

# Ledningens genomgång av verksamhet med joniserande strålning (SÄS)

## Förändringar sedan föregående version

Förtydligat att det handlar om joniserande strålning. Tagit bort det innehåll som redan täcks av rutin [Upprättande av underlag till årligt strålskyddsbokslut](#).

Ändrat från "rapport" till "strålskyddsbokslut".

## Sammanfattning

Dokumentet beskriver ledningens genomgång av verksamhet med joniserande strålning som är den årliga uppföljningen av SÄS del av det regionala strålskyddsbokslutet.

## Bakgrund och syfte

Enligt SSMFS 2018:5 skall ett årligt strålskyddsbokslut upprättas för medicinska exponeringar med joniserande strålning som utförs i tillståndspliktig medicinsk verksamhet:

13 § Varje år ska ett strålskyddsbokslut avseende medicinska exponeringar upprättas för verksamheten som ett led i den patientsäkerhetsberättelse som ska upprättas enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Av bokslutet ska det framgå

1. hur det systematiska strålskyddsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar,
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att upprätthålla och utveckla strålskyddet, och

3. vilka resultat som har uppnåtts i strålskyddsarbetet. Strålskyddsbokslutet ska hållas tillgängligt för den som önskar ta del av det.

I VGR sammanställs strålskyddsbokslutet av den regionala strålsäkerhetsstrategen baserad på de olika förvaltningarnas lokala strålskyddsbokslut.

## Förutsättningar

SÄS del av det regionala strålskyddsbokslutet skall upprättas enligt rutin [Upprättande av underlag till årligt strålskyddsbokslut](#).

## Styrande dokument

[Upprättande av underlag till årligt strålskyddsbokslut](#)

[Organisation och ansvar gällande verksamhet med strålning](#)

## Utförande

Sjukhusledningen kallar lokal strålsäkerhetsstrateg för genomgång av strålskyddsbokslutet efter att sjukhusdirektören har godkänt SÄS del av underlaget. Sjukhusdirektören ansvarar för att ledningens genomgång av verksamhet med joniserande strålning genomförs ([Organisation och ansvar gällande verksamhet med strålning](#)). Eventuella uppföljande beslut kan beredas av lokal strålsäkerhetsstrateg och berörda verksamhetsansvariga sjukhusfysiker.

Ansvaret för att beslutade åtgärder utförs följer linjeorganisationen och det yttersta ansvaret ligger på verksamhetschef.

## Uppföljning

Sker vid årlig presentation av regionens strålskyddsbokslut för regiondirektören av regional strålsäkerhetsstrateg.

## Redovisande dokument

Diariet förda protokoll från sjukhusledningsmöte där ledningens genomgång av verksamhet med joniserande strålning genomfördes.

Årlig strålskyddsbokslut.

## Relaterad information

Vårdgivarwebben- [Tillstånd för strålningsverksamhet](#)

## Dokumentinformation

### **Innehållsansvariga**

Emma Hedin, sjukhusfysiker, Bild- och medicinsk service gem, SÄS

Patrick Pettersson, sjukhusfysiker, Bild- och medicinsk service gem, SÄS

Markus Håkansson, verksamhetschef/strålsäkerhetsexpert, Bild- och funktionsmedicin och medicinsk service, SÄS

### **Remissinstans**

Medicinsk beredningsgrupp, SÄS

### **Fastställt av**

Henrik Hermansson, administrativ chef, SÄS

### **Nyckelord**

Strålsäkerhet, ledningssystem, uppföljning, ledningens genomgång, strålskyddsbokslut, tillståndsvillkor

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Riktlinje

**Gäller för:** Södra Älvsborgs Sjukhus

**Innehållsansvar:** Emma Hedin, (emmhe10), Sjukhusfysiker

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

**Dokument-ID:** SAS9631-514148307-35

**Version:** 6.0

**Giltig från:** 2025-10-23

**Giltig till:** 2027-10-23