

Møteprotokoll

Fra møte i: DMF - LOSAM
Møtested: 30M31, 1930-bygget, Det medisinske fakultet
Dato: 15.04.2016
Tidspunkt: 09:00 - 10:45

Faste medlemmer som møtte:

Björn Inge Gustafsson	Leder	DMF
Albert Adriaan Verhagen	Nestleder	DMF
Kari Risnes	Medlem	LVS
Anne-Britt Hofstad	Medlem	NTL
Ingerid Arbo	Medlem	FF
Bent Håvard Hellum	Medlem	TEKNA
Sissel Skarra	Medlem	NITO
Gunnar Hansen	Medlem	HVO-DMF

Forfall:

Jørn Ove Sæternes	Medlem	PARAT
-------------------	--------	-------

Varamedlemmer som møtte:

Navn:	Møtte for:
-------	------------

Fra administrasjonen møtte:**Merknader:**

Saksliste

Utvalgs- saksnr	Innhold	Unntatt offentlighet	Arkiv- Saksnr
ST 18/16	Godkjenning av referat fra forrige møte 18.03.2016		
ST 19/16	Innspill til administrativ organisering. <i>Saksinformasjon ettersendes.</i>		
ST 20/16	Integrasjonsprosjekt med St. Olavs Hospital HF. <i>Muntlig orientering. Tom Christian Martinsen og Hilde Konradsen deltar på møtet.</i>		
ST 21/16	Innspill til instituttorganisering. <i>Vedlegg: Høring på mulige modeller for instituttorganisering ved det nye fakultetet for medisin og helsevitenskap. Svarfrist 14. april.</i>		
ST 22/16	Nytt fra dekanen		

ST 18/16 Godkjenning av referat fra forrige møte 18.03.2016

Vedtak i DMF - LOSAM - 15.04.2016

Protokoll fra møte 18.03.2016 ble godkjent.

ST 19/16 Innspill til administrativ organisering

Behandling i DMF - LOSAM - 15.04.2016

Albert Verhagen, Björn Gustafsson og Anne-Britt Hofstad informerte om saken. Det har vært en fin prosess i arbeidsgruppa, som står samlet bak det ferdige innspillsnotatet. Oppdraget ble noe endret underveis i prosessen, og notatets lengde begrenset til 5 A4-sider. Det er svært vanskelig å si noe om sannsynlige innsparinger så lenge den nye organisasjonen ikke er vedtatt. Det er lagt stor vekt på brukernærhet i notatet, men nærhet kan også være tilgjengelighet, ikke bare geografisk nærhet. Nå gjenstår styrets vedtak. Endringer kan komme.

Det var bred enighet i LOSAM om ønsket om en sentral enhet for operativ førstelinjestøtte for internasjonal mobilitet. Det ble også poengtert at lønn må forhandles sentralt så man ikke risikerer skjevhet i avlønning. Innspillsnotatet vedlegges referatet.

Vedtak i DMF - LOSAM - 15.04.2016

Innspillet fra DMF til fremtidig organisering av administrasjonen ved NTNU tas til orientering.

ST 20/16 Integrasjonsprosjekt med St. Olavs Hospital HF

Behandling i DMF - LOSAM - 15.04.2016

Tom Christian Martinsen (St. Olavs Hospital) og Hilde Konradsen (DMF) informerte om saken og viste en presentasjon som vedlegges referatet.

Arbeidet med integrasjonen er forsinket grunnet fusjonsprosessen med høyskolene. Å integrere et fakultet og et sykehus er dessuten en komplisert prosess og mye er ennå ikke avklart. LOSAM hadde mange spørsmål under presentasjonen. Det er viktig at resultatet av integrasjonen styrker tverrfaglighet. Det er fremdeles uklart hvor/hvordan sykepleieutdanningen skal innplasseres. Det ble foreslått at man også burde etterspørre sykepleiestudentenes mening.

Ulike modeller for integrasjon ble presentert. Modell 2 er mest realistisk. Savner tydeliggjøring av at FIU-Støtteenhet er en regional ressurs.

Problem at ansatte i kombinerte stillinger i Trondheim blir lønnstapere i forhold til andre steder i landet. Det er ulike lønnsystemer for universitet og sykehus. Dette må tillitsvalgte ta tak i. Dekan informerte om at dette blir sak på et kommende dekanmøte.

Det er ønskelig at tillitsvalgte ved både St. Olavs og DMF møtes og får utveksle synspunkter om integrasjonsprosessen.

LOSAM mener det bør være full åpenhet og innsyn i alle hørings svar om organisering, også fra privatpersoner. Alle uttalelser på vegne av enhet må være åpne. Uttalelser fra enkeltpersoner kan anonymiseres hvis det er nødvendig av personvern hensyn. LOSAM advarer mot redigerte sammendrag av høringsuttalelser. Originaldokumenter må være tilgjengelige.

Alle ledere oppfordres til å ta integrasjonsprosessen med i ledermøtene fremover, og informere sine ansatte.

Vedtak i DMF - LOSAM - 15.04.2016

LOSAM tar saken til orientering.

ST 21/16 Innspill til instituttorganisering

Behandling i DMF - LOSAM - 15.04.2016

Denne saken ble integrert i forrige sak. Instituttorganisering henger nøye sammen med integrasjonsprosessen med St. Olavs. Plassering av sykepleie er ennå ikke avgjort, men det vil være mest i tråd med overordnet målsetting i fusjonen at sykepleie innpasses som en enhet under ISM.

Vedtak i DMF - LOSAM - 15.04.2016

Sykepleie bør organiseres som en enhet under Institutt for samfunnsmedisin.

ST 22/16 Nytt fra dekanen

Behandling i DMF - LOSAM - 15.04.2016

Nytt navn på DMF blir Fakultet for medisin og helsevitenskap.

Vedtak i DMF - LOSAM - 15.04.2016

LOSAM tar saken til orientering.

Framtidig organisering av administrasjonen ved NTNU

1. Viktige prinsipper for administrativ organisering ved universitetet

1.1 Generelt

Arbeidsgruppen for administrativ organisering ved det nye fakultet for medisin og helsevitenskap (videre: vi) mener at følgende utgangspunkter er viktig i NTNUs framtidige administrative organisering:

- Enhetlig ledelse er et viktig utgangspunkt. Administrative ledere på nivå 2 og 3 rapporterer til dekan / instituttleder og ikke til administrative ledere på et høyere nivå i organisasjonen.
- Sentralisering av transaksjonelle prosesser er mulig der hvor det er en stor mengde av oppgaver av samme type og det viktigste er riktig og rask respons, ikke geografisk nærhet.
- Oppgaver som ikke gjøres så ofte eller som er av spesialisert karakter, bør ligge på et nivå i organisasjonen hvor kompetanse kan bygges opp og vedlikeholdes, og tilstrekkelig kvalitet sikres.
- Administrative miljøer skal være attraktive ut fra omfang, arbeidsoppgaver og ansvarsfordeling.
- Overordnet strategi og policyutvikling bør ligge på høyere nivå i organisasjonen mens operasjonelle prosesser bør utføres så brukernært som mulig.
- Kompetanse må hentes ut på tvers av nivå og organisering.

1.2 Hovedprinsipp for oppgavefordeling mellom nivå 1 og 2-4

Generelt bør spesialisert kompetanse og ansvar for koordinering av store satsinger ligge sentralt, mens den operative støtten bør ligge så brukernært som mulig. Volum og sårbarhet må vurderes før valg av løsning, Dersom ressursen legges på nivå 1 eller 2 må prioritering og styring av ressursen tydeliggjøres gjennom klare avtaler og avklaring av forventninger. Vi mener at følgende oppgaver bør ligge på nivå 1, uavhengig av administrativt område:

- Utvikling av standardiserte og digitaliserte prosesser, retningslinjer, maler og støttesystemer med tydelig prosesseierskap på nivå 1.
- Utvikling og drift av administrativ programvare og -systemer
- Opplæring og kompetanseutvikling av administrative ansatte i de ulike funksjonsområdene.
- Overordnet arbeidsgiveransvar (bl.a. kontakt med hovedsammenslutningene og departement).
- Juridisk støtte og rådgivning på de ulike funksjonsområdene.

2. Spesifikke rammer som påvirker administrativ organisering ved det nye fakultet

Det nye fakultetet for medisin og helsevitenskap skiller seg fra andre fakultet ved NTNU i størrelse (ca. 1800 ansatte) og en stor andel BOA-finansiering (ca. 55% ved Det medisinske fakultet). Dette gjør det mulig og hensiktsmessig å plassere funksjoner og oppgaver på fakultetsnivå mens de samme oppgavene ved mindre fakultet muligens bør ligge på nivå 1 eller deles av flere fakultet.

Postadresse	Org.nr. 974 767 880	Besøksadresse	Telefon	HR-sjef
Postboks 8905	E-post:	Medisinsk teknisk	+ 47 72 82 07 00	Albert A. Verhagen
MTFS	dmf-post@medisin.ntnu.no	forskningscenter	Telefaks	
7491 Trondheim	http://www.ntnu.no/dmf	Olav Kyrres gt 9	+ 47 73 59 88 65	Tlf: + 47 91897713

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

Vi har også sett på konsekvenser av integrasjonen med St. Olavs Hospital for fakultetets administrative organisering. Ca. 400 ansatte ved nåværende medisinske fakultet har en kombinert stilling med St. Olavs Hospital. Dette gjør at det er hensiktsmessig at noen deler av administrasjonen dekker både fakultetets og sykehusets behov og organiseres på nivå 2-4, som for eksempel dagens forskningsadministrasjon.

3. Funksjoner som bør styrkes eller kan nedbygges på nivå 2-4

Vi uttaler oss om funksjoner og oppgaver som bør ligge på nivå 1 eller nivå 2-4, uten å ta stilling til fordeling av oppgavene mellom nivå 2, 3 og 4 i denne omgangen. Vi nevner likevel noen overordnede prinsipper som bør gjelde ved fordeling av oppgaver mellom nivå 2, 3 og 4. Vi har brukt kategoriseringen av funksjoner som er gitt av prosjektgruppen for fusjonen, og i tillegg definert noen funksjonsområder som vi anser som viktig for det nye fakultet for medisin og helsevitenskap.

3.1 Strategisk lederstøtte

Alle administrative funksjoner gir lederstøtte innenfor sine fagområder. Vi mener at det er behov for strategisk lederstøtte på nivå 1. På nivå 2-4 er det mer behov for operasjonell lederstøtte.

3.2 Undervisning og utdanning

Det kan være en fordel om internasjonal seksjon, NTNU Videre og seksjon for rekruttering og opptak samorganiseres for å hente ut beste praksis innenfor rekruttering og opptak. Nivå 2-4 kan bistå sentralt nivå ved individuelle vurderinger av kvalifikasjoner ved opptak.

Studieadministrative prosesser skal understøttes av integrerte elektroniske verktøy/støttesystemer som forvaltes på nivå 1, for eksempel digital læringsplattform, godkjenning av nye studieprogram, rutiner for internasjonalisering og juridisk støtte. Dette for å sikre gode rutiner som gjenspeiles i hele organisasjonen og likebehandling av studentene.

Det er ønske om å beholde NTNU Videre på nivå 1 og styrke den sentrale koordineringen av Ekspert i Team. Det er også behov for koordinering og synliggjøring av valgfrie emner på nivå 1.

På nivå 2-4 vil det skje mer fagnær forvaltning, strategisk lederstøtte, koordinering av studieprogram samt koordinering og kvalitetssikring av praksisstudier. Ansatte skal ha de tilgangene (for eksempel til FS) de har behov for i forbindelse med sine arbeidsoppgaver.

For å sikre opplæring av studieveiledere samt vedlikehold og videreutvikling av kompetanse er det avgjørende at nivå 1 etablerer og koordinerer et godt opplegg for intern kursing. Dette vil bidra til å sikre et enhetlig studieveiledningstilbud i organisasjonen. Studieveiledning på nivå 2-4 styrkes og studieveiledere bør ha kompetanse til å finne fram i NTNUs studietilbud.

Nivå 1 må ha et overordnet ansvar for eksamen og avslutning. Herunder standarder for kvalitetssikring, eksamensreglement, eksamensperioder og arealer ved skriftlig eksamen samt juridisk bistand. Ansvar for digitalisering av eksamen ligger til nivå 1. Det er også et sentralt ansvar å sikre felles retningslinjer for avslutning og tildeling av vitnemål. Koordinering, gjennomføring og kvalitetssikring av muntlig/praktisk eksamen må styrkes på nivå 2-4. Dette gjelder særlig for profesjonsutdanningene slik som medisin og de nye helsefagutdanningene. Brukerstøtte ved gjennomføring av eksamen ligger også til dette nivået.

3.3 Forskningsadministrasjon – forskningsstøtte - innovasjon

På nivå 1 bør koordinering og posisjonering i forbindelse med EU- og andre store prosjekter foregå, basert på spisskompetanse som videreutvikles på dette nivået. Vi mener at søknads- og driftsstøtte må desentraliseres dersom volum er stort nok og kompetanse kan bygges i matrise. Det bør utvikles gode

verktøy for å koordinere søknadsprosesser. Organisering av ressurser må sikre at prioritering foretas med utgangspunkt i faglig-strategiske begrunnelser, og ikke administrative prinsipper. For det nye fakultetet for medisin og helsevitenskap bør administrativ støtte i forbindelse med operativ søknadsstøtte, forhandling, koordinering og administrering av konsortier, budsjett, regnskap og drift i EU-prosjekt styrkes på nivå 2-4.

Nivå 1 bør være ansvarlig for systemer og rutiner i forbindelse med forskningsetikk, sikker lagring av forskningsdata og juridisk rådgivning i forbindelse med helseforskningsloven. Også på nivå 2-4 bør det finnes kompetanse på disse områdene for å kunne gi forskere direkte støtte.

TTO anses også som et ansvarsområde for nivå 1. Nivå 2 har imidlertid ansvar for å sette innovasjon på dagsorden og følge opp tiltak. Det er behov for innovasjonskontaktpersoner på nivå 2-4.

3.4 Kommunikasjon

Kommunikasjonsfunksjonen er en viktig bidragsyter i merkevarebygging. Området har vokst kraftig og vi mener en større gjennomgang av kommunikasjonsområdet er nødvendig.

Vi mener at ansvaret for en kommunikasjonspolicy og oppgaver av mer journalistisk karakter bør ligge på nivå 1. Gemini nevnes som et godt eksempel på forskningsformidling, men det etterlyses mer kontakt med og involvering av nivå 2-4. Nivå 1 bør også ha ansvar for systemer, maler, og kursing, i tillegg til oppgaver knyttet til samfunnskontakt og for eksempel statsbesøk. Det etterlyses også en sentral arrangementsenhet på nivå 1 som bistår enhetene med organisering av symposier, kongresser osv. Vi mener at strategisk lederstøtte innenfor kommunikasjonsområdet skal tilbys av sentral kommunikasjons-avdeling. Operativ formidlingsstøtte og støtte til internkommunikasjon med tilsvarende tilganger skal ligge på nivå 2-4.

3.5 HR & HMS

Det etterlyses en sentral enhet på nivå 1 som er en operativ førstelinjestøtte når det gjelder internasjonal mobilitet, både til innreisende og utreisende studenter og ansatte. Dette området er for spesialisert til å ha på lavere nivå. Vi har latt oss inspirere av Yale Office of International Students and Scholars.

Hovedansvaret for organisasjons- og kompetanseutvikling bør ligge på nivå 1. På nivå 2-4 skal den mer operative HR-rollen og praktisk håndtering av vedtatte policy og retningslinjer ligge (ansvar for rekrutterings- og tilsettingsprosesser, personalforvaltning, sykefraværsoppfølging, lønnsfastsettelse osv.). Enhetene på nivå 3 og 4 trenger lederstøtte på HR-området.

Vi mener at lønn er et område som bør ligge innenfor HR-området både på nivå 2-4 og i fellesadministrasjonen. Innenfor transaksjonell HR er vi usikre på om variabel lønn og reiseregninger bør sentraliseres i et Shared Service Senter på nivå 1. Erfaringer med en organisering på nivå 2 er positive, og vi er bekymret for å miste dagens service- og kvalitetsnivå ved en eventuell sentralisering. Oppgaver som henger sammen med ferieregistrering, foreldrepermisjoner og pensjon (rådgivning som krever spesialkompetanse) kan med fordel organiseres i en felles enhet på nivå 1.

Onboarding er et område som bør ligge på nivå 2-4, hvor støttepersoner kjenner til fagmiljøene. Søknadsbehandling i forbindelse med forskertermin håndteres på nivå 2-4, mens praktisk støtte til ansatte ved utreise ønskes organisert i en felles enhet på nivå 1.

Fakultetene ved tidligere NTNU har organisert HMS som en integrert del av HR, og vi mener at det også bør være tilfelle i fellesadministrasjonen. Også på dette området gjelder det at det overordnede ansvaret (system, opplæring, retningslinjer, arbeidsmiljøundersøkelser osv) samt noen spesialistfunksjoner bør ligge på nivå 1. Praktisk HMS-støtte bør organiseres på nivå 2-4.

3.6 Økonomi

Vi mener at operativ støtte til forskere i søknadsprosesser (EU, NFR, osv.) bør ligge på nivå 2-4. Det gjelder også for oppfølging av prosjekter i prosjektfasen (prosjektøkonom). For forskere er det viktig å få jevnlig og oppdaterte økonomirapporter som også inkluderer disponerte men ikke fakturerte kostnader og som til enhver tid tar hensyn til fremtidige lønnskostnader og TDI-kostnader. Prosjektøkonom og controller bør ha prosjektforståelse utover økonomiområdet. Det er også avgjørende at prosjektstøtten har tilstrekkelig organisasjonskunnskap med tanke på TDI-kostnader, enhetens strategi og at denne er oppdatert på endringer i stillinger (permisjoner, lønnstrinn, egeninnsats etc). Controller-funksjonen er en viktig lederstøttefunksjon som bør ligge nær lederen, på nivå 2-4. Det inkluderer internkontrollfunksjonen. Koordinering og drift av kjernefasiliteter er et ansvar for nivå 2. Bestillingsprosessen kan ikke sentraliseres, og bør organiseres på nivå 2-4.

Det er viktig at nivå 1 har ansvar for innkjøpsavtaler, rutiner og rammer på et overordnet nivå. Av hensyn til integrasjonen med universitetssykehuset er det viktig at dette for det nye fakultetet for medisin og helsevitenskap koordineres med St. Olavs Hospital. Det gjelder også ansvaret for TDI-modellen, regnskapsrapporter og styringsinformasjon for ledere. Nivå 1 har videre ansvar for budsjetteringsmodeller og rammer, mens det operasjonelle arbeidet bør foregå på nivå 2-4.

3.7 IKT / IT

Integrasjonen med St. Olavs Hospital er et viktig premiss for IT-forvaltning ved fakultetet. Organisering av støttefunksjoner innenfor IT/IKT, samt fordeling mellom nivåene må også ta hensyn til fakultetenes størrelse. Nivå 1 skal ha overordnet ansvar, for eksempel at det finnes felles standardiserte systemer, koordinering, policy, strategi, og utvikling. IT-drift skal være på alle nivå. Nivå 2-4 jobber med lokale løsninger og har kompetanse på lokale faglige behov. IT-ressurser på nivå 2-4 bistår i innkjøpsprosesser og implementering av vitenskapelig utstyr og støtte til forskere ved driftsspørsmål. Videre har nivå 2 en viktig rolle i brukerstøtte ved bruk av AV-utstyr, for eksempel i undervisningslokalene på campus. Dette kan organiseres på nivå 1, så lenge ressursen sitter lokalt.

3.8 Dokument- og informasjonsforvaltning

God lokal brukerstøtte gir fornøyde brukere av ePhorte og andre dokumenthåndteringssystemer. Mulighet for lokal tilpasning av skjema, dokumentmal og rutiner i nært samarbeid mellom et lokalt dokumentcenter på nivå 2 og saksbehandlere bidrar til effektive saksbehandlingsprosesser. Løpende uformell dialog om prosesser går tapt ved sentralisering. Bare helt rutinemessige arbeidsoppgaver som postmottak, scanning, registrering, klassering o.l. bør sentraliseres til nivå 1.

3.9 Arealforvaltning

Samarbeidet med St. Olavs Hospital er et viktig premiss for arealforvaltning ved fakultetet, og sameie av arealer krever forvaltningsressurser på fakultetsnivå.

Strategi, finansiering, drift, vedlikehold, sikkerhet og vakt, og normer og priser i internhusleie er funksjoner som bør ivaretas av nivå 1. Dette omfatter også overordnet samhandling med og koordinering mot St. Olavs Hospital og andre eiere, samt leieavtaler. Nivå 1 bør i tillegg ha ansvar for studentarbeidsplasser på lavere grad og generelle undervisnings- og fellesarealer.

På nivå 2-4 er det viktig med lokale strategier og en beskrivelse av behovet. Dette inkluderer forvaltning og utvikling av areal, ansvar for fagspesifikke undervisningsareal, lokal håndtering av intern husleiemodell, koordinering mot St. Olavs Hospital og oppfølging av retningslinjer mot institutt og enheter, samt tilrettelegging av studentarbeidsplasser (høyere grad) og rombooking.

Arealforvaltning ved fakultetet krever ressurser til oppfølging på nivå 2-4. Nivå 2 må ha en rolle som følger opp dekanens strategiske beslutninger og normer.

4. Sannsynliggjøring av at det første innsparingskravet på 5% kan innfris i 2017

NTNU har fått et innsparingskrav for administrative støttefunksjoner på 5% i 2017, og ytterlige 5% i de tre påfølgende årene. Dette kravet skal innfris gjennom reduksjon av antall administrative ansatte. Vi mener at det er en diskrepans mellom effektiviseringskravet og utgangspunktet i notatet fra *Gruppen for administrativ organisering* om styrking av desentrale administrative støttefunksjoner.

Vi har fått i oppdrag om å sannsynliggjøre at det første innsparingskravet på 5% (6 817 082 kr.) kan innfris i 2017. Det er imidlertid en del momenter som gjør denne vurderingen vanskelig på dette tidspunktet:

- Instituttstrukturen ved det nye helsefakultetet er ikke vedtatt ennå. I tillegg har fakultetet et prosjekt gående i forbindelse med en tettere integrering med St. Olavs Hospital.
- Arbeidet med gjennomgående administrative prosesser som ledes av prosesseiere ved fellesadministrasjonen er ikke ferdig ennå. Det forventes at effekten av dette tar tid og derav usikkerhet knyttet til størrelsen på innsparingen basert på effektivisering av prosesser.
- Inndelingen i avdelinger under rektoratet og arbeidsdelingen mellom fakultetene og fellesadministrasjonen er ikke vedtatt ennå. Fellesadministrasjonen ved NTNU har flere prosjekt gående som jobber for at en del funksjonsområder skal sentraliseres og organiseres i for eksempel Shared Service Sentra og kompetansesentra på sentral nivå.
- Rektors stab har beregnet at antallet administrativ årsverk ved det nye helsefakultetet kan reduseres med 10 årsverk hvis stillinger til ansatte som slutter i 2016 ikke videreføres og de ansatte i disse stillingene ikke forlenges. Selv om dette kan være en måte å realisere innsparingskravet, vil det ikke i alle tilfeller være realistisk å avslutte disse stillingene. Beregningen fra rektors stab har ikke tatt hensyn til hvilke stillinger / funksjonsområder det gjelder og om avslutning vil føre til driftsproblemer eller overføring av oppgaver til vitenskapelige ansatte.

Vi mener at det er sannsynlig at kombinasjonen av å ikke videreføre en del av de administrative stillingene ved fakultetet og en forventet overføring av ansatte til fellesadministrasjonen vil føre til at innsparingskravet for fakultetet innfris i 2017, men at det med bakgrunn i faktorene som nevnt ovenfor er for tidlig til å kunne si konkret hvor mye av innsparingskravet skal realiseres i 2017.

Det integrerte universitetssykehuset

«Integrasjonsprosessen» - status

Tom Christian Martinsen
prosjektleder
15.04.16.

Integrasjonsprosjektet – status

Delprosjekt 1: Fusjon NTNU - ny fakultetsstruktur vedtak 15.02.2016.

Implementering av ny fakultetsstruktur ved DMF:

- innstilling administrasjonsorganisering 15. april 2016.
- innstilling instituttstruktur 15. mai 2016.

Delprosjekt 2: (Jfr. styremøter juni-15)

- **Aktiviteten** innenfor forskning, innovasjon og utdanning (FIU) skal finansieres, organiseres og rapporteres i fellesskap.
- **Støttefunksjoner og infrastruktur** knyttet til (FIU) skal ivaretas i fellesskap.

Utredning og anbefaling ferdig innen 1.6.2016.

Delprosjekt 3: Mest mulig samsvarende klinikk- og instituttstruktur

Utredning og anbefaling ferdig innen 1.6.2016.

Sterk forankring i begge organisasjoner (DMF og St. Olavs Hospital)

Integrasjonsprosjektet

Prosjektgruppe (start 04.01.16)

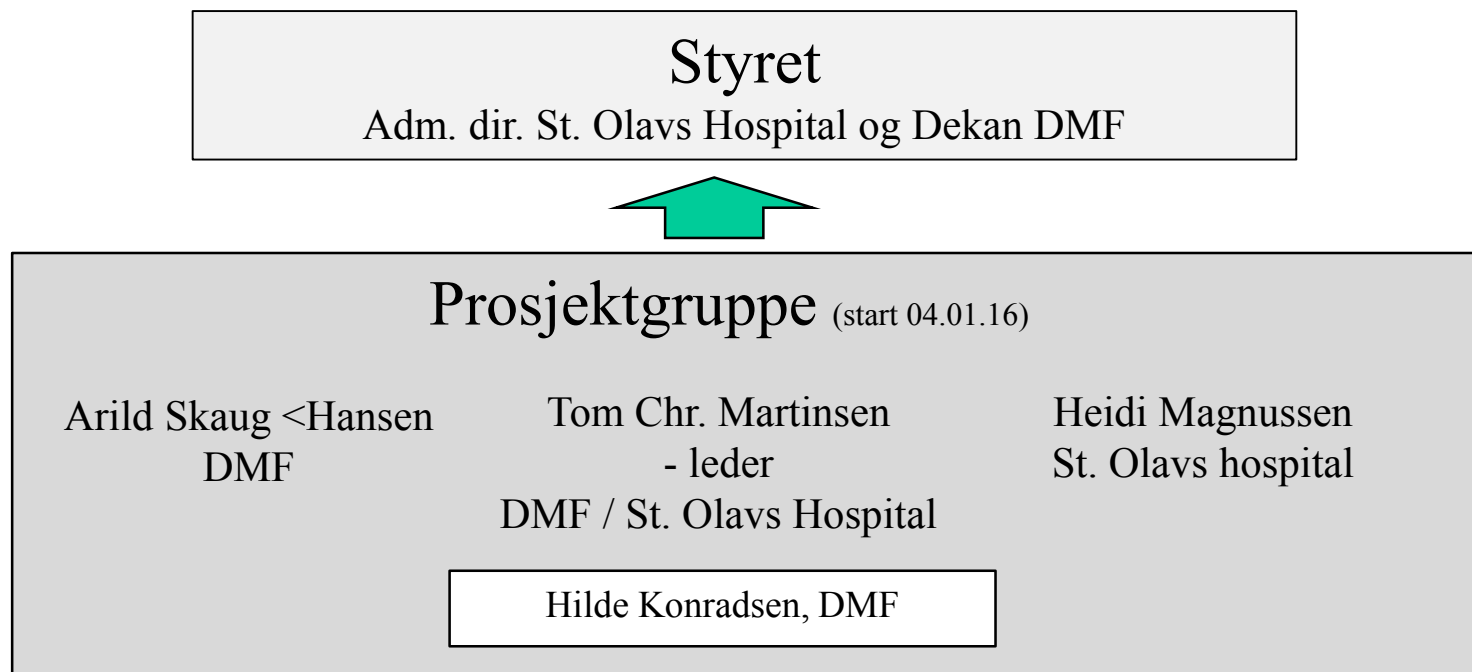
Arild Skaug Hansen
DMF

Tom Chr. Martinsen
- leder
DMF / St. Olavs Hospital

Heidi Magnussen
St. Olavs hospital

Hilde Konradsen, DMF

Integrasjonsprosjektet



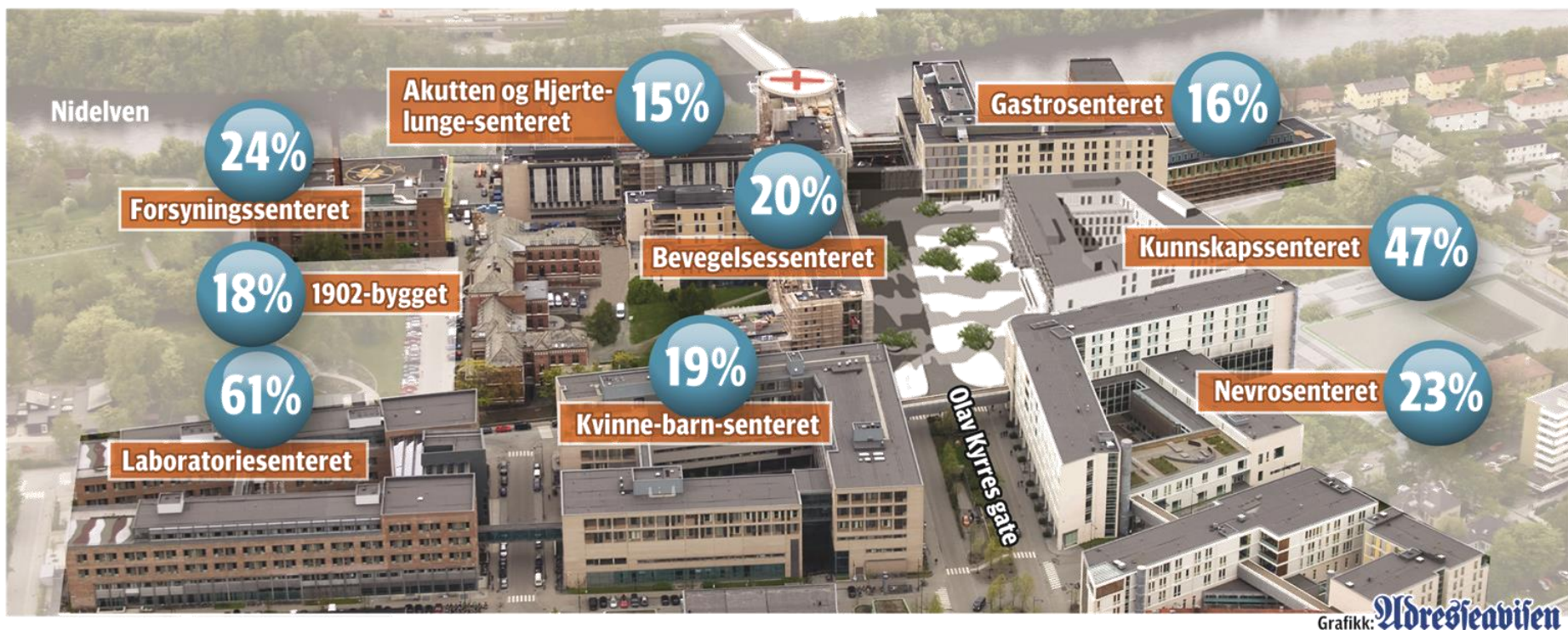
Medvirkning

- Møte med alle klinikksefer og instituttleder
- Instituttmøter
- Hovedledelse og fakultetsledelse
- Fakultetsstyret
- Forsknings- og utdanningsutvalg
- Informasjon Innsida / Kilden
- Samarbeidsorganet
- Arbeidsgrupper
- Samarbeidspartnere
 - Kommune
 - HMN
- Allmøter
- Høring
- ROS-analyser
- Workshops
- Tillitsvalgte – dialog / drøftingsmøter, LOSAM, SESAM

St. Olavs Hospital – Universitetssykehuset i Trondheim

- 200.000 kvm totalt, 12.7 mrd
- samfinansiert av HOD og KD
- NTNU eier 25% av arealene
 - sameieavtale regulerer arealbruk og drift
- Forventet merverdi!

Dette eier NTNU ved St. Olavs Hospital



NTNUs arealer på Øya tilsvarer Campus Dragvoll i størrelse

Kompetanseflyt mellom klinikk, utdanning og forskning er gjensidig kvalitetshevende



V. Hensikt / mål med integrasjon

- **1. Høyere kvalitet - bedre pasientbehandling**
(folkehelse - behandling og forebygging)

- **2. Bedre ressursutnyttelse**

Hensikt / mål med integrasjon

- **1. Hva er det med integrasjon som gir høyere kvalitet og bedre pasientbehandling?**
 - gjensidig kvalitetshevende
 - translasjon
 - kortest mulig vei fra ny kunnskap til etablert behandling
- felles identitet, god samhandling og felles planlegging

Synergi

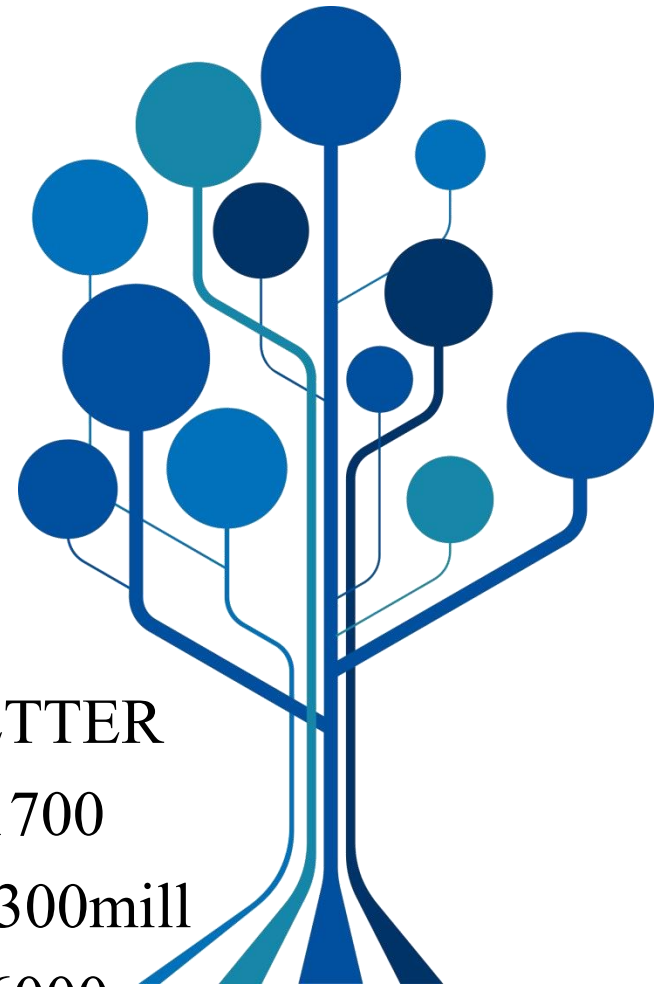
Hensikt / mål med integrasjon

- **2. Hva er det med integrasjon som gir bedre ressursutnyttelse?**
 - felles støttefunksjoner og infrastruktur
 - lik rapportering, økonomi- og prosjekthåndtering
 - unngå parallelle strukturer / stordriftsfordeler
 - fokusere aktivitet i større enheter
 - unngå fragmentering
 - øke konkuranseevne
 - felles planlegging / strategi



Delprosjekt 1: fusjonsprosessen

Norges største fakultet for medisin og helsevitenskap



	FØR	ETTER
• Antall ansatte	1300	1700
• Budsjett (inkl. BOA)	950mill	1300mill
• Studenter	2100	6000

Nye studieprogram: studenter + ansatte* i parentes.

*Ansattetallene i årsverk er anslag basert på info fra NTNUs fusjonsprosjekt og DBH-databasen

	HiST	HiG	HiALS	NTNU
Sykepleie	710 (100)	730 (80)	440 (42)	
Fysioterapi	225 (21)			
Ergoterapi	240 (21)	85 (10)		
Audiologi	135 (11)			
Radiografi	120 (15)	80 (10)		
Vernepleie	300 (16)			
Bioingeniør	230 (23)		80 (8)	
Psykologi profesjon				280 (70)
Andre emner, program og EVU: totalt ca.	390 (-)	120 (-)	210 (-)	

Red annotations in the original image:

- A red bracket groups the rows for Sykepleie, Fysioterapi, Ergoterapi, Audiologi, and Radiografi.
- A red box highlights the value 600/53, with an arrow pointing to the Ergoterapi row.
- A red bracket groups the rows for Sykepleie, Vernepleie, and Bioingeniør.
- A red box highlights the value 3000/300, with an arrow pointing to the NTNU column.

++ fra helsevitenskap og helsefremming fra SVT??

Arbeidsgruppe - instituttorganisering

- **Bjørn Gustafsson** (dekan DMF – leder)
- Siri Forsmo (inst.leder / professor, ISM)
- Solrunn J. Valen (dekan FHS)
- Tom Chr. Martinsen (førsteaman. IKM/avd.sjef. St. Olav / prosjektleder integrasjon)
- Siv Mørkved (forskningssjef St. Olav / fysioterapeut / professor, ISM)
- Lilja Brekke Thorfinnsdottir (studentrepr.)
- Bent H. Hellum (arbeidstakerrepr. TEKNA)
- Vesna Forbergskog (arbeidstakerrepr. NSF, tidl. HiST)
- Arild Skaug Hansen (adm.koordinator – sekretariat)

Frist for innstilling 15. mai 2016

Framtidig instituttstruktur - prinsipper:

- Sammenheng mellom klinisk forskning og basalforskning: translasjonsforskning – fagorganisering
- Tverrfaglighet / samarbeid på tvers av yrkesgrupper
- Kongruens mellom instituttstruktur og framtidig sannsynlig klinikkstruktur - senterstruktur
- Primærhelsetjenesten
- Ingen flere endringer enn nødvendig

Skisser til ulike modeller

Innplassering av «nye» fagområder

Audiologi

Ergoterapi

Fysioterapi

Radiografi

Sykepleie

Vernepleie

Senter for psykisk helse og rus

- Vedtak fra 1996, «Psykiatrisenter» i fase 1.
 - Integreres
 - Et senter
- Gammel og uhensiktsmessig bygningsmasse
- For svakt representert i ledelsen ved både fakultet og sykehus.
- Del av campus
 - Samlokalisering med psykologene
 - Samlokalisering med Nevrosenteret
- Politisk – «den gyldne regel»
 - psykisk helse høyere vekst enn somatikken
- Institutt for psykisk helse

Modell A



*Medisinstudiet har faglig tilhørighet til alle institutt.

Modell D



UNDER CONSTRUCTION

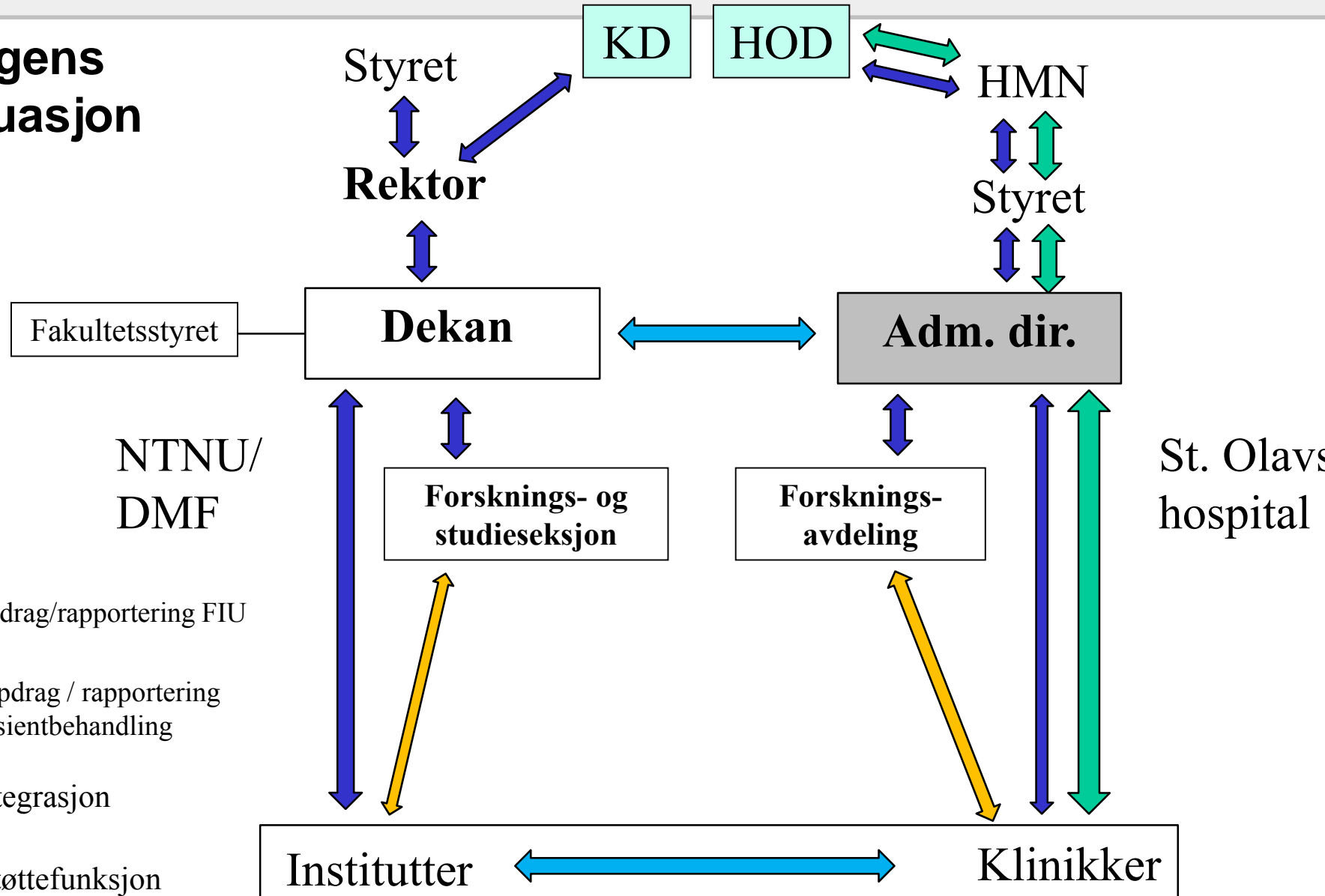
Delprosjekt 2

- **Støttefunksjoner og infrastruktur** knyttet til (FIU) skal ivaretas i fellesskap.
- **Aktiviteten** innenfor forskning, innovasjon og utdanning (FIU) skal finansieres, organiseres og rapporteres i fellesskap.

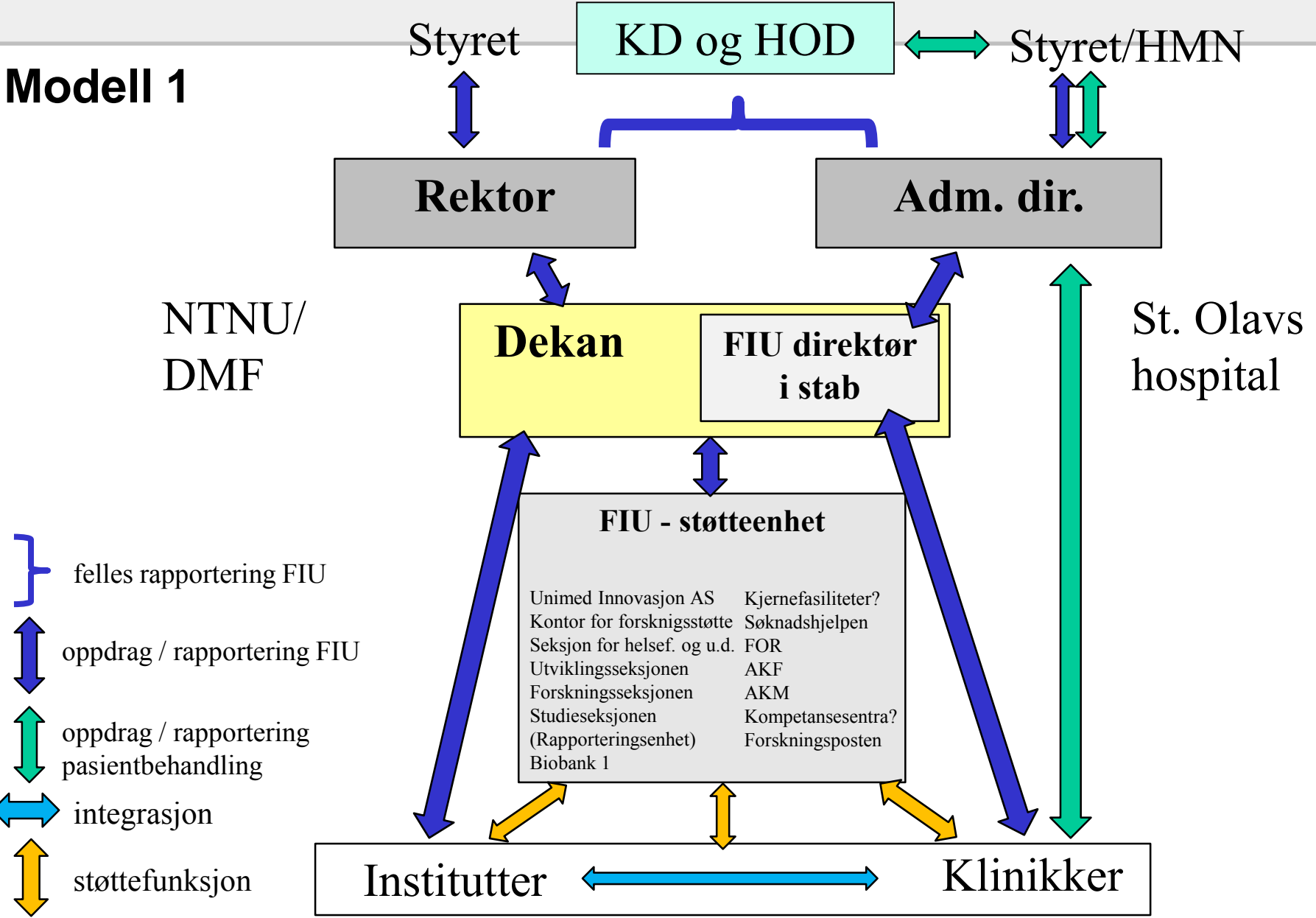
HelseOmsorg21 (Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg, HOD 2014):

«De regionale helseforetakene og UoH-sektoren bør bygge opp felles forskningsadministrasjoner og -infrastruktur, og forskningsgrupper med felles ansatte og felles/nærliggende arealer for best utnyttelse av offentlige bevilgninger. Det må være en klar forventning om at de to sektorene lager kjøreregler for samhandling på regionalt og lokalt nivå. **Ett eller flere universitetssykehus og universiteter bør prøve ut modeller for økonomisk og administrativt samarbeid innenfor helseforskning, utdanning og innovasjon i et integrert universitetssykehus.»**

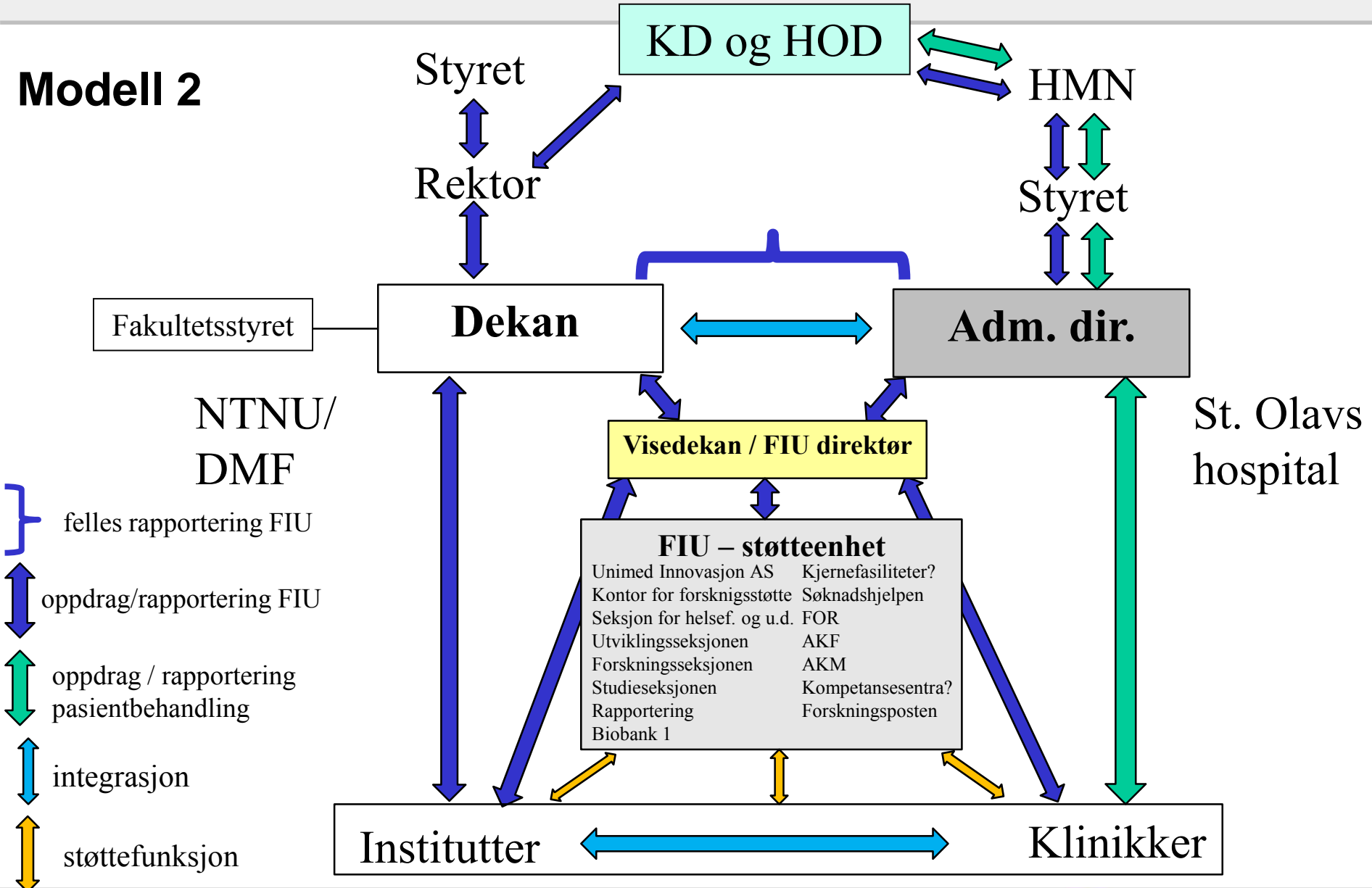
Dagens situasjon



Modell 1



Modell 2



FIU - støtteenhet

Unimed Innovasjon AS	Kjernefasiliteter?
Kontor for forskningsstøtte	Søknadshjelpen
Seksjon for helsef. og u.d.	FOR
Utviklingsseksjonen	AKF
Forskningsseksjonen	AKM
Studieseksjonen	Kompetansesentra?
Rapportering	Forskningsposten
Biobank 1	

- HR, organisering/ledelse, jus, IT, arbeidsgiver, bistillinger?
- Under utredning – egen arbeidsgruppe

Institutter



Klinikker

3





- Kongurens i institutt- og klinikkstruktur
- Felles møtearenaer
 - på tidspunkt som passer med klinisk virksomhet
- Vite mer om hverandre
 - åpenhet
- Kombinerte stillinger
 - lønnsutfordringer
- Gjensidig representasjon i ledermøter
- Mangel på legeressurser
- Prioritere klinikere i akademiske stillinger

Delprosjekt 3

- Mest mulig samsvarende klinikk- og instituttstruktur

Institutt

Nevromedisin

Sirkulasjon og bildediagnostikk

Kreftforskning og molekylærmedisin

Laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer

Samfunnsmedisin

Kavliinstituttet / CNC

Barn- og unges psykiske helse

Nevrosenteret

Kunnskapssenteret

Gastrosenteret

AHL-senteret

Bevegelsessenteret

Kvinne-/barnsenteret

Laboratoriesenteret

Forsyningssenteret

Øya helsehus

MTFS

Psykiatrisenteret

«Senter for helsefag»

«Fischebygget» →

Klinikker

Barne- og ungdomsklinikken

Nevroklinikken

Akutt- og mottaksmedisin

Bilediagnostikk

Hjertemedisin

Lunge- og arbeidsmedisin

Rus- og avhengighetsmedisin

ØNH, kjevekirurgi og øyesykdommer

Kvinneklinikken

Medisinsk klinikk

Divisjon Psykisk helsevern

Kirurgisk klinikk

Anestesi og intensivmedisin

Fysikalsk medisin og rehabilitering

Kliniske servicefunksjoner

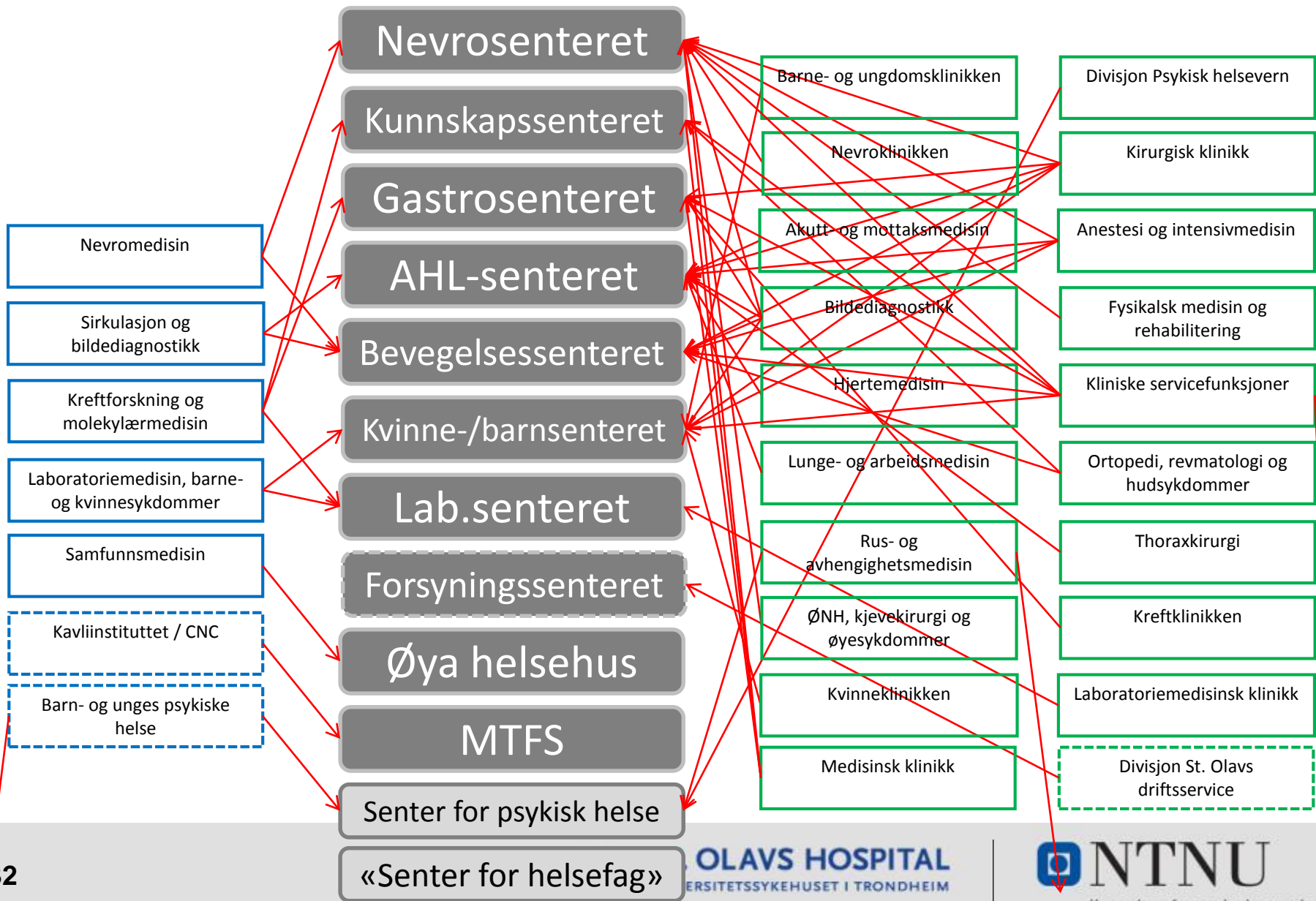
Ortopedi, revmatologi og hudsykdommer

Thoraxkirurgi

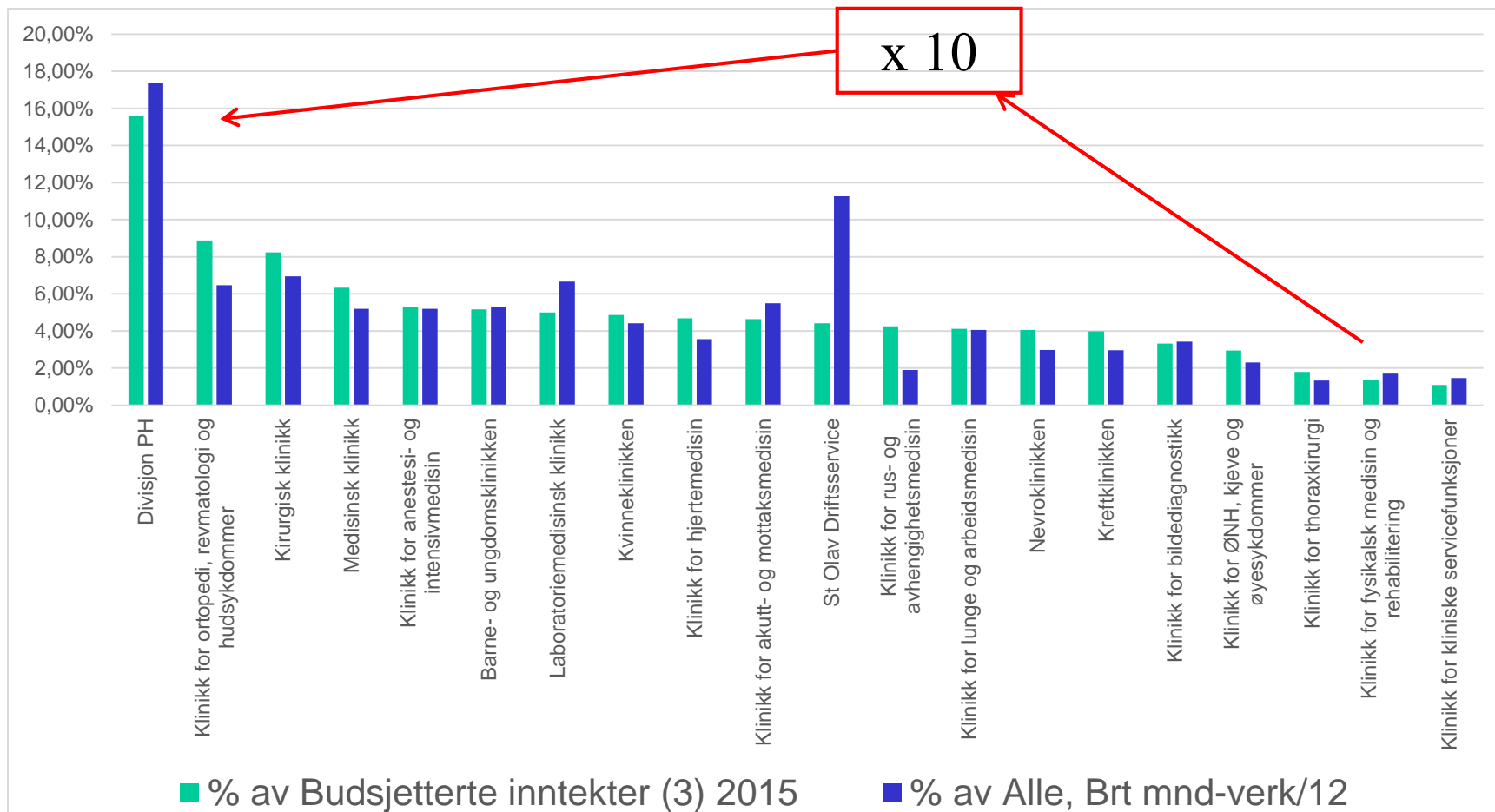
Kreftklinikken

Laboratoriemedisinsk klinikk

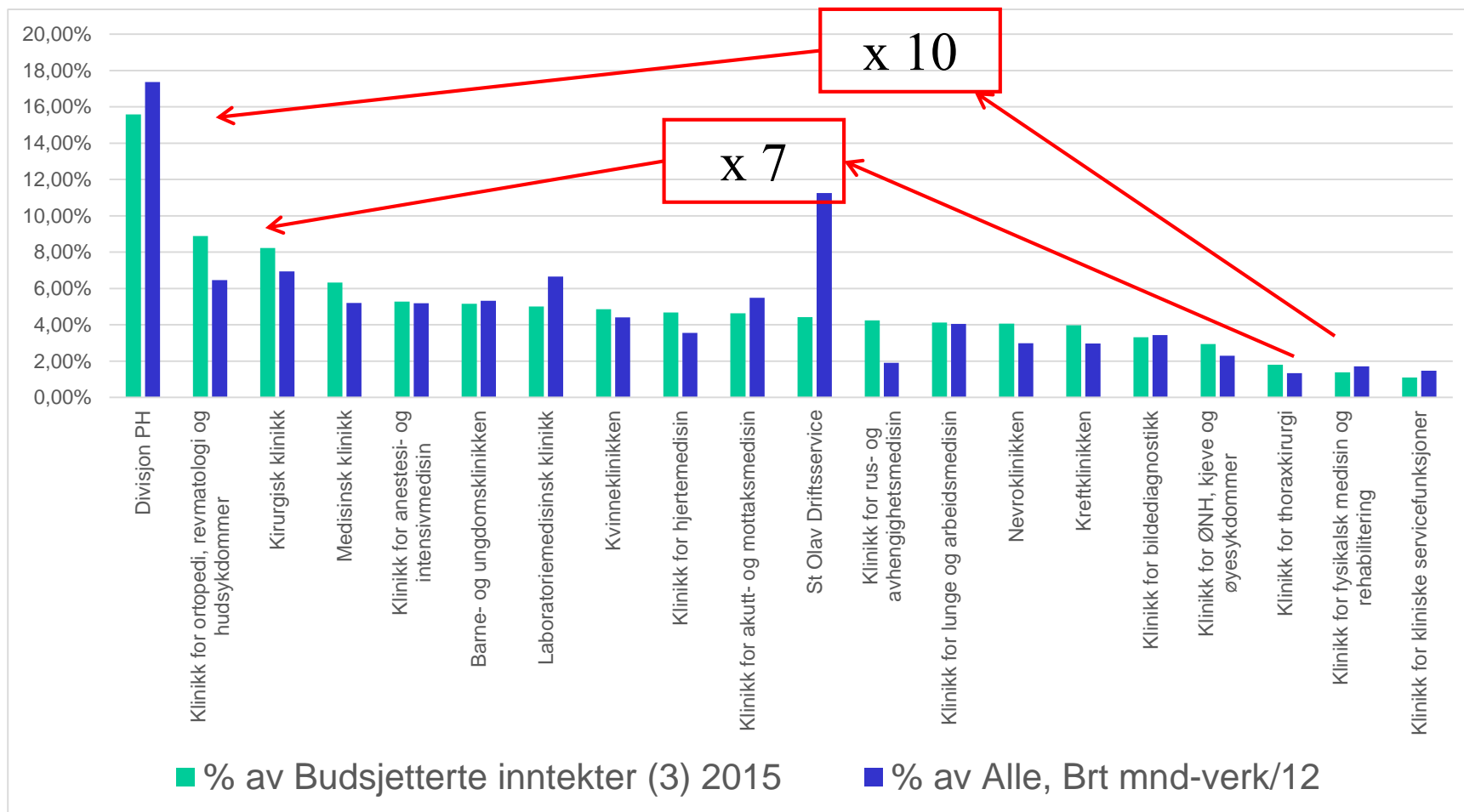
Divisjon St. Olavs driftsservice



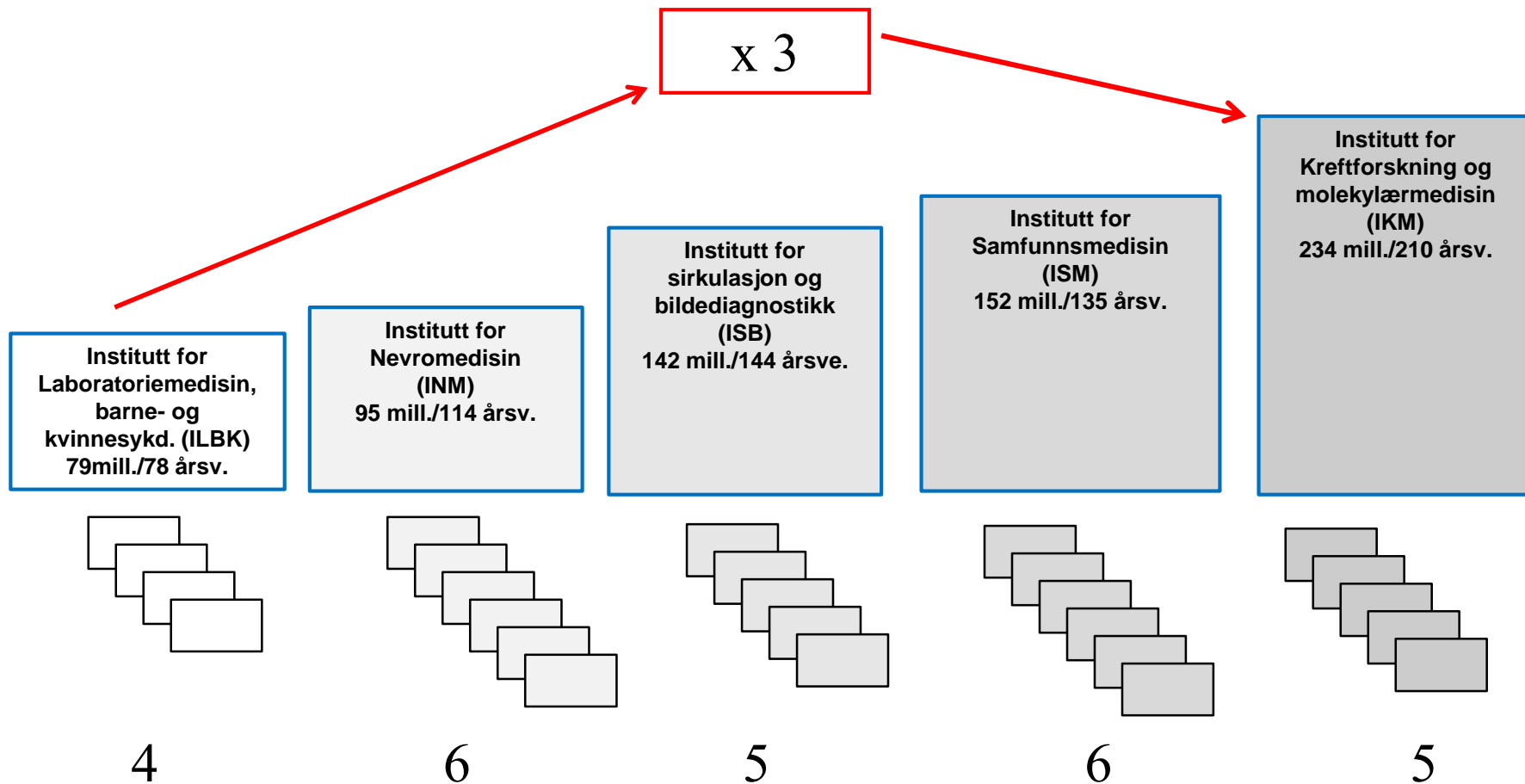
Alle klinikker – budsjett og månedsværk



Alle klinikker – budsjett og månedsværk



Instituttstørrelser – budsjett og årsverk



Mest mulig samsvarende klinikk- og instituttstruktur

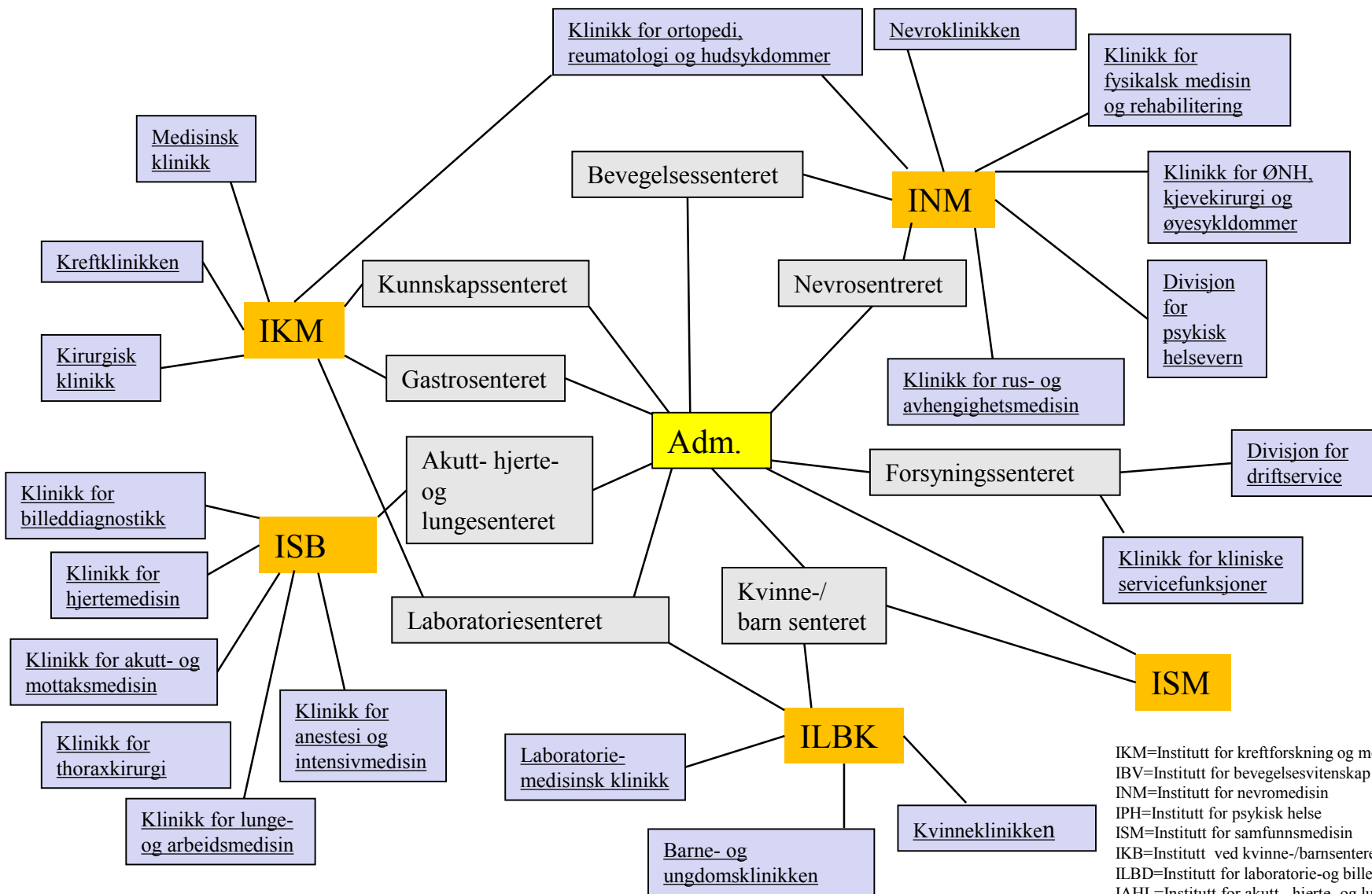
- Færre klinikker og flere institutter
- Hensikt – legger til rette for økt integrering
 - samsvarende klinikk og instituttstruktur fremmer samarbeid / involvering institutt og klinikk
 - identitet
 - understøtter sentermodellen
 - felles strategi og planlegging

Integrasjon – Synergi - Bedre pasientbehandling

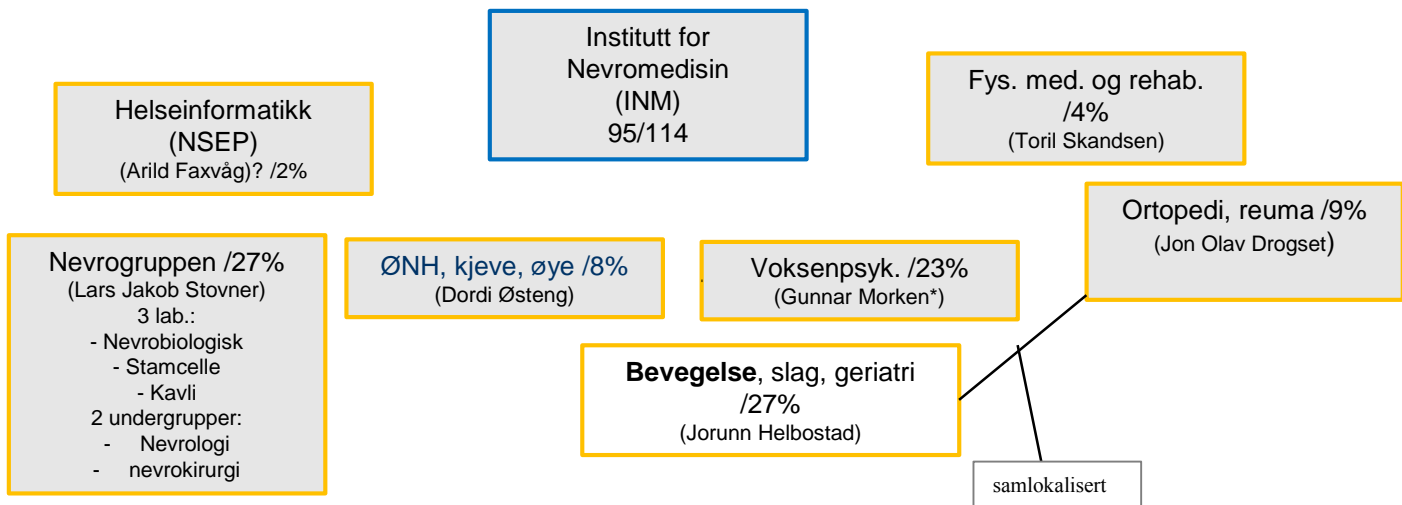
Klinikkorganisering: følger tradisjonell faginnndeling

Senterorganisering: følger tema / organer

Instituttorganisering: følger tema / organer



IKM=Institutt for kreftforskning og molekylærbiologi
 IBV=Institutt for bevegelsesvitenskap
 INM=Institutt for nevromedisin
 IPH=Institutt for psykisk helse
 ISM=Institutt for samfunnsmedisin
 IKB=Institutt ved kvinne-/barnsenteret
 ILBD=Institutt for laboratorie-og billediagnostikk
 IAH=Institutt for akutt-, hjerte- og lungemedisin



1. Neurosenteret 1/3

Nevroklubnikken
(355/230)

Klinikk for Fysisk medisin og rehabilitering
121/131|

- Klinikk for ØNH, kjevekirurgi og øyesykdommer (258/177)**
 - ØNH avd. (71/54)
 - Avd. for kjevekirurgi (14/11)
 - Øyeavdelingen (71/54)

Nevrokirurgisk avdeling

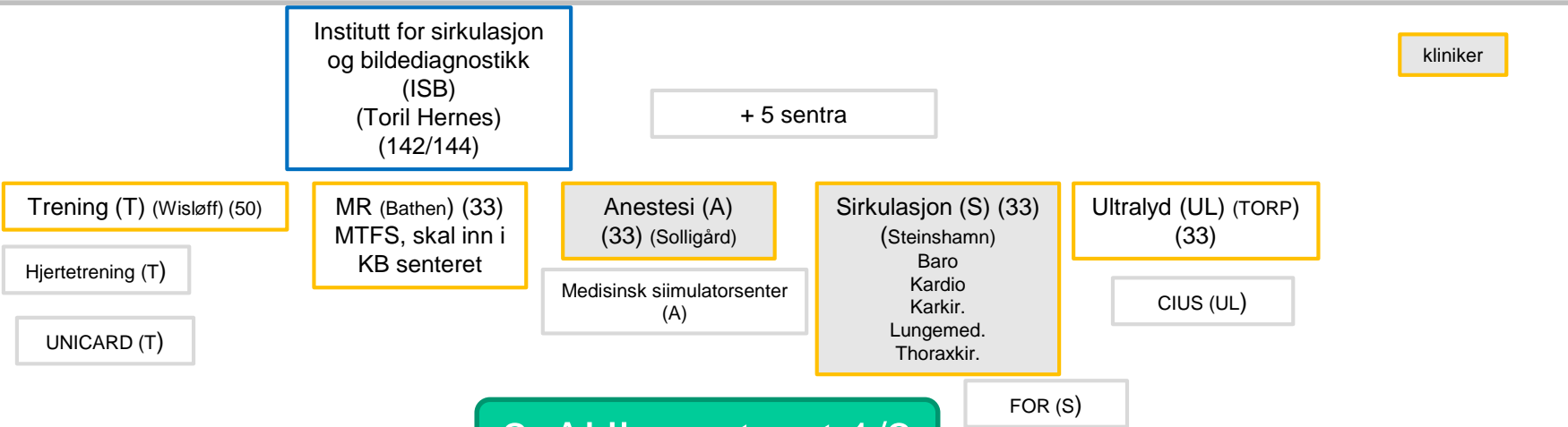
Avd. for nevrologi og klinisk neurofysiologi

Avd. Ryggmargskade

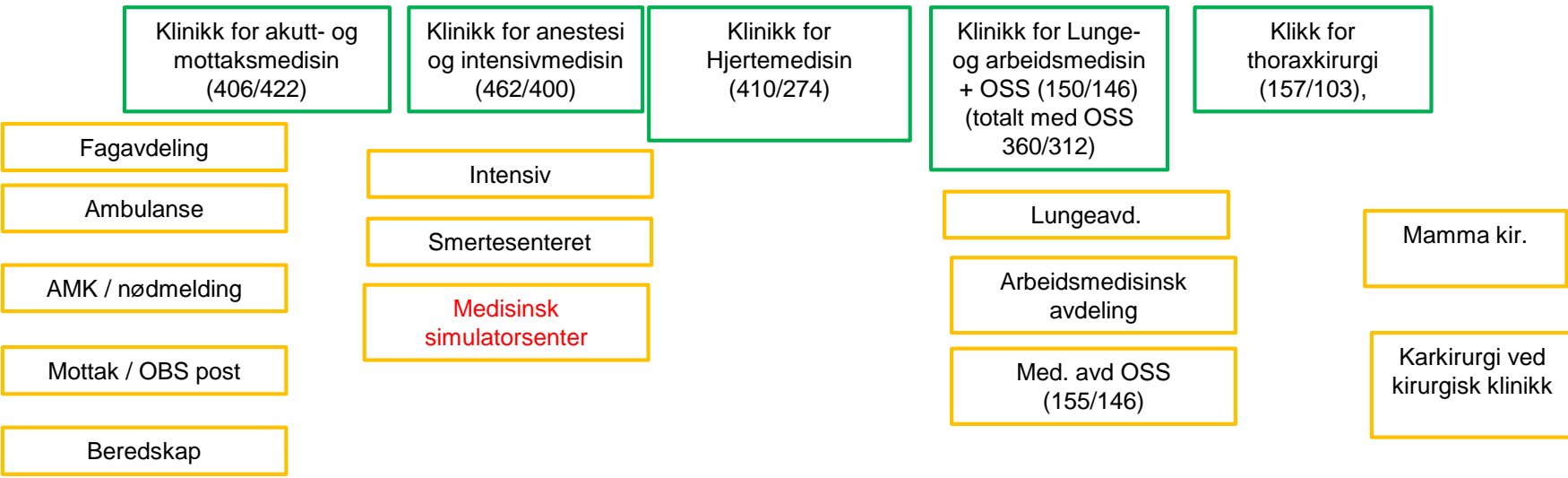
Avd. fore Ervervet hjerneskade

Avd. for Tverrfaglig ryggpoliklinikk

Avd. For Hjerneslag (40/42)
Avd. for Geriatri (41/42)?
Medisinsk klinikk



2. AHL-senteret 1/3



Institutt for
Laboratoriemedisin,
barne- og
kvinnesykdom. (ILBK)
(79/78)

Anatomi, patologi og
rettsmedisin (S. H. Torp)
(17)

- EM lab.
- Cellelab.
- Histologilab.
- Anatomi-enhet

Gyn. / Obs. (13) (Vanky
/ Hagemann)

- Enhet for fertilitet
- Fostermedisin
- Gynekologi- cancer
- Gynekologi generell
- Obstetikk

Pediatri (23) (Henrik
Døllner)

CEBRA – senter for tidlig
hjerneutvikling

Lab. medisin (25). (Frank
Skorpen)

3. Kvinne-/barnsenteret 1/3

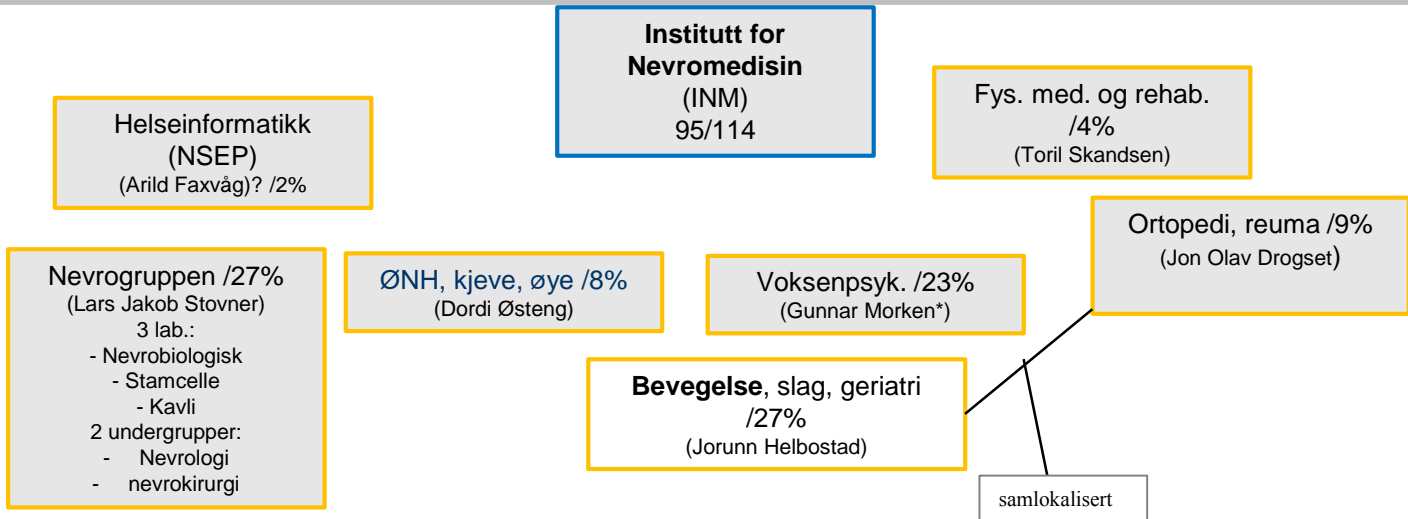
Barne- og
ungdomsklinikken
(451/409)

Kvinneklubben
(426/339)

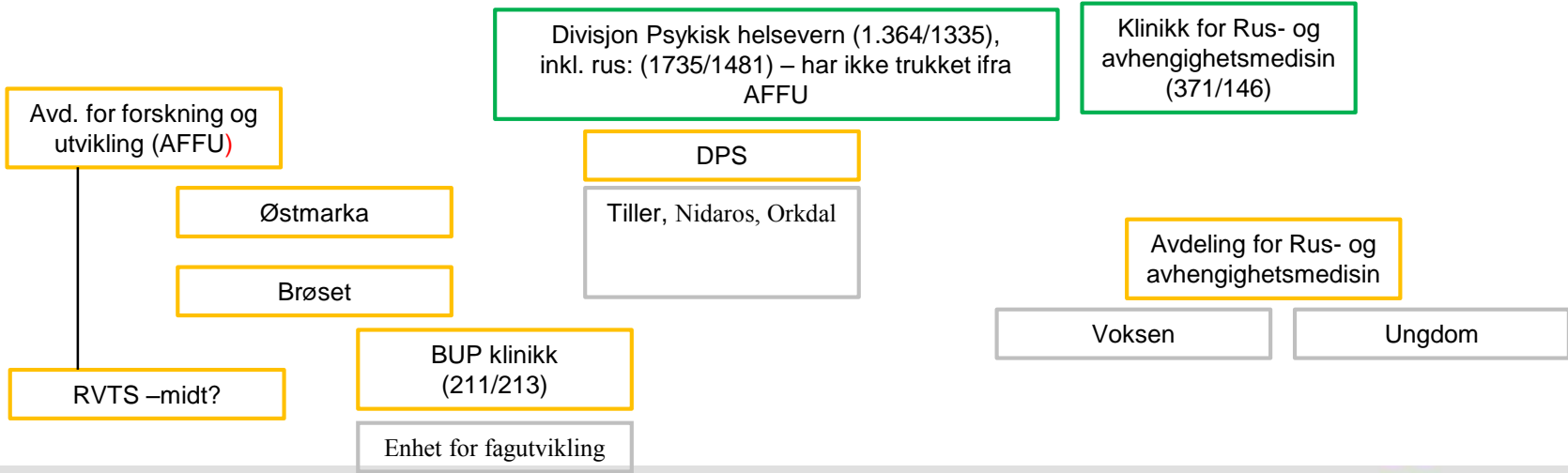
Barneortopedi og
Barnekirurgi

Fødeavdelingen

Gynekologisk avdeling

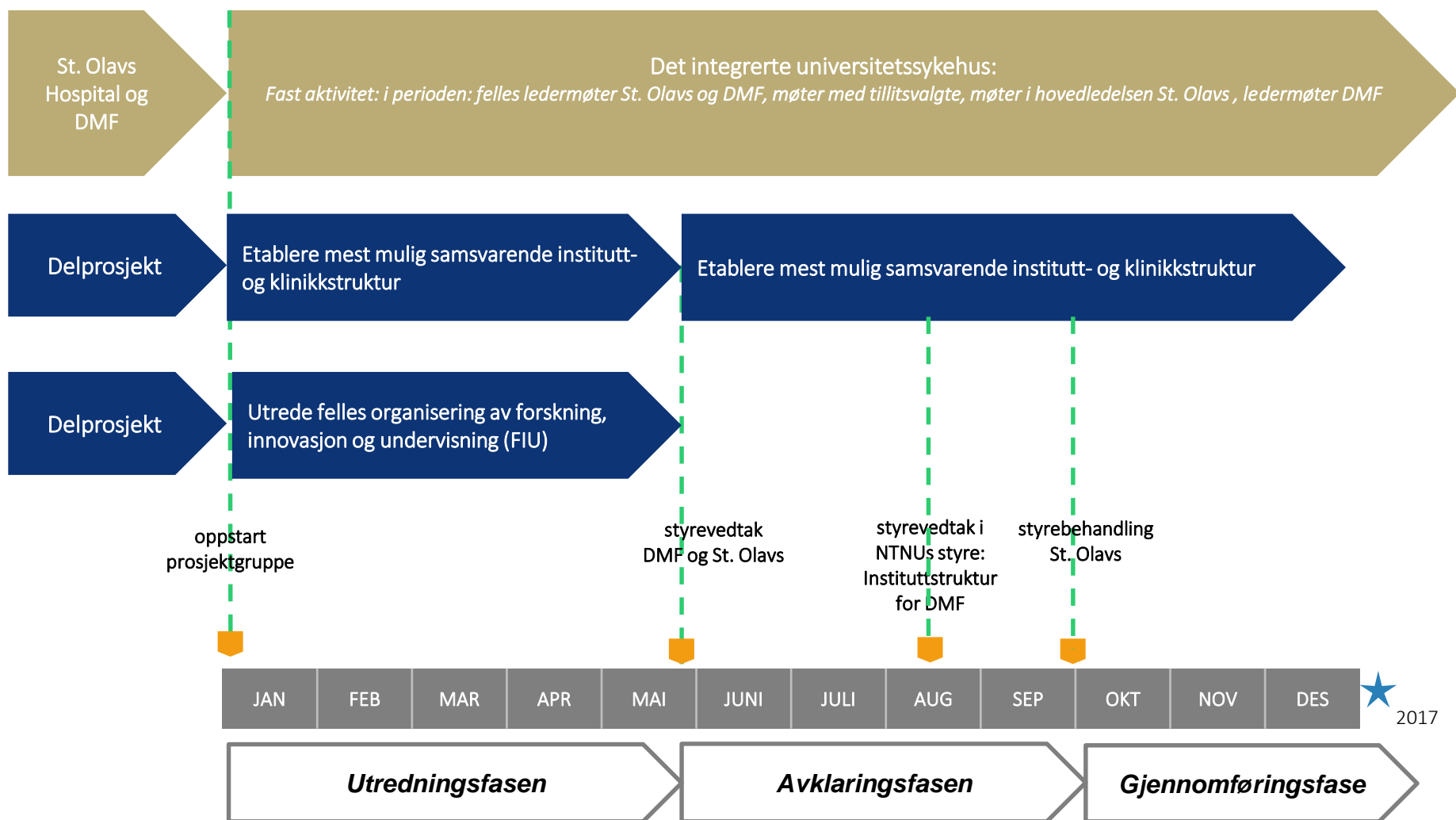


4. Senter for psykisk helse 1/3



Prosjekt: «Det integrerte universitetssykehus»

Tidslinje



Delprosjekt 3:

Mest mulig samsvarende klinikk- og instituttstruktur

- Svært sprikende meninger



Per Borten 1969
Norges statsminister

«Vi arbeidet hardt, men hver gang det begynte å fungere, ble nye planer om omorganisering iverksatt. Jeg lærte meg senere i livet at vi er tilbøyelige til å møte hver ny situasjon gjennom omorganisering, og jeg lærte også hvilken vidunderlig metode dette er til å skape illusjon om fremgang, mens det i virkeligheten forårsaker kaos, ineffektivitet og demoralisering.»

-Gaius Petronius, som etter et langt liv som tjenestemann i keiser Neros administrasjon, døde i år 66 e.Kr

This is the end!

