

SJUKHUSFYSIKERN

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

Nr 4 1989

Innehåll:

REDAKTIONELLT

HÄNT I LUND

FÖRBUNDSSVAR

ANDRA SVAR

ALLMÄNNA RÅD

LÖNESTATISTIK 1989

LÖNE-ENKÄT UMEÅ

LÖNEPOLITIK 1985

ÅRSBERÄTTELSEN

SSI-MÖTET

MILJÖVÄNNER

STRÅLNINGSFOBI

FYSIKERKATALOGEN

MEDLEMSKAP

PRISTAGARE

KALLE VIKTERLÖF

EFOMP och
EuroPACS 90

Det börjar bli dags att summera 1989. Glädjande nog verkar det som om hotet mot Lundafysikavdelningen denna gång har kunnat undanröjas mycket tack vare betydelsefulla insatser från Inger-Lena, Mats och Sören, för att nu bara nämna tre av alla dem som kämpat i den skånska motståndsrörelsen.

Det är speciellt glädjande att det verkar som om motparten har tagit intryck av de argument som framförts, något som akademiker knappast är bortskämda med dessa dagar. Man kan väl uppfatta vad som uppnåtts i Lund som ett slags vapenstillestånd och det ska bli "spännande" att få ta del av den viktiga utredningen om den medicintekniska servicen i MLL på 90-talet. På många håll i landet har ju den disciplinens företrädare visat en glupande aptit - inte bara inför julborden. Härförleden lyckades Attilio Magi framgångsrikt värja sig mot ett försök till "samordning". Nästa år kan det vara din tur! Frågan är om du kan förbereda dig på ett bättre sätt än genom att noggrant studera både förbundets yttrande och Mats' sammanställning av övriga skrivelser.

Det verkar faktiskt som om de allmänna råden för sjukhusfysikerna och sjukhusingenjörerna skulle meddelas av Socialstyrelsen redan före årsskiftet. Kanske kan de rent av komma till användning vid löneförhandlingarna?

Inför årsskiftet och skatteomläggningen skulle det ha suttit bra med en sammanställning av lönestatistiken, men som Mats förklarar ligger även i år göteborgarna ur fas med det övriga Sverige och vi tvingas avvakta deras avtal. Som väl alla känner till har kollegerna i Umeå tagit initiativ till en egen insamling av lönestatistik. (Tillhör Du de 70 % som inte har besvarat deras skrivelse?) De sammanfattar sitt missnöje i ett inlägg, som det är svårt att föreställa sig att någon kan polemisera mot. Och Mats som inte har hunnit se inlägget bekräftar ju att umeåiterna har det sämst i landet. Förhoppningsvis bör vi kunna ha en kommentar till detta från SN i nästa nummer i medio mars tillsammans med den övriga lönestatistiken.

För att stimulera debattlustan har jag inte kunnat neka mig nöjet att "trycka om" en gammal klassiker, nämligen Lars Gunnar Månssons inlägg från våren 1985. Den ypperliga illustrationen minskar sannerligen inte värdet. En del av vad Lars Gunnar kräver har genomförts sedan dess, men mycket återstår. Även om man naturligtvis inte bör jämföra sig med dem som man inte ska likställas med - t ex skydds- och gymnasieingenjörer - kan man inte heller utanför sjukhuset undgå att se vad som händer: t ex poliserna, som tyngda av obefintliga studieskulder, skräms med sina ohemula lönekrav - eller småskollärarna, som haft monumental framgång i sina "jämlighetssträvanden", eller vad det nu ska kallas. Det är svårt att blunda, och ännu svårare att tåga. Sänd in era svar till Umeå före årsskiftet! Samtliga! Och helst inlägg till Sjukhusfysikern. GO UMEÅ GO !!

Årsmötet i Norrtälje lär ha varit en föga dramatisk tillställning och protokollet liksom kassatablån får anstå till marsnumret. Som framgår av årsberättelsen avser styrelsen för 1990 att formulera ett lönepolitiskt program och synpunkter på detta bör sändas inte bara till Umeå utan självfallet i första hand till Mats Nilsson, som inom styrelsen är huvudansvarig för programmet. Årsmötet föregicks i Norrtälje av ett kontaktmöte med SSI. Det var många intressanta ämnen uppe för diskussion. Bertil Axelsson hade, som framgår av hans rapport, inga svårigheter att hålla sig vaken.

Tiden rinner undan snabbt och det är inte långt till 1995, för att nu inte tala om 2010. Detta skrivs den kallaste decemberdagen på många år och kärnkraftverken arbetar för högtryck. Det lär väl bli kalla vintrar även om 20 år trots att koldioxiden från all naturgas kanske hunnit värma en aning. De glada alternativ som olika müsli-grupper presenterat förefaller i dag ännu mer befängda än vanligt. När det nu gått så långt att t o m Feldt skrämts upp av vadmals-snillena och miljöhyndorna kan det vara skäl att fråga sig: Vad kan man göra?

Berndt Söderborg har i alla fall varit på frälsningsmöte för miljö-vänner för kärnkraft och rapporterar. Det verkar knappast ha funnits några att omvända i den församlingen; det är överraskande att notera att den vuxit till 1800 medlemmar på mindre än ett år. Jag har försökt mig på att kommentera rapporten med hjälp av en artikel av Rosalyn Yalow, som skjuter skarpt omkring sig. Hon har ju under åren knappast gjort sig känd för använda salongsgevär när tungt artilleri har bättre effekt och att målet för hennes vrede denna gång är sjukhusfysikerna och deras strålningskolleger gör ju inte saken bättre. Har hon rätt? Är vi för lama? Och i synnerhet vi svenskar med vår energipolitik som kan resultera i att vi placerar oss - med full avsikt - på Europas bakgård.

Äpropå Rosalyn Yalow - hon är en fysiker, som har fått Nobelpriset i medicin. Vilka andra fysiker har fått denna utmärkelse i medicin? Detta är den ena julnöten i år. Den andra fick jag inspiration till av Davis Cup-finalen:

I en av sina matcher i fjol vann Boris Becker ett set mot Stefan Edberg med siffrorna 6-3. I detta set förekom 5 servegenombrott. Vem började serva det första gamet? Bara gissning duger ej!

Visa i detalj hur Du lyckats komma fram till det rätta svaret.

Alla de som kommer in med en fullständigt korrekt lösning på båda nötterna senast den 15 januari 1990 kommer att prisbelönas.

(Priserna ligger dock inte i Nobel- eller Masters-klass. Med tanke på att inga vare sig korrekta eller felaktiga lösningar inkommit tidigare jular vågar jag vara så generös. Skulle jag mot förmodan dränkas i 169 lösningar får vi väl höja medlemsavgiften!)

Även om man som redaktör för denna publikation är förskonad från alltför många reaktioner från läsarna har det dock inte undgått mig att telefon- och adresslistan i tidigare nummer har utgjort ett mycket uppskattat inslag. Kerstin Löfvander Thapper, som svarat för de tidigare versionerna är att gratulera till den nya utgåvan, som inte bara ser snyggare ut utan även innehåller mycket mer information. Är vi betjänta av alla nya uppgifter?

Bör vi använda samma intressebeteckningar? F n uttrycks t ex "strålterapi" på fem olika sätt! Kan vi alla enas om t ex Lunda-terminologin? Kerstin har inte haft tid åt att koordinera uppgifterna - det är tillräckligt betungande med grovarbetet att försöka få in dem från över 30 olika avdelningar. Kerstin och jag är föga benägna att upprepa detta utan någon form av "feedback" och kanske löfte om medverkan(?). S Y N P U N K T E R ! Bör vi ta med institutionerna och deras forskningsprogram och en lista på även de studerande i framtida kataloger? Bör de komma ut årligen? Tryckas?

Korrigeringar kommer att publiceras i marsnumret tillsammans med de nya direktnumren till fysikerna på Södersjukhuset.

När jag studerar de imponerande listorna över hur många som arbetar på de olika sjukhusfysikavdelningarna slås jag samtidigt av hur många av dessa som ännu inte är medlemmar i sjukhusfysikerförbundet. Därför har jag förfarit på följande sätt:

För att ni inte ska behöva riva ut fysiker katalogen har jag häftat den separat och låtit den inledas med ett blad som på framsidan innehåller information om förbundet (ingen oäven julläsning för dem som kanske inte vet vad de egentligen är med i) och på sista sidan innehåller en ansökan om medlemskap. Gör din plikt! Se till att få med alla på din arbetsplats som ej är organiserade.

Överlåt åt styrelsen att besluta i den kvistiga frågan om "aktivt" eller "passivt" medlemskap.

Riksstämman är för radiofysikerna en utmärkelsetid. 1989 utgjorde inget undantag och vi bugar oss för Lasse och Christian.

Jag var i förra numret djärv nog att utlova julnumret vecka 50. Det var dumt, jag borde ha lärt mig av erfarenheten! Men jag har denna gång känt mig tvungen att invänta en artikel, som ingen annan publikation kan konkurrera med, nämligen den allra första Kalle Vikterlöf föreläsningen! Jag har bara hunnit läsa igenom den två gånger - den är värd många genomläsningar och mycken eftertanke! Jag har inte hunnit samla mig till några kommentarer ännu, men Kalle skulle inte vara Kalle om inte han inbjöd till invändningar: Den första gäller avslutningen - som vanligt vill Kalle bara höra invändningar - ni som hellre vill tacka honom för en levande och lärorik krönika över ett synnerligen innehållsrikt liv kan förmodligen använda samma adress och tfn nr som han anger för klagomuren. Den andra invändningen gäller vad han skriver på sidan 7 om PET. Det är inte sant att företrädarna knappt känner varandras existens! Däremot är det sant att det hittills inte skett särskilt mycket professionellt utbyte, men jag kan glädja Kalle med att det är flera mycket intressanta samarbetsprojekt "in the pipeline" för PET-SPECT. Och valet av pristagare i år tyder ju inte på ett distansering! Det är typiskt för Kalle att även som aktiv pensionär verkar han vilja inbjuda till invändningar.

Tack Kalle för vad Du varit och tack för vad Du har skrivit. Jag hoppas Du kan återkomma till Dina fackliga insatser i en senare artikel! Det måste finnas så mycket att lära sig av Dina betydelsefulla insatser för förbundet! Jag beklagar slutligen att fotografierna blev så färglösa, Kalle. Färglös har du aldrig varit!

Avslutningsvis kommer i detta nummer en inbjudan till EuroPACS 90 och information för de yngre kollegerna om "EFOMP travel award". Även om ansökningstiden går ut vid årsskiftet har Inger-Lena Lamm skrivit och begärt en förlängning. Tipsa våra unga kolleger om denna möjlighet när ni värvar dem till förbundet. Inger-Lena har ansökningsblanketter.

GOD JUL etc

Lasse Johansson

Vad hände med ASF i Lund i sambande med den pågående översynen av sjukvårdsdistriktets verksamhetsmässiga och administrativa organisation?

I maj 1989 startade en större översyn av organisationen i Lunds sjukvårdsdistrikt på direktiv av vår nya sjukhusdirektör Ulla Leisner. Hon hade då arbetat sedan årsskiftet i Lund och hade hunnit sätta sig in i organisationen och besöka distriktets alla basenheter. Distriktet är stort, och det fanns definitivt behov av att gå igenom den verksamhetsmässiga och administrativa organisationen.

Översynen delades upp i ett antal delprojekt; organisationsstruktur, klinikstruktur, beslutsordning, klinikens inre organisation, klinikchef i Lund ... Den följande beskrivningen berör endast delprojektet klinikstruktur.

Efter diskussioner under våren i det medicinska rådet (MR) presenterade chefläkaren i slutet av juni för flertalet berörda basenhetschefer ett preliminärt förslag till klinikstruktur. Berörda chefer ombads lämna skriftliga synpunkter senast den 14 augusti. För ASF:s del innebar förslaget att ASF och Onkologiskt Centrum skulle slås ihop med Onkologiska kliniken. Från ASF insändes ett svar, som starkt poängterade vikten av en självständig sjukhusfysikavdelning.

Den 1 september presenterades så ett förslag till ändrad klinikindelning i Lunds sjukvårdsdistrikt, utarbetat av chefläkaren och Medicinska rådet. Basenhetschefer, Medicinska fakulteten vid Lunds Universitet och Samverkansnämnden ombads att yttra sig över förslaget senast 28 september, och kopia för kännedom översändes till direktionens ledamöter och till de fackliga organisationerna. Ett slutligt förslag skulle sedan föreläggas direktionen vid sammanträdet den 2 november.

Förslaget säger för ASF:s del:

"* Avdelningen för sjukhusfysik påverkas av pågående utredning om medicinteknisk service i MLL. Denna väntas bl a föreslå att avdelningens övergripande strålskyddsverksamhet underställs Medicinteknisk chefen och att avdelningens dosplaneringsverksamhet inordnas i Onkologiska kliniken. Detta innebär att Avdelningen för sjukhusfysik upphör som egen basenhet."

Att ASF har betydande uppgifter utöver strålskydds- och dosplaneringsverksamheterna behöver inte framhållas för denna tidnings läsekrets. Medicinska rådets förslag skulle innebära att det professionella ansvaret för sjukhusfysikverksamheten splittrades och flyttades över till företrädare för andra professioner, och medföra konsekvenser som stod helt i strid med uppdragets förutsättningar. I sjukhusdirektörens uppdrag till chefläkaren och MR presenterades förutsättningar och principer i åtta punkter, varav en lyder:

"* Antalet basenheter bör minska. Verksamhetens inriktning och innehåll skall vara styrande. En föreslagen förändring skall betingas av att den sålunda samlade verksamheten får bättre förutsättningar och "slagkraft" att fungera med avseende på hälso- och sjukvård, utbildning, forskning, ledningskapacitet och internt administrativt stöd."

Vi som är verksamma vid ASF i Lund uplevde att MR:s förslag skulle få konsekvenser inte bara för sjukhusfysikverksamheten i Lund utan även för sjukhusfysiken i landet. Följaktligen kontaktades "nationella" intressenter av sjukhusfysiken, vilka ombads att yttra sig i ärendet direkt till sjukhusdirektören. (Innehållet i dessa svar refereras separat.) Det torde påpekas, att den utredning om medicinteknisk service i MLL vilken också skulle påverka ASF, bedrivits utan

kontakter med professionella företrädare för berörd sjukhusfysikverksamhet.

Efter granskning av alla yttranden kom ett omarbetat förslag från chefläkare den 11 oktober med följande skrivning rörande ASF:

"* Avdelningen för sjukhusfysik påverkas delvis av pågående utredning om medicinteknisk service i MLL. För att markera verksamhetens servicekaraktär överförs avdelningen till område medicinsk service och föreslås få benämningen Sjukhusfysisk central. Verksamhetens ledning bör ses över samtidigt som de resurser som avsätts för service åt distriktets övriga verksamheter bör preciseras."

Man hade alltså lyssnat på den samstämmigt framförda uppfattningen att sjukhusfysikverksamheten måste bedrivas inom en sammanhållen enhet.

(Det finns också att projekt inom översynen som behandlar "språkvård"! Vi på ASF reagerade på namnet "Sjukhusfysisk central", och gjorde en snabbundersökning av alternativa namnförslag bland personalen. Ordet avdelning fick inte ingå i namnet. Förslaget "Radiofysikcentral" vann, tätt följt av "Sjukhusfysik" och "Centrum för strålningsvetenskap". Synpunkterna på namnet framfördes vid den MBL-förhandling som ägde rum inför direktionsbeslutet.)

Direktionen tog vid sitt sammanträde den 2 november beslut avseende Klinistrukturprojektet; förslaget 1989-10-11 skall ligga till grund för fortsatt arbete - med ett antal ändringar. För ASF gäller att

- ASF skall tillhöra Medicinsk service från och med 1990-01-01
- förslaget avseende ... ASF - ledning mm fastställs med verkan från och med 1990-07-01
- sjukhusfysisk central skall benämnas radiofysikcentral

Detta är alltså läget nu i december 1989. Arbetet med övriga delprojekt fortsätter; klinikens inre organisation, klinikchef i Lund.... Vi avvaktar med spänning innehållet i utredningen om medicinteknisk service i MLL. Tillsvidare är vi en egen basenhet, och jag är övertygad om att vi även framöver kommer att ha en sammanhållen sjukhusfysikverksamhet i Lund.

Lund 1989-12-04

Inger-Lena Lamm

Inger-Lena Lamm

Svenska Sjukhusfysikerförbundet
Styrelsen
c/o Radiofysikavdelningen, MAS
214 01 Malmö

1989-09-27

Sjukhusdirektör Ulla Leissner
Lunds Sjukvårdsdistrikt
221 85 Lund

Betr föreslagen nedläggning av avdelningen för sjukhusfysik vid Lasarettet i Lund.

Styrelsen för Svenska Sjukhusfysikerförbundet har tagit del av förslag, daterat 1989-09-01, avseende ändrad kliniskindelnings i Lunds Sjukvårdsdistrikt. I förslaget anges att avdelningen för sjukhusfysik (ASF) skall upphöra som egen basenhet och i olika delar inordnas under andra kliniker och avdelningar. Med anledning härav vill vi framföra följande.

Bakgrund och verksamhet

Verksamheten med strålning vid Lunds Lasarett är, liksom vid andra universitetssjukhus, mycket omfattande och ständigt expanderande. ASF är en av landets största sjukhusfysikavdelningar med 35 anställda sjukhusfysiker, ingenjörer, laboratorieassistenter och sjuksköterskor/radioterapiassistenter. ASF delades i slutet av 70-talet upp i tre sektioner: radioterapi, strålskydd och nuklearmedicin. Sjukhusfysikverksamheten inom röntgendiagnostiken - undantaget strålskyddsverksamheten och patientdosimetrin - utföres sedan lång tid av sektionen för röntgenteknologi. På andra sjukhus av Lunds Lasarett storlek ligger denna verksamhet också under avdelningen för sjukhusfysik/radiofysik.

Synpunkter på avdelningens organisation

Genomförandet av den föreslagna organisationen innebär att man överför ett professionellt ansvar för sjukhusfysikverksamheten till andra ledningsorganisationer som saknar kompetens inom området. Detta kontrasterar skarpt mot alla andra förslag i organisationsöversynen, där man i stället eftersträvar att föra samman *likartade* verksamheter i ett antal kliniker.

I Socialstyrelsens allmänna råd (som f n färdigställes) om kompetenskrav för tjänstgöring som sjukhusfysiker formuleras sjukhusfysikens organisation på följande sätt:

"Sjukhusfysikernas insatser är riktade mot skilda discipliner och skilda områden inom landsting och sjukvårdsområden. Sjukhusfysikverksamheten är därför i huvudsak organiserad i självständiga avdelningar och alltså inte underordnad någon annan specialitet."

Formuleringen "i huvudsak" ovan hänför sig uteslutande till förhållanden vid ett fåtal mindre sjukhus där endast en befattningshavare finns anställd inom disciplinen.

Enligt vår mening är det därför av avgörande betydelse för verksamheten att ledningsfunktionen förstärkes och förändras genom att man utser en (1) särskild chef med övergripande ansvar för ledning, planering, samordning och kontroll av den kliniska delen av sjukhusfysikverksamheten. Det är möjligt att man i ett inledande skede bör överväga att använda en extern konsult, vilken förutom en gedigen sjukhusfysikerbakgrund även skall ha omfattande administrativ erfarenhet.

Konsekvenser för sjukvård, utbildning och forskning

En uppdelning av ASF kommer att medföra avsevärda negativa konsekvenser för sjukvård, utbildning och klinisk forskning. Sjukvårdens möjligheter att på bästa sätt utnyttja den samlade, breda kompetensen hos en samlad avdelning äventyras allvarligt om uppdelningen genomföres, varvid sjukvårdens funktion i alla avseenden försämras.

Bredden i den kliniska utbildningen av nya sjukhusfysiker är mycket väsentlig. Hålles sjukhusfysiken inte samlad kan möjligheten att uppnå denna bredd gå förlorad. Rekryteringssituationen för sjukhusfysiker med bred klinisk kompetens är mycket bekymmersam och situationen förbättras inte om de större avdelningarna i landet inte erbjuder möjligheter till denna breda kliniska utbildning. Den av medicinska rådet (MR) föreslagna organisationen kommer att göra all framtida rekrytering av sjukhusfysiker till Lund utomordentligt besvärlig.

Möjligheterna att bedriva en enhetlig, effektiv grund- och forskarutbildning i medicinsk radiofysik med allsidig klinisk praktik undanröjes i praktiken. Likaledes försvåras utbildning - såväl grundutbildning som fortbildning - av andra personalkategorier inom sjukvården. Lund kommer därvid att förlora den framskjutna positionen man har inom utbildningsområdet, vilket står i strid med direktiven till chefläkaren och MR avseende "slagkraft" inom utbildning och forskning.

Konsekvenser för strålskyddsorganisationen

Den nya strålskyddslagen (SFS 1988:220) innebär stora förändringar för landets sjukvårdshuvudmäns verksamhet med strålning. Sjukvårdshuvudmannen får genom den nya lagen ett väsentligt större ansvar inför regering och riksdag för att verksamheten följer lagen. Huvudmännen delegerar strålskyddsansvaret och måste kunna förete en kompetent organisation för upprätthållande av strålskyddet.

I propositionen om ny strålskyddslag (prop. 1987/88:88) betonas särskilt, att "för att en sådan delegering skall godtas måste vissa huvudprinciper följas". Som exempel på huvudprinciper anges att det är nödvändigt att klargöra vem som bär ansvaret och att denna person har en självständig ställning samt ges tillräckliga beslutsbefogenheter. Lagrådet anser (protokoll 1987-12-07, bilaga 5 i prop.) att "Det är emellertid angeläget att någon oklarhet inte råder om vem som efter den nya lagens ikraftträdande har att svara för strålskyddsföreståndares uppgifter" (strålskyddsföreståndare utsågs enligt den äldre strålskyddslagen från 1958 men detta begrepp är utmönstrat i den nya lagen).

Med den av MR föreslagna organisationen, där sjukhusfysiken inordnas under andra kliniker/avdelningar, kommer stora oklarheter om ansvarsfördelningen med avseende på strålskyddet att föreligga. Strålskyddsansvaret innefattar inte bara ett funktionellt ansvar, utan även ett övergripande ansvar för strålskyddets upprätthållande. Någon klar avgränsning mellan dessa ansvarsområden finns inte, varför förslaget från MR inte tillgodoser den grundläggande nyordningen i 1988 års strålskyddslag.

Den oklara ansvarsfördelningen leder till arbetsmiljömässiga konsekvenser för personalstrålskyddet. Förslaget från MR innebär i detta avseende att ansvaret för personalstrålskyddet ej kan hanteras självständigt gentemot såväl huvudman som kliniker och avdelningar. Styrelsen har svårt att tro att övriga personalorganisationer kan acceptera en sådan försämring för sina medlemmar.

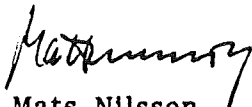
Sammanfattning

Att ej organisera avdelningen som en samlad enhet skulle bli förödande för sjukvårdens möjligheter att rationellt kunna utnyttja den samlade kompetens som finns inom detta speciella fält. Möjligheter till en bred kompetensutveckling, vilket är en av grundvalarna för att kunna fungera rationellt, undanröjes i praktiken om förslaget från MR genomföres.

Det är vår bestämda uppfattning att, i likhet med övriga sjukhus i landet, avdelningen för sjukhusfysik i Lund skall vara en enhet direkt underställd sjukvårdshuvudmannen med en oberoende ställning gentemot övriga kliniker och avdelningar. Avdelningen hör naturligt hemma som en självständig avdelning inom område "teknisk medicin".

Avdelningens ledningsfunktion bör emellertid ändras och radikalt förstärkas samtidigt som ansvarsfördelningen göres klar och entydig, både inom avdelningen och gentemot huvudmannen. Enligt vår mening är detta helt avgörande för sjukhusfysikens förutsättningar att fungera väl inom sjukvården i Lund.

För styrelsen för Svenska Sjukhusfysikerförbundet



Mats Nilsson
V. Ordförande

Kopia för kännedom:

Professor Bertil Persson, ASF/Inst för radiofysik, Lund

Professor Sören Mattsson, Inst för radiofysik, Malmö Allmänna Sjukhus

Tf professor Gudrun Alm Carlsson, Radiofysiska Inst, Regionsjukhuset i Linköping

Tf professor Magne Alpsten, Radiofysiska Inst, Sahlgrenska Sjukhuset

Professor Anders Brahme, Radiofysiska Inst, Karolinska Sjukhuset

Tf professor Göran Wickman, Inst för radiofysik, Regionsjukhuset i Umeå

Docent Sven-Erik Strand, Inst för radiofysik, Lund

Medicinska Fakulteten, Lunds Universitet

Byråchef Jack Valentin, Statens Strålskyddsinstitut

Sveriges Naturvetareförbund

Sammanfattning av övriga yttranden till Lunds Sjukvårdsdistrikt

Förutom styrelsens eget yttrande, vilket återges i sin helhet i detta nummer, har ett antal andra yttranden inkommit till sjukhusdirektören i Lund. Undertecknad har på styrelsens uppdrag studerat övriga yttranden och sammanfattat dem enligt följande:

Svensk förening för Radiofysik ifrågasätter att vinster kan uppnås genom en uppsplittring av verksamheten. Detta gäller både effektivisering av verksamheten och administrativa samordningsvinster. Man refererar likartade försök till samordning med medicinsk tekniska avdelningar som med negativt resultat tidigare prövats i Eskilstuna, Karlstad, Danderyd och vid Karolinska sjukhuset.

Föreningen betonar, att dåvarande Medicinalstyrelsen redan 1955 framhöll att sjukhusfysiken borde beredas en självständig ställning inom sjukvården. (De "allmänna råden" från Socialstyrelsen (1989) understryker detta än mer.)

Man framhåller vidare, att "den nya strålskyddslagen kommer att ställa krav på en ny strålskyddsorganisation inom sjukvårdsdistriktet eftersom strålskyddslagen överför hela ansvaret för en adekvat strålskyddsorganisation på huvudmannen. Detta kommer samtidigt med den nya utvärderingen av risksiffrorna för strålning som pekar mot att strålning kan vara 2-3 gånger farligare än man tidigare trott och att risken vid engångsbestrålning och bestrålning av barn kan vara upp till 10 gånger högre".

Man förutser att arbetsmiljön kommer att vara en väsentlig faktor i den framtida konkurrensen om arbetskraft. En fortsatt satsning på en god strålskyddshygien vid sjukhusen är därför en viktig satsning för framtiden.

(Svensk förening för Radiofysik - Stig Larsson)

Svensk förening för Radioterapi betonar, att kvaliteten på utbildning och forskning är helt beroende av att avdelningen för sjukhusfysik kan behållas som en samlad enhet.

Vad gäller verksamheten inom sjukvården betonar man att "sjukhusfysikern har en självständig ställning och ett eget medicinskt ansvar omfattande stråldos, teknik och strålskydd för patienterna samt även personalstrålskydd. Dessutom har fysikern det yttersta ansvaret för att apparaturen fungerar vid strålbehandling, simulering och dosplanering." "Strålterapi är mycket starkt beroende av sjukhusfysikerna. Deras kunskap och ställning inom sjukvården måste jämföras med de andra kliniska specialiteterna."

Föreningen anser, om den föreslagna uppdelningen genomföres, att detta "går direkt mot uppdraget om att verksamheten skall få bättre förutsättningar att fungera med avseende på hälso- och sjukvård, utbildning och forskning, men även kommer att få konsekvenser för att Lunds sjukvårdsdistrikt skall kunna behålla sin framskjutna position, vilken avsevärt kommer att försvagas om organisationen bryts ner."

"Gemensam kunskapsbas avseende bl.a. strålskydd och dosimetri och specialkunskaper inom området finns inom sjukhusfysikavdelningen. En splittring här kommer att få förödande konsekvenser på den gemensamma kunskapsbasen och professionalismen. Det är vanligt idag att personal flyttas mellan olika arbetsfält inom radiofysik/sjukhusfysikområdet för att optimalt utnyttja resurserna. På lite längre sikt anser vi att föreslagen organisationsförändring leder till svårigheter att allsidigt utbilda sjukhusfysiker, som det redan idag är brist på i landet. Det kommer med den föreslagna organisationen att bli mycket svårt att rekrytera kvalificerade sjukhusfysiker till Lund."

(Svensk förening för Radioterapi - Arne Wallgren, Karl-Axel Johansson)

Ämnesföreträdarna i medicinsk radiofysik gör inledningsvis en historisk exposé över ämnets utveckling i Lund sedan 1942. Man gör sedan en punktvis beskrivning av negativa konsekvenser för sjukvård och universitetsverksamhet. I korthet är dessa punkter:

Utnyttjande av gemensam kunskapsbas försvåras. Framgångsrik och säker radiologisk terapi och optimal diagnostik kan ej säkerställas.

Möjligheter att rationellt utnyttja specialutrustning och speciella lokaler försvåras om en samordnad klinisk verksamhet ej finns. Detta gäller också möjligheterna till gemensam diskussion inom avdelningen och samordnad rådgivning till andra avdelningar.

Huvudmannen kan ej effektivt utnyttja specialutbildad och svårrekryterad personal. Nyrekrytering försvåras eller omöjliggöres. Man framhåller att flyktrisen för befintlig personal kommer att bli stor.

Effekter på egen kompetensutveckling då den dagliga kontakten med kolleger upphör.

Den kliniska forskningen inom och utom de radiologiska specialiteterna försvåras. Basen för rekrytering av forskarstuderade rycks undan. Motivet att ha en radiofysikinstitution vid Lunds Lasarett inom medicinska fakulteten verkar försvinna. Även andra utbildningar inom strålningsområdet (läkarlinjen och sjuksköterskor/assistenter) kan komma att äventyras.

Man poängterar de stora fördelar det innebär att den förvaltningsövergripande verksamheten (t.ex. information, utbildning, centrala tillstånd, isotop- och röntgenkommitté) skötes av en sammanhållen avdelning för sjukhusfysik.

(Ämnesföreträdarna - Sören Mattsson, Magne Alpsten, Anders Brahme, Carl Carlsson, Hans Svensson, Göran Wickman och Gudrun Alm-Carlsson)

Statens Strålskyddsinstitut, slutligen, påminner om att den nya strålskyddslagen och dess förarbeten betonar huvudmannens ansvar för att goda strålskyddsförhållanden råder i verksamheten. Man har nyligen tagit del av ett förslag avseende organisationen i Lund, utarbetat av ASF.

"Strålskyddsinstitutet ser med viss oro på att man nu överväger åtgärder som inte förefaller vara förenliga med den i somras presenterade strålskyddsorganisationen."

Man anser vidare, att "vid ett sjukhus med så omfattande och varierad verksamhet med strålning som Lunds lasarett måste man redan på planeringsstadiet beakta strålskyddsorganisationens möjligheter att få insyn i de olika klinikernas verksamhet, påverka beslut, kommunicera med berörda och upprätthålla sin kompetens."

SSI har fått intrycket att "en nyligen genomtänkt strålskyddsorganisation kan komma att brytas sönder utan att något godtagbart alternativ tagits fram. Om det förhåller sig på det sättet så är det utomordentligt allvarligt."

(SSI - Jack Valentin, Gunilla Hellström)

Refererat av eder förbundne v. ordf.

Mats Nilsson

Lund 1989-12-05

Till Sjukhusfysikern

Från Estrid Gullström, Byrå FAP 1 Socialstyrelsen, som är samman-
kallande i samrådsgruppen "Allmänna råd", har jag fått följande
meddelande:

Angående Förslag till allmänna råd om kompetenskrav - sjukhusfysiker
och sjukhusingenjörer.

Förslagen har idag (1989-11-22) avsänts till Landstingsförbundet för
sådant hörande som avses i 1§ kungörelsen om begränsning i myndighets
rätt att meddela föreskrifter, anvisningar eller råd (begränsnings-
kungörelsen, SFS 1970:641).

Vi räknar med att socialstyrelsen kan meddela dessa allmänna råd före
årsskiftet.

Med vänlig hälsning

/Estrid Gullström/

Så snart som dessa "allmänna råd" meddelats, kommer de att presenteras
i "SJUKHUSFYSIKERN".

Det känns verkligen skönt att detta långvariga arbete nu är avslutat,
och vi i styrelsen vill tacka alla som deltagit både under den långa
"förberedelseperioden" och under den sista aktiva perioden; både gamla
styrelser och enskilda fysiker, med ett extra stort tack till Pelle
Åsard!

Inger-Lena Lamm

Inger-Lena Lamm

Beträffande redovisning av lönestatistiken mm

Undertecknad är i full färd med att sammanställa resultaten efter genomförda revisionsförhandlingar. Som ni ser redovisas inte resultatet i detta nummer. Skälet är att man (som vanligt) ännu inte är färdiga i Göteborg med förhandlingarna. Eftersom Göteborgskollegerna representerar hela 13 % av yrkeskåren, kan utfallet av deras förhandlingar påverka statistiken signifikant. Nästa omgång revisionsförhandlingar äger rum tidigast hösten 1990, så det är ingen "ko på isen" vad gäller att få ut statistiken i detta nummer.

I väntan på Göteborg användes tiden till att mera noggrant bearbeta all den statistik vi nu samlat på oss sedan den tid de nya nomenklaturreglerna och löneplan B infördes. Alla gamla lönegrader/klasser konverteras i vår statistik till krontalslön. En mera individbaserad uppföljning av löneutvecklingen är nu möjlig och meningsfull att göra. Min ambition är att redovisa denna i nästa nummer av "Sjukhusfysikern" som utkommer någon gång under mars månad.

Undertecknad har av sjukhusfysikerförbundets styrelse fått uppdraget att under 1990 utarbeta ett "lönepolitiskt program", vilket kan ligga till grund för att hos arbetsgivarna förankra en väsentligt högre allmän lönenivå för landets sjukhusfysiker. I detta arbete kommer att belysas de ökande löneskillnaderna mellan oss och annan personal i sjukvården med motsvarande bakgrund, kompetens, ansvar och grad av självständighet.

I detta sammanhang kan det vara värt att kommentera den skrivelse, som för en tid sedan utgick från kollegerna i Umeå. I denna skrivelse jämfördes sjukhusfysikerlöner med motsvarande för gymnasieingenjörer inom sjukvården. Mot bakgrund av de kontakter med ombudsmän och företrädare för arbetsgivare jag haft under den tid jag arbetat med förbundets statistik vill jag avråda från sådana jämförelser i förhandlingssituationer. Jämförelser bör som ovan sagts göras med de yrkesgrupper man bör likställas med, vilka inte inkluderar gymnasieingenjörer.

Om det kan vara till hjälp vid instundande förhandlingar i Umeå får jag emellertid intyga, att Umeå är en av de två orter i landet, där man systematiskt och signifikant har avvikit nedåt från den normalfördelning som råder i övriga landet. Detta förhållande kommer med all önskvärd tydlighet att bekräftas då statistiken föreligger i sin helhet och kan även ses i tidigare utgiven statistik under 1987 och 1988.

I väntan på Göteborg och jultomten tecknar slutligen Eder förbundne v ordf

God Jul och Gott Nytt År !

Mats Nilsson

Bedövlsning av löneenkät

Vi sjukhusfysiker i Umeå, har under det gångna året diskuterat löneutvecklingen för vår yrkesgrupp. Bakgrunden till detta är, förutom det självklara intresset för den egna lönen, även en stor oro för sjukhusfysikens framtidsutveckling. Radiofysik har haft en god ställning i Sverige, vilket har resulterat i många fina forskarinsatser, en hög vetenskaplig kunskapsnivå och en god utbildningsstandard. Många svenska radiofysiker har bidragit med värdefulla insatser för att utveckla och förbättra sjukhusfysiken både nationellt och internationellt. Behovet av radiofysikalisk expertis har varit stort inom strålterapi och diagnostisk radiologi.

Inför framtiden finns det dock anledning till oro. Hur stort kommer det radiofysikaliska behovet att vara, och hur skall detta behov kunna tillgodoses?

Behov av strålningsexpertis inom sjukvården kommer givetvis att finnas även i framtiden. Sjukhusfysikernas relativt dåliga löneutveckling kan dock komma att orsaka problem med rekryteringen och utarma ämnesområdet. Umeå universitet har påbörjat en ny civilingenjörsutbildning i teknisk fysik. Den gren inom utbildningen som har medicinsk strålningsfysik som inriktning, dvs utbildning i radiofysik, väljs efter 3:e året på högskolan. Hösten 1991 väntar vi de första teknologerna till Radiofysiska institutionen i Umeå. Radiofysik kommer således att utgöra en inriktning vid civilingenjörsutbildningen. När dessa civilingenjörer framlades skall arbeta som sjukhusfysiker blir, om inget radikalt sker, deras löner ca 70 % av vad kollegerna med andra inriktningar erhåller, t ex sjukhusingenjörer vid samma avdelning. Motsvarande egendomliga situation föreligger när disputerade sjukhusfysiker i ansvarig ställning har ungefär samma lön som sina underlydande sjukhusingenjörer.

Vår uppfattning är att dessa förhållanden utgör ett hot mot ämnesområdet på alla kunskapsnivåer. Strålningsfysik är naturligtvis ett intressant ämne, men det är tveksamt om det räcker som motiv för att satsa på studier och tidskrävande forskarutbildning när liknande ämnesområden kan erbjuda avsevärt bättre löner för motsvarande arbetsinsats.

Utifrån dessa tankegångar sammanställde vi i november ett litet frågeformulär om löneläget, som skickades till landets sjukhusfysiker. Detta för att undersöka om motsvarande situation föreligger på övriga platser. Hittills har ca 30 % svarat på utskicket med alla statistikgrupper representerade. De flesta som svarade anser att sjukhusfysikernas löneläge är dåligt eller mycket dåligt. Skillnader finns dock mellan de olika arbetsplatserna, vilket naturligtvis resulterar i olika grad av missnöje med den egna lönen. Genomgående verkar missnöjet vara störst hos innehavarna av de lägre tjänsterna. Några arbetar inte längre med sjukhusfysik bl a på grund av den dåliga lönen. Många anser också att sjukhusfysikernas löner bör jämföras med läkarnas löner och inte med lönerna för civilingenjörer. Vissa har även funderat över den framtida rekryteringen till grundutbildning och forskarstudier och anser, liksom vi, att ämnesområdet riskerar en utarmning om inte lönesituationen förändras.

På grund av den låga svarsandelen, kan denna enkät förmodligen inte användas som något stöd vid förhandlingar med arbetsgivarna.

Sjukhusfysikerna i Umeå

"OMTRYCK" från 1985

Lönepolitiken under debatt

NÄSTA AVTALSRÖRELSE MÅSTE BLI DE BITRÄDANDE SJUKHUSFYSIKERNAS!

De senaste åren har löneklyftan mellan våra två yrkeskategorier ökat. Även om löneutvecklingen för sjukhusfysiker knappast varit lysande framstår den i varje fall i skenet av 1984/85-års avtalsrörelse - med rullningar och utfall från den speciella cheflönesatsningen - som bra i jämförelse med de biträdande kollegornas. Från 1 juli i år ligger de sjukhusfysiker som samtidigt är chefer för sjukhusfysik/radiofysikavdelningar utanför universitetsorterna i lägst lönegrad K47 + 3 tillägg, det vill säga K50. De flesta biträdandetjänster i landet bör från samma datum hamna i området K37-K39, men en handfull tjänster finns fortfarande i skiktet under K35. Räknat på slutlöneklass har vi därför en lönespännvidd på närmare 7000 kr/månad i vårt lilla yrkeskollektiv. Hur många anser att detta korrekt speglar det faktiska arbetet och ansvaret på en sjukhusfysik/radiofysikavdelning?

SKTF:s satsningar på de medicinska teknikerna börjar samtidigt bära frukt. I många fall ligger nu medicintekniker - även utan chefstjänster - bara några lönegrader från bitr. sjukhusfysiker på samma sjukhus. Fysiker i det lägsta löneskiktet har till och med sett sig passerade av kollegorna medicinteknikerna. Detta är anmärkningsvärt! För teknikerna gäller inga krav på akademisk utbildning (hur stor andel har disputerat?), de har ingen motsvarighet till fysikernas patientansvar ("Vissa ansvarsfrågor i hälso- och sjukvård". Socialdepartementet, Ds S 1984:12) och definitivt inga särskilda kompetenskrav reglerade av Socialstyrelsen. Vårt medicinska yrkesansvar regleras idag i tillsynslagen över hälso- och sjukvårdspersonal (1980:11) och från och

med 1 januari 1986 är vi enligt lag skyldiga att föra journal (Prop. 1984/85:189), etc., etc..

Vi kan vidga jämförelsen för att understryka vår relativa lönesituation. Andelen disputerade i vårt yrkeskollektiv är naturligtvis vida större än bland medicinteknikerna, det vet vi. Men hur många är medvetna om att flera av våra disputerade biträdande kollegor har lägre lön än skyddsingenjörer inom sjukvården - skyddsingenjörer med ett års postgymnasial utbildning och som också åtminstone delvis organiseras av Sveriges Naturvetareförbund (SN)?

Den svenska sjukhusfysikerkåren är unikt solidarisk mot SN i sin förbundsanslutning. Inte ens ena handens fingrar går åt om man vill räkna upp de icke anslutna. Mot bakgrund av vad jag sagt ovan kan knappast detta bero på att SN hantlat lönefrågorna tillfredsställande de senaste åren. Ett SN-medlemskap är knappast så heligt att många inte kan börja ompröva sin fackliga anslutning. CF ligger nära till hands för civilingenjörerna bland oss. Jag har till och med träffat kollegor som överväger att gå in i SKTF när de sett hur medicinteknikerna börjat marschera förbi i löneledet. Själv tror jag naturligtvis inte ett ögonblick att SKTF med sitt lönepolitiska program på längre sikt är ett tänkbart alternativ, men vi bör ta varning av dessa signaler från "de djupa leden". Det börjar jäsa, och orsakerna är alldeles klara!

I spåren av nya kompetensregler från Socialstyrelsen följer rimligen en uppdatering av det lätt ålderstigna landstingsavtalet CAL nr 2. Givetvis måste i detta avtal betoningen på vår formella utbildning tonas ner

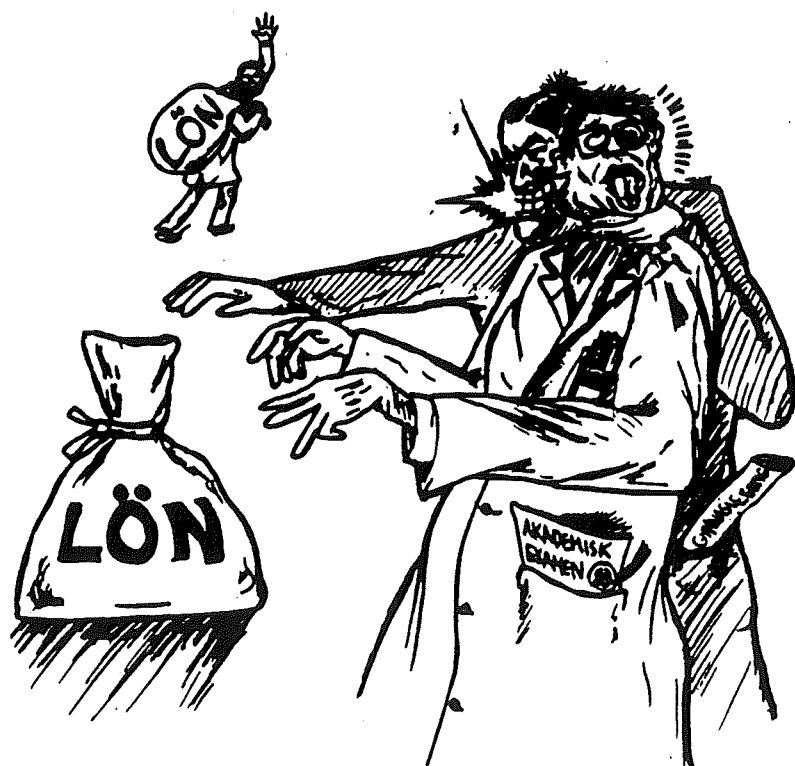
(det sköter SoS' allmänna råd om) till förmån för beskrivningar av vårt funktionella yrkesansvar, våra arbetsuppgifter och eventuella ledningsfunktioner. En högre utbildning i form av doktorsexamen bör sedan ge tilläggs-löneklasser utöver grundnivån. Därigenom skulle endast två latitud-nivåer behövas i stället för dagens fyra. Särskilt måste lönekategorin bitr., grupp B (fr o m 1985-07-01 anställningsgrupp D) avskaffas! Denna nivå i CAL 2 har länge varit en belastning och så generande att de flesta arbetsgivare lyckligtvis varit realistiska nog att inte framhärda i att använda den. Just detta faktum bör göra ett avskaffande relativt lätt, törs man gissa.

En skiss på lösning till löneproblematiken skulle därför kunna vara följande:

1. CAL nr 2 skrivs om enligt vad som sägs ovan och så att även de bitr. sjukhusfysikernas självständiga arbete beskrivs och fastläggs.
2. Två nya lönelatituder konstrueras. Den lägsta lönegraden i den lägre latituden bör ligga högre än nivån för dagens bitr., grupp A (anställningsgrupp C) och uppåt nå fram till, och gärna överlappa, den högre latituden (jämför yrkeshygienikernas nya avtal, CAL nr 45).
3. Tilläggs-löneklasser ges förutom sjukhusfysiker med administrativt ledningsansvar också disputerade bitr. sjukhusfysiker.
4. På längre sikt diskuteras namnbyten på tjänsterna. Hur låter "sjukhusfysiker och 1:e sjukhusfysiker"?

Flera SACO/SR-förbund (Läkarförbundet och JUSEK, bl.a.) har redan annonserat att särskilda satsningar krävs för högutbildade offentliganställda i nästa avtalsrörelse. Hur tänker SN agera? Vår unika fackliga uppslutning placerar ett särskilt ansvar på både SN och Sjukhusfysikerförbundet. Inför nästa avtalsrörelse har SN chansen - kanske den sista! "Sjukhusfysikerna är inget problem - alla är ju med" har jag hört ledande SN-ombudsmän säga. Jag anser att bitr. sjukhusfysiker i K32 och disputerade dito i K36 är exempel på felavlöning som nog kan bli ett litet problem ganska snart, kära SN!

Lars Gunnar Månsson
Göteborg



En biträdandens vardag. Chefen drar ifrån och medicinteknikern smyger upp bakifrån.

Repris från

1985: 2 av
Sjukhusfysikern

(Jan Lindström, Göteborg, ritade)

**ÅRSBERÄTTELSE
FÖR
SVENSKA SJUKHUSFYSIKERFÖRBUNDET
Verksamhetsåret 1988/89**

Styrelsen för Svenska sjukhusfysikerförbundet får härmed avge följande berättelse för förbundets verksamhetsår 5 oktober 1988 - 11 oktober 1989.

Förbundet, som ingår som sektion i Sveriges Naturvetareförbund, har under året haft följande styrelse:

Ordförande	Inger-Lena Lamm
V. ordförande	Mats Nilsson
Sekreterare	K.-W. Beckman
Kassör	Kerstin Löfvander-Thapper
Ledamot	Lars Gunnar Månsson
Redaktör	Lars Johansson

Styrelsen har haft två protokollförda sammanträden. Till det senare av dessa har förre ordf. i förbundet, Per-Erik Åsard, adjungerats. Tre telefonkonferenser har dessutom hållits. Dessutom har delar av styrelsen sammanträtt och diskuterat med företrädare för Socialstyrelsen, SSI och ämnesföreträdarna för de radiofysiska institutionerna i landet. I EFOMP har förbundet representerats av Rune Walstam och Inger-Lena Lamm. Förbundets ordförande, Inger-Lena Lamm, är ledamot i SN:s styrelse.

Förbundet har under året fått 24 nya medlemmar. 4 har begärt och beviljats utträde på grund av bl.a. tjänst inom verksamhet utanför sektionens område. Det totala antalet medlemmar vid verksamhetsårets slut är 170.

Förbundets informationsskrift Sjukhusfysikern har under året kommit ut vid ett första utgivningstillfälle med 3 nummer och vid ett andra tillfälle med ytterligare ett nummer. Utgivningen av har alltså varit oregelbunden, vilket försvårat kontakten mellan förbundets styrelse och medlemmarna. Kompletterande information till medlemmarna via separatutskick har givits vid två tillfällen rörande arbetet med Allmänna råden och förbundets lönestatistik. Medlemmarna har även erhållit Naturvetareförbundets tidning Naturvetaren.

Under året har sju nya befattningar utannonserats. Sammanlagt finns det nu 128 tjänster fördelade på 29 avdelningar inom 23 landsting och kommuner. Antalet vakanta tjänster är 11 i månadsskiftet sept/okt 1989, fördelade på 4 utanför och 7 vid universitets-sjukhus.

Remisser

Styrelsen har avlämnat svar på följande remisser:

- från UHÄ, Remiss Regnr 31-803-89
Förslag till påbyggnadsutbildning i nuklearmedicin för sjuksköterskor och laboratorieassistenter.
- från Socialstyrelsen, beteckning 5114-172/89
Remiss av socialstyrelsens Allmänna råd om kvalitetskontroll vid mammografiscreening.

Remissvaren publiceras i Sjukhusfysikern.

Avtalsrörelsen. Utfall av revisionsförhandlingarna 1989.

I det löpande tvåårsavtalet fördelades generellt 1.5% på lönesumman från 89 07 01. Från samma datum skulle också utfallet av de lokala revisionsförhandlingarna fördelas. Detta individuella utrymme utgör lägst 2% på lönesumman. Dessutom skall 0.9% fördelas avseende ålderstillägg.

Revisionsförhandlingarna är ännu inte avslutade. Läget vid månadsskiftet sept/okt 1989 var följande (baserat på SN:s statistik):

<u>Statistikgrupp</u>	<u>U.kvart - Median - Ö.kvart</u>	<u>Medellön</u>	<u>Förändr.jfr -88</u>
10:1	21 200 - 22 232 - 24 884	23 002	+ 8.9%
10:2	17 500 - 19 136 - 20 300	19 145	+10.8%
10:3	15 050 - 16 284 - 19 725	17 287	+16.9%
20:1	13 050 - 14 547 - 15 830	14 537	+ 9.1%

Förbundet för också sedan 1987 egen statistik över tjänster och löner. Underlaget för denna baseras på inrapportering från resp. avdelning. Då denna inrapportering inte skett i den omfattning som skulle önskas, kan ytterligare information från denna inte erhållas till årsmötet. Detta kommer vid senare tillfälle att rapporteras via Sjukhusfysikern.

Förberedelser för kommande avtalsrörelser.

Vid styrelsens sammanträden har ingående diskuterats förbundets lönepolitiska mål samt effekterna av gällande statistikgruppindelning.

Vid styrelsens sammanträde i september beslöts att vid årsmötet 1990 presentera ett förslag till lönepolitiskt program. I detta lönepolitiska program skall anges målet för sjukhusfysikernas lönenivå i förhållande till andra grupper i sjukvården med motsvarande kompetens och grad av självständighet.

I det nya landstingskommunala lönesystemet blir befattningsklassificering allt vanligare. Som underlag för denna bör specialbestämmelsernas statistikgrupper kunna användas, om dessa relevant beskriver arbetets svårighetsgrad och tjänstens grad av självständighet och ansvar. I specialbestämmelserna för sjukhusfysiker saknas stati-

stikgrupp för ickedisputerade sjukhusfysiker med "hög grad av självständighet", vilket utgör en komplicerande faktor vid lönejämförelser och som underlag för löneförhandlingar. Arbete pågår inom styrelsen för att åstadkomma ett mera rättvisande system för befattningsklassificeringen.

Socialstyrelsens Allmänna råd om kompetenskrav för tjänstgöring som sjukhusfysiker

Arbetet med allmänna råd för sjukhusfysiker har för styrelsen varit intensivt under verksamhetsåret. I socialstyrelsens samrådsgrupp har förbundet representerats av Inger-Lena Lamm, Lars Gunnar Månsson och Per-Erik Åsard. Gruppen har haft sju sammanträden och vid sista mötet i september slutfördes detta arbete.

Styrelsen har för detta arbete erhållit extra ekonomiskt stöd från SN.

Dessa "Allmänna råd" inleds med en redogörelse för sjukhusfysikernas arbetsuppgifter och ansvarsområden idag och följs av en framåtblickande beskrivning av verksamhetens utveckling. Det torde behöva påpekas att, i socialstyrelsens "Allmänna råd", bör man inte skriva "skall", utan man skall skriva "bör". Det aktuella förslaget till kompetenskrav för sjukhusfysiker kan sammanfattas med följande:

"KOMPETENSKRAV

Vid anställning av sjukhusfysiker bör huvudmannen kräva att vederbörande har en fullgod kompetens som sjukhusfysiker, bestående av

- dels akademisk examen med fullgjord grundutbildning i radiofysik vid radiofysisk institution,
- dels praktisk erfarenhet; en sjukhusfysiker bör under de första åren av sin kliniska tjänstgöring arbeta under en erfaren sjukhusfysikers ledning. Cheffysiker och andra sjukhusfysiker med ledningsansvar bör ha dokumenterad flerårig erfarenhet av kliniskt sjukhusfysikarbete. Normalt har sådana fysiker också genomgått forskarutbildning i radiofysik (eller motsvarande) eller har jämförbar kompetens. Ledningsansvaret kan omfatta hela eller definierade delar av sjukhusfysikverksamheten inom ett sjukhus eller landsting/landstingsområde."

Under arbetets gång har styrelsen fått göra avkall på kravet på doktorsexamen för tjänster med ledningsansvar. Skälet är att ett undantagslöst krav på doktorsexamen för dessa tjänster skulle kunna blockera tjänstetillsättningar, särskilt utanför utbildningsorterna. Förbundet anser att kompetenskraven - förutom att säkerställa en hög kompetensnivå på landets sjukhusfysiker - också måste ta hänsyn till arbetsmarknad och tillgång på utbildad personal.

Inger-Lena Lamm var inbjuden att delta i ämneskonferensen i radiofysik i juni 1989. Den version av "Allmänna råden", som skickades ut till medlemmarna och som i princip endast genomgått redaktionella förändringar inför slutskrivningen, diskuterades och förankrades vid detta tillfälle även hos ämnesföreträdarna.

Sjukhusfysikerförsörjningen.

Under verksamhetsåret har styrelsen representerats vid Sv. förenings för Radiofysik och Sv. förenings för Radioterapi vårmöte i Örebro. Vid detta möte diskuterades problemet med rekrytering av sjukhusfysiker, fr a till avdelningar utanför utbildnings-orterna. I diskussionerna framfördes utbildningsorternas ansvar att förse sjukvården, också utanför utbildningssjukhusen, med välutbildade sjukhusfysiker. Ett ansvar finns också hos avdelningarna runt landet att erbjuda möjlighet till praktiktjänstgöring under erfaren ledning. Man konstaterade att vid de flesta avdelningar tillämpas idag s k totalbemanning, vilket innebär små möjligheter att ta in vikarier i samband med semesterar och annan lagstadgad ledighet. Förbundets styrelse har under året diskuterat möjligheterna att organisera någon form av "vikariatsförmedling" inom verksamhetsområdet. Formerna för detta resp. den legala rättigheten att åstadkomma en sådan förmedling är ännu ej färdigutredda.

Organisationsförändring i Lund.

Avdelningen för sjukhusfysik vid Lasarettet i Lund är på ett förödande sätt indragen i en föreslagen organisationsförändring vid lasarettet. En utredning, initierad av sjukhusdirektören och genomförd av chefläkare och medicinska rådet, har föreslagit att avdelningen skall upphöra som egen basenhet. Avdelningens olika verksamhetsområden skall, enligt förslaget, inplaceras under basenheterna onkologi resp. medicinsk teknik. Orsaken till att ASF hamnat i detta läge är, enligt styrelsens uppfattning, bl a oklarheter i ledningsorganisationen vid avdelningen. Ett genomförande av förslaget innebär mycket allvarliga konsekvenser för lasarettet i första hand men också för sjukhusfysiken i landet i övrigt. Styrelsen har, i ett yttrande till sjukhusdirektören, med kraft påtalat konsekvenserna, markerat problemets ursprung och föreslagit en lösning på detta. Styrelsen förutsätter att man även fortsättningsvis skall bedriva sjukhusfysikverksamheten inom en sammanhållen enhet och att man förstärker och förändrar ledningsfunktionen genom att utse **en (1) särskild chef med övergripande ansvar för ledning, planering, samordning och kontroll av den kliniska delen av sjukhusfysikverksamheten**, ev. i inledningsskedet genom extern konsultinsats.

Arbete inom EFOMP.

"The Council of the European Community" har antagit ett "Directive", där man definierar de grundläggande kraven på strålskyddet för de personer som undergår medicinska undersökningar eller behandlingar. I den femte artikeln i dessa direktiv konstateras, att en "kvalificerad expert i radiofysik" skall finnas tillgänglig vid "s sofistikerade strålterapi- och nuklearmedicinavdelningar". "The Commission of the European Communities" har gett det västtyska "Institut für Strahlenhygiene" i uppdrag att med hjälp av EFOMP utreda förhållandena kring denna expert. En enkät om "Education and Training of the Medical Physicist as a Qualified Expert in Radiophysics" sändes därför ut till EFOMP:s medlemsföreningar både inom och utom EG. Det sammanställda materialet diskuterades sedan vid ett CEC-möte om "Basic Measures for Radiation Protection of the Patient", där även de icke-EG EFOMP-medlemmar, som besvarat enkäten, var inbjudna att delta som observatörer. Inger-Lena Lamm, som sammanställt enkätsvaren för förbundets räkning, deltog i detta möte, där den svenska radiofysikutbildningen rönt stort intresse. Trots att diagnostikavdelningar inte nämnades i den femte artikeln i direktiven, framförde fysikerrepresentanterna enhälligt nödvändigheten av fysikerinsatser även inom detta område. Det föreligger en signifikant skillnad mellan EG- och icke-EG-länder vad beträffar antalet fysiker som arbetar inom

diagnostiken. I Sverige behöver vi inte argumentera för dessa fysikerinsatser. Det bästa argumentet är just det arbete dessa fysiker utför.

Danmark, Finland, Norge och Sverige var alla representerade vid detta CEC-möte. De nordiska länderna enades om att reaktivera det nordiska samarbetet mellan sjukhusfysikerorganisationerna.

Vid den 17:e internationella radiologkonferensen i Paris hölls möten med EFOMP:s Council och Scientific Committee. Där representerades förbundet av Karl Axel Johansson.

Övrigt.

SSI har av arbetsmarknadsdepartementet fått i uppdrag att utreda vissa frågor om strål-skydd och särskild semester. Härvid föreslår SSI:

"att det i samband med ett eventuellt upphävande av den särskilda semesterlagen uttryckligen hänvisas till möjligheten att ingå kollektivavtal om särskild semesterförlängning för vissa arbetstagare för att inte försvåra rekryteringen av ifråga-varande personalkategorier."

En särskild skrivelse i ärendet har också ingivits av prof Jerzy Einhorn. Hittills har inget mera hänt och förbundet iakttar tills vidare en avvaktande hållning.

I samband med 1989 års sjukhusfysikermöte har SSI arrangerat den utlovade utbildningen i beredskapsfrågor .

K.-W. Beckman

Lars Johansson

Inger-Lena Lamm

Kerstin Löfvander-Thapper

Lars Gunnar Månsson

Mats Nilsson

Sjukhusfysikermötet (SSI-mötet)

Årets SSI-möte, som Strålskyddsinstitutet envisas med att kalla sjukhusfysikermöte, avlöpte under gemytliga former i Norrtälje utanför Stockholm. Programmet var varierat och informationen med vidhängande diskussion var mycket uppskattad.

Lagen

Jack Valentin läste lagen för de församlade sjukhusfysikerna. Viktiga förändringar jämfört med tidigare lag poängterades. Bland annat saknas ju "radiologisk föreståndare" i den nya lagen. Tillståndshavaren (landstinget) har totalansvaret för strålskyddet. Detta förväntas landstingen klara av genom att ha en fungerande strålskyddsorganisation. SSI skall informeras om denna organisation. Myndigheten kommer inte, som skett förut, att nöja sig med att informeras utan kommer i framtiden att vara mer benägen att även ha synpunkter på den föreslagna organisationen. Denna nya era har redan inletts, t ex genom diskussioner om organisationsproblem i Lund. Utfärdande av ramtillstånd för radiologiskt arbete och arbete med radionuklider kan ses som en del av nydaningen av strålskyddsorganisationen. SSI har utfärdat en rad ramtillstånd för arbete med radionuklider och en omarbetning av villkoren för ramtillstånd för röntgenverksamheten och strålterapi pågår. Villkoren i ramtillstånden och innehållet i lagen måste naturligtvis användas som grund vid utarbetandet av en lokal strålskyddsorganisation. En sådan organisation måste utarbetas med stor eftertanke och några olika modeller diskuterades vid mötet. I Lund har diskuterats en modell med viss del

av huvudmannens ansvar delegerat till kliniken och övergripande ansvaret delegerat till sjukhusfysikavdelningen. Andra mötesdeltagare förespråkade en organisation med det totala strålskyddsansvaret samlat hos sjukhusfysikavdelningen.

Dosgränser

De nya dosgränserna presenterades och diskuterades. Införande av en högsta ackumulerad dosekvivalent av 180 mSv vid 30 års ålder och 700 mSv under livstiden innebär ju en viss skärpning. Dessutom diskuterades de skärpta reglerna för gravida kvinnor, 0.5 mSv/mån till fostret och rätt till omplacering till arbete som ej är förenat med joniserande strålning. Tolkningen av den sista delen överläts till den lokala expertisen (det är du det).

Lennart Lindborg informerade om olika storheter för dosmätning. Speciellt diskuterades praktiska storheter för mätning av extern bestrålning som miljödosekvivalent, riktningsdosekvivalent, djup individdosekvivalent och yttlig individdosekvivalent. Lennart informerade också om lämpliga instrument för att mäta de olika storheterna. SSIs dosimetrilab planerar även att starta ett projekt för test av de persondosimetri-system som finns i drift. Man kommer att informera mer om detta senare.

Internationalisering

Sten Grapengiesser informerade om de diskussioner som pågår om anpassning, av normer och krav på provning av utrustning, till EG. Detta kommer emellertid att slå igenom först om något år.

Nuklearmedicin

Sören Mattson informerade om stråldoser till personal vid internkontaminering från olika nuklider. I allmänhet är kontamineringen så liten att man inte riskerar att komma i närheten av gränsvärden. Undantag kan vara arbete med radioaktiv jod.

En nämnd för radioaktiva läkemedel håller på att bildas. Trygve Bringhammar informerade om arbetet med att utarbeta lämpliga arbetsuppgifter och om hur samarbetet med isotopkommittéerna skall organiseras. Fördelningen av ansvar mellan lokal isotopkommitté och nämnda nämnd diskuteras fortfarande.

Röntgen

Mammografiscreening är nu igång i 19 av 26 landsting. I 8 landsting bedrivs verksamheten i full skala. Kvalitetskontroll av verksamheten innebär ganska omfattande insatser från sjukhusfysiker. Råd om metoder och omfattning kommer inom kort från SSI och Socialstyrelsen. SSI planerar även projekt att jämföra instrument för mätning av absorberad dos med ett noggrannt kalibrerat instrument vid SSI.

I J S

Ulf Wester redogjorde för nya författningar och övriga nyheter inom i j s-området. SSI har inte några förslag till föreskrifter för MR-området på gång för närvarande.

Närvarande, bl a

Bertil Axelsson

RAPPORT FRÅN EN MILJÖKONFERENS FRÅN EN AV DELTAGARNA
Berndt Söderborg

Miljö och energifrågorna är av största betydelse för människornas överlevnad på Jorden. Trubadurerna var tidiga att inse detta. Emellertid är problemen alltför allvarliga för att lösas av andra än specialister i samverkan. Det är tjugusigt men otillräckligt att använda hjärtat istället för hjärnan. Tänk bara på hur politiska partier som värnade om miljön skaffade oss växande problem med radon genom okloka råd om tätning av hus.

Miljövänner för kärnkraft är en förening som vill försöka bemästra miljöproblemen med en god avvägning av alla tillgängliga resurser d v s utan att av halvreligiösa skäl utesluta kärnkraften ur arsenalen.

Föreningen som redan efter mindre än ett års verksamhet har omkring 1800 medlemmar hade samlat en expertgrupp i Falkenberg 89 10 30. Av de inbjudna experterna i föreningen kunde tolv varav sju professorer delta. Man representerade olika kunskapsområden som har betydelse för miljöproblemens lösning och fastän alla visade sig ha ett levande miljöintresse var kunskapsområdet kring strålning och kärnkraft extra väl representerat. Under dagen enade man sig om ett dokument ur vilket följande kan refereras:

1. Till skillnad mot vad trubadurna och någon av våra ansvariga ministrar förfäktar tror representationsgruppen på naturlagarnas gilltighet.
I ex fastslog man att sönderdelning av vatten kräver mer energi än vad förbränning av vätgas kan ge, vilket inte synes vara en självklarhet bland dem som styr landet.
2. Vid förbränning av organiskt material bildas koldioxid och vatten som huvudprodukter. Men också många miljögifter. Att påstå att förbränning skulle vara miljövänlig innan hela förbränningsprocessen klarlagts i en verklig anläggning i något så när realistisk skala vittnar om bristande kunskap. Som exempel kan nämnas att eftersom luft består av kväve och syre bildas vid förbränning i luft alltid kväveoxider.
3. Sol och vind, som förespråkas av andra miljörörelser kan var bra i vissa speciella tillämpningar. Det rör sig dock om små energimängder som saknar relevans som ersättning för kärnkraften.
Om energin från ett endakärnkraftsblock ska ersättas med vindkraft från ett verk av Maglarptyp (Världens största 3 MW) måste vi bygga två Maglarp i veckan från nu fram till 2010.
Solenergi är inte heller ett realistiskt alternativ till kärnkraft i Sverige. (En av deltagarna Bertil Holmström, Göteborgs Universitet är expert på solenergi).

All energiförädling påverkar miljön och det är väsentligt att alla tillgängliga metoder bedöms efter samma kriterier. Det är direkt farligt när människor skräms genom att strålkastarna ensidigt riktas mot vissa mycket små risker. Det leder till obefogad rädsla som dels i sig är farlig och dels vilseleder mot felaktiga beslut.
Några enkla sanningar framhölls av representationsgruppen.

1. Joniserande strålning har alltid funnits på Jorden.
- 2- Strålningens inverkan på människor och miljö är bättre kända än påverkan från olika kemikalier.
3. Den påverkan på vår globala strålmiljö som har samband med kärnkraften är försumbar.
4. Riskerna för människor i Sverige med den joniserande strålningen från kärnkraften, inklusive Tjernobyl är väsentligt mindre än exempelvis riskerna med solbadande och radonexponering.

Miljösatsningar kräver ofta el.

Förbättring av miljön är mycket önskvärd, men många möjligheter kräver tillgång till el.

1. Elfordon i städerna och ökad satsning på järnvägstransporter.,
2. Ökad ventilation i sjuka hus.
3. Miljövänligare produktionsmetoder i industrin.

När man har vetskap om dessa energibehov för värdet av vår miljö är det oförsvärligt att påstå att man lätt kan spara stora energimängder. Det är vilseledande att styrka sådana påståenden med teoretiska beräkningar av hur mycket elförbrukningen i nuvarande produktion kan minska utan hänsyn till redan kända tillkommande behov. Den enkla sanningen är att vår elproduktion blir alltmer ansträngd och att behovet av elenergi och även annan energi hela tiden ökar, inte minst för att förbättra miljön.

Tag ditt ansvar för framtiden: Gå med i miljövännen för kärnkraft.
Arsavgift 50:- Postgiro 1 33 74 - 4,
Adress Box 83, 430 24 Väröbacka.

Kommentar till dem som fortfarande är tveksamma:

Det kanske har undgått en och annan att Rosalyn S. Yalow i mars-aprilnumret i år av Medical Physics i en ledarartikel skarpt attackerade sjukhusfysikerna för våra bidrag till strålningsfobin!

Hon angriper först person-rem-begreppet, att ingen vågar ange en tröskelnivå och att man accepterar den linjära extrapolationshypotesen ner till låga doser utan att ställa den i relation till den naturliga bakgrundsstrålningen.

Hon vänder sig därefter mot att "man" (=NCRP och ICRP) avser att sänka dosgränserna; även om det nu förhåller sig så att den förväntade åtgärden både är enkel och föga kostsam att genomföra får man helt enkelt inte göra detta eftersom det skulle kunna misstolkas som en antydning om att det skulle finnas en viss risk med de nuvarande nivåerna.

Hon åberopar välkända studier av radiologer, som inte uppvisat någon högre mortalitet i cancer. Därutöver plockar hon fram en grupp, som åtminstone för mig och flera kolleger i Stockholm var totalt okänd: Under andra världskriget fick de manliga röntgenassistenterna i armén under sin utbildning följande dagliga instruktion för att träna sina praktiska färdigheter: "During the remaining two hours of this period the students occupy themselves by taking radiographs of each other in the positions taught that day." En senare utvärderingsrapport visar att studenterna varken fick någon hud-erythem-dos eller någon sänkning av de vita blodkropparna. Totalt bör dessa assistenter under sin utbildning och under sin minst 2-åriga tjänstgöring ha fått minst 50 rem. En uppföljning 29 år senare av 6500 assistenter visar ingen malignitetsökning vid jämförelse med andra anställda i armén.

Hon anser avslutningsvis att vi som fysiker måste vara medvetna om dosratens betydelse och att det är felaktigt att bara summera doser och doser utan att fästa avseende vid dosraterna. Att grunda en riskuppfattning på en sådan summering är inte bara ofullständigt utan rent av otillständigt av dem som har skyldighet att informera om detta. Gör vi inte detta med kraft bidrar också vi sjukhusfysiker till strålningsfobin! Skräcken för låga doser är förödande om man vill informera om de positiva tillämpningarna inom medicin och kraftförsörjning. (Artikeln förtjänar att läsas in extenso; ni kan få kopior av mig.)

Lasse Johansson

P R I S T A G A R E

I samband med Svensk Förenings för Radiofysik årsmöte (vid Riksstämman i Älvsjö) utsågs professorn i neurofysik Lars Eriksson till mottagare av Kurt Lidéns pris för 1989.

Samtidigt utsågs professorn i fysikalisk systemteknik Christian Bohm till innehavare av Holger Sköldborns stipendium.

Det är faktiskt ett team som har utmärkts - med diplom och vardera en check om 5000:-. Lasse och Christian är för oss på Karolinska Sjukhuset ett slags radarpar, som alltsedan början av 70-talet varit oskiljaktliga och oförtrutet koncentrerat sina insatser på att försöka utveckla och förfina positronkameratekniken till ett kliniskt användbart system - först vid UCLA i Los Angeles och från 1976 vid Stockholms Universitet och Karolinska Sjukhuset.

För närvarande håller de på att trimma in sin just installerade fjärde-generations-kamera, som innehåller många sinnrika innovationer, som i sinom tid kommer att kopieras av konkurrenterna, så som har skett med de tidigare kamerorna.

Vi saluterar radarparet på positronkameran!

Så här mot decennieskiftet kan det kanske vara befogat att snegla i backspeglarna och att ställa samman listor på dem som har harangerats alltsedan 1981:

KURT LIDÉNS PRIS

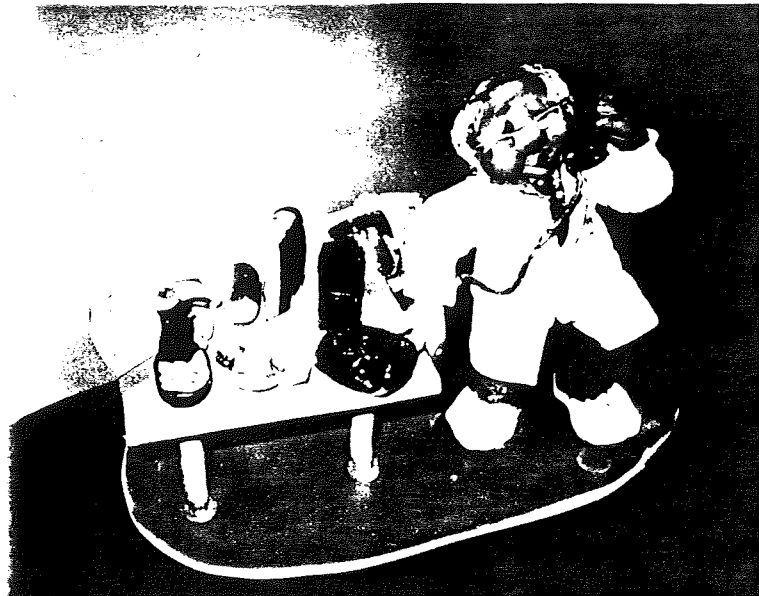
1981	Per Nilsson	Lund	Hypertermi
1982	Agne Larsson	Göteborg	Kollimatorer
1983	Mats Bergström	Stockholm	PET-studier
1984	Nils-Erik Augustsson	Malmö	Behandlingsbord
1985	Lennart Johansson	Umeå	Interndosimetri
1986	Robert Finck	Umeå	Dosimetr modeller
1987	Anders Israelsson	Stockholm	Datortillämpningar
1988	Georg Matscheko	Linköping	Röntgenspridning
1989	Lars Eriksson	Stockholm	Positronkamera

HOLGER SKÖLDBORNS STIPENDIUM

1987	Freddy Stålberg	Lund	MR-flödes-studier
1987	Bo Nordell	Stockholm	MR-flödes-studier
1988	Christer Samuelsson	Lund	Radonmätning
1989	Christian Bohm	Stockholm	Positronkamera

Som stockholmare gör jag bäst i att inte kommentera den geografiska spridningen. Däremot kan jag inte underlåta att se att av dessa 13 är det bara två som ägnat sig åt behandlingsverksamhet. Om ni delar min syn eller har andra synpunkter inför valen 1990 så skriv för en gångs skull INTE till mig - kontakta istället föreningens företrädare t ex Stig Larsson eller Sven-Erik Strand, som tidigare år inte direkt blivit dränkta i förslag.

L. J.



Miniskulptur i keramik - framställd av Åsa Björk, KUNGSÖR -
illustrerande mina närmaste medarbetares minnesbild av mig
och mina insatser i klinisk radiofysik.
Har Ni andra minnen - så inte mig emot!

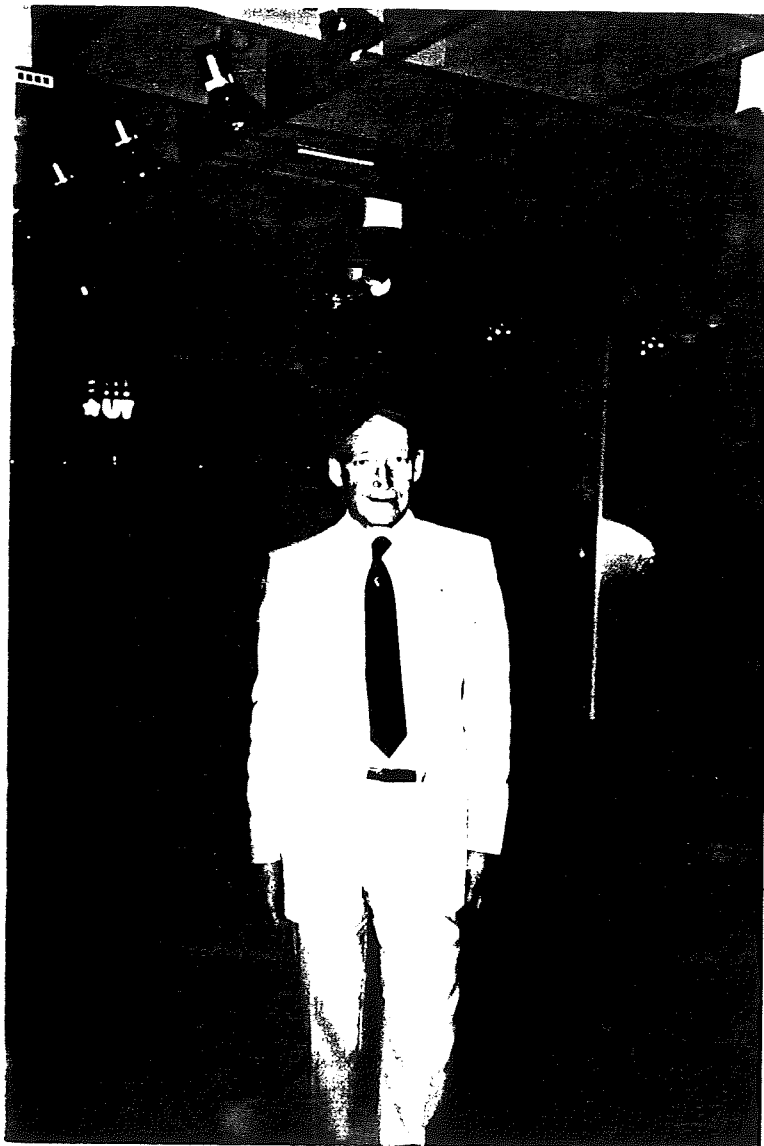
Kära Vänner!

Till alla Er, som i samband med min 65 - årsdag och pensionering från Regionsjukhuset i Örebro, på ett så överväldigande sätt uppvaktat mig, vill jag rikta ett varmt tack. Jag minns Er för alla inspirerande, vänliga och kärleksfulla kontakter under mitt yrkesverksamma liv, som varit så fyllt av stimulans tack vare Er. Tack för alla presenter i form av bl.a. blommor, picknickkorg, startkapital till flytetyg och mycket, mycket annat samt överord och ekonomiska resurser för framtida "Vikterlöf - föreläsningar" i samband med Medicinska Riksstämman. Den första föreläsningen, som jag själv ålagts att hålla, blir torsdagen den 30 november, Sal E-4 kl. 17.15. Rubriken blir: Klinisk radiofysik i med- och motgång under en generation.

Ett varmt och innerligt tack!

Eder tillgivne

Kalle Vikterlöf



KLINISK RADIOFYSIK I MED- OCH MOTGÅNG UNDER EN GENERATION.

Några fackliga synpunkter, sammandragna ur min
"Kalle Vikterlöf-föreläsning" vid Medicinska
Riksstämman 1989.

Redan från början vill jag framhålla att den historiska återblick, som jag vill försöka mig på att göra blir högst subjektiv. Jag har haft förmånen att under mitt yrkesverksamma liv leva nära utvecklingen inom klinisk radiofysik såväl fackligt som vetenskapligt. Inför denna tidnings läsare vill jag försöka att beskriva händelser - och i viss mån också några personer - på det rättframma sätt, som jag tror även historien mår bra av att skildras på.

Några rent historiska fakta, som utgör milstolpar i utvecklingen av radiologisk verksamhet i Sverige, dit ju den kliniska radiofysiken hör, bör dock först ges. Bortsett från de allmänt väl kända förhållandena - som upptäckten av röntgenstrålarna etc. - må följande fakta påminnas om:

- 1903 inrättades det första röntgendiagnostiska laboratoriet på Serafimerlasarettet.
- 1908 blev Gösta Forssell självständig chef för röntgen på Serafen.
- 1917 delades Radiumhemmets verksamhet i en allmän och en gynekologisk klinik.
- 1919 bildades såväl nordisk som svensk förening för medicinsk radiologi.
- 1920 knöts Rolf Sievert som konsulterande fysiker till Radiumhemmet. (5 kv.m).
- 1928 II internationella radiologkongressen ägde rum i Stockholm.
- 1928 insamling till Gustaf V:s 70-årsdag; den s.k. jubileumsinsamlingen, som gav 5 milj. kronor.
- 1941 inrättades en professur i radiofysik vid K.I.
- 1944 Magnus Strandqvists avhandling beträffande kumulativa effekter vid fraktionerad strålbehandling.
- 1950 inrättades ett isotoplaboratorium på Radiumhemmet.
- 1954 ersattes radium med kobolt-60 i de s.k. telegamma-apparaterna, vilket bl. a. möjliggjorde lediga helgdagar för personalen.
- 1957 installerades den första koboltkanonen för djupterapi liksom den första betatronen i Sverige på Radiumhemmet.
- 1958 Lars-Erik Larssons avhandling rörande stråldoser till patienter i röntgendiagnostik i Sverige.
- 1962 första mötet för nordiska sjukhusfysiker i Örebro.
- 1971 nordiska rekommendationer beträffande dosimetri inom högvoltsområdet, presenterat av en specialgrupp inom Nordisk Förening för Klinisk Fysik.
- 1979 nordiskt radiologmöte i Stockholm med en fysiker (Rune Walstam) som president.

För den kliniska radiofysikens utveckling i Sverige har ett antal offentliga utredningar spelat en viktig roll. De viktigaste ur vår synpunkt sett är troligen de följande:

SOU 1956:38	Strålskydd
United Nations	Report of the United Nations
1958	Scientific Committee on the
	effects of atomic radiation.
SFS 1958:110-111	Strålskyddslag.
SOU 1958:26	Regionsjukvård.
Medicinalstyrelsens	"Isotopcirkuläret"
cirkulär 106, 1961	
Nordisk utredningsserie	Nordiskt sjukhusfysikersam-
1969-8	arbete.
Planering av onkologisk	
sjukvård 1974.	
SOS 1975: Hälso- och	Medicinsk service.
sjukvård inför 90-talet	
SOS 1983: Studier över	Radiologi.
vårdsituationen	

Vad är klinisk radiofysik? Många - speciellt bland våra medicinska vänner- tycker nog ej att kombinationen är passande för icke medicinska utövare. När efter min disputation exempelvis jag sökte en docentur och föreslog ämnet "klinisk radiofysik" fick jag avslag på detta -året var 1965- med motiveringen att en "icke medicinare" ej kunde företräda någon "klinisk" verksamhet. Det fick bli radiofysik - rätt och slätt!

På samma sätt argumenterades det ibland att, då det gällde utrustning, som skulle användas vid mätning på patienter, måste denna hänföras till ex. en radioterapeutisk klinik och ej till en radiofysikavdelning. Som vi i dag ser på prefixet "klinisk" innebär det endast att det rör sig om patientcentrerade förhållanden.

När det gäller den kliniska radiofysikens utveckling i Sverige så är givetvis Rolf M. Sievert den stora portalfiguren. Samtidigt bör poängteras att hans entré och fortsatta insatser inom området mycket var en effekt av Gösta Forssells framsynthet och stöd! Forssell insåg mycket tidigt betydelsen av medarbetare med vetenskaplig skolning inom fysiken. Vid ett sammanträffande på ett hotellrum i U.S.A. mellan Forssell och Sievert redan 1920 enades man om att Radiumhemmet behövde Sieverts tjänster. Betydelsen av detta beslut för den fortsatta gynnsamma utvecklingen av den kliniska radiofysiken i Sverige och Skandinavien är säkerligen svårt att överskatta!

Den kliniska radiofysiken var av naturliga skäl till en början helt knuten till verksamheterna vid de s.k. Jubileumsklinikerna. Bland dessa var Radiumhemmet den största och ledande. Kopplingen till fysiker skedde i Stockholm främst genom medarbetare vid den Radiofysiska Institutionen. Under 50-talet fick även Lund och Göteborg ämnesföreträdare i radiofysik med klar klinisk anknytning genom Kurt Lidén och Sven Benner. I Stockholm skedde de kliniska insatserna utöver genom Rolf Sievert och medarbetare genom de strålskyddsinspektörer vid Radiofysiska institutionen, som utöver uppgifter inom den lagstadgade tillsynen också - även om det ibland skedde efter div. kontroverser med Sievert (nog så kraftiga ibland) hade möjligheter att medverka i klinisk utveckling. Konflikter mellan forskning, utveckling och rutinarbete är inte någon ny företeelse!

Den snabba tekniska utvecklingen under 50- och 60-talen, som karakteriserade sjukvården, var särskilt starkt uttalad inom den medicinska radiologien. Givetvis kunde inte sjukvården utanför universiteten ställas vid sidan av denna utveckling. Poängteras bör här kanske att den större delen av svensk sjukvård bedrivs utanför universitetsklinikerna - och bör vara kvalitativt högtstående även den!

1956 framhöll Svenska radiologförbundet vid uppvaktning hos medicinalstyrelsen att det förelåg ett oundgängligt behov av att inrätta flera självständiga radioterapiavdelningar med begränsade arbetsuppgifter, ledda av fullt utbildade radioterapeuter. Malmö och Gävle var de första dylika avdelningar som inrättades - inte utan gny från centralanstalterna! Min gamle, gode vän och medarbetare framlidne överläkare Olle Hallberg fick exempelvis, när han accepterade en tjänst i Gävle av prof. Elis Berven vid Radiumhemmet benämningen "Radioterapiens dödgrävare nr 1"! Olle betraktade under alla sina år som landsortsterapeut detta som en hederstitel!

SKULLE VI KANSKE I DAG OCKSÅ IBLAND BEHÖVA ANVÄNDA ETT MER RAKT SPRÅKBRUK KOLLEGER EMELLAN UTAN ALLTFÖR STARKA KOLLEGIALA HÄMNINGAR?!?

Vid denna tidpunkt - i början av 50-talet - karakteriserat bl.a. av spännande, nya utvecklingstendenser och inre motsättningar inom varje specialistgrupp hade jag glädjen att göra mina första radiofysikaliska lärospån. Behov av en facklig (och vetenskaplig) sammanhållning bland fysikerna växte sig snart stark och bland akademikerna beslöts att bilda Sveriges HÄLSO- OCH SJUKHUSFYSIKERS FÖRBUND. Senare skedde en uppdelning i facklig och vetenskaplig gren genom bildandet av Svenska Radiofysikerförbundet resp. Svensk Förening för Radiofysik. Den fackliga grenen knöts snart till Sveriges Naturvetareförbund, som ju är anslutet till SACO/SR (numera enbart SACO!) Vår sektion inom SN är ju numera Svenska sjukhusfysikerförbundet.

Är det nödvändigt att orda så mycket om organisationsförhållande och fackliga relationer, tänker säkert många? Ja, jag tror faktiskt det!! Enda sättet att lyckas framhålla och hävda sina aldrig så sakligt korrekta ståndpunkter i ett genomorganiserat samhälle är att ha en stark facklig förankring med resurser och kunskaper att stödja sig mot.

Själv minns jag exempelvis vår första kontakt med SN's ombudsman, där vi hävdade att det skulle vara naturligt att placera självständiga sjukhusfysikertjänster på den s.k. cheflöneskalan analogt överläkarna! Något så revolutionerande hade han nog aldrig tänkt sig - men var dock villig att slåss härför sedan vi argumenterat och analyserat frågan!

Tittar man tillbaka i backspegeln så finner man bl.a. att det har varit en ständig kamp med mer eller mindre starkt uttalat revirtänkande bland

olika företrädare för diagnostisk radiologi, klinisk fysiologi och RADIOFYSIK (sic) m.fl.

Tänk om vi kunde ha en känsla som ex. Olle Hallberg uttryckte, när han fick kritik från kolleger att han inte hade ett eget isotoplaboratorium med: "Nej, det har jag inte, men sjukhuset har ett bra, som jag får använda!"

Bland de mest aktuella arbetsområdena för den kliniska radiofysiken är ju Radioterapi, Strålskydd, Nuklearmedicin och Röntgendiagnostik och bland dessa är det för min del radioterapi och nuklearmedicin som legat mig varmast om hjärtat, varför jag främst vill uppehålla mig vid dessa områden, som jag känner bäst.

A. Radioterapi.

Den tidsperiod, som jag har kunnat följa närmare, börjar vid seklets mitt och det betyder att strålbehandlingsmässigt fanns vid början av 50-talet endast konventionell röntgenbehandlingsapparat tillgänglig med inställningar från 100 kV upp till 200 kV samt närbestrålningsutrustning med inställningar mellan 10 kV och 60 kV. Vid Jubileumsklinikerna fanns dessutom teleradiumapparat samt givetvis ett stort antal radiumpreparat för intrakavitär behandling. Den radiofysiska medverkan i strålbehandlingsverksamheten var i stort sett inskränkt till inmätning av apparaturen och utfärdande av tidkort för standardfält. Behandlingspersonalen gjorde sedan beroende på fältstorlek, fältets utseende etc. beräkningar av aktuella bestrålningstider - vilka på centralanstalterna i regel kontrollerades genom direktmätningar med hjälp av kondensatorkammare (Bg-kammare).

När vid denna tidpunkt apparatur med högre energier började bli kommersiellt tillgängliga uppstod ett stort intresse för dessa: kobolt-60, cesium-137, betatroner och linjäracceleratorer. Här hemma blev det första intressanta steget de nya decacurie-apparaterna, som Lindell och Walstam utvecklade, där radiet i de gamla "kanonerna" ersatts med kobolt-60.

I början av 60-talet hade Rune Walstam och jag förmånen att få göra en större rundresa i Europa för att titta på dylika utrustningar. Linjäracceleratorernas framtida segertåg framstod väl klar för de flesta redan då. Av bl.a. ekonomiska skäl ansågs dock kobolt-apparaterna som de mest intressanta. I Sverige blev ju också dessa de första på planen; ex. den s.k. Gammatronen, som utvecklades i samarbete med Siemens för Radiumhemmets räkning. Men även andra fabrikat introducerades; i Örebro köpte vi ex. tidigt en italiensk utrustning av Barrazzetti's på licens av Picker tillverkade lilla och rel. billiga kilocurieapparat.

Under lång tid diskuterades också värdet med cesium-137-apparater men endast ett fåtal inköptes till Sverige. På något håll vid vårt studiebesök vid en privatklinik fick vi veta

att 662-keV-strålningen verkade specifikt på tumörceller och att en Picker-apparat var särskilt bra, då man ej behövde någon hjälp av fysiker!!

HUR MARKNADSFÖRS I DAG IBLAND VISSA APPARATER OCH
HUR OFTA ÄR VI FYSIKER MED VID VALET AV AKTUELL UT-
RUSTNING!

Låt mig så fästa uppmärksamheten på några del-
områden, där jag tror att vi med viss stolthet
kan se tillbaka. Hit hör kanske främst - av natur-
liga skäl - dosimetrien. Det arbete som utförts av
NACP's dosimetrigrupp har ju blivit epokgörande.
En viss stolthet kan jag inte låta bli att känna
över att det formaliserade nordiska sjukhusfysiker-
samarbetet startade genom ett initiativ, som jag
tog i Örebro 1962. I det nordiska samarbetet spelade
från början jämförelsemätningar och internkalibreringar
mellan de olika bestrålningscentra en stor roll.
Filmdosimetrien var i dessa frågor en högaktuell
teknik, som bl.a. utvecklades mycket i Umeå under
Gunnar Hettinger och medarbetare.

En av fördelarna med övergång till s.k. miljon-
voltterapi var ju att attenueringsskillnaderna mellan
olika vävnader reducerades. Behov av mätningar på
detta område kändes dock stark - inte minst för en
jämförelse till den äldre konventionella strål-
behandlingen. Tillverkning av anatomiska fantom
framstod därvid som angelägen. Tillsammans med
Olle Dahl - då vid Radiumhemmet - hade jag glädjen
att framställa ett antal dylika. Av särskild vikt
för strävande till precisionsbehandling ur fysi-
kalisk synpunkt sett, måste korrekta basdata vara.

Beträffande tätheten på lungvävnad, som även vid
övergång till högenergistrålning, innebar avvi-
kelser från mjukvävnad, saknades säkra värden i
litteratuern. I en bestämning 1954 fann vi att ett
korrekt värde borde vara kring 0.25 i stället för då
ofta angivna 0.5 eller litteraturvärden mellan 0.2
och 0.8 g/cc. Senare publicerade värden från CT-bestäm-
ningar visar god överensstämmelse med våra värden
samt dessutom ett åldersberoende, som vi givetvis
med våra experimentella metoder ej kunde fastlägga!

Har vi då verkligen åstadkommit något med alla
våra ansträngningar? Självklart är jag inte den
rätte personen för att svara på den frågan, men
låt mig illustrera med siffror från 1979
av KAPLAN vid Stanford University, där förbättringar
av 5-årsöverlevnaden vid en rad cancerformer ökat
från 20-30 % upp till 55-65 % vid övergång från
konventionell röntgenstrålning till miljonvoltdito.

Vad jag hittills sagtr betr. radioterapeu-
tiska frågeställningar har gällt den externa
strålbehandlingen, där givetvis det ökande
utnyttjandet av elektroner betytt stora både
möjligheter och utmaningar för oss fysiker.

Vad sedan gäller den intrakavitära bestrål-
ningen så har ju under den gångna tidsepoken
en "hård" strid utkämpats mellan konventionell,
accepterad radiumbehandling med kända kliniska
resultat och en oprövad efterladdningsteknik-
främst med s.k. högdosrat-apparatur. Här har

varit ett område, där intim samverkan mellan kliniker och radiofysiker varit en starkt utvecklande faktor. Från att ha fått omdömen, som att den senare tekniken enbart är en teknik, som motiveras av strålskyddshänsyn till en väl accepterad och lovordad sådan har vägen varit lång och stundtals ganska jobbig! Ur fysikalisk synpunkt sett återstår här alltså många problem - inte minst ur dosplanerings-synpunkt - samt med målsättning att kunna kombinera externt och intrakavitärt i en 3-D korrekt targetvolym.

Vidare utvecklingar utanför den gynekologiska sfären är här spännande, jungfruliga områden för vidgat samarbete kliniker/fysiker. Interstitiell terapi med hög-, medel- eller lågdosrat stimulerar ytterligare fantasien - med eller utan hypertermi!

B. Nuklearmedicin.

Den nuklearmedicinska verksamhetens frammarsch i Sverige har till mycket stor utsträckning skett i samverkan med fysiker, ja ofta direkt styrd av fysiker. Till sin karaktär har den ju varit en typisk interdisciplinär gren av medicinen.

Detta förhållande har av många "Nuklearmedicinare" starkt beklagats. Man har menat att förekomsten av en stark röntgendiagnostisk disciplin, kliniska fysiologer samt sjukhusfysiker hindrat en sund utveckling av nuklearmedicinen till en självständig specialitet här i Sverige. Samtidigt kan konstateras att utan den starka uppbackningen från oss på fysikersidan skulle med säkerhet utvecklingen gått mycket långsammare i Sverige - inte minst med tanke på det ofta mycket ljust för att inte säga negativa intresse som visats från företrädare för de andra specialiteterna; speciellt vid utbildningsanstalterna.

En stor stimulans till utvecklingen av nuklearmedicinen var de s.k. Studsviks-symposierna, som samlade en stor skara intressenter representerande vitt skilda specialiteter. I anslutning till dessa bildades också Svensk förening för nuklearmedicin, en förening, som jag haft förmånen att följa närmare bl.a. som styrelseledamot under många år. Stimulerande diskussioner i policy-frågor - inte minst med specialitens "grand old man" Bertil Nosslin räknar jag som angenäma upplevelser i mitt liv - trots olika uppfattning i många väsentliga frågor. I utredningen om Medicinsk service inför 90-talet, som Socialstyrelsen genomförde, fick jag tillsammans med Bertil och Ivar Ringqvist (klinisk fysiolog i Västerås) skriva oss samman bl.a. om organisation och klinikledning. Som med alla kompromisser blir ofta ingen helt nöjd. Själv minns jag ex. hur jag även av mina egna kolleger närmast blev avrättat vid ett möte i Bad Gastein.

De förslag till möjlighet också för en icke medicinare att fungera som administrativ chef för en nuklearmedicinsk avdelning visade sig ju senare ej

ens vara tänkbar i radiologernas utredning, som naturligtvis också var en partsinlaga. Problemet är ju i de yttersta av dessa dagar åter högaktuellt!

I utvecklingen inom nuklearmedicinen har apparatförutsättningar och radionuklidtillgång givetvis spelat en avgörande roll. Vid ett av Studsvikssymposierna minns jag hur Kurt Lidén på ett raffinerat sätt föreslog att Jod-131 borde svartlistas av strålningsmässiga skäl. Så har ännu ej blivit fallet! Efter att under många år ha försökt att introducera Jod-123 för thyreoidea-diagnostiken tvangs jag av ekonomiska skäl för några år sedan att starkt minska användningen av densamma!

Övergången till Technetium-99m representerade det stora KLIPPET för nuklearmedicinen. Under flera år var ex. instant technetium från Studsvik ett intressant alternativ.

Det utomordentligt värdefulla sammanställningsarbete betr. stråldoser vid dessa undersökningar, som Bertil Nosslin och Sören Mattson i internationellt samarbete - framställd på uppdrag av SSI - har varit mycket värdefullt. De lagstadgade "isotopkommiteerna" har här haft stor hjälp och även spelat en stor roll för nuklearmedicinens utveckling.

För den starka utvecklingen och nya inriktningen från enbart bildgivande information till i många gånger jämfört med andra metoder helt överlägsna dynamiska informationer bidrog utvecklingen inom datortekniken.

Ett par ord om samarbete med olika företag är på sin plats. Generellt gäller att en väldigt fin och öppen attityd finns i relationen mellan fysiker och firmor. Gemensamma utvecklingsprojekt finns och ett ömsesidigt givande och tagande gäller. I allmänhet är nog dock utvecklingen i mycket hög grad styrd av de stora jättarna; speciellt från U.S.A. I vissa fall har det t.o.m. varit svårt att få gehör för Europeiska synpunkter vid utformningen av utrustningar. Fina insatser har gjorts inom ex. SPECT-tekniken av Stig Larsson och Anders Israelsson. Själv hade jag glädjen medverka till den första dual-head utrustningen, som det sedan tog åtskilliga år innan den typen av apparatur blev mer allmänt kommersiellt tillgänglig. När vår sedan var föråldrad och skulle ersättas; blev det med en konventionell utrustning, som möjliggör tomografiska undersökningar i stället. Generella, allmängiltiga lösningar av apparaturanskaffning tror jag ej på. Varje avdelning har däremot vid varje aktuell tid en typ av utrustning, som är optimal JUST DÅ!!

En märklig utveckling inom nuklearmedicinen vill jag kommentera något - gäller framför allt i Sverige. PET-tekniken, där för övrigt svenska fysiker och tekniker gjort betydande insatser, har gått sin egen väg; företrädare för de två teknikerna känner knappt varandra och besöker inte varandras möten - känner knappt ej ens till varandras existen! Bägge teknikerna är ju i dag de ledande krafterna i nuklearmedicinen - då borde ett närmande vara naturligt.

En annan skillnad är att utvecklingen på den kon-

ventionella teknikens område vad gäller utvecklandet av nya tekniker och radiofarmaka synes vara kraftigt hämmad på grund av närmast byråkratiska föreskrifter; ett förhållande som inte tycks vara fallet inom PET-området.

C. Röntgendiagnostik.

Om med- och motgångar inom röntgendiagnostiken skall jag inte orda mycket. Alla känner ju väl till om-
dömet om att näst efter Röntgens upptäckt av strålarna är det mest revolutionerande som hänt verksamheten CT-teknikens införande. Medverkan vid utvärdering av tekniken, stråldosmätningar m.m. har givit kolleger många intressanta uppgifter och en öppen inträdesport till röntgendiagnostikavdelningarna.

Här är väl också på sin plats att slå ett slag för ett fördjupat samarbete med de medicintekniska avdelningarna. Som tur är är det i de flesta fall som att slå in öppna dörrar. Vissa motsatsförhållanden finns dock, som jag tror lätt kan lösas i ömsesidigt förtroendefulla samtal.

CT-tekniken har ju även i ett annat avseende revolutionerat den verksamhet, som vi är involverade i - nämligen datordosplaneringen. Likheter mellan våra planeringsronder för 30 år sedan och dem vi har i dag är ju svåra att hitta annat än på det principiella planet. Nästa steg blir här det 3 D-genomförda resonemanget.

Avslutningsvis något om de utbildningsmässiga förhållandena och de aktuella föreningar, som vuxit fram under aktuell period och kommit att utgöra värdefulla kontaktytor och inspirerande utbildningsmöjligheter. Några har dock - synes det mig - under senare år kraftigt förlorat i intresse. Deltagande i specialmöten tycks mer vara på modet än de nationella och främst nordiska möten, som samlar färre och färre deltagare. Själv tycker jag det är verkligt alarmerande; vi har dock så många gemensamma frågeställningar som också med stor utdelning kan ventileras på dessa möten. Personliga vänskapskontakter, som jag knutit vid dessa möten har betytt mycket för mig - också i utvecklingssynpunkt och rent vetenskapligt.

Vad så gäller vår rent professionella status måste vi nog konstatera att trots att vår generations inträde på den kliniska arenan betytt ett genombrott har vi ej lyckats att allmänt lyfta vår utbildningsstatus i paritet med våra proklamationer. Annonsering om kompetensvillkor för sjukhusfysikertjänster lika med fullgod teoretisk utbildning i radiofysik - i allmänhet motsvarande fil. dr-examen stämmer sällan överens med verkliga livet - i varje fall ej i landsorten - inte ens vid undervisnings- och regionsjukhusen.

På samma sätt är det svårt att rekrytera kolleger, som är villiga att helt ägna sig åt den - inte minst psykiskt - tunga verksamheten

i anslutning till radioterapin. Till det kan också läggas att många tycker att vi ej heller lyckats på förhandlingssidan uppnå vad som vore rimligt. På något sätt har vi hamnat mellan två stolar: höga utbildningskrav och underbetalning.

En mycket positiv utveckling, som skett under mina år i Örebro är tillkomsten av utbildning av radioterapi- och röntgenassister, som vi fick börja 1962 och som bl.a. Lars-Gunnar Larsson i Umeå en gång angivit som det bästa som hänt svensk radioterapi. Den överbryggande resurs, som så tillskapades mellan radioterapeuter och fysier har varit av största betydelse!

Sammanfattningsvis vill jag säga att vid tillbakablickande på den gångna tiden det känns skönt att ha fått leva ett liv, där jobbet närmast varit en hobbyverksamhet. Det känns fint att ha fått vara med om att - i någon mån - bidra till en utveckling, där strålarnas helande kraft - för att citera kungsorden vid entrén till J.K., Sahlgrenska sjukhuset fått skänka bot och lindring vid hem, som dessutom numera finns på många ställen i Sverige!!

P.S. Tycker Du att min historiebeskrivning är fel eller har Du andra synpunkter; hör av Dig!
Adress: Olaigatan 36, 703 61 ÖREBRO. Tel 019/103368.

EuroPACS 90 Hotel Reservation Form

Name

Surname

Accompanying persons

Please reserve: n. single room(s)

n. double/twin room(s)

possibly at hotel

arrival date

departure date

I send you together with my registration fee the deposit of lire 100.000 per room.

(The deposit will be deducted from the final hotel bill less Lire 10.000 for reservation fees).

date

Signature

HOTELS RATES

Hotel	Class	Single Room	Double/Twin Room
JUCHI D'AOSTA	First	Lire 185.000	Lire 210.000
JOLLY	First	Lire 155.000	Lire 210.000
MILANO	Second	Lire 70.000	Lire 100.000
RIVIERA	Second	Lire 70.000	Lire 100.000
SAN GIUSTO	Second	Lire 70.000	Lire 100.000

The above rates include overnight, continental breakfast, service and taxes.

REGISTRATION FEES:

All conference participants, including authors, committee members, and session chairs, are expected to pay a conference registration fee and their travel expenses. The registration fee includes: two lunches, refreshment breaks, and gala dinner.

Registration fees:

before 15 February, 1990: 100 ECU (Lire 150.000)

after 15 February, 1990: 120 ECU (Lire 180.000)

GENERAL INFORMATION

Conference Location:

The Conference is being held at:

AREA DI RICERCA - CONFERENCE HALL
PADRICIANO, 99 - TRIESTE, ITALY

Area di Ricerca is a scientific park located on the hills surrounding Trieste. Free bus connections between hotels and Area di Ricerca will be arranged for conference participants.

Organizing Secretariat:

STUDIO CONGRESSI
SISTIANA 59/Q - 34019 TRIESTE - ITALY
Tel. 040 - 291384 Telefax 040 - 291387

Connections:

Trieste airport: worldwide connections via Milan, Rome, Munich airports. Free bus connection to/from Trieste downtown.

Weather:

The weather in May is usually quite good with temperatures ranging from 14 to 22 C. However, sudden changes in the weather are possible and a raincoat can be useful.

Conference Language:

Official language of the conference will be English. No translation service will be provided.

Social Program:

A Gala Dinner (price included in the registration fee) will be organized in the quaint medieval atmosphere of Conti Formentini Castle. Tours in the most interesting Italian cities will be available at special reduced fares (please contact the Organizing Secretariat).

Announcement
and
Call for Papers

EuroPACS 90 8th International Meeting

May 3-4, 1990
Trieste, Italy

European organization for promotion
of information exchange on PACS research

ORGANIZED BY:

CEVAB - U.S.L. - Research Area of Trieste
University Radiology Department
D.E.I. - University of Trieste

An Invitation to Participate

You are invited to participate to EuroPACS 90. The Meeting will provide updated information on the state-of-the-art of PACS research activities.

Speakers from European countries and from other continents will present summaries of new developments in this field and of clinical and technical perspectives for the application of advanced technology in PACS systems.

The program will consist of both invited and submitted papers.

Possible topics for papers include:

- Status reports Europe - USA - Japan
- Human interface
- Data integrity and data protection
- PACS/RIS/HIS integration
- Digital image acquisition
- Digital image communication (networks, tele-radiology, ...)
- Image databases
- PACS evaluation projects
- Technology assessment
- Image workstations
- Costs/benefits analysis of PACS
- PACS modelling and simulation
- Standardization

PROGRAM COMMITTEE

A.A.R. Bakker - Leiden University, The Netherlands
P. Giribona - U.S.L., Hospitals of Trieste, Italy
J. Lena-Lamm - Lund University Hospital, Sweden
H.U. Lemke - Technische Universität of Berlin, FRG
M. Osteaux - University Hospital VUB, Brussels, Belgium
J.P.J. de Valk - IBM Netherlands, Zoetermeer, The Netherlands

Call for Papers

Abstract Due Date: February 15, 1990

Abstract Submission

Interested persons are encouraged to submit papers for oral presentation in scientific sessions.

By February 15, 1990, the Program Committee must have received 4 copies of a 200-300 word abstract, typed double-spaced on A4 (21x29.7 cm) white paper.

Please list on your abstract the exact order of authors, with the principal author first, followed by co-authors. Give complete affiliation, complete mailing address and phone/fax numbers of the first author.

Abstracts will be reviewed by the Program Committee. Authors will not be paid.

All accepted abstracts will be collected in one volume that will be available to the participants at the beginning of the meeting.

Mail Abstracts to:

EuroPACS 90 - Program Committee
CeVAB - USL
Ing. P. Giribona
Area di Ricerca - Padriciano, 99
34012 Trieste
ITALY
Tel. +39.40.226662
Fax. +39.40.226698

Notification of Acceptance

If your paper's abstract is accepted for presentation at the meeting, you will receive a notification by March 31, 1990, which will include complete information for your presentation.

EuroPACS 90 Registration Form

Mail to: Studio Congressi
Sistiana 59/Q
34019 Trieste - Italy

Name
Surname
Title
Affiliation
Address
N. tel. N. telefax
Registration fees:
before February 15, 1990: 100 ECU (Lire 150.000)
after February 15, 1990: 120 ECU (Lire 180.000)
I send you herewith enclosed cheque
bank remittance
for the amount of
including the hotel deposit (see reverse side)
date

Signature
Form of payment: the payment can be made
cheque/eurocheque or by bank remittance to
Studio Congressi - Trieste
Istituto Bancario Italiano
c/c n. 13102

EFOMP TRAVEL AWARD FOR YOUNG MEDICAL PHYSICISTS

Preamble

The European Federation of Medical Physics is anxious to promote the exchange of ideas between younger medical physicists working in different countries. Experience has shown that friendships established early in life frequently result in lasting and scientifically very profitable working and social relationships. It is hoped that many young medical physicists will wish to avail themselves of the opportunity to visit centres in other countries that this award provides.

1. Name - The award shall be called the EFOMP Travel Award and shall be awarded annually.
2. Purpose - To allow young medical physicists to gain experience of medical physics working arrangements in other countries and to meet other young medical physicists.
3. Eligibility - Applicants must be members of an EFOMP-affiliated organisation. They must be under 35 years on the date of application and must have been working as a medical physicist in either a hospital, university or research institute engaged in similar work for a period of at least two years.
4. Conditions - Each applicant must submit an itinerary detailing the departments he or she wishes to visit. The duration of the programme must be such as to include at least 10 working days (of which the first and last days may be counted) and should involve visits to departments in other countries that are members of EFOMP. A curriculum vitae and brief case in support of the visit, indicating how it will assist the applicant's professional development, should be submitted together with letters of approval from the Heads of each of the Departments to be visited. Applicants must indicate that they have made suitable arrangements to be away from their place of work for the duration of the visit e.g. letter from Head of Department, annual leave, etc.

Applicants are strongly advised to ensure that their applications are brief and to the point.

5. Financial arrangements - The value of the award is intended to cover realistic travelling expenses and modest living expenses for approximately 12-14 days. The number of awards and the precise amount will be determined from year to year. The cost of the proposed programme will be taken into account when deciding the value of the award. For 1990, the value of each award will be in the region of 5,000 French francs and it may be possible to make two awards.
6. Application forms - These will be available from 1 September each year and may be obtained from the EFOMP General Secretary.

cont ...

7. Closing Date - Completed applications should be sent to the Honorary Secretary of the respective National Organisation. They will then be forwarded to the EFOMP General Secretary and must be received by 31 December. The visit may take place any time during the following 15 months.
8. The Award Committee shall consist of
The President of EFOMP
The General Secretary of EFOMP
The Chairman of the EFOMP Scientific Committee
The Chairman of the EFOMP Professional Training and Education Committee
The Chairman of the EFOMP Publications Committee
9. The Successful Applicant or Applicants will be notified by the end of February and their name will be published in European Medical Physics News.
10. The Recipient will be required to provide a report suitable for publication in European Medical Physics News.

PPD
July 10, 1989

EFOMP General Secretary

General Office

2 Low Ousegate

York YO1 1QU-UK

tel (44 904) 610821