Datum: Ange datum

ST-läkare: ST – läkarens namn

Huvudhandledare: Huvudhandledare

Verksamhetschef: Verksamhetschef Vårdcentral: Vårdcentral
Studierektor: Studierektor

**En kopia skickas till ST studierektor i Allmänmedicin**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
ST-läkaren riskerar att inte uppnå följande delmål
*T.ex. teoretiska kunskaper, kliniska färdigheter, professionellt omdöme, kommunikation med patienter och anhöriga eller personal, bristande språkkunskaper, ledarskap.*ST – läkare riskerar inte uppnå följande mål, ange text

Situation/bakgrund

*Vad är orsaken till att en handlingsplan upprättas, beskriv konkret och med exempel*

Situation/bakgrund?

Följande strukturerade bedömningar har gjorts (medsittning, specialistkollegium, bedömning enligt 360 mm):

Strukturerade bedömningar?

Vidtagna åtgärder hittills:

Åtgärder som hittills vidtagits?

Åtgärdsförslag:

*Vad ska förbättras, skriv i punktform så att ST-läkaren och övriga är överens om vad handlingsplanen innefattar.*Följande åtgärder kommer att föreslås

Vad behöver ST-läkaren särskilt träna på/göra?

*T.ex. operativ träning, kurs, förändra beteende eller förhållningssätt.*

Åtgärder?

Vad behöver verksamheten göra för att underlätta ST-läkarens måluppfyllelse?

*T.ex., åtgärder i utbildningsmiljön, FHV, utökad handledning, extern bedömning mm.*

Verksamheten kommer att underlätta följande

Datum för nästa uppföljning?

*Bestäm tid, plats och deltagare för uppföljning av handlingsplanen.*

Klicka eller tryck här för att ange datum.

Konsekvenser vid utebliven förbättring?

 *T.ex. förlängd ST, avslutad ST, förnyad handlingsplan.*

Situation/bakgrund?

Underskrift ST-läkare Underskrift handledare Underskrift verksamhetschef

……………………………………………………… ……………………………………………….. ………………………………………………..