

DSKI kommissorium

Delrapport

Arbejdsgruppe 1: Navn og indhold samt organisationens størrelse

- Søren Thue Lillevang, overlæge, Odense
- Thure Haunstrup, afdelingslæge, Aalborg
- Randi Berg, H-læge, Aarhus
- Mie Topholm Bruun, H-læge, Odense
- Kit Peiter Lund, H-læge, København

Delrapport udarbejdet efter møde i arbejdsgruppen i Odense d. 28. September 2017.

Overordnede punkter er adresseret i arbejdsgruppen:

1. Specialets navn
2. Specialets indhold
3. Specialets organisation og størrelse

1. Specialets navn

Specialet har heddet "Klinisk Immunologi" siden 1983. Ved diskussion i arbejdsgruppen kom det frem, at det opleves at lægefaglige kolleger ikke ved hvad vi kan og gør i specialet, og at denne uvidenhed kan opleves som en udfordring. Det blev nævnt at vi som speciale er 'dårligt brandet'. Dette gælder både i forhold til medicinstuderende og læger.

Hvorvidt en eventuel ændring af specialets navn vil ændre på denne oplevelse er uvist. På den anden side var der også en oplevelse af at navnet har vundet indpas blandt samarbejdsafdelingerne, der ikke er blege for at ønske analyser eller services.

Det blev drøftet hvem specialets navn skal henvende sig til og være vejledende for. Der var bred enighed om at specialets navn skal referere til det lægefaglige indhold og give mening for lægefaglige kolleger. Således skal specialets navn ikke være meningsfyldt for lægmand, hvor man skal fastholde den gængse beskrivelse af "Blodbank", der er bredt udbredt og har en positiv sag i Danmark.

Samtidig blev det fremhævet at fordi specialet har ét navn, behøver afdelingernes navne ikke at ændre sig tilsvarende, hvilket ellers kunne give udfordringer i forhold til regionernes forskellige ensretninger.

Såfremt navnet skal ændres, var der i gruppen enighed om at der er grænser for hvor meget vi vil afvige fra det nuværende.

Hovedargumentet for at ændre det nuværende navn, ville være at inkludere "Transfusionsmedicin".

Konkrete forslag til navneændring kunne være "Klinisk Immunologi & Transfusionsmedicin" der ville ensrette med navngivningen i Sverige eller "Immunologi & Transfusionsmedicin".

I diskussionen af fordele ved at ændre specialets nuværende navn, blev fremført at vi ved vores nuværende navn signalerer meget dårligt hvad vi reelt laver i specialet, og således muligvis går glip af samarbejdsmuligheder eller opgaveløsning for klinikerne. Der blev brainstormet ideer til konkrete forslag til navneændring, hvorved 3 hovedpunkter blev fremført i debatten: 1) Brug af ordet "Klinisk", 2) Brug af ordet "Immunologi", 3) addering af ordet "Transfusionsmedicin".

- 1) Vurdering af ordet "Klinisk" foran navnet blev diskuteret. Som pro-argument blev brugt at det er i tråd med de andre parakliniske specialers nomenklatur samt at det adskiller os fra immunologer der forsker på universiteterne og understreger at vores fokus er det kliniske samarbejde med patientbehandling.
- 2) Ordet immunologi ønskes bevaret, da det dækker bredt over vores diagnostiske fokus indenfor immunforsvaret og er kernen i vores kompetence også i fremtidig diagnostik og immunologiske terapiformer.
- 3) Addering af ordet "Transfusionsmedicin" ville være ønskværdigt, da det vil signalere til klinikerne at det er hertil de skal ringe ved transfusionsmedicinske problemstillinger.
"Transfusionsmedicin" blev foretrukket over "Blod" eller "Blodbank" da det er mere aktivt og inkluderer en rådgivende, vejledende funktion, frem for et passivt depot. At inkludere "Transfusionsmedicin" ville tydeliggøre signaleringen til udlandet, at det er vores speciale der varetager blodbanks- og transfusionsmedicinske opgaver.

I diskussionen af ulemper ved at ændre specialets navn blev fremført at vores brugere og samarbejdspartnere allerede kender vores navn og at kendskab til specialets indhold er øget. Navnet "Klinisk Immunologi" er bredt dækkende for de immunologiske problemstillinger i klinikken vi arbejder med. Derudover er det mundret og nemt at sige i en vagttelefon. Det blev argumenteret at vi aldrig kan få alle vores funktioner og fagområder inkluderet i navnet af hensyn til længden på navnet, og hvorfor så vælge kun at fremhæve eksempelvis "Transfusionsmedicin" over eksempelvis "Transplantationsimmunologi" eller "Immundefekt". Desuden, vi er et meget bredt speciale, som dækker over mange forskellige felter, så urealistisk at kunne finde et navn der er dækkende over alle de ting vi gør. Derfor bør vi overveje grundigt om vi vinder nok ved et skift af navn i forhold til de ulemper der vil være forbundet med skift.

Resumé:

Arbejdsgruppen foreslår at Transfusionsmedicin tilføjes det nuværende navn i en udformning som eksempelvis kunne være "Klinisk Immunologi & Transfusionsmedicin" som er i overensstemmelse med nuværende kendte navngivning.

2. Specialets indhold

Under diskussionen af specialets nuværende indhold, var der enighed om, at specialets indhold er relevant og meningsfyldt.

Det blev understreget, at vi i specialet selv definerer læringsmålene for speciallægeuddannelsen, og dermed hvilke kompetencer vi fremhæver og opøver hos kommende speciallæger. Disse skal være i tråd med de behov for immunologisk diagnostik/ behandling og mulige områder vi gerne vil kunne løfte i fremtiden.

Der blev drøftet nye mulige områder specialet også kunne satse på:

- Allergi: diagnostik. Aferese med IgE-specifik søjle?
- Stamceller og cellulær terapi: GMP-faciliteter
- Knogle- og vævsbanker
- Monitorering af biologiske lægemidler
- Sekundære immundefekte

Som udfordring for at komme ind på nye områder, blev det nævnt at der kræves en kombination af to ting: 1) personale med interesse for det relevante områder, 2) tid og økonomisk prioritering.

Som fremtids vision, skal vi forsøge mere tydeligt at adskille os fra de andre laboratorie specialer, ved at tydeliggøre at vi er et speciale der er dygtige til den individuelle rådgivning og til at tilpasse vores laboratoriediagnostik i forhold til den enkelte patient eller patientgruppe. At vi i forhold til mange andre laboratorie specialer har erfaring og interesse i at gøre en ekstra indsats for individuel rådgivning og diagnostik i forhold til at hjælpe klinikerne med den enkelte patient eller patientgruppe. Vi ønsker at målrette vores tilbud det klinikerne efterspørger, og vi ønsker at bedre og styrke det tætte samarbejde med klinikerne i lokalmiljøet.

Opdeling af specialet:

Det blev diskuteret om der vil være fordele (økonomisk, fagligt) ved at opdele specialet i Transfusionsmedicin (blodtapning, fraktionering, serologi, blødning) "Rød side" adskilt fra Klinisk Immunologi "Hvid side". Man kunne forestille sig at de forskellige arbejdsgange med high throughput, automatiseret produktion som kendt fra blodbankssiden kan kollidere med low throughput, håndholdte, analyse-tunge arbejdsopgaver. En opdeling ville teoretisk set, kunne give anledning til mere effektivisering.

Som modargument blev det nævnt at der vil være risiko for at miste tværfagligheden i specialet, der anses som en styrke, på i viden og know-how, men også giver forskningsmæssig balast. Det vil blive mere ensformigt for ansatte, hvis der ikke kan tilbydes rotation mellem forskellige funktioner. Det vil gøre virksomheden mere sårbar overfor fluktuationer i sundhedsvæsenets prioriteter, hvor der nu er en buffer ved nedgang i den ene form af aktivitet, kan ressourcer og personale flyttes til andre områder.

Sammenlægninger

Ved sammenlægning indenfor specialet forstås lokalisering som enten sammenlægning af afdelinger eller centralisering af enkelte funktioner indenfor specialet.

Fordele og ulemper ved forskellige modeller blev diskuteret og er opsummeret i det nedenstående.

Som fordele ved at sammenlægge afdelinger på tværs af regioner blev nævnt stordriftsfordele, som kan forventes ved sammenlægning til større units, men at det samtidig skal afklares hvornår stordriftsfordele forsvinder ved for store units. Man kunne eksempelvis forestille sig blodproduktion kunne outsources til fx Polen for en lav pris (omkostning til opfølgning kontrol skal lægges til: ca. 15% af kontraktsummen på det outsourcete). Endvidere at vi vil kunne samle ekspertise indenfor visse områder med lavt patientantal, og dermed sikre bedre diagnostik og behandling. Et andet argument for sammenlægning kan være, at vi ved at gøre det frivilligt kan have mere kontrol over processen, frem for at det politisk bliver ved tvang, hvis de politiske vinde går mod yderligere centralisering.

Som ulemper kan man forestille sig at man ved at sammenlægge og outsource fx blodproduktionen til én national/ udenlandsk facilitet, ville medføre et stort tab af kunnen og know-how med andre produkter, herunder stamcelleprodukter. Ulemper ved centralisering af delfunktioner i specialet, eksempelvis immundefekter, kan være at man ville miste kontakt og samarbejde med de lokale klinikere. Så længe patienterne bliver behandlet flere steder i landet, giver det mening at yde diagnostisk immunologisk service lokalt. En anden ulempe ved uddelegering og fordeling af højt-specialiserede funktioner mellem regionerne, ville være spørgsmålet om vi kunne rekruttere læger til en speciallægeuddannelse der er for segregeret og ekstrem-specialiseret, og om vi kunne uddanne de nye speciallæger bredt nok i alle landsdele. Det blev nævnt at vi for en stor del af planlægningen er underlagt love og krav, fx at der skal være blodcenter ved traumecentre, som vi ikke kan ændre på. Endvidere blev det sagt at en del af vores analyser er et kontinuum der er svært at adskille, eksempelvis kan der være penge at spare på en centralisering af smittetest ved blodtransfusioner, men samtidig skal der være mulighed for patienttestning flere steder, hvilket rejser flere spørgsmål med udstyr, personale og kompetencer i forbindelse hermed.

Det blev også nævnt at vi ved en sammenlægning/ centralisering af kliniske immunologer, vil bidrage til den øgede ulighed i adgang til god upfront diagnostik og behandling, hvilket potentielt kan resultere i reduceret kvalitet af patientforløb i yderområderne sammenlignet med i storbyerne. Slutteligt, kan man forestille sig at vi ved en centralisering gør os selv ekstremt sårbare ved maskinnedbrud og ekstremvejr, som forventeligt bliver mere udtalt i fremtiden.

Overordnet set, blev det fremhævet at vi er et støttespeciale, der skal bakke klinikerne op for at sikre de bedste forløb for patienterne. Således er vi som speciale meget afhængig af en tæt dialog med klinikerne, der sikrer at vi er up to date med deres udfordringer samt i firstline med nyeste forskning og diagnostiske/ behandlingsmæssige tiltag. En udfordring er de mange forskelligt-rettede opgaver vi som speciale løser. Ingen kan være eksperter på alle områder indenfor specialets ramme, hvilket kræver sub-

specialisering og tendens til søjledannelse med enkelte højt-specialiserede overlæger. Dette medfører en betydelig sårbarhed ved ferie og sygdom, når afdelingens samlede kompetencer baseres på enkelt-individer.

Et forslag til en løsning på denne sårbarhed kunne være 1) at samle analyser der køres sjældent ved at samarbejde mere på tværs af afdelingerne. Konkret, kunne denne proces initieres og løftes af 2) nationale fagråd på tværs af regionerne, der udpeger nøglepersoner og backups i andre regioner, såfremt afdelingen skulle være ramt på personalefronten. Et sådant samarbejde vil også øge erfaringsudvekslingen omkring ny lovgivning, IT-systemer, arbejdsgange osv, hvilket kun kan forestilles at være styrkende for specialet.

Fælles laboratoriespeciale

Vi diskuterede mulighederne for at indgå i et fælles laboratoriespeciale. Forslaget blev ikke vurderet som realistisk, da de fleste af vores analyser ikke er automatiserede og behæftet med en stor del rådgivning, som det centrale for specialet. Endvidere blev det påpeget at den generelle trend er yderligere subspecialisering indenfor de parakliniske specialer for at løfte de diagnostiske behov, hvilket taler imod tanken med samling af laboratoriespecialer og -funktioner.

Resumé:

I arbejdsgruppen er der generelt tilfredshed med specialets opgaver, som dog også vurderes at ændre sig over de kommende år med mindre blodbanksproduktion til mere specialiserede immunologiske opgaver. De ressourcer der frigives kan og skal kanaliseres over i udviklingsarbejde. Derudover findes en række interessante områder som specialet kan melde sig ind på, hvilket dog kræver at der er interesse for området samt en prioritering fra ledelsens side. For at sikre den bedste immunologiske ydelse og støtte til klinikerne, er det vigtigt at speciallægeuddannelsen klæder fremtidens kliniske immunologer på til disse mulige opgaver.

3. Specialets organisation og størrelse

På nuværende tidspunkt findes 5 regionale afdelinger, bestemt af den nuværende udformning af regionerne. Specialet er underlagt at følge den politisk udvikling i sundhedsvæsenets organisering.

I arbejdsgruppen blev det foreslået at man kunne have en national organisation, eksempelvis ved en central direktion for specialet med flere lokalafdelinger. Styrken herved ville være ensretning af arbejdsformer, analysegange og udviklingsarbejde på tværs af regionsgrænser samt at det ville være nemmere at fordele aktiviteter og mellem regionerne. Endvidere ville den nationale forskning indenfor specialet styrkes og en samling af speciallæge kompetencer indenfor delområder ville være styrkende for uddannelsen. Udfordringer vil være definitionen "central direktion" samt selve lokaliseringen, som er besværliggjort af de nuværende regioner. Som løsning på dette problem blev det foreslået at vi kan få adgang til fordelene ved at definere flere tvær-regionale arbejdsgrupper, hvis formål er at sikre specialets

samlede nationale styrke og sammenhængskraft. På den ene side er det vigtigt at afdelingerne er store nok til at løfte kvaliteten og sikre den bedste diagnostik, for at bidrage til de bedste patientforløb, som vi har set det tidligere ved centralisering af fx børneleukæmi diagnostikken. På den anden side skaber flere afdelinger et konkurrence element (på pris og kvalitet) mellem afdelingerne i Danmark, hvilket gavner patienterne.

Grænseoverskridende organisation

Vi diskuterede om mulighederne for en grænseoverskridende organisation med fx Sydsverige eller Nordtyskland. I gruppen var der stemning for at vi bestemt kunne lære en masse ved at kigge på andre afdelinger i vores nabolande, men at der samtidig formentlig ville være for store udfordringer i forhold til lovgivning til at det ville være en fordel. De samme argumenter omkring udfordringer med sammenlægning indenfor landets grænser blev også nævnt. Fordelen ved erfaringsudveksling med andre lande kunne muligvis imødekommes ved at øge samarbejdet med lande tæt på os, og eventuelt med fokuseret ophold på en udenlandsk afdeling som en del af speciallægeuddannelsen.

Specialets størrelse

Specialets størrelse blev drøftet indirekte. På baggrund af de reservationer gruppen har i forhold til opsplitning i fx to specialer, som i givet fald ville blive meget små, vil vi vurdere, at specialet i hvert fald ikke er for stort. Omvendt har vi oplistet en række opgaver, som vi anser for mulige vigtige brikker i fremtidens sundhedsvæsen, og det indikerer at vi nok får brug for at blive større.

Resumé:

I arbejdsgruppen ser vi det ikke som realistisk at vi kan ændre den nuværende struktur og organisation markant, da det er fastsat af mange andre interessenter med politiske interesser. Organisatorisk kan specialets faglige samarbejde dog styrkes uden at ændre den strukturelle organisation ved dannelse af nationale fagorienterede tvær-regionale udvalg der sikrer sammenhængskraften mellem de andre afdelinger og fordeling af sjældent forekommende analyser. Denne prioritering vil kunne fokusere ressourcer hen på de mest nødvendige opgaver samt bidrage til at der ydes den samme service forskellige steder i landet. Grænseoverskridende samarbejde vurderes som en mulighed. Da vi anser flere specialiserede immunologiske opgaver, som en vigtig del af fremtidens precision medicine, vurderer vi at specialet må og kan vokse i størrelse, for at løfte disse opgaver.