

## Møteinnkalling

---

<b>Utvalg:</b>	MH - IDF-LOSAM
<b>Møtested:</b>	30M11, 1930-bygget, Fakultet for medisin og helsevitenskap
<b>Dato:</b>	04.05.2023
<b>Møtestart:</b>	13:00
<b>Møteslutt:</b>	15:30
<b>Merknad:</b>	

---

**Faste medlemmer:**

Siri Forsmo	Tor Christian Sletner	Jannicke Gjølme Eriksen
Ann-Katrin Stensdotter	Geir-Tore Stensvik	Kari Risnes
Øystein Indergård	Caroline Hild Pettersen	Hanne Hella
Brage Hansen		

Medlemmer som er forhindret fra å møte varsler selv sin vararepresentant, og gir beskjed om forfall til sekretariatet ved Bjarne Lein på e-post: [bjarne.lein@ntnu.no](mailto:bjarne.lein@ntnu.no).

Trondheim 27.04.2023.

Siri Forsmo  
utvalgsleder

Bjarne Anders Lein  
sekretær



## Offentlig Saksliste

Tid	Utvalgs-saksnr	Innhold	Arkiv-Saksnr
-o0o-	ST 32/23	Referatet fra forrige møte 12.04.2023 er godkjent. <i>Referatet ble godkjent på epost etter forrige møte.</i>	
13.00 - 13.25	ST 33/23	Forbedringsprosjekt for regional klinisk forskningsstøtte - rapport fra arbeidsgruppe og videre prosess. <i>Drøftingssak v/ Haakon Skogseth, forskningssjef ved St. Olavs hospital.</i>	2022/14835
13.25 - 13.40	ST 34/23	Organisering av ph.d-administrasjonen på MH-fakultetet. <i>Drøftingssak v/Hanne Almås, seksjonssjef utdanning.</i>	2023/15515
13.40 - 13.55	ST 35/23	Ny avtale om kombinerte stillinger mellom St. Olavs hospital og Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH). <i>Informasjonssak v/ dekan Siri Forsmo.</i>	2017/10169
13.55 - 14.10	ST 36/23	Tilsyn fra Riksrevisjonen av informasjonssikkerhet innen forskningsområdet. <i>Informasjonssak v/ IT-leder Jan Eirik Eggan.</i>	2023/13331
14.10 - 14.20	ST 37/23	Utvikling av den økonomiske situasjonen ved MH-fakultetet. <i>Informasjonssak v/ Torill Foss Lundgren, konst. økonomisjef</i>	
14.20 - 14.25	ST 38/23	Rapportering av ansettelser uten utlysning ved MH-fakultetet, 1. kvartal 2023. <i>Informasjonssak v/ HR-seksjonen.</i>	2020/13539
14.25 - 14.45	ST 39/23	Hvordan forstår vi medvirkning og medbestemmelse på MH? <i>Diskusjonssak v/ alle.</i>	
14.45 - 15.00	ST 40/23	Nytt fra dekanen. <i>Informasjonssak v/ dekan Siri Forsmo.</i>	
15.00 - 15.15	ST 41/23	Nytt fra administrasjonen. <i>Informasjonssak v/ adm. leder Tor Christian Sletner.</i>	
15.15 - 15.30	ST 42/23	Orientering fra fagforeningene og HVO. <i>Informasjonsrunde rundt bordet.</i>	



**ST 32/23 Referatet fra forrige møte 12.04.2023 er godkjent**

## Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
MH - IDF-LOSAM	33/23	04.05.2023

### Forbedringsprosjekt for regional klinisk forskningsstøtte - rapport fra arbeidsgruppe og videre prosess

#### Forslag til vedtak:

Saken fremmes uten forslag til vedtak.

#### Bakgrunn:

Det integrerte universitetssykehuset St. Olavs hospital har sterkt fokus på tjenesteinnovasjon. Som ledd i dette er det naturlig at fokus også settes på støttetjenestene for klinisk forskning.

Husebektutvalgets rapport fra 2017 ga styringssignaler i begge sektorer om at forskningsstøttefunksjoner burde samordnes mellom universiteter og helseforetak. Sektorene bør ikke konkurrere om samme kompetanse eller tilbud, men heller sikre at forskningsstøtten gir et komplementært tilbud til forskerne i regionen.

Forskningsstøttemiljøene har i stor grad oppstått og utviklet seg uavhengig av hverandre, og utøver i dag ulik policy overfor forskerne. For å fremstå enhetlig både innad og utad, så må en god del innen forskningsstøtten forenkles, ryddes, klargjøres og harmoniseres.

Administrerende direktør ved St. Olavs hospital Grethe Aasved og dekan ved MH-fakultetet NTNU Siri Forsmo har via en styringsgruppe gitt mandat til en arbeidsgruppe for å utrede framtidens kliniske forskningsstøtte.

Leder for arbeidsgruppen Haakon Skogseth, legger fram rapporten og den videre prosessen.

#### Vedlegg:

- 1 Rapport: Forbedringsprosjektet innen den regionale kliniske forskningsstøtten i Midt-Norge

*«Forskerne må slippe å prosjektstyre sin egen forskningsstøtte». Sitat Tobias Slørdahl, lege og forsker*

# Forbedring av den regionale kliniske forskningsstøtten

St. Olavs hospital og NTNU

Trondheim 30.12.22

---

## Innhold

1. Bakgrunnen for prosjektet .....	2
2. Mandat og arbeidsform.....	3
2.1 Styringsgruppens sammensetning .....	3
2.2 Arbeidsgruppens sammensetning.....	4
2.3 Mandatet.....	4
2.4 Arbeidsform.....	5
3. Dagens kliniske forskningsstøtte .....	6
3.1 Forskningsposten.....	6
3.2 Framtidens operasjonsrom (FOR) .....	6
3.3 Biobank1.....	7
3.4 Klinisk forskningsenhet Midt-Norge (KlinForsk).....	7
3.5 FOR oppdragsforskning .....	8
4. Hvordan forskningsstøtten bør utvikle seg med hensyn til behov som ikke er dekket, og på hvilken måte tilbudet kan optimaliseres og effektiviseres .....	8
4.1 Synlighet.....	9
4.2 Styrking av personverntjenesten .....	9
4.3 Styrking av prosjektøkonomifunksjonen.....	9
4.4 Styrking av jus og lovverksfortolkning særlig knyttet opp mot rettighetsproblematikk/ .....	9
innovasjon .....	9
4.5 Hjelp til protokollskrivning og studiedesign .....	10
4.6 IKT-støtte til forskning.....	10
4.7 Tydeliggjøring og synliggjøring av statistiktjenesten .....	10
4.8 Samordning av laboratorievirksomheten og studiekoordinering.....	11
5. Hvordan den kliniske forskningsstøtten bør organiseres i det integrerte universitetssykehuset. 11	
5.1 Organisering av forskningsstøtten .....	11
5.2 Hvordan den foreslåtte organiseringen svarer ut øvrige innspill fra arbeidsgruppen .....	14
6. Hvordan den framtidig forskningsstøtten for klinisk forskning bør driftes og styres for å sikre god involvering og forankring i klinikkene og forskningsmiljøene - for å være relevant og oppdatert .....	15
7. Konklusjon og anbefaling.....	15



## 1. Bakgrunnen for prosjektet

Det integrerte universitetssykehuset St. Olavs hospital har sterkt fokus på å øke den forskningsaktiviteten. Dette vil bidra til bedre pasientbehandling. Som ledd i dette er det naturlig at fokus også settes på støttetjenestene for klinisk forskning. Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2025 har som visjon at klinisk behandlingsforskning skal være en integrert del av pasientbehandlingen, og planen peker på fire virkemidler for å fasilitere dette: at flere studier gjøre tilgjengelig for pasientene, at forskning blir en naturlig del av arbeidshverdagen til helsepersonell, at ledere tilrettelegger for forskning, og at mer samarbeid mellom industri og det offentlige skal gi flere behandlingsstudier i Norge. En klinisk behandlingsstudie påvirker behandlingsforløpet til pasienter slik at helsehjelpen de mottar enten inneholder ny utprøving av legemidler eller medisinsk utstyr/teknologi eller andre utprøvende behandlingsformer som skiller seg fra standard behandling. I denne sammenheng har myndighetene satt flere mål for sykehusene som at andelen av pasienter som deltar i utprøvende behandling skal være 5 % i 2025. Dette forutsetter en årlig vekst på 15 % per år i den kliniske behandlingsforskningen fram til 2025. Styringskravene i Helse Midt-Norge (HMN) sine oppdragsdokumenter konkretiserer disse målene ytterligere for St. Olavs hospital. For å nå disse målene må man tenke nytt og innovativt også innenfor den kliniske forskningsstøtten.

Husebakkutvalgets rapport fra 2017 ga styringssignaler i begge sektorer om at forskningsstøttefunksjoner burde samordnes mellom universiteter og helseforetak. I senere tid har universitetskommune og Helseplattformen AS gitt ytterligere grunnlag til å samordne forskningsstøttetilbudet også utenfor spesialisthelsetjenesten og universitetet. Sektorene bør ikke konkurrere om samme kompetanse eller tilbud, men heller sikre at forskningsstøtten gir et komplementært tilbud til forskerne i regionen.

Forskningsstøttemiljøene har i stor grad oppstått og utviklet seg uavhengig av hverandre, og utøver i dag ulik policy overfor forskerne. I en tid der antallet multisenterstudier øker så kan det bli svært mange avtaler, kontrakter og prisestimer for prosjekteierne. For å fremstå enhetlig både innad og utad, så må en god del innen forskningsstøtten forenkles, ryddes, klargjøres og harmoniseres. Dette krever en rekke avklaringer og beslutninger. Ulik historisk utvikling har ført til separate enheter med manglende samhandling og samarbeid. I tillegg er enhetene små og sårbare, og aktiviteten kan lett rammes av uforutsett fravær. Studiepasientene følger også i stor grad den ordinære pasientlogistikken, og en ren dagdriftsvirksomhet som er situasjonen i dag, begrenser forskningsstøttens anvendelsesområde i kliniske behandlingsforskning.

Forskerne etterspør gjerne en pakke av tjenester som treffer flere av enhetene innen forskningsstøtten, og de forventer at det er «én vei inn», med en helhetlig, sammenhengende og sømløs tjeneste som tar hånd om mindre eller større deler av prosjektet uten unødig opphold. Ved publisering stilles også stadig flere krav til at prosjektet skal ha fulgt standarder, sertifiseringer og beste praksis. Dette utfordrer kvaliteten i forskningsstøtten. Parallelt med økende kvalitetskrav for forskningsprosjektene skal sykehusene bedrive mer forskning, spesielt ved å tilby sine pasienter utprøvende behandling, og derpå svare ut årlige rapporteringsindikatorer på både antall inkluderte pasienter og antall nye behandlingsstudier. Man skal også øke den industrifinansierte forskningen som i hovedsak er oppdrags- og bidragsforskning, men der pasientinkludering og pasientbehandling/oppfølging foregår i sykehusene. Mange forskningsmiljøer opplever at det er en konkurransefaktor mellom denne typen forskning og den akademisk initierte forskningen da de spiller på de samme fagressursene i klinikkene, og det kan oppstå prioriteringsproblemer i fagmiljøene. En effektiv forskningsstøtte vil kunne avhjelpe denne prioriteringen, slik at man kan få gjennomført begge deler.

Klinikkene opplever utvilsomt en økt byråkratisering i hele forskningsforløpet, fra søknad om finansiering, til formkrav i gjennomføringen, avslutning og arkivering. Når man da også skal effektivisere den kliniske driften, så vil mange klinikere nedprioritere forskningen, om man da ikke vet at man kan få vesentlig hjelp, støtte og veiledning til gjennomføringen. Dette er sannsynligvis en av hovedårsakene til den mangelen på klinikere i forskningen. Når kravene i forskningsprotokollen i tillegg øker slik at en enkelt blodprøve kanskje trenger en hel dags bearbeiding, så kan terskelen oppleves uoverkommelig for mange av de travleste og beste klinikerne, som man absolutt burde fått med i forskningen.

Institusjonene skal arbeide for FAIR-data og åpen vitenskap, og bærekraftmål er på full tur inn i forskningen. Med dette bakteppet har administrerende direktør ved St. Olavs hospital Grethe Aasved og dekan ved MH-fakultetet NTNU Siri Forsmo via en styringsgruppe gitt et mandat til en arbeidsgruppe for å utrede framtidens kliniske forskningsstøtte. Styringsgruppen ble ledet av viseadministrerende direktør ved St. Olavs hospital Tom Christian Martinsen. Konst. forskningssjef ved St. Olavs hospital og førsteamanuensis ved NTNU Haakon Skogseth ble utnevnt til å lede arbeidsgruppen.

St. Olavs hospital utarbeidet i 2017 en rapport som ledet fram til etablering av Klinisk forskningsenhet Midt-Norge (KlinForsk). Mandatet gitt av styringsgruppen bærer preg av at dette tilbudet gjennom «forbedringsprosjektet» skal evalueres og tilpasses forskernes behov, og at en eventuell reorganisering av forskningsstøtten skal sørge for bedre prosjektstyring av forskningen, samt at forskningsstøttetilbudet skal være intuitivt og synlig. Gjennom mandatet gir styringsgruppen også tydelige signaler på at forskningsstøtten bør være gjennomgående sømløs i hele tilbudet, og at forskningsstøtten skal være behovsstyrt. Man setter også fokus på hva som bør ligge sentralt og hvordan dette tilbudet kan kompletteres på institutt- og klinikknivå. Mandatet gir videre grobunn for at tilbudet skal bygge opp under målkravene helseforetakene har i regionen, og ikke minst hvordan tilbudet skal bli et reelt regionalt tilbud. Mandatet legger også føringer for at «forbedringsprosjektet» skal vurdere hvorvidt kjernefasilitetene kan inngå i et tettere samarbeid med infrastruktur på St. Olavs hospital, et mandat som kan sees på som en videreføring og utvidelse av CTU-rapporten fra 2017.

## 2. Mandat og arbeidsform

### 2.1 Styringsgruppens sammensetning

Viseadm. dir. Tom Christian Martinsen – leder  
Adm. dir. Grethe Aasved  
Dekan Siri Forsmo  
HR-dir. Heidi Magnussen  
Prodekan forskning Torstein Baade Rø  
Klinikksjef Hilde Pley, Klinikk for anestesi og intensivmedisin  
Klinikksjef Rune Wiseth, Klinikk for hjertemedisin  
Spesialrådgiver Arild Skaug Hansen  
Tillitsvalgt fra Legeforeningen Bjørnar Grenne

## 2.2 Arbeidsgruppens sammensetning

Leder: Kst. forskningssjef og førsteamanuensis Haakon Skogseth, St. Olavs hospital

Sekretariat: Seniorrådgiver Fredrik Bækkerud, MH Fakultetsadministrasjon, NTNU  
Adm. koordinator Eirin Støkkan, Sentral stab, St. Olavs hospital

Seksjonsleder Solrun Johanne Valen, Forskningsseksjonen, MH fakultetet  
Forskningsjef HMR – Dag Arne Hoff  
Forskningsjef HNT – Kjersti Grønning  
Avdelingssjef Signe Danielsen, Kreftklinikken  
LiS Tobias Slørdahl, Blodsykdommer, Medisinsk klinikk  
Enhetsleder Terje Torgersen, Sentral enhet for forskning, innovasjon og undervisning i psykisk helsevern  
Seksjonsoverlege Olav Spigset, Klinisk farmakologi, Laboratoriemedisinsk klinikk  
Avdelingssjef Ingvild Saltvedt, Geriatri, Medisinsk klinikk  
Avdelingssjef Håkon Bolkan, Kirurgisk klinikk  
Instituttleder Jorunn Helbostad, Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap  
Overlege Kjell Åsmund Salvesen, Gynekologi, Kvinneklinikken  
Forsker Pernille Thingstad, prosjektleder i universitetskommunen på området helse og velferd/INB  
Tillitsvalgt Norsk psykologforening Chris Aanondsen  
Tillitsvalgt MH-fakultetet LOSAM Caroline Hild Pettersen  
Lokalt Hovedverneombud ved Fakultet for medisin og helsevitenskap Bjørn Munkvold  
Verneombud Forskningsavdelingen Gunnar Gjeldnes  
Brukerrepresentant Tora Rømo

## 2.3 Mandatet

Styringsgruppen ga arbeidsgruppen følgende mandat:

*Forskning er en av hovedoppgavene til både universitetet og spesialisthelsetjenesten. St. Olavs hospital HF og Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, forvalter forskningsstøtte for klinisk forskning i regionen. Det er viktig at denne infrastrukturen er oppdatert, synlig, tilgjengelig, av god kvalitet og med en kapasitet til å understøtte styringskrav, utviklingsplaner og nasjonale føringer. Økt kvalitet på forskningsstøtten vil gi bedre forskning og dermed også bedre pasientbehandling. Kliniske forskningsprosjekter har økende kompleksitet og stiller dermed større krav til den kliniske forskningsstøtten. Det integrerte universitetssykehuset v/adm. dir. og dekan har derfor besluttet at det skal gjennomføres et forbedringsprosjekt hvor det førende vil være å sikre best mulig forskningsstøtte for klinisk forskning, optimal ressursbruk og gode arbeidsforhold for de ansatte innenfor dagens økonomiske rammer.*

*Hovedfokus for vår forskning og forskningsstøtte skal være å bidra til bedre pasientbehandling. Forskningsstøtte for klinisk forskning må sees i sammenheng med øvrig forskningsinfrastruktur i regionen. Det vil i dette arbeidet være helt sentralt å involvere brukere av forskningsstøtten.*

*Forbedringsprosjektet skal svare ut følgende:*

1. *Kartlegge, beskrive og evaluere dagens forskningsstøtte for klinisk forskning, herunder organisering, kapasitet, kompetanse, oppgaveportefølje og pålagte oppgaver*
2. *Hvordan forskningsstøtten bør utvikle seg med hensyn til behov som ikke er dekket, og på hvilken måte tilbud kan optimaliseres og effektiviseres.*
3. *Hvordan den kliniske forskningsstøtten bør organiseres i det integrerte universitetssykehuset.*  
*- bør tjenestene i større grad samles i en felles enhet eller med et felles kontaktpunkt?*  
*- hvilke tjenester bør ligge sentralt vs. lokalt i klinikkene/instituttnivå.*
4. *Hvordan den framtidig forskningsstøtte for klinisk forskning bør driftes og styres for å sikre god involvering og forankring i klinikkene og forskningsmiljøene - for å være relevant og oppdatert.*

Arbeidsgruppens leder ba om en konkretisering og avgrensning av mandatet i møte med styringsgruppen den 07.09.22. Styringsgruppen bestemte da:

- 1) at arbeidsgruppen skal vektlegge arbeidet om forbedring av den kliniske førstelinjestøtten. I all hovedsak ligger denne i Forskningsavdelingen ved St. Olavs hospital.
- 2) at det arbeides med forslag til forbedringer; hva som er tidsriktige tjenester og hvilke flaskehalsar som er til hinder for klinisk forskning.
- 3) at arbeidsgruppen skal belyse hvordan støttetjenestene kan samhandle bedre, unngå duplisering av funksjoner og roller, og samtidig sikre god innflytelse fra klinikere som representerer brukerperspektivet.
- 4) at arbeidsgruppen skal legge til grunn at sentral forskningsstøtte skal være proaktiv, herunder være godt og kontinuerlig oppdatert på regulatoriske endringer, for deretter å jevnlig oppdatere og formidle disse til forskerne.

Leder for arbeidsgruppen ønsket også en avklaring på styringsgruppens forventninger til sluttrapporten:

- styringsgruppen ba om en kortfattet, tydelig og faktabasert rapport.
- rapporten måtte omfatte både summarisk kartlegging av utfordringsbildet og eksisterende flaskehalsar, men vektlegge forslag til prioritering og forbedringstiltak.
- sluttrapporten skulle kunne fungere som grunnlag for beslutning av framtidig faglig og administrativ organisering av den kliniske forskningsstøtten.

## **2.4 Arbeidsform**

Arbeidsgruppen har gjennomført fem fysiske møter, der varighet på hvert møte har vært to timer. Mellom møtene har det vært «hjemmearbeid» der leder av arbeidsgruppen har brutt ned mandatet i mindre oppgaver for medlemmene. I mellomperiodene har man kommet med skriftlige innspill og svar på utfordringene. Møtene har så vært benyttet til å gjennomgå det innkomne og korrigere og legge til nye ting på bakgrunn av diskusjonen. Det har vært godt engasjement og stor enighet rundt de tema som er tatt med i denne rapporten.

Det har også vært mindre grupper innen forskningsstøtten som har sett nærmere på medisinsk statistikk, protokollutvikling, undervisning og e-læring, og IKT-støtte til forskning samt laboratorievirksomheten. Anbefalingene fra disse undergruppene er drøftet i arbeidsgruppen, og resultatet av disse drøftingene er tatt med i rapporten.

I arbeidsgruppens møter har det vært stort engasjement fra tillitsvalgte og verneombudslinjen ved St. Olavs hospital og MH-fakultetet. Brukerrepresentanten som Brukerutvalget ved St. Olavs hospital oppnevnte har også gitt viktige innspill i arbeidet.

### 3. Dagens kliniske forskningsstøtte

Mandatet ber om en redegjørelse for kapasitet, kompetanse, oppgaveportefølje, pålagte oppgaver og en evaluering. Arbeidsgruppen har valgt å dele dette inn i kategoriene: organisering og finansiering, kapasitet, utdanning og typer oppgaver. Evaluering besvares i punkt 4.

#### 3.1 Forskningsposten

**Organisering og finansiering:** Total stillingsressurs er 4 stillinger. Alle er ansatt i Forskningsavdelingen ved St. Olavs hospital. Finansiering 50/50 HMN og St. Olavs hospital, henholdsvis særbevilgning fra HMN og over rammen fra St. Olavs hospital. Budsjettet er i balanse. Forskningsposten er lokalisert på NTNU-areal i AHL, og kostnaden for dette arealet dekkes av NTNU.

**Kapasitet:** Ressursmessig er enheten i balanse i forhold til ordretilgangen.

**Utdanning:** Alle ansatte har bachelor i sykepleiere. Tre av de ansatte har mastergrad. En av de ansatte har spesialisering som intensivsykepleier. Enheten leier inn en 40 % studielege fra Avd. for farmakologi. Denne legen har PhD.

**Typer oppgaver:**

- blodprøvetaking
- prosessering og forsendelse av biologisk materiale
- utføre funksjonstesting på studiedeltakere
- medikamentutprøving med akuttberedskap og journalføring
- plotting av data inn i datahåndteringsløsninger
- studiekoordinering
- utdanning av studiesykepleiere

#### 3.2 Framtidens operasjonsrom (FOR)

**Organisering og finansiering:** Total stillingsressurs er 7,4 stillinger. Alle er ansatt i Forskningsavdelingen ved St. Olavs hospital. Finansiering er fordelt mellom Samarbeidsorganet, Forskningsrådet (NorMIT), HOD og NTNU. Budsjettet er i balanse. Arealkostnaden i Energibyget Lerkendal dekkes over rammen på St. Olavs hospital.

**Kapasitet:** Ressursmessig er enheten i balanse i forhold til ordretilgangen.

**Utdanning:** Spesialsykepleiere, leger, ingeniører og en radiograf. Fire av de ansatte har mastergrad. Fire har PhD.

**Typer oppgaver:**

- utprøvsarena for medisinsk utstyr og teknologi bl.a. gjennom NorTRIALS.
- testlaboratorium med seks operasjonsstuer

- drifter nasjonal infrastruktur og nettverk bl.a. NorMIT
- visualisering og live-overføringer: Utprøving av nye visualiseringsteknikker innen kirurgi
- utvikling av nye behandlingsmetoder innen intervensjonsradiologi og kirurgi
- pre-kliniske studier: pakkeløsninger for eksperimentell kirurgi som dyreforsøk
- 3D-print av fysiske modeller
- gjennomføre kurs og sertifisering av innen elektromedisinsk utstyr (EMU)
- undervisningsoppgaver i flere utdanningsløp

### 3.3 Biobank1

**Organisering og finansiering:** Total ressurs er 13,25 stillinger. Alle er ansatt i Forskningsavdelingen ved St. Olavs hospital. Finansiering av stillinger er hovedsakelig over særfinansiering fra HMN. Budsjettet er i balanse. Alt areal Biobank1 disponerer er NTNU-areal i Fred Kavli-bygget og Laboratoriesenteret. Arealkostnaden dekkes av HMN (Fred Kavli-bygget) og NTNU (Laboratoriesenteret).

**Kapasitet:** Enheten er i balanse med hensyn til ressurser og ordretilgang.

**Utdanning:** Enheten består i hovedsak av bioingeniører. I tillegg kommer en 10 % jurist, helsesekretær, 2 leger i til sammen 115 % stilling, veterinær og en realist. To av de ansatte har PhD og 8 av de ansatte har mastergrad.

#### Typen oppgaver:

- rådgivning og protokollskrivning/praktisk bistand relatert til innsamling, lagring og bruk av biologisk materiale
- analysepipeline
- lagring av biologisk materiale
- uthenting av kliniske data til prosjekter
- vedlikehold og utvikling av sporingsløsning for biologisk materiale
- metodeutvikling
- kursvirksomhet
- ledelse i nasjonal forskningsinfrastruktur

### 3.4 Klinisk forskningsenhet Midt-Norge (KlinForsk)

**Organisering og finansiering:** Finansieringsmatrisen ved KlinForsk er komplisert. Total stillingsressurs er 18,4 stillinger. 8,6 stillinger er finansiert av særbevilgning fra HMN, likevel er disse ansatt ved MH-fakultetet av historiske årsaker. 2,7 stillinger er finansiert over rammen på MH-fakultetet, og 7,1 stillinger er finansiert over rammen på St. Olavs hospital. Alle ansatte ved St. Olavs hospital er organisert i Forskningsavdelingen. Kronebeløpene i finansieringsmatrisen er NOK 8 mill. fra HMN (særbevilgning med 3 års varighet avgangen), NOK 4,8 mill. fra rammen på MH-fakultetet og NOK 10, 1 mill. fra rammen ved St. Olavs hospital. Budsjettet er i balanse på St. Olavs hospital, mens det på NTNU er et mindreforbruk på 1-2 mill./år. Arealet KlinForsk disponerer er i Kunnskapssenteret 4. etg. Dette arealet er NTNU-areal, og NTNU dekker kostnadene for NTNU-ansatte. Det betales NOK 625 000/år i leie til NTNU for St. Olavs-ansatte.

**Kapasitet:** Ut fra dagens kompetansesammensetning er ordretilgang og kapasitet i balanse.

**Utdanning:** To ansatte har bachelor i sykepleie og en er klinisk ernæringsfysiolog. Fire ansatte har mastergrad. Fire ansatte er leger med spesialisering og PhD. Foruten legene har 7 ansatte PhD. 7 av de ansatte har akademisk stilling (førsteamanuensis eller professor). 7 ansatte er realister, og en er samfunnsviter. Enheten har to dataingeniører i til sammen 150 % stilling.

**Typer oppgaver:**

- datahåndtering
- monitorering
- søknadshjelp
- statistikkveiledning
- forskningsstøttekurs/emner for PhD- og masterprogrammer

### 3.5 FOR oppdragsforskning

**Organisering og finansiering:** Enheten er organisert under Framtidens operasjonsrom (FOR) ved St. Olavs hospital, og var tidligere Unimed oppdragsforskning. Total stillingsressurs er 2,4 stillinger. Alle medarbeidere er ansatt ved St. Olavs hospital, Forskningsavdelingen. Finansieringen er fra St. Olavs hospital og utgiftene dekkes inn som overhead fra industripartnere. Budsjettet er i balanse. Arealutgifter i Energibyget Lerkendal dekkes av St. Olav hospital over rammen.

**Kapasitet:** Ressursmessig er enheten i balanse i forhold til ordretilgangen.

**Utdanning:** Sykepleier, økonom og realist. En ansatt har mastergrad.

**Typer oppgaver:**

- bindeledd mellom firma og prosjektleder/sykehuset.
- vurdering av juridisk innhold i kontrakt med firma, samt budsjett basert på studiens protokoll
- kontakt med serviceavdelinger - innhenting av pristilbud.
- kontrakts- og budsjettforhandlinger med firma.
- inngåelse av avtaler.
- økonomisk oppfølging; fakturering, rapportering, sluttoppgjør.
- arkivering av studiemateriell (15 år iht. GCP).

## 4. Hvordan forskningsstøtten bør utvikle seg med hensyn til behov som ikke er dekket, og på hvilken måte tilbudet kan optimaliseres og effektiviseres

Arbeidsgruppen har identifisert flere punkter hvor forskernes behov ikke er dekket med dagens tilbud, og som er flaskehals for å nå målene i «Handlingsplanen for kliniske studier 2021-2025» nevnt innledningsvis. Det beskrevne tilbudet ovenfor er også evaluert ut fra styringsgruppens konkretisering av mandatet. **Generelt for alle punkter er at tilbudet som etableres må yte tjenester av samme kvalitet og omfang i hele regionen.** Man må også dra veksler på komplementære tilbud ved andre institusjoner.

## 4.1 Synlighet

Behov: De kliniske forskningsstøttetjenestene er dårlig kjent og lite synlig.

Løsning: Arbeidsgruppen er samstemte om at det er behov for «én vei inn» til den kliniske forskningsstøtten, og at forskerne må slippe å «shoppe» rundt. Løsningen bør bestå av både fysisk og webbasert mottak. Det fysiske mottaket bør også drifte en webportal/nettside som er felles for hele tilbudet. Både «kilden» og «innsida» bør inneholde oppdaterte metadata fra hovedsiden. Sistnevnte foreslår arbeidsgruppen skal ligge som en ekstern nettside slik at alle forskere i regionen kan ha tilgang.

## 4.2 Styrking av personverntjenesten

Behov: Personverntjenesten er i dag en flaskehals. Dette kommer av for lav kapasitet slik at personvernombudet blir overbelastet med f.eks. DPIA-vurderinger. St. Olavs hospital mangler rådgivningsfunksjon på personvernområdet innen forskning, og personvernombudets rolle oppleves uklart hos forskerne. I tillegg er personvernrådgivingen mangelfullt koordinert i multisenterstudier.

Løsning: Personvernrådgivningsfunksjon må etableres. Personvernrådgivingen bør ha som oppgave å komme med konkrete forslag som lar seg direkte implementere i prosjektets kontrakter, protokoller, DPIA osv. Det er behov for å samordne personvernrådgivingen i multisenterstudier både i regionen og nasjonalt slik at forskerne får omforent rådgiving. Dette løses ved paraplyavtaler som er forhåndsgodkjente i flere organisasjoner, samt at personvernrådgiverne samarbeider faglig på tvers av organisasjonene. En administrativ samorganisering er verken nødvendig eller hensiktsmessig. Man bør dra veksler på allerede bevilgende ressurser til personvern i HNT, HMR og ved NTNU.

## 4.3 Styrking av prosjektøkonomifunksjonen

Behov: Prosjektøkonomistøtten har for lav kapasitet ved St. Olavs hospital. I flere tilfeller fører dette til at kliniske behandlingsstudier ikke blir lagt til St. Olavs hospital, noe som gjør at man ikke når de målene som myndighetene gjennom «Handlingsplanen for kliniske studier» har satt for HF. I tillegg taper St. Olavs hospital inntekter ved at man ikke står som forskningsansvarlig institusjon for slik forskning, da myndighetene honorerer antallet nye kliniske behandlingsstudier og antall nye pasienter inkludert inkluderte hvert år kun for helseforetak

Løsning: Prosjektøkonomifunksjonen ved St. Olavs må styrkes. Funksjonen skal sikre at prosjektene mottar kvartalsvis økonomisk status i alle prosjekter. Prosjektøkonomene bør etablere et faglig samarbeid på tvers av aktuelle organisasjoner, og **felles kapasitet** bør utnyttes maksimalt før nye ressurser bygges opp. Man bør samarbeide om felles rutiner for budsjettering og regnskapsføring, slik som «overhead», egeninnsats osv.

## 4.4 Styrking av jus og lovverksfortolkning særlig knyttet opp mot rettighetsproblematikk/ innovasjon

Behov: Forskere har sjelden tilstrekkelig kompetanse innen juridiske spørsmål for å gjøre vurderinger av rettighetsproblematikk og avtalejus.

Løsning: Kompetansen innen forskningsjus må synliggjøres og samles. Særlig er støttefunksjoner som omhandler både forskning og innovasjon utdelte. St. Olavs hospital mangler også synlig policy på



innovasjonsområdet. Når forskningsstøtten har ferdigbehandlet en kontrakt, så skal dette bety at det juridiske da er vurdert og er i henhold til lovkrav

#### **4.5 Hjelp til protokollskrivning og studiedesign**

Behov: Protokoller og studiedesign i kliniske behandlingsstudier må følge en rekke lovpålegg og retningslinjer som hver enkelt forsker ikke kan sette seg inn i. Forskningsstøtten bør også inneha en særskilt faglig kompetanse på hvordan studier bør designes for å svare ut problemstillingen på adekvat måte (metodedesign).

Løsning: Forskningsstøtten må tilby hjelp til å skrive forskningsprotokoller og veilede innen studiedesign. Dagens hjelp består i hovedsak av å vise til maler av studieprotokoller/lovverk/beste praksis, men forskningsstøtten bør også ha en mer aktiv rolle i protokollutformingen. Imidlertid er det viktig at forskeren selv også tar eierskap til utformingen, da det ligger mye læring i dette arbeidet. Aktuelle tjenester på institutt- og fakultetsnivå må inngå i et faglig samarbeid for denne funksjonen. Hvis forskningsstøtten ikke har kompetanse og kapasitet til å utføre arbeidet, så bør St. Olavs hospital vurdere å opprette rammeavtaler med kommersielle CRO-firma som kan bistå forskerne på dette området.

#### **4.6 IKT-støtte til forskning**

Behov: Det er behov for å samordne, modernisere og oppgradere tjenestene innen IKT.

Løsning: Man bør i langt større grad følge innkjøp av dataløsninger som flere regionene bruker, dette gjelder spesielt sporingsløsning for biobanking, register- og eCRF-løsning(er). Dette vil forenkle hverdagen for multisenterstudier vesentlig, og muliggjøre et tettere samarbeid mellom forskningsstøtteenhetene på nasjonalt nivå. Tiden for å drive egenutvikling av IKT-løsninger innen forskningsstøtten er forbi, da IKT-kompetansen er liten, sårbar og fragmentert. Ressursene bør gå til brukerstøtte, fortrinnsvis gjennom e-læring og kursvirksomhet. Forskningsstøtten bør ha dedikerte personer som kan gi brukerstøtte på individnivå når selvbetjening og e-læring ikke fører fram.

#### **4.7 Tydeliggjøring og synliggjøring av statistiktjenesten**

Behov: En tjeneste hvor man kan få assistanse til statistisk prosjektdesign og statistiske analyseplaner er helt avgjørende for mange forskningsprosjekter. Det stilles strenge krav til dokumentasjon i klinisk behandlingsforskning, og tidlig involvering av studiestatistiker er nødvendig. Det er behov for tydeliggjøring av rollen til statistikkfunksjonen i forskningsstøtten. Det er utydelig hva tilbudet i tjenesten egentlig er, hvilken kompetanse som finnes, og hva som er premisene for å få hjelp.

Løsning. Brukerstøttefunksjonen må tydeliggjøres, og kapasiteten i tjenesten i det integrerte universitetssykehuset må gi et reelt tilbud til de kliniske forskerne. Studiestatistikk innen klinisk behandlingsforskning må styrkes både ressursmessig og kompetansemessig. En nettverksgruppe mellom NTNU og St. Olavs har kommet med en anbefaling om hvordan statistiktjenesten bør utvikles i Det integrerte universitetssykehuset. For å være et tidsriktig tilbud er anbefalingene et integrert (St. Olavs og NTNU) lokalt kompetansemiljø, med tilbud innen tradisjonelle statistiske metoder, stordataanalyser, OMICS-analyser, bildeanalyse, maskinlæring og kunstig intelligens samt Bayesiansk statistikk. Forskningsstøtte innen statistikk bør være et felles kompetansemiljø mellom NTNU og St. Olavs hospital.

## 4.8 Samordning av laboratorievirksomheten og studiekoordinering

**Behov:** Forskerne opplever at en av de største flaskehalsene er prøvetaking (hovedsakelig blodprøvetaking), prøvebearbeiding og analyser. Protokollene i kliniske behandlingsstudier kan være svært avanserte og ressurskrevende, noe som fører til at prøvebehandling ofte blir en flaskehals. Det er behov for en høykapasitetsenhet, noe nåværende infrastruktur ikke er rigget for. Økende kompleksitet i studieprotokollene krever også vesentlig studiekoordinering. Sykehuslaboratoriene er ikke rigget slik at de kan ivareta særprosedyrer som avviker fra rutinevirksomheten, noe som ligger i forskningsprosjektenes natur.

**Løsning:** Samdrifting og effektivisering av allerede bevilgende ressurser i Biobank1 og Forskningsposten er avgjørende for å lykkes i framtiden. Enhetene har en god del overlapp i sine funksjoner, og tjenesten ville bli langt mer effektiv om man hadde «én vei inn», og en synlig og enhetlig tjeneste innen prøvetaking, studiekoordinering og analyse. Laboratorievirksomheten er for spredt, og aktiviteten bør samles i én kraftfull enhet, både arealmessig og personalmessig. For flere analyser er samarbeid med sykehuslaboratorier helt avgjørende, eks. innen patologi og medisinsk biokjemi. Tydelige paraplyavtaler må inngås slik at forskerne slipper å «shoppe» rundt. Kjernefasiliteten CMIC (histologilaboratorium og prøvemottak) ved NTNU bør inngå både arealmessig og kompetansemessig i en ny enhet. Etablering av et regional robotassistert fryselager må samstemmes med denne enheten.

## 5. Hvordan den kliniske forskningsstøtten bør organiseres i det integrerte universitetssykehuset.

Mandatet som styringsgruppen har gitt arbeidsgruppen fremhever at ny organisering av forskningsstøtten **skal ta utgangspunkt i dagens økonomiske rammer**. Arbeidsgruppen har derfor fokusert på hvordan forskningsstøtten kan effektiviseres. Forskerne ønsker en sømløs forskningsstøtte hvor de kan få hjelp med flere aspekter i prosjektet samtidig. Hvis klinikere skal ha nok tid til forskning må vi unngå en situasjon der de må prosjektstyre sin egen forskningsstøtte. Dette krever «én vei inn», noe som har vært et mantra i arbeidsgruppen. Dupliserte og komplementære funksjoner må samordnes og koordineres, og dette vil utløse en kapasitetsøkning uten å øke ressursomfanget. Dette bør gjelde både innad i sykehuset, og mellom sykehus og universitet.

### 5.1 Organisering av forskningsstøtten

Det største potensialet for effektivisering ligger i økt samhandlingen mellom de eksisterende enhetene (3.1-3.5). Arbeidsgruppen foreslår at de eksisterende ressursene rettes inn mot det reelle behovet i forskningsprosjektene som fremkommer i denne rapporten. Disse behovene er identifisert innenfor kategoriene **forskningspoliklinikk, datahåndtering og prosjektstøtte**. Det bør etableres et felles **prosjektinntak** for ovennevnte tjenester. Prosjektinntaket bør legges til Forskningspoliklinikken som vil være stedet med pasientkontakt. Man bør organisere den teoretiske forskningsstøtten rundt miljøene som håndterer pasienter, slik at avstanden til sluttbruker ikke blir for stor. Dagens enhetsgrenser er produkter av historiske hendelse, og har ikke utviklet seg i takt med behovet og etterspørselen. På bakgrunn av de tre behovskategoriene ovenfor, foreslår arbeidsgruppen følgende inndeling av den framtidige kliniske forskningsstøtten:

**Forskningspoliklinikk** med prosjektmottak, et **helsesdatasenter** og en **prosjektstøtteenhet**.

**Forskningspoliklinikk** med prosjektmottak: Rollen til denne enheten er å henvise forespørslene til riktige personer, uten at forskeren selv skal måtte lete. Her skal forskeren henvende seg for å få hjelp, uansett hva behovet er. I tillegg til et fysisk prosjektmottak burde det også designes en lettfattat webtjeneste som betjenes av det fysisk prosjektmottaket. Prosjektmottaket bør ha oversikt over det totale tjenestetilbudet ved St Olavs hospital, MH-fakultetet og regionalt- nasjonalt tilbud. Rådgiverfunksjonen i «oppdragsforskningsenheten» bør samlokaliseres med prosjektmottaket.

I Forskningspoliklinikken møter pasientene forskningsstøtten, studiene koordineres, prøver tas, analyseres og preserves. Forskningspoliklinikken må ha dedikert areal og personell til å ta imot forskningsdeltakere i studievisitter. Dette kan innebære ulike undersøkelser, datainnsamling og administrering av studielegemidler. Det er klare fordeler ved å samle all prøvepreparering ved Forskningspoliklinikken, noe om i dag foregår på flere separate og små areal. Det er plasseffektivt, utstyrseffektivt og kan frigi personell som da kan bidra inn i flere studier. Dette vil øke kapasiteten vesentlig uten å øke ressursomfanget. **Forskningspoliklinikken må ha poliklinisk behandlingsrom hvor studiebehandlingen kan administreres.** Sistnevnte er i ferd med å bli en ny flaskehals. Arbeidsgruppen påpeker at Forskningspoliklinikken bør ha en vesentlig ambulerende virksomhet for å bistå prosjektet når studiepasientene må håndteres på klinikk.

Tjenester som inngår i Forskningspoliklinikken er:

- prøvetaking og funksjonstesting på studiedeltakere
- prosessering og analyse av prøver
- medikamentutprøving
- plotting av data inn i datahåndteringsløsninger
- studiekoordinering
- elæring og kursing
- rådgivning og protokollskrivning/praktisk bistand relatert til innsamling, lagring og bruk av biologisk materiale
- tilby lagringsfasilitet for biologisk materiale
- metodeutvikling

**Helsesdatasenter:** Her samles brakerstøtten for de ulike datahåndteringsløsningene. Datahåndtering er å betrakte som et eget fag i klinisk behandlingsforskning. Denne enheten vil være integrert mellom NTNU, St. Olavs, HNT, HMR, kommunal sektor, Helseplattformen AS og HEMIT. Arbeidsgruppen viser for øvrig til «Forprosjektet for etablering av et helsedatasenter i Midt-Norge».

Tjenester som inngår i Helsedatasenteret er:

- grunnleggende statistikk
- strukturere og organisere data i forskningsprosjekter (datainnsamlingslogistikk)
- elæringskurs for IKT-løsninger til forskning
- administrere tilganger
- rådgi på databehandlingsavtaler, beste praksis, lovverk og forskrifter
- lagring, analyse og deling av forskningsdata (infrastruktur)

**Prosjektstøtteenhet:** Her samles komplementære funksjoner innen prosjektstøtte. Enheten vil inneholde hjelp til protokollskrivning, metodeveiledning og statistikk, personvernrådgeving, prosjektøkonomi, kontrakt og prising, søknadshjelp, jus og monitorering. Denne enheten bør også gi forskningsstøtte for å sikre adekvat studiedesign. Økonomifunksjonen i «oppdragsforskningsenheten» bør samlokaliseres med prosjektstøtteenheten.

Arbeidsgruppen anser FOR som en særegen aktivitet som ligner på kjernefasilitetene ved NTNU. Man viser derfor til oppdraget fra HOD om å samle flere kompetansemiljøer i et nasjonalt forskningssenter ved St. Olavs hospital, og avventer en konklusjon i saken.

Tjenester som inngår i Prosjektstøtteenheten er:

- hjelp til utforming av forskningsprotokoller og metodeveiledning for klinisk behandlingforskning
- hjelp til å omsøke og registrere prosjekter hos nødvendige og lovpålagte instanser
- avansert statistikk
- hjelp til å vurdere behandlingsgrunnlag i forskningsprosjekter og vurdere personvernkonsekvenser
- prosjektøkonomi, brukerbetaling og rapportering
- kontrakter og avtaler
- monitorering

**Tjenester som gjelder utprøving av medisinsk utstyr foreslås forbli slik de er organisert i dag i Framtidens operasjonsrom (FOR) og NorTRIALS, sistnevnte som en underenhet av FOR.**

**Felles referansegruppe for den kliniske forskningsstøtten:** Det bør opprettes en felles referansegruppe som involverer alle interessentene for tjenestene som tilbys i de tre ovennevnte enhetene. Allerede etablerte samarbeidsfora i regionen kan vurderes for dette formålet.

**Generelle forutsetninger for den klinisk forskningsstøtte:**

- 1) Ny organisering av den kliniske forskningsstøtten etableres innenfor dagens økonomiske rammer.
- 2) Brukerbetaling: tjenester man trenger initialt i forbindelse med planleggingen av et forskningsprosjekt bør være gratis for brukeren. Forskningsstøtte i planleggingsfasen av et prosjekt bør ikke forutsette finansiering, slik at forskeren får hjelp til å utforme studieprotokoll og budsjett, og derpå komme i posisjon for å søke prosjektmidler. Det bør igangsettes et arbeid som leder fram til en ensartet og tydelig policy på brukerbetaling. Dagens brukerbetaling er nærmest tilfeldig, og man mangler tydelige føringer på hvordan et slikt system skal rigges.
- 3) Det må etableres faglig samarbeid mellom tjenester som ligger i ulike sektorer heller enn organisatorisk- og administrativ sammenslåing. Man har erfaringer som tilsier at det siste er kontraproduktivt for flere av de tjenestene som den kliniske forskningsstøtten i dag yter.

## 5.2 Hvordan den foreslåtte organiseringen svarer ut øvrige innspill fra arbeidsgruppen

### Arbeidsmiljø

Den foreslåtte organiseringen skal legge til rette for et godt arbeidsmiljø. Nåværende organisering av forskningsstøtten består av små og sårbare enheter. Gjennom enhetlig ledelse og et tidsriktig tilbud vil edarbeiderne føle at de blir en viktig del av forskningen, og at medarbeiderne gis samspillsarenaer heller enn en konkurransefølelse. Det å få flere kolleger gir også muligheter for kompetanseheving og spesialisering. Nær kontakt med pasienter, klinikere og institutter er svært viktig for relevansen av den kliniske forskningsstøtten, også for den teoridrevne delen av tjenesten. Dette vil i sin tur gi et mangfoldig og rikt arbeidsmiljø, med vidsyn og ivaretagelse av viktige kjerneverdier i helsetjenesten. Det vil også underbygge hensikten med forskningen - *å bidra til bedre pasientbehandling*.

### Brukerperspektiv (pasientperspektivet)

En mer samhandlende forskningsstøtteavdeling som beskrives i dette dokumentet vil komme pasientene til gode. Forskningsstøtten skal ta en stor del av den administrative belastningen som følger med forskning. Økt samhandling innad i forskningsstøtten vil minske arbeidsbelastningen på klinikere som ønsker å forske, og vil gi bedre tilgang på utprøvende behandling ved St. Olavs hospital. Dette vil komme pasienten til gode.

### Integrasjon

Et integrert universitetssykehus mellom NTNU og St. Olavs hospital skal være «motoren» i regionens forskning. Organisasjonene har overlappende behov, og en god integrasjon er nødvendig for å unngå unødvendig duplisering av tjenester. Blant utfordringene i samarbeidet er mangel på kjennskap til hverandres støttefunksjoner og at organisasjonene har forskjellige systemer og policy på flere områder som personvern og prosjektøkonomi. Man bør sikre et faglig samarbeid mellom sektorenes forskningsstøttetjenester (som prosjektøkonomi, jus og personvern) som sikrer at multisenterstudier får samstemmige råd og vedtak, heller enn å samorganisere ulike sektorer i fellesenheter. **Det faglige samarbeidet bør være særskilt innen økonomi, søknadsskriving, personvern og datahåndtering.**

Arbeidsgruppen foreslår at det inngås «paraplyavtaler» som omfatter områder hvor samarbeidet har vært utfordrende, samt å lage modeller som tydeliggjør praksis i multisenterstudier. En mer intuitiv organisering av den kliniske forskningsstøtten kan også gjøre det enklere for ansatte ved NTNU og i primærhelsetjenesten å forstå tjenestetilbudet, og derpå kunne benytte tilbudet også til datadreven forskning, translasjonsforskning osv.

### Kommuneperspektivet – avhengig av samarbeid med akademia og helseforetak for gjennomføring av kliniske studier

Den nåværende forskningsstøtten i helseforetaket er fokusert mer mot klinisk forskning i spesialisthelsetjenesten enn forskning i primærhelsetjenesten. Dette kan være et hinder for å gjennomføre kliniske studier på tvers av sektorer og forvaltningsnivå.

Kommunen har et ekstra stort behov for forskningsstøtte både fra helseforetak og universitet. Forskning er ikke en lovpålagt oppgave for kommunene og kan derfor ikke forventes å bli prioritert like høyt som i spesialisthelsetjenesten og høyskole/universitet. En fullskala forskningsstøtte i kommunene er derfor ikke realistisk. Det er derfor viktig at forskningsstøtten ved universitetssykehuset har en struktur som tilrettelegger for tett og forpliktende samarbeid mellom helseforetak, universitet og kommuner. Forskningsstøttetjenester kommunesektoren ser som mest

aktuelle er datahåndtering og statistikk, støttefunksjoner for utprøvende behandling og forløpsstudier (som monitorering og metodedesign) og støtte på kontrakter og prising. I tillegg etterspør kommunesektoren støttetjenester innen helseøkonomi, en tjeneste som per i dag finnes ved RSHU og ikke i den sentrale forskningsstøtten i Midt-Norge.

### **Synlighet og kommunikasjon rundt forskningsstøtten**

En samorganisering av forskningsstøtten ved St. Olavs hospital med «én vei inn» vil øke synligheten og også vise hvor det er hensiktsmessig med faglig integrasjon med NTNU. Et stort problem har vært at forskere har måtte «shoppe» rundt for å finne ut hvem som gjør hva, og dels har ikke forskerne visst hvor de skal henvende seg for å få forskningsstøtte. I tillegg til en ny organisering av forskningsstøtten så må det gjøres et vesentlig «synlighetsarbeid» ut på klinikkene og instituttene.

## **6. Hvordan den framtidig forskningsstøtten for klinisk forskning bør driftes og styres for å sikre god involvering og forankring i klinikkene og forskningsmiljøene - for å være relevant og oppdatert**

Den kliniske forskningsstøtten må bidra inn mot visjonen som «Handlingsplanen for kliniske studier» skisserer. De kliniske forskningsstøttefunksjonene bør derfor organiseres i det integrerte universitetssykehuset, og man må sikre faglig samhandling med UH-sektoren og primærhelsetjenesten. Samarbeidet mellom sektorer bør sikres gjennom gode samarbeidsavtaler heller enn samorganisering av personell med ulike ansettelsesforhold. Kombinerte stillinger kan være et godt insentiv der man er avhengig av to lojalitetsforhold. Enhetene og funksjonen bør være organisatorisk innplassert der det er hensiktsmessig, og denne innplasseringen bør ikke ligge til hinder for å yte likelydende tjenester til regionens forskningsprosjekter. Funksjoner bør absolutt ikke dupliseres, og med gode samarbeidsavtaler vil dette være unødvendig. Det bør opprettes én felles referansegruppe for Forskningspoliklinikken, Helsedatasenteret og Prosjektstøtteenheten. Øvrig styring og ledelse bør skje via de ordinære linjene og de samarbeidsforum og utvalg som allerede finnes i regionen. Referansegruppen bør være preget av klinikere fra flere nivåer i organisasjonen, og man må sikre representasjon fra hele regionen. Den kliniske forskningsstøtten må til enhver tid være oppdatert på nasjonale- og internasjonale initiativ og tjenester, slik at man ikke dupliserer og utvikler allerede etablerte tjenester som kan benyttes fra andre aktører. **For å sikre at tilbudet er oppdatert til enhver tid så må forskerne gi kontinuerlige tilbakemeldinger på tjenestene de mottar.**

## **7. Konklusjon og anbefaling**

Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i at ressurstilfanget for forskningsstøtten vil være på nivå med dagens situasjon. I denne rapporten peker man derfor på måter å effektivisere allerede bevilgede ressurser. En samorganisering av den kliniske forskningsstøtten vil være et helt nødvendig insentiv for å klare dette. Funksjoner og stillinger må tilpasses det faktiske behovet som er beskrevet i dette dokumentet, heller enn å være et produkt av historisk og til dels ukoordinert utvikling. For å skape en tidsriktig forskningsstøtte vil det være nødvendig med en omstrukturering av dagens ressurser. Rekruttering av riktig kompetanse vil også være helt avgjørende for kvaliteten i tilbudet. **Det er helt nødvendig for videre arbeid at ansattes rett til medvirkning og medbestemmelse ivaretas på en god måte.**

Arbeidsgruppens generelle anbefalinger er at:

- 1) det igangsettes et arbeid som leder fram til en tredelt klinisk forskningsstøttetjeneste i det integrerte universitetssykehuset: en Forskningspoliklinikk, et Helsedatasenter og en Prosjektstøtteenhet. De nye enhetene må samarbeide tett med andre sentrale funksjoner både ved St. Olavs hospital og NTNU, og ikke minst sømløst med hverandre. Enhetene bør danne ryggraden i Forskningsavdelingen ved St. Olavs hospital. Arbeidet bør også adressere hvorvidt samlokalisering er mulig og hensiktsmessig.
- 2) samarbeidsavtaler og faglig samarbeid er et sterkt insentiv for integrasjon.
- 3) det bør utredes videre om all forskningsstøtte ved MH-fakultetet (kjernefasiliteter) og St. Olavs hospital skal samarbeide tettere både faglig og kommunikasjonsmessig. Dette bør skje etter at den kliniske forskningsstøtten er omorganisert ved St. Olavs hospital. Med mer datadreven forskning så er miljøer/tjenester på andre fakulteter ved NTNU enn MH også blitt svært aktuelle for faglig samarbeid innen forskningsstøtten, f.eks. innen tema som kunstig intelligens og maskinlæring.
- 4) den lokale forskningsstøtten på klinikker og institutter utformes i samarbeid med og komplementært til det sentrale tilbudet.

Arbeidsgruppens spesielle anbefalinger for å fasilitere den nye organiseringen er at:

- 1) studiestatistikk innen klinisk behandlingsforskning etableres ved St. Olavs hospital som en del av prosjektstøtteenheten.
- 2) det tilsettes en personvernrådgiver for forskning.
- 3) det tilsettes en prosjektøkonom for forskning.
- 4) at egenutvikling av programvare avvikles til fordel for hyllevarer som flere regioner bruker.
- 5) at monitoreringstjenesten for behandlingsforskningen i sin helhet legges ved St. Olavs hospital.
- 6) at arealer i Laboratoriesenteret som tilhører kjernefasiliteten CMIC sambrukes med laboratedelen av Forskningspoliklinikken

## Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
MH - IDF-LOSAM	34/23	04.05.2023

## Organisering av ph.d-administrasjonen på MH-fakultetet

### Forslag til vedtak:

Saken fremmes uten forslag til vedtak.

### Bakgrunn:

Fakultetsadministrasjonen har gjort en utredning av organisering av oppgaver internt i fak.adm, og ber om Losams synspunkter på denne.

Se vedlagt drøftingsnotat.

### Vedlegg:

- 1 Drøftingsnotat angående organisering av ph.d-administrasjonen på MH-fakultetet



---

## Notat

---

Til: LOSAM

---

Kopi til:

---

Fra: Utdanningsseksjonen

---

Signatur: HA + SJV

### Drøftingsnotat angående organisering av ph.d-administrasjonen på MH-fakultetet

Fakultetsadministrasjonen har gjort en utredning av organisering av oppgaver internt i fak. adm, og ber om Losams synspunkter på denne.

Dette er en oppfølging av drøfting i dekanat 11.04.23.

#### Bakgrunn for saken

MH har i lang tid hatt fokus på hvordan organisere fakultets administrasjon mest mulig funksjonelt og effektivt. Dette ble aktualisert i 2022 med rapporten «Ett NTNU - administrative støttesystem», hvor organisering av ph.d-området på nivå 1 omtales. Rapporten legger grunnlaget for en omfattende gjennomgang av administrasjonen som helhet. Fakultetsadministrasjonen på MH ble i november 2022 bedt av dekan, om en redegjørelse for å kunne følge opp både tidligere års vedtak på MH, hvor det var et ønske om å se på organisering av MHs forskerutdanning, samt «Ett NTNU», og NTNUs utviklingsstrategi. Vi ser også at saken påvirkes av den omorganiseringen som gjøres i NTNUS fellesadministrasjonen på nivå 1. Der er det vedtatt at ansvaret for forskerutdanningene på NTNU skal ligge til prorektor for forskning og formidling. Vi vil i tillegg påvirkes av opprettelsen av den ny FIE-avdeling (Forskning, Innovasjon og Eksterne relasjoner), som blant annet skal ivareta strategisk og administrativ oppfølging. Avdelingen skal ha ansvaret for forskerutdanning i sin portefølje.

Administrasjon av forskerutdanningene er i dag organisert forskjellig på NTNUs fakultet, både når det kommer til lederlinje og organisering av oppgaver mellom fakultet og institutt. I tillegg har noen fakultetsadministrasjoner relativt få ansatte, mens andre har store seksjoner. De minste fakultetene har slått sammen funksjoner slik at utdannings – og forskningsseksjonen er en enhet. På de minste fakultetene ivaretas gjerne ph.d - administrasjonen på fakultet av en enkeltperson, siden det meste av driftsoppgaver innenfor forskerutdanningene ivaretas på instituttnivå på de andre fakultetene.

---

Postadresse	Org.nr. 974 767 880	Besøksadresse	Telefon	Saksbehandler
Postboks 8905		Harald Hardrådes gate 13	+47 72820700	
7491 Trondheim Norway	postmottak@mh.ntnu.no www.ntnu.no/mh	1930-bygget, 2. etg.		

Adresser korrespondanse til saksbehandlerne. Husk å oppgi referanse.

MHs organisering baserer seg på en modell fra 2007, hvor vi gikk fra å være et lite medisinsk fakultet til å ta inn de første helsefagutdanningene. MH har i dag 500 kandidater i ph.d-programmene, med 70 – 90 disputaser pr år. De administrative oppgavene utføres i dag både på institutt og fakultet, hvor flere fagområder er involvert (HR, forskningsmiljøene, økonomi og studie). De ansatte som ivaretar oppgavene på ph.d-området er i dag plassert i utdanningsseksjonen, med fire stillinger.

### **Medvirkning**

De berørte ansatte har bidratt aktivt i utarbeidelsen av en mulighets/ risikoanalyse knyttet til fordeler og ulemper ved å endre seksjonstilhørighet. De har i tillegg blitt holdt løpende orientert om den bakgrunnsinformasjonen som er innhentet, og de innspill vi har mottatt underveis. Denne er samlet i egen mappe, hvor de ansatte har fri tilgang til dokumentene. I risikoanalyser uttrykker de blant annet bekymring knyttet til ivaretagelsen av utdanningskvaliteten hvis administrasjonen flyttes til forskningsseksjonen. Bekymringen gjelder også for samarbeidet med utdanningsseksjonen innenfor ulike områder.

### **Drøfting i dekanat**

Dekanat drøftet saken 11.04.23, og ønsker at MH følger den organiseringen som er gjort på nivå 1, samt ønske om å ha en større likhet med resten av NTNU. Det er ønskelig med tettere samarbeid med FIE-avdelingen og tilknytning til Forskningsutvalget. Som følge av dette foreslås det at ph.d-administrasjonen flyttes til forskningsseksjonen på fakultetet. Det vil i tillegg være aktuelt å se nærmere på rolle – og oppgavegjennomgang, men dette vil inngå som en del av den kartleggingen som nå foregår på MH som følge av den økonomiske situasjonen fakultetet befinner seg i.

Den nye organisering vil ikke føre til endrede arbeidsoppgaver for de ansatte, men personal- og økonomiansvaret for de fire stillingene overføres fra utdanningsseksjonen til forskningsseksjonen 01.08.23.

### **Oppsummert**

Det er ønskelig at Losam bidrar med synspunkter knyttet til dekanats ønske om å flytte ph.d-administrasjonen, som i dag har sin personalleder i utdanningsseksjonen til forskningsseksjonen med virkning fra 01.08.23. De ansatte beholder sin fysiske kontorplassering så lenge vi har tilhold i Fred Kavli-bygget.

## Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
MH - IDF-LOSAM	35/23	04.05.2023

### **Ny avtale om kombinerte stillinger mellom St. Olavs hospital og Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH)**

**Forslag til vedtak:**

LOSAM tar saken til orientering.

**Bakgrunn:**

Informasjon til LOSAM om revidert avtale om kombinerte stillinger pr. 01.03.2023.

Avtalen følger vedlagt.

## Vedlegg:

- 1 Avtale mellom St. Olavs hospital HF og Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU om kombinerte stillinger

## Avtale mellom St. Olavs hospital HF og Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU om kombinerte stillinger

### § 1. Partsforhold og virkeområde mv.

#### § 1.1 Partsforhold

Partene i denne avtalen er St. Olavs hospital HF (SOH) og Fakultet for medisin og helsevitenskap NTNU (MH), heretter kalt SOH og MH.

#### § 1.2 Virkeområde

Denne avtalen erstatter tidligere *Avtale mellom St. Olavs hospital HF og Det medisinske fakultet NTNU om kombinerte stillinger*, av 17.12.2014.

Avtalen gjelder for ansatte i kombinert stilling ved SOH og MH.

#### § 1.3 Definisjon av kombinert stilling

Kombinerte stillinger som faller under denne avtalen, er stillinger der en ansatt har et ansettelsesforhold både ved SOH og MH. Forutsetning for at en kombinert stilling faller inn under denne avtalen er at arbeidsgiverne har blitt enige om at stillingen er en kombinert stilling (krav om ansettelse ved begge institusjoner) og at dette er forankret i de respektive arbeidsavtalene.

Faglige stillinger ved SOH (f.eks. lege, sykepleier, radiograf, audiolog, fysioterapeut, ergoterapeut, osv.) i kombinasjon med universitetsstilling som:

- Professor
- Dosent
- Førsteamanuensis
- Førstelektor
- Universitetslektor
- Stipendiat
- Post doctor

ved MH, er å definere som kombinert stilling.

I tillegg kan andre faggrupper i kombinasjon med en universitetsstilling ved MH, som ikke er nevnt ovenfor, defineres som kombinert stilling.

Kombinerte stillinger kan omfatte både faste og midlertidige stillinger.

#### § 1.4 Forankring av avtalen

Denne avtalen er forankret i:

- Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten (FOR-2010-12-17-1706).
- Overenskomst A2-del mellom Spekter-Helse og Den norske legeförening av 2014, § 2.4 Kombinerte stillinger.
- Samarbeidet mellom SOH og MH om det integrerte universitetssykehuset i Trondheim.

## § 2. Bakgrunn og formål med avtalen

Realiseringen av det integrerte universitetssykehuset i Trondheim innebærer et stort potensial og en forpliktelse for helseforetaket og fakultetet om utstrakt samarbeid og koordinering av virksomhetene. Det integrerte universitetssykehuset skal ha en særlig rolle i regionen ved å tilby forskningsbasert kunnskap, utdanning og pasientbehandling. Helseforetaket og fakultetet har derfor et sterkt ønske om å kombinere forskning, undervisning og klinisk virksomhet i størst mulig grad. Effekten av et tett samarbeid mellom helseforetaket og fakultetet vil dermed kunne utnyttes slik at universitetssykehuset i større grad kan hevde seg både nasjonalt og internasjonalt.

En viktig del av det tette samarbeidet mellom helseforetaket og fakultetet er ansatte i kombinerte stillinger. Formålet med denne avtalen er å sikre gode vilkår for ansatte i kombinerte stillinger, og sikre at disse får tid og mulighet til både forskning, undervisning og klinisk arbeid eller annet relevant arbeid ved SOH.

## § 3. Rammene for kombinert stilling

### § 3.1 Fordeling av stillingsbrøk og hovedarbeidsgiveransvaret

Kombinerte stillinger kan omfatte ulike stillingsbrøker ved helseforetaket og fakultetet. Stillingsandel, lønn og andre vilkår framgår av arbeidsavtalene. Total stillingsstørrelse for kombinert stilling ved SOH og MH er maksimalt 120%.

Arbeidsgiveren med størst stillingsandel anses som hovedarbeidsgiver. Dersom stillingsandelen er lik hos begge arbeidsgiverne, avtaler klinikksjef og instituttleder i forkant av ansettelsen hvem som er å anse som hovedarbeidsgiver. Den ansatte har selv ansvar for å rapportere korrekt hovedarbeidsgiver til skattemyndighetene.

### § 3.2 Pensjonsrettigheter i kombinert stilling

Ansatte opparbeider pensjonsrettigheter etter de til enhver tid gjeldende bestemmelser i Kommunal Landspensjonskasse (KLP) og Statens Pensjonskasse (SPK).

### § 3.3 Styringsrett, medarbeider- og lønnsamtale

Den ansattes forpliktelser og rettigheter samt arbeidsgivers styringsrett, reguleres av arbeidsavtalene som den ansatte har med henholdsvis SOH og MH. I praksis betyr dette at klinikksjef har styringsrett i klinikkdelen av avtalen (det vil si alt arbeid godtgjort fra SOH), og instituttleder for arbeid utført for fakultetet (det vil si alt arbeid godtgjort fra MH).

Medarbeidersamtaler og lønnsamtaler reguleres av retningslinjene gitt av SOH og MH.

Medarbeidersamtale og lønnsamtale kan gjennomføres som en felles samtale mellom den ansatte i kombinert stilling og nærmeste leder ved SOH og MH, når dette er hensiktsmessig eller den ansatte selv ber om det.

## § 4. Ferieavvikling, permisjoner og annet fravær

Ferieavvikling, permisjoner og annet fravær samkjøres for begge arbeidsgivere i forhold til den ansattes stillingsandel. Den ansatte registrerer ferie og annet fravær hos begge arbeidsgivere i henhold til gjeldende rutiner.

Tilstedeværelse i sommerperioden avtales senest 1. april hvert år med både klinikksjef og instituttleder i forhold til vaktplaner, undervisningsplaner, osv.

Både klinikksjef og instituttleder har et eget ansvar for oppfølging av sykefravær hos ansatte i kombinert stilling. Oppfølging og dialog med for eksempel NAV kan samkjøres i samråd med den ansatte.



### § 5. Nærmere om arbeidstid, vakt deltakelse og avtale om utvidet tjeneste

For ansatte i kombinert stilling ved SOH og MH sees arbeidsforholdet under ett. Dersom stillingene til sammen utgjør (minst) 100%, er godtgjøring for vakt, avtale om utvidet tjeneste/arbeidstid (UTA), uforutsett vakt og tilfeldig overtid, å regne som om de er i 100% stilling ved SOH.

Vaktdeltakelse og eventuell avtale om utvidet tjeneste/arbeidstid (UTA) gjøres med den enkelte ansatte. All arbeidstid for SOH, dvs. dagarbeidstid og eventuell vakttid og UTA-tid, fremgår av til enhver tid oppsatt arbeidsplan og godtgjøres etter denne for faktisk medgått tid.

### § 6. Spesifikt om undervisning

MH har ansvaret for organisering av- og faglig innhold i medisin- og helsefagutdanningene i Trondheim. SOH er universitetssykehuset i Midt-Norge og har således ansvaret for tilrettelegging av undervisning og forskning i samarbeid med MH.

Studieplanfestet undervisning organiseres av MH. Medisin- og helsefagstudenter skal i tillegg i stor utstrekning følge vanlig klinisk aktivitet samt laboratorieaktivitet ved universitetssykehuset.

Både universitetsansatte og ansatte i universitetssykehuset skal bidra til undervisning i medisin- og helsefagutdanningene. Alle ansatte ved SOH er pliktige til å bidra i den undervisningen som er nødvendig for gjennomføringen av medisin- og helsefagutdanningene.

Klinikksjef og instituttleder skal legge til rette for at ansatte kan være aktive i undervisning ved det integrerte universitetssykehuset, og at det kan gjøres innenfor arbeidstiden. I tillegg skal klinikksjef og instituttleder samarbeide om størrelsen på undervisningsinnsatsen ved de ulike enhetene.

### § 7. Spesifikt om kompetanseutvikling og forskertermin

SOH og MH legger til rette for at ansatte i kombinerte stillinger skal kunne gjennomføre kontinuerlig kompetanseutvikling, blant annet gjennom deltakelse i obligatoriske kurs, undervisning, veiledning og forskning. Den enkelte ansatte er forpliktet til å vedlikeholde og utvikle sin kompetanse.

Utdanningspermisjon og forskertermin avvikles i henhold til retningslinjene som gjelder for SOH og MH. Tidspunkt for utdanningspermisjon og forskertermin skal avtales med både klinikksjef og instituttleder. Permisjonene avvikles som hovedregel sammenhengende.

Det forutsettes at den ansatte legger fram en samlet plan for utdanningspermisjon og forskertermin. SOH kan kreve rapportering etter avviklet utdanningspermisjon. Etter avviklet forskertermin skal det i etterkant rapporteres om resultatene til instituttleder ved MH.

Ansatte med hovedstilling ved SOH og bistilling ved MH som har rett på utdanningspermisjon, får innvilget permisjon med lønn fra MH på samme tidspunkt som de avvikler utdanningspermisjon hos SOH.

### § 8. Infrastruktur

Som hovedregel skal ansatte i kombinert stilling ha tilgang til kontorplass hos én av arbeidsgiverne. Ved tildeling av kontorplass skal det vurderes hva som totalt sett er mest hensiktsmessig for å ivareta funksjonene i den kombinerte stillingen. Ansvaret for at kontorplassen tildeles tilligger den leder som er å anse som hovedarbeidsgiver.

Ansatte i kombinert stilling får IT-tilgangene de har behov for hos begge arbeidsgivere. Instituttleder har ansvar for at tilgangene til NTNUs infrastruktur er på plass, klinikksjef har ansvar for at tilgangene til St. Olavs hospitals infrastruktur er på plass.

## § 9. Individuelle avtaler

### § 9.1 Individuell avtale som tilleggsavtale til arbeidsavtalene

Med henvisning til denne avtalen mellom SOH og MH om kombinerte stillinger, skal det inngås en individuell avtale mellom klinikkssjef, instituttleder og den ansatte i kombinert stilling. Denne avtalen kommer i tillegg til den arbeidsavtalen den ansatte har inngått med henholdsvis SOH og MH. Ansvar for at tilleggsavtalen inngås tilligger den leder som er å anse som hovedarbeidsgiver.

### § 9.2 Innhold i individuell tilleggsavtale

Den individuelle tilleggsavtalen skal angi fordeling av arbeidstid mellom forskning, klinisk arbeid, undervisning, administrative oppgaver og obligatoriske kurs. Størrelsen på de ulike arbeidsområdene beskrives både i prosent og i timer (ca. eller gjennomsnittlig).

I tillegg regulerer den individuelle tilleggsavtalen hvordan tilstedeværelsen ved klinikk og universitet organiseres i løpet av avtaleperioden. Tilstedeværelsen kan avtales i antall dager per uke, perioder av sammenhengende uker eller måneder, osv.

Det skal fra begge arbeidsgivere etterstrebtes fleksibilitet i fordeling av arbeidstid. Den enkelte ansatte skal etter avtale og innenfor totalrammen, ha mulighet til å periodevis bruke mer tid på oppgaver hos den ene arbeidsgiver, men slik at summen gjennom året er i henhold til avtalen.

### § 9.3 Varighet av individuell tilleggsavtale

Den individuelle tilleggsavtalens varighet er inntil 5 år om gangen, eller så lenge arbeidsavtalene varer dersom disse har mindre enn 5 års varighet.

Endring av arbeidsavtale hos én av arbeidsgiverne medfører reforhandling av individuell tilleggsavtale. Eventuell stillingsutvidelse hos én av arbeidsgiverne skal skje etter reforhandling av avtale mellom klinikkssjef og instituttleder. Oppsigelse av arbeidsavtale hos én av partene medfører terminering av individuell tilleggsavtale om kombinert stilling.

### § 9.4 Oppfølging av individuelle tilleggsavtaler

Klinikkssjef og instituttleder har felles ansvar for oppfølging og eventuell justering av individuelle tilleggsavtaler.

Det skal gjennomføres evalueringssamtaler der klinikkssjef, instituttleder og den ansatte som innehar en kombinert stilling deltar. I samtalene evalueres det hvordan avtalen og fordeling av arbeidstiden har fungert og hva som eventuelt bør justeres.

Frekvens på denne samtalen bestemmes i samråd mellom klinikkssjef, instituttleder og den ansatte. Samtalen kan kombineres med medarbeidersamtalen. Ansvar for at samtalen gjennomføres tilligger den leder som er å anse som hovedarbeidsgiver.

## § 10. Signering

Trondheim 1. mars 2023



Grethe Aasved  
 Administrerende direktør  
 St. Olavs hospital HF



Siri Forsmo  
 Dekan  
 Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

## Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
MH - IDF-LOSAM	36/23	04.05.2023

## Tilsyn fra Riksrevisjonen av informasjonssikkerhet innen forskningsområdet

### Forslag til vedtak:

LOSAM tar saken til orientering.

### Hensikt med saken:

Informasjon til LOSAM.

### Bakgrunn:

Riksrevisjonen har startet undersøkelse av informasjonssikkerheten til kunnskapssektoren innen forskningsområdet. Rapporten skal overleveres til Stortinget i løpet av høsten 2023. NTNU ble utvalgt til dybdeundersøkelse for å se på hvilke sikkerhetstiltak som gjøres for å beskytte forskningsdata og IKT systemer, samt for å se på systematikken i informasjonssikkerhetsarbeidet. Fakultet for medisin og helsevitenskap og Fakultet for ingeniørvitenskap ble plukket ut til en ekstra grundig analyse da disse fakultetene har store mengder forskningsdata med høy informasjonsverdi.

Se vedlagte saksdokumenter.

**Alle vedlagte saksdokumenter er unntatt offentlighet jfr. offl. § 24 tredje ledd.**

Vedlegg (U.off.):	
1	Notat_Tilsyn_Riksrevisjonen_og_MH-fakultetets_uløste_behov_endelig-280323-TBR
2	Vedlegg_1_Foreløpige_analyser_dybdeundersøkelser_NTNU_2022
3	Vedlegg_2_Rapport_kartlegging_høsten_2022_status_informasjonssikkerhet_og_personvern_MH-fakultetet
4	Vedlegg_3_MH-fakultetets_svar_spørsmål_Riksrevisjonen_tilsyn_høsten_2022



## **ST 37/23 Utvikling av den økonomiske situasjonen ved MH-fakultetet**

## Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
MH - IDF-LOSAM	38/23	04.05.2023

## Rapportering av ansettelser uten utlysning ved MH-fakultetet, 1. kvartal 2023

### Forslag til vedtak:

LOSAM tar saken til orientering.

## Bakgrunn

Denne rapporten gjelder bruken av **ansettelser uten utlysning (AUU)** for 1. kvartal 2023. Rapporteringsplikten er beskrevet i [Personalreglementene pkt. 2](#):

### Unntak for utlysning ved ansettelser inntil 12 måneder:

«2.1 Det kan gjøres unntak fra punktene 3 - 6 for ansettelse inntil tolv måneder. Unntakene forutsetter at det foreligger lovlig adgang til midlertidig ansettelse. I disse ansettelsessakene gjelder ikke kravene til offentlig utlysning, innstilling og ansettelse, jf. [sal §7 første ledd](#).

Som ledd i å oppfylle målene i Statens inkluderingsdugnad, med det formål å tilby kandidater som oppfyller kriterier som hull i CV og nedsatt funksjonsevne ansettelse i inntil 1 år, unntas disse reglene i pkt 3 – 6.

Vedtak om ansettelse kan i slike tilfeller fattes av øverste leder ved fakultet eller enhet på tilsvarende organisatoriske nivå, eller den denne gir fullmakt.

Partene forutsetter at dette bare skjer unntaksvis, og når det er rimelig grunn til å tro at ansettelsesforholdet ikke blir forlenget.

Av hensyn til kvalifikasjonsprinsippet skal ansettelsesprosesser inntil 12 måneder lyses ut der ordinær ansettelsesprosess kan gjennomføres uten vesentlig ulempe for virksomheten, og det har vært mulig å forutse behovet.

Ansettelsesprosesser av vitenskapelige assistenter med kortere gjennomsnittlig arbeidstid enn 15 timer per uke ved NTNU totalt sett er unntatt reglene i pkt. 4 – 8.

Bruken inkludert begrunnelse for ansettelsesprosesser uten offentlig utlysning skal kvartalsvis rapporteres til IDF LOSAM.»

### Hvordan rapporteringen ble foretatt

Rapporteringen baserer seg på manuell registrering hvor hver saksbehandler som jobber med ansettelsesprosesser er ansvarlig å rapportere på sine saker. Med bakgrunn i dette er tallene som presenteres i dette notatet ikke nøyaktige og mørketall må påregnes. Det er tatt utgangspunkt i tilbudsbrev som er registrert i tidsrommet januar-mars 2023.

## Antall saker unntatt for utlysning for inntil 12 måneder

Med bakgrunn i manuell registrering er det fremstilt tallgrunnlag for bruken av AUU i 1. kvartal ved MH-fakultetet jf. [sal § 7 \(1\)](#) og (2). Det er registrert totalt 13 saker som er finansiert av interne midler. Oversikt over antall saker per institutt/enhet kommer frem i tabell under:

Institutt/enhet	Antall AUU-saker
ISM	7
INB	2
IHA	1
IHG	0
IKOM	2
ISB	0
IPH	0
Fak.adm.	0
KIN	1
<b>Totalt</b>	<b>13</b>

Av de totalt 13 registrerte sakene er 10 stillinger undervisnings- og forskerstillinger og 3 stillinger teknisk-administrative. 8 av stillingene er på 5-30% de resterende er 40-100%.

### Oppsummert

Som en sammenligning ble det i 4. kvartal 2022 registret 15 stillinger. Antallet har tidligere år ligget jevnt mellom 20-30 ansettelsesprosesser per kvartal. I siste halvår av 2022 og første kvartal 2023, har antallet ligget under 20 ansettelsesprosesser.

Antall *utlyste stillinger i Jobbnorge* for 1.kvartal 2023 er på 30.

Offentlig utlysning skal unnlates der stillingen kan fylles av en overtallig arbeidstaker, en deltidsansatt med rett til utvidet stilling, eller som følge av IA-tiltak. Ingen slike ansettelsesprosesser er rapportert for dette kvartalet.

**ST 39/23 Hvordan forstår vi medvirkning og medbestemmelse på MH?**

**ST 40/23 Nytt fra dekanen**

**ST 41/23 Nytt fra administrasjonen**

**ST 42/23 Orientering fra fagforeningene og HVO**