

Dekanens orientering

Fakultetsstyret 110620

Utdanning

- Nye studieplasser



NTNU



Ifølge liste

Deres ref

Vår ref

Dato

20/2410-1

24. april 2020

Økt studiekapasitet fra høsten 2020 - invitasjon til å foreslå tildeling av midler til studieplasser

Innspill om økning fra MH til rektor

- Medisin: økning med 40 studieplasser (175 totalt)
- Sykepleie bachelor med 35 studieplasser
 - Trondheim 20, Ålesund 15.
- ABIOK (intensiv) økning med 25
 - Trondheim 15, Ålesund 10.
- Helsesykepleie: Helsesykepleier økning med 10
 - Trondheim 5, Ålesund 5.

Revidert nasjonalbudsjett 2020, kap. 260, post 50. Foreløpig supplerende tildelingsbrev - økt studiekapasitet og flere rekrutteringsstillinger høsten 2020

Institusjon	Medisin	Veterinær	Psykologi profesjon	Farmasi profesjon	Musikk- terapi	Bio- medisin	Klinisk ernæring	Sykepleie	Videreutd. sykepleie	Andre helse- og sosialfags- utd.
Høgskolen i Innlandet								15		
Høgskolen i Molde								10	10	30
Høgskolen i Østfold										25
Høgskolen i Volda										20
Høgskulen på Vestlandet								20	15	46
Høyskolen Kristiania										5
Lovisenberg diakonale høgskole								30	15	
Nord universitet								20	7	43
Norges miljø- og biovitenskapelige universitet		20								10
Norges musikkhøgskole					10					
Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet	20		4					35	35	20
OsloMet						10			33	93
Universitetet i Agder										6
Universitetet i Bergen	20		13	5	4	5	5			10
Universitetet i Oslo	20		2	10						20
Universitetet i Stavanger								30	25	40
Universitetet i Sørøst- Norge								40	25	50
Universitetet i Tromsø	20		5					10		42
VID vitenskapelige høgskole								40	35	40
Totalsum	80	20	24	15	14	15	5	250	200	500

Rekrutteringsstillinger (ph.d)

- Vi spilte inn 25
- Tildelt 7

Utdanning

- Praksis
- Eksamen
- Uteksaminering
- Studiestart
 - Samarbeid med linjeforeningene rundt arrangementer ved studiestart
 - Immatrikulering
 - Utveksling avlyst høsten 2020, våren 2021?
 - «Halvdigital undervisning»

Alle studenter skal ha fysisk undervisning
(unntak internasjonale studenter)

Forskning/innovasjon

- Helseinnovatørskolen
 - initiativ fra Universitetet i Oslo, NTNU og Karolinska Institutet har fått en ny partner i København universitet, og sikret seg finansiering videre gjennom Novo Nordisk Foundation
- Student-innovasjon-lab og organisasjon DRIV
 - var godt i gang før covid-19-lockdown med flere workshops, hackaton, inspirasjons-forelesningsserie og mange nye medlemmer (både ansatte og studenter fra både MH og mange andre fakultet samt HMN, St.Olavs og næringsliv)
- Disputaser
 - Gode erfaringer med digitale disputaser på Zoom og Panopto
 - Kun et par som er utsatt til høsten
 - Planer om videre digitale disputaser også til høsten (avklares med rektor)

Forskning/innovasjon

- Phd forlengelse kan søkes hvis løpet er påvirket av Covid-19
 - Retningslinjer for dette fra NTNU. Instituttene må avklare individuelle søknader
- Forskningstermin
 - Som hovedregel i Norge
 - Utenlandsopphold kan gjennomføres hvis trygt
 - Ikke utløse irreversible kostnader
- Er forskning nå «på normalen?»
 - på vei mot normalen uten at vi er der helt ennå
 - folk gradvis tilbake på jobb- noen ruller for å sikre drift innenfor smittevernregler
 - bekymring er at det over tid er uheldig at ikke fagmiljøene er samlet
 - Godt samarbeid med helsetjenesten – det integrerte universitetssykehuset.

Seksjonssjef økonomi

- Bente Sollie sluttet
- Surur Taso – fungerende
- Stillingen er utlyst: frist 20/7

HR

Hjemmekontor

- normen for de fleste siden mars, men høsten legger opp til mer fysisk kontor.
- Vi mister mye med ikke å være fysisk sammen, men må ta med oss de beste erfaringene med å bli digitale
 - mange møter oppleves mer effektive, målrettet
 - ledere er enklere å få tak i
 - mange av arbeidsoppgavene løses raskere når man får mer fokus og ro hjemmefra

HR

Oppfølging ansatte under korona

- fakultetets ledelse (IL, kontorsjefer, faggruppelidere, seksjonsledere mm) har hatt fokus på å ivareta ansatte hjemme
 - arrangere sosiale digitale samlinger
 - tett oppfølging med enkelte "utsatte" medarbeidere
 - lagt til rette for at de som har hatt behov for å sitte fysisk på campus har hatt anledning til det
 - studenter og ansatte har hatt tilbud om å kontakte bedriftshelsetjenesten.
- Det merkes en økende slitasje blant ansatte, åpning av campus kan virke mer krevende enn hva nedstengingen har vært pga all planleggingen og tilretteleggingen som må gjøres med smittevern etc.

Klinisk forskningsstøtte KlinFORSK Instituttledermøte MH 02062020

Kari Risnes

Leder Klinisk Forskningsenhet St Olav/NTNU

Overlege og Førsteamanuensis

KLINFORSK

Klinisk forskningsenhet Midt-Norge

KLINFORSK

Hvorfor en slik enhet?

Bidra til at Midt-Norge kan være ledende innen klinisk forskning- fokuset på styrket klinisk forskning er nasjonalt (HOD NFR EU)

Hva skal vi gjøre for hvem

Tilby forskningsstøtte av høy kvalitet for kliniske studier for forskere i NTNU og helseforetakene i Midt-Norge, en tjenestetilbyder, men også mulighet for å være et kompetansesenter

Hva kan vi bidra med?

- Støtter planlegging: Hos oss kan alle som ønsker å gjennomføre en klinisk studie søke råd slik at idé kan bli til prosjekt (metode, protokoll, søknad)
- Støtter gjennomføringen av en klinisk studie (koordinering, økonomi, monitorering, statistikk, dataløsninger, databehandling)
- Kompetansesenter: Bidra i metodeutvikling, infrastrukturutvikling

Regional Klinisk forskningsstøtte for HMN og NTNU: vedtatt i 2016, men en lang vei.....

Mandat høst 2018:

Skal bestå av Enhet for anvendt klinisk forskning(AKF) ved MH fakultetet og Forskningsstøttekontoret ved St Olavs Hospital.

CTU er organisatorisk underlagt FIU direktør (NTNU og St Olav)

Enheten skal:

- Bidra til å øke antall og kvalitet på kliniske studier i regionen
- Bidra forskere med å sikre høy kvalitet i alle ledd i kliniske forskningsprosjekter
- Muliggjøre kostnadseffektiv utvikling av spesialkompetanse innen forskningsstøtte i regionen og delta i nasjonale og internasjonale nettverk
- Videreutvikle integrasjonsarbeidet og det regionale partnerskapet innen forskning og forskningsstøtte



Vi spesifiserte vårt mandat og hva vi heter

- Vi er noe utover en CTU. Norges fremste CTU?



- Akademisk og klinisk (NTNU og St Olav)
- Vi er fremragende innen klinisk forskning er første punkt i MH sin strategi 2018-25
- Oppdraget vårt: Enhetens hovedoppgave er å tilby og videreutvikle forskningsstøtte for alle faser av kliniske studier av høy kvalitet for forskere i Helse Midt- Norge og NTNU

Klinisk forskning, kliniske studier=clinical trials + clinical studies

Clinical trials and studies

Clinical trials assess new treatments, technologies or methods, whilst other clinical research studies help better understand health and specific conditions.

- Vi er en regional enhet
- En kompetanseenhet og en tjenesteenhet/støtteenhet



KLINFORSK

Clinical Research Unit Central Norway

HELSE MIDT-NORGE

NTNU

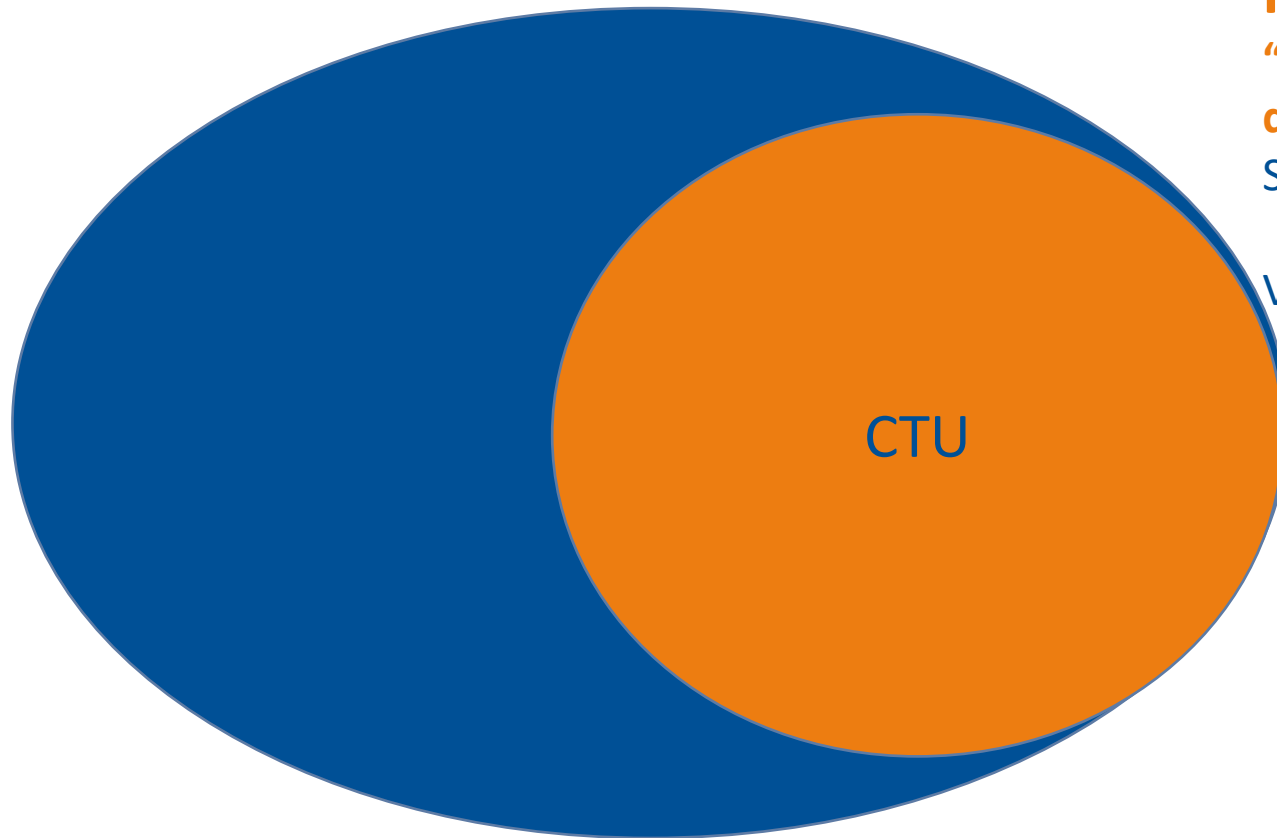
ST. OLAVS HOSPITAL
TRONDHEIM UNIVERSITY HOSPITAL

NTNU

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

KLINFORSK

Vi er mer enn en CTU



Hva er en CTU:

“CTU: working with investigators and clinicians to design and deliver high quality clinical research.”

Spesifikt satt opp for kliniske utprøvinger

Vanlige funksjoner:

Studiedesign/Protokoll/søknader

Statistikk

Monitorering

Datahåndtering

Økonomi/budsjettering

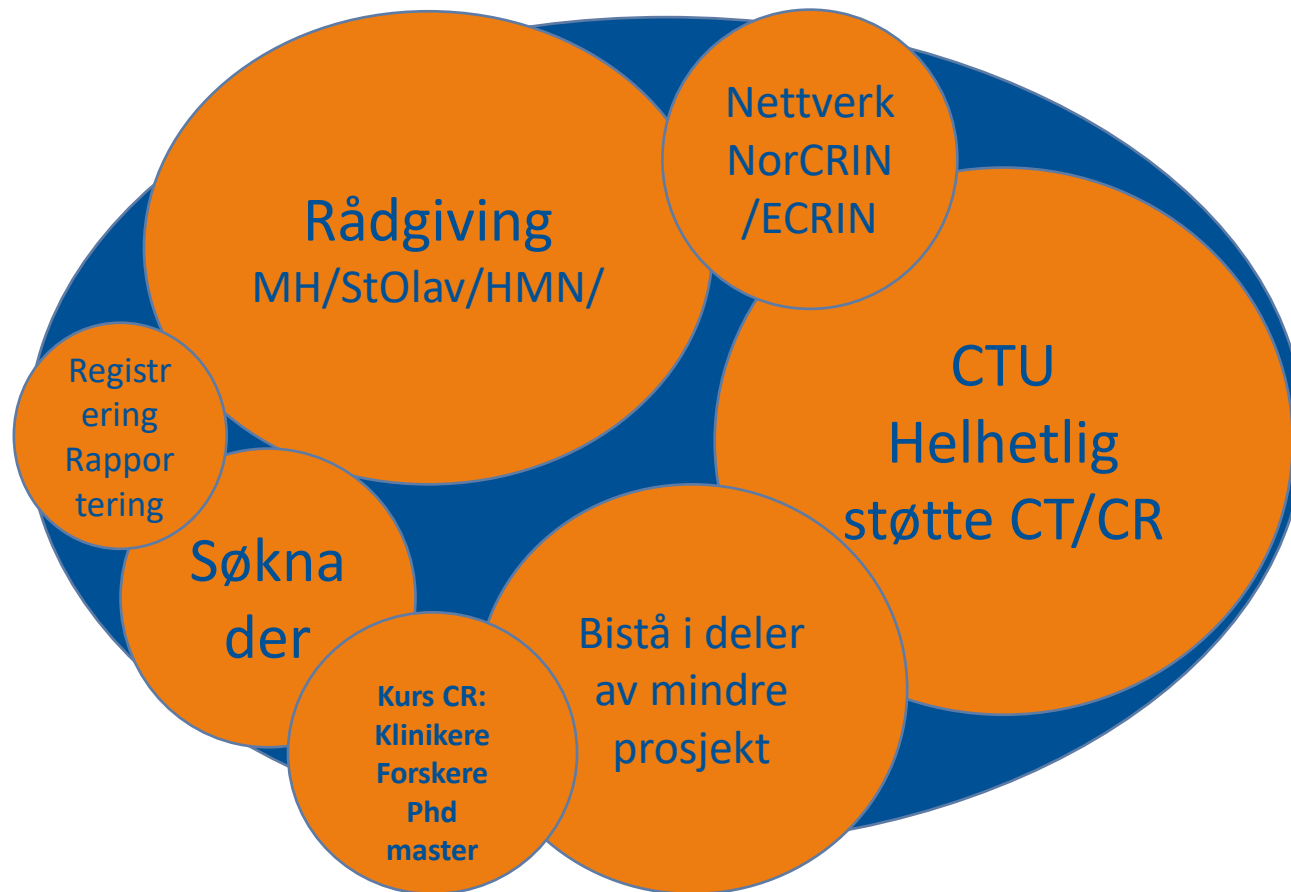
Industrien (LM/MU) bruker CTU eller CRO

Som gjør det samme som en CTU, men er privat)

KLINFORSK= CTU+

- Vi vil i tillegg bygge på det unike regionale samarbeidet mellom universitet og foretak
 - Akademisk kompetanse
 - Støtte opp all pasientnær forskning
 - Bygge på kompetansen vi har fra befolkningsstudiene (HUNT o.a)

Vi er mer enn en CTU

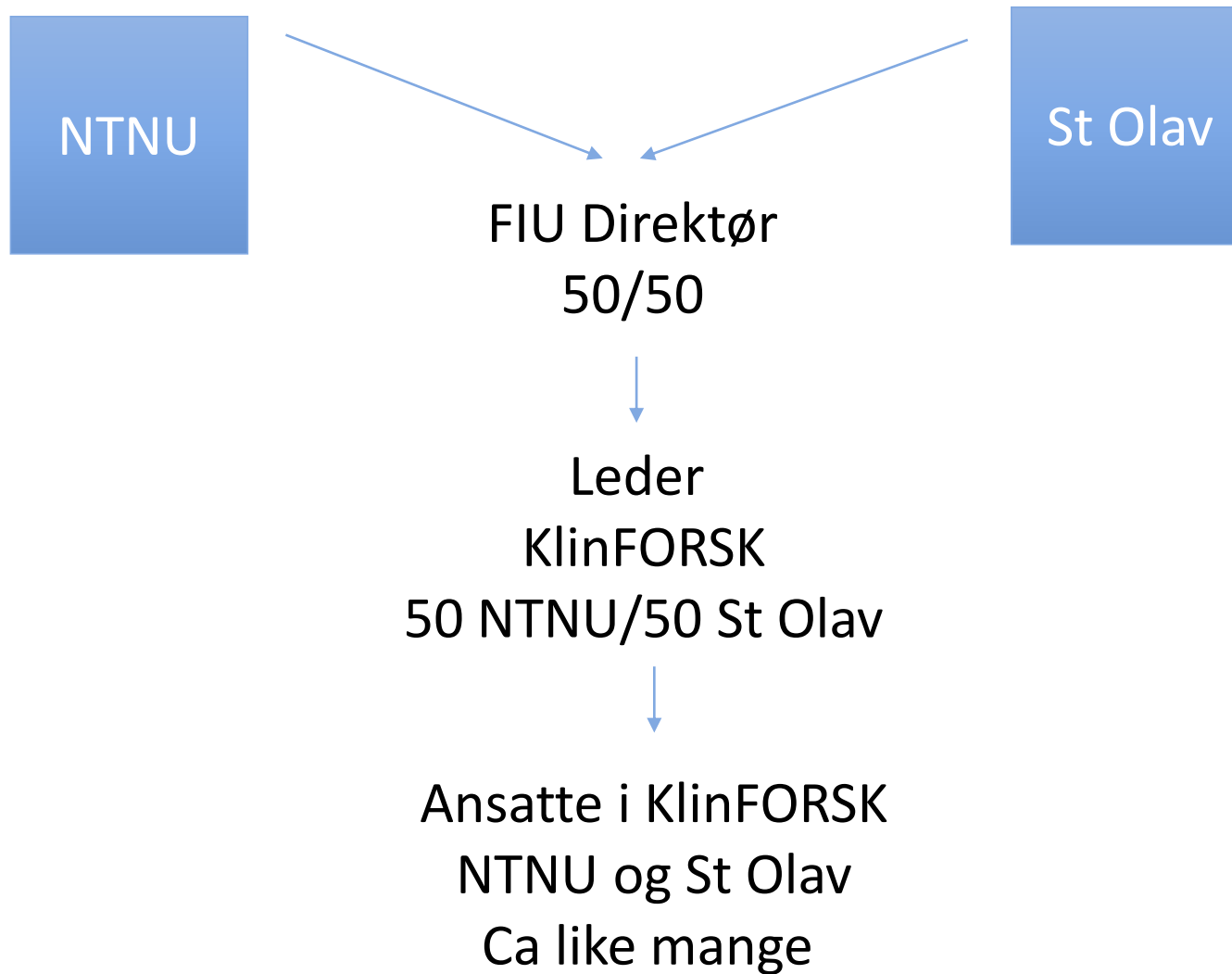


CT=Clinical Trial
CR=Clinical Research

Styrket forskningsstøtte spesielt for klinisk forskning: topp og bredde

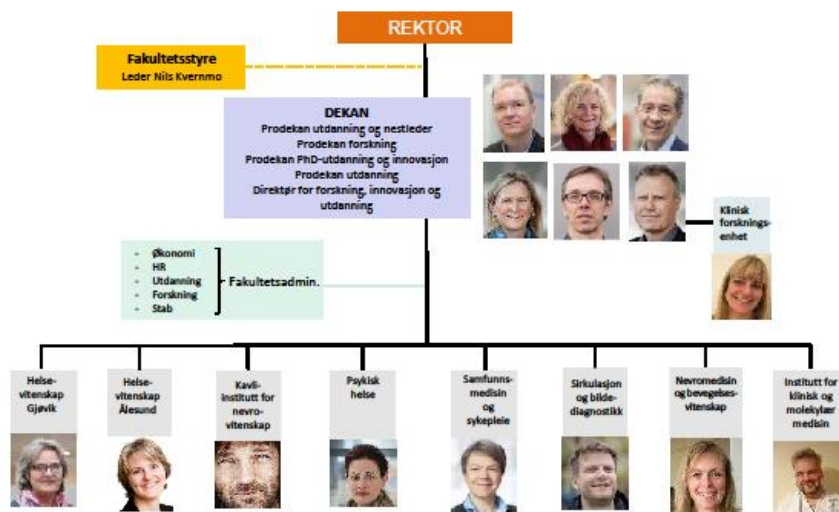


Integrasjon-sterkere sammen



Integrasjon-sterkere sammen

NTNU MH-St Olav



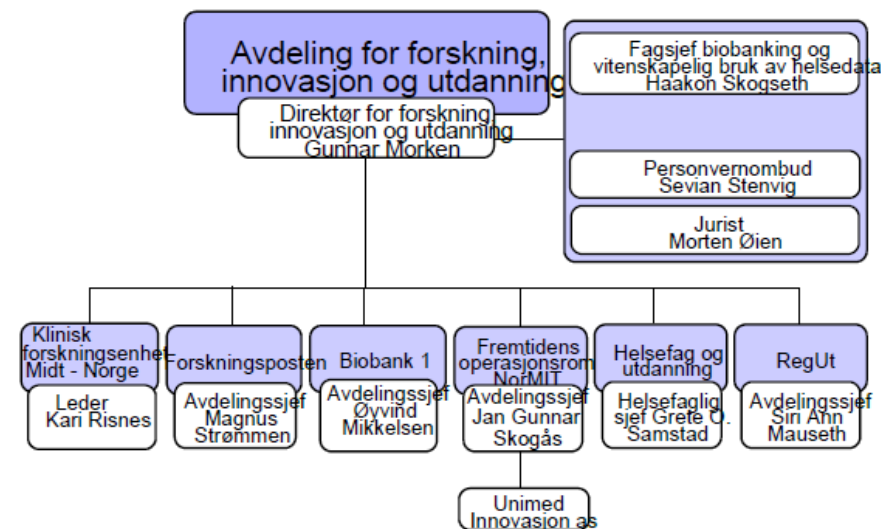
Avdeling for forskning, innovasjon og utdanning- organisasjonskart

Avdeling for forskning, innovasjon og utdanning- organisasjonskart

Forfatter: Gunnar Morken Gyldig fra: 02.07.2019

Revisjon: 3.1 Godkjent av: Merete Blokkum

Revisjonsfrist: 01.07.2021 ID: 25413



KLINFORSK

Hva gjør vi- 5 faggrupper

3 vitenskapelige + 0.5
St Olav rådgiver statistikk

Statistikk

Rådgivere

Databaser
Web crf
E forsk

Monitorering

Nasjonal NorCRIN og
internasjonal ECRIN
infrastruktur

Prosjektleder
Sekretariatsleder
Ecrin representant

Protokollutvikling /
studiedesign
/søknader
Regelverk/lokale
prosedyrer

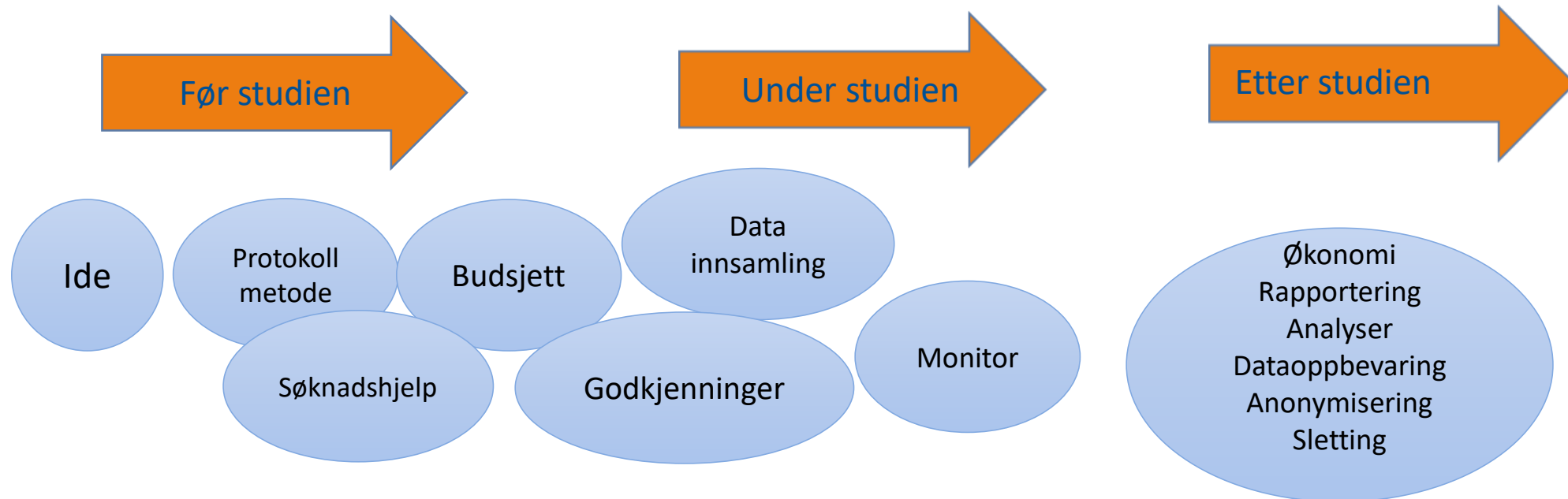
Økonomisk
rådgiving/
prosjektøkonomi

Prosjektkoordinering /
oppstartshjelp
for kliniske studier

Drift, programmering,
brukerstøtte web crf +
brukerstøtte e forsk
Fra 2020: datahåndtering, ny
stilling fra HMN

Mål: Gjøre forskningsstøtte lettere tilgjengelig for forskerne

- Viktig å forenkle veien inn til forskningsstøtte for forskerne
 - Vi har etablert en vei inn til KlinFORSK for alle tjenester
 - Fremover: Ønsker vi oss en mer koordinert vei inn til forskningsstøtten på MH/St Olav(?)



Viktige utviklingsområder/tidstrender i klinisk forskning

1. Kvalitet, unngå «research waste»
2. Studiene vil kunne og skal gå raskere å gjennomføre
 1. Personalized medicine, parallelle studier, big data
 2. Harmoniserte protokoller, nettverksstrukturer

Feile konklusjoner i kliniske studier kan forårsake stor skade:
Etikk, forskningen, medisinsk praksis

Kvalitet i kliniske studier- «uninformative Clinical Trials»?

- Flere studier?
- Eller bedre studier, som besvarer de viktige spørsmål, med en plan som gir resultat vi kan stole på?
- Kvalitetssikring av:
 - Forskningsspørsmål/nytte
 - Design
 - Gjennomførbarhet
 - Integritet/transparens
 - Rapportering

VIEWPOINT

Deborah A. Zarlin, MD
Multi-Regional Clinical
Trials Center, Harvard
Medical School,
Cambridge,
Massachusetts.

Steven N. Goodman,
MD, MHS, PhD
Stanford University
School of Medicine,
Stanford, California.

Jonathan
Kimmelman, PhD
Biomedical Ethics Unit,
McGill University,
Montreal, Quebec,
Canada.

 Supplemental
content

Harms From Uninformative Clinical Trials

Individuals who enroll in clinical trials do so with the belief that their participation will help to advance medical science. However, many trials are designed, conducted, and reported in ways that stymie this objective, a problem that can be called “uninformativeness.” From the perspective of researchers, this is a form of research inefficiency.¹ But from the perspective of participants, preventable uninformativeness is a serious breach of trust and a violation of research ethics.

An uninformative trial is one that provides results that are not of meaningful use for a patient, clinician, researcher, or policy maker. The following are necessary conditions for a trial to be informative (eTable in the Supplement): (1) the study hypothesis must address an important and unresolved scientific, medical, or policy question; (2) the study must be designed to provide meaningful evidence related to this question; (3) the study must be demonstrably feasible (eg, it must have a realistic plan for recruiting sufficient participants); (4) the study must be conducted and analyzed in a scientifically valid manner; and (5) the study must report methods and results accurately, completely, and promptly. Trials that do not meet all of these conditions are very likely to be uninformative.

Scholars of clinical research have identified many of these problems, labeled them as ethically questionable, and called for change.^{2,3} Nevertheless, recent studies have shown a continued high prevalence of

provides justification for asking people to participate in clinical research.⁶ Second, the spirit of informed consent is not met when patients enroll in trials expecting to contribute to medical progress when it is manifestly unlikely. The coexistence of uninformative trials alongside informative ones, even in the same medical center, makes it very difficult for prospective participants and their advisors to make fully informed decisions about trial participation. Third, uninformative trials divert participants, researchers, and other resources from other endeavors, including more informative trials. Fourth, uninformative trial reports compete for the limited attention of physicians or policy makers, who might not detect the design flaws and may draw invalid inferences.

Strong incentives to conduct research along with inadequate research training promotes the initiation of uninformative trials. These trials can survive the many layers of review and oversight because no oversight mechanism assesses all 5 elements of informative trials. For example, while ethics committees are instructed to assess risk/benefit, they do not typically assess scientific merit beyond that needed to justify risk. As pointed out by Altman,² assessment of study value requires more expertise than simple assessment of study validity, and many review bodies lack the time, expertise, motivation, or charge to do that. Funders presumably consider scientific merit, but frequently do

not review the full trial protocol and thus cannot identify critical design or operational details that could render the study uninformative. Quality of reporting cannot be directly addressed

Uninformative trials present a challenge to ethics, science, and medical practice.

trials that fail 1 or more of the necessary conditions, despite current funding, review, and reporting processes (eTable in the Supplement). For example, a 2013 systematic review of otitis media had to exclude 24 of 96 eligible trials because of an excess “risk of bias.”⁴ If a randomized trial is judged to be so biased that it cannot be included in a systematic review, then participants in that trial effectively made no contribution to science. Similarly, a review of the largest unreported trials registered in ClinicalTrials.gov identified 67 trials that had no results reported in the public domain a median of 9 years after completion, effectively minimizing the contributions of more than 87 000 participants.⁵ Subtle examples are trials that unnecessarily addressed settled questions, which added no new knowledge, or trials that use very short-term outcome measures to assess treatments for long-term illness, rendering the trial findings misleading or irrelevant for clinical decision-making.

Uninformative trials present a challenge to ethics, science, and medical practice. First, such trials do not fulfill the well-established principle of social value that

prior to study initiation, and funders typically do not consider past actions or current reporting processes when considering a new study.

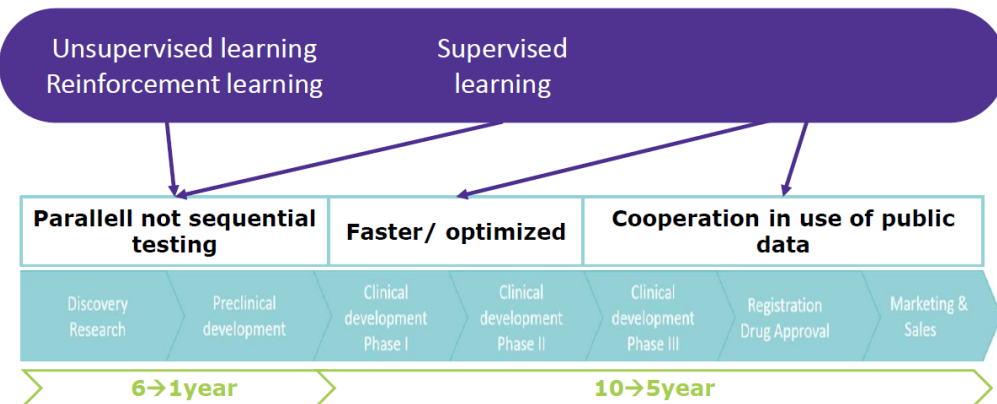
Trials without any external funding may be at particular risk for being uninformative. As of March 18, 2019, there were 9484 open clinical trials registered in ClinicalTrials.gov that were enrolling over 5 million US participants and had no evidence of external funding. Unless academic medical centers (AMCs) and other groups that sponsor research, such as independent research organizations, have their own review infrastructure, there is no assurance that these trials had any independent scientific review. Independent scientific review alone is not sufficient, but is one mechanism for identifying correctable design flaws and determining whether the question being posed is unsettled and answerable by the trial.¹ AMCs and funders also have a mixed record for assuring results reporting for trials they fund or sponsor. Reviews in the past 5 years have found that only about half of nonindustry trials have publicly reported results, and the US Food and Drug Administration Amendments

Corresponding
Author: Jonathan
Kimmelman, PhD,
Biomedical Ethics Unit,
Department of Social
Studies of Medicine,
McGill University, 3647
Peel St, Montreal, QC
H3A 1X1, Canada
(jonathan.kimmelman
@mcgill.ca).

Kliniske studier for fremtiden: «Real world evidence» og «Big data»

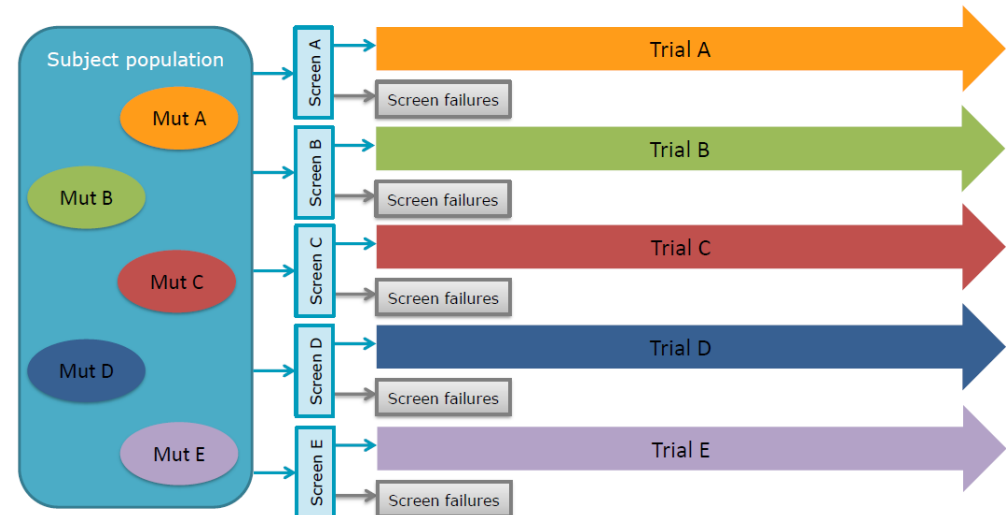
Key words: parallel studies, selected patients, shorter time, personalized medicine

Artificial intelligence in medicine

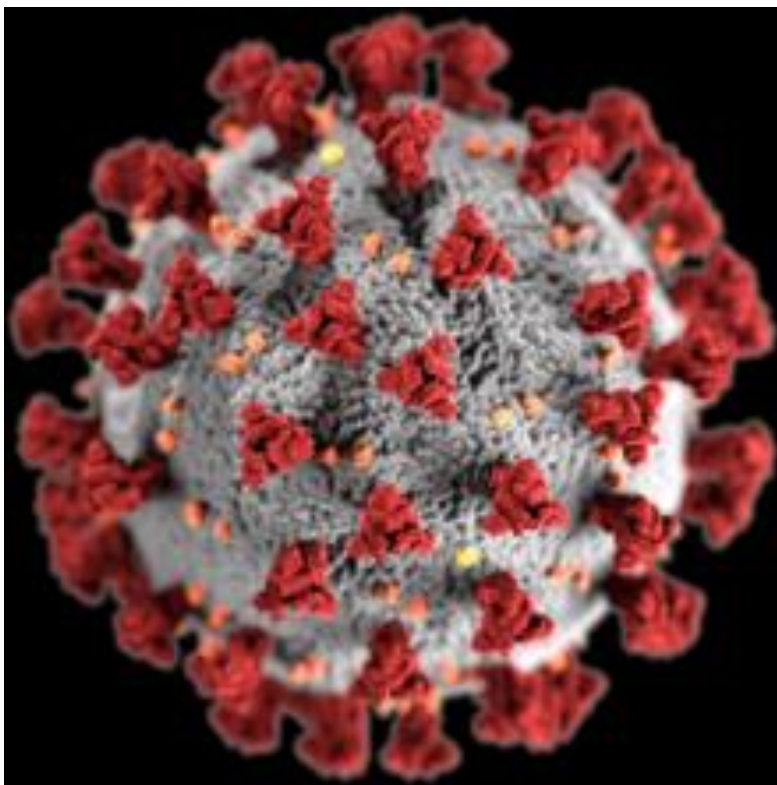


Current development:

→ Several smaller trials with fewer patients, that can be run separately...



Covid 19: et ekstremt viktig insitament for fortgang i fremtidens studier



Første fase, konvensjonelle studier

- Koordinering
- Harmonisering
- Deling

Neste fase:

Stratifisering, basert på biologiske markører, genetikk, kliniske forløp



NTNU

Kunnskap for en bedre verden



Status – revidert viderefordelingsmodell (VFM)

1. Prosessen for revidering av VFM så langt
2. Medvirkning og forankring

Proessen for revidering av VFM så langt

Styrevedtak 16.04.20, sak 05/20:

Før fordeling til instituttene:

- Fullfinansieres fakultetsnivået.
- Øremerkede midler og særfinansiering skjermes for fordeling
- Resterende beløp fordeles mellom instituttene etter en
 - Basiskomponent
 - Resultatkomponent
- Fakultetsstyret vedtar at fakultetsandelen avvikles
- Endelige forslag til viderefordelingsmodellen må sikre alle enheter en bærekraftig økonomi

Fakultetsnivået	
4 % fakultets handlingsrom	
Øremerkede midler	
Særfinansiering	
Instituttnivå	
basis (residual)	resultat (indikatorer og vektning som i RFM)

Proessen for revidering av VFM så langt

Premisser for revidering av VFM er som følger:

- VFM modellen til MH skal ha de samme prinsipper som NTNUs RFM benytter for finansiering av fakultetene
- Modellen skal gi en fordeling i 2021 som er bærekraftig for alle institutt
- Modellen skal gi en balanse mellom trygghet (basis) og incentiver (resultat)

Medvirkning og forankring

- Styringsgruppen - instituttledere
 - basert på innspill og føringer vil utvalget utarbeide et dokument som beskriver den overordnede modellen og hver av elementene i modellen på et tilstrekkelig detaljert nivå.
 - Utvalget planlegger minst to møter med styringsgruppen for å diskutere endelig forslag til revidert viderefordelingsmodell
- LOSAM – utvalget melder saken til LOSAM møte i forkant av styremøte, for å få innspill og godkjenning
- Styremøte – saken tas opp i styremøte 17.09.20. for å vedta revidert VFM modell

Handlingsplan MH-fakultetet

Status 1. tertial 2020

Fakultetsstyret MH 11.06.20

Status tiltak handlingsplan

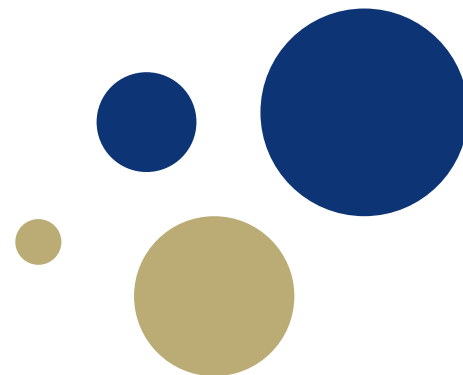
- I hovedsak i rute
- Noen tiltak forsinket grunnet Covid19
- Noen tiltak vurderes utsatt til 2021
- Forsinkelser har ikke store konsekvenser for kostnader/inntekter

Søkertall 2020

- MH har en sterk økning i søkertallene i 2020
- Totalt er det 4632 søkere som har et av MHs bachelorprogram eller medisinstudiet som sitt førstevalg
- Økning på 652 primærsøkere (+16,4%) fra 2019
- Bachelor i sykepleie nedgang i 2019 – reversert – økning i primærsøkere på 21 %
- Medisinstudiet har økning i antall primærsøkere (34%)
- Bachelor i vernepleie har økning på 9%
- Øvrige studieprogram har liten nedgang eller ingen endring
- Domineres av kvinnelige søkere

Publikasjonspoeng 2019

	2017	2018	2019
Publikasjonspoeng	814,2	855,3	889,6
Nivå 2	22%	20%	20,3%
Antall publikasjoner	1231	1258	1387



Risikovurdering MH-fakultetet

Fakultetsstyret 11.06.20

Overordnet vurdering



- God oversikt over status ved virksomheten
- God dialog med studenter og ansatte
- Hyppige møter med ledergrupper og LOSAM
- Hyppige møter i beredskapsledelsen
- Fortløpende endringer i tiltak og rutiner basert på oppdaterte retningslinjer og tilbakemelding fra enhetene
- Har hatt som mål å minimere negative konsekvenser for studenters progresjon og læringsmål, og ansattes arbeidsoppgaver og arbeidsmiljø.

Risiko

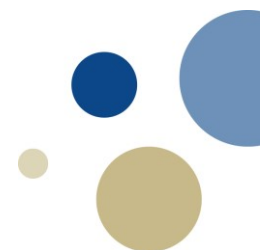
- Scenario

- Smitteverntiltak videreføres
- 1 meter avstand
- Fortsatt utstrakt bruk av hjemmekontor

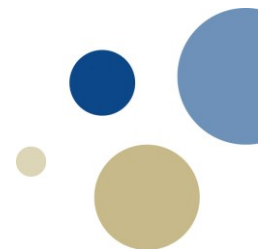
(Scenario vil endre seg og risiko og konsekvens vil således endre seg tilsvarende)

- Risiko vurdert i hovedkategorier

- Helse hos ansatte og studenter
- Forskningsaktivitet og forskningskvalitet
- Utdanningsaktivitet og utdanningskvalitet
- Arbeidsmiljø
- Læringsmiljø
- Økonomiske rammer



Tiltak

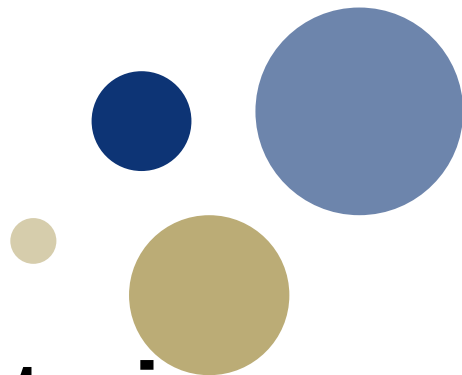


- Viktigste tiltaksområder
 - Ledelse
 - Dialog med helsetjenesten og viktige samarbeidspartnere
 - Rutiner for, og kunnskap om smittevern
 - Digitale verktøy
 - Rutiner for, og fokus på økonomikontroll



NTNU

Kunnskap for en bedre verden



Økonomi – 1. Tertial rapportering

1. Risikovurdering – tre forhold
2. Regnskap 1. tertial 2020
3. Prognose 2020
4. Økonomiske konsekvenser coronavirus

Risikovurdering

- Kjernefasiliteter
- Bidrag og oppdragsfinansiering og forskningsaktivitet
- Gjennomføring av praksis i studiene



Regnskap 1. Tertial 2020

Ramme	IB	Års budsjett	Budsjett hittil	Regnskap hittil i år	Budsjettavvik hittil i år
RD	-55 397	-852	15 279	3 765	11 513
RSO	-17 546	13 706	8 663	10 326	-1 663
Totalt	-72 943	12 854	23 942	14 092	9 850

Driftsramme (RD)

- Noe økt bevilgning
- Lavere aktivitet og overføring fra eksternfinansiert virksomhet
- En større overføring var periodisert senere på året
- Økte investeringskostnader
- Mindre lønnskostnader enn budsjett
- Mindre forbruk på drift

RSO

- Tildelingen for innkjøp av maskin periodisert, kostnaden betalt i sin helhet.

Prognose for 2020

Ramme	IB	Årsbudsjett	Prognose	Prognose UB	Budsjett avvik ved prognose	Prognostisert budsjettavvik relatert til korona	Øvrig prognostisert budsjettavvik
RD	-55 397	-852	-8 383	-63 780	7 531	-880	8 411
RSO	-17 546	13 706	11 238	-6 308	2 468	324	2 144
	-72 943	12 854	2 855	-70 088	9 998	-556	10 554

- Prognose (samlet kr. 10 mill.)
 - bevilgningsramme er kr. 7,5 mill. bedre enn budsjett
 - strategi- og omstillingsmidler er kr. 2,5 mill. bedre enn budsjett
- kr. 0,6 av bedre resultat skyldes de økonomiske konsekvensen av korona

Økonomiske konsekvenser av coronavirus

1. Forlengelse ph.d.	2. Utvikling av lønns kostnader	3. Reduksjon av investering/ drifts kostnader	4. Andre corona relaterte kostnader	5. Andre inntektsbortfall	7. Samspill BOA BFV	Sum økonomiske konsekvenser coronavirus
634	21	-17 248	1 126	9 727	5 184	-556

- Forlengelse ph.d. gir liten effekt i 2020, men kan gi større effekter i neste 3-4 år
- Utvikling av lønnskostnader gir ingen effekt, det er tatt høyde for 2% lønnsvekst, effekter av 2019 lønnsoppgjør og rammer for ikke brukt ferie
- Reduksjon av investering/drift gir store effekter:
 - kr. 4,9 mill. mindre reisekostnader,
 - kr. 1 mill. økt investering,
 - kr. 13,4 mill. mindre øvrige driftskostnader

Økonomiske konsekvenser av coronavirus

1. Forlengelse ph.d.	2. Utvikling av lønns kostnader	3. Reduksjon av investering/ drifts kostnader	4. Andre corona relaterte kostnader	5. Andre inntektsbortfall	7. Samspill BOA BFV	Sum økonomiske konsekvenser coronavirus
634	21	-17 248	1 126	9 727	5 184	-556

- Andre korona relaterte kostnader som er knyttet til studentkostnader og tilrettelegging for digital undervisning er forventet å gi kr. 1,1 mill. i økt forbruk
- Andre inntektsbortfall skyldes mindre aktivitet i leiested/kjernefasiliteter
- Inntektene fra ekstern finansiert virksomhet er forventet å være kr. 5,1 mill. lavere. Dette er grunnet en forventet lavere aktivitet.