

## Kommissorium

### Hvidbog om fremtiden for klinisk immunologi

På Dansk Selskab for klinisk immunologis generalforsamling marts 2017 blev det besluttet at udarbejde en hvidbog med beskrivelse af fremtidsperspektiverne for specialet klinisk immunologi.

Regionsdannelse betød at antallet af klinisk immunologiske afdelinger i Danmark blev reduceret fra ca. 15 til 5 for 10 år siden. Denne koncentration har formentlig været medvirkende til et *boost* i driftseffektiviteten, udviklingen og forskningen inden for specialet, fx i sammenligning med Sverige og Norge, hvor man ikke har haft den tilsvarende udvikling. Spørgsmålet er om specialet, med den nuværende organisation er kommet til "vejs ende" eller om det ved øget samarbejde, i en eller anden form, er muligt at videreføre og eventuelt accelerere udviklingen.

Overordnet formål:

Samlet set i fremtiden at kunne give den danske befolkning den bedst mulige klinisk immunologiske service. Dette skal forstås bredt og inkluderer således udover kvantitet og kvalitet i drift, de væsentlige aspekter i udvikling og forskning inden for området.

Øvrige formål:

Sikre specialets fremtid.

Sikre ressourcer til udvikling og forskning ved driftseffektiviseringer.

Være på forkant med en udvikling, der tenderer mod øget centralisering.

Dette skal gøres ved at:

Dele ressourcer og viden på tværs af regioner til drift, udvikling og forskning.

#### Arbejdsform

Der nedsættes en styregruppe bestående af OTCDs bestyrelse og DSKIs formand, næstformand og sekretær. Der nedsættes arbejdsgrupper for hver af punkterne nævnt nedenfor. Hvis det skønnes hensigtsmæssigt, kan styregruppen arrangere et 2-dags internat med henblik på udarbejdelsen af den endelige hvidbog, herunder kan det overvejes at udarbejde en SWOT analyse for specialet. Hvidbogen udsendes senest 4 uger før DSKI GF 2018 og der afsættes minimum 4 timer til at drøfte indholdet. Efterfølgende udarbejder DSKIs bestyrelse i samarbejde med OTCD et endeligt dokument, og udarbejder en køreplan for den videre proces.

Arbejdsgruppernes medlemmer skal være speciallæger i klinisk immunologi eller være påbegyndt hoveduddannelsen i klinisk immunologi. Alternativt akademiker eller bioanalytiker med særlig indsigt i området. I de enkelte arbejdsgrupper bør der sikres en aldersspredning fra påbegyndt hoveduddannelse til erfarne speciallæger (midt i halvtredserne). Arbejdsgrupperne skal bestå af 4 personer, hvoraf 2 så vidt muligt skal være læger i hoveduddannelse. Styregruppen udpeger deltagerne til arbejdsgrupperne på baggrund af input fra de ledende overlæger. Formand for arbejdsgruppen udpeges af styregruppen. Delrapporterne fra arbejdsgrupperne skal ende ud i række konkrete forslag, der skal føre til en konkretisering af én vision samt udvidet samarbejde og indsatsområder inden for specialet.

Arbejdsgruppens forslag rates 1-3 af styregruppen, hvor

- 1 er forslag der umiddelbart kan løses inden for specialet og af specialet selv;
- 2 er problemstillinger, der kræver medvirken af eksterne parter, for eksempel sygehusejerne, styrelserne under Sundhedsministeriet, Sundhedsministeriet eller andre;
- 3 kræver betydeligt medvirken af disse eksterne parter.

Der foreslås nedsat arbejdsgrupper inden for følgende områder:

1. Specialets navn og indhold
2. Specialets organisation og specialets størrelse
3. Fordeling af driftsopgaver inden for specialet
4. Forskningsstrategier
5. Indkøb
6. Kvalitet
7. IT
8. Specialets aldersstruktur og rekruttering til specialet
9. Uddannelse og efteruddannelse

For hvert af ovenstående punkter er der givet stikord i bilag 1. Stikordene er forslag til emner, der kan behandles i arbejdsgrupperne og skal ikke betragtes som udtømmende.

### **Tidsplan**

Marts 17	Kommissorium udarbejdes
Maj 17	Kommissorium godkendes af DSKIs bestyrelse
Maj 17	Styregruppe og arbejdsgrupper nedsættes. DSKIs bestyrelse udpeger en formand og en sekretær til hver arbejdsgruppe.
Maj 17	Arbejdsgrupperne samles hver især. Der udarbejdes en disposition for gruppens arbejde og rapport, som afleveres til styregruppen senest den 15. august. Denne proces skal betragtes som en indledende brainstorm fra arbejdsgrupperne mhp. et oplæg til styregruppens møde i september 17.
Sept/okt 17	Styregruppen mødes og gennemgår oplæg fra arbejdsgrupperne. Definerer en vision og indsatsområder for specialet og giver feedback til arbejdsgrupperne. Der udarbejdes en ny disposition for gruppernes arbejde og rapport.
Okt/nov 17	Arbejdsgrupperne afleverer midtvejsrapport til Styregruppen
Nov/dec 17	Styregruppen godkender/giver feedback på midtvejsrapporterne fra arbejdsgrupperne.
Januar 18	Arbejdsgrupperne afleverer endelige rapporter
Februar 18	Evt. 2-dages internat. Styregruppen sammenskriver 1. udgave af den endelig hvidbog
Marts 18	DSKI GF 2018
April 18	Styregruppen beslutter den videre proces på basis af arbejdsgruppernes oplæg og diskussion fra GF 2018

## Bilag 1

### 1. Specialets navn og specialets indhold

Giver specialets navn mening? For ”os”? For vore kollegaer? For studerende (rekruttering)? For befolkningen?

Kan der gives en rationel forklaring på, at det er rigtige navn?

Er det muligt at finde et bedre navn?

Pro og con ved at ændre specialets navn?

Giver specialets indhold mening?

Kan vi give en god forklaring på, at specialet skal have netop det indhold?

Vil det give mening at opdele specialet? Fx i en blodproducerende national enhed som det kendes fra andre lande og lade specialets øvrige aktiviteter indgå i et fælles laboratoriespeciale?

Kan der gives en rationel forklaring på, at det ikke vil give mening?

Pro og con ved at opdele specialet på denne måde?

### 2. Specialets organisation og specialets størrelse

Skal specialet nødvendigvis have 5 regionale afdelinger?

Kan der gives en rationel forklaring på, hvorfor der fortsat skal være 5 regionale afdelinger?

Vil en national organisation (med 2-3-5 lokalafdelinger) have fordele?

Vil en grænseoverskridende organisation have fordele (Sydsverige)?

Kan et evt. konkurrenceelement mellem forskellige afdelinger være en styrke?

Pro og con ved et forskelligt antal (1-5) afdelinger?

### 3. Fordeling af driftsopgaver inden for specialet

De fleste driftsopgaver foregår på alle landets 5 afdelinger.

Kan der gives en rationel forklaring på, at det er den mest fordelagtige måde at gøre tingene på?

Kan der være synergi ved at samle nogle driftsopgaver i færre enheder – og da hvor mange for de enkelte områder?

Er der behov for backup funktion på nogle driftsopgaver, således at de skal udføres i mindst 2 regioner

Eksempler:

- a. Produktion af blodkomponenter
- b. Blodtypekontrol
- c. Smittemarkører, blod- og vævsdonorer
- d. Smittemarkører patienter,
- e. Screening af gravide inkl. RhD us. på maternel plasma
- f. Vævstypbestemmelse af patienter
- g. Immundefektudredning
- h. Register over stamcelledonorer
- i. Autoimmunanalyser

Pro og con ved at samle nogle af driftsaktiviteterne?

### 4. Forskningsstrategier

Skal der udstikke nogen principielle retningslinjer for forskningsområderne inden for specialet?

Hvor tit skal de revideres og af hvem?

Hvorledes kan der opnås yderligere forskningssynergier inden for specialet?

Er der nogen nye forskningsområder, der skal tages op inden for specialet?

Kan forskerrekutteringen forbedres? Kan forskningen for yngre læger under uddannelse faciliteres?

Skal der satses på dr.med. forløb i stedet for ph.d. forløb?

#### **5. Indkøb**

De enkelte afdelinger udfører et stort arbejde i forbindelse med indkøb. Dette er for en stor dels vedkommende dublering af arbejde, der udføres i de øvrige regioner.

Pro og con ved nationale udbud (poser, plasmaferese, smitte-markører, blodtyperologi, IT)?

Forsalg til andre mulige fælles indkøb?

Deltagelse i EBAs indkøbssamarbejde?

#### **6. Kvalitet**

De enkelte afdelinger udfører et stort arbejde i forbindelse med kvalitetsstyringssystemerne. Dette er for en stor dels vedkommende dublering af arbejde, der udføres i de øvrige regioner.

Pro og con ved nationalt kvalitetsstyringssystem?

Evt. inden for udvalgte områder (tapning, produktion?)

#### **7. IT**

De enkelte afdelinger udfører et stort arbejde i forbindelse med IT. Dette er for en dels vedkommende dublering af arbejde, der udføres i de øvrige regioner.

Pro og con ved nationalt IT?

#### **8. Specialets aldersstruktur og rekruttering til specialet**

Er der det rigtige antal speciallægestillinger inden for klinisk immunologi? Er der brug for flere eller færre? Giv en rationel begrundelse herfor?

Hvorledes skal dimensioneringen være inden for speciallægeuddannelsen? Hvor stort overskud skal der uddannes for at få nogle gode speciallæger?

Hvordan hindres det, at specialet sander til med "mageligheds"-læger? Hvilken type læger skal rekrutteres til specialet? Hvad skal der kræves af dem? Skal disse krav være mere tydelige i målbeskrivelsen for i-stillinger?

#### **9. Uddannelse og efteruddannelse**

Kan målbeskrivelserne for i- og h-stillinger forbedres?

Skal de teoretiske kurser revideres?

Hvorledes sikres det at uddannelsessøgende i klinisk immunologi udvikler og forsker?

Skal det tilstræbes at alle uddannelsessøgende for en akademisk grad og da hvilken?