

SYLF:s väntetidsrapport 2018

I väntans tider

Sammanfattning

För att kunna tillgodose patienternas krav på god, säker och trygg vård är det viktigt att läkare får rätt förutsättningar för att kunna ge vård med högsta möjliga kompetens. SYLF har i flera år påtalat att allmäntjänstgöring har blivit en flaskhals i läkares vidareutbildning vilket fördröjer möjligheter att påbörja specialisttjänstgöring. Detta trots att landsting/regioner har enligt lag skyldighet att tillgodose behovet av AT-platser för nyexaminerade läkare. Denna rapport är en uppföljning på SYLF:s *Väntetidsrapport 2017* och redovisar både väntetiden för år 2018 samt kartlägger antalet AT-platser för år 2018. Syftet med denna rapport är att underlätta dialogen om dimensionering av AT då det idag saknas statistik på detta. Resultatet sammanställer både siffrorna på nationell nivå och för varje enskilt landsting.

Rapporten visar fortsatta långa väntetider för AT i landet och en fortsatt brist på antalet AT-platser. Det tar i genomsnitt 10,2 mån att få AT-plats år 2018. Stockholm läns landsting har längs väntetid på drygt 18,5 månader följt av Uppsala län på 18 månader. Totalt finns det 1472 AT-platser vilket enligt SYLF:s beräkning inte motsvarar behovet. Stockholm läns landsting tillhandahåller flest AT-platser på 226 platser men sett till befolkningmängden erbjuder Stockholm läns landsting minst antalet AT-platser. Flest AT-platser per invånare tillhandahåller Region Gotland. Rapporten visar fortsatta problem för läkare innan AT att få tillgång till handledare och många hävdar att de arbetar som primärjour med patientansvar trots att detta går emot Inspektionen för vård och omsorg (IVO) beslut.

SYLF har utarbetat fem åtgärder som anses nödvändiga för att kunna vända utvecklingen:

- Regioner och landsting måste utöka antalet AT-platser för att tillgodose behovet av AT.
- AT:s längd bör vara 18 månader om den inte kombineras med en särskild inriktning såsom forskning, pedagogik eller ledarskap.
- Socialstyrelsens Nationella Planeringsstöd behöver utvecklas med högkvalitativ och mer detaljerad statistik som omfattar samtliga karriärstadiet för läkare.
- Socialstyrelsen bör få i uppdrag att tillhandahålla en arena för nationell samordning av regioner och landstings läkarförsörjning däribland dimensioneringen av AT-platser.
- För att erbjuda en god och patientsäker vård måste arbetsgivarna se till att underläkare innan AT får gott stöd, handledning och utbildning

Stockholm, oktober 2018

Jonas Älebring
Ordförande
Sveriges Yngre Läkares
Förening

Shervin Vahedi
Utredare
Sveriges Yngre Läkares
Förening

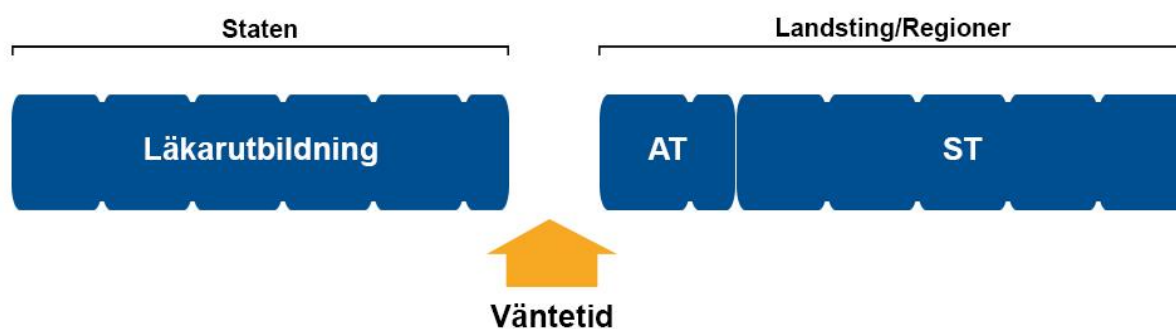
Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF) organiserar underläkare och är den näst största yrkesföreningen inom Sveriges läkarförbund. Föreningen har drygt 14000 medlemmar fördelade på 27 lokalavdelningar. SYLF arbetar bland annat med utbildningsfrågor, arbetsmarknadsfrågor, arbetsmiljöfrågor och sjukvårdsorganisatoriska frågor.

1. Inledning

I Sverige råder det hög läkartäthet men brist inom flera läkarspecialiteter. För att bli specialistläkare krävs legitimation, vilket i sin tur kräver en fullgjord allmäntjänstgöring (AT). Läkarnas AT är en reglerad och målstyrd utbildningstjänst som sker under handledning vars syfte är att introducera nya läkare till yrket. Genom att erbjuda en gemensam bas till nyblivna läkare kan hälso-och sjukvården kvalitetssäkras och främja jämlik vård.

För att kunna möta utmaningen med läkarförsörjningen måste hela kompetensförsörjningskedjan för läkare fungera, det vill säga från grundutbildningen till läkarnas vidareutbildningar. I SYLF:s rapport från föregående år framkom det att väntetiderna för att påbörja AT ökat med drygt 50 procent sedan 2008. Även i Socialstyrelsens *Nationella Planeringsstödet 2018*, konstaterar de att tar längre tid för läkare i Sverige att få legitimation i jämförelse med andra länder som har krav på praktisk tjänstgöring efter examen (Socialstyrelsen, 2018, s 41). Detta får konsekvenser på läkarförsörjningen eftersom det tar längre tid att bli specialist, vilket på lång sikt innebär färre år som yrkesverksam specialistläkare.

Denna rapport redovisar väntetiderna för att påbörja AT och antalet AT-platser för år 2018 och därmed en uppföljning på Väntetidrapporten 2017. Syftet med rapporten är att underlätta dialogen kring dimensionering av AT då det idag saknas nationell statistik på behovet av AT. Avsaknaden av statistik är anmärkningsvärt eftersom hälso-och sjukvårdslagen kräver att landstingen erbjuder AT "i sådan omfattning att alla läkare som avlagt läkarexamen och läkare med utländsk utbildning som föreskrivits allmäntjänstgöring ges möjlighet att fullgöra praktisk tjänstgöring för att få legitimation som läkare" (Hsl kap 10: §5). Siffrorna på väntetiderna bygger på data från SYLF:s AT-rankingsenkät för år 2018 som besvarats av sammanlagt 1728 läkare som vid enkättilfället gjort eller nyligen avslutat AT. Siffrorna bör betraktas som representativa för urvalet då enkäten har en svarsfrekvens på 71 procent. Statistiken på antalet AT-platser bygger på uppgifter från landstingens/regionernas hemsidor, och på data som inhämtats från personer i landstingen/regionerna med god insikt i AT-frågor så som AT-chefer, studierektorer, samordnare och HR-personal. Dessa siffror ger en god indikation på antalet AT-platser tillgängliga i landet men bör ej tolkas som absoluta då det inom landstingen kan finnas vissa diskrepanser i rapporteringen. Figuren nedan illustrerar läkares utbildningskedja och var i denna kedja som väntetiden har uppstått. Med väntetid avses tiden mellan läkarexamen och påbörjad AT.



1.1 Vilka får göra AT i Sverige?

Staten ansvarar för dimensioneringen av läkarnas grundutbildning medan landstingen har ansvaret för utbildningstjänsterna AT och ST. De senaste åren har antalet platser på läkarutbildningen utökats och år 2017 satte regeringen ytterligare ett mål om att utöka antalet platser på läkarutbildningen med 440 platser fram till 2023 (Åsgård 2018). Utökandet av läkarutbildningen har blivit den vanligaste strategin för regeringar att möta läkarförsörjningen inom sjukvården, men blir ineffektiv om andra delar av läkares yrkesprogression inte fungerar. Bara från 2013 till 2017 har antalet avlagda läkarexamina på svenska universitet ökat från 986 till 1279 platser vilket motsvarar en ökning med 30 procent.

Tabell 1 – Antalet avlagda läkarexamina på svenska universitet mellan åren 2013–2017¹

Läsår	2013	2015	2017
Antal avlagda examina	986	1216	1279

EU-direktivet 2005/36/EG *Om erkännande av yrkeskvalifikationer* möjliggör för läkare med examen i från övriga EU/EES-länder att på samma villkor som en svenskutbildad läkare utöva läkaryrket i svensk sjukvård (§19). Sverige följer även EU:s rekommendation 75/367/EEC genom att möjliggöra för läkare utbildade i övriga EU/EES som föreskrivits praktisk tjänstgöring innan legitimation, motsvarande AT, att genomföra denna i Sverige. I en svensk kontext är det huvudsakligen personer som genomfört läkarutbildningen i Polen som återvänder och gör AT i Sverige, men även en examen från länder så som Danmark, Italien, Portugal, Österrike, Storbritannien kräver en fullgjord AT innan legitimation².

Det finns ingen statistik över exakt hur många svenska studenter som fullgör läkarexamen i ett annat EU/EES-land än Sverige eller hur många studenter från dessa länder som kan tänkas komma till Sverige efter läkarexamen. Statistiken som finns tillgänglig är antalet studenter som tagit emot studiemedel från CSN för studier inom läkarprogrammet. Enbart i Polen motsvarar detta 1044 och har legat stabilt de senaste åren. I andra länder så som Danmark är motsvarande siffra 115 och i Storbritannien 34. Det bör betonas att dessa siffror inte berör de som självfinansierat sina studier eftersom det saknas statistik på detta. Utöver läkare med examen från EU/EES finns det även en möjlighet för läkare med examen utanför EU/EES att genomföra en kompletteringsutbildning som ger behörighet att söka AT. Detta motsvarar drygt 100 platser per år. SYLF uppskattar därför att någonstans runt 250–300 läkare med utbildning från andra länder än Sverige årligen är behöriga att göra AT för att få svensk legitimation.

Utifrån siffrorna ovan uppskattar SYLF därmed att drygt mellan 1550 till 1600 olegitimerade läkare med svensk eller utländsk examen behöver genomföra AT årligen. Denna siffra tar däremot inte hänsyn till att det länge funnits en diskrepans där utbudet av antalet AT-platser underskridit behovet. På grund av detta bör det rimligtvis finnas en inofficiell "kö" som landstingen/regionerna måste ta itu med utöver 1600 platser för att väntetiderna ska minska. SYLF målsättning är att landstingen/regionerna erbjuder minst 1700 AT-platser fram till 2019 då denna inofficiella kö måste också betas av.

2. Väntetid på AT-plats

Sedan 2008 då SYLF började mäta tiden mellan läkarexamen och påbörjad AT har väntetiden ökat med drygt 50 procent. År 2008 tog det i genomsnitt 7 månader för en AT-läkare att få en AT-tjänst medan år 2018 är väntetiden 10,2 månader. Detta trots att AT ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter vara en introduktion till arbetslivet för nyexaminerade läkare. Enligt Patientsäkerhetsförordningen ska det dröja 18 månader att få legitimation efter examen men i nuläget tar det i genomsnitt 31 månader på grund av väntetiderna. Detta är en flaskhals i läkarnas yrkesprogression som får konsekvenser för hälso- och sjukvården. Med nuvarande väntetider förloras årligen över 1300 specialistår per år, eftersom det är de sista åren med den högsta kompetensen som försvinner. Detta är resursslöseri då det råder brist på specialistläkare och får framförallt långsiktiga konsekvenser för försörjningen av specialistläkare i Sverige.

2.1 Väntetider per landsting/region

Tabellen nedan visar väntetiderna för respektive landsting/region i Sverige och ifall väntetiderna ökat eller minskat i jämförelse med föregående år. Sammanlagt har väntetiderna i landet minskat med 0,1 månader

¹

² Litauen avskaffade AT 2010 och i Norge avskaffades AT men personer som påbörjade läkarprogrammet innan dessa datum fullgöra AT i Sverige

vilket i praktiken inte får någon effekt för AT-läkarna. Med nuvarande takt skulle det dröja drygt 100 år för att avskaffa väntetiderna för AT.

Resultatet visar att väntetiderna ökade i 12 av 21 landsting i jämförelse med år 2017 men att väntetiderna minskat i de större landstingen/regionerna något. Trots att väntetiderna sjunkit i Stockholms läns landsting, har de fortsatt längst väntetid i landet med hela 18,5 månader. Därefter följer Region Uppsala där väntetiderna ökat med nästan 3 månader från 15,2 till 18 månader. Utöver detta finns Region Västmanland med 12,3 månader och Region Jämtland Härjedalen i toppen av tabellen. Detta visar framförallt att de höga väntetiderna inte enbart är koncentrerade till storstadsregionerna utan förekommer även i mindre regioner/landsting. Från 2017 till 2018 har 8 landsting minskat väntetiderna medan ett landsting ligger kvar i samma nivå som föregående år

Ur ett historiskt perspektiv har väntetiderna ökat i 20 av 21 landsting sedan 2008. I 9 av 21 landsting har väntetiderna ökat med drygt 50 procent och i fem landsting har väntetiderna mer än fördubblats sedan 2008. Region Skåne är det enda landstinget som har lyckats sänka väntetiderna i och med årets minskning av väntetiderna. Sammanlagt har de minskat väntetiderna med sex procent sedan 2008. Landstinget Blekinge är de som har ökat mest sedan 2008 (se SYLF:s väntetidsrapport 2017).

Många företrädare för sjukhus med långa väntetider hävdar ofta att de långa väntetiderna är ett resultat av att deras AT håller hög kvalitet. Utifrån SYLF:s AT-rankingen som i nuläget är den enda nationellt täckande undersökningen som granskar AT:s kvalitet finns det inget som tyder på att detta påstående stämmer (se AT-ranking 2018). Detta visar snarare att det inte finns incitament för sjukhusen att förbättra kvaliteten eftersom söktrycket på sjukhusen är höga oavsett kvalitet.

Tabell 2: Sammanställer väntetiderna för varje enskild landsting/region

Landsting	Väntetid 2018	Väntetid 2017
Stockholms läns landsting	18,5 ↓	19,8
Region Uppsala	18,0 ↑	15,2
Region Västmanland	12,3 ↑	11,2
Region Jämtland Härjedalen	12,2 ↑	11,7
Landstinget Sörmland	10,9 ↑	9,1
Västra Götalandsregionen	10,4 ↑	9,6
Region Halland	9,4 ↑	8,4
Landstinget i Värmland	9,1 -	9,1
Region Skåne	8,9 ↓	9,8
Landstinget Blekinge	8,4 ↑	7,9
Region Norrbotten	8,0 ↓	9,4
Västerbottens läns landsting	7,9 ↓	9,7
Region Örebro län	7,8 ↑	7,2
Region Gävleborg	7,7 ↑	7,3
Region Kronoberg	7,7 ↑	6,7
Region Gotland	7,7 ↓	10
Region Östergötland	7,6 ↓	7,7
Landstinget Dalarna	6,4 ↑	5,1
Landstinget i Kalmar län	6,2 ↓	7
Region Västernorrland	6,2 ↑	5,8
Region Jönköpings län	6,1 ↓	8,8
Totalt	10,2	10,3

↓ = minskning av väntetid

- = oförändrat

↑ = ökning av väntetid

2.2 Antal AT-platser

Tabell 3 sammanställer antalet AT-platser fördelat per landsting/region. Årets resultat visar att landstingen/regionerna erbjuder 1472 AT-platser. Detta är en ökning med 113 AT-platser, sedan 2017 då SYLF för första gången räknade på antalet AT-platser. Ökningen är glädjande och ett steg i rätt riktning

för läkare innan AT och patienter. Resultatet visar däremot fortfarande en brist på AT-platser där tillgången av AT-platser inte ens motsvarar SYLF:s uträkning av det årliga behovet. Dessutom har antalet avlagda examina från läkarprogrammet i Sverige ökat med 63 stycken enbart mellan 2015–2017. Förutom att tillgodose det årliga behovet av AT måste landstingen/regioner även numera rikta åtgärder för att ta itu med den inofficiella kö som uppstått på grund av underdimensionering av AT under flera år. Ur detta perspektiv kan ökningen av antalet AT-platser ses som ett steg i rätt riktning men långt ifrån att kunna lösa bristen på AT-platser.

Antalet AT-platser ökar i tio landsting/regioner, däremot är det oförändrat i elva landsting. Inget landsting/region anger att de har minskat antalet AT-platser vilket SYLF ser som positivt. Totalt har antalet platser ökat mest i Stockholm läns landsting med 40 platser, följt av Landstinget Sörmland med 16 platser och Region Jönköping samt Region Uppsala 10 platser vardera. Procentuellt ökar antalet platser mest i Landstinget Sörmland följt av Landstinget Blekinge och Region Uppsala. SYLF välkomnar alla ökningarna av AT-platser men vill understryka att det krävs ett samordnat initiativ för att det ska få riktig effekt. För att verkligen ta uti med problemet krävs ett långsiktigt samarbete där dimensioneringen av AT inte bygger enskilda och sporadiska initiativ, utan är en huvudpelare i landstingens läkarförädlingsstrategi.

Tabell 3: Antalet AT-platser för varje enskild landsting/region

Landsting	AT-platser 2018	AT-platser 2017	Befolkningsmängd
Stockholms läns landsting	226 ↑	186	2 325 663
Västra Götalandsregionen	217 ↑	211	1 700 509
Region Skåne	178 –	178	1 352 802
Region Östergötland	74 –	74	458 777
Västerbottens läns landsting	71 ↑	62	268 651
Region Jönköpings län	66 ↑	56	359 022
Landstinget Sörmland	60 ↑	44	293 182
Region Västernorrland	60 ↑	58	245 983
Region Norrbotten	52 ↑	46	250 464
Region Örebro län	50 –	50	300 228
Landstinget Dalarna	50 –	50	287 110
Landstinget i Värmland	48 –	48	280 920
Region Gävleborg	45 –	45	286 257
Landstinget i Kalmar län	44 ↑	38	244 158
Region Halland	44 –	44	327 248
Region Uppsala	40 ↑	30	371 560
Region Västmanland	40 –	40	272 468
Region Kronoberg	35 –	35	198 143
Landstinget Blekinge	32 ↑	24	159 648
Region Jämtland Härjedalen	24 –	24	129 953
Region Gotland	16 –	16	58 778
Totalt	1472	1359	10 171 524

↑ = Ökning av at-platser

– = oförändrad

↓ = minskning av AT-platser

Flest AT-platser erbjuder Stockholm läns landsting med totalt 226 platser, följt av Västra Götalandsregionen som erbjuder 217 platser och Region Skåne med 178 platser. Lägst antalet AT-platser tillhandahålls i Region Gotland med totalt 16 platser, följt av Region Jämtland Härjedalen med 24 platser och Landstinget Blekinge med 32 platser. Om antalet AT-platser istället jämförs i relation till landstingen/regionernas befolkningsmängd blir resultatet annorlunda. Då erbjuder Stockholm läns landsting lägst antal platser i landet, följt av Region Uppsala, Västra Götalandsregionen och Region Skåne. Istället hamnar Region Gotland, Region Jämtland Härjedalen och Landstinget Blekinge på topp. Det bör understrykas att befolkningsmängd inte enkom bör styra fördelningen av AT-platser då det kan finnas andra faktorer som spelar in. Snedfördelningen blir däremot tydligare när exempelvis Region Uppsala erbjuder lika många platser som Region Västmanland, trots att Region Uppsala är sett till befolkningsmängd en tredjedel större än Region Västmanland och har ett av Sveriges största sjukhus i

regionen.

2.3 Tiden innan AT

Nyexaminerade som inte får en AT-plats får en anställning som benämns "vikarierande underläkare". Detta är en benämning som SYLF motsätter sig eftersom AT-läkarna sällan vikarierar för ordinarie personal. Hela 86 procent av de svarande anger att de arbetade kliniskt efter läkarexamen i väntan på att påbörja AT vilket visar hur eftertraktade dessa läkare är. I realiteten är tjänsten "vikarierande underläkare" inget annat än korta visstidsanställningar då de sällan vikarierar för ordinarie personal utan är en viktig del av sjukhusens grundbemanning. Dessa tjänster är dessutom oreglerade, åsidosätter arbetsmiljökrav och patientsäkerheten eftersom det varken finns krav på handledning eller undervisning. Hälften av de svarande i SYLF:s enkät anger att de inte hade en handledare innan AT och fyra av tio anger att de varken hade möjlighet att delta på undervisning eller grupphandledning innan AT. Dessutom anger drygt var fjärde av de som vid enkättilfället ännu inte påbörjat AT att de arbetat som primärjour med patientansvar på akutmottagningen utan legitimerad kollega. Detta går emot myndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO) beslut om att inte tillåta inte får arbeta självständigt med patientansvar på akutmottagningen utan en legitimerad kollega på plats (IVO 2017:7-8). Grundtanken med AT är god – läkare ska få en trygg och patientsäker introduktion till yrkeslivet men i nuläget efterlevs inte detta- vare sig för den nyexaminerade läkaren eller patienterna.

3. Diskussion

I takt med allt fler pensionsavgångar har kompetensförsörjningen av läkare i svensk hälso- och sjukvård blivit en av de största utmaningarna. SYLF:s rapport visar fortsatta långa väntetider för att påbörja AT och det tar idag drygt 31 månader att få legitimation. Bristen på AT-platser är en flaskhals och ett tydligt effektivitetsproblem inom hälso- och sjukvården där kompetens inte utnyttjas på rätt sätt. Varje månad som en nybliven läkare väntar på AT är en potentiell förlorad månad som specialist. Denna fråga är alltså inte bara relevant för den enskilda läkaren som arbetar under osäkra förhållanden, utan också patienter som kommer få vänta i vårdköer på grund av brist på specialistläkare.

Positivt för årets resultat är att antalet AT-platser ökar. Däremot lever landsting/regioner fortfarande inte upp till sitt uppdrag enligt Hälso- och sjukvårdslagen, dvs att tillhandahålla AT-platser utefter behovet. Avsaknaden av en gemensam AT-dimensioneringsstrategi som inkluderas i en långsiktig kompetensförsörjningsplan har lett till att kortsiktiga regionala intressen fått företräde framför nationellt intresse. Trots det delade ansvaret över AT, agerar landsting/regioner helt självständigt i dimensioneringsfrågan. Som vår undersökning visar leder detta till sporadiska initiativ från enskilda landsting/regioner, men där den totala effekten uteblir på grund av passiviteten från andra landsting/regioner.

Landsting/regioner behöver ett nationellt forum för samordning för att kunna agera tillsammans. Förutsättningen för att detta forum ska bli effektivt är att de får tillgång till nationell statistik som kartlägger totala behovet av AT. Här har staten grundläggande ansvar att tillgängliggöra statistik på det totala behovet av AT inklusive svenska läkarstudenter som studerar inom EU/EES. Detta underlättar för landstingen/regioner att kunna fördela ansvaret och gör det enklare för staten att utkräva ansvar när landstingen inte lever upp till hälso-och sjukvårdslagen. Som ett led i detta vore det även önskvärt att se över regleringen på AT som är från 1969 och bygger på en struktur inte motsvarar dagens sjukvård. Inkluderandet av fler specialiteter i AT minskar belastningen på enskilda kliniker, tillgängliggör fler handledare och leder till fler AT-platser. Dessa initiativ från statens sida arbete kan ses som ett steg mot omställningen från AT till Bastjänstgöring (BT) när den svenska läkarutbildningen med stor sannolikhet ska anpassas till internationella utbildningsförhållanden.

Tanken med AT är att nya läkare ska få en trygg och patientsäker introduktion till yrkeslivet men idag är förhållandet omvänt. Allt för många nyexaminerade arbetar utan handledning eller undervisning och tvingas till ensamma jourpass som ansvarig läkare. Detta är ett stort arbetsmiljöproblem och inte ett varmt omhändertagande av nya medarbetare. Det är anmärkningsvärt att vikarierande underläkare innan AT inte omfattas av samma krav på handledning och undervisning som under AT trots att de i många fall är nyare till yrket än de som påbörjat AT. Önskvärt vore att dessa vikariat inte existera utan att vägen var rakare mot legitimation, men när det nu existerar är det viktigt att denna grupp också omfattas av trygg

och patientsäker introduktion till arbetslivet.

3.1 Vägen framåt

Läkares utbildningskedja måste fungera om vi ska kunna möta utmaningarna inom hälso-och sjukvården. Läkarnas allmäntjänstgöring är ett väldigt konkret exempel där landstingen/regionerna misslyckats att leva upp till de krav som ställs från staten. Det är viktigt att detta inte ignoreras då det slutändan kommer få konsekvenser för patienterna. SYLF har därför tagit fram fem åtgärder som vi anser kan resultera till att fler AT-platser tillhandahålls och hälso- och sjukvård kan effektivt tillvarata på läkares kompetens:

- Regioner och landsting måste utöka antalet AT-platser för att tillgodose behovet av AT.
- AT:s längd bör vara 18 månader om den inte kombineras med en särskild inriktning såsom forskning, pedagogik eller ledarskap.
- Socialstyrelsens Nationella Planeringsstöd behöver utvecklas med högkvalitativ och mer detaljerad statistik som omfattar samtliga karriärstadier för läkare.
- Socialstyrelsen bör få i uppdrag att tillhandahålla en arena för nationell samordning av regioner och landstings läkarförsörjning däribland dimensioneringen av AT-platser.
- För att erbjuda en god och patientsäker vård måste arbetsgivarna se till att underläkare innan AT får gott stöd, handledning och utbildning

Referenser

CSN 2018. Antal läkarstuderande utomlands med studiemedel, fördelat på världsdel och studieland, läsåren2001/02–2017/18 [Elektroniskt]
<https://www.csn.se/download/18.7b64842c163e9731aa727c0/1535363123422/SG.%20L%C3%A4karstud%20per%20v%C3%A4rldsdel%20och%20land%200102-1718.xlsx> [2018-09-20]

Inspektionen för vård och omsorg 2017. Högre kompetens för ökad patientsäkerhet på akutmottagning. [Elektroniskt] <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter2017/hogre-kompetens-for-okad-patientsakerhet-pa-akutmottagning-rapport.pdf> [2018-10-05]

SFS 2017:30 Hälsa-och sjukvårdslag. Stockholm. Socialdepartementet.

Socialstyrelsen 2018. Nationella planeringstödet 2018.Bedömning av tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso-och sjukvård samt tandvård [Elektroniskt]
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20880/2018-223.pdf> [2018-09-20]

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

Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF) 2017. SYLF:s väntetidsrapport. Underläkare- var god dröj [Elektroniskt]
<https://slf.se/sylf/app/uploads/2018/08/vantetider2017.pdf> [2018-09-20]

Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF) 2018. AT-ranking 2018 [Elektroniskt]
<https://slf.se/sylf/app/uploads/2018/09/ranking-2018.pdf> [2018-09-20]