

Gäller för: Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Giltig från: 2026-02-19

Innehållsansvar: Charlotta Lundh, (chajo18), Sjukhusfysiker 1:e

Giltig till: 2028-02-19

Granskad av: Peter Gjertsson, (petgj1), Områdeschef

Godkänd av: Boubou Hallberg, (bouha1), Sjukhusdirektör

Radiologisk ledningsfunktion, uppdragsbeskrivning

Revideringar i denna version

Uppdaterad enligt gällande författningssamling Strålsäkerhet.

Syfte

Syftet med uppdragsbeskrivningen är att tydliggöra den radiologiska ledningsfunktionens uppdrag vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Bakgrund

Enligt SSMFS 2018:5, 3 kap 1§ ska radiologisk ledningsfunktion medverka i berättigandeprocessen.

SU:s radiologiska ledningsfunktion hanterar strålsäkerhetsfrågor kopplat **till patient** och är en stödjande funktion som syftar till att tillräcklig radiologisk kompetens finns i eller kopplad till verksamheten så att medicinska exponeringar kan utföras på ett säkert sätt. De personer som på SU-nivå utsetts till RaLF, dvs ingår i radiologisk ledningsfunktion, ska medverka i berättigandeprocessen i aktuell verksamhet. Det praktiska arbetet kan även genomföras av andra.

Radiologisk ledningsfunktion samordnas inom förvaltningen samt mot regionen av strålsäkerhetsstrategen och innefattar de personer som innehar rollen radiologisk ledningsfunktion, benämnda RaLF i detta dokument.

Kompetenskrav, reglerade i föreskrifter, för radiologisk ledningsfunktion:

- För röntgenanvändning inom radiologi¹: läkare med specialistkompetens inom området radiologi
- För röntgenanvändning utanför radiologi: läkare med specialistkompetens inom det aktuella området och som har genomgått särskild utbildning inom röntgenteknik och strålskydd alternativt specialistkompetens inom radiologi
- För bildtagning inom extern strålterapi eller brachyterapi: läkare med specialistkompetens i onkologi eller inom området radiologi.
- För verksamhet med nuklearmedicinsk diagnostik: läkare med specialistkompetens inom nuklearmedicin.
- För medicinsk strålbehandling (extern strålterapi, brachyterapi eller nuklearmedicinska behandlingar): läkare med specialistkompetens i onkologi.
- För verksamhet med buckyterapi: läkare med specialistkompetens i hud- och könssjukdomar och som har genomgått särskild utbildning inom strålningsbiologi och strålskydd.

Ansvar

Yttersta ansvaret för strålsäkerheten åligger tillståndshavaren och går därefter i linjen.

Verksamhetschef ansvarar för den egna verksamhetens strålningsrelaterade patientsäkerhet. Som del i detta ansvarar verksamhetschef för att radiologisk ledningsfunktion finns knuten till verksamheten.

Radiologisk ledningsfunktion utses av verksamhetschef i samråd med strålsäkerhetsstrateg.

Radiologisk ledningsfunktion ansvarar för arbetsuppgifter enligt uppdragsbeskrivning. Se sista sidan.

Uppföljning, utvärdering och revision

Uppföljning sker vid den årliga uppföljningen av strålsäkerheten. Strålsäkerhetssekretariatet ansvarar för revision av rutin.

¹ Gäller även då röntgendelen i en hybridutrustning (tex PET-CT) används för diagnostisk radiologi.

Relaterad information

Organisationen kring SU:s strålsäkerhet finns beskriven i SU-övergripande riktlinje Organisation ansvar funktioner och samverkan.

Dokumentation

Ett redovisande dokument ska upprättas där namn på aktuella RaLF:ar finns och där det framgår i vilken verksamhet den radiologiska ledningsfunktionen verkar.

Granskare/arbetsgrupp

Peter Gjertsson, processägare strålsäkerhet

Strålsäkerhetssekretariatet

Uppdragsbeskrivning

Punkterna nedan beskriver uppdraget för de personer som utsetts till RaLF. Begreppet medverka innebär här ett samarbete med strålningsfysikalisk ledningsfunktion (StråLF) och i tillämpliga fall strålsäkerhetsstrateg, strålskyddsexpertfunktion (StrEx), verksamhetsnära sjukhusfysiker samt andra tillämpliga yrkeskategorier.

RaLF ska:

- utarbeta och revidera rutin för berättigandebedömningar av undersökningar eller behandlingar inom verksamheten i den omfattning som behövs från strålskyddssynpunkt.
- medverka till att det vid införandet av nya eller utfasning av gamla metoder för medicinsk exponering finns styrande dokument så att införandet respektive utfasningen kan göras på ett strålsäkert sätt
- medverka till att aktuell rutin för optimering av metoder för undersökningar eller behandlingar finns inom verksamheten
- medverka till att det finns de styrande dokument som behövs ur strålsäkerhetssynpunkt vid nyförvärv eller införande av medicinteknisk produkt för medicinsk exponering².
- medverka till att personalen som arbetar med medicinsk exponering har den utbildning som behövs för att genomföra undersökningar eller behandlingar på för patienten stråloptimalt sätt. I detta ingår att identifiera och utforma kursplaner och styrande dokument.
- informera verksamhetschef samt vid behov strålsäkerhetsstrateg vid identifierad patientrisk i verksamhet med joniserande strålning.
- medverka vid utredning av strålningsrelaterade avvikelser gällande strålsäkerhet till patient, samt i tillämpliga fall uppföljning av dessa
- vid behov bistå verksamheterna med radiologisk kompetens gällande medicinska exponeringar
- medverka till att utvärdera verksamhetens undersökningar eller behandlingar ur ett patientstrålskyddsperspektiv

² Medicinsk exponering definieras enligt strålskyddslagen 1 kap 1, 4§.

I radiologisk ledningsfunktionens uppgifter ingår inte arbetsmiljöfrågor, dvs. strålsäkerhetsfrågor för personal.

Vid tillfällen då prioriteringar gjorda av radiologisk ledningsfunktion inte kan förenas med verksamhetens prioriteringar ska detta lyftas till strålsäkerhetsstrateg som hanterar frågan i samråd med berörda verksamhetschefer samt ledningens representant för strålsäkerhetsfrågor.

Uppdraget gäller från 20 __- __- __ till 20 __- __- __

Andel av en heltidstjänst som avsätts för uppdraget: _____ %

Datum: 20 __- __- __

Datum: 20 __- __- __

Uppdragstagare

Verksamhetschef

Namnförtydligande

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Innehållsansvar: Charlotta Lundh, (chajo18), Sjukhusfysiker 1:e

Granskad av: Peter Gjertsson, (petgj1), Områdeschef

Godkänd av: Boubou Hallberg, (bouha1), Sjukhusdirektör

Dokument-ID: SU9771-677637494-239

Version: 11.0

Giltig från: 2026-02-19

Giltig till: 2028-02-19