

# SYLF:s AT-ranking 2017

# Förord

Sedan år 2000 har SYLF granskat kvaliteten på AT (läkarnas allmäntjänstgöring) som är det legitimationsgrundande steget för läkare och den formella introduktionen till yrkeslivet. AT ska ge läkaren "en god förmåga att självständigt och med hög säkerhet kunna utföra de medicinska basrutinerna i hälso- och sjukvården". Den är målstyrd vilket innebär att innehållet ska motsvara de krav som Socialstyrelsen har fastställt i AT:s målbeskrivning (SOSFS 1999:5). AT är inte bara en möjlighet för läkare att utvecklas inom sitt yrke men också ett medel för att kvalitetssäkra svensk hälso- och sjukvård. Det är därför ytterst viktigt att granska kvalitén på AT.

Möjligheten att byta ort efter påbörjad AT är mycket begränsad vilket medför att de sökande måste välja rätt från början. Förhoppningen med denna årliga rapport är att ge läkare som ska söka AT ett kunskapsunderlag kring olika AT-tjänsters kvalitet baserat på AT-läkarnas egen upplevelse. I syftet ingår också att motivera arbetsgivare till att förbättra allmäntjänstgöringen. Idag är SYLF:s AT-ranking den enda nationellt täckande undersökningen som granskar AT vilket har gjort det till ett värdefullt verktyg. AT-rankingen är ett konstruktivt verktyg som både lyfter fram positiva och utvecklingsbara aspekter av AT för att bidra till höjd kvalitet. Genom åren har AT-rankingen också fått stor uppmärksamhet i nationella och lokala medier samt inom AT-orterna.

Undersökningen bygger främst på enkätsvar från SYLF:s medlemmar som gör eller nyligen gjort AT. Den utgår helt ifrån AT-läkares erfarenheter och är ett mått på hur AT-läkare upplever kvaliteten på sin AT. Den utreder flera aspekter av AT så som kvaliteten på bland annat handledning, formaliserad utbildning och kollegialt stöd inom de olika delplaceringarna, medicin, kirurgi, psykiatri och allmänmedicin. Undersökningen ger även möjlighet att lyfta fram övergripande aspekter så som arbetsmiljö, lönesättningsprocesser mm.

SYLF vill tacka alla de AT-läkare som tagit sig tiden att besvara årets AT-enkät. Vi vill även rikta ett speciellt tack till alla lokalt förtroendevalda som hjälpt oss sprida information om rankingen och dess betydelse. Utan er, ingen ranking!

Stockholm, september 2017

Jonas Ålebring  
Ordförande, SYLF  
[jonas.alebring@syf.se](mailto:jonas.alebring@syf.se)

Shervin Vahedi  
Utredare, SYLF  
[shervin.vahedi@syf.se](mailto:shervin.vahedi@syf.se)

Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF) är den näst största yrkesföreningen inom Sveriges läkarförbund och organiserar underläkare. Föreningen har drygt 13 000 medlemmar och har 27 lokalavdelningar spridda över landet. SYLF arbetar bland annat med förhandlingsfrågor, utbildningsfrågor, arbetsmarknadsfrågor, sjukvårdsorganisatoriska frågor och arbetsmiljöfrågor.

# Innehållsförteckning

Förord .....	2
<b>1. Sammanfattning</b> .....	4
<b>2. Data</b> .....	4
2.1 Mått och begrepp .....	4
2.1.1 Urval .....	4
2.1.2 Att mäta AT:s kvalitet .....	5
<b>3.Resultat</b> .....	6
Tabell 1. SYLF:s AT-ranking 2017 .....	8
3.1 Kvaliteten på AT .....	11
3.1.1 AT som utbildningstjänst .....	11
3.1.2Handledning .....	11
3.1.3 Sjukhus storlek .....	12
3.2 Bästa orter per placering .....	12
3.2.1 Bästa medicinort .....	12
3.2.2 Bästa kirurgiort .....	12
3.2.3 Psykiatriort .....	13
3.2.4 Allmänmedicinort .....	13
3.3 AT:s längd och form .....	14
3.3.1 Önskad form av AT .....	14
3.4 Individuell lönesättning .....	15
3.4.1 Justering av lön .....	15
3.5 Arbetsmiljö .....	16
3.5.1 Förbättringsmöjligheter för sjukhusen .....	16
3.5.2 Deltagande i utvecklingsarbete .....	17
3.5.3 Ensamjour .....	17
3.5.5 Karriärbyte .....	18
<b>4. Slutsatser</b> .....	18
<b>5. Referenser</b> .....	20
Bilaga 1 .....	21

# 1. Sammanfattning

Västerviks sjukhus toppar AT-rankingen 2017 medan den hedersamma andra platsen delas av Avesta lasarett och Gällivare sjukhus. I rankingens botten placerar sig Lasarettet Enköping, strax efter Kullbergsska sjukhuset Katrineholm och Alingsås Lasarett.

Årets ranking besvarades av drygt 1700 AT-läkare som antingen gör eller nyligen avslutat AT. Den ger ett oroväckande intryck av AT som alltmer frångår sitt huvudsyfte att vara en utbildningstjänst och introduktion till yrket. Rapporten innehåller såväl vittnesmål om när AT håller högkvalitet som berättelser där AT brister.

## 2. Data

AT-rankingen bygger på en webbaserad enkät som varje vår distribueras via e-post till delar av SYLF:s medlemskår. Enkäten består av ett antal huvudfrågor fördelade i block efter bakgrundsvariabler, AT:s kvalitet, löneförhandlingsfrågor, frågor om tiden efter läkarexamen samt arbetsmiljöfrågor.

Enkäten riktar sig till samtliga AT-läkare som har påbörjat AT och tar därmed inte hänsyn till hur länge den enskilde har arbetat på sin tjänst. Anledningen till detta tillvägagångssätt är att såväl arbetsgivare som framtida AT-läkare gynnas av att ha ett så stort dataunderlag som möjligt. Dessutom visar tester från både 2009 och 2010 att tjänstgöringstiden inte påverkar AT-betyget. För att öka pålitligheten av resultatet i rankinglistan redovisas bara orter med minst fem svaranden i rankinglistan. Svaren från de orter med färre än fem svaranden finns kvar i datamaterialet och räknas i resultatet för AT-läkargruppen som helhet. Svar från AT-läkare som bytt AT-ort under tjänstgöringen kvarstår i datamaterialet men redovisas inte i rankinglistan.

Majoriteten av frågorna i enkäten är frivilliga då detta minskar risken att respondenterna avbryter enkäten för att specifika frågor känns krångliga eller ointressanta. Detta ger till följd att antalet svarande kan variera beroende på fråga, men ökar samtidigt kvalitén på undersökningen i sin helhet då fler respondenter fullföljer fler frågor och även enkäten i sin helhet, i större utsträckning. De enda obligatoriska frågorna i enkäten är frågor som berör hur långt de svarande har kommit i sin AT och betygsättande frågor om AT:s kvalitet. Den förstnämnda är nödvändig för att kunna bedöma ifall respondenterna tillhör undersökningens population medan den senare krävs för att kunna erhålla data till rankingstabellen.

### 2.1 Mått och begrepp

Varje betygsatt AT-ort i rankingen representerar ett sökbart AT-block. Detta är det sjukhus som har huvudansvaret för kvaliteten på AT-läkarens utbildningstjänst även om det är allt vanligare att sjukhusen samarbetar och delar av AT sker på andra sjukhus. Betyget på de olika placeringarna berör alltid det sjukhus som administrerar AT-läkarens tjänst då det är upp till detta sjukhus att de olika momenten håller god kvalitet även om hela delplaceringar eller enskilda moment sker på annat sjukhus. För detaljer kring AT-block med placeringar på flera sjukhus hänvisas till respektive AT-orts hemsida. Ålands centralsjukhus är det enda utländska sjukhus som inkluderas i rankingen då AT-läkarna på detta sjukhus utbildas på uppdrag av Uppsala län.

#### 2.1.1 Urval

SYLF:s AT-enkät är en totalundersökning riktad mot fackligt organiserade underläkare innan legitimation eller som avslutat AT efter 30 november 2016<sup>1</sup>. Vid urvalstillfället uppgick dessa till 3286 personer varav 2193 av dessa besvarade enkäten helt eller delvis. Sammanlagt angav 1741 av respondenterna att de under enkätstillfället gjorde AT eller nyligen avslutat AT, 359 angav att de arbetade kliniskt innan AT och 79 angav att de avslutat AT innan 2016-12-01 samt 14 personer som svarade att de inte kommer att

---

<sup>1</sup> SYLF organiserar ungefär 75 procent av AT-läkarna

göra AT i Sverige. Respondenter som angav att de gjorde eller nyligen gjort AT fick besvara hela enkäten medan respondenter som angav att de arbetade kliniskt innan AT fick endast besvara specifika frågor riktade till gruppen. Respondenter som angav att de avslutat AT före 2016-12-01 eller inte tänkte göra AT i Sverige fördes till slutet av enkäten. Denna rapport redovisar endast svaren på personer som vid enkättilfället gjorde eller nyligen avslutat AT.

Enkätens svarsfrekvens på 67 procent är mycket god då en svarsfrekvens över 50 procent för webbaserade undersökningar brukar allmänt betraktas som god (Esaiasson et al 2007:269). Detta ger i sin tur goda förutsättningar för rapporten att kunna producera pålitliga resultat förutsatt att bortfallet inte innehåller någon systematisk skevhet. En huvudorsak till bortfallet kan förklaras med att medlemmarna har felaktiga eller icke-uppdaterade e-postadresser i Läkarförbundets medlemsregister. En annan orsak till bortfallet är att enkäten gått ut till personer som inte uppfyller urvalskriterierna då medlemsregistret inte innehåller information om exempelvis verksamhetssektor, läkare som tillfälligt flyttat utomlands eller läkare som forskar prekliniskt. Den förstnämnda orsaken till bortfallet bör inte påverka resultatet då det rimligtvis inte finns ett samband mellan benägenhet att uppdatera sin e-postadress och hur man upplever sin AT. Den senare orsaken till bortfallet bör ha gallrats bort i de inledande bakgrundsfrågorna om anställningstyp och -ort men kan ha påverkat svarsfrekvensen då dessa personer troligtvis nås av eller besvarar enkäten i lägre utsträckning än andra. Det är inte heller osannolikt att en del av enkäterna inte kommit fram då de fastnat i ett spamfilter eller i de fall personer valt att spärra sin e-postadress från utskick ifrån SYLF.

SYLF jobbar ständigt med öka antalet svarande i AT-rankingen och sedan 2015 har icke-medlemmar haft möjlighet att besvara AT-enkäten. Fördelarna med en sådan breddning är att fler AT-orter kan få underlag och därmed inkluderas i rankingen samtidigt som rapporten får mer tyngd i sina resultat. Icke-medlemmar som har önskat att besvara enkäten har via SYLF:s externa kanaler och via lokalt förtroendevalda uppmanats till att ta kontakt med SYLF:s kansli. De som hört av sig har sedan lagts till enkätens AT-population och fått en personlig enkätlänk via mejl. Utöver detta har inga uppgifter rörande de svarande icke-medlemmarna sparats eller registerförts i någon form.

Då SYLF inte har något register över underläkare som inte är medlemmar finns det heller inte någon möjlighet att mäta gruppens storlek. Totalt besvarades enkäten av 153 personer som inte ingick i läkarförbundets medlemsregister i samband med första utskicket av enkäten. Till enkätens population är detta en relativt liten andel. En närmare jämförelse av svaren mellan de som nåddes av enkäten i det första utskicket medlemmar och icke-medlemmar visar också att det inte finns några större skillnader betygsättningen. Däremot bör denna jämförelse tolkas med försiktighet då varken icke-medlemmars svarsfrekvens eller representativitet kan beräknas vad det gäller faktorer så som kön och ålder.

Under enkätens svarsperiod väljer SYLF att konsekvent avböja initiativ från arbetsgivareföreträdare som velat hjälpa till med spridningen av enkäten. Anledningen till detta är att SYLF företräder underläkarna, tillvaratar deras intressen och vill därför inte att enkäten ska uppfattas som ett påbud från arbetsgivaren. Vi lämnar heller aldrig ut rådata vare sig till arbetsgivare, enskilda medlemmar eller andra fackförbund, och är alltid nogga med att redovisa resultat så att ingen enskild svarande kan identifieras.

### **2.1.2 Att mäta AT:s kvalitet**

AT-rankingen syftar till att hjälpa blivande AT-läkare att utvärdera AT:s kvalitet och ge aktuell information om respektive ort., samt ge arbetsgivarna förutsättningar att utveckla sin AT-verksamhet. SYLF har därför valt att bygga rankingen på en sex-gradig skala där 1 motsvarar mycket dåligt och 6 motsvarar mycket bra. Fördelen med en sex-gradig skala är att det är en bra kompromiss utifrån att en skala med mindre steg skulle tvinga AT-läkare att ta ett allt för snävt beslut vilket skulle kunna påverka resultatets reliabilitet. En skala med fler steg skulle istället kunna bli mer komplicerad att besvara och skifta fokus från kvalitetsskillnader till nyansskillnader mellan orterna.

Enkäten är uppdelad enligt målbeskrivningen för AT:s fyra huvudplaceringar -medicin, kirurgi, psykiatri och allmänmedicin. De svarande betygsätter fyra aspekter inom varje placering - introduktion, handledning, formaliserad medicinsk utbildning och kollegialt stöd. Efter varje placering får de svarande även ge ett sammanvägt betyg på placeringen, motsvarande deras övergripande upplevelse av hela AT-placeringens kvalitet. De svarande har även möjlighet att lämna ett fritextsvar i anslutning till

betygsättningen. Detta möjliggör en djupare analys av resultatet och synliggör dolda kvalitetsskillnader som inte framhävs av kvantitativa data som exempelvis kvalitetsskillnader mellan olika kliniker inom samma placering.

Den huvudsakliga ranking placeringen bygger på en fråga om ett sammanfattande betyg på AT som helhet. Frågan lyder: "Vilket sammanfattande betyg vill du ge din AT, där 1 är mycket dåligt och 6 är mycket bra?" och den är placerad direkt efter frågorna gällande placeringarnas kvalitet av strategiska skäl då AT-läkaren hunnit tänka igenom sin placering innan den slutgiltiga bedömningen.

Det finns flera anledningar till att rankingen baseras på en fråga istället för ett genomsnitt av frågorna på placeringarna. Den främsta anledningen är att kvaliteten på AT är mer komplext än endast summan på de individuella mätbara delarna. Detta vägval gör det möjligt att bland annat fånga upp mjuka förhållanden som lämpar sig sämre för standardiserade mått, till exempel de svarandes upplevelse av AT-ledningens lyhörighet, löneutveckling, schemaläggning och arbetsbelastning.

En rankinglista baserad på en enkel fråga är också transparent. Alla, såväl SYLF:s medlemmar som verksamhetschefer, studierektorer och den breda allmänheten kan förstå hur listan är uppbyggd. Slutligen säkras upplägget med en övergripande rankinggrundande fråga AT-rankingens kvalitet och jämförbarhet över tid. Medan förändringar i AT:s struktur riskerar att göra delar av ett sammanvägt mått utdaterade kan de svarande nu basera sina svar på vad som utgör AT vid just deras svarstidpunkt.

En kvalitativ innehållsanalys även gjorts i år för att analysera fritextsvaren. För att minska risken för godtyckliga tolkningar har detta gjorts genom organiskt upprepad läsning av fritextsvaren, utan några förutbestämda hypoteser eller kategorier. Efter upprepad läsning har dessa kategoriserats utifrån fritextsvarens budskap. När fritextsvaren haft flera budskap har dessa sorterats under samtliga berörda kategorier. När samtliga fritextsvar sorterats till minst en kategori har svaren inom varje kategori har de återigen lästs igenom, och omvärderats i ljuset av varandra. Denna del av processen ska säkerställa att svaren inom en viss kategori verkligen ger uttryck för samma sak, att de är fullständiga och inte berör samma ämne. Syftet med att lyfta fram fritextsvaren i rapporten är att illustrera, förankra ge legitimitet till rapportens analyser och tolkningar.

### 3.Resultat

Årets bästa AT-ort är Västerviks sjukhus. Senast Västerviks sjukhus hamnade på en första plats var år 2012, men orten har återkommande fått höga betyg av AT-läkarna. Framförallt har Västervik lyckats förbättra betygen inom medicinplaceringen och psykiatriplaceringen samt att fler upplever att de kan påverka sin arbetsmiljö i jämförelse med resultatet från förra årets ranking. I år har de svarande haft möjlighet att motivera den sammanvägda betygsättningen och för Västerviks sjukhus har bland annat kontinuerlig handledning, möjligheten till personlig utveckling och gott kollegialt stöd lyfts fram som viktiga orsaker till sjukhusets höga betyg. En av AT-läkarna sammanfattar sin upplevelse nedan:

*Mycket gott stöd, väsentligen välstrukturerat, lagom jourbörda och mycket eget ansvar med gott stöd gör AT här till en mycket lärorik och rolig tid i livet.*

Bakom Västerviks sjukhus finns Avesta sjukhus som två år i rad har rankats som bästa AT-ort men hamnar i år på en delad andra plats tillsammans med Gällivare Sjukhus som har hållit sig stabilt i rankingens toppskikt. Värt att notera är också att Västerviks sjukhus och Gällivare Sjukhus dessutom är de enda sjukhusen där samtliga AT-läkare anger att de upplever att de har inflytande över sin arbetsmiljö. Detta visar betydelsen av delaktighet i verksamheten och att AT-läkare vill bli sedda som individer.

För andra året i rad klättrar Sjukhuset Torsby och i år till och med flest platser i rankingen. Sjukhuset har förbättrat sin placering med 28 platser, vilket är en total förbättring med 58 placeringar på endast två år. Den stora förändringen har framförallt skett inom allmänmedicin. Strax efter Torsby Sjukhus kommer Lycksele sjukhus som ökar med 26 placeringar, tätt följt av Linköpings Universitetssjukhus som kliver upp 25 placeringar och därmed för första gången hamnar i den övre halvan av AT-rankingen.

Arvika sjukhus som på två år lyckades gå från rankingens botten till en andra plats i 2016 års AT-ranking är sjukhuset som tappar flest placeringar. Även Kalix sjukhus och Karlskoga lasarett tappar rejält i årets ranking – sjukhus som förra året gjorde rejäla lyft. Så som tidigare år är Kalix sjukhus, Sjukhuset Torsby och Lycksele i den gruppen av sjukhus som likt en bergochdalbana åker mellan botten och toppen av rankingen. För dessa sjukhus är det viktigt att fortsätta bygga vidare på sina framgångar genom strukturerat arbete inom sjukhuset för att kunna finna stabilitet i AT-kvaliteten.

I rankinglistans botten finns Lasarettet Enköping som får ett sammanfattande betyg på 3,67, strax över ligger Kullbergsska Sjukhuset Katrineholm med 3,73 och Alingsås lasarett 3,82. Av betygen på de olika placeringarna och fritextsvaren framkommer det att det finns stora brister i introduktionen, formell handledning och avsaknad formaliserad utbildning på dessa sjukhus. Även andra orsaker så som att AT-läkare utför jourarbete utan stöd av legitimerad läkare, hög arbetsbelastning och brist på lyhördhet från ledningen är faktorer som kontinuerligt lyfts fram i fritextsvaren på dessa orter, men som inte framkommer explicit i rankingstabellen. Samtidigt är många AT-läkare även måna om att lyfta fram sjukhusens försök till förbättringar men att detta sker på grund av engagerad personal snarare än ett reellt försök från hela verksamheten.

Sahlgrenska universitetssjukhuset rankas fortsatt högst bland universitetssjukhusen, men till skillnad från tidigare år tappar det hela 18 placeringar i listan. Till följd av detta är det för första gången på fem år som ett universitetssjukhus inte varit topp 20 i AT-rankingen. Trots detta finns det positiva trender i denna kategori av årets ranking då tre av sjukhusen gör fina klättringar i rankingen. Förutom Linköpings Universitetssjukhus, är det Universitetssjukhuset Örebro och Karolinska sjukhuset i Solna som klättrar 22, respektive 18 platser.

### Tabell 1. SYLF:s AT-ranking 2017

Rankingort	Rankingplacering			Medicinplacering 1-6					Kirurgi-placeringen 1-6					Psykiatriplaceringen 1-6					Allmänmedicin 1-6					Andel Ja%					
	Snittbetyg 1-6	Placering 2017	Placering 2016	Placering 2015	placering 2014	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	AT-ort rekommenderas	Löneförhandlat	Inflytande arbetsmijö	Antal svarande
Västerviks sjukhus	5,75	1	14	2	3	5,8	5,5	5,4	6,0	5,9	5,7	5,1	3,9	5,4	5,3	5,8	5,5	6,0	6,0	5,8	4,2	4,7	5,0	4,3	4,3	100	42	100	12
Avesta lasarett	5,67	2	1	1	2	5,7	5,9	5,5	5,9	5,8	3,7	4,1	4,7	4,6	4,6	4,3	3,9	4,4	4,7	3,9	5,5	5,8	5,0	6,0	6,0	100	100	90	21
Gällivare sjukhus	5,67	2	8	7	19	3,8	4,7	4,6	5,5	5,1	4,0	4,8	4,1	5,6	5,1	5,7	5,4	5,3	5,5	5,3	5,2	5,0	4,4	5,2	5,2	100	42	100	12
Centrallasarettet Västerås**	5,50	4	17	10	10	5,3	5,1	4,9	5,4	5,3	5,1	4,4	4,5	4,2	4,6	4,7	4,5	4,4	4,6	4,5	5,5	4,7	4,6	4,6	4,8	97	86	68	38
Blekingesjukhuset Karlskrona	5,40	5	4	6	12	3,7	4,5	4,4	5,4	4,5	4,1	3,7	4,3	4,2	4,3	3,6	4,1	4,2	4,4	3,8	4,6	5,1	4,1	4,9	4,8	97	70	67	30
Skaraborgs sjukhus Lidköping	5,39	6	5	5	3	5,2	5,1	5,0	5,8	5,4	5,1	4,5	4,8	4,7	5,0	5,3	5,0	5,0	5,3	4,8	4,4	5,6	5,0	5,1	5,1	94	50	78	18
Kiruna sjukhus	5,38	7	3	3	1	4,4	5,1	4,1	5,8	5,4	3,0	3,9	4,3	4,0	4,0	5,8	5,6	5,6	5,4	5,6	4,0	4,0	3,0	4,2	3,8	87	25	75	8
Hallands sjukhus Halmstad	5,35	8	11	18	13	4,8	4,5	4,7	5,2	4,9	5,1	4,4	4,6	4,8	4,8	5,3	4,7	4,9	5,4	5,1	3,7	5,2	4,2	5,1	4,8	91	76	79	34
Hudiksvalls sjukhus	5,33	9	14	11	17	4,4	5,1	4,4	5,6	5,1	4,8	4,4	4,4	4,5	4,7	3,6	4,1	4,3	4,4	3,7	5,6	5,6	5,2	5,4	5,2	100	77	86	15
Sjukhuset Torsby	5,33	9	37	67	7	4,1	4,6	3,9	5,3	4,9	4,9	4,8	4,6	5,8	5,2	3,0	3,2	3,8	3,2	3,4	5,0	5,8	5,5	6,0	5,8	100	22	79	9
Visby lasarett	5,30	11	11	22	52	5,2	5,1	4,8	5,5	5,2	4,8	4,0	4,3	4,9	4,6	4,6	5,2	4,5	4,9	4,6	5,5	5,5	4,5	5,5	5,4	95	100	80	20
Lindesbergs lasarett	5,30	11	18	12	39	4,0	4,8	3,9	4,9	4,8	5,3	5,6	5,0	5,8	5,9	3,5	4,1	4,5	3,8	3,9	*	*	*	*	*	90	56	78	10
Lasarettet i Motala**	5,28	13	25	45	44	5,5	5,5	5,3	5,5	5,6	3,9	3,9	3,3	4,0	4,0	3,8	3,9	4,0	4,1	3,8	4,3	4,7	4,8	5,0	4,9	100	83	83	29
Lycksele lasarett	5,27	14	40	42	8	5,0	5,8	5,2	5,5	5,7	4,1	4,3	4,4	5,0	4,6	3,2	4,5	4,3	4,0	4,0	*	*	*	*	*	86	29	57	15
Kungälv sjukhus	5,26	15	16	4	42	5,3	4,6	4,7	5,7	5,3	5,0	4,5	4,3	4,6	4,5	4,8	4,1	4,9	4,9	4,5	4,5	5,2	4,7	5,3	5,0	100	67	72	19
Centrallasarettet i Växjö	5,19	16	19	13	30	4,6	4,8	5,3	5,7	5,4	3,5	3,7	4,0	4,6	4,3	5,2	5,4	5,4	4,9	5,1	5,1	5,6	5,3	5,5	5,5	100	92	81	26
Ljungby lasarett	5,19	16	13	16	26	3,5	4,5	4,2	4,9	4,7	3,8	4,8	4,4	5,8	5,3	3,3	4,0	4,3	4,2	4,0	4,4	5,6	4,6	5,4	5,0	94	94	69	16
Höglandssjukhuset Eksjö-Nässjö	5,15	18	6	8	24	4,7	4,7	4,6	5,2	4,8	4,9	4,9	4,7	5,2	5,1	5,8	5,6	5,5	5,8	5,8	4,1	4,6	4,1	4,3	4,6	90	10	95	20
Piteå Älvdals sjukhus	5,08	19	21	25	34	4,7	4,8	5,0	5,4	5,1	2,4	3,3	3,4	3,8	3,3	3,8	3,1	4,1	5,3	4,8	5,7	5,7	5,0	5,2	5,3	84	0	38	13
Hallands sjukhus Varberg	5,07	20	24	38	45	5,0	4,7	4,5	4,8	4,8	4,4	4,4	4,3	4,4	4,4	5,5	4,5	5,1	5,2	4,8	5,4	5,8	4,8	5,6	5,6	89	89	89	27
Sjukhuset i Köping**	5,07	20	28	20	*	4,4	4,0	4,4	5,1	4,6	4,8	4,2	4,5	4,8	4,8	5,1	5,0	5,0	5,3	4,9	5,8	5,0	4,8	5,0	5,0	93	86	80	15
Falu lasarett	5,03	22	25	26	22	4,2	5,0	4,9	5,5	5,1	3,3	4,1	4,6	4,2	4,3	4,1	4,3	4,8	4,7	4,4	5,2	5,2	4,1	5,4	4,9	100	83	59	36
Vrinnevi sjukhuset Norrköping	5,02	23	31	32	24	4,2	4,0	4,1	4,6	4,3	5,1	5,2	4,5	5,6	5,3	5,1	4,5	4,0	4,7	4,6	3,1	5,1	3,1	5,1	4,7	98	44	65	48



Rankingort	Snittbetyg 1–6	Rankingplacering			Medicinplacering 1–6					Kirurgiplaceringen 1–6					Psykiatriplaceringen 1–6					Allmänmedicin 1–6					Andel Ja%				
		Placering 2017	Placering 2016	Placering 2015	placering 2014	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	AT-ort rekommenderas	Löneförhållat	Inflytande arbetsmiljö	Antal svarande
NU-sjukvården	5,00	24	29	52	54	4,5	4,0	4,3	4,8	4,5	4,1	4,5	4,4	4,9	4,7	4,7	4,3	5,3	4,6	4,5	4,9	4,9	5,0	5,1	5,0	95	98	90	61
Mora lasarett	4,97	25	7	13	42	4,6	5,2	4,9	5,6	5,4	3,5	3,4	3,7	3,8	3,9	3,3	3,3	4,3	3,7	3,7	5,2	5,5	4,6	5,7	5,6	94	86	70	33
Sahlgrenska universitetssjukhuset	4,93	26	8	16	20	4,5	4,9	4,9	5,2	4,9	4,0	4,4	4,2	4,2	4,4	4,3	4,2	4,4	4,3	4,3	4,2	5,1	5,0	5,3	5,0	83	93	61	46
Mälarsjukhuset Eskilstuna	4,91	27	38	37	65	3,7	3,5	3,5	4,6	4,2	4,7	4,2	3,7	5,0	4,8	4,9	4,9	4,4	5,6	5,4	4,3	5,0	3,7	5,0	5,2	100	23	55	22
Skaraborgs sjukhus Skövde	4,89	28	8	8	13	4,9	3,8	3,6	4,1	4,1	4,6	4,7	4,1	5,0	4,8	4,4	4,0	4,8	4,8	4,3	4,9	5,3	4,8	5,3	4,9	84	30	68	37
Landskrona lasarett	4,88	29	44	41	62	5,4	4,6	4,5	5,4	5,0	3,0	2,7	3,9	4,4	4,0	5,2	5,0	5,2	5,0	4,8	4,8	5,8	5,3	5,8	5,8	100	87	63	8
Universitetssjukhuset Örebro	4,85	30	52	40	45	4,6	5,1	4,6	5,1	5,1	4,7	3,7	4,0	4,4	4,4	4,3	4,2	4,7	4,8	4,5	3,8	4,8	4,2	5,6	5,2	90	95	52	20
Sjukhuset Arvika	4,82	31	2	31	68	4,6	4,2	4,2	5,4	4,7	4,6	4,3	4,8	5,1	5,0	5,0	4,0	5,0	4,8	4,6	4,8	5,0	3,6	4,8	4,6	82	10	70	11
Universitetssjukhuset Linköping**	4,81	32	57	55	53	4,7	4,5	4,2	4,9	4,7	4,0	3,7	3,4	4,2	4,1	5,5	5,6	5,1	5,8	5,7	4,8	5,6	4,9	5,6	5,6	88	84	71	32
Länssjukhuset Ryhov	4,79	33	36	46	56	4,1	4,0	4,0	4,8	4,4	4,1	4,4	4,1	4,8	4,7	5,2	4,3	3,8	4,7	4,7	4,2	4,4	4,2	4,7	4,6	91	24	71	34
TioHundra AB Norrtälje	4,78	34	27	20	17	3,9	4,3	3,8	5,0	4,7	4,1	4,5	3,7	5,2	4,8	3,2	3,5	3,0	3,8	3,4	4,2	5,2	4,8	4,8	5,0	89	6	67	18
Värnamo sjukhus	4,78	34	30	65	30	3,9	3,6	3,5	5,2	4,3	3,9	3,8	3,9	4,3	4,2	4,8	4,7	4,3	5,3	4,9	4,9	5,6	3,9	5,9	5,6	82	35	76	18
Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand	4,76	36	38	69	63	4,3	4,6	4,8	4,9	4,7	5,3	5,0	4,7	5,1	5,1	4,5	4,5	4,9	4,5	4,6	4,1	4,9	3,7	4,9	4,5	93	14	71	42
Karolinska univ. sjukhuset Solna	4,76	36	54	53	36	4,5	4,4	4,4	4,7	4,7	4,1	3,7	4,0	3,8	3,9	3,2	4,5	3,9	4,8	4,6	3,3	4,3	3,5	4,3	4,1	84	24	36	25
Karolinska uni. sjukhuset Huddinge	4,71	38	31	48	60	4,0	4,0	4,2	4,9	4,5	3,5	3,8	4,0	4,4	4,1	4,3	4,8	4,4	5,1	4,7	4,4	4,6	4,0	5,1	4,7	92	9	48	24
Centralsjukhuset Kristianstad	4,71	38	60	61	50	4,9	4,1	4,7	5,1	4,7	4,4	4,1	3,5	4,0	4,3	5,4	4,9	4,9	5,3	5,2	4,3	5,3	4,1	5,5	4,9	88	67	50	24
S:t Görans sjukhus	4,67	40	22	24	37	4,4	4,3	3,2	4,8	4,3	5,1	4,7	4,1	5,1	4,9	4,8	4,3	4,4	5,0	4,9	4,2	5,0	3,9	4,8	4,6	89	17	70	46
Ängelholms sjukhus	4,62	41	34	30	26	4,7	4,5	3,8	5,1	4,7	3,5	3,6	3,5	3,8	3,8	4,1	3,6	4,5	4,4	4,2	5,2	5,7	5,5	5,6	5,5	95	73	53	21
Örnsköldsviks sjukhus	4,62	41	35	36	13	4,6	4,0	4,0	5,1	4,8	4,1	4,0	3,9	4,9	4,5	2,5	2,6	3,2	3,1	2,9	4,6	5,5	3,9	5,8	5,4	67	24	62	21
Sunderby sjukhus	4,59	43	31	19	3	5,2	5,5	4,8	5,8	5,5	4,1	4,2	3,5	4,2	4,4	5,0	3,1	3,4	3,6	3,3	5,0	5,8	4,6	5,8	5,6	94	12	41	17
Karlskoga lasarett	4,58	44	22	63	32	4,7	4,2	3,6	5,3	4,8	3,7	3,3	2,9	3,7	3,3	2,5	3,0	3,6	3,5	3,3	5,8	5,0	5,3	5,0	5,5	75	33	75	12
Trelleborgs lasarett	4,57	45	63	70	*	4,6	4,1	3,9	4,9	4,4	2,0	3,5	3,5	4,3	3,8	4,3	4,8	5,0	4,8	4,5	*	*	*	*	*	71	86	43	7
Skellefteå lasarett	4,56	46	43	34	34	4,8	5,1	4,7	5,6	5,1	2,5	3,3	3,0	4,1	3,6	4,1	3,9	3,9	4,1	3,6	4,7	4,5	3,6	4,5	4,5	81	27	65	27
Kalix sjukhus	4,50	47	20	57	13	3,9	4,1	4,0	4,9	4,6	2,1	3,1	2,7	4,0	3,4	3,4	3,0	2,9	2,6	3,0	3,3	4,8	4,3	5,3	4,5	75	0	38	8

Rankingort	Rankingplacering					Medicinplacering 1-6					Kirurgiplaceringen 1-6					Psykiatriplaceringen 1-6					Allmänmedicin 1-6					Andel Ja%				
	Snittbetyg 1-6	Placering 2017	Placering 2016	Placering 2015	placering 2014	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	AT-ort rekommenderas	Löneförhandlat	Inflytande arbetsmiljö	Antal svarande	
Hässleholms sjukhus	4,47	48	55	39	22	4,0	4,2	3,9	5,1	4,4	4,5	4,0	4,0	4,1	4,3	4,8	4,0	4,1	4,4	3,7	4,2	5,3	4,3	5,0	5,0	67	87	45	15	
Gävle sjukhus	4,46	49	42	43	47	3,9	4,0	3,6	4,7	4,3	4,4	4,2	3,8	4,1	4,2	5,0	4,5	4,3	4,9	4,7	4,2	4,9	4,2	4,6	4,6	85	68	50	35	
Akademiska sjukhuset Uppsala	4,39	50	51	13	11	3,3	3,0	3,9	3,8	3,5	3,8	4,1	3,7	4,1	4,2	4,8	4,8	5,2	5,3	4,9	4,4	5,1	4,3	5,2	4,9	78	61	31	36	
Östersunds sjukhus	4,38	51	41	35	56	4,0	3,4	3,4	4,9	4,1	5,2	4,7	3,7	4,6	4,7	3,6	3,6	3,9	3,8	3,7	4,2	5,3	3,8	4,9	4,9	85	67	41	39	
Södersjukhuset	4,38	51	48	46	49	4,9	4,2	4,1	4,5	4,3	4,0	3,8	4,4	4,0	4,1	3,4	3,2	4,0	3,7	3,3	4,2	5,2	3,4	5,1	4,6	80	8	31	45	
Norrlands uni.sjukhus Umeå	4,34	53	56	58	64	4,2	3,9	4,0	4,8	4,5	3,1	3,4	2,7	4,3	3,7	3,0	4,1	4,1	4,3	4,1	4,2	4,5	4,0	4,5	4,5	67	37	51	44	
Danderyds sjukhus	4,31	54	61	51	61	4,4	4,1	3,8	4,6	4,2	3,4	3,6	3,7	4,1	4,0	3,9	4,7	4,6	4,8	4,7	4,0	4,7	3,9	4,7	4,5	80	2	33	49	
Skånes universitetssjukhus Lund	4,25	55	62	66	66	3,3	3,8	3,0	3,9	3,8	3,2	3,7	3,0	3,9	3,8	4,3	4,3	4,6	4,6	4,5	4,6	4,4	4,6	4,8	4,6	67	87	29	24	
Nyköpings lasarett	4,22	56	67	49	39	4,4	4,2	4,1	4,7	4,4	3,8	3,3	3,6	3,9	4,1	4,0	3,3	3,8	4,4	4,0	4,3	5,6	4,7	5,4	5,3	57	55	61	23	
Södra Älvsborgs sjukhus	4,21	57	59	60	48	4,2	4,1	3,4	4,4	4,1	3,8	3,3	2,9	4,1	3,7	4,6	4,4	5,0	4,6	4,7	4,3	4,6	3,5	4,1	4,1	70	96	39	47	
Länssjukhuset Kalmar	4,21	57	45	33	28	5,0	4,4	4,7	4,9	4,9	2,7	3,4	3,2	3,6	3,6	3,6	4,1	3,2	4,1	3,5	4,6	4,6	4,3	5,1	4,6	76	17	38	29	
Ystad lasarett	4,18	59	58	43	37	2,4	3,0	3,1	3,8	3,1	4,9	4,6	4,4	5,0	4,9	4,6	5,3	4,5	5,1	5,0	5,0	4,8	5,0	5,3	5,0	55	55	27	11	
Södertälje sjukhus	4,18	59	45	22	33	4,5	4,3	4,4	4,8	4,1	4,2	4,1	3,3	4,7	4,2	4,9	4,6	4,1	4,7	4,6	3,2	4,6	4,6	4,2	4,2	76	0	35	17	
Skånes universitetssjukhus Malmö	4,12	60	47	53	58	3,5	3,3	3,2	4,5	3,8	2,8	3,6	3,3	4,7	4,1	3,9	3,9	4,3	3,9	3,8	4,6	5,1	4,9	5,3	5,3	81	69	35	26	
Centralsjukhuset Karlstad	4,10	61	49	29	39	4,1	3,7	3,6	4,9	4,1	3,1	3,3	2,6	3,9	3,3	4,4	2,9	3,1	3,6	3,1	4,8	4,8	4,4	5,0	4,8	71	19	15	21	
Oskarshamns sjukhus	4,00	62	50	68	54	4,2	3,6	3,1	4,6	4,2	1,8	2,4	3,2	2,8	2,6	5,1	4,1	4,5	5,1	5,0	5,2	5,8	4,0	4,8	4,6	50	40	67	10	
Helsingborgs lasarett	3,96	63	65	58	59	3,6	3,5	2,8	4,8	3,8	3,9	4,1	3,5	4,8	4,2	4,4	4,0	4,9	4,7	4,4	4,4	4,8	5,3	5,0	4,7	54	75	33	24	
Sollefteå sjukhus	3,94	64	52	49	21	3,1	3,4	2,9	4,6	4,1	4,2	3,9	3,6	4,6	4,2	4,2	4,1	3,9	3,8	4,2	4,6	5,0	5,0	5,1	4,9	38	53	40	16	
Alingsås lasarett	3,82	65	63	27	28	3,5	4,1	2,3	5,3	4,1	3,1	3,5	2,1	4,5	3,6	4,5	3,8	4,9	4,7	4,2	5,0	5,0	3,9	5,1	4,7	62	25	29	28	
Kullbergsska sjukhuset Katrineholm	3,73	66	*	62	50	2,4	2,7	2,8	4,2	3,5	3,3	2,6	3,0	3,8	3,6	3,6	3,1	3,9	3,6	3,6	3,8	4,8	3,6	4,2	4,4	50	10	55	11	
Lasarettet Enköping	3,67	67	66	63	67	3,2	3,6	3,4	4,9	3,9	2,6	2,4	3,0	3,8	2,9	4,5	4,1	4,9	4,7	4,6	4,3	5,0	4,1	4,9	4,4	61	28	61	18	
Åland	*	*	*	*	3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
<b>Summa</b>	<b>4,74</b>					<b>4,4</b>	<b>4,3</b>	<b>4,1</b>	<b>5,0</b>	<b>4,6</b>	<b>4,1</b>	<b>4,0</b>	<b>3,9</b>	<b>4,5</b>	<b>4,3</b>	<b>4,3</b>	<b>4,2</b>	<b>4,4</b>	<b>4,6</b>	<b>4,4</b>	<b>4,5</b>	<b>5,0</b>	<b>4,3</b>	<b>5,1</b>	<b>4,9</b>	<b>85</b>	<b>51</b>	<b>59</b>	<b>1673</b>	

\* för få svarande (färre än fem)

\*\* orter som tidigare redovisades sammanslagna (Västerås-Köping respektive Linköping-Motala)

## 3.1 Kvaliteten på AT

Det genomsnittliga AT-betyget för i år är 4,74, vilket är en liten försämring från föregående år då det genomsnittliga betyget var 4,77. En delförklaring kan vara att betygen är något lägre bland majoriteten av AT-orterna som låg topp 20 jämfört med föregående år. En annan förklaring är att fler sjukhus har ett snittbetyg under 4,0 jämfört med föregående år. Positivt för årets undersökning är att lägsta betyget har höjts men tyvärr har detta inte höjt kvalitén på AT i sin helhet vilket indikerar att det finns många utmaningar för landstingen att ta sig an.

### 3.1.1 AT som utbildningstjänst

Grundtanken med AT är att det ska vara en introduktion innan läkare självständigt utövar yrket. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om Allmäntjänstgöring ska AT bland annat bestå av "utbildning samt läkararbete under professionellt ansvar för att ge klinisk träning och introduktion i arbetslivet" (SOSFS 1999:5: §4). Dessvärre visar AT-rankingen år efter år att utbildningstjänsten tenderar övergå till en utfyllnadstjänst som ska täcka underbemanningen på sjukhusen. Även i årets ranking är detta ett återkommande tema där AT-läkare upplever att utbildningen i utbildningstjänsten tummas på. En AT-läkare sammanfattar:

*"Under de sammanlagda placeringarna har jag som AT varit 95 % arbetskraft och 5 % utbildningsläkare"*

Avsaknad av handledning och instruktion är en allt för ofta förekommande företeelse. I vissa fall beror detta på att AT-läkare inte prioriteras av verksamheten eller handledare, i andra fall på grund av dysfunktionella organisationer. Förekomsten av hyrpersonal är en annan bidragande orsak till att AT-läkare inte får rätt stöd och handledning. I en verksamhet som ständigt är pressad, där personalen ständigt byts ut, blir verksamhetens överlevnad det primära och AT-läkarens utbildning sekundärt. Nedan kommer ett urval av AT-läkarnas beskrivningar:

*"Dålig introduktion och bristfällig handledning, som i sin tur kan bero på stressade läkare pga. akuta platsbristen på sjukhus"*

*"Mycket stor arbetsbörda pga. överbeläggningar och sjuksköterskebrist medför att utbildningen blir lidande"*

*"Oengagerad handledare. Fick ingen feedback på utveckling trots aktiv efterfrågan".*

*"Jag känner mig inte som en utbildningsläkare, utan som billig arbetskraft som finns där för att fylla tomma luckor i schemat"*

*"Arbetade endast med olika stafettläkare under mina fyra veckor på kardiologisk avdelning. Dessa hade också samtidigt konsultansvar och hade svårt att hinna undervisa även om ambitionen fanns"*

Teoretisk utbildning är en grundläggande del av AT. Detta nämns explicit i Socialstyrelsens föreskrifter om Allmäntjänstgöring (SOSFS 1999:5: §7) där det står att "parallellt med den kliniska tjänstgöringen skall AT-läkaren beredas tillfälle att bedriva teoretiska studier och delta i kompletterande utbildning i form av kurser, konferenser och liknande". Trots detta finns det flera berättelser från AT-läkare där de återger att de antingen inte får tid avsatt för studier eller att dessa ställs in regelbundet. Vissa AT-orter erbjuder ingen formaliserad utbildning under sommaren vilket kan motsvara en hel placering eller en stor del av en placering. Dessa berättelser bekräftar därmed AT-läkarnas bild av att fokus i många fall har skiftat från utbildning till att enbart tillfredsställa vårdproduktionen. En AT-läkarna berättar:

*"Medicinplacering under sommaren, vilket innebar att den regelbundna medicinspecifika utbildningen (normalt 1h/vecka) helt uteblev under större delen av placeringen".*

### 3.1.2 Handledning

I AT-rankingen 2016 undersökte SYLF förekomsten av handledning under AT. Resultatet visade att många AT-läkare inte fick en namngiven handledare trots att detta är reglerat i enlighet med Patientsäkerhetsförordningen (2010:13: 69). Lika beklagligt var också resultatet när AT-läkare som väl hade en namngiven handledare svarade hur ofta de träffade denne. Resultatet visade att handledaren i många fall var endast ett sätt för sjukhusen att uppfylla formalia. Tabellen nedan visar resultatet från AT-ranking 2016:

**Tabell 2:Handledningsfrekvensen per AT-läkare som anger att de haft en namngiven handledare från AT-ranking 2016, procent.**

Placering	1 gång/vecka	1 gång/månad	Enstaka	Inte alls
Medicin	9,5	42,9	43,6	3,9
Kirurgi	5,7	33,1	52,1	9,1
Psykiatri	34,8	31,6	25,9	7,6
Allmänmedicin	93,7	4,5	1,8	0

I årets undersökning har SYLF inte haft en specifik fråga om handledning men detta är ett återkommande tema i fritextsvaren. Många AT-läkare är frustrerade över att de överhuvudtaget inte fått någon namngiven handledare, andra beskriver att de endast fått handledning någon enstaka gång eller endast på distans. AT-läkare berättar istället att de får i stor utsträckning får förlita sig på välvilliga kollegor för att få återkoppling. En AT-läkare sammanfattar:

*"Totalt avsaknad av handledning under placeringen samt intresse för det med undantag av några få individer"*

I andra fall beskriver AT-läkare att de får nyblivna ST-läkare som handledare trots att Socialstyrelsens föreskrifter om Allmäntjänstgöring understryker att handledaren ska vara en "specialistkompetent läkare" (SOSFS 1999:5: §9). En handledares roll är att i samråd med AT-läkaren ta fram en utbildningsplan och stödja samt utvärdera AT-läkaren i sin yrkesroll. Detta kräver

erfarenhet och att handledaren är till mestadels på plats för att kunna utvärdera AT-läkarens progression. Det är viktigt att AT-orterna börjar prioritera handledning som en naturlig del av AT. En AT utan handledning eller utan behöriga handledare innebär i praktiken att AT-läkaren inte uppfyller kraven på legitimation. En AT utan handledning är med andra ord ingen AT.

### 3.1.3 Sjukhus storlek

Likt tidigare år visar AT-ranking 2017 att större sjukhus har svårare att få höga betyg i rankingen jämfört med mindre sjukhus. Det finns flera faktorer som spelar in på detta. Bland annat upplever AT-läkare på mindre sjukhus i större utsträckning att det är lätt att få kontakt med ledningen, att kunna påverka arbetsmiljön, samt att bli igenkänd av kollegor och chefer på arbetsplatsen. Små sjukhus ser även AT som ett viktigt rekryteringsverktyg för att kunna säkra kompetensförsörjningen på sjukhuset. I SYLF:s rapport *Den som väntar på AT väntar för länge (2017)* redovisas en undersökning utförd internt av ett sjukhus. Där framkommer det bland annat att 95 procent av AT-läkarna stannade kvar och arbetade i landstinget efter genomfört AT. Således är en AT av hög kvalitet inte bara en vinst för AT-läkare utan kan vara en långsiktig strategi för landstingens personalförsörjning.

Det bör framhållas att stora sjukhus inte behöver vara synonymt med AT-rankingens botten. I årets AT-ranking klättrar universitetssjukhusen, bland annat Linköpings Universitetssjukhus där många av de svarandes fritextsvar lyfter fram möjligheten att kunna kontakta AT-ansvariga som en huvudorsakerna till det förbättrade omdömet. En AT-läkare skriver

*"allt är ej perfekt men man känner att det finns kanaler att vända sig till om det skulle behövas"* och en annan skriver *"en positiv faktor är att AT-ledningen är lyhörd och verkar jobba för förändring"*.

Även Sahlgrenska sjukhuset ett gott exempel där sjukhusets relativt goda placeringar genom åren visar att stora sjukhus har potential att få höga placeringar och en stabil närvaro i rankingens toppskikt.

## 3.2 Bästa orter per placering

Genomsnittsbetygen på respektive delplacering motsvarar förgående års betyg bortsett från en marginell förbättring av kirurgi placeringen. Återigen är Allmänmedicin den placeringen som får högst genomsnittsbetyg medan kirurgi placeringen får lägst. Då god kvalitet förtjänar att uppmärksammas och för att andra sjukhus ska kunna förbättra sitt arbete lyfter SYLF fram de tre orter som har högst respektive lägst sammanvägt betyg på delplaceringarna.

### 3.2.1 Bästa medicinort

Västerviks sjukhus är Sveriges bästa medicinort med 5,9 i sammanvägt betyg, följt av Avesta lasarett med 5,8 och Lycksele lasarett med 5,7. Förutom det sammanvägda betyget så framkommer det både i resultatet och ur fritextsvaren att det kollegiala stödet är mycket bra på Västerviks sjukhus och Avesta lasarett. I Lycksele är det handledningen som är mest utmärkande i delplaceringen. I listans botten finns för andra året i rad Ystad lasarett följt av Kullbergsska sjukhuset i Katrineholm och Akademiska sjukhuset Uppsala. Gemensamt för Ystad Lasarett och Kullbergsska sjukhuset Katrineholm är det låga betyget på introduktionsmomentet på delplaceringen. I fritextsvaren framkommer även stora brister i bland annat handledningen och introduktionen, i synnerhet koncentrerat under vissa perioder på året och tidpunkter på dygnet. SYLF anser att det av stor vikt att AT behåller sitt ursprungssyfte genom att vara en utbildningstjänst, även under tuffa perioder för sjukhusen. Att AT övergår till en utfyllnadstjänst är varken patientsäkert eller en långsiktig lösning för sjukhusens kompetensförsörjning.

Tabell 3. Bästa medicinort

	Introduktion	Handledning	Formell med.utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg
Västerviks sjukhus	5,8	5,5	5,4	6,0	5,9
Avesta lasarett	5,7	5,9	5,5	5,9	5,8
Lycksele lasarett	5,0	5,8	5,2	5,5	5,7
Akademiska sjukhuset Uppsala	3,3	3,0	3,9	3,8	3,5
Kullbergsska sjukhuset Katrineholm	2,4	2,7	2,8	4,2	3,5
Ystad lasarett	2,4	3,0	3,1	3,8	3,1

### 3.2.2 Bästa kirurgiort

Lindesbergs lasarett toppar listan på bästa kirurgiort för tredje året i rad. Till skillnad från tidigare år, då sjukhuset delat första platsen med andra sjukhus, är man ensam etta i årets ranking. Bakom Lindesbergs lasarett delar Vrinnevisjukhuset Norrköping, Västerviks sjukhus och Ljungby lasarett andraplatsen. Av dessa sjukhus var Vrinnevisjukhuset Norrköping och Ljungby lasarett även topplacerade i förra årets ranking. Gemensamt för Lindesbergs lasarett, Vrinnevisjukhuset Norrköping och Ljungby lasarett är ett högt betyg på det kollegiala stödet på placeringen. För Västerviks sjukhus är det istället introduktionen som sticker ut. Även om Västervik sjukhus inte var bland topp tre kirurgiorterna förra året, har sjukhuset hållit hög kvalitet över lag då sjukhuset toppade listan för bästa kirurgiort både år 2014 och 2015. Att dessa sjukhus återkommer som högst rankade kirurgiorter tyder på ett gott och välstrukturerat arbete i samtliga sjukhus, vilket förtjänar att lyftas fram. Lägst sammanvägt betyg får Oskarshamns sjukhus, och strax ovan finns av Lasarettet Enköping, centralsjukhuset Karlstad, Karlskoga lasarett och Piteå älvåls sjukhus.

Av alla delplaceringarna på AT håller kirurgi placeringen i Oskarshamns sjukhus den absolut lägsta nivån. Tre av fyra aspekter på placeringen får lägre betyg än 3 och introduktionen får det blygsamma betyget 1,8 på den sex-gradiga skalan. AT-läkarna är bland annat kritiska till delplaceringens dåliga planering, otillgängliga handledare och bristen på operationstid under delar av placeringen.

Då AT är en introduktionstjänst med placeringar som sker under en begränsad tid är det viktigt de prioriteras så att AT-läkarna får goda förutsättningar till måluppfyllnad. På mindre orter kan detta vara en utmaning då verksamheten är begränsad men då är det särskilt viktigt att AT-läkaren tillsammans med sin handledare utarbetar en utbildningsplan som kan ge en bred erfarenhet under placeringen. Skillnaden mellan Oskarshamns sjukhus och Västerviks sjukhus inom denna placering är anmärkningsvärt eftersom de tillhör samma region. Här finns det en oerhörd stor potential för Oskarshamn sjukhus att genom samverkan förbättra kirurgi-placeringen.

**Tabell 4. Bästa kirurgiort**

	Introduktion	Handledning	Formell med.utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg
Lindesbergs lasarett	5,3	5,6	5,0	5,8	5,9
Vrinnevi sjukhuset Norrköping	5,1	5,2	4,5	5,6	5,3
Västerviks sjukhus	5,7	5,1	3,9	5,4	5,3
Ljungby lasarett	3,8	4,8	4,4	5,8	5,3
Piteå Älvdals sjukhus	2,4	3,3	3,4	3,8	3,3
Karlskoga lasarett	3,7	3,3	2,9	3,7	3,3
Centralsjukhuset Karlstad	3,1	3,3	2,6	3,9	3,3
Lasarettet Enköping	2,6	2,4	3,0	3,8	2,9
Oskarshamns sjukhus	1,8	2,4	3,2	2,8	2,6

### 3.2.3 Psykiatriort

I år delar Västerviks sjukhus och Höglandssjukhuset Eksjö-Nässjö titeln som bästa psykiatriort, tätt följt av Universitetssjukhuset Linköping. På samtliga orter håller det kollegiala stödet väldigt hög nivå och på Västerviks sjukhus får det kollegiala stödet och den formella utbildningen dessutom högst möjliga sammanvägda betyg. Lägst sammanvägt betyg får Örnsköldsviks sjukhus, Kalix sjukhus och centralsjukhuset Karlstad. Örnsköldsviks sjukhus hamnar för andra året i rad på en bottenplacering. I AT-läkarnas fritextsvar upplevs placeringen som rörig och oorganiserad på grund av att avdelningen främst bemannas av hyrpersonal. Detta kan vara en potentiell förklaring till varför introduktionen och handledningen för AT-läkarna bortprioriteras då de ordinarie kollegorna måste introducera hyrpersonal. För många sjukhus är underbemanning en daglig verklighet och då krävs det välutarbetade rutiner för utbildningen av AT-läkare. En övergripande AT-ansvarig såsom en AT-chef med rätt mandat att ta beslut, skulle kunna vara en potentiell lösning för att se till att rutinerna följs. En välfungerande delplacering ska inte vara beroende av enskilda personers engagemang, utan förankras i den interna kulturen på placeringen.

**Tabell 5. Bästa psykiatriort**

	Introduktion	Handledning	Formell med.utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg
Västerviks sjukhus	5,8	5,5	6,0	6,0	5,8
Höglandssjukhuset Eksjö-Nässjö	5,8	5,6	5,5	5,8	5,8
Universitetssjukhuset Linköping**	5,5	5,6	5,1	5,8	5,7
Centralsjukhuset Karlstad	4,4	2,9	3,1	3,6	3,1
Kalix sjukhus	3,4	3,0	2,9	2,6	3,0
Örnsköldsviks sjukhus	2,5	2,6	3,2	3,1	2,9

### 3.2.4 Allmänmedicinort

Bästa allmänmedicin ort i årets ranking är Avesta lasarett som får det imponerande högsta möjliga sammanvägda betyget. Strax efter Avesta sjukhus är Landskrona lasarett och Sjukhuset Torsby med 5,8 i betyg. Gemensamt för samtliga topprankade sjukhus är att det kollegiala stödet och handledningen får höga betyg. Lägst sammanvägda betyg får Kiruna sjukhus följt av Karolinska universitetssjukhuset Solna och Södra Älvsborgs sjukhus. Att Kiruna sjukhus hamnar på botten av allmänmedicinplaceringen är anmärkningsvärt då sjukhuset i övrigt får förhållandevis goda betyg.

**Tabell 6. Bästa Allmänmedicinort**

	Introduktion	Handledning	Formell med.utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg
Avesta lasarett	5,5	5,8	5,0	6,0	6,0
Landskrona lasarett	4,8	5,8	5,3	5,8	5,8
Sjukhuset Torsby	5,0	5,8	5,5	6,0	5,8
Södra Älvsborgs sjukhus	4,3	4,6	3,5	4,1	4,1
Karolinska univ. sjukhuset Solna	3,3	4,3	3,5	4,3	4,1
Kiruna sjukhus	4,0	4,0	3,0	4,2	3,8

Allmänmedicin fortsätter vara den delplaceringen som får högst betyg av AT-läkarna. Det finns flera möjliga förklaringar till allmänmedicinplaceringens popularitet. Att placeringen sker på en och samma vårdcentral och att AT-läkarna är längre på samma placering kan vara en delförklaring, eftersom detta skapar tydliga strukturer för AT-läkarna. Att vårdcentralen också är generellt mindre än sjukhus och klinikerna som ingår i de andra placeringarna underlättar för AT-läkarna bli en del av kollegiet och bli igenkända av chefer och ledning. Detta gör det lättare att kunna påverka sin arbetsmiljö och delta i vårdcentralens utvecklingsarbete.

Eftersom allmänmedicin är en specialitet med framför allt planerad mottagning finns det också större möjlighet att påverka sin arbetstid, och det är lättare att planera in handledning och studietid än under slutenvårdsplaceringarna. Allmänmedicins popularitet är ett bevis på att när AT får rätt förutsättningar och blir den tilltänkta utbildningstjänst som är grundtanken, så ökar även populariteten på placeringen.

### 3.3 AT:s längd och form

AT ska omfatta minst 18 månader klinisk tjänstgöring enligt patientsäkerhetsförordningen (2010:1369). Trots detta visar SYLF:s undersökning att 21-månaders AT är den vanligaste formen och genomförs av drygt 73 procent av AT-läkarna. 16 procent gör 18-månaders AT och 7 procent forskar-AT. Förekomsten av andra typer av AT är förhållandevis låga. SYLF anser att 18 månader rimligen bör räcka för att AT-läkare ska uppnå målen och att legitimation ska utfärdas efter denna tid, givetvis förutsatt att målen är uppnådda. Detta är främst för att öka genomflödet av AT-läkare i en tid då det råder långa väntetider för att påbörja AT. En viss förlängning av AT kan vara rimligt när den utformas så att det ges möjlighet till avlönad forskningstid, ledarskapsutveckling eller pedagogisk meritering. Det är däremot olyckligt när AT förlängs för att arbetsgivaren vill ha tillgång till billig arbetskraft eller för att täcka upp luckor inom personalförsörjningen - detta är varken en långsiktig lösning för sjukhusen eller läkaren. SYLF är även kritiska till att AT-förlängs för att AT-läkare ska få "testa på" en specialitet även om grundtanken är god. Vi ser istället hellre att detta sker efter legitimation, så att tjänstgöringen kan tillgodoräknas inom en specialisttjänstgöring (ST). I en tid då det råder brist på specialistläkare vinner patienter, läkare och sjukhus på en snabbare väg till legitimation.

Tabell 7 Form av AT, procent

År	18 mån AT	21 mån AT	Forskar-AT	Primärvård-AT	Psykiatri-AT	Annan Form
2017	16	73	7	1	1	2
2016	16	72	7	2	1	2
2015	16	70	7	3	2	3
2014	15	70	7	2	2	3
2013	15	70	6	3	3	3
2012	17	67	7	3	3	3

AT:s utformning i sig påverkar inte hur AT-läkare betygsätter sin tjänstgöring utan ortspecifika förhållanden kan konstateras ha större inverkan. Däremot kan skillnader ses när resultatet analyseras på stora sjukhus, där jämförbara data är tillgängliga mellan de olika formerna av AT och där ortspecifika förhållanden kan avfärdas. Då visar resultatet att läkare som genomför forskar-AT generellt är mer nöjda och upplever att de kan påverka sin arbetsmiljö i större utsträckning än andra former av AT. Detta kan möjligen förklaras med att AT-läkare som bedriver forskning har större möjligheter att påverka upplägget av AT och sina arbetstider för att detta ska kunna gå ihop med forskningsmomenten. En annan förklaring kan vara att AT-läkare, genom sin forskning, utvecklar ett större kontaktnät och har fler anledningar och tillfällen att lära känna både AT-ledningen och andra yrkesverksamma på sina sjukhus.

#### 3.3.1 Önskad form av AT

Ett av de främsta argumenten till varför sjukhusen erbjuder 21-månaders AT i större utsträckning än 18-månaders AT är att detta är något som efterfrågas av AT-läkarna. SYLF har därför sedan några år tillbaka börjat undersöka vilken form av AT som AT-läkarna föredrar. Tabellen 7 nedan jämför AT-läkarnas nuvarande AT-form med den önskade AT-formen.

18-månaders AT är den mest efterfrågade AT-formen i förhållande till antalet platser. Hela 90 procent av de som genomför 18-månaders AT hade det som förstahandsval medan 31 procent av de som genomförde 21-månaders AT vill hellre göra en 18-månaders AT. Även inom de andra formerna av AT anger många att de skulle föredra att göra en 18-månaders AT. Primärvård-AT är den AT-formen som är minst populär av de mer väletablerade AT-formerna då drygt hälften hade det som förstahandsval. I sin helhet visar resultatet att AT-läkare föredrar en snabb väg till legitimation men trots detta tillhandahålls inte 18 månaders AT i samma utsträckning som 21 månaders AT av sjukhusen. En snabbare väg för AT-läkare bidrar inte bara till att minska flaskhalsen mellan examen och AT utan gynnar även patienterna då det bidrar till fler läkare som jobbar fler år som specialister (SYLF 2017:4-5).

Tabell 8. Faktisk form av AT respektive önskad form, procent

	Önskad AT-form						
	18 mån	21 mån	Forskar-AT	Primärvård- AT	Psykiatri- AT	Annan	
Nuvarande AT-form	18 mån AT	90	4	3	0	0	1
	21 mån AT	31	64	2	1	0	2
	Forskar-AT	5	3	89	0	1	2
	Primärvård-AT	24	20	0	52	0	4
	Psykiatri-AT	0	10	0	0	90	0
	Annan	33	14	19	0	0	33
	<b>Totalt</b>	<b>39</b>	<b>48</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

### 3.4 Individuell lönesättning

År 2011 blev AT-läkares lönesättning helt fri och individuell i samband med att minimilönen avskaffades. Individuell lönesättning innebär att AT-läkaren lönesättning bestäms utifrån förutbestämda kriterier som är accepterade och påverkingsbara samt reflekterar den kunskap, kompetens och ansvar som AT-läkaren erbjuder sin arbetsgivare. Den individuella lönesättningen kan ersättas om lokala parter kommer överens om alternativa lönesättningsmodeller, men i frånvaro av detta bör individuell lönesättning tillämpas. SYLF anser att AT-läkares löner ska förhandlas i god tid innan AT-tjänsten tillträds med en chef som besitter rätt kompetens och mandat för att sätta lönen. Individuell lönesättning skapar transparens, uppmuntrar goda prestationer och synliggör varje individ. Under flera år har SYLF:s rapporter visat AT-läkares lönesättningsprocess inte fungerar.

I årets AT-ranking anger hela 49 procent att de inte diskuterat sin lön innan de skrev på ett anställningskontrakt. Detta är en ökning i jämförelse med föregående år då 46 procent angav att de inte löneförhandlat. Att drygt hälften av AT-läkarna anger att de inte har möjlighet att diskutera sin lön innan anställningskontrakt trots att det är sex år sedan minimilönen avskaffades och tretton år sedan tarifflönerna försvann är oroväckande. Detta bör betraktas som ett påtagligt misslyckande från arbetsgivarnas sida.

**Tabell 9. Möjligheten att diskutera lön med en representant för arbetsgivaren innan kontrakt skrevs, procent.**

Nej	49
Ja - med AT-chef	33
Ja - med personalhandläggare	11
Ja - med studierektor	3
Ja- annan	3
Ja - med verksamhetschef	2

Situationen är värst i Stockholm läns landsting där endast 13 procent anger att de diskuterade lönen innan kontraktsskrivning följt av Region Norrbotten där samtliga AT-läkare på två av fem sjukhus anger att de inte diskuterade lön innan kontraktsskrivning. I Stockholm läns landsting kan detta förklaras med att det finns ett lokalt avtal med den lokala läkarföreningen där lönesättningen följer lokalt förhandlade nivåer. Det är dock fortfarande viktigt att lönen förankras med AT-läkaren innan kontraktsskrivning. Desto bättre är det i region Gotland där samtliga AT-läkare anger att de diskuterat lön innan kontraktsskrivning och i region Kronoberg där motsvarande siffra 93 procent. Vår rapport visar också att det finns stora skillnader mellan sjukhusen inom regionerna. Det är även större sannolikhet att AT-läkare får diskutera sin lön om det finns en AT-chef. Det bör däremot påpekas att en AT-chef inte är en garanti för att det ska ske.

Många AT-läkare upplever också att många av förhandlingarna inte är egentliga förhandlingar. En grundförutsättning för individuell löneförhandling är att det finns möjlighet att påverka lön och villkor. I SYLF:s AT-ranking anger knappt en tredjedel att de upplevde att de kunde påverka sin lön under förhandlingen. Resultatet indikerar att arbetsgivare erbjuder möjligheten att diskutera lön endast för att uppfylla formalia snarare än ett reellt försök till en individuell lönesättningsprocess. Detta kan delvis förklaras med att många chefer saknar mandat för att genomföra en ordentlig lönesättningsprocess och att det finns en bild av AT-läkare som en homogen grupp. SYLF anser att detta är ett föråldrat synsätt då många AT-läkare har värdefulla erfarenheter från olika verksamheter så som läkemedelsindustrin, sjuksköterskeutbildning, forskning, ledarskapsutbildning, fackligt engagemang med mera. Att inte ta vara på AT-läkares olika kvalifikationer bör således betraktas som ett oerhört resursslöseri för svensk hälso-och sjukvård.

#### 3.4.1 Justering av lön

Läkarnas kollektivavtal stipulerar att AT-läkares lön bör förhandlas efter 12 månaders anställningstid då AT-läkare till skillnad från andra fast anställda läkare inte ingår i den årliga löneöversynen. Hela 87 procent svarade i årets ranking att de fick en justering av sin lön efter 12 månader. Endast en liten andel anger emellertid att de förhandlade sin lön utifrån en individuell bedömning. Majoriteten angav att de fick en justering av lönen med utgångspunkt i en trappa eller fasta påslag. Syftet med att ha ett kollektivavtal med individuell lönesättning är att genom bättre lönesättning uppmuntra AT-läkare att ta större ansvar, öka inflytandet över sin utbildnings-och arbetsmiljö. Lönesättningsprocessen kan även vara ett medel för arbetsgivare att uppnå uppsatta verksamhetsmål och på lång sikt kan en rättvis lönesättning bidra till att arbetsgivaren behåller sina medarbetare.

**Tabell 10 Lönejustering efter 12 månader, justeringsmetod, procent.**

Fast påslag enligt en förutbestämd trappa	67
Fast påslag enligt en förutbestämd trappa i kombination med individuell bedömning	13
Individuell bedömning utifrån förutbestämda kriterier	12
Annat	7
Individuell bedömning utan förutbestämda kriterier	2

Underläkare är en grupp som redan har halkat efter i löneutvecklingen på grund av långa väntetider på AT. SYLF anser därför att det är av stor vikt att arbetsgivare tar sitt ansvar och erbjuder en lönesättningsprocess där chefen har kompetens att bedöma individuella kvalifikationer och mandat att sätta individuell och differentierad lön utifrån läkarens kompetens. År 2017 förhandlades ett nytt centralt kollektivavtal mellan Sveriges läkarförbund och Sveriges kommuner och landsting (SKL). Detta avtal har bland annat ytterligare stärkt AT-läkares möjligheter att förhandla sin lön. SYLF:s förhoppning är att detta anammas och att individuell

lönesättning blir normen för AT-läkares lönesättningsprocess. SYLF kommer fortsätta att granska AT-läkares lönesättningsprocess den kommande perioden för att se om detta verkligen uppfylls.

### 3.5 Arbetsmiljö

Möjligheten att kunna påverka sin arbetsmiljö är väldigt viktig. De senaste åren har den psykiska ohälsan blivit allt mer utbredd inom läkarkåren, i synnerhet bland unga kvinnliga läkare. Den största negativa utvecklingen har framförallt varit bland läkare som gör sin AT eller ST (Ström 2017). Detta är en olycklig trend som måste få ett stopp.

Tabell 11. AT-läkare som upplever att de kan påverka sin arbetsmiljö, procent.

	Total
Ja	59
Nej	41

Årets AT-ranking visar att 59 procent av de svarande upplever att de kan påverka sin arbetsmiljö vilket är i fas med förgående års undersökning. Vår undersökning visar också att AT:s kvalitet påverkas av i vilken mån AT-läkare upplever att de får vara delaktiga på sin arbetsplats. AT-läkare som upplever att de kan påverka sin arbetsmiljö betygsätter i genomsnitt ett helt betygssteg högre än AT-läkare som upplever att de inte har möjlighet att påverka sin arbetsmiljö. Detta visar hur viktigt det är med en god arbetsmiljö för att man ska trivas och få ut det mesta av sin AT.

Som tidigare nämnt var det endast på topprankade Västerviks Sjukhus och Gällivare sjukhus där samtliga AT-läkare angav att de upplever att de upplever möjligheten att påverka sin arbetsmiljö. En AT-läkare på Västerviks sjukhus sammanfattar sin goda upplevelse:

*"AT-läkarna har eget APT där vi kan ta upp synpunkter vilket också har lett till åtgärd. På vårdcentralen har vi haft möte tillsammans med vårdcentralens chef och vår primärvårdschef för AT vilket också resulterat i positiva förändringar.*

#### 3.5.1 Förbättringsmöjligheter för sjukhusen

Ur de knappt 400 fritextsvar uppenbaras flera gemensamma teman som AT-läkare lyfter fram om arbetsmiljö. En viktig aspekt av att kunna påverka arbetsmiljön är att ha tydliga kanaler att vända sig till. På större sjukhus kan det vara svårt att få kontakt med chefer på grund av en alltför komplex organisation samtidigt som tidsbegränsade placeringar inte tillåter AT-läkare knyta till sig kontakter för att kunna driva frågor. Bland AT-läkare som upplever att de kan påverka sin arbetsmiljö lyfter många fram vikten av att ha en AT-chef eller ett AT-råd som kan driva dessa frågor. Ett gott exempel är Lasarettet Nyköping där flera uttrycker att möjligheten av att kunna påverka sin arbetsmiljö har avsevärt förbättrats sedan en AT-chef blev tillsatt. En AT-läkare skriver:

*"Första AT-kullen i Nyköping med en AT chef. Hon är fantastiskt bra och låter oss vara delaktiga i utvecklingen"*

Förbättringen på Nyköpings Lasarett kan även observeras i årets ranking. Medan endast 29 procent av AT-läkarna svarade att de kunde påverka sin arbetsmiljö år 2016 upplever 61 procent att de kan påverka sin arbetsmiljö i årets ranking. Det bör däremot understrykas att välfungerande AT-råd och engagerade AT-chefer inte alltid resulterar till förbättringar utan det måste även fungera på en högre nivå. En AT-chef som inte har gott stöd från sin egen chef har begränsade förutsättningar att förändra. Detta påpekar även flertalet AT-läkare i fritextsvaren där de berättar att problem som uppmärksammas oftast inte lyfts till högre nivåer. En AT-läkare sammanfattar

*"AT-chef och de olika läkarcheferna är väldigt lyhörda och försöker verkligen. Högsta ledningen är dock totalt ointresserade och lyssnar inte alls"*

Möjligheterna att påverka kan ofta också skilja sig mellan de olika klinikerna på en och samma AT-ort. Av fritextsvaren så framkommer det att det är enklare att påverka arbetsmiljön på välfungerande kliniker medan kliniker som är under hård press är svårare. Ett vanligt förekommande exempel ur fritextsvaren är akutklinikerna där många AT-läkare upplever en hård arbetsbelastning kombinerat långa arbetspass utan möjlighet att ta ut raster.

Flera AT-läkare berättar också om försök till förändringar men att de inte fått gehör eller att processerna är alldeles för långsamma för att deras AT ska påverkas av besluten. Det finns även berättelser där AT-läkare upplever att deras förslag inte tas på allvar eftersom de endast befinner sig på kliniken tillfälligt. SYLF anser att det är viktigt att AT-läkare får gott stöd när de upplever arbetsmiljöproblem. Arbetsgivare har en skyldighet att arbeta förebyggande för en god arbetsmiljö även för AT-läkare som har en tillfällig utbildningstjänst.

Tabell 12. Andel AT-läkare som upplever att de kan påverka sin arbetsmiljö per kön och examensland

	Man	Kvinna	Svenskexamen	Examen från EU/EES	Examen utanför EU/EES
Kan påverka arbetsmiljön	63	57	60	55	56
Kan ej påverka arbetsmiljön	37	43	40	45	44



Olika AT-grupper upplever även olika möjligheter att påverka arbetsmiljön. Tabellen ovan visar att män i större utsträckning upplever att de kan påverka sin arbetsmiljö i jämförelse med kvinnor. Även AT-läkare med svenskexamen upplever i större utsträckning att de kan påverka arbetsmiljön. Däremot kan undersökningen inte utröna ur den befintliga data varför detta förhållande existerar. Den främsta skillnaden är däremot bland de AT-läkare som deltar i klinikernas utvecklingsarbete. Hela 72 procent av de som deltar i klinikernas utvecklingsarbete anser att de har möjlighet att påverka sin arbetsmiljö. Detta tyder på att deltagandet i utvecklingsarbetet verkar vara ett effektivt forum för att kunna driva frågor och göra skillnad.

**Tabell 13. Andel som upplever att de kan påverka arbetsmiljö utifrån deltagande i utvecklingsarbete.**

	Deltar i utvecklingsarbetet	Deltar ej i utvecklingsarbetet.
Kan påverka arbetsmiljön	72	45
Kan ej påverka arbetsmiljön	28	55

### 3.5.2 Deltagande i utvecklingsarbete

Att delta regelbundet i klinikens utvecklingsarbete kan vara ett effektivt sätt att påverka sin AT. Vår undersökning visar dessutom att de som regelbundet deltar i klinikernas utvecklingsarbete generellt är mer nöjda med kvalitén på sin AT. Drygt hälften av AT-läkarna anger att de regelbundet deltar i klinikens utvecklingsarbete. Skillnaderna mellan könen är inte lika stora som förgående tabell och det finns heller inga tydliga skillnader mellan examensland.

**Tabell 14. Andel AT-läkare som deltar i klinikernas utvecklingsarbete**

	Kvinna	Man	Total
Ja	51	54	53
Nej	49	45	47

Den främsta anledningen till att AT-läkarna inte deltar i utvecklingsarbetet är att de inte blivit inbjudna till mötet, följt av att de inte får tid avsatt för att kunna delta. Nästan en av tio anger också att de inte känner sig välkomna. SYLF anser att det gynnar AT-läkare, klinikens verksamhet och kollegorna om deltagandet uppmuntras. För det första är deltagandet i klinikens utvecklingsarbete ett tillfälle för AT-läkare att lära sig att delta i sådana sammanhang, få kontakt med seniora kollegor och ta del av deras kunskaper. För det andra kan AT-läkarens färsk medicinska kunskaper delas med hela kliniken och för det tredje kan AT-läkarens färsk ögon bidra till förbättringar och effektivisering av klinikens verksamhet. Detta förhållande bör således betraktas som en ömsesidig vinst.

**Tabell 15 – Varför deltar du ej regelbundet i klinikens utvecklingsarbete? Procent av ja-svar**

	Kvinna	Man	Totalt
Ej inbjuden	32	24	29
Får ej tid avsatt	24	20	23
Saknar intresse	15	23	18
Känner ej välkommen	9	9	9
Annat	6	5	5

### 3.5.3 Ensamjour

När AT-läkare på börjar sin AT så är de en mycket kompetent grupp då de har minst 5,5 års utbildning och har i genomsnitt arbetat 9,2 månader innan examen (AT-ranking 2016). Men att vara ensam jourhavande är ett stort ansvar och kan vara mycket stressigt. En erfaren bakjour eller en legitimerad kollega som primärjour på akuten är inte heller en garanti för att AT-läkaren får rätt stöd då dessa inte alltid är tillgängliga när hjälpen behövs. AT-läkare berättar:

*"Jag har tjänstgjort ensam som primärjour på medicinakuten under AT tjänstgöringen med sovande bakjour på huset. Vid flera tillfällen svarade inte bakjouren på telefon mitt i natten när jag behövde diskutera patientdatalag. Det kändes mycket otryggt och patientsäkert".*

*"Första veckan var vi två AT-läkare som aldrig hade jobbat på akutmottagning tidigare och aldrig hade tagit larm tidigare som hade två vardagskvällar utan tillgänglig legitimerad kollega".*

År 2015 ifrågasatte Inspektionen för vård och omsorg (IVO) olegitimerade läkares ensamarbete som jour på akutmottagningarna. Bland annat fattade de beslut om att läkare innan AT inte skulle få arbeta utan *tillgång* till legitimerad läkare på plats. SYLF anser att även AT-läkare inte ska utföra ensamjour utan en legitimerad läkare inom samma specialitet tillgänglig på sjukhuset som stöd. Rollen som ensamjourhavande bör introduceras gradvis med ett stöd från seniora kollegor då det både är en fråga om patientsäkerheten och AT-läkarens arbetsmiljö

**Tabell 16 – Har du tjänstgjort utan legitimerad kollega tillgänglig på sjukhuset/jourcentralen eller akutmottagningen under någon av placeringarna? Procent Ja-svar**

	Medicin	Kirurgi	Psykiatri	Allmänmedicin
Ensamjour utan leg. läk. på sjukhuset/jourcentralen	21	20	48	9
Ensamjour utan ansvarigt leg. läk. på plats på akutmottagningen	33	39	53	8

Tabellen ovan illustrerar förekomsten av ensamjour på sjukhus/jourcentral och på akutmottagningen. Den visar att det är vanligare att AT-läkare arbetar ensamjour på akutmottagningen än sjukhus/jourcentralen. Vidare visar tabellen att detta är vanligt förekommande inom psykiatrin och minst vanligt inom allmänmedicin. Tidigare undersökningar visar att förekomsten av ensamjour inte påverkar AT-betyget men däremot påverkar det betygsättningen om AT-läkaren har haft en negativ upplevelse av det.

### 3.5.5 Karriärbyte

Läkaryrket kräver engagemang, investering av tid och uppoffringar. Det är därför viktigt att trivas med sin yrkesroll om det ska bli hållbart i längden. SYLF:s undersökning visar att hela 16 procent överväger att byta yrke. Detta hänger till stor del samman med AT:s kvalitet då AT-läkare i de lågt presterande AT-orterna anger i större utsträckning att de vill byta yrke än AT-läkare i de högt rankade AT-orterna. Detta är mycket allvarligt då brister i den lokala verksamheten kan dels få personliga konsekvenser för den enskilde men också nationella konsekvenser då kompetens riskerar att försvinna.

Den mest vanliga orsaken till att AT-läkare vill lämna yrket är dålig arbetsmiljö följt av för hög arbetsbelastning. Likaså är orsaker som klinikens organisation och arbetssätt och flexibla arbetstider viktiga, alla nära relaterade till föregående orsaker. I relation till de andra orsakerna har dålig chefs- och ledarskapsutveckling, yrkets status och forskningsmöjligheter desto mindre betydelse. Således antyder dessa svar att orsakerna till att AT-läkare vill byta yrke inte har med yrkesrollen i sig att göra utan är snarare missnöje med sjukvårdens organisation och styrsätt. Det här är en fråga både för sjukvårdens huvudmän och verksamhetschefer som bör lyssna på sina medarbetare och ta detta på allvar. Ett exempel är att satsa på att förbättra arbetsmiljö genom att ge större inflytande till AT-läkarna. Av AT-läkare som angav att de funderade på att byta yrke svarade hela 28 procent att de inte upplevde att de kunde påverka sin arbetsmiljö i jämförelse med sju procent av de som upplevde att de kunde påverka arbetsmiljön. Det är viktigt att läkare får rätt förutsättningar för att kunna utvecklas till de läkare de vill vara. Det höga tid för huvudmän och verksamhetschefer tar itu med frågor så som hög arbetsbelastning, anställningsvillkor, vårdens organisation och dess kvalitet. Annars är risken att läkare börjar försvinna från sjukvården, en utveckling som vore beklagligt.

**Tabell 16. Vilka är de viktigaste anledningarna till att du överväger att byta yrke? (välj max tre alternativ). Procent av de som överväger att byta yrke.**

Ämne	Procent
Dålig arbetsmiljö	61
För hög arbetsbelastning	58
Klinikens organisation och arbetssätt	26
Ingen möjlighet till flexibla arbetstider	22
Personliga skäl	19
Dålig utbildningsmiljö	17
Hög jourbörda	17
Dålig löneutveckling	16
Annat	15
För mycket tid på akuten	8
Yrket är ointressant	6
Ingen möjlighet att forska	3
Yrket har låg status	2
Dåliga chefs och ledarskapsutveckling	2

## 4. Slutsatser

AT-rankingen 2017 visar ännu en gång att grundförutsättningen för en välfungerande AT är beroende av hög kvalitet på delplaceringarnas moment; introduktion, handledning, kollegialt stöd och formaliserad medicinsk utbildning. AT-läkare vill ha en AT där de blir sedda och kan påverka sin egen arbetssituation. Således är god arbetsmiljö som inbjuder till delaktighet en av de viktigaste faktorerna för hur AT-läkare upplever sin AT.

Det är viktigt att AT förblir en introduktionstjänst och inte övergår till en utfyllnadstjänst. Dessvärre visar årets undersökning att personalbrist, resursbrist, platsbrist och förekomsten av hyrpersonal resulterar i att en hög kvalitet på AT inte kan upprätthållas. Inställda utbildningsmoment, bristen handledning, frånvaro av medicinsk utbildning är några följder av detta. Rankingens visar också hur en övergripande AT-ansvarig så som en AT-chef med fokus på AT:s kvalitet, AT-läkarnas villkor och arbetsgivaransvar kan förbättra upplevelsen av AT. Förutsättningen för att detta ska fungera är att AT-chefen har ett starkt stöd från egen chef.

Utöver detta visar vår rapport att lönesättningsprocessen för AT-läkare inte fungerar som det ska. AT-läkare klumpas ihop som en homogen grupp, tillåts inte framhäva sina kompetenser och förhandlar med chefer som inte har mandat att sätta lön. Förhoppningen är nu att det nya kollektivavtalet kan ytterligare stärka AT-läkarens ställning och tvinga arbetsgivaren att ta tag i detta. En

lönesättningsprocess som utgår från individens färdigheter och kvalifikationer och med utgångspunkt verksamhetens mål gynnar både AT-läkaren och arbetsplatsen.

År 2013 presenterades utredningen *För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning* som föreslog en sexårig legitimationsgrundande läkarutbildning. I förslaget ingick ett slopande av AT. Efterhand har behovet av en strukturerad introduktionstjänst till läkaryrket uppmärksammats av flera instanser och i maj överlämnades en utredning om en ny introduktionstjänst till Socialdepartementet. Utredningen är inte offentliggjord även om förslaget till vissa delar är känt. Oavsett hur Socialdepartementet går vidare är det viktigt att få till en introduktionstjänst där målen och omfattningen på bästa sätt brygger övergången mellan färdig läkarutbildning och ST. Det är viktigt att alla aktörer som berörs av den eventuella förändringen av läkarnas introduktion tar de utvecklingsbara områden som lyfts i denna rapport på allvar och ställer tydliga krav på kvalitetshöjningar i tjänstgöringen. Annars riskerar man att få en introduktionstjänst som möts av samma utmaningar som den nuvarande. Vikten av en god och trygg introduktion till läkaryrket kan inte nog betonas då det i slutändan handlar om kvaliteten på den vård som patienterna erbjuds.

Slutligen bör det betonas att många av slutsatserna i AT-ranking 2017 inte är unika utan har påpekats i tidigare rapporter. Den kritik som AT-läkare framför i denna rapport är grundläggande för att ens kunna uppfylla målbeskrivningen för AT. Detta understryker därmed behovet av att AT och en framtida introduktionstjänst måste genomgå extern kvalitetsgranskning likt den granskning som görs av läkarnas specialisttjänstgöring.

## 5. Referenser

Esaiasson, Peter, Gilijam, Mikael, Oscarsson, Henrik, Wängnerud, Lena (2007). Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad, uppl 3 Norstedts juridik Vällingby 2010

SFS 2010:1369 *Patientsäkerhetsförordning*. Stockholm. Socialdepartementet.

SOSFS 1999:5. Socialstyrelsens föreskrifter om allmäntjänstgöring för läkare. Föreskrifter och allmänna råd, Stockholm. Socialstyrelsen.

SOSFS 2015:8 Läkarnas specialiseringstjänstgöring: målbeskrivningar 2015. Föreskrifter och allmänna råd, Socialstyrelsen.

Ström, Marie. 2017. Sjukskrivningar bland unga kvinnliga läkare ökar. Läkartidningen. 2017-02-24 [Elektroniskt] <http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2017/02/Sjukskrivningarna-bland-unga-kvinnliga-lakare-okar/>

Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF) 2017. AT-platser- Den som väntar på en AT väntar för länge. [Elektroniskt] <https://www.slf.se/upload/SYLF/SYLF.se/SYLFdokument/Rapport%20-AT-platser.pdf> [2017-08-01]

Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF) 2016. AT-ranking 2016. [Elektroniskt] <https://www.slf.se/upload/SYLF/AT-ranking2016/AT-ranking%20rapport%202016.pdf> [2017-08-01]

# Bilaga 1

## Enkätfrågor 2017

### 1. Hur långt har du kommit i din AT?

Har ej påbörjat AT

Har inte gjort/gör inte/kommer ej att göra AT i Sverige eller Åland

Har avslutat AT före 2016-12-01

Har avslutat AT efter 2016-11-30

Gör AT just nu

### 2. Kön:

Kvinna

Man

Annat:  .....

### 3. Födelseår:

.....  
*Ange ditt födelseår med fyra siffror, t.ex. 1987.*

### 4a. Examensår:

.....  
*Ange året du tog läkarexamen med fyra siffror, t.ex. 2015.*

### 4b. Ange från vilket land du har läkarexamen:

Sverige

Annat EU/EES-land

Land utanför EU/EES

**4c. Bodde du i Sverige innan du påbörjade läkarutbildningen?**

Ja

Nej

**Möjlighet till kommentar:**

.....  
.....  
.....

**5a. Ange vilken form av AT du gör/gjort:**

18 månaders AT

21 månaders AT

Forskar-AT, ange längd i antal månader:  .....

Psykiatri-AT, ange längd i antal månader:  .....

Primärvårds-AT, ange längd i antal månader:  .....

Pedagogisk-AT, ange längd i antal månader:  .....

Annan typ av AT, specificera och ange längd i antal månader:  .....

**5b. Ange vilken form av AT du helst skulle vilja ha blivit antagen till:**

18 månaders AT

21 månaders AT

Forskar-AT, ange önskad längd i månader:  .....

Psykiatri-AT, ange önskad längd i antal månader:  .....

Primärvårds-AT, ange önskad längd i antal månader:  .....

Annan typ av AT, specificera och ange önskad längd i antal månader:  .....

**6a. I vilket landsting/vilken region gör du/gjorde du din AT?**

**6b. Ange på vilket sjukhus du gör/gjorde/ska göra respektive placering:**

**6c. Ange om du påbörjat din placering i allmänmedicin:**

Betygsätt följande faktorer under respektive placering.

**7. Medicin-placeringen:**

	<b>1 - mycket dåligt</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6 - mycket bra</b>
Introduktionen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handledningen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den formaliserade medicinska utbildningen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det kollegiala stödet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sammanvägt betyg för placeringen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Möjlighet till kommentar:**

.....

.....

.....

**8. Kirurgi-placeringen:**

	<b>1 - mycket dåligt</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6 - mycket bra</b>
Introduktionen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handledningen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den formaliserade medicinska utbildningen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det kollegiala stödet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sammanvägt betyg för placeringen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Möjlighet till kommentar:**

.....

.....

.....

**9. Psykiatri-placeringen:**

	<b>1 - mycket dåligt</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6 - mycket bra</b>
Introduktionen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handledningen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den formaliserade medicinska utbildningen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det kollegiala stödet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sammanvägt betyg för placeringen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Möjlighet till kommentar:**

.....

.....

.....

**10. Allmänmedicin-placeringen:**

	<b>1 - mycket dåligt</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6 - mycket bra</b>
Introduktionen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handledningen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den formaliserade medicinska utbildningen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det kollegiala stödet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sammanvägt betyg för placeringen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Möjlighet till kommentar:**

.....

.....

.....



11. Vilket sammanfattande betyg vill du ge din AT, där 1 är mycket dåligt och 6 är mycket bra?

*Detta är den fråga AT-rankinglistan baseras på. Tänk igenom ditt svar noga!*

<b>1 - mycket dåligt</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6 - mycket bra</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11b. Varför ger du det betyget på din AT?

.....

.....

.....

12a. Skulle du rekommendera en vän/kollega att söka AT vid samma sjukhus?

Ja

Nej

Vet ej

12b. Överväger du att byta yrke?

Ja

Nej

**12c. Vilka är de viktigaste anledningarna till att du överväger att byta yrke?**

Ange upp till tre faktorer

För hög jourbörda

För mycket tid på akuten

Ingen möjlighet till flexibla arbetstider

Dålig arbetsmiljö

Dålig utbildningsmiljö

För hög arbetsbelastning

Personliga skäl

För dålig löneutveckling

Yrket är ointressant

Ingen möjlighet att forska

Yrket har låg status

Dåliga möjligheter till chefs- och ledarskapsutveckling

Klinikens organisation och arbetssätt

Annat:  .....

**13a. Har du jourtjänstgjort utan legitimerad kollega tillgänglig på sjukhuset/jourcentralen under någon av placeringarna?**

	Ja	Nej
Medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirurgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allmänmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IVO har fattat ett principiellt beslut om läkare med s.k. vikariatsförordnanden (läkare som ännu inte börjat sin AT) som arbetar vid akutmottagningar. Beslutet innebär att läkarna inte får arbeta självständigt vid akutmottagningarna utan tillgång till en legitimerad läkare på plats som ansvarar för patienterna. Med anledning av detta undrar vi:

**13b. Har du tjänstgjort som ensam primärjour på akuten, utan legitimerad patientansvarig kollega närvarande på akuten, under någon av placeringarna?**

	Ja	Nej
Medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirurgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allmänmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Möjlighet till kommentar:**

.....

.....

.....

**14a Har du varit gravid under din AT?**

- Ja
- Nej

**14b Har du upplevt svårigheter med att befrias från jour eller beredskap under din graviditet?**

- Ja
- Nej

**14c Beskriv de svårigheter du har upplevt:**

.....

.....

.....

**15a Kände du till vilka kompetenser som din arbetsgivare ansåg vara meriterande när du ansökte till din AT?**

- Ja
- Nej

**15b. Tycker du att de meriterande kompetenserna är relevanta för ditt arbete?**

Ja

Nej

**15c Varför anser du att de meriterande kompetenserna inte är relevanta?**

.....  
.....  
.....

**16a. Hur många månader efter läkarexamen påbörjade du AT?**

*Ange den totala väntetiden avrundat till närmaste hela månad, t.ex. 7 månader.*

..... månad/-er

**16b. Arbetade du kliniskt som läkare, efter examen, innan du påbörjade AT?**

Ja

Nej

**17a. Hade du en personlig handledare under tiden som du arbetade kliniskt som läkare innan du påbörjade AT?**

Ja

Nej

**17b. Hade du möjlighet att delta i undervisning/grupphandledning för AT/ST-läkare på din klinik/vårdcentral under tiden som du arbetade kliniskt som läkare innan du påbörjade AT?**

Ja

Nej

**18a. Sedan du påbörjade din AT, deltar du regelbundet i klinikens utvecklingsarbete (ex. APT, arbetsgrupper och andra projekt)?**

Ja

Nej

**18b. Varför deltar du ej regelbundet i klinikkens utvecklingsarbete?**

*Flera alternativ kan väljas*

*Jag får inte tid avsatt för detta*

*Jag känner mig inte välkommen till denna typ av verksamhet*

*Jag prioriterar inte detta/saknar intresse*

*Jag blir inte inbjuden till denna typ av verksamhet*

*Annat:*  .....

**19. Upplever du att du har möjlighet att påverka din arbetsmiljö?**

Ja

Nej

**Möjlighet till kommentar:**

.....  
.....  
.....

**20a. Förekommer det att du under din AT arbetar utan att få ersättning, exempelvis på din lunchrast eller efter avslutad arbetstid?**

Ja

Nej

**20b. Beskriv gärna hur ofta och hur mycket du i genomsnitt arbetar utan att få ersättning:**

Ange hur många .....  
gånger per vecka:

Ange hur många .....  
timmar per vecka:

Övrig kommentar: .....

**21a. Hade du möjlighet att diskutera din lön med en representant för arbetsgivaren innan du skrev under ditt anställningskontrakt för AT-tjänst?**

- Nej
- Ja - med verksamhetschef
- Ja - med personalhandläggare
- Ja - med studierektor
- Ja - med AT-chef (AT-chefer har ett samlat ansvar för alla övergripande aspekter av AT-anställningen)
- Ja - med annan, vänligen ange befattning:  .....

**21b. Upplevde du att du hade möjlighet att påverka din lön?**

- Ja
- Nej

**21c. Fick du 12-månader in på din AT en justering av din lön?**

- Ja
- Nej

**21d. Byggde din lönejustering på:**

- Fast påslag enligt en förutbestämd trappa
- Individuell bedömning utifrån förutbestämda kriterier
- Individuell bedömning utan förutbestämda kriterier
- Fast påslag enligt en förutbestämd trappa i kombination med individuell bedömning
- Annat:  .....

**Du är nu färdig med enkäten. Tack för din medverkan! Resultatet av AT-rankingen presenteras i Moderna Läkare nummer 3 2017 som utkommer i september. Resultatet av enkäten till examinerade läkare innan AT presenteras under hösten 2017. Glöm ej att avsluta enkäten genom att klicka på knappen "stäng" så slipper du påminnelser om att svara.**