

# Klinikens genomgång av verksamhet med joniserande strålning (SÄS)

Rutinen säkerställer ett systematiskt arbete för uppföljning av strålsäkerheten vid varje verksamhetsområde.

Enligt gällande tillståndsvillkor för verksamhet med strålning upprättas årligen ett strålskyddsbokslut där strålsäkerheten på sjukhuset utvärderas. Baserat på detta bokslut ska åtgärder beslutas i syfte att förebygga eller åtgärda brister inom strålsäkerheten. Det är verksamhetschefens ansvar att åtgärder beslutas och genomförs.

## Förutsättningar

Strålskyddsbokslutet ska vara färdigställt senast den 1 mars varje år. För att säkerställa att identifierade brister kan åtgärdas i god tid inför nästa strålskyddsbokslut rekommenderas det att klinikens genomgång av verksamheten med strålning utförs under mars månad varje kalenderår.

## Genomförande

SÄS strålsäkerhetsstrateg följer årligen upp de regionalt beslutade målen gällande verksamhet med strålning samt upprättar ett bokslut enligt rutin (Upprättande av årlig strålskyddsbokslut) för

det gångna kalenderåret, som ska vara färdigställd den första mars efterkommande år.

Baserat på bokslutet där verksamhet med strålning utvärderas ska åtgärder för respektive klinik beslutas i samråd mellan radiologisk ledningsfunktion, verksamhetsansvarig sjukhusfysiker och verksamhetschef på kliniken. Det är verksamhetschefen som ansvarar för att åtgärderna utförs.

Strålsäkerhetssamordnaren eller verksamhetschefen kallar till Klinikens genomgång av verksamhet med joniserande strålning. Till möte ska berörda första linjens chefer, strålsäkerhetssamordnare, strålskyddsombud, verksamhetsansvarig sjukhusfysiker, radiologisk ledningsfunktion och verksamhetschef kallas. Mötet ska dokumenteras. (mall?)

## Uppföljning

Utvärderingen genomförs årligen i samband med strålskyddsbokslutet, och uppföljning av de beslutade åtgärderna enligt handlingsplanen sker minst vid nästa tillfälle då kliniken går igenom sin verksamhet med strålning.

## Dokumentinformation

### **Innehållsansvariga**

Markus Håkansson, strålsäkerhetsstrateg, SÄS

### **Remissinstanser**

Medicinsk beredningsgrupp

### **Fastställt av**

Henrik Hermansson, administrativ chef, SÄS

### **Nyckelord**

Strålsäkerhet, uppföljning, klinikens genomgång, strålskyddsbokslut, tillståndsvillkor

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Riktlinje

**Gäller för:** Södra Älvsborgs Sjukhus

**Innehållsansvar:** Markus Håkansson, (marha68),  
Verksamhetschef

**Godkänd av:** Henrik Hermansson, (henhe), Administrativ chef

**Dokument-ID:** SAS9631-514148307-180

**Version:** 6.0

**Giltig från:** 2026-01-07

**Giltig till:** 2028-01-07