

## INNEHÅLL

- KAPITEL 1 SYFTET MED UTBILDNINGSBOKEN**
- KAPITEL 2 INFORMATION OM LÄKARORGANISATIONERNA**
- KAPITEL 3 HUR AT REGLERAS**
- Socialstyrelsens föreskrifter med målbeskrivning
  - målbeskrivning på engelska: competencies under the doctors directive proposal for a possible structure
  - läkarorganisationernas kommentarer
- KAPITEL 4 GENERELL HANDLINGSPLAN**
- KAPITEL 5 INDIVIDUELL HANDELDNINGS- OCH TJÄNSTGÖRINGSPLAN**
- KAPITEL 6 REKOMMENDATIONER FRÅN ÄMNESFÖRETRÄDARNA**
- allmänt
  - opererande specialiteter
  - medicinska specialiteter
  - psykiatri
  - allmänmedicin
  - tjänstgöringens uppläggning
  - hälso- och sjukvårdslagstiftning
- KAPITEL 7 LOKAL PLANERING OCH UPPFÖLJNING**
- KAPITEL 8 PERSONLIG LOGGBOK**
- KAPITEL 9 HANDELDNING**
- handledarfunktionen
  - studierektorsfunktionen
  - vägvisare för handledning

- KAPITEL 10 LEDARSKAP I LÄKARES UTBILDNING**
- KAPITEL 11 TJÄNSTGÖRINGSINTYG OCH AT-PROV**
- utfärdande av tjänstgöringsintyg
  - information om AT-provet
  - alternativ till den muntliga delen i AT-provet (sit-in)
  - mall för bedömning av sit-in
- KAPITEL 12 UTVÄRDERING**
- KAPITEL 13 STÖD TILL DE AT- OCH ST-LÄKARE SOM RISKERAR ATT EJ FÅ SIN TJÄNSTGÖRING GODKÄND**
- Policydokument
- KAPITEL 14 ANSÖKAN OM LEGITIMATION**
- KAPITEL 15 FACKLIG INFORMATION**
- KAPITEL 16 LÄKARFÖRBUNDETS ETISKA REGLER**
- KAPITEL 17 RÅD OCH HJÄLP I ANSVARSÄRENDE**
- KAPITEL 18 MÖTESPLATSER**
- Ronden
  - Framtidens läkare
  - AT-läkarstämma
- KAPITEL 19 PÅVERKA DIN ARBETSMILJÖ**
- KAPITEL 20 NYTTIGA ADRESSER OCH LÄNKAR PÅ INTERNET**

## KAPITEL 1

### SYFTET MED UTBILDNINGSBOKEN

Denna utbildningsbok för AT har tillkommit för att ge Dig råd och stöd då Du planerar och genomför Din allmäntjänstgöring.

AT är numera målstyrd. Detta innebär att innehållet i utbildningen skall svara mot de mål som Socialstyrelsen fastställt vad gäller kunskaper, färdigheter och förhållningssätt. AT ska bestå av utbildning samt läkararbete under professionellt ansvar. Vidare ska AT ge klinisk träning och introduktion i arbetslivet samt tillfälle till både yrkesmässig och personlig utveckling.

Utbildningsboken har utarbetats av Läkarförbundets specialistutbildningsråd (SPUR) i ett samarbete mellan Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet.

Syftet med utbildningsboken för AT är att Du som påbörjar Din allmäntjänstgöring redan från början ska känna till vilka förutsättningar som gäller och vilka kunskaper och färdigheter som Du förväntas besitta när utbildningen är avslutad. Inte minst skall den vara ett stöd för Dig vid diskussioner med handledare och verksamhetschef om hur utbildningen skall läggas upp. Förutom Socialstyrelsens föreskrifter beträffande allmäntjänstgöringen (kap 2) innehåller utbildningsboken rekommendationer avseende handlings-, tjänstgörings- och handledningsplaner (kap 3 och 4) samt ämnesföreträdarnas råd och rekommendationer beträffande allmäntjänstgöringens uppläggning och innehåll (kap 2 och 5).

Det finns också utrymme för att sätta in material om lokal planering och egen kompetensutveckling (kapitel 6 och 7). Andra kapitel täcker in viktiga områden som arbetsmiljö, etik, ansvarsfrågor och facklig information.

Materialet kommer att uppdateras fortlöpande och finnas tillgängligt på läkarförbundets hemsida. Grundmaterialet kommer i första hand att tillhandahållas genom Läkarförbundets studierektorsnätverk. Det kan också via hemsidan beställas direkt från distributören.

Underläkare, handledare och verksamhetschefer erhåller utbildningsboken kostnadsfritt. För övriga är priset 150 kronor plus porto.

Utbildningsboken för AT kan kostnadsfritt beställas från Sveriges läkarförbund, via förbundets webbplats [www.slf.se](http://www.slf.se). Du kan även fylla i bifogad beställning och sända den till

Sveriges läkarförbund

Box 5610

114 86 Stockholm

Fax 08-20 57 18

**Sveriges  
läkarförbund***Den medicinska professionens organisation*

## BESTÄLLNING AV UTBILDNINGSBOK AT

Namn \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Postadress \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

 AT-läkare       Handledare       Verksamhetschef Annan, nämligen \_\_\_\_\_

Arbetar vid \_\_\_\_\_

sjukhus / klinik / vårdcentral

Utbildningsboken skickas kostnadsfritt till AT-läkare, handledare och verksamhetschefer. För övriga är priset 150 kronor plus porto.  
Leveranstiden kan uppgå till en månad.

Beställningen faxas eller skickas till

Sveriges läkarförbund

Box 5610, 114 86 Stockholm

Fax: 08-20 57 18



## **KAPITEL 2**

# **INFORMATION OM LÄKARORGANISATIONERNA**



**Sveriges  
läkarförbund**

*Den medicinska professionens organisation*

Sveriges läkarförbund är läkarnas fackliga och professionella organisation. Till uppgifterna hör att stärka och värna om medlemmarnas fackliga och yrkesmässiga intressen, samt att påverka hälso- och sjukvårdens utveckling.

Inom hälso- och sjukvården pågår stora förändringar som får effekter på framtidens läkarroll. Genom en stark medlemsorganisation har Läkarförbundet stora möjligheter att skapa opinion i för kåren viktiga frågor.

Läkarförbundet verkar för god kvalitet och professionell utveckling av medicinsk utbildning, fortbildning och forskning. När det gäller specialistutbildningens innehåll utför förbundet, i samarbete med Svenska Läkaresällskapet, omfattande uppdrag för staten.

För att påverka utvecklingen arbetar förbundet med en omfattande prognosverksamhet, som bl a syftar till att beräkna behovet av nyutbildade läkare på sikt. Denna verksamhet bedrivs bl a i samarbete med läkarförbunden i de övriga nordiska länderna.

Läkarförbundet deltar också i ett omfattande internationellt läkar-samarbete.

#### **DU FÅR SOM MEDLEM**

- **råd och stöd** i frågor gällande din utbildning yrkesroll och arbetsituation, t ex i frågor som rör avtal, allmänna anställningsvillkor, löner och pensioner
- **juridisk rådgivning** i t ex anmälningsärenden, arbetsrätt och sjukvårdsjuridik
- **medlemsförmåner** som t ex Läkartidningen till reducerat pris, fördelaktiga försäkringar från SalusAnsvar, rabatt vid köp av bilar, möjlighet till medlemslån och tillgång till fritidshus
- rådgivning genom det **kollegiala nätverket** som består av läkare som står till förfogande för läkarkolleger som av olika skäl behöver en stödjande samtalspartner

## **Kapitel 2:2**



- **medlemstidningar** och **medlemsutskick**
- inloggning på de slutna sidorna på [www.ronden.se](http://www.ronden.se), vilket innebär tillgång till fackliga sidor, sökning i Cochrane, möjlighet till diskussion inom slutna mötesgrupper.

#### NÅGRA AV DE AKTUELLA FRÅGOR SOM LÄKARFÖRBUNDET ARBETAR MED

- **Avtalsrörelsen 2001.** I avtalsrörelsen år 2001 yrkar Läkarförbundet för bättre löneutveckling, bättre arbetsmiljö och bättre pensioner.
- **Arbetsmiljö.** Läkarförbundets arbetslivsgrupp (ALG) arbetar med läkares arbetssituation. ALGs uppgift är att genom olika aktiviteter stödja, utveckla och sprida det arbete som bedrivs lokalt samt att fungera som samordnare för detta arbete.
- **SPUR-inspektioner.** Läkarförbundet och Läkaresällskapet har tillsammans med sina specialitetsföreningar byggt upp en verksamhet för inspektion av kliniker som ger specialistutbildning. Ett hundratal inspektioner genomförs årligen.
- **Framtidens läkare** bedrivs av Läkarförbundet. Projektet syftar till att på sikt stärka självkänslan inom kåren, förbättra arbetsmiljön och skapa förutsättningar som ger en god löneutveckling.



VETENSKAP  
UTBILDNING  
KVALITET

## SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET

VETENSKAP · UTBILDNING · KVALITET

### SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET

- är uppbyggt av 62 vetenskapliga sektioner
- arrangerar Riksstämman varje år
- stöder medicinsk forskning i form av stipendier och anslag
- arrangerar Berzeliussymposier, tisdagssammankomster och Läkardagarna i Örebro
- distribuerar årligen omkring 1 000 utbildningsböcker inom 62 specialiteter till ST-läkare och deras handledare, studierektorer
- initierar kvalitetssäkring inom svensk hälso- och sjukvård
- har omkring 20 000 medlemmar, ca 2/3 av Sveriges läkarkår
- är en av Europas äldsta läkarorganisationer, grundad 1808

### VILL DU

- veta mer om Läkaresällskapet är Du välkommen att besöka vår webbplats [www.svls.se](http://www.svls.se) eller vårt hus på Klara Östra Kyrkogata 10 i Stockholm
- Bli medlem? Ring till Kerstin Nilsson, telefon 08-440 88 83 eller e-post [kerstin.nilsson@svls.se](mailto:kerstin.nilsson@svls.se)
- Boka lokaler för sammanträden, konferenser eller fest? Kontakta Gunilla Karlsson, telefon 08-440 88 85.

*Välkommen!*

Svenska Läkaresällskapet  
Box 738, 101 35 Stockholm  
Besöksadress: Klara Östra Kyrkogata 10  
Telefon 08-440 88 60 · Fax 08-440 88 99  
Internet [www.svls.se](http://www.svls.se)

## Ansökan om medlemskap/ anmälan om avlagd läkarexamen

jag ansöker om inträde i Sveriges läkarförbund och nedan angivna lokal- och yrkesföreningar.

Jag är medlem i Medicine Studerandes Förbund (MSF) och vill i samband med avlagd läkarexamen överföra medlemskapet till Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF) och nedan angiven lokalförening.

Var vänlig texta

Personuppgifter	Personnummer (10 siffror)	
	Efternamn	
	Förnamn	
	Gatuadress	
	Postadress	
	Telefon (bostad)	
	E-postadress	
Examen/legitimation	Datum för läkarexamen	Datum för legitimation
	Datum för utländsk legitimation	Datum för leg. villkor från Socialstyrelsen* (se baksidan)
	Land	
Yrkesutövning	Befattning	<input type="checkbox"/> Anställd i eget bolag eller Praktikertjänst
	Specialistkompetens	
Arbetsplats	Sjukhus (motsvarande)	Klinik
	Postadress	Tel (arbete)
Medlemskap önskas i följande föreningar (se baksidan)	Lokalförening (obligatorisk)	
	Yrkesförening (-ar) (obligatorisk)	
<input type="checkbox"/> Jag önskar prenumeration på Läkartidningen		
Övriga upplysningar		
Datum	Underskrift	

**Ansökan skickas till:** Sveriges läkarförbund  
Box 5610  
114 86 Stockholm

**Frågor kring inträdet:** Medlemsadministrationen  
Tel 08-790 35 70  
Fax 08-790 33 25  
E-post [medlemsregistret@slf.se](mailto:medlemsregistret@slf.se)

För information om avgifter se [www.slf.se](http://www.slf.se) eller [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se)

Som medlem i Sveriges läkarförbund tillhör du även en lokalförening (där yrkesverksamheten utövas) och minst en yrkesförening. Du kommer även att tillhöra en lokal yrkesförening.

#### Lokalföreningar

102 Blekinge läkarförening	128 Nordvästra Skånes läkareförening
104 Nordvästra Götalands läkarförening	130 Norrbottens läkarförening
106 Gotlands läkarförening	132 Skaraborgs läkarförening
108 Gästrik-Hälsinge läkareförening	134 Stockholms läkarförening
110 Göteborgs läkarförening	136 Södermanlands läkarförening
112 Hallands läkarförening	138 Upplands Allmänna läkarförening
114 Jämtlands läns läkarförening	140 Värmlands läkarförening
116 Jönköpings läns läkarförening	142 Västerbottens läns läkareförening
118 Kalmar läns läkarförening	144 Västmanlands läns läkarförening
120 Dalarnas läkarförening	146 Medelpads läkarförening
122 Östra Skånes läkarförening	147 Ångermanlands läkarförening
124 Kronobergs läns läkarförening	149 Älvsborgs Södra läkarförening
126 Malmö läkareförening	150 Örebro läns läkarförening
127 Mellersta Skånes läkareförening	152 Östergötlands läkarförening

#### Yrkesföreningar

- 230 Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF)
- 240 Sjukhusläkarföreningen
- 250 Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)
- 260 Svenska Privatläkarföreningen (SPLF)
- 270 Svenska Företagsläkarföreningen (SFLF)
- 280 Svenska Militärläkareföreningen (MLF)
- 290 Sveriges läkarförbunds chefsförening (SLCF)

#### \* För dig med utomnordisk examen/legitimation

För att kunna beviljas medlemskap i Sveriges läkarförbund krävs det att Socialstyrelsen har fastställt dina legitimationsvillkor. Glöm därför inte att fylla i datum på ansökan. Bifoga även kopia på Socialstyrelsens beslut. Är datumet ej ifyllt blir du medlem i Medicine Studerandes Förbund tills dess att dina legitimationsvillkor är fastställda och du meddelar oss detta.

#### Information enligt Personuppgiftslagen (PUL)

Sveriges läkarförbund ansvarar för behandlingen av uppgifter som lämnas i din ansökan. Läkarförbundet använder informationen för att tillvarata dina intressen rörande anställningsvillkor, arbetsrätt och i enlighet med förbundets stadgar. För dessa ändamål kan uppgifterna komma att användas som underlag för lönestatistik samt lämnas ut till närstående företag och organisationer. Uppgifter lämnas även ut i de fall det föreligger en laglig skyldighet.

Läkarförbundet är angeläget om att uppgifterna är korrekta och felaktigheter kommer att rättas snarast möjligt. Det är därför viktigt att du som medlem meddelar förbundet när uppgifterna förändras. Enligt PUL har du rätt att få information om de personuppgifter som lagras om dig. Sådan begäran skall göras skriftligt till förbundet.

## KAPITEL 3

### HUR AT REGLERAS

- I. Den senaste regleringen av AT (SFS 1998:1513) innebär att arbetsgivaren fått friare händer att utforma ATs uppläggning och innehåll. AT ska visserligen utgå ifrån den av Socialstyrelsen fastställda målbeskrivningen, men tidigare detaljreglering beträffande tjänstgöringar och frånvaro saknas. I lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531) har landstingen fått möjligheter att förlägga delar av AT till andra driftsformer än den reguljära landstingskommunala verksamheten. Förutsättningen är att de grundläggande kraven på handledning och måluppfyllelse tillgodoses.

I förordningen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:1513) föreskriver regeringen att AT ska fullgöras under *minst* ett år och sex månader i enlighet med följande:

- minst 9 månader fördelade mellan a) invärtesmedicinska specialiteter inklusive barn- och ungdomsmedicin och b) opererande specialiteter.

Tjänstgöringen inom respektive grupp (a och b) måste omfatta minst 3 månader.

- minst 3 månader inom psykiatri, inklusive barn- och ungdomspsykiatri.

- minst 6 månader inom allmänmedicin. Tjänstgöringen i allmänmedicin skall alltid ligga sist i blocket.

2. I förordningen föreskriver regeringen också att AT ska avslutas med ett kunskapsprov som högskolemyndigheten, dvs de medicinska fakulteterna, ansvarar för. Kunskapsprovet skall avse måluppfyllelsen för allmäntjänstgöringen i dess helhet. (Se vidare kapitel 10).
3. I Socialstyrelsens författningssamling finns kompletterande föreskrifter om AT (SOSFS 1999:5). Dessa presenteras nedan i sin helhet. Föreskrifter som utfärdas av en myndighet (i detta fall Socialstyrelsen) är alltid bindande, dvs de måste följas.

Sist i detta uppslag presenteras läkarorganisationernas kommentarer till Socialstyrelsens föreskrifter.



## SOSFS 1999:5 (M)

Beslutade den 1 mars 1999 · Utkom från trycket den 26 mars 1999

Ansvarig utgivare: Chefsjurist Kristina Widgren

### **Socialstyrelsens föreskrifter om allmäntjänstgöring för läkare**

Socialstyrelsen föreskriver följande med stöd av 3 kap. 2 § förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

## **1 kap. Övergripande föreskrifter för allmäntjänstgöring**

### *Definitioner*

**1 §** I dessa föreskrifter används beteckningen AT för allmäntjänstgöring som läkare enligt 3 kap. 2 § förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. AT-läkare används som beteckning för läkare som fullgör AT.

Med tjänstgöringsavsnitt avses i föreskrifterna de grupper av specialiteter som avses i 3 respektive 4 kap. samt de specialiteter som avses i 5 respektive 6 kap.

Med målbeskrivning avses bestämmelserna i 2-6 kap.

### *AT:s längd*

**2 §** I 3 kap. 2 § förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område finns bestämmelser om AT:s och de olika tjänstgöringsavsnittens längd. Deltidstjänstgöring, dock lägst halvtid, skall tillgodoräknas som AT i proportion till tjänstgöringens omfattning.

### *Tjänstgöringsavsnittet allmänmedicin*

**3 §** Tjänstgöringsavsnittet allmänmedicin skall ligga sist i ett blockförordnande.

### *Profil och avgränsning*

**4 §** Under AT skall den nytutexaminerade läkaren ges förutsättningar att tillämpa och utveckla sina kunskaper och erfarenheter från grundutbildningen.

AT skall bestå av utbildning samt läkararbete under professionellt ansvar för att ge klinisk träning och introduktion i arbetslivet. AT skall ge tillfälle till både yrkesmässig och personlig utveckling.

AT skall lägga grunden för kommande specialiseringstjänstgöring.

**5 §** AT skall ge AT-läkaren förutsättningar för att kunna utöva läkaryrket i enlighet med

1. vetenskap och beprövad erfarenhet,
2. kravet på sakkunnig och omsorgsfull vård och behandling,
3. inom hälso- och sjukvården vedertagna etiska värderingar, och
4. de lagar, förordningar och andra författningar som reglerar läkarens yrkesutövning.

AT skall också ge AT-läkaren förutsättningar för att kunna medverka i utvärdering, utveckling och förbättring av hälso- och sjukvårdsverksamheten.

#### *Ledarskap och utvecklingsarbete*

**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 kompetensutveckling på arbetsplatsen.

Under AT skall särskild vikt läggas vid att AT-läkaren utvecklar sin förmåga att självständigt lösa problem och att söka kunskap på egen hand. Med utgångspunkt i begrepp som moral, etik och professionalism skall AT-läkaren regelbundet ges tillfälle till fördjupad reflektion och erfarenhetsutbyte samt till diskussion om den egna läkarrollen.

#### *Teoretisk utbildning*

**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. Den personliga handledaren som avses i 9 § skall i samråd med AT-läkaren planlägga litteraturstudier och kursdeltagande.

#### *Generell handlingsplan*

**8 §** Arbetsgivaren skall utforma en generell handlingsplan för AT. Den målbeskrivning som gäller enligt dessa föreskrifter skall ligga till grund för handlingsplanen. Handlingsplanen skall garantera att målbeskrivningen uppfylls.



*Handledning*

**9 §** Den handledning av AT-läkaren som arbetsgivaren svarar för enligt 3 kap. 2 § förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område skall fullgöras dels av en specialistkompetent läkare under varje tjänstgöringsavsnitt (personlig handledare), dels av någon annan befattningshavare med ett övergripande ansvar för AT-läkarens sammanhållna kompetensutveckling (huvudhandledare).

Så snart som möjligt efter AT-läkarens anställning skall huvudhandledaren i samråd med AT-läkaren utforma en individuell skriftlig handlednings- och tjänstgöringsplan.

AT-läkaren skall beredas möjlighet att tillsammans med den personliga handledaren och huvudhandledaren regelbundet utvärdera sin tjänstgöring.

Arbetsgivaren skall eftersträva kontinuitet mellan handledare och AT-läkare och i möjligaste mån undvika byte av handledare.

*Uppfyllelse av målbeskrivningen*

**10 §** Efter fullgjord AT skall AT-läkaren uppfylla de mål som anges i 2-6 kap. AT-läkaren skall vidare efter varje fullgjort tjänstgöringsavsnitt uppfylla de mål som gäller för avsnittet.

Efter fullgörandet av varje tjänstgöringsavsnitt skall en verksamhetschef skriftligen intyga att AT-läkaren uppfyller de krav som anges i målbeskrivningen för avsnittet.

**2 kap. Allmänna mål**

**1 §** Under AT skall AT-läkaren uppnå en god förmåga att självständigt och med hög säkerhet kunna utföra de medicinska basrutinerna i hälso- och sjukvården.

AT-läkaren skall också förvärva ett terapeutiskt förhållningssätt – utifrån ett vetenskapligt och humanistiskt synsätt – som inkluderar såväl förmåga till helhetssyn som förmåga att upprätthålla en god patient-läkarrelation i diagnostik och terapi. Detta innebär att AT-läkaren skall förvärva kunskaper och färdigheter inom respektive tjänstgöringsavsnitt samt attityder och förhållningssätt i överensstämmelse med etiska värderingar i samhället. AT-läkaren skall efter AT kunna arbeta med insikt om och respekt för sin egen kompetens, dess möjligheter och begränsningar.

- 2 §** Efter fullgjord AT skall AT-läkaren
1. behärska diagnostik och principerna för terapi av de vanligaste sjukdomstillstånden inom verksamhetsområdena medicin, kirurgi, psykiatri och allmänmedicin,
  2. på egen hand primärt kunna handlägga livshotande akuta tillstånd,
  3. initialt kunna leda arbetet på ett akutrum,
  4. kunna leda arbetet i en mindre grupp,
  5. korrekt kunna rapportera akut sjuka patienter till bakjour samt till mottagande enheter,
  6. vara väl förtrogen med rutinerna i kliniskt arbete och behärska anamnesupptagning, somatisk status, receptförskrivning och remitteringsförfaranden,
  7. ha kännedom om vanliga radiologiska undersökningsmetoders och laboratorieprovers möjligheter och begränsningar i olika kliniska situationer,
  8. ha fått en inblick i hur olika tillstånd av smärta, kris och ångest kan mötas och lindras,
  9. ha god kännedom om de särskilda problem och krav som finns i vården av äldre och vid vården i livets slutskede,
  10. kunna ge patienter och anhöriga svåra besked på ett tillfredsställande sätt,
  11. behärska rutinerna i anslutning till dödsfall,
  12. ha fått en god förståelse för vikten av att tidigt beakta alkohol- och narkotikamissbruk liksom oönskade effekter av läkemedel,
  13. kunna känna igen tillstånd som kan ha förorsakats av våld,
  14. känna till problem och behov som kan vara särskilt utmärkande för olika etniska minoriteter och flyktingar i hälso- och sjukvården,
  15. vara medveten om sjukhushygienens betydelse,
  16. ha förvärvat erfarenhet av preventivt patientarbete, framför allt på individnivå,
  17. kunna upprätthålla ett bra samarbete med andra discipliner och serviceorgan inom hälso- och sjukvården,
  18. kunna samverka med myndigheter och serviceorgan utanför hälso- och sjukvården såsom socialtjänst, försäkringskassa och arbetsförmedling,
  19. ha fått en god inblick i sjukvårdens organisation och roll i samhället och ha blivit väl förtrogen med de samarbetsformer som

- finns mellan sjukvårdens olika vårdnivåer inklusive hemsjukvården,
20. ha god kännedom om de lagar, förordningar och andra författningar, t.ex. de bestämmelser som reglerar sekretess och tystnadsplikt, som är av betydelse för arbetet inom hälso- och sjukvården och för läkarens förhållande till patienten,
  21. ha förvärvat erfarenheter av IT-baserat verksamhetsstöd för dokumentation, uppföljning och beslutsfattande,
  22. ha kännedom om metoder och tillvägagångssätt vid kliniskt förändringsarbete, samt
  23. ha kännedom om metoder som bidrar till att sjukvården bedrivs kostnadseffektivt.

### 3 kap. Opererande specialiteter

**1 §** AT-läkaren skall under tjänstgöringen i detta tjänstgöringsavsnitt i tillämpliga delar uppnå de mål som anges i 2 kap. i en sådan omfattning att målen helt kan vara uppfyllda efter fullgjord AT. För tjänstgöringen gäller vidare de delmål som anges i 2-5 §§ samt att tjänstgöringen skall, med betoning på akuta tillstånd, ge grundläggande kunskaper om handläggning av de medfödda och förvärvade sjukdomar och skador som behandlas med kirurgiska metoder.

- 2 §** AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt självständigt kunna utföra/handlägga
1. lilla kirurgin, framför allt sårrevision, suturering och mindre excisioner,
  2. infektioner i ytliga mjukdelar och i urinvägar,
  3. urinstämning,
  4. proctoskopi och rectoskopi,
  5. arteriell punktion och venös infart,
  6. nedläggning av nasogastrisk sond,
  7. immobiliseringsteknik, och
  8. ledpunktion.

**3 §** AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt ha god kännedom om och viss erfarenhet av

1. initialt omhändertagande av trauma inom hela det kirurgiska specialitetsområdet, framför allt skalle, thorax, rygg, extremiteter, buk, genitalia och hud inklusive brännskada,
2. akut buksmärta,
3. akut skrotal smärta,
4. vätskebalans och chockbehandling,
5. perifera cirkulationsrubbnings,
6. primär handläggning av ryggsmärta,
7. sjukdomar i perifera ligament och muskelfästen,
8. diagnostik och handläggning av vanliga kirurgiska sjukdomar, framför allt benigna gastrointestinala sjukdomar samt buk- väggsdefekter,
9. indikationer för utredning vid misstanke om gastrointestinal, urogenital eller mammar malignitet,
10. orotrakealintubation, och
11. lumbalpunktion.

**4 §** AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt ha kännedom om

1. preoperativ bedömning och postoperativt normalförlopp,
2. differentialdiagnostik vid akut ledsvullnad, och
3. handläggning av och metoder för behandling av cancersmärta.

**5 §** AT-läkaren skall under tjänstgöringen ha närvarit vid gastroskopi, vid kirurgiska ingrepp i bukhålan, vid operation av bukväggsdefekter samt vid ortopediska ingrepp.

#### **4 kap. Invärtesmedicinska specialiteter**

**1 §** AT-läkaren skall under tjänstgöringen i detta tjänstgöringsavsnitt i tillämpliga delar uppnå de mål som anges i 2 kap. i en sådan omfattning att målen helt kan vara uppfyllda efter fullgjord AT. För tjänstgöringen gäller vidare de delmål som anges i 2-4 §§ samt att tjänstgöringen skall ge grundläggande kunskaper och praktisk utbildning i diagnostik och handläggning av medicinska sjukdomar med stark betoning på akuta tillstånd och sjukdomstillstånd hos äldre patienter.

**2 §** AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt självständigt kunna utföra/handlägga vid mottagning för akut jourverksamhet och vid motsvarande vårdenheter

- I. tillstånd och sjukdomar i hjärta och kärl såsom instabil kranskärlssjukdom och hjärtinfarkt, hjärtsvikt, arytmier, cerebrovasikulära tillstånd, djup ventrombos, lungemboli och malign hypertoni,
2. tillstånd och sjukdomar i lungorna såsom pneumothorax, astma och respiratorisk insufficiens,
3. infektionssjukdomar såsom lunginflammationer, urinvägsinfektioner, sepsistillstånd och meningiter,
4. endokrina och metaboliska tillstånd såsom hyper- och hypoglykemi, binjurebarksinsufficiens och hyperkalcemi,
5. neurologiska tillstånd med eller utan medvetandepåverkan såsom yrsel, huvudvärk, kramptillstånd och oklar medvetlöshet,
6. gastrointestinala tillstånd, t.ex. blödning och akut skov av inflammatorisk tarmsjukdom,
7. njurinsufficiens, speciellt i kombination med elektrolyt- och syrabasrubbnings,
8. akuta artrit,
9. förgiftningstillstånd, allmänna samt specifika, förorsakade av vissa läkemedel, alkohol och narkotika,
10. övriga akuta tillstånd såsom allergiska reaktioner, hemolytiska tillstånd och drunkningstillstånd, samt
- II. konfusionstillstånd.

**3 §** AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt ha god kännedom om och viss erfarenhet av rutinmässiga kontroller av patienter med

1. diabetes mellitus,
2. hypertoni,
3. perifer arteriell insufficiens,
2. hyperthyreos och hypothyreos,
3. artros,
4. anemi, och
5. demens.

**4 §** AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt ha kännedom om

1. Parkinsons sjukdom,
2. speciella problem hos immunsupprimerade patienter,
3. diagnostik och behandling av reumatoid artrit och systemisk lupus erythematosus (SLE),
4. agranulocytos,
5. leukemi,
6. ikterustillstånd,
7. utredning av hematuri och proteinuri, och
8. kronisk njurinsufficiens.

### **5 kap. Psykiatri**

**1 §** AT-läkaren skall under tjänstgöringen i detta tjänstgöringsavsnitt i tillämpliga delar uppnå de mål som anges i 2 kap. i en sådan omfattning att målen helt kan vara uppfyllda efter fullgjord AT. För tjänstgöringen gäller vidare de delmål som anges i 2-4 §§ samt att tjänstgöringen skall ge grundläggande kunskaper om utredning och behandling av psykisk sjukdom inklusive demens- och beroendesjukdomar. Tonvikten skall läggas på psykiatriska tillstånd som kan komma att handläggas av alla läkare.

**2 §** AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt självständigt kunna

1. bemöta patienter med psykisk störning på ett professionellt sätt,
2. behärska grunderna i krisbearbetning och kunna genomföra stödsamtal,
3. utföra psykiatrisk anamnes och bedöma psykisk status,
4. bedöma suicidrisk,
5. utföra inledande diagnostik och behandling av akuta psykiatriska tillstånd som psykoser, förstämningstillstånd och ångest- och beroendetillstånd, samt
6. bedöma indikation för och utfärda vårdintyg enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV).

**3 §** AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt ha god kännedom om och viss erfarenhet av

1. äldrepsykiatri,
2. beroendesjukdomar och psykiskt störda missbrukare,
3. förstämningstillstånd,
4. ångestsjukdomar,
5. psykoser,
6. psykiatriska problem vid psykisk utvecklingsstörning och förvärvade hjärnskador,
7. somatiska sjukdomar som kan ge psykiska symtom och psykosomatiska tillstånd,
8. psykiska symtom som biverkan av läkemedel, och
9. psykofarmakologi.

**4 §** AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt ha kännedom om

- I. biologiska, psykologiska och sociala faktorerers betydelse för psykisk sjukdom,
2. grunderna i gruppdynamik och teamspsykiatri, särskilt läkarrollens betydelse i detta sammanhang,
3. personlighetsstörningar,
4. psykoterapeutiska metoder,
5. electroconvulsiv terapi (ECT),
6. psykiatrisk rehabilitering,
7. barn- och ungdomspsykiatri,
8. rättspsykiatri,
9. Hawaii- och Madriddeklarationerna samt psykiatrins särskilda etiska frågeställningar,
10. lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), och
- II. lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV).

## 6 kap. Allmänmedicin

**1 §** AT-läkaren skall under tjänstgöringen i detta tjänstgöringsavsnitt i tillämpliga delar uppnå de mål som anges i 2 kap. i en sådan omfattning att målen är helt uppfyllda efter fullgjord tjänstgöring. För tjänstgöringen gäller vidare de delmål som anges i 2-4 §§ samt att tjänstgöringen skall ge grundläggande kunskaper om utredning och behandling av de vanligaste sjukdomarna i alla åldersgrupper och förmåga att handlägga oselekerade patientproblem. En central uppgift är vård av kroniskt sjuka och gamla.

Under det allmänmedicinska tjänstgöringsavsnittet skall tillämpning och fördjupning av kunskaper och färdigheter från föregående avsnitt betonas. AT-läkarens förmåga till kommunikation, information, empati och självkännedom samt förmåga att aktivt söka och inhämta ny information och nya kunskaper skall särskilt tränas.

I 1 kap. 3 § finns föreskrifter om att tjänstgöringsavsnittet allmänmedicin skall ligga sist i ett blockförordnande.

**2 §** AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt självständigt kunna handlägga

1. akuta bröstsmärtor,
2. akuta andningssvårigheter,
3. lindriga skador och sjukdomar i rörelseorganen,
4. fall inom lilla kirurgin,
5. infektionssjukdomar hos barn och vuxna,
6. fall med buksmärta inklusive gynekologiska och urologiska tillstånd,
7. otiter och vaxpropp,
8. dödsfall i hem eller på institution, och
9. utfärdande av vårdintyg och andra vanligt förekommande intyg.

**3 §** AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt ha god kännedom om och viss erfarenhet av

1. kroniska sjukdomar såsom diabetes, hjärt/kärlsjukdomar, led/muskelsjukdomar, astma/allergier, thyroidea-sjukdomar och anemier,
2. hudsjukdomar såsom eksem, psoriasis, urticaria, pityriasis och hudsvamp,
3. vanliga symtom som trötthet, huvudvärk, yrsel, hosta, avmagring, klåda, illamående och led/muskelvärk,

## Kapitel 3:12



4. bedömning av tinnitus och hörselnedsättning,
  5. bedömning av röda ögon, synnedsättning, ögonsmärter och ögonskador inklusive främmande kropp i ögat,
  6. identifiering och behandling av missbruk av tobak, alkohol, läkemedel och narkotika,
  7. krisbehandling, och
  8. depression, ångest och sömnstörningar.
- 4 §** AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt ha kännedom om
1. hemsjukvård,
  2. ätstörningar, och
  3. verksamhet inom barnavårdscentral (BVC), mödravårdscentral (MVC), skolhälsovård och ungdomsmottagning.
1. Denna författning träder i kraft två veckor efter den dag då författningen utkom från trycket.
  2. Genom författningen upphävs Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1998:6) om allmäntjänstgöring för läkare.

Socialstyrelsen  
Kerstin Wigzell  
Margaretha Timelin  
(Hälso- och sjukvårdsavdelningen)



## **COMPETENCIES UNDER THE DOCTORS DIRECTIVE PROPOSAL FOR A POSSIBLE STRUCTURE**

Following basic medical education and training in compliance with Article 23 of Directive 93/16/EEC a Swedish doctor is expected to have acquired the knowledge, skills and attitudes described in this document. This is assessed by means of an exam arranged and supervised by the universities at the end of the pre-registration service covering at least 18 months in different fields of medicine in the health care services.

### **GENERAL OBJECTIVES**

During the pre-registration clinical period the candidate for registration must have acquired a good ability to master, independently and with high security, all the basic routines of medical care.

He or she must also have acquired a therapeutic approach - based on scientific and humanistic values - which include a holistic view of the patient and an ability to maintain a good doctor/patient relationship in diagnostics and therapy. This presupposes necessary skills in the medical disciplines as well as attitudes in accordance with the ethical values of society. The candidate for registration should be able to pursue the medical profession with respect for his/her personal competence and its possibilities and limits.

### **BEFORE REGISTRATION THE CANDIDATE MUST**

1. master diagnostics and the principles for therapy of common disorders in the following areas: medicine, surgery, psychiatry and general practice (family medicine)
2. independently be able to take care of life-threatening acute conditions
3. initially be able to lead activities in an emergency room
4. be able to lead and supervise work in a small group
5. be able to report correctly to specialists on call and to other units about patients who are in a state of acute illness
6. be well aware of the routines of clinical work and be familiar

- with the processes of recording anamnesis and somatic status, making prescriptions and referrals
7. have a good knowledge of the possibilities and limits of radiological diagnostics and laboratory tests in various clinical situations
  8. have an insight in the way that various states of pain and anxiety can be relieved
  9. have a good knowledge of the particular problems related to the care of the elderly and of terminal care
  10. be able to give patients and their next of kin difficult messages in a good manner
  11. know the routines related to the death of a patient
  12. have gained a good understanding of the importance of giving attention to abuse of alcohol or drugs and unexpected effects of medication
  13. be able to recognise effects of physical violence
  14. know the problems and needs related to the treatment of ethnic minorities and refugees
  15. be aware of the importance of hygiene in the clinical surroundings
  16. have gained experience of preventive medicine, above all on the individual level
  17. be able to maintain good cooperation with other disciplines and units within the health care system
  18. be able to cooperate with authorities and organisations outside the health care system, like social service units, insurance offices and labour exchange offices
  19. have a good knowledge about the organisation and role of the health care system in a wider context
  20. be familiar with laws and regulations (including those related to secrecy and confidentiality) which are important for the doctor/patient relationship
  21. have experience of IT-based methods for documentation, evaluation and decision-making

22. have knowledge of methods for professional development
23. be aware of methods contributing to a cost-effective health-care delivery.

#### **TRAINING OBJECTIVES FOR THE SURGICAL SPECIALTIES**

After the clinical pre-registration period the candidate should be able to handle independently:

1. minor surgery, in particular revision of wounds, suturation and minor excisions
2. infections in soft tissues and urinary tract
3. other common urinal problems
4. rectoscopy and proctoscopy
5. arterial puncture and intravenous canula
6. application of a nasogastric tube
7. techniques of immobilisation
8. puncture in joints

The candidate should also have a good knowledge of and some experience in:

1. initial treatment of traumata within the whole area of surgery, above all the head, thorax, back, extremities, abdomen, genitalia and skin (including burns)
2. acute abdominal pain
3. acute scrotal pain
4. fluid balance and chock treatment
5. peripheral circulation disorders
6. initial treatment of low back pain
7. disorders in peripheral ligaments and muscle attachments
8. diagnostics and treatment of common surgical disorders, above all benign gastrointestinal diseases and defects of the abdominal wall
9. indications for further investigation related to suspicion of gastrointestinal, urogenital or mammary malignity

10. ototracheal intubation
11. lumbar puncture

The candidate should also have sufficient insight into:

1. preoperative assessment and postoperative normal progress
2. differential diagnostics related to acute swelling in joints
3. methods for treatment of pain due to cancer

The candidate should have assisted at gastroscopy, surgical operations in the abdominal cavity, surgery of abdominal wall disorders and orthopaedic surgery

#### **TRAINING OBJECTIVES FOR THE MEDICAL SPECIALTIES**

After the pre-registration clinical period the candidate should be able to handle independently:

1. disorders and illnesses in the heart and vessels like unstable coronary artery disease, heart attacks, arrhythmias, cerebrovascular conditions, ventrotrombosis, pulmonary embolism and malignant hypertension
2. disorders in the lungs like pneumothorax, asthma and respiratory insufficiency
3. infectious diseases like pneumonia, urinary tract infections, sepsis and meningitis
4. endocrine medical conditions like hyper- and hypoglykemi, adrenocortical insufficiency and hyperalcemi
5. neurological conditions like dizziness, headache, spasms and diffuse unconsciousness
6. gastrointestinal disorders, e.g. bleedings and acute inflammatory conditions in the intestines
7. kidney problems, particularly in combination with electrolytic and acid/basis disorders
8. acute arthritis
9. toxicological conditions, i. a. related to drugs and/or alcohol
10. other acute conditions like allergic reactions, hemolytic conditions and drowning conditions

The candidate should have a good knowledge of and some experience with regard to routines for control of patients with:

1. diabetes mellitus
2. high blood pressure
3. peripheral arterial insufficiency
4. hyperthyreosis and hypothyreosis
5. arthritis
6. anemia
7. dementia

The candidate should furthermore be familiar with the following:

1. Parkinson's disease
2. the special problems related to immunosuppression
3. diagnostics and treatment of rheumatoid arthritis and systemic lupuserythematosus (SLE)
4. agranulocytosis
5. leukaemia
6. icteric conditions
7. analysis of haematuria and proteinuria
8. chronic kidney insufficiency

#### **TRAINING OBJECTIVES FOR THE PSYCHIATRIC SPECIALTIES**

The candidate should be able to act independently in the following ways:

1. to meet patients with psychiatric disorders in a professional manner
2. to know the basis for treatment and support in states of crisis
3. to make a psychiatric anamnesis and to assess the psychiatric status

4. to assess the risk for suicide
5. to make initial diagnosis and treatment of acute psychiatric conditions like psychosis, depression, anxiety and addiction

The candidate should have a good knowledge of and some experience in following areas:

1. old age psychiatry
2. addiction and psychotic drug addicts
3. depressions
4. states of anxiety
5. psychoses
6. psychiatric problems related to mental retardation and acquired brain damages
7. somatic diseases which may cause psychiatric symptoms and psychosomatic conditions
8. psychiatric symptoms due to side effects of prescribed drugs
9. psychopharmacology

The candidate should have knowledge of:

1. biological, psychological and social factors of relevance for psychiatric diseases
2. the basic principles of group dynamics and team psychiatry with particular emphasis on the role of the doctor
3. personality disorders
4. psychotherapeutic methods
5. electroconvulsive therapy
6. psychiatric rehabilitation
7. child and youth psychiatry
8. forensic psychiatry
9. the Hawaii and Madrid declarations and the specific ethical problems related to psychiatry.

**TRAINING OBJECTIVES FOR FAMILY MEDICINE**

After the clinical pre-registration period the candidate should be able to handle independently:

1. acute chest pain,
2. acute respiratory problems,
3. minor injuries and diseases of the locomotor system,
4. minor surgery,
5. infectious diseases in children and adults,
6. cases involving abdominal pain, including gynaecological and urological conditions,
7. otitis and obstructive wax,
8. death at home or in institutions, and
9. issue certifications of illness and other common certifications

The candidate should also have a good knowledge of and some experience in:

1. chronic diseases, such as diabetes, cardiovascular diseases, joint and muscle diseases, asthma and allergies, thyroid disorders and anaemias,
2. skin disorders, such as eczema, psoriasis, urticaria, pityriasis and skin fungus,
3. common symptoms, such as fatigue, headache, dizziness, cough, emaciation, itching, nausea and joint and muscle pain,
4. assessment of tinnitus and impaired hearing,
5. assessment of red eyes, sight impairment, eye pain and eye injuries including foreign bodies in the eye,
6. identification and treatment of abuse of tobacco, alcohol, drugs and narcotics,
7. crisis management, and
8. depression, anxiety and sleep disorders.

The candidate should have knowledge of:

1. home health services,
2. eating disorders, and
3. activities carried out within well-baby clinics (BVC), maternal health clinics (MVC), school health services and adolescent clinics.



## LÄKARORGANISATIONERNAS KOMMENTARER TILL SOCIALSTYRELSENS FÖRESKRIFTER FÖR AT (SOFS 1999:5)

Socialstyrelsens föreskrifter för AT utgörs huvudsakligen av målbeskrivningen. Målbeskrivningsdokumentet inleds dock med ett antal viktiga övergripande föreskrifter. Läkarorganisationerna vill särskilt fästa uppmärksamheten på följande i Socialstyrelsens övergripande föreskrifter för AT.

### § 2 AT:S LÄNGD

AT-block får tillsättas för en period av längst två år, minimikravet för godkänd AT är 18 månaders tjänstgöring. En kartläggning som gjorts av Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF) och Medicine Studerandes Förbund (MSF)<sup>1)</sup> visar att huvuddelen av de AT-block som tillsatts under år 1999 inrättats på 21 månader (motsvarande heltid). En AT-period på 18 månader anses av studierektorer, handledare och AT-läkare ofta alltför kort för att kunna ge en bra utbildning.

Den tidigare detaljregleringen av frånvaro har slopats (tidigare sjättedelsregeln). AT är numera målstyrd och det är måluppfyllelsen som avgör om och hur mycket tjänstgöringen behöver förlängas vid längre frånvaro. Enligt läkaravtalet har läkaren, vid längre tids frånvaro på grund av sjukdom, föräldraledighet och militärtjänstgöring, *rätt till* förlängning av blocket om detta erfordras för att kunna uppnå kraven i målbeskrivningen.

### § 3 TJÄNSTGÖRINGSAVSNITTET ALLMÄNMEICIN

Tjänstgöringen i allmänmedicin är det längsta tjänstgöringsavsnittet. Under denna period, som ska avsluta AT, är det lämpligt att systematiskt gå igenom målbeskrivningens allmänna mål (kapitel 2) för att förvissa sig om att även dessa mål blivit täckta under AT-perioden. Eventuella brister och luckor bör diskuteras med huvudhandledaren, som ska ha ett övergripande ansvar för AT-läkarens sammanhållna kompetensutveckling.

### § 4-5 AT-BLOCKETS PROFIL

AT ska inte bara ge tillfälle till yrkesmässig träning, utan också till personlig utveckling och mognad som läkare. Kärnan i AT är de allmänna övergripande målen i målbeskrivningen och blocken kan profileras olika beroende på den enskilde AT-läkarens utbildningsbakgrund och eventuella yrkeslivserfarenhet.

## Kapitel 3:21

<sup>1)</sup> Jan Larsson, Jenny Nordin, Uppföljning av nya AT – hösten 1999

Med tanke på den korta tid som står till buds bör AT i varje enskilt fall planeras med utgångspunkt från den enskilda individens bakgrund, förutsättningar och kompetens. Fokus ska ligga på målbeskrivningen där helheten inte får gå förlorad genom verksamhetens krav under respektive tjänstgöringsavsnitt.

### § 6-7 LEDARSKAP OCH UTVECKLINGSARBETE, TEORETISK UTBILDNING

Den kliniska tjänstgöringen tillgodoser inte med automatik kunskap-sinhämtning inom alla områden som målbeskrivningen föreskriver. Det måste finnas utrymme för reflektion, enskilt och i grupp, för teoretiska studier och för träning i t ex ledarskap och utvecklingsarbete. Sådana inslag bör lämpligen löpa över hela AT-perioden. I Läkarförbundets handlingsprogram om ledarskap i läkares utbildning (se kapitel 9) ges konkreta förslag till hur utbildningen kan ges ett innehåll som svarar mot de krav på ledarskapskompetens som läkarrollen ställer.

En samordning mellan de olika tjänstgöringsavsnitten under AT är nödvändig, inte minst med tanke på målbeskrivningens allmänna mål. Den övergripande planeringen bör innefatta inslag av teoretisk undervisning i form av utbildningsdagar och seminarier såväl i rent medicinska ämnen som i ämnen av mer övergripande karaktär, som till exempel försäkringsfrågor, intygsskrivning, konsultationsteknik, etik och gamla människors speciella problem.

### § 8 GENERELL HANDLINGSPLAN

Det är arbetsgivarens ansvar att AT utformas så att kraven i målbeskrivningens allmänna och specifika delar kan uppfyllas.

Observera att Socialstyrelsen föreskriver att arbetsgivaren skall utforma en generell handlingsplan för AT. En sådan plan kan innehålla kvalitetskrav på mottagande enhet, program för introduktion av AT-läkare, en struktur för ledarskaps- och etikutbildning, mall för enskilda utvecklingssamtal och regelbundna utvärderings-/uppföljningsmöten. (Se vidare kapitel 3.)

### § 9 HANDLENING

Nyckeln till meningsfull AT ligger i handledningen. Socialstyrelsen föreskriver handledning på olika nivåer, av personlig handledare och huvudhandledare.

## Kapitel 3:22

Målbeskrivningen ska ligga till grund för ett personligt tjänstgörings- och handledningsprogram för varje AT-läkare. Detta kräver en fungerande organisation med en klar ansvarsfördelning mellan verksamhetschefer, handledare och AT-läkare.

Huvudhandledaren skall se till helheten i AT och regelbundet genomföra utvecklingssamtal med utgångspunkt från kraven i målbeskrivningen. En personlig handledare skall dessutom finnas för hjälp och stöd för kompetensutvecklingen på varje tjänstgöringsavsnitt. Rollen som personlig handledare och huvudhandledare går givetvis med fördel att kombinera. Det väsentliga är att såväl de enskilda avsnitten som helheten i AT fortlöpande följs upp och utvärderas.Handledningssamtal ska förekomma, helst en gång i veckan, under respektive tjänstgöringsavsnitt. Därutöver ska en uppföljning och utvärdering göras med huvudhandledaren efter varje delmoment (medicin, kirurgi, psykiatri och allmänmedicin).

(Handledarens roll utvecklas ytterligare under kapitel 8.)

Den övergripande planeringen kräver som regel att det finns en studierektor. Utformningen av studierektorsfunktionen inom landstingen har utvecklats olika. Grundläggande är att posten som studierektor innehas av en specialistkompetent läkare med god erfarenhet och stort intresse för utbildningsfrågor. På större kliniker och inom allmänmedicin förekommer det också att studierektor innehar huvudhandledarfunktionen.

(Studierektorsfunktionen utvecklas ytterligare i kapitel 8.)

### **§ 10 UPPFYLLELSE AV MÅLBESKRIVNINGEN**

Det åligger ansvarig verksamhetschef att skriftligen intyga att AT-läkaren uppfyller de krav som anges i målbeskrivningen för avsnittet. Detta betyder att också delar av de allmänna målen ska vara tillfredsställande uppfyllda. Måluppfyllelse för de enskilda tjänstgöringsavsnitten intygas i en särskild tjänstgöringsbok för AT som tillhandahålls av Socialstyrelsen (se kapitel 10).

Då AT idag kan vara uppdelad på olika tjänstgöringar, också inom

respektive tjänstgöringsavsnitt (medicin, kirurgi, psykiatri och allmänmedicin), är samordningen viktig.

När det t ex gäller måluppfyllelsen i varje enskilt fall, är det lämpligt med samråd mellan berörda verksamhetschefer och handledare. Vid minsta tveksamhet bör huvudhandledare och eventuell studierektor kopplas in.

Allmäntjänstgöringen skall avslutas med ett kunskapsprov som avser måluppfyllelsen i sin helhet. Från och med år 2000 finns möjlighet att ersätta den muntliga/praktiska delen av AT provet med så kallade »sit-ins«, som genomförs under varje huvudavsnitt tillsammans med den personliga handledaren (Se vidare kapitel 10).

#### **ALLMÄNNA KOMMENTARER**

För AT-läkaren gäller samma krav på god arbetsmiljö som för övrig personal.

Det är viktigt att AT-läkarens utbildningsbehov accepteras och inte blir eftersatt på grund av krav på hög sjukvårdsproduktion eller vid bemanningsproblem. Detta betyder att AT-läkaren själv i samråd med handledare och verksamhetschef bör överväga hur arbetet ska planeras med hänsyn till rimligt behov av tid för personlig handledning, egen reflektion, litteraturläsning och rådfrågning. Tid måste också finnas för patientrelaterat administrativt arbete samt för deltagande i handledd jourverksamhet.

## KAPITEL 4

# GENERELL HANDLINGSPLAN

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1999:5,1 kap. 8 §) ska arbetsgivaren utforma en generell handlingsplan som skall garantera att målbeskrivningen uppfylls i alla delar. De allmänna målen i 2 kapitlet, som inte självklart kan hänföras till något enskilt tjänstgöringsavsnitt, bör särskilt beaktas i den generella handlingsplanen. Planen bör vidare innehålla rutiner för såväl introduktion som uppföljning och utvärdering av de olika tjänstgöringsavsnitten. Den bör också innehålla ett program för teoretiska kurser samt olika nätverk och sammankomster. Vidare bör ansvarsfördelningen mellan studierektor, verksamhetschefer, handledare och den enskilde AT-läkaren klargöras vad gäller AT-blockets planering, genomförande och uppföljning.

Nedan illustreras, enligt förebild från lokal utbildningsplan för Halland (Gösta Eliasson 1998), valda exempel på vad som kan ingå i en generell handlingsplan för AT:

### **KLINIK SOM ÖNSKAR TILLHANDAHÅLLA TJÄNSTGÖRINGSPLACERING FÖR AT-LÄKARE**

Att tillhandahålla en AT-placering är ett förtroendefullt uppdrag och innebär ett åtagande att planera, handleda och avsätta tid och resurser för utbildning. För en klinik som önskar ta emot AT-läkare gäller följande:

- utbildningsansvarig läkare skall finnas utsedd på kliniken,
- studierektor med ansvar för AT-läkare skall finnas på sjukhuset
- situationen på kliniken får inte vara sådan att utbildningen åsidosätts annat än i undantagsfall,
- intresse och positiv inställning till utbildning skall finnas hos

verksamhetschef, läkare och övrig personal,

- ett skriftligt utbildningsprogram för varje AT-läkare skall finnas vid kliniken.

#### **VERKSAMHETSCHEF VID ENHET DÄR UTBILDNING AV AT-LÄKARE BEDRIVS**

- skall verka för god utbildningsmiljö för såväl handledare som AT-läkare,
- skall godkänna upprättad individuell utbildningsplan,
- skall, tillsammans med handledare, utfärda intyg om uppnådd kompetens enligt målbeskrivning.

#### **MÅLBESKRIVNINGENS ALLMÄNNA MÅL**

Ledarskapsutbildningen för läkare börjar under grundutbildningen och fortsätter under vidareutbildningen. AT-läkaren skall under utbildningstiden beredas möjlighet att bekanta sig med ledarskapsfrågor på följande sätt:

- genom att ledarskapsfrågor tas upp under den personliga handledningen,
- ledarskaps- och organisationsutvecklingskurser,
- genom insikter i klinikkens verksamhetsplanering, ekonomiuppföljning- och arbetssätt i kontakter med ledningsgrupper och politiker.

AT-läkaren skall vidare under utbildningstiden beredas möjlighet att fördjupa sig i etiska problem, bland annat genom diskussioner med huvudhandledare, deltagande i interna och externa föreläsningar och kurser som behandlar etiska frågor samt genom diskussioner under utbildningsmöten och temadagar.

AT-läkaren bör delta i intern utbildning i den utsträckning som det bedöms vara relevant för allmäntjänstgöringen. Särskilda utbildningsdagar för AT-läkare bör finnas.

#### **FÖRBEREDELSE OCH INTRODUKTION TILL AT**

En AT-läkare bör, för att effektivt komma in i sitt arbete och lära känna kliniken få en god och systematisk introduktion inför varje klinikplacering.

#### **UTVÄRDERING OCH UPPFÖLJNING**

Olika modeller för utvärdering och uppföljning av utbildningens resultat kan användas parallellt, exempelvis

- checklistor där varje moment i målbeskrivningen signeras av AT-läkaren och handledaren,
- regelbundna utvecklings/handledningssamtal med avstämning mot målbeskrivningen,
- huvudhandledaren och AT-läkaren gör under ett längre uppföljnings-samtal en gemensam bedömning av huruvida AT-läkaren uppnått målen enligt målbeskrivningen. Huvudhandledarens uppfattning om tillägnad kompetens bildar tillsammans med omdömen från den personlige handledaren från varje tjänstgöringsavsnitt utgångspunkt för bedömningen.

Utvärdering av utbildningskvaliteten ska göras efter varje tjänstgöringsavsnitt. AT-läkarens egen uppfattning om positiva och negativa aspekter bör redovisas tillsammans med handledarkommentarer. Utvärderingen är avsedd att återföras till berörda handledare, verksamhetschef och studierektor.





## KAPITEL 5

# INDIVIDUELL HANDELDNINGS- OCH TJÄNSTGÖRINGSPLAN

En individuell handlednings- och tjänstgöringsplan ska formuleras skriftligt för AT-läkaren så snart som möjligt efter antagningen (SOSFS, 1 kap, 9 §). Detta bör göras gemensamt av AT-läkaren, huvudhandledare och studierektor och i samråd med berörda verksamhetschefer.

Ett första övergripande program kan innefatta hela utbildningstiden, medan detaljplanering kan ske senare och för kortare perioder. I det övergripande tjänstgöringsprogrammet bör den totala tiden för de olika kliniktjänstgöringarna och vårdcentralplaceringen preciseras. Det kan också vara lämpligt att redan i detta skede planera för eventuella protokollförda »sit-ins«, som ersättning för den muntliga/praktiska delen av AT-provet. (Se kapitel 8 och 10.)

Planen kan behöva revideras under utbildningens gång. Minst var tredje månad bör därför studierektor, AT-läkare och berörda handledare gå igenom målbeskrivningen och anpassa den resterande tjänstgöringen till kraven i denna.

## HANDLEDNINGS- OCH TJÄNSTGÖRINGSPLAN FÖR AT - ÖVERGRIPANDE PLANERING -

Avser AT-läkare .....

Huvudhandledare är .....

Studierektor är .....

Placering	Tidsperiod	Personlig handledare	Antal schemalagda handledningssamtal under perioden	Datum för protokollfört »sit-in« *)
-----------	------------	----------------------	---	-------------------------------------

### Medicinplaceringar

a)				
b)				
c)				
d)				

### Kirurgiplaceringar

a)				
b)				
c)				
d)				

### Psykiatriplaceringar

a)				
b)				
c)				

### Allmänmedicinplaceringar

a)				
b)				

\*) Se vidare under uppslag 10/AT-prov/

## Kapitel 5:2

## KAPITEL 6

# REKOMMENDATIONER FRÅN ÄMNESFÖRETRÄDARNA

### ALLMÄNT

#### KRAV PÅ DEN UTBILDANDE ENHETEN

För att en enhet skall kunna ta emot en AT-läkare krävs handledare och studierektor. En AT-läkare bör ha tillgång till egen expedition med telefon, diktafon och dator. Det ska vidare finnas relevant litteratur och tidskrifter. Enheten bör vara SPUR-inspekterad, vilket innebär att enheten är kvalitetsgranskad av ämnesföreträdarna.

#### INTRODUKTION

AT-läkaren bör under introduktionsperioden på en enhet så snabbt som möjligt komma in i verksamheten genom en målmedveten inslussning i det dagliga arbetet med hänsyn tagen till individens egna förutsättningar och behov. Redan första dagen bör AT-läkaren träffa sin handledare och presenteras för verksamhetschef, övriga läkare, avdelningsföreståndare. Under introduktionen vid en enhet bör handledaren och AT-läkaren tillsammans komma överens om tjänstgöringsplanen.

Då AT-tjänstgöringen påbörjas på sjukhus bör de viktigaste lokala rutinerna gås igenom. Kompletterande utbildning och träning bör ges i hjärt- lungräddning samt i de övriga färdigheter som fordras för initialt omhändertagande i akutrum.

Aktuella lagar och förordningar bör gås igenom och skriftlig information om enhetens organisation, journalrutiner, jourarbete, vårdprogram och riktlinjer för samverkan inom hälso- och sjukvården bör tillhandahållas. Viss teoretisk undervisning kan förmedlas.

---

### Kapitel 6:1

Eftersom tjänstgöringstiden är kort inom de opererande och medicinska specialiteterna kan samarbete över specialistgränserna, t ex i form av en gemensam akutmånad, erbjuda bättre utnyttjande av tiden.

#### **HANDLEDNING**

Under hela tjänstgöringstiden skall AT-läkaren ha en personlig handledare som inte bara har intresse för uppgiften, utan också har praktiska möjligheter att fullgöra den. Handledaren skall vara specialistkompetent, bör ha genomgått handledarutbildning och utses lämpligen innan tjänstgöringen påbörjas.

Handledning kan ske på olika sätt. AT-läkaren ska alltid ha nära till klinisk rådgivning/instruktion, vilket innebär möjlighet att rådfråga någon kollega närhelst ett handlägningsproblem uppstår under löpande verksamhet.

Den personliga handledaren ska dessutom ta ansvar för AT-läkarens utveckling inom den aktuella specialiteten och avsätta regelbunden tid för gemensamma träffar (1-2 timmar per vecka rekommenderas). Handledaren bör också »sitta med« sin AT-läkare några gånger under tjänstgöringen då denne handlägger egna patienter eller utför ingrepp (se kapitel 8 om handledning).

Medsittning kan i vissa fall ersätta den muntliga AT-examinationen (se kapitel 10 om AT-provet).

#### **TJÄNSTGÖRING OCH TEORETISK UTBILDNING**

Jourtjänstgöring är värdefullt, förutsatt att specialistläkare finns tillgänglig på enheten. AT-läkaren bör få möjlighet att delta i enhetens fortbildningsaktiviteter. Enheten bör dessutom ordna särskilda föreläsningar/seminarier för AT-läkare kring de vanligaste tillstånden inom aktuell specialitet.

Studiebesök och auskultationer vid andra enheter och mottagningar kan också vara aktuellt.

En halv dag per vecka bör avsättas för (ostörda) enskilda studier och reflektion.

## **Kapitel 6:2**

**UTVÄRDERING**

Fortlöpande utvärdering av kunskaper och färdigheter samt tjänstgöringen i övrigt bör ske i samband med handledningen under hela AT-tiden.

Innan tjänstgöringen vid en enhet avslutas bör en sammanfattande muntlig och/eller skriftlig utvärdering ske tillsammans med handledare, verksamhetschef och studierektor (se kapitel 11).

**OPERERANDE SPECIALITETER**

Ordet kirurgi härleds ur de grekiska orden för »hand« och »arbete« och merparten av de manuella färdigheter som krävs av en legitimerad läkare skall Du tillägna Dig under tjänstgöringen i opererande specialiteter. Liksom i andra specialiteter sker utvecklingen snabbt och den diagnostiska och terapeutiska arsenalen förändras i takt med ökande kunskaper

inom t ex patofysiologi och tumörbiologi. Detta betyder att tillstånd där bot eller lindring traditionellt gavs med operativa metoder i framtiden i stor utsträckning kommer att behandlas på annat sätt. Inom överskådlig tid saknas dock alternativ till kirurgi inom stora sjukdomsgrupper bl a för behandling av solida tumörsjukdomar.

Traumatologin och det akuta omhändertagandet av vissa svårt sjuka patienter kräver dock nu och framgent gedigna kunskaper och väl inövade färdigheter för att Du som läkare skall kunna fungera som ledare i ett högt specialiserat tvärprofessionellt team som skall ta hand om den svårt skadade eller sjuka medmänniskan vid vägkanten efter en trafikolycka, i larmrummet eller under katastrofinsatser utomlands.

De kirurgiska målen kan uppnås på olika sätt. Ett bra sätt är en för opererande specialiteter gemensam introduktion där allmänna mål (§2p 2–3, p 20–23) kompletteras med lokala rutiner och utbildning/

träning i de färdigheter som fordras för det initiala omhändertagandet i akutrummet (§ 2 p 5–6, § 3 p 4, IO–II). Detta avsnitt kan genomföras på anestesianhet i samverkan med kirurg och ortoped.

### **INVÄRTESMEDICIN**

Under den korta tid som är avsatt för grundläggande klinisk träning inom de invärtes medicinska specialiteterna måste med nödvändighet tonvikten läggas på de attityder, färdigheter och kunskaper som krävs för att kunna ta hand om akut sjuka patienter. Tjänstgöringen och den kliniska träningen bör därför framför allt förläggas till akutmottagningar och akutavdelningar. Tonvikt bör också läggas på handläggning av de vanligast förekommande akuta sjukdomarna såsom hjärtkärlsjukdomar, infektioner och akuta metabola tillstånd samt kunna avgöra när brådskande handläggning är nödvändig. Dessutom bör AT-läkaren tränas särskilt att handlägga äldre patienter med flera samtidigt förekommande sjukdomar och flera ordinerade läkemedel.

### **PSYKIATRI**

Tre månader av AT-tjänstgöringen skall ske inom psykiatrin. Specialiteten psykiatri omfattar utredning och behandling av psykisk sjukdom hos vuxna. Barn- och ungdomspsykiatrin handlägger patienter upp till ca 18 års ålder. Psykiatri är en medicinsk verksamhet och det är psykiatrikerens uppgift att leda och samordna vårdinsatserna. Psykiatrin ställer speciella krav på kommunikationsförmåga och etisk medvetenhet.

Tjänstgöringens uppläggning måste anpassas efter målbeskrivningen och särskilt måste beaktas att flertalet AT-läkare ej är blivande psykiatriker. Samtliga AT-läkare går efter psykiatritjänstgöringen vidare till AT-tjänstgöring i allmänmedicin. Psykiatritjänstgöringen bör sikta på att de skall vara så väl förberedda som möjligt att uppmärksamma och handlägga psykiatriska aspekter där.

För att tjänstgöringen skall vara relevant bör psykiatrisk öppenvård ingå. Öppenvårdstjänstgöring är lämplig att lägga in viss del av varje vecka. Detta för att AT-läkaren skall kunna följa förlopp hos patienter under behandling.

## **Kapitel 6:4**

Jourtjänstgöring är värdefullt förutsatt att specialistläkare finns lättillgänglig på kliniken. AT-läkaren bör ha möjlighet att under handledning följa upp patienter från jouren polikliniskt. AT-läkaren bör också få återkoppling på inlagda patienter.

AT-läkaren bör delta i psykiatrisk konsultverksamhet vid somatiska kliniker. För den blivande »somatikern« är det värdefullt att få erfarenhet av psykiatriska aspekter vid somatisk sjukdom. Även tjänstgöring inom äldrepyskiatri ger goda möjligheter att få erfarenhet av patienter med psykisk sjukdom i kombination med olika medicinska/neurologiska sjukdomar.

Kliniken bör ordna föreläsningar/seminarier för AT-läkarna kring de vanligaste psykiatriska sjukdomarna och problemställningarna. Studiebesök och auskultationer bör ordnas t ex på barnpsykiatrisk klinik.

## **ALLMÄNMEDICIN**

Allmänmedicindelen i AT, som omfattar 6 månader, ska ge möjlighet att utveckla den allmänmedicinska kunskapens två dimensioner, individsyn och generalistkompetens.

Individsyn innebär att varje patient ses som en unik person. Det gäller här att kunna se patienten i ett större psykologiskt, socialt, existentiellt och samhällsmässigt sammanhang än vad sjukhusmiljön kan erbjuda. Det gäller också att till varje enskild vårdsökande kunna optimera de rekommendationer och vårdprogram som gäller för grupper.

Generalistkompetens innebär en bredd i kunskaperna som gör att man kan utöva läkaryrket i skilda sammanhang med tillgång till de centrala medicinska kunskapsfälten. Under AT i allmänmedicin syntetiseras och konsolideras de tidigare förvärvade delkunskaperna i syfte att ge sammanhang och överblick. Det gäller kunskaper och färdigheter vad gäller prevention, diagnostik och behandling inom många olika områden med högre krav för vanliga sjukdomar.

Under vårdcentralstjänstgöringen börjar AT-läkaren ta allt fler beslut på egen hand och upplever sig mera som självständig läkare. Han/hon kommer att utöka sina kunskaper företrädesvis om omhändertagandet av patienter med kroniska sjukdomar och med vanliga åkommor och sjukdomar.

AT-läkaren ska under denna tid sträva att utveckla ett patientcentrerat synsätt och att förstå patient-läkarrelationens betydelse.

Träning ska ges i att omhänderta oselektade patientfall och att prioritera dessa efter behov samt att avgöra när provtagning eller insatser av annan specialist krävs.

AT-läkaren ska under vårdcentralstjänstgöringen också utveckla sin konsultationsfärdighet, vilken tränas bäst med hjälp av regelbunden videoinspelning och/eller medsittning under patientbesöken, följt av samtalsanalyser tillsammans med handledaren.



## REKOMMENDATIONER OM TJÄNSTGÖRINGENS UPPLÄGGNING UTIFRÅN MÅLBESKRIVNINGENS KRAV

### FÖR SAMTLIGA SPECIALITETER

MÅLFORMULERING	TJÄNSTGÖRING UNDER HANDLEDNING INOM:	ÖVRIGT
<i>2 kap Allmänna mål (SOSFS 1999:5)</i>		
<p>1 § ... att uppnå god förmåga att självständigt och med hög säkerhet kunna utföra de medicinska basrutinerna i hälso- och sjukvården.</p> <p>2 §, p 1 ... behärska diagnostik och principerna för terapi av de vanligaste sjukdomstillstånden inom verksamhetsområdena medicin, kirurgi, psykiatri och allmänmedicin.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allmänkirurgisk basavdelning (kortvårdsavdelning, akutvårdsavdelning) samt mottagning.</li> <li>- Enhet för medicinska sjukdomar inkl kompletterade studiedagar</li> <li>- Enhet för psykiatrisk öppen och sluten vård</li> <li>- Allmänmedicinsk enhet med brett besöksmönster</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Videoinspelade patientsamtal och/eller sit in med träning av konsultationskunskap</li> <li>- Kompletterande extern och intern utbildning och egna studier.</li> </ul>
2 §, p 2-5 ... på egen hand primärt kunna handlägga livshotande akuta tillstånd, initialt kunna leda arbetet på ett akutrum, kunna leda arbetet i en mindre grupp och korrekt kunna rapportera akut sjuka patienter till bakjour samt mottagande enheter.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kirurgisk, (inkl ortopedi och andra opererande specialiteter) medicinsk och psykiatrisk akutmottagning i närvaro av specialistkompetent kollega</li> <li>- Jour vid allmänmedicinsk enhet med tillgång till specialistkompetent kollega</li> </ul>	
2 §, p 6-7 ... vara väl förtrogen med rutinerna i kliniskt arbete och behärska anamnesupptagning, somatiskt status, receptskrivning och remitteringsförfaranden, ha kännedom om vanliga radiologiska undersökningsmetoder och laboratorieprovers möjligheter och begränsningar i olika kliniska situationer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allmänkirurgisk basavdelning</li> <li>- Medicinsk vårdavdelning där diagnostisk utredningsverksamhet bedrivs</li> <li>- Enhet för psykiatrisk öppen och sluten vård</li> <li>- Allmänmedicinsk enhet med brett besöksmönster</li> </ul>	

## FÖR SAMTLIGA SPECIALITETER (FORTS.)

MÅLFORMULERING	TJÄNSTGÖRING UNDER HANDLEDNING INOM:	ÖVRIGT
2 §, p 12-14 ... ha fått en god förståelse för vikten av att tidigt beakta alkohol- och narkotikamissbruk liksom oönskade effekter av läkemedel, kunna känna igen tillstånd som kan ha förorsakats av våld, känna till problem och behov som kan vara särskilt utmärkande för olika etniska minoriteter och flyktingar i hälso- och sjukvården.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kirurgisk akutmottagning</li> <li>- Medicinsk akutmottagning där det primära och akuta handläggandet av detta sker</li> <li>- Missbruksenhet och flyktingpsykiatrisk mottagning</li> <li>- Allmänmedicinsk enhet med brett besöksmönster</li> </ul>	- Intern/extern utbildning och studiebesök.
2 §, p 15-19 ... vara medveten om sjukhushygienens betydelse, ha förvärvat erfarenhet av preventivt patientarbete, framför allt på individnivå, kunna upprätthålla ett bra samarbete med andra discipliner och serviceorgan inom hälso- och sjukvården.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allmänkirurgisk basavdelning (motsv) samt auskultation hos sjukhushygieniker/hygiensjuksköterska</li> <li>- Akutmedicinsk enhet med brett diagnosmönster</li> <li>- Teampsykiatri</li> <li>- Allmänmedicinsk enhet med brett besöksmönster</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontakt med allmänläkarkonsult/motsv. samt</li> <li>- Konferenser och studiebesök hos kommunens hemsjukvård och sjukvårdsförvaltning, försäkringskassa m fl</li> </ul>
2 §, p 20-23 ... ha god kännedom om de lagar, förordningar och andra författningar, t.ex. de bestämmelser som reglerar sekretess och tystnadsplikt, som är av betydelse för arbetet inom hälso- och sjukvården och för läkarens förhållande till patienten, ha förvärvat erfarenheter av IT-baserat verksamhetsstöd för dokumentation, uppföljning och beslutsfattande, ha kännedom om metoder och tillvägagångssätt vid kliniskt förändringsarbete, samt ha kännedom om metoder som bidrar till att sjukvården bedrivs kostnadseffektivt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utarbeta utkast till rättsintyg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduktionsdagar</li> <li>- Studiedagar</li> <li>- »Strimma« motsvarande en veckotimme</li> </ul>

**FÖR OPERERANDE SPECIALITETER**

<b>MÅLFORMULERING</b>	<b>TJÄNSTGÖRING</b>
<i>3 kap Opererande specialiteter (SOSFS 1999:5)</i>	
2-5 § ... tjänstgöringen ska med betoning på akuta tillstånd ge grundläggande kunskaper om handläggning av de medfödda och förvärvade sjukdomar som behandlas med kirurgiska metoder.	Målen uppnås genom tjänstgöring på akutmottagning för opererande specialiteter (främst kirurgi och ortopedi) samt genom tjänstgöring på kirurgisk akutsårdsavdelning. Vidare genom tjänstgöring under handledning på strukturerad nybesöksmottagning inom kirurgi och ortopedi samt vid gästronder; t ex tumörrender för handläggning av misstänkt bröstcancer, röntgenrender, rond på smärtenhet och auskultation vid gastrointestinal endoskopienhet. Vidare ingår assistans vid laparoskopisk och öppen bukkirurgi, bräckkirurgi och ortopedisk kirurgi.
3 § p 4, 10-II ... AT-läkaren ska ha god kännedom och viss erfarenhet av vätskebalans och chockbehandling, orotrakeal intubation och lumbalpunktion.	Dessa avsnitt kan genomföras på anestesienhet i samverkan med kirurg och ortoped.

## FÖR INVÄRTESMEDICINSKA SPECIALITETER

### Kapitel 6:10

MÅLFORMULERING	TJÄNSTGÖRING
<i>4 kap. Invärtesmedicinska specialiteter (SOSFS 1999:5)</i>	
1 § ... tjänstgöringen skall ge grundläggande kunskaper och praktisk utbildning i diagnostik och handläggning av medicinska sjukdomar med stark betoning på akuta tillstånd och sjukdomstillstånd hos äldre patienter.	Dessa mål uppnås genom tjänstgöring på akut vuxenmedicinsk enhet samt medicinsk akutmottagning. Av stor vikt är att patienternas åldersstruktur är den man normalt ser. Akutgeriatrisk enhet är även lämplig.
2 §, p1-II ... efter fullgjord tjänstgöring ...självständigt kunna utföra/handlägga vid mottagning för akut jourverksamhet och vid motsvarande vårdenheter ... <b>invärtesmedicinska akuta tillstånd och sjukdomar som listas i målbeskrivningen.</b>	Dessa mål uppnås genom tjänstgöring på medicinsk akutmottagning helst med en akut eller intermediär avdelning kopplad till denna. Fördjupning av kunskapen ernås bäst vid akutmedicinska specialavdelningar för kardiologi, endokrinologi, reumatologi, nefrologi, gastroenterologi, hematologi, geriatrik, infektionssjukdomar och neurologi.
3 §, p 1-7 ... efter fullgjord tjänstgöring ...ha god kännedom om och viss erfarenhet av rutinmässiga kontroller av patienter med diabetes mellitus, hypertoni, perifer arteriell insufficiens, hyper- och hypothyreos, artros, anemi och demens.	Dessa kunskaper skaffas bäst på stor och bred allmän internmedicinsk klinik alternativt genom rotation på internmedicinska specialavdelningar. Emellertid torde tjänstgöringar kortare än 1 månad ha begränsat värde.
4 §, p 1-8 ... efter fullgjord tjänstgöring...ha kännedom om Parkinsons sjukdom, speciella problem med immunsupprimerade patienter, diagnostik och behandling av reumatoid artrit och SLE, agranulocytos, leukemi, ikterustillstånd, utredning av hemat- och proteinuri och kronisk njurinsufficiens.	Dessa kunskaper erhåller AT läkaren lämpligast genom utbildningsseminarier och bokstudier som bör erbjudas under utbildningstiden för AT.

**FÖR PSYKIATRI**

<b>MÅLFORMULERING</b>	<b>TJÄNSTGÖRING</b>
<i>5 kap Psykiatri (SOSFS 1999:5)</i>	
2 §, p 1-3 ... bemöta patient med psykisk störning professionellt ... krisbearbetning ... stödsamtal ... utföra psykiatrisk anamnes och bedöma psykiskt status.	Tjänstgöring på allmänpsykiatrisk klinik. God handledning. Videoinspelning eller »sit in« med handledare.
2 §, p 4-6 ... bedöma suicidrisk ... inledande diagnostik och behandling av akuta psykiatriska tillstånd ... bedöma indikation för och utfärda vårdintyg ...	Jourtjänstgöring med lätt tillgänglig bakjour.
3 §, p 1 ... god kännedom och viss erfarenhet av äldrepsykiatri.	Tjänstgöring inom äldrepsykiatri alt handläggning av äldre patienter inom allmänpsykiatrisk öppen och slutenvård.
3 §, p 2 ... god kännedom och viss erfarenhet av beroendesjukdomar och psykiskt störda missbrukare.	Tjänstgöring på missbruksenhet.
3 §, p 3-4 ... god kännedom och viss erfarenhet av förstämningstillstånd och ångestsjukdomar.	Tjänstgöring inom företrädesvis psykiatrisk öppenvård. Gärna uppföljning av patienter från akutmottagningen med depressions- resp ångesttillstånd under handledning.
3 §, p 5-6 ... god kännedom och viss erfarenhet av psykoser och psykiatriska problem vid psykisk utvecklingsstörning och förvärvade hjärnskador.	Tjänstgöring inom psykosverksamhet och psykiatrisk akutvårdsavdelning.
3 §, p 7-9 ... god kännedom och viss erfarenhet av somatiska sjukdomar som kan ge psykiska symtom ... psykosomatiska tillstånd ... psykiska symtom som biverkan av läkemedel ... psykofarmakologi.	Delta i konsultarbete på somatiska kliniker. Psykiatrisk öppen och slutenvård. Äldrepsykiatri.
§ 4, p 7 ... kännedom om barn- och ungdomspsykiatri.	Auskultation eller studiebesök på barn- och ungdomspsykiatrisk klinik.
§ 4, p 9 ... kännedom om ... psykiatrins etiska frågeställningar.	Under handledarsamtal.

## FÖR ALLMÄNMEDICIN

MÅLFORMULERING	TJÄNSTGÖRING
<i>Kap 6 Allmänmedicin (SOSFS 1999:s)</i>	
<p>1 § ...tjänstgöringen skall ge grundläggande kunskaper om utredning och behandling av de vanligaste sjukdomarna i alla åldersgrupper och förmåga att handlägga oselekerade patientproblem. En central uppgift är vård av kroniskt sjuka och gamla.</p> <p>Under det allmänmedicinska tjänstgöringsavsnittet skall tillämpning och fördjupning av kunskaper och färdigheter från föregående avsnitt betonas. AT-läkarens förmåga till kommunikation, information, empati och självkänedom samt förmåga att aktivt söka och inhämta ny information och nya kunskaper skall särskilt tränas.</p>	<p>Huvudsakligen genom arbete under handledning med egna patienter vid allmänmedicinsk enhet med brett besöksmönster samt med användning av videoinspelade patientsamtal och/eller sit-in.</p>
<p>2 § p 1-9 ...AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt självständigt kunna handlägga</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. akuta bröstsmärtor,</li> <li>2. akuta andningssvårigheter,</li> <li>3. lindriga skador och sjukdomar i rörelseorganen,</li> <li>4. fall inom lilla kirurgin,</li> <li>5. infektionssjukdomar hos barn och vuxna,</li> <li>6. fall med buksmärter inklusive gynekologiska och urologiska tillstånd,</li> <li>7. otiter och vaxpropp,</li> <li>8. dödsfall i hem eller på institution, och.</li> <li>9. utfärdande av vårdintyg och andra vanligt förekommande intyg</li> </ol>	<p>Huvudsakligen genom arbete under handledning och/eller bakjour med egna patienter vid allmänmedicinsk enhet med brett besöksmönster såväl dagtid som under jour.</p>

**FÖR ALLMÄNMEDICIN (FORTS.)**

<b>MÅLFORMULERING</b>	<b>TJÄNSTGÖRING</b>
<p>3 § p 1-8 ...AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt ha god kännedom om och viss erfarenhet av</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kroniska sjukdomar såsom diabetes, hjärt/kärlsjukdomar, led/muskel sjukdomar, astma/allergier, thyreoidea-sjukdomar och anemier,</li> <li>2. hudsjukdomar såsom eksem, psoriasis, urticaria, pityriasis och hudsvamp</li> <li>3. vanliga symptom som trötthet, huvudvärk, yrsel, hosta, avmagring, klåda, illamående och led/muskelvärk</li> <li>4. bedömning av tinnitus och hörselnedsättning,</li> <li>5. bedömning av röda ögon, synnedsättning, ögonsmärter och ögonskador inklusive främmande kropp i ögat</li> <li>6. identifiering och behandling av missbruk av tobak, alkohol, läkemedel och narkotika,</li> <li>7. krisbehandling och</li> <li>8. depression, ångest och sömnstörningar.</li> </ol>	<p>Till största delen genom arbete under handledning med egna patienter vid allmänmedicinsk enhet med brett besöksmönster men delvis även genom intern/extern utbildning och egna studier.</p>
<p>4 § p 1-2 ... AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt ha kännedom om</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. hemsjukvård</li> <li>2. ätstörningar, och</li> <li>3. verksamhet inom barnavårdscentral (BVC), mödrahälsovårdscentral (MVC), skolhälsovård och ungdomsmottagning.</li> </ol>	<p>Till största delen genom intern/extern utbildning, studiebesök på BVC, skolhälsovård, BUP samt dessutom genom arbete under handledning med egna patienter vid allmänmedicinsk enhet med brett besöksmönster.</p>

## HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSLAGSTIFTNING SOM VARJE LÄKARE BÖR KÄNNA TILL

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen är omfattande och detaljerad och varje år sker åtskilliga ändringar i författningarna. För att veta vad som gäller är det därför viktigt att följa utvecklingen. Nedan följer ett urval av de viktigaste lagarna och förordningarna. Andra bestämmelser som är minst lika viktiga är Socialstyrelsens författningar. Socialstyrelsens möjlighet att utfärda föreskrifter och allmänna råd är föreskrivet i lag. Föreskrifterna är således bindande för den de riktar sig till. Socialstyrelsens allmänna råd är generella rekommendationer och därför inte bindande, men anses ändå ha stor tyngd.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd finner man på Socialstyrelsens hemsida [www.sos.se](http://www.sos.se) . Övriga författningar går att söka under Rixlex på Riksdagens hemsida [www.riksdagen.se](http://www.riksdagen.se) .

- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
- Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
- Sekretesslag (1980:100) (särskilt kap 1,7,14 och 15)
- Patientjournalagen (1985:562)
- Lag (1962:381) om allmän försäkring ( särskilt kap 3,4,7 och 20)
- Lag (1976:380) om arbetsskadeförsäkring
- Smittskyddslagen (1988:1472)
- Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
- Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
- Lag (1988:870) om vård av missbrukare
- Transplantationslagen (1995:831)
- Obduktionslagen (1995:832)
- Lag (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död
- Socialtjänstlagen (1980:620) (särskilt 71§)
- Läkemedelslagen (1992:859)
- Lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m m
- Etiska deklARATIONER för hälso- och sjukvården
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd



## **KAPITEL 7**

# **LOKAL PLANERING OCH UPPFÖLJNING**

**UNDER DETTA KAPITEL SAMLAS  
DOKUMENTATION OM LOKALA AKTIVITETER SÅSOM**

- INTRODUKTIONSPROGRAM**
- CHECKLISTOR**
- LOKALA UTBILDNINGSAKTIVITETER**
- FORMULÄR FÖR UTVÄRDERING OCH  
UPPFÖLJNING**
- LISTA ÖVER KONTAKTPERSONER MM**



## **KAPITEL 8**

# **PERSONLIG LOGGBOK**

**UNDER DETTA KAPITEL SAMLAS DOKUMENTATION AV DEN  
PERSONLIGA KOMPETENSUTVECKLINGEN I FORM AV**

- CHECKLISTOR**
- KURS- OCH TJÄNSTGÖRINGSINTYG**
- PROJEKTARBETEN**
- HANDLEDNING**
- EGEN UNDERVISNING**
- OMDÖMEN OCH UTLÅTANDEN**



## KAPITEL 9

# HANDEDNING

### HANDEDARFUNKTIONEN

Nedanstående text är ett utdrag ur Läkarförbundets program »Handledning under läkares vidareutbildning«. Programmet kan rekvireras i sin helhet från Läkarförbundets kansli eller laddas hem från förbundets hemsida (se uppslag 19).

### HANDEDARENS UPPGIFTER

Handledning under AT och ST kan beskrivas som en process där handledaren med stöd av sina större kunskaper och erfarenheter hjälper underläkaren att utvidga och förfina dennes egna kunskaper, färdigheter och attityder.

Att vara handledare innebär ett omfattande åtagande. Det ställer stora krav och spänner över ett brett spektrum. Handledaren förväntas vara vägvisaren, den gode lyssnaren, den återkopplande kritikern, kunskapskällan, förebilden i yrkesroll och attityder samt »advokaten« gentemot omvärlden (för att underläkaren ska få åka på kurs, få rätt arbetsuppgifter etc). Handledaren måste se utvecklingen över tiden för att kunna föreslå de rätta momenten för fortsättningen.

### HANDEDNINGSKONTRAKT OCH UPPFÖLJNING

Ett handledningsuppdrag och en handledningsrelation skall börja med en utförlig diskussion mellan handledaren och den handledde. Därvid måste man utforma dels en individuell tjänstgörings- och utbildningsplan, dels en överenskommelse om hur handledningen skall läggas upp.

Tjänstgöringsplanen skall innehålla en strukturerad tidplan för tjänstgöringsplaceringar, uppdrag, kurser m m. Denna plan involverar förutom underläkaren och handledaren en rad andra personer som verksamhetschef, studierektor, instruktörer för enskilda moment i utbildningen, kursgivare m fl.

Handledningen, dvs tvåpartsrelationen mellan handledare och handledd, måste likaså struktureras med utrymme för regelbundna utvecklingssamtal, uppföljnings- och kontrollstationer. Diskussionen utgår från underläkarens redan uppnådda kunskaper, attityder och färdigheter. Syftet är att teckna en bild av vilka starka och svaga sidor som finns och därvid vilka behov som handledningen skall fylla. Den skall utmytna i en överenskommelse eller »kontrakt« om handledningens utformning.

Även den handledde har givetvis ett stort ansvar och måste vara aktiv i planeringsarbetet för att handledningen skall kunna läggas upp på ett riktigt sätt.

Återkommande uppföljning är nödvändig för att kontrollera mot den uppgjorda tjänstgöringsplanen vad som fungerar och vad som måste modifieras. Ju större andel av utbildningstiden som förflutit, desto kortare tid återstår för att korrigera. Därför är det mycket viktigt med tidiga och täta uppföljningar. Uppföljning har dessutom ett värde i sig som en träning i att ge och ta kritik.

Lika viktigt som den utförliga diskussionen i handledningens början är att hela handledningsuppdraget får ett konkret slut, där man summerar och avslutar den speciella relationen mellan handledare och handledd.

#### **KRAV PÅ HANDEDAREN**

Handledaren ska vara en specialistkompetent läkare.

Handledare för AT och ST bör ha genomgått utbildning till handledare. Sådan utbildning finns dock ännu inte i tillräcklig omfattning. Allmänmedicinen var tidigt ute med att införa handledarutbildning, och här betraktas det som självklart att både handledaren och den som skall handledas utbildas för sina respektive roller. Kurser har

utvecklats med delvis gemensamma avsnitt för både handledare och handledda.

Med de höga krav som ställs på handledare bör handledaruppdraget betraktas som en värdefull merit. Handledaruppdraget måste dokumenteras och värderas, så att de kan vägas in vid diskussioner om befordran eller vid ansökan om annan tjänst.

#### **HANDLEDNINGSORGANISATIONEN**

En utbyggd organisation med handledare och studierektorer samt en klar ansvarsfördelning och fungerande rutiner krävs för att alla delar av den omfattande process som handledningen är skall kunna fungera. Många personer är involverade, och det måste finnas en genomtänkt plan för olika tjänstgöringsstationer med beaktande av patientunderlag, tillgång till specialistkompetenta läkare som instruktörer/handledare och scheman med en lämplig fördelning av mottagning, avdelningsarbete och jour.

#### **FORTSATT FÖRBÄTTRING AV HANDLEDNINGEN**

På många kliniker fungerar handledningen redan i stort sett tillfredsställande. På andra ställen har man inte kommit lika långt. Denna korta sammanfattning kan tjäna som stöd i arbetet att förbättra handledningen.

- Handledning av underläkare måste få en högre och jämnare kvalitet och status över hela landet.
- Alla sjukvårdsinrättningar som har ansvar för någon form av handledning bör ingå i en organisation med studierektorer.
- Alla handledare skall få återkommande handledarutbildning.
- Handledning skall alltid ske inom ramen för handledarens och den handleddes ordinarie arbetstid.
- Uppdrag som handledare medför ett särskilt ansvar och ett utvidgat åtagande. Det indikerar också att handledare bedöms ha hög kompetens, både yrkesmässigt och pedagogiskt. Dessa faktorer skall enligt allmänt accepterade principer beaktas vid lönesättningen.

## STUDIEREKTORSFUNKTIONEN

Nedanstående text är ett utdrag ur Läkarförbundets program »Handledning under läkares vidareutbildning«. Programmet kan rekvireras i sin helhet från Läkarförbundets kansli eller laddas hem från förbundets hemsida (se kapitel 19).

Det måste finnas en klar ansvarsfördelning mellan verksamhetschef, handledare och läkare under utbildning om alla delar i den omfattande process som vidareutbildningen är, skall fungera. För att utbildningen skall hålla en god kvalitet bör det, inom varje förvaltningsområde eller motsvarande, finnas en övergripande handlingsplan för underläkarnas kompetensutveckling. Tjänstgöringen bör vara varierad och mångsidig för att alla delar i målbeskrivningen skall kunna täckas in. Det ska finnas möjlighet till kompletterande teoretisk utbildning och litteraturstudier. Handledningen måste fungera.

För en god övergripande planering krävs en studierektorsfunktion. Utformningen av studierektorsfunktionen inom landstingen har utvecklats olika i olika delar av landet. Grundläggande och gemensamt för alla är att posten innehas av en specialistkompetent läkare med god erfarenhet av och stort intresse för utbildningsfrågor.

### STUDIEREKTORS ROLL OCH UPPGIFT

Som redan nämnts, måste det finnas en genomtänkt plan för hur de olika momenten i läkares vidareutbildning ska hanteras. En viktig uppgift för studierektor är att ansvara för en sådan övergripande planering.

### VIKTIGA ARBETSUPPGIFTER FÖR STUDIEREKTOR KAN VARA ATT

- vara sakkunnig och rådgivande vid dimensionering, rekrytering och tillsättning av AT-anställningar,
- medverka vid tjänstgöringsplacering av AT-läkare,
- verka för en god samordning av AT inom olika delar av landstinget eller motsvarande,
- se till att klinikerna utformar personliga tjänstgöringsplaner,
- se till att det vid klinikerna utses en personlig handledare för varje AT-läkare,
- medverka vid framtagandet av introduktionsprogram för AT-läkare,

## Kapitel 9:4



- bistå klinikerna att rekrytera handledare,
- tillse att handledare får utbildning och stöd för sin uppgift,
- vara tillgänglig för underläkare och handledare, om problem vad gäller tjänstgöring eller handledning skulle uppstå,
- verka för att utbildningssammanskomster anordnas i form av temadagar inom områden som läkares ledarskap, etik, patient- och läkarkommunikation, datateknik,
- uppmuntra AT-läkare att bilda nätverk,
- uppmuntra handledare att bilda nätverk,
- verka för att tid finns avsatt för handledning och teoretiska studier,
- verka för att det finns tillgång till studiehjälpmedel som facklitteratur, tidskrifter och IT,
- verka för en god arbets- och utbildningsmiljö på alla enheter där AT bedrivs,
- utforma och genomföra uppföljning och kvalitetskontroll av AT.

## VÄGVISARE FÖR HANDLEDNING

*(efter inspiration från studierektor Kjell Furugård, medicinska kliniken, Falu lasarett)*

- Allmäntjänstgöringen syftar till att hos den nyutexaminerade läkaren skapa en syntes av kunskaper, praktiska färdigheter och förhållningssätt som kan ge patienten ett omhändertagande med hög medicinsk och mänsklig kvalitet. God vidareutbildning kräver en fungerande handledning; kärnan är en dialog mellan Dig och en mer erfaren läkare om medicinens teori och praktik, möjligheter och begränsningar.
- AT-läkaren har författningsenlig rätt till handledning; denna är även en förutsättning för att tjänstgöringen slutligen ska godkännas som vidareutbildning.
- Handledningen syftar till att komplettera Din kunskapsbas med färdighetsträning, och att integrera teori och praktik. Handledaren ska stödja och komplettera kompetensutvecklingen samt se till att vunna erfarenheter dokumenteras. Att undervisa, lära ut tekniker etc ingår naturligen, men är endast en del av handledaruppgiften – som ofta kan delegeras.
- Handledningen är det instrument med vilket målbeskrivningen förverkligas: teoretiska och praktiska kunskaper byggs, kunskapsynen utvecklas, kritisk faktavärdering tränas. Samtalskonst, förmåga att förmedla kunskap, yrkesroll och attityder ska förfinas, liksom förmågan att formulera och analysera etiska frågeställningar. Patient-läkarrelationen tränas. Därtill kommer småningom träning i administrativa arbets- samt ledningsuppgifter.
- Handledaren ska fungera som vägvisare, lyssnare, återkopplande kritiker, kunskapskälla, förebild och »advokat«; allt över tiden, rätt moment i rätt tid.

- Det finns från start dels en strukturerad tidsplan, dels en utsedd handledare. Planen berör förstås även verksamhetschef, schema läggare, studierektor, kursgivare etc. Tid ska bestämmas för samtal, uppföljnings- och kontrollstationer.
- Bilden av Dina starka och svaga sidor bör styra handledningens innehåll. Vid uppföljning bedöms om utbildningsplanen fungerar, med eventuella korrekitioner. Då målsättningen är uppfylld ska handledningsuppdraget avslutas med en summering av uppnådda resultat.
- Numera finns möjlighet att ersätta det praktiska/muntliga momentet i AT-provet med protokollförda så kallade medsittningar (sit-in). I handledning som utförs regelbundet och professionellt kan dessa medsittningar utgöra ett värdefullt moment. En förutsättning är emellertid att handledare och AT-läkare går igenom AT-nämndens mall för bedömning och sit-in i förväg (se kapitel 10) och att syftet ordentligt klargörs.
- Du bör ha regelbundna kontakter med handledaren, minst ett par gånger i månaden. Du ska med handledaren planera möten på avsatt tid i god tid. Lämna gärna några dagar före mötet handledningsunderlag (=vad Du vill ta upp) till handledaren; utbytet blir oftast mycket bättre då. Samtalen kan antingen utgå från något exempel (från fall, epikris, bedside-problem, litteratur) eller som rent utvecklingssamtal t ex utgående från listan nedan.
- Du har »skyldighet att på eget ansvar och initiativ inhämta nödvändiga kunskaper«, eller kräva att dessa färdigheter delges under tjänstgöringen.
- Schemalagda utbildningsaktiviteter vid kliniken är obligatoriska! Eventuellt förhinder att närvara bör diskuteras med handledaren i förväg (i den mån det inte faller utanför ordinarie schema p g a jourkomp etc).

## **FÖRSLAG TILL OMRÅDEN ATT PENETRERA VID HANDEDAR-SAMTAL**

Detta är förslag till områden att diskutera för att strukturera handledningssamtal/-utvecklingssamtal. Handledaren och AT-läkaren bör gemensamt föra minnesanteckningar som stöd för fortsatta samtal.

1. **INTERVJUTEKNIK OCH UNDERSÖKNINGSTEKNIK**
2. **PRAKTISKA FÄRDIGHETER**  
Enligt målbeskrivningen
3. **TEORETISKA KUNSKAPER**  
Se målbeskrivningen
4. **INFORMATIONSTEKNIK**  
Förmågan att informera patient och anhöriga om aktuell sjukdomsbehandling, prognos, nödvändiga undersökningar och hur dessa går till.
5. **SAMARBETE MED KOLLEGER**  
Konsultation av äldre kolleger på adekvat nivå, tidpunkt m m.  
Överrapportering av patienter.  
Ansvar för att uppföljning av patienter fungerar.
6. **SAMARBETE MED ANNAN PERSONAL**  
Förmåga att lyssna till personalens synpunkter  
Förmåga att ge ordinationer på ett tydligt och adekvat sätt  
Förmåga att organisera utredningar och undersökningar
7. **KÄNNEDOM OM EGNA REAKTIONER OCH BEGRÄNSNINGAR SAMT ATTITYDER TILL PATIENTER, ANHÖRIGA OCH PERSONAL**  
Se förslag
8. **ALLMÄNT UPPTÄDANDE OCH OMDÖME**

9. DELTAGANDE VID OBLIGATORISKA MÖTEN OCH INTERNA KONFERENSER
10. SYNPUNKTER PÅ EGNA FÖREDRAG, LITTERATURREFERAT ETC
11. LÄSNING AV FACKTIDSKRIFTER OCH FACKLITTERATUR
12. ENGAGEMANG I ARBETET OCH FÖRMÅGA ATT TA EGNA INITIATIV
13. FRAMTIDA PLANER, SPECIALINTRESSEN OCH ÖNSKEMÅL
14. INSIKTER I SJUKVÅRDSEKONOMI, ADMINISTRATION ETC

## UNDERLAG FÖR HANDLEDNING – MER DEN PERSONLIGA UTVECKLINGEN –

*(efter inspiration från studierektor Kjell Furugård, medicinska kliniken, Falu lasarett)*

För att få något underlag för samtalen runt den mer personliga utvecklingen av läkarrollen kan det vara till hjälp både för handledaren och Dig som blir handledd att utgå från Din egen bedömning av vad Du vill och kan. En av tankarna med handledning är ju att Du ska komma underfund med såväl Dina starka sidor (och utnyttja dem) som Dina svaga sidor (och bearbeta/kompensera dem). Tänk igenom detta i god tid före tjänstgöringen, tag gärna med formuläret till det första handledningssamtalet. Handledaren sparar det för uppföljande samtal. Du ska ha det åter då Du lämnar planeringen.

1. Vilka egenskaper gör Dig till en bra läkare? (=det här är jag nog bra på!)

---

---

---

---

2. Vilka egenskaper hos Dig tror Du patienterna uppskattar?

---

---

---

---

3. Vilka egenskaper hos Dig gör Dig till en bra medarbetare i Ditt arbetslag?

---

---

---

4. Vilka egenskaper hos Dig vill/bör Du utveckla mer? (=och det här måste jag nog jobba med).

---

---

---

5. Anser Du att Du hittills under AT-blocket fått tillräcklig handledning?

---

---

---

6. Några önskemål inför den närmaste tiden under AT-blocket?

---

---

---

8. Övrigt Du vill ta upp under handledningssamtalen?

---

---

---

---



## KAPITEL 10

# LEDARSKAP I LÄKARES UTBILDNING

Nedanstående text är ett hämtad från Läkarförbundets program »Ledarskap under läkares utbildning«, 1999. Programmet kan rekvideras i sin helhet från Läkarförbundets kansli eller laddas hem från förbundets hemsida (se kapitel 19).

Läkarrollen befinner sig i snabb förändring. De förutsättningar som möter dagens nyutbildade läkare skiljer sig radikalt från dem som gällde för läkare verksamma för något årtionde sedan. På flera sätt har dessa förändringar med ledarskap att göra. Både på ett organisatoriskt (t ex hälsoekonomi och kvalitetsutveckling) och på ett individuellt plan (förmåga att samarbeta med, och leda, medarbetare i vardagen) har läkare mycket att lära. Vårdens chefer och blivande chefer besitter alltför ofta otillräckliga kunskaper i ekonomi och administration, samtidigt som läkare – speciellt unga läkare – kan ha svårt att finna en roll i vårdens vardagsarbete som ger inflytande och en fast förankring i organisationen.

En bärande idé i Läkarförbundets ledarskapsprogram är att olika ledarskapsrelaterade kompetensområden, t ex självkännedom, insikter i gruppdynamik, administration och ekonomi, ska introduceras på ett tidigt stadium och tränas och fördjupas i kommande stadier. Exempelvis kan ett hälsoekonomiskt perspektiv introduceras i grundutbildningen, men tränas på allvar först under specialiseringstjänstgöringen. Andra moment, t ex personlig utveckling, bör både introduceras och tränas under grundutbildningen.

**ALLMÄNTJÄNSTGÖRINGEN**

Allmäntjänstgöringen markerar ett viktigt steg i utvecklingen av en läkares yrkesidentitet. Många läkare väljer då också sin kommande specialitet. Allmäntjänstgöringen har dock begränsningar. Tjänstgöringstiden vid placeringarna är kort, introduktion och handledning alltför ofta bristfällig. Det är därför extra viktigt att de unga läkarna inte växer in i en roll som »någon som bara är på besök«. Läkares främlingskap gentemot organisationen är ett generellt bekymmer. Organisatorisk anknytning är en av de viktiga grundbultarna i en ny professionell identitet. En god handledning och kontinuerlig feedback är helt avgörande för om nya generationer läkare skall utvecklas mot det målet.

**MÅLBESKRIVNINGEN FÖR AT**

Målbekrivningen för AT uttrycker långtgående ambitioner vad gäller administration och arbetsledning. Socialstyrelsen föreskriver följande i en särskild paragraf om utbildning i ledarskap och utvecklingsarbete:

»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 kompetensutveckling på arbetsplatsen. Under AT skall särskild vikt läggas vid att AT-läkaren regelbundet ges tillfälle till fördjupad reflektion och erfarenhetsutbyte samt till diskussion om den egna läkarrollen.«

**LEDA SJUKVÅRDSARBETE I MINDRE GRUPP**

Ett förslag på hur AT-läkaren kan träna ledarskap i den här bemärkelsen är att leda ronder med övriga läkare, kurator, sjukgymnast m fl (s k »storrond«). Ett annat är att leda arbetet kring enskild svårt sjuk patient, exempelvis patienter med hjärtinfarkt eller chockpatienter på akutmottagning. Några gånger per placering bör handledare vara närvarande för att kunna ge feedback på AT-läkarens arbetsledande insatser.

**KÄNNEDOM OM SJUKVÅRDENS ORGANISATION**

Allmäntjänstgöringen bör inledas med några introduktionsdagar (1-2 dagar) med presentation av landstinget, sjukhuset, primärvården tex.

**Kapitel 10:2**

På varje klinisk placering bör AT-läkaren få en presentation (1/2-1 dag) där han eller hon får bekanta sig med kolleger, verksamheten, utrustning etc.

Ett annat bra forum för att skapa kännedom om och närvaro i sjukvårdens organisation är avdelningarnas arbetsplatsmöten då AT-läkaren skall vara med och delta aktivt. En annan lämplig aktivitet är att läkaren håller föreläsningar för all personal. Detta är ett sätt för läkaren att stärka självförtroendet, att träna på att visa upp och stå för sitt yrkeskunnande, att få »kontakt« med organisationen. En liknande väg är att ansvara för redovisning av t ex nya forskningsresultat för klinikens läkare.

En annan metod att nå kontakt med organisationen är via träffar med nyckelpersoner – t ex sjukhusdirektören. En introduktionsföreläsning skulle kunna hjälpa AT-läkaren att få en samlad struktur i vilken han kan sortera de intryck tjänstgöringen ger.

De lokala läkarföreningarna och SYLF bör under AT-perioden presentera det grundfackliga arbetet – samverkansavtal och liknande. På vissa håll i landet har kurser med yrkesrollsorienterande innehåll erbjudits AT-läkare. Detta är ett föredöme som bör bli standard inom samtliga landsting. Som komplement till dessa bör även bildandet av olika samtalsgrupper och nätverk uppmuntras, t ex Balintgrupper ledda av erfarna kollegor från öppen- eller slutenvården.



## KAPITEL 11

# TJÄNSTGÖRINGSINTYG OCH AT-PROV

För godkänd AT krävs dels att varje tjänstgöringsavsnitt godkännts av respektive verksamhetschef, dels godkänt AT-prov.

### TJÄNSTGÖRINGSINTYG FÖR VARJE TJÄNSTGÖRINGSAVSNITT

Efter varje tjänstgöringsavsnitt ska verksamhetschefen skriftligen intyga att AT-läkaren uppfyller de krav som anges i målbeskrivningen för avsnittet. Ansvar för tjänstgöringen inom respektive tjänstgöringsavsnitt åvilar således verksamhetschefen. Innan intyget utfärdas ska samråd självklart ske med AT-läkarens personliga handledare.

Socialstyrelsens anser att i de fall ett tjänstgöringsavsnitt har fullgjorts inom flera verksamhetsområden – gäller främst de nio månadernas tjänstgöring inom gruppen invärtesmedicinska respektive opererande specialiteter – skall intyget utfärdas av en verksamhetschef inom respektive grupp efter vederbörligt samråd med övriga verksamhetschefer. Socialstyrelsen menar också att om verksamhetschefen saknar erforderlig medicinsk kompetens att utfärda intyg om allmäntjänstgöringen bör han/hon med stöd av 30 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) uppdra åt annan med tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra uppgiften.

Socialstyrelsen tillhandahåller formulär för tjänstgöringsintyg för AT. Dessa finns samlade i ett särskilt häfte som också finns att få på de medicinska fakulteterna. (Se bifogade kopior).

## Tjänstgöringsintyg för allmäntjänstgöring (AT)

Namn	Personnummer
Läkarexamen (ort och datum)*	
Läkarens namnteckning	

### Härmed intygas att redovisade tjänstgöringar har fullgjorts på särskild underläkartjänst för allmäntjänstgöring (blockförordnande)

Företrädare för arbetsgivare	Telefonnummer
------------------------------	---------------

### Godkänt AT-prov avlagt

Datum för skriftligt prov	Datum för muntligt prov
---------------------------	-------------------------

### Anvisningar

Ansvaret för intyg om tjänstgöringen inom respektive tjänstgöringsavsnitt åvilar en verksamhetschef. Samråd bör ske med den personlige handledaren.

Se vidare under Socialstyrelsens föreskrifter (SoSFS 1998:6) om allmäntjänstgöring för läkare.

Uppgift om avlagt AT-prov ifylls av AT-läkaren.

\* Läkare med läkarexamen från utomnordiskt land anger här datum för Socialstyrelsens beslut om legitimeringsvillkor.

## Opererande specialiteter

Tjänstgöringstid	Tjänstgöringsgrad
Sjukhus och klinik	

Härmed intygas att .....  
 efter ovanstående tjänstgöring uppfyller kraven i fastställd målbeskrivning vad gäller tjänstgöringsavsnittet opererande specialiteter.

Ort och datum
Namnunderskrift och namnförtydligande

## Invärtesmedicinska specialiteter

Tjänstgöringstid	Tjänstgöringsgrad
Sjukhus och klinik	

Härmed intygas att .....  
 efter ovanstående tjänstgöring uppfyller kraven i fastställd målbeskrivning vad gäller tjänstgöringsavsnittet invärtesmedicinska specialiteter.

Ort och datum
Namnunderskrift och namnförtydligande

## Psykiatri

Tjänstgöringstid	Tjänstgöringsgrad
Sjukhus och klinik	

Härmed intygas att .....  
efter ovanstående tjänstgöring uppfyller kraven i fastställd målbeskrivning vad gäller tjänstgöringsavsnittet psykiatri.

Ort och datum
Namnunderskrift och namnförtydligande

## Allmänmedicin

Tjänstgöringstid	Tjänstgöringsgrad
Sjukhus och klinik	

Härmed intygas att .....  
efter ovanstående tjänstgöring uppfyller kraven i fastställd målbeskrivning vad gäller tjänstgöringsavsnittet allmänmedicin.

Ort och datum
Namnunderskrift och namnförtydligande



## AT-PROVET

AT avslutas med ett kunskapsprov som högskolemyndigheten ansvarar för. En nationellt sammansatt nämnd med företrädare för de medicinska fakulteterna vid Karolinska institutet samt universitetet i Göteborg, Lindköping, Lund, Umeå och Uppsala svarar för provets innehåll och uppläggning.

AT-provet administreras av sekreteriatet vid Karolinska institutet, som ger nedanstående information om provets syfte, uppläggning och villkor.

### AT-EXAMINATIONEN SYFTAR TILL ATT

- pröva det kliniska omdömet i situationer som är vanliga inom hälso- och sjukvården
- pröva måluppfyllelsen för allmäntjänstgöringen i sin helhet.

### AT-EXAMINATIONENS

- skriftliga delmoment är ett prov där man utgående från några patientfall kommer att utforma en rad kortsvarsfrågor utifrån ett brett medicinskt fält. Det kommer således inte enbart att gälla diagnostik och behandling utan även etiologi, bakgrundsfaktorer, socialmedicinska aspekter etc. Avsikten är att provet skall spegla realistiska vardagssituationer men också stimulera till en integration av kunskaper och erfarenheter från så många moment av läkarutbildningen som möjligt.
- muntliga delmoment är en examination där AT-läkaren möter och undersöker en patient i närvaro av en erfaren läkare (examinator). Provtillfället avser att spegla praktiska färdigheter kring undersökningsteknik, patient-läkarrelation och kommunikationsförmåga. Bedömningen grundas på en strukturerad bedömningsmall.

### DISPENS FRÅN MUNTligt DELMOMENT (MUNTlig EXAMINATION) KAN ERHÅLLAS UNDER FÖRUTSÄTTNING

- att skriftligt prov godkänts med god marginal
- att examinanden uppvisar protokoll från »sit in« av respektive handledare varvid praktiska färdigheter kring undersökningsteknik, patient-läkarrelation och kommunikationsförmåga bedömts enligt av nämnden fastställd strukturerad bedömningsmall från vare huvudplacering där examinanden tjänstgjort. Ifyllda mallar skall bifogas anmälan alternativt senast före det skriftliga tillfället.

**AT-EXAMINATIONEN GENOMGÅS AV LÄKARE SOM**

- avlagt svensk läkarexamen
- har utländsk läkarexamen för vilken Socialstyrelsen har föreskrivit AT som villkor för svensk legitimation
  
- fullgjort 13 månader av allmäntjänstgöringen, varav minst 1 månad i vardera ämnet, vid 18 månaders AT. Alternativt 16 månader av allmäntjänstgöringen, varav minst 1 månad i vardera ämnet, vid 21 månaders AT med något av betygen godkänd eller underkänd. Den som underkänts erbjuds ytterligare tillfällen till examination på samma villkor som gäller för högskolan i övrigt.

För deltagande i den muntliga delen krävs att ca 2/3 av skrivningens totala poängantal är rätt besvarat. Vid underkänd muntlig del skall nytt muntligt prov föregås av nytt skriftligt prov. Man får delta 3 gånger.

**AT-EXAMINATIONEN ANORDNAS VID**

universiteten i Göteborg, Linköping, Lund, Umeå, Uppsala samt vid Karolinska institutet.

- den skriftliga delen av provet ges även vid högskolorna i Luleå och Östersund samt vid Regionsjukhuset i Örebro. Provtiden är fem timmar (kl 09.00–14.00). Tidigare prov finns i kopia vid sjukhusbiblioteken, prov från år 2000 finns även på HIS hemsida [www.his.ki.se](http://www.his.ki.se)
- den muntliga delen av provet anordnas i första hand vid de medicinska fakulteterna men också om möjlighet finns, vid andra orter.

**ANMÄLAN**

görs på härför avsedd blankett och skickas till (ej fax):

Karolinska institutet

HIS/AT-prov

Box 17913

118 95 Stockholm

Anmälan ska ha inkommit senast tre veckor före provet.

**BEKRÄFTELSE**

på anmälan med uppgift om tid, plats och lokal för den skriftliga delen sänds ut senast en vecka före provet. Alla som anmält sig (och är behörig) är välkomna att delta, ingen platsbegränsning. Kallelse till den muntliga delen sänds ut, av ansvarig läkare vid respektive fakultetsort, efter det att den skriftliga delen av provet rättats.

**YTTERLIGARE INFORMATION**

lämnas av sekreteriet för AT-prov, Karolinska institutet, som svarar för administrationen av proven. Telefon 08-728 64 89.

Fax 08-728 36 00, e-post: [atkansli@his.ki.se](mailto:atkansli@his.ki.se)

Välkommen med Din anmälan!

## MEDSITTNING (SIT-IN) SOM ALTERNATIV TILL DEN MUNTliga DELEN AV AT-PROVET

Det finns numera möjlighet att ersätta den muntliga delen i AT-provet med fyra stycken handledarövervakade så kallade »sit-in«, ett för varje tjänstgöringsavsnitt (medicin, kirurgi, psykiatri, allmänmedicin).

»Sit-in« eller »medsittning« innebär att handledaren följer och iakttar AT-läkaren i mötet med en patient. Handledaren ska bedöma AT-läkarens förmåga att ta anamnes och status att föreslå åtgärder och behandling samt att kommunicera med patient och anhöriga. Momentet ska dokumenteras genom att handledaren och AT-läkaren fyller i bifogad »mall för bedömning av sit-in«. Om handledningen fungerar väl och om medsittningen kan bli ett regelbundet och naturligt inslag i handledningen så kan detta nya moment utgöra ett intressant alternativ till det muntliga AT-provet. (Se kapitel 5, 8 och 10).

AT-nämndens ordförande ger nedanstående information om det nya inslaget i AT-provet.

### *Angående ändrade förutsättningar för AT-provet*

Sedan ett antal år tillbaka har AT-examinationen delats in i ett skriftligt moment och i ett praktiskt/muntligt moment. Denna utformning av examinationen har ansetts nödvändig för att kunna testa de kunskaper som förväntas förvärvas under AT-perioden. Den muntliga delen introducerades också för att stimulera till en mer konkret handledarinsats. Momentet utformades som »sit-ins«, dvs där handledaren sitter med när AT-läkaren handlägger en patient och efter avslutad handläggning diskuterar och återför synpunkter på den praktiska och teoretiska delen av det konkreta fallet. Slutligen dokumenteras genom gången enligt fastställd bedömningsmall.

Möjligheten införs nu att i samband med anmälan till AT-examination bifoga bedömningsprotokoll från »sit-ins« som genomförts tillsammans med handledarna under AT-perioden. För de som har minst ett »sit-in« för varje huvudperiod och som dessutom har ett skrivningsresultat på AT-skrivningen som ligger över medeltalet, kommer möjlighet finnas att befrias från muntlig examination.

I anslutning till anmälan till AT-prov bilägges således bedömningar från

de »sit-ins« som gjorts (redovisade enligt bifogad strukturerad bedömningsmall).

År 2000 utgör en övergångsperiod. Bedömningsmallar från tjänstgöringar fullgjorda detta år tillsammans med väl godkänd skrivning enligt ovan, kan ge möjlighet till dispens från den muntliga examinationen.

För AT-nämnden  
Lars-Olof Almér  
Ordförande

2000-06 Karolinska Institutet/AT-prov · Box 17913 · 118 95 Stockholm

**MALL FÖR BEDÖMNING AV SIT-IN**

AT-läkarens namn \_\_\_\_\_ Personnr \_\_\_\_\_

AT-ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Tjänstgöringsavsnitt inom AT:

(Ringa in aktuellt tjänstgöringsavsnitt)

Medicin

Kirurgi

Psykiatri

Allmänmedicin

Handledare leg.läkare \_\_\_\_\_ plats för handl stämpel

Handledarens tjänsteställe \_\_\_\_\_

Telefonnr \_\_\_\_\_ Signatur \_\_\_\_\_

Handledaren skall ha förklarat för patienten att en handledarbedömning av AT-läkaren sker. Handledaren informerar AT-läkaren om hur lång tid, som står till förfogande för tagande av anamnes och status. Tiden bör hållas relativt kort och avspegla vad som är rimligt i klinisk praxis med hänsyn till fallets art för att rätt kunna bedöma aktuell situation, behov av utredning och eventuell behandling.

När AT-läkaren är färdig i undersökningsrummet och lämnat detta, frågar handledaren patienten i enrum om patientens bedömning av hur AT-läkaren genomfört genomgången av sjukhistoria och undersökning.

AT-läkaren får sedan i enrum redogöra för handledaren om sin tolkning av anamnes och statusfynd. Han får också föreslå fortsatt utredning och behandling. Därefter ger handledaren en så omfattande återkoppling som möjligt, inkluderande t ex framhävande av de delar av anamnestagningstekniken som varit särskilt goda, men också med förslag om vilka förbättringar som kan göras. På samma sätt kan handledaren vid genomgång av statusmekniken ge tips om förbättringar. Diskussionen om ytterligare utredning och behandling kan också leda till förslag om kompletterande inläsningar.

Genomgången av bedömningsmallen tillsammans med AT-läkaren sker därefter och bedömningens 6-gradiga skala (0-5) från ytterst otillfredsställande till mycket tillfredsställande förklaras. Skalan är normalfördelad, och normalbetyget ligger kring 3. Ytterlighetsbetygen 0 resp 5 används sparsamt. Sätt en ring kring adekvat siffra i skattningsskalorna!

Därefter får AT-läkaren ge sin egen bedömning av hela sin prestation under det muntliga provet:

AT-läkarens *egen* bedömning av hela sin prestation under det muntliga provet

○ 1 2 3 4 5  
Ytterst ← → Mycket  
otillfredsställande tillfredsställande

Därefter berättar *handledaren* om patientens uppfattning om mötet med AT-läkaren:

○ 1 2 3 4 5  
Ytterst ← → Mycket  
otillfredsställande tillfredsställande

AT-läkarens namn \_\_\_\_\_

**ANAMNES**

Presenterar sig för patienten, och tar upp  
sjukhistoria med omsorg och empati

1 2 3 4 5

Ytterst ← → Mycket  
otillfredsställande tillfredsställande

Penetrerar den aktuella situationen

1 2 3 4 5

Penetrerar tidigare sjukdomsanamnes

1 2 3 4 5

Penetrerar patientens sociala situation  
I behövlig omfattning

1 2 3 4 5

Har adekvat riskfaktorgenomgång  
(t ex alkohol, tobak, överkänslighet,  
hereditet) gjorts och aktuell behand-  
lingsanamnes tagits?

1 2 3 4 5

Använder enkla, öppna frågor och  
undviker ledande frågor utom när det är  
oundgängligt

1 2 3 4 5

Ger patienten möjlighet att själv tala om  
sina besvär

1 2 3 4 5

Leder samtalet in på ett rimligt spår

1 2 3 4 5

**Kapitel 11:12**



2000-06 Karolinska Institutet/AT-prov · Box 17913 · 118 95 Stockholm

AT-läkarens namn \_\_\_\_\_

**STATUS (SOMATISK UNDERSÖKNING)**

Undersöker patienten vänligt och med respekt och erbjuder god formell och känslomässig kontakt med patienten

○	1	2	3	4	5
←					→
Ytterst					Mycket
otillfredsställande					tillfredsställande

Har en systematisk undersöknings- teknik, och kan kompetent urskilja normala från patologiska fynd

○ 1 2 3 4 5

**(Psykiatrisk undersökning, om relevant)**

Balanserar empati och målmedvetet Inringande av eventuell psykisk störning

○ 1 2 3 4 5

**Diagnostisk och terapeutisk förmåga**

Sammanväger anamnesticke uppgifter och undersökningsresultat till rimliga diagnosförslag, och föreslår adekvat utredningsgång och ändamålsenlig behandling

○ 1 2 3 4 5

Handledarens *totala bedömning* av möte mellan AT-läkare och patient

○	1	2	3	4	5
←					→
Ytterst					Mycket
otillfredsställande					tillfredsställande

Kommentarer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Förmåga att hantera svenska språket (i tillämpliga fall):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## KAPITEL 12

# UTVÄRDERING

Utvärderingen är en ofta försummad del av utbildningsprocessen. Visserligen utvärderas, i bästa fall, slutprodukten genom handledningssamtal, checklistor och AT-prov, men utvärdering av ATs struktur (förutsättningar) och process (genomförande) förekommer mer sällan.

### UTVÄRDERING AV ALLMÄNTJÄNSTGÖRINGENS STRUKTUR OCH PROCESS

Utvärdering av ATs struktur och process kan göras på två nivåer. Dels av varje tjänstgöringsavsnitt genom uppföljning och utvärdering via den enskilde AT-läkaren, dels av helheten i en dialog mellan företrädare för AT-läkare, handledare, studierektorer och berörda verksamhetschefer. Den senare formen av utvärdering kan med fördel göras i form av en extern revision. Ett gott exempel på detta finns inom specialistutbildningen, där företrädare för specialiteterna, genom läkarorganisationernas stiftelse för utbildningskvalitet (SPUR), genomför inspektioner av utbildningens struktur och process. Mer information om SPUR-inspektionerna finns på Läkarförbundets och Läkaresällskapets hemsidor (se kapitel 19).

**I DEN ENSKILDA UTVÄRDERINGEN EFTER VARJE TJÄNSTGÖRINGSAVSNITT KAN DET VARA LÄMPLIGT ATT DISKUTERA:**

#### Introduktion och bemötande

- **Handledning**
- omfattning
- innehåll/relevans
- förslag till förändringar/förbättringar

**Utbildningsprogram**

- omfattning
- innehåll/relevans
- förslag till förändringar/förbättringar

**Stöd i det dagliga arbetet**

- av specialistläkare
- av andra underläkare
- av övrig personal

**Tjänstgöringens innehåll**

- relevans
- arbetsbörda
- jourbörda

**Verksamheten**

- klinikens starka och svaga sidor utifrån Socialstyrelsens föreskrifter om AT
- förslag till förändringar

**NÄR DET GÄLLER AT SOM HELHET KAN DET VARA LÄMPLIGT ATT DISKUTERA****STRUKTUR**

1. Är verksamheten så allsidig att kraven i målbeskrivningen kan uppfyllas?
2. Är tillgången på handledare och instruktörer tillräcklig för att målbeskrivningen ska kunna uppfyllas?
3. Är lokaler, utrustning och teknik av sådan kvalitet att målbeskrivningen kan uppfyllas?

**PROCESS**

1. Är tjänstgöringen så organiserad att kraven i målbeskrivningen kan uppfyllas?
2. Är utbildningsklimatet (handledning m m) sådant att målbeskrivningens krav kan uppfyllas?

**Kapitel 12:2**

3. Är den kompletterande – teoretiska undervisningen, seminarie-  
verksamheten, studiebesöks-/auskultationsverksamheten sådan  
att målbeskrivningen kan uppfyllas?

Frågorna ovan är hämtade från SPURs program för utveckling av kvaliteten i läkares specialiseringstjänstgöring. En redogörelse för inspektionsverksamhetens uppbyggnad kan rekvireras från Läkarförbundet, *Utveckling av kvaliteten i läkares specialiseringstjänstgöring, Sveriges läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet 1996.*



## KAPITEL 13

# STÖD TILL AT- OCH ST-LÄKARE SOM RISKERAR ATT EJ FÅ SIN TJÄNSTGÖRING GODKÄND - Policydokument

### INLEDNING

Sveriges läkarförbund är en organisation som verkar utifrån två grunder. För det första är Läkarförbundet en facklig organisation, där uppgiften är att tillvarata, stärka och värna om medlemmarnas yrkesmässiga, sociala och ekonomiska intressen. För det andra är Sveriges läkarförbund professionens organisation med uppgift att utveckla läkarrollen, upprätthålla en god och värdig anda inom kåren och att påverka och vidareutveckla den svenska sjukvården.

Den som valt läkarens yrke har åtagit sig en svår och ansvarsfull uppgift, vilket både kräver goda yrkeskunskaper och vilja att följa de etiska krav som varit normgivande för läkarna sedan årtusenden. Den som vinner inträde i Sveriges läkarförbund skall ständigt låta sig ledas av förbundets etiska regler och skall inte medverka i vård där dessa inte efterlevs. Detta betyder i korthet att Läkarförbundet och dess medlemmar skall stå för en trygg och säker vård av god kvalitet. För att uppnå detta mål arbetar Läkarförbundet på många olika sätt. En viktig insats är det arbete som läggs på att förbättra och bevaka kvaliteten på läkarutbildningen.

Med denna skrift vill förbundet ange några vägar som står till buds för att stödja de AT- och ST-läkare som riskerar att ej få sin tjänstgöring godkänd. Det handlar här även om att precisera de krav som ska

ställas på de blivande läkarna. Underläkare som, efter att stödåtgärder sats in, uppenbart är olämpliga bör av arbetsgivaren/verksamhetschefen avrådas från att fortsätta sin utbildning.

### SAMMANFATTNING

De flesta läkare genomgår sin vidareutbildning (d v s allmäntjänstgöring och specialiseringstjänstgöring) utan några som helst problem och är väl förberedda för arbetsuppgiften som läkare. Det finns dock personer som under vidareutbildningen får problem och i vissa fall riskerar att inte få sin tjänstgöring godkänd. Det är svårt att säga hur stort problemet är och hur många personer som de facto har blivit underkända, men varje fall är ett misslyckande för individen och ett bekymmer för berörd klinik eller vårdcentral. Läkarförbundet konstaterar att det är viktigt att identifieringen av dessa läkare sker tidigt och att olika stödåtgärder vidtas. Handledare och studierektorer har viktiga roller i arbetet vad gäller processen med att identifiera, hjälpa och stödja de läkare som riskerar att inte få sin tjänstgöring godkänd. Sveriges läkarförbund anser att följande åtgärder bör vidtas för att på bästa sätt stödja dessa läkare:

- Förbättra kvaliteten i grundutbildningen
- Utveckla olika urvalsmetoder vid antagning och anställning
- Öka användandet av sit-in
- Utveckla bättre introduktionsprogram
- Förstärk uppföljningen
- Utveckla ett större skyddsnät kring underläkaren
- Använd det kollegiala nätverket
- Stärk handledarna genom högre status, högre lön och mer tid avsatt för uppdraget

## GÄLLANDE REGLER OCH PRAXIS KRING UNDERKÄNNANDE OCH AVSKILJANDE

### GRUNDUTBILDNINGEN

Sveriges läkarförbund berör avskiljande från grundutbildningen i handlingsprogrammet *Mångfald, bredd och kvalitet – ett program för läkares grundutbildning och dess kvalitetsutveckling (1997)*. Läkarförbundet fastslår att det är viktigt att studenter som är uppenbart olämpliga att vara läkare avskiljs från studierna så tidigt som möjligt.

## Kapitel 13:2



De lagar som reglerar Sveriges olika universitets- och högskoleutbildningar är Högskolelagen (SFS 1992:1434) och Högskoleförordningen (SFS 1993:100). Det finns två avsnitt som är aktuella vad gäller avskiljandet av studenter.

I 4 kap § 6 Högskolelagen fastställs att en student kan tills vidare avskiljas från utbildningen i de fall då studenten

1. lider av psykisk störning
2. missbrukar alkohol eller narkotika eller
3. har gjort sig skyldig till allvarlig brottslighet.

En ytterligare förutsättning för ett avskiljande gäller att det, till följd av något sådant förhållande som avses i första stycket 1–3, bedöms föreligga en påtaglig risk att studenten kan komma att skada annan person eller värdefull egendom under utbildningen.

I 10 kap. § 2 Högskoleförordningen regleras hur varning och avstängning får användas. Ett beslut om avstängning innebär att man ej får delta i undervisning, prov eller annan verksamhet inom ramen för utbildningen. Beslutet skall avse en eller flera perioder, dock sammanlagt högst sex månader. I § 1 beskrivs de handlingar som de disciplinära åtgärderna kan vidtas gentemot. Det handlar om fusk vid tentamen, störande uppträdande vid undervisningen eller annan verksamhet, störande uppträdande i bibliotek eller andra lokaler och om man utsätter andra studenter för sexuella trakasserier.

Vad gäller praxis kring underkänd tentamen så gäller att studerande som underkänts på tentamen har rätt att genomgå förnyad tentamen ytterligare tre gånger, d v s totalt fyra tentamensprov. Senast efter två underkända tentamensförsök skall studievägledningen kontaktas. Efter fyra underkända tentamenstillfällen kan omgång av kurs eller, om synnerliga skäl föreligger, ytterligare tentamenstillfällen medges, efter ansökan till lärosätets studiesociala organ.

Den absoluta majoriteten av de studenter, som antas till läkarutbildningen, är välmotiverade och högpresterande och klarar sina studier utmärkt.<sup>1</sup> Men en liten del av studenterna fullföljer inte läkarutbildningen och orsakerna till det kan var flera. Mycket händer i en ung människas liv under den långa tid som utbildningen varar och en del studenter får helt enkelt andra intressen och väljer nya banor. Några

har inte den kapacitet eller motivation som krävs. Dessa studenter brukar nästan undantagslöst själva ta beslut om att avbryta studierna. Problemet är istället studenter, som av olika skäl är olämpliga att vara läkare men som saknar egen insikt. Det rör sig då nästan alltid om brister i professionalism, ibland av sociala skäl men oftare beteendemässiga, empatiska störningar som t ex vid psykopati och Aspergers syndrom. Dessa läkarstuderande uppmärksammas tidigt och i de flesta fall tar huvudansvariga lärare då kontakt med studenten. Vanligtvis engageras också studievägledningen. Det är emellertid ofta svårt att förmå dessa studenter att inse det olämpliga i yrkesvalet och självmant avbryta studierna. Som redovisats ovan så är Högskolelagens paragrafer om avskiljande ej tillämpbara på dessa.

### VIDAREUTBILDNINGEN

Vad gäller underkännande under vidareutbildningen så är det helt andra regler och förordningar som gäller, jämfört med grundutbildningen. Både AT och ST är reguljära anställningar och följer således det regelsystem som finns i arbetsrättsliga lagar, t ex LAS, men även regleringar som finns skrivet i kollektivavtalen. De åtgärder som i första hand kan bli aktuella är därmed avstängning, omplacering, uppsägning och avsked, åtgärder som i så fall vidtas av arbetsgivaren. Eftersom AT är en tidsbegränsad anställning medan ST oftast löper tillsvidare blir det skillnader i den praktiska tillämpningen.

### AT

En läkare som brister i professionella eller personliga egenskaper och riskerar att inte få sin AT-tjänstgöring godkänd kan inte bli avstängd eller uppsagd. Istället har arbetsgivaren skyldighet att i första hand försöka rätta till sådana brister genom stöd och handledning. I *praktiken* är detta inte aktuellt då arbetsgivaren oftast låter anställningen löpa ut per sitt slutdatum. Någon rätt till förlängning eller ny AT-anställning på g a att tjänstgöring ej är godkänd finns inte men kan naturligtvis alltid diskuteras med verksamhetschefen. AT-anställning förlängs dock automatiskt vid föräldraledighet, sjukfrånvaro eller motsvarande.

Om det istället rör sig om de fall som enligt ovan berörs i högskolelagen, d v s missbruk, brottslighet eller allvarlig psykisk sjukdom kan arbetsgivaren i regel avstänga läkaren från tjänstgöring. Arbetsgiva-

<sup>1</sup> Följande text grundas på ett bidrag från Stefan Lindgren, Prodekanus vid Lunds universitet.

ren har rehabiliteringsansvar men i praktiken låter man anställningen löpa ut under avstängning, och kombineras med en anmälan till Socialstyrelsen. Dessutom kan Socialstyrelsen genom att förbjuda AT-förordnande omöjliggöra vidare anställning som läkare.

## ST

Brister i professionella eller personliga egenskaper är inte grund för avstängning eller uppsägning annat än i extremfall. Istället har arbetsgivaren skyldighet att i första hand försöka rätta till sådana brister genom stöd och handledning. Är detta inte tillräckligt kan omplacering bli aktuell. I praktiken fungerar det också på detta sätt och vad gäller omplacering så är det diskussioner om byte till mer passande specialitet som aktualiseras.

Missbruk och andra sjukdomsfall utgör heller i varje fall inte omedelbart någon grund för arbetsrättsliga åtgärder utan här inträder istället arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Dessa kan givetvis i många fall innefatta en tillfällig eller permanent omplacering. Brottslighet inom eller utom anställningen och annan personlig misskötsamhet kan leda till anställningens upphörande men alla omständigheter i det enskilda fallet måste beaktas.

## PROBLEMINVENTERING

### HUR STORT ÄR PROBLEMET MED AT- OCH ST-LÄKARE SOM EJ FÅR SIN TJÄNSTGÖRING GODKÄND?

Det är svårt att säga hur stort problemet är och hur många personer som de facto har blivit underkända på sin AT eller som inte fått sin ST godkänd. När det gäller AT genomförde Läkarförbundet en undersökning 1992 då man frågade om lokalföreningarna hade någon kännedom om hur många personer som fått sin AT underkänd. Undersökningen visade att i en majoritet av landstingen så hade inte några underkännanden varit aktuella. Enkäten gav stöd till antagandet att underkänd AT ej är något stort kvantitativt problem. Det hindrar inte att varje fall av underkänd AT är ett misslyckande för individen och ett bekymmer för berörd klinik eller vårdcentral.

### HUR IDENTIFIERAR MAN DE AT- OCH ST-LÄKARE SOM RISKERAR ATT INTE FÅ SIN TJÄNSTGÖRING GODKÄND?

Det är som tidigare nämnts viktigt att de personer som ej är lämpliga som läkare så tidigt som möjligt, helst under grundutbildningen,

avskiljs från sin väg till läkaryrket. Detta kan t ex ske om studenterna tidigt kommer i kontakt med kliniska tjänstgöringen.

Om läkarna påbörjat AT och/eller ST så är det handledarna som har den allra viktigaste funktionen i arbetet med att identifiera de läkare som ej är lämpliga som läkare. Det är handledarna som har den kontinuerliga kontakten med läkarna och kan på så sätt tidigast upptäcka problemen. Handledarnas roll är otydlig och de hamnar i en roll som är i mitten mellan verksamhetschef och handledde. De har ingen formell möjlighet att åtgärda problemet, genom att t ex avstänga eller säga upp läkare, men samtidigt förutsätts de kunna samtala, guida och stötta läkaren på rätt väg. För handledarna innebär frågan om avskiljande eller förlängd tjänstgöring att en känslig konfliktsituation uppstår. Det skapar också betydande merarbete och incitamentet att agera är svagt, det är enklare att låta problemet/personen passera vidare i sjukvårdssystemet. Många kan bli rädda för att kritisera en blivande kollega och låter det bero och då blir problemet uppmärksammat alldeles för sent. Ofta upplever handledarna att de inte har den utbildning som krävs för att hantera sådana situationer, vilket komplicerar och försvårar hanteringen ytterligare.

Det finns olika metoder och åtgärder för att hjälpa handledarna i denna svåra process. I ett försök att uppmärksamma goda exempel genomförde Läkarförbundet under våren 2001 en undersökning där landets studierektorer fick uppge vilka olika metoder de använde för att identifiera de läkare som riskerar att ej få sin tjänstgöring godkänd. Den metod som återkommande används är samtalet mellan handledare, studierektor, verksamhetschef och övrig personal. Dialogen och kontakten mellan dessa nyckelpersoner är viktig. Många kliniker och vårdcentraler har valt att formalisera denna kommunikation genom att anordna så kallade ”Betygskollegier” där AT- och ST-läkarens kunskaper och färdigheter diskuteras. Många studierektorer har även svarat att man vad gäller AT-läkare använder sig av AT-provets modell med sk ”sit-in” och att dessa har ökat möjligheterna att fånga upp de AT-läkare som riskerar att ej få sin tjänstgöring godkänd. Andra goda exempel för att identifiera och stödja läkarna som redovisats är:

- omsorgsfulla anställningsintervjuer
- regelbundna kontrollstationer och uppföljningssamtal mellan

## Kapitel 13:6

- handledare och handledde
- engagerade personalsekreterare
- second opinion
- dokumentation av uppföljning och utvecklingssamtal
- tydliga utbildningskontrakt, där mål, tidsplan och uppföljning är beskrivet.
- arbetsschema i 3-månadersperioder där ST-läkaren tränas i noggrant specificerade arbetsmoment under praktisk handledning av en specialist. Efter varje 3-månadersperiod skall en återkoppling ske i ett möte mellan ST-läkaren, handledaren och ifrågakommande specialist om uppnått respektive förväntat resultat.

### **UPPGIFTER FÖR HANDLEDARE, STUDIEREKTORER OCH VERKSAMHETSCHEFER**

Huvudhandledaren, handledarna och studierektorerna är som tidigare nämnts viktiga personer vad gäller processen med att identifiera, hjälpa och stödja de läkare som riskerar att få sin tjänstgöring underkänd. Handledarna kan på många olika sätt hjälpa dessa läkare och det allra mest centrala är att ha en bra kontakt och kommunikation med underläkaren och huvudhandledaren. Genom en kontinuerlig kontakt med den handledde kan handledaren bilda sig en uppfattning om hur välgrundad en uppfattning är om underläkarens bristande medicinska utvecklingstakt eller dennes sociala olämplighet är. Handledarna och huvudhandledarna kan genom kompletterande uppgifter från andra kollegor på den egna och andra kliniker och övrig personal, liksom byte av den kliniska handledaren, måste huvudhandledare förvissa sig om att bedömningen är rättvis, det får inte tillåtas minsta misstanke om godtycke eller rentav mobbning.

Om alla extra stödåtgärder vidtagits och problemen kvarstår måste verksamhetschefen vidtalas för diskussion om ytterligare resurser behövs till utbildning och handledning. Eventuella beslut om förlängd tjänstgöring eller kompletterande tjänstgöring/utbildning skall inte tas av handledarna utan av arbetsgivaren genom verksamhetschefen. Om beslut om förlängd tjänstgöring tas måste ekonomiska medel frigöras i den omfattning att den förlängda tjänstgöringen kan genomföras. Beslut rörande förlängd tjänstgöring kan inte överklagas.

Det är verksamhetschefen som ansvarar för den övergripande planeringen av verksamheten och den skall vara av sådan art att målbeskrivningen för AT och/eller ST kan uppfyllas. Vad gäller måluppfyllelsen vilar stort ansvar på verksamhetschefen. Det är ytterst viktigt att verksamhetschefen inte godkänner, genom att skriva under intyget till Socialstyrelsen, en läkare som ej uppfyller de mål som står angivna i målbeskrivningen.

Mer konkreta stödåtgärder kan t ex handla om att medverka till att se över den personliga tjänstgöringsplanen för underläkaren, diskutera utvidgad stöd av olika slag och/eller erbjuda psykologiskt stöd.

Enligt den tidigare nämnda undersökning, som Läkarförbundet genomförde våren 2001, så försöker studierektorerna på många olika sätt stödja och hjälpa de läkare som riskerar att ej få sin tjänstgöring godkänd. En vanlig åtgärd är att utöka och förstärka handledningen. Andra åtgärder kan vara att förlänga tjänstgöringen, förlägga tjänstgöringen på annan klinik, koppla in en mentor som kan stötta och vara bollplank till läkaren, öka utrymmet för litteraturstudier och använda skriftliga underlag från sit-in.

En synpunkt som återkommer i studierektorernas svar är att man har vissa svårigheter med de läkare som invandrat till Sverige. Då åtgärder som då varit aktuellt är olika språk och kommunikationskurser. Förbundet har arbetat och arbetar hårt med denna fråga och mycket av detta arbete presenteras i handlingsprogrammet *Invandrade läkare – en resurs i svensk sjukvård, 1999*. (Rapporten finns att ladda ned på Läkarförbundets webbplats, [www.slf.se](http://www.slf.se)) Bristande språkkunskaper verkar vara ett återkommande problem vad gäller de utländska läkarna och det pågår diskussioner med Socialstyrelsen och Folkuniversitetet om möjligheten att förändra och omarbete språkprovet i Socialstyrelsens kompletteringsprogram.

Läkarförbundet har i ett annat handlingsprogram, *”Handledning under läkares vidareutbildning – om handledarens roll och studierektorns funktion”*, 2000, beskrivit hur förbundet ser på handledarskapet och studierektorns roll. Denna skrift kan hämtas från förbundets webbplats, [www.slf.se](http://www.slf.se).

## Kapitel 13:8

## LÄKARFÖRBUNDETS FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER FÖR ATT STÖDJA AT- OCH ST-LÄKARE SOM RISKERAR ATT EJ FÅ SIN TJÄNSTGÖRING GODKÄND

### FÖRBÄTTRA KVALITETEN I GRUNDUTBILDNINGEN

*Läkarförbundet anser* att problemen med AT/ST-läkare som ej får sin tjänstgöring godkänd är ett problem som måste behandlas och åtgärdas tidigt. En högkvalitativ grundutbildning, dels vad gäller den rent medicinska delen, dels den sociala delen med ledarskapsutbildning och kommunikation med patienter och annan personal, leder till att de blivande läkarna är väl förberedda inför den väntande vidareutbildningen under AT och ST.

*Läkarförbundet anser* att reglerna och praxis kring avskiljande måste förtydligas i syfte att så tidigt som möjligt avskilja de studenter som är uppenbart olämpliga som läkare. Förbundets förslag på ett sådant förtydligande är följande: ”efter fyra underkännanden på samma utbildningsmoment (kurs/praktik) skall en student – förutsatt att fakulteten satt in hjälpinsatser – kunna avskiljas.”

Som tidigare beskrivits är ett huvudproblem de studenter som av olika skäl är olämpliga att vara läkare men som saknar egen insikt om detta, och ej självmant avbryter studierna. För att åtgärda detta gäller det att försöka finna nya former för examination. Om evaluate-ringarna helt är inriktade på bedömning av kunskap finns det möjligheter för dessa studenter att blir godkända.

*Läkarförbundet anser* att examinationerna bör utformas så att de även fångar upp de sociala kvalifikationer som en läkare bör besitta. Vidare måste de personer som kommer i kontakt med studenterna vara tydliga i beskrivningen vad gäller de krav och förväntningar som ställs på dem. Om studenten i fråga bedöms som uppenbart olämplig som läkare bör man ta itu med detta på en gång och ej skjuta frågan (personen) vidare i utbildningssystemet.

### UTVECKLA OLIKA URVALSMETODER VID ANTAGNING OCH ANSTÄLLNING

Vad gäller antagningsprocessen till grundutbildningen har flera fakulteter utvecklat lokala system för antagning som bygger på att

studenter antas på grundval av bl a intervjuer. Systemet har funktionen att sälla bort sökande som är direkt olämpliga.

*Läkarförbundet anser* att aktiv antagningsmetodik är positivt och speciellt med tanke på de stora krav som ställs på läkare.

Idag anställs de flesta underläkare genom att verksamhetschef, eller annan ansvarig för personalfrågor, intervjuar ett urval av sökande till AT-blocket eller ST-förordnandet.

*Läkarförbundet anser* att användandet av intervjuer vid anställning är positivt och borde vara en självklarhet. Vinsten med att intervjua är att verksamhetschefen lär känna den sökande och kan på så sätt lättare avgöra om personen ifråga passar för arbetsuppgiften och på den aktuella kliniken/vårdcentralen. Studierektor och/eller handledaren kan även delta i intervjuerna. Det är viktigt att verksamhetscheferna (eller motsvarande) utbildar sig i intervjuteknik så att intervjun genomförs med hög kvalitet.

#### **ÖKA BETYDELSEN AV SAMTALET MELLAN UNDERLÄKARE OCH HANDLEDARE, STUDIEREKTOR OCH VERKSAMHETSCHEF**

Den metod som vanligast används för att identifiera de AT- och ST-läkare som riskerar att ej få sin tjänstgöring godkänd är givetvis att handledaren och den handledde har en tät och bra kontakt. Samtalet mellan handledare, studierektor, verksamhetschef och övrig personal är också viktigt i processen att identifiera de underläkare som är i riskzonen.

*Läkarförbundet anser* att dialogen och kontakten mellan underläkare och handledare, studierektor och verksamhetschef är viktig. Många kliniker och vårdcentraler har valt att formalisera denna kommunikation genom att anordna så kallade "AT-läkarkollegier" där underläkarens kunskaper och färdigheter diskuteras.

#### **ÖKA ANVÄNDADET AV SIT-IN**

Sedan ett antal år tillbaka har AT-examinationen delats in i ett skriftligt moment och i ett praktiskt/muntligt moment. Den muntliga delen infördes för att stimulera till en mer konkret handledarinsats. Momentet håller på att utformas som "sit-ins", d v s där handledaren



sitter med när AT-läkaren handlägger en patient och efter avslutad handläggning diskuterar och återför synpunkter på den praktiska och teoretiska delen av det konkreta fallet. Slutligen dokumenteras genomgången enligt fastställd bedömningsmall.

*Läkarförbundet anser* att "sit-in" är ett mycket bra verktyg för att förbättra och för-stärka handledningen. "Sit-in" kan även, som tidigare nämnts, hjälpa till att identifiera de läkare som ligger i farozonen att få sin tjänstgöring underkänd. "Sit-in" är relativt nytt och förbundet verkar för att användandet av "sit-in" ökar genom att diskutera och sprida information kring "sit-in". Vidare bör även "sit-in" kunna användas i ST, för att på samma sätt stödja och utveckla handledarskapet. Det är dock viktigt att den handledare som utför "sit-in" är utbildad specialist och har genomgått handledarutbildning.

#### **UTVECKLA BÄTTRE INTRODUKTIONSPROGRAM**

Frågan om introduktion för nyanställda underläkare har under 2001 tagits upp och debatterats livligt av framförallt SYLF. Det anses vara en utbredd företeelse att nyanställda underläkare lämnas utan ordentlig introduktion på sin nya arbetsplats. Under 2000 genomförde SYLF en studie med frågor om förekomst av introduktionsprogram för underläkare. Resultatet av studien visar på att introduktionsprogram för AT-läkare verkar finnas på många ställen och att de i allmänhet fungerar bra. För ST-läkare och vikarierande underläkare ter det sig dock sämre, det är ovanligt med genomtänkta introduktioner för dessa grupper.

*Läkarförbundet anser* att ett introduktionsprogram, som sträcker sig över en lång period och är väl planerad fyller flera goda syften. Framförallt handlar det om att underläkaren får veta vad som skall göras och vem som gör vad på kliniken/vårdcentralen. Men det handlar även om att skapa förutsättning för en god verksamhet och en hög patientsäkerheten. Ett bra introduktionsprogram stärker även underläkarens självförtroende och möjliggör att klinikens/vårdcentralens chef, läkare och övrig personal redan nu upptäcka om underläkaren på något sätt är olämplig, t ex genom bristande intresse, engagemang och/eller samarbetsproblem. På Läkarförbundets webbplats, under rubriken 'studierektorer', finns några goda exempel på introduktionsprogram samlade.

**FÖRSTÄRK UPPFÖLJNINGEN**

En viktig ingrediens i introduktion måste vara en tydlig genomgång av målbeskrivningen. Underläkaren måste förstå vilka krav och förväntningar som ställs och hur tjänstgöringen skall planeras. De utbildningskontrakt som skrivs måste vara tydliga och innehålla mätbara mål. Det gäller sedan att försöka finna former för uppföljning och utvärdering av tjänstgöringen utifrån målen.

*Läkarförbundet anser* att ett tydligt kontrakt med en regelbunden uppföljning kan vara en åtgärd att hjälpa de läkare som riskerar att ej få sin tjänstgöring godkänd.

Ett sätt att stärka uppföljningen av AT och ST är att använda sig utav de utbildningsböcker som de båda läkarorganisationerna, Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet, har tagit fram. Utbildningsböckerna innehåller bl a målbeskrivning, Socialstyrelsens föreskrifter, utbildningsplaner och rekommendationer från professionen. Utbildningsböckerna utgör ett stöd för underläkaren och kan ses som ett verktyg för uppföljning och återkoppling av tjänstgöringen.

**UTVECKLA ETT STÖRRE SKYDDSNÄT KRING UNDERLÄKARNA**

Det är viktigt att det råder ett ”öppet klimat” bland personalen så att underläkarna känner stöd och kan få hjälp för att klara av sin tjänstgöring.

*Läkarförbundet anser* att det är centralt att underläkarna känner att de får stöd och hjälp från framförallt handledaren men även från kollegor, studierektor och verksamhetschef.

**ANVÄNDA DET KOLLEGIALA NÄTVERKET**

*Läkarförbundet anser* att förbundets Kollegiala Nätverk spelar en stor roll i arbetet med att bearbeta och konfrontera olika misslyckanden med sin tjänstgöring. Nätverket består av läkare som står till förfogande för läkarkollegor som av olika skäl behöver en stödjande samtalspartner. Syftet med kollegialt nätverk är att läkare enkelt och snabbt ska kunna få tala med en medmänniska som är väl förtrogen med läkares villkor.

**STÄRKA HANDEDARNA**

Handledningen av underläkare måste få en högre och jämnare kvalitet och status över hela landet. Den behöver stärkas och utvecklas.

*Läkarförbundet anser* att en högkvalitativ handledning är sannolikt den bästa åtgärden för att hjälpa och stödja de AT- och ST-läkare som riskerar att ej få sin tjänstgöring godkänd. Det är viktigt att handledarna får adekvat utbildning för sitt uppdrag. Men utbildning är inte den enda faktorn som krävs för att lyckas som handledare. Det är viktigt att det finns tid avsatt för uppdraget. Det fodras även engagemang, intresse för utbildnings-frågor och en vilja att handleda och arbeta med yngre människor. Handledarskapets status måste öka och att vara en bra handledare måste vara ett meritvärde i lönebildningen.

Vad gäller stödet till de läkare som riskerar att ej få sin tjänstgöring godkänd så är det viktigt att handledarna vågar ta tag i problemen. Generellt så tycker vi inte om att diskutera känsliga frågor eftersom det gäller mänskliga svagheter. Men läkarna och hälso- och sjukvården har mycket att vinna på att studera och diskutera dessa problem öppet. Ökad förståelse ökar förmågan att förbättra och i slutändan öka patientsäkerheten.



## KAPITEL 14

# ANSÖKAN OM LEGITIMATION

Ansökan om legitimation som läkare ska göras hos Socialstyrelsen efter fullgjord AT inklusive godkänt kunskapsprov (se kapitel 10).

Ansökan ska göras på särskild blankett som AT-läkaren får i samband med kunskapsprovet. Ansökningsavgiften (1 650:-) inbetalas över postgirot. Blanketten kan rekvireras från Socialstyrelsen.

Till ansökan om legitimation skall fogas:

1. vidimerad kopia av **läkarexamensbeviset**,
2. **personbevis** - ej äldre än tre månader samt
3. fullständigt ifylld **tjänstgöringsbok** för AT.

Uppgift om godkänt kunskapsprov får Socialstyrelsen direkt från Karolinska institutet, som ansvarar för provet. Handläggningen av legitimationsansökan underlättas om AT-läkaren i tjänstgöringsboken anger datum för avlagt prov.

Legitimationens giltighetsdatum sätts till första vardagen efter att AT-förordnandet har löpt ut om fullständig ansökan kommit in till Socialstyrelsen och avgiften har erlagts. Fullständig ansökan förutsätter godkänt kunskapsprov.



## KAPITEL 15

# FACKLIG INFORMATION

AT är en mycket speciell del av Din yrkeskarriär som läkare. Tjänstgöringen är utbildning och arbete på samma gång. Detta är både på gott och på ont. Att AT-läkare utgör arbetskraft innebär dels att Du kan ställa anspråk på en rimlig lön, dels att Du snabbt blir bekant med yrkets praktiska vardag. På minussidan är att arbetsgivaren kan frestas att prioritera verksamhetens krav på bekostnad av utbildningskvaliteten. I värsta fall kan Du som AT-läkare lämnas med en arbetsbörda och ett ansvar som, utöver att utbildningen blir lidande, utgör en orimlig belastning. Detta är inte acceptabelt!

### ANSTÄLLNINGSFORM

AT görs på tidsbegränsade sammanhållna anställningar, sk AT-block, om minst 18 månader och högst två år. De flesta AT-block ligger för närvarande på 21 månader. (Om synnerliga skäl föreligger kan Socialstyrelsen medge dispens från blocktvånget, vilket innebär att man ges möjlighet att vikariera ihop sin AT.)

Det finns däremot inga hinder för att fullgöra tjänstgöringen på olika blockförordnanden. AT som påbörjas inom ett visst sjukvårdsområde kan således avslutas inom ett annat sjukvårdsområde på ett annat blockförordnande. Dock måste ett sådant avslutande AT-block vara minst sex månader långt.

### TILLGODORÄKNANDE AV VISSA LEDIGHETER M M

Semester och jourkompensation räknas som fullgjord tjänstgöring. Vid längre tids frånvaro, (sjukdom eller tjänstledighet), måste förordnandet förlängas i motsvarande omfattning. Enligt kollektivavtal

har underläkare på AT-tjänst, som varit ledig enligt ovanstående orsaker rätt till förlängt förordnande för att uppnå legitimation. (För exakt innebörd, se Avtalet om allmänna bestämmelser för anställda inom kommun och landsting, AB §§26-33.)

#### **DELTIDSTJÄNSTGÖRING**

Den som arbetar deltid under AT måste hos arbetsgivaren begära förlängning av AT-blocket i motsvarande omfattning. Tidsbegränsade förordnanden ger inte laglig rätt till förlängning. I praktiken brukar dock detta inte vålla några problem.

#### **UPPSÄGNINGSTIDER**

Den som varit anställd hos arbetsgivaren i minst 12 månader har en uppsägningstid på tre månader och den som varit anställd mindre än 12 månader har en månads uppsägning.

Ett blockförordnande är en visstidsanställning vilket innebär att man från arbetsgivarens sida inte kan säga upp blockinnehavaren. Visstidsanställning upphör automatiskt vid anställningstidens utgång. Om arbetstagaren grovt åsidosatt sina åligganden mot arbetsgivaren kan i vissa fall avskedande komma ifråga.

#### **LÖNE- OCH ANSTÄLLNINGSVILLKOR UNDER AT**

För underläkare utan legitimation gäller för närvarande ett lönesystem med lägsta lön enligt ett tariffsystem. Uppflyttning sker enligt avtal den 1 januari varje år. Lägstlönerna i tarifferna bestäms genom centrala avtalsuppgörelser.

Inplaceringen i tariffen beräknas på antalet tjänstgöringsår efter examen. Olika typer av forskartjänster efter läkarexamen, exempelvis doktorandtjänst och amanuensjänst, tillgodoräknas som tjänstgöring (gäller inte utbildningsbidrag eller stipendier).



Gällande tariffsystem (år 2000) ser ut på följande sätt:

Arbetade år efter examen	Månadslön
0	19 800 kr
1	20 097 kr
2	20 398 kr
3	20 704 kr

#### INDIVIDUELLA LÖNER

Under senare år har det blivit allt vanligare att AT-läkare inte accepterar tariffsystemets lönenivåer utan vill förhandla sin lön individuellt. Det finns många goda exempel på att det har lyckats. Det pågår för närvarande en diskussion om att helt avskaffa tariffsystemet till förmån för individuella förhandlingar.

I många landsting ger man AT-läkarna lön som legitimerade efter 18 månaders tjänstgöring. Lägstlönen för nylegitimerade läkare är när detta skrivs (år 2000) 23 690 kr.

Om Du undrar över något när det gäller din AT-lön, ta kontakt med lokala SYLF eller lokala Läkaresällskapet.

#### ORDINARIE ARBETSTID

Ordinarie arbetstid utgör i genomsnitt 40 timmar per vecka. Den ordinarie arbetstiden får förläggas till helgfri måndag – fredag 07.00–21.00. För ordinarie arbetstid som infaller 19.00–21.00 utgår en tillägg för obekväm arbetstid med 14:50 kr/tim.

På många håll i landet har man infört lokala flextidsavtal – kontrollera hur avtalet i ditt landsting fungerar.

#### ÖVERTID

För arbete inom två timmar före eller efter den ordinarie arbetstiden (enkel övertid) utgår kompensation för varje övertidstimme med 1,5 timmes ledighet eller 180 procent av timlönen (månadslönen dividerad med 165). För övertid därutöver (kvalificerad övertid) utgår kompensation för varje övertidstimme med 2 timmars ledighet eller med 240 procent av timlönen. Påbörjad halvtimme anses som fullgjord halvtimme.

**JOUR OCH BEREDSKAP**

Det finns tre olika bundenhetsgrader:

- jour
- beredskap A
- beredskap B

Med jour menas »jour på sjukhus«, d vs bundenhet på arbetsplatsen. Beredskap A avser beredskap i hemmet eller på annan plats utom arbetsstället på vilken läkaren kan nås med telefon och från vilken läkaren snabbt (praxis är inom 30 minuter) kan nå arbetsplatsen. Beredskap B avser beredskap i hemmet eller annan plats, där man kan nås per telefon med inställelse inom 2 timmar.

**ERSÄTTNING FÖR BUNDENHET VID JOUR OCH BEREDSKAP**

För beredskap där man blir inkallad till sjukhuset tillgodoräknas man minst 1 timme oavsett om arbetsinsatsen varat kortare tid. I arbetstiden ingår också restid till och från sjukhuset samt telefonrådgivning.

Ersättning utgår med 1/137 av månadslönen per intjänad ledighets-timme under jour och beredskap. För bundenhet under jour och beredskap utgår härutöver en särskild kontant ersättning för varje intjänad kompensationstimme med 1/440 av månadslönen.

**UTTAG AV KOMPENSATION FÖR JOUR OCH BEREDSKAP**

Kompensation för arbetad tid under jour och beredskap kan utgå som ledighet eller kontant ersättning, enligt arbetsgivarens beslut efter samråd med den anställde. Observera att Arbetstidslagen inte tillåter mer än 200 övertidstimmar under ett år.

**JOURARBETETS ORGANISATION**

De centrala parterna (Landstingsförbundet och Läkarförbundet) är sedan 1990 överens om riktlinjer som bör beaktas vid planering och organisation av arbete under obekvämtid. De lokala parterna, Landstinget och Läkarförbundets lokalförening kan träffa överenskommelse om andra ersättningsregler än det centrala avtalets regler vid jour och beredskap.

Från och med 1 januari 1995 kan arbetsgivaren tillämpa ett alternativt arbetstidssystem. Förhandlingar om införandet av det alternativa ar-

betstidssystemet måste ske med Läkarförbundets lokalförening på orten.

För mer information, kontakta Läkarförbundets förhandlingsavdelning.

#### **SEMESTERBESTÄMMELSER**

Läkare som är anställda för minst tre månader erhåller betald semester under intjänandeåret, som sammanfaller med löpande kalenderår. Semesterlönen består av ordinarie månadslön och semesterdagstillägg, som utgör 18,4 procent av daglönen vid semestertillfället. Semesterdagstillägget utgår endast under dagar som annars hade varit arbetsdagar (dvs i normalfallet måndag – fredag).

#### **SJKLÖN**

Första sjukdagen är karensdag. Därefter betalar arbetsgivaren sjuklönen till och med dag 14. Sjuklönen uppgår till 80% av lönen. Från och med dag 15 till dag 90 står försäkringskassan för 80% av den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI) och arbetsgivaren fyller ut till 90% av lönen. Från och med dag 91 betalar Försäkringskassan 75% av SGI och arbetsgivaren fyller ut till 80% av lönen.

Observera att SGI inte är detsamma som lönen. I SGI inräknas även en viss del av den planerade jourverksamheten. Personalsekreterare vet hur stor SGI är för AT-läkare. SGI anmäls till försäkringskassan.

#### **LEDIGHETER**

AT-läkare som får barn har självfallet rätt till föräldraledighet och även till ersättning om man uppfyller Försäkringskassans villkor. I läkaravtalet ingår att arbetsgivaren skjuter till ersättning – beroende på hur länge man varit anställd och på hur mycket man tjänar.

Vad många inte känner till är möjligheten att vara ledig utan löneavdrag upp till 10 dagar per år för sk synnerliga skäl – dvs en nära anhörigs sjukdom eller död.

#### **RESE- OCH FLYTTNINGSBIDRAG**

Vissa landsting betalar ersättning för resa från hemort till arbetsplatsen vid tillträde av tjänst. I vissa fall kan även flyttningserättning

utgå via arbetsförmedlingen, vilket förutsätter att man anmält sig som arbetssökande. Kontakta arbetsförmedlingen för närmare information.

#### **ARBETSLÖSHETSFÖRSÄKRING**

Den som är medlem i Akademikernas erkända arbetslöshetskassa (AEA) och som uppfyller villkoren (bl a att ha arbetat minst 70 timmar/månad under en sammanhängande period av 6 månader innan arbetslösheten), och är arbetslös, kan få ersättning motsvarande 80% av tidigare inkomst – dock högst 580 kr per dag.

Den som tjänar mer än 23 000 kr i månaden kan vara intresserad av att teckna en försäkring i SACOs nya tilläggsförsäkring. Den kan ge en komplettering så att ersättningen blir 80% även för den som har hög lön.

#### **FÖRORDNANDEBEHÖRIGHET**

Den behörighet som förvärfvas efter läkarexamen, genom ett förordnande för AT eller vikariat, har en väsentligt mera inskränkt innebörd än den behörighet som legitimation ger. Som AT-läkare får man inte yrkesmässigt driva enskild läkarverksamhet. Med andra ord är det inte möjligt att driva praktik/fritidspraktik vid sidan av tjänsten eller att ha uppdrag som t ex idrottsläkare. Man bör överhuvudtaget vara mycket restriktiv med att utöva läkaryrket vid sidan av tjänsten.

#### **ARBETE UNDER JOUR**

AT-läkare skall ha förmåga att delta under jourförhållanden inom kirurgi, internmedicin, psykiatri och allmänmedicin. Det finns inte några formella regler om AT-läkares deltagande i primärjour. Det är chefsöverläkarens uppgift att bedöma och besluta om AT-läkaren med hänsyn till sin kompetens och andra omständigheter kan delta i primärjour. Vid inplacering i jourschema eller motsvarande ska givetvis behovet av inskolningstid beaktas.

#### **ANSVAR, KOMPETENS OCH SEKRETESS**

Alla yrkesverksamma läkare har ett medicinskt-professionellt yrkesansvar, även de som avlagt läkarexamen men inte slutfört AT, dvs ej legitimerats:

Läkare är underkastad bestämmelserna i Lagen om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m m (SFS 1984:542).

Vidare gäller bestämmelserna i Lagen om åliggande för personal inom hälso- och sjukvården (SFS 1994:953), Förordningen om åliggande för personal inom hälso- och sjukvården (SFS 1994:1290), Sekretesslagen (SFS 1980:100) och de övriga författningar som reglerar läkarverksamheten.

Läkare står under Socialstyrelsens tillsyn och är skyldig att följa de föreskrifter denna utfärdar.

Läkare kan av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) tilldelas disciplinär påföljd och i särskilda fall också få legitimationen återkallad, om omständigheter som motiverar detta föreligger.

Regler om disciplinansvar, åtalsanmälan och återkallelse av legitimation samt bestämmelserna om förfarandet i HSAN återfinns i Lagen om disciplinpåföljd m m på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1994:954). (Se också uppslag 15.)

#### **FORSKAR-AT**

Under senare år har det blivit allt vanligare med Forskar AT-block. Dessa innebär att den kliniska tjänstgöringen, det vill säga den vanliga AT-tjänstgöringen, varvas med forskning på någon institution. Dessa block finns framför allt på universitetssjukhusen där det är relativt enkelt att byta mellan klinik och institution. På en del håll i landet finns det även möjlighet att göra sin kliniska tjänstgöring på ett mindre sjukhus och sedan forska på universitetssjukhuset. Det senare är dock relativt ovanligt då det är svårt att lösa finansieringsfrågan.

#### **KOLLEGIALT NÄTVERK**

För några år sedan startades på initiativ från Läkarförbundet ett kollegialt nätverk. Syftet är att stötta kolleger som på något sätt, privat eller professionellt, stöter på problem man inte själv kan lösa. Det kan gälla drogmissbruk, utbrändhet och annat. Du kan komma i kontakt med det kollegiala nätverket via förbundets hemsida, [www.slf.se](http://www.slf.se), eller via tel. 08-22 58 38.

**ARBETSPLATSTRÄFFAR**

På många arbetsplatser har man sk arbetsplatsträffar en gång i månaden. Vid dessa träffar diskuteras och fattas beslut om viktiga saker som rör Din vardag. Gå dit och säg vad Du tycker!

## KAPITEL 16

# LÄKARFÖRBUNDETS ETISKA REGLER

*Antagna av Sveriges läkarförbunds fullmäktige 2002*

Den som valt läkarens yrke har åtagit sig en svår och ansvarsfull uppgift, som kräver goda kunskaper och vilja att följa de etiska krav som läkarna sedan årtusenden erkänt vara normgivande. Det förtroende och den handlingsfrihet som tillkommer läkaren grundar sig på den personlighet och det vetande (kunnande) som läkaren besitter.

Den som vinner inträde i Sveriges läkarförbund skall ständigt låta sig ledas av följande regler och skall inte medverka i sådan vård där frihet att handla efter dessa saknas.

1. Läkaren skall i sin gärning ha patientens hälsa som det främsta målet och om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta, följande människokärlekens och hederns bud.
2. Läkaren skall handla i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, ständigt söka vidga de egna kunskaperna samt efter bästa förmåga bidra såväl till den vetenskapliga utvecklingen som allmänhetens kännedom om denna. Efter förmåga skall läkaren alltid ställa sin kunskap till förfogande.
3. Läkaren skall besinna vikten av att skydda och bevara människoliv samt efter bästa förmåga bistå människor i medicinsk nödsituation. Läkaren får aldrig medverka till att aktivt påskynda döden.
4. Läkaren skall behandla patienten med empati, omsorg och respekt och får inte genom sin yrkesauktoritet inkräkta på vederbörandes rätt att bestämma över sig själv.
5. Läkaren skall respektera patientens rätt till information om sitt hälsotillstånd och möjliga behandlingsalternativ och om möjligt i behandlingen utgå från informerat samtycke samt avstå från att lämna upplysningar som patienten inte önskar.

6. Läkaren skall aldrig frånga principen om människors lika värde och aldrig utsätta en patient för diskriminerande behandling eller bemötande.
7. Läkaren får inte inleda ett sexuellt förhållande med en patient som står under läkarens vård.
8. Läkaren skall då så är motiverat anlita annan sakkunskap och tillmötesgå patientens eller närståendes rimliga önskemål att få tillfråga annan läkare.
9. Läkaren skall iakttaga tystlåtenhet om all information rörande enskild patient, såvida det inte äventyrar patientens väl.
10. Läkaren skall inte utan undersökning eller annan tillräcklig kunskap om patienten meddela råd eller föreskrifter.
11. Läkaren får inte låta sig påverkas av otillbörligt förvärvsbegär och inte utföra annan undersökning och behandling än vad som är medicinskt motiverat. Arvodet skall anpassa efter prestationens art och omfattning.
12. Läkaren skall utan att träda patientens intressen förnärr respektera sina kollegors arbete.
13. Läkaren får aldrig på något sätt medverka vid dödsstraff, tortyr eller andra grymma och omänskliga handlingar.
14. Läkaren skall i sin gärning bidra till att medicinska resurser användes i enlighet med dessa regler och aldrig medverka till att bereda enskilda patienter eller patientgrupper otillbörlig ekonomisk, prioriteringsmässig eller annan fördel.
15. Läkaren skall i intyg och utlåtande endast efter noggrant övervägande bestyrka vad som har saklig och professionell grund och åtskilja detta från annan information, vars sanningshalt ej kan bedömas.
16. Läkaren skall avhålla sig från påträngande marknadsföring och från att på annat olämpligt sätt fästa uppmärksamhet på sin person och läkargärning.



## KAPITEL 17

# RÅD OCH HJÄLP I ANSVARSÄRENDE

Nedanstående text är ett utdrag ur Läkarförbundets skrift »Om jag blir anmäld«, utgåva VI, 1999. Skriften kan rekvireras i sin helhet från Läkarförbundets kansli (se kapitel 19).

Antalet anmälningar under de senaste åren har ökat kraftigt. Under 1998 inkom drygt 3 000 anmälningar om påstådda fel och försummelser i vården till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Av de ärenden HSAN får in rör 70 % läkare. Majoriteten anmäls av patienter/anhöriga. Socialstyrelsen utreder omkring 1.300 så kallade Lex Maria-fall per år, varav merparten rör läkare. Av dessa går cirka 7 % vidare till HSAN med yrkande om disciplinpåföljd, delegitimation eller inskränkning av forskrivningsrätt.

Risken för att bli anmäld en eller flera gånger under ett yrkesverk-samt liv som läkare är således påtaglig. Risken att bli fälld är däremot mindre. I mindre än en femtedel av ärendena i HSAN blir resultatet disciplinpåföljd. Socialstyrelsen har bestämda krav på sig för att få anmäla och styrelsens anmälningar leder därmed i de flesta fall till att den anmälda fälls till ansvar.

Som medlem i Sveriges läkarförbund har Du möjlighet att få råd och hjälp i anmälningsärenden. Verksamheten bygger emellertid på att Du själv medverkar i processen eftersom det är bara Du som kan lämna uppgifter kring vad som har inträffat.

**HSANs OCH SOCIALSTYRELSENS HANDLÄGGNING**

Det finns huvudsakligen två varianter av anmälningsärenden, dels sådana där en patient eller anhörig till patient anmäler, dels sådana där Socialstyrelsen agerar anmälare.

**PATIENT/ANHÖRIGANMÄLDA ÄRENDEN**

Patientärendena börjar med att anmälaren skickar in sina klagomål till HSAN. Klagoskriften går sedan från HSAN till den läkare, vårdcentral, klinik eller det sjukhus som berörs av anmälan, med begäran om yttrande och kopior av patientens journaler. Ofta samlar sjukhuset in svar från namngivna läkare för att sedan samlat sända dessa yttranden tillsammans med begärt journalmaterial till HSAN. Inget hindrar emellertid anmäld läkare att sända in sitt svar direkt till HSAN.

Läkarens svar sänds av HSAN till anmälaren, som får möjlighet att komplettera med ytterligare synpunkter.

I nästa skede tas ärendet om hand av en föredragande läkare, som är specialist inom det berörda verksamhetsområdet. Föredraganden gör en preliminär bedömning av fallet och avgör om ytterligare expertbedömning bör göras. Behövs detta konsulteras specialistföreträdare inom Socialstyrelsens vetenskapliga råd eller annan av HSAN anlitaad medicinsk sakkunnig. Expertutlåtandet tillställs både anmälare och anmäld läkare för eventuell kommentar.

När ärendet på detta sätt utretts föredras det i ansvarsnämnden som fattar ett beslut. Alla ärenden i HSAN föredras inte för nämnden. I vissa fall kan beslut fattas av nämndens ordförande ensam. Detta gäller sådana ärenden där det »finns grundad anledning att anta att ärendet inte kan leda till någon disciplinpåföljd och beslutet inte gäller en fråga av principiell beskaffenhet«.

**SOCIALSTYRELSEANMÄLDA ÄRENDEN**

De ärenden som Socialstyrelsen anmäler till HSAN börjar oftast med en så kallad Lex Maria-anmälan. Enligt lagen om tillsyn över hälso- och sjukvården skall vårdgivare snarast göra anmälan till styrelsen om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Innan vårdgivaren gör anmälan till Socialstyrelsen skall en viss summarisk utredning göras. På sjukhusen håller i allmänhet chefläkaren i denna utredning. Det är viktigt att man inte i detta tidiga skede tar på sig någon skuld utan enbart ger de objektiva fakta som kan ligga till grund för utredningen.

Ärendet utreds därefter mera utförligt av Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet. Socialstyrelsen har för närvarande sex sådana enheter placerade i Göteborg, Jönköping, Malmö, Stockholm, Umeå och Örebro. Innan Socialstyrelsen beslutar om eventuell anmälan till HSAN kompletterar styrelsen utredningen i ärendet. Bland annat begärs yttrande från berörd läkare. Mot bakgrund av vad som framkommer i utredningen beslutar Socialstyrelsen sedan om ärendet skall anmälas till HSAN. Vid styrelsens beslut deltar vanligen en eller flera läkare. Det händer också att styrelsen redan i detta inledande utredningsskede anlitar vetenskapliga rådet eller annan sakkunnig för bedömning.

Om ärendet anmäls av Socialstyrelsen till HSAN är den fortsatta handläggningen densamma som redovisats ovan angående patientanmälda ärenden.

**PÅFÖLJDER**

Som framgått ovan lämnar HSAN de flesta anmälningar utan åtgärd. I knappt en femtedel av de fall som prövas i sak tilldelas läkaren en erinran eller varning. Varning utdelas vanligen vid medicinska försummelser och fel. Föreligger förmildrande omständigheter kan påföljden bestämmas till en erinran. Formella försummelser och fel, typ sekretessbrott och bristande journalföring, ger i allmänhet en erinran.

**PRÖVOTID**

Prövotiden är ingen disciplinpåföljd, utan bör betraktas som ett första led i den skyddsåtgärd som återkallelse av legitimation innebär. Prövotiden är tre år och om läkaren under prövotiden gör sig skyldig till en ny förseelse av varningskaraktär eller på annat sätt visar sig olämplig att utöva yrket skall som huvudregel legitimationen återkallas. Prövotiden är tänkt för de fall när en läkare tidigare erhållit en eller flera varningar, redan vid första gången när varning inte bedöms som en tillräckligt åtgärd, vid allvarlig brottslighet samt vid sjukdom.

HSAN kan inte pröva frågor om skadestånd, rättegångskostnader eller andra ekonomiska frågor.

**DELEGITIMATION OCH INSKRÄNKNING AV FÖRSKRIVNINGSRÄTTEN**

När Socialstyrelsen är anmälare kan delegitimation och inskränkning av förskrivningsrätt också förekomma. På yrkande av en patient kan detta däremot inte ske. Förutsättningen för en åtgärd av detta slag är att Socialstyrelsen uttryckligen begärt det. HSAN kan således inte på eget initiativ fatta beslut om delegitimation om inte Socialstyrelsen yrkat om detta.

**HANDLÄGGNINGSTIDER**

Handläggningstiden i HSAN har kortats ned under senare år men är fortfarande relativt lång. I komplicerade fall längre än ett år. Anledningen till detta är den ganska omfattande skriftväxling som HSAN av rättssäkerhetsskäl är skyldig att genomföra. HSANs beslut baseras på det skriftliga material som man samlat in. Varken patienten eller den anmälde läkaren är närvarande när HSAN sammanträder. Muntlig förhandling kan förekomma om det kan anses vara till fördel för utredningen. Hittills har det endast förekommit i legitimationsärenden och då på begäran av den anmälde.

**EXPEDIERING AV BESLUT**

HSANs beslut skickas ut bland annat till berörda parter, Socialstyrelsen samt i förekommande fall arbetsgivaren när det är underskrivet av nämndens ordförande och föredragande. Så snart detta skett är

beslutet offentligt. Detta innebär att vem som helst och naturligtvis även massmedia får ta del av beslutet. Konsekvenserna härav blir ibland att den som berörs av beslutet får läsa i tidningen att hon/han blivit fälld innan hon/han fått beslutet från HSAN i sin hand. Detta är naturligtvis en olustig situation men ett förhållande som man svårligen kan göra något åt.

## VAD ERBJUDER FÖRBUNDET?

### JURIDISK HJÄLP

Förbundsjuristerna på kansliets förhandlingsavdelning biträder inom det juridiska området på följande sätt:

- juridisk diskussion
- råd och tips vid juridisk bedömning och utformning
- granskning av inlagor
- upplysning om författningar, rättsfall etc

En del ärenden är av renodlat juridisk karaktär, exempelvis ärenden som gäller sekretess, intygsskrivning och vissa delegitimationsärenden. I sådana ärenden och i principiellt viktiga ärenden finns möjlighet att erhålla utökat juridiskt biträde genom att någon av förbundsjuristerna skriver förslag till inlagor eller går in och företräder den anmälde som ombud.

### KONSULTATIONSLÄKARE

Varje specialitetsförening har utsett en eller flera läkare som har till uppgift att bedöma och eventuellt hjälpa kolleger i anmälningsärenden. På samma sätt som juristerna biträder på det juridiska området ställer konsultationsläkarna upp inom det medicinska med

- medicinsk diskussion
- råd och stöd vid medicinsk bedömning
- granskning av inlagor
- kortfattade medicinska expertutlåtanden

Konsultationsläkarna har, när det gäller utfärdande av medicinska expertutlåtanden, en självklar skyldighet att utforma dessa objektivt.

Detta innebär att ett begärt utlåtande mycket väl kan innebära kritik av den anmälda läkaren. I ett sådant fall bör utlåtandet självfallet inte åberopas.

De utredningar och utlåtanden som görs och tas in angående en medlem som sökt hjälp, behandlas konfidentiellt. Detta innebär att de bara lämnas ut till medlemmen själv eller ombud för denne. Utlåtandena tas in via förbundskansliet. De skickas till den anmälda som i normalfallet själv åberopar och sänder in dem till HSAN.

Uppgift om vem som för tillfället är konsultationsläkare och hur denne kan nås får man genom förbundskansliet, Berit Holm, 08/790 33 50, eller någon av förbundsjuristerna, 08/790 33 00.

#### **ETIK- OCH ANSVARSRÅDET**

Etik- och ansvarsrådet är det förbundsorgan som leder och samordnar förbundets serviceverksamhet kring anmälningsärenden. Rådet är kollegialt sammansatt. Rådets sekreterare är jurist.

#### **KOSTNADER**

Alla medlemmar erbjuds en kostnadsfri basservice. I basservicen ingår i huvudsak förbundsjuristens genomgång av ärendet och granskning av inlagor samt diskussion och rådgivning motsvarande ett par timmars arbete. De flesta anmälningsärenden i HSAN omfattas av basservicen och gränsen för basservicens omfattning är inte absolut. I de ärenden som är mer omfattande och kräver större insatser från förbundets sida tillfrågas medlemmen, när ”basservicen” är utnyttjad, om rättsskyddsmomentet i yrkesförsäkringen kan utnyttjas. Skadeanmälan görs och förbundsjuristen anmäler sig som biträde/ombud. Förbundet står för självrisk. Här aktuella ärenden är t ex överklaganden till länsrätten, kammarrätten och regeringsrätten, vissa socialstyrelseanmälda ärenden, delegitimationsärenden, i vilka förbundsjuristen behöver författa inlagorna, konsultationsläkaren granska och skriva expertutlåtande etc.

## KAPITEL 18

# MÖTESPLATSER

### LÄKARFÖRBUNDETS WEBBPLATS

På Läkarförbundets webbplats – [www.lakarforbundet.se](http://www.lakarforbundet.se) – finner du nyheter och information för dig som är läkare. Du kan även läsa om Läkarförbundet och ditt medlemskap.

Information om AT finner du på under rubriken ”utbildning”. Förutom information om själva AT-tjänstgöringen kan du ladda ner användbara dokument. Där finns också länkar till viktiga hemsidor (t ex AT-provet).

Kanske funderar du på fortsättningen efter AT? Se då under fliken ”ST” där du finner information om, och målbeskrivningar för, de olika specialiteterna.

#### HUR LOGGAR JAG IN?

Vissa sidor är bara till för dig som är medlem i förbundet. Dessa är markerade med en låssymbol. När du klickar på dessa kommer en inloggningsruta upp. Ange ditt personnummer (ååmmddag-xxxx) och du blir inloggad på alla låsta sidor på webbplatsen.

### SYLFS WEBBPLATS

SYLF (Sveriges yngre läkares förening) har en webbplats för dig som är AT- och ST-läkare. Här hittar Du information vad gäller AT- och ST-läkares löneutveckling och aktuella utbildnings- och arbetsmiljöfrågor. Läs mer på [www.sylf.se](http://www.sylf.se)

SYLF ger även ut tidningen Moderna Läkare, informationsforum för yngre läkare. Den utkommer med sju nummer per år.

## FRAMTIDENS LÄKARE

Sveriges läkarförbund driver projektet ”Framtidens läkare” sedan hösten 1998. Projektet syftar till att på sikt stärka självkänslan, förbättra vår arbetsmiljö och skapa förutsättningar som ger en god löneutveckling. Arbetsmodellen är att under handledning av en eller flera diskussionsledare knutna till Sveriges läkarförbund diskutera läkarens situation med ett starkt fokus på framtiden. Tillsammans klättrar vi upp i utsiktstornet och blickar ut över vår yrkesgrupp. Vi fokuserar på ledarskapet, professionalism, organisationen samt livet som läkare, var och en för sig men även i samverkan med varandra.

**Varför behövs denna diskussion?** Vid de flesta klinikmöten, kaffe-pauser och andra sammankomster då läkare träffas diskuteras dessa frågor frekvent. Ibland tenderar det att bli ”gnäll i fikarummet” men det förekommer ofta att goda idéer har sitt ursprung i informella möten där tid givits till eftertanke och reflektion. Att under ordnade men ändå fria former driva en diskussion kring dessa ämnen har visat sig vara både uppskattat och givande. Läkarförbundet vill som den medicinska professionens organisation bidra till en konstruktiv diskussion inom läkarkåren och bedriver därför projektet varhelst ett behov finns.

**Vilka har deltagit?** Under den första tiden (1998-1999) deltog de flesta av de förtroendevalda läkarna. Sedan början av år 2000 har merparten av deltagarna kommit från kliniker, ledarskapsutbildningar eller andra konstellationer av läkargrupper som inbjudit till en halv eller hel temadag kring ”Framtidens läkare”. Referenser finns på [www.lakarforbundet.se](http://www.lakarforbundet.se) under ”arbetsliv” och ”Framtidens läkare” eller kan fås från vår projektledning.

**Hur går det att delta?** Samla en grupp, varför inte din klinik, och meddela oss att ni vill ha en diskussion kring läkaren i framtiden med fokus som nämnts ovan. Vi kommer till er och stödjer diskussionen med ett genomarbetat diskussionsunderlag. Det är ett projekt finansierat av Sveriges läkarförbund varför vårt deltagande är kostnadsfritt för er i läkargruppen.



Diskussionsledarna är läkare eller tjänstemän på Läkarförbundet med stor erfarenhet av de frågor som diskuteras inom projektet.

Ring eller skriv till oss  
Anita Gongas, sekreterare  
Telefon 08- 790 33 43  
e-post [anita.gongas@slf.se](mailto:anita.gongas@slf.se)

Med hopp om ett snart sammanträffande inom projektet Framtidens läkare



# Framtidens läkare

## AT-LÄKARSTÄMMAN

AT-läkarnas egen riksstämman arrangeras av *Stiftelsen för Utbildning och Utveckling i Svensk sjukvård*. Denna stiftelse har bildats av husläkarna på kvartersakuten Matteus i Stockholm: Carina Mattsson Nordemyr, Gunilla Wahlström Gamboa, Jonas Jonsson, Sten Larsson, Carl Edvard Rudebeck och Göran Sjönell.

Stämman drivs som s k non-profit-verksamhet, vilket betyder att om det skulle uppstå något överskott investeras det i nästa års AT-läkarestämman. En stiftelse delar inte ut någon vinst till ägarna.

Mer information finns att hämta på [www.at-stamman.nu](http://www.at-stamman.nu)



## KAPITEL 19

# PÅVERKA DIN ARBETSMILJÖ

Nedanstående text är hämtad från skriften »Påverka Din vardag«, vilken utgivits av Sveriges yngre läkares förening (SYLF) år 2000.

Dagens unga läkare vägrar att acceptera dåliga arbetsförhållanden. Man vill inte låta den egna hälsan, den egna familjen eller den egna självrespekten lida på grund av brister i arbetsmiljön.

Detta är en översikt av aktuell lagstiftning, skyldigheter hos arbetsgivare och arbetstagare och formella vägar att påverka Din situation.

### FEM VIKTIGA FRÅGOR

För att kunna använda de formella vägarna att påverka Din vardag behöver Du finna svaret på några grundläggande frågor:

- Var och när sker nästa arbetsplatsträff på enheten där Du upplever problemet, och vem har hand om dagordningen för denna?
- Vem är Ditt skyddsombud?
- Hur skriver Du en avvikelserapport och vart lämnar Du den?
- Vem av arbetsgivarens representanter har ansvaret för just Din arbetsmiljö och befogenheter samt resurser för att vidta åtgärder?
- Vilket ansvar och vilka befogenheter har Din verksamhetschef?

Försök att via arbetsplatsträffen nå samförstånd om bekymmer i Din vardag. Att lyfta frågor till en högre tvärfacklig nivå för förhandling enligt MBL är omständligare och bör undvikas.

Fyll i en avvikelserapport när något i verksamheten inte är som Du förväntar Dig. Detta skapar dynamik i internkontrollsystemet och gör det möjligt att rätta till felen. Arbetsplatsträffen kan sedan vara ett forum för arbetsgivaren att ta upp och diskutera även avvikelserapporter.

Påtala problem för skyddsombudet men framförallt för Din chef. Utse läkare som skyddsombud, så blir förståelsen för våra problem större. Ha kontakt med skyddsombudet eftersom det är skyddsombudet som ska företräda Dig gentemot arbetsgivaren vid t ex organisationsförändringar.

Utvecklingssamtal sker lämpligen med verksamhetschefen. Denne har både överblicken över verksamheten, befogenheter att göra överenskommelser avseende individen samt att påverka och ändra i verksamheten. En god kontakt med verksamhetschefen är en utmärkt påverkansväg. Kom dock ihåg att verksamhetschefen, hur mycket kollega han eller hon än är, ändå är Din arbetsgivare.

Ta makten över Din egen vardag genom att använda de påverkansvägar som lagstiftningen faktiskt ger oss i Sverige. Lagstiftningen berör definitivt underläkare eftersom arbetsgivaren vid arbetets planläggning och anordnande ska ta hänsyn till särskilda förutsättningar som ålder och yrkesvana.

Om vi inte deltar i påverkansvägarna är det inte bara vårt akuta problem som förblir olöst. Vi gör oss skyldiga till ett utanförskap som bryter mot lagstiftningens intentioner och ställer oss utanför den nödvändiga utvecklingen av sjukvårdens organisation.

Vill Du ha exempel på hur arbetsmiljöproblem lösts på andra ställen kan Du ta del av Arbetslivsgruppens (ALGs) exempelsamling (<http://www.svls.se>).

Vill Du ha stöd av en fristående kollega kan Du kontakta det kollegiala nätverket (<http://www.slf.se>).

Om Du kör fast kan Du kontakta Din lokala läkarförening för råd och stöd. Vilka kollektivavtal berör Ditt problem? Om inga finns, kanske det finns ett behov av att göra gemensam sak och försöka ingå ett avtal? Alla deltar vi i en facklig process vare sig vi är medlemmar eller ej, utmynnande i kollektivavtal som styr hela kårens arbetsförhållanden.

Om arbetsgivaren trots tid och möjligheter inte visat sig agera för att rätta till problemet finns ju alltid möjligheten att gå till Yrkesinspektionen, politiker och massmedia.

Om Du trots alla försök inte kan ta Dig ur en destruktiv situation kanske enda utvägen är att byta arbete för att inte bränna ut sig?

### **LAGAR OCH KOLLEKTIVAVTAL**

Riksdagen stiftar de lagar som reglerar vår arbetsmiljö: Arbetsmiljölagen (AML), Arbetstidslagen (ATL), Medbestämmandelagen (MBL), Jämställdhetslagen (JämL), Lagen om Anställningsskydd (LAS), Lagen om Arbetsskadeförsäkring, Lagarna mot diskriminering p g a sexuell läggning, funktionshinder och etnisk tillhörighet och Lagen om Facklig Förtraendemans (LFF). Arbetarskyddsstyrelsen (ASS) ger med stöd av AML ut detaljföreskrifter, Arbetarskyddsstyrelsens Författningssamling (AFS). Regeringen ger också ut Arbetsmiljöförordningen som en följdlag till AML. Europeiska Gemenskapen (EG) har 1993 givit direktiv avseende arbetstid (EG-direktiven). Delar av landets lagar och EG-direktiven är dispositiva vilket innebär att deras innebörd kan ändras genom centrala och lokala kollektivavtal som sluts mellan Läkarförbundet/läkarföreningarna och sjukvårdshuvudmännen.

### **ARBETSMILJÖLAGEN**

*(AML inkl kommentarer från ASS)*

#### **KRAV PÅ ARBETSFÖRHÅLLANDENA**

Lagens ändamål är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att uppnå en god arbetsmiljö (AML 1 kap 1 §). Arbetsförhållandena ska anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende (2 kap 1 §).

Arbetsmiljön ska sträva efter att ge ett positivt utbyte i form av:

- rikt arbetsinnehåll
- arbetstillfredsställelse
- gemenskap
- social kontakt
- samarbete
- sammanhang mellan olika arbetsuppgifter
- personlig utveckling
- variationsmöjligheter
- yrkesmässig utveckling
- självbestämmande
- yrkesmässigt ansvar

#### **ARBETSGIVARENS ROLL**

Arbetsgivaren ska vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall (3 kap 2 §). Arbetsgivaren ska vidta de åtgärder som är tekniskt kända och ekonomiskt möjliga. Arbetsgivaren ska dokumentera arbetsmiljön och arbetet med denna samt upprätta handlingsplaner (3 kap 2a § och Internkontrollavsnittet nedan).

#### **ARBETSGIVARENS ROLL**

- dokumentera arbetsmiljön
- undanröja brister i arbetsmiljön
- se till att arbetstagaren har tillräckliga kunskaper
- ge arbetstagaren möjlighet att utforma sitt arbete
- organisera rehabilitering och arbetsanpassning
- anteckna arbetstagarens övertid, mertid och jourtid
- kartlägga arbetsmiljökompetensen i sin organisation
- kartlägga arbetsmiljöbrister och risker
- definiera vem som har arbetsgivarens mandat att åtgärda arbetsmiljön

Vid arbetets planläggning och anordnande ska beaktas att människors förutsättningar att utföra arbetsuppgifter är olika. Särskilda förutsättningar att ta hänsyn till kan vara t ex olika funktionsnedsätt-

ningar, ålder och yrkesvana (kommentar från ASS).

Arbetsgivaren ska se till att arbetstagaren känner till arbetsförhållanden och risker i arbetet. Arbetsgivaren ska förvissa sig om att arbetstagaren har den utbildning som behövs och vet vad han har att iakttå för att undgå riskerna i arbetet (3 kap 3 §). Arbetsgivaren ska ge instruktioner och utbildning och sedan förvissa sig om att detta fallit i god jord.

Arbetstagaren ska ges möjlighet att medverka i utformningen av sin egen arbetssituation samt i det förändrings- och utvecklingsarbete som rör hans eget arbete (kommentar från ASS).

Enligt arbetsmiljöförordningen som är följdrag till AML, ska för arbetsplatsen gällande föreskrifter finnas tillgängliga på arbetsstället. ASS definierar dessa föreskrifter som AML, arbetsmiljöförordningen och de föreskrifter som ASS ger ut med stöd av förordningen. Dessa föreskrifter ska användas i arbetet med internkontrollen av arbetsmiljön (se avsnittet Internkontroll nedan).

Arbetsgivaren måste bedriva ett eget arbete för en så god arbetsmiljö som möjligt. Detta inbegriper förutom tillsyn av verksamheten och vidtagande av möjliga åtgärder, även organisering av rehabiliteringsinsatser och anpassning av arbetet för individen, samt ett system för internkontroll av arbetsmiljön (se avsnittet Internkontroll nedan).

Arbetsgivaren ska tydliggöra vilken arbetsgivarrepresentant de anställda ska tala med när det gäller arbetsmiljön. Det är viktigt att veta vem som har ansvaret, får fatta beslut och kan finansiera förändringar i arbetsmiljön.

När det gäller frågor som arbetsgivaren själv enväldigt beslutar i har denne skyldighet att informera och/eller förhandla om dessa beslut enligt Medbestämmandelagen (MBL 11 § och 19 §). Denna skyldighet finns kvar även om samråd uppnåtts enligt AML i skyddskommittén. AML och MBL gäller alltså parallellt var för sig såvida inte ett kollektivavtal som t ex ett samverkansavtal anger annat (se Samverkansavtalet nedan).

**DOKUMENT SOM ARBETSGIVAREN SKA SAMMANSTÄLLA**

- handlingsplaner för arbetsmiljöarbete (Arbetsmiljöpolicy, 7 § och 14 AFS 1996:6)
- plan för jämställdhetsarbete (10 § JämL)
- årlig kartläggning av löneskillnader mellan män och kvinnor (9a § JämL)
- utredningsrutiner vid sjukdom och olycksfall
- redovisning av riskbedömning av arbetsmiljön (9 § AFS 1996:6)
- fördelning av arbetsuppgifter, befogenheter och resurser (8 § AFS 1996:6)
- årlig sammanställning över ohälsa, olycksfall och allvarliga tillbud (11 § AFS 1996:6)
- rutiner som behövs för internkontrollarbetet (17 § AFS 1996:6)
- uppföljning av internkontrollarbetet (16 § AFS 1996:6)

**SKYDDSOMBUD**

På arbetsställe med minst fem regelbundet sysselsatta arbetstagare ska skyddsombud utses bland arbetstagarna av den lokala arbetstagarorganisationen som är eller brukar vara bunden av kollektivavtal i förhållande till arbetsgivaren.

Skyddsombudet företräder arbetstagarna i arbetsmiljöfrågor och skall verka för en tillfredsställande arbetsmiljö. Skyddsombud ska delta vid planeringen av nya eller ändrade lokaler, anordningar, arbetsprocesser, arbetsmetoder och arbetsorganisation, liksom vid planering av användande av farliga ämnen (6 kap 4 §).

Skyddsombud ska utses och få den utbildning (6 kap 4 §), ledighet (6 kap 5 §) och handlingar (6 kap 6 §) som behövs. Om ett skyddsombud anser att åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillfredsställande arbetsmiljö, ska skyddsombudet vända sig till arbetsgivaren och begära sådana åtgärder (6 kap 6a §). Skyddsombudet kan också begära att en viss undersökning ska göras för kontroll av förhållandena inom skyddsområdet (6 kap 6a §). Arbetsgivaren ska bekräfta att begäran mottagits och utan dröjsmål lämna besked om åtgärd eller tidsplan för åtgärder i frågan (6 kap 6a §), annars kan skyddsombu-



det vända sig till skyddskommittén eller Yrkesinspektionen för att de ska pröva frågan (6 kap 6a §). Skyddsombud har tystnadsplikt i sitt uppdrag och får inte obehörigen röja vad han under uppdraget har erfarit om yrkeshemlighet, arbetsförfarande, affärsförhållande, enskilda personliga förhållande eller förhållande av betydelse för landets försvar (7 kap 13 §).

#### **SKYDDSKOMMITTÉ**

Arbetsställe med minst femtio arbetstagare ska ha skyddskommitté sammansatt av företrädare för arbetsgivaren och arbetstagaren (6 kap 8 §). Skyddskommittén ska delta i planeringen av arbetsmiljöarbetet samt följa upp det. Kommittén ska behandla handlingsplanerna enl 3 kap 2a § ovan samt upplysning och utbildning rörande arbetsmiljön.

Skyddskommittén är endast ett samrådsorgan men den som har beslutsfunktion och deltar i ett beslut i kommittén förutsätts sedan också genomföra beslutet. Det är i första hand tänkt att konflikter ska lösas här i stället för den formella gången till Yrkesinspektionen. Arbetsmarknadens parter bestämmer vilka praktiska befogenheter som skyddskommittéerna ska ha. Skyddskommittén bör sammanträda minst en gång var tredje månad (8 § Arbetsmiljöförordningen).

#### **YRKESINSPEKTIONEN (YI)**

Arbetarskyddsstyrelsen (ASS) leder Yrkesinspektionen (YI) och de utövar tillsammans tillsyn av AML och med stöd av lagen meddelade föreskrifter (AML 7 kap).

YI har rätt att få upplysningar, handlingar, tillträde till alla arbetsplatser samt att få ta prover. Om någon inte följer detta kan YI utfärda förelägganden eller förbud. En bristande arbetsgivare får i allmänhet ett inspektionsmeddelande från YI med krav på åtgärd. Om arbetsgivaren försummar detta utfärdar YI ett föreläggande att vidta viss åtgärd eller förbud mot något moment i verksamheten. Vid fortsatt försummelse döms arbetsgivaren till straff alternativt vite (AML 8 kap).

Traditionellt har YI mest arbetat med den fysiska arbetsmiljön men har under senare år alltmer engagerat sig i den psykosociala arbetsmiljön och organisationsförändringar.

## JURIDISKA PÅFÖLJDER

Arbetsgivaren ska följa Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter som är bindande. Att bryta mot en bindande föreskrift är oftast inte direkt straffbart men om arbetsgivaren inte följer dessa föreskrifter och någon dödas, skadas eller blir sjuk, kan arbetsgivaren däremot straffas. Processer kan drivas som ett straffrättsligt mål i tingsrätt, hovrätt och Högsta Domstolen. Parter är allmän åklagare och den åtalade.

Om arbetsgivaren inte följer de ingripanden som YI kommer med enligt ovan riskerar arbetsgivaren att straff eller vite utdöms. Denna process sker i förvaltningsdomstolar (länsrätt, kammarrätt och Regeringsrätt). Parter är YI och den som erhållit föreläggandet.

## ARBETSTAGARENS SKYLDIGHETER

Arbetstagaren ska medverka i arbetsmiljöarbetet och delta i genomförandet av de åtgärder som behövs för att åstadkomma en god arbetsmiljö (AML 3 kap 4 §). Arbetstagaren har skyldighet att följa säkerhetsföreskrifter, använda skyddsanordningar och iaktta försiktighet för att förebygga ohälsa och olycksfall (3 kap 4 §). Att nonchallera säkerhetsföreskrifter kan i sista hand leda till uppsägning (AD 1983 nr 189). I praktiken måste dock arbetsgivaren vara konsekvent och klargöra för den som slarvar att det inte är accepterat [ref Gullberg m fl, »Arbetsmiljölagen«, s 104].

## ARBETSTAGARENS ROLL (AML)

- medverka i arbetsmiljöarbetet (3 kap 4 §)
- följa säkerhetsföreskrifter (3 kap 4 §)
- iaktta försiktighet (3 kap 4 §)
- ev stoppa arbetet vid omedelbar och allvarlig fara, underrätta arbetsgivaren eller skyddsombudet (3 kap 4 §)
- lämna förslag till förbättringar och synpunkter på resultatet av åtgärder

Om arbetstagaren finner att arbetet innebär omedelbar och allvarlig fara för liv eller hälsa, ska han snarast underrätta arbetsgivaren eller skyddsombud. Arbetstagaren är fri från ersättningskyldighet för eventuell skada som uppstår till följd av att han underlåter att utföra arbetet i väntan på besked om det ska fortsättas eller ej.

## Kapitel 19:8

Arbetstagaren ska vid avvikelse i arbetet rapportera detta till arbetsgivaren i form av en avvikelserapport med sina iakttagelser (Avsnitt »Utredningsmetodik« under ASS kommentar till AFS 1996:6, II §).

## **INTERNKONTROLLSYSTEMET**

*(AFS 1996:6)*

Arbetsgivaren är skyldig att ha ett internkontrollsystem som innefattar mål, planer, dokumentation, ledning och uppföljning. Avvikelse-rapporter ska analyseras och behandlas som en kvalitetssäkring av arbetsmiljöarbetet.

## **PLANER**

Årliga handlingsplaner för arbetsmiljöarbetet ska finnas där det ska preciseras vad som ska göras och när.

## **DOKUMENTATION**

Arbetsgivaren ska ha dokumenterat hur den ska utreda ohälsa, olycksfall och allvarliga tillbud och årligen göra en statistisk sammanställning över ohälsa, olycksfall och tillbud. Arbetsgivaren ska undersöka och bedöma arbetsmiljön och dessutom kartlägga arbetsmiljökompetensen hos chefer och medarbetare.

Rutiner för rehabiliteringsarbete kan handla om hur man följer upp sjukfrånvaro, hur man gör rehabiliteringsutredningar och hur man håller alla de kontakter (med den enskilde, facket, försäkringskassan osv) som är nödvändiga i rehabiliteringsarbetet.

När en arbetstagare varit sjukskriven i minst 4 veckor eller minst 6 ggr under senaste 12-månadersperioden ska arbetsgivaren göra en utredning, såvida det inte är fullständigt självklart att det inte behövs, som t ex att arbetstagaren brutit benet på skidsemestern. Utredningen ska vara klar inom 8 veckor och försäkringskassan beslutar sen om eventuell plan. Arbetsgivaren är skyldig att genomföra eventuella arbetsanpassningsåtgärder såsom att påverka teknik, arbetsinnehåll eller arbetsorganisation, för att arbetstagaren ska kunna ha kvar sitt arbete.

## LEDNING

Ledning handlar om att klargöra vad olika arbetsgivarföreträdare ska göra i arbetsmiljöhänseende, vilken kompetens man behöver och vilka befogenheter som ges. I praktiken blir det en skriftlig beskrivning för varje chef vilka skyldigheter (ansvar) han har och vilken rätt att vidta åtgärder (befogenheter) han har. Den chef som får arbetsuppgiften ska också ha tillräcklig kompetens att klara av uppdraget, dvs tillräcklig utbildning, erfarenhet och underlag (information) som krävs för att fatta beslut. Har inte chefen tillräcklig kompetens har faktiskt inte ansvaret gått över från den överordnade till den aktuella chefen.

## UPPFÖLJNING

Slutligen ska internkontrollarbetet årligen följas upp.

## SAMVERKANSAVTALET

De centrala arbetsmarknadsparterna (bl a LF, KF, Kommunal, SACO, SKTF och Vårdförbundet) har deklarerat ett gemensamt synsätt på samverkan i kommuner och landsting i det centrala samverkansavtalet »Utveckling -92: Överenskommelse om samverkan m m i kommuner och landsting«. Medbestämmande och arbetsmiljö måste bli naturliga delar av den löpande verksamheten.

Medbestämmandelagen (MBL) föreskriver att arbetsgivaren i alla viktiga frågor som berör organisationen eller en enskild anställd ska lämna information och förhandla med den fackliga organisationen.

Som arbetsgivare definieras alla – såväl politiker som tjänstemän och chefer inom sjukvårdsorganisationen – som i en specifik situation kan fatta någon form av beslut som berör förhållandet arbetsgivare/arbetstagare. Vid beslut så högt upp som landstings- och regionfullmäktige anses inte politiker vara arbetsgivare, men i övriga nämnder, sjukvårdsstyrelser etc kan beslut som fattas innebära den rollen för politikerna.

På varje beslutsnivå i arbetsgivarens organisation ska samverkan ske med de fackliga organisationerna med partssammansatta samverkansgrupper. Genom behandling av ärenden i samverkansgrupper

fullgör arbetsgivaren sin informations- och förhandlingsskyldighet enligt MBL.

För god samverkan krävs:

- tydliga mål för verksamheten
- klargjord arbetsfördelning mellan politiker och tjänstemän
- konsekvent delegering av uppgifter och befogenheter
- ledarskap med helhetssyn på verksamhet, personal, organisation och resurser
- en vilja att fatta beslut i samverkan
- samverkanssystem som följer och anpassas löpande till organisation och beslutsnivåer

Utgångspunkten är *arbetsplatsträffen* där individen oavsett facklig tillhörighet ska dryfta frågor som berör denne för att nå samförstånd med de övriga i arbetsgruppen.

Ovanför arbetsplatsträffen finns samverkansnivåer där arbetsgivaren på respektive beslutsnivå i sin linjeorganisation ska samverka med *tvärfackliga samverkansgrupper*. Vanliga nivåer för denna fackliga samverkan beskrivs i figuren men kan se olika ut över landet. Det centrala samverkansavtalet ligger till grund för alla de lokala avtal som slutits över landet.

Arbetsplatsträffar ska ske regelbundet och utgöra en naturlig del av verksamheten. Normalt bör de äga rum åtminstone månatligen.

Målet är att alla som har sitt huvudsakliga arbete förlagt till arbetsplatsen ska delta. Frågorna ska på ett enkelt sätt dokumenteras för återkoppling till de som ej deltagit. Beslut som fattas vid arbetsplatsträff ska enbart beröra de som är underställda beslutande chef. Avstår man från att närvara vid arbetsplatsträffen kan man sedan inte hävda någon formell rätt att riva upp beslut som fattats.

Läkare intar en speciell roll i organisationen genom att ha olika arbetsplatser. Enligt vissa lokala samverkansavtal har därför läkare rätt att ha arbetsplatsträffar enbart för läkarna på den aktuella enheten, t ex kliniken. De frågor som berör annan personal kan dock inte behandlas utan förs i det fallet upp till tvärfacklig nivå, t ex klinikråd.

<b>VANLIGA SAMVERKANSNIVÅER</b>			
<b>PERSPEKTIV</b>	<b>FORUM</b>	<b>ENHET</b>	<b>ARBETSGIVARNIVÅ</b>
individuell	arbetsplatsträff	avdelning	avdelningschef
tvärfacklig	samverkansgrupp	klirik/ vårdcentral etc	verksamhetschef
tvärfacklig	samverkansgrupp	sjukhus/ primärvårdsomr etc	sjukhusledning/ primärvårds- områdesledning
tvärfacklig	samverkansgrupp	landsting/ kommun/ region	respektive styrelse

## ARBETSGIVARENS LINJEORGANISATION

(se även fig. vanl. samverkansnivåer)

Linjeorganisationen kan se olika ut, landsting, kommun eller region är högsta nivån. Därefter följer förvaltningsnivån där funktionerna personal, ekonomi och drift av verksamheten ofta delas upp.

Verksamhetschefen har samlat ansvar för personal, ekonomi och verksamhet inklusive arbetsmiljön. Denne kan sedan delegera vidare neråt i organisationen efter förmåga och behov. Personalansvar för sjukvårdspersonal är ofta delegerat till avdelningschefer. Ett dilemma är att läkare delegeras det medicinska ansvaret för verksamheten utan att ha befogenheter avseende ekonomi och personal.

### VANLIGA ARBETSMILJÖPROBLEM MED TILLHÖRANDE NORMER

Här nedan finns översiktligt en rad områden där det finns olika former av normer preciserade.

#### *Anställning* (Lagen om Anställningsskydd – LAS)

Tillåtna anställningsformer är bl a tillsvidareanställning, provanställning och egentligt vikariat. ST-läkare ska vara anställda tillsvidare med undantag för ST-läkare vid upplåtta enheter (LUS), som ska vara tidsbegränsad anställning.

En ny regel som trätt i kraft per 1 januari år 2000 medför att vikarie som vikarierat för samma arbetsgivare sammanlagt tre år under senaste femårsperioden automatiskt får tillsvidareanställning (5 och 2 § LAS, Förhandlingsnytt 12/99).

#### *Arbetstider* (ATL, EGs arbetstidsdirektiv 93/104/EG, kollektivavtal)

- *Ordinarie arbetstid* förläggs till helgfri måndag–fredag kl 07–21, för heltidsanställd i genomsnitt 40 timmar per vecka. För läggning av ordinarie arbetstid bör vid behov anges i arbetstidsschema. Ordinarie arbetstid får uppgå till högst 48 tim/v i genomsnitt under en period av 4 veckor. Begränsningsperiod kan omfatta högst 16 veckor.

- *Jourtid* är också planerad till arbetsplatsen men arbetstagaren arbetar inte utan finns endast beredd att börja arbeta. När arbete utförs räknas detta som ordinarie arbetstid eller övertid.
- *Beredskapstid* innebär vistelse i närheten av arbetsplatsen med möjlighet att bli meddelad och göra en snar arbetsinsats.
- *Nattarbetande* som har hälsoproblem som kan visas bero på nattarbetet ska om det är möjligt omplaceras till lämpligt dagarbete.

*Riktlinjer för arbete under obehövlig tid:*

- a) att sammanhängande arbetspass – ordinarie arbetstid och/eller jour – där läkaren erfarenhetsmässigt inte får 6 timmars sammanhängande nattvila, begränsas till 18 timmar
  - b) att ordinarie arbetstid förläggs under tid när arbetsbelastningen erfarenhetsmässigt är hög
  - c) att tjänstgöringen fördelas jämnt mellan alla läkare
  - d) att handledning och utbildning kan genomföras
  - e) att läkare ej deltar i jour och/eller beredskap genomsnittligt oftare än jour var 7:e dygn, beredskap A (snabb inställelse) vart 5:e dygn beredskap B (inställetid 2 timmar) vart 3:e dygn
  - f) att läkare som fullgör jour dagen efter jourpasset bereds ledighet minst en halv dag, i första hand i form av intjänad ledighet
- *Allmän övertid* uppstår när något inträffar som gör att ordinarie arbetstiden inte räcker. Övertid får tas ut med högst 48 tim/4v alt 50 tim/mån. Per år högst 200 tim.
  - *Ledighet* kan i vissa fall likställas med arbetad tid, t ex frånvaro p g a sjukdom, vård av barn, fackligt arbete.



- *Nödfallsövertid* får tas ut utan begränsning vid oförutsedd naturhändelse, olyckshändelse eller fara för skada på liv, hälsa eller egendom.
- *Mertid* är arbetad tid utöver ordinarie deltid.
- *Veckovila*: arbetstagaren ska ha minst 36 timmars sammanhängande vila varje period på sju dagar. Två veckovilor kan förläggas i slutet respektive början på varandra följande sju-dagarsperioder.
- *Rast*: efter högst 5 timmars arbete ska arbetstagaren få ta rast. Arbetstagaren får lämna arbetsplatsen under rast. En rast bör vara minst 30 min (15 § ATL).
- *Pauser*: utöver rasterna ska arbetstagaren kunna ta pauser i form av kortare avbrott från arbetet (17 § ATL), t ex kaffepaus. Paus räknas som arbetstid och arbetstagaren får inte lämna arbetsplatsen. Pauser får tas exempelvis 5 min per timme, men angivande av längd och förläggning överlämnas till de lokala parterna att avgöra.
- *Lunch*: är man tillgänglig via t ex sökare på sin lunch ska lunchen formellt räknas som arbetad tid, eftersom man inte kan lämna arbetsplatsen.

Arbetsgivaren ska för varje arbetstagare föra anteckningar om jourtid, allmän övertid, allmän mertid samt nödfallsövertid och mertid för nödfallsarbete.

## KONFLIKTER

*(kommentarer av ASS till AFS 1993:17)*

Konflikter förekommer på alla arbetsplatser. Vi har alla ansvar för att de löses. Arbetsgivaren kan dock underlätta att de löses genom att skapa normer som uppmuntrar ett vänligt och respekterande klimat på arbetsstället. Arbetsgivaren och dennes representanter utgör de främsta föregångarna när det gäller att skapa ett gott arbetsklimat. Arbetsgivaren kan ge sina arbetsledare utbildning och handledning i detta.

Om personkonflikter inte löses och respekten för människors rätt till personlig integritet byts ut mot icke etiska handlingar som på ett riskfyllt sätt drabbar enskilda arbetstagare, övergår konflikten till att vara kränkande särbehandling.

## KRÄNKANDE SÄRBEHANDLING

*(AFS 1993:17)*

Med kränkande särbehandling avses återkommande klandervärda eller negativt präglade handlingar som riktas mot enskilda arbetstagare på ett kränkande sätt och som kan leda till att dessa ställs utanför arbetsplatsens gemenskap. Arbetsgivaren har här ett stort ansvar att stå för en god organisation med välutbildade ledare, en god atmosfär, bra introduktioner och ett system för att snabbt fånga upp och utreda särbehandling och ge stöd till den drabbade. Detta kan ske i form av samtal och återanpassning eller eventuellt omplacering eller utbildning. Ingen ska lämnas ensam med sitt problem och alla bär vi ansvar att påpeka missförhållanden till arbetsgivaren för att möjliggöra för denne att leva upp till sitt ansvar.

## JÄMSTÄLLDHET

*(Jämställdhetslag 1991:433)*

Arbetsgivare och arbetstagare ska samverka för att jämställdhet i arbetslivet ska uppnås. De ska särskilt verka för att utjämna och förhindra skillnader i löner och andra anställningsvillkor (JämL 2 §). Arbetsgivaren ska underlätta för både kvinnliga och manliga arbetstagare att förena förvärsarbete och föräldraskap (5 §). Arbetsgivaren ska vidta åtgärder för att förebygga och förhindra oönsket uppträdande grundat på kön (6 §). Arbetsgivaren ska genom utbildning, kompetensutveckling och andra lämpliga åtgärder främja

## Kapitel 19:16

en jämn fördelning mellan kvinnor och män i skilda typer av arbete och inom olika kategorier av arbetstagare (7 §). Arbetsgivaren ska årligen kartlägga löneskillnader mellan kvinnor och män (9 §). Arbetsgivaren ska varje år upprätta en plan för sitt jämställdhetsarbete (10 §).

## INTRODUKTIONER

*(AFS 1996:6 och kommentarer från ASS)*

Bra introduktioner krävs för att ge arbetstagaren möjlighet att på ett bra sätt finna sig tillrätta i arbetsgruppen. Arbetsgivaren kan utforma rutiner för detta för att säkerställa att de psykologiska och sociala arbetsmiljöförhållandena avseende personligt bemötande, arbetssituation och arbetsorganisation blir så bra som möjligt.

## ARBETSANPASSNING OCH REHABILITERING

*(AFS 1994:1)*

Arbetsgivaren ska anpassa de enskilda arbetstagarnas arbetssituation med utgångspunkt från deras förutsättningar, särskilt beträffande eventuella funktionsnedsättningar och andra begränsningar av arbetsförmågan. Arbetsgivaren ska beträffande alkohol och andra berusningsmedel klargöra vilka interna regler och rutiner som gäller om en arbetstagare uppträder påverkad.

Arbetsgivaren ska fortlöpande undersöka behoven av arbetsanpassning och rehabilitering och påbörja det så tidigt som möjligt. Arbetsgivaren ska årligen följa upp och sträva efter att förbättra denna verksamhet.

## JOURRUM

*(AFS 1984:10 samt kommentarer från ASS)*

Jourrum ska ligga så nära huvudarbetsplats för jourtjänsten som är praktiskt möjligt. Det ska ha sådan storlek och inredning att arbetstagaren får erforderlig vila. Lämplig inredning kan vara säng, sängutrustning, garderob, stol, bord, tak- och sängbelysning samt spegel. Om möjligt fönster mot det fria. Toalett och dusch ska finnas nära rummet. I närheten av jourrummet ska finnas möjlighet att värma och äta mat. ASS anser det lämpligt att jourrummet har akustik och ljudisolering likt hotellrum.

Jourrummet ska städas regelbundet enligt rutiner som är anpassade efter rummets funktion och användningsfrekvens samt verksamheten på arbetsstället. Matrum, toaletterum och andra våtutrymmen ska städas dagligen.

### LÄKAREXPEDITIONER

(»Jourrum och läkarexpeditioner – Riktlinjer«, Sveriges Läkarförbund 1990)

Här är normerna otillräckligt specificerade i lagstiftningar och anvisningar. Sveriges läkarförbund anser dock att varje läkare ska ha eget rum om 12 kvm i anslutning till den plats där det dagliga sjukvårdsarbetet bedrivs. Rummet ska ha tillräckligt med skåp, bokhyllor och skrivbordsytor. Det ska också ha diktafon, dörrsignal, telefon, låsbart klädskåp och dagsbelysning med öppningsbart fönster. Ventilation, belysning och ljudisolering ska vara utförd lägst enligt svensk Byggnorm (SBN) för ny-, till- och ombyggnad. Toalett, dusch och omklädningsmöjlighet ska finnas i närheten av expeditionen.

### VÅLD OCH HOT

(AFS 1993:2)

Arbetsgivaren ska utreda risker för våld och hot om våld och ordna så att dessa så långt som möjligt förebyggs. Arbetsplatsen ska placeras, utformas och utrustas därefter, inklusive möjlighet att snabbt kalla på hjälp. Arbetstagaren ska utbildas och informeras för att kunna utöva arbetet säkert. Vid återkommande risker krävs särskilt stöd och handledning. Rutiner ska finnas för att tillbud och händelser ska dokumenteras och utredas och för att den drabbade snabbt ska få hjälp och stöd.

### KOMPETENSUTVECKLING

(AFS 1996:6, kollektivavtal – ÖLA 98)

Genom medarbetar-, planerings- eller utvecklingssamtal kan arbetsgivaren få klart för sig arbetstagarens inställning till och behov av att utveckla sin kompetens. Det kan vara lämpligt att göra skriftliga planer för kompetensutveckling (AFS 1996:6 avsnittet »Kompetensutveckling«).

Delaktighet är en nödvändig faktor för att åstadkomma såväl verksamhetsförändringar som kompetensutveckling. Det är därför angeläget att det förs en kontinuerlig dialog mellan de anställda och ledningen. Arbetsgivaren har ett grundläggande ansvar för att skapa goda förutsättningar för lärande och för insatser som syftar till kompetensutveckling. Det finns ett samband mellan verksamhetsutveckling, kompetensutveckling och löneutveckling.

Utvecklingssamtal med Din närmaste chef är en förutsättning för att Din chef ska kunna fullgöra sitt ansvar för arbetsmiljön. Sveriges läkarförbund rekommenderar att utvecklingssamtal hålls minst en gång per år med uppföljning av resultatet av föregående samtal.

### **OTYDLIG LINJEORGANISATION**

*(AFS 1996:6)*

Arbetsgivaren ska fördela arbetsuppgifter i verksamheten på ett sådant sätt att arbetsmiljökraven kan uppfyllas (8 §). Uppgiftsfördelningen ska även omfatta de befogenheter och resurser som behövs (8 §). Uppgiftsfördelningen ska dokumenteras skriftligt (18 §).

De årliga handlingsplanerna i internkontrollarbetet ska ange vad som ska göras, när det ska göras och vem som ska se till att saker blir gjorda (14 §).

För aktuella referenser och källor se [www.sylf.se/arbetsmiljo](http://www.sylf.se/arbetsmiljo)



## **KAPITEL 20**

# **NYTTIGA ADRESSER LÄNKAR PÅ INTERNET**

## ADRESSER

Sveriges läkarförbund

Box 5610

114 86 Stockholm

Tel: 08-790 33 00 (vx)

Fax: 08-20 57 18

E-post: [info@slf.se](mailto:info@slf.se)

Hemsida: [www.lakarforbundet.se](http://www.lakarforbundet.se)

Svenska Läkaresällskapet

Box 738

101 35 Stockholm

Tel: 08-440 88 60 (vx)

Fax: 08-440 88 99

E-post: [sls@svls.se](mailto:sls@svls.se)

Hemsida: [www.svls.se](http://www.svls.se)

SPUR-kansliet

Box 5610

114 86 Stockholm

Tel/fax: 08-20 99 91

E-post: [spur@slf.se](mailto:spur@slf.se)

Socialstyrelsen

HS/BU

106 30 Stockholm

Tel: 08-555 530 00 (vx)

Fax: 08-555 534 20

E-post: [socialstyrelsen@sos.se](mailto:socialstyrelsen@sos.se)

Hemsida: [www.sos.se](http://www.sos.se)

Landstingsförbundet

Box 70491

107 26 Stockholm

Tel: 08-452 72 00 (vx)

Fax: 08-452 72 10

E-post: [landstingsforbundet@lf.se](mailto:landstingsforbundet@lf.se)

Hemsida: [www.lf.se](http://www.lf.se)

Kansliet för AT-prov

Karolinska Institutet

AT-prov/Studentavdelningen

171 77 Stockholm

Tel: 08-524 864 64

Fax: 08-33 95 11

E-post: [atkansli@admin.ki.se](mailto:atkansli@admin.ki.se)

Hemsida: [www.ki.se](http://www.ki.se)



Stiftelsen för Utbildning och Utveckling i Svensk sjukvård  
(Huvudansvariga för AT-läkarnas riksstämman)

Skeppsbron 34

111 30 Stockholm

Tel: 08-534 801 72

E-post: [info@at-stamman.nu](mailto:info@at-stamman.nu)

Hemsida: [www.at-stamman.nu](http://www.at-stamman.nu)

SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

Hemsida: [www.sfam.nu](http://www.sfam.nu)

Svensk internmedicinsk förening

Hemsida: [www.sim.nu](http://www.sim.nu)

Svensk kirurgisk förening

Hemsida: [www.svenskkirurgi.se](http://www.svenskkirurgi.se)

Svenska psykiatriska föreningen

Hemsida: [www.svls.se/sektioner/ps/](http://www.svls.se/sektioner/ps/)