



SYLF:s AT-ranking 2014

Förord

Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF) organiserar underläkare och är den näst största yrkesföreningen inom Sveriges läkarförbund. Föreningen har cirka 9700 medlemmar fördelade på 28 lokalavdelningar. SYLF arbetar bland annat med utbildningsfrågor, arbetsmarknadsfrågor, arbetsmiljöfrågor och sjukvårdsorganisatoriska frågor.

Läkarnas allmäntjänstgöring (AT) syftar till att ge AT-läkaren "en god förmåga att självständigt och med hög säkerhet kunna utföra de medicinska basrutinerna i hälso- och sjukvården"¹. För att få påbörja AT krävs avlagd läkarexamen. AT ska göras i blockförordnande och omfatta minst 18 månader klinisk tjänstgöring fördelade mellan medicin, kirurgi, psykiatri och allmänmedicin.² Anställning under AT kan inte vara vikariat utan ska ske under viss tid. Möjligheten att byta AT-ort efter påbörjad AT är mycket begränsad. Med AT-läkare avses läkare som fullgör AT. AT är målstyrd. Det innebär att innehållet i tjänsten ska motsvara de mål som Socialstyrelsen fastställt gällande kunskaper, färdigheter och förhållningssätt för att erhålla läkarlegitimation. AT examineras genom ett skriftligt respektive ett muntligt prov, varav det senare kan ersättas av medsittning med specialist under respektive placering under AT. Efter fullgjord AT och godkända provresultat erhåller läkaren legitimation.

SYLF genomför sedan 2000 en årlig ranking av landets AT-orter i syfte att undersöka kvaliteten på AT. 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. Tanken är att rankingen ska vara en informationskälla för blivande AT-läkare och motivera arbetsgivarna till att förbättra allmäntjänstgöringen. Rankingen baseras på enkätsvar från SYLF-medlemmar som genomför eller nyligen avslutat AT. Undersökningen bygger på AT-läkarnas egna erfarenheter och belyser dels aspekter som kvaliteten på handledningen, introduktionen och det kollegiala stödet under de olika placeringarna under AT och dels mer 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.

SYLF vill tacka alla de AT-läkare som besvarat årets AT-enkät. Utan er, ingen ranking! SYLF vill även tacka de underläkare och AT-ansvariga som ställt upp på fördjupande telefonintervjuer utifrån enkätresultaten. Tack vare er kan vi i år lyfta särskilt många goda exempel, och ge fler förklaringar till mindre goda resultat.

Läs mer om SYLF på www.sylf.se

Stockholm, september 2014

Emma Spak
Ordförande SYLF
emma.spak@sylf.se

Kajsa Holmberg
Utredningssekreterare SYLF
kajsa.holmberg@sylf.se

¹ 2 kap, 1 § 1st. SOSFS (1999:5) Socialstyrelsens föreskrifter om allmäntjänstgöring för läkare.

² 3 kap, 2 § SFS (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

INNEHÅLL

1. SAMMANFATTNING	4
2. DATA	4
2.1 MÅTT OCH BEGREPP.....	5
2.2 URVAL	5
2.3 ATT MÄTA KVALITETEN PÅ AT	6
3. RESULTAT	8
AT-RANKINGLISTAN 2014	10
3.1 KVALITETEN PÅ AT	13
3.1.1 Bästa medicinort.....	13
3.1.2 Bästa kirurgiort	14
3.1.3 Bästa psykiatriort.....	15
3.1.4 Bästa allmänmedicinort.....	15
3.1.5 Små och stora sjukhus.....	16
3.2 AT:S FORM OCH LÄNGD.....	16
3.3 EXAMENSLAND.....	18
3.4 TIDEN INNAN AT.....	20
3.5 INDIVIDUELL LÖNESÄTTNING	22
3.6 ARBETSMILJÖ	24
3.6.1 Deltagande i utvecklingsarbete	25
3.6.2 Ensamjour	25
3.6.3 Karriärbyte	27
3.6.4 Sjukdom	28
4. SLUTSATSER – VAD KÄNNETECKNAR EN BRA AT-ORT?	29

1. Sammanfattning

Kiruna sjukhus är 2014 års bästa AT-ort! Därefter följer Avesta lasarett och på delad tredje plats sjukhusen i Lidköping, Sunderbyn, Västervik och på Åland. I botten placerar sig Sjukhuset i Arvika, Lasarettet i Enköping och Skånes universitetssjukhus i Lund.

Årets rankingrapport innehåller både glädjeämnen och oro. Andelen AT-läkare som upplever sig kunna påverka sin arbetsmiljö har ökat kraftigt från föregående år, och AT-chefer och AT-råd upplevs som genuint konstruktiva kanaler för AT-läkarinflytande. De topplacerade sjukhusen får de högsta sammanfattande AT-betygen som uppmätts på många år, och i Avesta respektive Västervik och Oskarshamn hittar vi kliniker som går mot strömmen och genom hög AT-kvalitet lyckats rekrytera framgångsrikt till bristspecialiteterna allmänmedicin och psykiatri.

Samtidigt får de bottenplacerade sjukhusen och klinikerna rekordlåga betyg. Det finns starka indikationer på att lönesättningsprocessen för AT-läkare inte fungerar, och hos de AT-läkare som fortsatt upplever sig sakna möjlighet att påverka sin arbetsmiljö är frustrationen stor. Många svarande beskriver en vardag där stress, hög arbetsbelastning och nedskärningar inom vården gör det svårt att vara den läkare man vill vara. Och samtidigt fortsätter väntetiderna till AT att öka.

2. Data

Det huvudsakliga dataunderlaget för AT-rankingen kommer från en webbaserad enkät som distribueras via e-post.³ Själv enkäten består av ett formulär med x huvudfrågor (se bilaga 1) uppdelade i kategorierna bakgrundsvariabler, AT:s kvalitet, lönesättning, tiden mellan läkarexamen och AT, arbetsmiljö och upplevd diskriminering. Svaren på frågorna i den sistnämnda kategorin redovisas senare under hösten 2014 i en separat rapport.

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 AT-läkare som tjänstgjort kort tid inte poängsätter AT-orten annorlunda än de som är i slutet av AT, 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 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 AT-ort under allmäntjänstgöringens gång.

I år har data från AT-enkäten kompletterats med kortare, ostrukturerade intervjuer med AT-ansvariga och underläkare på de orter som placerat sig i rankinglistans topp, klättrat ett stort antal placeringar, eller på annat sätt utmärkt sig under året. Ingen av intervjupersonerna har fått veta resultatet av rankingen, utan bara att deras ort haft en intressant utveckling under året, och att vi i år försöker samla in fördjupande information. Syftet med intervjuerna har varit att i högre utsträckning kunna resonera kring möjliga förklaringar till enkätresultaten och lyfta fram goda exempel, för att göra det lättare för både verksamhetschefer, AT-läkare och fackliga representanter att arbeta konstruktivt med rankingresultaten. Intervjuerna har inletts med öppna frågor kring AT-verksamheten under det gångna året. Intervjupersonerna har fått berätta fritt om hur AT fungerat, arbetet bedrivits, och om man förändrat något. I intervjuer med AT-ansvariga har det betonats att de själva får välja vad de vill fokusera på och framhålla som betydelsefullt. Följdfrågor har ställts för att fånga upp konkreta exempel, fördjupande information och bakgrunden till olika åtgärder. I de fall intervjupersonerna kontaktats för att deras AT-

³ E-postadresserna hämtas ur Sveriges läkarförbunds medlemsregister. Årets enkät skickades ut den 7 april 2014 och stängdes den 24 maj 2014. Där emellan skickades tre e-postpåminnelser, varav den sista endast gick till de som påbörjat men inte slutfört enkäten dagen före den stängdes.

ort utmärker sig för något specifikt, som en särskilt välfungerande klinik eller stort AT-läkarinflytande, har motsvarande öppna frågor ställts om arbetet med just den kliniken eller utbildningsaspekten.

Slutligen har vi även kompletterat enkätdata med Läkarförbundets och Sveriges Kommuner och Landstings partsgemensamma lönestatistik för 2013. Lönestatistiken omfattar alla AT-läkare verksamma i Sverige vid tillfället för uppgiftslämningen. Informationen har samlats in löpande och alla arbetsplatser har inte lämnat in löneuppgifter vid samma datum, men samtliga data gäller 2013 års lön. Arbetsplats anges i lönedatan genom organisationsnummer, och i de allra flesta fall även arbetsplatsnummer. För några arbetsplatser saknas dock det senare, vilket innebär att vi endast har uppgift om huvudmannen för anställningen – i de flesta fall ett landsting. I de enstaka fall arbetsplatsnummer saknas för mer än en arbetsplats i samma landsting är det därför inte möjligt att utifrån lönedatan koppla de berörda individerna till en viss arbetsplats. Detta gäller främst Skånes universitetssjukhus i Malmö och Lund samt Akademiska sjukhuset i Uppsala och Lasarettet i Enköping. De AT-läkare vid dessa sjukhus som besvarat AT-rankingen kan kopplas till sin arbetsplats även utan fullständig arbetsplatsinformation i lönestatistiken. För de som inte besvarat AT-enkäten är detta inte möjligt. Det innebär att lönedataunderlaget för de berörda sjukhusen är något mindre än för övriga sjukhus. Detta förhållande är naturligtvis inte optimalt, men då det inte finns något skäl att misstänka att lönenivå påverkar individens benägenhet att besvara AT-enkäten, och lönedatan här används för att undersöka förhållanden i AT-läkargruppen som helhet, är datan fullt användbar även med dessa begränsningar. Användningen av lönestatistiken innebär inte minst en stor förbättring jämfört med tidigare år då lönedata helt saknats.

2.1 Mått och begrepp

Varje betygsatt AT-ort motsvarar 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 det är detta sjukhus som är ytterst ansvarigt för kvaliteten även på de moment som utförs på annan ort. För detaljer kring vilka sjukhus som samarbetar och vilka AT-orter som tillämpar placeringar på flera sjukhus hänvisas till respektive AT-orts hemsida. Ålands centralsjukhus är det enda utländska sjukhus som inkluderas i rankingen, då de Åländska AT-läkarna utbildas på uppdrag av Uppsala läns landsting i enlighet med den svenska målbeskrivningen för AT.

Som mått på AT-läkarnas lön används månadslön, innan fasta tillägg och exklusive eventuell jour- eller övertidsersättning. Storleken på exempelvis jourersättning kan variera mycket kraftigt över tid, och då arbetsplatserna lämnat sina uppgifter vid olika tillfällen och AT-läkarna befinner sig i olika stadier av sin AT när detta sker är den rena månadslönen ett mer pålitligt mått. I de flesta fall överensstämmer en arbetsplats i den partsgemensamma lönestatistiken rakt av med en AT-ort i AT-rankingen, vilket gör den genomsnittliga månadslönen för ortens AT-läkare mycket enkel att beräkna. I de fall AT-orter är kombinationer av två eller fler arbetsplatser, som till exempel Falun/Ludvika, har den genomsnittliga månadslönen för AT-läkare på AT-orten Falun/Ludvika beräknats som genomsnittet av alla AT-läkarlöner i Falun och Ludvika vid tiden för uppgiftslämningen.

2.2 Urval

SYLF:s AT-enkät går ut till alla i Sverige verksamma, kliniskt arbetande, SYLF-medlemmar med e-postadress i Läkarförbundets medlemsregister som tagit läkarexamen före 1 december 2013, men vid enkättillfället ännu var olegitimerade eller erhöll läkarlegitimation så nyligen som efter 30 november 2013. AT-rankingen är således en totalundersökning bland de fackligt organiserade AT-läkarna så som de definieras ovan.⁴ Dessa uppgick vid urvalstillfället till 2415 personer, varav 1717 personer besvarade enkäten helt eller delvis. Detta ger en svarsfrekvens på 71 procent. 212 av de svarande uppgav att de inte påbörjat AT. Av dessa arbetade 194 kliniskt som läkare innan AT. 1390 personer uppgav att de gjorde AT eller hade avslutat AT och erhållit läkarlegitimation efter 30 november 2013. 25 personer svarade att de inte gjort eller kommer göra AT i Sverige, och de kvarvarande 90 personerna uppgav att de hade avslutat AT före 1 december 2013 eller att de inte arbetade kliniskt. Dessa 25 plus 90, samt de 18 som varken påbörjat AT eller arbetade kliniskt innan AT fördes direkt till slutet av enkäten.

⁴ SYLF organiserar ca 75 procent av de svenska underläkarna.

Som framgår ovan har ett antal enkäter gått ut även till personer som i praktiken inte uppfyller urvalskriterierna. Detta beror dels på att Läkarförbundets medlemsregister inte alltid är helt uppdaterat, dels på att registret inte innehåller detaljerad information om verksamhetssektor. Bland de som felaktigt mottagit enkäter finns läkare som redan legitimerats 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 kan identifieras i registret. I de fall dessa personer ändå nås av och besvarar enkäten i fråga fångas de upp och sällas bort genom frågor om anställningstyp och -ort och. Risken är dock att dessa personer i högre utsträckning än andra antingen inte nås av enkäten, eller inte besvarar den, då innehållet trots allt inte riktar sig till dem. Detta förklarar sannolikt en del av bortfallet i svarsfrekvens. I bortfallet ingår även de som aktivt valt att spärra sin e-postadress från utskick som kommer från SYLF eller annan del av Sveriges läkarförbund, samt de som har en felaktig e-postadress registrerad i medlemsregistret. Dessa har betraktats som externt bortfall och därmed ingått när svarsfrekvensen beräknats.

Svarsfrekvensen på 71 procent är mycket god, då allt över 50 procent generellt anses vara mycket bra för enkätundersökningar.⁵ Den höga svarsfrekvensen ger SYLF:s undersökning goda förutsättningar att producera mycket pålitliga resultat, förutsatt att det inte finns någon systematisk skevhet i det bortfall av enkätsvar som ändå kvarstår. 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. Det finns alltså ingen anledning att tro att denna del av bortfallet utgörs av en särskild grupp av AT-läkare, eller förvränger representativiteten i de svar som faktiskt erhöles.

Vidare överensstämmer sammansättningen av våra svaranden mycket väl med sammansättningen av populationen som helhet både vad gäller kön och ålder. Av de totalt 1717 personer som besvarat SYLF:s AT-rankingenkät var 60 procent kvinnor och 40 procent män, vilket är samma fördelning som i den undersökta populationen som helhet. Både de svarandes och populations genomsnittliga födelseår var cirka 1983. De 1717 personerna som besvarat enkäten utgör sålunda ett för populationen representativt urval med avseende på kön och ålder.

2.3 Att mäta kvaliteten på AT

Under frågorna som rör AT:s kvalitet – kärnan i AT-rankingen – har varje svarande fått betygsätta kvaliteten på de placeringar – medicin-, kirurgi-, psykiatri- samt allmänmedicin – som påbörjats eller redan genomförts. De svarande betygsätter således inte placeringar de inte påbörjat. För varje placering betygsätts fyra olika aspekter: introduktion, handledning, formaliserad medicinsk utbildning och kollegialt stöd utifrån en sexgradig skala där 1 motsvarar mycket dåligt och 6 mycket bra.⁶ De svarande får också ge varje placering ett sammanvägt betyg utifrån samma skala. Denna detaljerade betygsättning är tänkt att dels ge blivande AT-läkare ett bra stöd vid val av AT-ort och dels ge arbetsgivare möjlighet att identifiera förbättringsområden.

Efter att ha betygsatt de olika AT-placeringarna och deras respektive 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 i grunden 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 komplext 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 faktorer som lämpar sig sämre för standardiserade mått. Det kan exempelvis handla om de svarandes upplevelse av AT-ledningens lyhörddhet, den psykosociala arbetsmiljöns kvalitet, löneutveckling, schemaläggning och arbetsbelastning. Det kan också röra sig om högst lokala faktorer så som interna konflikter.

⁵ Trost 2010:137

⁶ Sedan 2008 används en sexgradig skala, istället för som tidigare en tiogradig, vid betygsättning av de placeringar som ingår i AT. Detta för att varje val på skalan ska bli mer avgränsat från närliggande alternativ och därmed mer tydligt. Vid jämförelser av rankingresultat av över lång tid bör denna förändring av betygsskalan has i åtanke.

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 annars riskerar att göra delar av ett sammanvägt mått obsoleta, kan de svarande nu själva anpassa sina svar efter det som utgör viktiga delar av 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 sådana faktorer som AT-ledningen inte har möjlighet att påverka, så som ortens bostadsmarknad, pendlingsavstånd och utbudet av fritidsaktiviteter. Även om detta inte helt kan uteslutas visar en enkel, närmare undersökning att en mycket stor del – drygt 75 procent – av ett sjukhus rankingplacering i genomsnitt kan förklaras utifrån betygen på de olika delplaceringarna samt AT-läkarnas möjlighet att påverka sin arbetsmiljö.⁷ Om ytterligare faktorer läggs till, så som betygen på de olika placeringarnas delmoment stiger den andel av det sammanfattande betyget som förklaras till 85 procent. Det kvarvarande utrymmet för faktorer utanför arbetsgivarens kontroll att påverka det sammanfattande AT-betyget är alltså litet redan innan ytterligare konkreta faktorer som lön och fysisk- och psykosocial arbetsmiljö tagits i beaktande

För att ytterligare illustrera vilket nära samband det sammanfattande AT-betyget har med konkret mätbara faktorer som AT-placeringsbetyg, räknade vi i år också ut hur rankinglistan skulle sett ut om placeringen baserades på ett oviktat genomsnitt av de fem faktorerna ovan, de sammanvägda betygen för de fyra delplaceringarna och andelen som upplever sig kunna påverka sin arbetsmiljö. Experimentet visar att listans topp och botten i stort sett är intakt även med detta mått som grund för AT-orternas rankingplaceringar – vissa mindre interna placeringsförändringar äger rum, men på det stora hela är det samma orter som befinner sig i topp respektive botten oavsett vilket mått som används.

Detta sagt finns också ett antal sjukhus för vilka placeringen på rankinglistan skiljer sig markant beroende på vilket mått som används. En del AT-orter, så som Universitetssjukhuset i Linköping, Oskarshamns sjukhus och flera av de mindre skånska sjukhusen, skulle placera sig avsevärt bättre på listan om hänsyn endast togs till de sammanvägda betygen på delplaceringarna och AT-läkarnas upplevda möjlighet att påverka sin arbetsmiljö. Detta betyder att dessa sjukhus gör ett bättre jobb med det konkreta innehållet i de olika AT-placeringarna än rankinglistan ger intryck av, och att förklaringar till rankingplaceringen även bör sökas på andra områden. Även om rankingbetyget i dessa fall delvis skulle kunna påverkas av faktorer utanför AT är detta långt ifrån givet. Mer sannolikt är att skillnaden beror på andra, direkt AT-relaterade faktorer som i nuläget inte betygssätt på samma systematiska sätt som de olika placeringarna och möjligheten att påverka arbetsmiljön. Exempel på sådana faktorer är bland annat AT-läkarnas arbetsbelastning, löneutveckling eller förekomsten av interna konflikter.

Andra AT-orter, som exempelvis Norrtälje sjukhus, Örnköldsviks sjukhus och Ålands sjukhus skulle placera sig avsevärt sämre på rankinglistan om hänsyn endast togs till de sammanvägda betygen på delplaceringarna och AT-läkarnas upplevda möjlighet att påverka sin arbetsmiljö. Det innebär att dessa sjukhus har kvaliteter utanför det konkreta innehållet i de olika AT-placeringarna. Det innebär också att dessa sjukhus har stor utvecklingspotential och skulle kunna nå ännu högre på rankinglistan genom att förbättra kvaliteten på exempelvis handledning och introduktion, eller enskilda placeringar.

Det är viktigt att framhålla att det inte finns något uppenbart mönster i att en viss typ av AT-orter gynnas eller missgynnas av rankinglistans befintliga utformning. Bland de orter som skulle placera sig markant högre eller lägre på listan om den baserades på ett annat mått finns både små och stora sjukhus, storstads- som glesbygdssjukhus, och vice versa. Oavsett riktning är stor diskrepans mellan placering på rankinglistan och en placering baserad på ett sammanvägt betyg anledning för de berörda AT-orternas ledning att analysera enkätresultaten och den egna verksamheten djupare. SYLF anser att detta arbete med fördel bedrivs gemensamt av arbetsgivare och lokalfackliga företrädare.

⁷ Regressionsanalys är en statistik metod för att visa sambandet mellan en eller flera förklarande faktorer, som betygen på AT:s delplaceringar, och den faktor vi vill förklara, så som det sammanfattande AT-betyget. I analysen gavs de sammanvägda betygen på de fyra delplaceringarna samt andelen som upplevde sig ha möjlighet att påverka sin arbetsmiljö samma vikt. För att vara fullt jämförbara omvandlades den senare faktorn från en procentandel av 100 till en siffra mellan 1 och 6 (Andelen ja-svar/100*6. Om 80 procent av de svarande på en AT-ort upplever sig ha möjlighet att påverka sin arbetsmiljö innebär det alltså $80/100 = 0,8 \rightarrow 0,8*6 = 4,8$). Mer information om analysmetoden och resultaten lämnas vid förfrågan.

3. Resultat

Kiruna sjukhus är Sveriges bästa AT-ort 2014! Med det högsta AT-betyget som uppmätts på fem år – 5,67 av 6 möjliga – klättrar Kiruna sjukhus hela 22 placeringar och når i år förstaplatsen på SYLF:s AT-ranking. Tätt bakom skuggar Avesta lasarett. I Avesta återfinns även de enskilt bästa placeringarna i medicin och allmänmedicin. Listans tredjeplats delas av fyra orter. Tre av dessa imponerar med sin goda AT-kvalitet över tid – Lidköpings, Sunderbyns och Västerviks sjukhus har prenumererat på topplaceringar de senaste åren, och så även i år. Samtliga dessa sjukhus förbättrar också sina betyg ytterligare sen föregående år, och uppvisar således både stabilitet och fortsatt utveckling. Det fjärde och sista sjukhuset på tredjeplatsen är en outsider – Ålands centralsjukhus, som lyfter sig från 24 plats.

På listans sjundeplats hittar vi även årets största klättrare: sjukhuset i Torsby. Torsby lyfter sig enorma 46 placeringar, den största enskilda förbättringen sen rankingen startade! Torsby har förbättrat betygen på samtliga delplaceringar. Den enskilt största förbättringen har skett på medicinplaceringen, som får ett helt betygssteg högre sammanfattande betyg än föregående år. Även andelen som upplever sig kunna påverka sin arbetsmiljö har ökat markant, från 33 till 71 procent. Längre ner på listan klättrar Länssjukhuset i Halmstad nästan lika många placeringar, 44, följt av Sollefteå och Ängelholms sjukhus med 32 placeringar vardera. Mer i skymundan gör även ytterligare sjukhus något mindre men ändå betydande klättringar. Bland dessa finns Alingsås lasarett, Centralsjukhuset i Karlstad och Norrtälje sjukhus. På flera av dessa orter, exempelvis Halmstad och Karlstad, kan förbättringen kopplas till ett omfattande utvecklingsarbete initierat efter tidigare års mindre goda placeringar. Både Anna Nilsson, AT-chef vid Länssjukhuset i Halmstad, och Mats Modin, länsövergripande AT-chef i Värmland, beskriver exempelvis hur man utvecklat kvalitetsuppföljningen efter varje avslutad placering.

Utmaningen för de sjukhus som klättrat många placeringar är nu att bibehålla de framsteg som gjorts. Detta gäller inte minst sjukhuset i Torsby, vars rankingplacering varierat mycket kraftigt de senaste åren. Även om detta delvis kan bero på att små sjukhus med färre antal svarande är mer känsliga för fluktuationer då enstaka svar har relativt större effekt på genomsnittet räcker inte detta som förklaring. Många andra små sjukhus, som exempelvis i Lidköping, Västervik, Sunderby och Avesta har under samma tidsperiod lyckats hålla en stabil hög nivå. När SYLF talat med AT-ansvariga från dessa orter framhålls genomgående just kontinuiteten, det målmedvetna arbetet med att upprätthålla och förfina en välfungerande modell.

I listans botten återfinns sjukhuset i Arvika, med ett sammanfattande betyg på 3,25, tätt följt av lasarettet i Enköping med 3,26 och Skånes Universitetssjukhus i Lund med 3,73. Medan Enköping och Lund varit cementerade i rankinglistans botten de senaste åren är Arvikas placering resultatet av ett tapp på 21 platser. De största försämringarna har skett på placeringarna i kirurgi och allmänmedicin, vilka av de svarandes betygsättning att döma havererat fullständigt. Det sammanvägda betyget på allmänmedicinplaceringen har rasat från 5,1 till 1,5, medan handledningen och den formella medicinska utbildningen under kirurgi placeringen båda får ett genomsnittligt betyg på 1,9 av 6 möjliga. Rankinglistan fångar här samma brister i handledningen av icke-legitimerade läkare som Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) så sent som i juni 2014 kritiserat kirurkliniken i Arvika för. SYLF anser att AT-läkarna och patienterna här har högst gemensamma intressen i att kvaliteten på handledningen säkras. IVO, liksom SYLF, följer fortsatt utvecklingen på kliniken.⁸

Att ett sjukhus har en oförändrad rankingplacering eller till och med tappar placeringar på rankingen betyder inte nödvändigtvis att inget gott arbete bedrivits under året. På flera av de orter som försämrats eller misslyckats med att förbättra sin rankingplacering har goda initiativ tagits. På Norrlands universitetssjukhus har man exempelvis nyligen startat ett AT-råd, och i Kristianstad har man tillsatt en AT-chef. Att detta ännu inte gett utslag i rankinglistan gör inte detta till dåliga åtgärder. Kanske har de inte hunnit ha genomslag än, kanske finns andra, kvarvarande brister. På vissa sjukhus, såsom Tiohundra AB i Norrtälje, är problemen tydligt kopplade till en klinik – i Norrtäljes fall psykiatrin. På andra orter är det en särskild aspekt av utbildningen, som till exempel handledningen eller introduktionen, snarare än en viss klinik som fungerar mindre väl. När SYLF pratat med unga läkare på flera av de sjukhus som placerar sig mindre väl framkommer också att det på flera av dessa orter finns AT-ansvariga som AT-

⁸ Läkartidningen 27-28 2014

läkarna uppfattar som goda krafter, men utan tillräckligt mandat från sjukhus- och landstingsledning för att kunna omsätta utvecklingsprojekt i praktiken.

Eftersom rankingplacering är ett relativt mått finns även ett fåtal orter vars placeringar på rankinglistan är oförändrade eller något försämrade trots att de sammanfattande AT-betygen förbättrats något. För dessa AT-orter – Södertälje sjukhus, Skellefteå lasarett, Karolinska universitetssjukhuset i Solna, Nyköpings lasarett, Kungälv sjukhus, Gävle sjukhus och Universitetssjukhuset i Lund – har alltså ett något högre AT-betyg inte resulterat i en högre rankingplacering eftersom andra orter förbättrat sig mer. För att dessa orter ska kunna identifiera de framsteg som trots allt ägt rum, och övriga orter ska kunna se exakt hur stor förändring i AT-kvalitet som skett under det gångna året, redovisar vi i år inte bara tidigare års rankingplaceringar ort för ort, utan även föregående års sammanfattande AT-betyg.

Slutligen ett hedersomnämmande! Detta går till Varbergs sjukhus, vilket är den enda AT-ort där samtliga svarande AT-läkare – hela 22 stycken – upplever att de har möjlighet att påverka sin arbetsmiljö. Mer om hur man jobbat med läkarinflytande i Varberg, och vad de AT-orter som toppar rankinglistan har gemensamt, nedan!

AT-RANKINGLISTAN 2014

AT-ort	Rankingplacering				AT-betyg 1-6		Medicinplacering 1-6					Kirurgplacering 1-6					Psykiatriplacering 1-6					Allmänmedicin 1-6					Andel Ja, %			Väntetid månader	Antal svarande
	2014	2013	2012	2011	2014	2013	Introduktion	Handledning	Formell med. utbildning	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktion	Handledning	Formell med. utbildning	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktion	Handledning	Formell med. utbildning	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktion	Handledning	Formell med. utbildning	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	AT-ort rekommenderas	Löneförhandlat	Inflytande arbetsmiljö		
Kiruna sjukhus	1	23	*	*	5,67	4,82	4,8	5,3	4,3	5,7	5,3	4,2	4,7	4,3	5,2	5,2	4,6	3,9	3,7	4,1	3,9	5,8	5,5	4,8	5,8	5,3	100	11	89	3	9
Avesta lasarett	2	10	14	11	5,64	5,11	5,5	5,9	5,2	6,0	5,9	4,3	4,6	4,7	4,4	4,7	5,2	4,8	4,6	5,6	5,4	5,7	6,0	4,7	6,0	6,0	100	91	91	4	11
Sjukhuset i Lidköping	3	2	4	1	5,50	5,43	4,9	5,5	5,2	5,8	5,6	3,9	4,3	4,3	5,2	4,8	5,2	5,2	4,8	5,2	5,0	5,1	5,6	4,8	5,5	5,4	89	12	82	4	19
Sunderby sjukhus Luleå	3	3	7	5	5,50	5,36	5,4	5,4	4,7	5,7	5,2	4,2	4,8	4,2	4,7	4,7	4,6	3,7	4,1	4,7	4,3	5,0	6,0	5,5	6,0	5,5	100	0	58	9	13
Västerviks sjukhus	3	15	1	1	5,50	5,00	5,0	5,0	4,4	5,6	5,3	5,4	4,5	4,1	5,4	5,6	5,2	4,8	5,2	6,0	6,0	5,2	5,5	4,7	5,2	5,2	80	45	60	7	11
Ålands centralsjukhus	3	24	*	42	5,50	4,80	3,8	3,2	3,8	4,6	4,0	3,8	4,2	3,6	5,4	4,6	4,2	4,6	4,4	5,2	5,0	4,0	5,0	3,0	5,0	5,0	100	20	50	7	5
Sjukhuset i Torsby	7	53	46	*	5,43	4,33	5,0	5,9	5,6	5,9	5,6	4,6	4,7	5,0	5,4	5,0	4,3	4,8	5,0	4,5	4,3	3,5	6,0	4,5	5,0	4,5	86	0	71	9	7
Lycksele lasarett	8	5	*	3	5,23	5,29	5,3	5,7	5,2	6,0	5,7	3,2	3,8	4,0	4,8	4,2	5,1	5,3	4,5	5,1	5,0	4,0	5,0	4,3	5,0	5,0	100	23	69	5	13
Univ.sjukhuset Linköping/Motala**	9	40	18	21	5,13	4,54	5,0	4,6	4,4	4,6	4,5	3,1	3,4	3,3	4,1	3,6	4,3	5,0	5,0	4,9	5,1	5,4	5,3	4,8	5,4	5,4	88	75	50	6	8
Centrallasarettet Västerås/Köping	10	8	29	38	5,10	5,20	4,8	4,8	4,9	5,3	5,0	4,9	4,4	4,1	4,8	4,7	4,1	4,0	3,6	4,5	3,8	4,6	5,2	4,7	5,0	4,9	95	92	67	11	39
Akademiska sjukhuset i Uppsala	11	20	29	58	5,06	4,89	4,3	4,5	4,3	4,8	4,8	4,0	4,1	4,0	4,2	4,3	4,5	4,8	4,8	4,7	4,8	4,9	5,3	4,5	5,5	5,1	94	51	68	13	36
Blekingesjukhuset i Karlskrona	12	15	26	20	5,05	5,00	4,1	4,5	4,6	5,1	4,7	3,5	3,5	4,3	4,4	4,4	3,7	4,3	3,8	5,0	4,1	5,5	5,8	5,5	6,0	5,5	90	33	62	7	21
Kalix sjukhus	13	*	37	*	5,00	*	4,2	3,6	4,6	5,6	4,8	4,0	4,0	4,0	4,7	4,3	5,3	3,3	4,0	4,3	4,3	5,0	5,7	5,3	5,7	5,7	100	0	60	4	5
Kärnsjukhuset i Skövde	13	14	12	32	5,00	5,04	4,1	4,2	4,3	4,8	4,4	4,5	4,7	4,7	5,1	5,1	3,9	3,6	3,8	4,2	3,9	4,5	4,7	4,3	4,8	4,5	100	15	81	5	27
Länssjukhuset i Halmstad	13	57	53	35	5,00	4,30	4,1	4,0	4,5	5,3	4,7	3,7	3,8	4,0	4,7	4,3	4,3	3,7	3,7	4,6	4,2	4,1	4,5	3,9	4,9	4,7	94	97	26	9	33
Örnsköldsviks sjukhus	13	9	9	11	5,00	5,12	4,7	4,4	4,2	4,8	4,9	3,4	3,5	3,3	4,5	4,3	3,1	2,8	2,8	3,0	3,4	5,4	5,6	4,3	5,3	5,1	90	24	55	6	21
Hudiksvalls sjukhus	17	12	25	28	4,94	5,07	3,6	4,1	4,0	4,9	4,4	3,7	4,2	3,8	4,1	4,0	3,5	3,8	3,9	4,1	3,7	4,5	5,3	5,0	5,3	5,3	88	24	71	7	17
Tiohundra AB - Norrtälje sjukhus	17	40	42	25	4,94	4,54	3,4	4,0	3,7	5,6	4,4	3,8	4,0	3,5	5,3	4,7	2,4	2,6	2,9	2,1	2,7	4,8	5,1	5,0	5,3	5,1	94	6	81	15	16
Gällivare sjukhus	19	1	2	*	4,93	5,57	3,8	3,9	3,5	4,9	4,4	3,4	3,9	3,4	4,8	4,1	4,8	4,4	4,1	4,8	4,4	4,7	4,8	4,7	4,8	4,5	79	14	71	5	14
Sahlgrenska universitetssjukhuset	20	6	10	7	4,91	5,27	5,0	4,5	4,3	4,9	4,8	3,8	3,8	4,6	4,1	4,2	3,9	3,9	4,3	3,8	3,5	4,3	4,6	3,5	4,8	4,1	89	100	68	15	46
Sollefteå sjukhus	21	53	46	*	4,89	4,33	3,9	4,2	4,0	4,8	4,6	3,7	3,7	4,4	4,4	4,7	3,6	4,4	3,9	3,4	3,8	4,2	5,2	3,6	4,8	4,2	78	0	67	3	9
Falun/Ludvika	22	22	14	22	4,88	4,87	4,2	4,5	4,4	5,3	4,9	3,1	3,6	4,1	3,8	3,8	4,1	3,4	4,2	4,1	3,8	4,5	5,0	4,3	4,9	4,9	93	90	52	6	43
Hässlholms sjukhusorganisation	22	10	50	61	4,88	5,11	3,8	4,8	3,8	5,4	4,6	4,6	4,6	4,0	3,6	4,3	5,6	5,8	5,4	5,8	5,6	3,7	4,3	4,0	4,3	4,0	100	100	50	9	8
Höglandssjukhuset Eksjö	24	25	7	34	4,86	4,78	4,3	4,1	4,4	5,4	4,9	4,7	4,8	4,7	4,7	4,9	4,3	3,7	4,8	4,5	4,3	3,8	4,1	3,1	5,2	4,6	86	5	62	4	21

AT-ort	Rankingplacering				AT-betyg 1-6		Medicin 1-6					Kirurgi 1-6					Psykiatri 1-6					Allmänmedicin 1-6					Andel Ja, %			Väntetid månader	Antal svarande
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	Introduktion	Handledning	Formell med.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktion	Handledning	Formell med.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktion	Handledning	Formell med.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktion	Handledning	Formell med.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	AT-ort rekommendera	Löneförhållande	Inflytande		
Vrinnevisjukhuset i Norrköping	24	29	43	26	4,86	4,67	4,6	3,8	3,9	4,7	4,5	4,5	5,0	3,9	5,3	5,1	4,9	3,7	4,3	5,2	4,6	4,1	5,1	3,4	5,0	4,7	95	27	73	8	22
Ljungby lasarett	26	19	32	11	4,83	4,90	4,5	4,3	4,3	5,2	4,7	3,6	4,0	3,8	5,8	4,8	4,2	3,6	3,4	3,0	3,6	4,5	5,3	4,3	5,3	4,8	100	33	83	4	6
Ängelholms sjukhus	26	58	58	11	4,83	4,22	4,3	4,3	3,8	5,6	4,8	3,9	2,3	3,8	4,0	4,0	4,6	3,5	4,8	4,8	4,3	4,8	5,2	5,0	5,2	5,3	92	42	58	10	12
Alingsås lasarett	28	49	21	27	4,82	4,46	4,5	3,9	3,6	5,4	4,7	4,1	4,0	3,6	5,3	4,8	3,9	3,7	4,6	3,9	3,9	5,0	5,0	4,3	5,0	5,0	82	73	45	11	11
Länssjukhuset i Kalmar	28	4	35	47	4,82	5,31	3,6	4,4	4,6	5,1	4,7	3,6	3,3	3,7	3,7	3,9	5,5	4,8	4,3	5,3	4,8	4,3	5,1	4,1	5,6	4,8	94	6	64	9	18
Centrallasaretten i Växjö	30	46	24	19	4,81	4,52	4,4	4,6	4,2	5,0	4,7	3,5	3,9	3,5	4,2	3,9	4,3	4,8	4,3	3,9	4,0	4,4	5,2	4,8	5,0	4,8	93	41	56	9	27
Värnamo sjukhus	30	15	5	8	4,81	5,00	3,7	3,9	4,9	4,6	4,1	4,6	4,3	5,0	4,6	4,6	4,9	5,2	4,9	5,2	5,1	5,5	5,7	5,3	5,8	5,7	88	19	50	4	16
Karlskoga lasarett	32	*	21	50	4,80	*	3,8	3,0	2,6	5,2	4,8	4,3	3,0	2,5	5,5	4,8	2,7	3,0	3,0	3,7	3,0	5,5	4,5	4,0	4,0	4,0	80	20	60	8	6
Södertälje sjukhus	33	28	34	42	4,76	4,72	4,4	4,4	3,8	5,0	4,6	4,5	3,9	4,2	4,9	4,7	4,1	4,1	4,7	4,2	4,1	4,5	5,1	4,8	5,0	4,9	90	5	52	20	21
Piteå Älvdals sjukhus	34	37	46	48	4,75	4,56	4,4	5,4	4,3	5,0	4,8	3,2	2,6	2,7	3,8	3,5	3,0	3,2	4,3	4,9	4,2	4,9	5,6	4,3	5,4	5,0	100	0	50	4	12
Skellefteå lasarett	34	26	6	4	4,75	4,75	4,6	4,8	4,5	5,1	4,9	3,1	4,0	2,8	5,3	4,4	3,8	4,4	4,0	4,3	4,2	4,3	4,6	3,3	4,6	4,6	96	13	58	3	24
Karolinska univ.sjukhuset Solna	36	29	44	54	4,74	4,67	4,4	4,1	4,1	4,6	4,6	3,6	3,9	3,9	4,3	4,1	2,6	3,2	3,1	3,6	3,6	4,1	4,8	3,7	5,2	4,8	95	11	63	14	19
Lasarett i Ystad	37	44	32	28	4,72	4,53	4,5	3,5	3,5	3,5	3,6	5,0	4,6	4,4	5,5	5,2	2,7	3,1	3,6	3,9	3,6	4,5	5,2	3,7	4,8	4,7	89	94	39	12	18
S:t Görans sjukhus	37	53	38	33	4,72	4,33	4,9	4,8	3,8	5,2	4,9	4,7	4,3	4,2	4,7	4,7	4,7	4,2	4,3	4,6	4,5	4,0	5,3	3,8	5,1	4,6	91	6	68	19	34
Centralsjukhuset i Karlstad	39	59	40	23	4,71	4,21	3,9	4,4	3,6	5,2	4,5	3,5	4,6	3,6	4,9	4,6	3,4	3,6	4,4	3,9	3,7	5,0	5,1	3,6	4,9	4,9	88	0	58	6	24
Lindesbergslasarett	39	20	20	23	4,71	4,89	3,7	4,6	3,7	4,6	4,6	3,6	3,0	3,4	4,9	4,6	3,7	3,7	3,7	4,1	4,1	4,3	4,3	4,5	4,0	4,8	86	57	71	6	7
Nyköpings lasarett	39	29	14	11	4,71	4,67	5,1	5,1	4,5	5,3	5,1	4,6	3,8	3,8	3,8	4,0	4,0	4,2	3,9	3,6	3,7	3,5	5,5	4,7	5,2	5,0	86	0	43	11	14
Kungälv sjukhus	42	29	38	44	4,67	4,67	4,9	4,3	4,2	4,6	4,3	4,6	4,2	3,8	4,5	4,3	4,5	4,5	4,7	4,8	4,5	4,8	4,9	4,0	4,9	4,8	78	28	56	14	18
Mora lasarett	42	7	3	11	4,67	5,21	3,5	4,3	3,8	4,9	4,6	3,3	3,4	3,4	3,7	3,9	3,6	4,1	4,6	4,4	4,7	4,6	5,2	3,8	5,4	4,8	78	50	61	6	19
Lasarettet i Motala**	44				4,65		3,9	4,2	4,2	5,0	4,4	3,3	3,8	3,3	4,3	4,2	4,0	3,8	3,8	4,4	4,1	4,5	4,3	3,8	4,0	3,8	94	53	59	9	17
Sjukhuset i Varberg	45	50	28	35	4,64	4,41	4,5	3,9	4,3	4,2	4,3	4,1	3,7	3,5	4,7	4,3	4,5	3,6	3,8	5,4	4,8	4,0	5,2	4,3	5,4	5,4	91	95	100	7	22
Universitetssjukhuset i Örebro	45	51	19	9	4,64	4,35	4,6	5,0	4,5	4,9	4,8	4,1	3,4	3,8	4,0	3,8	4,0	3,5	3,9	4,0	3,9	4,0	5,2	3,9	5,3	4,7	64	23	50	9	23
Gävle sjukhus	47	39	31	30	4,55	4,55	3,5	3,7	3,8	4,6	4,0	3,7	4,2	3,8	4,3	4,3	5,1	5,0	4,7	5,1	5,1	5,0	5,0	4,8	5,3	4,9	90	10	72	9	29
Södra Älvsborgs sjukhus	48	27	36	39	4,54	4,73	4,6	3,8	3,8	4,2	4,2	4,7	4,2	4,4	4,5	4,7	4,4	3,0	4,4	3,0	3,2	4,5	4,6	3,3	4,4	4,2	95	73	49	7	37

AT-ort	Rankingplacering				AT-betyg 1-6		Medicinplacering 1-6					Kirurgplacering 1-6					Psykiatriplacering 1-6					Allmänmedicin 1-6					Andel Ja, %			Väntetid månader	Antal svarande
	2014	2013	2012	2011	2014	2013	Introduktion	Handledning	Formell med. utbildning	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktion	Handledning	Formell med. utbildning	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktion	Handledning	Formell med. utbildning	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktion	Handledning	Formell med. utbildning	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	AT-ort rekommenderas	Löneförhållande	Inflyvande arbetsmiljö		
Södersjukhuset	49	61	64	59	4,48	4,16	4,6	4,2	3,8	4,7	4,5	3,8	3,6	4,2	3,8	4,0	4,1	3,7	4,4	4,3	4,0	3,9	5,3	3,6	5,3	4,8	83	0	52	18	42
Centralsjukhuset i Kristianstad	50	12	11	18	4,44	5,07	4,7	4,5	4,1	4,7	4,7	4,8	4,3	4,3	4,6	4,7	5,4	5,3	5,3	5,3	5,3	3,4	4,9	4,6	5,1	4,7	72	94	33	7	18
Kullbergsska sjukhus Katrineholm	50	29	*	35	4,44	4,67	5,2	2,9	3,0	4,6	4,2	4,3	3,4	3,9	4,6	4,5	4,0	3,8	4,2	3,8	3,6	4,8	5,8	3,0	4,5	4,8	89	22	33	11	9
Visby lasarett	52	40	54	6	4,43	4,54	5,0	4,2	3,9	4,8	4,6	5,3	4,1	4,0	5,4	4,9	4,4	4,6	4,0	5,4	4,2	4,3	5,0	3,5	4,5	4,5	86	100	71	6	14
Univ.sjukhuset Linköping**	53				4,41		4,5	4,0	4,2	4,8	4,4	3,4	4,1	3,2	4,3	4,2	4,5	4,8	4,3	4,9	5,1	5,5	6,0	4,0	6,0	6,0	59	65	47	9	17
NU-sjukvården	54	36	56	46	4,40	4,58	4,5	3,8	3,8	4,4	4,1	3,2	4,1	4,0	4,7	4,4	4,8	4,3	5,1	4,2	4,5	4,8	4,8	4,4	4,8	4,8		89	77	8	47
Oskarshamns sjukhus	54	*	*	14	4,40	*	3,5	3,5	2,8	4,5	3,8	3,0	3,3	3,7	4,3	4,0	5,0	5,5	5,0	6,0	6,0	4,7	6,0	5,3	6,0	6,0	80	0	80	3	5
Länssjukhuset Ryhov	56	34	26	10	4,35	4,65	3,5	4,0	3,6	4,7	4,1	2,5	4,0	3,2	4,4	3,8	5,5	4,3	4,4	5,1	5,0	4,9	5,2	4,6	5,6	5,1	82	0	53	8	34
Östersunds sjukhus	56	35	40	55	4,35	4,63	4,9	4,1	4,3	5,0	4,9	4,5	3,6	3,0	4,4	4,0	3,9	3,7	4,0	3,8	3,5	3,6	4,5	4,1	4,9	4,4	78	50	52	8	24
Skånes univ.sjukhus Malmö	58	62	62	50	4,25	4,05	4,6	4,1	4,2	4,5	4,3	3,6	3,0	3,6	4,1	3,7	4,7	4,4	3,9	3,8	4,2	3,1	4,0	3,6	4,0	3,6	71	50	42	14	24
Helsingborgs lasarett	59	60	59	49	4,15	4,18	4,6	4,1	3,7	5,0	4,5	3,6	3,2	3,1	4,1	3,5	4,1	4,0	4,5	4,6	4,3	4,8	5,3	4,9	5,3	5,2	67	61	45	8	33
Karolinska univ.sjukhus Huddinge	60	40	51	41	4,14	4,54	4,4	3,6	3,9	4,3	4,3	2,7	3,2	2,9	3,8	3,4	3,2	3,5	3,0	4,2	3,5	3,4	4,3	3,7	4,5	4,0	73	5	41	14	24
Danderyds sjukhus	61	51	59	57	4,10	4,35	4,2	3,9	3,7	4,4	4,0	2,9	3,7	3,6	4,2	3,8	3,6	3,8	4,1	4,4	4,2	4,6	5,3	4,5	5,3	5,0	66	0	31	24	29
Lasarettet i Landskrona	62	63	55	56	4,00	3,83	5,0	3,1	2,9	5,1	4,3	3,6	3,4	4,0	4,0	4,2	4,0	4,7	4,7	5,0	4,7	5,5	6,0	5,0	5,5	5,5	71	100	43	13	7
Sjukhuset Sundsvall-Härnösand	63	37	46	31	3,96	4,56	3,1	3,8	4,4	4,2	3,9	3,0	4,0	2,3	4,3	4,0	4,1	3,9	4,5	4,1	4,1	3,8	4,5	3,2	4,7	4,4	65	8	38	4	26
Norrlands univ.sjukhus Umeå	64	53	57	44	3,87	4,33	3,8	3,1	3,4	4,7	3,8	2,6	2,7	3,1	3,8	3,2	4,6	5,0	4,6	4,8	4,7	3,9	4,9	4,3	5,2	4,9	74	20	30	10	30
Mälarsjukhuset i Eskilstuna	65	44	13	11	3,86	4,53	2,9	2,7	2,4	3,6	2,8	4,1	3,8	2,9	4,0	4,1	4,0	4,7	3,9	5,4	4,8	4,4	5,1	3,9	5,0	4,7	67	14	43	9	21
Skånes univ.sjukhus Lund	66	65	61	40	3,76	3,43	3,5	3,5	3,7	3,6	3,5	3,5	3,6	3,7	3,6	3,8	3,7	4,3	4,0	4,4	4,3	3,6	4,1	3,7	4,4	4,2	48	48	40	13	26
Lasarettet i Enköping	67	64	63	60	3,26	3,63	3,1	2,5	1,6	4,4	2,8	3,2	3,0	2,6	4,2	3,5	2,8	3,6	4,9	4,3	4,3	3,3	4,7	4,5	5,0	4,5	32	0	37	11	19
Sjukhuset i Arvika	68	47	21	50	3,25	4,50	3,3	4,0	3,8	5,3	4,4	2,5	1,9	1,9	2,8	2,8	4,2	4,2	4,8	4,3	4,2	2,0	3,5	2,3	2,8	2,3	25	0	25	4	8
Lasarettet i Trelleborg*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
Blekingesjukhuset i Karlshamn*	*	15	51	*	*	5,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	2
Genomsnitt					4,51	4,68	4,3	4,2	4	4,8	4,5	3,8	3,9	3,8	4,4	4,2	4,2	4,1	4,2	4,4	4,2	4,4	5	4,2	5,1	4,8	84	40	57	9,6	

* Ej tillräckligt antal svarande (färre än fem).

** Sedan 2013 är Motala lasarett och Linköpings universitetssjukhus två separata AT-orter. Eftersom några AT- läkare/nyligen legitimerade läkare fortfarande befinner sig i den gamla, gemensamma strukturen redovisas i år samtliga tre konstellationer.

3.1 Kvaliteten på AT

När de sammanfattande betygen på alla AT-orter vägts samman framgår att det genomsnittliga AT-betyget 2014 är 4,51. Detta är marginellt lägre än de senaste åren. Den största skillnaden mot föregående år är dock att klyftorna mellan de högst och lägst betygsatta AT-orterna och -placeringarna ökat. Medan SYLF är glada att högstanivån på AT höjts är de växande kvalitetskillnaderna inom AT oroande. AT är de nytexaminerade läkarnas formella introduktion i yrket, och det är mycket viktigt att alla ges samma goda förutsättningar för ett fortsatt gott yrkesliv.

När SYLF i år pratat med verksamhetsansvariga och unga läkare på AT-orter runt om i Sverige har det också framkommit att AT-läkare på flera platser handleds av läkare som ännu inte uppnått specialistkompetens, eller ens genomgått handledarutbildning. Problemet är särskilt stort inom bristspecialiteter som psykiatri och allmänmedicin, men förekommer under samtliga placeringar under AT. Även om den befintliga personalen samfällt gör sitt bästa leder denna brist på specialister och handledarutbildade ST-läkare, enligt många av de underläkare SYLF talat med, till att handledningen blir lidande.

Enligt Socialstyrelsens föreskrift som reglerar allmäntjänstgöringen kan endast en specialistkompetent läkare vara handledare.⁹ Detta innebär att Socialstyrelsen rent teoretiskt skulle kunna underkänna alla AT-läkare som handledts av ST-läkare. Redan idag är det bevisligen en stor utmaning att få specialistläkarna att räkna till som handledare till både AT- och ST-läkare. Då antalet AT-platser dessutom skulle behöva utökas ytterligare för att reducera väntetiden till AT anser SYLF att ST-läkare i slutet av ST skulle kunna fungera som handledare för AT-läkare. För att säkra kvaliteten på handledningen skulle förutsättningen vara att ST-läkarna genomgått handledarutbildning och att handledningen skedde inom den egna specialiteten. Detta skulle dock kräva en förändring av Socialstyrelsens regelverk, varför SYLF hoppas att myndigheten ser över denna del av AT-föreskriften snarast.

I allmäntjänstgöringen ingår placeringar i medicin, kirurgi, psykiatri och allmänmedicin. Inom varje placering betygsätter de svarande fyra aspekter – introduktionen, handledningen, den formella medicinska utbildningen samt det kollegiala stödet. De får också ge varje placering ett sammanvägt betyg, som motsvarar deras övergripande upplevelse av placeringens kvalitet. Genomsnittsbetygen på de respektive delplaceringarna under AT är mycket lika föregående års. Precis som förra året, och åren innan dess, är allmänmedicin den placering som får relativt bäst omdöme, med ett sammanvägt betyg på 4,8. Lägst sammanvägt betyg, 4,2, får kirurgiplaceringen, även detta i likhet med föregående år. Kirurgiplaceringens sammanvägda betyg är dock högre än flera av de individuella delmomentens – exempelvis får placeringens introduktion respektive formella medicinska utbildning ett genomsnittsbetyg på 3,8.

Det finns flera möjliga förklaringar till allmänmedicinplaceringens popularitet. En är att placeringen äger rum på vårdcentral. Dessa är generellt mindre än de sjukhus och kliniker som organiserar övriga placeringar, vilket gör det lättare för AT-läkarna både att påverka sin arbetsmiljö och bli en del av kollegiet. Inom primärvården går AT-läkarna jour i mycket mindre utsträckning och eftersom allmänmedicin är en mottagningsspecialitet finns det större möjlighet att påverka schemaläggning. Det är också lättare att planera in handledning och studietid än under slutenvårdsplaceringarna. Slutligen är det också möjligt att allmänmedicinplaceringens plats i slutet av AT, då AT-läkarna sannolikt är relativt mer trygga i sin läkarroll, påverkar deras upplevelse av placeringen i fråga positivt.

3.1.1 Bästa medicinort

Utöver rankinglistan vill SYLF också lyfta fram de orter som håller särskilt god kvalitet på de enskilda placeringarna inom AT. Tabell x nedan visar de fyra orter (tredjeplatsen är delad) som de svarande gett högst sammanvägt betyg på sin medicinplacering. I toppen hittar vi fyra sjukhus från rankinglistans topp tio – Avesta, Lycksele, Lidköping och Torsby. Allra högst betyg får medicinplaceringen i Avesta, med ett imponerande sammanvägt betyg på 5,9 av 6 möjliga. Detta är det högsta sammanvägda betyget på medicinplaceringen som en AT-ort fått de senaste åren. Gemensamt för samtliga fyra orter är, utöver det höga sammanvägda betyget, att handledningen, och särskilt det kollegiala stödet, får mycket höga betyg. Marcus Karlsson, studierektor på medicinplaceringen i Avesta, berättar att man i Avesta fokuserar särskilt just på att skapa en trygg utbildningsatmosfär och ett bra kollegialt

⁹ SOSFS 1999:5

stöd. Detta avspeglas också i AT-läkarnas svar, då det kollegiala stödet på ortens medicinplacering får högsta betyg av samtliga svarande.

Markant lägst betyg får medicinplaceringarna på Mälarsjukhuset i Eskilstuna och Lasarettet i Enköping, där särskilt kvaliteten på den formella medicinska utbildningen upplevs som mycket låg. Trea från slutet kommer Skånes universitetssjukhus i Lund, som trots denna mindre hedervärda placering får avsevärt högre betyg än Eskilstuna och Enköping.

Tabell 1. Bästa medicinort

	Introduktionen	Handledning	Formell med. utbildning	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg
Avesta lasarett	5,5	5,9	5,2	6,0	5,9
Lycksele lasarett	5,3	5,7	5,2	6,0	5,7
Sjukhuset i Lidköping	4,9	5,5	5,2	5,8	5,6
Sjukhuset i Torsby	5,0	5,9	5,6	5,9	5,6
Skånes univ.sjukhus Lund	3,5	3,5	3,6	3,7	3,5
Mälarsjukhuset i Eskilstuna	2,9	2,7	2,4	3,6	2,8
Lasarettet i Enköping	3,1	2,5	1,6	4,4	2,8

3.1.2 Bästa kirurgiort

Västerviks sjukhus är 2014 års bästa kirurgiort, med ett sammanvägt betyg på 5,6 av 6 möjliga. Även detta är det högsta sammanvägda betyget en kirurgiort fått på många år. Enligt Marina Oppenheimer, AT-studierektor på Västerviks sjukhus, har man under det gångna 1,5 året främst arbetat med att förbättra handledningen på kirurgkliniken, då denna tidigare varit eftersatt jämfört med övriga delar av placeringen. Arbetet har bland annat bestått i att göra handledningen mer strukturerad och regelbunden, och lägga mer tid på att välja och fördela handledare efter personlig lämplighet och intresse istället för att sköta fördelningen mekaniskt.

Västervik skuggas på listan av Kiruna sjukhus och Lasarettet i Ystad. Kirurgiortens lägsta sammanvägt betyg återfinns på sjukhuset i Arvika, som även intar själva rankinglistans bottenplacering. Samtliga aspekter av placeringen får svaga betyg, men särskilt stora brister upplevs av de svarande vad gäller kvaliteten på handledningen och den formella medicinska utbildningen. De svarande AT-läkarna är inte ensamma om denna upplevelse, då Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) så sent som i juni 2014 kritiserat kirurgkliniken i Arvika för just brister i handledningen av icke-legitimerade läkare.¹⁰ AT-chef Mats Modin förklarar problemen på kirurgen i Arvika med underbemanning – brist på specialister och överläkare har gjort handledningen lidande. Inom landstingen arbetar man nu med att utreda hur handledningssituationen kan lösas, alternativt om det fortsatt är möjligt att ha en kirurgiort i Arvika. Unga värmlandsläkare som SYLF talat med instämmer i Modins beskrivning, men menar att bristen på personal även gjort att AT-läkarna på kirurgkliniken haft en ohållbar arbetsbelastning, och att det inte bara är seniora läkare som saknas utan att även underläkarsidan behöver bemannas upp. SYLF vill här understryka att det inte är hållbart att öka antalet olegitimerade underläkare under nuvarande förhållanden. Om antalet underläkare ska ökas bör man istället i första hand anställa ST-läkare.

Tabell 2. Bästa kirurgiort

	Introduktionen	Handledning	Formell med. utbildning	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg
Västerviks sjukhus	5,4	4,5	4,1	5,4	5,6
Kiruna sjukhus	4,2	4,7	4,3	5,2	5,2
Lasarett i Ystad	5,0	4,6	4,4	5,5	5,2
Karolinska univ.sjukhus Huddinge	2,7	3,2	2,9	3,8	3,4
Norrlands univ.sjukhus Umeå	2,6	2,7	3,1	3,8	3,2

¹⁰ Läkartidningen 27-28 2014

Sjukhuset i Arvika	2,5	1,9	1,9	2,8	2,8
--------------------	-----	-----	-----	-----	-----

3.1.3 Bästa psykiatriort

Västerviks sjukhus toppar, tillsammans med närliggande Oskarshamns sjukhus, även listan för bästa psykiatriort. Båda sjukhusen får högsta möjliga sammanvägda betyg, och får även högsta betyg vad gäller kollegialt stöd. Dessa är de bästa betyg en psykiatriplacering fått sen AT-rankingen startade 2003. Oskarshamns- och Västerviks sjukhus är grannsjukhus, och AT-läkarna i Oskarshamn gör akut- och slutenvårdsdelarna av sin psykiatriplacering i Västervik. Här finns alltså inte bara en mycket väl fungerande psykiatriutbildning för AT-läkare, utan även ett väl fungerande regionalt samarbete på området. Tredje bästa psykiatriort är Hässleholms sjukhusorganisation. Lägst sammanvägt betyg får psykiatriplaceringen på Tiohundra AB, Norrtälje sjukhus. Detta är anmärkningsvärt då sjukhuset i övrigt får förhållandevis goda betyg. Den aspekt av placeringen som får allra lägst betyg är det kollegiala stödet – här har något fallerat, och det finns stort utrymme för framtida förbättring.

Tabell 3. Bästa psykiatriort

	Introduktionen	Handledning	Formell med. utbildning	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg
Oskarshamns sjukhus	5,0	5,5	5,0	6,0	6,0
Västerviks sjukhus	5,2	4,8	5,2	6,0	6,0
Hässleholms sjukhusorg.	5,6	5,8	5,4	5,8	5,6
Södra Älvsborgs sjukhus	4,4	3,0	4,4	3,0	3,2
Karlskoga Lasarett	2,7	3,0	3,0	3,7	3,0
Tiohundra AB - Norrtälje sjukhus	2,4	2,6	2,9	2,1	2,7

3.1.4 Bästa allmänmedicinort

Slutligen visar tabell 4 nedan 2014 års tre bästa allmänmedicinorter – Avesta Lasarett, Oskarshamns sjukhus och Universitetssjukhuset i Linköping. Samtliga får högsta möjliga sammanvägda betyg, såväl som högsta betyg på både handledning och kollegialt stöd. Lägst betyg får allmänmedicinplaceringen på Arvika sjukhus.

Magnus Floberg, studierektor för primärvården i Avesta, berättar att man ställdes inför en kris 2011 då besparingar inom primärvården ledde till att fyra vårdcentraler slogs ihop till en. Under åren som följde uppstod dock gradvis flera nya, personalinitierade mindre vårdcentraler. Genom att uppvakta dessa nya enheter från början har AT-ledningen haft möjlighet att påverka utformningen av primärvårdsplaceringen från grunden, både vad gäller policy och praktiska instruktioner. Endast vårdcentraler med fasta specialister i allmänmedicin får ta emot AT-läkare. Detta har lett till att de två största vårdcentralerna i Avestaregionen uteslutits – och att 6 av 8 AT-läkare i den senaste årskullen valt att fortsätta som ST-läkare i allmänmedicin. Detta stärker SYLF:s tes att utbildning av AT- och ST-läkare endast bör bedrivas där det finns fasta specialister, och att goda arbets- och utbildningsvillkor är det bästa sättet att rekrytera läkare till bristspecialiteter

Tabell 4. Bästa allmänmedicinort

	Introduktion	Handledning	Formell med. utbildning.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg
Avesta lasarett	5,7	6,0	4,7	6,0	6,0
Oskarshamns sjukhus	4,7	6,0	5,3	6,0	6,0
Universitetssjukhuset i Linköping**	5,5	6,0	4,0	6,0	6,0
Lasarettet i Motala	4,5	4,3	3,8	4,0	3,8
Skånes univ.sjukhus Malmö	3,1	4,0	3,6	4,0	3,6
Sjukhuset i Arvika	2,0	3,5	2,3	2,8	2,3

3.1.5 Små och stora sjukhus

Trogna läsare av SYLF:s AT-ranking har troligen noterat att små sjukhus tenderar att toppa rankinglistan och att stora sjukhus verkar ha relativt svårare att få riktigt höga betyg. Detta har sannolikt flera förklaringar. Ur årets hundratals fritextsvar från AT-läkare kan vi bland annat utläsa att beslutsvägarna är 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. Samtal med studierektorer och AT-chefer förstärker denna bild, och flera verksamhetsledare på landstingsnivå upplever att det är svårt att överföra små sjukhus framgångar till sämre placerade, 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.

Akademiska sjukhusets imponerande klättring genom rankinglistan de senaste åren, och Sahlgrenska placeringar på listans övre skikt, visar är dock att storsjukhusen på intet sätt dömda till listans botten – mycket kan göras med aktivt, målmedvetet arbete. Flera av de sjukhus som klättrar flest placeringar på årets rankinglista, så som Länssjukhuset i Halmstad och Centralsjukhuset i Karlstad, är också förhållandevis stora sjukhus, även om de befinner sig utanför de största storstadsområdena.

Det som kännetecknar de stora sjukhus som lyckats förbättra sin rankingplacering radikalt, eller bibehålla en god placering, är ett mycket strukturerat, målmedvetet 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 denna dagliga personliga kontakt inte är möjlig ökar behovet av en god organisation och formaliserade strukturer för allt från AT-läkarinflytande till handledning. Samtliga universitetssjukhus på rankinglistans övre halva har till exempel både en AT-chef och ett AT-råd. Universitetssjukhuset i Umeå införde dessa funktioner helt nyligen medan Skånes universitetssjukhus fortfarande saknar desamma.

En annan faktor, som betonas bland annat av bland andra Caterina Finizia, AT-chef på Sahlgrenska, är vikten av tydlighet med det stora sjukhusets karaktäristik redan vid rekryteringen av AT-läkare. Ett universitetssjukhus kan exempelvis erbjuda forskningsmöjligheter, men inte nödvändigtvis samma familjära stämning som ett litet sjukhus i glesbygden. Tydlighet med AT-ortens profil vid rekrytering är något verksamhetschefer på samtliga sjukhus i rankinglistans topp betonar. Möjligen är detta något som små sjukhus utanför storstadsområden haft större incitament att utveckla för att kunna attrahera ett stort antal sökande till sina tjänster. Att ha en tydlig profil och kommunicera denna till presumtiva AT-läkare är dock inte mindre viktigt för stora sjukhus i större städer – tvärtom.

Slutligen vill SYLF understryka att det är fullt möjligt för AT-läkare att lära känna sina chefer även på stora sjukhus – det kräver bara lite mer aktiv ansträngning från sjukhusets sida. Det är därför viktigt att man på landets större sjukhus verkligen avsätter tid och resurser för detta, inte minst i samband med introduktionen. Att veta vem som är ansvarig för olika aspekter av AT är i sin tur en grundförutsättning för att AT-läkarna ska kunna påverka sin arbets- och utbildningsmiljö.

3.2 AT:s form och längd

Syftet med AT är att den examinerade läkaren ska uppnå kraven för legitimation och därmed kunna arbeta självständigt som läkare. AT ska omfatta minst 18 månaders klinisk tjänstgöring. SYLF:s anser att legitimation ska utfärdas efter 18 månader under förutsättning att läkaren uppnått kraven för legitimation, och ser positivt på att AT utformas så att det ges möjlighet till avlönad forskningstid och/eller ledarskapsutveckling. SYLF anser däremot inte att AT-läkare ska användas för att täcka upp vakanser inom bristspecialiteter, och är därför kritiskt till de ”psykiatri-AT” och ”primärvårds-AT” med förlängd tjänstgöringstid i psykiatri och allmänmedicin som införts i en del landsting och regioner de senaste åren. Denna typ av utdragna AT-block förlänger tiden till legitimation och kan inte räknas in i en framtida ST. Därmed förlängs även tiden till specialistkompetens.

De som gör primärvårds- respektive psykiatri-AT ger heller inte avsevärt högre betyg till dessa placeringar än sina kollegor som gör andra former av AT – vad gäller psykiatri-AT är tendensen snarare

den motsatta. Detta förstärker bilden av dessa AT-former som sätt att täcka personalbrist snarare än ge ett mervärde till unga läkare särskilt intresserade av specialiteterna i fråga. På längre sikt riskerar dessa AT-former därför att ytterligare försvåra rekryteringen till psykiatri och primärvården, istället för att gynna den.

Undantaget till psykiatri-AT-läkarnas måttliga betyg på sina psykiatriplaceringar är AT-orterna i Kalmar läns landsting, och särskilt då sjukhusen i Oskarshamn och Västervik. Som tidigare nämnt har sjukhusen i fråga Sveriges två högst rankade psykiatriplaceringar, och de höga betygen ges både av svarande som gör vanlig AT respektive psykiatri-AT. Enligt Thomas Lavergren, länsövergripande studie-rektor i Kalmar län, är man trots viss kvarstående brist på specialistläkare i psykiatri förhållandevis väl bemannade jämfört med många andra landsting. En bidragande orsak till detta är enligt både Lavergren och Marina Oppenheimer, AT-studierektor på Västerviks sjukhus, ett gott utfall av länets psykiatri-AT – runt 40 procent (10-15 individer) av de som påbörjat en psykiatri-AT i Kalmar län har fortsatt som ST-läkare i psykiatri.

Kontrasten mellan resultaten från Kalmar län och övriga riket stöder SYLF:s uppfattning att rekrytering till bristspecialiteter bäst görs genom att låta utbilda underläkare i välbemannade verksamheter, där underläkarna kan erbjudas god handledning och instruktion och ett gott kollegialt stöd som uppmunt- rar till fortsatt utveckling i yrket, snarare än på de platser där det akuta personalbehovet är som störst och resurserna för en god utbildning saknas.

Lavergren berättar vidare att de tre extra psykiatrimånaderna under länets psykiatri-AT i är placerade i slutet av utbildningen, så att AT-läkarna har möjlighet att ansöka om legitimation redan innan dessa påbörjats. Detta innebär i sin tur att de då legitimerade läkarna har möjlighet att tillgodoräkna sig de tre extra psykiatrimånaderna i en ST i antingen psykiatri eller allmänmedicin. De får också ST-lön. Relativt en traditionell psykiatri-AT föredrar SYLF till denna utformning, som även används i övriga två landsting i sydöstra sjukvårdsregionen (Östergötland och Jönköping). SYLF ser dock helst att AT-läkare med intresse för psykiatri och allmänmedicin bereds möjlighet att så snabbt som möjligt slutföra AT så att de är fria att söka reguljära ST-tjänster. Om landstingen vill attrahera psykiatri- och allmän- medicinintresserade läkare redan till AT anser SYLF att man under AT-rekryteringen istället bör tydlig- göra dels att det finns möjlighet att påbörja en ST i psykiatri eller allmänmedicin omedelbart efter slut- förd AT, dels att upplägget av denna ST kan börja planeras redan under AT.

När SYLF i år frågat AT-läkarna om vilken form av AT de gör/gjort är resultatet likt tidigare års. 21- månaders AT är den helt dominerande AT-formen, och genomförs av cirka 70 procent av de sva- rande. Därefter följer 18-månaders AT, med 15 procent, och forskar-AT, med 7 procent. Förekomsten av primärvårds- och psykiatri-AT har minskat, och genomförs i år av två procent av de svarande var- dera.¹¹ Detta innebär att förekomsten av dessa båda AT-former halverats sedan 2010 och SYLF hop- pas att denna utveckling fortsätter. Även det absoluta antalet block har minskat något.

Tabell 5. Form av AT. Procent

År	18 mån AT	21 mån AT	Forskar-AT	Primärvårds-AT	Psykiatri-AT	Annan form
2014	15	70	7	2	2	3
2013	15	70	6	3	3	3
2012	17	67	7	3	3	3
2011	16	66	7	5	4	2
2010	17	67	5	5	3	2

Sett till sammanfattande betyg är de som gör 21-månaders AT relativt mest nöjda, och ger sin AT ett marginellt högre genomsnittligt betyg än som gör forskar- respektive 18-månaders AT. Skillnaderna är dock mycket små och ska inte tolkas som att kvaliteten på 21-månaders AT i sig är högre än kvalite- ten på 18-månaders dito. Att den senare AT-formen i genomsnitt får ett något lägre betyg beror istället till stor del på att 18-månaders AT är relativt mer vanligt på orter som får låga betyg även på faktorer som inte omedelbart kan kopplas till längden på AT, så som kvaliteten på handledningen och det kollegiala stödet.

¹¹ Även det absoluta antalet primärvårds- och psykiatri-AT block har minskat något från 2013.

På större orter som erbjuder flera olika sorters AT finns grund för en närmare jämförelse mellan kvaliteten på olika former av AT. En sådan undersökning visar bland annat att de som gör forskar-AT på Akademiska sjukhuset i Uppsala, Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg samt universitetssjukhuset i Linköping i genomsnitt är avsevärt mer nöjda med sin AT än de som gör 18 eller 21 månaders AT på respektive sjukhus.¹² Att AT-läkare på samma ort kan uppleva betydande skillnader i kvaliteten på sin AT utifrån AT-form beror sannolikt på skillnader i programmets struktur. Dels är förekomsten av ensamjour radikalt lägre bland forskar-AT-läkarna än deras kollegor som gör andra typer av AT. Dels upplever forskar-AT-läkarna i mycket högre utsträckning än övriga att de har möjlighet att påverka sin arbetsmiljö. Detta har i sin tur flera möjliga förklaringar. Även om AT-form generellt inte påverkar de formella påverkansmöjligheterna för AT-läkarna på en kan AT-läkare som gör längre forskarblock eventuellt i praktiken ha större möjlighet att påverka upplägget av sin AT och den egna arbetstiden, eftersom de har fler tjänstgöringsavsnitt att laborera med. Det är också möjligt att forskar-AT-läkarna genom sin forskning har större kontaktnät och fler anledningar och tillfällen att lära känna AT-ledningen på sina sjukhus.

Skillnader i kvaliteten på olika former av AT på samma ort innebär att AT-orterna i fråga har möjlighet att lära sig av sig själva, båda vad gäller styrkor och svagheter. Det betyder också att skillnader i sammansättningen av AT-läkare på en ort över tid kan ha stor betydelse för ortens sammanfattande betyg, och delvis förklara förändringar i rankingplacering mellan år. Skillnader i sammansättningen av de svarande med avseende på AT-form är dock inte orsaken till Akademiska sjukhusets och Sahlgrenska placeringförändringar från 2013 till 2014.

Sedan några år tillbaka ställs, utöver faktiskt AT-form, även frågan om vilken form av AT de svarande helst hade velat göra. Resultaten, som visas i tabell 6 nedan, stärker bilden av 18-månaders AT som mest efterfrågad i förhållande till antalet platser. Medan bara 15 procent av de svarande faktiskt gör 18 månaders AT hade över 90 procent av dessa 18-månaders AT som sin sitt förstahandsval. Stora andelar av de som gör andra typer av AT hade också föredragit 18-månadersformen. Av de som gör 21-månaders AT hade exempelvis nästan en av fyra hellre gjort sin AT på 18 månader. Minst efterfrågad är primärvårds-AT – endast drygt hälften av de som gör primärvårds-AT hade denna AT-form som sitt förstaval. Även bland de som gör andra, mindre vanliga former av AT är andelen som hellre gjort andra former av AT hög. En närmre undersökning av fördelningen inom denna grupp visar att det främst är de som gör 24-månaders AT som hade föredragit en annan, kortare AT-form.

De som fått den AT de önskat är generellt något mer nöjda med sin AT, och ger den ett genomsnittligt sammanfattande betyg på 4,7, att jämföra med 4,3 i snittbetyg från de som inte fått den AT de föredragit. Detta befäster ytterligare vikten av att AT-orterna förmedlar en korrekt bild av den AT de erbjuder och rekryterar de AT-läkare som är bäst lämpade för, och mest intresserade av, just denna.

Tabell 6. Faktisk respektive önskad AT-form. Procent

Faktisk AT-form	Önskad AT-form					
	18 mån AT	21 mån AT	Forskar-AT	Primärvårds-AT	Psykiatri-AT	Annan
18 mån AT	91	5	2	0	1	1
21 mån AT	24	70	4	1	0	1
Forskar-AT	9	2	88	0	0	1
Primärvårds-AT	19	25	3	53	0	0
Psykiatri-AT	14	7	0	7	71	0
Annan	16	21	5	0	0	58
Totalsumma	32	52	9	2	2	3

3.3 Examensland

Sedan 2008 har SYLF i AT-rankingen frågat AT-läkarnas om deras examensland. I år är den totala andelen svarande med utländsk läkarexamen drygt 12 procent, vilket är den högsta andel som uppmätts sen mätningarna startade. Hela ökningen utgörs av svarande med examen från ett annat EU-

¹² Skillnaden i sammanfattande betyg är 0,8 betygssteg på samtliga tre orter och är statistiskt säkerställd för varje ort. På övriga AT-orter med ett flertal svarande som gör forskar- respektive 18/21-månaders AT (Skånes- och Norrlands universitetssjukhus) finns inga betydande skillnader i betyg mellan de olika grupperna

eller EES-land. Totalt har nio procent av de svarande examen från ett sådant land, vilket procentuellt sett är en mycket stor ökning från föregående år.

Av de med utländsk examen bodde drygt 71 procent i Sverige innan de påbörjade läkarutbildningen. Även detta är en kraftig ökning från tidigare år, då andelen var cirka 60 procent. Även här utgörs ökningen av de med examen från annat EU- eller EES-land – hela 94 procent av dessa bodde tidigare i Sverige, att jämföra med 12 procent av de med examen från land utanför EU. Detta innebär att ökningen av AT-läkare med examen från annat EU- eller EES-land utgörs av hemvändande utlandsstuderande svenskar. Gruppen med läkarexamen från land utanför EU innehåller i sin tur individer med mycket varierande bakgrund, från arbetskraftsinvandrade forskare och flyktingar till alumni från internationella prestigeuniversitet.

Tabell 7. Land för läkarexamen. Procent

År	Sverige	Annat EU-/EES-land	Land utanför EU/EES
2014	87,6	9,0	3,4
2013	89	7	3
2012	89	7	4
2011	90	6	4
2010	90	6	4
2009	92	5	3
2008	92	4	4

En närmare analys av gruppen utlandsexaminerade visar att de är verksamma i nästan samtliga sjukvårdsregioner, men är förhållandevis ojämnt fördelade mellan dessa. Detta gäller både de med examen från EU-/EES-land och examen från land utanför EU-/EES. Särskilt påfallande är den höga andelen AT-läkare med utländsk läkarexamen i Region Halland och Västra Götalandsregionen (knappt 20 procent), och den relativt sett låga andelen utlandsexaminerade i Stockholm och Uppsala (7 respektive 3,5 procent).¹³

I skrivande stund vet vi inte orsaken till den geografiskt ojämn fördelningen av AT-läkare med utländsk läkarexamen. Personaladministratören på Länssjukhuset i Halmstad, Per Johansson, uppger att man inte aktivt rekryterar AT-läkare med utländsk examen, men att en bidragande orsak till den höga andelen i länet kan vara att man sedan flera år tillbaka samarbetat med läkarutbildningen på Köpenhamns universitet. Detta innebär bland annat att 18 av Köpenhamns läkarstudenter på termin nio gör praktik i Halmstad varje vår och höst, vilket i sin tur ger de danska studenterna en koppling till orten, och AT-ledningen personkännedom om desamma. Caterina Finizia, AT-chef på Sahlgrenska berättar att man inte heller i Göteborg bedriver något rekryteringsarbete specifikt riktat mot läkare med utländsk läkarexamen, utan bara följer sina fastslagna rekryteringskriterier. Detta väcker frågan om hur rekryteringskriterier skiljer sig åt mellan orter och landsting, samt i vilken utsträckning rekryteringsansvariga mer eller mindre omedvetet avviker från dessa. Särskilt intressant är hur lokalanknytning och arbetade månader innan AT meritvärderas i olika landsting.

Att gruppen är underrepresenterad i Stockholm och Uppsala skulle exempelvis kunna bero på att de med utländsk examen sorteras bort i den hårda konkurrensen om AT-platser, eller att de med utländsk examen i lägre utsträckning söker AT i Stockholmsområdet. Niclas Abrahamsson, AT-studierektor på Akademiska sjukhuset, menar att den särskilt hårda konkurrensen om AT-platser på Akademiska gör personliga rekommendationsbrev mycket viktiga. Detta skulle i sin tur kunna missgynna de med utländsk examen, då många av deras kontakter befinner sig utomlands och kan vara svårare att få tag i. Här anser SYLF att det även är viktigt att undersöka om rekommendationer utomlands ifrån värderas annorlunda – eller helt enkelt är svårare att värdera – än rekommendationer från personer i den egna sjukvårdssektorn.

Samtal med personalansvariga på några av Stockholmssjukhusen ger få ytterligare förklaringar. Ingrid Richter, HR-konsult på Danderyds sjukhus, känner inte igen sig i att läkare med utländsk examen skulle vara underrepresenterade på Danderyd, utan upplever att man har ett stort antal AT-läkare med

¹³ Ett par glesbygdslänsting har ännu lägre andel utlandsutbildade, men har för få antal svarande för att långtgående slutsatser ska kunna dras.

utbildning från annat land. Enligt Erica Köhler Jönsson, personalspecialist på Södersjukhuset, tar man emot ett stort antal ansökningar från läkare med examen från land utanför EU. Många av dessa har dock svårt att konkurrera om de tjänster de söker eftersom de saknar den arbetslivserfarenhet som i praktiken krävs för att komma i fråga för en AT-plats. Köhler Jönsson förklarar detta med att bristande svenskkunskaper gör de svårt för många ur denna grupp att få jobb mellan läkarexamen och AT. Detta förhållande torde dock inte vara unikt för Stockholm, varför det förklarar de utlandsutbildades underrepresentation i just detta landsting. Vad gäller läkare med examen från annat EU/EES-land uppger Köhler Jönsson att man till Södersjukhuset inte får särskilt många AT-ansökningar. Detta har man i sin tur inte reflekterat närmare över då man utgått från att de EU-utbildade läkarna bara utgör ett fåtal av gruppen med nyexaminerade läkare som helhet. Den här undersökningen visar att denna bild inte stämmer.

3.4 Tiden innan AT

Läkarutbildningen har de senaste åren expanderat kraftigt och det finns ett stort intresse från utlandsutbildade läkare att arbeta i Sverige. Landstingen och regionerna ansvarar 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"¹⁴ 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 i Sverige för att få arbeta här. Tiden mellan läkarexamen och AT-start är en indikation på om så är fallet.

När SYLF först började undersöka väntetiden mellan läkarexamen och AT-start år 2008 var den genomsnittliga väntetiden 7 månader. Sedan dess har väntetiden gradvis ökat och är i år 9,6 månader – den längsta väntetiden sen mätningarna startade. Nytt för i år är att väntetiderna ökat både i de landsting där väntetiderna är som längst – Stockholm, 18,1 månader – och där de är som kortast – Väster-norrland, 4,9 månader. Tabell 8 nedan visar de genomsnittliga väntetiderna mellan läkarexamen och AT-start 2014 för samtliga landsting. Samma mönster återfinns på AT-ortsnivå, där väntetiden till AT på Danderyds sjukhus nu uppgår till hela 24 månader, och Kiruna sjukhus har kortast väntetid med 3,3 månader. Dessa är de längsta väntetider som hittills uppmätts på landstings- respektive AT-ortsnivå, vilket återigen bekräftar att väntan på AT inte är ett storstadsproblem utan en nationell utmaning. Flera svarande berättar också i fritextsvar att de övervägt att lämna läkaryrket på grund av svårigheterna att få AT.

Tabell 8. Väntetid mellan läkarexamen och AT-start per landsting

Landsting	Antal månader
Stockholms läns landsting	18,1
Landstinget i Uppsala län	12,5
Region Skåne	10,9
Landstinget Västmanland	10,6
Landstinget i Sörmland	9,8
Västra Götalandsregionen	9,3
Landstinget i Östergötland	8,7
Region Halland	8,5
Örebro läns landsting	8,1
Landstinget Gävleborg	8,0
Jämtlands läns landsting	7,8
Landstinget Kronoberg	7,8
Landstinget i Kalmar län	7,7
Landstinget Blekinge	7,0
Åland	6,8
Landstinget i Värmland	6,7
Västerbottens läns landsting	6,6

¹⁴ 15 § SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslagen

Region Gotland	6,3
Landstinget i Jönköpings län	6,2
Landstinget Dalarna	5,5
Norrbottens läns landsting	5,0
Landstinget Västernorrland	4,9

En fråga som ofta återkommer i diskussionen om AT-platser och väntetid är möjligheten för de utlandsexaminerade läkarna att få AT. En närmare undersökning av detta visar att de svarande med examen från annat EU-/EES-land i genomsnitt har en kortare väntetid än sina svenskexaminerade kollegor, 7,6 respektive 9,4 månader.¹⁵ Om denna skillnad beror på att de med utländsk examen är mer pragmatiska i sitt val av AT-ort, eventuellt under påverkan av negativa förväntningar på sina möjligheter att få AT, om utländska examina värderas särskilt högt, eller om de med utländsk examen i högre utsträckning är särskilt meriterade går inte att utrona ur befintlig data men är en viktig fråga för framtida undersökningar.

Även mellan de olika typerna av AT skiljer sig väntetiden och kan ses som ett mått på efterfrågan på en viss form av AT i förhållande till utbudet av platser. Längst, 11,9 månader, är väntetiden till 18 månaders AT. Detta är en liten ökning från föregående år. Även till 21 månaders AT har väntetiden ökat, från 8,8 till 9,3 månader. Med väntetiden i beaktning når alltså de som gör 18-månaders AT bara legitimation en månad tidigare än de som gör 21-månaders AT. Av de större specialiserade AT-formerna är väntetiden till Forskar-AT längst med 10,2 månader.

Dessa väntetider i kombination med 21-månaders AT som den vanligaste AT-formen 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 erbjöd 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 specialistläkare, utan även vara i linje med de examinerade läkarnas egna önskemål, då efterfrågan på 18-månaders AT långt överstiger utbudet av platser. Om antalet AT-platser ska kunna utökas med bibehållen kvalitet måste dock tillgången på handledare och instruktionstillfällen öka i motsvarande mängd. Utöver möjligheten att låta handledarutbildade ST-läkare i slutet av ST handleda inom den egna specialiteten anser SYLF att Socialstyrelsen även bör överväga att inkludera fler specialiteter inom AT. AT-läkare skulle exempelvis kunna göra delar av sin medicinplacering på geriatrik- eller neurologkliniken, eller delar av sin kirurgi placering på öron-näsa-hals- eller gynekliniken.

Väntetid mellan examen och AT-start påverkar överhuvudtaget inte hur AT-läkarna betygsätter sin AT när de väl börjat.¹⁶ En naturlig följd av de allt längre väntetiderna är dock att andelen svarande som jobbat kliniskt innan AT ökat under de senaste åren, och fortsatt att öka från cirka 80 procent 2013 till 85 procent i år. Denna grupp kallas ofta för vikarierande underläkare, en term SYLF motsätter sig eftersom läkarna i fråga sällan arbetar som faktiska vikarier för ordinarie personal, utan snarare arbetar inom ramen för allmänna visstidsanställningar. Läkarna i fråga utför alltså arbete som skulle kunna omvandlas till faktiska AT-platser, ett faktum som termen "vikarierande underläkare" maskerar.

Av de som arbetade kliniskt innan AT hade endast 46 procent en personlig handledare och endast 58 procent uppger att de hade möjlighet att delta i undervisning eller grupphandledning för utbildningsläkare under tiden mellan examen och AT. Båda dessa andelar har ökat marginellt sedan förra året, vilket är glädjande, men andelarna är fortfarande alldeles för låga. Att som nyutexaminerad läkare sättas i arbete utan tillgång till personlig handledare är ett kraftigt åsidosättande av såväl arbetsmiljökrav som patientsäkerheten från arbetsgivarens sida. I ljuset av detta är de långa och ökande väntetiderna inför AT mycket bekymrande. Underläkare som arbetar kliniskt mellan examen och AT måste rimligen omfattas av samma riktlinjer för utbildning, instruktion och handledning som AT-läkare. Detta är något landstingen bör åtgärda snarast för att främja både patientsäkerhet och arbetsmiljö.

¹⁵ För AT-läkare med examen från land utanför EU/EES är den genomsnittliga väntetiden 20,6 månader. Denna siffra är dock svår att tolka, då vi inte kan veta med säkerhet om de svarande avsett tiden från faktiskt AT-föreläggande, från ansökan till Socialstyrelsen om att överhuvudtaget få göra AT, eller tiden från utlandsexamen.

¹⁶ Vare sig något positivt, negativt, eller icke-linjärt samband kan påvisas – det är alltså inte så att *både* mycket korta och mycket långa väntetider leder till högre AT-betyg (t.ex. för att individen har lägre förväntningar på en AT med kort väntetid/efter lång väntetid är så glad att äntligen få en AT att hen har extra stort överseende med brister) och dessa effekter tar ut varandra.

3.5 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 har mandat att sätta lön. Lönen ska vara individuell och differentierad och bestämmas efter kända, accepterade och påverkningbara kriterier. Lönen ska spegla den kunskap och kompetens och det ansvar som läkaren erbjuder sin arbetsgivare.

Den 1 januari 2004 ersattes den tidigare lönetariffen för AT-läkare med en lägstalön. I och med det blev AT-läkarnas lönesättning individuell. Tanken var att AT-läkare, liksom övriga läkargrupper, skulle få förhandla sin ingångslön innan AT påbörjades. Den 1 april 2011 avskaffades även lägstalönen 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 nu nödvändig för att sätta AT-läkarens lön.

I år uppger drygt 39 procent av de svarande AT-läkarna att de förhandlade sin lön innan de påbörjade AT. Denna andel har inte ökat de senaste fem åren, trots lägstalönens avskaffande 2011. När det gäller vem de som trots allt löneförhandlat haft sin förhandling med fortsätter andelen som förhandlat med en AT-chef att öka. Detta är glädjande, då AT-chefer till skillnad från exempelvis studierektorer, personalhandläggare och annan personal med utbildnings- och personalansvar är arbetsgivaransvar generellt har mandat att sätta lön.

Tabell 9. Förhandlade du om din lön innan du påbörjade AT? Procent

Ja - med AT-chef	24,9
Ja - med personalhandläggare	11,4
Ja - med annan	1,6
Ja - med studierektor	1,1
Ja - med verksamhetschef	0,4
Nej	60,6

Enligt kollektivavtalet kan AT-läkarna löneförhandla även när de kommit 12 månader in på sin AT. Andelen av de svarande som löneförhandlat efter 12 månader var 2014 knappt 25 procent av de som kommit minst ett år in på sin AT, att jämföra med 30 procent 2013.¹⁷ Nästan samtliga svarande som löneförhandlar ett år in på sin AT gör detta med en AT-chef.

Tabell 10. Förhandlade du om din lön efter 12 månader av AT? Procent av de som genomfört 12 mån AT

Ja - med AT-chef	18,9
Ja - med verksamhetschef	2,8
Ja - med annan	1,1
Ja - med studierektor	1,2
Ja - med personalhandläggare	0,9
Nej - erhöll löneförhöjning enligt lönetrappa	58,0
Nej - inget lönesamtal var aktuellt	17,1

Trots att kollektivavtalet påbjuder individuell löneförhandling är alltså andelen AT-läkare som uppger att de faktiskt genomfört en sådan förhandling fortsatt låg. I fritextsvar till AT-enkäten och SYLFs kontakter med medlemmarna framkommer också att AT-läkarnas individuella löneförhandling ofta fungerar mindre väl. Ett skäl till detta är att AT-läkarna ofta sätts att förhandla med en person med otydligt lönesättningsmandat och/eller begränsad förmåga att bedöma AT-läkarens kompetens, så som studierektor eller personalhandläggare. Detta är en av anledningarna till att SYLF anser det vara mycket viktigt att alla AT-läkare har en AT-chef. Från AT-ansvariga får SYLF också rapporter om att AT-läkarna inte alltid uppfattar att befintliga lönesamtal faktiskt är möten då de kan förhandla om sin lön. Här har de AT-ansvariga ett stort ansvar att tydliggöra parternas roller och förhandlingens rammar.

¹⁷ Tabellen inkluderar även svarande vid AT-orter med lokala avtal om andra lönesättningsmodeller än den som kollektivavtalet anger som huvudregel, det vill säga individuell förhandling före AT samt individuell förhandling efter 12 månaders AT. Tabellen redovisar endast huruvida AT-läkarna uppgivit om de har löneförhandlat eller inte.

Vidare framkommer att den arbetsgivarpart som sköter löneförhandlingen, formellt lönesättningsmandat eller ej, ofta saknar ekonomiskt utrymme från verksamhetsledningen att ge särskilt meriterade AT-läkare högre lön. Flera AT-läkare vittnar om att både de som individer och AT-läkare som grupp betraktas som en homogen massa utan individuella färdigheter. SYLF vänder sig kraftigt mot detta synsätt. Trots sin förhållandevis korta tid i yrket har AT-läkare ofta värdefull kompetens och rika erfarenheter, vare sig det handlar om arbete i läkemedelsindustrin, IT-kunskap, sjuksköterskeexamen eller ledarskapsutbildning. Att denna kompetens tillvaratas och värdesätts av arbetsgivarna är viktigt både för vårdens kvalitet, verksamhetens utveckling och AT-läkarnas motivation att stanna i yrket.

Slutligen har SYLF i år även undersökt sambandet mellan månadslön och sammanfattande AT-betyg. Analysen visar inget samband mellan en AT-läkares lön och det sammanfattande betyg hen sätter på sin AT. Inte heller på ortsnivå går det att hitta något samband mellan snittbetyg och genomsnittlig AT-läkarlön. Detta indikerar att lön generellt inte är en avgörande faktor för hur AT-läkarna betygsätter sin AT. Eftersom analysresultaten är just generella är det dock möjligt att det finns en koppling mellan lön och AT-betyg för enstaka individer eller orter. Om en AT-ort får en rankingplacering AT-ansvariga inte tycker sig kunna förklara utifrån andra faktorer, så som betygen på delplaceringarnas olika moment, kan det således vara värt att undersöka den lokala löneutvecklingen även om lön generellt inte är en faktor som styr AT-läkarnas betygsättning av sin AT.

Två AT-orter där lön sannolikt påverkat AT-betyg och rankingplacering är Kristianstad och Hässleholm i östra Skåne. Båda dessa orter har tappat ett betydande antal rankingplaceringar från föregående år och under samma tidsperiod har orternas lönepolicy reviderats. Med motivet att harmonisera lönenivån för AT-läkare i Region Skåne får AT-läkarna i Kristianstad och Hässleholm nu ett markant lägre lönepåslag efter 12 månader än tidigare. Man upplever sig också ha tappat möjligheten till individuell förhandling. Enligt den nya lönepolicyn erhåller AT-läkaren en förutbestämd lönehöjning när hen blivit godkänd på två respektive tre delplaceringar. Medan arbetsgivaren anser att detta är ett införande av tydliga lönekriterier uppfattar de underläkare SYLF talat med förändringen som ett införande av tariff-lön, inte minst då man redan tidigare hade väl fungerande lönekriterier. Den förändrade lönepolicyn har påverkat de östskånska AT-läkarnas upplevelse av sina AT-orter mycket negativt – inte främst för att AT-läkarna nu får mindre pengar i plånboken, utan för att de upplever att deras arbete inte värderas och deras påverkansmöjligheter kringskurits.

SYLF delar de östskånska underläkarnas uppfattning att den nya lönepolicyn innebär en övergång till tarifflönesystem, då godkända delplaceringar inte är ett lönekriterium som möjliggör individuella och differentierade löner mellan AT-läkare som genomfört en lika stor del av sin AT. Då AT-läkare inte ingår i den årliga löneöversynen innebär en lönesättningsmodell med antalet godkända delplaceringar som enda lönekriterium också att föräldralediga systematiskt missgynnas i lönesättningen trots att föräldraledighetslagen anger att föräldralediga bör lönesättas som om de vore i tjänst.

Exemplet östra Skåne illustrerar tydligt att tariff-lön, oavsett storlek, inte ersätter individuell förhandling. 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 det vara beklagligt att mindre än hälften av de svarande AT-läkarna getts möjlighet att löneförhandla innan eller under sin AT. SYLF tycker också det är upprörande att många av de som trots allt har förhandlat har getts dåliga förutsättningar att omsätta sina meriter i högre lön.

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 förhandlingen verkligen sker med en chef som har kompetens att bedöma den sökandes individuella kvalifikationer och har mandat att sätta en individuell och differentierad lön som speglar läkarens kompetens. Tills detta är uppnått anser inte SYLF att intentionen i kollektivavtalet uppfylls.

3.6 Arbetsmiljö

Möjligheten att påverka sin arbetsmiljö är en av de viktigaste faktorerna för hur AT-läkarna uppfattar kvaliteten på sin AT.¹⁸ Totalt upplever knappt 57 procent av de svarande att de har möjlighet att påverka sin arbetsmiljö. Detta är en avsevärd, mycket glädjande ökning från föregående år, då andelen som svarade ja på frågan om de hade inflytande över sin arbetsmiljö endast var 38 procent.

Tabell 11. Upplever du att du har möjlighet att påverka din arbetsmiljö? Procent

	Kvinna	Man	Totalt
Ja	54,5	60,3	56,8
Nej	45,5	29,7	43,2

I de svarandes knappt 200 fritextsvar om arbetsmiljöinflytande framkommer flera teman. Dels att möjligheterna att påverka arbetsmiljön upplevs som relativt större i små organisationer som vårdcentraler och små sjukhus då beslutsvägarna är kortare, schemalaggningsen mer överskådlig och varje individ mer synlig. Dels att AT-råd och AT-chefer är mycket uppskattade på de orter de finns, och generellt verkligen upplevs ge AT-läkarna förbättrade möjligheter att påverka sin arbetsmiljö. Ett särskilt gott exempel på där detta fungerar väl är Varbergs sjukhus, där samtliga 22 svarande AT-läkare upplever sig kunna påverka sin arbetsmiljö. Detta har uppnåtts dels genom bildandet av ett AT-råd och ett AT-kollegium, dels genom tillsättningen av en AT-chef som enligt de underläkare på Varbergs sjukhus som SYLF talat med är lättillgänglig, engagerad och inte minst har ett starkt mandat från sjukhusledningen. Även AT-chefen själv, Anna Friborg, påtalar att hon har ett bra stöd från sin egen chef, och att detta är en viktig förutsättning för att kunna bedriva ett gott arbete med att utveckla AT.

AT-läkarnas inflytande över sin arbetsmiljö beror således inte bara på vilket gehör de får från sin egen chef, utan även chefens möjlighet att föra AT-läkarnas åsikter vidare och omsätta dem i praktisk förändring. Detta är också något som återkommer i många fritextsvar – ett aktivt AT-råd eller en lyhörd och engagerad AT-ledning är ingen garanti för faktiskt AT-läkarinflytande eller en högkvalitativ AT, då även AT-råd, -chefer och -studierektorer är beroende av stöd från högre ort.

AT-läkarnas påverkansmöjligheter är ett område där skillnaderna mellan välfungerande kliniker och AT-orter och de som fungerar mindre väl åter mycket tydliga. Ur fritextsvaren framgår att AT-läkarinflytandet när det brister brister rejält. Av de svarande som upplever sig sakna möjlighet att påverka sin arbetsmiljö uttrycker en stor andel djup frustration och uppgivenhet över att de, trots idoga ansträngningar, inte får något som helst gehör. Många svarande återkommer till att strukturen på AT med täta flyttar mellan olika kliniker gör det svårare för AT-läkarna att påverka då flyttarna används som argument för att inte ta AT-läkarnas situation och upplevelser på allvar. Flera AT-läkare beskriver hur de betraktas som "gästarbetare" eller tillfälliga besökare, andra berättar hur arbetsmiljöfaktorer som leder till belastningsskador inte åtgärdas eftersom de AT-läkare som drabbas ändå snart ska flytta vidare. SYLF anser att detta är oacceptabelt – AT-läkare med tidsbegränsade anställningar omfattas av samma arbetsmiljölagstiftning som tillsvidareanställda. Arbetsgivaren har därför skyldighet att förebygga arbetsmiljörelaterad ohälsa även hos AT-läkare.

Det finns också skillnader mellan olika grupper av AT-läkares upplevelser av inflytande över sin arbetsmiljö, vilket illustreras i tabell 12. Män upplever exempelvis något större påverkansmöjligheter än kvinnor. Den största skillnaden finns dock mellan de som deltar och inte deltar i utvecklingsarbete – av de som står utanför sådant arbete upplever endast 45 procent att de har möjlighet att påverka sin arbetsmiljö, att jämföra med knappt 70 procent av de som är aktiva i utvecklingsarbete. Detta betyder att det utvecklingsarbete som bedrivs runt om på landets AT-orter i hög utsträckning upplevs som konstruktivt, vilket är mycket glädjande. Mer nedslående är att knappt 44 procent av AT-läkarna med examen från land utanför EU/EES upplever att de har möjlighet att påverka sin arbetsmiljö, trots att de deltar i utvecklingsarbete i högre utsträckning än samtliga övriga grupper. Detta är mycket oroväckande och arbetsgivare, fackliga företrädare och medarbetare ute i verksamheterna har ett stort gemensamt ansvar att förbättra situationen.

¹⁸ De som upplever att de har möjlighet att påverka sin arbetsmiljö ger exempelvis sin AT ett genomsnittsbetyg på 5,0 att jämföra med 4,1 för de som inte upplever sig ha någon sådan möjlighet.

Tabell 12. Upplever du att du har möjlighet att påverka din arbetsmiljö? Procent

	Deltar i utvecklingsarb.	Deltar ej i utvecklingsarb.	Examen från land utanför EU/EES
Ja	69,4	45,0	43,5
Nej	30,6	55,0	56,5

3.6.1 Deltagande i utvecklingsarbete

Sedan de påbörjat AT anger knappt 50 procent av de svarande AT-läkarna att de regelbundet deltar i klinikkens utvecklingsarbete. Könsskillnaderna är mycket små, däremot finns tydliga skillnader med avseende på examensland. Av de med svensk läkarexamen uppger cirka 47 procent att de deltar i utvecklingsarbete – för de med utländsk läkarexamen är siffran oavsett exakt vilket examenslandet är, ca 56 procent.

Tabell 13. Sedan du påbörjade din AT, deltar du regelbundet i klinikkens utvecklingsarbete (ex. APT, arbetsgrupper och andra projekt)? Procent

	Kvinna	Man	Totalt
Ja	48,0	48,7	48,3
Nej	52,0	51,3	51,7

Den klart vanligaste orsaken till att AT-läkarna inte deltar i utvecklingsarbete är att de inte blir inbjudna till denna typ av verksamhet. Drygt 36 procent av de som inte deltar uppger detta skäl. Knappt tio procent uppger också att de inte deltar i utvecklingsarbete eftersom de inte känner sig välkomna. Här har chefer, handledare och seniora kollegor ett stort ansvar. Även om AT-läkare uttalat har möjlighet att delta i utvecklingsarbete visar enkätresultaten att detta inte alltid är tillräckligt. AT-läkarna, som ofta är nya på kliniken, är betjänta av en tydlig aktiv inbjudan och uppmuntran att delta. Det är också viktigt att AT-läkarna får tid avsatt för att delta i utvecklingsarbete, då knappt en av fyra svarande upplever detta som ett hinder.

Tabell 14. Varför deltar du ej regelbundet i klinikkens utvecklingsarbete? Procent ja-svar

	Kvinna	Man	Totalt
Jag blir inte inbjuden till denna typ av verksamhet	38,4	33,3	36,2
Jag prioriterar inte detta/saknar intresse	22,5	28,4	25,1
Jag får inte tid avsatt för detta	23,9	25,7	24,7
Jag känner mig inte välkommen till denna typ av verksamhet	8,9	9,2	9,0
Annat	6,4	3,3	5,1

Ur de svarandes fritextsvar kan vi utläsa att flera AT-orter infört särskild APT enbart för AT-läkare. Även om det är positivt att AT-läkarna ges möjlighet att träffas och diskutera sitt arbete anser SYLF att AT-läkarna också behöver göras delaktiga i arbetsplatsens reguljära APT. Detta dels för att AT-läkarna ska kunna lära sig av sina mer seniora kollegor, dels för att AT-läkarnas särskilt uppdaterade medicinska kunskap och stora engagemang ska kunna komma hela kliniken till del. Att i högre utsträckning avsätta tid och aktivt bjuda in AT-läkarna att delta i klinikkens utvecklingsarbete skulle således inte bara gynna AT-läkarna själva utan även klinikkens verksamhet i stort och den vård patienterna kan erbjudas.

Ett gott exempel på hur detta kan gå till i praktiken kan hämtas från Avesta, där AT-läkarna inte bara aktivt bjuds in att delta i APT, dagliga morgonmöten och annat utvecklingsarbete, utan AT-läkarnas deltagande är så institutionaliserat att det tas för givet att AT-läkarna närvarar närhelst andra läkare gör. Ökade möjligheter för AT-läkarna att delta i utvecklingsarbete, och därigenom påverka sin arbetsmiljö, framhålls också av de Kirunaunderläkare SYLF talat med som en bidragande orsak till ortens förbättrade AT-kvalitet och rankingplacering. I Kiruna har detta uppnåtts genom att verksamhetschefen för akuten infört regelbunden APT och andra läkarträffar, vilket tidigare saknades, och aktivt förlagt dessa träffar vid de tidpunkter AT-läkarna har störst möjlighet att delta.

3.6.2 Ensamtjänst

När läkare påbörjar sin AT har de minst 5,5 års utbildning i ryggen. Den absoluta majoriteten har också arbetat kliniskt i genomsnitt knappt tio månader i väntan på AT. Detta innebär att AT-läkare är

kunniga. Att vara ensam jourhavande är dock ett mycket stort ansvar, och det är viktigt att AT-läkare introduceras till detta 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.

SYLF har tidigare frågat AT-läkarna om det förekommer jourtjänstgöring utan legitimerad kollega tillgänglig på sjukhuset/jourcentralen under någon av deras AT-placeringar. Eftersom detta dels kan vara svårt för de svarande att ha full kännedom om, inte minst när det gäller placeringar man inte påbörjat ännu, och dels ger ett mått på hur många kliniker som låter AT-läkare gå ensamjour snarare än hur många AT-läkare som faktiskt går dessa jourer har frågan omformulerats. I år frågar vi om AT-läkaren *själv* jourtjänstgjort utan legitimerad kollega tillgänglig. Knappt 45 procent av de svarande uppger att de gått ensamjour någon gång under sin AT. Detta ska jämföras med de cirka 55 procent som angav att ensamjourer *förekom* åren närmast dessförinnan. Då frågeformuleringarna mäter olika saker ska skillnaden i procentsatser inte tolkas som att ensamjourer blivit mindre vanliga – SYLF:s kontakter med medlemmar och lokala förtroendevalda indikerar snarare det motsatta. Däremot har vi nu sannolikt ett bättre mått på ensamjourernas faktiska förekomst.

Tabell 14. Har du jourtjänstgjort utan legitimerad kollega tillgänglig på sjukhuset/jourcentralen under någon av AT-placeringarna? Procent

	Kvinnor	Män	Totalt
Ja	44,0	46,3	44,9
Nej	56,0	53,7	55,1

Förekomsten av ensamjourer skiljer sig kraftigt mellan de olika AT-placeringarna. Detta illustreras i tabell 15 nedan. Psykiatri är fortsatt den placeringen där förekomsten av ensamjour är högst, hela 45 procent.¹⁹ Lägst är förekomsten av ensamjour under allmänmedicinplaceringen, drygt 11 procent. Att ensamjour överhuvudtaget förekommer i primärvården är dock i sig anmärkningsvärt och oroväckande. Medan det inom slutenvården vanligtvis finns en bakjour att kontakta, eller läkare på andra delar av sjukhuset, saknar primärvården vanligtvis sådana stöd.

Även vad gäller kön finns, i likhet med tidigare år, betydande skillnader. Medan andelen män och kvinnor som gått ensamjour *någon gång* under sin AT förhållandevis lika – 46 respektive 44 procent är könsskillnaderna inom de olika AT-placeringarna större, vilket innebär att män i praktiken går fler ensamjourer än kvinnor. Vad detta beror på – exempelvis att män uppmuntras att ta mer ansvar eller värderar sin kompetens högre än kvinnor – kan denna undersökning inte svara på.

Tabell 15. Har du jourtjänstgjort utan legitimerad kollega tillgänglig på sjukhuset/jourcentralen under någon av placeringarna? Procent ja-svar

	Kvinnor	Män	Totalt
Medicin	26,0	27,6	26,6
Kirurgi	18,8	22,7	20,4
Psykiatri	42,9	48,5	45,3
Allmänmedicin	9,1	14,2	11,3

Av de som uppgett att de jourtjänstgjort utan legitimerad kollega tillgänglig på sjukhuset eller jourcentralen uppger knappt 20 procent att de upplevt jourerna som stressande eller negativt inverkan på utbildningskvaliteten. De kvinnliga svarande har genomgående en mycket mer negativ upplevelse av ensamjour än sina manliga kollegor. Exempelvis anger 17 procent av de kvinnliga svarande att det varit mycket stressande att jourtjänstgöra ensam, att jämföra med endast 3,6 procent av männen. En markant högre andel män än kvinnor uppger också att de aktivt sökte sig till AT-orter med möjlighet till ensamjour. Dessa resultat är i linje med föregående års.

Förekomsten av ensamjour på en AT-ort har ingen entydig koppling till ortens sammanfattande betyg och placering på rankinglistan – förekomsten av ensamjour är exempelvis hög i både Avesta och Arvika. Vad som däremot har stor betydelse är hur väl ensamjourerna på orterna i fråga fungerar och

¹⁹ De svarande tillfrågas endast om de placeringar de angett att de påbörjat, varför andelen som gått ensamjour under psykiatriplaceringen är något högre än andelen av samtliga svarande som gått ensamjour någon gång under AT.

upplevs av de svarande. De med en negativ upplevelse av att gå ensamjour betygsätter i genomsnitt sin AT ett helt betygssteg lägre än de med en positiv jourupplevelse. Detta understryker ytterligare betydelsen av god handledning inför och kring ensamjourer, väl utbyggda bakjourssystem, och attityder som uppmuntrar – inte stigmatiserar – användandet av dessa vid behov. Det är också viktigt att AT-orterna anpassar förekomsten av ensamjour om och när de omkringliggande stödfunktionerna förändras. Här är Kiruna sjukhus ett gott exempel – när kirurgbakjouren under hösten 2013 drogs in upphörde även AT-läkarnas ensamjourer.

Tabell 16. Hur upplevde du att jourtjänstgöra utan legitimerad kollega tillgänglig på sjukhuset/jourcentralen? Procent

	Kvinna	Man	Totalt
Negativt, att jourtjänstgöra ensam har sänkt min utbildningskvalitet	7,8	3,6	6,0
Negativt, att jourtjänstgöra ensam har varit mycket stressande	17,0	3,6	11,4
Positivt, det var inte ett aktivt val från min sida men något som höjt min utb.kvalitet	34,3	44,0	38,4
Positivt, jag valde aktivt att söka AT på ett sjukhus där jag skulle få denna möjlighet	17,6	26,6	21,4
Varken positivt eller negativt	23,3	22,2	22,9

Förekomsten av ensamjour är generellt markant lägre än riksgenomsnittet på universitetssjukhusen och övriga storstadssjukhus. Delvis som ett resultat av detta är ensamjour minst vanligt i Region Skåne och Stockholms läns landsting, där bara 15 procent av de svarande gått ensamjour på någon av sina AT-placeringar. En låg förekomst av ensamjour är dock ingen garanti för att jourerna fungerar bra – AT-läkarnas svar indikerar närmast det motsatta, då många av de mest negativa upplevelserna av ensamjour återfinns på orter där ensamjour är relativt mindre vanligt.

En möjlig förklaring till detta resultat är att de berörda sjukhusen, just på grund av ensamjourernas lägre förekomst, har mindre välfungerande stödsystem kring desamma. En annan möjlighet rör AT-läkarnas förväntningar på sin tjänstgöring. Något som återkommer i samtal med representanter för de topplacerade AT-orterna med en hög förekomst av ensamjour, så som Avesta, Torsby och Västervik, är hur man redan vid rekryteringen tydliggör för de sökande i vilken omfattning man som AT-läkare förväntas gå ensamjour och vilket stöd som kommer finnas tillgängligt. Av de som inte gått ensamjour under AT anger knappt 9 procent att de aktivt valde att söka AT på en ort där det inte förekom jourtjänstgöring utan legitimerad kollega tillgänglig på sjukhuset/jourcentralen. Ytterligare 40 procent anger att undvikande av ensamjour var en bidragande orsak i valet av AT-ort. Detta är mer än föregående år, och det är främst män som står för ökningen – I år angav cirka 36 procent av de män som inte gått ensamjour att undvikande av sådana jourer bidrog till deras val av AT-ort. År 2013 var siffran 20 procent.

Tabell 17. Valde du aktivt att söka AT på ett sjukhus där det inte förekommer jourtjänstgöring utan legitimerad kollega tillgänglig på sjukhuset/jourcentralen under någon av placeringarna? Procent av de som inte jourtjänstgjort utan legitimerad kollega tillgänglig på sjukhuset/jourcentralen

	Kvinna	Man	Totalt
Ja, jag valde detta aktivt för att inte behöva jourtjänstgöra ensam	13,2	2,3	8,5
Jag valde primärt att söka detta sjukhus av andra skäl, men att inte behöva jourtjänstgöra ensam var en bidragande orsak	43,9	33,7	39,5
Nej, jag valde detta sjukhus av andra skäl, att inte behöva jourtjänstgöra ensam var inte en bidragande orsak	43,0	64,0	52,0

3.6.3 Karriärbyte

Av de svarande AT-läkarna överväger cirka 15 procent att byta yrke. 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. På flera orter, så som i Torsby, Sunderbyn och Lycksele, går inte någon svarande i sådana tankar. Detta är ett mycket gott betyg, och indikerar att dessa orter gjort ett bra jobb med att introducera AT-läkarna i yrket. I rankinglistans botten är bilden mindre ljus. I Eskilstuna och Arvika överväger så många som ca 40 procent av de svarande att lämna läkaryrket. Här riskerar lokala brister i kvaliteten på AT leda till att omfattande nationella och personliga investeringar i utbildning och kompetensförsörjning går om intet.

De överlägset tyngsta skälen till att AT-läkarna överväger att byta yrke är dålig arbetsmiljö och för hög arbetsbelastning. Därpå följer dom nära relaterade faktorerna klinikens organisation och arbetssätt, för hög jourbörda och bristande möjlighet till flexibla arbetstider. Först därefter kommer dålig utbildningsmiljö. Andra faktorer, som bristande ledarskapsutveckling och forskningsmöjligheter kommer mycket långt ner på listan. Dessa svar indikerar att många av AT-läkarnas tvivel kring sin läkarkarriär har mer att göra med sjukvårdens organisation, arbetsbelastning och styrning i stort än den specifika utformningen av AT. Detta betyder dock inte att inget kan göras på verksamhetsnivå för att öka AT-läkarnas vilja att stanna i yrket. En förhållandevis enkel åtgärd är att öka AT-läkarnas möjlighet att påverka sin arbetsmiljö – av de som upplever sig ha en sådan möjlighet överväger endast 8 procent att byta yrke, att jämföra med 23 procent av de som upplever sig sakna inflytande.

Vikten av att kunna påverka sin arbetsmiljö och -situation förstärks ytterligare av de svarandes fritextkommentarer. Där återkommer funderingar kring stress och arbetsbelastning, otrygga anställningar, nedskärningar inom vården och dess effekter på vårdkvaliteten. Många läkare uttrycker att de inte ges förutsättningar att ge den vård och vara de läkare de vill vara. Få AT-läkare överväger däremot att byta yrke på grund av missnöje med sin löneutveckling, vilket ytterligare stärker tesen att lön inte är en central faktor för hur man som AT-läkare betygsätter sin AT.

Tabell 18. Vilka är de viktigaste anledningarna till att du överväger att byta yrke? (välj max tre alternativ) Procent av de som funderar på att byta yrke

	Kvinna	Man	Totalt
Dålig arbetsmiljö	66,4	57,1	62,8
För hög arbetsbelastning	63,1	50,6	58,3
Klinikens organisation och arbetssätt	40,2	45,5	42,2
För hög jourbörda	26,2	15,6	22,1
Ingen möjlighet till flexibla arbetstider	22,1	11,7	18,1
Dålig utbildningsmiljö	11,5	26,0	17,1
Personliga skäl	12,3	20,8	15,6
Annat	13,9	14,3	14,1
För dålig löneutveckling	3,3	15,6	8,0
För mycket tid på akuten	7,4	7,8	7,5
Yrket är ointressant	0,0	10,4	4,0
Ingen möjlighet att forska	3,3	2,6	3,0
Dåliga möjligheter till chefs- och ledarskapsutveckling	2,5	1,3	2,0
Yrket har låg status	0,8	1,3	1,0

3.6.4 Sjukdom

I år frågade SYLF för första gången AT-läkarna om de varit sjukskrivna eller hemma på grund av sjukdom utan att sjukskriva sig de senaste sex månaderna. Det vi ville undersöka var alltså AT-läkarnas faktiska hälsotillstånd snarare än i vilken utsträckning de utnyttjar möjligheten till formell sjukledighet. Resultatet redovisas i tabell 19 nedan. Av de svarande uppger cirka 17 procent att de haft en eller flera kortare sjukdomsperioder, totalt mindre än två veckor, under de sex senaste månaderna. Ur fritextsvaren kan vi utläsa att det ofta rör sig om vinterkräksjuka eller andra maginfluensor med hög smittorisk.

I förekomsten av kortare sjukdomsperioder finns inga påtagliga könsskillnader. Det gör det däremot i svaren för längre sjukdomsperioder, då nästan tre gånger så många kvinnor som män, sex respektive två procent, uppger att de varit hemma från jobbet på grund av sjukdom i mer än två veckor det senaste halvåret. En sannolik delförklaring till kan hittas i de långtidssjukas fritextsvar, där flera kvinnor anger graviditetsrelaterade besvär som orsaken till sin sjukfrånvaro. I exakt vilken utsträckning graviditetsrelaterade symptom ger upphov till könsskillnader i långtidssjukdom kan denna undersökning dock inte svara på. Även detta, liksom om gravida läkare sjukskrivs för att arbetsgivaren inte klarar att anpassa arbetsmiljön, är viktiga frågor för framtida undersökningar.

Även mellan landsting och sjukvårdsregioner finns stora skillnader i förekomsten av sjukfrånvaro. De friskaste AT-läkarna återfinns i Örebro, där inga av de svarande varit långtidssjuka under det senaste

halvåret. Störst är sjukfrånvaron i Jönköping, Sörmland och Gotland, där cirka 10 procent av de svarande varit hemma på grund av sjukdom i mer än två veckor under de senaste sex månaderna. De stora skillnaderna mellan landsting indikerar att de genomsnittliga nivåerna av sjukfrånvaro som redovisas i tabell 19 inte är naturgivna, utan går att sänka avsevärt genom ett hängivet och systematiskt arbetsmiljöarbete. Mer oroväckande är att drygt åtta procent av de med läkarexamen från land utanför EU/EES varit långtidssjuka under det senaste halvåret, att jämföra med 3,4 procent av de med svensk läkarexamen. Detta förstärker ytterligare bilden av läkare med examen från tredjeländ som en utsatt grupp inom den svenska läkarkåren.

Tabell 19. Har du varit sjukskriven eller hemma på grund av sjukdom utan att sjukskriva dig (t.ex. tagit kompedigt eller semester) de sex senaste månaderna? Procent

	Kvinnor	Män	Totalt
Ja, 1-14 dagar	17,7	16,8	17,3
Ja, mer än 14 dagar	5,8	2,0	4,2
Nej	76,6	81,2	78,5

En närmare undersökning av gruppen som varit hemma på grund av sjukdom i mer än 14 dagar det senaste halvåret visar att hela 35 procent av dessa överväger att byta yrke. Oavsett om detta samband beror på att den långa sjukfrånvaron i stor utsträckning är kopplad till brister i arbetsmiljön eller nivån på arbetsbelastningen, eller på grund av att läkaryrket upplevs som oförenligt med sviktande personlig hälsa, är det mycket allvarligt.

4. Slutsatser – vad kännetecknar en bra AT-ort?

Vad kännetecknar en bra AT-ort? AT-rankingen 2014 befäster flera av tidigare års slutsatser. En bra AT-ort kännetecknas fortsatt av god kvalitet på de olika placeringarnas delmoment; introduktion, handledning, formell medicinsk utbildning och kollegialt stöd. Det är också viktigt med en välfungerande jourverksamhet. Årets rankingrapport visar att få faktorer kan skada en AT-läkares upplevelse av sin AT som otrygga ensamjourer. SYLF anser att AT-läkare inte bör lämnas att gå ensamjour utan uppbackning av en legitimerad kollega inom samma specialitet på sjukhuset.

Utöver detta är möjlighet att påverka sin arbetsmiljö en avgörande faktor för hur AT-läkarna uppfattar kvaliteten på AT. Årets undersökning visar att denna påverkansmöjlighet bör vara åtminstone delvis formaliserad, för att säkerställa att AT-läkarinflytande inte blir avhängigt klinikens bemanning eller personliga relationer mellan enskilda AT-läkare och AT-ansvariga. Detta är viktigt för att säkerställa både kontinuiteten i AT-läkarnas påverkansmöjligheter och lika möjligheter för alla AT-läkare att påverka sin arbetsmiljö och tillgodogöra sig en AT av god kvalitet. Exempel på formaliserade strukturer för AT-läkarinflytande är AT-råd, regelbundna läkar- eller arbetsplatsträffar där AT-läkarna deltar och/eller kvalitetsuppföljning och utvärdering av AT-läkarnas upplevelser efter varje avslutad placering. Det är också viktigt att formerna för AT-läkarnas påverkansmöjligheter anpassas efter organisationens storlek.

En bra AT-ort kännetecknas vidare, i likhet med tidigare år, av att det finns en AT-chef med fullständig arbetsgivaransvar och genuint intresse för AT:s kvalitet och AT-läkarnas villkor. Årets undersökning visar dock att den rena förekomsten av en AT-chef inte alltid räcker, utan att denna även behöver ett starkt mandat från den övriga sjukhusledningen för att verkligen kunna arbeta konstruktivt och kraftfullt för att utveckla AT. Att AT-chefen har ett sådant mandat är i sin tur viktigt för att AT-läkarna, genom att prata med sin chef, ska uppleva att de har möjlighet att påverka sin AT. Det bör även finnas minst en studierektor, med utbildningsansvar, på varje AT-ort.

Slutligen visar årets ranking också att en bra AT-ort är tydlig redan i rekryteringsprocessen med vad orten kan och inte kan erbjuda. Bara om de blivande AT-läkarna får veta vad en ort kommer erbjuda vad gäller exempelvis jour- och akuttjänstgöring, forskningsmöjligheter, handledningsstruktur och klinikstorlek kan de ta ställning till om orten i fråga passar just dem. En öppen rekryteringsprocess och ärliga utfästelser är således nödvändiga för att rätt AT-läkare ska hamna på rätt ort, få sina förväntningar uppfyllda, och ha en positiv upplevelse av sin AT.