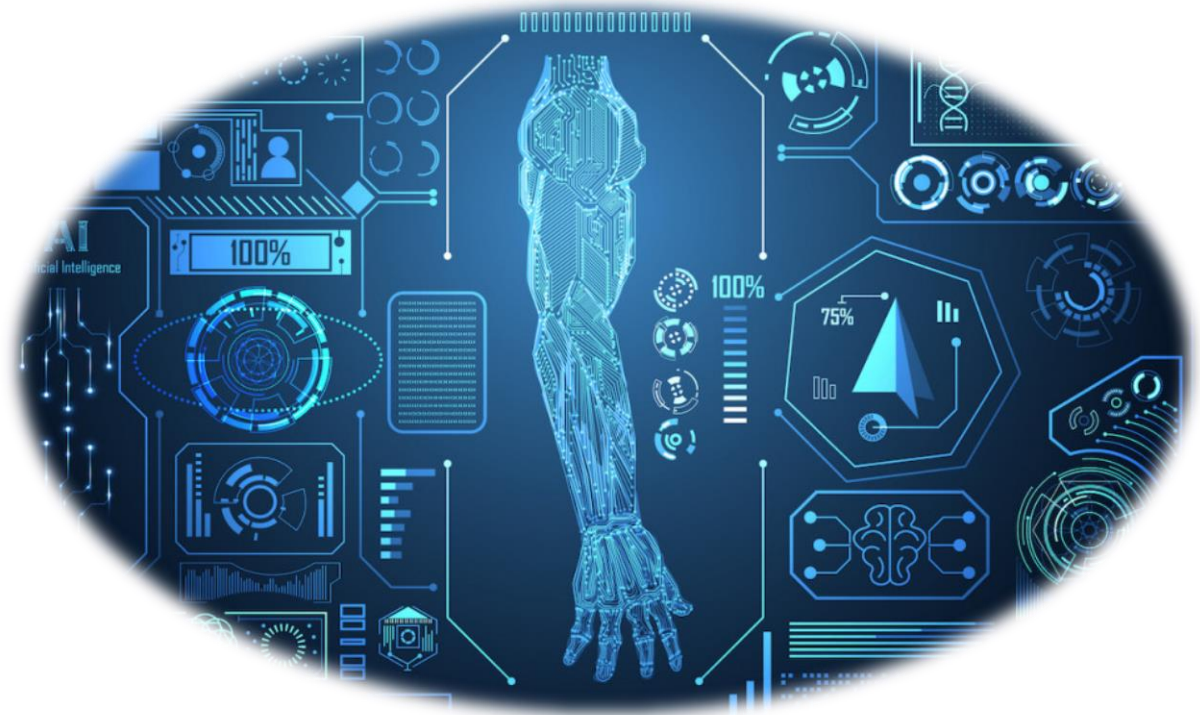


Sentre for persontilpasset medisin



Mandat

«Teknologiorienterte sentre»

Bakgrunn

Flere klinikker har i dag pågående initiativer innen persontilpasset medisin både i helsetjenesten og/eller sterkt forskningsrelaterte – flere av disse kan regnes som presisjonsmedisin. Forskningsprosjekter har stått sentralt i å drive satsningen fremover. Noen av initiativene er regionale og/eller nasjonale. Som en følge av forskningsprosjektene vokste det frem «kraftsentre» av ulik størrelse og med ulik forankring, f.eks. i Kreftklinikken (KRE) som følge av satsningen rundt kreftgenomikk (bl.a. NCGC, Nor-Seq Cancer, IMPRESS, InPreD og CONNECT), ved Barne- og ungdomsklinikken (BAR) som ringvirkning av nyfødtscreeningen og ved Avdeling for medisinsk genetikk ved Klinikk for laboratoriemedisin (KLM) som følge av nasjonal kjernefasetet for sekvensering (NorSeq; norseq.org) og flere IKT-innovasjonsprosjekter, deriblant BIGMED. Infeksjonssykdommer har også sterke forskningsmiljøer innen persontilpasset medisin knyttet til det mikrobiologiske fagmiljøet (KLM) og driver det foretaksovergrepene satsningsområdet for antibiotikaresistens. Til dels er det etablert samarbeid mellom disse kraftsentre og med andre klinikker, dels er det overlapp og tidvis konkurranse.

I prosjektet «Persontilpasset medisin på Oslo universitetssykehus»¹ ble det diskutert ulike organisasjonsformer av de største områdene/kraftsentrene innen presisjonsmedisin gjennom flere møter. Linjestrukturen ble i utgangspunktet funnet lite egnet som hovedstruktur, siden flere av aktivitetene har aktører fra ulike seksjoner, avdelinger og klinikker. Ett eksempel er medisinsk genomikk, hvor det er etablert flere miljøer med kompetanse, utstyr og aktivitet i en rekke klinikker. Dette har utviklet seg gjennom tett samhandling mellom forskning og diagnostikk og hvor klinikk-nær samhandling har vært avgjørende. Likeledes har bioinformatikk og IKT løsninger samt infrastruktur utviklet seg parallelt, hovedsakelig drevet frem av lokale behov og muligheter. For å styrke interaksjon, samhandling og satsninger innen presisjonsmedisin er en forankring av valgt organisasjonsform i linjestrukturen likevel nødvendig. Mer uformelle strukturer som utvalg, fagråd eller referansergrupper er funnet uegnet gitt de betydelige økonomiske og juridiske ansvarsområder knyttet til virksomheten.

En senterlignende struktur oppfattes av prosjektgruppen som hensiktsmessig organisasjonsform, men senterbegrepet har også vært problematisert i den forstand at det forstås som en fysisk struktur som vil hemme klinikkovergrepene aktiviteter. Andre begreper har vært diskutert, som f.eks. satsningsområder og teknologiutviklingsområder, men er i liten grad kompatible med organisasjonens øvrige bruk av disse begrepene.

Slike sentre bør være tematisk spisset i en slik grad at de kan drive både forskning og den faglige utviklingen innen et felt – med tett samhandling på tvers av sykehusets ordinære linjestrukturer.

Strukturen må anees dynamisk, og teknologisk utvikling eller særskilt utvikling innen bestemte kliniske områder kan skape behov for justeringer i form av nye sentra eller nedleggelse av gamle.

¹ Konseptfaserapport «Persontilpasset medisin på Oslo universitetssykehus» side 41 mm

Formål

Teknologiorienterte sentre skal ha et koordinerings- og samordningsansvar innen den teknologiske utviklingen satsningsområde. Sentre har følgende fokusområder:

- forskning
- strategiutvikling
- innsatskoordinering
- klinisk implementering av teknologi

Oppgaver

Innenfor fokusområde skal følgende oppgaver ivaretas av sentrene:

- Utvikle teknologiområdet i henhold til presisjonsmedisinfeltet på internasjonalt nivå
- Fasilitere implementering av ny teknologi i forskning og pasientforløp på tvers av gjeldende linjeorganisering.
- Bidra til og selv lede forskning innen persontilpasset medisin innen sitt fagfelt.
- Utarbeide strategi og konkrete handlingsplaner for utvikling i henhold til kliniske behov
- Gi råd til linjestrukturen om prioritering av investeringer knyttet til feltet
- Etablere kompetansehevende utdanningsprogrammer for helsepersonell og for ikke-helsepersonell innen persontilpasset medisin.
- Sikre effektiv deling og gjenbruk av relevante storskala-data på en måte som minimerer unødig dublisering av analyser og sikrer kostnadseffektivitet.
- Fasilitere interaksjon med regionale og nasjonale aktiviteter innen persontilpasset medisin.

Antall behandlingsorienterte sentre, organisering og prinsipper for drift

I første omgang skal det etableres tre teknologiorienterte sentre som nevnt nedenfor.

1. Senter for medisinsk genomikk (KLM)
2. Senter for avansert, radiologisk billedanalyse (KRN)
3. Senter for in silico patologi (KLM)

Sentrene bør være knyttet til gjeldende linjeorganisering i OUS på N2 nivå. Hvert senter bør ha en ansvarlig senterleder fortrinnsvis knyttet til sykehusets linjestruktur. Den videre organiseringen bør ha en viss fleksibilitet for å ivareta pågående moment, tverrfaglig interaksjon og fagspesifikke hensyn, men sikre stringens i en slik grad at man over tid beveger seg mot en enhetlig senterstruktur i sykehuset.

Sentrene organiseres med en ledergruppe («styre») med representanter med faglig spisskompetanse innen alle relevante områder innen klinikk, diagnostikk og FoU.

Teknologiorienterte sentre skal etablere egne arbeidsgrupper som jobber opp mot ulike kliniske spesialiteter og diagnosegrupper.

Sentrene skal ha en første løpetid på 3 år hvoretter ordningen evalueres. Det er opp til hvert senter å spesifisere sitt navn i den grad det ikke affiserer det tematiske innholdet.

Utviklingen av PM er drevet fram av muliggjørende teknologier som virker på tvers av tradisjonelle spesialitetsgrenser, og det er viktig at sentrene ikke blir «seg selv nok», men virker å skape en positiv og engasjert kultur innen sine respektive fagområder.

Sentre skal driftes etter følgende prinsipper:

- 1) Forankring i OUS linjestruktur, men skal være klinikkovergripende.
- 2) Sentrene skal være utadvendte og fremme positivt samarbeid innen sitt felt.
- 3) Intern organisering bør tilpasses særskilte forhold men må forankres i PM utvalget.
- 4) Forskningsmiljø fra hele organisasjonen bør i størst mulig grad involveres i relevante aktiviteter.
- 5) Sentrenes organisering må være dynamisk og kunne ta opp i seg utvikling innen ulike kliniske spesialiteter.
- 6) Finansiering er gjennom ordinære budsjettprosesser i linjestrukturen.
- 7) De to ulike akser av sentre, som utgjør en matrisestruktur, dvs. behandlingmessige satsningsområder og teknologiutviklingsområder, skal samstemmes seg i mellom gjennom PM-utvalget.
- 8) Sentrene plikter å dimensjonere innsatsen innen de ulike sykdomsgruppene på en rettferdig og transparent måte til pasientens beste.
- 9) Sentrene skal operere i tråd med regionale og nasjonale satsninger og relevant regelverk.

Rapportering og samarbeid

Senterleder inngår i PM-utvalget som er styringsgruppe for samtlige sentre. Senterleder vil rapportere om status og fremdrift i sitt senter til PM-utvalget.

Senterleder skal sikre interaksjon og samarbeid med regionale og nasjonale aktiviteter innen persontilpasset medisin.