

SJUKHUSFYSIKERN

INFORMATION FRÅN SVENSKA SJUKHUSFYSIKERFÖRBUNDET – SEKTION INOM
SVERIGES NATURVETAREFÖRBUND, BOX 760, 131 24 NACKA.
TEL: 08-716 28 55

ISSN 0281-7659

Nr 2-3 1990

Innehåll:

REDAKTIONELLT

ÖREBRO

KARLSTAD

"KATASTROFPÄRMEN"

SJUKHUSFYSIKERNAS
MARKNAD

TIDSBEGRÄNSADE
CHEFFYSIKER

INVÄNDNINGAR MOT
REDAKTÖREN

ÅRSMÖTET

KURS

EFOMP-STIPENDIUM

SIEVERT MED STOR OCH
LITEN BOKSTAV

REMISSYTTRANDE

Hösten är här med både fallande löv och stigande räntor och med virvelstormar och snålblåst inom ekonomin.

Somliga har hunnit avsluta de lokala förhandlingarna innan snålblåsten övergick i full orkan - för dem som återstår kan det bli svårt att värja sig mot alla "åtstramningspaket". I vilket fall som helst så bör Mats Nilsson ofördröjligen få besked om resultaten av förhandlingarna för att hålla vår lönestatistik så aktuell som möjligt.

Vad hände i Örebro och i Karlstad när det skulle omorganiseras? Studera de välskrivna och underhållande rapporterna från K.-W. och Lasse. Vad man kan lära sig av detta är att i första hand alltid ta kontakt med SN och förbundsledningen och låna "katastrofpärmen" och studera hur Dina kolleger, som varit i liknande situationer, har agerat.

Du, som har bidrag till denna pärm liggande i Din skrivbordslåda, sänd dem genast till Örebro och K.-W.!

Vad kommer att hända med sjukhusfysiken när interndebiteringen och marknadsekonomin gör sitt intåg på sjukhusen. En anonym kollega har funderat på vad detta kan ha för konsekvenser och jag har bett honom att inte undvika provocativa formuleringar och synsätt med den förhoppningen att julnumret skall fyllas av inlägg med invändningar och instämmanden. Gärna anonyma!

Hur länge bör en cheffysiker sitta? Svaren på den frågan varierar säkerligen mycket beroende på vem man frågar och vem denne har i åtanke. En av landets cheffysiker har både ett tidsbegränsat förordnande och synpunkter på detta som nog inte delas av alla. Bör sjukhusfysikerförbundet agera i någon riktning i denna fråga, som vi säkerligen kommer att konfronteras med under 90-talet oavsett om vi vill det eller inte? Alla fysiker är välkomna med synpunkter till K.-W., men helst med inlägg till denna publikation.

Flera medlemmar har, som framgår av ett inlägg i detta nummer, uttryckt sina invändningar mot mina redaktionella inlägg i de senaste numren. Självfallet har det aldrig föresvävat mig att i mina signerade inlägg uttala mig vare sig i styrelsens eller i kårens namn. Några få kolleger har vid något tillfälle sagt sig uppskatta min raljanta ton, men de flesta har naturligtvis aldrig någonsin kommit med några kommentarer. Bristen på reaktioner är naturligtvis frustrerande för en redaktör och jag borde därför utan reservationer hälsa ert inlägg med glädje något som jag självfallet har svårt att göra. För det första har jag gjort er både upprörda och ledsna något som jag uppriktigt beklagar. (Jag kanske bör tillägga att det inte alltid varit lätt att inte reagera då man de senaste två åren t o m från riksdagens talarstol tvingats höra deklARATIONER om hur "galant" det ska gå att omedelbart avskaffa kärnkraften - detta sagt för att förklara snarare än att försvara mina verbala förlöpningar.)

För det andra är ert förmodande korrekt: Jag anser inte mitt ställningstagande vara politiskt, med de konsekvenser som ni anger.

Jag har nu flera gånger stuckit ut huvudet och till slut blivit attackerad. Det finns mer än 150 medlemmar som ännu inte yttrat sig - spalterna är era!

Ämnet är kanske även lämpligt att ta upp vid årsmötet, som i år äger rum i samband med den medicinska riksstämman. Tidpunkten är vald för att så lite som möjligt kollidera med andra aktiviteter och för att möjliggöra för de fysiker i stockholmsområdet som tvingas att vara i tjänst att hinna ut till Älvsjö i tid.
VÄL MÖTT !

Inger-Lena informerar om en kurs som styrelsen planerar till våren 1991. Till årsmötet bör vi ha mer detaljerad information att lämna om detta synnerligen aktuella och viktiga ämne. Inger-Lena vill också påminna presumtiva applikanter om EFOMP-stipendierna.

Jag fick nyligen i min hand en bok om Rolf Sievert, som självklart icke får saknas hos någon enda fysiker i landet. Omslag och innehållsförteckning framgår av kopiorna. Priset är facilt, inte mer än 180:- för en fyllig biografi på 184 sidor. SSI säljer. För en stockholmare som dessutom haft förmånen att ha haft Sievert som chef under några år trodde jag faktiskt att jag hört alla sieverthistorier, men där bedrog jag mig. Titeln är kongenial. Jag hade faktiskt inte klart för inom hur många fält han var verksam - och med betydande insatser och oftast långt innan någon annan uppmärksammat problemen. Boken anbefalles - det rika bildmaterialet ökar dess värde betydligt - och vi återkommer med en formell recension i julnumret.

Sjukhusfysikerförbundet har aldrig fått på remiss Socialstyrelsens förslag till "Allmänna råd vid radiak-olyckor och insats av kärnvapen". För kännedom låter jag er därför ta del av yttrandet från Medicinsk Radiofysik-sektionen. Stig Larsson är inte nådig vare sig i sin detaljkritik eller i de mer generella kommentarerna.

Nästa nummer - julnumret - lämnar Stockholm den 18 december för att nå er före jul. "Deadline": 10 december. Alla bidrag välkomna, speciellt från dem med dåligt samvete.

Heliga och oheliga allianser

av K.-W. Beckman

Sjukvård i kris...

Sjukvårdssystemet idag är utsatt för många hot. Ekonomin vacklar på de flesta håll. Idéer om nya finansieringsformer frodas. Ekonomistyrning skall uppnås genom decentraliserad ansvarsfördelning. Sjukvårdens "huvuddiscipliner" skall köpa tjänster från servicedisciplinerna. "Dalamodeller" skapas i fantasi och verklighet. Ingen kan påstå att hot inte leder till kreativitet. Leder det också till konstruktivitet?

Organisationshysteri?

I ett vacklande system strävar man ofta att bygga om. Det leder till ständiga organisationsöversyner. På sina håll slår man samman till "storkliniker" och på andra håll mixar man äpplen och päron, ibland, kan det tyckas, mera för att ändra än för att uppnå ett realistiskt slutmål, med logiskt och funktionellt sammansatta enheter.

Vem styr?

Det mest upprörande är att de flesta idéer och förslag till organisationsförändringar föds i hjärnan på politiker och chefdirektörer som, för det första, inte har kompetens att förstå vad de river och bygger och för det andra, inte heller orkar skapa sig den verkliga kännedom som erfordras för kloka beslut. Personer, funktioner och enheter hanteras som rutor i ett teoretiskt organisationsspel.

Sjukhusfysiken - en bricka i spelet.

Inte heller vår disciplin har undgått rödpennor, saxar och Tipp-Ex®. Lund i färskt minne från 1989. Sedan Örebro. Mycket pågår också just nu i kulisserna i Sjukvårssverige.

Örebro -varför?

Organisationsdiskussionen började i Örebro, till skillnad från många andra platser, vid Radiofysikavdelningen.

Avdelningen, som även administrativt inkluderar isotoplaboratoriet, ville rätta till otydligheter i den medicinska ledningen av nuklearmedicinen. Det fanns inget bindande dokument och inte heller något formellt beslut om vem som innehade detta medicinska ledningsansvar. Samtidigt pågick, inför tillbyggnad av sjukhuset, önskemål från den kliniskt fysiologiska avdelningen om "egen" gammakamera. Läkarresurserna, som avsattes från röntgenkliniken, var numrerat otillräckliga, vilket visade sig fr.a. vid semestrar och kring storhelger. Vi från radiofysikavdelningen ville i ett slag rätta till kartan så att den anpassades till verkligheten.

All vår början bliver...

inte svår. En intern utredning tillsattes inom avdelningen i vilken också röntgens "isotopläkare" ingick. I september 1989 lade denna fram ett förslag som i korthet innebar att sjukhusets nuklearmedicinska resurs skulle hållas geografiskt och organisatoriskt samlad under Radiofysikavdelningen, men att det medicinska ansvaret skulle formaliseras av sjukhusdirektören.

Men sjukhusledningen

hade parallellt tillsatt en utredningskvinnor (=bitr. chefläkare) för att inventera intressekonflikterna mellan Radiofysik, Röntgendiagnostik och Klinisk fysiologi och mellan olika inblandade befattningshavare i och utanför den nuklearmedicinska organisationen. Av detta blev intet mer än inventering och frustration i de administrativa korridorerna. I röran kunde dock urskiljas att den medicinskt mest intresserade och engagerade disciplinen var Kliniska fysiologi. Röntgendiagnostiken lider av ständig och tydlig oåtkomlig brist på läkare.

Sjukhusdirektören

ger undertecknad i uppdrag att, tillsammans med klinikchefen klinisk fysiologi, komma överens om hur organisationen skall formas. En månad senare är vi överens, personalen är informerad och med på noterna. Allt är frid och fröjd - trodde vi.

Vi lägger ett koncensusförslag som går ut på:

Medicinskt ledningsansvar

diagnostik: klinisk fysiologi
terapi: allmän onkologi.

Administrativt ledningsansvar (utrustning, personal, radiofarmaka)

radiofysik.

Samverkansavtal med röntgendiagnostiken för att ta tillvara befintlig läkarkompetens. Radiofysikavdelningens avkall: en gammakamera (ny) placeras vid den nybyggda kliniskt fysiologiska avdelningen, dock försörjd med radiofysikavdelningens personal och under Radiofysikavdelningens administrativa paraply.

91 dagar senare

dyker ett beslutsförslag upp från sjukhusdirektören. Detta skiljer sig från vårt förslag som en fågel från en fisk. Enligt detta skall radiofysikavdelningen med isotoplab i sin helhet inkluderas i kliniskt fysiologiska laboratoriet. Skulle inte detta passa får radiofysikavdelningen (utan isotoplab) bilda en egen basenhet, skild från övriga kliniker vid sjukhuset. Vi skulle ingå i den konstellation som vid RSÖ kallas allmän

service. Sjukhusfysiken som klinisk disciplin skulle härmed vara ett minne blott.

Reaktionerna blir självfallet många och häftiga. Vad Radiofysikavdelningen reagerar främst mot är handläggningen. Ett givet uppdrag, som genomförts enligt direktiven, ignoreras helt. Sedan denna reaktion förmedlats till sjukhusdirektören angrips förslaget i sakfrågan. Sakangreppet uppdelas i två delar:

- 1) Sjukhusfysikens ställning som fullvärdig klinisk verksamhet och
- 2) Den nuklearmedicinska organisationen.

Sjukhusfysikens plats i sjukvården

förklaras utgående från Socialstyrelsens allmänna råd och Strålskyddslagstiftningen. Vi konstaterar att efterlevnaden av strålskyddslagen och till den hörande författningar omöjliggöres om inte sjukhusfysiken ges makt och myndighet. Att ingå i det kliniska brödrskapet kortar dessutom informationsvägarna. Dessutom, att inplacera terapeutisk sjukhusfysik och strål-skydd under, i detta avseende, komplett okunnig klinisk fysiologisk ledning vore en björmtjänst gentemot dessa verksamhetsgrenar. Ett regionsjukhus utan sjukhusfysikalisk identitet skulle dessutom innebära att rekryteringen av sjukhusfysiker i framtiden vore i det närmaste omöjlig.

Nuklearmedicinen,

hävde vi, skulle väl kunna fungera med ett delat administrativt och medicinskt ansvar. Till saken hör att i denna veva det samlade ansvaret inom sjukvården ivrigt debatterades. I denna fråga har sjukhusfysikorganisationerna varit alltför passiva. "Gu" ske löv" lades frågan på is i socialutskottet för att inte punkteras av riksdagen. Vi kunde alltså komma igen med att hävda att ledarskap är ledarskap och inte läkar-examen. Vi påtalade att nuklearmedicin ur medicinsk synvinkel inte enbart är diagnostik utan även terapi, vilket kliniska fysiologer inte bör handlägga. Som vi tyckte, en total punktion av ledningens förslag.

Kollegialt och fackligt stöd.

Personalen vid radiofysikavdelningen gick in separat och angrep förslaget. Detsamma gjorde SHSTF vid RSO. Mycket praktiskt och moraliskt stöd kom från sjukhusfysikerkollegor efter ett utsänt nödrop. Onkologerna vid sjukhuset reagerade starkt mot sjukhusfysik under klinisk fysiologi etc. Allt sammantaget resulterade i en total reträtt av sjukhusledningen.

*"Han fann ibland äktenskap det bästa,
Det äktenskap som ej blev av"*
Kellgren, Dumboms leverne

Klockan drogs tillbaka till december 1989.

Sjukhusdirektören meddelar att Sjukhusfysikens ställning som klinisk disciplin, jämbördig med övriga kliniker, skall ligga fast.

Undertecknad fick på nytt i uppdrag att ta fram en formell överenskommelse mellan berörda nuklearmedicinska parter (sjukhusfysik, röntgendiagnostik, klinisk fysiologi, onkologi) och lägga den på det administrativa bordet under maj. Detta har nu skett. Innehållet är sammanfattningsvis följande:

- 1) Nuklearmedicinen skall administrativt ledas av chefen radiofysikavdelningen (även ev. sätellitverksamhet)
- 2) Klinikchefen klinisk fysiologi blir medicinskt ledningsansvarig för diagnostisk nuklearmedicin
- 3) Klinikchefen allmänonkologi blir medicinsk ledningsansvarig för nuklearmedicinsk terapi
- 4) En "styrgrupp" bildas, under ledning av cheffysikern, innehållande dessutom de medicinskt ledningsansvariga och representant för röntgendiagnostiken. Adjungering av andra berörda (ex. beredningsansvarig) är tillåten.

Mycken möda för att nå en lösning vi kunnat få utan sista månadernas skrift- och ordväxling.

Många erfarenheter kan dras av ovanstående.

En gäller "kompetensnivån" i beslutsleden. Kanske ändå allvarigare att man inte(vill?) lyssnar och ta fram relevanta fakta före beslut.

En gäller sjukhusfysiken. Är vi för anonyma? Sysslar vi bara med intern utveckling och interna frågor i tider då allt ifrågasätts och marknadsföring av verksamhet, inte bara gentemot läkarkollegor, är ett måste för att klargöra verksamhetens plats i sjukvården?

En gäller erfarenhetsutbyte. Mycket händer runt om i vårt land som berör sjukhusfysikens organisation och dess plats. Varför delar vi inte med oss? Varför arbetar var och en på sin lilla kammare med "sitt" problem? Det är dags att vi skärper oss. Det är inget problem att ha problem att lösa. Problemet kommer om de löses på fel sätt!

Hjälp till också Du från Din horisont genom att bidra till den "katastrofpärm" som annonseras på annan plats i denna vår gemensamma skrift.

K.-W. Beckman

Redaktionen för "Sjukhusfysikern"

Att.: Lars Johansson

Avd. för sjukhusfysik

Karolinska sjukhuset

104 01 STOCKHOLM

ANGAENDE INFORMATION OM ANSVARFÖRDELNING INOM SJUKVARDEN I VÄRMLAND.

I Karlstad är ansvarsfördelningen gällande sjukhusfysik, strål-
skydd och medicinsk teknik fastlagt efter en nyligen (1987-1989)
genomförd utredning och organisationsförändring.

Således är ansvarsfördelningen enligt följande:

Avdelning för sjukhusfysik.

Den fysikalska/tekniska delen och strålskydd gällande strål-
terapi och nuklearmedicin samt allmän strålfysik inom det cen-
trala distriktet, CSK.

Avd. för strålskydd.

Har ansvaret för strålskydd inom röntgendiagnostik i hela
länet samt skall fungera som konsult i medicinsk fysik för
länsdelssjukhusen.

Avdelning för medicinsk teknik.

Med. teknisk chef vid medicinsk tekniska avdelningen har det
övergripande ansvaret för teknisk säkerhet tillsammans med
respektive basenhetschef/klinikchef.

Detta är nedtecknat i befattningsbeskrivningar samt i lokala dele-
geringsbeslut.

Alltså en klar fördelning som i stort sett stämmer med motsvarande
verksamheter i övriga delar av landet. Med andra ord, det borde
vara lätt att rätta sig efter och att leva med.

Så enkelt är det dock inte. Hos oss förekommer naturligtvis också
tvister av typen - "vem skall göra vad" - precis som vid de flesta
arbetsplatser där flera yrkeskategorier skall sträva mot samma
mål.

Som en lösning på dessa små tvister har ingenjörerna tydligen satt
"renodling in absurdum" som mål, dvs all teknik till tek-
niska avd., all fysik till fysikavd. osv.

Detta är, som bekant, inte möjligt i alla lägen och speciellt inte
i modern sjukvård där teknik, fysik, medicin ... etc måste gå
hand i hand.

Någon med insikt i alla delfprofessioner bör ha det övergripande
ansvaret. Detta har i Karlstad tillskrivits sjukhusfysik.

Trots detta och trots att ingenjörerna nu har egen basenhet med eget budget- och yrkesansvar vill de bli ännu "friare". Drömmen om den fullständiga friheten gav sig till känna på många olika sätt. Påstötningar gjordes till enskilda på min avdelning, till mig, till andra klinikchefer, till sjukhusledningen, till landstingsansvariga och till slut också till myndigheter, bl.a. till SSI.

Och det är egentligen nu historien, som jag skall referera, börjar.

I oktober 1989 kallades jag till landstinget gällande ovannämnda ansvarsfrågor.

Orsaken till mötet var att man från landstingshall registrerat viss oklarhet bland de ledande på länsdelssjukhusen om dessa ansvarsfrågor samt om hur man lämpligen skall finansiera de länsövergripande verksamheterna.

Det var alltså för att bringa klarhet i detta och för att bereda väg för de länsövergripande funktionerna strålskydd och medicinsk teknik, som vi gemensamt skulle anordna möte i dec. 1989 för de länsdelsansvariga.

För att få bästa möjliga information hade MTA-chefen redan på förhand engagerat specialister från Socialstyrelsen och Svensk förening för medicinsk teknik och fysik, nämligen Göran Liedström resp. Nils Tjerneld. I akt och mening att ytterligare späda på med specialistinformation föreslog jag att en representant från SSI och Svenska sjukhusfysikerförbundet också skulle engageras. Sagt och gjort, Sten Grapengeter resp. Inger Lamm kontaktades och vi såg fram mot ett givande möte där vi efter bästa förmåga skulle informera våra distriktsdirektörer och chefläkare om både ansvar och resurser.

Något konfunderad blev jag när jag en vecka före mötet fick höra att nu minnsann skulle det bli ordning på ansvarsfördelningen mellan medicinsk teknik och sjukhusfysik - nu skulle representanter för Socialstyrelsen och medicinsk tekniska föreningen komma hit och tala om hur det egentligen skall vara !!!

"Linjäracceleratorer är medicinsk teknisk utrustning enligt SoS och därmed skall ingenjörerna ha totalansvaret för dessa". Så enkelt är det - basta!

Jag höjde det ena ögonbrynet. Aha, ugglor i mossen och minst en hund begravnen.

Vad göra?

Jo, naturligtvis kontaktar jag min närmaste chef, direktören för CSK, och redogör för mina farhågor. Är det nödvändigt att representanter för SoS och Svensk förening för Med. teknik kommer hit för att lösa våra lokala tvister om enkla arbetsfördelningsfrågor?

Naturligtvis inte! Våra ansvarsåtaganden gentemot både SSI och SoS har vi löst tillfredsställande.

Genom resolut ingripande av sjukhusdirektören på CSK säkerställdes att temat för mötet skulle hållas strikt.

Samtidigt var jag naturligtvis på min vakt och kontaktade ett flertal kollegor om lämpligaste sätt att sakligt bemöta "attacherna" om de nu ändå skulle komma fram. Därvid tipsades jag om att kontrollera vilket mandat de två på förhand engagerade specialisterna Liedström och Tjerneld hade från sina respektive

uppdragsgivare inför detta möte.

Här lyfte jag på det andra ögonbrynet. Det visade sig faktiskt att dessa "turnerade" i landet alldeles på egen hand och representerade inte någon annan än sig själva och sitt företag. Svensk förening för medicinsk teknik och fysik hade för det första inte Tjerneld som sin representant i sådana sammanhang och för det andra inte en aning om att de skulle representeras vid ett dylikt möte. Detta fick Liedström och Tjerneld besked om kvällen innan mötet.

Nåja, mötet genomfördes och, vad jag förstår, tjänade syftet, dvs tjänstevägarna mellan distriktsdirektionerna - landstinget - och de berörda avdelningarna ventilerades och, förhoppningsvis, klarnade.

Vad Socialstyrelsen anser om ansvarsfrågorna är dock fortfarande höljt i dunkel eftersom Liedström fränsade SoS ansvaret för vad han framförde, men förhoppningsvis är hans tolkning av lagar och förordningar något så när i samklang med den officiella tolkningen.

Poängen med mitt inlägg är också ett frågetecken. Vad skulle herrarna ha sagt om de inte vetat att vi visste?

Summan av kardemumman var att en massa irriterande och framförallt onödig tid och arbete lades ned både från vår och ingenjörernas sida på en fråga som sedan länge lösts av sjukhusledningen.

Ingenjörerna gör både sig själva och sjukvården en björntjänst med detta ständigt återkommande tjat om ansvar. Modern teknologi har mycket att erbjuda sjukvården och sjukvården behöver den. Sätt igång och jobba istället.

Med vänliga hälsningar.


Lars Lantto
Cheffysiker

För kännedom: Sjukhusdirektören, CSK.



Lämna Ditt bidrag
till
Sjukhusfysikerförbundets

"Katastrofpärm"

Vi, sjukhusfysikerförbundet och Dina kollegor, behöver öka vår beredskap i organisationsfrågor. Angrepp och försvar som utväxlats vid Din arbetsplats, i frågan om sjukhusfysikens organisation i sjukvården, kan vara andra till hjälp i samma situation.

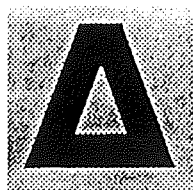
Förbundets styrelse har beslutat försöka samla tillgängligt material för att, vid behov, kunna låna ut till behövande.

Sänd Ditt bidrag till



K.-W. Beckman
Radiofysikavdelningen
Regionsjukhuset
701 85 ÖREBRO





**CANBERRA
PACKARD**



NUCLEAR DATA och PACKARD INSTRUMENT byter namn till:

C A N B E R R A P A C K A R D A B

Vi har förenat våra styrkor och vi kan erbjuda en mycket stark produktlinje med bland annat:

- * Betaräknare
- * Gammaprovväxlare
- * Mångkanalsanalysatorer
- * System för upptagsmätningar
- * Detektorer av alla slag

- * TLD-utrustningar och TLD-material
- * RIA-counters
- * Datorsystem för spektrumanalys
- * Radonmätare
- * NIM-moduler
- * Strålskyddsinstrument

Vi har dessutom ett stort urval av kemikalier för vätske-scintillation samt förbrukningsmaterial såsom provrör, scintburkar etc.

En nyhet är DGM-1500 - ett stryktåligt och enkelt hand-instrument. Alla som arbetar med isotoper borde ha ett DGM-1500.

Ring oss på vårt nya telefonnummer 018/55 69 00.

Bästa hälsningar

CANBERRA PACKARD AB

VI MÖTS PÅ

medicin

MÄSSAN

HUR KLARAR SJUKHUSFYSIKAVDELNINGEN MARKNADEN?

Nya vindar blåser inom landstingsvärlden. Trenden, som avspeglas i t ex Dalamodellen, går mot allt större budgetansvar för den enskilda kliniken.

Detta innebär också större frihet för klinikchefen att i fortsättningen köpa sakkunskap inom radiofysikområdet i den omfattning han anser sig behöva, och ha råd med. Detta kan man naturligtvis göra genom avtal med sjukhusfysikavdelningen, men inte ens denna skenbarligen enkla förändring behöver nödvändigtvis vara helt problemfri. En klinikchef på röntgen eller klin fys kan ju t ex fråga sig om det verkligen är nödvändigt med dessa satsningar på strålskyddet - stråldoserna är ju tämligen låga ändå och sänkta stråldoser ger ingen intäkt! Här finns pengar att tjäna för kliniken samtidigt som en viktig strålskyddsverksamhet förloras för sjukhusfysikerna.

Sjukhusfysikavdelningen i upplösning?

Om klinikchefen alltså råkar in i besvärande diskussioner med sjukhusfysikavdelningen om prioriteringen av radiofysikverksamheten kanske han överväger att använda sina pengar till att skaffa nödvändig kompetens på annat sätt. För att få bättre kontroll över hur resurserna används föredrar han att själv anställa en "egen" sjukhusfysiker på kliniken. Medel för detta finns ju genom överföring från sjukhusfysikavdelningen, som naturligtvis tvingas dra ner sin verksamhet i motsvarande grad.

Varför skall t ex klin fys köpa nuklearmedicinska undersökningar från ett centralt isotoplab - under ledning av en sjukhusfysiker - när man lika gärna (eller hellre) kan skaffa sig total kontroll över verksamheten genom att man för pengarna i stället kan skaffa utrustning - och fysiker. Och för klinikchefen på röntgen kan det te sig lika logiskt att samordna insatser från sjukhusfysiker och medicinska tekniker genom att inrätta tjänster inom den egna avdelningen.

Vad blir då kvar för sjukhusfysikavdelningen mer än att sitta i röntgen- och isotopkommittéerna, att sköta arkivet och att skicka rapporter till SSI? På de större sjukhusen kan man väl förvänta att strålterapiverksamheten förblir intakt eftersom cheferna för onkologiklinikerna oftast har fått den service som de ansett sig behöva. Men säker kan man aldrig vara eftersom det även från detta håll hörts klagomål om problem med rekrytering osv. Kanske finns det redan en och annan som anser sig kunna sköta det hela bättre själv.

Ny marknad ?

Ett annat alternativ är att man köper nödvändiga strålskyddsinsatser från sjukhusfysikavdelningen och använder överskottsmedel för att köpa konsulttjänster för specifika projekt. Denna modell är förstås lika användbar för alla kliniker från onkologen till klin fys.

En sådan här utveckling kan påskyndas genom att forsknings- och utvecklingsarbete inte ger några intäkter och därför kommer att sitta trångt i det nya systemet. Därför borde det, i ännu högre grad än nu, bli en fråga om finansiering via anslag från olika fonder.

Detta skulle kunna öppna en helt ny marknad för radiofysiker. Äntligen blir vi av med landstingen som monopolarbetsgivare. Här finns ypperliga möjligheter att bilda konsultbolag och att etablera sig som freelance-fysiker. Risken finns självfallet att freelance-fysikerna lägger beslag på alla intressanta uppgifter och lämnar rutinjobbet åt fysikerna på sjukhusfysikavdelningarna. Men är detta verkligen bara negativt? Är det inte mer kostnadseffektivt om de bästa experterna sysslar med de svåra problemen och överlåter de mer vardagsnära sysslorna till övriga fysiker?

Skall något göras ?

Försöket till styckmord på sjukhusfysikavdelningen i Lund kunde ju avvärjas, åtminstone tillfälligt, till stor del genom insatser från förbund och föreningar. Men vem kommer eller kan protestera mot att klinikchefen på röntgenavdelningen använder sina budgetmedel på det sätt som han finner bäst vara till exempel genom att anställa en egen sjukhusfysiker? En större frihet för klinikcheferna har ju varit själva andemeningen med det nya systemet. Är det kanske rent av så att denna utveckling skulle kunna vara bra för sjukhusfysiken? Får vi på det här viset äntligen en möjlighet att sälja vår kompetens till det rätta priset? I så fall finns det ju ingen anledning till oro utan man bör snarare agera för att påskynda processen.

HVAD VILJA SJUKHUSFYSIKERNA ?

Nog bör både sjukhusfysiker och förbundsstyrelse ha funderat över vart det bär hän med sjukhusfysikavdelningarnas verksamhet och över vad som kan, bör och inte bör göras? Det skulle vara välgörande med en diskussion i ämnet, eller hur? Och "Sjukhusfysikern" är väl ett lämpligt forum?

M***

En gång chef, alltid chef?

av K.-W. Beckman

Chefrollen

förändras. Nya krav ställs på chefer på alla nivåer som inte säkert innebär att man, som tidigare, kan se chefskapet som ett mål i karriären. Vissa, inom sin specialitet högt kvalificerade, passar inte i en cheffroll. Deras kapacitet utnyttjas bättre som professionella specialister. Andra har fallenhet att inneha rollen som samordnare, förhandlare, initiativtagare, kurator, ekonom, språkrör och alla andra uppgifter som idag ställs på en chef. Inte heller vet man alltid i förväg vem som har potentialen att bli den fulländade chefen - om nu en sådan finns.

Näringslivet

har sedan länge varit medvetet om förhållandena. Den ofantliga sektorn har vaknat och börjar i allt högre grad tillsätta chefer på kortare eller längre förordnaden. I teorin har detta inom sjukvården länge gällt klinikchefer, även om mycket skall till för att ett förordnande inte förlängs. Cheffysikerns ställning som klinikchefens jämlike (utom avseende lön) har nu också aktualiserat frågan för vår kategori.

Efter förra chefens pensionering blev frågan aktuell i Örebro. För eftertankens skull kommer jag att redogöra här för mina personliga synpunkter på ett sådant arrangemang och hur detta löstes vid RSO.

Jag vill betona att nedanstående lösning inte överensstämmer med vår avtalskonstruktion enl. BOL och att jag, trots att jag är sekreterare i förbundet, inte företräder dess officiella ståndpunkt i frågan.

Jag ser det bara som angeläget att åstadkomma en debatt som ev. kan leda till en ny policy och "bättre" chefer i framtiden.

Varför tidsbegränsade förordnanden?

Ur chefens synpunkt.

Som jag berörde tidigare är chefskap idag inte vad chefskap varit. Därför vill jag inte påstå att chefens alla uppgifter idag är "viktiga" uppgifter. Alla nya företeelser som passerar chefens skrivbord och sammanträdesrummen är inte, ur professionell synvinkel, väsentliga. Mycket förekommer där på grund av lagstiftning, avtal, organisation etc. Som chef är man dock tvungen att ta i både svala och heta potatisar, både små och stora ärenden, både personalpolitik och forskning, både ekonomistyrning och utvecklingssamtal. Sällan ros men mycket ris. Man kläms ständigt mellan sitt professionella ansvar och sina ekonomiska ramar. Medarbetarna ställer orimliga krav på att man, bara för att man har säte och stämma vid klinikchefmöten, kan förändra sjukhusledningens mål och medel.

Vad man bör fråga sig som chef är - kan jag göra det här bra? Är jag motiverad att alltid vara chef? Vart tar mitt professionella kunnande vägen medan jag gräver i pappershögar? Min slutsats är: Var sak har sin tid. Nu satsar jag på det här. Om några år känner jag kanske för att åter-

vända till mina instrument. Men jag vill göra det naturligt och självmant. Det kan jag om jag har ett tidsbegränsat förordnande som chef och fortfarande min grundtjänst som sjukhusfysiker kvar i botten. Chefskap är en roll och en funktion, inte en titel.

Ur verksamhetens synvinkel.

En drivande chef är en förutsättning för utveckling. En diplomatisk chef är en förutsättning för framgång i rävspel och ränkor. En lyssnande chef och en chef som är konsekvent och kan ta bekväma och obekväma beslut är en förutsättning för ett bra arbetsklimat. Alla potentiella chefer har inte alla dessa egenskaper när de står inför verkligheten. Kan man inte leva upp till de krav som verksamheten ställer på chefen skall man inte vara chef. Det är att göra sin egen disciplin, och sig själv, en otjänst. "Naturlig avgång" i samband med att förordnandet går ut är ett sätt att rätt utnyttja personalresursen utan dramatiska förändringar.

Ur arbetsgivarens synvinkel.

En bra chef måste också ha ledningens förtroende. Personkemierna måste fungera. Han får gärna vara obekväm bara han är ärlig, konsekvent och tydlig. Fungerar inte detta måste chefskapet kunna omprövas för verksamhetens bästa. Tidbegränsade förordnanden ger denna möjlighet.

Hur konstrueras ett sådant förordnande?

Förordnandet måste vara tillräckligt långt men inte för långt. Lämpligt är 4 år. På denna tid kan en chef provas i sin roll och hans insatser reellt utvärderas. Viktigt är att tiden inte är så lång att den kan uppfattas som en "permanentning".

Om förordnandet inte förlängs (eller avbryts i förtid) skall rätten till återgång till grundtjänst anges specifikt. På arbetstagarens villkor skall finnas möjlighet att överenskomma om annan placering.

Löneförmånerna från "cheftiden" skall bibehållas om man avgår eller tvingas avgå som chef.

Gällande avtal skall i tillämplig omfattning även gälla chefbefattningen.

Beslut om fortsatt förordnande skall meddelas i god tid före förordnandetidens utgång (≥ 6 mån).

Arbetsgivaren skall svara för behövlig fortbildning inom det professionella yrkesområdet vid återgång till grundtjänsten.

Lönen, andra förmåner och regler för lönerevision skall anges.

Debatt?

Kom gärna med synpunkter på ovanstående. SJUKHUSFYSIKERN måste få en mera central roll som opinionsyttrare och åsiktsbildare bland oss sjukhusfysiker. Det vore underligt om inte vi vågade fatta våra pennor eller rådbäcka vår ordbehandlare i frågor som rör vår yrkesroll och vår specialitet.

Du, just Du, har mycket att bidra med.
Gör det!

K.-W. Beckman

Bäste Redaktör

I två på varandra följande nummer av SJUKHUSFYSIKERN har Du, på vad som måste betraktas som ledarplats, framfört åsikter i kärnenergidebatten. De stilistiska grepp Du använder kan man ha olika uppfattning om och därför avstår vi från att be Dig förklara vad Du menar med t.ex. "vadmålssnillen och miljöhyndor".

Vi är emellertid många inom kåren som, oavsett om vi delar Din uppfattning eller ej, har reagerat kraftigt mot att Du på redaktionell plats tar ställning i ett politiskt kontroversiellt spörsmål.

Du svarar förmodligen att ställningstagandet inte är politiskt utan grundar sig på den kunskap om strålningsrisker som medlemmarna i vår yrkeskår har, och som således även Du besitter.

Om Du vill hävda detta anser vi att Du har fel. Vi sjukhusfysiker har inte tillräckliga kunskaper för att bedöma hela det riskpanorama som som kärnenergianvändningen genererar. Det finns vissa av oss som har goda insikter inom ämnesområdet, men vi tror inte att några av dessa skulle komma på iden att uttala sig "i kårens namn" på det sätt som Du gjort.

I våra arbetsuppgifter ingår som ett av de viktigaste momenten att arbeta för en god strålningsmiljö inom sjukvården. Dessutom har flera av oss viktiga funktioner i samhällets beredskapsorganisation för kärnenergiolyckor. Vårt förbund har framgångsrikt verkat för att sjukhusfysikerna skulle utnyttjas på detta sätt. Det vore förödande för vår trovärdighet om de som vi samarbetar med i dessa avseenden fick uppfattningen att sjukhusfysikerkåren är en samling "hökar" i kärnenergifrågan. Ur denna aspekt kan man, för en gångs skull, glädja sig åt att vårt fackorgan har dålig spridning.

Vi anser att SJUKHUSFYSIKERN är fel forum för en debatt om kärnenergiens framtid. Vårt professionella bidrag till debatten kan vi ge i den vetenskapliga litteraturen. För den allmänna debatten står många publikationer till förfogande. Använd dessa, men tro inte att vår utbildning och yrkesutövning har gjort oss till experter på hela detta mångfacetterade område!

Lars Ahlgren, Bertil Arvidsson, Ake Cederblad,
Eva Håkansson, Sören Mattsson

K A L L E L S E T I L L Å R S M Ö T E

Medlemmarna i Svenska Sjukhusfysikerförbundet kallas härmed till Årsmöte torsdagen den 6 december 1990 kl 16.15 i sal K 12 på Stockholmsmässan, Älvsjö. Mötet sker i anslutning till Svenska Läkarsällskapets Rikstämma.

D A G O R D N I N G

1. Val av ordförande för årsmötet.
2. Val av vice ordförande, sekreterare och två justeringsmän för årsmötet.
3. Styrelsens årsberättelse.
4. Revisorernas berättelse.
5. Fråga om ansvarsfrihet för styrelsen.
6. Fastställande av årsavgift.
7. Val av styrelse.
8. Val av två revisorer och en suppleant.
9. Val av valberedningen om två ledamöter (varav en sammankallande).
10. Övriga ärenden.

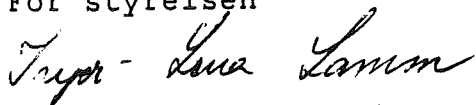
Styrelsen håller på och arbetar med en kurs (seminarium...), där ett antal områden, som har blivit alltmer angelägna för oss, skall tas upp: organisation av sjukhusfysikverksamheten, ekonomi - inklusive frågan om resultatenheter, strålskyddsorganisation, SSI:s samlings-tillstånd (krav på utbildning..), sjukhusfysikerns ansvar i olika sammanhang....

Planeringen sker genom en arbetsgrupp bestående av Per Erik Åsard, Bert Sarby, Bertil Axelsson, Lars Johansson och Inger-Lena Lamm (samordnare). Kursen kommer att äga rum under våren 1991.

Kursen kommer att koncentreras kring frågor där vi som organisation har behov av att ta fram tillgängligt material, diskutera utveckling och skapa en gemensam policy inför de förändringar som planeras/diskuteras i många landsting. Vid halvårsskiftet nästa år kommer en ändrad hälso- och sjukvårdslag att träda i kraft och ett nytt begrepp - chefsöverläkare - definieras. Chefsöverläkaren skall ha ett samlat ansvar för ledningen av verksamheten, avseende både de administrativa och de medicinska uppgifterna vid enheten. Vad kommer detta att betyda för oss?

Vi återkommer med utförligare information, men vill redan nu meddela att denna angelägna kurs kommer till våren:-

För styrelsen



Inger-Lena Lamm

EFOMP utlyser ett resestipendium för yngre sjukhusfysiker att användas under 1991. Ansökningsvillkor och handlingar som krävs framgår av bifogade kopia och av European Medical Physics News NO 17 (May 1990), som utsänds med denna tidnings utskick. OBS, att ansökningshandlingar skall sändas till sekreteraren i Svenska Sjukhusfysikerförbundet, K.-W. Beckman, Radiofysikavdelningen, Regionsjukhuset, 701 85 ÖREBRO, med kopia till EFOMP sekretariatet i YORK. Ansökningstiden går ut 1990-12-31.

Ett eller två stipendier kommer att utdelas. Den som vill ha kopia av originalansökningsformulären kan kontakta mig eller Lasse.

Lycka till med ansökningarna!

Inger-Lena



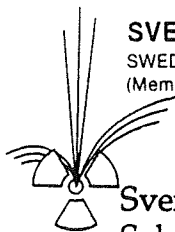
HANS WEINBERGER

Sievert: enhet och mångfald

*En biografi över den svenska radiofysikens, radiobiologin
och strålskyddets grundare Rolf Sievert*

Innehåll

Förord	7
1. Radiologins utveckling 1895–1920	10
Röntgen, Becquerel, Curie och de första strålskadorna	10
Strålterapi utomlands och i Sverige 1895–1920	13
2. Barndom och studietid	26
3. Det fysiska laboratoriet 1920–1938	33
Studieresa till USA	33
Den kliniska verksamheten	38
Ambulerande mätavdelningen	42
Forskare och konstruktör	45
Kondensatorkammarmetoden	49
Strålningens biologiska verkan	52
Enheter	53
Vetenskapsnära forskning	54
Gustav V:s jubileumsklinik	55
4. Internationellt engagemang	61
Radiologkongressen i Stockholm 1928	61
Forskarkolleger hemma och i utlandet	65
5. Under andra världskriget	70
Strålskyddslagen 1941	70
Militärfysiska institutet, MFI	73
Institutionen på sparlåga	82
6. Åter till forskningen 1945–1951	85
Högspänningshallen	85
Strålning från kroppen	95
Radonforskningen – en pionjärinsats	99
Dubbelkammaren	100
Kiruna geofysiska observatorium	101
7. Atomenergi på gott och ont	110
Femton år av växelverkan	110
Förnyat internationellt arbete	112
Reaktor 1 vid Drottning Kristinas väg	116
Nedfall och åter nedfall	123
En reserverad hållning	129
8. En internationell organisatör	135
ICRP och UNSCEAR	135
En gemensam organisation	141
KRA och beredskapen	147
Statens strålskyddsinstitut, SSI	152
Arbetet vid Vetenskapsakademien	153
9. Människan Rolf Sievert	156
Några korta fakta om Rolf Sievert	167
Förkortningar och bildförteckning	169
Noter	170
Litteraturförteckning	180
Register	183



Svenska Läkaresällskapet
Nämndsekreterare Christina Plöen
Box 558
101 27 STOCKHOLM

Yttrande över förslag till "Allmänna råd vid radiakolyckor
och insats av kärnvapen" (Socialstyrelsen Dnr 35306-510/88)

Föreningen konstaterar inledningsvis, liksom Läkaresällskapet i sin missivskrivelse, att remisstiden varit kort. Härigenom har det inte varit möjligt att göra en detaljerad genomgång av hela dokumentet. Detta är särskilt otillfredsställande eftersom remisshandlingen avses att tjäna som underlag för information och utbildning inom ett så komplext och känsloladdat ämnesområde som den joniserande strålningen och dess skadeverkningar på bl a människa.

Rädslan och oron för strålning är vida spridd - både bland allmänhet och sjukvårdspersonal - vilket inte minst blev uppenbart i samband med Tjernobyl-olyckan 1986. Vid detta tillfälle fick sjukvården bära en stor börda för att ge råd och information till människor runt om i landet.

Visserligen påpekar utredarna i det nu liggande förslaget att informationen vid en eventuell ny framtida radiakolycka kommer att ges via centrala organ men det förefaller föga troligt att detta skulle vara tillräckligt. Man kan därför förmoda att många människor även framledes kommer att söka råd hos sitt sjukhus eller sin vårdcentral. Med hänsyn till att en stor andel av vårdpersonalen har mycket bristfälliga kunskaper om joniserande strålning och dess verkningar anser Föreningen att initiativet till att ge ut råd och anvisningar i händelse av radiakolycka är mycket lovvärt.

Som utredarna framhåller redan på sid 4, 7:e stycket skiljer sig vårdpersonalens kunskaper och erfarenheter om radiakolyckor väsentligt från andra typer av katastrofer. Detta inne-

bär att man måste ställa särskilt stora krav på innehållets pedagogiska uppläggning och sakuppgifternas riktighet.

Det nu liggande förslaget innehåller emellertid alltför många sakfel och oklarheter, framför allt i avsnitten fram till och med sid 20, för att uppfylla dessa krav:

- Självklara definitioner saknas för radioaktivitet och radionuklider på sid 5. Kollektivdos som definieras på sid 7 används inte senare medan effektiv dosekvivalent som bl a används på sid 7 och sid 32 inte omnämns.
- De skador som har den största riskfaktorn - mental retardation för foster i 8:e till 15:e graviditetsveckan - omnämns över huvud taget inte. Den risken kan vara så stor som 40-45%/Sv enligt senaste rön, vilket har konsekvenser för "abortindikationer" sid 7, 8:e stycket samt "Fosterbestrålning" på sid 11.
- Kvalitetsfaktor 20 för X-strålning på sid 7 är sannolikt ett tryckfel. Skall vara α -strålning.
- Det värde som anges för normalt förekommande strålning - 7 mSv - är högre än de 5 mSv som brukar anges i andra officiella sammanhang.
- Radiakolyckor i fred, sid 8: Här beskrivs utsläpp och faser som kan gälla vid ett reaktorhaveri eller vid en kärnbränsleolycka. Detta måste klart anges för att inte skapa förvirring vid de vanligaste strålningsolyckorna som sker med strålkällor för terapi eller radiografi och som icke följer detta mönster.
- På sid 11 anges under "ärfrliga skador" att 40% av de ärfrliga skadorna uppträder i 1:a generationen. Däremot finns ingen angivelse om den totala risken för ärfrliga skador som ju endast antas vara omkring 1%.
- På sid 11 anges vidare att cancerrisken skulle vara 2%. Dessutom sägs att om 10 000 personer bestrålas med 10 mSv *kommer två personer att dö i cancer*. För det första är denna riskuppskattning inte i överensstämmelse med nuvarande uppfattning. För det andra är påståendet att två personer *kommer* att dö tveksamt.

Enligt de nya riskuppskattningar som gjorts i bl a UNSCEAR (FNs strålskyddsorgan) 1988, BEIR V (den amerikanska vetenskapskommitténs organ för strålningsfrågor) samt senaste utkast till rekommendationer från ICRP (International Commission on Radiological Protection) uppgår cancerrisken efter korttidsbestrålning till ca

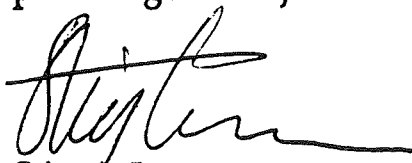
10%. Risken vid bestrålning med lägre doser och dosrater beräknas uppgå till ca 5%. För barn och unga kvinnor kan risken vara 2 ggr högre. Mot den bakgrunden har ju SSI även sänkt sina dosgränser vid arbete med joniserande strålning. Även om riskerna fortfarande är låga och latenstiden troligen längre än man tidigare trott, måste man kräva att ett dokument av detta slag skall ge korrekt och aktuell information. Förvånande nog har inte heller några hänvisningar gjorts till de internationellt erkända och accepterade bedömningarna i UNSCEAR, BEIR eller ICRP av senare datum.

Bland oklarheter och ofullständigheter i övrigt kan man hänvisa till APPENDIX, tabell 10.2. Inga aktivitetsangivelser fränsett mängder finns angivna. Vem skall tolka denna tabell och hur?

Föreningen finner mot denna bakgrund att det nuvarande förslaget till råd och anvisningar måste revideras i sin helhet för att fylla sin avsedda funktion. Området är emellertid både omfattande och komplicerat, vilket kan motivera att man kallar ytterligare expertis till utredningsgruppen, förslagsvis någon av professorerna Bo Lindell (Stockholm) eller Sören Mattsson (Malmö) som båda är internationellt erkända specialister i dessa frågor.

Vidare kunde utredningen i sina råd och anvisningar hänvisa till och dra nytta av den strålskyddsexpertis, bl a vid sjukhusfysikavdelningarna, som finns tillgänglig inom nästan samtliga landstingsområden. Socialstyrelsen har ju redan i sina "Allmänna råd om kompetenskrav för tjänstgöring som sjukhusfysiker" (SOSFS 1989:48) förordat att: "Sjukhusfysikernas sakkunskap tas i anspråk för den kontinuerliga beredskapen inom länsstyrelser, landsting och kommuner mot strålningsolyckor, liksom vid speciella miljömedicinska mätuppgifter och utvärderingar, i enlighet med socialstyrelsens anvisningar om samverkan mellan landsting och kommuner".

Därutöver har ju många sjukhus och sjukvårdsområden sedan mer än 30 år tillbaka sina isotopkommittéer där både läkare, fysiker och farmaceuter är representerade. Både sjukhusfysikavdelningarna och isotopkommittéerna skulle kunna fungera som viktiga expert- och kontaktorgan - både i händelse av radiakolycka och i den fortlöpande utbildningen och planeringen av sjukvårdens beredskap för sådana olyckor.


Stig A Larsson
ordförande