

VEDRØRENDE HØRING I FORBINDELSE MED DIMENSIONERING AF SPECIALLÆGEUDDANNELSEN 2024-2028 KLINISK IMMUNOLOGI

Dansk Selskab for Klinisk Immunologi har i det nedenstående svaret på de spørgsmål, som fremgik af høringsmaterialet.

Hovedbudskaberne er opsummeret herunder:

- Klinisk immunologi er højt specialiseret med 26 specialfunktioner og meget få hovedfunktioner. Alle speciallæger er og vil være beskæftiget på regions-/højt specialiseret funktionsniveau.
- Inden for de næste 10 år sker der et generationsskifte i Klinisk immunologi, hvor behovet for speciallæger vil være højere end udbuddet.
- Der forventes et øget behov for speciallæger som følge af øget aktivitet inden for området Substances of Human Origin (SoHO) samt nye højt specialiserede behandlingsmuligheder, som kræver immunologisk ekspertise.
- Der forventes udvidede aktiviteter relateret til personlig medicin og ibrugtagning af helgenomsekventering

Dansk Selskab for Klinisk Immunologi anbefaler derfor, at:

- Antallet af hoveduddannelsesforløb i Videreuddannelsesregion Nord øges til 2 forløb per år.
- Antallet af hoveduddannelsesforløb i Videreuddannelsesregion Øst øges til 3 forløb per år.
- Ratio mellem introduktions- og hoveduddannelsesforløb bør som minimum være 3,0.
- Antallet af slutstillinger bør øges, som minimum midlertidigt, for at understøtte generationsskiftet.

Spørgsmål 1:

Hvordan opleves den nuværende balance mellem udbuddet og efterspørgslen på speciallæger i specialet?

Der opleves i øjeblikket en ubalance mellem udbuddet og efterspørgslen/behovet af speciallæger. I henhold til nuværende normering vil der blive uddannet 40 speciallæger over en 10-årig periode, hvilket ikke er tilstrækkeligt. Inden for de kommende 10 år forventes 40% (26/65) af speciallægerne at gå på pension (speciallæger i aldersgruppen 58-68 år). Dertil kommer at en betydelig andel af speciallæger i Klinisk Immunologi er ansat udenfor specialet, på nuværende tidspunkt 1/3 af speciallægerne (19/65). Kliniske immunologer har efter speciallægeuddannelse kompetencer som efterspørges i høj grad af medicinalindustrien.

Antallet af slutstillinger bør øges, som minimum midlertidigt, for at understøtte generationsskiftet samt for at kunne sikre forsyningsforpligtelsen. Det er nødvendigt at nyuddannede speciallæger i løbet af få år bliver i stand til at varetage specialespecifikke områder på lederniveau (overlæge).

Spørgsmål 2:

Er der særlige regionale forskelle i efterspørgslen og udbuddet, som den kommende dimensioneringsplan skal tage højde for?

Der er i alt 26 specialfunktioner i Klinisk Immunologi, heraf er 16 regionsfunktioner og 10 højt specialiserede funktioner. For specialfunktioner gælder at vi har en forsyningsforpligtelse, hvor der som udgangspunkt skal være minimum tre speciallæger til at varetage den konkrete specialfunktion. I denne



forstand er nogle regioner mere udsatte end andre, da der aktuelt er lige præcis tre læger til at varetage visse funktioner. Vi bør arbejde henimod at udvide antallet normeringer til faste slutstillinger, dels for at sikre opretholdelse af specialfunktioner og dels for at indgående viden omkring specialfunktioner ikke går tabt i forbindelse med generationsskift.

Region Midtjylland og Region Nord deler nu et hoveduddannelsesforløb (et forløb i Region Nord for hver 3. forløb i Region Midtjylland). For at kunne imødekomme forsyningsforpligtelsen bør antallet af hoveduddannelsesforløb i Videreuddannelsesregion Nord øges til to forløb per år.

Ligeledes bør antallet af hoveduddannelsesforløb i Videreuddannelsesregion Øst øges til tre årlige forløb, hvis der skal være mulighed for at imødekomme den kommende afgang af speciallæger.

Region Hovedstaden og Region Sjælland har indledt en proces omkring en delt ordning, således at Region Sjælland fremadrettet kommer til at varetage en uddannelsesfunktion. Dette har Region Sjælland som eneste region indtil nu ikke været en del af, forhåbning er at det vil medføre et bredere rekrutteringsgrundlag generelt, og særskilt øge muligheden for rekruttering af speciallæger til Region Sjælland. Samtidig vil det give et bedre grundlag for at kunne sikre forsyningspligten på sigt.

Spørgsmål 3:

Vurderes udviklingen i efterspørgslen efter speciallæger i specialet de kommende år at være større eller mindre end det forventede udbud, jf. hovedscenariet i Figur 5? Med hvilken begrundelse?

Vi forventer at behovet for speciallæger vil være højere end udbuddet. Klinisk immunologi er i stor udvikling og kan derfor forvente et øget antal nye funktioner samt øget kompleksitet af disse. Specialet forventer således udvidede aktiviteter relateret til personlig medicin og ibrugtagning af helgenomsekventering, hvor blandt andet udredning af immundefekt og immunologiske lidelser vil forandres. For varetagelse af fremstilling og håndtering af SoHO (Substances of Human Origin) forventes store ændringer i anvendelse af avanceret, personlig behandling. Disse opgaver vil ligge på højt specialiseret funktionsniveau, og dermed give øget efterspørgsel.

Spørgsmål 4:

Hvilke faktorer forventes at kunne få indflydelse på behovet af speciallæger i specialet?

Klinisk Immunologi er et speciale, der dækker blodbanksvirksomhed, transfusionsmedicin, celle-/vævsbankvirksomhed, transplantationsmedicin og diagnostisk immunologi. Produktionen af Substances of Human Origin (SoHo) er underlagt egen lovgivning og overvåges af Styrelsen for Patientsikkerhed og Lægemiddelstyrelsen. Myndighedskrav til håndtering, opbevaring og anvendelse af SoHO bliver kun mere omfattende. Det samme gælder laboratedriften, hvor specialets læger medvirker til at sikre logistik og infrastruktur som understøtter rette svar til rette tid, og rette komponent til rette patient. Kvalitetssikring af analyser og apparatur er en væsentlig opgave, hvor speciallægen medvirker til at sikre udvikling og viden, som passer til klinikkens behov.

Nye udrednings-, diagnosticerings- og behandlingsmodaliteter kræver immunologisk viden på højt niveau, og skræddersyet behandling på individniveau (præcisionsmedicin) er et kendetegn for specialet. Klinisk Immunologi arbejder løbende for at udvikle og forbedre produktion og anvendelse af SoHO, og ser en forpligtelse til at styrke evidensgrundlaget for komponentterapi, celleterapi og organtransplantationer. Anvendelse af genetisk modificerede celler (ex. CAR-T-celler), genredigering, immunterapi, samt øget anvendelse af transplantationer (celler, væv, organer) vil forventeligt give et behov for flere speciallæger. Inden for den diagnostiske immunologi og præcisionsmedicin er der tilsvarende et løbende fokus på at forbedre og udvikle metoder for udredning og behandling af immunologiske sygdomme. Analyserepertoiret



DSKI

Dansk Selskab for Klinisk Immunologi

Formand Betina Sørensen
Cheflæge
Klinisk Immunologisk Afdeling
Aalborg Universitetshospital
Urbansgade 36
9000 Aalborg C
betina.soerensen@rn.dk, tlf.20 13 68 61

i Klinisk Immunologi udvides, og der er et øget behov for aktiv vejledning og rådgivning af klinikere i tværfaglige samarbejder omkring komplekse patienter.

Spørgsmål 5:

Er der nogle generelle bemærkninger til lægeprognosens fremskrivning af speciallæger i specialet?

Nej. Dansk Selskab for Klinisk Immunologi vil igen påpege, at søjlediagrammerne i et mindre speciale ikke er anvendelige i praksis. Vi vil derfor anbefale, at man viser det faktiske antal fremadrettet.

Spørgsmål 6:

Uddannelseskapaciteten blev i Dimensioneringsplan 2021 og Dimensioneringsplan 2022-2023 fastsat til følgende antal hoveduddannelsesforløb pr. år: VUR Nord 1 VUR Syd 1 VUR Øst 2. I alt 4 pr. år.

Hvilken uddannelseskapacitet anbefales for perioden 2024-2028, og med hvilken begrundelse?

Uddannelseskapaciteten bør øges med udvidelse af antallet af hoveduddannelsesforløb i Videreuddannelsesregion Nord til to forløb per år og i Videreuddannelsesregion Øst til tre forløb per år (Nord: 2, Syd: 1, Øst: 3). Det er begrundet i generationsskiftet inden for Klinisk Immunologi, forventet beskæftigelse udenfor specialet samt i forsyningsforpligtelsen.

Spørgsmål 7:

Den nuværende ratio mellem introduktions- og hoveduddannelsesforløb er fastsat til 2,0-3,0.

Hvilken ratio mellem introduktions- og hoveduddannelsesforløb vurderes nødvendig for dels at sikre et passende antal ansøgere til hoveduddannelsesforløbene og dels at sikre, at læger introduceres til specialet?

Ratioen mellem introduktions- og hoveduddannelsesforløb bør være minimum 3,0. Flere læger i introduktionsstillinger vil desuden medføre et bredere rekrutteringsgrundlag til hoveduddannelsesforløbene samt sikre at hoveduddannelsesforløbene besættes.