



SYLFFs AT-ranking 2016

September 2016

Förord

SYLF genomför sedan 2000 en årlig ranking av landets AT-orter i syfte att undersöka kvaliteten på AT (läkarnas allmäntjänstgöring) och för att underlätta så väl den enskilde underläkarens val av AT-ort som det lokala förbättringsarbetet.

AT-rankingen är den enda rikstäckande undersökningen av AT och har genom åren fått stor uppmärksamhet både i media och ute i landstingen och regionerna.

Rankingen baseras på enkätsvar från SYLF-medlemmar som gör eller nyligen avslutat AT. Undersökningen utgår från AT-läkarnas egna erfarenheter och belyser dels aspekter som kvaliteten på handledning, introduktion och kollegialt stöd under de olika placeringarna under AT och dels övergripande områden som arbetsmiljö och lönesättning. SYLF:s AT-ranking utgör därmed en god indikator på allmäntjänstgöringens kvalitet så som den upplevs av AT-läkarna själva, och är ett konstruktivt verktyg för att utvärdera och förbättra AT.

AT är den nyexaminerade läkarens introduktion i yrkeslivet, och det legitimationsgrundande steget i läkarens livslånga lärande. Enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS (1999:5) är allmäntjänstgöringens syfte att ge AT-läkaren "en god förmåga att självständigt och med hög säkerhet kunna utföra de medicinska basrutinerna i hälso- och sjukvården". AT är målstyrd, vilket innebär att innehållet i tjänsten ska motsvara de mål som Socialstyrelsen fastställt gällande kunskaper, färdigheter och förhållningssätt för att erhålla läkarlegitimation. AT ska ske på ett särskilt blockförordnande. Möjligheten att byta AT-ort efter påbörjad AT är därför mycket begränsad. AT-blocket ska enligt Patientsäkerhetsförordning (2010:1369) omfatta minst 18 månader klinisk tjänstgöring fördelad mellan medicin, kirurgi, psykiatri och allmänmedicin. AT är den gemensamma vägen in i yrkeslivet för de läkare som utbildats i Sverige, utbildats inom EU/EES men kommer till Sverige som examinerade olegitimerade läkare samt de läkare som utbildats utanför EU/EES och ålagts att göra AT av Socialstyrelsen som ett steg på vägen mot svensk läkarlegitimation. Att bevaka och främja utvecklingen av AT ser SYLF därför som helt avgörande för kvaliteten i svensk hälso- och sjukvård och de yngre läkarnas arbetsmiljö.

SYLF vill tacka alla de AT-läkare som besvarat årets AT-enkät, och alla lokalt förtroendevalda som hjälpt oss sprida information om rankingen och dess betydelse. Utan er, ingen ranking!

Stockholm, september 2016

Emma Spak Ordförande SYLF emma.spak@sylf.se

Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF) organiserar underläkare och är den näst största yrkesföreningen inom Sveriges Läkarförbund. Föreningen har drygt 11 000 medlemmar fördelade på 27 lokalavdelningar. SYLF arbetar bland annat med utbildningsfrågor, arbetsmarknadsfrågor, arbetsmiljöfrågor och sjukvårdsorganisatoriska frågor. Läs mer om SYLF på sylf.se.

Innehåll

1. Sammanfattning.....	4
2. Data	4
2.1 Mått och begrepp.....	4
2.2 Urval	5
2.3 Att mäta kvaliteten på AT.....	7
3. Resultat.....	8
SYLF:s AT-RANKING 2016	10
3.1 Kvaliteten på AT.....	13
3.1.1 Utbildningstjänsten AT	13
3.1.2Handledning under AT - form och struktur.....	13
3.1.3Handledning under AT – kvalitet och utveckling i yrkesrollen.....	15
3.1.4Kompetensvärdering under AT - Utvärdering och återkoppling.....	16
3.2 Bästa ort per placering.....	17
3.2.1 Bästa medicinort	18
3.2.2 Bästa kirurgiort.....	19
3.2.3 Bästa psykiatriort	19
3.2.4 Bästa allmänmedicinort	20
3.2.5 Sjukhusstorlek.....	21
3.3 AT:s form och längd.....	21
3.4 Examensland	23
3.5 Tiden innan AT	23
3.6 Individuell lönesättning.....	25
3.7 Arbetsmiljö	27
3.7.1 Deltagande i utvecklingsarbete	27
3.7.2 Ensamarbete under jourtid.....	28
3.7.3 Karriärbyte	29
4. Slutsatser.....	30
5. Enkätfrågor 2016.....	32

1. Sammanfattning

Avesta lasarett är 2016 års bästa AT-ort och kniper därmed för andra året i rad topplaceringen. Därefter följer sjukhuset i Arvika som de senaste åren gjort en imponerande klättring från rankingens absoluta botten. Kiruna sjukhus behåller tredje platsen från föregående år. I botten placerar sig Nyköpings lasarett, strax efter Lasarettet Enköping och Helsingborgs lasarett.

Årets AT-ranking har besvarats av knappt 1366 läkare som just nu gör eller nyligen avslutat AT. I förra årets AT-ranking gav de svarande en oroväckande bild av tillståndet för AT och årets ranking ger samma intryck. Hög kvalitet på många orter och kliniker kombineras med utbredda vittnesmål om en AT vars roll som utbildningstjänst och yrkesintroduktion spelats ut. Årets fördjupade frågor kring handledning förstärker denna bild ytterligare.

2. Data

Dataunderlaget AT-rankingen bygger på en webbaserad enkät som distribueras av SYLF via e-post. E-postadresserna hämtas ur Sveriges läkarförbunds medlemsregister. Årets enkät skickades ut den 18 april 2016 och stängdes den 14 juni 2016. Däremellan skickades två e-postpåminnelser ut. Själva enkäten består av ett formulär med 23 huvudfrågor (se bilaga 1) uppdelade i flera kategorier, bland annat bakgrundsvariabler, AT:s kvalitet, lönesättning, tiden mellan läkarexamen och AT samt arbetsmiljö. Utöver dessa teman innehöll enkäten i år även frågor om bland annat ledarskap. Resultaten från dessa frågor redovisas i separata rapporter.

Frågorna om AT:s kvalitet samt frågan om hur långt den svarande kommit i sin AT är de enda frågorna i enkäten som är obligatoriska att besvara. Den senare frågan är nödvändig för att kunna avgöra om den svarande tillhör undersökningens population, medan betygsättningsfrågorna krävs för att kunna koppla den svarande till en AT-ort och få rankinggrundande information om denna. Övriga frågor i enkäten är frivilliga. Detta dels för att fler ska fullfölja enkäten och inte avbryta den om någon specifik fråga upplevs som svår eller ointressant, dels för att höja kvaliteten på insamlad data. Att majoriteten av enkätfrågorna är frivilliga innebär i sin tur att antalet svarande kan variera något från en fråga till en annan.

Samtliga AT-läkare som har påbörjat en placering inkluderas i dataunderlaget även om de bara genomfört några veckor eller månader av AT, då tester under 2009 och 2010 visat att tjänstgöringstid inte påverkar AT-betyget, och såväl potentiella AT-läkare som arbetsgivare tjänar på att dataunderlaget för undersökningen blir så stort som möjligt. AT-orter med färre än fem svarande får ingen placering i rankinglistan eftersom urvalet då är för litet för att ge ett tillförlitligt resultat. Svaren från AT-läkare på dessa orter kvarstår dock i datamaterialet och inkluderas i resultatredovisningen för AT-läkargruppen som helhet. Detsamma gäller svaren från de enstaka AT-läkare som bytt ort under allmäntjänstgöringens gång.

2.1 Mått och begrepp

Varje betygsatt AT-ort ska motsvara ett sökbart AT-block. I dag samarbetar många orter och delar av AT genomförs ofta på andra sjukhus än det där man har sin huvudplacering. I rankinglistan hänförs betyget för en placering till det sjukhus som administrerar AT-läkarens tjänst, eftersom detta sjukhus är ytterst ansvarigt för kvaliteten även på de moment som utförs på annan ort. För detaljer kring vilka AT-orter som har placeringar på flera sjukhus hänvisas till respektive AT-orts hemsida. Ålands centralsjukhus är det enda utländska sjukhus som inkluderas i rankingen. De åländska AT-läkarna utbildas på uppdrag av Uppsala läns landsting enligt den svenska målbeskrivningen för AT och erhåller svensk legitimation. Ålands

centralsjukhus har dock inte rankats de senaste två åren på grund av för få svarande.

2.2 Urval

SYLF:s AT-rankingenkät går ut till alla i Sverige verksamma, kliniskt arbetande SYLF-medlemmar med e-postadress i Läkarförbundets medlemsregister som tagit läkarexamen före 1 december 2015, men vid enkättilfället ännu var olegitimerade eller erhöll läkarlegitimation efter 30 november 2015. AT-rankingen är således en totalundersökning bland de fackligt organiserade AT-läkarna så som de definieras ovan. SYLF organiserar ungefär 75 procent av AT-läkarna. Urvalsgruppen uppgick vid urvalstillfället till 3340 personer i läkarförbundets medlemsregister. En tydlig ökning mot 2015 när 2687 personer motsvarade urvalskriterierna. Ytterligare 104 personer har efter kontakt med SYLF fått möjlighet att besvara enkäten. Totalt 1959 personer besvarade enkäten helt eller delvis. Detta ger en svarsfrekvens på 57 procent. De 1366 personer som uppgav att de gjorde AT eller hade avslutat AT och erhållit läkarlegitimation efter 30 november 2015 är det som rankingen baseras på. De som hade avslutat AT före 1 december 2015 eller som varken påbörjat AT eller arbetade kliniskt innan AT, fördes direkt till slutet av enkäten.

Som det framgår ovan har enkäter också gått ut till personer som i praktiken inte uppfyller urvalskriterierna. Detta beror på begränsningar i Läkarförbundets medlemsregister.

Bland de som felaktigt mottagit enkäter finns läkare som redan är legitimerade och läkare som flyttat utomlands eller forskar prekliniskt men inte anmält detta till medlemsregistret. Även läkare som arbetar i läkemedelsindustrin riskerar att ingå i denna grupp, då de inte tydligt kan identifieras i registret. I de fall dessa personer ändå nås av och besvarar enkäten i fråga fångas de upp och sällas bort genom bakgrundsfrågor. Risken är dock stor att dessa personer nås av eller besvarar enkäten i väsentligt lägre utsträckning än andra, då innehållet inte riktar sig till dem. Detta förklarar sannolikt en del av bortfallet. I bortfallet ingår även de som valt att spärra sin e-postadress från utskick från SYLF eller annan del av Läkarförbundet, samt de som har en felaktig e-postadress registrerad i medlemsregistret. Urvalsgruppen var i år väsentligt större än tidigare och svarsfrekvensen lägre än fjolårets 71 procent. Urvalsgruppen i medlemsregistret har kontrollerats med tanke på den ökade storleken på urvalsgruppen. I kontrollerna ser urvalet korrekt ut, de tekniskt svårigheter som förelegat skulle dock kunna innebära att flera medlemmar än tidigare är mottagit enkäten felaktigt. Dessa sorteras bort av enkätens första frågor och påverkar inte kvaliteten i svaren. De skulle dock kunna bidra till en något lägre svarsvilja i urvalsgruppen som helhet.

Svarsfrekvensen på 57 procent är god, då allt över 50 procent generellt anses vara mycket bra för enkätundersökningar (Trost 2010:137). Den är dock lägre än för de senaste två årens rankingenkäter. Den stora majoriteten av bortfallet orsakades av felaktiga e-postadresser i Läkarförbundets medlemsregister. Detta är naturligtvis inte önskvärt, men heller inte ett allvarligt problem, eftersom personers benägenhet att byta och/eller uppdatera sin e-postadress inte kan antas ha ett systematiskt samband med hur de upplever sin arbetsmiljö.

Från och med 2015 riktar sig enkäten även till de läkare som uppfyller samtliga ovanstående urvalskriterier utom medlemskap i SYLF. Anledningen är att en sådan breddning av mottagargruppen gynnar medlemmarna. Fler enkätsvar innebär både att rankingen får mer tyngd och blir svårare för arbetsgivare att avfärda, och att fler små AT-orter kan inkluderas och få underlag för fortsatt förbättringsarbete.

SYLF har, av naturliga skäl, inget register över underläkare som inte är medlemmar. Enskilda, välmenande individer från både fack- och arbetsgiversidan har ibland erbjudit sig att lösa detta problem genom att förmedla listor över samtliga anställda AT-läkare på ett visst sjukhus. SYLF

har dock konsekvent valt att avböja alla sådana erbjudanden. Det främsta skälet till detta är att läkare som inte är medlemmar i SYLF inte samtyckt till att ta emot enkäter eller andra utskick från SYLF som organisation. För vissa icke-medlemmar är valet att stå utanför facket ett aktivt ställningstagande, vilket vi är måna om att respektera.

I de fall namn- och mejllistorna erbjudits av arbetsgivarförträdare har vi också velat undvika att AT-läkarna uppfattar besvarandet av rankingenkäten som ett påbud från arbetsgivaren och enkätsvaren som arbetsgivarna kan ta del av. SYLF företräder underläkarna och tillvaratar deras intressen. Vi lämnar aldrig ut rådata vare sig till arbetsgivare, enskilda medlemmar eller andra fackförbund, och är alltid noga med att redovisa resultat så att ingen enskild svarande kan identifieras.

För att nå ut med enkäten även till AT-läkare som inte är SYLF-medlemmar har vi därför, istället för att göra mejlutskick direkt till icke-medlemmarna, spridit information om enkäten och möjligheten att besvara den även som icke-medlem. Informationen har spridits dels genom SYLF:s officiella kanaler som SYLF.se, Facebook och Twitter, dels genom SYLF:s lokala förtroendevalda ute på sjukhus och vårdcentraler. Icke-medlemmar intresserade av att besvara enkäten har uppmanats att kontakta SYLF:s kansli, varigenom de lämnar både kontaktuppgifter och samtycke. De som hört av sig har sedan lagts till enkätens AT-läkarpopulation och skickats en personlig enkätlänk via mejl. Utöver detta har inga uppgifter rörande de svarande icke-medlemmarna sparats eller registerförts i någon form.

Totalt besvarades enkäten av 104 icke-medlemmar. Förhoppning är att detta antal fortsätter öka kommande år allteftersom informationen att enkäten är öppen även för icke-medlemmar blir mer spridd. De svarande icke-medlemmarna är inte jämt fördelade över landet. Detta ses dock inte som ett metodologiskt problem då det inte finns någon förväntad skillnad mellan grupperna medlemmar och icke-medlemmar. Tester genomförda 2015 har heller inte kunnat påvisa några statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna. Tester bör dock fortsätta göras under kommande år när gruppen svarande icke medlemmar förhoppningsvis ökar. Eftersom SYLF inte har något register över ickemedlemmar går det inte att mäta andel svarande eller representativitet med avseende på ålder och kön i denna grupp. Vi kan heller inte utröna hur många som nåtts av information om rankingenkäten.

2.3 Att mäta kvaliteten på AT

I AT ingår placeringar i medicin, kirurgi, psykiatri och allmänmedicin. För varje placering betygsätts fyra aspekter – introduktion, handledning, formaliserad medicinsk utbildning och kollegialt stöd – utifrån en sex gradig skala där 1 motsvarar mycket dåligt och 6 mycket bra. De svarande får också ge varje placering ett sammanvägt betyg utifrån samma skala, motsvarande deras övergripande upplevelse av placeringens kvalitet. De svarande betygsätter bara de placeringar de antingen genomför nu eller redan slutfört. Betygsättningen är tänkt att både ge blivande AT-läkare ett bra stöd vid val av AT-ort och ge arbetsgivare möjlighet att identifiera förbättringsområden.

De svarande kan också lämna en fritextkommentar i anslutning till betygsättning av respektive AT-placering. Syftet är att bredda underlaget i rapporten och möjliggöra för de svarande att synliggöra eventuella större kvalitetsskillnader mellan olika kliniker inom samma placering och förtydliga vad som ligger bakom betygssättningen. Som exempel kan en AT-läkares kirurgi-placering exempelvis fördelas mellan kirurgi, ortopedi, urologi, anestesi och gynekologi och i vissa fall fördelas på olika sjukhus. Om placeringen på fyra av dessa fem kliniker håller låg kvalitet blir det sammanlagda betyget på kirurgi-placeringen sannolikt berättigat lågt, trots att en placering höll mycket hög kvalitet.

Efter att ha betygsatt AT-placeringarna och deras olika aspekter ombeds de svarande att ge ett sammanfattande betyg på sin AT som helhet. Denna fråga ligger till grund för placeringen i rankinglistan. Den rankinggrundande frågan är medvetet placerad direkt efter frågorna om delplaceringarna och deras kvaliteter för att de svarande ska ha tänkt igenom sin AT innan de ger den ett sammanfattande betyg.

Att listan baseras på denna enda fråga, istället för en viktning av svaren på flera frågor, har många anledningar. Den viktigaste av dessa är att kvaliteten på AT är något större och mer komplex än summan av de individuellt mätbara delarna, så som betygen på olika AT-placeringar. En övergripande fråga som den rankinglistan baseras på tillåter oss att, utöver dessa faktorer, även fånga mjuka frågor som lämpar sig sämre för standardiserade mått. Det kan exempelvis handla om de svarandes upplevelse av AT-ledningens lyhörddhet, 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 säkrar 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.

Från verksamhetschefer och studierektorer yttras ibland farhågor om att de svarande i sin sammanfattande betygsättning av sin AT-ort även tar hänsyn till faktorer som AT-ledningen inte har möjlighet att påverka, så som ortens bostadsmarknad och utbud av fritidsaktiviteter. Även om detta inte helt kan uteslutas visade en närmare undersökning i 2014 års AT-ranking att drygt 75 procent av ett sjukhus rankingplacering i genomsnitt kan förklaras enbart utifrån betygen på de olika delplaceringarna samt AT-läkarnas upplevda möjlighet att påverka sin arbetsmiljö. Utrymmet för bestämningsfaktorer utanför AT-ledningens kontroll är således litet.

Då ovanstående är ett genomsnitt finns naturligtvis också AT-orter för vilka betygen på delplaceringarna och AT-läkarnas upplevda möjlighet att påverka sin arbetsmiljö bestämmer både mer och mindre än 75 procent av en AT-orts rankingbetyg. För orter som inte tycker sig

kunna finna förklaringen till sitt sammanfattande betyg och rankingplacering i ovan nämnda faktorer finns således anledning att söka på andra områden. SYLF anser att en sådan fördjupad analys av enkätresultaten och den egna verksamheten med fördel bedrivs gemensamt av arbetsgivare och lokalfackliga företrädare. Vår erfarenhet är att det i dessa fall främst är faktorer som AT-läkarnas arbetsbelastning och löneutveckling, snarare än faktorer utanför arbetet, som ligger till grund för AT-ortens sammanfattande betyg.

Efter insamling har enkätsvaren på flervalsfrågor sammanställts i frekvenstabeller, dels för populationen som helhet och dels per landsting. Fördelningen mellan olika svarsalternativ redovisas genomgående som procent av den aktuella populationens totala antal svar på den specifika frågan.

I år har ingen strukturerad innehållsanalys gjorts av rankingenkätens fritextsvar. I den följande redovisningen används dock citat ur de svarandes fritextkommentarer för att illustrera den analys och de tolkningar som presenteras utifrån övriga frågor. Samtliga fritextsvar har lästs och citaten är valda för att vara så representativa som möjligt.

3. Resultat

Avesta lasarett är 2016 års bästa AT-ort och placerar sig högst upp för andra året i rad. Avesta lasarett har i fler år varit stabilt placerat i toppen precis som Kiruna sjukhus som behåller sin tredje plats från föregående år. Däremellan hittar vi sjukhuset Arvika som de senaste åren gjort en imponerande klättring från rankingens absoluta botten.

Årets AT-ranking har besvarats av 1366 läkare som just nu gör eller nyligen avslutat AT. I förra årets AT-ranking gav de svarande en oroväckande bild av tillståndet för AT, årets ranking ger samma intryck. Hög kvalitet på många orter och kliniker kombineras med utbredda vittnesmål om en AT vars roll som utbildningstjänst och yrkesintroduktion har spelats ut. Årets fördjupade frågor kring handledning förstärker denna bild ytterligare.

Årets klättrare är Karlskoga lasarett som lyft sig remarkabla 41 placeringar från bottennoteringen 63 till årets 22:a placering. Kalix sjukhus, Värnamo sjukhus, Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand och sjukhuset i Torsby har gjort liknande klättringar med lyft på 30 placeringar eller mer från rankingens bottenskikt till den övre delen av tabellen. Kalix, Värnamo och Torsby tillhör den grupp sjukhus som ömsom befinner sig i toppen och ömsom befinner sig i botten av rankingen. Dessa sjukhus utmaning är att lyckas bibehålla de framsteg och positiva förändringar för att uppnå större stabilitet. En av fjolårets stora klättrare Sjukhuset Arvika som då lyfte sig från plats 68 till 31 har i år fortsatt sin klättring till plats 2 och därmed tagit sig från botten till toppen på två år. Efter IVO-kritik och hot om indragen kirurgi placering har ett omfattande utvecklings- och förbättringsarbete lyft Arvika som AT-ort och det är glädjande att se att det goda arbetet har omsatts i ytterligare en klättring – vi hoppas bara att Arvika tagit sig till toppen för att stanna.

Stabilitet och god AT-kvalitet uppvisar även Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg, som likt flera föregående år placerar sig på rankinglistans topp tjugo medan övriga universitetssjukhus återfinns på listans nedre halva. Akademiska sjukhuset i Uppsala har under ett par år också erhållit höga betyg men faller nu dessvärre från plats 13 till 51, orsaken bakom hoppas vi att AT-ledningen i Uppsala identifierar och åtgärdar.

I listans botten återfinns Nyköpings lasarett, strax efter Lasarettet Enköping och Helsingborgs lasarett. Medan de båda sistnämnda sjukhusen tyvärr är väl bekanta med placeringar i listans

bottenskikt har Nyköping succesivt fallit längre och längre ned i rankingen de senaste åren. Problematiken i Nyköping är redan uppmärksammat och nu tillsätts en AT-chef tillsammans med andra åtgärder för att stärka utbildning och handledning. Att problemen redan adresseras är positivt och det ska bli intressant att se hur Nyköping lyckas i nästa års ranking (mer om förbättringsarbetet i Nyköping finns att läsa i Moderna Läkare nr 3 2016).

SYLF:S AT-RANKING 2016

	Snittbetyg 1-6	Placering 2016	Medicinplaceringen 1-6					Kirurgplaceringen 1-6					Psykiatriplaceringen 1-6					Allmänmedicin 1-6 (10)					Andel ja, %							
			Placering 2015	Placering 2014	Placering 2013	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	Rek. AT-ort	Löneförhandlat	Påverka arb. miljö	Väntetid i månader	Antal svarande
Avesta lasarett	5,88	1	1	2	10	5,8	5,9	5,6	6,0	5,9	2,8	4,1	4,8	4,1	4,6	4,2	4,5	5,2	5,0	5,0	5,3	5,7	5,7	6,0	5,7	100	100	82	5,2	17
Sjukhuset Arvika	5,60	2	31	68	47	5,5	5,7	5,3	5,5	5,5	5,1	5,2	5,1	5,7	5,3	5,0	5,0	5,0	5,0	4,8	3,0	4,0	3,0	2,5	3,0	100	20	80	8,2	10
Kiruna sjukhus	5,55	3	3	1	23	4,6	5,2	5,3	5,8	5,7	2,8	4,1	4,0	4,1	4,1	5,5	5,1	5,3	5,8	5,5	5,2	5,0	5,4	5,2	5,4	100	20	60	4,5	11
Blekingesjukhuset Karlskrona	5,50	4	6	12	15	3,9	4,5	4,0	5,2	4,4	4,5	4,4	4,6	3,9	4,4	4,3	4,8	4,8	4,4	3,7	5,3	5,5	5,3	5,3	5,5	100	60	75	7,5	20
Skaraborgs sjukhus Lidköping	5,45	5	5	3	2	5,3	5,2	4,9	5,7	5,4	4,8	4,6	4,5	4,9	4,8	4,5	4,5	4,8	4,8	4,5	5,5	5,8	5,7	6,0	5,8	95	47	79	5,6	20
Höglandssjukhuset Eksjö-Nässjö	5,44	6	8	24	25	4,9	5,3	4,8	5,7	5,3	4,7	4,6	4,9	4,6	4,7	5,4	5,4	5,3	5,8	5,3	5,2	5,0	4,2	4,8	4,9	94	31	88	5,8	16
Mora lasarett	5,42	7	13	42	7	4,9	5,3	5,0	5,8	5,6	4,3	3,8	4,3	4,3	4,4	3,7	3,9	4,7	4,3	4,2	5,7	5,5	4,7	5,8	5,6	96	81	65	3,2	26
Skaraborgs sjukhus Skövde	5,38	8	8	13	14	5,2	4,6	4,4	5,0	4,9	4,8	4,8	4,4	5,2	5,0	4,5	4,4	4,5	4,4	4,2	5,1	5,4	4,6	5,6	5,3	97	38	59	3,6	29
Gällivare sjukhus	5,38	8	7	19	1	3,4	4,6	4,4	5,3	5,1	2,5	3,7	3,7	5,2	4,5	5,2	5,2	5,2	5,5	5,5	*	*	*	*	*	88	50	88	4,8	8
Sahlgrenska universitetssjukhuset	5,38	8	16	20	6	4,9	5,0	4,9	5,1	5,3	4,2	3,9	4,3	3,7	4,0	4,5	4,5	4,3	4,4	4,0	4,6	4,9	4,3	4,3	4,4	88	91	50	14,5	24
Hallands sjukhus Halmstad	5,37	11	18	13	57	4,6	4,6	4,8	5,2	4,9	4,9	4,5	4,7	4,7	4,9	4,7	3,7	3,8	4,6	4,2	4,3	5,0	3,9	5,3	5,0	93	77	59	7,4	27
Visby lasarett	5,37	11	22	52	44	4,6	5,4	4,7	5,4	5,1	4,9	4,3	4,2	4,9	4,8	4,8	5,0	3,9	5,6	4,9	4,9	5,1	4,7	5,4	4,7	100	89	79	9,3	19
Ljungby lasarett	5,33	13	16	26	19	3,7	4,8	4,7	4,6	4,7	4,0	4,9	5,2	5,8	5,5	4,4	4,9	5,6	5,0	5,1	4,0	5,8	4,8	5,0	5,0	100	100	67	7,1	12
Västerviks sjukhus	5,31	14	2	3	15	4,9	5,3	4,9	5,5	5,4	5,3	4,9	4,6	5,3	5,3	4,6	5,4	4,8	5,8	5,3	4,8	5,1	5,2	5,0	5,0	88	63	81	4,9	16
Hudiksvalls sjukhus	5,31	14	11	17	12	4,4	4,7	4,1	5,4	4,8	4,4	4,2	3,9	3,8	4,0	3,7	4,3	4,1	4,5	3,7	5,6	5,7	4,9	5,3	5,1	94	88	69	4,9	16
Kungälv's sjukhus	5,30	16	4	42	29	5,1	4,9	4,7	5,8	5,6	4,6	4,7	4,3	4,6	4,4	5,4	4,7	4,9	5,6	5,0	4,3	5,0	4,7	5,3	5,0	90	60	70	15,3	10
Centrallasarettet Västerås**	5,27	17	10	10	8	5,3	5,2	5,0	5,4	5,3	5,0	4,2	4,4	4,4	4,5	4,2	4,0	3,7	4,6	4,2	5,4	5,0	4,6	5,1	4,9	100	89	81	10,1	37
Lindesbergs lasarett	5,20	18	12	39	20	4,2	5,0	4,4	4,9	4,7	5,0	5,1	5,4	5,6	5,5	4,0	4,3	4,2	4,0	3,8	*	*	*	*	*	100	80	100	8,5	10
Centrallasarettet i Växjö	5,15	19	13	30	46	4,5	4,2	4,8	5,3	4,9	2,7	3,6	4,2	4,5	3,9	4,9	5,0	5,1	4,7	4,8	5,2	5,7	4,9	5,2	5,3	95	95	90	9,5	20
Kalix sjukhus	5,13	20	57	13	*	4,9	4,9	5,3	5,1	5,1	2,8	2,8	3,7	4,5	4,0	4,5	2,7	3,5	4,0	4,0	*	*	*	*	*	88	25	63	3,3	8
Piteå Älvdals sjukhus	5,07	21	25	34	37	4,4	4,9	4,7	5,5	5,0	3,9	4,1	4,4	4,2	4,3	3,5	3,5	3,7	4,8	4,0	5,1	5,8	5,1	5,7	5,7	93	13	67	4,3	15
S:t Görans sjukhus	5,00	22	24	37	53	4,9	4,8	3,8	5,0	4,9	4,9	4,4	4,2	4,8	4,6	4,5	4,2	4,1	4,6	4,6	3,2	4,5	3,9	4,9	4,1	92	22	67	17,9	36

	Snittbetyg 1-6	Placering 2016	Medicinplaceringen 1-6					Kirurgplaceringen 1-6					Psykiatriplaceringen 1-6					Allmänmedicin 1-6 (10)					Andel ja, %							
			Placering 2015	Placering 2013	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	Rek. AT-ort	Löneförhandlat	Påverka arb.miljö	Väntetid i månader	Antal svarande	
Karlskoga lasarett	5,00	22	63	32	*	4,6	4,0	3,2	5,3	4,8	3,8	3,6	3,0	4,8	4,0	3,6	3,4	3,6	3,6	3,6	5,4	5,6	4,8	5,6	5,6	78	11	67	4,9	9
Hallands sjukhus Varberg	4,96	24	38	45	50	4,9	4,2	4,1	4,4	4,3	4,3	4,5	4,0	4,6	4,5	5,5	5,0	4,8	5,6	5,3	4,9	4,8	4,3	5,0	4,4	88	96	91	6,7	24
Lasarettet i Motala**	4,94	25	45	44		4,9	4,9	4,7	4,9	5,1	2,8	3,0	2,7	3,5	3,3	4,7	3,6	3,9	4,0	4,2	*	*	*	*	*	100	69	63	6,5	16
Falu lasarett	4,94	25	26	22	22	3,8	4,9	5,2	5,5	5,0	3,1	3,7	4,5	4,0	4,1	3,7	3,8	4,6	4,3	4,2	5,0	4,6	4,2	4,7	4,9	97	97	71	7,4	31
TioHundra AB Norrtälje	4,86	27	20	17	40	3,9	5,3	4,4	5,7	5,0	3,7	4,3	3,9	5,0	4,4	3,6	3,8	2,5	3,0	3,3	4,8	5,4	5,0	5,4	5,2	86	0	43	13,6	14
Sjukhuset i Köping**	4,85	28	20			4,2	3,5	4,0	4,3	3,9	4,8	4,1	4,6	4,2	4,3	5,2	4,3	4,0	4,5	4,3	5,7	5,0	4,5	4,8	4,8	92	77	69	14,3	13
NU-sjukvården	4,83	29	52	54	36	4,9	4,3	4,3	4,8	4,5	3,4	4,4	4,4	4,7	4,5	5,1	4,4	5,3	4,4	4,6	5,0	5,2	4,9	5,4	5,2	91	93	71	5,5	46
Värnamo sjukhus	4,81	30	65	30	15	4,0	4,4	3,5	5,1	4,6	3,7	3,5	3,6	3,7	3,8	4,8	5,0	5,0	5,4	5,3	4,4	4,4	3,9	5,0	4,7	81	19	75	6,0	16
Vrinnevi sjukhuset Norrköping	4,80	31	32	24	29	4,2	3,6	3,2	4,0	3,3	5,1	5,4	4,6	5,5	5,4	5,1	5,1	4,4	5,4	4,9	3,6	4,6	2,3	4,9	4,3	97	47	70	5,6	30
Karolinska uni. sjukhuset Huddinge	4,80	31	48	60	40	4,4	4,4	4,3	4,7	4,4	3,7	3,9	3,8	4,5	4,3	3,9	4,5	4,6	4,8	4,5	4,4	4,5	4,1	4,9	4,6	90	11	42	18,0	20
Sunderby sjukhus	4,80	31	19	3	3	4,8	4,9	4,1	5,4	5,2	3,5	3,7	3,8	4,4	4,2	4,5	3,5	3,8	4,0	3,6	4,0	5,3	4,1	5,3	5,0	100	20	27	11,9	15
Ängelholms sjukhus	4,76	34	30	26	58	4,9	4,0	3,1	5,1	4,6	3,6	3,0	3,2	3,8	3,7	4,5	4,8	4,8	4,8	4,6	5,3	5,7	5,8	5,7	5,8	88	71	53	6,5	17
Örnsköldsviks sjukhus	4,74	35	36	13	9	4,6	4,8	4,2	5,4	5,0	4,4	4,1	3,5	4,4	4,4	2,9	2,5	2,9	3,6	3,1	4,9	5,3	4,9	5,3	5,1	74	26	63	6,5	19
Länssjukhuset Ryhov	4,71	36	46	56	34	3,6	4,0	4,1	4,6	4,4	3,8	4,1	3,8	4,4	4,3	5,1	3,8	4,0	4,9	4,7	4,2	5,1	4,1	5,2	5,0	89	32	71	9,4	28
Sjukhuset Torsby	4,67	37	67	7	53	3,6	4,3	3,6	5,4	4,4	4,3	4,8	3,6	5,4	5,0	4,8	3,5	4,3	4,0	4,2	4,3	5,3	4,0	4,8	4,8	56	22	67	6,4	9
Mälsarsjukhuset Eskilstuna	4,64	38	37	65	44	3,0	3,6	2,7	4,3	3,4	4,4	4,1	3,2	4,9	4,5	5,2	5,2	4,6	5,4	5,3	4,3	5,0	4,2	5,2	4,7	79	14	50	7,4	14
Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand	4,64	38	69	63	*	4,3	4,3	4,5	4,6	4,3	4,4	5,1	3,7	5,0	4,6	4,2	2,8	3,9	3,3	3,3	4,7	5,1	3,8	5,1	4,8	88	26	69	6,0	42
Lycksele lasarett	4,63	40	42	8	5	4,6	4,4	3,7	5,0	4,9	3,1	3,0	3,6	3,9	3,6	4,1	5,1	4,9	5,1	5,0	4,3	5,7	4,7	5,3	5,5	88	0	63	4,4	8
Östersunds sjukhus	4,61	41	35	56	35	4,8	3,9	4,4	5,2	4,6	5,3	4,3	3,8	4,7	4,5	4,5	3,9	4,3	4,9	4,3	4,1	5,6	3,9	5,8	5,1	93	79	61	9,4	28
Gävle sjukhus	4,60	42	43	47	39	3,7	4,3	4,0	4,7	4,3	3,8	4,0	3,4	3,8	3,8	5,1	5,0	4,5	5,4	5,2	4,2	4,7	4,6	4,6	4,6	80	20	56	11,2	25
Skellefteå lasarett	4,59	43	34	34	26	4,0	5,0	4,2	5,2	4,7	2,7	3,2	2,5	4,5	3,4	3,4	3,9	4,2	4,6	4,2	3,9	4,6	3,6	4,6	4,4	91	14	41	6,9	22
Landskrona lasarett	4,57	44	41	62	63	4,9	3,7	3,4	5,0	4,7	2,3	3,0	3,1	4,0	3,9	4,0	4,6	5,0	4,6	4,6	4,7	5,0	4,7	4,7	4,7	86	71	29	14,3	7
Södertälje sjukhus	4,50	45	22	33	28	4,3	3,7	3,3	4,1	3,9	4,5	3,9	3,8	4,1	4,4	4,3	4,2	4,7	4,7	4,5	4,2	5,2	2,6	5,4	4,6	88	0	38	21,5	8
Länssjukhuset Kalmar	4,50	45	33	28	4	4,6	5,0	4,9	5,2	5,0	2,8	2,6	3,1	3,3	3,2	4,3	3,3	2,7	4,4	3,0	4,8	5,4	4,3	5,3	4,9	83	33	61	8,9	18
Skånes universitetssjukhus Malmö	4,48	47	53	58	62	4,6	4,0	3,6	4,7	4,1	3,7	4,2	4,1	5,1	4,8	3,1	3,5	3,7	3,2	2,6	5,2	5,5	5,2	5,2	5,4	76	84	40	12,5	25

	Snittbetyg 1-6	Placering 2016	Medicinplaceringen 1-6					Kirurgplaceringen 1-6					Psykiatriplaceringen 1-6					Allmänmedicin 1-6 (10)					Andel ja, %							
			Placering 2015	Placering 2014	Placering 2013	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	Rek. AT-ort	Löneförhandlat	Påverka arb. miljö	Väntetid i månader	Antal svarande
Södersjukhuset	4,47	48	46	49	61	4,5	4,0	3,7	4,3	4,1	4,3	3,7	4,1	3,8	4,0	3,0	3,1	3,9	3,7	3,5	3,6	4,8	3,6	5,2	4,6	82	6	45	19,3	34
Centralsjukhuset Karlstad	4,45	49	29	39	59	3,7	3,5	3,2	4,2	3,9	3,8	3,9	3,8	4,3	4,1	4,5	3,5	4,9	4,3	4,1	4,9	5,1	4,4	5,3	5,0	80	15	30	7,3	20
Oskarshamns sjukhus	4,43	50	68	54	*	3,9	3,3	3,0	4,0	3,6	3,1	3,6	4,0	4,4	4,3	6,0	6,0	5,8	6,0	6,0	5,0	5,5	4,5	5,5	5,0	43	43	57	4,3	7
Akademiska sjukhuset Uppsala	4,42	51	13	11	20	2,9	3,4	4,5	3,7	3,9	3,7	3,7	3,3	3,8	3,8	4,1	4,5	4,7	4,6	4,5	3,8	4,8	4,4	5,2	4,4	89	68	37	11,2	19
Sollefteå sjukhus	4,36	52	49	21	53	3,3	4,0	3,0	4,8	4,0	4,0	3,5	2,8	3,6	3,8	4,5	4,0	4,0	4,3	4,0	4,7	5,3	5,7	5,7	5,7	45	27	64	4,4	11
Universitetssjukhuset Örebro	4,36	52	40	45	51	4,1	4,7	4,2	4,8	4,7	3,6	3,5	3,4	4,2	3,8	4,1	3,7	3,6	4,3	4,0	4,2	4,8	4,0	4,4	3,8	64	79	43	10,4	14
Karolinska univ. sjukhuset Solna	4,35	54	53	36	29	4,7	4,0	4,0	4,2	4,2	3,8	3,5	3,7	3,7	3,7	2,8	4,3	3,5	4,6	4,3	3,8	5,0	4,3	5,4	4,5	80	5	50	17,8	20
Hässleholms sjukhus	4,33	55	39	22	10	3,9	3,8	3,8	4,9	4,4	4,0	4,0	3,4	3,6	3,7	5,0	5,0	4,5	5,3	5,0	4,3	4,7	4,0	5,0	4,7	89	88	75	6,4	9
Norrlands uni.sjukhus Umeå	4,30	56	58	64	53	4,1	3,9	4,2	4,8	4,4	3,6	3,6	3,3	4,3	4,0	3,3	4,7	3,8	4,3	4,1	3,3	4,6	3,1	4,3	4,3	79	58	36	10,2	33
Universitetssjukhuset Linköping**	4,29	57	55	53		4,3	4,2	3,8	4,5	4,4	3,2	3,2	3,0	3,6	3,6	4,7	4,7	3,5	4,9	4,8	3,8	4,3	3,5	4,7	4,5	67	75	38	7,8	24
Ystad lasarett	4,22	58	43	37	44	2,4	3,2	2,6	4,0	3,2	4,2	3,8	3,9	5,1	4,6	3,6	4,0	3,7	4,0	3,9	3,7	4,9	4,4	4,4	4,1	89	78	33	11,0	9
Södra Älvsborgs sjukhus	4,19	59	60	48	27	4,2	3,7	3,5	4,0	4,0	3,7	3,1	2,9	3,9	3,7	4,7	4,4	5,0	5,1	4,6	4,4	4,8	3,7	4,5	4,7	72	83	42	6,8	36
Centralsjukhuset Kristianstad	4,18	60	61	50	12	3,8	3,6	4,1	3,8	3,6	3,6	3,4	2,8	3,6	3,6	5,4	4,2	5,2	5,0	4,8	3,9	4,6	3,5	4,6	4,3	71	69	19	7,0	17
Danderyds sjukhus	4,13	61	51	61	51	4,0	3,7	3,4	4,2	4,0	3,4	3,6	3,8	4,3	3,9	3,9	4,3	4,1	4,9	4,6	4,5	4,8	4,2	4,0	4,3	83	8	46	21,3	24
Skånes universitetssjukhus Lund	4,04	62	66	66	65	3,3	3,5	3,2	4,6	3,7	3,1	3,4	3,4	4,4	4,0	4,0	4,5	4,6	4,6	4,4	3,6	4,6	3,9	4,9	4,7	68	88	30	9,1	25
Trelleborgs lasarett	4,00	63	70	*	*	2,6	3,4	2,7	4,1	3,3	2,8	4,0	3,5	4,3	4,0	1,3	4,3	3,7	4,7	4,0	4,0	5,0	5,0	5,5	5,0	43	57	29	15,1	7
Alingsås lasarett	4,00	63	27	28	49	4,1	3,5	2,4	5,0	4,2	3,1	3,9	2,3	4,7	3,9	3,4	3,0	4,1	4,1	3,9	*	*	*	*	*	62	15	31	11,5	13
Helsingborgs lasarett	3,85	65	58	59	60	3,5	3,5	2,7	5,0	3,8	3,4	2,2	3,3	4,1	3,6	4,0	3,6	4,4	4,5	4,2	4,5	5,3	5,1	5,3	5,3	59	70	33	8,0	27
Lasarettet Enköping	3,64	66	63	67	64	3,0	3,0	2,0	4,8	3,6	3,1	2,9	2,3	4,0	3,5	3,0	3,3	3,9	4,3	3,9	*	*	*	*	*	82	0	64	13,8	11
Nyköpings lasarett	3,53	67	49	39	29	5,0	4,3	3,9	4,6	4,6	4,8	3,4	3,9	4,0	4,0	3,5	2,6	2,9	3,8	3,4						47	65	29	8,9	17
Kullbergsga sjukhuset Katrineholm	*	62	50	29																										4
Ålands centralsjukhus	*	*	3	24																										4
Genomsnitt	4,77					4,3	4,4	4,0	4,9	4,6	3,9	3,9	3,8	4,4	4,2	4,3	4,2	4,3	4,6	4,4	4,5	5,1	4,4	5,1	4,9	84	50	58	9,1	1288

*För få svarande (färre än fem)

** Orterna redovisades tidigare sammanslagna (Västerås-Köping respektive Linköping-Motala)

3.1 Kvaliteten på AT

Det genomsnittliga AT- betyget 2016 är 4,77, en putsning av medelbetyget från förra året som var 4,71. Vi noterar som 2015 att antalet sjukhus med riktigt låga snittbetyg ligger kvar på en lägre nivå – av AT-orterna i botten av årets rankinglista har endast tre sjukhus ett snittbetyg under 4,0 och ingen AT-ort ligger lägre än 3,50. Detta är självklart glädjande, men innebär tyvärr inte att allt står väl till med AT.

3.1.1 Utbildningstjänsten AT

I 2015 års AT-rankingrapport lade vi stort fokus på den strukturerade innehållsanalysen av de svarande AT-läkarnas fritextkommentarer avseende utbildningskvalitet. Analysen gav som helhet en mycket nedslående bild. De svarande AT-läkarnas berättelser lyfte fram underbemanning och resursbrist som orsak till en förändrad syn på, och användning av, AT-läkare i vården. De svarande AT-läkarna beskrev en mycket hög arbetsbelastning för all vårdpersonal, något som upplevdes leda till sämre frekvens och kvalitet på AT-läkarnas handledning och instruktion, inställda utbildningsmoment samt svårigheter för AT-läkarna att komma iväg på de moment som trots allt genomfördes. För att ytterligare fördjupa vår kunskap om AT som utbildningstjänst har AT-rankingenkäten i år kompletterats med konkreta frågor med fokus på handledning och utvärdering.

3.1.2 Handledning under AT - form och struktur

AT är en utbildningstjänst som i enlighet med Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) ska ske under handledning. Handledningen ska enligt Socialstyrelsens föreskrift om allmäntjänstgöring (SOSFS 1999:5) fullgöras av en specialistkompetent läkare under varje tjänstgöringsavsnitt (personlig handledare), och av någon annan befattningshavare med ett övergripande ansvar för AT-läkarens sammanhållna kompetensutveckling (huvudhandledare). Kontinuitet ska eftersträvas avseende handledare och AT-läkaren ska regelbundet få möjlighet att utvärdera sin tjänstgöring tillsammans med handledaren. Varje AT-läkare ska också ha en individuell skriftlig handlednings- och tjänstgöringsplan. Kraven i föreskriften är högt ställda.

På pappret ser det förhållandevis bra ut när det gäller handledning, på tre av fyra obligatoriska tjänstgöringsavsnitten har över 90 procent av AT-läkarna en namngiven handledare. Den enda placering som sticker ut är psykiatriplaceringen där endast knappt 70 procent angav att de hade en namngiven handledare. Det är dock viktigt att tänka på att siffran ska vara 100 procent på samtliga placeringar. Att ha en handledare är inte något som ska ses som en kvalitetsindikator och ett plus i kanten, det är ett tydligt krav i enlighet med förordning och föreskrift. Den AT-läkare som inte fullgjort sin tjänstgöring under handledning uppfyller inte de krav som ställs för legitimation.

Tabell 2: Andel svarande som haft en personlig handledare (procent)

Placering	
Medicin	95,1
Kirurgi	91,1
Psykiatri	69,5
Allmänmedicin	99,0

För att få en större förståelse för hur väl handledningen fungerar i praktiken har vi tittat på hur ofta AT-läkarna de facto träffar sina handledare. Med detta perspektiv blir den bistra verkligheten att handledning i många fall enbart finns på pappret smärtsamt tydlig.

Tabell 3Handledningsfrekvens (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

Under medicinplaceringen har knappt hälften av AT-läkarna endast träffat sin handledare vid något enstaka tillfälle eller i vissa fall, inte alls. På kirurgplaceringen är situationen ännu sämre, över hälften av AT-läkarna har bara träffat sin handledare vid enstaka tillfällen och nästan 1 av 10 har aldrig träffat sin handledare. Psykiatriplaceringen är i detta avseende något bättre än övriga sjukhusplaceringar av de som hade en namngiven handledare träffade åtminstone drygt 65 procent av AT-läkarna sin handledare regelbundet minst 1 gång i månaden.

Allmänmedicinplaceringen sticker ut som positivt undantag, 99 procent av AT-läkarna har en namngiven handledare under allmänmedicinplaceringen och hela 94 procent av de svarande anger att de haft handledning en gång per vecka.

Det är skrämmande att det räcker med att skrapa på ytan för att inse att handledningen inte fungerar under AT. Att på pappret utse handledare som sedan inte träffar AT-läkarna ter sig snarast som ett bedrägeri för att uppnå formalia utan att behöva säkra kvaliteten i utbildningstjänsten och signalerar att frågan inte tas på allvar av sjukvårdshuvudmännen. En AT-läkare uttrycker det så här:

"Min handledare var inte alls intresserad av att träffa mig och verkade mest stressad över tidsbrist. Inte haft nån nytta alls av min personliga handledare och har hört samma från fler andra AT-kollegor på samma sjukhus. Helt meningslöst med personliga handledare om sjukhuset bara ser det som en pappersgrej."

När SYLF inför 2014 års AT-ranking talade med verksamhetsansvariga och underläkare på AT-orter runt om i Sverige framkom det att AT-läkare på flera platser handleddes av läkare som ännu inte uppnått specialistkompetens, eller ens genomgått handledarutbildning. Enligt Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 1999:5) som reglerar allmäntjänstgöringen kan endast en specialistkompetent läkare vara handledare. Detta innebär att en AT-läkare som inte haft en specialist som handledare inte uppnår kraven för legitimation. Trots de potentiella följderna är denna praxis utbredd vilket speglas i fritextsvaren i årets AT-rankingenkät.

"Träffades för sällan, jobbade inte tillsammans, ibland för junior ST-läkare som handledare"

"Båda handledarna var helt nya ST-läkare"

SYLF förespråkar att ST-läkare i slutet av ST, efter genomgången handledarutbildning ska få handleda AT-läkare inom den egna specialiteten. Vi tror att detta vore ett bra sätt att utöka poolen av tillgängliga handledare samtidigt som ST-läkare får möjlighet att tidigare utvecklas i sitt handledarskap. Detta skulle dock kräva förändringar i Socialstyrelsens föreskrift - innan en sådan förändring genomförts är det oacceptabelt att sjukvårdshuvudmännen inte tar ansvaret för att upprätthålla den struktur som krävs för att möta kraven i föreskriften och garantera att AT-läkarna uppfyller kraven för legitimation.

Som ytterligare ett sätt att komma åt problemet med ett otillräckligt antal handledarkompetenta specialister framkommer det av fritextsvaren att grupphandledning tillämpas på vissa kliniker ibland hela slutenvårdsplaceringen på vissa AT-orter. Grupphandledning regleras inte alls i Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 1999:5). Då grupphandledning innebär att AT-läkaren inte har en personlig handledare och heller inte får tillgång till individuell handledning är det mycket svårt att se hur grupphandledning skulle kunna tillämpas för att möta kraven i föreskriften. Grupphandledning kan vara ett komplement till men aldrig ersätta den individuella handledningen.

Så här beskriver två AT-läkare sina erfarenheter av grupphandledning:

"På Kir-Med-Psyk hade min grupp samma grupphandledare, vilken avslutades när vi gick över till VC, och vi i gruppen var väl överens om att det mest blev ett meningslöst fikande"

"En grupphandledare under hela AT blocket medicin - psykiatri som vår AT grupp inte träffat en enda gång. Delvis pga handledaren som inte vet att han har detta uppdrag o delvis pga att gruppen inte tagit tag i att informera vederbörande om att vi vill ses på handledartid då han första gången jag försökte kontakta honom för min grupps räkning var så stressad och inte förstod att han var vår handledare..."

Att det regelverk som omgärdar handledning både bortprioriteras och missköts är skrämmande. Att läkaryrkets introduktionstjänst in i arbetslivet sker utan handledning bryter dels mot Socialstyrelsens föreskrifter. Men framförallt är det ansvarslost mot både underläkare och patienter. Sveriges AT-orter borde kunna bättre.

3.1.3 Handledning under AT – kvalitet och utveckling i yrkesrollen

AT-läkare ska ges regelbundna möjligheter till fördjupad reflektion och erfarenhetsutbyte om den egna läkarrollen. Syftet med handledningen är bland annat att bistå AT-läkaren med att planlägga den teoretiska utbildningen och utvärdera kompetensutvecklingen löpande. Det är därför av största intresse att veta om de AT-läkare som haft handledning upplevt att denna bidragit i den personliga utvecklingen av yrkesrollen.

Tabell 4 Handledningen bidrog till att utveckla mig i min yrkesroll (procent)

Placering	Instämmer helt och hållet	Instämmer till stor del	Instämmer delvis	Instämmer till liten del	Instämmer inte alls
Medicin	17	20	26	21	16
Kirurgi	10	17	28	23	23
Psykiatri	14	27	25	18	16
Allmänmedicin	49	30	15	4	2

Svaren är än mer nedslående. De AT-läkare som helt eller till stor del instämmer i påståendet att handledningen bidragit till utvecklingen av yrkesrollen är för psykiatriplaceringen endast strax över 40 procent, för medicin 37. Kirurgin är det absoluta bottenlägget där endast en av fyra anser att handledningen bidragit till utvecklingen av yrkesrollen. Nästan lika många anser att den inte alls bidragit.

Allmänmedicin sticker även i detta avseende ut positivt då närmare 80 procent av de svarande menar att handledningen under denna placering bidragit till den personliga yrkesutvecklingen.

Övergången från sjukhusplaceringarna till primärvården har överraskat AT-läkare positivt och skillnaden mellan primärvård och slutenvård kommenteras i fritextsvaren.

"På medicin- respektive kirurgiblocket fyllde handledaren bara en formell roll (ingen praktisk handledarfunktion). Allmänmedicin dock högt över förväntan. Regelbundna reflektioner kring läkarroll, personlig och professionell utveckling."

"Ingen struktur för handledarträffar på medicin och kirurgi... På vårdcentral är 1 timme avsatt per vecka - mycket utvecklande och givande!"

Något som framkommer vid läsning av AT-läkarnas fritextkommentarer är att vare sig AT-läkare eller handledare riktigt verkar veta vad syftet med den personliga handledningen under AT är.

"Oklart vad handledaren ska göra, skulle önska att de kunde bidra med kvartssamtal, att man fick feedback på handläggning, journaler mm"

"Handledaren har inte full koll på vad hen ska göra. Det har inte jag heller."

"Såväl handledare som undertecknad hade nog inte riktigt klart för oss hur vi skulle lägga upp handledningen. Eftersökte feedback och återkoppling på mig i min yrkesroll men fick inte någon konstruktiv kritik. Återkoppling på läkarrollen är något som generellt har saknats under AT."

Att syftet med handledningen är oklart skulle till viss del kunna förklara varför handledningen prioriteras lågt och fungerar dåligt. Självklart har de enskilda handledarna och AT-läkarna ett ansvar att diskutera syftet med handledningen och sätta sig in i de krav som ställs. Men SYLF uppfattar snarare detta som ett strukturellt problem än ett problem med lågt engagemang på individbasis. Sjukvårdshuvudmännen bär ansvaret för kvaliteten i utbildningstjänsten AT och har därmed en skyldighet att skapa de förutsättningar som behövs för utbildningstjänsten AT.

SYLF menar att välfungerande handledning är värd att satsas på, förutom att det är ett krav i Socialstyrelsens föreskrift har den potential att öka kvaliteten i AT och bidra till AT-läkarnas utveckling till självständiga trygga yrkesutövare. Så här kan det vara när det fungerar som det ska:

"Min handledare hjälpte mig att våga, utvecklas personligt och professionellt och att se mig själv med andra ögon. Mycket viktigt inför framtiden."

3.1.4 Kompetensvärdering under AT - Utvärdering och återkoppling

AT är en målstyrd utbildningstjänst. Utöver att tjänstgöringstiden ska ha fullgjorts examineras AT genom ett skriftligt respektive ett muntligt prov. Det senare kan ersättas av medsittning med specialist under respektive placering under AT. För att som AT-läkare veta om man möter kraven i målbeskrivningen är det viktigt att få återkoppling av sina kollegor och får möjlighet att strukturerat gå igenom målbeskrivningen med sin handledare. För att få mer kunskap om hur AT-läkarnas kunskap utvärderas i vardagen har vi frågat AT-läkarna om de upplever att det utöver sit-ins och skriftligt prov förekommer någon strukturerad utvärdering av kunskaper och färdigheter i relation till målen i AT-målbeskrivningen. Endast en tredjedel av de svarande AT-läkarna svarade ja på den frågan. Hela två av tre upplever alltså att det inte görs någon bedömning alls utöver sit-in och det skriftliga provet.

I fritextsvaren noteras mycket stora skillnader mellan olika AT-orter. På vissa håll i landet finns en imponerande struktur med skriftliga eller muntliga prov under varje placering, interaktiva utbildningsdagar med kompetensutvärdering. Det förekommer halvtidsutvärderingar och checklistor som stöd under placeringarna.

Ett återkommande upplägg verkar vara mer eller mindre formaliserade kollegium där kollegor på den aktuella kliniken utvärderar AT-läkarnas prestationer. Tanken bakom dessa är i grunden god men SYLF vill flagga för risken att dessa, om de inte baseras på en strukturerad utvärdering på saklig grund, riskerar att bli ett osakligt tyckande om enskilda personer. Struktur och transparens verkar saknas på många håll i landet. Så här beskriver några AT-läkare situationen.

"Jag tror att AT-läkarnas kunskaper och färdigheter diskuteras på överläkarmöten där studierektorn närvarar men jag har aldrig fått någon återkoppling mer än "alla är nöjda med din insats".

"Jag tror det pratas mycket om AT-läkare, om vilka som är duktiga/snabba och vilka som gör ett mindre bra jobb men jag vet inte hur strukturerat det är."

En del av AT-läkarna uttrycker en förhoppning och tilltro till att kompetensvärderingen fungerar utan strukturerad kontroll.

"Överläkarna verkar hålla ett vakande öga och noterar vad man kan."

"Arbetet i Avesta sker i väldigt nära kontakt med kollegorna varför dom får en väldigt bra inblick i ens kunskaper och färdigheter utan formaliserade strukturerade utvärderingar."

Flera AT-läkare efterfrågar å andra sidan återkoppling och saknar en fungerande feedbackkultur i hälso- och sjukvården.

"Saknar detta, eg redan under läkarutbildningen. En mer uppstyrd handledning hade kanske bidragit. Nationella riktlinjer/rek för handledning?"

"Återspeglar hur yrkeskåren är mot varandra: det är sällan som någon säger något konstruktivt till någon annan. Återkoppling är extremt liten inom alla yrkesgrupper"

I flera fritextsvar vittnas också om osaklighet och personligt tyckande som helt utgör eller blandas in i den återkoppling AT-läkarna får på sina prestationer. SYLF menar att det är viktigt med välfungerande återkoppling under AT för att säkerställa att AT-läkarna får det stöd de behöver och får goda möjligheter att uppnå målen i målbeskrivningen. Att bygga kompetensvärderingen på informella strukturer och individuellt engagemang hos enskilda handledare och kollegor är inte tillräckligt. Om det saknas struktur riskerar också utvärdering och omdömen att färgas av annat än de kompetenser som ska uppnås under AT

3.2 Bästa ort per placering

De sammanvägda snittbetygen per placering ligger i paritet med föregående år och delplaceringarnas förhållande till varandra ser ut som tidigare. Allmänmedicin är den placering som bedöms hålla högst kvalitet, med ett genomsnittligt sammanvägt betyg på 4,8. Lägst sammanvägt betyg, 4,2, får kirurgi placeringen. Det är värt att notera att det kollegiala stödet är den aspekt som i snitt betygsätts högst på samtliga placeringar. Övriga aspekter betygsätts i snitt lägre än det sammanvägda betyget, med undantag för handledningen under

allmänmedicinplaceringen. Poängsättningen ger en känsla av att placeringarnas betyg lyfts av det kollegiala stödet och att den totala betygssättningen är så pass hög trots, inte tack vare, de mer formella aspekterna.

Att just allmänmedicinplaceringens år efter år betygsätts högre än övriga placeringar kan ha många förklaringar. En förklaring kan vara att placeringen äger rum på just vårdcentraler, verksamheter som är mindre än de sjukhus och kliniker som organiserar övriga placeringar. AT-läkarna tjänstgör också på en och samma vårdcentral under avsevärt längre tid än man annars tillbringar på en och samma klinik. Dessa två omständigheter gör det lättare för AT-läkarna att både påverka sin arbetsmiljö och bli en del av kollegiet. Eftersom allmänmedicin är en mottagningspecialitet finns det också större möjlighet att påverka sin arbetstid och det är lättare att planera in handledning och studietid än under slutenvårdsplaceringarna. Som vi kan notera i årets rankingrapport är också allmänmedicinplaceringarna bättre på att leverera handledning med hög kvalitet. Allmänmedicinplaceringens popularitet understryker vikten av att AT ger AT-läkaren förutsättningar att få lära sig en arbetsplats och arbetsuppgifter under längre tid än ett par veckor. Denna utbildningsaspekt av AT måste gå före vårdens schemapussel.

3.2.1 Bästa medicinort

Utöver rankinglistan vill SYLF också lyfta fram de orter som håller särskilt god kvalitet på de enskilda placeringarna inom AT. Tabell 5 nedan visar de tre orter som de svarande gett högst sammanvägt betyg på medicinplaceringen. I toppen hittar vi tre sjukhus från rankinglistans topp tio – Avesta, Kiruna och Mora. Allra högst betyg får medicinplaceringen i Avesta, med ett imponerande sammanvägt betyg på 5,9 av 6 möjliga, fjolårets sammanvägda betyg 6,0 var om möjligt än mer imponerande men att hålla denna höga kvalitet flera år i rad är ett styrkebesked i sig och tyder på ett långsiktigt arbete. De tre toppsjukhusen har genomgående höga betyg, det kollegiala stödet ges högst betyg. I introduktionen har både Kiruna och Mora sin något svaga punkt.

Lägst betyg får medicinplacering i Ystad lasarett tätt följt av Vrinnevisjukhuset i Norrköping och Trelleborgs lasarett. Det är framför allt introduktion och formell medicinsk utbildning som bedöms som bristfälliga i Ystad och Trelleborg. På Vrinnevi sjukhuset är det bara den formella medicinska utbildningen som ser ut att dra ner betyget, fritextkommentarerna vittnar dock om andra problem till exempel med schemaläggning och bemanning vilket påverkat placeringen mycket negativt.

Tabell 5 Bästa medicinort

	Introduktion	Handledning	Formell med. utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg
Avesta	5,8	5,9	5,6	6,0	5,9
Kiruna	4,6	5,2	5,3	5,8	5,7
Mora	4,9	5,3	5,0	5,8	5,6
Trelleborgs lasarett	2,6	3,4	2,7	4,1	3,3
Vrinnevi sjukhuset Norrköping	4,2	3,6	3,2	4,0	3,3
Ystad lasarett	2,4	3,2	2,6	4,0	3,2

3.2.2 Bästa kirurgiort

Lindesbergs lasarett är Sveriges bästa kirurgiort med ett sammanvägt betyg på 5,5 av 6 möjliga. Lindesberg hade samma snittbetyg förra året och delade då första platsen med Västerviks sjukhus. Att kunna bibehålla ett gott resultat tyder på ett gott och välstrukturerat arbete. Efter Lindesberg följer Ljungby lasarett och Vrinnevisjukhuset i Norrköping. Kirurgi placeringen med lägst sammanvägt betyg återfinns på Länssjukhuset Kalmar. Skellefteå lasarett och lasarettet i Motala följer tätt efter. För de sjukhus som hamnar i botten är det viktigt att utröna orsaken, lämpligen i nära samarbete med AT-läkarna och den lokala SYLF-avdelningen. Samtliga tre sjukhus i botten har två aspekter av AT som betygsätts lägre än 3,0 i snitt medan de tre högst rankade sjukhusen inte har något snittbetyg under 4.0

Tabell 6. Bästa kirurgiort

	Introduktion	Handledning	Formell med. utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg
Lindesbergs lasarett	5,0	5,1	5,4	5,6	5,5
Ljungby lasarett	4,0	4,9	5,2	5,8	5,5
Vrinnevi sjukhuset, Norrköping	5,1	5,4	4,6	5,5	5,4
Skellefteå lasarett	2,7	3,2	2,5	4,5	3,4
Lasarettet i Motala	2,8	3,0	2,7	3,5	3,3
Länssjukhuset Kalmar	2,8	2,6	3,1	3,3	3,2

3.2.3 Bästa psykiatriort

Oskarshamns sjukhus toppar listan över bästa psykiatri placering i ensamt majestät med 6,0 i sammanvägt snittbetyg, endast den formella medicinska utbildningen fick lägre än 6,0 och landade på fortsatt imponerande 5,8. Gällivare och Kiruna landar båda på 5,5 i snittbetyg, ett halvt poäng steg efter Oskarshamn. Västerviks sjukhus har de senaste åren toppat listan tillsammans med Oskarshamn, vilket ter sig rimligt då AT-läkarna i Oskarshamn gör akut- och

slutenvårdsdelarna av sin psykiatriplacering i Västervik. I år faller dock Västervik till en delad fjärdeplats det är framför allt introduktion och formell medicinsk utbildning som får lägre betyg. Lägst sammanvägt betyg får psykiatriplaceringen på Örnsköldsviks sjukhus, följt av Länssjukhuset Kalmar och Skånes universitetssjukhus Malmö

Psykiatri är den placeringen som har den lägsta lägstanivån, och därför också uppvisar störst skillnader mellan de bästa och sämsta orterna.

Tabell 7. Bästa psykiatriort

	Introduktion	Handledning	Formell med. utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg
Oskarshamns sjukhus	6,0	6,0	5,8	6,0	6,0
Gällivare sjukhus	5,2	5,2	5,2	5,5	5,5
Kiruna sjukhus	5,5	5,1	5,3	5,8	5,5
Örnsköldsviks sjukhus	2,9	2,5	2,9	3,6	3,1
Länssjukhuset Kalmar	4,3	3,3	2,7	4,4	3,0
Skånes universitetssjukhus Malmö	3,1	3,5	3,7	3,2	2,6

3.2.4 Bästa allmänmedicinort

Bästa allmänmedicinort delas i år av Skaraborgs sjukhus Lidköping och Ängelholms sjukhus som båda får det sammanvägda betyget 5,8. Piteå Älvdals sjukhus är hack i häl med 5,7. Hela 28 AT-orter hade ett snittbetyg på allmänmedicinplaceringen över 5,0, motsvarande siffra för medicinplaceringen är 20, för psykiatriplaceringen 14 och för kirurgi placeringen 7.

På tredje plats från slutet hittar vi S:t Görans och näst sist hittar vi Universitetssjukhuset i Örebro med snittbetyg på 4,1 respektive 3,8, snittbetyg som inte hade inneburit en bottennotering för någon annan placering. På bottenplaceringen återfinns Sjukhuset Arvika, årets tvåa i rankingen som helhet, med det anmärkningsvärt låga snittbetyget 3,0. Detta snittbetyg är hela 0,8 sämre än tvåan från botten. Det är extra nedslående att se att det kollegiala stödet som är en allmänmedicinsk paradgren betygsätts så lågt som 2,5. Detta tyder på stora problem och pekar tydligt ut ett område där fortsatt förbättringsarbete krävs i Arvika där i övrigt stora framsteg gjorts de senaste åren.

Tabell 8. Bästa allmänmedicinort

	Introduktion	Handledning	Formell med. utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg
Skaraborgs sjukhus Lidköping	5,5	5,8	5,7	6,0	5,8
Ängelholms sjukhus	5,3	5,7	5,8	5,7	5,8
Piteå Älvdals sjukhus	5,1	5,8	5,1	5,7	5,7
S:t Görans sjukhus	3,2	4,5	3,9	4,9	4,1
Universitetssjukhuset Örebro	4,2	4,8	4,0	4,4	3,8
Sjukhuset Arvika	3,0	4,0	3,0	2,5	3,0

3.2.5 Sjukhusstorlek

Stora sjukhus verkar ha relativt svårare att få höga betyg i AT-rankingen. Detta har sannolikt flera förklaringar och är något SYLF under de senaste åren undersökt genom att analysera de svarandes fritextsvar. Där har vi bland annat kunnat utläsa att på små sjukhus är beslutsvägarna kortare, upplevelsen av att kunna påverka arbetsmiljön större, samt att det är lättare att lära känna och bli igenkänd av sina kollegor och chefer på små sjukhus. Tidigare samtal med studierektorer och AT- chefer har bekräftat denna bild, och flera landstingsövergripande verksamhetsledare upplever att det är svårt att överföra små sjukhus framgångar till större regionala sjukhus. Många av de AT-ansvariga på små AT-orter med topplacerade kliniker eller sjukhus som SYLF talat med betonar också att en hög AT- kvalitet för deras del handlar om att säkra den fortsatta läkarbemanningen på orten. Utgångspunkten är att man utbildar sina egna framtida kollegor, vilket i sin tur anses öka motivationen att göra ett bra jobb vare sig det handlar om att ge ett gott kollegialt stöd eller att noggrant demonstrera ett praktiskt moment.

Sahlgrenskas konsekvent goda placeringar, visar dock att storsjukhusen inte är dömda till listans botten – mycket kan göras med aktivt, målmedvetet arbete. Det som kännetecknar de stora sjukhus som lyckats uppnå och bibehålla bra placeringar är ett strukturerat arbete från högsta ledningsnivå och ner genom organisationen som helhet. Detta är logiskt. På ett litet sjukhus där såväl AT-ansvariga som handledare träffar AT- läkarna dagligen på klinikkolvet är det möjligt att upptäcka och lösa problem organiskt. På ett stort sjukhus där den dagliga personliga kontakten inte är möjlig behövs en god organisation och formaliserade strukturer för allt från AT-läkarinflytande till handledning. Sahlgrenska som exempel har både en AT-chef och ett AT-råd. På Sahlgrenska har också AT-chefen ett betydande mandat från den högre ledningen att förbättra och förändra AT, vilket är viktigt för AT-chefens möjlighet att vara en positiv, AT-utvecklande kraft oavsett sjukhusets storlek.

3.3 AT:s form och längd

Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) klargör att AT ska omfatta minst 18 månaders klinisk tjänstgöring. SYLF anser att detta innebär att målen för AT i normalfallet bör vara möjliga att uppnå på 18 månader, samt att legitimation ska utfärdas efter denna tid under förutsättning att läkaren uppnått kraven för legitimation.

SYLF ser positivt på att AT utformas så att det ges möjlighet till avlönad forskningstid,

ledarskapsutveckling och pedagogiskmeritering utöver det som ingår i målbeskrivningen. Detta kan innebära en viss, acceptabel, förlängning av AT. SYLF är dock mycket kritiskt till att AT förlängs för att använda AT-läkarna för att täcka upp vakanser, inte minst inom bristspecialiteter. SYLF motsätter sig därför kliniska AT-block som är längre än de stipulerade 18-månaderna inte minst psykiatri- och primärvårds-AT med förlängd tjänstgöringstid inom psykiatri och allmänmedicin som fortfarande tillämpas inom ett antal landsting. Denna typ av utdragna AT-block förlänger tiden till legitimation och tjänstgöringstiden kan inte räknas in i en framtida ST. Därmed förlängs även tiden till specialistkompetens – inte minst för just de läkare som är intresserade av de aktuella bristspecialiteterna. Förlängda AT-block bidrar också till att minska genomströmningshastigheten och vilken i sin tur ökar väntetiden inför AT.

När SYLF i år frågat AT-läkarna om vilken form av AT de gör eller gjort är resultatet i linje med tidigare års. 21-månaders AT är den helt dominerande AT-formen, och genomförs av 72 procent av de svarande. Därefter följer 18-månaders AT med 16 procent, och forskar-AT med 7 procent. Förekomsten av övriga AT-typer är fortsatt förhållandevis låg.

Tabell 9. Form av AT (procent)

År	18 mån AT	21 mån AT	Forskar-AT	Primärvårds-AT	Psykiatri-AT	Annan form*
2016	16	72	7	2	1	2
2015	16	70	7	3	2	2
2014	15	70	7	2	2	3
2013	15	70	6	3	3	3

*Bland de som gör "andra" former av AT finns en rad individer som gör Akut-AT, ett par personer som gör eller avslutat pedagogisk AT, samt personer som genomfört olika lokala eller individuella specialkonstruktioner med extra placering på olika kliniker som exempelvis pediatrik eller gyn.

Sedan några år tillbaka frågar vi även AT-läkarna om vilken form av AT de helst hade velat göra. Resultaten ger tillsammans med den faktiska förekomsten av olika AT-block en indikation på efterfrågan på olika typer av AT i relation till antalet platser. Undersökningen visar att 18-månaders AT är mest efterfrågad i förhållande till antalet platser. Även när det gäller forskar-AT finns det större efterfrågan än antal platser.

Tabell 10. Faktisk kontra önskad AT-form 2016 (procent)

	Faktisk form	Önskad form
18 mån AT	16	35
21 mån AT	72	52
Forskar-AT	7	9
Primärvårds-AT	2	2
Psykiatri-AT	1	1
Annan form	2	2

Att landstingen fortfarande i så liten utsträckning tillhandahåller 18-månaders AT kan rimligen bara förklaras av att AT-läkarna i så stor utsträckning behövs för att klara vårdproduktionen och att sjukvårdshuvudmännen inte är beredda att minska den tid AT-läkarna är som mest produktiva – i slutet av sjukhusplaceringarna. Denna kortsiktighet bidrar till att bibehålla den befintliga genomströmningshastigheten under AT vilken i sin tur bidrar till den flaskhals som sedan lång tid tillbaka finns i väntan på AT.

3.4 Examensland

SYLF har undersökt AT-läkarnas examensland sen 2008. I år är den totala andelen svarande med utländsk läkarexamen knappt 11 procent, vilket är en minskning jämfört med 14 procent förra året. Examen från andra länder inom EU/EES området står för 74 procent av AT-läkarna med utländsk utbildning och av dessa bodde hela 90 procent i Sverige innan de påbörjade läkarutbildningen. Inom gruppen med examen från länder utanför EU/EES-området var motsvarande siffra drygt 20 procent. Den största gruppen AT-läkare med utländsk examen utgörs alltså av hemvändande utlandsstuderande svenskar. Stora grupper läkarstuderande vände utomlands under sent 00-tal. Dessa har nu börjat ta examen varför gruppen ökat på senare år – ändrade regler i de länder där många valt att studera innebär dock att flera utlandsutbildade redan är legitimerade läkare när de kommer tillbaka till Sverige. I år ändras regelverket för svensk läkarlegitimation för läkare med examen från länder utanför EU/EES-området vilket innebär att denna grupp inte längre kommer att genomföra AT. Ett bakomliggande skäl till regeländringen är att vägen till legitimation varit allt för lång.

Tabell 11. Examensland. Procent

År	Sverige	Annat EU/EES-land	Land utanför EU/EES
2016	90	8	3
2015	86	11	3
2014	88	9	3
2013	89	7	3

3.5 Tiden innan AT

Läkarutbildningen har de senaste åren expanderat kraftigt och det finns ett stort intresse från i första hand utlandsutbildade svenskar att arbeta i Sverige. Landstingen och regionerna ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) för att det ska finnas AT i "den omfattningen att alla läkare som avlagt läkarexamen och läkare med utländsk utbildning som föreskrivits allmäntjänstgöring ges möjlighet fullgöra praktisk tjänstgöring för att få legitimation som läkare". SYLF anser att det är rimligt att antalet AT-platser dimensioneras så att det även finns utrymme för läkare med examen från EU/EES som behöver göra AT för att få svensk läkarlegitimation. Tiden mellan läkarexamen och AT-start är en indikation på om så är fallet.

När SYLF började undersöka väntetiden mellan läkarexamen och AT-start 2008 var genomsnittsväntetiden 7 månader. Sedan dess har väntetiden gradvis ökat och var 2015 9,8 månader – den längsta väntetiden sen mätningarna startade. I år har snittväntetiden glädjande nog minskat något till 2013 års nivå 9,1 månader. En minskning av snittväntetiden är självklart något positivt men att snittväntetiden trots allt fortfarande motsvarar en halv AT är en tydlig indikation på att platserna alltfjämt är för få. Värt att notera är också att även om snittväntetiden

minskat något har medianväntetiden ökat från 7,9 förra året till 8,1 i år.

Framför allt har väntetiderna minskat något i de större regionerna som Stockholm, Skåne och Västra Götaland. Istället noteras öknings i väntetiden i Västmanland, Jämtland och på Gotland som nu återfinns i toppen av väntetidstabellen. Långa väntetider är alltså inte ett isolerat storstadsproblem utan en nationell utmaning där vi idag ser att satsningar inom vissa landsting riskerar att ätas upp av neddragningar på andra håll i landet.

Tabell 12. Väntetid mellan läkarexamen och AT-start per landsting (månader)

Landsting	Antal månader 2016	Antal månader 2015
Stockholms läns landsting	18,6	19,1
Landstinget i Uppsala län	12,2	12,4
Landstinget Västmanland	11,2	10,3
Region Skåne	9,5	10,6
Jämtlands läns landsting	9,4	7,7
Region Gotland	9,3	8,7
Region Gävleborg	8,7	7,2
Landstinget Kronoberg	8,6	8,2
Västerbottens läns landsting	8,3	7,2
Örebro läns landsting	8,3	9,4
Landstinget Sörmland	8,1	8,7
Västra Götalandsregionen	7,7	9,0
Region Jönköpings län	7,6	5,6
Landstinget i Värmland	7,3	6,1
Landstinget Blekinge	7,2	8,0
Region Halland	7,1	9,5
Landstinget i Kalmar län	6,6	7,7
Region Östergötland	6,6	7,6
Norrbottens läns landsting	6,3	6,2
Landstinget Västernorrland	5,9	5,2
Landstinget Dalarna	5,4	5,5
Medelväntetid	9,1	9,8 *

*I 2015 års väntetidsmedel inkluderades även Åland som i år hade allt för få svarande

Dagens väntetider innebär att det i praktiken tar drygt två och ett halvt år från läkarexamen till läkarlegitimation. Den tiden skulle kunna förkortas kraftigt om regionerna och landstingen erbjuder fler AT-platser och utformade sina utbildningsplaner så att kompetenskraven för legitimation i högre utsträckning kunde uppnås på 18 månader. Detta skulle inte bara bidra till att minska bristen på specialisläkare, utan även vara i linje med de examinerade läkarnas egna önskemål.

En ökad andel 18-månaders AT-block skulle förkorta väntetiderna till AT även utan en ökning av antalet block, då genomströmningen av AT-läkare skulle öka. Om väntetiderna istället angreps genom en utökning av antalet AT-block måste tillgången på handledare och instruktionstillfällen öka i motsvarande mängd, för att kvaliteten på AT ska kunna bibehållas. Utöver möjligheten att låta handledarutbildade ST-läkare i slutet av ST handleda inom den egna specialiteten anser

SYLF också att patientsäkerhetsförordningen bör ändras så att AT-placeringar möjliggörs inom fler specialiteter.

En naturlig följd av de långa väntetiderna är att andelen AT-läkare som jobbat kliniskt efter läkarexamen i väntan på AT är fortsatt hög om än något lägre än förra året, 86 procent jämfört med 91 procent 2015. Denna grupp benämns ofta vikarierande underläkare, en term SYLF motsätter sig eftersom läkarna sällan vikarierar för ordinarie personal, utan snarare är anställda på korta allmänna visstidsanställningar, vilket termen "vikarierande underläkare" maskerar. Läkarna i fråga utför alltså arbete som skulle kunna omvandlas till faktiska AT-platser inte minst om fler specialiteter öppnades för AT-placeringar.

Av de som arbetade kliniskt innan AT hade endast 46 procent en personlig handledare och bara 59 procent uppger att de hade möjlighet att delta i undervisning eller grupphandledning under tiden mellan examen och AT. Ingen större förändring noteras mot föregående år. Att som nyutexaminerad läkare sätts i arbete utan tillgång till personlig handledare är ett kraftigt åsidosättande av såväl arbetsmiljökrav som patientsäkerhet från arbetsgivarens sida. I ljuset av detta är de långa väntetiderna inför AT mycket bekymrande. Underläkare som arbetar kliniskt mellan examen och AT måste rimligen, som ett första steg, omfattas av samma riktlinjer för utbildning, instruktion och handledning som AT-läkare. Detta är något landstingen snarast bör åtgärda för att främja både patientsäkerhet och arbetsmiljö. Samtidigt visar årets undersökning att formella krav på utbildning och handledning inte är någon garanti för att intentionen uppfylls – vare sig AT-läkare eller läkare innan AT har någon nytta av att ha en handledare på pappret, om handledningen i praktiken inte tillhandahålls.

3.6 Individuell lönesättning

SYLF anser att lön och andra anställningsvillkor ska förhandlas i god tid innan AT-tjänsten tillträds. Förhandlingen ska ske med en chef som har kompetens att bedöma den sökandes individuella kvalifikationer samt mandat att sätta lön. Lönen ska vara individuell och differentierad, bestämmas efter kända, accepterade och påverkbara kriterier, samt spegla den kunskap, kompetens och ansvar som läkaren erbjuder sin arbetsgivare. Den 1 januari 2004 ersattes den tidigare lönetariffen för AT-läkare med en lägsta lön. I och med det blev AT-läkarnas lönesättning individuell. Tanken var att AT-läkare, liksom övriga läkargrupper, skulle få förhandla sin ingångslön innan AT-start. Den 1 april 2011 avskaffades även lägsta lönen för AT-läkare. Det är fortfarande möjligt för de lokala parterna att avtala om alternativa lönesättningsmodeller, men i avsaknad av lokala avtal är individuell förhandling nödvändig för att sätta AT-läkarens lön.

SYLF har under flera år fått indikationer på att AT-läkarnas lönesättningsprocess inte fungerar. Årets undersökning förstärker den bilden. I år uppger drygt 54 procent av de svarande AT-läkarna att de fick möjlighet att diskutera sin lön med arbetsgivaren innan de skrev på sitt anställningskontrakt. Detta innebär en påtaglig ökning jämfört med den andel AT-läkare som 2015 angav att de fått förhandla sin ingångslön. En stor del av skillnaden kan utgöras av förändringen av frågan som nu är bredare formulerad. Oavsett hur frågan formuleras är det anmärkningsvärt att endast drygt hälften av AT-läkarna fått diskutera sin lön med arbetsgivaren.

Tabell 13. Möjlighet att diskutera lön med arbetsgivaren innan kontrakt skrevs (Procent)

Diskuterades lön och med vem?	
Nej	46
Ja, med AT-chef	32
Ja, med personalhandläggare	17
Ja, med studierektor	3,5
Ja, med verksamhetschef	1,6
Ja, med annan	0,9

Den viktigaste frågan är om de som får diskutera sin lön upplever att de kan påverka lönen. De AT-läkare som fick möjlighet att diskutera lönen har därför också fått svara på om de upplevde att de kunde påverka sin lön. Knappt 29 procent svarade ja på den frågan, vilket tydligt indikerar att AT-läkarnas lönesättning inte fungerar.

Enligt kollektivavtalet kan AT-läkarna få möjlighet att löneförhandla även när de genomfört 12 månader av sin AT. Vi frågade AT-läkarna om de fått en justering av sin lön efter 12-månader - 88 procent svarade ja på den frågan. Det visar sig dock att 82 procent av de som fått en lönejustering fått den med utgångspunkt från en trappa eller fasta påslag. Endast en mycket liten andel av AT-läkarna får en individuell lönejustering som baseras på den egna prestationen.

Tabell 14. Lönejustering efter 12 månader, justeringsätt (procent)

Lönejusteringsätt	
Trappa	66
Fast påslag	16
Individuellt påslag, kriteriebaserat	11
Individuellt påslag utan kriterier	2
Annat	7

Andemeningen i läkarnas kollektivavtal är att en ökad kunskap om och medverkan i lönesättningsprocessen ger bättre lönesättning och ett större ansvarstagande från såväl AT-läkare som deras chefer. Att ge AT-läkarna möjlighet att förhandla om villkoren för sina tjänster är ett viktigt sätt att öka AT-läkarnas inflytande över sin arbetsmiljö och utbildningskvalitet. Detta torde i sin tur öka arbetsgivarens möjligheter att behålla sina anställda läkare över tid. Rätt använd kan lönesättningsprocessen således bidra till att arbetsgivaren når uppsatta verksamhetsmål. I ljuset av detta anser SYLF att det är beklagligt att så få av de svarande AT-läkarna fått möjlighet att påverka sin lön innan eller under sin AT och omsätta sina meriter i högre lön. Även om lönen inte är allt upplever AT-läkarna det befintliga systemet som en tydlig markering att deras individuella förmågor och insatser inte värderas

För att den kollektivavtalade lönesättningsmodellen med individuell förhandling ska fungera anser SYLF att arbetsgivarna måste ta sitt ansvar och kraftsamla för att se till att det sker en verklig förhandling med en chef som har kompetens att bedöma den sökandes individuella kvalifikationer och mandat att sätta en individuell och differentierad lön som speglar läkarens

kompetens. Tills detta är uppnått anser inte SYLF att intentionen i kollektivavtalet uppfylls.

3.7 Arbetsmiljö

Möjligheten att påverka sin arbetsmiljö är en av de viktigaste faktorerna för hur AT-läkarna uppfattar kvaliteten på sin AT och betygsätter sin AT-ort, något SYLF konstaterat i tidigare rankingrapporter (2014). Totalt upplever cirka 58 procent av de svarande att de har möjlighet att påverka sin arbetsmiljö, vilket är i nivå med de senaste två årens resultat – men fortfarande en alltför liten andel. Möjligheten att påverka arbetsmiljö per AT-ort redovisas i tabell 1.

I tidigare analyser har framkommit att möjligheterna att påverka arbetsmiljön upplevs som relativt större i små organisationer som på vårdcentraler och små sjukhus då beslutsvägarna är kortare, schemalaggningsen mer överskådlig och varje individ mer synlig. AT-råd och AT-chefer beskrivs också som mycket uppskattade på de orter de finns, för att en institutionaliserad påverkanskanal och en väldefinierad motpart ger AT-läkarna bättre grundförutsättningar att påverka sin arbetsmiljö. Dessa är ännu viktigare på större AT-orter.

Förekomsten av AT-råd, AT-chef, eller andra goda förutsättningar för AT-läkarinflytande betyder dock inte nödvändigtvis att de leder till reell möjlighet att påverka för AT-läkarna. Alla AT-chefer, studierektorer eller kollegor är tyvärr inte goda krafter. Det har också blivit tydligt att det är viktigt att den högre sjukhus- och klinikledningen har en vilja att lyssna och agera på AT-läkarnas åsikter och att AT-ledningen har mandat att verka för AT-läkarna i praktiken.

3.7.1 Deltagande i utvecklingsarbete

Endast drygt hälften av AT-läkarna anger att de sedan de började AT regelbundet deltar i klinikkens utvecklingsarbete.

Tabell 15. Varför deltar du ej regelbundet i klinikkens utvecklingsarbete? (Procent av totala antalet svar, mer än ett alternativ har kunnat väljas)

Skäl att inte delta	
Inte blivit inbjuden	36
Ingen tid avsatt	27
Prioriterat annat/inte intresserad	20
Inte känt mig välkommen	10
Annat	6

Den klart vanligaste orsaken till att AT-läkarna inte deltar i utvecklingsarbete är att de inte blir inbjudna till denna typ av verksamhet. Att inte få tid avsatt är den näst vanligaste orsaken. Fritextsvaren ger flera exempel på hur AT-läkarna upplever sig som gästspelare som inte tillhör den riktiga personalen. Två AT-läkare lämnade följande kommentar:

"Nån skall driva kliniken under den tiden."

"De säger att jag inte behöver gå och då känner man sig inte sugen"

Chefer, handledare och seniora kollegor har ett stort ansvar att få alla AT-läkare att känna sig välkomna och inbjudna att delta i utvecklingsarbete. Det är också viktigt att AT-läkarna får tid avsatt för att delta i utvecklingsarbete och ses som en resurs, inte bara i det kliniska arbetet utan

också i den långsiktiga utvecklingen av klinikens verksamhet.

I strävan att skapa ett större inflytande för AT-läkarna i AT-specifika frågor har många kliniker och sjukhus infört AT-APT där AT-läkarna får chansen att ventilera sina frågor, detta är i grunden positivt. I fritext svaren noteras dock att deltagande i AT-APT inte sällan ställs mot deltagande i klinikernas APT och utvecklingsarbete.

"Deltar på APT för AT-läkare istället!"

"Vi har "AT-APT" och välkomnas inte alltid till enskilda klinikers APT"

"AT-gruppen har egna APT = onödigt att närvara på enskilda kliniker"

Detta är något studierektorer och AT-chefer måste vara vaksamma på, det är viktigt att AT-läkarna ses som del i personalgruppen och bereds möjlighet att delta fullt ut i verksamheten.

3.7.2 Ensamarbete under jourtid

När läkare påbörjar sin AT har de minst 5,5 års utbildning i ryggen. Den absoluta majoriteten har också arbetat kliniskt i genomsnitt drygt 9 månader i väntan på AT. Detta innebär att AT-läkare är kunniga. Att vara ensam jourhavande är dock ett mycket stort ansvar. Det är viktigt att AT-läkare introduceras i jourarbetet gradvis och med gott stöd från sina kollegor och den organisation de arbetar i så att den kliniska kompetensen kan utvecklas under trygga och patientsäkra förhållanden. SYLF anser därför att AT-läkare inte ska gå jour utan en legitimerad läkare tillgänglig på sjukhuset som stöd.

När SYLF frågat AT-läkarna om de jourtjänstgjort utan legitimerad kollega tillgänglig uppger knappt hälften av de svarande att de gått ensamma jurer på psykiatriplaceringen, knappt en fjärdedel av AT-läkarna uppger att de gått ensamma jurer på medicin och kirurgi placeringarna.

Lägst är förekomsten under allmänmedicinplaceringen, knappt 14 procent. Att ensamarbete under jourtid överhuvudtaget förekommer i primärvården är dock i sig anmärkningsvärt och oroväckande.

Under våren 2015 aktualiserades frågan om AT-läkarnas ensamjourer, då Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) i flera beslut ifrågasatt olegitimerade läkares ensamarbete på landets akutmottagningar under jourtid. IVO fokuserade dock på olegitimerade läkare som arbetar i väntan på AT. IVO efterfrågar legitimerad, patientansvarig läkare på plats som jourstöd, vilket är en skarpare formulering än den SYLF tillämpat. Vad IVO avser med "på plats" är fortfarande något oklart medan SYLF fortsatt anser att stöd från legitimerad kollega tillgänglig på sjukhuset är den bästa avvägningen mellan den olegitimerade läkares samtidiga behov av stöd och eget ansvar. Med anledning av detta har vi i år även frågat AT-läkarna om de tjänstgjort utifrån den striktaste av dessa tolkningar; utan legitimerad patientansvarig kollega på plats på akutmottagningen.

Tabell 16 Ensamjour enligt SYLF:s och IVO:s definitioner (procent)

	Medicin	Kirurgi	Psykiatri	Allmänmedicin
Ensamjour utan leg. läk. på sjukhuset/jourcentralen	24	23	49	14
Ensamjour utan ansvarig leg. läk. på plats på akuten/mottagningen	38	45	55	11

Enligt SYLF:s tidigare analyser har förekomsten av ensamjour ingen entydig koppling till ortens sammanfattande betyg och placering på rankinglistan – förekomsten av ensamjour är hög på orter både i listans topp respektive botten. Vad som däremot har stor betydelse är hur väl ensamjourerna på orterna i fråga fungerar och upplevs av de svarande. I 2014 års AT-ranking betygsatte i genomsnitt de som hade en negativ upplevelse av att gå ensamjour sin AT ett helt betygssteg lägre än de som hade en positiv jourupplevelse.

Det har tidigare också framgått att upplevelsen av de ensamma primärjourerna – både vad gäller stress, patientsäkerhet och utbildningsvärde – inte enbart avgörs av jourarbetets formella upplägg i sig. Lika viktig är kvaliteten på, och kulturen kring, det jourstöd som är tillgängligt. En bakjour är inte till hjälp om hen inte svarar i telefon eller vägrar inställa sig, och en legitimerad kollega schemalagd som "egentlig" primärjour på akuten är ett begränsat stöd om hen oavbrutet är upptagen med annat arbete på operation eller avdelning.

AT-läkare är mycket överens att det absolut viktigaste för både patientsäkerhet och fungerande primärjourer är att man som AT-läkare vet när man ska be om hjälp, och då vågar göra det och har möjlighet att få det.

3.7.3 Karriärbyte

Av de svarande AT-läkarna överväger knappt 14 procent att byta yrke. Vi vet sedan tidigare att funderingar på karriärbyte hänger nära ihop med kvaliteten på AT. På de orter som toppar rankinglistan är andelen svarande som överväger att byta yrke genomgående mycket låg. Lokala brister i kvaliteten på AT riskerar att leda till omfattande nationella och personliga investeringar i utbildning och att kompetensförsörjning går om intet.

För hög arbetsbelastning och dålig arbetsmiljö är de överlägset tyngsta skälen till att AT-läkarna överväger att byta yrke, som angavs av 67 respektive 55 procent. Därpå följer för hög jourbörda som angavs av 27 procent. Cirka 15 procent av AT-läkarna angav låg flexibilitet avseende arbetstider, dålig utbildningsmiljö, personliga eller andra skäl. Andra faktorer, som dålig löneutveckling, bristande ledarskapsutveckling, forskningsmöjligheter och bristande status eller intresse kommer mycket långt ner på listan. Dessa svar indikerar att AT-läkarnas tvivel kring sin läkarkarriär kretsar kring sjukvårdens organisation, och styrning i stort, vilket i sin tur går ut över de svarandes AT. Detta innebär i sin tur att det är sjukvårdshuvudmännen som sitter på nyckeln till att öka AT-läkarnas vilja att stanna i yrket. En förhållandevis enkel åtgärd är att öka AT-läkarnas möjlighet att påverka sin arbetsmiljö.

4. Slutsatser

En bra AT-ort kännetecknas av hög kvalitet på de olika placeringarnas introduktion, handledning, kollegiala stöd och formaliserade medicinska utbildning. En bra AT-ort ger också AT-läkarna möjlighet att påverka sin arbetsmiljö, förhandla sin lön och vara delaktiga i verksamhetens upplägg och utveckling. För att uppnå detta krävs att AT-orterna ser AT-läkarna som individer, med egna unika kompetenser och behov, och tar allmäntjänstgöringens syfte som utbildningstjänst och yrkesintroduktion på allvar. Årets rankingrapport visar dessvärre att detta långtifrån alltid är fallet.

Förra årets fritextsvaranalys visade att underbemanning och resursbrist enligt de svarande AT-läkarna, drivit fram en förändring i synen på, och användningen av AT-läkare i vården. Vårdpersonalens höga arbetsbelastning beskrevs leda till sämre frekvens och kvalitet på AT-läkarnas handledning och instruktion, inställda utbildningsmoment samt svårigheter för AT-läkarna att komma iväg på de moment som trots allt genomförs. Årets frågor kring handledning och kompetensvärdering förstärkt denna bild. Att majoriteten av AT-läkarna under sin kirurgi placering sällan eller aldrig träffat sin handledare fastän över 90 procent på pappret har en handledare, är förfärande. Att de AT-läkare som helt eller till stor del instämmer i påståendet att handledningen bidragit till utvecklingen av yrkesrollen är maximalt 2 av 5 för samtliga sjukhusplaceringar ger bilden av en utbildningstjänst som urholkats.

Allmänmedicin sticker ut i positivt hänseende, här får över 90 procent träffa sin handledare varje vecka och hela 80 procent av de svarande menar att handledningen under denna placering bidragit till den personliga yrkesutvecklingen.

Regeringen har nu tillsatt en utredare som ska lämna konkreta förslag på hur Läkarutbildningsutredningens slutbetänkande ska kunna införas. Förslaget skulle innebära att AT som legitimationsgrundande tjänstgöring försvinner. SYLF:s förhoppning är att AT ersätts med en introduktionstjänst som första steg i specialiseringen. Oavsett en eventuell förändring kommer AT att finnas kvar under en lång tid och en eventuell framtida introduktionstjänst riskerar att möta samma utmaningar. Det är därför av största vikt att de problem AT-läkarna beskriver tas på allvar. Bristerna som AT-läkarna påtalar hotar i hög utsträckning själva grundtanken med AT som utbildningstjänst och introduktion till yrkeslivet. Många av de förhållanden som beskrivs är också i direkt konflikt med vad som regleras i Socialstyrelsens AT-föreskrift.

SYLF anser därför att:

- AT måste bli föremål för extern kvalitetsgranskning likt den granskning som görs av läkarnas specialiseringstjänstgöring (ST).

- AT och en eventuell framtida introduktionstjänst måste vara mer målorienterade. AT måste få en förändring i regelverket som möjliggör att AT kan genomföras inom fler specialiteter än idag och gör det möjligt för AT-läkarna att utvecklas längre tid än ett par veckor på en och samma klinik.

- Handledarutbildade ST-läkare i slutet av ST bör få handleda AT-läkare inom den egna specialiteten, för att öka antalet tillgängliga handledare, och i högre utsträckning kunna tillsätta dessa efter intresse och lämplighet. Något som sker redan i dag trots att regelverket inte medger detta.

- Vårdens arbetsgivare måste höja meritvärdet på undervisning och handledning, för att stärka incitamenten för seniora läkare och annan vårdpersonal att ägna sig åt

utbildning.

- Vi som arbetar i vården måste börja ifrågasätta vår egen värdering av klinisk kontra pedagogisk kompetens. När vi hyllar skickliga kliniker bör vi även lyfta de kollegor vars handledning och instruktion gjort det möjligt för den kliniska kompetensen att utvecklas.

Bilaga 1

5. Enkätfrågor 2016

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** 2015-12-01

Har avslutat AT **efter** 2015-11-30

Gör AT just nu

2. Kön:

Kvinna

Man

Annat:

3. Födelseår:

.....

Ange ditt födelseår med fyra siffror, t.ex. 1982.

4a. Examensår:

.....

Ange året du tog läkarexamen med fyra siffror, t.ex. 2011.

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

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:

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:

- Har avslutat placeringen i allmänmedicin
- Genomför placeringen i allmänmedicin nu
- Har ej påbörjat detta tjänstgöringsavsnitt

Betygsätt följande faktorer under respektive placering.

7. Medicin-placeringen:

	1 - mycket dåligt	2	3	4	5	6 - mycket bra
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"/>

8. Kirurgi-placeringen:

	1 - mycket dåligt	2	3	4	5	6 - mycket bra
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"/>

9. Psykiatri-placeringen:

	1 - mycket dåligt	2	3	4	5	6 - mycket bra
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"/>

10. Allmänmedicin-placeringen:

	1 - mycket dåligt	2	3	4	5	6 - mycket bra
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"/>

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!

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

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"/>

14a. Hade du en namngiven personlig handledare under följande placeringar?

	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"/>

14b. Ungefär hur ofta träffade du din handledare?

	1 gång/vecka	1 gång/månad	Enstaka gång under placeringen	Inte alls
Medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirurgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allmänmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ta ställning till följande påstående

15.Handledningen bidrog till att utveckla mig i min yrkesroll

	Instämmer helt och hållet	Instämmer till stor del	Instämmer delvis	Instämmer till liten del	Instämmer inte alls
Medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirurgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allmänmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AT är en tids- och målstyrd utbildningstjänst. Som utvärdering av kunskap och färdigheter genomgår AT-läkare det skriftliga AT-provet och fyra sit-ins under placeringarna eller ett praktiskt prov.

**16. Upplever du att det utöver sit-ins och skriftligt prov förekommer någon strukturerad utvärdering av din kunskap och dina färdigheter i förhållande till målen i AT-målbeskrivningen? **

Ja

Nej

17a. Hur många månader efter läkarexamen påbörjade du AT?

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

..... månad/-er

17b. Arbetade du kliniskt som läkare, efter examen, innan du påbörjade AT?

Ja

Nej

18a. Hade du en personlig handledare under tiden som du arbetade kliniskt som läkare innan du påbörjade AT?

Ja

Nej

18b. 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

19a. Sedan du påbörjade din AT, deltar du regelbundet i klinikkens utvecklingsarbete (ex. APT, arbetsgrupper och andra projekt)?

Ja

Nej

19b. 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:

20. Upplever du att du har möjlighet att påverka din arbetsmiljö?

Ja

Nej

Möjlighet till kommentar:

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

21a. Förekommer det att du under din AT arbetar utan att få ersättning, exempelvis på din lunchrast eller efter avslutad arbetstid?

Ja

Nej

21b. Beskriv gärna hur ofta och hur mycket du arbetar utan att få ersättning:

.....

22a. 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:

22b. Upplevde du att du hade möjlighet att påverka din lön?

Ja

Nej

22c. Fick du 12-månader in på din AT en justering av din lön?

Ja

Nej

22d. Byggede 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:

23a. Vill du bli chef?

Ja, absolut

Ja, kanske

Nej, knappast

Nej, absolut inte

23b. Hur ser du på dina möjligheter att bli chef?

Stora

Hyfsade

Små

23c. Har du fått ledarskapsutbildning inom ramen för din AT?

Ja

Nej

Planeras men är
ännu ej genomförd

23d. Har utbildningen gett dig goda förutsättningar att utöva ledarskap i vårdarbetet?

Ja

Nej