



## SYLFs AT-POLICY

# Innehåll

Introduktion .....	1
De viktigaste målen för en god AT .....	1
AT-lön .....	1
AT-läkare och samverkan, arbetsmiljö och chefskap .....	2
Specialinriktad AT .....	4
Utvärdering och återkoppling .....	6
Utbildning .....	6
Handledning .....	6
Ledarskap .....	7
Tillgänglighet .....	8
AT i framtiden .....	8
Lite bakgrund .....	8
AT-historik .....	10

## Introduktion

Syftet med policyn är att sammanställa SYLFs aktuella politik i frågan och belysa angelägna frågor. Eftersom politiken kan ändras är tanken att dokumentet kommer uppdateras regelbundet. I dokumentet finns även referenser och citat från lagar, förordningar och avtal för att medlemmarna lätt ska kunna sätta sig in i vad som reglerar AT. Sist finns en kort historik över AT.

### De viktigaste målen för en god AT

Alla AT-läkare ska ha en namngiven chef med övergripande ansvar och befogenheter.

Det antal AT-block som utlyses varje år ska motsvara behovet.

Alla verksamheter som har AT-läkare ska erbjuda god teoretisk och praktisk utbildning samt välfungerande handledning både med särskild handledare och i vardagssituationer.

Alla AT-läkare ska ha en god arbetsmiljö och beredas möjlighet att delta i verksamhetsutveckling och samverkansorganisation.

AT-läkare ska ha en individuell lönesättning där alla relevanta meriter och AT-läkarens ansvar beaktas.

Legitimation ska uppnås efter 18 månaders AT och godkänt AT-prov.

## AT-lön

SYLF anser: Lön och andra villkor ska förhandlas i god tid innan AT-tjänsten tillträds. Möjligheten till förhandling efter 18 månaders anställning efter examen ska tillvaratas och även möjligheten att därefter förhandla var 12:e månad. Föräldraledighet ingår i dessa månader. Lönesättningen ska vara individuell och förhandlingen ska ske med någon som är kompetent att värdera den sökandes/anställdes meriter samt har mandat att sätta lön.

Sedan 2004 har man haft individuell lönesättning för AT-läkare. Detta har dock fungerat dåligt och på många håll har man inte fått förhandla med någon som kan bedöma läkarens kompetens. Ofta har förhandlingsutrymmet varit nästintill obefintligt, ibland enligt schabloner. I regionerna har det funnits centrala direktiv som syftar till regional harmonisering av lönerna. Lågsta lönen har på flera håll snarare blivit standardlön och har ibland blivit en ersättning för en riktig förhandling.

Efter en initialt bra utveckling har löneutvecklingen stagnerat. 2003 till 2004 hade AT-läkare medellöneutveckling på 3,7 procent. Året därefter (2004 – 2005) landade medellöneutvecklingen på 3,2 procent. 2005-2006 hade löneutvecklingen bromsat in till endast 1,1 procent och 2006-2007 var löneutvecklingen 2,3 procent. Sistnämnda kan synas något bättre men det skall jämföras med att den allmänna löneutvecklingen var mycket god. De som förhandlat efter 18 månaders anställning efter examen har generellt fått en bättre löneutveckling (ca 6%) men inte i nivå med den lön man får som legitimerad. Detta tyder dock på att förhandlingen vid 18 månader fungerar bättre på flera orter.

Läkaravtalet: HÖK 07, Underbilaga 1:

### Lön för AT-läkare

AT, ej legitimerad (Befattning 030302 eller BSK 083302 resp. AID-KL Kod 204010)

Lägsta månadslön t.o.m 2008-03-31: 22 500 kr

Lägsta månadslön fr.o.m 2008-04-01: 23 500 kr

Anmärkning:

Efter 18 månaders anställning – all anställningstid oberoende av arbetsgivare – som läkare efter läkarexamen eller vid erhållande av legitimation kan förhandling om ny lön upptas. Därefter kan förhandling om ny lön upptas var tolfte månad.

## AT-läkare och samverkan, arbetsmiljö och chefskap

SYLF anser: Alla AT-läkare ska ha tillgång till egen arbetsplats och goda omklädningsmöjligheter. Särskild hänsyn ska tas till den psykosocialt utsatta situation som AT-läkare befinner sig i. Detta bör beaktas bland annat vid utformning av placeringarna, i introduktion och vid utformning av återkoppling. Ensamarbete utan definierad handledning och instruktion ska inte förekomma.

Alla AT-läkare skall ha en namngiven chef med samlat ansvar för alla övergripande aspekter av anställningen. AT-chefens uppgifter ska vara skilda från studierektorns. Det skall vara tydligt hur AT-läkarfrågor ingår i samverkans-/MBL-organisationen, både vad gäller placerings-specifika och övergripande aspekter. AT-läkaren ska ges goda insikter i skydds- och samverkansorganisationerna och uppmuntras att delta i dessa. Likabehandlingsfrågor skall ingå som en viktig del i arbetsmiljödiskussioner.

AT-läkare är ofta mer utsatta än andra grupper då de så gott som ständigt är nya på arbetsplatsen med korta placeringar som avlöser varann. Praktiska delar som omklädningsrum eller arbetsstationer är sällan anpassade efter AT-läkarna, trots att deras behov av en fast punkt närmast är större än många andra personalgruppers med tanke på att man byter arbetsplats frekvent.

Många AT-läkare upplever en stark psykosocial stress. Ofta är jourbördan tung och ansvaret på AT-läkaren stort. Många tycker detta är positivt då man snabbt lär sig och får ta ansvar. Det är dock inte rimligt att man som ej legitimerad är ensam på akutmottagningar, varken ur läkaransvars- eller patientsäkerhetsperspektiv.

Majoriteten av AT-läkarna saknar en namngiven chef med adekvata befogenheter. Som alla andra personalkategorier ska AT-läkarna ha en chef som tar ansvar både när AT-läkaren missköter sina uppgifter och när AT-läkaren behöver stöd. Arbetsgivarsidan har ofta hävdats att det är för svårt att ha en AT-chef och på många håll har man nöjt sig med att låta en anställd på personalavdelningen stå som chef. Detta trots att man inte har någon kännedom om den kliniska vardagen och inte vet vem läkaren är. Detta är inte tillfredsställande

och det är inte svårt att se varför: Vem har rehabiliteringsansvaret vid eventuell sjukskrivning? Hur skall den personen kunna ge återkoppling på det som inträffar i verksamheten? Hur skall en individ på personalavdelningen kunna ta ansvar för arbetsmiljön på en enhet där han/hon inte har satt sin fot? Hur skall den utsedda "chefen" förhålla sig till verksamhetschefen på respektive enhet där läkaren tjänstgör? Den chef AT-läkaren har ska givetvis även ha mandat att sätta lön. På många håll har dock det varit problem då man fått förhandlat med någon som inte har ett reellt mandat.

SYLF anser att AT-studierektorn ej ska fungera som chef utan endast ansvara för utbildningen och verka för att den prioriteras. Det är svårt att förhandla om lön eller andra förmåner med den som på samma gång ska ansvara för utbildningen. Risk finns att det blir en förhandling om lön kontra utbildning. Studierektorn har i regel inte samma rang som övriga verksamhetschefer. Det kan därmed uppstå ett auktoritetsproblem när problem uppstår för AT-läkarna på de olika klinikerna. Studierektorn har slutligen i regel ingen budget eller position i linjeorganisationen som behövs för att ta arbetsgivaruppdraget. Då förhållandena skiljer sig mycket åt mellan olika landsting och sjukhus kan dock lösningarna se olika ut.

Bristande likabehandling är ofta svårt att komma åt eller bevisa. För att komma åt detta problem måste man på ett strukturerat sätt ta upp diskriminering, missgynnande och liknande som en naturlig del i alla arbetsmiljödiskussioner.

AT-läkarna ska givetvis vara med i arbetsplatsträffar på de kliniker de är placerade på. I tidigare AT-enkäter har det dock framkommit att deltagandet varit lågt. Att AT-läkarna byts ut tätt gör det något mer komplicerat men deras medverkan är viktig för klinikens utveckling.

I flera landsting har det nyligen införts vårdval och ett lagförslag om obligatoriskt vårdvalssystem har utarbetats. Detta välkomnas av SYLF. Samtidigt är det viktigt att hänsyn tas till utbildningstjänsterna. Incitament och riktlinjer bör utarbetas för att inte utbildningen ska tappa i kvalitet.

Vad säger lagen och föreskrifterna? Här ges några axplock och tips för fördjupad läsning.

SOSFS 1999:5 Socialstyrelsens föreskrifter om allmäntjänstgöring för läkare

§ 6: "AT-läkaren skall under hela sin tjänstgöring regelbundet beredas möjlighet att delta i arbetsledning och ges inblick i administrativa rutiner, såsom verksamhetsplanering och uppföljning samt formerna för medbestämmande. AT-läkaren skall vidare uppmanas att medverka i kompetensutvecklingen på arbetsplatsen. (...)"

SFS 1977:1166 Arbetsmiljöförordningen

Arbetsmiljöverkets författningssamling (AFS) 2001:1

AFS 2001:1 Systematiskt arbetsmiljöarbete.

§3 " Det systematiska arbetsmiljöarbetet skall ingå som en naturlig del i den dagliga verksamheten. Den skall omfatta alla fysiska, psykologiska och sociala förhållanden som har betydelse för arbetsmiljön."

AFS 1994:1 Arbetsanpassning och rehabilitering

AFS 1993:17 Kränkande särbehandling i arbetslivet

§ 2: "Arbetsgivaren skall planera och organisera arbetet så att kränkande särbehandling så långt som möjligt förebyggs."

§ 3: "Arbetsgivaren skall klargöra att kränkande särbehandling inte kan accepteras i verksamheten."

AFS 1993:2 Våld och hot i arbetsmiljön.

SFS 2005:392 Lag om medbestämmande i arbetslivet

## Specialinriktad AT

SYLF anser: Det är positivt att AT-läkare bereds möjlighet att genomföra specialutformade AT-block med utrymme för till exempel forskning på arbetstid eller inriktning mot olika specialiteter, ledarskapsutveckling och liknande. Denna typ av specialblock söks då som ett tillägg av intresserade AT-läkare efter det att överenskommelse om "grund-AT" ingåtts. AT-läkaren ska inte missgynnas lönemässigt av sådana särskilda satsningar, som berikar verksamheten. Legitimation ska uppnås efter 18 mån klinisk tjänstgöring förutsatt godkänt AT-prov.

Allmäntjänstgöringens syfte är att man ska uppnå legitimation, det vill säga att kunna arbeta självständigt som läkare. I regel är AT idag antingen 18 mån eller 21 mån. SYLF anser att man efter 18 mån klinisk tjänstgöring ska bli legitimerad, förutsatt godkänt AT-prov, och då givetvis erhålla lön som legitimerad läkare.

På senare tid har man erbjudit tjänster med avlönad forskningstid, så kallad forskar-AT. Det är positivt att denna möjlighet bereds då det innebär att läkaren inte behöver göra långa avbrott från forskarutbildningen för att göra AT. Forskning inom ramen för en tjänst är en fråga som SYLF har drivit länge. Det kommer i framtiden finnas ett stort behov av forskande läkare som driver sjukvårdsutvecklingen framåt, ingen annan grupp kan ta de forskande läkarnas plats. Fram tills nu har det varit en förlustaffär att forska då man förlorat ekonomiskt på detta. Detta är kontraproduktivt. Forskning på arbetstid utan att man halkar efter i löneutvecklingen borde vara en självklarhet. På en del håll har denna orimlighet uppmärksamats och man har börjat korrigera lönerna, det vill säga, man ger en markant löneförhöjning efter 18 månaders AT för de som förlänger sin AT med forskning vilket är positivt. Regeringen har insett vikten av den medicinska forskningen och tydligt sagt att detta område ska stärkas vilket förhoppningsvis kan förstärka den positiva trenden. Läkarförbundets linje är att det ska tillsättas 100st forskar AT/år vilket SYLF stödjer.

Förhoppningsvis kommer det i framtiden även finnas möjlighet att inrikta sig mot ledarskap under sin AT på motsvarande sätt som i forskning.

De två senaste åren har landstingen inrättat fler och fler förlängda AT-block med extra tjänstgöring inom bristspecialiteter som psykiatri och allmänmedicin. Förlängningen innebär inget egenvärde för läkaren i form av särskild utbildning eller annan kompetensutveckling. Dessa block förlänger tjänstgöringstiden till uppemot 24 månader vilket senarelägger tidpunkten för legitimering och i förlängningen även tidpunkten för specialistbevis vilket gör att man halkar efter i löneutvecklingen. AT får inte användas att täcka upp vakanser inom

bristspecialiteter. Att det skulle öka rekryteringen till bristspecialiteterna är osannolikt. En stor del av läkarna som vikarierar för att meritera sig för att få ett AT-block gör det just inom bristspecialiteterna utan att det ökat rekryteringen. Då antalet AT-block är underdimensionerat riskerar den modell med förlängda AT-block som tillämpas av vissa huvudmän att locka enbart läkare som egentligen inte är intresserade av bristspecialiteten utan endast behöver ett AT-block.

Ett bättre förslag vore att erbjuda en förlängning av AT efter att man fått sin legitimation, för att "prova på" en specialitet. Givetvis med lön som legitimerad läkare. Att på så vis frivilligt förlänga AT efter legitimation är en bättre lösning för både arbetsgivare och AT-läkare. Det skulle locka läkare med intresse för utvalda specialiteter att utnyttja erbjudandet och på så vis underlätta rekrytering i en riktning som huvudmannen önskar. Om man får sin legitimation efter 18 mån kan man också tillgodoräkna sig denna del i en eventuell ST vilket är bra för alla parter då det kommer råda brist på specialister inom en snar framtid.

Den uppenbara lösningen för att öka rekryteringen till bristspecialiteterna är dock att göra dem mer attraktiva genom satsningar på utbildning, arbetsmiljö och löner.

Förordning (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

3 kap Legitimation m.m.

2 § Allmäntjänstgöring som läkare enligt 3 kap. 2 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område skall fullgöras under minst ett år och sex månader, fördelade enligt följande.

1. Nio månader fördelade mellan gruppen invärtesmedicinska specialiteter, inklusive barn- och ungdomsmedicin, och gruppen opererande specialiteter, med en minimitid inom respektive grupp om tre månader,
2. tre månader inom psykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri, och
3. sex månader inom allmänmedicin.

Allmäntjänstgöring skall fullgöras på läkaranställning för allmäntjänstgöring (blockförordnande) under handledning. Om det finns synnerliga skäl får Socialstyrelsen medge undantag från kravet på att tjänstgöringen skall fullgöras på ett blockförordnande.

Allmäntjänstgöringen skall avslutas med ett kunskapsprov som högskolemyndigheten ansvarar för.

Kunskapsprovet skall avse måluppfyllelsen för allmäntjänstgöringen i dess helhet.

Socialstyrelsen skall meddela ytterligare föreskrifter om allmäntjänstgöring, dock inte kunskapsprov.

SOSFS 1999:5

3 § Tjänstgöringsavsnittet i allmänmedicin ska ligga sist i ett blockförordnande.

## Utvärdering och återkoppling

SYLF anser: Alla AT-orter bör regelbundet genomgå granskning enligt AT-SPUR. Formerna för individuell återkoppling ska vara tydligt definierade och följas upp lokalt av ansvarig AT-chef.

AT-SPUR-inspektioner har genomförts sedan 2004 och ger mycket goda möjligheter för konstruktiv återkoppling om AT-blockets utformning. En stor del av de som deltagit har ansett att man förbättrat utbildningen efter detta. Erfarenheten talar för att SPUR-värderingar är särskilt angelägna att genomföra i samband med omorganisationer.

Som den utbildningstjänst AT är, är det nödvändigt med väl utvecklade former för individuell återkoppling, något som tyvärr ofta är underutvecklat i dagsläget.

## Utbildning

SYLF anser: Det är viktigt att man lokalt har goda rutiner för att följa upp de nationellt fastställda målen för AT.

Målen för AT finns beskrivna i SOSFS 1999:5. I "AT-boken", som sammanställts av Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkare Sällskapet, finns kommentarer och rekommendationer från läkarorganisationerna. Dokumentet är väl utarbetat med relevanta mål. Problemen ligger i hur rekommendationerna följs. Här är AT-SPUR-inspektioner ett viktigt instrument.

Det är viktigt att det även ges utrymme för teoretiska studier under AT. Möjligheten att läsa på aktuella sjukdomstillstånd och medicinska problem är mycket viktig och är till gagn för verksamheten. I Socialstyrelsens föreskrifter står det att AT-läkaren ska beredas möjlighet till teoretiska studier och kompletterande utbildningar. SYLF anser att man bör ha ½ dag/vecka avsatt för detta.

SOSFS 1999:5 Socialstyrelsens föreskrifter om allmäntjänstgöring för läkare

§ 7: "Parallellt med den kliniska tjänstgöringen skall AT-läkaren beredas tillfälle att bedriva teoretiska studier och delta i kompletterande utbildning i form av kurser, konferenser och liknande. (...)"

## Handledning

SYLF anser: AT-blocken ska utformas så att de ger goda möjligheter till handledning och instruktion. I Socialstyrelsens föreskrifter står det att alla handledare ska vara specialister. SYLF anser dock att handledarfunktionen även kan fyllas av ST-läkare som genomgått relevant handledarutbildning. Samtliga läkare och övrig personal ska vara införstådda i instruktörens viktiga roll vad gäller främst daglig utveckling och återkoppling.

Handledarens roll är övergripande. I samråd med handledaren ska översiktlig planering för utbildningen läggas upp. AT-läkaren bör av handledaren få hjälp med att utvecklas i yrkesrollen där t.ex. stresshantering, svåra



samtal, ledarskap, konflikter, bemötande av patienter och medarbetare, kan tas upp.Handledarskap ska särskiljas från instruktion som är att undervisas i t.ex. ingrepp, hur man ska handlägga ett patientfall mm. I Socialstyrelsens föreskrifter står det att man i möjligaste mån ska undvika att byta handledare vilket SYLF stödjer till fullo. SYLF anser att AT-läkare och handledare åtminstone bör ha 1 timme varannan vecka avsatt till handledning. Vad gäller den dagliga instruktionen har alla anställda läkare och i viss mån alla övriga personalgrupper en uppgift att fylla.

AT-läkare kan och bör instruera studenter i basala kliniska färdigheter. Detta ska dock inte ske under pressade former och i sammanhang där egentligen AT-läkaren ska ha handledning.

SOSFS 1999:5 Socialstyrelsens föreskrifter om allmäntjänstgöring för läkare

§ 6: "(...) att AT-läkaren utvecklar sin förmåga att självständigt lösa problem och söka kunskap på egen hand. Med utgångspunkt i begrepp som moral, etik och professionalitet skall AT-läkaren regelbundet ges tillfälle för fördjupad reflektion och erfarenhetsutbyte samt till diskussion om den egna läkarrollen."

§ 9: "Den handledning av AT-läkaren (...) skall fullgöras dels av en specialistkompetent läkare under varje tjänstgöringsavsnitt, dels av någon annan befattningshavare med ett övergripande ansvar för AT-läkarens sammanhållna kompetensutveckling (huvudhandledare)."

## Ledarskap

SYLF anser: Under AT ska det ges möjlighet att utveckla den personliga ledarskapsförmågan och detta bör tas upp i handledningen. AT-läkaren har som alla andra anställda en rätt och skyldighet att delta i utvecklingen av verksamheten. Modeller där AT-läkaren får leda ett eget utvecklingsprojekt är positiva exempel på detta. Deltagande i ledarskapsutbildning ska uppmuntras.

Läkaren är alltid en ledare. Detta bör uppmärksammas och tas upp i handledningen. AT-läkaren bör få möjlighet till utveckling, både i praktik och i teori. AT-läkarna bör uppmuntras till delaktighet i verksamheternas utveckling så att man även i sin fortsatta gärning bibehåller detta perspektiv.

Många landsting har satsat på ledarskapsutbildningar och UGL kurser vilket är föredömligt och bör erbjudas till alla AT-läkare.

Förhoppningsvis kommer det i framtiden finnas AT med inriktning mot ledarskap på samma sätt som för forskning.

SOSFS 1999:5 Socialstyrelsens föreskrifter om allmäntjänstgöring för läkare

§ 6: "AT-läkaren skall under hela sin tjänstgöring regelbundet beredas möjlighet att delta i arbetsledning och ges inblick i administrativa rutiner, såsom verksamhetsplanering och uppföljning samt formerna för medbestämmande. AT-läkaren skall vidare uppmanas att medverka i kompetensutvecklingen på arbetsplatsen. (...)"

## Tillgänglighet

SYLF anser: Ett system för tillförlitlig statistik över antalet tillgängliga och tillsatta AT-block på nationell nivå bör skapas. Översyner bör göras årligen för att säkerställa att det finns tillräckligt med AT-platser. Man bör även se över hur AT-blocken är fördelade mellan landstingen.

Det är av stor vikt att det finns tillräckligt med AT-platser för att tillgodose behovet d.v.s. både för de läkare som utbildas i Sverige och de utlandsutbildade läkare som är ålagda att göra AT. Detta är landstingen förbundna till att tillgodose enligt HSL 1982:763 15§. Läkarutbildningen har de senaste åren kraftigt utökats men man kan inte få fram siffror på hur många AT-block som utlyses och tillsätts. Hur Socialstyrelsen kan följa upp hur landstingen lever upp till föreskrifterna utan adekvat statistik är svårbegripligt.

SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslagen

15 § I landstingen skall finnas möjligheter till anställning för läkares allmäntjänstgöring enligt 3 kap. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område 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. Anställning för allmäntjänstgöring skall ske för viss tid

## AT i framtiden

SYLF anser: AT's kombination av arbete under handledning i formen av en anställning ger unikt goda förutsättningar för snabb kompetensutveckling med hög kvalitet. För att upprätthålla god kvalitet anser SYLF att det svenska AT-systemet bör bevaras. Ett aktivt arbete bör ske för att denna funktion bibehålls samtidigt som svenska läkare ges goda möjligheter att verka på en internationell arbetsmarknad. Givetvis finns stora utvecklingsmöjligheter av AT bl.a. vad gäller handledning, teoretisk utbildning och ledarskap men SYLF anser att den övergripande strukturen är bra.

SYLF anser att AT ska vara kvar och utvecklas. När AT diskuterats inom SYLF har man den allmänna uppfattningen om AT varit positiv även om det funnits brister och utvecklingsmöjligheter. Då rörligheten mellan olika länder, framför allt inom EU, ökar är det dock viktigt att veta hur man bäst anpassar sig till och drar nytta av detta. Sannolikt kommer en översyn av AT att ske på sikt. SYLF anser att det system vi har idag är väl fungerande och inte ska avvecklas utan utvecklas. Det är viktigt att vi inte förlorar detta viktiga utbildningsmoment i framtiden samtidigt som en internationell arbetsmarknad befrämjas.

## Lite bakgrund

Inom EU har det under lång tid funnits en överenskommelse om erkännande av de olika ländernas utbildning. Detta gäller även läkarutbildningen. Under senare år har man arbetat med att harmonisera de olika utbildningarna inom EU (Bolognaprocessen) för att underlätta rörligheten. Detta anser SYLF är en positiv utveckling.

Vad gäller läkarutbildningarna finns det inga gemensamma målbeskrivningar vilket gör att inriktning, upplägg och pedagogik kan skilja mellan de olika länderna. Det man har kommit överens om är en övergripande kompetensbeskrivning samt att läkarutbildningen minst är 6 års undervisning alternativt 5500 timmar. Praxis har dock blivit att det är 6 år och 5500 timmar som gäller då det inte är definierat vad undervisning och praktisk träning innebär. Om man ser till Europa har majoriteten av länderna 6 års utbildning, utan efterföljande obligatorisk praktik, för att erhålla legitimation. Endast Sverige och Storbritannien har en kortare utbildning till examen än 6 år. 7 länder har AT-liknande praktik efter examen.

Den svenska strukturen på läkarutbildningen är något komplicerad. Universiteten ansvarar för utbildningen de första 5,5 åren. Under den sista delen, AT, ansvarar Socialstyrelsen för målbeskrivningen, landstingen för handledning och utbildning och Högskoleverket för AT-tentan. Det är dock inte klart vem som har det övergripande ansvaret för AT. Man är inte inskriven vid ett universitet som AT-läkare och man får heller ej några högskolepoäng för AT:n men Högskoleverket måste vara inblandad i utbildningen för att man ska fylla kravet på 6 års utbildning under ett universitet (vilket här Högskoleverket får representera).

I och med Europarådets direktiv 93/16/EEG får man, efter ansökan hos behörig myndighet, legitimation i ett EU-land om man har legitimation i ett annat EU-land.

Om man är legitimerad i annat EU-land får man inte göra AT i Sverige. Om man studerat i ett annat EU-land som har motsvarande AT kan man ansöka hos Socialstyrelsen om att få göra AT i Sverige.

#### Europaparlamentets och Rådets direktiv 2005/36/EG

##### Avsnitt 2, Läkare, Artikel 24

##### Medicinsk grundutbildning

1. För tillträde till medicinsk grundutbildning krävs en betygshandling som ger tillträde till universitet för studierna i fråga.

2. Den medicinska grundutbildningen ska sammanlagt omfatta minst sex års studier eller 5500h teoretisk och praktisk undervisning vid universitet eller under tillsyn av universitet.

Om studierna påbörjats innan 1972 kan den utbildning som avses i första stycket omfatta sex månaders praktiskt heltidsutbildning på universitetsnivå under tillsyn av de behöriga myndigheterna.

3. Den medicinska grundutbildningen ska garantera att personen i fråga har förvärvat följande kunskaper och färdigheter:

a) Tillräckliga kunskaper om de vetenskaper som medicinen bygger på och god insikt i vetenskapliga metoder inklusive principerna för bedömning av biologiska funktioner, utvärdering av vetenskapligt vedertagna fakta och analys av data.

b) Tillräckliga kunskaper om friska och sjuka människors anatomi, funktioner och beteende samt sambandet mellan människans hälsotillstånd och hennes fysiska och sociala miljö.

c) Tillräckliga kunskaper om kliniska ämnen och behandlingar, som ger en sammanhängande bild av psykiska och fysiska sjukdomar och medicin sedd ur förebyggande, diagnostisk och terapeutisk synvinkel samt människans fortplantning.

d) Lämplig klinisk erfarenhet på sjukhus under lämplig handledning.

Från Socialstyrelsens hemsida 090109:

[http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/utbildning\\_o\\_kompetens/legitimationer/AT\\_EU.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/utbildning_o_kompetens/legitimationer/AT_EU.htm)

AT för den som studerat medicin inom EU

I de flesta medlemsstater inom EU finns ingen motsvarighet till AT. Den som har full behörighet att utöva läkaryrket i ett annat medlemsland kan erhålla automatiskt erkännande enligt EG-direktivet (2005/36/EG), d.v.s. legitimation i Sverige. Kraven på kännedom om svenska författningar, språk eller hur hälso- och sjukvård bedrivs i Sverige ställs sedan av arbetsgivaren. I dessa fall kan arbetsgivaren och läkaren komma överens om ett AT-liknande program i samband med anställningen eller annan utbildning.

Den som har en utbildning från en annan medlemsstat med motsvarande krav på praktisk tjänstgöring kan söka att få fullgöra AT i Sverige på samma sätt som svenska läkare. De nordiska länderna har praktikkrav som liknar AT. Därutöver finns AT i Storbritannien, Österrike, Italien, Litauen, Polen, Irland och Portugal. Beslut av Socialstyrelsen krävs för att få fullgöra AT i Sverige utom för den som läst medicin i de nordiska länderna.

För den som har den teoretiska utbildningen från nordiskt eller annat EU/EES-land och avser att söka svensk legitimation efter AT-tjänstgöringen ska AT-prov avläggas enligt samma regler som gäller för den som studerat i Sverige (3 kap. 2 § 3 stycket Förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område).

Uppdaterad: 3 oktober 2008

## AT-historik

I 1955 år examensordning ingick i licentiatstudierna en avslutande assistenttjänstgöring som innehöll tre månader kirurgi, fyra månader medicin och två månader i valfritt ämne. Denna tjänstgöring var oavlönad och avslutades med tentamen i kirurgi och medicin. Ordningen hade inspirerats av systemen i USA och England men fortsatt fann tydliga kontinentala inslag t.ex. detaljstyrning av utbildningen från Universitetskanslerämbetet (UKÄ) och likriktning av utbildningarna. Detta innebar att det var lätt att byta universitetsort.

1969 infördes en ny studieordning för läkarutbildningen. Orsaken var en generell reform av universitetsväsendet samt en önskan att förkorta utbildningen och därmed öka genomströmningen. Läkarutbildningen förkortas från ca 6 ½ år (kandidat + licentiatexamen) till 5 ½ år. Läkarexamen leder heller inte längre till läkarlegitimation som licentiatutbildningen gjort. Istället införs allmäntjänstgöring efter examen som krav för legitimation. Upplägget liknar den gamla assistenttjänstgöringen men allmäntjänstgöringen är avlönad och man har förlängt tjänstgöringen vid medicinsk och kirurgisk klinik till 6 månader vardera och har lagt till 3 månaders

tjänstgöring vid psykiatrisk klinik och 6 månaders tjänstgöring vid vårdcentral. Sammanlagt 21 månader. Allmäntjänstgöringen avslutas, i likhet med assistenttjänstgöringen, med en examination som nu Socialstyrelsen ansvarar för. Man flyttar alltså ansvaret för examinationen från Universitetskanslerämbetet (liknande dagens Högskoleverk) och fakulteterna. Landstingen hade några år tidigare fått ta över ansvaret för provinsialläkarsystemet (1963) och mentalsjukvården (1967) från staten. Det hade varit svårt att besätta tjänster inom dessa områden och den nya allmäntjänstgöringen användes för att tillgodose arbetskraft och för att verka som rekryteringsbas. Det nya inslaget med tjänstgöring vid vårdcentral speglade också allmänmedicinens utveckling mot att bli specialitet samt får ses som pedagogiskt motiverat. Med tiden fick anestesi, intensivvård och ortopedi ingå i kirurgblocket. Man har även återfört ansvaret för slutexaminationen till universiteten genom att Högskoleverket ansvarar för denna. Möjlighet att reducera allmäntjänstgöringens tid till 18 mån har också beslutats men är ej obligat. Detta är den struktur allmäntjänstgöringen har idag år 2009 när denna policy skrivs.

För vidare läsning:

”Ett sekel med läkaren i fokus” Sveriges Läkarförbund, Fälth & Hässler 2003