



SYLF:s AT-ranking 2010

September 2010

Förord

SYLF (Sveriges Yngre Läkares Förening) genomför sedan 2000 en årlig ranking av landets AT-orter i syfte att undersöka allmäntjänstgöringens (AT) kvalitet. AT-rankingen är ett återkommande moment i SYLF:s verksamhet och genomförs i år för 11:e gången. Rankingen har genom åren fått stor uppmärksamhet både i media och ute i de olika verksamheterna. Tanken är att den ska vara en informationskälla för blivande AT-läkare och en sporre för att arbetsgivarna ska förbättra allmäntjänstgöringen.

Rankingen baseras på enkätsvar från SYLF-medlemmar som genomför eller nyligen avslutat AT. Undersökningen bygger på AT-läkarnas egna erfarenheter och belyser ett flertal aspekter av de olika placeringarna och ger t.ex. svar på frågor kring möjligheter till individuell löneförhandling, uttag av föräldraledighet, AT-läkarnas inställning till forskning och synen på AT i framtiden. SYLF:s AT-ranking utgör därmed en indikator på allmäntjänstgöringens kvalitet och är ett verktyg för att utvärdera och förbättra AT.

Stockholm, september 2010

Lena Ekelius

Emma Åberg

Ordförande SYLF

Utredningssekreterare SYLF

Sammanfattning

Årets ranking baseras på svar från 1054 AT-läkare. Totalt rankas 67 AT-orter. På första plats för andra året i rad kommer Ljungby lasarett. Årets tvåa är precis som förra året Sjukhuset i Lidköping och tredjeplaceringen intas av Lycksele lasarett.

I årets AT-ranking konstateras att väntetiden inför AT förlängts ytterligare. Tiden mellan läkarexamen och påbörjandet av AT uppmäts i år till i genomsnitt 8 månader och en vecka, vilket är en hel månad längre väntetid än föregående år.

Nytt för i år är frågor om forskning, vad AT-läkaren gör en genomsnittlig arbetsvecka, förekomsten av jourtjänstgöring utan legitimerad kollega tillgänglig på arbetsplatsen och synen på AT i framtiden. Utifrån dessa frågor kan konstateras att en av tio AT-läkare forskar, att de som forskar framförallt gör det på fritiden, att AT-läkaren arbetar ca 47 timmar en genomsnittlig arbetsvecka, att det är vanligt med jourtjänstgöring utan legitimerad kollega tillgänglig på arbetsplatsen samt att det viktigaste att uppnå om AT förändras, enligt AT-läkarna, är att examen skiljs från legitimation och att den kliniska tjänstgöringen däremellan sker i form av en avlönad anställning som påbörjas direkt efter examen.

Åttiotvå procent av AT-läkarna har vikarierat före påbörjandet av AT men av dessa har endast 37 procent haft en personlig handledare under vikariatstiden. Årets AT-ranking visar även att andelen AT-läkare som löneförhandlat innan påbörjad AT är fortsatt låg och att det i likhet med föregående år är personalhandläggaren som ansvarat för förhandlingen i de flesta av fallen.

Resultaten i AT-rankingen visar över lag att det finns stor förbättringspotential beträffande AT-läkarnas situation.

Innehållsförteckning

Metod	1
Urval och begränsningar	1
Genomförande	2
Tolkning och jämförelse av resultat	2
Resultat	3
AT-form och längd	3
Kvaliteten på introduktionen, handledningen, medicinsk utbildning och kollegialt stöd	4
Majoriteten rekommenderar sin AT-ort	4
Individuell lönesättning	4
I väntan på AT-tjänst	6
Utsikterna att bli chef	8
Möjlighet att påverka arbetssituationen och klinisk arbetsbelastning	10
Att vara AT-läkare och förälder	11
Vad gör AT-läkaren en genomsnittlig tjänstgöringsvecka?	13
Vad skulle göra AT bättre?	14
Ranking av Sveriges AT-orter	16
Årets bubblare	16
Fritt fall och bottennotering	16
Högst och lägst rankade medicin-ort	16
Högst och lägst rankade kirurgi-ort	17
Högst och lägst rankade psykiatri-ort	17
Högst och lägst rankade allmänmedicin-ort	17
Vad gör en AT-ort framgångsrik?	17
Bilaga 1 Rankinglistan 2010	18
Bilaga 2 Enkätfrågor SYLF:s AT-ranking 2010	20

Metod

Enkäten består av ett formulär med 23 huvudfrågor (se bilaga 2) uppdelade i kategorierna bakgrundsvariabler, AT:s kvalitet, lönesättning, tid mellan läkarexamen och AT, synen på chefskap, möjligheten att påverka arbetet, den kliniska arbetsbelastningen, föräldraledigas situation, AT-läkarnas inställning till forskning, hur tjänstgöringstiden fördelar sig utifrån AT-tjänstgöringens utformning samt synen på AT i framtiden. Till kategorin bakgrundsvariabler hör kön, ålder, examensår, eventuell utlandsexamen, AT:s form och längd samt AT-ort.

Sedan 2008 används en sexgradig skala, istället för som tidigare en tiogradig, vid betygsättning av de placeringar som ingår i AT. Detta för att varje val på skalan ska bli mer avgränsat från de närliggande alternativen och därmed ge ökad tydlighet.

Varje svarande betygsätter kvaliteten på de placeringar – medicin-, kirurgi-, psykiatri- samt allmänmedicinplaceringen – som påbörjats eller redan genomförts. Uppger respondenten att en placering ännu inte påbörjats ges inte möjligheten att betygsätta denna. Placeringarna bedöms på en sexgradig skala (där 1 motsvarar mycket dåligt och 6 mycket bra) utifrån fem olika perspektiv: introduktion, handledning, formaliserad medicinsk utbildning, kollegialt stöd samt ett sammanvägt betyg för placeringen. Den detaljerade betygsättningen finns till för att ge den blivande AT-läkaren ett förbättrat stöd vid valet av AT-ort samtidigt som underlaget ska vara till hjälp för arbetsgivaren för att identifiera förbättringsområden. De svarande ger ett sammanfattande betyg för hela allmäntjänstgöringen. Denna fråga ligger till grund för placeringen i rankinglistan. AT-läkarna tillfrågas också om de skulle rekommendera sin AT-plats till en kollega eller vän.

Urval och begränsningar

Undersökningen riktar sig till de SYLF-medlemmar som genomför eller som nyligen avslutat AT. Urvalet sker ur Läkarförbundets medlemsregister och baseras på uppgift om datum för läkarexamen samt datum för legitimation. För att en individ ska falla inom ramen för urvalet ska läkarexamen ha erhållits före december 2009. Om medlemmen är legitimerad läkare och således är färdig med AT måste legitimation ha erhållits efter 2009-12-01 för att denne ska inkluderas i urvalet. Detta för att uppgifterna i AT-rankingen ska vara så aktuella som möjligt. Dessa kriterier uppfylldes i årets undersökning av 1873 personer.

Totalt besvarade 1214 personer enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 65 procent. Av de svarande är det 160 personer som antingen inte påbörjat AT, som genomför motsvarande tjänstgöring utomlands eller som avslutat AT före december 2009. Det är således 1054 svarande som är AT-läkare eller som avslutat AT efter 2009-12-01. Denna rapport baseras på svaren från dessa 1054 medlemmar.

Tidigare år har endast svaren från AT-läkare som genomfört minst sex månader av AT beaktats. 2009 togs detta krav bort och samtliga AT-läkare inkluderas, oavsett hur länge de har tjänstgjort. Ett skäl till förändringen är att SYLF anser att en AT-läkare redan tidigt under AT får en god uppfattning om allmäntjänstgöringen. Rankingresultaten visar att AT-läkare som tjänstgjort kort tid inte poängsätter AT-orten annorlunda än de som är i slutet av AT. En positiv effekt är att fler svarande per ort nu inkluderas.

I rankinglistan har AT-orter med färre än fem svarande uteslutits eftersom urvalet är för litet för att ge ett tillförlitligt resultat. Årets ranking omfattar därmed 67 AT-orter. Målet är att varje betygsatt AT-ort skall motsvara ett sökbart AT-block. I dag samarbetar många orter och delar av eller hela placeringar

genomförs ofta på andra sjukhus än det där man har sin huvudplacering. Detta gäller framför allt psykiatriplaceringar. I rankinglistan hänförs betyget för en placering till det sjukhus som administrerar AT-läkarens tjänst. För detaljer kring vilka sjukhus som samarbetar och vilka AT-orter som tillämpar placeringar på flera sjukhus hänvisas till respektive AT-orts hemsida. AT-läkare som angivit placeringar som indikerar att de bytt AT-ort under resans gång inkluderas inte i rankingens betygsättning.

I år betygsätts även ett utländskt sjukhus, Ålands centralsjukhus. Skälet är att AT-läkarna på Åland utbildas utifrån svenska målbeskrivningar och på uppdrag av Uppsala läns landsting. Ålands centralsjukhus fanns även med i 2006 års ranking men har de senaste åren haft för få svarande.

Ett antal av frågorna i enkäten är obligatoriska. Det gäller samtliga bakgrundsvariabler och frågorna om betygsättning (fråga 6-11). Resterande är frivilliga. Förhoppningen med att inte ha tvingande frågor är att fler skall fullfölja enkäten. Samtidigt innebär detta att andelen svarande kan variera från en fråga till en annan.

Genomförande

En webbaserad enkät har använts för att samla in information om landets AT-platser. Enkäten distribuerades under perioden maj-juni 2010 via e-post och två påminnelser har gått ut.

Tolkning och jämförelse av resultat

SYLF:s AT-ranking utgår helt från AT-läkarnas egna omdömen då AT-läkarna borde vara de som är bäst lämpade att bedöma tjänstgöring och utbildning under AT. Den subjektiva upplevelsen av en tjänstgöring har sannolikt stor betydelse för hur mycket individen lär sig och utvecklas.

Resultatet från undersökningen bör tolkas med viss försiktighet då tillgängliga data varierar från AT-ort till AT-ort. Antalet AT-läkare som svarat varierar, liksom hur stor del av allmäntjänstgöringen som genomförts. Resultatet är inte en absolut mätning av AT:s kvalitet utan är ett komplement till andra utvärderingsmetoder.

Årets enkät innehåller som tidigare specifika frågor kring de olika placeringarna vilket ger detaljerad information om varje AT-ort. Rankinglistan baseras enbart på frågan "Vilket sammanfattande betyg vill du ge din AT?". Ett alternativ som diskuterats är att istället basera rankinglistan på ett index av valda variabler. Nackdelen med ett sådant förfarande är att komplexiteten ökar och därmed minskar öppenheten i rankingen. Detta skulle även ge upphov till frågor kring hur viktningen av de olika variablerna ska ske och hur individerna ska viktas inbördes. Bedömningen från SYLF:s sida är att ett sådant index snarare skulle göra rankingen mer skada än nytta.

Tillvägagångssättet innebär att förändringar av AT:s upplägg och kvalitetshöjande insatser kan följas över tid. Mot bakgrund av detta redovisas AT-ortens placering för de tre senaste åren i rankinglistan.

Resultat

Av de totalt 1054 medlemmar som besvarat enkäten och gör eller nyligen avslutat AT är 64 procent kvinnor och 36 procent män. I urvalsgruppen (1873 personer) är 65 procent kvinnor och 35 procent män vilket visar att de som svarat utgör ett representativt urval ur ett könsperspektiv. Det genomsnittliga födelseåret för de som svarat är 1978 vilket är samma år som för urvalsgruppen.

Tabell 1. Jämförelse mellan urval och svarande.

	Urval	Respondenter
Andel kvinnor	65%	64%
Genomsnittligt födelseår	1978	1978

De svarandes examensland är också av intresse. Andelen med examen från annat EU/EES-land än Sverige samt från länder utanför EU/EES ökar vilket följer de senaste årens trend. Från att ha utgjort åtta procent av de svarande de senaste två åren har nu andelen AT-läkare med examen från annat land än Sverige ökat till tio procent.

Tabell 2. Läkarexamen.

	Sverige	Annat EU/EES-land	Land utanför EU/EES	Antal svarande
AT-rankingen 2010	90%	6%	4%	1054
AT-rankingen 2009	92%	5%	3%	1125
AT-rankingen 2008	92%	4%	4%	829

Av de svarande har 15 procent uppgett att de gör hela eller delar av AT inom den privata sektorn.

AT-form och längd

I likhet med tidigare undersökningar dominerar 21 månaders AT, vilket 67 procent uppger att de gör eller har gjort. 17 procent gör AT under 18 månader och fem procent har angett att de genomför eller har genomfört forskar-AT. I år specificerades svarsalternativen ytterligare genom ett tillägg av alternativen primärvårds-AT och psykiatri-AT. Dessa alternativ har fem respektive tre procent av de tillfrågade uppgett. Övriga två procent har svarat att de har en annan form av AT vilket preciseras med 22-25 månaders AT.

Tabell 3. Form av AT.

	18 mån AT	21 mån AT	Forskar-AT	Primärvårds-AT	Psykiatri-AT	Annan form
2010 års enkät	17%	67%	5%	5%	3%	2%
2009 års enkät	17%	70%	6%	-	-	7%*
2008 års enkät	18%	73%	5%	-	-	4%*
Önskad form av AT 2010	33%	51%	7%	5%	2%	2%

*Primärvårds-AT och Psykiatri-AT fanns inte med som alternativ.

AT-läkarna ombads även att ange vilken form av AT de helst önskat genomföra. Närmare var tredje AT-läkare föredrar 18-månaders AT men enbart 17 procent har fått möjligheten att genomföra AT av denna längd. Motsvarande fråga ställdes till ST-läkare i SYLF:s ST-enkät 2010¹ och gav i princip samma svar. 30

¹ SYLFs ST-enkät 2010. Delrapport 2, om ST-läkares utbildning, handledning och forskning.

procent av ST-läkarna anger att de hade velat genomföra 18-månaders AT men bara 17 procent fick möjligheten.

Kvaliteten på introduktionen, handledningen, medicinsk utbildning och kollegialt stöd

Medicin-, kirurgi-, psykiatri- samt allmänmedicinplaceringarna bedöms i AT-rankingen utifrån fem perspektiv. Dessa betyg redovisas även indelat efter AT-ort vilket framgår av tabellen i bilaga 1. Precis som tidigare år konstateras att det för samtliga placeringar finns ett samband mellan ett starkt kollegialt stöd och ett högt sammanvägt betyg. Nedanstående tabell visar den genomsnittliga betygsättningen indelat efter utbildningsavsnitt där 1 är mycket dåligt och 6 är mycket bra.

Tabell 4. Genomsnittligt betyg indelat efter placering.

	Introduktion		Handledning		Formaliserad medicinsk utbildning		Kollegialt stöd		Sammanvägt betyg för placeringen	
	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009
Medicin	3,9	3,8	4,1	4,0	3,8	3,8	4,8	4,7	4,3	4,2
Kirurgi	3,6	3,6	3,8	3,8	3,6	3,6	4,3	4,4	4,1	4,2
Psykiatri	4,0	4,0	4,1	4,1	4,1	4,2	4,3	4,5	4,1	4,2
Allmänmedicin	4,4	4,6	5,0	5,1	4,1	4,1	5,1	5,2	4,8	4,9

I enlighet med tidigare års resultat får allmänmedicinplaceringen klart högst sammanvägt betyg. Introduktionen och den formaliserade medicinska utbildningen får generellt lägre betyg än handledningen och det kollegiala stödet vilket även var fallet förra året. En samkörning mot examensland visar att AT-läkarna med examen från land utanför EU/EES skattar kollegialt stöd under medicin-, kirurgi- och allmänmedicinplaceringen lägre än övriga svarande. I snitt ligger betyget 0,4 poäng lägre än bland läkare med svensk examen. Några generella skillnader mellan de som gjort hela eller delar av allmäntjänstgöringen inom privat verksamhet och övriga föreligger inte.

Majoriteten rekommenderar sin AT-ort

En klar majoritet av AT-läkarna, 82 procent, rekommenderar andra att söka AT på samma ort där de själva genomför eller genomfört AT. Åtta procent rekommenderar inte sin AT-ort medan tio procent är tveksamma.

På tio AT-orter rekommenderar samtliga svarande andra att söka AT (se bilaga 1). De tre orter som rankar lägst på denna fråga är Ålands centralsjukhus (33 procent ja-svar), Sollefteå sjukhus (40 procent ja-svar) samt Karlskoga lasarett (40 procent ja-svar). Mer upplyftande är att två av de orter som låg sämst till i förra årets ranking – sjukhuset i Torsby och Kalix sjukhus – i år rekommenderas av 100 respektive 80 procent av AT-läkarna att jämföra med så lite som 20 respektive 40 procent 2009.

Individuell lönesättning

Den 1 januari 2004 avskaffades formellt lönetarifferna för AT-läkare och ersattes med lägstalön. Samtidigt infördes rätt till individuell löneförhandling för AT-läkare. Avskaffandet av tariffen innebar att underläkare inför påbörjandet av AT skulle få förhandla om lön och villkor samt att lönen skulle sättas individuellt. SYLF har sedan införandet av den individuella lönesättningen undersökt andelen AT-läkare som löneförhandlat i samband med att de påbörjat AT. Resultaten har varit nedslående då utvecklingen går allt för långsamt. Årets resultat, som visar att mindre än var tredje AT-läkare har förhandlat innan

påbörjande av AT, stödjer SYLF:s tes om att det krävs ett nytt system för att tillse att varje AT-läkare får förhandla individuellt.

Tabell 5. Andel som har löneförhandlat innan påbörjandet av AT år 2005-2010.

2005	2006	2007	2008	2009	2010
19%	27%	23%	23%	28%	31%

I årets avtalsrörelse förhandlade Läkarförbundet fram en ny lönesättningsmodell för AT-läkare som förväntas förbättra möjligheten för AT-läkarna att förhandla individuellt. SYLF kommer att fortsätta följa utvecklingen.

Tabell 6. Lönefrågor.

	Förhandlade du om din lön innan du påbörjade din AT?		Vet du vilka lönekriterier som ligger till grund för din AT-lön?	
	<i>Andel ja 2010</i>	<i>Andel ja 2009</i>	<i>Andel ja 2010</i>	<i>Andel ja 2009</i>
Gotland	100%	100%	100%	54%
Jämtlands läns landsting	19%	13%	60%	60%
Landstinget Blekinge	14%	5%	62%	35%
Landstinget Dalarna	83%	71%	47%	50%
Landstinget Gävleborg	13%	21%	76%	64%
Landstinget Halland	84%	61%	59%	56%
Landstinget i Jönköpings län	13%	13%	33%	30%
Landstinget i Kalmar län	23%	14%	48%	50%
Landstinget i Uppsala län	30%	35%	42%	49%
Landstinget i Värmland	28%	35%	49%	45%
Landstinget i Östergötland	33%	29%	54%	57%
Landstinget Kronoberg	17%	31%	43%	31%
Landstinget Sörmland	18%	23%	60%	64%
Landstinget Västernorrland	14%	10%	13%	8%
Landstinget Västmanland	63%	48%	83%	90%
Norrbottnens läns landsting	12%	6%	20%	20%
Region Skåne	80%	70%	48%	48%
Stockholms läns landsting	4%	4%	46%	42%
Västerbottens läns landsting	24%	28%	40%	38%
Västra Götalandsregionen	19%	12%	58%	62%
Örebro läns landsting	16%	23%	13%	30%
Totalt	31%	28%	49%	48%
Antal svarande	1 034	1 125	1 002	1 125

Glädjande nog har en majoritet av landstingen en högre andel AT-läkare som löneförhandlat 2010 jämfört med föregående år. Resultatet visar på stora regionala skillnader mellan AT-läkares möjligheter att få en individuell löneförhandling. Gotland, Landstinget Halland och Landstinget Dalarna har högst andel AT-läkare som får löneförhandla. De som presterar sämst är Stockholms läns landsting, Landstinget i Jönköpings län samt Landstinget Blekinge tillsammans med Landstinget Västernorrland. Att ge AT-läkarna möjlighet att förhandla om villkor för den tjänst de står inför måste ses som ett enkelt och kostnadseffektivt sätt att förbättra arbetsgivarens möjligheter att behålla sina anställda läkare och borde uppmuntras. AT-läkarens kön eller examensland påverkar inte möjligheten att löneförhandla nämnvärt.

Enligt ovanstående tabell känner 49 procent av AT-läkarna till de kriterier som ligger till grund för lönen, vilket i princip är samma resultat som 2009. På Gotland, i Landstinget Västmanland och i Landstinget

Gävleborg känner man enligt tabellen ovan till lönekriterierna bäst medan kunskapen om vad som ligger till grund för lönen är sämre i Örebro läns landsting, Landstinget Västernorrland och Norrbottens läns landsting.

Av den knappa tredjedel som löneförhandlat innan påbörjad AT så har störst andel, 16 procent, förhandlat med en personalhandläggare vilket är samma resultat som föregående år. På frågan om den som ansvarade för löneförhandlingen upplevdes ha mandat att på egen hand bestämma AT-läkarens lön svarar 33 procent att så är fallet medan resterande 67 procent anser motsatsen. Detta kan jämföras med föregående år då frågan istället utformades som en skattning mellan 1 - instämmer inte alls och 6 - instämmer helt då medelvärdet 2,7 uppmättes. Att bara en tredjedel av de som löneförhandlat anser att den de löneförhandlat med verkligen haft mandat att besluta om lönen innebär i praktiken att färre än de 31 procent som löneförhandlat verkligen haft möjlighet att påverka sin lön. De som uppgett att de förhandlat med en verksamhetschef har gett högst betyg på frågan om den de förhandlat med haft eget mandat att lönesätta medan de som förhandlat med personalhandläggare har angett lägst betyg.

Att få möjligheten att löneförhandla utifrån kända lönekriterier är viktigt för att lönen ska fungera som en individuell skattning av arbetstagarens prestation. En välfungerande sådan skattning kan fungera som morot och motivera arbetstagaren att göra ett bättre arbete vilket i sin tur förbättrar utfallet av arbetet. I läkarnas fall leder detta till bättre vård. En grundförutsättning för att systemet med individuell lönesättning ska fungera är att den enskilde läkaren känner till vem som är lönesättande chef och att denna chef är kvalificerad att bedöma den enskilde läkaren kompetens och har mandat att sätta lön.

Tabell 7. "Vem är din lönesättande chef idag?" 2007-2010.

Lönesättande chef	2010	2009	2008	2007
AT-chef	24%	22%	13%	9%
Studierektor	8%	7%	7%	9%
Verksamhetschef	8%	10%	9%	11%
Personalhandläggare	20%	20%	20%	28%
Annan	4%	3%	5%	5%
Vet ej	36%	38%	46%	38%

Att 36 procent inte vet vem som är deras lönesättande chef är ytterligare ett underkännande av hur organisationen kring och lönesystemet för AT-läkare fungerar. Tabellen visar att en betydligt högre andel förhandlar med en AT-chef 2010 jämfört med 2007, vilket är glädjande.

I väntan på AT-tjänst

Resultatet från årets enkät visar att den genomsnittliga väntetiden från läkarexamen till påbörjandet av AT är 8 månader och en vecka, vilket är en månad längre än för 2009.

Tabell 8. Hur många månader efter läkarexamen påbörjade du din AT?

	2010	2009	2008
Gotland	12,7	7,2	5,3
Jämtlands läns landsting	8,5	7,1	6,9
Landstinget Blekinge	7,4	5,8	3,5
Landstinget Dalarna	6,1	4,4	4,7
Landstinget Gävleborg	4,0	4,0	5,3
Landstinget Halland	6,6	6,8	6,6
Landstinget i Jönköpings län	5,5	4,7	4,5
Landstinget i Kalmar län	7,4	5,4	5,2
Landstinget i Uppsala län	11,5	9,0	10,8
Landstinget i Värmland	8,1	3,8	4,8
Landstinget i Östergötland	6,8	6,1	6,3
Landstinget Kronoberg	4,4	4,7	5,3
Landstinget Sörmland	6,6	6,2	5,3
Landstinget Västernorrland	4,5	3,9	3,8
Landstinget Västmanland	6,3	5,0	5,2
Norrbottnens läns landsting	3,5	5,9	3,7
Region Skåne	12,8	10,0	9,4
Stockholms läns landsting	13,6	11,5	11,7
Västerbottnens läns landsting	6,0	6,5	6,0
Västra Götalandsregionen	7,9	8,0	7,5
Örebro läns landsting	4,6	5,4	6,4
Totalt	8,2	7,2	7,0

Som tabellen visar så varierar den genomsnittliga väntetiden från 3,5 månader i Norrbottens läns landsting till 13,6 månader i Stockholms läns landsting. Den genomsnittliga väntetiden är lika lång för män som för kvinnor. När frågan ställs mot examensland visar det sig att läkare med examen från annat EU/EES-land i snitt har kortare väntetid än läkare med svensk examen (6,4 månader mot 7,7). Detta skulle kunna bero på enskilda landstings utlandsrekrytering eller vara en konsekvens av att dessa läkare sökt sig till orter med kortare väntetid. Väntetiden för läkare med utomeuropeisk examen är mycket längre än för övriga. Detta förklaras rimligen av att dessa läkare måste genomgå kompletteringsutbildning innan påbörjandet av AT.

En del av väntetiden mellan läkarexamen och påbörjandet av AT kan vara självvald men detta kan inte förklara de stora regionala skillnaderna. Samtliga examinerade läkare i Sverige måste förr eller senare göra AT för att erhålla läkarlegitimation och desto tidigare de ges möjlighet till detta desto större nytta för läkaren, patienterna, medborgarna och arbetsgivarna. Om de blivande AT-läkarna skulle slippa köa för att få genomföra AT så skulle tillgången på AT-läkare, legitimerade läkare och på sikt specialistläkare i Sverige öka snabbare. Det mest resurseffektiva sättet att öka utbudet av legitimerade läkare i Sverige är därför att korta väntetiden mellan läkarexamen och påbörjandet av AT genom att utöka antalet AT-block. Samtidigt måste AT-platsernas kvalitet upprätthållas och får till inget pris kompromissas med.

Vikariat och handledning innan AT

En klar majoritet, 82 procent, av AT-läkarna har vikarierat före påbörjandet av AT. Endast 37 procent har under vikariatstiden haft en personlig handledare (35 procent 2009). Att som nyutexaminerad läkare direkt sätts in i vårdproduktionen utan en personlig handledare är att åsidosätta såväl arbetsmiljökrav som patientsäkerhet.

Tabell 9. Vikariat innan AT med eller utan personlig handledare.

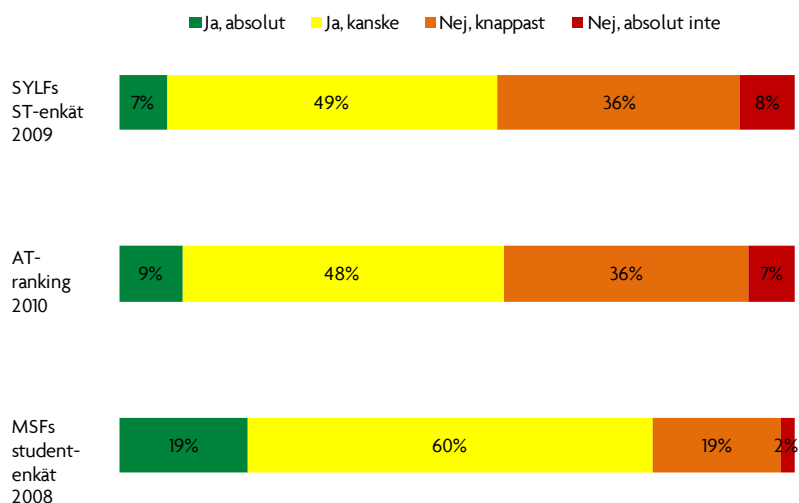
	Vikarierade du innan du påbörjade AT?			Hade du en personlig handledare under tiden som du vikarierade innan du påbörjade AT?		
	Ja	Nej	Antal	Ja	Nej	Antal
Gotland	100%		6	17%	83%	6
Jämtlands läns landsting	100%		21	38%	62%	21
Landstinget Blekinge	64%	36%	28	50%	50%	18
Landstinget Dalarna	85%	15%	53	22%	78%	45
Landstinget Gävleborg	74%	26%	38	21%	79%	28
Landstinget Halland	89%	11%	44	28%	72%	39
Landstinget i Jönköpings län	76%	24%	49	41%	59%	37
Landstinget i Kalmar län	61%	39%	31	53%	47%	19
Landstinget i Uppsala län	97%	3%	33	41%	59%	32
Landstinget i Värmland	67%	33%	39	38%	62%	26
Landstinget i Östergötland	89%	11%	46	59%	41%	41
Landstinget Kronoberg	70%	30%	23	44%	56%	16
Landstinget Sörmland	84%	16%	44	49%	51%	37
Landstinget Västernorrland	67%	33%	42	25%	75%	28
Landstinget Västmanland	98%	2%	42	24%	76%	41
Norrbottnens läns landsting	44%	56%	41	28%	72%	18
Region Skåne	92%	8%	99	40%	60%	91
Stockholms läns landsting	95%	5%	149	38%	62%	141
Västerbottens läns landsting	76%	24%	42	13%	88%	32
Västra Götalandsregionen	80%	20%	133	44%	56%	106
Örebro läns landsting	72%	28%	32	39%	61%	23
Totalt	82%	18%	1035	37%	63%	845

Utsikterna att bli chef

Att läkare tar på sig rollen som chefer är en viktig fråga för SYLF. Läkare har goda förutsättningar för att leda och utveckla svensk hälso- och sjukvård. Ett bra ledarskap förutsätter god medicinsk kunskap då detta behövs för att driva utvecklingen i den kunskapsintensiva sjukvården. Medicinsk kompetens krävs för att kunna ta till sig och implementera nya forskningsresultat i praktisk verksamhet, anställa och värdera övrig medicinsk personals kompetens, följa upp incidenter och för att höja patientsäkerhet och vårdkvalitet.

För att undersöka hur stort intresset för chefskap är bland dagens AT-läkare infördes förra året ett antal frågor i AT-rankingen. Dessa frågor kvarstår i årets undersökning. I nedanstående figur redovisas resultatet från AT-rankingen 2010 tillsammans med resultatet på samma fråga från SYLF:s ST-enkät 2009 (i 2010 års enkät ställdes inte denna fråga) samt Medicine Studerandes Förbunds studentenkät 2008. Vid en jämförelse med föregående år kan konstateras att andelen ”ja-svar” har minskat från 62 procent 2009 till 57 procent i år.

Diagram 1. Vill du bli chef?

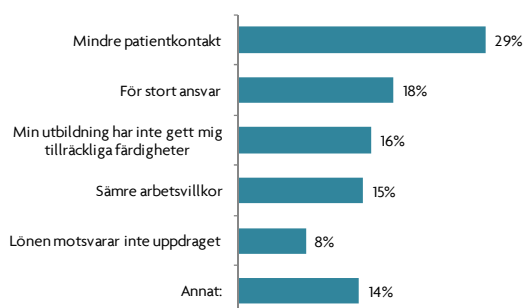


Som diagrammet ovan utvisar är intresset för chefskap som störst under studietiden för att sakta avta med antalet år inom vården. Undersökningar visar att det kommer behöva rekryteras upp till 25 000 nya chefer när fyrtiotalisterna går i pension². En förutsättning för att kompetensförsörjningen av chefer inom hälso- och sjukvården ska fungera är att det finns en utbredd vilja att bli chef. Tyvärr visar årets AT-ranking att så inte är fallet.

Intresset för chefskap är klart större bland de manliga AT-läkarna än bland deras kvinnliga kollegor. 14 procent av männen men endast 7 procent av kvinnorna vill absolut bli chefer. Ställs frågan mot typ av AT visar det sig att de som angett att de gör eller gjort forskar-AT respektive psykiatri-AT i högre utsträckning intresserar sig för att axla chefskap. En viss skillnad föreligger även mellan läkare med svensk examen och de som har utomeuropeisk examen. Läkare med utomeuropeisk examen svarar i större utsträckning ”ja, absolut” på frågan, samtidigt är även andelen som svarar ”nej, absolut inte” högre än för övriga två grupper.

De personer som svarat nej på frågan om de vill bli chef har ombetts ange vad som talar emot ett chefskap.

Diagram 2. Vad talar emot att du skulle vilja bli chef?



² Ledarna, 2008, *Jakten på cheferna till välfärdsektorn*

Att chefskapet medför mindre patientkontakt har 29 procent angett som den viktigaste anledningen. Det alternativ som angetts som minst viktigt är lönen följt av "sämre arbetsvillkor", "min utbildning har inte gett mig tillräckliga färdigheter" och "för stort ansvar". Det finns vissa skillnader utifrån kön där alternativen "min utbildning har inte gett mig tillräckliga färdigheter" och "för stort ansvar" i större utsträckning nämns av kvinnor än män.

Bland de 14 procent som svarat "annat" anger den största andelen (32 procent) att de inte vill bli chef för att de saknar intresse. Den näst vanligaste anledningen som uppgetts är att man som chef inom hälso- och sjukvården saknar påverkansmöjligheter och är allt för styrd uppifrån.

AT-läkarna fick även frågan "Tillvaratas ditt intresse för chefskap t.ex. genom möjlighet att gå kurser i ledarskap utöver det som ingår i den ordinarie utbildningen på din AT-ort?". En knapp tredjedel (29 procent) uppger här att deras intresse tillvaratas vilket är en besvärande låg siffra givet det skriande behovet av chefer som föreligger. Dessutom framkommer att detta snarast handlar om medel för valfria kurser som t.ex. kan användas till kurser inom ledarskap snarare än att det görs specifika satsningar inom detta område.

En mycket viktig uppgift för att sörja för att vården i framtiden ska kunna attrahera bra chefer är att intresserade och lämpliga individer identifieras och tillåts utvecklas inom området. Underläkare måste tydligare integreras i den organisation de verkar i. Den som inte ser den organisation de arbetar inom kommer troligen inte att vara intresserad av att axla chefskap inom samma organisation. En förbättrad introduktion i verksamhetsutveckling och organisationskunskap är också en viktig faktor för att öka viljan bland underläkare att ta chefs- och ledningsansvar. Det är även centralt att villkoren, meritvärdet och stödet till chefer blir bättre. När det gäller stöd har äldre läkarkollegor en viktig roll att spela för att underläkare ska ges möjlighet att praktisera ledar- och chefsegenskaper.

För att stimulera till bättre chefsrekrytering lanserade SYLF 2007 en policy om ledarskaps-ST och 2009 inleddes projektet "Vem ska bli chef efter dig" i samarbete med Läkarförbundets chefsförening. Projektet riktar sig till dagens chefer och uppmuntrar dessa till att bjuda in yngre medarbetare till att ta del i verksamhetens ledning.

Möjlighet att påverka arbetssituationen och klinisk arbetsbelastning

Att själv kunna påverka den egna arbetsmiljön och känna sig delaktig i organisationen och dess beslut är ett effektivt sätt att få arbetstagare som trivs på arbetsplatsen. I likhet med tidigare års ranking ombads därför AT-läkarna att skatta sin möjlighet att påverka arbetssituationen. På en skala mellan 1 och 6 uppmäts medelvärdet till 3,4.

Tabell 8. Påverkansmöjligheter samt byte av yrke till följd av den kliniska arbetsbelastningen.

	Antal svarande	Medel	Antal svarande	Ja	Nej
Landstinget i Uppsala län	42	2,2	33	42%	58%
Stockholms läns landsting	28	2,7	149	34%	66%
Jämtlands läns landsting	149	3,0	21	38%	62%
Landstinget Sörmland	30	3,0	44	36%	64%
Landstinget Halland	98	3,1	44	16%	84%
Region Skåne	133	3,3	98	32%	68%
Landstinget Västmanland	41	3,3	43	44%	56%
Landstinget i Värmland	42	3,3	39	18%	82%
Landstinget Västernorrland	46	3,3	42	36%	64%
Västerbottens läns landsting	6	3,3	42	14%	86%
Landstinget Gävleborg	44	3,4	38	34%	66%
Landstinget i Jönköpings län	43	3,6	49	31%	69%
Landstinget i Kalmar län	39	3,7	31	13%	87%
Landstinget i Östergötland	38	3,8	46	37%	63%
Norrbottens läns landsting	53	3,8	41	37%	63%
Landstinget Dalarna	44	3,8	53	25%	75%
Västra Götalandsregionen	23	3,9	133	22%	78%
Landstinget Blekinge	21	3,9	28	32%	68%
Örebro läns landsting	1034	4,0	32	16%	84%
Gotland	33	4,0	6	17%	83%
Landstinget Kronoberg	49	4,5	23	26%	74%
Totalt	32	3,4	1035	29%	71%

Som tabell 9 ovan visar så skattas möjligheten att påverka arbetssituationen högst i Landstinget Kronoberg, på Gotland och i Örebro läns landsting medan lägst betyg uppmäts i Landstinget i Uppsala län, i Stockholms läns landsting och i Landstinget Sörmland tillsammans med Jämtlands läns landsting. Intressant att notera är att AT-läkarna i Uppsala läns landsting med AT-orterna Uppsala, Enköping och Mariehamn – samtliga bottennoterade i årets AT-ranking – skattar möjligheten att påverka som låg.

En bra arbetsmiljö och en rimlig arbetsbelastning är viktiga faktorer för att trivas på arbetet. Att som arbetsgivare kunna anpassa den kliniska arbetsbelastningen till en acceptabel nivå är därför en förutsättning för att behålla anställda.

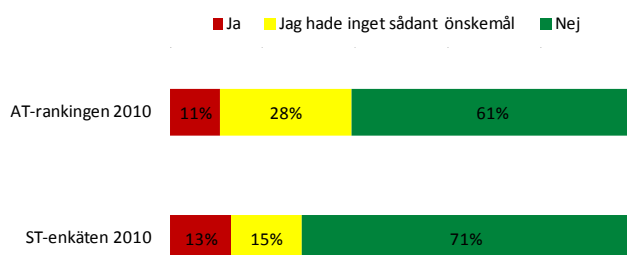
Hela 29 procent av AT-läkarna har övervägt att byta yrke på grund av den kliniska arbetsbelastningen, vilket är en minimal minskning med en procent sedan förra årets undersökning. Det är en högre andel kvinnor än män som övervägt att byta yrke. Att en så hög andel AT-läkare övervägt att byta yrke till följd av den kliniska arbetsbelastningen är ytterst allvarligt och kommer att medföra stora problem för såväl hälso- och sjukvården som individen om frågan inte tas på allvar.

Att vara AT-läkare och förälder

Många AT-läkare väljer att bilda familj under AT-perioden vilket även årets AT-ranking visar då 27 procent av de tillfrågade kvinnorna uppger att de har varit gravida under AT. Det är viktigt att kvinnliga läkare ges möjlighet att vid behov och efter egen begäran befrias från jour när som helst under graviditeten. För vissa kvinnor är graviditeten som mest påfrestande den första tiden medan andra upplever besvär först senare i förloppet. På grund av detta fordras ett flexibelt system. För att

undersöka om det föreligger några svårigheter att befrias från jour under AT ställdes frågan "Upplevde du att det var svårt att bli befriad från jour under din graviditet" i årets AT-ranking. Elva procent anger att de har haft problem med att bli befriade från jour, att jämföra med 13 procent av ST-läkarna³. SYLF anser att det är viktigt att jourbefrielse erbjuds från arbetsgivarens sida, framför allt då det för läkare med korta tidsbegränsade anställningar kan vara svårt att be om detta. Det är därför mycket positivt att rätten till jour- och beredskapsbefrielse för gravida är stärkt i det nya läkaravtalet.

Diagram 3. Upplevde du att det var svårt att bli befriad från jour under din graviditet?



AT-läkare och forskning

Allt för få läkare ägnar sig i dagsläget åt forskning och färre kommer det att bli i och med de stora pensionsavgångar som väntas. Tidigare undersökningar visar att återväxten är dålig, att unga läkare är intresserade av att forska men prioriterar bort det till förmån för klinisk aktivitet och privatliv. Att kombinera forskning och kliniskt arbete är inte alltid lätt och måste därför underlättas.

I årets ST-enkät framkommer att många läkare avbryter sina forskarstudier av skäl som har med förhållanden på forskningsinstitutionen att göra, så som bristande arbetsmiljö och handledning. ST-enkäten 2010 visar att den i särklass viktigaste åtgärden för att få fler att forska är att öka möjligheterna att forska inom ramen för en anställning.

För att få insikt i hur intresset för forskning är bland AT-läkare ställdes frågan "Forskar du idag?". Endast 12 procent av de tillfrågade uppger att de forskar, 11 procent av kvinnorna och 13 procent av männen. Störst andel forskande AT-läkare har Västerbottens läns landsting följt av Landstinget i Uppsala län och Region Skåne.

³ SYLFs ST-enkät 2010. Delrapport 2, om ST-läkares utbildning, handledning och forskning.

Tabell 9. Forskar du idag?

	Ja	Nej	Antal
Gotland	0%	100%	6
Jämtlands läns landsting	5%	95%	21
Landstinget Blekinge	7%	93%	28
Landstinget Dalarna	8%	92%	52
Landstinget Gävleborg	0%	100%	38
Landstinget Halland	16%	84%	44
Landstinget i Jönköpings län	0%	100%	49
Landstinget i Kalmar län	3%	97%	31
Landstinget i Uppsala län	24%	76%	33
Landstinget i Värmland	10%	90%	39
Landstinget i Östergötland	11%	89%	45
Landstinget Kronoberg	9%	91%	23
Landstinget Sörmland	0%	100%	44
Landstinget Västernorrland	2%	98%	41
Landstinget Västmanland	2%	98%	43
Norrbottnens läns landsting	10%	90%	41
Region Skåne	21%	79%	99
Stockholms läns landsting	17%	83%	149
Västerbottnens läns landsting	29%	71%	42
Västra Götalandsregionen	16%	84%	133
Örebro läns landsting	3%	97%	32
Totalt	12%	88%	1033

Till de 88 procent som inte forskar ställdes frågan ”Varför inte?” där varje svarande kunde ange mer än ett alternativ. Som tabell 10 nedan visar så anger den största andelen tillfrågade att de vill fokusera på den kliniska utvecklingen, att intresset finns men att man vill vänta, eller att man vill prioritera familj eller annat i privatlivet.

Tabell 10. Varför forskar du inte? (flera alternativ kan väljas)

Inte intresserad	Intresserad men har inte hittat rätt forskargrupp/frågeställning ännu	Intresserad men vill vänta	Har provat på forskning men valt att sluta	Forskning saknar meritvärde	Ekonomiska skäl	Dåliga förutsättningar att få ut forskningstid på min	Prioriterar familj eller annat i mitt privatliv	Vill fokusera på min kliniska utveckling	Det finns inga möjligheter att forska där jag arbetar	Annat	Antal
15%	35%	40%	4%	2%	7%	13%	36%	47%	10%	5%	898

De tolv procent som angett att de forskar har även tillfrågats hur de finansierat sin forskning, där mer än ett alternativ kunde anges. Det mest frekvent angivna alternativet är att forskningen sker på fritiden utan ekonomisk ersättning vilket anges av 55 procent. När man undersöker hur stor andel som endast angett antingen att de forskar på fritiden, att de forskar under jour eller att de gör bådadera visar det sig att hela 32 procent finansierar sin forskning på detta sätt. Resultatet tyder på att finansieringssituationen för forskande läkare är långt ifrån optimal. Femton procent uppger att de finansierar sin forskning med hjälp av stipendier i kombination med andra finansieringskällor. SYLF förordar forskning inom ramen för en anställning. Det är därför glädjande att 40 procent av de forskande AT-läkarna genomför forskar-AT och att 20 procent gör AT där forskningsdelarna finansieras av universitetet.

Vad gör AT-läkaren en genomsnittlig tjänstgöringsvecka?

I årets AT-ranking ombads AT-läkarna att precisera hur arbetstiden fördelas mellan kliniskt arbete, jourtjänstgöring, handledning med utsedd handledare, självstudier och undervisning i grupp en genomsnittlig tjänstgöringsvecka. AT-läkarna arbetar i snitt drygt fyrtiosju timmar under en arbetsvecka och under vissa tjänstgöringsplaceringar så mycket som uppåt femtio timmar.

Tabell 11. Ange för en genomsnittlig tjänstgöringsvecka på din senaste AT-placering hur många timmar du ägnar/ägnade åt följande:

	Kliniskt arbete (exklusive jourtjänstgöring)	Jourtjänstgöring	Handledning med utsedd handledare	Självstudier	Kurser/undervisning i grupp	Summa
Allmänmedicin	35,2	2,5	1,2	2,8	2,1	43,8
Kirurgi	34	10,8	0,6	1	3,3	49,7
Medicin	35,7	9,5	0,6	1,6	2,1	49,5
Psykiatri	31,2	8,2	1,4	2,1	2,9	45,8

Vidare tillfrågades AT-läkarna om förekomst av jourtjänstgöring utan legitimerad kollega tillgänglig på arbetsplatsen. Som tabellen nedan visar så svarar 40 procent av AT-läkarna att detta förekommer. Det föreligger en stor spridning i resultat utifrån arbetsgivare. Förekomsten av jourtjänstgöring utan legitimerad kollega på arbetsplatsen är som störst i Landstinget Blekinge och som lägst i Region Skåne och Stockholms läns landsting. SYLF anser att det är av största vikt att AT-läkarna får stöd i form av handledning och instruktion av legitimerad kollega, både under ordinarie arbetstid och under jourtid.

Tabell 12. Förekomst av jourtjänstgöring utan legitimerad kollega tillgänglig.

	Ja	Nej	Vet ej
Gotland	67%	33%	0%
Jämtlands läns landsting	76%	19%	5%
Landstinget Blekinge	93%	7%	0%
Landstinget Dalarna	53%	42%	6%
Landstinget Gävleborg	43%	54%	3%
Landstinget Halland	36%	59%	5%
Landstinget i Jönköpings län	59%	41%	0%
Landstinget i Kalmar län	42%	52%	6%
Landstinget i Uppsala län	70%	24%	6%
Landstinget i Värmland	51%	46%	3%
Landstinget i Östergötland	24%	62%	13%
Landstinget Kronoberg	26%	61%	13%
Landstinget Sörmland	67%	30%	2%
Landstinget Västernorrland	63%	34%	2%
Landstinget Västmanland	14%	76%	10%
Norrbottnens läns landsting	51%	46%	2%
Region Skåne	19%	76%	5%
Stockholms läns landsting	16%	78%	6%
Västerbottens läns landsting	40%	50%	10%
Västra Götalandsregionen	35%	58%	7%
Örebro läns landsting	59%	38%	3%
Totalt	40%	54%	5%

Vad skulle göra AT bättre?

Då frågan om AT:s framtida varande är ytterst aktuell ställdes i slutet av enkäten frågorna "Vad skulle göra din AT bättre?" med ett öppet svarsalternativ och frågan "Om AT skulle förändras vad är viktigast att uppnå med utformningen?". Sammanlagt har 785 personer svarat på frågan. Det öppna svarsalternativet tillför en kvalitativ aspekt men samtidigt krävs en kvantitativ metodik när resultatet ska sammanställas. Genom en sökning på nyckelord i svaren kan nedanstående generella bild av svaren ges.

Tabell 13. Vad skulle göra din AT bättre? (nämner kortfattat de viktigaste faktorerna)

Område	Sökord	Antal träffar	Andel av alla svar
<i>Lön</i>	lön	75	10%
Summa för området		75	10%
<i>Utbildning</i>	utbildning	184	23%
	kurser	18	2%
	undervisning	138	18%
	föreläsning	25	3%
Summa för området		440	56%
<i>Handledning och uppföljning</i>	handledning	290	37%
	introduktion	63	8%
	feedback	33	4%
	uppföljning	49	6%
Summa för området		435	55%
<i>Stöd och inflytande</i>	stöd	37	5%
	påverka	17	2%
	inflytande	10	1%
	delaktig	2	0%
Summa för området		66	8%
<i>Arbetsituation</i>	arbetsituation	9	1%
	arbetsmiljö	4	1%
	belastning	33	4%
	jour	87	11%
	schema	78	10%
Summa för området		211	27%

Sökorden har valts så att varje individ som fyllt i detta öppna svarsalternativ åtminstone ska få en sökträff. Av de totalt 785 personerna som fyllt i svarsalternativet är det 56 procent som angett något av sökorden inom området utbildning, 47 procent som har nämnt något av sökorden inom området handledning och uppföljning och 27 procent som nämnt arbetsituation. Det vanligaste förekommande sökordet är handledning som uppgetts av hela 37 procent av de tillfrågade. Handledning är med andra ord ett viktigt område att satsa resurser på för att förbättra AT eller dess eventuella motsvarighet.

När AT-läkarna tillfrågas vad som är viktigast att uppnå om AT ska förändras svarar 32 procent "att skilja examen och legitimation, genom att läkarlegitimation inte ges direkt efter examen utan efter en tids praktisk klinisk tjänstgöring". Näst vanligaste alternativet som uppges av 31 procent av de tillfrågade är "att man har en avlönad anställning som läkare och inte är student under den kliniska tjänstgöring som leder fram till legitimation". Under alternativet "annat" nämns exempelvis vikten av att det inte är ett glapp mellan examen och legitimation, att den tid som man vikarierar efter examen kan dras av från AT och att antalet AT-platser utökas.

Ranking av Sveriges AT-orter

2010 års segrare i SYLF:s AT-ranking är även i år Ljungby lasarett med medelbetyget 5,80 på frågan "Vilket sammanfattande betyg vill du ge din AT". Ljungby lasarett intog även förra året första platsen och placerade sig på en sjätteplats 2007. Årets tvåa är precis som förra året Sjukhuset i Lidköping med medelbetyget 5,55 på den 6-gradiga skalan. Tredjeplaceringen intas av Lycksele lasarett med 5,43 i medelbetyg.

Även bland högt rankade AT-orter kan förbättringsområden identifieras. T.ex. får introduktionen på kirurgi placeringen på Skellefteå sjukhus och Centrallasarettet i Växjö, som hamnar på fjärde respektive sjunde plats, ett lågt betyg. Förhoppningsvis kan konstateranden som dessa leda till förbättringar på de olika orterna.

Rankinglistan i bilaga 1 visar hur AT-orterna presterar utifrån ett antal valda perspektiv. Den visar att samtliga läkare som genomför eller genomfört AT på de tre orter som fått högst sammanvägt betyg rekommenderar andra att söka AT på samma ort. Detta ger en antydning om att frågan som rankingen grundar sig på, nämligen "Vilket sammanfattande betyg vill du ge din AT?", träffar väl.

AT-orter som har färre än fem svarande rankas inte, vilket medför att inte alla orter är med årligen. I år rankas 67 AT-orter.

Årets bubblare

Kalix sjukhus är den AT-ort som har den största positiva förändringen i rankingen med ett lyft på hela 43 placeringar. Kalix har gått från sextiotredje plats förra året till en tjugondeplacering i år. Andra orter som stärkt sin ställning är Torsby med ett lyft på 41 platser och Sjukhuset i Arvika som har klättrat 27 placeringar.

Fritt fall och bottennotering

De tre orter som tappat mest jämfört med föregående år är Karolinska sjukhuset i Solna med 46 tappade placeringar, Höglandssjukhuset i Eksjö som gått från en tredjeplats förra året till en 29:e placering och Södertälje sjukhus som fallit 31 placeringar.

Akademiska sjukhuset, Uppsala, hamnar sist i årets AT-ranking och uppnår endast 3,44 i medelbetyg. Det bör dock noteras att ingen av de AT-läkare som betygsatt Uppsala påbörjat sin placering i allmänmedicin, en placering som generellt får höga betyg.

Det är anmärkningsvärt att tre av de fem AT-orterna med lägst betyg tillhör samma landsting, Uppsala läns landsting. Det finns stora variationer i betyg mellan AT-orterna men det finns även stora skillnader inom sjukhusen. Akademiska sjukhuset i Uppsala som fått ett lågt sammanvägt betyg har trots detta ett relativt högt medelbetyg på den formaliserade medicinska utbildningen under psykiatriplaceringen. Att som arbetsgivare identifiera styrkor och brister kan vara en god hjälp på vägen för att förbättra allmäntjänstgöringen.

Högst och lägst rankade medicin-ort

De tre högst rankade AT-orterna med avseende på det sammanvägda betyget för medicinplaceringen är i fallande ordning Ljungby lasarett, Avesta lasarett och Lycksele lasarett. De tre lägst placerade AT-orterna är i stigande ordning Södertälje sjukhus, Danderyds sjukhus och Ålands centralsjukhus.

Högst och lägst rankade kirurgi-ort

När det gäller de högst placerade AT-orterna med avseende på frågan om det sammanvägda betyget för kirurgi-placeringen så rankar följande tre orter högst i fallande ordning; Ljungby lasarett, Västerviks sjukhus och Värnamo sjukhus. De tre lägst placerade orterna är i stigande ordning Piteå Älvdals sjukhus, Lasarettet i Enköping och Ålands centralsjukhus.

Högst och lägst rankade psykiatri-ort

Blekingesjukhuset i Karlshamn, Västerviks sjukhus och Visby lasarett erbjuder enligt AT-läkarna den bästa psykiatriplaceringen och hamnar på första, andra respektive tredje plats i denna kategori. De tre lägst placerade är i stigande ordning Norrtälje sjukhus, Lasarettet i Ystad och Alingsås lasarett.

Högst och lägst rankade allmänmedicin-ort

Högst betyg för allmänmedicinplaceringen får Lasarettet i Landskrona, Kiruna sjukhus och Blekingesjukhuset i Karlshamn, i fallande ordning. De tre lägst rankade orterna är i stigande ordning; Norrtälje sjukhus, Ålands centralsjukhus och Sollefteå sjukhus.

Vad gör en AT-ort framgångsrik?

Arbetsmiljön för AT-läkare har under en längre tid och på många AT-orter varit undersatt. Det är alltför få arbetsgivare som inser att en välfungerande AT sannolikt är den bästa marknadsföringen för att orten i framtiden ska kunna attrahera kompetenta läkare.

Utifrån svaren från AT-rankingen och diskussioner med AT-läkare och studierektorer så framgår det att följande faktorer har stor inverkan på hur AT-läkare uppfattar sin ort.

- Att det finns en AT-chef med fullständigt arbetsgivaransvar
- Att det ges en gedigen introduktion
- Att AT-läkaren får handledning av en läkare som gått handledarutbildning
- Att AT-läkaren får en strukturerad uppföljning
- Att det finns minst en kompetent studierektor på orten
- Att lönesättningen i realiteten är individuell och att AT-läkarens kvalifikationer bedöms som för andra läkare
- Att det finns en bra balans mellan att arbeta självständigt och få stöd och support av handledare och kollegor
- Att AT-läkarnas erfarenheter och åsikter tas på allvar genom exempelvis en intervju med varje AT-läkare varje termin

Det finns mycket att lära både mellan AT-orter och mellan arbetsgivare. Beslutsfattare som är intresserade av att i framtiden attrahera kompetenta läkare bör ta AT-läkarnas erfarenheter på allvar.

För en interaktiv version av rankinglistan se www.modernalakare.se

Bilaga 1 Rankinglistan 2010

	Placering (11)	Betyg 1-6 (11)	Antal svarande	2009	2008	2007	Medicinplaceringen (7) 1-6					Kirurgiplaceringen (8) 1-6					Psykiatriplaceringen (9) 1-6					Allmänmedicin (10) 1-6					Andel Ja		1-6	
							Sammanvägt betyg	Kollegialt stöd	Form. Med. utb.	Handledning	Introduktionen	Sammanvägt betyg	Kollegialt stöd	Form. Med. utb.	Handledning	Introduktionen	Sammanvägt betyg	Kollegialt stöd	Form. Med. utb.	Handledning	Introduktionen	Sammanvägt betyg	Kollegialt stöd	Form. Med. utb.	Handledning	Introduktionen	AT-ort rekommenderas (12)	Loneförhållat (13a)	Möjlighet att påverka (17)	Väntetid i månader (14)
Ljungby lasarett	1	5,80	10	1	*	6	5,5	5,7	5,3	5,9	5,6	4,8	5,5	5,3	5,8	5,6	4,3	4,8	4,5	4,7	4,5	5,0	5,8	5,0	6,0	5,6	100%	20%	5,2	4,9
Sjukhuset i Lidköping	2	5,55	11	2	7	11	3,8	5,2	5,2	5,8	5,6	3,5	4,4	3,7	5,0	4,9	4,6	4,8	4,6	4,4	4,4	5,0	5,3	5,0	6,0	5,3	100%	9%	4,6	4,6
Lycksele lasarett	3	5,43	7	4	*	*	4,8	5,7	5,2	6,0	5,7	3,0	4,3	4,5	4,7	4,5	5,0	4,8	5,0	5,3	4,8	4,3	4,3	4,3	4,3	5,0	100%	14%	4,0	16,4
Mora lasarett	4	5,41	22	6	*	11	5,0	5,1	4,7	5,5	5,5	4,3	4,8	4,5	5,0	5,0	4,7	4,7	4,1	4,7	4,5	5,1	5,4	4,3	5,7	5,5	95%	77%	4,5	2,2
Skellefteå lasarett	5	5,36	11	21	11	6	5,2	5,3	5,3	5,9	5,6	3,1	3,8	2,7	5,8	4,4	4,0	5,1	4,4	5,2	4,7	5,3	6,0	4,3	5,7	5,0	100%	18%	3,9	12,3
Västerviks sjukhus	5	5,36	11	7	22	17	3,5	4,7	4,5	5,5	4,6	3,8	4,2	4,8	5,6	5,3	5,3	4,9	5,3	5,9	5,4	5,3	5,2	4,8	4,7	5,1	100%	55%	4,0	3,6
Centrallasarettet i Växjö	7	5,23	13	29	8	17	4,4	4,4	4,7	5,0	4,8	3,0	3,4	4,4	4,9	4,3	5,0	5,1	4,7	4,5	4,2	5,2	5,6	5,4	5,7	5,6	100%	15%	4,0	20,8
Lindesbergs lasarett	8	5,20	10	4	35		4,4	5,1	3,6	5,9	5,2	4,9	4,3	3,3	5,4	4,8	4,0	4,4	4,3	3,9	4,0	5,0	5,8	4,8	5,7	5,7	100%	20%	3,8	16,7
Sahlgrenska universitetssjukhuset	9	5,19	31	9	**	**	4,9	4,8	4,4	5,3	4,9	4,0	4,5	4,8	4,7	4,6	3,8	4,8	3,9	4,5	4,2	4,9	4,7	3,9	5,1	5,2	97%	13%	4,9	13,0
Universitetssjukhuset i Örebro	10	5,12	17	30	49	50	5,1	4,6	5,0	5,4	5,1	4,9	3,4	4,7	4,9	4,6	3,9	4,3	4,5	4,6	4,3	5,1	5,4	4,9	5,1	5,0	100%	6%	4,3	15,6
Kärnsjukhuset i Skövde	11	5,11	18	22	*	*	3,7	4,5	4,2	4,7	4,4	4,2	4,6	4,2	5,2	4,8	4,9	4,9	5,2	4,9	4,9	5,2	5,4	4,5	5,4	5,4	94%	6%	3,7	7,9
Värnamo sjukhus	12	5,09	11	15	2	6	4,2	4,6	3,9	5,4	4,7	5,0	4,8	4,6	4,9	5,1	4,8	4,4	4,2	4,2	4,4	4,7	4,5	4,5	4,5	4,5	91%	18%	4,2	11,2
Kiruna sjukhus	13	5,00	6	18	*	*	4,0	3,8	4,0	5,7	4,7	3,5	4,3	3,7	5,2	4,7	4,6	4,0	4,8	4,6	4,6	4,4	5,6	4,0	6,0	5,8	100%	0%	4,7	28,8
Sunderby sjukhus Luleå	13	5,00	15	26	39	36	3,3	4,9	3,9	5,4	4,9	4,6	3,8	4,0	4,1	4,6	3,9	3,5	3,4	3,2	3,0	4,1	5,0	3,8	5,4	5,1	93%	27%	4,0	3,1
Ängelholms sjukhus	15	4,89	9	32	*	*	5,1	4,2	4,2	5,2	4,8	3,9	3,2	4,0	3,8	4,1	3,9	3,6	4,0	4,4	4,3	4,7	5,4	5,4	5,2	5,2	89%	33%	4,0	4,7
Mälarsjukhuset i Eskilstuna	16	4,88	24	10	6	1	4,3	4,1	4,6	4,5	4,2	4,5	4,2	4,0	4,4	4,3	5,1	5,1	5,0	5,5	5,3	4,9	5,8	4,5	5,8	5,2	92%	13%	3,5	4,6
Kungälv's sjukhus	17	4,85	13	25	2	2	4,6	4,8	3,9	5,2	4,8	3,4	4,2	3,7	4,3	4,1	4,1	4,1	4,4	4,3	4,1	4,6	5,0	4,0	5,6	5,3	92%	0%	3,9	4,0
Centralsjukhuset i Kristianstad	18	4,83	12	11	12	11	4,0	4,2	4,1	4,7	4,2	4,7	4,2	4,3	4,8	4,5	5,3	5,4	4,9	5,6	5,3	4,9	5,2	4,8	4,4	4,8	92%	100%	3,4	13,2
Falu lasarett	18	4,83	18	24	9	21	3,3	4,7	4,6	5,5	5,1	3,0	3,4	4,2	3,7	4,1	2,8	2,9	2,9	3,9	3,4	4,8	4,9	3,9	4,6	4,8	89%	94%	3,1	19,9
Kalix sjukhus	20	4,80	5	63	*	*	4,6	3,8	4,8	5,8	4,4	4,0	4,4	3,8	5,0	4,4	3,5	4,5	4,5	4,5	3,8	5,3	5,8	5,5	5,8	5,5	80%	0%	3,8	21,6
Blekingesjukhuset i Karlskrona	21	4,76	21	43	18	16	3,6	3,6	3,4	5,0	4,0	2,9	3,4	3,2	4,0	3,5	3,7	4,7	3,8	4,6	4,3	4,9	5,1	4,1	5,3	5,0	90%	14%	3,8	6,0
Sjukhuset i Torsby	22	4,71	7	63	*	62	3,9	3,1	3,7	5,6	4,9	3,6	3,0	3,6	4,9	4,4	3,5	4,3	5,0	4,3	4,2	4,2	5,0	4,4	5,0	5,0	71%	0%	3,4	4,1
Universitetssjukhuset i Linköping	22	4,71	24	28	52	58	4,4	4,5	4,4	4,6	4,6	3,6	4,2	4,3	4,4	4,3	4,1	4,4	3,9	4,5	4,4	4,4	4,5	3,6	4,8	4,5	92%	42%	4,5	5,5
Vrinnevisjukhuset i Norrköping	22	4,71	21	16	30	40	4,5	3,6	3,9	4,1	4,0	5,0	4,3	4,1	4,3	4,5	5,3	4,3	4,3	4,3	4,5	3,5	5,2	3,1	4,8	4,3	86%	24%	3,0	3,6
Avesta lasarett	25	4,67	6	*	*	*	5,7	5,0	5,3	5,8	5,7	1,7	2,3	4,2	3,3	3,2	4,5	4,3	4,5	4,5	4,8	4,8	4,3	3,8	4,8	4,5	83%	67%	3,8	3,5
Örnsköldsviks sjukhus	25	4,67	12	23	12	6	3,7	4,6	3,9	5,2	4,7	3,5	3,8	2,7	4,6	4,3	4,5	4,8	5,2	4,5	4,8	4,9	5,6	4,6	5,9	5,4	83%	17%	3,5	3,2
Länssjukhuset Ryhov	27	4,62	21	14	25	17	3,1	3,9	3,3	4,5	3,7	4,2	4,5	4,7	5,1	4,7	5,5	4,6	4,6	4,9	5,0	4,4	5,3	4,3	5,5	5,2	95%	15%	3,4	5,6
Alingsås lasarett	28	4,62	13	36	15	28	4,2	4,1	2,9	5,5	4,8	3,8	4,8	3,2	5,0	4,9	2,0	2,0	4,0	2,2	1,9	4,8	5,0	4,4	5,0	5,0	85%	23%	3,2	8,5
Högländssjukhuset Eksjö	29	4,59	17	3	1	3	3,2	3,5	2,9	5,2	4,1	3,1	2,8	3,1	4,7	4,1	4,8	5,4	4,9	5,5	5,3	4,3	5,1	4,1	5,1	4,8	88%	6%	3,5	3,4
Blekingesjukhuset i Karlshamn	30	4,57	7	51	*	31	4,3	4,0	4,3	4,7	4,3	3,5	4,0	4,2	4,7	4,2	4,5	5,3	5,3	5,8	5,5	4,7	5,3	5,3	5,7	5,7	86%	14%	4,1	11,6
Ludvika lasarett	30	4,57	7	*	*	*	3,3	3,1	4,4	4,0	4,1	3,6	3,6	4,8	4,8	4,6	3,8	5,0	3,8	5,5	5,3	4,4	5,0	4,6	5,6	5,0	71%	86%	3,6	5,0
Gävle sjukhus	32	4,56	18	41	33	31	4,4	4,0	4,3	5,1	4,6	2,4	3,3	3,7	3,4	3,4	3,6	3,5	3,7	4,4	3,7	4,8	5,1	4,2	5,1	4,9	89%	0%	3,0	1,2

Lasarettet i Ystad	33	4,54	13	41	20	6	5,5	5,3	4,8	5,1	5,3	2,9	4,0	3,6	4,0	3,9	2,3	3,5	3,2	3,2	2,7	4,2	4,4	3,8	5,4	4,4	85%	69%	2,9	5,7
Centralsjukhuset i Karlstad	34	4,52	23	49	58	63	3,4	3,6	3,7	4,7	3,9	3,5	4,0	3,7	4,7	4,6	3,9	4,1	4,6	4,2	4,3	4,3	5,1	4,1	5,5	5,1	87%	39%	3,4	2,9
Norråtlje sjukhus	35	4,50	12	11	4	26	3,7	4,7	3,7	5,7	4,9	3,3	3,8	2,3	4,8	4,3	2,8	2,6	3,6	3,0	2,7	2,7	4,7	3,0	4,0	3,7	92%	0%	3,0	17,8
Sjukhuset i Arvika	35	4,50	10	62	*	*	2,9	4,3	3,4	5,5	4,5	2,3	3,0	3,0	5,6	4,5	5,0	4,9	5,0	5,1	5,0	5,2	5,2	4,2	5,6	5,4	90%	30%	3,1	39,7
Visby lasarett	35	4,50	6	19	26	14	2,7	4,3	3,2	5,0	4,2	3,6	5,0	4,0	4,4	4,4	5,7	5,0	4,3	5,7	5,3	4,7	5,5	3,5	5,5	5,5	83%	100%	4,0	59,0
Kullbergska sjukhuset i Katrineholm	38	4,44	9	20	*	*	4,3	3,9	3,6	5,3	4,8	4,4	3,3	4,1	4,3	4,0	5,8	4,0	5,3	5,0	4,8	4,6	5,4	4,4	4,8	5,0	89%	33%	2,7	2,9
Gällivare sjukhus	39	4,40	5	44	*	36	3,4	4,8	2,4	5,8	4,2	2,6	3,2	2,2	4,4	3,2	4,5	4,5	5,3	5,0	4,3	5,7	5,7	4,7	5,3	5,3	80%	0%	3,2	17,0
Helsingborgs lasarett	39	4,40	15	47	60	40	4,7	4,4	4,3	4,4	4,4	3,8	4,4	4,1	4,0	4,3	4,4	3,9	4,5	4,5	4,3	4,3	4,9	4,4	5,3	5,1	93%	80%	3,3	5,9
Piteå Älvdals sjukhus	39	4,40	10	44	*	*	3,8	4,4	3,8	4,7	4,2	2,1	2,6	2,1	3,1	2,8	4,0	4,9	4,3	5,6	5,1	4,8	4,5	4,3	5,3	4,5	70%	10%	3,3	10,3
Länssjukhuset i Kalmar	42	4,39	18	33	24	26	4,3	4,9	5,0	5,3	5,0	2,8	3,0	3,3	3,4	3,3	2,9	3,6	3,2	3,5	3,3	4,8	5,6	4,4	5,7	5,2	78%	6%	3,5	8,7
Hudiksvalls sjukhus	43	4,38	16	17	10	3	3,7	3,5	4,0	4,5	4,3	2,7	2,2	3,2	3,5	3,3	2,6	3,4	3,3	3,7	3,5	5,1	4,9	5,1	5,1	5,1	100%	31%	3,9	13,0
Centrallasarettet i Västerås	44	4,37	43	33	31	47	4,1	4,0	3,5	4,8	4,3	3,8	3,8	3,6	4,0	4,1	5,0	4,3	4,0	4,5	4,4	3,6	4,9	3,5	4,7	4,4	84%	63%	3,3	0,7
Länssjukhuset Sundsvall Härnösand	45	4,30	20	31	38	40	3,6	3,6	3,1	4,0	3,6	3,4	3,9	2,7	4,9	4,5	3,8	4,4	4,3	4,6	4,5	4,4	5,3	4,1	5,1	5,0	85%	15%	3,4	5,9
Östersunds sjukhus	46	4,29	21	44	27	28	4,6	4,4	4,0	4,8	4,7	3,6	3,6	3,0	4,0	3,8	4,4	3,6	3,7	3,6	3,7	3,4	4,5	3,3	5,0	4,8	62%	19%	3,0	1,7
Nyköpings lasarett	47	4,27	11	56	43	21	5,2	4,2	3,9	4,8	4,3	4,1	3,0	3,3	3,0	3,4	4,5	3,5	4,1	4,5	4,1	3,7	4,8	3,5	4,3	3,8	73%	18%	2,3	14,3
S:t Görans sjukhus	47	4,27	33	58	46	47	3,8	3,6	3,3	4,6	4,0	4,0	3,7	3,8	3,9	4,0	3,6	3,4	3,2	3,7	3,4	3,5	5,1	4,8	5,3	4,9	79%	3%	3,0	0,8
Länssjukhuset i Halmstad	49	4,25	24	39	41	51	2,8	3,8	3,1	4,0	3,6	3,8	4,2	4,1	4,6	4,3	3,6	3,2	3,2	3,4	3,1	4,4	4,8	4,1	5,2	4,9	71%	88%	2,9	0,8
Sjukhuset i Varberg	49	4,25	20	59	61	60	3,8	4,2	3,7	4,8	4,3	3,6	3,9	3,8	4,3	4,2	4,4	3,6	3,8	4,8	4,5	3,8	4,6	3,5	5,0	4,6	65%	80%	3,4	5,5
SUS - Lund	51	4,22	9	37	31	40	4,1	4,3	3,7	4,4	4,4	3,9	3,6	2,9	3,9	3,8	3,6	4,2	4,2	4,8	4,0	3,7	4,0	4,0	5,0	5,0	78%	89%	3,7	20,8
Karlskoga lasarett	52	4,20	5	33	*	*	3,8	4,2	3,6	4,4	4,6	3,8	3,0	3,6	4,0	3,4	3,0	3,6	4,2	3,8	3,2	4,3	4,3	4,7	4,0	4,7	40%	40%	3,2	6,4
NU-sjukvården	53	4,16	25	55	54	35	3,0	3,1	3,4	3,8	3,5	3,6	4,4	3,8	4,5	4,3	5,3	4,7	5,4	4,7	5,0	4,7	5,0	4,4	4,9	4,8	68%	4%	3,2	3,6
Norrlands universitetssjukhus Umeå	54	4,08	24	50	45	51	3,5	3,8	3,8	4,6	4,1	2,8	3,1	2,7	4,3	3,6	3,9	4,0	3,2	4,6	4,1	3,3	4,6	3,5	4,3	4,1	75%	29%	2,8	5,2
KS - Huddinge	55	4,04	23	48	34	21	3,3	3,4	3,3	4,2	3,7	2,3	3,9	2,7	4,4	3,9	3,6	3,6	3,5	4,0	3,9	5,0	4,8	3,5	4,6	4,6	70%	0%	2,2	0,3
SUS -Malmö	55	4,04	26	57	21	40	3,3	3,5	3,3	4,5	4,0	3,4	3,9	3,2	4,1	3,9	2,7	3,5	3,4	3,8	3,4	3,5	4,3	3,3	4,7	4,1	77%	88%	2,9	3,6
Hässleholms sjukhusorganisation	57	4,00	6	52	*	51	2,8	3,8	3,3	4,5	4,0	5,0	4,0	3,8	3,0	4,0	4,7	3,0	2,7	4,0	3,3	5,0	5,0	4,0	4,5	5,0	83%	67%	3,7	3,0
KS - Solna	57	4,00	12	11	16	21	4,7	3,8	3,6	4,7	4,4	3,5	3,5	3,1	4,2	3,8	3,7	4,1	3,9	4,3	4,1	3,0	4,0	3,8	4,8	4,0	83%	8%	3,3	29,4
Lasarettet i Landskrona	57	4,00	6	52	*	*	3,8	3,0	2,5	4,2	3,8	1,5	3,3	2,8	3,8	3,7	3,2	4,8	4,4	4,6	4,4	3,0	6,0	5,0	6,0	6,0	67%	80%	2,8	26,3
Södertälje sjukhus	57	4,00	14	26	19	51	2,8	4,2	2,9	4,7	3,4	4,2	3,8	4,0	4,9	4,4	3,5	3,9	4,2	4,0	3,9	4,6	4,4	4,0	4,2	4,0	86%	0%	2,9	32,8
Södra Älvsborgs sjukhus	57	4,00	21	38	**		4,3	3,9	3,9	4,5	4,1	4,2	4,0	3,8	4,0	4,1	3,6	3,4	4,5	3,9	3,5	4,8	5,1	4,2	5,1	4,9	71%	71%	3,3	7,9
Södersjukhuset	62	3,90	30	40	42	36	3,4	4	3,8	4,4	4,1	3,3	3,1	3,1	3,2	3,4	4,0	3,8	3,8	4,1	3,8	3,4	4,8	3,5	4,5	4,4	67%	10%	2,4	1,4
Sollefteå sjukhus	63	3,60	10	65	35		2,7	3,3	3,7	4,2	3,8	3,5	3,2	3,2	4,7	4,0	2,3	2,7	2,4	3,7	2,7	2,3	4,3	1,7	3,0	2,4	40%	10%	2,9	1,7
Lasarettet i Enköping	64	3,56	18	60	57	56	3,9	4,2	3,2	4,9	3,9	2,1	2,8	2,1	3,3	2,7	2,2	2,9	3,7	3,1	2,8	3,6	3,9	3,8	4,3	3,8	56%	17%	2,2	4,2
Danderyds sjukhus	65	3,52	23	61	50	51	3,0	2,3	2,9	3,4	3,0	3,3	3,5	3,5	4,1	3,6	3,8	4,0	5,1	5,0	4,6	4,3	5,4	4,3	5,4	4,9	48%	0%	2,6	3,7
Ålands centralsjukhus	66	3,50	6	*	*	*	1,8	3,2	1,8	4,3	2,8	1,2	2,5	1,7	3,8	2,3	1,8	2,8	1,5	4,8	4,3	3,5	3,3	2,3	5,0	3,3	33%	0%	2,0	17,8
Akademiska sjukhuset i Uppsala	67	3,44	9	52	40	31	2,8	3,4	3,0	3,1	3,5	3,5	3,7	2,6	3,3	2,9	2,9	3,0	4,7	3,6	3,4	***	***	***	***	***	56%	78%	2,6	19,2
Totalt		4,50	1024				3,9	4,1	3,8	4,8	4,3	3,6	3,8	3,6	4,3	4,1	4,0	4,1	4,1	4,3	4,1	4,4	5,0	4,1	5,0	4,8	82%	31%	3,4	7,9

* Ej tillräckligt med svarande dvs. < 5

** Sjukhuset redovisades tidigare uppdelat

*** Ingen av de tillfrågade har påbörjat placeringen

Bilaga 2 Enkätfrågor SYLF:s AT-ranking 2010

1. Hur långt har du kommit i din AT?

- Har ej påbörjat AT – Sänd tillbaka enkäten utan att fylla i övriga frågor
- Har inte gjort/gör inte AT i Sverige – Sänd tillbaka enkäten utan fylla i övriga frågor
- Avslutat AT före 2009-12-01 – Sänd tillbaka enkäten utan fylla i övriga frågor
- Har avslutat AT efter 2009-12-01
- Gör AT, ange hur många månader du hittills gjort: : _____

2. Kön:

- Man
- Kvinna

3. Födelseår: _____

4a. Examensår: _____

4b. Ange från vilket land du har läkarexamen:

- Sverige
- Annat EU/EES-land
- Land utanför EU/EES

5a. Form av AT:

- 18 månaders AT
- 21 månaders AT
- Forskar-AT, längd i antal månader: _____
- Psykiatri-AT, längd i antal månader: _____
- Primärvårds-AT, längd i antal månader: _____
- Annan form av AT, specificera och ange längd i antal månader: _____

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

- 18 månaders AT
- 21 månaders AT
- Forskar-AT, längd i antal månader: _____
- Psykiatri-AT, längd i antal månader: _____
- Primärvårds-AT, längd i antal månader: _____
- Annan form av AT, specificera och ange längd i antal månader: _____

6a. Ange i vilket Landsting du gör/gjorde din AT? _____

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

- Medicin: _____ Har ej påbörjat denna placering ännu
- Kirurgi: _____ Har ej påbörjat denna placering ännu
- Psykiatri: _____ Har ej påbörjat denna placering ännu

6c. Ange på vilken vårdcentral gör/gjorde placeringen i allmänmedicin under din AT?

- Vårdcentral: _____
- Har ej påbörjat detta avsnitt

6d. Gör du hela eller delar av din AT hos en privat vårdgivare?

- Nej, ingen del
- Ja, hela
- Ja, delar, vänligen ange vilka delar
- Vet ej

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"/>

8. Betygsätt följande faktorer under kirurgiplacementen:

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

9. Betygsätt följande faktorer under psykiatriplacementen:

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

10. Betygsätt följande faktorer under allmänmedicinplacementen:

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

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

1 - mycket dåligt 2 3 4 5 6 - mycket bra

12. Skulle du rekommendera en kollega/vän samma AT-ort?

- Ja
- Nej
- Vet ej

13a. Förhandlade du om din lön innan du började din AT-anställning?

- Nej – Gå vidare till fråga 14c
- Ja - med AT-chef (en AT-chef har ett samlat ansvar för alla övergripande aspekter av AT-anställningen)
- Ja - med studierektor
- Ja - med verksamhetschef
- Ja - med personalhandläggare
- Ja - med annan, vänligen ange befattning: _____

13b. Ta ställning till följande påstående:

Jag upplevde att den jag löneförhandlade med hade mandat/möjlighet att på egen hand bestämma min lön.

- Ja
- Nej

13c. Vem är din lönesättande chef idag?

Om du avslutat din AT så ange vem som senast var din lönesättande chef under din AT

- AT-chef (en AT-chef har ett samlat ansvar för alla övergripande aspekter av AT-anställningen)
- Studierektor
- Verksamhetschef
- Personalhandläggare
- Annan: _____
- Vet ej

13d. Vet du vilka lönekriterier som ligger till grund för din AT-lön?

- Ja
- Nej

14. Hur många månader efter läkarexamen påbörjade du AT?

Ange den totala väntetiden i hela månader, t.ex. 7.

_____ månader

15a. Vikarierade du innan du påbörjade AT?

- Ja
- Nej - Gå vidare till fråga 16a

15b. Hade du en personlig handledare under tiden som du vikarierade innan du påbörjade AT?

- Ja
- Nej

16a. Vill du bli chef?

- Ja, absolut – Gå vidare till fråga 17
- Ja, kanske – Gå vidare till fråga 17
- Nej, knappast
- Nej, absolut inte

16b. Vad är det som talar emot att du skulle välja att bli chef?

Flera alternativ kan väljas.

- Lönen motsvarar inte uppdraget
- Mindre patientkontakt
- Sämre arbetsvillkor
- För stort ansvar
- Min utbildning har inte gett mig tillräckliga färdigheter
- Annat: _____

16c. Tillvaratas ditt intresse för chefskap t.ex. genom möjlighet att gå kurser i ledarskap utöver det som ingår i den ordinarie utbildningen på din AT ort?

- Ja, uppge gärna hur _____
- Nej

Kommentar: _____

17. Ta ställning till följande påstående:

Under min AT har jag/har jag haft stora möjligheter att påverka min arbetssituation.

- 1 - instämmer inte alls 2 3 4 5 6 - instämmer helt
-

18. Har du på grund av den kliniska arbetsbelastningen funderat på att byta yrke?

- Ja
- Nej

Kommentar: _____

19a. Har du varit gravid under AT?

- Ja
- Nej

19b. Upplevde du att det var svårt att bli befriad från jour under din graviditet?

- Ja
- Nej
- Jag hade inget sådant önskemål

Kommentar: _____

20a. Forskar du idag?

- Ja
- Nej - Gå vidare till fråga 20c

20b. Hur finansierar du din forskning idag? (flera alternativ kan väljas)

- Forskar-AT
- Forskar på min fritid
- Jourkomp
- Stipendier
- Tjänst finansierad av universitet
- Annat: _____

20c. Varför inte? (flera alternativ kan väljas)

- Inte intresserad
- Intresserad men har inte hittat rätt forskargrupp/frågeställning ännu
- Intresserad men vill vänta
- Har provat på forskning men valt att sluta
- Forskning saknar meritvärde
- Ekonomiska skäl Ekonomiska skäl
- Dåliga förutsättningar att få ut forskningstid på min arbetsplats
- Prioriterar familj eller annat i mitt privatliv
- Vill fokusera på min kliniska utveckling
- Det finns inga möjligheter att forska där jag arbetar
- Annat: _____

21a. Ange för en genomsnittlig tjänstgöringsvecka på din senaste AT-placering hur många timmar du ägnar/ägnade åt följande:

Ange sådan aktivitet som inte inträffar varje vecka enligt följande räkneexempel 1 dag/månad = 2 timmar/genomsnittlig vecka.

Min senaste placering som informationen nedan gäller var: Medicin Kirurgi Psykiatri Allmänmedicin

Kliniskt arbete (exklusive jourtjänstgöring) : _____ timmar

Jourtjänstgöring: _____ timmar

Handledning med utsedd handledare: _____ timmar

Självstudier: _____ timmar

Kurser/undervisning i grupp: _____ timmar

Annat, specificera vad och antal timmar (t.ex. auskultation, förbättringsarbete): _____ timmar

21b. Förekommer jourtjänstgöring utan legitimerad kollega tillgänglig på sjukhuset?

- Ja
- Nej
- Vet ej

22. Vad skulle göra/gjort din AT bättre? (nämn kortfattat de viktigaste faktorerna): _____

23. Om AT ska förändras vad är viktigast att uppnå med utformningen?

- Att skilja examen och legitimation, genom att läkarlegitimation inte ges direkt efter examen utan efter en tids praktisk klinisk tjänstgöring
- Att legitimation ges i samband med examen, genom att den kliniska tjänstgöring som krävs för legitimation inkluderas i grundutbildningen
- Att man har en avlönad anställning som läkare och inte är student under den kliniska tjänstgöring som leder fram till legitimation
- Att begränsa utbildningstiden, genom att den kliniska tjänstgöring som leder fram till legitimation tillsammans med grundutbildningen inte blir längre än 7år
- Annat: _____