



SYLF:s AT-ranking 2015

Förord

SYLF genomför sedan 2000 en årlig ranking av landets AT-orter i syfte att undersöka kvaliteten på AT (läkarnas allmäntjänstgöring). 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 gör eller nyligen avslutat AT. Undersökningen utgår från AT-läkarnas egna erfarenheter och belyser dels aspekter som kvaliteten på handledning, introduktion och kollegialt stöd under de olika placeringarna under AT och dels övergripande områden som arbetsmiljö och lönesättning. SYLF:s AT-ranking utgör därmed en god indikator på allmäntjänstgöringens kvalitet så som den upplevs av AT-läkarna själva, och är ett konstruktivt verktyg för att utvärdera och förbättra AT.

AT är den nyexaminerade läkarens introduktion i yrkeslivet, och det legitimationsgrundande steget i läkarens livslånga lärande. Allmäntjänstgöringens syfte är att ge AT-läkaren "en god förmåga att självständigt och med hög säkerhet kunna utföra de medicinska basrutinerna i hälso- och sjukvården".¹ AT är målstyrd, vilket innebär att innehållet i tjänsten ska motsvara de mål som Socialstyrelsen fastställt gällande kunskaper, färdigheter och förhållningssätt för att erhålla läkarlegitimation.² Anställning under AT kan inte vara vikariat utan ska ske på ett särskilt blockförordnande som utfärdas av landstinget. Möjligheten att byta AT-ort efter påbörjad AT är därför mycket begränsad. AT-blocket ska omfatta minst 18 månader klinisk tjänstgöring fördelad mellan medicin, kirurgi, psykiatri och allmänmedicin.³

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

Stockholm, september 2015

Emma Spak
Ordförande SYLF
emma.spak@syf.se

Kajsa Holmberg
Utredningssekreterare SYLF
kajsa.holmberg@syf.se

Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF) organiserar underläkare och är den näst största yrkesföreningen inom Sveriges läkarförbund. Föreningen har cirka 10 500 medlemmar fördelade på 27 lokalavdelningar. SYLF arbetar bland annat med utbildningsfrågor, arbetsmarknadsfrågor, arbetsmiljöfrågor och sjukvårdsorganisatoriska frågor. Läs mer om SYLF på syf.se.

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

² Utöver att tjänstgöringstiden ska ha fullgjorts examineras AT genom ett skriftligt respektive ett muntligt prov. Det senare kan ersättas av medsittning med specialist under respektive placering under AT

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

Innehållsförteckning

Förord	2
1. Sammanfattning.....	4
2. Data	4
2.1 Mått och begrepp	4
2.2 Urval	4
2.3 Att mäta kvaliteten på AT	6
3. Resultat.....	7
Tabell 1. SYLF:s AT-ranking 2015	9
3.1 Kvaliteten på AT	12
3.1.1 Utbildningstjänsten AT?.....	12
3.2 Bästa orter per placering	13
3.2.1 Bästa medicinort	14
3.2.2 Bästa kirurgiort.....	14
3.2.3 Bästa psykiatriort	15
3.2.4 Bästa allmänmedicinort	15
3.2.5 Skillnader inom placeringar och orter	16
3.2.6 Sjukhusstorlek	16
3.3 AT:s form och längd	16
3.3.1 Önskad AT-form.....	17
3.4 Examensland	18
3.5 Tiden innan AT	19
3.6 Individuell lönesättning	21
3.7 Arbetsmiljö	23
3.7.1 Deltagande i utvecklingsarbete	24
3.7.2 Ensamarbete under jourtid	25
3.7.3 Karriärbyte	27
4. Slutsatser	28
4.1 Utbildningstjänsten AT	28
Bilaga 1. Enkätfrågor AT-rankingen 2015	30

1. Sammanfattning

Avesta lasarett är 2015 års bästa AT-ort! Därefter följer Västerviks och Kiruna sjukhus på andra respektive tredje plats. I botten placerar sig Trelleborgs lasarett, Länssjukhuset i Sundsvall-Härnösand och Oskarshamns sjukhus.

Årets AT-ranking har besvarats av knappt 1600 läkare som just nu gör eller nyligen avslutat AT. Det är det största antalet svarande sen rankingen startades. Tillsammans ger de svarande en oroväckande bild av tillståndet för AT. Medan AT fortfarande håller hög kvalitet på många orter och kliniker berättar ett mycket stort antal svarande, från en lång rad av landets AT-orter, om en AT vars roll som utbildningstjänst och yrkesintroduktion allt mer utarmas.

2. Data

Det huvudsakliga dataunderlaget för AT-rankingen kommer från en webbaserad enkät som distribueras via e-post.⁴ Själva enkäten består av ett formulär med x huvudfrågor (se bilaga 1) uppdelade i kategorier-na bakgrundsvariabler, AT:s kvalitet, lönesättning, tiden mellan läkarexamen och AT samt arbetsmiljö.⁵

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

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

2.1 Mått och begrepp

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

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 2014, men vid enkätstillfället ännu var olegitimerade eller erhöll läkarlegitimation så nyligen som efter 30 november 2014. AT-rankingen är således en totalundersökning bland de fackligt organiserade AT-läkarna så som de definieras ovan.⁶ Dessa uppgick vid urvalstillfället till 2687 personer, varav 1911 personer besvarade enkäten helt eller delvis. Detta ger en svarsfrekvens på 71 procent. 219 av de svarande uppgav att de inte påbörjat AT. Av dessa arbetade 199 kliniskt som läkare innan AT. 1564 personer uppgav att de gjorde AT eller hade

⁴ E-postadresserna hämtas ur Sveriges läkarförbunds medlemsregister. Årets enkät skickades ut den 13 april 2015 och stängdes den 8 juni 2015. Där emellan skickades tre e-postpåminnelser, varav den sista endast till de som påbörjat men inte slutfört enkäten.

⁵ Utöver dessa teman innehöll enkäten i år även frågor om föräldraledighet, forskning samt stressrelaterad psykisk ohälsa. Resultaten från dessa frågor redovisas i separata rapporter.

⁶ SYLF organiserar ca 75 procent av de svenska underläkarna.

avslutat AT och erhållit läkarlegitimation efter 30 november 2014. 40 personer svarade att de inte gjort eller kommer göra AT i Sverige, och de kvarvarande 88 personerna uppgav att de hade avslutat AT före 1 december 2014 eller att de inte arbetade kliniskt. Dessa 40 plus 88, samt de 20 som varken påbörjat AT eller arbetade kliniskt innan AT, fördes direkt till slutet av enkäten.

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 är legitimerade och läkare som flyttat utomlands eller forskar prekliniskt men inte anmält detta till medlemsregistret. Även läkare som arbetar i läkemedelsindustrin riskerar att ingå i denna grupp, då de inte 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. Risken är dock att dessa personer nås av eller besvarar enkäten i lägre utsträckning än andra, då innehållet trots allt inte riktar sig till dem. Detta förklarar sannolikt en del av bortfallet i svarsfrekvens. I bortfallet ingår även de som valt att spärra sin e-postadress från utskick från SYLF eller annan del av Läkarförbundet, samt de som har en felaktig e-postadress registrerad i medlemsregistret.

Svarsfrekvensen på 71 procent är mycket god, då allt över 50 procent generellt anses vara mycket bra för enkätundersökningar.⁷ Den höga svarsfrekvensen ger SYLF:s undersökning goda förutsättningar att producera 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 förvränger representativiteten i de svar som erhållits.

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

SYLF har av naturliga skäl inget register över underläkare som inte är medlemmar. Enskilda, välmenande individer från både fack- och arbetsgivar sidan har ibland erbjudit sig att lösa detta problem genom att förmedla listor över samtliga anställda AT-läkare på ett visst sjukhus. SYLF har dock konsekvent valt att avböja alla sådana erbjudanden. Det främsta skälet till detta är att läkare som inte är medlemmar i SYLF inte samtyckt till att ta emot enkäter eller andra utskick från oss. För vissa icke-medlemmar är valet att stå utanför facket ett aktivt ställningstagande, vilket vi är måna om att respektera.

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

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

Totalt besvarades enkäten av 46 icke-medlemmar. SYLF:s förhoppning är att detta antal ökar till nästa år, allteftersom informationen att enkäten är öppen även för icke-medlemmar blir mer spridd. Då informationsspridningen i hög grad varit beroende av lokalt förtroendevaldas insatser är de svarande icke-medlemmarna inte jämt fördelade över landet, utan till stor del koncentrerade till ett mindre antal AT-orter.⁸

⁷ Trost 2010:137

⁸ Dessa är Mälarsjukhuset i Eskilstuna, Tiohundra AB i Norrtälje, Länssjukhuset i Kalmar och Norrlands universitetssjukhus i Umeå. Totalt har svar inkommit från icke-medlemmar på 22 av 70 AT-orter.

Givet det begränsade antalet svarande icke-medlemmar är dock detta positivt, då det gör det möjligt att testa om medlemmars och icke-medlemmars betygsättning skiljer sig från varandra på orterna i fråga.

En sådan undersökning visar inga uppenbara skillnader i medlemmars och icke-medlemmars betygsättning av sina respektive rankingorter. Små skillnader i gruppernas genomsnittsbetyg finns på samtliga berörda orter, men detta är att förvänta när små grupper delas upp i ännu mindre dito, och skillnaderna ligger inom den statistiska felmarginalen. Då antalet svarande icke-medlemmar är så pass begränsat bör dock undersökningen upprepas nästa år, när antalet svarande icke-medlemmar förhoppningsvis medger mer definitiva slutsatser.

Att vi inte har något register över icke-medlemmar betyder också att vi saknar uppgift på gruppens totala storlek. Vi kan heller inte mäta hur många icke-medlemmar som nåddes av informationen att de var välkomna att svara på enkäten. Sammantaget innebär detta att vi inte kan beräkna gruppens svarsfrekvens, eller representativitet för icke-medlemmarna som helhet vad gäller ålder och kön.

Då det för icke-medlemmar krävdes en aktiv insats för att få enkäten utskickad är det möjligt att de med starkast åsikter om sin AT – både positiva och negativa dito – är överrepresenterade bland de svarande. Samtidigt vet vi av erfarenhet att engagemanget för AT är mycket stort i AT-läkarkåren som helhet. Detta illustreras inte minst av SYLF-medlemmarnas över tid mycket höga svarsfrekvens på rankingenkäten.

2.3 Att mäta kvaliteten på AT

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

Nytt för i år är att de svarande också getts möjlighet att lämna en fritextkommentar i anslutning till sin betygsättning av respektive AT-placering. Syftet är att möjliggöra för de svarande att synliggöra eventuella större kvalitetsskillnader mellan olika kliniker inom samma placering. På ett stort sjukhus kan en AT-läkares kirurgi-placering exempelvis fördelas mellan kirurgi, ortopedi, urologi, anestesi och gynekologi. Om placeringen på fyra av dessa fem kliniker håller låg kvalitet blir det sammanlagda betyget på kirurgi-placeringen sannolikt berättigat lågt. Samtidigt kan det vara av stort värde att framhålla att placeringen på den femte kliniken håller markant högre kvalitet, både för att uppmuntra AT-ansvariga på den berörda kliniken att fortsätta sitt goda arbete, och för att underlätta lärande mellan kliniker.

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

Att listan baseras på denna enda fråga, istället för en viktning av svaren på flera frågor, har många anledningar. Den viktigaste av dessa är att kvaliteten på AT är något större och mer 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 dito som lämpar sig sämre för standardiserade mått. Det kan exempelvis handla om de svarandes upplevelse av AT-ledningens lyhörddhet, löneutveckling, schemaläggning och arbetsbelastning.

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

Från verksamhetschefer och studierektorer yttras ibland farhågor om att de svarande i sin sammanfattande betygsättning av sin AT-ort även tar hänsyn till faktorer som AT-ledningen inte har möjlighet att påverka, så som ortens bostadsmarknad och utbud av fritidsaktiviteter. Även om detta inte helt kan uteslutas

visade en närmare undersökning i föregående års rapport att drygt 75 procent av ett sjukhus rankingplacering i genomsnitt kan förklaras enbart utifrån betygen på de olika delplaceringarna samt AT-läkarnas upplevda möjlighet att påverka sin arbetsmiljö.⁹ Utrymmet för bestämningsfaktorer utanför AT-ledningens kontroll är således litet.

Då ovanstående är ett genomsnitt finns naturligtvis också AT-orter för vilka betygen på delplaceringarna och AT-läkarnas upplevda möjlighet att påverka sin arbetsmiljö bestämmer både mer och mindre än 75 procent av en AT-orts rankingbetyg. För orter som inte tycker sig kunna finna förklaringen till sitt sammanfattande betyg och rankingplacering i ovan nämnda faktorer finns således anledning att söka på andra områden. SYLF anser att en sådan fördjupad analys av enkätresultaten och den egna verksamheten med fördel bedrivs gemensamt av arbetsgivare och lokalfackliga företrädare. Vår erfarenhet är att det i dessa fall främst är faktorer som AT-läkarnas arbetsbelastning och löneutveckling, snarare än kvaliteten på utbudet av fritidsaktiviteter, som ligger till grund för AT-ortens sammanfattande betyg.

Efter insamling har enkätsvaren på flervalfrågor sammanställts i frekvenstabeller, dels för populationen som helhet och dels för olika undergrupper inom populationen utifrån faktorer som exempelvis kön, lands-
ting och examensland. Fördelningen mellan olika svarsalternativ redovisas genomgående som procent av den aktuella populationens totala antal svar på den specifika frågan. På frågor de svarande kunnat kryssa i ett obegränsat antal svarsalternativ innebär detta summan av alla ikryssade alternativ.

De svarandes fritextkommentarer har bearbetats genom kvalitativ innehållsanalys. Denna metod används här för att undersöka och förstå hur en grupp – i det här fallet underläkarna – själva förstår och beskriver sin arbetssituation. Utgångspunkten för kvalitativ innehållsanalys är en ambition att inte bara analysera det som direkt uttrycks i texten, till exempel genom att räkna antalet gånger ett visst ord förekommer, utan även textens implicita innehåll – vad de svarande faktiskt menar. Detta innebär i sin tur att databearbetning och tolkning sker parallellt. För att minska risken för att fritextsvaren tolkas utifrån rapportförfattarens förutfattade meningar har svaren inte analyserats utifrån förutbestämda hypoteser eller kategorier. Dessa har istället tillåtits framträda organiskt genom upprepad läsning. Samtliga fritextsvar har därför lästs igenom förutsättningslöst upprepade gånger. Efter denna genomläsning har fritextsvaren kategoriserats i övergripande teman utifrån de centrala budskap som framträder i svaren.

Eftersom många fritextsvar är ganska långa kan ett och samma svar beröra många olika ämnen som i sin tur korresponderar till olika teman. Inom forskningen kallas dessa olika delar av ett samma fritextsvar för "meningsbärande enheter". För att bevara svarens helhet, och därmed minska risken för feltolkningar, har fritextsvar med mer än en meningsbärande enhet sorterats under samtliga berörda teman, med tydlig märkning av vilken meningsbärande enhet som legat till grund för varje kategorisering. Varje meningsbärande enhet har endast tillåtits korrespondera till ett tema. När samtliga fritextsvar relaterats till minst ett tema har svaren inom varje tema lästs igenom på nytt, och omvärderats i ljuset av varandra. Denna del av processen har dels syftat till att säkerställa att svaren inom ett visst tema verkligen ger uttryck för samma sak, dels att temana är fullständiga och ömsesidigt uteslutande. Här har vissa fritextsvar omsorterats till nya teman, och flera teman delats upp i två eller fler underteman.

I den följande redovisningen används citat ur de svarandes fritextkommentarer för att illustrera, förankra och ge legitimitet åt den analys och de tolkningar som presenteras

3. Resultat

Avesta lasarett är Sveriges bästa AT-ort 2015! Efter flera år av starka placeringar, och en andraplats på listan 2014, når Avesta i år listans topp. Bakom Avesta återfinns en annan AT-ort med stabil närvaro i rankinglistans toppskikt – Västerviks sjukhus. På tredje plats hittar vi förra årets etta, Kiruna sjukhus.

Årets största klättrare är Kungälv's sjukhus, som lyfter sig från 42:a till 4:e plats. Nästan lika många platser klättrar förra årets bottenplacerade AT-ort, Arvika sjukhus. Efter IVO-kritik och hot om indragen kirurgi-placering resulterar ett omfattande utvecklings- och förbättringsarbete i år i en markant förbättring, och ett lyft från listans sistaplats till dess mitt. Särskilt glädjande är att kirurgi-placeringen, som förra året fungerade mycket dåligt, har förbättrats kraftigt och får nästan två betygssteg högre sammanvägt betyg. Andra orter som klättrar kraftigt är Visbys, Moras och Lindesbergs lasarett, samt Mälarsjukhuset i Eskilstuna.

⁹ SYLF:s AT-ranking 2014

Förra årets största klättrare, sjukhuset i Torsby, faller i år tillbaka till listans botten och upprepar därigenom tyvärr de senaste årens mönster av att åka jojo i rankinglistan. Även sjukhusen i Kalix, Lycksele och Värnamo tappar ett stort antal placeringar på rankinglistan, från tidigare goda positioner. Utmaningen för Torsby, Kalix, Lycksele och Värnamo, såväl som de sjukhus som i år klättrat många placeringar, är således att bibehålla de framsteg och positiva förändringar som görs eller tidigare gjorts. Även om små sjukhus med färre antal svarande är mer känsliga för fluktuationer i betyg och placering, då enstaka svar har relativt större effekt på genomsnittet, visar små sjukhus som de i Avesta, Västerвик och Lidköping att det är fullt möjligt att hålla en stabil hög nivå trots ett begränsat antal svarande.

Stabilitet och god AT-kvalitet uppvisar även Akademiska sjukhuset i Uppsala och Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg, som likt flera föregående år placerar sig på rankinglistans topp tjugo medan övriga universitetssjukhus återfinns på listans nedre halva.

I listans botten återfinns Trelleborgs lasarett, som för första gången har tillräckligt många svarande för att rankas. Ovanför Trelleborg placerar sig Länssjukhuset i Sundsvall-Härnösand samt Oskarshamns sjukhus. Medan de båda sistnämnda sjukhusen tyvärr är väl bekanta med placeringar i listans botten är det för Trelleborgs lasarett första gången man uppnått ett tillräckligt stort antal svarande för att överhuvudtaget inkluderas i rankinglistan. SYLF:s förhoppning är att rankingresultatet nu kan ligga till grund för utveckling och förbättring av AT i Trelleborg, som på så många andra orter tidigare.

Tabell 1. SYLF:s AT-ranking 2015

	Snittbetyg 1-6	Medicinplaceringen 1-6					Kirurgplaceringen 1-6					Psykiatriplaceringen 1-6					Allmänmedicin 1-6 (10)					Andel Ja, %								
		Placering 2015	Placering 2014	Placering 2013	Placering 2012	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Rek. AT-ort	Löneförhandlat	Påverka arb. miljö	Väntetid i månader	Antal svarande
Avesta lasarett	5,64	1	2	10	14	5,4	5,9	5,5	6,0	6,0	3,6	4,0	3,9	3,9	3,9	4,6	4,7	4,6	5,1	4,6	5,3	6,0	5,3	5,8	5,8	100	100	82	5	11
Västerviks sjukhus	5,60	2	3	15	1	4,5	5,2	4,7	5,3	5,3	5,3	5,0	4,3	5,5	5,5	5,5	5,5	5,3	5,9	5,8	4,3	5,3	4,3	5,3	5,0	87	53	80	6	15
Kiruna sjukhus	5,45	3	1	23	*	4,7	5,3	4,8	5,8	5,2	2,6	4,1	3,7	3,9	3,3	4,9	4,5	4,3	4,8	4,8	3,8	5,0	4,0	5,0	5,0	100	9	91	3	11
Kungälv's sjukhus	5,44	4	42	29	38	5,3	4,8	4,7	5,7	5,4	4,9	4,9	4,5	4,8	4,8	4,5	4,2	4,8	5,7	4,5	3,5	5,0	3,3	5,8	4,5	100	61	83	15	18
Skaraborgs sjukhus Lidköping	5,36	5	3	2	4	5,0	5,0	4,5	5,5	5,3	4,5	4,1	4,1	4,6	4,6	4,3	4,5	4,3	4,8	4,5	5,0	5,9	5,1	5,6	5,5	100	29	57	5	15
Blekingesjukhuset Karlskrona	5,32	6	12	15	26	3,9	4,1	4,0	5,2	4,4	4,4	3,9	4,5	4,9	4,6	3,5	3,3	3,4	4,1	3,4	5,1	5,4	4,9	5,6	5,7	100	24	64	9	25
Gällivare sjukhus	5,29	7	19	1	2	3,2	4,3	3,7	4,8	4,2	2,8	4,2	4,0	5,2	5,0	5,3	5,2	5,2	5,3	5,0	5,5	5,3	4,5	5,3	5,0	100	14	100	4	7
Skaraborgs sjukhus Skövde	5,27	8	13	14	12	4,5	4,5	4,1	4,8	4,5	4,7	4,7	4,1	5,1	4,9	5,0	4,8	5,1	5,1	4,9	4,8	5,5	5,4	5,5	5,5	97	23	63	5	31
Höglandssjukhuset Eksjö-Nässjö	5,27	8	24	25	7	4,5	5,0	4,9	5,6	5,4	4,5	4,7	4,9	4,5	4,8	5,1	4,7	5,4	5,6	5,7	4,5	5,1	4,2	5,0	4,7	96	7	69	5	26
Centrallasarettet Västerås**	5,25	10	10	8	29	4,9	4,9	4,8	5,2	5,2	5,2	4,4	4,4	4,7	4,7	4,2	4,3	3,8	4,7	4,3	5,2	4,9	4,4	5,1	4,9	95	93	72	10	40
Hudiksvalls sjukhus	5,21	11	17	12	25	4,3	4,9	4,4	5,7	4,8	4,3	4,2	3,8	4,2	4,3	2,9	3,9	3,4	3,6	3,3	5,6	5,3	5,1	5,4	5,1	95	42	84	5	19
Lindesbergs lasarett	5,20	12	39	20	20	4,9	4,9	4,7	5,3	5,3	5,4	4,8	4,6	5,8	5,5	3,5	4,5	3,3	3,8	3,3	6,0	6,0	5,0	6,0	6,0	100	70	90	5	10
Mora lasarett	5,18	13	42	7	3	4,6	4,9	4,3	5,6	5,0	4,4	4,2	4,5	4,8	4,6	4,8	4,5	4,9	5,1	4,8	5,0	5,6	4,9	5,3	5,4	86	77	62	4	23
Centrallasarettet i Växjö	5,18	13	30	46	24	4,2	4,7	4,9	5,6	4,8	3,9	4,4	4,5	4,5	4,3	4,7	5,1	4,6	4,5	4,6	5,0	5,4	4,1	5,6	5,4	100	64	91	9	23
Akademiska sjukhuset Uppsala	5,18	13	11	20	29	3,5	3,9	4,3	4,4	4,2	4,4	4,6	4,4	4,6	4,6	4,7	5,0	4,9	5,0	4,7	5,0	5,4	4,8	5,3	5,2	97	27	55	12	33
Sahlgrenska universitetssjukhuset	5,17	16	20	6	10	5,4	4,8	4,7	5,1	5,0	4,0	4,0	4,4	4,2	4,2	4,4	4,3	4,4	4,2	4,0	4,8	4,8	4,4	5,0	4,8	95	98	75	15	43
Ljungby lasarett	5,17	16	26	19	32	4,9	4,5	4,3	4,7	5,0	3,6	4,7	4,4	5,7	5,1	4,1	4,6	4,4	4,9	4,0	5,0	4,9	4,3	5,3	5,3	92	83	92	7	12
Hallands sjukhus Halmstad	5,11	18	13	57	53	4,3	4,1	4,4	5,1	4,6	4,3	4,1	4,0	4,8	4,5	4,0	4,1	3,3	4,5	4,0	4,6	5,4	3,5	5,0	4,9	89	93	64	9	28
Sunderby sjukhus	5,07	19	3	3	7	4,9	5,2	4,4	5,4	5,0	4,0	4,3	3,9	4,3	4,4	4,4	3,6	4,2	4,6	4,3	4,3	5,7	5,2	5,5	5,3	100	0	40	13	15
Sjukhuset i Köping**	5,00	20				4,7	4,7	4,7	4,9	4,9	5,3	4,9	5,1	5,0	4,9	4,4	4,9	3,4	5,9	4,7	4,1	4,7	4,3	4,7	4,3	93	100	73	12	15
Tiohundra AB Norrtälje	5,00	20	17	40	42	3,8	4,2	3,7	5,6	4,9	3,7	4,2	3,6	5,2	4,8	2,0	2,1	1,9	2,2	2,2	4,2	5,2	4,6	5,3	5,1	92	4	76	15	25
Visby lasarett	4,94	22	52	40	54	5,1	4,5	4,2	5,2	4,6	5,1	4,6	4,1	5,3	4,9	3,9	4,2	2,9	5,1	3,7	4,3	5,0	4,7	5,3	5,3	94	94	78	9	18
Södertälje sjukhus	4,94	22	33	28	34	4,8	4,5	3,7	5,0	4,8	4,7	4,3	4,4	5,1	4,8	4,1	4,4	3,9	4,1	4,1	5,0	5,2	4,5	5,3	5,3	94	6	38	24	17

	Snittbetyg 1-6	Placering 2015	Placering 2014			Medicinplaceringen 1-6					Kirurgplaceringen 1-6					Psykiatriplaceringen 1-6					Allmänmedicin 1-6 (10)					Andel Ja, %					Antal svarande
			Placering 2013	Placering 2012	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Rek. AT-ort	Löneförhandlat	Påverka arb.miljö	Väntetid i månader			
S:t Görans sjukhus	4,91	24	37	53	38	4,7	4,6	3,6	5,2	4,9	4,6	4,3	4,2	4,8	4,7	4,9	4,6	4,7	4,8	4,9	3,9	4,5	4,3	4,5	4,5	88	3	69	18	32	
Piteå Älvdals sjukhus	4,85	25	34	37	46	4,3	4,7	4,3	5,5	5,0	2,6	2,7	3,1	4,3	3,7	3,4	3,5	3,8	4,8	4,2	4,8	5,5	4,7	5,7	5,2	85	8	62	4	14	
Falu lasarett	4,84	26	22	22	14	3,9	4,9	4,7	5,5	5,1	3,1	3,8	4,1	3,8	3,9	3,8	3,8	4,6	4,5	4,3	5,2	5,2	4,2	5,2	4,8	92	87	53	6	39	
Blekingesjukhuset Karlshamn	4,83	27	*	15	51	2,8	3,2	3,2	4,2	3,0	3,7	2,7	4,3	4,7	4,0	4,3	4,5	3,5	4,8	4,5	4,7	5,7	3,7	5,3	5,0	100	50	83	6	6	
Alingsås lasarett	4,83	27	28	49	21	4,6	4,3	3,9	5,4	4,7	4,0	4,2	3,8	5,4	4,8	3,8	3,5	4,5	3,8	3,8	4,3	4,8	3,8	4,5	4,3	83	50	33	8	7	
Centralsjukhuset Karlstad	4,80	29	39	59	40	3,5	3,9	3,7	4,8	4,1	4,1	4,3	4,3	5,0	4,7	3,9	3,8	4,8	4,1	4,1	4,8	5,2	4,5	5,5	5,1	92	0	56	7	25	
Ängelholms sjukhus	4,79	30	26	58	58	4,4	4,1	3,7	5,4	4,7	4,3	3,6	4,0	4,8	4,3	4,7	4,6	4,9	4,3	4,3	5,0	4,4	5,3	4,6	4,9	86	57	62	8	14	
Sjukhuset Arvika	4,75	31	68	47	21	4,8	4,5	4,6	5,4	5,0	3,5	3,8	4,2	4,2	4,2	4,7	3,9	4,8	4,7	4,6	4,4	4,6	3,2	4,0	4,0	75	27	73	4	12	
Vrinnevisjukhuset Norrköping	4,74	32	24	29	43	4,5	4,4	3,7	4,4	4,1	4,6	4,8	4,4	4,9	4,9	5,2	4,8	4,7	5,2	5,1	4,2	5,5	4,2	5,3	5,2	94	12	56	7	34	
Länssjukhuset Kalmar	4,73	33	28	4	35	3,6	4,7	5,1	5,2	4,9	2,9	2,7	2,9	3,6	3,5	3,9	3,3	2,3	4,2	3,3	5,1	5,1	4,4	5,3	5,3	91	23	59	13	22	
Skellefteå lasarett	4,72	34	34	26	6	4,2	4,3	4,6	5,0	4,7	3,0	3,4	2,5	4,5	3,7	3,1	4,1	3,7	4,5	3,9	4,3	4,9	3,9	4,8	4,6	81	9	47	4	32	
Östersunds sjukhus	4,71	35	56	35	40	5,0	4,1	4,5	5,1	4,9	4,9	3,9	3,4	4,3	4,2	4,2	2,9	3,3	3,7	3,3	4,1	4,8	3,8	5,2	4,6	84	77	45	8	31	
Örnsköldsviks sjukhus	4,70	36	13	9	9	4,5	4,7	4,3	5,1	4,9	3,4	4,0	2,8	4,2	4,3	2,6	3,2	3,3	3,9	3,5	3,9	5,0	3,9	5,3	4,7	95	0	45	7	20	
Mälarsjukhuset Eskilstuna	4,69	37	65	44	13	4,5	3,1	3,7	4,3	4,0	4,8	4,2	3,6	4,7	4,6	5,4	5,2	5,2	5,8	5,5	4,3	4,6	4,2	4,9	4,9	86	0	45	8	29	
Hallands sjukhus Varberg	4,63	38	45	50	28	4,9	4,1	4,2	4,8	4,5	4,0	3,3	3,2	3,5	3,4	4,3	3,4	3,8	5,1	4,6	4,3	5,2	4,1	5,5	5,1	83	92	88	10	25	
Hässleholms sjukhusorganisation	4,60	39	22	10	50	3,4	4,1	4,0	5,2	4,2	3,8	3,9	3,5	3,7	3,8	5,3	5,5	5,0	5,3	5,2	4,0	4,8	3,6	4,4	4,6	90	60	40	8	10	
Universitetssjukhuset Örebro	4,58	40	45	51	19	4,2	4,7	4,2	4,5	4,5	3,8	4,0	3,8	4,5	4,2	4,9	4,1	4,3	4,5	4,6	4,9	5,4	5,0	5,3	5,2	83	29	33	14	24	
Landskrona lasarett	4,57	41	62	63	55	4,6	4,1	4,3	4,9	4,9	2,9	3,4	3,1	3,9	3,1	4,3	5,3	5,5	4,7	4,8	3,7	4,3	5,3	4,7	4,3	100	100	57	14	7	
Lycksele lasarett	4,56	42	8	5	*	4,7	4,4	4,1	5,1	4,6	3,6	3,7	3,9	4,1	3,9	4,1	4,7	4,2	4,8	4,3	3,2	4,0	3,2	3,4	3,6	75	6	69	6	16	
Ystad lasarett	4,54	43	37	44	32	3,9	3,2	3,4	3,8	3,6	4,5	4,2	3,7	5,2	4,8	3,4	3,3	4,1	3,4	3,5	3,4	5,0	4,6	5,7	4,9	92	77	33	12	13	
Gävle sjukhus	4,54	43	47	39	31	4,1	4,3	3,7	4,5	4,3	3,7	3,9	3,6	3,7	3,7	5,6	5,1	4,8	4,9	5,1	4,4	4,8	3,5	4,7	4,7	86	7	52	9	29	
Lasarettet i Motala**	4,53	45	44			3,7	3,8	4,2	4,3	4,3	3,4	3,8	3,1	3,7	3,8	3,7	3,9	4,0	4,0	3,9	4,4	5,3	4,2	5,1	5,1	79	42	42	9	20	
Länssjukhuset Ryhov	4,52	46	56	34	26	3,6	4,2	3,9	4,8	4,2	3,4	4,0	3,5	4,1	4,0	5,4	4,6	4,3	4,9	4,8	4,1	5,1	4,2	4,8	4,7	83	31	46	8	30	
Södersjukhuset	4,52	46	49	61	64	4,6	3,8	3,6	4,2	4,1	4,2	3,6	4,2	3,7	4,0	3,9	3,6	4,1	4,0	3,8	4,1	4,6	3,8	4,5	4,4	83	2	51	21	42	
Karolinska uni.sjukhuset Huddinge	4,45	48	60	40	51	4,3	4,1	4,2	4,3	4,3	3,4	4,0	3,8	4,4	4,0	4,3	4,2	3,9	4,6	4,4	5,3	4,5	3,8	4,8	4,7	83	3	52	17	30	

	Snittbetyg 1-6	Placering 2015	Placering 2014	Placering 2013	Placering 2012	Medicinplaceringen 1-6					Kirurgplaceringen 1-6					Psykiatriplaceringen 1-6					Allmänmedicin 1-6 (10)					Andel Ja, %					Antal svarande
						Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Introduktionen	Handledning	Form. Med. Utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg	Rek. AT-ort	Löneförhandlat	Påverka arb.miljö	Väntetid i månader		
Nyköpings lasarett	4,40	49	39	29	14	4,6	4,6	3,9	4,7	4,6	4,4	3,7	3,6	3,6	3,3	3,4	3,1	3,1	4,3	3,4	5,4	5,8	4,4	5,4	5,6	65	30	55	10	20	
Sollefteå sjukhus	4,40	49	21	53	46	4,3	4,4	4,3	5,4	4,9	3,4	3,4	3,8	3,7	3,8	4,0	4,4	3,6	3,8	4,0	5,5	6,0	6,0	6,0	6,0	60	0	50	6	10	
Danderyds sjukhus	4,39	51	61	51	59	4,3	4,0	4,2	4,2	4,0	3,1	3,7	3,8	4,2	4,0	3,4	3,9	3,8	4,5	3,9	4,3	4,7	4,1	5,1	4,8	82	8	50	22	38	
NU-sjukvården	4,38	52	54	36	56	4,4	3,8	3,7	4,1	4,0	3,0	3,9	3,5	4,4	4,1	4,9	4,2	5,3	4,0	4,3	4,6	5,0	4,9	5,2	4,8	73	95	75	7	55	
Skånes universitetssjukhus Malmö	4,35	53	58	62	62	4,2	4,3	4,2	4,7	4,3	4,1	4,3	4,5	5,0	4,7	3,6	3,2	3,9	2,6	2,6	4,8	5,2	4,3	4,8	5,2	87	68	29	13	31	
Karolinska uni.sjukhuset Solna	4,35	53	36	29	44	4,3	3,8	3,7	4,0	4,3	3,8	3,6	3,5	4,0	4,0	2,8	3,2	3,7	4,1	3,5	4,6	5,0	3,9	5,7	5,0	74	9	44	18	24	
Universitetssjukhuset Linköping**	4,30	55	53			4,4	4,2	3,8	4,5	4,4	3,4	3,7	3,4	3,5	3,5	4,6	5,0	4,8	5,3	5,2	5,4	6,0	5,8	6,0	6,0	60	50	55	8	21	
Kalix sjukhus	4,29	57	13	*	37	3,4	4,1	3,9	4,3	4,1	3,8	3,0	3,0	3,3	3,3	4,4	3,6	3,2	3,8	3,6	4,0	5,0	3,8	4,8	4,8	86	0	43	4	7	
Helsingborgs lasarett	4,28	58	59	60	59	4,5	3,9	3,9	4,9	4,2	3,8	3,3	3,9	4,1	3,9	4,4	3,9	4,7	4,6	4,6	4,4	4,9	5,0	5,1	4,9	86	76	45	10	29	
Norrlands uni.sjukhus Umeå	4,28	58	64	53	57	4,3	4,1	3,9	4,7	4,3	3,9	3,6	3,9	4,1	4,0	3,9	4,6	4,1	4,4	4,2	3,4	4,6	4,0	4,6	4,4	83	31	47	11	36	
Södra Älvsborgs sjukhus	4,25	60	48	27	36	4,3	3,8	3,8	4,2	4,1	4,2	3,6	3,7	4,1	4,2	3,7	2,6	3,3	2,9	2,9	3,5	4,5	3,6	4,3	4,1	88	93	45	8	40	
Centralsjukhuset Kristianstad	4,21	61	50	12	11	4,5	3,9	3,5	4,6	3,9	4,2	4,2	3,7	4,3	4,4	5,0	5,1	5,0	5,3	5,2	4,1	4,5	4,3	5,1	4,8	79	59	14	6	30	
Kullbergsgka sjukhuset Katrineholm	4,17	62	50	29	*	4,0	2,6	2,4	3,8	3,6	4,3	3,5	3,5	4,8	4,3	4,0	4,0	5,0	5,0	4,3	4,0	6,0	5,0	6,0	5,5	33	17	67	10	6	
Karlskoga lasarett	4,11	63	32	*	21	4,1	3,0	2,4	5,1	3,9	3,9	3,6	2,2	5,2	4,0	3,4	3,6	3,4	3,4	3,6	4,0	4,0	2,0	3,5	3,5	89	11	67	4	9	
Lasarettet Enköping	4,11	63	67	64	63	3,5	3,5	2,7	4,9	3,8	3,4	3,2	2,4	4,5	3,6	4,0	4,0	4,9	4,8	4,6	4,2	5,0	3,6	5,1	4,9	84	0	42	13	19	
Värnamo sjukhus	4,06	65	30	15	5	3,4	3,5	2,9	4,6	4,0	3,6	3,2	2,9	3,4	3,3	4,1	4,4	4,3	5,3	4,5	4,3	5,1	4,4	5,3	5,1	56	11	28	4	18	
Skånes universitetssjukhus Lund	4,03	66	66	65	61	4,0	3,8	3,9	4,2	3,8	3,7	4,0	4,2	4,4	4,2	4,2	4,8	4,5	4,9	4,7	4,4	5,5	4,9	5,6	5,2	59	66	31	11	32	
Sjukhuset Torsby	4,00	67	7	53	46	3,7	3,7	3,8	4,2	4,2	3,8	3,4	4,0	4,0	4,2	4,0	1,3	4,3	2,7	2,3	3,5	4,0	4,0	4,5	4,0	67	0	50	5	7	
Oskarshamns sjukhus	3,89	68	54	*	*	3,0	2,7	2,4	3,7	3,0	3,8	4,4	4,8	5,0	4,9	5,0	5,4	4,8	5,4	5,6	5,6	5,6	4,6	5,8	5,2	56	56	56	5	9	
Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand	3,85	69	63			3,2	3,5	3,9	3,8	3,6	3,6	3,7	2,7	3,9	3,8	3,9	3,0	4,0	3,8	3,4	4,3	5,2	3,1	5,0	4,7	56	12	32	4	34	
Trelleborgs lasarett	3,55	70	*	*	*	3,3	2,5	2,5	4,1	3,5	3,6	3,5	3,9	4,8	4,3	3,3	3,3	3,2	3,7	3,5	3,4	3,8	4,2	3,6	3,8	55	46	27	17	12	
Bollnäs sjukhus		*	*	*	*																									2	
Ålands centralsjukhus		*	3	24	*																									4	
Genomsnitt	4,71					4,3	4,2	4,0	4,8	4,5	3,9	3,9	3,8	4,4	4,2	4,2	4,1	4,1	4,5	4,2	4,5	5,1	4,3	5,1	4,9	85	40	56	9,8	1590	

* För få svarande (färre än fem)

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

3.1 Kvaliteten på AT

När de sammanfattande betygen på alla AT-orter vägts samman framgår att det genomsnittliga AT- betyget 2015 är 4,71, vilket är en ökning från förra året. Förbättringen har främst åstadkommit genom att lägstanivån på AT höjts – AT-orterna i botten av årets rankinglista har bättre betyg än föregående års bottenplacerade orter. Det innebär att den tendens till växande klyftor mellan de högst och lägst betygsatta AT-orterna som kunde iakttas förra året nu bromsas. Detta är självklart glädjande, men innebär tyvärr inte att allt står väl till med AT.

3.1.1 Utbildningstjänsten AT?

Något som återkommer i varierande grad i de svarande AT-läkarnas berättelser från snart sagt alla AT-orter är hur underbemanning och resursbrist drivit fram en förändring i synen på, och användningen av, AT-läkare i vården. De svarande AT-läkarna beskriver unisont en mycket hög arbetsbelastning för samtliga grupper av vårdpersonal. Detta upplevs leda till sämre frekvens och kvalitet på AT-läkarnas handledning och instruktion, inställda utbildningsmoment samt svårigheter för AT-läkarna att komma iväg på de moment som trots allt genomförs. En AT-läkare sammanfattar:

"Tufft bemanningsläge gör att handledning och kollegialt stöd blir sämre."

En stor del av dessa problem är, för AT-läkarna, koncentrerade till sjukhusens akutmottagningar och jourtid. Många av de svarande AT-läkarna anser att de i praktiken främst anställts för att som billig arbetskraft täcka upp underbemanning i den fasta personalstyrkan. Då man är längst ned i läkarhierarkin placeras man i skottlinjen på akuten. En lång rad svarande beskriver hur *"utbildningen [är] svår att utvärdera då det ej gavs tid att faktiskt närvara på utbildningarna"*, hur man *"på grund av mycket tät jourtjänstgöring inte har haft möjlighet att delta i den undervisning som vi enligt kontrakt har rätt till"* och liknande. AT-läkarna upplever sig i första hand som namn på schemaraden, i andra hand som kanonmat på akuten, och möjligen, i tredje hand, som läkare under vidareutbildning. Några AT-läkare beskriver situationen:

"Medicinkliniken har en okej utbildning som man dock ej får gå på när man är på akuten vilket gjort att jag missat en stor del av både ordinarie utbildning för alla läkare på kliniken samt obligatorisk AT-undervisning."

"Jag känner att min utbildning hela tiden får stå tillbaka på grund av för lite tid för handledning, bristande återkoppling och för högt tempo - jag upplever att kliniken ser på oss enbart som personer som skall bemanna akuten och avdelningarna, det faktum att AT är en utbildningstjänst verkar oväsentligt. Jag gick mina första nattjourer efter 3,5 dagars (!) introduktion dagtid på akuten."

"Mer fokus på undervisning och mindre arbetskraft skulle behövas. Man bör få vara med på operationer och mottagningsarbete och undersökningar enligt socialstyrelsens föreskrifter/målbeskrivning för AT-läkare. Målen uppfylls inte på grund av personal-/tidsbrist från äldre kollegor."

"Utlämnat på akuten. Man är själv med en ST, som dock ofta står långa pass på operation. Ingen förståelse för att man som ny AT ej kan ha ett snabbt tempo på akuten och att man behöver mycket handledning i början. Det finns inget utrymme för det. Tid för AT-undervisning respekteras inte. Man ska ju få lämna sin avdelning eller akuten då, men i praktiken måste man tillbaka och göra allt jobb ändå."

"Jag hade bra kontakt med mellanjour/operationsjour, men dessa är så pressade att det bara (och det knappt) finns tid till att bestämma om patienten skall läggas in eller ej, ingen möjlighet till resonemang/diskussion, utbildning och verkligen inte handfast praktisk handledning i de fall där detta behövs. Jag anser att vi enbart blir använda som arbetskraft och inte har en tjänst som utbildningsläkare."

På flera orter, exempelvis i Skellefteå och Norrköping, förstärks AT-läkarnas frustration av att AT-orterna marknadsfört sig särskilt genom löften om frekvent, fredad utbildnings- och studietid. Självklart kan nödsituationer alltid uppstå, men om de flesta föreläsningar och studiepass ställs in på grund av att antingen AT-läkarna eller de mer seniora, undervisande läkarna behövs i vårdproduktionen är det planeringen och bemanningen som brister.

På andra orter är situationen än värre, då AT-läkarna på vissa placeringar överhuvudtaget inte ges möjlighet att tjänstgöra utanför akuten, och heller inte får handledning och instruktion i arbetet på den samma. En AT-läkare berättar:

”Egen jour på helgen 11 timmar ENSAM på akuten med bakjour som inte kan hjälpa till. Mkt stressande och inte patientsäkert. påtalats av AT-läkare i flera år men inget görs. Ingen placering alls på mottagning trots önskemål och uppfyller därmed inte kraven för AT.”

De problem AT-läkarna beskriver måste tas på största allvar. AT-läkare på flera orter beskriver hur det överhuvudtaget inte förekommit någon formaliserad medicinsk utbildning under långa stycken av deras AT, och hur man på grund av personalbrist lämnas ensam på långa jourer utan tillgång till stöd och lärande från seniora kollegor – eller kollegor över huvud taget. Resultatet blir att många AT-läkare konstaterar att de inte lärt sig så mycket som de velat, kunde och borde.

När SYLF inför förra årets AT-ranking talade med verksamhetsansvariga och underläkare på AT-orter runt om i Sverige framkom det att AT-läkare på flera platser handledes av läkare som ännu inte uppnått specialistkompetens, eller ens genomgått handledarutbildning. Problemet var särskilt stort inom bristspecialiteter som psykiatri och allmänmedicin, men förekom under samtliga placeringar under AT. Under det gångna året verkar handledarsituationen ha försämrats ytterligare. Utöver att flera AT-läkare fortsatt uppger att de handleds av läkare som inte uppnått specialistkompetens, berättar många andra att de har en faktisk specialist som övergripande handledare på pappret, men i praktiken aldrig träffat personen i fråga. SYLF anser att detta förhållande inte bara bör tolkas som ett resultat av brist på seniora läkare och handledare, utan också i hög grad som en kulturfråga, och ett utslag av handledningens låga status och synen på AT-läkare som utbytbara, varma vårdproducerande kroppar snarare än svensk sjukvårds framtida ryggrad.

I år såväl som förra året uppger de svarande AT-läkarna att den personal som, i frånvaro av ordinarie handledare, tar någon form av praktiskt handledaransvar för AT-läkarna gör sitt allra bästa. Samtidigt kan en engagerad AT-kollega, en rutinerad specialistsjuksköterska, eller en ST-läkare från en specialitet ut-
anför AT-rotationen, aldrig ersätta en ordinarie handledare. Bristen på specialister med tid och intresse för handledning leder därför oundvikligen till att handledningens kvalitet blir lidande

Enligt Socialstyrelsens föreskrift som reglerar allmäntjänstgöringen kan endast en specialistkompetent läkare vara handledare.¹⁰ Detta innebär att Socialstyrelsen teoretiskt sett skulle kunna underkänna alla AT-läkare som på pappret eller i praktiken handleds av andra. Redan idag är det bevisligen en stor utmaning att få specialistläkarna att räcka 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.

Utöver den personliga handledaren och hans övergripande ansvar för att hjälpa AT-läkaren att utvecklas i sin yrkesroll spelar även seniora läkarkollegor och övrig vårdpersonal en viktig roll i AT-läkarens utbildning, genom att ge instruktion och återkoppling i det dagliga arbetet. I årets undersökning berättar dock många AT-läkare om hur man, ensamma på akuten, i praktiken tvingas instruera och instrueras av AT-kollegor och/eller läkare innan AT då alla mer seniora läkare är uppbundna på avdelning, i operation, eller av oupphörligt bakjourande.

De brister i AT som de svarande AT-läkarna påtalar hotar i hög utsträckning själva grundtanken med AT som utbildningstjänst och introduktion till yrkeslivet. Många av de förhållanden som beskrivs är också i direkt konflikt med vad som regleras i Socialstyrelsens AT-föreskrift. I ljuset av detta anser SYLF dels att det är dags att på allvar ställa frågan hur mycket utbildning som egentligen finns kvar i utbildningstjänsten AT, dels att AT, om den ska kvarstå i någon form, måste bli föremål för extern kvalitetsgranskning likt den granskning som görs av ST.

3.2 Bästa orter per placering

Undersökningen visar att genomsnittsbetygen på de respektive delplaceringarna är i nivå med föregående års, både vad gäller absoluta nivåer och placeringarnas förhållande till varandra. Precis som tidigare år är allmänmedicin den placering som bedöms hålla högst kvalitet, med ett genomsnittligt sammanvägt betyg på 4,9. Lägst sammanvägt betyg, 4,2, får kirurgi- och psykiatriplaceringen.

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 place-

¹⁰ SOSFS 1999:5

ringar, och AT-läkarna tjänstgör på en och samma vårdcentral under avsevärt längre tid än man annars spenderar på en och samma klinik. Detta gör det lättare för AT-läkarna både att påverka sin arbetsmiljö och bli en del av kollegiet. Eftersom allmänmedicin är en mottagningspecialitet finns det också större möjlighet att påverka sin arbetstid, och det är lättare att planera in handledning och studietid än under slutenvårdsplaceringarna. Allmänmedicinplaceringens popularitet understryker således vikten av att AT ger AT-läkaren förutsättningar att få lära sig en arbetsplats och arbetsuppgifter under längre tid än ett par veckor. Denna utbildningsaspekt av AT måste gå före vårdens schemapussel.

3.2.1 Bästa medicinort

Utöver rankinglistan vill SYLF också lyfta fram de orter som håller särskilt god kvalitet på de enskilda placeringarna inom AT. Tabell 1 nedan visar de tre orter som de svarande gett högst sammanvägt betyg på sin medicinplacering. I toppen hittar vi tre sjukhus från ranking- listans topp tio – Avesta, Kungälv och Höglandssjukhuset i Eksjö-Nässjö. Allra högst betyg får medicinplaceringen i Avesta, med ett imponerande sammanvägt betyg på 6 av 6 möjliga. Detta är det högsta sammanvägda betyget på medicinplaceringen som en AT-ort fått på många år. Gemensamt för samtliga tre orter är, utöver det höga sammanvägda betyget, att det kollegiala stödet, får mycket höga betyg.

Lägst betyg får medicinplaceringarna på sjukhusen i Oskarshamn och Karlshamn, följda av medicinplaceringen på Trelleborgs lasarett. På samtliga dessa orter är det särskilt kvaliteten på den formella medicinska utbildningen som upplevs mycket låg. På dessa, liksom de flesta övriga orter som placerar sig lågt på de respektive placeringarna, kretsar en stor del av problemen kring att AT-läkarna i alltför stor utsträckning kastas ut ensamma på akutmottagningarna, med bristfällig uppbackning och begränsad möjlighet till faktisk utbildning.

Tack vare den nya möjligheten för de svarande att kommentera sin betygsättning i fritext kan vi i år också rapportera att några medicinkliniker får särskilt beröm för sin goda stämning, arbets- och utbildningsklimat. Två av dessa kliniker återfinns på topplacerade medicinorter: Kungälvssjukhus och Höglandssjukhuset Eksjö-Nässjö. Två andra hittar vi på AT-orter närmare listans mitt: Arvika sjukhus och Falu lasarett. På medicinkliniken i Falun framhåller AT-läkarna särskilt schemaläggarna, som får motta en veritabel hyllningskör för sin lyhördhet, flexibilitet och positiva inställning.

Tabell 2. Bästa medicinort

	Introduktion	Handledning	Formell med. utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg
Avesta lasarett	5,4	5,9	5,5	6,0	6,0
Kungälvssjukhus	5,3	4,8	4,7	5,7	5,4
Höglandssjukhuset Eksjö-Nässjö	4,5	5,0	4,9	5,6	5,4
Trelleborgs lasarett	3,3	2,5	2,5	4,1	3,5
Blekingesjukhuset i Karlshamn	2,8	3,2	2,2	4,2	3,0
Oskarshamns sjukhus	3,0	2,7	2,4	3,7	3,0

3.2.2 Bästa kirurgiort

Västerviks sjukhus är, precis som förra året, Sveriges bästa kirurgiort, med ett sammanvägt betyg på 5,5 av 6 möjliga. Detta är ett imponerande resultat, som tyder på ett gott och välstrukturerat arbete. Placeringen delas med Lindesbergs lasarett, och därefter följer lasarettet i Ljungby. Kirurgiplaceringen med lägst sammanvägt betyg återfinns på lasarettet i Landskrona. Därefter följer fyra orter – Kalix, Värnamo, Nyköping och Kiruna. Den sistnämnda av dessa, Kiruna, rankades så sent som förra året som landets näst bästa kirurgiort. Här finns följaktligen skäl för AT-ledningen att undersöka vad som förändrats under det gångna året, och vad som kan göras för att vända utvecklingen. I Nyköping är problemen, som på så många andra orter, centrerade kring situationen på akutmottagningen, specifikt kirurgakuten. Flera AT-läkare berättar hur de bett bakjourer om hjälp men inte fått någon, vilket är oacceptabelt ur både ett patientsäkerhets- och utbildningsperspektiv. Här vill SYLF uppmuntra AT-ledningen att låta sig inspireras av bakjournarbetet på medicinakuten, som får mycket goda betyg. I Värnamo uppger AT-läkarna att bristerna i huvudsak rör klinikens ledarskap och negativa inställning till AT-läkare som grupp.

Tabell 3. Bästa kirurgiort

	Introduktion	Handledning	Formell med. utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg
Västerviks sjukhus	5,3	5,0	4,3	5,5	5,5
Lindesbergs lasarett	5,4	4,8	4,6	5,8	5,5
Ljungby lasarett	3,6	4,7	4,4	5,7	5,1
Kiruna sjukhus	2,6	4,1	3,7	3,9	3,3
Nyköpings lasarett	4,4	3,7	3,6	3,6	3,3
Värnamo sjukhus	3,6	3,2	2,9	3,4	3,3
Kalix sjukhus	3,8	3,0	3,0	3,3	3,3
Landskrona lasarett	2,9	3,4	3,1	3,9	3,1

3.2.3 Bästa psykiatriort

Västerviks sjukhus toppar, följt av Höglandssjukhuset Eksjö-Nässjö och närliggande Oskarshamns sjukhus, även listan för bästa psykiatriort. De båda grannsjukhusen i Kalmar län toppade listan över bästa psykiatriorter även 2014, och AT-läkarna i Oskarshamn gör akut- och slutenvårdsdelarna av sin psykiatriplacering i Västervik som följaktligen förtjänar stor del av äran. Lägst sammanvägt betyg får psykiatriplaceringen på Tiohundra AB, Norrtälje sjukhus, följt av sjukhuset i Torsby och Skånes universitetssjukhus i Malmö.

Psykiatri är den placeringen som har den klart lägsta lägstanivån, och därför också uppvisar störst skillnader mellan de bästa och sämsta orterna. Bottenplacerade Tiohundra intog samma mindre hedervärda placering även förra året, och i år har det sammanvägda betyget på sjukhusets psykiatriplacering försämrats ytterligare. Psykiatriplaceringen på Tiohundra är nu den enskilda placering som får lägst sammanvägt betyg i landet, vilket är anmärkningsvärt då sjukhuset i övrigt får förhållandevis goda betyg. Svarande som gjort eller gör sin AT i Norrtälje beskriver sjukhuset som helt i avsaknad av psykiatrisk utbildning, och uppger att det enda som räddar placeringen från totalt haveri är två veckors placering på psykiatrin på S:t Görans sjukhus i Stockholm.

Tabell 4. Bästa psykiatriort

	Introduktionen	Handledning	Formell med. utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg
Västerviks sjukhus	5,5	5,5	5,3	5,9	5,8
Höglandssjukhuset Eksjö-Nässjö	5,1	4,7	5,4	5,6	5,7
Oskarshamns sjukhus	5,0	5,4	4,8	5,4	5,6
Skånes universitetssjukhus Malmö	3,6	3,2	3,9	2,6	2,6
Sjukhuset i Torsby	4,0	1,3	4,3	2,7	2,3
Tiohundra AB - Norrtälje sjukhus	2,0	2,1	1,9	2,2	2,2

3.2.4 Bästa allmänmedicinort

I år delas utmärkelsen som bästa allmänmedicinort mellan tre AT-orter som samtliga får högsta sammanvägda betyg, 6 av 6 möjliga; Sollefteå sjukhus, Lindesbergs lasarett och Universitetssjukhuset i Linköping. Samtliga orter får också högsta möjliga sammanvägda betyg på både handledning och kollegialt stöd. För Universitetssjukhuset i Linköping är det andra året i rad med dessa betyg, ett imponerade resultat! Lägst betyg får allmänmedicinplaceringarna på Karlskoga respektive Lycksele lasarett. Trea från slutet återfinns Trelleborgs lasarett. Signifikativt för den omtyckta allmänmedicinplaceringen är dock lägstabetygen på allmänmedicinplaceringen ändå avsevärt högre än lägstabetygen på övriga placeringar.

Tabell 5. Bästa allmänmedicinort

	Introduktion	Handledning	Formell med. utb.	Kollegialt stöd	Sammanvägt betyg
Sollefteå sjukhus	5,5	6,0	6,0	6,0	6,0
Lindesbergs lasarett	6,0	6,0	5,0	6,0	6,0
Universitetssjukhuset Linköping**	5,5	6,0	5,8	6,0	6,0

Trelleborgs lasarett	3,4	3,8	4,2	3,6	3,8
Lycksele lasarett	3,2	4,0	3,2	3,4	3,6
Karlskoga lasarett	4,0	4,0	2,0	3,5	3,5

3.2.5 Skillnader inom placeringar och orter

Undersökningen av kvalitetsskillnader mellan kliniker inom samma placering och ort visar att få sådana skillnader kan beläggas systematiskt. Två placeringar som trots allt återkommer i ett betydande antal AT-läkares fritextkommentarer är medicinplaceringen på Akademiska sjukhuset i Uppsala och kirurgi-placeringen på Norrlands universitetssjukhus i Umeå. I Uppsala återfinns kvalitetsskillnaden mellan själva medicinkliniken och medicinakuten. Medan kliniken uppges fungera förhållandevis bra beskrivs akutmottagningen genomgående som mycket dysfunktionell. I Umeå är det ortopedkliniken som upplevs hålla avsevärt lägre kvalitet än övriga delar av kirurgi-placeringen. Medan själva kirurgkliniken får beröm för sin handledning och utbildningskvalitet från flera svarande beskrivs ortopedkliniken och dess tonsättande personal som helt ointresserad av att bedriva vidareutbildning av AT-läkare. En svarande sammanfattar sin beskrivning av ortopederna med *"ingen handledning, ingen undervisning, ingen introduktion"*.

3.2.6 Sjukhusstorlek

Troga läsare av SYLF:s AT-ranking har troligen noterat att stora sjukhus verkar ha relativt svårare att få höga betyg. Detta har sannolikt flera förklaringar. Ur svarandes fritextsvar 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 bekräftar denna bild, och flera landstingsövergripande verksamhetsledare upplever att det är svårt att överföra små sjukhus framgångar till större regionala sjukhus. Många av de AT-ansvariga på små AT-orter med topplacerade kliniker eller sjukhus som SYLF talat med betonar också att en hög AT-kvalitet för deras del handlar om att säkra den fortsatta läkarbemanningen på orten. Utgångspunkten är att man utbildar sina egna framtida kollegor, vilket i sin tur anses öka motivationen att göra ett bra jobb vare sig det handlar om att ge ett gott kollegialt stöd eller att noggrant demonstrera ett praktiskt moment.

Akademiska sjukhusets klättring genom rankinglistan sedan bottenplaceringen 2009, och Sahlgrenskas konsekvent goda placeringar, visar dock att storsjukhusen inte är dömda till listans botten – mycket kan göras med aktivt, målmedvetet arbete. Det som kännetecknar de stora sjukhus som lyckats uppnå och bibehålla goda placeringar, är ett strukturerat arbete från högsta ledningsnivå och ner genom organisationen som helhet. Detta är logiskt. På ett litet sjukhus där såväl AT-ansvariga som handledare träffar AT-läkarna dagligen på klinikgolvet är det möjligt att upptäcka och lösa problem organiskt. På ett stort sjukhus där den dagliga personliga kontakten inte är möjlig behövs en god organisation och formaliserade strukturer för allt från AT-läkarinflytande till handledning. Samtliga universitetssjukhus på rankinglistans övre halva har exempelvis både en AT-chef och ett AT-råd. Särskilt på Sahlgrenska har AT-chefen också ett betydande mandat från den högre ledningen att förbättra och förändra AT, vilket är viktigt för AT-chefens möjlighet att vara en positiv, AT-utvecklande kraft oavsett sjukhusets storlek.

En annan betydande faktor är 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. Att i rekrytering vara tydlig med AT-ortens profil är viktigt för alla sjukhus, men kanske något som små sjukhus utanför storstadsområden haft större incitament att utveckla för att kunna attrahera ett stort antal sökande till sina tjänster. Att kommunicera en tydlig profil till presumtiva AT-läkare är dock inte mindre viktigt för stora sjukhus i större städer.

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.

3.3 AT:s form och längd

Socialstyrelsens regelverk föreskriver att AT ska omfatta minst 18 månaders klinisk tjänstgöring. SYLF anser att detta innebär att målen för AT i normalfallet bör vara möjliga att uppnå på 18 månader, samt att legitimation ska utfärdas efter denna tid under förutsättning att läkaren uppnått kraven för legitimation.

SYLF ser positivt på att AT utformas så att det ges möjlighet till avlönad forskningstid och/eller ledarskapsutveckling. Detta kan innebära en viss, acceptabel, förlängning av AT. SYLF är dock kritiskt till att AT förlängs endast för att arbetsgivaren vill utnyttja AT-läkarna som billig arbetskraft i den löpande vårdproduktionen, eller för att täcka upp vakanser inom bristspecialiteter. SYLF motsätter sig därför även de psykiatri- och primärvårds-AT med förlängd tjänstgöringstid i psykiatri och allmänmedicin som införts i en del landsting 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 – inte minst för just de läkare som är intresserade av de aktuella bristspecialiteterna.

SYLF anser att rekrytering till bristspecialiteter bäst görs genom att låta utbilda underläkare i välbemannede verksamheter, där underläkarna kan erbjudas god handledning och instruktion och ett gott kollegialt stöd som uppmuntrar till fortsatt utveckling i yrket, snarare än på de platser där det akuta personalbehovet är som störst och resurserna för en god utbildning saknas. AT-läkare med intresse för psykiatri och allmänmedicin bör beredas möjlighet att slutföra AT så snabbt som möjligt – gärna genom kortade 18-månaders AT-block – så att de är fria att söka reguljära ST-tjänster. Om landstingen vill attrahera dessa läkare redan till AT anser SYLF att man i rekryteringen istället bör tydliggöra att det finns möjlighet att påbörja en ST i psykiatri eller allmänmedicin omedelbart efter slutförd AT, och att upplägget av denna kan börja planeras redan under AT.

När SYLF i år frågat AT-läkarna om vilken form av AT de gör eller gjort är resultatet i linje med tidigare års. 21-månaders AT är den helt dominerande AT-formen, och genomförs av cirka 70 procent av de svarande. Därefter följer 18-månaders AT med 16 procent, och forskar-AT med 7 procent. Förekomsten av övriga AT-typer är fortsatt förhållandevis låg.

Tabell 6. Form av AT, procent

År	18 mån AT	21 mån AT	Forskar-AT	Primärvårds-AT	Psykiatri-AT	Annan form
2015	16	70	7	3	2	2
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

Det finns inga stora skillnader utifrån AT-form i hur AT-läkarna betygsätter sin AT – de små skillnader som finns skulle kunna bero på ortsspecifika förhållanden på de orter som erbjuder en viss typ av AT, snarare än faktorer relaterade till AT-formernas karaktäristik i sig.

På större orter som erbjuder flera olika sorters AT finns grund för en närmare jämförelse mellan kvaliteten på olika AT-former. En sådan undersökning visar bland annat att de som gör forskar-AT ofta är avsevärt mer nöjda med sin AT än de som gör 18 eller 21 månaders AT på samma sjukhus. Detta beror sannolikt på skillnader i programmets struktur. Dels är förekomsten av ensamarbete under jourtid radikalt lägre bland forskar-AT-läkarna än deras kollegor i andra AT-former. Dels upplever forskar-AT-läkarna i mycket högre utsträckning än övriga att de har möjlighet att påverka sin arbetsmiljö. Detta har flera möjliga förklaringar. Även om AT-form inte styr de formella påverkansmöjligheterna för AT-läkarna på en ort 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 både AT-ledningen och andra yrkesverksamma 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-platser på en ort över tid kan ha stor betydelse för ortens sammanfattande betyg, och delvis förklara förändringar i rankingplacering mellan år.

3.3.1 Önskad AT-form

Sedan några år tillbaka frågar vi även AT-läkarna om vilken form av AT de helst hade velat göra. Resultaten, som visas i tabell 6 nedan, ger tillsammans med den faktiska förekomsten av olika AT-block, en indikation

på efterfrågan på olika typer av AT i relation till antalet platser. Undersökningen visar att 18-månaders AT är mest efterfrågad i förhållande till antalet platser. De som gör denna typ av AT har inte bara fått sitt första handsval i högst utsträckning; även många av de som gör andra typer av AT uppger att 18-månaders AT var deras önskade AT-form. Minst efterfrågad är primärvårds-AT – endast drygt hälften av de som gör primärvårds-AT hade denna AT-form som sitt förstaval. De som fått den AT de önskat är generellt något mer nöjda med sin AT, vilket befäster 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 7. Faktisk respektive önskad AT-form. Procent

		Önskad AT-form					
		18 mån AT	21 mån AT	Forskar-AT	Primärvårds-AT	Psykiatri-AT	Annan ¹¹
Faktisk AT-form	18 mån AT	88	6	4	1	0	2
	21 mån AT	26	68	3	1	1	2
	Forskar-AT	4	4	92	0	0	1
	Primärvårds-AT	21	24	3	53	0	0
	Psykiatri-AT	4	4	0	0	92	0
	Annan	11	11	11	5	0	62
	Total	34	50	9	2	2	3

3.4 Examensland

SYLF har undersökt AT-läkarnas examensland sen 2008. I år är den totala andelen svarande med utländsk läkarexamen drygt 14 procent, vilket är den högsta andel som uppmätts sen mätningarna startade. Hela ökningen utgörs av svarande med examen från ett annat EU- eller EES-land. Totalt har drygt 11 procent av de svarande examen från ett sådant land, vilket är en fördubbling sen 2011.

Av de med utländsk examen bodde hela 95 procent av de med examen från annat EU- eller EES-land i Sverige innan de påbörjade läkarutbildningen. Motsvarande siffra för de med examen från land utanför EU är 20 procent, vilket innebär att ökningen av AT-läkare med examen från annat EU- eller EES-land i praktiken utgörs av hemvändande utlandsstuderande svenskar. Att andelen ökat så kraftigt de senaste åren ska således ses i ljuset av att de stora grupper läkarstuderande som vände utomlands under sent 00-tal nu börjat ta examen. Då antalet svenska läkarstudenter som läser i andra EU-länder fortsatt är mycket högt finns inget skäl att tro att andelen utlandsutbildade AT-läkare kommer sjunka inom överskådlig framtid.¹²

Tabell 11. Land för läkarexamen. Procent

År	Sverige	Annat EU-/EES-land	Land utanför EU/EES
2015	86	11	3
2014	88	9	3
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 de utlandsutbildade visar att de är verksamma i 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. Medan andelen utlandsutbildade i vissa landsting (Halland, Blekinge, Kronoberg, Värmland) är runt 25 procent är den i andra regioner (Uppsala, Dalarna) så låg som 3-4 procent.

¹¹ Bland de som gör "andra" former av AT finns en rad individer som gör Akut-AT, ett par personer som gör eller avslutat pedagogisk AT, samt personer som genomfört olika lokala eller individuella specialkonstruktioner med extra placering på olika kliniker som exempelvis pediatrik eller gyn. Bland de som önskat en annan AT-form dominerar önskemål om pedagogisk-AT samt AT som inkluderar barnmedicin. Önskan om mer utbildning i barnmedicin återkommer också i flera av fritextsvaren om ensamma jourpass.

¹² Läkartidningen 2015-08-17

I skrivande stund vet vi inte orsaken till den geografiskt ojämna fördelningen av AT-läkare med utländsk läkarexamen. Bland möjliga bidragande orsaker finns exempelvis skillnader i utformningen av rekryteringskriterier mellan landsting och AT-orter, samt i vilken utsträckning rekryteringsansvariga mer eller mindre omedvetet avviker från dessa. En annan möjlig delförklaring är förekomsten av lokala samarbeten mellan olika AT-orter och utländska universitet som låter de utlandsstuderande praktisera på sjukhuset i fråga under studietiden, vilket ger AT-ledningen personkännedom om studenterna, vilka i sin tur får en koppling till AT-orten. Det är också möjligt att utflyttningen till utländska läkarutbildningar är större från vissa landsting än andra, och att dessa utlandsutbildade helt enkelt återvänder till hemområdet efter examen. Medan det ligger nära till hands att relatera andelen utlandsutbildade i ett landsting till graden av konkurrens om AT-platser kan inget uppenbart sådant samband påvisas i data – landstingen med högst andelar utlandsutbildade är inte de med kortast väntetider, och vice versa.

En närmare analys av de utlandsutbildade AT-läkarna visar att gruppen har samma proportioner som de svenskutbildade vad gäller kön. De svarande med examen från land utanför EU är, med en genomsnittsålder på 36 år, i snitt drygt fem år äldre än sina kollegor med annat utbildningsland. Mellan de svensk- och EU-utbildade läkarna är skillnaden mycket liten – snittåldern är 31 respektive 30 år. Att de EU-utbildade läkarna har den yngsta snittåldern är logiskt, då vi vet att många i denna grupp valt att studera utomlands just för att slippa lottas bort från intagning till den svenska läkarutbildningen och snabbare komma vidare i karriären. Även tredjelandsläkarnas högre medelålder är förväntad, då dessa läkare ofta har en krokigare väg både till den svenska arbetsmarknaden och in på densamma.

Även vad gäller betygsättning finns vissa skillnader mellan AT-läkargrupper utifrån utbildningsregion. På riksnivå är tredjelandsläkarna markant mindre nöjda än övriga. Då denna grupp är förhållandevis liten och ojämnt fördelad mellan AT-orter är det dock inte möjligt att utröna om missnöjet främst beror på ortspecifika eller riksgenerella faktorer. Vad gäller svensk- och EU-utbildade läkare ger de senare generellt sin AT något högre betyg, men skillnaden går inte att säkerställa på ortsnivå. En närmare jämförelse av de båda gruppernas betygsättning av de AT-orter som har minst fem svensk- respektive EU-utbildade svarande visar att det endast på en ort – Skånes universitetssjukhus i Lund – finns en statistiskt säkerställd skillnad i de båda gruppernas betygsättning. Detta sagt förtjänar den generella tendensen till högre betyg från EU-utbildade AT-läkare uppföljning och fortsatt uppmärksamhet, inte minst lokalt.

3.5 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 ansvar 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”.¹³ 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 började undersöka väntetiden mellan läkarexamen och AT-start år 2008 var den i genomsnitt 7 månader. Sedan dess har väntetiden gradvis ökat och är i år 9,8 månader – den längsta väntetiden sen mätningarna startade. Precis som förra året ökar väntetiderna både i de landsting där väntetiderna är som längst – Stockholm, 19,1 månader – och där de är som kortast – Västernorrland, 5,2 månader. Detta understryker att långa väntetider till AT inte är ett storstadsproblem utan en nationell utmaning. Tabell 8 nedan visar de genomsnittliga väntetiderna mellan läkarexamen och AT-start 2015 för samtliga landsting.

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

Landsting	Antal månader
Stockholms läns landsting	19,1
Landstinget i Uppsala län	12,4
Region Skåne	10,6
Landstinget Västmanland	10,3
Region Halland	9,5
Örebro läns landsting	9,4
Västra Götalandsregionen	9,0

¹³ 15 § SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslagen

Landstinget i Sörmland	8,7
Region Gotland	8,7
Landstinget Kronoberg	8,2
Landstinget Blekinge	8,0
Jämtlands läns landsting	7,7
Landstinget i Kalmar län	7,7
Landstinget i Östergötland	7,6
Landstinget Gävleborg	7,2
Västerbottens läns landsting	7,2
Åland	7,0
Norrbottnens läns landsting	6,2
Landstinget i Värmland	6,1
Region Jönköpings län	5,6
Landstinget Dalarna	5,5
Landstinget Västernorrland	5,2

En fråga som ofta återkommer i diskussionen om AT-platser och väntetid är de utlandsexaminerade läkarnas möjlighet att få AT. En närmare undersökning av detta visar att svarande med examen från annat EU-/EES-land i genomsnitt har kortare väntetid än sina svenskutbildade kollegor, 8,6 månader jämfört med 9,4.¹⁴ Detta förhållande påvisades även 2014. Orsaken till skillnaden, t.ex. att de med utländsk examen är särskilt meriterade, eller mer pragmatiska i sitt val av AT-ort, eventuellt under påverkan av negativa förväntningar på sina möjligheter att få AT, går inte att utröna ur befintlig data men är en viktig fråga för framtida undersökningar.

På de AT-orter som har störst antal EU-utbildade är det också möjligt att undersöka skillnader i väntetid mellan svensk- och EU-utbildade på ortsnivå.¹⁵ Resultatet, som redovisas i tabell 13 nedan, visar att inga systematiska sådana skillnader kan påvisas. På vissa orter har svenskutbildade en avsevärt kortare väntetid, på andra orter är förhållandet det omvända. Mest slående är resultaten för Hallands sjukhus i Halmstad, där de EU-utbildade i snitt har drygt åtta månader kortare väntetid än sina svenskutbildade kollegor.¹⁶ Detta indikerar att lokala skillnader i väntetider sannolikt främst drivs av lokala förhållanden, eventuellt relaterade till skälen till att orterna i fråga har ett stort antal EU-utbildade AT-läkare från första början. Resultaten visar också att de EU-utbildades kortare väntetid på riksplanet sannolikt förklaras av att gruppen är kraftigt underrepresenterad på de AT-orter i Stockholm och Uppsala där väntetiderna är längst.

Tabell 13. Väntetid mellan läkarexamen och AT-start utifrån utbildningsregion, månader

AT-ort	Snittväntetid svenskutbildade	Snittväntetid EU-utbildade	Skillnad svensk-/EU-utbildade
Södra Älvsborgs sjukhus	6,2	13,6	-7,4
Blekingesjukhuset i Karlskrona	7,3	13,2	-5,9
Sjukhuset i Arvika	2,2	5,3	-3,1
Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand	3,6	4,7	-1,1
Skånes universitetssjukhus i Lund	11,0	12,0	-1
Mälarsjukhuset i Eskilstuna	7,2	8,4	1,2
NU-sjukvården	5,3	4,1	1,2
Skaraborgs sjukhus i Skövde	4,9	3,2	1,7
Hallands sjukhus i Halmstad	11,7	3,4	8,3

Väntetiderna skiljer sig även mellan olika typer av AT, vilket kan ses som ett mått på efterfrågan på en viss AT-typ i förhållande till utbudet av platser. Likt föregående år är väntetiden till 18-månaders AT både

¹⁴ För AT-läkare med examen från land utanför EU/EES är den genomsnittliga väntetiden 24,5 månader, vilket är en ökning med hela fyra månader från föregående år. Siffran är dock svår att tolka, då vi inte vet med säkerhet om de svarande avsett tiden från faktiskt AT-föreläggande, från ansökan till Socialstyrelsen om att få göra AT, eller tiden från utlandsexamen.

¹⁵ Minst fem svensk- respektive EU-utbildade. Ingen AT-ort har fem eller fler svarande med utbildning från land utanför EU/EES.

¹⁶ Skillnaden i väntetid mellan grupperna på riksplanet påverkas dock bara marginellt om Halmstad utesluts.

längst och snabbast ökande, från 11,9 månader 2014 till 12,7 månader i år. Då väntetiden till 21-månaders AT fortsatt är drygt 9 månader när alltså de som gör 18-månaders AT i praktiken legitimation senare än de som gör 21-månaders dito. Av de specialiserade AT-formerna är väntetiden till Forskar-AT fortsatt längst med 11,2 månader, även detta en ökning från föregående år.

Dessa väntetider innebär att det i praktiken tar drygt två och ett halvt år från läkarexamen till läkarlegitimation. Den tiden skulle kunna förkortas kraftigt om regionerna och landstingen erbjöd fler AT-platser och/eller 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.

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

Väntetid mellan examen och AT-start påverkar inte hur AT-läkarna betygsätter sin AT när de väl börjat.¹⁷ En naturlig följd av de allt längre väntetiderna är dock att andelen svarande som jobbat kliniskt efter läkarexamen i väntan på AT ökat under de senaste åren, och nu uppgår till hela 91 procent. Denna grupp kallas ofta för vikarierande underläkare, en term SYLF motsätter sig eftersom läkarna sällan vikarierar för ordinarie personal, utan snarare är anställda på korta allmänna visstidsanställningar, vilket termen "vikarierande underläkare" maskerar. Läkarna i fråga utför alltså arbete som skulle kunna omvandlas till faktiska AT-platser förutsatt att fler specialiteter öppnades för AT-placeringar.

Av de som arbetade kliniskt innan AT hade endast 46 procent en personlig handledare och bara 55 procent uppger att de hade möjlighet att delta i undervisning eller grupphandledning under tiden mellan examen och AT. Detta är en minskning med sex procent från föregående år. Att som nyutexaminerad läkare sättas i arbete utan tillgång till personlig handledare är ett kraftigt åsidosättande av såväl arbetsmiljökrav som patientsäkerhet från arbetsgivarens sida. I ljuset av detta är de långa och ökande väntetiderna inför AT mycket bekymrande. Underläkare som arbetar kliniskt mellan examen och AT måste rimligen, som ett första steg, omfattas av samma riktlinjer för utbildning, instruktion och handledning som AT-läkare. Detta är något landstingen bör åtgärda snarast för att främja både patientsäkerhet och arbetsmiljö. Samtidigt visar årets undersökning att formella krav på utbildning och handledning inte är någon garanti för att intentionen uppfylls – vare sig AT-läkare eller läkare innan AT har någon nytta av att ha en handledare på pappret, om man i praktiken aldrig får träffa denna.

3.6 Individuell lönesättning

SYLF anser att lön och andra anställningsvillkor ska förhandlas i god tid innan AT-tjänsten tillträds. Förhandlingen ska ske med en chef som har kompetens att bedöma den sökandes individuella kvalifikationer samt mandat att sätta lön. Lönen ska vara individuell och differentierad, bestämmas efter kända, accepterade och påverkbara kriterier, samt spegla den kunskap, kompetens och ansvar som läkaren erbjuder sin arbetsgivare. Den 1 januari 2004 ersattes den tidigare lönetariffen för AT-läkare med en 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-start. 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 nödvändig för att sätta AT-läkarens lön.

SYLF har under flera år fått indikationer på att AT-läkarnas lönesättningsprocess inte fungerar. Årets undersökning förstärker den bilden. I år uppger drygt 41 procent av de svarande AT-läkarna att de förhandlade sin lön innan de påbörjade AT. Medan detta är en marginell ökning från föregående år, har andelen som löneförhandlat sett över längre tid i princip legat still de senaste sex åren, trots lägstalönens avskaffande 2011. Särskilt mörk är bilden i Stockholms län, där andelen AT-läkare som löneförhandlat innan AT är under tio procent på samtliga sjukhus.

¹⁷ Vare sig något positivt, negativt, eller icke-linjärt samband kan påvisas – vare sig mycket korta eller mycket långa väntetider leder till högre AT-betyg (t.ex. för att individen har lägre förväntningar på en AT med kort väntetid eller efter lång väntetid är så glad att ha fått AT att hen har större överseende med brister).

Tabell 14. Förhandlade du om din lön innan du påbörjade AT? Procent

Ja - med AT-chef	24,4
Ja - med personalhandläggare	12,4
Ja - med annan	2,5
Ja - med studierektor	1,7
Ja - med verksamhetschef	0,6
Nej	58,4

Enligt kollektivavtalet kan AT-läkarna löneförhandla även när de genomfört 12 månader av sin AT. Endast 28 procent av de svarande uppger att de genomfört en sådan förhandling, vilket innebär att även denna andel legat still under de senaste åren.¹⁸ Nästan samtliga svarande som löneförhandlar ett år in på sin AT gör detta med en AT-chef. Även om AT-chef närmast verkar vara en förutsättning för att 12-månadersförhandling ska komma till stånd är AT-chef dock ingen garanti för att förhandling verkligen äger rum. Även på flera orter som länge haft AT-chef, exempelvis Akademiska sjukhuset i Uppsala, är förekomsten av löneförhandling både inför och efter 12 månader av AT låg.

Tabell 15. Förhandlade du om din lön efter 12 månader av AT? Procent av de som genomfört 12 mån AT

Ja – med AT-chef	19,1
Ja - med verksamhetschef	3,2
Ja - med annan	1,3
Ja - med studierektor	3,1
Ja - med personalhandläggare	0,9
Nej - erhöll löneförhöjning enligt lönetrappa	58,6
Nej - inget lönesamtal var aktuellt	14,1

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. Det är ingen slump att majoriteten av de som trots allt upplevt att de ändå getts möjlighet att löneförhandla haft sin förhandling med en AT-chef. AT-chefer har, till skillnad från personal med utbildnings- och personal- snarare än arbetsgivaransvar generellt mandat att sätta lön. Detta är en av anledningarna till att SYLF anser det vara mycket viktigt att alla AT-läkare har en AT-chef.

Ett annat återkommande problem är AT-läkarna upplever att många av de löneförhandlingar som ändå äger rum i praktiken bara är spel för gallerierna. 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, fackligt engagemang, 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.

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

¹⁸ 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.

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.

3.7 Arbetsmiljö

Möjligheten att påverka sin arbetsmiljö är en av de viktigaste faktorerna för hur AT-läkarna uppfattar kvaliteten på sin AT.¹⁹ Totalt upplever cirka 56 procent av de svarande att de har möjlighet att påverka sin arbetsmiljö, vilket är i nivå med förra årets resultat. Detta var i sin tur en kraftig ökning jämfört med 2013, varför det är glädjande att förbättringen kvarstår.

Tabell 18. Upplever du att du har möjlighet att påverka din arbetsmiljö? Procent

	Kvinna	Man	Totalt
Ja	54,9	58,1	56,1
Nej	45,1	41,9	43,9

I de svarandes knappt 400 fritextsvar om arbetsmiljöinflytande framkommer flera teman. Möjligheterna att påverka arbetsmiljön upplevs som relativt större i små organisationer som vårdcentraler och små sjukhus då beslutsvägarna är kortare, schemalaggningen mer överskådlig och varje individ mer synlig. AT-råd och AT-chefer beskrivs också som mycket uppskattade på de orter de finns, för att en institutionaliserad påverkanskanal och en väldefinierad motpart ger AT-läkarna bättre grundförutsättningar att påverka sin arbetsmiljö. Särskilt mycket beröm får AT-cheferna på Varbergs respektive Hudiksvalls sjukhus, AT-gruppen i Eksjö, samt AT-rådet på Norrlands universitetssjukhus i Umeå. Två AT-läkare berättar:

"Sitter med i AT-rådet och vi upplever att vi får god uppbackning i vårt utvecklingsarbete. Vi är på väg att förändra upplägget för både det medicinska och opererande blocket."

"AT-forum eller AT-råd är ett mycket bra initiativ. Vi har precis infört det och det gör stor skillnad för förbättringsarbetet och hur lätt jag upplever att vi har det att få fram förbättringsförslag."

Förekomsten av AT-råd, AT-chef, eller andra goda förutsättningar för AT-läkarinflytande betyder dock inte nödvändigtvis att de leder till reell AT-läkarpåverkan. Alla AT-chefer, studierektorer eller kollegor är tyvärr inte goda krafter. En AT-läkare illustrerar:

"Jag upplever att AT-studierektor och AT-ansvariga inte är särskilt mottagliga för kritik eller förbättringsförslag. Vi möts ofta med uttalanden som "så har det alltid varit" alternativt "det var värre förr" och en defensiv hållning när vi tar upp problem och förbättringsområden under vår grupphandledning. AT-chefen, som inte är läkare, har väldigt lite inblick i hur vår vardag ser ut på de olika klinikerna och deltar inte när vi har grupphandledning, vilket jag tycker borde vara självklart."

Av de svarandes fritextsvar framgår vidare att AT-läkarnas inflytande över sin arbetsmiljö inte heller bara beror på vilket gehör de får från AT-ledningen. Minst lika viktigt är den högre sjukhus- och klinikledningens vilja att lyssna och agera på AT-läkarnas åsikter, och AT-ledningens mandat att verka för AT-läkarna i praktiken. Ett aktivt AT-råd eller en lyhörd och engagerad AT-ledning är tyvärr ingen garanti för faktiskt AT-läkarinflytande eller en högkvalitativ AT, då även AT-råd, -chefer och -studierektorer är beroende av stöd från högre ort. Särskilt stora ledningsproblem upplever de vid Länssjukhuset Ryhov i Jönköping och Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand. Ett mycket stort antal svarande riktar också stark kritik mot Region Skåne som arbetsgivare på landstingsövergripande nivå. Två AT-läkare berättar:

"Upplever en intressekonflikt mellan AT-ledningen och de olika klinikernas ledning där, det ofta är svårt för AT-ledningen att få igenom de förändringar som AT-läkarna önskar för att förbättra AT-läkarnas arbetssituation. Utbildningen blir lidande då AT-läkarna får täcka upp för bristande bemanning."

¹⁹ De som upplever att de har möjlighet att påverka sin arbetsmiljö ger exempelvis sin AT ett genomsnittsbetyg på 5,1 att jämföra med 4,2 för de som inte upplever sig ha någon sådan möjlighet.

”Synpunkter ignoreras av ledningen trots at-råd. Samma klagomål varje år”

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.

”När man framför ideer visar det sig alltid att samma förslag framlagts av AT-läkare innan mig för flera år sedan, men det händer ändå ingenting, så man tappar gnistan och tänker att det bara är att få det hela överstökad. Det är deprimerande.”

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. 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 40 procent att de har möjlighet att påverka sin arbetsmiljö, att jämföra med 72 procent av de som är aktiva i utvecklingsarbete. Detta resultat kan ha flera orsaker – kanske är läkare som är engagerade och aktiva som personer både mer benägna att delta i utvecklingsarbete och skaffa sig kontakter och möjligheter för att påverka sin arbetsmiljö. Kanske bidrar deltagandet i utvecklingsarbete i sig till att etablera sådana kontakter och påverkansvägar. Sannolikt är båda mekanismerna verksamma i någon mån, varför det är mycket viktigt att AT- och verksamhetsledning uppmuntrar och skapar goda förutsättningar för AT-läkarna både att tillvarata sitt inneboende engagemang i allmänhet, och delta i utvecklingsarbete i synnerhet. På samtliga topptioplacerade AT-orter andelen svarande som deltar i utvecklingsarbete över riksgenomsnittet, vilket stärker tesen att det finns ett samband mellan deltagande i utvecklingsarbete, delaktighet och påverkansmöjligheter, och upplevd AT-kvalitet inte bara på individ- utan även på AT-ortsnivå.

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.

Tabell 19. Upplever du att du har möjlighet att påverka din arbetsmiljö? Procent

	Deltar i utvecklingsarbete	Deltar ej i utvecklingsarbete	Examen från land utanför EU/EES
Ja	71,9	40,1	47,6
Nej	28,1	59,9	52,4

3.7.1 Deltagande i utvecklingsarbete

Sedan de påbörjat AT anger cirka 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 48 procent att de deltar i utvecklingsarbete – för de med utländsk läkarexamen är andelen ca 66 procent.

Tabell 16. Sedan du påbörjade din AT, deltar du regelbundet i klinikkens utvecklingsarbete (ex. APT, arbetsgrupper och andra projekt)? Procent

Ja	50,4
Nej	49,6

Även mellan AT-orter är skillnaderna stora. Allra högst är AT-läkarnas deltagande i utvecklingsarbete inom NU-sjukvården – där hela 95 procent av de svarande deltar i sådant arbete. Därefter följer Varberg, Kungälv, Ljungby och Helsingborg med en deltagandegrad på 83 procent, samt Karlstad och Arvika med cirka 75 procent. Tätt bakom skuggar Sahlgrenska med 73 procent, klart bäst av universitetssjukhusen.

På andra orter är det sämre ställt. På Sunderbyns sjukhus deltar endast sju procent av de svarande i utvecklingsarbete. Nästan lika illa är läget i Kalix, Sundsvall-Härnösand och Östersund, där cirka 15 procent av AT-läkarna deltar. Dessa resultat visar tydligt att ingen sjukhustyp är hindrad från att inkludera, uppmuntra och skapa förutsättningar för sina AT-läkare att delta i utvecklingsarbete.

Den klart vanligaste orsaken till att AT-läkarna inte deltar i utvecklingsarbete är att de inte blir inbjudna till denna typ av verksamhet. Drygt 30 procent av de som inte deltar uppger detta skäl. Cirka sju procent uppger också att de inte deltar i utvecklingsarbete eftersom de inte känner sig välkomna. Medan dessa andelar fortfarande är alltför höga – dessa anledningar att avstå från utvecklingsarbete borde inte förekomma alls – har de sjunkit med flera procentenheter från i fjol, vilket är mycket glädjande. Tyvärr beskriver dock fortfarande AT-läkare på flera orter hur de *"blivit informerade om att APT bara är för fasta läkare"*, eller *"inte visste att sådant pågick och att man kunde ta del av det"*. Återkommande i AT-läkarnas svar är också mycket stora skillnader mellan kliniker på samma sjukhus; *"Det är olika på olika kliniker, vissa är man med på allt, andra inget"*.

Chefer, handledare och seniora kollegor har ett stort ansvar att fortsätta på den inslagna vägen med att få alla AT-läkare att känna sig välkomna och inbjudna att delta i utvecklingsarbete. Även om AT-läkare outtalat 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.

Den tunga bemanningen av jourlinjer och akutmottagningar med AT-läkare skadar även AT-läkarnas möjlighet att delta i utvecklingsarbete, och därmed i förlängningen även att lära av sina kollegor och påverka sin arbetsmiljö. En AT-läkare berättar:

"APT brukar vara på morgonmötena, då jag antingen gått nattjour eller skall gå eftermiddagsjour och därför ej är närvarande."

Många beskriver den korta tiden på varje placering som anledning till att inte välkomnas, samt inte känna sig motiverad att delta. Andra påpekar att just AT-läkarnas roterande placeringar gör dem särskilt lämpade till deltagare i utvecklingsarbete, då dom hela tiden har nya fräscha glasögon och dessutom kan jämföra arbetet och organisationen på olika kliniker med varandra.

Tabell 17. Varför deltar du ej regelbundet i klinikens utvecklingsarbete? Procent ja-svar

	Kvinna	Man	Totalt
Jag blir inte inbjuden till denna typ av verksamhet	31,9	28,6	30,5
Jag prioriterar inte detta/saknar intresse	14,2	25,3	18,6
Jag får inte tid avsatt för detta	21,8	24,9	23,0
Jag känner mig inte välkommen till denna typ av verksamhet	7,2	7,4	7,3
Annat	5,2	5,0	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 i första hand behöver integreras med övrig personal och 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 mer aktivt inkludera AT-läkarna i klinikens reguljära utvecklingsarbete skulle också bidra till att minska AT-läkarnas upplevelse av att vara tillfällig, identitetslös arbetskraft, samt förbättra förutsättningarna för den seniora personalen att betrakta AT-läkarna som kompetenta individer. Att i högre utsträckning avsätta tid och aktivt bjuda in AT-läkarna att delta i klinikens utvecklingsarbete skulle således, allt sammantaget, inte bara gynna AT-läkarna själva utan även klinikens verksamhet i stort och den vård patienterna kan erbjudas.

3.7.2 Ensamarbete under jourtid

När läkare påbörjar sin AT har de minst 5,5 års utbildning i ryggen. Den absoluta majoriteten har också arbetat kliniskt i genomsnitt 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.

När SYLF frågat AT-läkarna om de jourtjänstgjort utan legitimerad kollega tillgänglig uppger cirka 50 procent av de svarande uppger att de arbetat ensamma under jourtid någon gång under sin AT. Detta är en avsevärd ökning från knappa 45 procent föregående år.

Tabell 20. Har du jourtjänstgjort utan legitimerad kollega tillgänglig på sjukhuset/jourcentralen under någon av placeringarna? Procent ja-svar

	Kvinnor	Män	Totalt
Medicin	21,4	26,0	23,2
Kirurgi	22,1	25,4	23,4
Psykiatri	49,1	47,5	48,4
Allmänmedicin	11,1	11,1	11,1
Någon av placeringarna	49,8	52,0	50,6

Förekomsten av ensamarbete under jourtid skiljer sig kraftigt mellan de olika AT-placeringarna. Psykiatri är fortsatt den placeringen där förekomsten av ensamjour är högst, hela 48 procent.²⁰ Lägst är förekomsten under allmänmedicinplaceringen, drygt 11 procent. Att ensamarbete under jourtid 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 ofta sådana stöd.²¹

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. Skillnaden har dock minskat över tid, och i år uppger för första gången en större andel kvinnor än män att de gått ensamjour under en av placeringarna (psykiatri). Varför manliga AT-läkare fortsatt går fler ensamjourer än kvinnor under AT som helhet kan denna undersökning inte svara på. Möjliga förklaringar för både fackförbund och vårdverksamheter att utreda vidare är exempelvis om män uppmuntras att ta mer ansvar eller värderar sin kompetens högre än kvinnor.

Under våren aktualiserades frågan om AT-läkarnas ensamjourer ytterligare, då då Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) i flera beslut ifrågasatt olegitimerade läkares ensamarbete på landets akutmottagningar under jourtid. Även IVO efterfrågar legitimerad, patientansvarig läkare på plats som jourstöd. Vad IVO avser med "på plats" är ännu oklart. Medan SYLF fortsatt anser att stöd från legitimerad kollega *på plats på sjukhuset* är den bästa avvägningen mellan den olegitimerade läkares samtidiga behov av stöd och eget ansvar har även alternativa tolkningar av "på plats" diskuterats under våren. Med anledning av detta har vi i år även frågat AT-läkarna om de tjänstgjort utifrån den striktaste av dessa tolkningar; utan legitimerad patientansvarig kollega *på plats på samma mottagning*, mer specifikt akutmottagningen. Resultaten visas i tabell 21 nedan.

Tabell 21. Har du tjänstgjort som ensam primärjour på akuten, utan legitimerad patientansvarig kollega närvarande på akuten, under någon av placeringarna?

	Kvinnor	Män	Totalt
Medicin	34,1	41,4	37,0
Kirurgi	45,0	47,0	45,8
Psykiatri	53,7	56,8	55,0
Allmänmedicin	10,4	12,1	11,1
Någon av placeringarna	63,3	69,2	65,6

²⁰ 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.

²¹ Förekomsten av ensamjour på en AT-ort har ingen entydig koppling till ortens sammanfattande betyg och placering på rankinglistan – förekomsten av ensamjour är hög på orter både i listans topp respektive botten. Vad som däremot har stor betydelse är hur väl ensamjourerna på orterna i fråga fungerar och upplevs av de svarande. I 2014 års AT-ranking betygsatte de med en negativ upplevelse av att gå ensamjour i genomsnitt sin AT ett helt betygssteg lägre än de med en positiv jourupplevelse.

En mycket stor majoritet av de svarande AT-läkarna – drygt 65 procent – har tjänstgjort som ensam primärjour på akuten, utan legitimerad kollega närvarande på mottagningen. Jourerna förekommer inom samtliga AT-placeringar, och är mycket vanliga under både medicin-, kirurgi- och psykiatriplaceringarna. Det exakta upplägget ser olika ut beroende på AT-ort, placering och tidpunkt. Från de svarandes cirka 350 fritextkommentarer framgår att tre generella modeller dominerar: 1. Teoretisk uppbackning av legitimerad kollega på akuten, men i praktiken ensam primärjour då den legitimerade kollegan ofta blir kallad till avdelning eller operation. 2. Legitimerad kollega som mellanjour tillgänglig på sjukhuset, antingen sovandes eller på annan avdelning. 3. Bakjour i hemmet, tillgänglig på telefon och med varierande inställetid.

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

"Mestadels ensam på akuten helger och nätter. Primärjour (oftast ST) finns på huset, men är ofta upptagen på operation, med dåliga patienter på avdelningarna alternativt rond. Primärjouren ska vara tillgänglig på telefon, men det är högt flöde på akuten och det faktum att jag är ensam där innebär att jag måste ha många patienter på gång samtidigt och att jag ofta står själv på trauman, även sådana som tirageras som röda. Och även om jag har primärjouren på telefon blir åtminstone den initiala bedömningen helt upp till mig själv. Ofta har man bra stöd på telefon och när de väl är på plats, men det är tungt att vara själv och de gånger då primärjouren brister i stöd, närvaro och/eller kompetens känns det extremt otryggt. Jag har flera gånger befunnit mig i situationer där jag känner att patientsäkerheten kan vara hotad."

Utöver att förbättra det formella upplägget på ensamarbete under jourtid anser SYLF därför att verksamheterna också måste jobba med jourstödens kvalitet och faktiska funktion. Detta inkluderar god handledning kring jourer, tillgängliga och engagerade bak- och mellanjourer, samt, inte minst, attityder som uppmuntar – inte stigmatiserar – användandet av dessa vid behov.

I AT-läkarnas fritextsvar finns flera exempel både på jourarbetsupplägg att undvika och sådana att inspireras av. De svarande påpekar exempelvis att en sovande mellanjour inte bör vara schemalagd för heldagsarbete både dagen innan och efter jour, då detta i praktiken innebär att personen är mindre intresserad av att bli väckt och utkallad till mottagningen. AT-läkarna betonar också genomgående att man bör få jobba minst ett par veckor dag respektive natt på kliniken i fråga innan man förväntas agera ensam primärjour. SYLF anser att detta borde vara en självklarhet. Tyvärr finns dock, vilket årets rankingresultat visar, en lång rad kliniker där AT-läkarna slängs ut som ensamma primärjourer på akuten natten efter sitt första dagpass på kliniken. I det läget spelar den generella erfarenhetsnivån mindre roll – är man inte bekant med rapporteringssystem och praktiska rutiner blir osäkerheten stor. En AT-läkare berättar:

"Min första dag på medicinplacering var på akuten med egen jourlinje utan introduktion. Hade varit bra att veta vilka avdelningar som finns på sjukhuset innan jag självständigt skulle handlägga och lägga in patienter."

Bland de goda exemplen att inspireras av berättar flera svarande om hur man, på deras sjukhus, som AT-läkare har möjlighet att, om man vill, ha sin handledare eller en ST-kollega sovande på sjukhuset som backup under de första ensamma jourpassen. Detta upplevs vara en stor trygghet, och är mycket uppskattat av de svarande i fråga. Sist men inte minst är ide fritextsvarande AT-läkare mycket överens att det absolut viktigaste för både patientsäkerhet och fungerande primärjourer är att man som AT-läkare vet när man ska be om hjälp, och då vågar göra det och har möjlighet att få det.

3.7.3 Karriärbyte

Av de svarande AT-läkarna överväger 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. I rankinglistans botten är bilden mindre ljus, och på flera orter i listans nedre skikt överväger runt en fjärdedel 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 ar-

betsbelastning. Därpå följer dom nära relaterade faktorerna klinikens organisation och arbetssätt, för hög jourbörda och bristande möjlighet till flexibla arbetstider. 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 kretsar kring sjukvårdens organisation, och styrning i stort, vilket i sin tur går ut över de svarandes 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 9 procent att byta yrke, att jämföra med 22 procent av de som upplever sig sakna inflytande. Vikten av att kunna påverka sin arbetsmiljö och -situation förstärks ytterligare av de svarandes fritextkommentarer, där många läkare beskriver hur stress och hög arbetsbelastning, otrygga anställningar, nedskärningar inom vården och dess effekter på vårdkvaliteten gör det svårt att ge den vård och vara de läkare de vill vara.

Tabell 22. Vilka är de viktigaste anledningarna till att du överväger att byta yrke? (välj max tre alternativ)
Procent av de som överväger på att byta yrke

Dålig arbetsmiljö	58,5
För hög arbetsbelastning	51,6
Klinikens organisation och arbetssätt	37,9
Ingen möjlighet till flexibla arbetstider	21,5
Personliga skäl	19,6
För hög jourbörda	18,7
Dålig utbildningsmiljö	15,5
Annat	13,2
För dålig löneutveckling	9,1
För mycket tid på akuten	5,0
Dåliga möjligheter till chefs- och ledarskapsutveckling	3,7
Ingen möjlighet att forska	2,3
Yrket har låg status	1,8
Yrket är ointressant	0,0

4. Slutsatser

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

4.1 Utbildningstjänsten AT

Enligt de svarande AT-läkarna har underbemanning och resursbrist drivit fram en förändring i synen på, och användningen av, AT-läkare i vården. Vårdpersonalens höga arbetsbelastning upplevs leda till sämre frekvens och kvalitet på AT-läkarnas handledning och instruktion, inställda utbildningsmoment samt svårigheter för AT-läkarna att komma iväg på de moment som trots allt genomförs. En stor del av dessa problem är koncentrerade till sjukhusens akutmottagningar och jourtid, och många av de svarande AT-läkarna anser att de i praktiken främst anställts för att som billig arbetskraft täcka upp underbemanning i den fasta personalstyrkan.

Många AT-läkare berättar hur man, ensamma på akuten, i praktiken tvingas instruera och instrueras av AT-kollegor och/eller läkare innan AT då alla mer seniora läkare är uppbundna på avdelning, i operation, eller av oupphörligt bakjourande. Andra har en faktisk specialist som övergripande handledare på pappret, men har i praktiken aldrig träffat personen i fråga. SYLF anser att dessa förhållanden inte bara bör tolkas som ett resultat av brist på seniora läkare och handledare, utan också i hög grad som en kulturfråga, och ett utslag av handledningens låga status och synen på AT-läkare som utbytbara, varma vårdproducerande kroppar snarare än svensk sjukvårds framtida ryggrad. Många svarande beskriver hur det överhuvudtaget

inte förekommit någon formaliserad medicinsk utbildning under långa stycken av deras AT.

De problem AT-läkarna beskriver måste tas på största allvar. Bristerna som AT-läkarna påtalar hotar i hög utsträckning själva grundtanken med AT som utbildningstjänst och introduktion till yrkeslivet. Många av de förhållanden som beskrivs är också i direkt konflikt med vad som regleras i Socialstyrelsens AT-föreskrift. I ljuset av detta anser SYLF att det är dags att på allvar ställa frågan hur mycket utbildning som egentligen finns kvar i utbildningstjänsten AT. Om AT ska kvarstå i någon form anser SYLF att:

- AT måste bli föremål för extern kvalitetsgranskning likt den granskning som görs av läkarnas specialiseringstjänstgöring (ST).
- AT måste bli mer målorienterad för att kunna genomföras inom fler medicinska specialiteter än idag och göra det möjligt för AT-läkarna att utvecklas längre tid än ett par veckor på en och samma klinik.
- Handledarutbildade ST-läkare i slutet av ST bör få handleda inom den egna specialiteten, för att öka antalet tillgängliga handledare, och i högre utsträckning kunna tillsätta dessa efter intresse och lämplighet.
- Vårdens arbetsgivare måste höja meritvärdet på undervisning och handledning, för att stärka incitamenten för seniora läkare och annan vårdpersonal att ägna sig åt utbildning.
- Vi som arbetar i vården måste börja ifrågasätta vår egen värdering av klinisk kontra pedagogisk kompetens. När vi hyllar skickliga kliniker bör vi även lyfta de kollegor vars handledning och instruktion gjort det möjligt för den kliniska kompetensen att utvecklas.

Bilaga 1. Enkätfrågor AT-rankingen 2015

1. Hur långt har du kommit i din AT?

Har ej påbörjat AT

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

Har avslutat AT före 2014-12-01

Har avslutat AT efter 2014-11-30

Gör AT just nu

2. Kön: _____

3. Födelseår: _____

4a. Examensår: _____

4b. Ange från vilket land du har läkarexamen:

Sverige

Annat EU/EES-land

Land utanför EU/EES

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

Ja

Nej

Möjlighet till kommentar: _____

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

18 månaders AT

21 månaders AT

Forskar-AT, ange längd i antal månader:

Psykiatri-AT, ange längd i antal månader:

Primärvårds-AT, ange längd i antal månader:

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

.....

.....

.....

.....

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

18 månaders AT

21 månaders AT

Forskar-AT, ange önskad längd i månader:

Psykiatri-AT, ange önskad längd i antal månader:

Primärvårds-AT, ange önskad längd i antal månader:

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

.....

.....

.....

.....

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

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

Har ej påbörjat denna placering ännu

Medicin: _____

Kirurgi: _____

Psykiatri: _____

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

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

7. Betygsätt följande faktorer under medicinplaceringen:

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

Möjlighet till kommentar: _____

8. Betygsätt följande faktorer under kirurgi-placeringen:

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

Möjlighet till kommentar: _____

9. Betygsätt följande faktorer under psykiatriplaceringen:

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

Möjlighet till kommentar: _____

10. Betygsätt följande faktorer under allmänmedicinplaceringen:

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

Möjlighet till kommentar: _____

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

Detta är den fråga AT-rankinglistan baseras på. Tänk igenom ditt svar noga: _____

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

Ja
Nej
Vet ej

12b. Överväger du att byta yrke?

Ja
Nej

12c. Vilka är de viktigaste anledningarna till att du överväger att byta yrke? Ange upp till tre faktorer

- För hög jourbörda
- För mycket tid på akuten
- Ingen möjlighet till flexibla arbetstider
- Dålig arbetsmiljö
- Dålig utbildningsmiljö
- För hög arbetsbelastning
- Personliga skäl
- För dålig löneutveckling
- Yrket är ointressant
- Ingen möjlighet att forska
- Yrket har låg status
- Dåliga möjligheter till chefs- och ledarskapsutveckling
- Klinikens organisation och arbetssätt
- Annat:

13a. Förhandlade du om din lön innan du påbörjade AT?

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

13b. Förhandlade du om din lön 12 månader in på AT?

- Har inte genomfört 12 månader av min AT ännu
- Nej, inget lönesamtal var aktuellt
- Nej, erhöll löneförhöjning enligt lönetrappa
- Ja - med AT-chef (en AT-chef har ett samlat ansvar för alla övergripande aspekter av AT)
- Ja - med studierektor
- Ja - med verksamhetschef
- Ja - med personalhandläggare
- Ja - med annan, vänligen ange befattning:

14a. Har du jourtjänstgjort utan legitimerad kollega tillgänglig på sjukhuset/jourcentralen under någon av placeringarna?

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

Den 31 mars i år beslutade Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) att läkare som arbetar kliniskt innan AT inte får arbeta självständigt vid akutmottagningarna i Norrbotten utan tillgång till legitimerad, patientansvarig läkare på plats på akuten. Med anledning av detta undrar vi:

14b. Har du tjänstgjort som ensam primärjour på akuten, utan legitimerad patientansvarig kollega närvarande på akuten, under någon av placeringarna?

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

Möjlighet till kommentar: _____

15a. Hur många månader efter läkarexamen påbörjade du AT? _____ månad/-er

15b. Arbetade du kliniskt som läkare, efter examen, innan du påbörjade AT?

Ja
Nej

16a. Hade du en personlig handledare under tiden som du arbetade kliniskt som läkare innan du påbörjade AT?

Ja
Nej

16b. Hade du möjlighet att delta i undervisning/grupphandledning för AT/ST-läkare på din klinik/vårdcentral under tiden som du arbetade kliniskt som läkare innan du påbörjade AT?

Ja
Nej

17a. Sedan du påbörjade din AT, deltar du regelbundet i klinikens utvecklingsarbete (ex. APT, arbetsgrupper och andra projekt)?

Ja
Nej

17b. Varför deltar du ej regelbundet i klinikens utvecklingsarbete? *Flera alternativ kan väljas*

Jag får inte tid avsatt för detta
Jag känner mig inte välkommen till denna typ av verksamhet
Jag prioriterar inte detta/saknar intresse
Jag blir inte inbjuden till denna typ av verksamhet
Annat:

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

Ja
Nej

Möjlighet till kommentar: _____