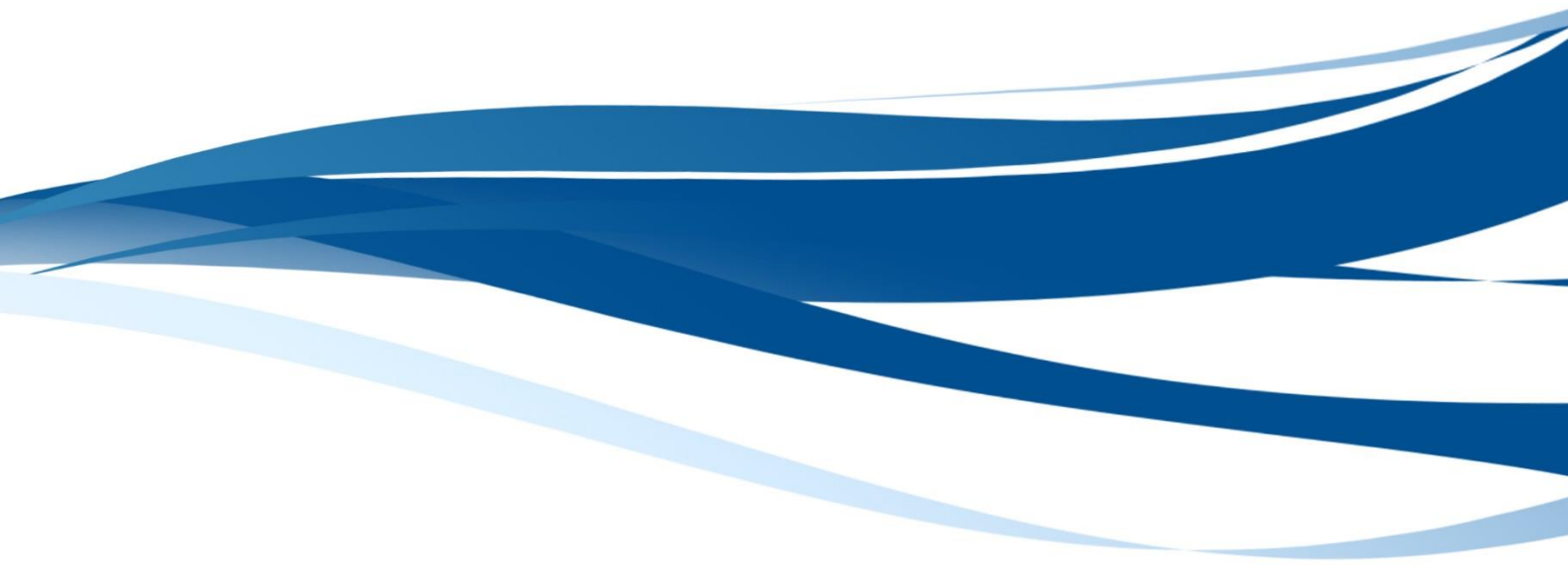


# SYLF:s AT-ranking 2018



# Förord

Svensk läkarexamen är inte legitimationsgrundande. För att få legitimation krävs det en fullgjord allmäntjänstgöring (AT) på minst 18 månader. Anställningen är tidsbegränsad och syftar till att ge en gemensam introduktion till yrket men är också ett sätt att kvalitetssäkra svensk hälso-och sjukvård. AT ska ge läkaren "en god förmåga att självständigt och med hög säkerhet kunna utföra de medicinska basrutinerna i hälso- och sjukvården". Den är målstyrd vilket innebär att innehållet ska motsvara de krav som Socialstyrelsen har fastställt i AT:s målbeskrivning (SOSFS 1999:5).

I nuläget finns det inget krav på extern kvalitetsgranskning av AT trots att det är en så pass viktig del av läkarnas yrkesliv och hälso-och sjukvårdssystemet. SYLF har därför sedan år 2000, valt att granska AT:s kvalitet för att förse underläkare som ska söka AT ett kunskapsunderlag om AT-orterna. SYLF:s AT-ranking är idag den enda nationellt täckande undersökningen som granskar AT:s kvalitet. Undersökningen bygger på enkätsvar från SYLF:s medlemmar som gör eller nyligen gjort AT och utgår helt ifrån AT-läkares erfarenheter. Den granskar flera aspekter; introduktion, handledning, formaliserad utbildning, kollegialt stöd inom de olika delplaceringarna, medicin, kirurgi, psykiatri och allmänmedicin. Undersökningen lyfter även fram andra aspekter som arbetsmiljö, lönesättningsprocesser osv.

SYLF:s AT-ranking är dock inte enbart riktat till underläkare utan förhoppningen är också att det ska ses som ett konstruktivt verktyg av arbetsgivarna. En AT som håller hög kvalitet kan vara ett rekryteringsverktyg för arbetsgivarna, ett sätt motivera underläkare att stanna kvar i orten efter legitimation. Vår förhoppning är därför att SYLF:s AT-ranking kan bli en motivation till arbetsgivarna höja kvaliteten på AT.

Vi vill även rikta ett speciellt tack till alla lokalt förtroendevalda som hjälpt oss sprida information och alla de svarande som bidragit till enkäten. Utan ert stora engagemang skulle det inte vara möjligt att årligen producera vår AT-ranking!

Stockholm, september 2018

Jonas Ålebring  
Ordförande, SYLF  
[Jonas.alebring@sy lf.se](mailto:Jonas.alebring@sy lf.se)

Shervin Vahedi  
Utredare, SYLF  
[Shervin.vahedi@sy lf.se](mailto:Shervin.vahedi@sy lf.se)

Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF) är den näst största yrkesföreningen inom Sveriges läkarförbund och organiserar underläkare. Föreningen har drygt 14 000 medlemmar och har 27 lokalavdelningar spridda över landet. SYLF arbetar bland annat med förhandlingsfrågor, utbildningsfrågor, arbetsmarknadsfrågor, sjukvårdsorganisatoriska frågor och arbetsmiljöfrågor.

# Innehåll

.....	1
SYLF:s AT-ranking 2018.....	1
Förord.....	2
1. Sammanfattning.....	4
2. Data.....	4
2.1 Mått och begrepp.....	4
2.1.1 Urval.....	4
2.1.2 Att mäta AT:s kvalitet.....	5
3. Resultat.....	6
<b>Tabell 1. SYLF:s AT-ranking 2018</b> .....	8
3.1 Kvaliteten på AT.....	11
3.1.1 AT-läkares berättelser om utbildningstjänsten AT.....	11
3.2 Bästa orter per placering.....	12
3.2.1 Bästa medicinort.....	12
3.2.2 Bästa Kirurgiort.....	13
3.2.3 Bästa psykiatriort.....	13
3.2.4 Bästa Allmänmedicinort.....	14
3.2.5 Annat tjänstgöringsavsnitt.....	15
3.3 AT:s längd och form.....	15
3.3.1 Önskad form av AT.....	16
3.4 Arbetsmiljö.....	16
3.4.1 Läkares upplevelser av arbetsmiljö.....	17
3.4.2 Deltagande i utvecklingsarbete.....	18
3.4.3 Ensamjour.....	18
3.4.4 Karriärbyte.....	19
3.5 Individuell löneförhandling.....	20
3.5.1 Justering av lön.....	20
4. Slutsats.....	21
Källförteckning.....	22

# 1. Sammanfattning

AT-ranking 2018 toppas av Gällivare sjukhus och Avesta Lasarett. På tredjeplats hamnar Västerviks sjukhus som förra året blev bästa AT-ort. I botten finns Skånes universitetssjukhus Lund, Oskarshamn sjukhus och Sollefteå sjukhus. En god AT-ort kännetecknas av hög kvalitet på handledningen och ett starkt kollegialt stöd. Det är en arbetsplats där AT-läkare blir sedda som individer, där de har inflytande över arbetsmiljön och kompetensen tillvaratas. Även förekomsten av en övergripande AT-ansvarig så som en AT-chef bidra till en höjd kvalitet men det förutsätter att chefen får mandat från sjukhusledningen.

Årets ranking besvarades av drygt 1728 AT-läkare som antingen gör eller nyligen avslutat AT och har en svarsfrekvens på 71 procent. I rapporten framkommer det en oroande bild av AT med hög arbetsbelastning, där utbildningstillfällen prioriteras bort och handledningen uteblir. Rapportens resultat ger ett intryck av en allmäntjänstgöring som urholkats och gått ifrån sitt huvudsyfte att vara en utbildningstjänst och en introduktion till yrket.

## 2. Data

SYLF:s AT-ranking är en webbaserad enkät som skickas ut via e-post varje år till delar av SYLF:s medlemskår. Enkäten består av frågor fördelade i olika kategorier så som bakgrundsvariabler, AT:s kvalitet, löneförhandlingsfrågor, arbetsmiljöfrågor och tiden efter läkarexamen.

Enkätens målgrupp är alla underläkare som har påbörjat AT oavsett hur länge den enskilde har arbetat på sin tjänst. Detta tillvägagångssätt anses gynna både arbetsgivare och framtida AT-läkare då ett så stort dataunderlag som möjligt ger bättre förutsättningar för analys. Dessutom visar tidigare undersökningar i SYLF:s AT-ranking att tjänstgöringstiden inte påverkar AT-betyget. För att öka pålitligheten av resultatet i rankingslistan redovisas bara orter med minst fem svaranden i rankinglistan. Svaren från de orter med färre än fem svaranden finns kvar i datamaterialet och räknas i resultatet för AT-läkargruppen som helhet. Svar från AT-läkare som bytt AT-ort under tjänstgöringen kvarstår i datamaterialet men redovisas inte i rankinglistan.

Majoriteten av frågorna i enkäten är frivilliga då det ger möjlighet för respondenterna att hoppa över frågor som känns krångliga eller ointressanta. Det för med sig att antalet svarande kan variera beroende på fråga, men ökar chansen att fler fullföljer undersökningen. De obligatoriska frågorna i enkäten är de frågor som berör hur långt de svarande har kommit i sin AT och betygsättande frågor om AT:s kvalitet. Den förstnämnda är nödvändig för att kunna bedöma huruvida respondenterna tillhör undersökningens population medan den senare krävs för att kunna erhålla data till rankingstabellen.

### 2.1 Mått och begrepp

AT-orterna i rankingen är sökbara AT-block, vilket också är de sjukhus som har huvudansvaret för kvaliteten på AT-läkarens utbildningstjänst. Betyget på de olika placeringarna tilldelas därför alltid det sjukhus som administrerar AT-läkarens tjänst, även om det är vanligt att sjukhusen samarbetar och delar av AT sker på andra sjukhus. Således är det AT-ortens ansvar att samtliga moment håller god kvalitet oavsett var delplaceringarna sker. Specifika detaljer om olika AT-block med placeringar på flera sjukhus hänvisas till respektive AT-orts hemsida. Ålands centralsjukhus är det enda utländska sjukhus som inkluderas i rankingen då AT-läkarna på detta sjukhus utbildas på uppdrag av Region Uppsala.

#### 2.1.1 Urval

SYLF:s AT-enkät är en totalundersökning som riktar sig mot fackligt organiserade underläkare innan legitimation eller som avslutat AT efter 30 november 2017<sup>1</sup>. Vid urvalstillfället uppgick dessa till 3115

---

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

personer varav 2198 av dessa besvarade enkäten helt eller delvis. Sammanlagt angav 1728 av respondenterna att de under enkätstillfället gjorde AT eller nyligen avslutat AT, 312 angav att de arbetade kliniskt innan AT och 97 angav att de avslutat AT innan 2017-12-01 samt 61 personer som svarade att de inte kommer att göra AT i Sverige. Respondenter som angav att de gjorde eller nyligen gjort AT fick besvara hela enkäten i sin helhet medan respondenter som angav att de arbetade kliniskt innan AT fick endast besvara specifika frågor riktade till gruppen. Respondenter som angav att de avslutat AT före 2017-12-01 eller inte tänkte göra AT i Sverige fördes till slutet av enkäten. Denna rapport redovisar endast svaren på personer som vid enkätstillfället gjorde eller nyligen avslutat AT.

Undersökning har en svarsfrekvens på 71 procent. Detta betraktas som en bra representativitet för urvalet då en svarsfrekvens över 50 procent för webbaserade undersökningar brukar betraktas som god och en svarsfrekvens över 60 procent som mycket god (Esaiasson et al 2007:269). En hög svarsfrekvens ger goda förutsättningar för att kunna ge pålitliga resultat såvida bortfallet inte innehåller någon systematisk skevhet. I huvudsak kan bortfallet förklaras med att medlemmarna har felaktiga eller icke-uppdaterade e-postadresser. Detta bör inte påverka resultatet då det rimligtvis inte finns ett samband mellan personer som inte uppdaterat sina e-postadresser och deras upplevelser av AT. En annan orsak till bortfallet är att den når ut till personer som inte uppfyller urvalskriterierna då medlemsregistret inte innehåller information om exempelvis verksamhetssektor eller om underläkare som tillfälligt flyttat utomlands eller forskar prekliniskt. Dessa personer bör sorteras bort i de inledande bakgrundsfrågorna om anställningstyp och -ort men det är inte heller helt osannolikt att dessa personer inte väljer att besvara de inledande frågorna vilket kan påverka enkätens svarsfrekvens. Det är inte heller osannolikt att en del av enkäterna inte kommit fram då de fastnat i ett spamfilter eller i de fall personer valt att spärra sin e-postadress från utskick ifrån SYLF.

Sedan 2015 har icke-medlemmar haft möjlighet att besvara AT-enkäten då en sådan möjlighet gör det möjligt för fler AT-orter att få underlag för att inkluderas i rankingen. Fler svarande ger även större tyngd i rapportens resultat. För att nå ut med detta till icke-medlemmar har SYLF via externa kanaler och lokalt förtroendevalda aktivt marknadsfört enkäten. Icke-medlemmar som hört av sig har blivit tillagda i enkätens population och fått en personlig länk och inga uppgifter rörande de svarande icke-medlemmarna sparats eller registerförts i någon form.

SYLF har inte möjlighet att mäta gruppen icke-medlemmars storlek då det inte finns ett register över underläkare som inte är medlemmar. Sammanlagt var det 121 personer som i samband med första utskicket inte ingick i utskicket. Detta är en liten andel i jämförelse med enkätens population. Det finns heller inga större skillnader i svaren mellan personer som nåddes av enkäten i första utskicket jämfört med de som fått enkäten i efterhand. Det finns heller ingen möjlighet att kontrollera den här gruppens svarsfrekvens eller representativitet i faktorer så som kön och ålder.

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

### **2.1.2 Att mäta AT:s kvalitet**

Syftet med SYLF:s AT-ranking är att ta fram information om varje AT-ort för att kunna jämföra och utvärdera kvaliteten på läkarnas allmäntjänstgöring. Undersökningen möjliggör för blivande AT-läkare att få större inblick på AT-verksamheten runt om i landet och underlättar för arbetsgivarna att utveckla verksamheten. Rankingens byggs på en sex-gradig skala där 1 motsvarar mycket dåligt och 6 motsvarar mycket bra. Den sex-gradiga skalan ger goda möjligheter för AT-läkare att betygsätta sin AT utan att tvingas ta ett allt för begränsat beslut som en mindre skala kan medföra eller att skifta fokus från reella kvalitetsskillnader till nyansskillnader som en större skala kan medföra.

Enkäten är i huvudsak uppdelad enligt målbeskrivningen för AT:s fyra huvudplaceringar: medicin, kirurgi, psykiatri och allmänmedicin. För att fånga bredden inom AT-orterna fanns det även möjlighet i år att betygsätta tjänstgöringsavsnitt som inte tillhör de obligatoriska blocken. Inom varje placering betygsätter de svarande fyra aspekter - introduktion, handledning, formaliserad medicinsk utbildning

och kollegialt stöd. Efter att betygsatt dessa aspekter får de svarande även ge ett sammanvägt betyg på placeringen som ska motsvara den övergripande upplevelse av hela AT-placeringens kvalitet. Det finns även möjlighet att lämna ett fritextsvar i anslutning till betygsättningen. Detta möjliggör en djupare analys av resultatet och synliggör dolda kvalitetsskillnader som inte framhävs av kvantitativa data som exempelvis kvalitetsskillnader mellan olika kliniker inom samma placering.

Rankingplaceringen i SYLF:s AT-ranking bygger på en fråga om ett sammanfattande betyg på AT som helhet. Frågan lyder: "Vilket sammanfattande betyg vill du ge din AT, där 1 är mycket dåligt och 6 är mycket bra?" och frågan är placerad direkt efter frågorna gällande placeringarnas kvalitet av då AT-läkaren har hunnit tänka igenom sin placering innan den slutgiltiga bedömningen. Detta framkommer även tydligt i enkäten då de svarande informeras om att denna fråga är den som bygger rankingen.

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

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

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

### 3. Resultat

Avesta Lasarett och Gällivare sjukhus är Sveriges bästa AT-orter år 2018. Dessa sjukhus delade på andra platsen föregående år och har även haft starka placeringar tidigare i SYLF:s AT-ranking. Avesta lasarettens resultat de senaste åren i SYLF:s AT-ranking är påfallande då sjukhuset toppat rankingen i tre av de fyra senaste undersökningarna. Bakom Avesta lasarett och Gällivare sjukhus hamnar Västerviks sjukhus som toppade SYLF:s AT-ranking föregående år. Resultatet visar en oförändrad topp-tre placering vilket tyder på att dessa sjukhus arbetat målmedvetet och strukturerat för att få stabilitet i AT-kvaliteten på sjukhusen.

På de topprankade AT-orterna, lyfter AT-läkarna fram tillgången till handledning, kollegialt stöd och utbildning samt ett gott stöd under jourer som viktiga ingredienser till en AT av hög kvalitet. Även upplevelsen av att AT-läkarens arbetsinsats värdesätts på sjukhuset lyfts fram som bidragande orsaker till ett högt betyg. På Gällivare sjukhus och Västerviks sjukhus anger samtliga AT-läkare att de upplever inflytande över sin arbetsmiljö, medan 90 procent anger samma på Avesta lasarett. Detta visar hur viktigt det är med en AT där varje individ blir sedd utifrån sina egna förutsättningar och kan utifrån detta påverka sin arbetssituation. En AT-läkare på Avesta Lasarett sammanfattar sin upplevelse av AT med följande:

*"Från start till slut en AT som är mycket välplanerad, omhändertagande under stort ansvar samt noggrant utbildande. Man känner att det har satsats på en att bli en duktig läkare."*

En annan AT-läkare från Gällivare sjukhus motiverar sitt betyg med följande:

*"För att jag av alla kollegor anses vara läkare och en tillgång; för att jag självständigt får handlägga patienter efter egen förmåga och får alltid hjälp och gott stöd när jag önskar det. Alla är måna om min utbildning och cheferna lyssnar och förändrar om det finns något jag anser kan förbättras."*

Årets klättrare är Hässleholms sjukhus och Nyköpings lasarett som båda tar sig 27 platser upp i rankingen till en 21:a respektive 29:e plats. Nyköpings lasarett har de två senaste åren gjort en imponerande resa där sjukhuset gått från sist i SYLF:s AT-ranking 2016 till att klättra 38 platser. Det som framförallt skiljer årets resultat jämfört med 2016 är andelen som upplever att de har inflytande över sin arbetsmiljö- från 26 till 76 procent. I fritextsvaren lyfter även flera AT-läkare fram AT-chefens engagemang som en viktig faktor även om det finns områden som fortfarande kan förbättras. En AT-läkare skriver:

*"Det sker ett aktivt utvecklingsarbete för AT-läkare i Nyköping. Till stor del drivs detta av AT-läkare men med stöd av AT-chef."*

Även Hässleholms sjukhus har gjort en omfattande klättring i rankingen med hela 34 placeringar på två år. Sjukhuset har lyckats få högre sammanvägda betyg på samtliga delplaceringar i jämförelse med föregående år vilket delvis kan förklara varför sjukhuset har klättrat. Andra orter som klättrar är Skellefteå lasarett, Gävle sjukhus, Centralsjukhuset Kristianstad och Södertälje sjukhus.

Landskrona lasarett följt av Skaraborgs sjukhus Lidköping och Lycksele lasarett är de sjukhus som tappar flest placeringar i rankingen. Även förra årets klättrare Sjukhuset Torsby är ett av sjukhusen som tappar många placeringar. Både Sjukhuset Torsby sjukhus och Lycksele lasarett är sjukhus som tidigare år haft fluktuerande resultat i rankingen, med både stora tapp och klättringar i rankingen. Detta visar att dessa sjukhus har god potential men att de måste jobba vidare med framgångsrecepten på ett strukturerat sätt och på så sätt uppnå stabilitet i rankingen.

Bland universitetssjukhusen rankas Örebro Universitetssjukhus högst, följt av Karolinska universitetssjukhuset i Solna. Sahlgrenska universitetssjukhus som förra rankingen tappade hela 18 placeringar fortsätter sitt tapp med ytterligare 11 placeringar. Detta innebär att det numera inte finns ett enda universitetssjukhus bland topp 30 i SYLF:s AT-ranking. Universitetssjukhusen har stor potential att utveckla AT som håller hög standard, men måste lyckas effektivisera sina påverkanskanaler och skapa formaliserade strukturer för mer AT-läkarinflytande.

I rankinglistans botten finns Sollefteå sjukhus som får ett sammanfattande betyg på 3,18, över dem återfinns Oskarshamns sjukhus med 3,60 och strax över ligger Skånes universitetssjukhus Lund med 3,64. Gemensamt för dessa AT-orter är brister inom handledning och utbildning samt en hög arbetsbelastning utan tillgång till stöd. Det finns även flera brister som kan kopplas lokala förutsättningarna i orterna. Till exempel upplever AT-läkare i Sollefteå sjukhus och Oskarshamn sjukhus den frekventa pendlingen inom landstinget som en belastning på arbetsmiljön och en försämring av samvaron mellan AT-läkarna. Här kan arbetsgivare genom bättre planering, ersättning och upprättande av så kallade AT-centrum kompensera för de brister som uppstår i samband med att man inte kan erbjuda samtliga placeringar på orten. I Skånes universitetssjukhus Lund framkommer det bland annat bristande möjligheter att forska - en viktig del för många som har valt att göra AT på ett universitetssjukhus.

### Tabell 1. SYLF:s AT-ranking 2018

Rankingort	Rankingplacering				Medicinplacering 1–6					Kirurgi-placeringen 1–6					Psykiatriplaceringen 1–6					Allmänmedicin 1–6					Andel Ja%				
	Snittbetyg 1–6	Placering 2018	Placering 2017	Placering 2016	placering 2015	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	AT-ort rekommenderas	Löneförhandlat	Inflytande arbetsmijö	Antal svarande
Gällivare sjukhus	5,80	1	2	8	7	3,9	5,0	4,5	5,3	5,0	4,9	3,1	4,1	5,6	5,3	5,6	5,4	5,3	5,4	5,3	*	*	*	*	*	100	0	100	10
Avesta lasarett	5,80	1	2	1	1	5,6	5,7	5,7	5,9	5,9	4,4	4,8	4,9	4,7	5,1	4,0	4,1	4,8	4,3	4,2	5,8	5,7	5,9	5,6	5,7	95	100	90	20
Västerviks sjukhus	5,77	3	1	14	2	5,2	5,5	5,1	6,0	5,7	5,5	4,9	4,1	5,5	5,3	5,2	5,1	5,0	6,0	5,7	5,6	5,6	4,9	5,3	5,4	100	56	100	13
Centrallasarettet i Växjö	5,56	4	16	19	13	4,6	4,9	4,9	5,5	5,1	3,9	4,3	4,5	4,2	4,3	5,2	5,0	5,0	4,9	5,0	4,4	5,3	5,3	5,1	4,8	100	4	81	27
Hudiksvalls sjukhus	5,50	5	9	14	11	4,9	4,9	4,7	5,4	5,3	4,4	4,3	3,9	4,5	4,7	4,2	4,2	4,1	4,6	4,4	5,4	5,6	5,1	5,9	5,8	100	81	63	16
Lindesbergs lasarett	5,50	5	11	18	12	4,3	5,1	4,6	5,4	5,2	4,2	4,5	4,3	5,1	4,8	3,4	3,9	4,0	3,7	3,8	5,6	5,2	5,0	5,0	5,2	100	67	75	12
Mora lasarett	5,48	7	25	7	3	4,9	5,0	4,9	5,6	5,3	3,3	4,0	4,5	4,2	4,4	3,9	4,6	4,9	4,6	4,5	5,3	5,7	5,0	5,8	5,6	97	79	79	29
Kungälv's sjukhus	5,47	8	15	16	4	5,2	4,8	4,3	5,5	5,2	5,0	4,4	4,4	4,8	4,8	4,0	4,3	3,9	4,6	4,2	5,6	5,3	4,6	5,3	5,3	100	73	67	15
Högländssjukhuset Eksjö-Nässjö	5,45	9	18	6	8	4,9	4,7	5,0	5,3	4,8	5,2	5,0	4,6	5,3	5,0	5,6	5,7	5,7	6,0	5,8	5,3	5,6	4,9	5,6	5,4	91	29	81	22
Hallands sjukhus Halmstad	5,43	10	8	11	18	4,9	4,6	5,0	5,4	5,1	4,7	4,6	4,4	4,9	4,8	5,0	4,1	4,5	4,9	4,5	4,4	5,2	4,2	5,0	4,9	97	97	80	30
Visby lasarett	5,39	11	11	11	22	4,3	5,1	4,5	5,3	5,0	4,8	4,1	4,1	4,9	4,7	4,1	5,7	5,2	5,3	4,8	5,7	5,7	5,9	5,9	5,7	100	91	61	23
Blekingesjukhuset Karlskrona	5,38	12	5	4	6	4,2	4,7	4,6	5,2	4,8	4,5	4,7	4,5	5,2	5,0	3,9	4,4	4,6	4,7	4,3	4,3	5,3	5,2	5,3	5,3	96	52	60	26
Mälarsjukhuset Eskilstuna	5,33	13	27	38	37	4,1	4,0	4,0	4,7	4,5	5,0	4,5	4,1	5,2	5,1	5,3	5,7	5,3	5,7	5,6	5,2	5,7	4,6	5,6	5,5	100	33	79	33
Vrinnevi sjukhuset Norrköping	5,32	14	23	31	32	4,5	4,0	4,0	5,0	4,4	5,0	5,0	4,4	5,3	5,1	4,7	3,6	3,4	4,5	4,2	3,2	5,1	2,3	4,6	4,0	100	39	72	44
Kiruna sjukhus	5,22	15	7	3	3	5,1	5,2	3,9	5,7	5,2	4,2	4,7	4,2	4,3	4,5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100	22	89	9
Lasarettet i Motala	5,16	16	13	25	45	5,1	5,3	5,2	5,4	5,4	4,5	3,7	3,5	3,9	4,0	4,2	4,0	3,5	3,9	4,0	4,5	4,8	4,5	5,3	5,0	96	96	48	25
Centralsjukhuset Kristianstad	5,15	17	38	60	61	5,4	4,8	5,2	5,5	5,2	4,7	4,5	3,3	4,6	4,7	5,6	4,9	4,9	5,4	5,4	4,6	5,0	4,7	5,1	5,0	90	68	37	20
Hallands sjukhus Varberg	5,12	18	20	24	38	4,6	4,1	4,0	4,1	4,4	4,2	4,2	3,9	4,3	4,1	4,9	4,6	4,8	5,1	4,8	3,8	4,7	4,1	4,8	4,4	94	79	88	34
Region Västmanland**	5,09	19	*	*	*	4,8	4,6	4,4	5,1	4,9	4,9	4,1	4,1	4,0	4,4	5,4	4,9	5,1	5,1	5,1	5,2	4,9	4,6	5,0	5,0	90	84	71	58
Sjukhuset Torsby	5,08	20	9	37	67	4,5	4,9	4,3	5,4	4,9	4,7	4,9	4,8	5,6	5,5	4,9	4,1	4,3	4,3	4,3	*	*	*	*	*	100	15	85	13
Piteå Älvdals sjukhus	5,00	21	19	21	25	4,5	4,5	4,9	5,6	5,0	3,1	3,9	3,7	4,7	4,2	3,1	4,1	4,1	5,5	4,9	4,5	5,5	4,5	5,5	5,3	100	17	58	12
Skellefteå lasarett	5,00	21	46	43	34	4,3	4,9	4,9	5,5	5,1	3,8	4,3	4,2	5,1	4,7	3,6	4,1	4,2	4,2	3,6	4,1	4,1	4,9	4,7	5,3	92	46	79	24
Hässleholms sjukhus	5,00	21	48	55	39	4,7	3,9	3,7	5,7	4,7	4,8	4,5	3,7	5,2	4,5	5,8	4,0	3,8	5,0	4,0	*	*	*	*	*	91	88	45	11



Rankingort	Snittbetyg 1-6	Rankingplacering			Medicinplacering 1-6					Kirurgi-placeringen 1-6					Psykiatriplaceringen 1-6					Allmänmedicin 1-6					Andel Ja%					
		Placering 2018	Placering 2017	Placering 2016	placering 2015	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	AT-ort rekommenderas	Löneförhandlat	Inflytande arbetsmiljö	Antal svarande	
Ängelholms sjukhus	4,94	24	41	34	30	5,4	4,7	4,4	5,1	5,1	3,4	3,5	3,2	3,8	3,8	4,9	3,4	4,4	4,4	4,2	4,2	5,5	5,7	5,5	5,5	5,6	100	63	88	17
Gävle sjukhus	4,92	25	49	42	43	4,3	4,3	4,3	4,9	4,6	4,9	4,5	4,4	4,4	4,6	5,3	4,9	4,6	5,1	5,0	4,8	4,8	5,2	5,6	5,3	94	23	51	36	
Ljungby lasarett	4,91	26	16	13	16	2,6	4,0	4,3	4,1	3,9	4,1	4,4	4,8	5,7	5,0	3,8	4,0	5,1	4,9	4,3	4,3	5,0	4,0	4,8	4,3	82	9	82	11	
Falu lasarett	4,90	27	22	25	26	4,1	4,4	4,7	5,5	4,9	3,3	3,6	4,4	3,8	4,1	3,7	3,9	4,2	4,1	3,9	5,2	5,6	4,5	5,2	5,2	92	79	55	39	
NU-sjukvården	4,89	28	24	29	52	4,3	4,2	4,4	4,6	4,4	4,2	4,7	4,2	4,9	4,7	4,8	4,2	5,1	4,5	4,3	4,7	5,0	4,5	5,0	4,7	89	91	81	64	
Nyköpings lasarett	4,88	29	56	67	49	5,2	4,3	4,2	4,8	4,8	4,3	3,5	3,4	3,7	4,0	4,3	3,9	4,4	4,2	4,2	4,5	4,8	4,1	4,9	4,7	85	48	76	25	
Värnamo sjukhus	4,88	29	34	30	65	3,7	4,3	3,7	5,1	4,7	3,6	3,8	3,8	3,9	4,0	5,0	5,5	5,5	5,7	5,7	4,4	5,0	3,4	5,0	4,8	100	63	75	8	
Länssjukhuset Ryhov	4,87	31	33	36	46	4,3	4,3	4,1	5,1	4,5	4,5	4,3	4,1	4,9	4,9	4,6	3,9	4,0	4,6	4,2	4,9	5,2	4,8	5,4	5,3	92	24	53	39	
Örnsköldsviks sjukhus	4,86	32	41	35	36	4,0	3,6	3,8	4,8	4,5	4,2	4,1	3,3	5,1	4,5	2,4	3,6	3,7	3,7	3,5	4,8	5,8	4,7	5,7	5,4	91	9	41	22	
Universitetssjukhuset Örebro	4,86	32	30	52	40	4,8	5,2	4,7	5,1	5,1	4,2	4,1	4,2	4,4	4,3	3,9	4,4	4,8	4,9	4,1	5,8	5,6	5,1	5,8	5,6	95	85	68	21	
Karlskoga lasarett	4,86	32	44	22	63	4,8	4,8	4,6	5,2	5,0	4,8	5,0	4,3	4,7	4,9	3,5	4,0	4,6	4,6	4,4	5,1	4,9	4,9	5,1	5,0	100	23	93	14	
Skaraborgs sjukhus Lidköping	4,83	35	6	5	5	4,9	5,0	3,7	5,3	5,0	4,2	3,7	3,3	4,1	4,0	5,0	4,5	5,3	5,3	4,8	3,4	5,0	4,0	4,8	4,4	74	30	65	23	
Karolinska univ, sjukhuset Solna	4,76	36	36	54	48	4,9	4,5	4,4	4,9	4,7	4,3	4,0	4,0	4,4	4,2	3,7	4,8	3,7	5,2	4,6	2,0	4,2	3,2	3,6	3,0	76	29	41	17	
Sahlgrenska universitetssjukhuset	4,75	37	26	8	16	4,2	4,8	4,4	4,9	4,9	3,9	3,9	3,9	4,2	4,0	4,3	4,5	4,7	4,2	4,3	5,0	5,2	4,5	5,0	4,9	81	92	46	36	
Södertälje sjukhus	4,71	38	59	45	22	4,3	4,2	4,3	4,8	4,6	4,1	3,4	3,9	4,2	4,1	3,8	3,5	4,3	4,8	4,5	*	*	*	*	*	100	8	21	14	
Universitetssjukhuset Linköping	4,70	39	32	57	55	4,6	4,0	4,2	4,5	4,5	4,3	3,6	3,4	4,1	3,9	4,5	4,6	4,3	4,5	4,4	3,8	5,3	4,0	4,9	5,0	89	89	59	27	
Lycksele lasarett	4,69	40	14	40	42	4,2	5,0	4,4	5,6	5,2	3,5	3,1	3,7	3,6	3,4	4,1	5,1	4,4	4,3	4,3	*	*	*	*	*	88	20	50	16	
Skaraborgs sjukhus Skövde	4,68	41	28	8	8	4,2	3,2	3,0	3,2	3,4	5,1	5,2	4,4	5,5	5,3	4,6	4,3	4,8	4,8	4,5	4,6	4,6	4,7	4,3	4,5	86	27	68	37	
Karolinska uni, sjukhuset Huddinge	4,67	42	38	31	48	4,1	4,2	4,4	4,5	4,3	3,9	4,2	4,7	4,9	4,7	4,5	5,0	4,7	4,7	4,7	*	*	*	*	*	91	0	33	12	
S:t Görans sjukhus	4,67	42	40	22	24	4,9	4,6	4,0	5,2	4,7	4,7	4,2	2,9	4,4	4,3	4,7	4,4	4,7	4,7	4,7	4,0	4,9	4,5	5,1	4,8	92	5	49	36	
Sunderby sjukhus	4,67	42	43	31	19	4,6	4,9	3,8	5,3	4,9	2,7	3,9	3,5	4,1	3,9	4,4	3,1	3,7	3,7	3,8	4,9	5,3	4,6	5,5	5,1	89	6	55	18	
Länssjukhuset Kalmar	4,65	45	57	45	33	4,8	4,5	5,0	5,2	4,8	3,2	3,8	3,3	4,7	4,3	4,3	4,1	3,8	5,0	4,3	5,0	5,2	4,1	5,4	4,9	90	20	40	20	
Akademiska sjukhuset Uppsala	4,63	46	50	51	13	3,7	3,4	3,9	4,2	4,0	4,1	4,6	3,7	4,8	4,6	4,6	5,1	4,8	5,1	5,0	4,7	4,8	3,7	4,9	4,6	88	63	44	32	

Rankingort	Snittbetyg 1-6	Rankingplacering			Medicinplacering 1-6					Kirurgiplaceringen 1-6					Psykiatriplaceringen 1-6					Allmänmedicin 1-6					Andel Ja%				
		Placering 2018	Placering 2017	Placering 2016	placering 2015	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	AT-ort rekommenderas	Löneförhandlat	Inflytande arbetsmiljö	Antal svarande
TioHundra AB Norrtälje	4,61	47	34	27	20	4,2	4,4	4,1	5,3	4,7	3,6	3,9	3,4	4,9	4,3	3,3	3,6	3,0	3,4	3,5	4,1	4,8	4,8	4,8	4,2	96	9	57	23
Blekingesjukhuset Karlshamn	4,60	48	*	*	27	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	5
Centralsjukhuset Karlstad	4,52	49	61	49	29	4,7	4,5	4,0	4,9	4,7	3,7	3,7	3,8	4,4	4,3	4,1	3,5	5,2	4,6	4,2	4,5	4,9	3,9	5,4	4,7	96	24	40	25
Sjukhuset Arvika	4,50	50	31	2	31	4,4	3,8	4,5	5,1	4,6	4,5	4,5	3,8	4,5	4,2	4,4	4,2	4,6	4,4	4,4	*	*	*	*	*	75	17	67	12
Danderyds sjukhus	4,43	51	54	61	51	4,2	4,3	4,1	4,7	4,3	3,7	4,2	4,0	4,5	4,3	4,3	4,9	4,9	5,1	4,8	4,6	4,8	4,3	5,1	4,8	85	15	50	46
Kalix sjukhus	4,43	51	47	20	57	4,1	4,6	4,3	4,7	4,6	3,2	3,4	3,2	3,6	3,4	3,6	3,8	3,2	3,6	3,4	*	*	*	*	*	86	22	80	7
Norrlands uni.sjukhus Umeå	4,41	53	53	56	58	4,1	4,1	3,8	4,9	4,3	3,2	3,3	2,6	4,1	3,6	4,0	4,4	4,5	4,4	4,3	4,5	4,5	5,5	4,3	5,5	87	25	46	32
Helsingborgs lasarett	4,35	54	63	65	58	3,9	4,2	3,6	4,8	4,2	3,3	4,3	3,8	4,5	4,1	4,7	3,9	4,6	4,5	4,4	4,9	5,0	5,5	5,3	5,1	71	87	55	31
Södersjukhuset	4,19	55	51	48	46	4,4	3,7	3,5	4,0	3,7	3,8	3,5	3,9	3,7	3,8	3,5	3,3	3,7	3,6	3,5	3,6	4,6	3,3	4,7	4,3	69	6	31	52
Skånes universitetssjukhus Malmö	4,18	56	60	47	53	4,0	4,3	2,9	4,8	4,3	2,9	4,1	3,1	4,6	4,1	4,1	4,6	4,4	3,5	3,9	4,5	4,7	4,7	5,2	4,9	84	46	27	38
Alingsås lasarett	4,16	57	65	63	27	3,7	4,3	3,1	5,3	4,4	3,5	3,8	3,2	4,5	4,1	3,6	2,9	3,6	3,8	3,3	4,2	4,5	3,2	4,1	3,8	76	16	44	25
Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand	4,16	57	36	38	69	3,6	4,1	4,1	4,7	4,1	4,8	4,5	4,0	4,5	4,4	3,9	3,6	3,7	4,0	3,4	4,3	4,8	4,2	4,9	4,6	71	13	45	38
Landskrona lasarett	4,14	59	29	44	41	5,2	4,7	3,7	5,0	5,0	2,2	3,2	3,0	4,2	3,2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100	83	67	7
Östersunds sjukhus	4,10	60	51	41	35	4,8	3,6	3,9	4,4	4,1	4,9	4,5	3,9	4,4	4,6	3,3	4,0	4,1	4,4	3,8	4,2	5,3	3,9	5,3	4,9	63	59	39	41
Lasarettet Trelleborgs	4,00	61	45	63	70	4,3	3,4	3,9	4,6	3,9	2,4	3,3	3,1	3,9	3,4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	75	100	57	8
Lasarettet i Ystad	4,00	61	59	58	43	2,4	2,7	2,4	2,8	2,7	4,7	3,6	4,3	3,8	4,1	5,0	5,1	4,4	5,1	5,1	4,5	5,0	4,8	5,4	5,2	55	91	36	12
Södra Älvsborgs sjukhus	3,95	63	57	59	60	3,7	3,6	3,2	4,2	3,7	3,9	3,3	3,2	4,3	3,9	4,3	3,7	4,3	4,4	4,3	4,0	4,4	3,3	4,5	4,2	58	76	17	44
Lasarettet i Enköping	3,92	64	67	66	63	3,6	3,7	3,6	4,5	4,1	2,8	3,5	3,6	4,3	3,8	4,0	3,3	4,2	4,5	4,2	3,4	5,8	4,4	5,8	5,2	62	0	54	13
Kullbergssjukhuset Katrineholm	3,88	65	66	*	62	3,4	3,3	3,7	4,6	4,1	3,4	3,0	4,0	3,6	3,6	4,6	3,8	4,2	4,6	4,8	*	*	*	*	*	63	13	63	8
Skånes universitetssjukhus Lund	3,64	66	55	62	66	2,8	3,3	2,9	3,5	3,0	3,0	3,7	3,1	3,9	3,7	4,4	4,6	4,4	4,4	4,4	4,0	5,4	4,2	5,0	4,8	68	63	29	25
Oskarshamns sjukhus	3,60	67	62	50	68	4,1	4,0	2,9	4,0	3,5	2,4	3,0	3,8	3,0	3,0	4,9	4,9	5,1	5,4	5,1	4,7	5,0	3,7	5,2	4,8	50	43	78	10
Sollefteå sjukhus	3,18	68	64	52	49	3,4	3,3	2,9	4,3	3,7	4,0	3,2	3,4	3,5	3,2	3,6	4,5	3,4	3,9	3,5	5,0	5,6	5,4	6,0	5,6	50	22	44	11
<b>Summa</b>	<b>4,77</b>					<b>4,4</b>	<b>4,3</b>	<b>4,1</b>	<b>4,9</b>	<b>4,6</b>	<b>4,2</b>	<b>4,1</b>	<b>3,9</b>	<b>4,5</b>	<b>4,4</b>	<b>4,3</b>	<b>4,3</b>	<b>4,4</b>	<b>4,6</b>	<b>4,4</b>	<b>4,6</b>	<b>5,1</b>	<b>4,4</b>	<b>5,1</b>	<b>4,9</b>	<b>86</b>	<b>50</b>	<b>58</b>	<b>1623</b>

\*= Ingen data/för få svarande (färre än fem).

\*\*=Tidigare år har Region Västmanlands AT-orter redovisats separat i SYLF:s AT-ranking (Sjukhuset i Köping och Centrallasarettet Västerås)

## 3.1 Kvaliteten på AT

När de svarandes sammanfattande betyg på AT vägts samman visar resultatet ett genomsnittligt betyg på 4,77 för AT-ranking 2018. Detta är en ökning i jämförelse med föregående år och i nivå med år 2016. Förbättringen kan förklaras med att de topprankade sjukhusen har högre betyg än de sjukhus som föregående år hade motsvarande placering. Samtidigt visar resultatet att antalet sjukhus som har betyg lägre än 4,0 ökar i årets ranking och att lägsta nivån är lägre än föregående år. En hög högsta nivå på AT är positivt, på samma gång som det framkommer att det finns stora brister inom AT – inte minst tendensen till en växande klyfta mellan toppen och botten av rankingen.

### 3.1.1 AT-läkares berättelser om utbildningstjänsten AT

Syftet med AT är att säkerställa att läkare med svensk legitimation har god insikt och tillräckligt med förståelse för yrket innan de förväntas utöva hälso- och sjukvårdens basrutiner självständigt. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter är AT en kombination av ”utbildning samt läkararbete under professionellt ansvar för att ge klinisk träning och introduktion i arbetslivet” (SOSFS 1999:5 §4). Därmed bör AT betraktas som en utbildningstjänst, men ett återkommande tema ur AT-läkares fritextsvar är hur de upplever att detta inte efterlevs. Istället beskriver AT-läkare en utbildningstjänst där handledningen och instruktion bortprioriteras och där utbildningen uteblir. Två AT-läkare sammanfattar sin upplevelse av AT med följande:

*”Jag känner inte att jag fått ut tillräckligt från AT. Jag känner dessutom att vi utnyttjas som billig arbetskraft samt att man prioriterar att bemanna klinikerna hellre än att fokusera på vår utbildning.”*

*”Bristande handledning samt att utbildningsdelen av tjänsten nedprioriteras regelmässigt till förmån för verksamhetens behov.”*

Fritextsvaren visar också att AT inte är immun mot utmaningarna inom hälso- och sjukvården i stort. Ett återkommande tema är AT-läkare som beskriver en situation där de upplever att de anställts för att fylla luckorna i schemaraderna, framförallt på akutmottagningarna och under jourtid. Berättelser om en pressad verksamhet, tillsammans med personalbrist inom samtliga yrkeskategorier av sjukvården gör att många känner sig som billig arbetskraft som ska täcka underbemanningen snarare än att utbildas och förberedas inom yrket. På samma gång leder detta till att många upplever en hög arbetsbelastning då man som lägst i läkarhierarkin förväntas ställa upp när det behövs. Några AT-läkare beskriver sin situation:

*”Alla är stressade och pressade överallt inom vården, det märks och det märks framförallt för oss under utbildning, i form av bristande engagemang pga. tidsbrist, press med mera.”*

*”Fördelar: trevliga och hjälpsamma kollegor med god kompetens, mestadels lärorikt. Nackdelar: utbildningen påverkas av platsbrist och sjuksköterskebrist vilket genererar mkt stress, hoppiga placering på medicinblocket, sjukskrivningar [och] därmed en stressigare arbetsmiljö där man ej har tid att läsa på.”*

AT-läkare beskriver också att de är besvikna över löften som inte uppfyllts som exempelvis utebliven studiepott, möjligheten att delta på utbildningar och inställda utbildningstillfällen. Många gånger beror detta på att sjukhusen måste omprioritera på grund av att personalen behövs inom vårdproduktionen. Här har sjukhusen ett ansvar att planera och bemanna på ett sätt så att det inte går ut över AT-läkares utbildning.

*”Jag hade önskat mer utbildning inom ramen för AT. Vissa placeringar innebär hög arbetsbelastning, och ibland kan jag då uppleva att utbildningsbiten faller bort.”*

*”Dåligt med studietid, utbildning, 0 feedback. Svårt att få ut sin ”studiepott” trots att de pratar mycket om denna vid anställningen.”*

Precis som tidigare år är en ofta förekommande kritik av AT-placeringen bristen på handledning. Detta kan delas in i tre kategorier; de som inte överhuvudtaget får handledning, de som endast får enstaka handledningstillfällen och de som får handledning av läkare som ännu inte blivit specialister. Detta förekommer trots att det står tydligt i Socialstyrelsens målbeskrivning att AT-läkaren ska handledas

”regelbundet” och att detta ska ske av en ”specialistkompetent läkare” (SOSFS 1999:5: §9). Det är oftast även under dessa möten AT-läkaren har möjlighet att kunna reflektera över sin placering och sin utveckling i en annars pressad verksamhet. SYLF anser att handledning ska betraktas som en icke-förhandlingsbar del av AT snarare än vad det idag verkar vara en förmån. AT utan handledning eller utan behöriga handledare innebär i praktiken att AT-läkaren inte uppfyller Socialstyrelsens krav på legitimation. I teorin kan AT-läkare som inte fått handledning eller fått handledning av en icke-specialistkompetent läkare bli underkända av Socialstyrelsen.

*Bristande introduktion och handledning på klinikerna. Viktigare att fylla en rad på akuten än att man faktiskt lär sig något.*

Av de AT-läkare som är nöjda med sin placering lyfter många fram en engagerad AT-chef eller ledning som en viktig orsak. Många lyfter även fram tillgången AT-råd och AT-centrum som ett viktigt sätt att påverka sin AT och öka samvaron. En liknande förklaring kan även ges till varför mindre sjukhus har lättare att uppnå höga betyg i SYLF:s AT-ranking i jämförelse med större sjukhus. I de mindre sjukhusen är beslutsvägarna generellt kortare och man har lättare att bli igenkänd av kollegor vilket ökar samvaron. Många mindre sjukhus som har svårt att rekrytera ser även AT som ett långsiktigt rekryteringsverktyg. De är därför mer beroende av att erbjuda hög kvalitet på AT, som ett sätt att säkra framtida personalförsörjning. Stora sjukhus behöver däremot inte alltid vara lika med rankingens botten och små sjukhus med rankingens topp. Tidigare år har exempelvis Sahlgrenska sjukhus varit i toppen av rankingen och Örebro Universitetssjukhus klättring de senaste åren visar att det går att göra skillnad på AT. Även förhållandevis stora sjukhus är återkommande i

s topp och mindre sjukhus i rankingens botten. Nedan är ett exempel på en AT-läkare som är nöjd med sin placering i ett av de förhållandevis stora sjukhusen:

*”Sjukhus som satsar på AT-läkarna med utbildningsdagar, torsdagsföreläsningar, utbildningsresa, studiepott. Man är en del av verksamheten och värdesätts samt respekteras. Eget AT-centrum. Bra stämning bland AT-läkarna och övriga på sjukhuset.”*

Utifrån AT-läkarnas berättelser är det tydligt att det både krävs lokala förändringar på sjukhusen och åtgärder på högre nivå som exempelvis fler anställda inom sjukvården och bättre statistik om sjukvården. Det är viktigt att bristerna inom AT uppmärksammas och tas på allvar. Den rådande situationen kan beskrivas som allvarlig då många av bristerna som lyfts fram är i direkt konflikt med Socialstyrelsens krav på AT. En urholkad AT med varken utbildning och handledning hotar grundtanken med AT som utbildningstjänst och introduktion till läkaryrket. Bortprioriteringen av utbildning till förmån för vårdproduktion leder till att AT-läkare går miste om erfarenheter och kompetens från seniora läkare vilket på långsikt får konsekvenser för den medicinska kvaliteten. AT:s kvalitet måste hålla en hög nivå i hela landet då det både gynnar AT-läkarnas yrkesprogression och patienternas tillgång till en god och jämlik hälso-och sjukvård.

## **3.2 Bästa orter per placering**

Genomsnittsbetygen på respektive delplacering ligger i fas med föregående år, men också i år lyckas kirurgi-placeringen få ett marginellt förbättrat sammanvägt betyg. Det är framförallt introduktionen och handledningen som har fått högre betyg i år jämfört med tidigare år på kirurgi-placeringen. Allmänmedicin håller i genomsnitt högst kvalitet av delplaceringarna, följt av medicinplaceringen och därefter följer kirurgi-placeringen och psykiatriplaceringen som har samma sammanvägda betyg.

### **3.2.1 Bästa medicinort**

Avesta lasarett är Sveriges bästa medicinort med ett sammanvägt betyg på 5,9 följt av Västerviks sjukhus med 5,7 och Lasarettet i Motala med 5,4. Avesta Lasarett och Västerviks sjukhus var även i toppen av listan föregående år. I år lyfter AT-läkarna på de högst rankade orterna fram handledningen och kollegiala stödet som viktiga orsaker. Vidare lyfts även fram god tillgång till instruktion och andra kollegors engagemang på placeringen, vilket möjliggör för AT-läkarna att kontinuerligt utvecklas på delplaceringen.

I botten av listan finns Skaraborgs sjukhus Skövde, Skånes universitetssjukhus Lund och Lasarettet i Ystad vars placering håller lägst nivå av alla delplaceringar. Stora kvalitetskillnader inom klinikerna på delplaceringen och hög arbetsbelastning utan tillräckligt med stöd är några exempel på orsaker till varför dessa sjukhus hamnar i botten av rankingen. På lasarettet i Ystad lyfter AT-läkare dessutom fram att de inte haft möjlighet att få kompensation vid övertidsarbete. SYLF anser att det är av stor vikt att AT-läkare få rättvis kompensation vid övertidsarbete om det inte finns lokala överenskommelse som förhandlat bort detta till förmån för annan kompensation.

**Tabell 2. Bästa medicinort**

	Introduktion	Handledning	Formell med.utb	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg
Avesta lasarett	5,6	5,7	5,7	5,9	5,9
Västerviks sjukhus	5,2	5,5	5,1	6	5,7
Lasarettet i Motala	5,1	5,3	5,2	5,4	5,4
Skaraborgs sjukhus Skövde	4,2	3,2	3	3,2	3,4
Skånes universitetssjukhus Lund	2,8	3,3	2,9	3,5	3
Lasarettet i Ystad	2,4	2,7	2,4	2,8	2,7

### 3.2.2 Bästa Kirurgiort

Sjukhuset Torsby är Sveriges bästa kirurgiort med ett sammanvägt betyg på 5,5. Placeringen bakom Sjukhuset delas av tre sjukhus vilka är Skaraborgs sjukhus Skövde, Västerviks sjukhus, Gällivare sjukhus vilka alla har ett sammanvägt betyg på 5,3. Förutom Västerviks sjukhus är alla sjukhus nya i toppen av rankingen för i år. Samtliga lyfter fram det kollegiala stödet som mycket bra men trots det höga betyget påpekar många att det stundtals är väldigt hög arbetsbelastning. AT-läkarna upplever dock ett gott stöd under dessa tillfällen - framförallt ett bra bakjoursstöd.

I botten av kirurgi placeringen finns Landskrona lasarett, Sollefteå sjukhus och Oskarshamns sjukhus. Tvärtom mot de topprankade sjukhusen upplever många på dessa sjukhus en hög arbetsbelastning men utan stöd. På Landskrona Lasarett samt Oskarshamn sjukhus var även avsaknaden av introduktion påtagligt. En AT-läkare från ett av de bottenplacerade skriver såhär:

*Allt för stort ansvar. Ensamma nattjourer utan narkos på huset. Dygnsjourer. Vi var alla som urvridna trasor i slutet av blocket.*

**Tabell 3. Bästa kirurgiort**

	Introduktion	Handledning	Formell med.utb	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg
Sjukhuset Torsby	4,7	4,9	4,8	5,6	5,5
Skaraborgs sjukhus Skövde	5,1	5,2	4,4	5,5	5,3
Västerviks sjukhus	5,5	4,9	4,1	5,5	5,3
Gällivare sjukhus	4,9	3,1	4,1	5,6	5,3
Landskrona lasarett	2,2	3,2	3	4,2	3,2
Sollefteå sjukhus	4	3,2	3,4	3,5	3,2
Oskarshamns sjukhus	2,4	3	3,8	3	3

### 3.2.3 Bästa psykiatriort

Förgående år delade Högländssjukhuset Eksjö-Nässjö och Västerviks sjukhus utmärkelsen som bästa psykiatriort, men i år sticker Högländssjukhuset Eksjö-Nässjö ifrån och är ensam bästa psykiatriort.

Istället delar Västerviks sjukhus och Värnamo Sjukhus på andraplatsen. På Höglandssjukhuset Eksjö-Nässjö och Västerviks sjukhus får det kollegiala stödet högsta möjliga betyg. Utöver detta framkommer det ur fritextsvaren att många AT-läkare är nöjda med sin handledning och utbildningen på placeringen.

*Bästa placeringen på sjukhuset, hängivna doktorer som alltid tar sig tid till att svara på frågor. Bra handledning med möjlighet till diskussion. Tacksamt med utvalda "utbildningsdagar" en/vecka.*

Lägst sammanvägt betyg får Alingsås lasarett följt av Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand och Kalix sjukhus. I Alingsås lasarett är AT-läkarna kritiska till bristen på handledning och instruktion samt att man placerades ensamma på mottagningen under semestertider. Det viktigt att bemanna sjukhuset så att AT-läkare har gott stöd från ansvariga läkare på plats i sjukhuset. AT-läkare är där i första hand för att utbilda sig och då är det viktigt att det finns tillräckligt med stöd på plats. Kalix sjukhus fortsätter att vara i botten av listan men däremot kan det noteras att sjukhuset fått högre betyg inom samtliga kategorier i jämförelse med föregående år. Det visar på att man har tagit till sig av AT-läkares kritik håller på att förbättra sig men att man behöver öka tempot i utvecklingsarbetet.

**Tabell 4. Bästa Psykiatriort**

	Introduktion	Handledning	Formell med.utb	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg
Höglandssjukhuset Eksjö-Nässjö	5,6	5,7	5,7	6	5,8
Västerviks sjukhus	5,2	5,1	5	6	5,7
Värnamo sjukhus	5	5,5	5,5	5,7	5,7
Kalix sjukhus	3,6	3,8	3,2	3,6	3,4
Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand	3,9	3,6	3,7	4	3,4
Alingsås lasarett	3,6	2,9	3,6	3,8	3,3

### 3.2.4 Bästa Allmänmedicinort

Årets bästa allmänmedicinort toppas av Hudiksvalls sjukhus följt av Visby lasarett och Avesta lasarett. AT-läkarna på dessa orter ger höga betyg på samtliga kategorier och det som sticker ut är det kollegiala stödet på Hudiksvalls sjukhus och Visby Lasarett. Den formaliserade utbildningen på Visby lasarett och Avesta lasarett är också framgångsfaktorer. Lägst betyg får allmänmedicinplaceringarna Karolinska universitetssjukhuset Solna, följt av Alingsås lasarett och Vrinnevisjukhuset Norrköping. Karolinska universitetssjukhuset Solna hamnar för andra året i rad på en bottenplacering vad gäller allmänmedicinplaceringen och i år har sjukhuset lägre sammanvägt betyg på placeringen än föregående år. Sjukhuset måste nu ta till sig av detta och genomföra rejäla åtgärder för att vända den negativa trenden.

Allmänmedicin är den delplaceringen som flest AT-läkare är nöjda med och över hälften av AT-läkarna som fullgjort delplaceringen ger ett betyg på minst 5,0. Populariteten på allmänmedicinsplaceringen har flera förklaringar. Den sker under en längre tid och organisationen är oftast mindre då placeringen sker på vårdcentral till skillnad från sjukhus. Detta gör det lättare för AT-läkare att bli en del av verksamheten och påverka sin arbetsmiljö. Till skillnad från slutenvårdsplaceringar finns det även större möjligheter att få inflytande över arbetstid, studietid och handledning då allmänmedicin är en mottagningsspecialitet. Detta visar att när AT får rätt förutsättningar att vara den tilltänkta utbildningstjänsten, istället för en utfyllnadstjänst för ordinarie bemanning, så är det en väldigt givande del av läkares yrkesprogression.

**Tabell 5. Bästa Allmänmedicinort**

	Introduktion	Handledning	Formell med.utb	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg
Hudiksvalls sjukhus	5,4	5,6	5,1	5,9	5,8
Visby lasarett	5,7	5,7	5,9	5,9	5,7
Avesta lasarett	5,8	5,7	5,9	5,6	5,7
Vrinnevi sjukhuset Norrköping	3,2	5,1	2,3	4,6	4
Älingsås lasarett	4,2	4,5	3,2	4,1	3,8
Karolinska univ. sjukhuset Solna	2	4,2	3,2	3,6	3

### 3.2.5 Annat tjänstgöringsavsnitt

Utöver de fyra obligatoriska tjänstgöringsavsnitten inom medicin, kirurgi, psykiatri och allmänmedicin erbjuder vissa AT-orter specialutformade block (t.ex. akutsjukvårdsblock) eller en valfri period där AT-läkare kan utforska olika kliniker. I årets AT-ranking hade de svarande därför möjlighet att ge ett omdöme om hur de upplevde sådana block. Resultatet visar att AT-läkarna generellt är nöjda med dessa placeringar och ger dem i genomsnitt ett sammanvägt betyg på 5,0. Många understryker betydelsen av att de får välja ett intresseområde som något positivt men beskriver även placeringen i många fall som ren auskultation då placeringarna är för korta för att man ska kunna arbeta självständigt. En annan problematik med dessa placeringarna är att de inte är reglerade i AT-föreskriften. Det är därför oklart i vilken utsträckning det finns uppsatta mål och relevanta utbildningsplaner för AT-läkarna samt vilka skyldigheter arbetsgivaren har under dessa placeringarna. SYLF är därför skeptiskt till en förlängning av AT för att "testa på" andra specialiteter även om idén är god och det får ett gott omdöme av AT-läkarna. Istället skulle det vara önskvärt att detta sker efter legitimation för att minska kötiderna för AT och att man ska kunna tillgodoräkna sig perioden inom en specialisttjänstgöring.

### 3.3 AT:s längd och form

Längden på AT regleras idag i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) där det står att AT ska minst omfatta 18 månaders klinisk tjänstgöring. SYLF anser att kravet på 18 månaders AT ska vara normen eftersom Socialstyrelsen bedömt att legitimation ska kunna uppnås inom denna period. En viss förlängning AT kan vara berättigad vid exempelvis möjlighet till avlönad forskningstid, ledarskapsutbildning eller liknande. I sådana fall bör även AT-läkares lön övergå till legitimations lön efter 18 månader då engagerade AT-läkare som aktiv väljer att förlänga sin AT inte ska missgynnas. AT-tjänster bör däremot inte användas för att täcka upp luckor på sjukhusen genom att använda AT-läkare som billig arbetskraft.

Årets undersökning visar ännu en gång att 21 månaders AT är den vanligaste AT-formen, följt av 18 månaders AT och Forskar-AT. Av de som gör en förlängd AT på 21 månader anger endast 32 procent att det bland annat ingår ett tjänstgöringsavsnitt utanför de obligatoriska blocken (medicin, kirurgi, psykiatri och allmänmedicin) i deras AT. Detta visar att den förlängda AT i många fall inte tillför något extra till utbildningen utan enbart är en förlängning av en utbildningstjänst som skulle kunna fullgöras på 18 månader. AT:s utformning påverkar inte heller betygsättningen på AT i samma utsträckning som lokala förhållanden. Att 21 månaders AT är den vanligaste formen av AT är en utveckling som måste brytas, framförallt i en tid då det råder brist på AT-platser. En snabbare väg till legitimation skulle gynna patienter, läkare och sjukhusen samt på sikt öka tillgången till specialistläkare.

Tabell 6. Form av AT, procent

Nuvarande AT-form	Andel	
	21 mån AT	72
	18 mån AT	17
	forskar-AT	7
	Primärvårds- AT	1
	Annan	2
	Total	100

### 3.3.1 Önskad form av AT

En vanlig förklaring till varför det är vanligare med en förlängd AT på 21 månader istället för 18 månader är enligt sjukhusen att AT-läkarna i större utsträckning vill ha en förlängd AT. SYLF har därför undersökt vilken form som AT-läkarna föredrar vilket redovisas i tabellen nedan.

Tabell 7. Faktisk form av AT respektive önskad form, procent

Önskad AT-form							
Nuvarande AT-form		18 mån	21 mån	Forskar-AT	Primärvårds-AT	Pedagogisk-AT	Annan
	18 mån	92	2	3	1	1	1
	21 mån	37	58	2	1	1	1
	Forskar-AT	9	4	86	0	0	1
	Primärvårds-AT	27	0	5	68	0	0
	Pedagogisk-AT	20	0	0	0	80	0
	annan	33	17	10	0	0	40
	<b>Totalt</b>	<b>44</b>	<b>42</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

Tabellen visar att 18 månader AT är den mest efterfrågade AT-formen i förhållande till antalet platser. Hela 92 procent av svaranden som gör en 18 månaders AT anger att det är den önskade formen av AT som de vill göra. Detta kan jämföras med svarande som gör 21 månaders där endast 58 procent anger att de önskade att göra 21 månaders AT. Resultatet visar också att 21 månaders AT är minst populärt som förstahandsval i jämförelse med andra väletablerade AT-former. Även bland AT-läkare som får möjligheten att "testa på" ett tjänstgöringsavsnitt utanför de obligatoriska blocken inom AT så anger var tredje att de skulle föredra en 18 månaders AT istället för 21 månader. Därmed pekar resultatet på att en stor andel av AT-läkare i första hand föredrar en snabb väg till legitimation.

## 3.4 Arbetsmiljö

Läkarnas arbetsmiljö är en förutsättning för att kunna erbjuda en god och säker vård. Men statistik visar att sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa har de senaste åren ökat, framförallt bland unga kvinnliga läkare (Ström 2017). Sveriges läkarförbund undersökning från 2017 visar dessutom att en av fyra läkare utsatts för hot eller våld men att det är väldigt få som anmäler detta (Sveriges Läkarförbund 2017). Metoo rörelsen visade också utsattheten för yngre läkare (oftast kvinnliga) och deras utsatthet för trakasserier då man i många fall har en beroendeställning gentemot äldre kollegor. Det är arbetsgivaren som har det yttersta ansvaret för arbetsmiljö men en förutsättning för att arbetet ska bli effektivt är att arbetstagarna deltar och har inflytande över sin arbetsmiljö.



**Tabell 8. AT-läkare som upplever att de kan påverka sin arbetsmiljö, procent.**

	Total
Ja	58
Nej	42

Av de svarande upplever 58 procent att de kan påverka sin arbetsmiljö och det finns inga större skillnader mellan män och kvinnor. Anmärkningsvärt med resultatet är att läkare som upplever att de kan påverka sin arbetsmiljö rankar sin arbetsplats ett helt betygssteg högre än AT-läkare som upplever att de inte kan påverka arbetsmiljön. Detta kan förklaras med att AT-läkare inom dessa arbetsplatser känner en större delaktighet och kan förbättra det som inte fungerar redan under AT-tiden. Således är en trivsamt arbetsmiljö även en förutsättning för en god utbildningsmiljö. Det bör även understrykas att i två av de tre topprankade sjukhusen upplever samtliga att de kan påverka sin arbetsmiljö. En AT-läkare från Västerviks sjukhus skriver:

*"Lyhörda kollegor, mycket bra AT-ansvariga/handledare/chefer, APT för enbart AT-läkarna har vi haft (och fått gehör för samtliga saker som tagits upp - och sen har det skett förändring)"*

### 3.4.1 Läkares upplevelser av arbetsmiljö

Det finns flera gemensamma teman som AT-läkare berör i cirka 300 fritextsvaren från de svarande. Ett vanligt tema är upplevelsen av att påverkansmöjligheterna kan variera beroende på vilken klinik AT-läkaren befinner sig på. Många upplever möjligheten att påverka sin arbetsmiljö som större i vårdcentraler och på mindre sjukhus, medan inom större organisationer upplevs beslutsvägarna längre ifrån AT-läkarna. Här kan en ansvarig AT-chef ha en betydelsefull roll då blir en tydlig motpart till AT-läkarna som i många fall kan befinna sig i en beroendeställning mot ansvariga på klinikerna. Även formella forum som exempelvis AT-råd och APT lyfts fram som en god påverkanskanal som ger bättre förutsättningar att påverka arbetsmiljön.

*"Flera kanaler att påverka på med engagerad AT-chef som inte räds att ryta till mot klinker/avdelning när behov finns för att förbättra för oss AT-läkare."*

*"Sedan en AT-chef tillsattes har detta blivit mkt bättre"*

*"Det är nära till AT-chefen och vi i AT-gruppen har fått igenom flera av våra önskemål"*

*"Aktiv i AT-rådet som fått igenom många förbättringsarbeten"*

Många AT-läkare anger också att inflytandet över arbetsmiljön inte enbart beror på den egna chefens samarbetsvilja men också chefens möjlighet att få gehör av ledningen. I praktiken innebär detta att upprättande av AT-råd och APT inte är en garanti för bättre inflytande över arbetsmiljö utan det måste finnas ett genuint intresse från hela organisationen. Många av arbetsmiljöproblemen som beskrivs av AT-läkarna berör även strukturella problem inom sjukvården som exempelvis personal- och vårdplatsbrist. Akutklinikerna är ett ofta förekommande exempel där hög arbetsbelastning, indragna raster och långa pass bidrar till en dålig arbetsmiljö. Här behövs större politiska reformer och förändringar både inom landsting och på nationell nivå för att möta hälso-och sjukvårdens utmaningar.

*"Upplever att AT-chefen har för lite kunskap om och inflytande över vad som sker på sjukhusklinikerna. APT och liknande, vilket hålls med AT-chefen, blir därför ett tandlöst verktyg för att påverka den dagliga arbetsmiljön"*

*"Lyhörd AT-chef som ger utrymme för förbättringsarbete. Jag tycker dock att det största problemet i min arbetsmiljö är dålig patientsäkerhet pga. vårdplats- och sjuksköterskebrist och detta känner jag inte att jag har möjlighet att påverka."*

I flera av fritextsvaren framkommer det också att AT-läkarnas synpunkter inte tas på allvar på klinikerna då de betraktas som tillfälliga medarbetare. Många gånger går det även för långsamt vilket gör att AT-läkarna fortsätter att arbeta under dåliga förhållanden tills de hunnit gå vidare. Detta resulterar till sämre

upplevd inflytande över arbetsmiljö och frustration över att inte kunna påverka. SYLF vill understryka att samtliga medarbetare ska omfattas av arbetsmiljölagstiftningen. Arbetsgivaren har det yttersta ansvaret att förebygga arbetsmiljörisker både för tillsvidareanställda och för tillfälliga utbildningstjänster.

### 3.4.2 Deltagande i utvecklingsarbete

Klinikens utvecklingsarbete är en viktig del av AT. Det är sätt att påverka sin arbetsmiljö, patientsäkerheten och öva på ledarskap. SYLF:s AT-ranking visar att 56 procent av AT-läkarna anger att de deltar regelbundet i klinikens utvecklingsarbete, vilket är en liten förbättring i jämförelse med föregående år. Vidare så visar resultatet att AT-läkare är mer nöjda med AT:s kvalitet när de får delta i klinikens utvecklingsarbete. Skillnader mellan män och kvinnor är inte särskilt påtagliga men däremot visar resultatet att läkare med examen från Sverige deltar i mindre utsträckning i klinikens utvecklingsarbete än läkare med utländsk examen. Det går däremot inte att utröna ur den befintliga data vad detta beror på.

**Tabell 9. Andel AT-läkare som deltar i klinikens utvecklingsarbete per kön och examensland, procent**

	Kvinna	Man	Svenskexamen	Examen från EU/EES	Examen utanför EU/EES
Ja	56	57	55	65	65
Nej	44	43	45	35	35

Av de som anger att de inte deltar i klinikens utvecklingsarbete är de två vanligaste orsakerna, att de antingen inte blir inbjudna till dessa möten eller att de inte får tid avsatt för detta. Detta är anmärkningsvärt då det i Socialstyrelsens föreskrifter om allmäntjänstgöring ställs krav på att AT-läkare ska "regelbundet beredas möjlighet att delta i arbetsledning och ges inblick i administrativa rutiner, såsom verksamhetsplanering och uppföljning samt formerna för medbestämmande" (SOSFS 1999:5: §6). För AT-läkare är deltagandet i klinikens utvecklingsarbete ett tillfälle för AT-läkare att lära sig att delta i sådana sammanhang, få kontakt med seniora kollegor och ta del av deras kunskaper. Vidare kan AT-läkares relativt färsk medicinska kunskaper och nya perspektiv bidra till förbättringar och effektivisering av klinikens verksamhet. Följaktligen anser SYLF att det gynnar AT-läkare, klinikens verksamhet och kollegorna om deltagandet på klinikens utvecklingsarbete uppmuntras.

**Tabell 10. Varför deltar du ej regelbundet i klinikens utvecklingsarbete? Procent av ja-svar**

Anledning	
Ej inbjuden	59
Får ej tid avsatt	50
Saknar intresse	34
Känner mig ej välkommen	18
Annat:	13

### 3.4.3 Ensamjour

AT-läkare är en mycket kompetent grupp då de har minst 5.5 år utbildning och arbetat i genomsnitt i tio månader innan AT. Att vara ensam jourhavande är dock ett stort ansvar och kan vara mycket stressigt. En erfaren bakjour eller en legitimerad kollega som primärjour på akuten är ingen garanti för att AT-läkaren får rätt stöd då dessa inte alltid är tillgängliga när hjälpen behövs.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) är kritiska till olegitimerade läkares ensamarbete som jour på akutmottagningarna. Bland annat fattade de beslut om att läkare innan AT inte skulle få arbeta utan tillgång till legitimerad läkare på plats. SYLF anser att även AT-läkare inte ska utföra ensamjour utan en legitimerad läkare inom samma specialitet tillgänglig på sjukhuset som stöd. Det är viktigt att AT-läkares kliniska kompetens utvecklas under trygga och patientsäkra förhållanden och därför är en successiv introduktion ett mer rimligt tillvägagångssätt. I fritextsvaren anger flera AT-läkare vikten av att känna sig trygg och ha ett gott stöd under jourerna.

**Tabell 11. Har du tjänstgjort utan legitimerad kollega tillgänglig på sjukhuset/jourcentralen eller akutmottagningen under någon av placeringarna? Procent Ja-svar**

	Medicin	Kirurgi	Psykiatri	Allmänmedicin
Ensamjour utan leg. läk. på sjukhuset/jourcentralen	17	18	48	10
Ensamjour utan ansvarigt leg. läk. på plats på akutmottagningen	32	39	56	10

Tabellen visar hur stor andel av de svarande som genomfört ensamjour på sjukhus/jourcentral och på akutmottagningen. Resultatet visar att förekomsten av ensamjour på akutmottagningen är vanligare än sjukhus/jourcentralen. Återigen är det inom psykiatriplaceringen där det förekommer mest ensamjourarbete för AT-läkarna och det är minst vanligt är det inom allmänmedicin. Årets resultat skiljer sig knappt från från tidigare år vilket visar att det knappt skett några framsteg inom det här området. Detta upplevs som ett stort arbetsmiljöproblem för många och en AT-läkare beskriver sin upplevelse:

*"Jag kände mig inte tillräckligt kompetent att fatta väl grundade beslut efter en månads arbete på kirurgen, det gjorde mig väldigt stressad eftersom jag vill kunna ge bra vård."*

### 3.4.4 Karriärbyte

För många läkare har valet av yrke krävt engagemang, tid och andra uppoffringar. Men läkaryrket är också en investering från samhällets sida och det därför är det viktigt att AT håller hög kvalitet. När ambitiösa underläkare varken känner att de får gehör eller kan förändra sin arbetssituation kan det i värsta fall leda till att läkare lämnar yrket. I årets undersökning anger hela 15 procent att de övervägt att byta yrke. I många fall hänger detta ihop med AT:s kvalitet då läkare i de lågt presterade AT-orterna i större utsträckning anger att de vill byta yrke. Detta är mycket allvarligt då brister i den lokala verksamheten kan dels få personliga konsekvenser för den enskilde men också nationella konsekvenser då kompetens riskerar att försvinna.

De vanligaste orsakerna till att AT-läkare vill byta yrke är dålig arbetsmiljö och en hög arbetsbelastning och därefter följer orsaker så som klinikens organisation, för hög jourbörda samt en dålig löneutveckling. Svaren pekar tydligt på att missnöjet ligger snarare i sjukvårdens organisation, styrsätt och kvalitet än själva yrkesrollen. Här bör både sjukvårdens huvudmän och verksamhetschefer lyssna på medarbetare och ta kritiken på allvar. Det är viktigt att få en bra start på yrkeslivet för att bli långvarig i yrket och kunna utvecklas till den läkare man vill vara. Frågor så som en rimlig arbetsbelastning och goda villkor är något som borde vara en självklart, annars är risken att läkare väljer att lämna yrket alldeles för tidigt.

**Tabell 12. Vilka är de viktigaste anledningarna till att du överväger att byta yrke? (välj max tre alternativ). Procent av de som överväger att byta yrke.**

Anledning	Procent
Dålig arbetsmiljö	63
För hög arbetsbelastning	59
Klinikens organisation och arbetssätt	28
För hög jourbörda	20
För dålig löneutveckling	19
Personliga skäl	15
Ingen möjlighet till flexibla arbetstider	14
Dålig utbildningsmiljö	14
Annat:	14
För mycket tid på akuten	5
Yrket är ointressant	3
Yrket har låg status	2

Dåliga möjligheter till chefs- och ledarskapsutveckling	1
Ingen möjlighet att forska	0

### 3.5 Individuell löneförhandling

I flera år har SYLF:s AT-ranking visat att AT-läkares lönesättningsprocess inte fungerar som det ska. AT-läkares lönesättning ska sedan 2011 vara fri-och individuell, vilket innebär att lönen ska bygga på förutbestämda kriterier som är accepterade, påverkbara och relevanta för arbetsuppgifterna samt ansvaret. Den individuella lönesättningen kan endast ersättas om lokala parter kommer överens om alternativa lönesättningsmodeller. SYLF anser att AT-läkare ska ha möjlighet att förhandla sin lön i god tid innan tjänsten tillträds med en chef som har mandat och förmåga att bedöma AT-läkares individuella kvaliteter

Årets resultat är inte annorlunda och återspeglar tidigare år. Hela 50 procent anger att de inte diskuterat sin lön innan de skrev på ett anställningskontrakt vilket också är en marginell försämring i jämförelse med tidigare år. Stockholm läns landsting är sämst i landet, följt av Region Västerbotten där andelen som löneförhandlat innan AT är knappt tio procent. I Stockholm läns finns det ett lokalt avtal med den lokala läkarföreningen där lönesättningen följer lokalt förhandlade nivåer. Lönen bör däremot förankras med AT-läkaren innan kontraktsskrivning. Desto bättre är det i Region Kronoberg där samtliga AT-läkare anger att de fick löneförhandla innan AT varav 95 procent fick göra det med en AT-chef. Orter med AT-chefer ökar sannolikheten att få löneförhandla men är inte en garanti för att löneförhandling ska ske.

**Tabell 13. Möjligheten att diskutera lön med en representant för arbetsgivaren innan kontrakt skrevs, procent.**

Nej	50
Ja - med verksamhetschef	2
Ja - med personalhandläggare	8
Ja - med studierektor	2
Ja - med AT-chef	36
Ja - med annan	2

Ett annat återkommande tema är att löneförhandlingarna som äger rum inte är riktiga löneförhandlingar, utan sker enbart på grund av formalia. Sju av tio AT-läkare som angav att de hade möjligheten att löneförhandla innan AT, upplever att de inte hade möjlighet att påverka sin lön under förhandlingen. Detta kan förklaras med att många chefer saknar lönesättningsmandat för att genomföra en ordentlig lönesättningsprocess. Vidare tyder det också på en föråldrad syn på AT-läkare som en likartad grupp, där tidigare meriter inte spelar någon roll. Detta är enormt resursslöseri då många AT-läkare har värdefulla erfarenheter från olika verksamheter så som forskning, sjuksköterskeexamen, entreprenörskap, fackligt engagemang, ledarskapsutbildning osv. Erfarenheter som kan förbättra vårdens kvalitet och utveckla verksamheten. I sin helhet är resultatet ett totalt misslyckande av arbetsgivarna att leva upp till kollektivavtalets intention när det gäller den individuella lönesättningsprocessen. Det har gått sju år sedan minimilönen avskaffades och fjorton år sedan tarifflönen försvann men trots detta är lönesättningsprocesserna under all kritik.

#### 3.5.1 Justering av lön

Till skillnad från läkare med fast anställning ingår inte AT-läkare i den årliga löneöversynen. Istället regleras AT-läkares lön i läkarnas kollektivavtal som sedan 2017 slår fast att AT-läkares lön *bör* omförhandlas efter 12 månaders anställningstid. Vår undersökning visar att hela 88 procent anger att de fick en justering av lönen efter 12 månader. Dock är det endast 11 procent som anger att de fick en justering av lönen genom en individuell bedömning. En klar majoritet av AT-läkarna anger att de fick en justering av lönen genom en fast lönetrappa. SYLF anser att en individuell bedömning efter 12 månader

skulle både gynna AT-läkare och arbetsgivare. När läkare har god kunskap om lönekriterierna och upplever delaktighet i lönesättningsprocessen ger det bättre möjligheter för dem ta ett större ansvar över sin utbildning-och arbetsmiljö. Vidare kan det vara ett sätt för verksamhetschefer att stimulera medarbetarna till att uppnå verksamhetsmålen och vara en del av utvecklingsarbetet på kliniken. På sikt kan detta leda till arbetsgivarna kan behålla sina anställda då medarbetarna känner att de har inflytande och får erkännande för sina insatser. Således är den nuvarande situationen för AT-läkarna beklagligt då den inte uppmuntrar till initiativ och omsätter inte läkarnas goda insatser till högre lön.

## 4. Slutsats

Dagens AT-läkare kommer ha avgörande roll i framtidens sjukvård. I en tid då svensk sjukvård måste ställa om, anpassa sig till ny teknik och nya arbetsformer kommer dagens AT-läkare att vara den stabila ryggraden som ska se till att svensk sjukvård fortsätter att hålla en hög medicinsk standard. Detta kräver emellertid att AT håller hög kvalitet och att man känner sig trygg med att utöva hälso-och sjukvårdens basrutiner efter en fullgjord AT.

Årets AT-ranking präglas dessvärre av berättelser där utbildningen på utbildningstjänsten AT bortprioriteras, där handledning betraktas som en förmån än en självklarhet och där klinikens schemarader styr AT-läkarnas utbildning istället för målbeskrivningen. En viktig orsak till detta är bemanningsproblematiken inom hälso-och sjukvården. Här har politikerna ett ansvar att samordna landsting och regioner samt utveckla strategier för att möta utmaningarna med personalförsörjningen. Arbetsgivarna måste i sin tur se till att de blir en attraktiv arbetsgivare som tar ansvar för sina medarbetare. Kortsiktiga lösningar som bortprioritering handledning och utbildning får långsiktiga konsekvenser som i slutändan drabbar den medicinska kvaliteten.

Problemen inom AT kan också ses som en kulturfråga. AT-läkare ses som tillfällig personal som endast ska tillgodose vårdproduktionen i väntan på legitimation. Den höga andelen AT-läkare som anger att de inte ens blir inbjudna till klinikens utvecklingsarbete är ett tydligt bevis på detta. AT-läkare måste ses som aktiva individer med olika egenskaper och kompetenser – en potentiell resurs som lika mycket som någon annan vill bidra till att förbättra sjukvården för sina patienter.

En bra AT kännetecknas av högkvalitet på delplaceringarnas moment; introduktion, handledning, kollegialt stöd och formaliserad medicinsk utbildning. Det är inte heller en slump att de svarande på topprankade sjukhusen har goda möjligheter att påverka sin arbetsmiljö. En AT som tillåter inflytande över arbetsmiljö och delaktighet i verksamheten värdesätts generellt högre av de svarande. Här kan en övergripande AT-ansvarig så som en AT-chef förbättra möjligheterna för AT-läkarna att få mer inflytande. Detta förutsätter dock att AT-chefen har ett starkt mandat från ledningen så att hen kan ta ett genuint arbetsgivaransvar.

I maj 2018 föreslog regeringen att slopa AT och införa bastjänstgöring (BT) för läkare (Socialdepartementet 2018). Förutsättningen för detta är att läkarutbildningen förändras till en sexårig legitimationsgrundande utbildning. Om förslaget går igenom är det viktigt att regeringen ställer krav på externa kvalitetsgranskningar så att introduktionen till svensk hälso-och sjukvård kontinuerligt utvärderas. I dagsläget när det inte finns krav på kvalitetsgranskning hålls ingen till svars när AT-brister. Det är därför viktigt att SYLF är en aktiv part i arbetet med den nya introduktionstjänsten, inte minst när föreskriften för bastjänstgöringen ska utarbetas. För att kunna kvalitetssäkra svensk hälso-och sjukvård är det viktigt att introduktionstjänsten håller hög standard- patienterna måste få en god, trygg jämlik vård i hela landet.

## Källförteckning

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

Socialdepartementet (2018). Kortare väg till att bli specialistläkare genom bastjänstgöring (Pressmeddelande från Socialdepartementet 2018-05-28) [Elektroniskt]

<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/05/kortare-vag-till-att-bli-specialistlakare-genom-bastjanstgoring/>

SFS 2010:1369 Patientsäkerhetsförordning. Stockholm. Socialdepartementet.

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

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

Sveriges Läkarförbund (2017). En av fyra läkare utsattes för hot och våld de senaste tolv månaderna (Pressmeddelande från Sveriges Läkarförbund 2017-09-27) [Elektroniskt]

[http://www.mynewsdesk.com/se/sveriges\\_lakarforbund/pressreleases/en-av-fyra-laekare-utsattes-foer-hot-och-vaald-de-senaste-tolv-maanaderna-2170391](http://www.mynewsdesk.com/se/sveriges_lakarforbund/pressreleases/en-av-fyra-laekare-utsattes-foer-hot-och-vaald-de-senaste-tolv-maanaderna-2170391)