



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Norrtälje Sjukhus**

Klinik

**Radiologi**

Specialitet

**2022-04-28 – 2022-04-29**

Datum

**Norrtälje**

Ort

**Mattias Bjarnegård och Katrin Åkesson**

Inspektörer

## Styrkor

- Kliniken är sammanhållen i välfungerande lokaler.
- ST-läkarna ses som en viktig del av kliniken, och det finns ett tydligt engagemang från handledarna kring ST-läkarnas utveckling.
- Regelbundna examinationer via programmet ST-Stockholm borgar för bred och djup bedömning av ST-läkarens kompetensnivå och progression inom c-delmålen.
- Det finns ett väl utvecklat samarbete med andra, större, förvaltningar inom SLL, där man kan utnyttja kurser och vetenskaplig handledning.
- Man har ett väl utvecklat samarbete med andra förvaltningar avseende sidotjänstgöring.
- Ett sjukhusövergripande AT/ST-kollegium ger återkoppling avseende ST-läkarens kompetens även från andra kliniker än från radiologin, vilket ger en bredare bild av ST-läkarens kompetens.
- ST-läkare och handledare arbetar nära varandra, och den dagliga handledningen är lättillgänglig.

## Svagheter

- ST-läkarna har inte ett individuellt utbildningsprogram (IUP) som regelbundet revideras. Det som finns är ett ST-kontrakt, vilket dock inte kan anses uppfylla kriteriet för ett IUP kopplat till målbeskrivningen.
- Kliniken använder inte de bedömningsmallar som finns, och bedömningen över tid är inte strukturerad eller skriftlig, vilket gör att bedömning och återkoppling sker ad hoc.
- Ansvaret för planering av sidotjänstgöring sker närmast uteslutande av ST-läkarna, vilket innebär en stor osäkerhet och risk för stor individuell variation beroende på personlighet.
- ST-ab-utbildningen, som i stort sett genomförs vid andra förvaltningar, gör att ledarskaps-, utvecklings-, organisations- och forskningsfrågor blir något som är fristående från klinikens vardag. Detta blir tydligt då man på enheten inte gör någon kontinuerlig bedömning av dessa kompetenser.
- Man använder sig inte av den rekommenderade (SFMR) uttolkningen av målbeskrivningen (European Training Curriculum), och ej heller av någon annan strukturerad uttolkning. Det innebär en otydlighet kring vad som ingår i kompetensområdet och i bedömningen av att ST-läkaren har tillgodogjort sig det som målbeskrivningen stipulerar. Bedömningen riskerar att inte blir rättvisande mellan olika ST-läkare. En tydlig koppling underlättar även för ST-läkaren att veta var den befinner sig kompetensmässigt.
- Generellt är dokumentation en svaghet, vilket ex v gäller handledarträffar, bedömningar, återkoppling från sidotjänstgöring och insatsers koppling till delmål.

## Förbättringspotential

- Kliniken rekommenderas att använda de strukturerade bedömningsmallar som finns med regelbundenhet, eftersom de också innehåller bedömning av flera ab-del mål. Detta ger möjlighet till skriftlig dokumentation där man över tid kan bedöma progression.
- AT/ST-kollegiet kan med fördel föregås av ett klinikbaserat specialistkollegium, och man kan med fördel också använda sig av 360-graders bedömning inför ett sådant.
- Det bör tas fram mål för de ganska omfattande sidotjänstgöringar som sker. Det innebär också att värdet av sådan tjänstgöring kan följas upp, såväl under tiden som efteråt. Specialistkollegium genomförs på vissa sidotjänstgöringar och kan och bör efterfrågas.
- Man bör aktivt söka efter möjlighet för ST-läkarna att undervisa, ex v sköterskor, AT, kandidater, ST-läkare inom andra specialiteter osv, för att ST-läkarna ska kunna få träning och handledning i detta.
- Man bör aktivt söka efter möjlighet för ST-läkarna att handleda, samt få handledning i detta.
- Journal clubs kan införas för att öka den vetenskapliga träningen, möjligen kan det arrangeras sjukhusövergripande.
- På förvaltningsnivå bör handledarträffar införas för kompetensutveckling.
- ST-läkarna bör beredas någon lokal där de kan arbeta ostört och ägna sig åt självstudier och deltagande i on-linekurser. (Kan vara förvaltningsgemensamt)
- Även om det är generöst med korta spontana handledarmöten bör det beredas schemalagd tid med regelbundenhet för mer strukturerad genomgång av delmålsuppfyllelse och behov hos ST-läkaren.

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Vårdgivaren har samarbete med andra förvaltningar och utgår från dessas riktlinjer. De är dock inte omgjorda med vårdgivarens emblem, vilket gör att det inte är tydligt att det är gällande för vårdgivaren.

### Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska genomföras finns.
- Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska utvärderas finns.
- Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

### Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

## B Medarbetarstab och interna kompetenser

Studierektorsfunktionen är delad i en mer övergripande roll och en klinisknära roll. Den officiella SR-rollen har en utåtriktad och övergripande karaktär, men har ingen egentlig direktkontakt med ST-läkarna och handledarna, utan detta sker genom klinikchef som också har en slags inofficiell SR-roll lokalt. Sammantaget tycks SR-funktionen vara väl täckt, men uppdelad på flera personer.

## Föreskrift

- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har specialistkompetens i avsedd specialitet.
- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- Tillgång till specialistkompetent studierektor med handledarutbildning finns.
- Tillräckligt många läkare med relevant specialitet och kompetens finns för att alla ST ska få adekvat handledning.
- Tillräckligt många läkare och andra medarbetare med relevant kompetens finns för att instruktioner ska kunna ges.

## Allmänna råd

- Studierektorn har relevant specialistkompetens.

## Kvalitetsindikator

- Generella skriftliga instruktioner för ST-handledning finns.
- Regelbundna handledarträffar för ST-handledarna finns.
- Skriftlig uppdragsbeskrivning för SR finns.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## C Lokaler och utrustning

Kliniken är väl sammanhållen och utrustning och lokaler är moderna och ändamålsenliga. ST-läkarna saknar en ostörd arbetsplats för ex v självstudier, webinarier och andra uppdrag som inte är radiologiskt kliniska.

## Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

## Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:



Adekvat utrustning för diagnostik, utredning och behandling finns.

## Kvalitetsindikator



ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.



Tillgång till IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas, stöd från bibliotek eller FoU-enhet finns.

## Gradering



A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma.



B. Socialstyrelsens föreskrifter följs.



D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

# PROCESS

## D Tjänstgöringens uppläggning

Kliniken använder ingen resurs för uttolkning av målbeskrivningen, ex v utbildningsbok/ETC, utan lutar sig mer mot lokalt patientflöde och intyg från sidotjänstgöring. Avsaknaden av individuellt utbildningsprogram är en brist som slår igenom i flera sammanhang.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

### Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Det finns skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg.
- Jourtjänstgöring/beredskap uppfyller kraven i målbeskrivningen.

### Föreskrift

- Alla ST-läkare har individuellt utbildningsprogram som utgår från kraven i målbeskrivningen.
- Det individuella utbildningsprogrammet följs regelbundet upp och revideras vid behov i samråd med SR, HL och ST-läkaren.

### Allmänna råd

- SR bör utgöra en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- SR bör medverka till utarbetning av ST-läkarnas introduktionsprogram.
- SR bör ta del av verksamhetschefens och handledarens bedömning av ST-läkaren.

## Kvalitetsindikator

- Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- Tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning för de leg läkare utan specialistkompetens som arbetar vid enheten med siktet inställt på ST finns.
- Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter att uppnå målen i mål-beskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnicitet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## E Handledning och uppföljning

Handledarträffar schemaplaneras inte utan sker mestadels spontant och rör då den kliniska utvecklingen. Bedömningen är i mycket liten mån formaliserad/strukturerad och skriftlig. Den vardagliga återkopplingen bedöms fungera mycket bra. Mycket av dokumentationsrutiner faller på den enskilda ST-läkaren. Handledare har inte kontakt med sidotjänstgöringsklinik för att efterhöra resultat/progression. Återkoppling endast med intyg avseende uppfyllt delmål.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.



## Föreskrift

- Handledningen utgår från det individuella utbildningsprogrammet.
- Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST.
- ST-läkaren har tillgång till handledare under varje utbildningsperiod.
- Fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling utifrån målbeskrivningen och utbildningsprogrammet görs under hela ST.
- Kontinuerlig bedömning utförs av verksamhetschef (motsvarande) och huvudsaklig handledare.
- Verksamhetschef (motsvarande) ansvarar för att den kontinuerliga bedömningen dokumenteras.

## Allmänna råd

- ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner.
- Handledningen är inplanerad i ordinarie tjänstgöringsschema.
- Den huvudansvariga handledaren tjänstgör där ST-läkaren huvudsakligen genomför sin specialiseringstjänstgöring.
- Handledarutbildningen bör omfatta handledning, pedagogik, metoder för bedömning, kommunikation och etik.
- Den fortlöpande bedömningen görs med på förhand kända och överenskomna metoder.
- Påvisade brister i ST-läkarens kompetens leder till en åtgärdsplan.
- Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

## Kvalitetsindikator

- ST-läkarnas sidutbildning följs upp.
- Varje enhet har en plan för hur ST-läkare som riskerar hamna i svårighet för att uppnå enskilda delmål, sin professionella utveckling generellt eller av personliga skäl, ska kunna hjälpas.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## F Teoretisk utbildning

Det finns inte individuellt anpassade utbildningsprogram (IUP). Sidotjänstgöring och kurser finns uppradade i ST-kontrakt och dessa överenskommelser följs. Utifrån att IUP inte finns följs inte Allmänna råd, men strukturen finns i stort sett rent praktiskt på plats.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

### Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkarna genomgår den teoretiska utbildning som definieras i det individuella utbildningsprogrammet.

### Föreskrift

- SR samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildning.

## Allmänna råd

- Intern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.
- Extern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.
- Tid för regelbundna självstudier planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## G Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

Det finns kurs för utbildning i medicinsk vetenskap, och tid avsätts för de arbeten som krävs enligt målbeskrivningen. Det sker dock ingen bedömning av vetenskaplig kompetens eller kompetens i kvalitetsutveckling.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

## Föreskrift

- Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- Goda förutsättningar finns för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- ST-läkarna ges möjlighet att utveckla kunskap om och kompetens i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.
- Goda förutsättningar finns för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.
- ST-läkarens kompetens i kvalitetsutveckling bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

## Kvalitetsindikator

- ST-läkares genomförda individuella arbeten publiceras eller presenteras vid vetenskapliga möten.
- Tillgång till ett välfungerande doktorandprogram finns.
- Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.
- Minst ett, på enheten utfört, självständigt forskningsprojekt har publicerats i vetenskaplig tidskrift eller presenterats vid vetenskapligt möte de senaste två åren.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

## H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

Den kommunikativa kompetensen bedöms, återkoppling sker och handledning ges med stor regelbundenhet redan tidigt i ST. Det finns ledarskapskurser, men det sker ingen strukturerad bedömning, återkoppling eller handledning kring ledarskapskompetens och handledning vid ordinarie tjänstgöring. Undervisningstillfällena är relativt få och man kan nyttja dessa mer kontinuerligt och strukturerat för kompetensutveckling och måluppfyllelse.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

## Föreskrift

- ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i ledarskapskompetens.
- ST-läkarens kompetens i ledarskap bedöms fortlöpande och med återkoppling.
- ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla den kommunikativa kompetensen såväl muntligt som skriftligt i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms och återkoppling sker.

## Allmänna råd

- ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning.
- ST-läkaren bereds möjlighet att själv handleda under handledning.
- ST-läkaren bereds möjlighet att delta i inom- eller mellanprofessionell reflektion i grupp.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## Handlingsplan för ST-utbildning vid Röntgenkliniken, Norrtälje sjukhus

Efter extern kvalitetsgranskning i regi av SPUR 2022-04-28 – 2022-04-29 ombads vi lämna in en handlingsplan med anledning av de anmärkningar som då framkommit.

Vi avser att implementera följande åtgärder:

- Införande av ett halvårsvis lokalt handledarkollegium för samtliga ST-handledare, samt ST-studierektor vid röntgenkliniken. Inför detta kollegium skall varje ST-läkare utvärderas utifrån 360°-mallen (Sheffield Peer Review Assessment Tool) av minst 5 specialister/överläkare vid kliniken. Kollegiet efterföljs av en schemalagd träff för återkoppling mellan enskild ST-läkare och respektive handledare. Utvärderingen vid handledarkollegiet avser inte bara radiologispecifika C-del mål, utan även de generella A- och B-del mål som ingår i Socialstyrelsens föreskrifter. (1a, 1b)
- Införande av årlig utbildningskontroll år 1-3, där enskild ST-läkare får bedöma en given radiologisk undersökning och skriva utlåtande i närvaro av specialist-/överläkarkollega som agerar examinator. Arbetet utvärderas därefter med hjälp av mallen "Bild- och funktionsundersökningar", v.g. se bifogad dokument. Förfarandet är tänkt att utgöra en motsvarighet till "Mini-CEX" som är anpassad till vardagen vid en röntgenklinik. (2)
- Införande av årlig utbildningskontroll år 4-5 med avseende på basal radiologisk intervention, exempelvis anläggande av buk-/pleuradrän eller pyelostomateter. Specialist-/överläkarkollega agerar examinator. Som utvärderingsmall används "DOPS". (3)
- Upprättande av Individuell utbildningsplan (IUP) (4)
- Upprättande av en målbeskrivning för år 1-3 utifrån en översatt version av riktlinjerna som utgivits av European Society of Radiology (ESR). För år 4-5 hänvisas till ESR:s originaldokument på engelska. (5)
- Införande av individuell strukturerad ST-pärm för ST-kontrakt, överenskommelse avseende handledning, IUP, utvärderingar, intyg från kurser och externa placeringar.
- Införande av schemalagd handledning 1-2 tillfällen per månad, samt kortfattad skriftlig dokumentation av vad som avhandlats vid dessa träffar.
- Införande av en mer strukturerad planering och uppföljning av sidoplaceringar ("randningar") med en formaliserad kontakt mellan vår klinik (via ST-studierektor) och ST-ansvarig vid kliniken där sidoplaceringen äger rum. Utvärderingar från sidoplacering samlas i ST-läkarparmen och behandlas även vid nästföljande handledarträff.
- Införande av ett årligt återkommande tillfälle då ST-läkaren håller föredrag utifrån en vetenskaplig artikel och/eller vetenskapligt arbete som utförts i samband med sidoplacering. Detta syftar till att formalisera den vetenskapliga strimman, något som även utvärderas i handledning och handledarkollegium.

- Införande av dokument gällande övergripande riktlinjer för ST vid Norrtälje sjukhus/Tiohundra AB. Denna utgör en mer generell arbetsbeskrivning inklusive ansvarsfördelning mellan ST-läkaren, handledare, chef och ST-studierektorer. (6)
- Nyttillsatt ST-studierektor som ej är verksamhetschef vid Röntgenkliniken, för att undvika att denne sitter på "dubbla stolar".
- Införande av ST-studierektorskollegium vid sjukhuset 2 gånger per år, under ledning av övergripande ST-studierektor. Det utgör tillfälle att diskutera generella ST-frågor, men även frågor kring individuella ST-läkare utifrån behov.

(Hänvisning till bifogade dokument inom parentes efter respektive stycke)

Gällande ledarskapsfrågan så anser vi fortsatt att sådan träning sker i samband med varje jour (i genomsnitt 2-3 tillfällen per månad). Jourtjänstgöringen börjar relativt tidigt, oftast under andra halvan av första året som ST-läkare. Då är ST-läkaren med stöd/handledning av bakjour ansvarig för klinikens arbetsflöde i fråga om kommunikation med remitterter, prioritering av undersökningar utifrån frågeställning och medicinsk angelägenhetsgrad och val av undersökningsmodalitet. ST-läkaren utgör då också ett stöd för de röntgensjuksköterskor som är i tjänst.

Efter genomfört jourpass är ST-läkaren ansvarig för att leda morgonmötet för röntgenkliniken, där rondfallen från senaste dygnet avhandlas. ST-läkaren håller därefter röntgenronder för sjukhusets ortoped-, kirurg- och medicinklinik.

Vidare är våra ST-läkare vid röntgenkliniken vid 4 tillfällen per år ansvariga för att hålla i den del av sjukhusets introduktionsprogram för nyanställda AT-, BT- och underläkare som innefattar tolkning av konventionella röntgenundersökningar av skelettet. Därtill har vi regelbundet studenter från utbildningarna till exempelvis röntgensjuksköterska, fysioterapeut och naprapat placerade på vår klinik. Dessa har i regel schemalagd tid tillsammans med ST-läkarna i radiologi och får ta del av deras vardagliga arbete.

Vi har även som ambition att låta våra ST-läkare hålla föredrag inom radiologiska områden inom ramen för sjukhusets AT-utbildningsforum, något som ej har skett regelbundet hittills. Dessa föredrag kan även komma andra yrkesgrupper till gagn, exempelvis ST-läkare i primärvården eller på andra sjukhuskliniker.

Gällande tillgång till funktionell arbetsplats så finns det pga lokalbrist inte något dedikerat ST-kontor, men tillgång till en arbetsstation med dator som även fungerar för studier finns alltid tillgänglig på kliniken. I den senare hälften av utbildningen så har ST-läkaren i regel även tillgång till motsvarande arbetsstation i hemmet.