prosess for avklaring av roller, myndighet og arbeidsoppgaver mellom nivå 3 og 4 blir nødvendig.
- ✓ Man kan tenke seg at det blir en administrativ gevinst ved å samle to institutter. Samtidig vil f.eks. arbeidet med studieadministrasjon neppe bli så mye mindre. Det er kanskje lett å overvurdere en potensiell rasjonaliseringsgevinst innen administrasjonen. I disse tider med krav til nedbemanning kan man se for seg at det ikke gis tilstrekkelig tid til gode endringsprosesser, bl.a. på HR-feltet hvor kjennskap til de enkelte medarbeiderne er nødvendig for å skape et godt arbeidsmiljø og ta nødvendige individuelle hensyn. Også på den administrative siden er det derfor viktig med realistiske planer for omorganisering og samkjøring.
- Organiseringen av et så stort institutt vil være viktig ikke bare for hvordan instituttet fungerer internt, men også for hvordan det er i stand til å samarbeide med vår klinikk (Laboratoriemedisinsk klinikk). LMK mener det er riktig at LBK og IKM slås sammen til ett institutt. Hvordan det nye fusjonerte instituttet organiseres vil påvirke hvordan samarbeidet med vår klinikk fagområder kan skje. Dersom instituttene slås sammen er det derfor ønskelig at LMK får mulighet til å komme med innspill til hvordan det nye instituttet skal organiseres.
- Sammenslåing krever endring i holdninger

- Visjoner/tanker i ledelse er essensielt!
- God ledelse av instituttene er viktig, «bedriftsledelse», kunnskap, proff ledelse
- Synspunkter fra Medisinsk klinikk
  - ✓ IKM er i dag det klart største instituttet ved Fakultetet både hva gjelder budsjett og antall ansatte. Denne størrelsesdominansen vil imidlertid endre seg etter fusjonen.
  - ✓ IKM har i dag 4 instituttgrupper hvorav den ene (molekylærbiologi) vel i sin helhet er lokalisert i Labsenteret. Det sistnevnte har også medført at flere tidligere ha ment at molekylærbiologigruppen ved IKM kanskje burde flyttes over til LBK noe som også ville ha støttet oppunder ideen om mer rendyrkning av sentermodell.
  - ✓ En sammenslåing vil jo bryte med ideen om et institutt og en klinikk i hvert senter. Dette er kanskje urealistisk uansett, men en modell hvor dette delvis oppnås er mulig. Det var jo derfor sentermodellen ble bygget.
  - ✓ Videre vil det ha store konsekvenser for den pågående integrasjonsprosessen mellom sykehus og fakultet hvor færre klinikker og flere institutter ville ha vært mer naturlig. Dette låser mye av mulighetene framover for å oppnå mest mulig samsvarende klinikk og instituttstruktur som både fakultetsstyret og styret ved St. Olav har vedtatt. Det kan være uklokt å fusjonere IKM og LBK uten å ha en overordnet plan på hvordan det integrerte universitetet skal se ut med tiden. Dette låser mange muligheter. Man bør ikke nå bare se på IKM og LBK, men ha en mer overordnet plan.
  - ✓ 5 (nyre, gastro, infeksjon, blod, endo.) av 7 fagområder inne Medisinsk klinikk har akademisk tilknytning til IKM. 4 av disse 5 (infeksjon er i Kunnskapsenteret) er lokalisert i Gastroenteret som er hovedsetet for IKM. Slag og geriatri, som er lokalisert i Nevrosenteret har akademisk tilknytning til INM. Medisinsk klinikk har dermed «ingen tilknytning» til Labsenteret.
  - ✓ IKM + LBK vil bli et meget stort institutt hvor klinikere vil bli ytterligere i mindretall. Det er dermed en fare for at klinisk pasient nær forskning vil få problemer med å hevde seg i et slikt gigantinstitut.
  - ✓ Om er fusjon mellom IKM og LBK skulle skje vil det ytterligere understreke behovet for formalisert nivå 4 ledelse (instituttgruppeledere). Uten det vil det bli helt umulig for gruppeleder.
  - ✓ Altså skeptisk
- Instituttet blir stort og avstanden for den enkelte ansatte og opp til ledelsen kan synes å øke. Jeg ser derimot ikke dette som en viktig negativ konsekvens, såfremt organiseringen av et formelt 4-nivå etableres på en hensiktsmessig måte. Hvordan 4-nivå skal etableres må belyses nærmere, og trolig samordnes med andre institutter.

I 2009 ble det opprettet en egen instituttgruppe for de teknisk ansatte ved LBK. Dette er noe vi ønsker å videreføre ved en evt. sammenslåing, men også om instituttene forblir som i dag. Instituttgruppen for teknisk ansatte har vært svært viktig både som en felles arena hvor ingeniørene kan møtes, men også som et felles faglig forum for diskusjoner angående HMS, metodikk, vedlikehold av instrumenter, opplæring og laboratoriedrift.

Instituttgruppelederen for de teknisk ansatte møter i ledermøtet sammen med de andre instituttgruppelederne, nestledere for forskning og undervisning, kontorsjef og instituttleder. Vi synes at det er viktig at også de teknisk ansatte er representert i ledergruppen på lik linje med de

administrativt ansatte og de vitenskapelig ansatte. Både for at vi skal kunne bli hørt, men også for at ledergruppen skal kunne få råd fra de teknisk ansatte når dette er nødvendig. Ingeniørene er en viktig støttefunksjon for de vitenskapelig ansatte og vi mener at det er viktig at vi er representert når det skal tas avgjørelser som påvirker vår arbeidshverdag.

En sammenslåing vil sannsynligvis medføre økte krav til effektivisering og en beste mulig utnyttelse av de teknisk ansatte. Dette vil medføre at det blir nødvendig med tydelige føringer på hva de teknisk ansatte skal bruke tiden på, når det gjelder drifting av laboratorier, opplæring, egen kompetanseutvikling, HMS og deltagelse i analysearbeid og forskning. Det må også være tydelige føringer på hvilke oppgaver som skal kunne pålegges de rammefinansierte og eksterntfinansierte teknisk ansatte. Vi synes det er viktig at de tekniske ressursene utnyttes best mulig. Ved en eventuell sammenslåing er det imidlertid viktig å være klar over at flere av ingeniørene både ved LBK og ved IKM innehar spisskompetansen som er rettet mot bestemte fagområder. Ved LBK gjelder dette særlig anatomi, mikrobiologi, histologi (CMIC) og EM (CMIC). Flere av ingeniørene er også tungt involvert i undervisning både ved medisinstudiet og masterstudiet i molekylær medisin.

Ved LBK har kontorsjef personalansvaret for ingeniørene. Vi mener at dette er en bedre løsning enn at prosjektlederne har denne rollen og at dette bør videreføres ved en evt. sammenslåing.

LBK har de siste årene satt av strategimidler for reiser og kompetanseheving for de teknisk ansatte. Ved LBK er de fleste ingeniørene ansatt i rammefinansierte stillinger, som ikke har mulighet til å få delta på kurs og konferanser finansiert av en prosjektleder eller faggruppe. Derfor er det viktig at dette videreføres ved en evt sammenslåing av instituttene.

Vi mener at det ved institutter som har stor laboratorieaktivitet bør videreføres at HMS-koordinatoren har erfaring fra labarbeid, og at en spesifikk stillingsandel må settes av til denne rollen.

## Notat

---

Til: Dekanus

---

Kopi til:

---

Fra: Marite Rygg og Magne Børset, Instituttledere, LBK og IKM

---

Signatur:

### Styringsgruppens innstilling om sammenslåing av IKM og LBK

Arbeidsgruppen som har utredet fordeler og ulemper for den faglige virksomheten ved eventuell sammenslåing mellom IKM og LBK, har levert sin sluttrapport (vedlagt). Det har vært gjennomført en omfattende kartlegging i en åpen prosess der alle ansatte har kunnet følge prosessen og fremme sin mening, og mange har vært involvert. Bl.a. har det vært arrangert et felles allmøte for de to instituttene og en workshop der alle ansatte var invitert til å delta. Sluttrapporten er en grundig og nøktern gjennomgang som redegjør for ulike synspunkter, men ikke tar stilling eller vekt for fordeler og ulemper.

I sluttrapporten pekes det på potensielle synergier både for undervisning (sammenslåing av parallelle undervisningsenheter til mer robuste miljøer) og forskning (større potensiale for translasjonsforskning og oppbygging av mer robuste og konkurransedyktige forskningsgrupper). De mest kritiske synspunktene kommer fra de kliniske miljøene, spesielt i IKM, men også her pekes det i stor grad på hvordan man bør tilrettelegge for en bedre synliggjøring av disse miljøer i det nye sammenslåtte instituttet, mer enn en aktiv motstand til sammenslåingen.

**Totalt sett leser vi sluttrapporten og tolker stemningen på de to instituttene slik at vi innstiller på en samling av de to instituttene.** De potensielle fordelene ved en samling med tanke på kjernevirksomheten; undervisning og forskning, er store, og det er ikke framkommet sterke motforestillinger.

Når det er sagt, er det ingen automatikk i at en sammenslåing i seg selv vil utløse de potensielle synergiene. Graden av vellykkethet hviler på noen viktige forutsetninger:

- 1) Det nye instituttet må oppleves som et nytt institutt av alle: Det innebærer nytt navn, nye instituttgrupper og undervisningsenheter som speiler integrasjonen av de to miljøene.
- 2) Økt fokus på klinisk forskning, integrasjon mot St. Olav og translasjonsforskning. Det nye instituttet må vise vilje til å bygge reell translasjonsforskning, ev. med bevisste satsninger.

---

<b>Postadresse</b>	<b>Org.nr.</b> 974 767 880	<b>Besøksadresse</b>	<b>Telefon</b>	
Postboks 8905	E-post:	Medisinsk teknisk	+ 47 72 82 07 00	
MTFS	dmf-post@medisin.ntnu.no	forskningscenter	<b>Telefaks</b>	
7491 Trondheim	<a href="http://www.ntnu.no/dmf">http://www.ntnu.no/dmf</a>	Olav Kyrres gt 9	+ 47 73 59 88 65	Tlf: + 47

All korrespondanse som inngår i saksbehandling skal adresseres til saksbehandleren ved NTNU og ikke direkte til enkeltpersoner. Ved henvendelse vennligst oppgi referanse.



- 3) Ny organisering – nye instituttgrupper. Dette vil kreve en gjennomgående god medvirkningsprosess. Igjen bør translasjonsaspektet vurderes i de nye instituttgruppene. De kliniske miljøer må være representert i ledergruppen, samtidig som ledergruppen må være styringsdyktig. Færre og større instituttgrupper vil kreve en sterkere nivå-4-organisering. Lederansvaret for disse gruppene vil innebære større administrative forpliktelser, og konsekvensene av dette for undervisning/forskning må vurderes, og ev. kompenseres.
- 4) Fakultetet må legge til rette for at vi kan organisere nye undervisningsenheter (UE) i form av sammenslåing av parallelle UE, men også at det startes en prosess som ser på fakultetets totale organisering av UE slik at ikke bare medisinstudiet speiles, men alle fakultetets studier, inklusive masterstudiene som nå ikke har UE (f.eks. farmasi).
- 5) Planleggingen av det nye instituttet bør starte omgående etter at en ev. fusjon er vedtatt. Det er viktig at ansatte fra begge institutt trekkes inn i ulike arbeidsgrupper for å sikre engasjement og eierskap til et nytt institutt. En slik prosess er også viktig for å fokusere på oppbygging av en felles kultur. De administrativt ansatte på begge institutt blir viktige i denne prosessen, både for å smelte sammen administrasjonen i de to instituttene, og for å bygge en effektiv instituttadministrasjon i det nye NTNU.
- 6) Det må sikres nødvendige overgangsordninger for budsjett, økonomi inkl. leiested, lokalisering av administrativt ansatte, organisering av teknisk ansatte etc.
- 7) Til tross for potensielle synergier for forskning og undervisning, vil det nye instituttet være svært heterogent, og mange miljøer vil fortsatt ha sine hovedsamarbeidspartnere i andre institutt. Fakultetet bør medvirke til nedbygging av barrierer for slikt instituttoverskridende samarbeid både innen forskning og undervisning.

Trondheim, 21.11.16

Magne Børset  
Instituttleder IKM

Marite Rygg  
Instituttleder LBK