

Til stede: Anja Fabrin (AF), Marcell Tjørnild (MT), Hans Henrik Kimose (HK), Sofie Ibfelt (SI), Merete Christensen (MC), Alexander Kaspersen (AK), Per Lehnert (PL), Lærke Korup (LK), Alberte Lund (AL), Erika Nodin (EN), Marike Lijkendijk (ML)

1. Nyt fra centrene

- Aalborg: Flere i hjertevagt, RATS cardia startet op. Genadi fellow Canada i robot hjertekirurgi
- Århus: Udskiftning i lægegruppen, stigning i esophaguskirurgi presser afdelingen. Louise Feilberg tager resten af HU i Århus.
- København: Travlt på lungesiden, Niels Erik ovl., Henrik Jessen på kvart pension, Sofie Laugesen tager resten af HU på RH. 10 HU-læger aktuelt!
- Odense: Inspektør besøg snart. Sofie bliver på RH. Ikke muligt at ansætte flere læger lige nu. Flyt til ny OUH i 2027. Jens Lund har sagt op, stillingen bliver nedlagt.

2. Kurser

- PL bemærker at OUH kurset "åben thoraxkirurgi" bør udbydes i intro. Evt. kan afgift afholdes af DTS. Deltagergebyret dækker halvdelen af udgifterne. 2000kr per pers. Man kan overveje at flytte ATLS og UL til introstillingen, men det bliver økonomisk udfordrende.
- EACTS: 2 hjertekurser og 1 lungekursus udbydes. Gode evalueringer! Alle får lunge, men man får som udgangspunkt kun 1 hjertekursus. anbefales ikke at skyde til slutningen af HU.
- FATE/FAST udbydes kun hvert andet år, perfusionskursus også kun hvert andet år. Perfusionskurset er meget dyrt. AF stiller forslag om at det kun udbydes til hjertekirurger for at spare penge.
- Teoretisk fælleskirurgisk kursus: Indholdet er relevant, men undervisningsformen kunne være bedre. Mange generelle emner såsom "mors på lejet", væskebehandling, ernæring, smertebehandling osv. var tidligere en del af kurset, men fik dårlige anmeldelser. MC er med i kursusledelsen, som har evalueringsmøde om en måned. AL kan deltage som YL-repræsentant.
- Praktisk fælleskirurgisk kursus: Generelt et meget populært kursus, men udbyttet er stærkt instruktørafhængigt.
- Generelt: PL stiller forslag om, at vi anbefaler **alle kurser bør afvikles de første 3 år af HU**. Logistisk giver det mening. Dog anfægtes, at udbyttet af kurserne også kan være stort længere ude i hoveduddannelsen. Kurser bør generelt afvikles med stamafdelingens løn og ikke under udeåret. SI oplyser at opdelte forløb med indlagt forskningsorlov skaber økonomiske og logistiske udfordringer, og derfor bør minimeres.

3. Målbeskrivelserne

- Intro: ML har oversigt over jura relevant for YL. Mange kompetencer er uspecifikke. I Århus får man en fast opgave udover klinisk arbejde (eks. UKYL, vagtplanlægger el. lign.). På OUH har man "master class" et par eftermiddage om året, hvor I- og HU-læger gennemgår emner fra målbeskrivelsen under supervision.

PL har oversigt over intro-forløb og ny "buddy" ordning fungerer godt.

Diskussion af begrebet "strukturel" observation i klinikken vha. OSATS, Reznik, mini-CEX eller lign. Introlægen har selv ansvar for egen læring OG vejlederne har ansvar for at vide hvordan værktøjet anvendes.

- HU: 1-2. år er ens for alle. Specialisering sker på 3. år, men afspejles ikke i en specialiseret målbeskrivelse. Svært at få lov at lave hjertekirurgi, hvis man tidligt i udd. vælger lunge-siden.

4. Udeår

AF: Lige nu bliver der ikke vurderet kompetencer på udeåret. Det bør fungere som en kontratsignering af om HU-lægen har lært det han/hun skal samt mulighed for at stille krav til et bestemt fagligt niveau ved årets start.

Der er enighed om at der bør være minimumskrav til kompetencer ved afrejse til udeår. AF laver et oplæg til hvordan denne kompetencevurdering kunne se ud.

HK mener second opinion vurderingen bør foregå tidligere i uddannelsen og ikke på 4. år.

PL foreslår et ophold på en tredje afdeling for at komme med en neutral vurdering.

5. 3 mdr. ophold

Det skal på skrift at der på cheflægeniveau er givet tilsagn til fuld løn. Opholdet er med vilje løst defineret ift. geografi og speciale. Vi afventer erfaringer fra nuværende HU-læger. Vi bør udveksle erfaringer centrene imellem.

6. Sundhedsreformen

"PhD forløbene bør målrettes andre faggrupper end læger (sygeplejerske). Adgangen til hoveduddannelsesforløb bør begrænses for læger med PhD".

Der er generelt modstand mod dette. **Den bedst kvalificerede bør få stillingen.** Der kan potentielt søges dispensation på sigt.

7. Valg af ny formand

AF vælges enstemmigt. Udvalget takker MC for indsatsen som formand!

8. Evaluerings

PL anfører at anæstesi har RedCAP spørgeskema til evaluering. Kunne det være et værktøj vi kunne anvende? PL undersøger svarprocent og design.

9. Generalisten

Eksempler på diagnoser, som kan behandles af andre specialer:

Pneumothorax, thorakale smerter, empyem...

Vi har allerede fokuserede ophold hos andre specialer (kard., lunge, anæstesi), som bidrager til generalistkompetencer. **Den samlede patient** med diverse kirurgiske og medicinske komplikationer bliver allerede vel behandlet i thoraxkirurgisk regi. Dette tilsigtes allerede i uddannelsen og fremgår af målbeskrivelsen, men bør tydeliggøres overfor SST.

MT: Man kunne lave et generalist-kursus, for at sikre nogle basiskompetencer for alle kirurger. Der er dog enighed om at der formentligt tilsigtes at generalisten skal være i fokus

i det daglige arbejde også.

Kompetencer som allerede understøttes i HU i thoraxkirurg, men som bør fremgå tydeligt af målbeskrivelsen:

- Væskebehandling
- Syre/base status
- Sårbehandling
- Ernæring
- Tolkning af biokemi
- Diabetes
- Stofskiftesygdomme
- Nyresygdomme
- Objektiv undersøgelse (neurologi, abdomen)
- Håndgreb såsom KAD, sonde, UL
- Smertebehandling
- Infektioner

AF stiller forslag om at eks. Lægeforeningens kurser om akut nefrologi eller hjertesvigt kunne indgå i et "generalist"-element af HU evt. i stedet for teoretisk fælleskirurgisk kursus.

10. Dimensionering

- Marts 26 vil der være 1 HU stilling i Aalborg i stedet for København, således at 4 stillinger fastholdes.
- Lars Møller har lavet fremskrivning for lægebemanding: Ca. 1 læge om året forlader specialet. Der er en overdimensionering som det er nu men der er også importeret speciallæger fra udlandet. Det er et kendt vilkår at man ikke er garanteret slutstilling. Frem mod 2030 bliver vi op mod 70 speciallæger på landsplan, som nok er for mange, hvorfor vi overvejer at have færre HU-stillinger på sigt. Særligt på RH er problemet stort!
Det besluttet at disse tal debatteres hjemme i afdelingerne og til ansættelsesmødet til december lægges dimensioneringsplan for de næste tre år. Dette ad hensyn til de yngre lægers planlægning.
AL rejser FYDT's bekymring for overproduktion og dermed snæver tilgang til slutstillinger. Lars Møller pointerer behovet for robusthed i specialet.
- Til DTS årsmøde i maj vil temaet være "fremtiden for specialet", hvor disse tal vil blive præsenteret og diskuteret.

11. Ansættelsessamtale/procedure

MC: Der bør være et formøde i god tid. Ansøgningerne bør være i hænde i god tid forinden.

- PL stiller forslag om, at ansøger kan tage en case med, som kan inddrages i samtalen.

Det skal være en case, som afdækker en af de 5 lægeroller: leder, kommunikator, samarbejder, professionel, administrator. Fremlægges mundtligt i 2 minutter og

diskuteres dernæst. Dermed forlænges samtalen længde til 30 minutter. Dette forslag vedtages og indføres til næste samtale i efteråret.

- Forslag til struktur
 - i. Kandidaten fortæller hvem de er og hvorfor de har søgt
 - ii. Samtale med hovedinterviewer
 - iii. Case præsentation og diskussion
 - iv. Diverse spørgsmål bordet rundt
- Rollen som professionel i den faglige profil er dårligt defineret. Dokumentation kan være udtalelse fra vejleder eller handleplan fra 360 graders eval.
- Der er tradition for at indkalde alle relevante ansøgere til samtale. Det aftales på formødet om dette skal fortsætte.
- VUU-møde kan lægges dagen før ansættelsessamtalerne. VUU-møderne bør generelt afholdes halvårligt. Finansiering via SST.

12. Eventuelt

- AF: 1 årlig ledig plads til DSTC. Hvordan anvender vi den bedst?
- Ara bevilges dispensation for deltagelse i forskningstræning
- Kompetencekort gennemgås ved næste møde med fokus på om der skal tilføjes eller fjernes nogen, samt hvornår i uddannelsen de bør tages.