

## Handlingsplan för BT- eller AT-läkare som riskerar att inte uppnå fastställda utbildningsmål

Datum \_\_\_\_\_ BT-läkare  AT-läkare

Namn \_\_\_\_\_

Aktuell placering/Verksamhetsområde \_\_\_\_\_

Tidsperiod fr.o.m. \_\_\_\_\_ t.o.m. \_\_\_\_\_

Följande personer är informerade och/eller har deltagit vid upprättandet av handlingsplanen.

		Deltagit/informerats	
Handledare På aktuell placering	Namn _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Klinikstudierektor På aktuell placering	Namn _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Chef På aktuell placering	Namn _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Huvudhandledare (BT)	Namn _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Vilket/vilka delmål, enligt Socialstyrelsens målbeskrivning, riskerar BT/AT-läkaren att inte uppnå på aktuell placering och varför?

Vilka bedömningar (till exempel medsittning, mini-CEX, DOPS, CBD) har gjorts för att bedöma måluppfyllelsen (bifoga dokumenterade bedömningar)?

Vad bör BT/AT-läkaren göra för att uppnå de färdigheter, kunskaper och/eller förhållningssätt som krävs?

Vilka åtgärder bör verksamheten göra för att underlätta för BT/AT-läkaren att nå sina utbildningsmål?

Behöver BT/AT-läkarens anställningsförordnande förlängas och i så fall hur länge?

Ja  Nej  Tidsperiod fr.o.m. \_\_\_\_\_ t.o.m. \_\_\_\_\_

När ska uppföljning av ovanstående handlingsplan ske (kalendervecka)?

Undertecknas av:

BT/AT-läkare \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

Chef för berörd BT/AT-läkare \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

Representant från berörd verksamhet \_\_\_\_\_  
(t.ex. handledare, klinikstudierektor, chef)

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

Fastställd handlingsplan förvaras hos chef och gallras efter avslutad BT/AT-tjänstgöring.