

# 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, och tidigast efter 60 månaders klinisk tjänstgöring som legitimerad läkare.

Rekommendationerna återfinns på SGFs hemsida - [www.sveger.se](http://www.sveger.se).

Rekommendationerna färdigställdes 2016-12-15. Revidering har skett 2019-06-07 och 2021-12-20.

Ny revidering skall ske senast 2023-12-31.

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

Lena Holmquist Henrikson, överläkare Geriatriken Sahlgrenska universitetssjukhuset, styrelsen SGF

Gunilla Barkman, överläkare Stockholmsgeriatriken, studierektor

Viktoria Bäck Jerlardtz, ST-läkare Jakobsbergsgeriatriken, styrelsen SGF

Harriet Chitsaz, överläkare Geriatriken Sahlgrenska universitetssjukhuset, studierektor

Revidering 2019-06-07

Lena Holmquist Henrikson, överläkare Geriatriken Sahlgrenska universitetssjukhuset, styrelsen SGF

Gunilla Barkman, överläkare Sabbatsbergsgeriatriken, studierektor

Viktoria Bäck Jerlardtz, överläkare Jakobsbergsgeriatriken, styrelsen SGF

Revidering 2021-12-20

I samband med denna revidering har ett tillägg avseende dubbelspecialisering (kapitel 11) lagts till. Kapitlet är framtaget i samråd med studierektorerna i geriatrik och diskuterades bland annat på Studierektorsdagen 2021-02-10.

Revideringen av de särskilda rekommendationerna blev uppskjuten på grund av Coronapandemin.

Lena Holmquist Henrikson, överläkare Geriatrik Sahlgrenska universitetssjukhuset, styrelsen SGF

Viktoria Bäck Jerlardtz, överläkare Jakobsbergsgeriatriken, styrelsen SGF

Catrin Seth Grundsten, specialistläkare i Geriatrik HMC Seniorhälsa, styrelsen SGF

Ann-Christine Nordström överläkare Sabbatsbergsgeriatriken, studierektor

## **Innehållsförteckning**

1. Inledning
  2. Regelverk kring specialiseringstjänstgöring (ST)
  3. Övergripande utbildningsplan
    - 3.1 Huvudutbildning
    - 3.2 Förslag på tidsplan för huvudutbildning
    - 3.3 Gemensam kunskapsbas med övriga invärtesmedicinska specialiteter
    - 3.4 Sidoutbildning
      - 3.4.1 Obligatorisk sidoutbildning
      - 3.4.2 Valfri sidoutbildning
  4. ST-kontrakt
  5. Rekommenderade kunskapsmål
    - 5.1 Specialitetsspecifika kunskapsmål för specialiteten geriatrik (c6-c13)
    - 5.2 Gemensam kunskapsbas för invärtesmedicinska specialiteter (c1-c5)
    - 5.3 Allmänna kompetenser i ST
  6. Självständigt skriftligt arbete enligt vetenskapliga principer
  7. Kvalitets- och utvecklingsarbete
  8. Övriga utbildningsmoment
    - 8.1 Auskultation
    - 8.2 Kurser
    - 8.3 Vetenskapliga sammankomster
    - 8.4 Egna studier
    - 8.5 Kunskapsprov
  9. Bedömningsinstrument
  10. Ansökan om specialistkompetens
  11. Dubbelspecialisering
- 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 baspecialitet 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 kognitiva sjukdomar, 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, kognitiva sjukdomar, geriatrisk öppenvård, hemsjukvård, särskilt boende samt konsultativt på annan specialistavdelning och akutmottagning.

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](http://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 5.2 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 hemkliniken bör handledning ske minst två gånger per månad omfattande minst en timme vid varje tillfälle. Under sidoutbildningen bör tid avsättas för regelbunden handledning med huvudhandledaren.

Vid tjänstgöring utanför hemkliniken 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. ST-läkaren är ansvarig för att detta dokumenteras.

Förslag på bedömningsinstrument hittas under kapitel 9.

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 (det vill säga en så kallad SPUR-inspektion) 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 hemkliniken, måste sådan kompetens erhållas genom tjänstgöring på annan klinik.

Under ST-utbildningen ska erfarenhet erhållas från olika vårdformer: slutenvård, mottagningsverksamhet och särskilt boende. Huvudutbildningen skall därför fördelas inom både slutenvård och öppenvård varav 3-6 månader skall fullgöras inom öppenvård, såsom mottagningsverksamhet för äldre, hemsjukvård, mobila team och särskilt boende. Med öppenvård i detta sammanhang avses inte kognitiv specialistmottagning (Minnesmottagning).

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. Även i det akuta skedet har man ett rehabiliterande förhållningssätt.

Äldre med sjukdomar i ett mer stabilt skede följs upp i form av mottagning, hemsjukvård eller genom tillsyn av läkare ansvarig för särskilt boende. Det är av största vikt att man som ST-läkare får goda kunskaper om vården av den äldre patienten utanför sjukhuset.

#### *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, tex utifrån CGA-modellen, är en förutsättning för god rehabilitering.

Fall med efterföljande fraktur är vanliga i den geriatriska populationen. Utredning av fallorsak, lämplig smärtlindrande behandling och ställningstagande till preventiva insatser skall ingå i vården liksom 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 sjukdom (demens)*

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

### *Palliativ vård*

Palliativ vård i olika former är vanligt förekommande 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.

## 3.2 Förslag på tidsplan för huvudutbildning

Nedan följer ett förslag på tidsplan:

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

### 3.3 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. Om det finns en akutgeriatrisk verksamhet kan maximalt 3 månader av denna tid förläggas inom akutgeriatrisk verksamhet beroende på akutflödets art, det vill säga med huvudsakligt intag direkt från akutmottagning eller direktintag från hemmet.

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 25 - 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. Detsamma gäller för neurologi, för att tillgodose målbeskrivningens kunskapskrav avseende stroke, även i det akuta skedet. 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.

### 3.4 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.

#### 3.4.1 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 huvudsakligen får handlägga äldre patienter. Sidoutbildning inom äldrepsykiatri bör omfatta minst 3 månader.

### 3.4.2 Valfri sidoutbildning

Den valfria sidoutbildningen kan anpassas utifrån ST-läkarens intresse och behov. Exempel på områden som kan vara av värde är algologi, infektion, onkologi, hud, kirurgi, neurologi (som en fördjupning utöver den neurologi som ingår i den gemensamma kunskapsbasen), klinisk farmakologi och allmänmedicin.

## **4. 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.

## **5. Rekommenderade kunskapsmål för specialiteten geriatrik**

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

Delmålen a och b är 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). Dessa ska användas parallellt med varandra.

### 5.1 Specialitetsspecifika kunskapsmål för specialiteten geriatrik 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)

## 5.2 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 slutenvård- som öppenvård.

(se bilaga 2)

## 5.3 Allmänna kompetenser i ST

För att underlätta användningen 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/>

# **6. Själständigt skriftligt arbete enligt vetenskapliga principer**

Det individuella vetenskapliga arbetet bör omfatta 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.

# **7. Kvalitets – och utvecklingsarbete**

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

## 8. Övriga utbildningsmoment

### 8.1 Auskultation

Det finns även möjlighet för valfri kortare auskultation under ST-utbildningen efter intresse. Förslag är sår-mottagning, diabetesmottagning (om detta inte tillgodoses under medicinplaceringen), infektionskonsult, parkinsonmottagning.

Notera att auskultation inte uppfyller delmål enligt Socialstyrelsens målbeskrivning, varför detta endast kan användas som ett komplement eller en fördjupning.

### 8.2 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 bör deltagande ske i mer omfattande kurs (2-5 dagar) inom följande områden:

- geriatrisk rehabilitering
- 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.

### 8.3 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*.

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 internationell kongress.

#### 8.4 Egna studier

Förutom kurser och tjänstgöring skall kunskaper under ST inhämtas genom teoretiska studier. Lämplig tid för detta är ca 4 h/månad.

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

#### 8.5 Kunskapsprov

Det rekommenderas att ST-läkare genomför kunskapsprovet för den gemensamma kunskapsbasen. Detta bör om möjligt genomföras i slutet av ST, efter genomförd tjänstgöring inom den gemensamma kunskapsbasen.

## **9. 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 (mini-cex)
- specialistkollegium
- återkoppling efter randning

## 10. 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>

## 11. Dubbelspecialisering

Socialstyrelsen kräver i enlighet med EU:s direktiv sedan 2016 att läkaren tjänstgör minst 2,5 år utöver fullgjord första specialitet för att kunna ansöka om dubbelspecialisering. De båda specialitetsutbildningarna kan pågå samtidigt. Målbeskrivningen styr innehållet och samtliga delmål måste vara uppfyllda, både vad gäller kliniska tjänstgöringar och kurser etc. En individuell plan måste uppföras för varje läkare beroende på tidigare erfarenheter, utbildning och kompetens. Nedan följer förslag på utbildningsplan.

För läkare från de övriga invärtesmedicinska specialiteterna (vilka vi delar den gemensamma kunskapsbasen med) som även vill uppnå specialistkompetens inom geriatrik är det rimligt att följa utbildningsplanen för huvudutbildning i geriatrik, v g se kapitel 3.1.

Det räcker med ett vetenskapligt arbete för båda specialitetsutbildningarna.

Den obligatoriska sidutbildningen i psykiatri måste också ingå, v g se kapitel 3.4.1.

Läkare som är specialister i allmänmedicin bör utöver huvudutbildningen i geriatrik ovan, även komplettera med tjänstgöring inom internmedicin så att det uppfyller delmålen för den gemensamma kunskapsbasen (förslagsvis 6-12 månader). Eventuellt kan en del av huvudutbildningen i geriatrik tillgodoräknas från tidigare erfarenheter om dessa innefattar mottagningsverksamhet för äldre, särskilda boenden etc.