



Aalborg 28. juli 2023

**Høringssvar fra Dansk Selskab for Klinisk Immunologi (DSKI) til rapporten "Fremtidens speciallæge" (herefter benævnt rapporten) med særlig fokus på anbefaling 9: Oprettelse af funktionsmodel med fælles uddannelsesindhold for Klinisk biokemi, Klinisk immunologi og Klinisk mikrobiologi**

**Dansk Selskab for Klinisk Immunologi fraråder at anbefaling 9 gennemføres med følgende begrundelser:**

1. Sundhedsvæsenets fremtidige udfordringer løses ikke ved oprettelse af funktionsmodel med fælles uddannelsesindhold for Klinisk biokemi, Klinisk Immunologi og Klinisk mikrobiologi.
2. Komplekse immunologiske svar vil blive forsinket, da en funktionsmodel med fælles uddannelsesindhold for Klinisk biokemi, Klinisk Immunologi og Klinisk Mikrobiologi vil have store og bekostelige konsekvenser for driften i Klinisk Immunologi.
3. Anbefalingen tager ikke hensyn til kerneopgaven for Klinisk Immunologi. En funktionsmodel vil have store konsekvenser for nyuddannede speciallægers faglige kompetencer, og speciallægerne vil i mindre grad kunne håndtere kerneopgaverne i Klinisk Immunologi.
4. For læger i Klinisk Immunologi er opgavevaretagelsen i begrænset omfang knyttet til laboratedrift.
5. Rekrutteringen til Klinisk Immunologi vil blive påvirket negativt.
6. Specialernes repræsentanter i underarbejdsgruppe 2A har anbefalet en model med mere fælles uddannelsesindhold.

**Dansk Selskab for Klinisk Immunologi har følgende generelle kommentarer til rapporten:**

7. Der mangler et klart formål i rapporten omkring de laboratiemedicinske specialer. Det er uklart hvad Sundhedsstyrelsen vil have fra specialerne, som ikke leveres i dag.
8. Uklarhed om definitioner og anvendelse af disse i rapporten.
9. Rapporten mangler vigtige konklusioner fra underarbejdsgruppe 2A's rapport.

En uddybelse af punkterne 1-9 fremgår af side 2-5.

Dansk Selskab for Klinisk Immunologi ser frem til at Sundhedsstyrelsen inviterer specialerne ind til en i dialog om funktionsmodellen og til et konstruktivt samarbejde.

Venlig hilsen

Betina Sørensen, Cheflæge, formand Dansk Selskab for Klinisk Immunologi

## Uddybende kommentarer:

### **Ad 1: Er det foreslåede en hensigtsmæssig løsning på problemer i fremtidens sundhedsvæsen?**

I rapporten nævnes på side 129, at formålet med en funktionsmodel er "en større sammenhæng via fællesmængde i speciallægeuddannelsen vil kunne danne grundlag for en organisatorisk dynamik på området."

Klinisk Immunologi har gennem de sidste 15 år specialiseret lægefunktionen ved at samle afdelingerne ét sted i hver region mhp at få mere dynamik i specialet. Dette er opnået ved, at der nu er et betragteligt og styrket samarbejde tværregionalt mellem de kliniske immunologiske afdelinger. Det viser sig ved fx nationale vejledninger, mdt-konferencer, standardiseringer, nationale udbud.

Fremtidens sundhedsvæsen bliver datadrevet. Der er derfor behov for speciallæger med en faglig indsigt i at validere disse data, så det giver mening for en klinisk læge. Denne kerneopgave lægger sig op ad en faglig kernekompetence og ikke op af de angivne generalistkompetencer.

Klinisk immunologiske afdelinger har et omfattende samarbejde med kliniske biokemiske og mikrobiologiske afdelinger. Hvis der er behov for yderligere samarbejde, løses dette ikke ved at fremtidige speciallæger bliver generalister i en tid med øget brug for specialistviden. Rapporten bruger som begrundelse følgende udtalelse (side 129) " Den nuværende organisering på området med ét speciale og én afdeling har flere svagheder". Det fremgår ikke hvilke svagheder, der menes. Der er mange gode eksempler på samarbejde mellem specialerne på de enkelte hospitaler. Et manglende samarbejde kan nok nærmere relateres til personer/ledelsen fremfor specialerne. Under Covid-19 udviste Klinisk Immunologi dynamik i samarbejdet med de øvrige laboratoriespecialer ved et samarbejde omkring analysering af prøver. Derudover understøttede Klinisk Immunologi gentagne gange SSI gennem seroprævalens-undersøgelser af flere tusinde bloddonorer. Den seneste undersøgelse blev initieret blot 5 dage efter opdrag fra Danske Regioner.

### **Ad 2: Driftsudfordringer**

Lægges der fokus på de nævnte generalistkompetencer i en fælles introduktionsuddannelse vil de klinisk immunologiske afdelinger miste lægekompetencer til håndtering af svar og til dækning af vagten. Komplekse svar fra Klinisk Immunologi (fx transplantationsudredninger, transfusionskomplikationer, blødningsrådgivning og udredning af immundysfunktion) udfærdiges af læger. Disse svar kræver, at data fra en eller flere analyser sammenholdes med patientens kliniske symptomer og kan derfor ikke automatiseres. Færre kompetente læger vil betyde forsinkelse i svartid eller insufficente svar med risiko for fejlfortolkning og dermed fejlbehandling. Læger i Klinisk Immunologi indgår i et vagtberedskab med døgnvagt, hvor de primære vagtfunktioner dækker transfusions-, -blødnings- og transplantationsrådgivning. Disse opgaver er specialiserede funktioner og vigtige i understøttelsen af de kliniske funktioner. Færre kompetente læger under uddannelse vil betyde, at speciallæger skal rykkes ind som forvagt, hvorfor der vil

være færre kompetente ressourcer i dagtiden. En funktionsmodel vil nødvendiggøre en forlængelse af introduktionsstillingen for at sikre, at nyansatte hoveduddannelseslæger varetager driften på samme niveau som i dag.

### **Ad 3: Kerneopgaven**

Et gennemgående fokus i rapporten er kerneopgaven. Det undrer DSKI, at kerneopgaven i Klinisk Immunologi overhovedet ikke nævnes. Klinisk Immunologis kerneopgaver er produktion af *Substances of Human Origin* (SoHO) fx blod til transfusionsbehandling, væv/celler og organer til transplantation. Sikring af blodforsyningen til landets hospitaler er en meget væsentlig kerneopgave for Klinisk Immunologi. Selvom denne produktion foregår i et laboratorie, så adskiller den sig væsentlig fra analysering af prøver fra patienter. De generalistkompetencer, som nævnes i rapporten på side 129, dækker således ikke produktion af SoHO. Reglerne for og den praktiske produktion af SoHOs er basal kerneopgave for en læge under speciallægeuddannelse i Klinisk Immunologi, og som er væsentlig at stifte bekendtskab med allerede i introduktionsstillingen.

Kerneopgaven for Klinisk Immunologi er beskrevet i rapporten fra underarbejdsgruppe 2A (side 334 i bilagsrapport) inkl. angivelse af estimeret tid, man bruger på de enkelte områder. Dette fremgår ikke af rapporten og bør tilføjes.

### **Ad 4: Laboratedrift**

Laboratedrift fylder kun 10 % af speciallægens arbejdsdag, hvilket fremgår tydeligt af rapporten fra underarbejdsgruppe 2A. Det fremgår af rapporten (side 129) at "opgavevaretagelsen er knyttet til laboratedrift". Det er ikke korrekt. Opgaver inden for laboratedrift udføres af speciallæger eller sent i hoveduddannelsen, og det giver således ikke mening at lægge disse kompetencer i introduktionsuddannelsen.

### **Ad 5: Rekruttering/fastholdelse**

Yngre læger søger uddannelse i Klinisk Immunologi, fordi de vil beskæftige sig med de faglige problemstillinger. De ønsker fortsat at have en tæt kontakt til klinikken. Det opnås ikke med de i rapporten angivne generalistkompetencer (jf. også høringsvar fra Yngre Kliniske Immunologer). Opfylder ansættelsen ikke forventningen vil det være svært at rekruttere yngre læger og dermed på sigt at sikre bemanningen med speciallæger.

### **Ad 6: Anbefaling fra underarbejdsgruppe 2A mangler i rapporten**

I underarbejdsgruppe 2A var der fra specialerne enighed om at forslå uddannelse med fælles uddannelseselementer, fx fælles kurser, fælles projekter/opgaveløsning, fokuserede ophold. DSKI er enig i behovet for "organisatorisk dynamik", som nævnes i rapporten. Klinisk Immunologi har

taget mange initiativer i den henseende (fælles nationale IT-systemer, vejledninger, mdt-konferencer, standardiseringer, EU- udbud mv.). DSKI mener, at den organisatoriske dynamik skal forankres regionalt gennem tværfaglige samarbejder omkring driftsmæssige og faglige problemstillinger, hvor hvert speciale bidrager med dets faglighed.

Det fremgår af rapporten fra underarbejdsgruppe 2A, at specialerne anbefaler en model med fælles uddannelsesindhold, mens det er Sundhedsstyrelsen, som anbefaler en funktionsmodel. Det bør fremgå af rapporten.

#### **Ad 7: Uklart formål med revisionen i relation til laboratoriespecialer**

Rapporten nævner kun eksempler fra kliniske specialer. Det fremgår ikke præcist hvad Sundhedsstyrelsen mangler fra de laboratoriemedicinske specialer, herunder Klinisk Immunologi.

#### **Ad 8: Uklarhed om definitioner og anvendelse af disse i rapporten**

Rapporten nævner følgende laboratoriemedicinske generalistkompetencer: "evidensbaseret anvendelse af laboratoriemedicin, viden og analyseprincipper og metodeudvikling, laboratorieledelse og kvalitetssikring" (side 129).

Generalistkompetencer defineres i rapporten (side 115) som "Læger kan varetage generelle opgaver, der ikke hører til på specialistniveau, som kan løses dér, hvor patienten er".

DSKI mener ikke, at de laboratoriemedicinske generalistopgaver som Sundhedsstyrelsen nævner, svarer til definitionen af generalistkompetencer. Det drejer sig i stedet om opgaver i beslægtede specialer jf. definitionen på side 115, hvilket også fremgår af rapporten fra underarbejdsgruppe 2A. De nævnte generalistkompetencer varetages ikke på introduktionslægeniveau, hvilket også klart fremgår af høringsvaret fra Yngre Kliniske Immunologer. Det er ligeledes heller ikke kompetencer, som opnås i introduktionsuddannelsen, men derimod først sent i hoveduddannelsen.

Rapporten definerer også kerneopgaven som "Speciallægen kan varetage de fleste lægelige opgaver ifm. de fleste patienter, der behandles inden for speciallets område, på hovedfunktionsniveau på sygehus, i speciallægepraksis eller i almen praksis". Speciallæger i Klinisk Immunologi varetager ikke opgaver på hovedfunktionsniveau. Opgaven for speciallæger i Klinisk Immunologi er at bistå de kliniske læger i problemstillinger, som for en klinisk læge hverken er generalistopgave, beslægtede opgaver eller kerneopgaver, og som de dermed ikke kan forventes at have viden om.

De angivne eksempler på side 115 bør suppleres med eksempler fra laboratoriespecialer.

#### **Ad 9: Mangler vigtige konklusioner fra underarbejdsgruppens rapport**

I rapporten fra Underarbejdsgruppe 2A fremgår det tydeligt under resumé (side 315 i bilagsrapporten), at der er betydelige forskelle mellem specialerne. Samme konklusion bør fremgå

af rapporten. En væsentlig del af arbejdet i underarbejdsgruppe 2A bestod i at beskrive specialiets kerneopgave. Det kan derfor undre, at rapporten slet ikke forholder sig til forskelligheden i specialernes kerneopgave, som fremgår af rapporten fra underarbejdsgruppe 2A (side 334 i bilagsrapporten).

I rapporten fra Underarbejdsgruppe 2A fremgår følgende: " Sundhedsstyrelsen vurderer, at en fuld sammenlægning vil være på bekostning af den nødvendige specialiserede faglighed, og at det ikke vil være hensigtsmæssigt ift. brugbarheden af kompetencerne hos de nyuddannede speciallæger" (side 317 i bilagsrapporten). DSKI ønsker, at denne sætning fremgår af rapporten.

I resumé fra rapporten fra underarbejdsgruppe 2A oplister Sundhedsstyrelsen en fællesmængde mellem specialerne (side 318 i bilagsrapporten), som er blevet oversat til generalistkompetencer i denne rapport. Sundhedsstyrelsen skriver i samme resumé, at "Flere af disse emner kan med fordel placeres som fælles specialespecifikke kurser, da det er metodefag, der kan være vanskelige at opnå i det daglige arbejde". Det undrer DSKI, at man i denne rapport lægger vægt på en funktionsmodel med fælles curriculum for at sikre generalistkompetencer, når Sundhedsstyrelsen samtidig i en anden rapport skriver, at disse kompetencer ikke kan opnås i det daglige arbejde.

I rapporten fra underarbejdsgruppe 2A (side 319 i bilagsrapporten) fremgår det, at de faglige selskaber bliver inviteret til at konkretisere den foreslåede funktionsmodel, ligesom der på samme side nævnes nogle af de driftsmæssige uhensigtsmæssigheder, som underarbejdsgruppe 2A påpegede.

Det bør fremgå af rapporten, at funktionsmodellen skal konkretiseres i samarbejde med de faglige selskaber. Det bør også fremgå af rapporten, at der er substantielle driftsmæssige uhensigtsmæssigheder, som skal tages i betragtning ved vurdering af funktionsmodellen, beskrevet på side 366 i bilagsrapporten, fx konsekvens for faglige kompetencer, begrænset fælles værktøjskasse mellem specialerne, forlængelse af introduktionsstilling, påvirkning af vagttag og et øget ressourcetræk på speciallæger til vagtopgaver.