

SÄRSKILDA REKOMMENDATIONER

för specialiseringstjänstgöring i

GERIATRIK

SOSFS 2015:8

Svensk Geriatrisk Förening



Förord

Dessa *Särskilda rekommendationer för specialiseringstjänstgöring i geriatrik* är ämnade att fungera som ett komplement till den målbeskrivning som utfärdats av Socialstyrelsen, SOSFS 2015:8.

Rekommendationerna utges av Svensk Geriatrisk Förening, SGF, och är tänkta att fungera som ett stöd för ST-läkaren, handledaren, studierektorn och verksamhetschefen i utformningen av den individuella specialiseringstjänstgöringen. Målet med tjänstgöringen är att uppnå specialistkompetens i geriatrik. Detta kan ske när samtliga mål i Socialstyrelsens målbeskrivning för geriatrik, SOFS 2015:8, är uppfyllda dock tidigast efter 60 månaders klinisk tjänstgöring som legitimerad läkare.

Rekommendationerna återfinns på SGFs hemsida - www.sveger.se.

Rekommendationerna färdigställdes 2016-12-15, reviderades 2019-06-07.

Ny revidering skall ske senast 2020-12-31.

De som ingått i SGFs arbetsgrupp för att ta fram detta dokument är:

Lena Holmquist Henrikson, överläkare Geriatriken Sahlgrenska sjukhuset, styrelsen SGF

Gunilla Barkman, överläkare Stockholmsgeriatriken, studierektor

Viktoria Bäck Jerlardtz, ST-läkare Jakobsbergsgeriatriken, styrelsen SGF

Harriet Chitsaz, överläkare Geriatriken Sahlgrenska sjukhuset, studierektor

Revidering 2019-06-07

Lena Holmquist Henrikson, överläkare Geriatriken Sahlgrenska sjukhuset, styrelsen SGF

Gunilla Barkman, överläkare Sabbatsbergsgeriatriken, studierektor

Viktoria Bäck Jerlardtz, överläkare Jakobsbergsgeriatriken, styrelsen SGF

Innehållsförteckning

1. Inledning
 2. Regelverk kring specialiseringstjänstgöring (ST)
 3. Övergripande utbildningsplan
 - 3.1 Huvudutbildning
 - 3.2 Gemensam kunskapsbas med övriga invärtesmedicinska specialiteter
 - 3.3 Sidoutbildning
 - 3.3.1 Obligatorisk sidoutbildning
 - 3.3.2 Valfri sidoutbildning
 4. Rekommenderade kunskapsmål
 - 4.1 Specialitetsspecifika kunskapsmål för specialiteten geriatrik (c6-c13)
 - 4.2 Gemensam kunskapsbas för invärtesmedicinska specialiteter (c1-c5)
 - 4.3 Allmänna kompetenser i ST
 5. Själständigt skriftligt arbete enligt vetenskapliga principer
 6. Kvalitets – och utvecklingsarbete
 7. Övriga utbildningsmoment
 - 7.1 Kurser
 - 7.2 Vetenskapliga sammankomster
 - 7.3 Egna studier
 8. Ansökan om specialistkompetens
 9. ST-kontrakt
 10. Bedömningsinstrument
- Bilaga 1: Kompetensbeskrivning för specialiseringstjänstgöring inom huvudutbildningen i geriatrik.
- Bilaga 2: Kompetensbeskrivning för läkares specialiseringstjänstgöring inom den gemensamma kunskapsbasen för de invärtesmedicinska specialiteterna
- Bilaga 3: Förslag på ST-kontrakt

1. Inledning

Den demografiska utvecklingen går mot en allt större andel äldre i samhället. Efterfrågan på specialister i geriatrik är idag stor och förväntas öka ytterligare i framtiden.

Geriatrisk är en basspecialitet som delar en gemensam kunskapsbas med övriga invärtesmedicinska specialiteter.

Specialiteten geriatrik omfattar kunskaper och färdigheter i att utreda, diagnostisera, behandla och följa upp akuta och kroniska sjukdomar och symtom hos äldre, vilka ofta är sköra och multisjuka med en komplex sjukdomsbild. Det krävs goda kunskaper i gerontologi och förståelse för hur det normala åldrandet påverkar sjukdomssymtom, förlopp och effekt av behandling, samt för åldrandets konsekvenser på funktionsförmåga och sårbarhet. Geriatrik innebär också att beakta flera samtidiga sjukdomar och funktionsnedsättningar samt att värdera behandlingsvinst ur ett individuellt perspektiv.

Det krävs kunskap om internmedicinska, neurologiska, psykiatriska, kirurgiska och ortopediska sjukdomar och skador samt samarbete över specialitetsgränser. Individualiserad läkemedelsbehandling av en äldre individ ska behärskas. Förmåga att bedöma rehabiliteringsbehov och effekt av olika insatser hos en åldrad individ är central. På individnivå ska nyttan av primära och sekundära preventiva åtgärder kunna värderas.

Specialistkompetens i geriatrik innefattar vidare även goda kunskaper i medicinsk etik och god kompetens i palliativ vård.

I geriatrisk sjukvård ingår att försöka minimera de begränsningar i aktivitetsförmåga som uppkommer till följd av sjukdom och åldrande.

Geriatrisk innebär fokus på patientens hela situation - medicinskt, funktionellt, psykologiskt, socialt och existentiellt. Arbete i multiprofessionellt team med helhetssyn och symtominriktat arbetssätt snarare än diagnosstyrt är nödvändigt för att tillgodose den åldrade patientens komplexa behov. Som geriatriker har man den ledande funktionen i teamet. Arbetet kännetecknas dessutom av krav på god samordning av insatser mellan olika vårdformer och huvudmän. Detta förutsätter kännedom om hälso- och sjukvårdens organisation och arbetssätt.

Idag bedrivs geriatrisk forskning inom flera områden till exempel sviktande kognition, demens, Comprehensive Geriatric Assessment (strukturerat omhändertagande av äldre), skörhet (frailty), osteoporos, nutrition, farmakologisk behandling av äldre och palliativ medicin. Det finns många möjligheter att bedriva forskning som geriatriker.

Kliniskt verksamma geriatriker finns inom olika områden som exempelvis akutgeriatrisk slutenvård inklusive rehabilitering, palliation och vård i livets slutskede, demenssjukdomar, geriatrisk öppenvård, hemsjukvård, särskilt boende samt konsultativt på annan specialistavdelning.

Svensk Geriatrisk förening (SGF) är specialitetsföreningen för geriatriker. Föreningen är en sektion inom både Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet och har därför som uppdrag att bevaka både fackliga och vetenskapliga frågor. SGF anordnar varje år bland annat ett nationellt Geriatriskt Forum samt ytterligare möten där aktuell geriatrisk forskning presenteras. Den löpande verksamheten utgörs av t ex arbete med utbildningsfrågor gällande specialistutbildning (ST), fortbildning, nationella verksamhetsutvecklingsfrågor och kontakt med politiker och andra specialitetsföreningar. SGF utgör dessutom en viktig remissinstans i utredningar från statliga myndigheter och riksdag.

Håll dig uppdaterad genom att besöka föreningens hemsida: www.sveger.se och bli gärna medlem för att stödja SGF:s arbete.

Vi hälsar dig välkommen till ett roligt, omväxlande och professionellt stimulerande arbete!

Lena Holmquist Henrikson

Utbildningsansvarig SGF

Carina Metzner

Ordförande SGF

2. Regelverk kring specialiseringstjänstgöring

1 maj 2015 ändrades specialitetsindelningen i Sverige. Geriatrik är fortsatt en basspecialitet men ingår nu i den invärtesmedicinska gruppen tillsammans med följande specialiteter:

endokrinologi och diabetologi

hematologi

internmedicin

kardiologi

lungsjukdomar

medicinsk gastroenterologi och hepatologi

njurmedicin

I och med förändringen av specialitetsindelningen infördes ett nytt ramverk för ST-utbildningen samtidigt som det fram till den 30 april 2022 finns ST-läkare som följer den tidigare utbildningsstrukturen från 2008.

Regler för strukturen för ST-utbildningen finns fastställt i **socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring.**

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19743/2015-3-1.pdf>

Mål och kompetenskrav finns i **målbeskrivningen för geriatrik.**

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19796/2015-4-5.pdf>

De gemensamma målen för de invärtesmedicinska specialiteterna hittas i **den gemensamma kunskapsbasen för de invärtesmedicinska basspecialiteterna.** (se kapitel 4.2 samt bilaga 2)

Handledning

Vid tillträddande av ST-tjänstgöringen ska verksamhetschefen utse en ansvarig *huvudhandledare* med specialistkompetens i geriatrik. Handledaren ska ha genomgått handledarutbildning, där året för genomgången utbildning ska anges då ST-läkaren slutligen ansöker om specialistkompetens. Handledning bör ske kontinuerligt i form av stöd och vägledning och handledaren bör därför tjänstgöra där ST-läkaren utför huvudsakliga delen av sin utbildning. För att skapa tidsmässig förutsättning för handledning är det önskvärt om denna planeras in i både ST-läkarens och handledarens tjänstgöringsscheman.

I det kontrakt som upprättas vid tillträddande av ST-tjänstgöringen bör det framgå hur mycket tid som ska avsättas för handledning. Vid tjänstgöring på moderkliniken bör handledning ske minst två gånger per månad omfattande minst en timme vid varje tillfälle. Under sidoutbildningen bör tid avsättas för handledning med huvudhandledaren likaledes med två timmar varje månad men kan då förläggas till ett tillfälle.

Vid tjänstgöring utanför hemmakliniken ska ST-läkaren på sidoutbildningskliniken ha tillgång till en handledare med relevant specialistkompetens. Denne ska också ha genomgått handledarutbildning.

Studierektor

Studierektorn, som ska ha specialistkompetens och handledarutbildning, är en stödfunktion till ST-läkaren, handledaren och verksamhetschefen. Den studierektor som varit involverad under ST-utbildningen ska också namnges vid ansökan om specialistkompetens.

Studierektorn bör delta i utformningen av ST-läkarens individuella utbildningsplan och följa uppgjorda bedömningar.

Bedömning

Handledaren och verksamhetschefen är ytterst ansvariga för att en kontinuerlig bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling sker och dokumenteras.

Förslag på bedömningsinstrument hittas under kapitel 10.

Lämpligen görs även en årlig sammanställning av genomförda utbildningsmoment, varvid möjlighet finns att revidera den återstående planerade tjänstgöringen. Dokumentationen ska också utgöra ett underlag för den slutliga bedömningen om specialistkompetens uppnåtts.

ST-utbildningens kvalitet

Genom granskning av en extern aktör, helst var femte år, är vårdgivaren ansvarig för att kvaliteten i specialiseringstjänstgöringen säkerställs.

Läkarnas institut för professionell utveckling i sjukvården (LIPUS) genomför på uppdrag från vårdgivare granskning av ST-utbildning.

3. Övergripande utbildningsplan

3.1 Huvudutbildning

Huvudutbildningen i geriatrik sker genom tjänstgöring inom den egna specialiteten och bör sammanlagt omfatta minst 30 månader.

Geriatriken har varierande utformning i olika delar av landet och ST-utbildningen måste därför anpassas efter lokala förutsättningar samtidigt som målbeskrivningen ska uppfyllas. Erfarenhet av nedanstående områden ska ha erhållits under huvudutbildningen. Om någon av de rekommenderade delarna inte kan tillgodoses på hemmakliniken, måste sådan kompetens erhållas genom tjänstgöring på annan klinik.

Under ST-utbildningen ska erfarenhet erhållas från olika vårdformer: slutenvård, mottagningsverksamhet och särskilt boende.

Tid för det vetenskapliga arbetet bör avsättas under huvudutbildningen.

Akutgeriatrik och allmängeriatrik

På en akutgeriatrisk enhet vårdas den äldre sköra patienten i samband med nyttillkommen akut sjukdom eller försämring av tidigare känd kronisk sjukdom. Akuta inläggningar direkt från hemmet eller akutmottagning är vanligt förekommande. Vården innefattar också rehabilitering för att återfå tidigare funktionsnivå.

För äldre med sjukdomar i ett mer stabilt skede sker uppföljning i form av mottagning, hemsjukvård eller genom tillsyn av läkare ansvarig för särskilt boende.

Geriatrisk rehabilitering

Äldre sköra patienter har på grund av lägre reservkapacitet stor risk för försämrad funktion och ökat beroende i samband med sjukdom och efter till exempel kirurgiska eller ortopediska ingrepp. För att minska risken för bestående funktionsnedsättning krävs optimalt omhändertagande och bästa medicinska vård såväl i akutskedet som senare i förloppet. Arbeta i multiprofessionellt team är en förutsättning för god rehabilitering.

Fall med efterföljande fraktur är vanliga i den äldre populationen. Utredning av fallorsak, lämplig smärtlindrande behandling och ställningstagande till preventiva insatser skall ingå i vården förutom aktiv rehabilitering.

Vid stroke är rehabilitering både i direkt anslutning till insjuknandet och senare av största vikt. Likaledes här är det multiprofessionella teamet grunden för att ge en god rehabilitering, där bedömning avseende möjlig prevention för att förhindra återinsjuknande också ingår.

Kognitiv svikt och demenssjukdom

Tjänstgöring skall göras på enhet som bedriver avancerad utredning av kognitiv svikt, där typ av demenssjukdom fastställs med ställningstagande till behandling av såväl demenssjukdomen som eventuella BPSD.

Palliativ vård

Palliativ vård i olika former förekommer på geriatriska enheter. För att under ST-utbildningen få ytterligare kompetens i palliativ vård bör tjänstgöring på enhet inriktad mot specialiserad palliation i slutenvård och/eller avancerad sjukvård i hemmet(ASIH) ingå.

Huvudutbildningen ska fördelas inom både slutenvård och öppenvård varav minst 3-6 månader ska fullgöras inom öppenvård (mottagningsverksamhet för äldre, hemsjukvård, mobila team och särskilt boende).

Nedan följer ett förslag på tidsplan:

Akutgeriatrik och allmängeriatrik	12-16 månader
Geriatrisk rehabilitering (inkluderande ortoped- och strokerehabilitering)	4-8 månader
Kognitiv svikt och demenssjukdomar	3-6 månader
Palliativ vård	2-3 månader
Vetenskapligt arbete	2,5 månader (10 veckor)
Sammanlagd tid	30 månader

3.2 Gemensam kunskapsbas med övriga invärtesmedicinska specialiteter

Den gemensamma kunskapsbasen är tänkt att leda till kompetens att gå sjukhusbunden jour (dvs självständig primärjour på akuten samt mellan/husjour). Utöver akutuppdraget ska vanliga tillstånd kunna handläggas primärt inom såväl sluten- som öppenvård. Med särskild hänsyn till det ökande antalet äldre i befolkningen och förekomst av multisjuklighet ställs stora krav på att läkare kan samarbeta över de traditionella specialitetsgränserna. Det är viktigt att arbetet med dessa sköra patienter genomsyras av en helhetssyn.

Den gemensamma kunskapsbasen är tänkt att fullföljas på två år. Eventuellt kan maximalt 3 månader av denna tid förläggas inom akutgeriatrisk verksamhet beroende på akutflödets art.

För att uppnå avsedd kompetens är det under placeringarna nödvändigt med tjänstgöring med deltagande i jourverksamheten på akutmottagning. Under de två åren bör akuttjänstgöringen utgöra cirka 35% av tiden.

Det är inte specificerat vilka placeringar som ska ingå i den gemensamma kunskapsbasen. Det är dock nödvändigt att tjänstgöra inom internmedicin och inom kardiologi, om inte kardiologin ingår i internmedicins uppdrag på den aktuella kliniken. Vid planeringen av tjänstgöringen måste en avstämning göras mot målbeskrivningen, de särskilda rekommendationerna och kompetensbeskrivningarna gällande både geriatrik och den gemensamma kunskapsbasen för de invärtesmedicinska specialiteterna.

3.3 Sidoutbildning

Inom specialiteten geriatrik handläggs sjukdomar från ett flertal olika specialitetsområden. Sidoutbildning som ger erfarenhet från andra specialiteter är därför betydelsefull och fullgörs huvudsakligen genom tjänstgöring på annan klinik.

3.3.1 Obligatorisk sidoutbildning

Psykiatriska sjukdomar är vanligt förekommande hos äldre. Sidoutbildningen inom psykiatri ska leda till fördjupad kunskap om dessa och bör fullgöras på enhet inom äldrepsykiatri. Finns sådan inte att tillgå kan denna ersättas med tjänstgöring inom allmänpsykiatri under förutsättning att ST-läkaren får möjlighet att i huvudsak handlägga äldre patienter. Sidoutbildning inom äldrepsykiatri bör omfatta minst 3 månader.

3.3.2 Valfri sidoutbildning

Den valfria sidoutbildningen kan anpassas utifrån ST-läkarens intresse och behov. Exempel på område som kan vara av värde är algologi, infektion, onkologi, hud, kirurgi, neurologi och klinisk farmakologi och allmänmedicin.

4. Rekommenderade kunskapsmål för specialiteten geriatrik

Delmålen är uppdelade i a-, b- och c-mål.

Delmålen a och b är de samma för i stort sett alla specialiteter.

C-delmålen är uppdelade i två grupper där c1-c5 är gemensamma för de invärtesmedicinska specialiteterna medan c6-c13 är specifika för specialiteten geriatrik.

Delmålen i målbeskrivningen har en övergripande karaktär. Av denna anledning har mer detaljerade kunskapsmål i form av kompetensbeskrivningar utarbetats (se bilaga 1 och 2).

4.1 Rekommenderade kunskapsmål inom geriatrikens ämnesområden (delmål c6-c13)

Dessa kunskapsmål är mål som inte täcks in av den gemensamma kunskapsbasen. Det gäller exempelvis kunskap inom gerontologi, neurologi, sviktande kognition och demens, äldrepsykiatri, ortopedi, kirurgi samt andra inom geriatriken vanliga symptom och tillstånd som fall och sår. Fördjupade kunskaper inom palliation och rehabilitering ingår.

(se bilaga 1)

4.2 Gemensam kunskapsbas för invärtesmedicinska specialiteter (delmål c1-c5)

Den gemensamma kunskapsbasen definieras bland annat av att klara av primärjournsuppdraget. Inom det invärtesmedicinska kunskapsområdet ska även vanliga tillstånd från angränsande specialiteter kunna handläggas inom såväl sluten- som öppenvård.

(se bilaga 2)

4.3 Allmänna kompetenser i ST

För att underlätta tolkningen av de gemensamma a- och b-målen har Läkarförbundet utarbetat rekommendationer gällande de allmänna kompetenserna . Dessa hittas i nedanstående länk.

<https://slf.se/publikationer/rekommendationer-for-allmanna-kompetenser-i-st/>

5. Självständigt skriftligt arbete enligt vetenskapliga principer

Det individuella vetenskapliga arbetet bör omfatta minst 10 veckor inklusive eventuella teoretiska kursmoment. Handledaren kan vara någon annan än huvudhandledaren men skall ha för ämnesområdet erforderlig kompetens och gärna vetenskaplig sådan. Om detta inte kan erbjudas på hemkliniken, bör ST-läkaren få möjlighet att söka vetenskapligt meriterad handledare på annan klinik.

6. Kvalitets – och utvecklingsarbete

Kvalitets- och utvecklingsarbetet bör utgöra ett inslag i det ständiga förbättringsarbetet inom verksamheten . Det ska vara utspritt över tid för att utvärdering av effekten av förbättringsarbetet ska vara möjlig.

7. Övriga utbildningsmoment

7.1 Kurser

Många av delmålen i målbeskrivningen kräver kurs för kunskapsinhämtning. Kurser för ST-läkare finns i olika former. Socialstyrelsen erbjuder SK-kurser, som kan sökas vid två tillfällen årligen. Certifierade kurser inom olika områden hittas också hos LIPUS. (<http://www.lipus.se/>) Kursintyg kan i vissa fall erhållas för seminarier samt även fullgöras genom webutbildningar. Vid behov kan ST-läkarens huvudhandledare utfärda kursintyg.

Under ST-utbildning i geriatrik ska deltagande ske i mer omfattande kurs (2-5 dagar) inom följande områden:

- gerontologi,
- kognitiva sjukdomar hos äldre
- läkemedel och äldre
- palliativ vård

Slutligen är det verksamhetschef och huvudhandledare som ska bedöma om kurskravet uppfyllts med de utbildningsaktiviteter som ST-läkaren genomfört.

7.2 Vetenskapliga sammankomster

Det är av värde att åtminstone vid några tillfällen under ST-utbildningen delta i större yrkesrelaterade och vetenskapliga sammankomster. Nedanstående är exempel på sådana.

Svensk Geriatrisk förening ordnar regelbundna större sammankomster – t ex *Geriatriskt Forum* och *Geriatriskt Forsknings- och Utvecklingsforum*.

YGS, Yngre Geriatrikers Symposium, är en annan årligen återkommande sammankomst för ST-läkare och nyblivna specialister i geriatrik.

European Geriatric Medicine Society (EUGMS) ordnar varje år en kongress.

7.3 Egna studier

Förutom kurser och tjänstgöring skall kunskaper under ST inhämtas genom teoretiska studier.

Förslag på litteratur och webutbildningar hittas på Svensk Geriatrisk Förenings hemsida.

8. Ansökan om specialistkompetens

När ST-utbildningen fullgjorts skickas ansökan med intyg om godkända lärandemoment till Socialstyrelsen.

Rutiner kring förfarandet hittas i anvisningarna från socialstyrelsen.

<http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/Anvisningar-till-SOSFS-2015.pdf>

9. ST-kontrakt

När ST-utbildningen påbörjas ska ett ST-kontrakt upprättas. Kontraktet reglerar mer i detalj villkoren för ST och hur utbildningen ska genomföras.

Förslag på utformningen av ett kontrakt finns som bilaga 3.

10. Bedömningsinstrument

Bedömning av kompetens med på förhand kända och överenskomna metoder skall ske fortlöpande under ST-utbildningen,

Exempel på förekommande bedömningsinstrument är:

- case-based discussion
- direct observation of procedural skills (DOPS)
- återkoppling efter en tids gemensamt rondarbete
- medsittning
- 360-gradersbedömning
- mini clinical evaluation exercise
- specialistkollegium

BILAGA 1

Kompetensbeskrivning för specialiseringstjänstgöring inom huvudutbildningen i geriatrik

avseende

SOSFS 2015:8

Svensk Geriatrisk Förening



Innehållsförteckning	Sida
Inledning	2
Gerontologi	3
Vanliga akuta sjukdomar och tillstånd	3
Fall	4
Ortopediska sjukdomar	4
Osteoporos	4
Kognitiva sjukdomar hos äldre	5
Äldrepsykiatri	6
Neurologiska sjukdomar	6
Tumörsjukdomar	7
Urinvägssjukdomar	7
Kirurgiska sjukdomar	8
Hudsjukdomar	8
Sår	9
Smärta	9
Läkemedel	10
Rehabilitering	11
Nutrition	11
Palliativ vård	12
Juridik	12

Kompetensbeskrivningens syfte

Inledning

Kompetensbeskrivningen för läkares specialiseringstjänstgöring inom den gemensamma kunskapsbasen för de invärtesmedicinska basspecialiteterna (delmål c1-c5) och följande kompetensbeskrivning för specialiseringstjänstgöring inom huvudutbildningen i geriatrik (delmål c6-c13) är underlag för bedömning om specialistkompetens uppnåtts.

Samma ämnesområden förekommer ofta i båda kompetensbeskrivningarna, varför det är viktigt att använda dem parallellt.

Kompetensbeskrivningen för specialiseringstjänstgöringen inom huvudutbildningen i geriatrik har fokus på de sjukdomar och specifika symtom som förekommer hos äldre, särskilt vid skörhet till följd av ålder och/eller multisjukdom.

Gerontologi

Självständigt handlägga/ bedöma

Åldrandets effekter på symtombilden vid sjukdom

Ha kunskap om

Det normala fysiologiska, psykologiska och sociala åldrandet

Faktorer som främjar ett friskt åldrande

Ha kännedom om

Demografiska och epidemiologiska populationsstudier av äldre

Vanliga akuta sjukdomar och tillstånd

Självständigt handlägga/ bedöma

Omhändertagande av den äldre patienten enligt CGA (Comprehensive Geriatric Assessment)

Den äldre patientens symtombild vid olika sjukdomstillstånd

Nedsatt allmäntillstånd

Konfusion

Feber

Medvetandesänkning

Syncope

Yrsel, ortostatism

Balans- och gångsvårigheter

Dehydrering

Dyspné

Akut och kronisk smärta

Förstoppning, diarré

Oro, ångest, sömnsvårigheter

Fall

Självständigt handlägga/ bedöma

Utredning av orsaker till fall med ett brett differentialdiagnostiskt tänkande – exempelvis till följd av infektion, kardiovaskulär, neurologisk eller metabol sjukdom

Komplikationer till fall t ex rhabdomyolys och trycksår

Initial utredning av frakturer och blödningar

Läkemedel som riskfaktor för fall

Behov av fallförebyggande åtgärder

Ha kunskap om

Bedömningsinstrument avseende fallrisk

Ortopediska sjukdomar

Självständigt handlägga/ bedöma

Utreda misstänkt fraktur

Kontusion

Artros

Ha kunskap om

Septisk artrit

Spinal stenos

Osteoporos

Självständigt handlägga/ bedöma

Utredning av osteoporos

Behandling av osteoporos

Ha kunskap om

Sekundär osteoporos

Kognitiva sjukdomar hos äldre

Självständigt handlägga/ bedöma

Utreda och behandla demenssjukdomar t ex Alzheimers sjukdom med eller utan vaskulärt inslag, vaskulär demens, Lewybodydemens, demens vid Parkinsons sjukdom, beaktande av differentialdiagnoser

Neuropsykiatriska symtom vid demens (tidigare BPSD - Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

Konfusion

Demenssjukdom i sen palliativ fas

Skattningsskalor för bedömning av kognitiv funktion

Ha kunskap om

Frontotemporaldemens

Alkoholdemens

Ha kännedom om

Huntingtons sjukdom

Creutzfeldt-Jakobs sjukdom

Neuropsykologisk bedömning

Svenska Demensregistret (SveDem), BPSD-registret

Äldrepsykiatri

Självständigt handlägga/ bedöma

Depression

Ångesttillstånd

Sömnstörningar

Konfusion

Psykotiska symtom

Basal psykofarmakabehandling

Ha kunskap om

Suicidriskbedömning

Beroendeproblematik

Bipolär sjukdom

Psykosjukdom

Ha kännedom om

ECT

Neurologiska sjukdomar

Ha kunskap om

Epilepsi

Parkinsons sjukdom

Parkinsonism/atypisk parkinsonism

Polyneuropati

Tumörsjukdomar

Självständigt handlägga/ bedöma

Initial malignitetsutredning

Ha kunskap om

Behandling av de vanligaste tumörsjukdomarna hos äldre

Komplikationer till tumörsjukdom som exempelvis vena cava syndrom, ryggmärgspåverkan, hypercalcemi

Ha kännedom om

Palliativ strålbehandling

Komplikationer till tumörbehandling

Urinvägssjukdomar

Självständigt handlägga/ bedöma

Urininkontinens

Urinretention

Urinvägsinfektioner

Asymtomatisk bakteriuri

Ha kunskap om

Komplikationer till kateterbehandling

Urinvägspatogener och aktuella resistensmönster

Utredning och behandling av hematuri

Benign prostatahyperplasi

Prostatacancer

Ha kännedom om

Urinblåsecancer

Kirurgiska sjukdomar

Ha kunskap om

Akut buk, brett differentialdiagnostiskt tänkande

Ileus/subileus, ventrikelretention

Cholecystit, pancreatit, diverticulit, appendicit

Gallsten, njursten

Aortadissektion/ruptur

Mesenterialkärlsocklusion, tarmischemi

Subduralhematom

,

Hudsjukdomar

Självständigt handlägga/ bedöma

Klåda

Eksem

Svampinfektioner

Ha kunskap om

Skivepitelcancer

Basalcellscancer

Malignt melanom

Ha kännedom om

Blåsdermatoser

Psoriasis

Sår

Självständigt handlägga/ bedöma

Utreda/ diagnostisera olika typer av sår: t ex arteriella sår, venösa sår, diabetesrelaterade sår, trycksår.

Ankeltryckmätning, ankel/armindex

Kritisk ischemi och ombesörjande av vidare handläggning

Sårinfektioner

Ha kunskap om

Sårprevention och läkningsbefrämjande åtgärder, t ex omläggningssmetoder, avlastning, nutrition, smärtlindring

Ha kännedom om

Andra typer av sår, t ex tumörsår, vaskulitsår, pyoderma gangränosum

Smärta

Självständigt handlägga/ bedöma

Smärtanamnes, inkluderande användande av olika bedömningsinstrument för att skatta och diagnostisera smärta, även hos personer med kognitiv svikt

Akut och långvarig smärta

Farmakologisk smärtbehandling

Äldre respektive kognitivt sviktande personers uttryck för smärta

Ha kunskap om

Smärtans patofysiologiska orsaker och mekanismer bakom akut och långvarig smärta.

Icke-farmakologisk smärtbehandling

Läkemedel

Självständigt handlägga/ bedöma

Åldrandets betydelse för patientsäker läkemedelsanvändning även med hänsyn till problem kopplade till polyfarmaci

Individuell dosanpassning

Beräkning av njurfunktion och dess betydelse vid dosering och val av läkemedel

Olämpliga läkemedel för äldre

Polyfarmaci

Värdering av patientens nytta av eventuell primär- och sekundärprofylaktisk läkemedelsbehandling

Utsättning av läkemedel

Läkemedelsbiverkningar

Läkemedelsinteraktioner

Läkemedelsöverkänslighet

Basala farmakologiska principer

Ha kännedom om

Epidemiologiska data rörande äldres läkemedelskonsumtion

Rehabilitering

Självständigt handlägga/ bedöma

CGA- comprehensive geriatric assessment (strukturerat omhändertagande av äldre)

Leda geriatriskt team

Rehabiliteringspotential

Rehabilitering efter t ex stroke, fraktur, medicinsk och kirurgisk sjukdom, neurologisk sjukdom

Rehabilitering av akut och kronisk sjukdom

Ha kunskap om

Övriga teammedlemmars kompetensområden

Bedömningsinstrument avseende t ex ADL, smärta, balans, kognition

Nutrition

Självständigt handlägga/ bedöma

Tillstånd med näringsbrist

Behov av enteralt/ parenteralt nutritionsstöd med särskild hänsyn tagen till etiska överväganden

Bedömning och utredning av sväljningssvårigheter

Svampinfektioner i munhåla och svalg

Ha kunskap om

Parenteralt och enteralt nutritionsstöd

Näringsbehov vid olika medicinska tillstånd

Konsekvenser och behandling av muntorrhet

Palliativ vård

Självständigt handlägga/ bedöma

Symtomlindring vid smärta, ångest, illamående, slemmbildning och andningssvårigheter

Brytpunkter och brytpunktssamtal i både tidigt och sent palliativt skede vid t ex avancerad hjärtsjukdom, lungsjukdom, demens, neurologisk sjukdom, cancersjukdom.

Stöd till anhöriga

Ha kunskap om

Avancerad smärtbehandling, t ex olika smärtpumpar och blockader

Terminal sedering

Ha kännedom om

Kulturella och etiska aspekter i vård av svårt sjuka

Svenska palliativregistret

Juridik

Självständigt handlägga/ bedöma

Utfärdande av intyg för god man och förvaltare

Lagstiftning kring tvång i vården

Föreskrifter kring indragning av körkort och vapenlicens

Ha kunskap om

Äldrevårdens organisation i Sverige

Äldres och närståendes rätt till stöd

BILAGA 2

Kompetensbeskrivning för läkares specialiseringstjänstgöring inom den gemensamma kunskapsbasen för de Invärtesmedicinska basspecialiteterna

Färdigställd 2016-01-24
Reviderad 2018-02-01



Innehållsförteckning

Introduktion	3
Bakgrund	3
Invärtesmedicinska basspecialiteter fr.o.m. 2015-05-01	3
Kompetensbeskrivningens syfte	3
Medicinsk kompetens innefattande den gemensamma kunskapsbasen – delmål 1 - 5	4
Kunskapsnivåer	4
Akutmedicin	4
Angiologi	6
Endokrinologi och diabetologi	7
Geriatrisk	8
Palliativ vård	8
Hematologi	9
Kardiologi	10
Lungmedicin	11
Medicinsk gastroenterologi och hepatologi	12
Medicinska njursjukdomar	13
Neurologi	14
Psykiatri, beroende	15
Reumatologi	15
Smärta	16
Underskrifter av företrädare för specialistföreningarna	17

Introduktion

Bakgrund

De grundläggande bestämmelserna om vidareutbildning för att få specialistkompetens som läkare finns i 4 § lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården mm. Den legitimerade läkaren skall genomgå vidareutbildning för att nå kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som föreskrivits för den sökta specialistkompetensen. Specialistkompetensen förvärfvas genom tjänstgöring som läkare under handledning och genom deltagande i kompletterande utbildning. Med kompletterande utbildning avses i första hand teoretiska studier men även fortbildningsaktiviteter på den egna arbetsplatsen och olika kurser t.ex. kvalitetsgranskade specialistkompetenskurser.

Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2015:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring började gälla 1 maj 2015. De flesta tidigare grenspecialiteter till internmedicin blir nu egna basspecialiteter och geriatrik tillkommer inom det invärtesmedicinska kunskapsområdet. För att detta ska fungera förutsätts det i förarbetena till författningen att en gemensam kunskapsbas definieras på grundval av att bland annat klara av primärjournsuppdraget och att primärt handlägga vanliga tillstånd från angränsande specialiteter inom såväl sluten- som öppenvård inom det invärtesmedicinska kunskapsområdet. Det innefattar även kompetens inom prevention, vårdhygien, försäkringsmedicin, palliativ medicin och handläggning av multisjuka äldre.

Invärtesmedicinska basspecialiteter fr.o.m. 2015-05-01

Endokrinologi och diabetologi
Geriatric
Hematologi
Internmedicin
Kardiologi
Lungsjukdomar
Medicinsk gastroenterologi och hepatologi
Njurmedicin

Kompetensbeskrivningens syfte

Den gemensamma kunskapsbasen den s.k. Common Trunk är således tänkt att leda till kompetens att gå sjukhusbunden jour (dvs. primärjour på akuten samt mellan/husjour) – samt utöver akutuppdraget att primärt handlägga vanliga tillstånd från angränsande specialiteter inom såväl sluten som öppen vård med särskild hänsyn till den ökande äldre befolkningen och även till multisjuklighet. En ökande andel av dessa ställer stora krav på att läkare kan samarbeta över de traditionella specialitetsgränserna för att ge dessa patienter adekvat vård. Det är viktigt att arbetet med dessa sköra patienter genomsyras av en helhetssyn.

Kompetensbeskrivningen har utarbetats av inblandade specialistföreningar och utgör en vägledning för den läkare som ska specialisera sig inom ämnesområdet Medicin och för de arbetsgivare, chefer och handledare som ska ansvara för att specialiseringstjänstgöringen fullgörs på ett effektivt sätt, bland annat för att specialistkompetensen ska kunna uppnås inom en rimlig tid. Målen för en läkares specialistutbildning ska i normalfallet uppnås på 5 år varav Common Trunk på 2 år. Läkares specialiseringstjänstgöring är dock helt målstyrd vilket innebär att tiden det tar för att nå uppsatta mål för den gemensamma kunskapsbasen kan variera.

Kompetensbeskrivningen är grunden för den individuella tjänstgörings och utbildningsplan som ska göras upp i början av en specialiseringstjänstgöring. Detta är ett dynamiskt dokument som kan behöva förändras om förutsättningarna ändras.

Utvärdering av måluppfyllelse av Socialstyrelsens delmål C1-C5 (den gemensamma kunskapsbasen) ska göras genom klinisk tjänstgöring, relevanta kurser samt av ingående specialistföreningar framtagen examination. Denna kompetensbeskrivning är underlag för kommande examination.

Medicinsk kompetens innefattande den gemensamma kunskapsbasen – delmål 1 - 5

Kunskapsnivåer

”Självständigt handlägga”

Detta innebär att specialistläkaren skall kunna bedöma och handlägga utredning, diagnostik, behandling och värdera vårdnivå och uppföljning av en patient, och att fullständigt kunna använda för området relevanta tekniker under hela vårdförloppet och ha ett övergripande ansvar för att dessa åtgärder utförs.

”Initialt handlägga”

Här avses i allmänhet handläggning under de första dygnet/dygnet, med syfte att specialistläkaren skall skaffa sig en välgrundad uppfattning om en patient och utföra åtgärder avseende diagnostik, behandling och uppföljning samt värdera vårdnivå och behov av akut konsultation eller i ett senare skede remiss till annan vårdgivare. Specialistläkaren ska ha ett övergripande ansvar för att dessa åtgärder utförs.

Akutmedicin

Arbetsgruppen för den gemensamma kunskapsbasen har valt att lägga till akutmedicin som en egen kategori dels för att trycka på dess betydelse inom invärtesmedicinen och dels för att säkerställa att inga viktiga områden missas. Det senare är anledningen till att området infektioner finns upptaget här. Självklart finns det överlappning med de enskilda sjukdomsområdena. Obs innehåll på 3 sidor.

Självständigt handlägga

Grunderna för medicinsk prioritering på akutmottagning

A-HLR

Beslut att avstå från, eller avsluta påbörjad hjärt-lungräddning (HLR)

Säkert arbetssätt gällande smittskydd och basala hygienrutiner

Allmänna principer för behandling av förgiftningar

Tillämpa lagstiftning gällande körkortsfrågor och medicinska körförbud

Akuta och livshotande komplikationer hos immunsupprimerade inklusive hos transplanterade

Allmänna principer för antibiotika och resistens

Forts nästa sida

Akutmedicin, forts. Initialt handlägga

Akutmottagningens medicintekniska utrustning

Anafylaxi och allergisk chock

Akut urtikaria och angioödem

Chock och medvetslöshet

Sepsis

Dyspné

Bröstsmärta

Stroke

Syncopé

Akuta förgiftningar med alkoholer, läkemedel, droger, gaser och svampar

Antidotbehandling

Kramper

Hypotermi

Cystit/asymtomatisk bakteriuri

Febril UVI

Hematemes och melena

Gastroenterit

Identifiera akut och dekompenenserad leversvikt och dess komplikationer

Borreliainfektioner

Bronkopneumoni, infektioner i lunga och lungsäck

Meningit/encefalit

Hud och mjukdelsinfektioner

Nekrotiserande fasciit

Epiglottit

Bältros

Blodsmitta (stick, skärskada, blodstänk)

Elektriska olycksfall

Skador av brandrök

Akutmedicin, forts. Initialt handlägga

Huggormsbett

Akuta porfyrier

Drunkningsolyckor och dykolyckor

Huvudvärk

Perifer facialispares

Yrsel, vestibularisneurit och Ménières sjukdom

Konfusion

Wernicke encefalopati

Serotonergt syndrom och malignt neuroleptikasyndrom

Akuta symtom på neurologisk sjukdom

Angiologi

Självständigt handlägga

Essentiell hypertoni

Initialt handlägga

Malign hypertoni

Perifer artärsjukdom t.ex. claudicatio intermittens, kritisk extremitetsischemi, akut ischemi

Akut aortasjukdom

Renovaskulär sjukdom orsakad av ateroskleros eller fibromuskulär dysplasi

Venös insufficiens

Utredning och behandling av bensår

Misstanke om sekundär hypertoni

Endokrinologi och diabetologi

Självständigt handlägga

Typ 2-diabetes, diagnostik och behandling

Hypoglykemi

Ketoacidosis

Hyperosmolära nonketotiska tillstånd

Akut binjurbarksinsufficiens (primär och sekundär)

Hantering av kortikosteroidbehandling

Initialt handlägga

Typ 1-diabetes

Komplikationer till diabetes mellitus

Inaktivering av insulinpump

Endokrina orsaker till hypertoni och dyslipidemi

Differentialdiagnostik vid hyperglykemi (LADA, MODY, sekundär diabetes)

Akuta och kroniska rubbningar i thyreoideafunktion

Osteoporos

Akuta och kroniska elektrolytrubbningar och vätskebalansrubbningar

Utredning och behandling av hypo/hyperkalcemi

Adrenala incidentalom

Rubbningar i fosfat- och magnesiumomsättningen

SIADH (Syndrome of Inappropriate secretion of ADH)

Akut hypofyssvikt

Geriatrik

Självständigt handlägga

Akut sjukdom hos äldre med hänsyn till äldres förändrade symtombild och sjukdomspanorama

Skillnader och särskilda hänsynstaganden vid läkemedelsbehandling av äldre

Identifiera behov av geriatrisk vård hos den enskilde patienten, dvs. behovet hos en skör individ av ett multiprofessionellt team med helhetssyn och symtominriktat arbetssätt snarare än diagnosstyrt

Utredning och behandling av konfusion

Basal utredning vid misstänkt demenssjukdom

Initialt handlägga

Identifiera behov av primär- och sekundärpreventiva insatser hos äldre, med särskild hänsyn tagen till nytta-risk och etiska frågeställningar hos den enskilda patienten

Palliativ vård

Självständigt handlägga

Identifiera behov av palliativ vård hos den enskilda patienten, d v s behovet av ett multiprofessionellt team med helhetssyn och symtominriktat palliativt arbetssätt

Genomföra brytpunktssamtal med patient och anhöriga

Grundläggande palliativ symtomlindring

Hematologi

Självständigt handlägga

Anemiutredning

Anemi orsakad av järnbrist, brist på B12/folat

Erytrocyttransfusion

Venös tromboembolism

Läkemedelsbehandling med antikoagulantia och trombocythämmare, och med dess komplikationer

Initialt handlägga

Hemolys

Trombocytopeni med blödningssymtom inkl ställningstagande till trombocytttransfusion

Trombocytos

Leukocytos

Leukopeni

Feber/Sepsis vid misstänkt neutropeni/ agranulocytos

Högt Hb

Lymfkörtelförstoring och/eller splenomegali

Multipelt myelom

Blödningstillstånd orsakade av störningar i hemostasen

Kardiologi

Självständigt handlägga

Val av lämplig vårdnivå för observation, utredning och behandling av bröstsmärtor

EKG som verktyg för diagnostik

Akut kranskärslssjukdom och stabil kranskärslssjukdom

Prevention av kranskärslssjukdom

Differentialdiagnostik och basal utredning vid arytmisymtom

Presynkope och synkope

Förmaksflimmer

Konvertering av förmaksflimmer och andra takyarytmier

Akut hjärtsvikt / lungödem

Bedömning av hemodynamiskt status

Kronisk hjärtsvikt

Bedömning och optimering av hjärtsjukdom vid akut kirurgi

Initialt handlägga

Initiera invasiv utredning och behandling vid kranskärslssjukdom

Arytmier, hjärtsvikt, hemodynamisk instabilitet / kardiogen chock relaterat till akut hjärtsjukdom.

Komplikationer till interventionella behandlingar

Mekaniska komplikationer relaterat till akut hjärtsjukdom (klaffinsufficienser, ventrikelseptumdefekt, hjärttamponad)

Akuta försämringar relaterat till klaffsjukdom

Takyarytmier och esofagus-EKG

Bradyarytmier och extern pacing

Temporär inaktivering av ICD

Infektiös endokardit

Myokardit

Akut perikardit

Sjukdomar i stora kärl inklusive kärlkatastrofer

Lungmedicin

Självständigt handlägga

Akut astma

KOL-exacerbation

Koldioxidretention i samband med syrgasbehandling

Behandling av akut respiratorisk insufficiens samt indikationer för NIV (non-invasiv ventilering)

Rökgasinhalation

Grundläggande utredning av hosta

Grundläggande tolkning av spirometri

Rökavvänjning

Initialt handlägga

Indikationer för LTOT (Long Term Oxygen Therapy)

Kronisk respiratorisk insufficiens

Lungmanifestationer av systemsjukdomar

Interstitiella lungsjukdomar, t ex lungfibros

Läkemedelsbiverkningar i lungorna

Sarkoidos

Bronkiektasier

Bakteriell komplikation vid cystisk fibros

Initiera utredning av oklart lunginfiltrat, misstänkt lungcancer, hemopty

Indikationer för bronkoskopi

Pleuraugjutning

Pneumothorax

Pleuraempyem

Tuberkulos inkl smittsamhet

Sömnapnésyndrom

Medicinsk gastroenterologi och hepatologi

Självständigt handlägga

Diagnostisk och terapeutisk laparocentes

Nedläggning av nutritionssond

Enteral och parenteral nutrition

Nyttillkommen avföringsrubbnig

Tarminfektioner

Utredning av ockult blödning

Initialt handlägga

Indikationer för endoskopisk utredning och behandling

Akuta skov, komplikationer och behandling av inflammatorisk tarmsjukdom inkl. mikroskopiska koliter

Utredning av malabsorption t.ex. celiaki, atrofisk gastrit, kort tarm

Malnutrition

Differentialdiagnostik vid buksmärta

Ulcussjukdom

Refluxsjukdom

Funktionell dyspepsi

Irritable Bowel Syndrome (IBS)

Dysfagi

Läkemedelsinducerad leverskada

Komplikationer till kronisk leversjukdom

Medicinska njursjukdomar

Självständigt handlägga

Prerenal njursvikt

Postrenal njursvikt

Vätskebalans, syrabas- och elektrolyt-rubbningar

Metoder för värdering av GFR, i första hand estimerat GFR, och deras tolkning

Åtgärder för att förhindra läkemedelsinducerad njursvikt

Kontraindikationer respektive dosjustering av läkemedel vid nedsatt njurfunktion

Njurprotektiv behandling vid hypertoni och kronisk njursjukdom (CKD)

Kunna värdera kronisk njursjukdom (CKD) och när remiss till specialist behövs

Hematuri – och proteinuriutredning

Diabetesnefropati

Initialt handlägga

Renal njursvikt t ex akut tubulär njurskada och akut glomerulonefrit.

Indikationer för akut dialys

Det uremiska syndromet och behandling av dess komplikationer

Njurtransplanterade och kronisk immunsupprimerande behandling inom akutvård

Renal och renovaskulär hypertoni

Glomerulära sjukdomar och nefrotiskt syndrom

Inflammatoriska systemsjukdomar med njurengagemang (ANCA-associerade vaskuliter, SLE)

Myelomnjure

Neurologi

Självständigt handlägga

Stroke

Transitorisk ischemisk attack

Akut huvudvärk

Lumbalpunktion

Transitorisk global amnesi

Initialt handlägga

Progressiv stroke

Intrakraniell blödning

Hjärnstams- ischemi/cerebellär infarkt

Krampanfall inklusive status epilepticus

Sinustrombos

Hjärntumörer

Migrän

Akut inflammatorisk demyeliniserande sjukdom t.ex. Guillain Barrés Syndrom

Bakteriell och viral meningit

Encefalit

Neuroborrelios

Myastenia gravis, specifikt kontraindicerade läkemedel

Intrakraniell tryckstegring

Perifera neurologiska symtom

Psykiatri, beroende

Självständigt handlägga

Panikångest

Akut alkoholförgiftning

Alkoholabstinens

Utfärdande av ett läkarintyg (vårdintyg) för intagning på en sjukvårdsinrättning för tvångsvård enligt § 4 i Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT)

Tillämpa Lagen om vård av Missbrukare (LVM)

Initialt handlägga

Bedömning av självmordsrisk

Svårt alkoholberoende

Somatiska symtom och fynd vid anorexia nervosa

Egentlig depression

Tecken på psykosjukdom

Reumatologi

Självständigt handlägga

Punktion av knäled

Polymyalgia reumatika

Initialt handlägga

Differentialdiagnostik och behandling av akuta artrit

Temporalissarterit

Stor- och småkärlsvaskuliter

SLE

Anti-fosfolipid-syndrom

Smärta

Självständigt handlägga

Smärtanamnes, inkluderande användande av olika bedömningsinstrument för att skatta och diagnosticera olika typer av smärta

Akut smärta

Farmakologisk smärtbehandling med hänsyn tagen till risk för biverkningar och oönskade effekter

Initialt handlägga

Långvarig smärta

Icke farmakologisk smärtbehandling

Underskrifter av föreläsare för specialistföreningarna

Dokumentet revideras senast 2020-01-31.
Sammanställande är Svensk Internmedicinsk Förening

Stockholm


2018-02-01



Jeanette Wahlberg
Svenska Endokrinologföreningen



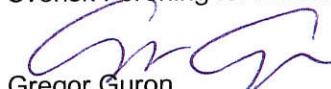
Marjo Kapraali
Svensk Gastroenterologisk Förening



Lena Holmquist Henrikson
Svensk Geriatrisk Förening



Thomas Erger
Svensk Förening för Hematologi



Gregor Guron
Svensk Njurmedicinsk Förening



Dinu Dusceac
Svenska Kardiologföreningen



Margaretha Smith Wallhede
Svensk Lungmedicinsk Förening



Fredrik von Wowern
Svensk Internmedicinsk Förening

BILAGA 3

ST-KONTRAKT

Överenskommelse om specialiseringstjänstgöring upprättad mellan *klirik* och ST-läkare *NN*.

Målet med tjänstgöringen är att uppnå specialistkompetens i geriatrik. Detta kan ske när samtliga mål i **Socialstyrelsens målbeskrivning för geriatrik, SOFS 2015:8**, är uppfyllda, dock tidigast efter minst 60 månaders klinisk tjänstgöring som legitimerad läkare.

HANDLEDARE

Till huvudhandledare har *NN*, som är specialist i geriatrik, utsetts.

Tid för regelbunden handledning skall avsättas under hela specialiseringstjänstgöringstiden med minst 2 timmar per månad.

ST-läkaren skall vid sidoutbildning på andra kliniker också ha en handledare med för sidoutbildningen relevant specialistkompetens. Denna handledare utses av den sidoutbildande kliniken.

STUDIAREKTOR

Studierektor är *NN*.

TJÄNSTGÖRINGSPLAN

Se bilaga.

Tjänstgöringsplanen utformas av parterna gemensamt och upprättas i enlighet med **Socialstyrelsens föreskrifter för Målbeskrivning i geriatrik**, samt följer riktlinjerna ur **Särskilda rekommendationer för specialiseringstjänstgöring i geriatrik** som utformas av Svensk Geriatrisk Förening.

Specialisttjänstgöringen påbörjas: *ÅÅÅÅ-MM-DD*

Tjänstgöringsplanen och tidsramarna för de olika delarna i tjänstgöringen kan behöva revideras till följd av ändrade förutsättningar som ej kunde förutses vid upprättandet av detta kontrakt. En årlig avstämning av planeringen ska göras.

Plats, datum:

ST-läkare

Huvudhandledare

Verksamhetschef

TJÄNSTGÖRINGSPLAN

Individuell tjänstgöringsplan avseende ST-läkare NN.

Version X.

Förslagsvis revideras tjänstgöringsplanen årsvis.

EV TIDIGARE TJÄNSTGÖRINGAR SOM KAN RÄKNAS MED I ST-UTBILDNINGEN

-

-

KVARVARANDE UTBILDNINGSMOMENT

-Geriatrisk

Inkl följande delar:

Akut- och allmängeriatrik. Klinik: KK Tidsramar: *från - till*

Ortopedisk rehab. Klinik: KK Tidsramar: *från - till*

Strokerehab. Klinik: KK Tidsramar: *från - till*

Kognitiva sjukdomar/demens. Klinik: KK Tidsramar: *från - till*

Palliativ vård. Klinik: KK Tidsramar: *från - till*

Öppenvård. Klinik: KK Tidsramar: *från - till*

-Internmedicin och kardiologi

Klinik: KK Tidsramar: *från - till*

-Äldrepsykiatri

Klinik: KK Tidsramar: *från - till*

-Ev övriga externa kliniska sidoutbildningar

Klinik: KK Tidsramar: *från - till*

Övriga utbildningsmoment

SK-kurser

Andra kurser/vetenskapliga sammankomster

Ledarskaps- och handledarutbildning

Egna studier

Vetenskapligt arbete

Titel:

Handledare:

Avsatt tid:

Förbättringsarbete

Bör ske fortlöpande under ST-utbildningen.

Innehåll:

GENOMFÖRDA UTBILDNINGSMOMENT

(När ett utbildningsmoment ovan är slutfört kan det föras ner under denna rubrik).

-

-

Specialiseringstjänstgöringen planeras att vara färdig: ÅÅÅÅ-MM-DD

Plats, datum:

ST-läkare

Huvudhandledare