

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

Hantering av radioaktivt avfall som uppkommer i verksamhet med öppna strålkällor

Riktlinjens syfte

Riktlinjen syftar till att SU tar hand om avfall som uppkommer från verksamhet med öppna strålkällor på strålsäkert sätt.

Grundläggande principer för hanteringen och behov av verksamhetsrutiner

Det finns principiella skillnader för hanteringen av utsläpp till luft, i avlopp eller avfall som skickas till förbränning.

Utsläpp till luft:

Om utsläpp till luft sker i verksamheten ska dokumentation ske i enlighet med gällande lagstiftning. Dokumentationskravet gäller för nuklider med en halveringstid på 10 timmar eller längre. Dokumentationen ska sparas till dess att verksamheten har avvecklats.

Utsläpp till avlopp:

Om det är aktuellt att spola ut flytande radioaktiva ämnen i avloppet ska det finnas en utsläppsplats för detta och denna ska vara märkt. Det ska vara känt hur mycket som spolats ut för att säkerställa att utsläppsmängden inte överskrider de föreskrivna mängderna. Det finns gränsvärden både på totala mängden aktivitet som får spolas ut per gång och per kalendermånad. Om det är aktuellt att rutinmässigt spola ut

radioaktiva ämnen ska detta dokumenteras så att det vid kalenderårets slut går att redovisa att utsläppsgränsen inte överskridits. I aktuella verksamheter ska dokumenterade rutiner upprättas så att utsläpp kan ske på ett strålsäkert sätt. Urin eller avföring från patienter räknas inte in dessa utsläpp.

Avfall till förbränning:

Det finns gränsvärden för hur mycket aktivitet som får skickas till förbränning, dels per förpackning, dels totalt per kalendermånad. Avfall som uppstår i verksamheten ska dokumenteras, även mängden avfall som skickas till förbränning. Dokumentationskravet gäller för nuklider med en halveringstid på 10 timmar eller längre. Dokumentationen ska sparas i 10 år.

Verksamheter som producerar avfall som kan sändas till förbränningsanläggning har ansvarar för den lokala hanteringen i verksamheten. Detta gäller t.ex. att lämpliga förvaringskärl används och att dessa kärl förvaras på ett säkert sätt. Dessa verksamheter ska ha dokumenterade rutiner för denna hantering.

Verksamhet som tar emot och skickar avfall till förbränning ska ha skriftliga rutiner så att aktivitetsmängden i kärl dokumenteras. Det ska finnas ett system som säkerställer att lagstadgade gränsvärden inte överskrids för kollin som sänds till förbränningsanläggningen. Gränsvärden finns både för en avfallsförpackning och för den totala aktivitetsmängden som får sändas per kalendermånad. I aktuella verksamheter ska dokumenterade rutiner upprättas i sådan omfattning så att hanteringen kan ske på ett strålsäkert sätt.

Allt avfall som uppkommer i verksamheter på Sahlgrenskas tomt ska lämnas in till Radiofarmakacentralen (Medicinsk teknik och fysik) och vid inlämnade ska lokala rutiner som gäller Radiofarmakacentralen följas.

Ansvar

Verksamhetschef för verksamhet som genererar avfall.

Omfattning

Denna riktlinje gäller alla verksamheter med strålning som ger upphov till avfall från hantering av öppna strålkällor.

Relaterad information

Bilaga 1 till Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter, SSMFS 2018:3, om undantag från strålskyddslagen och om friklassning.

Dokumentation

Interna rutiner i verksamhet kan hanteras i detta verksamhetsområdes dokumenthanteringssystem.

Redovisande dokument ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

Uppföljning, utvärdering och revision

Uppföljning sker vid den årliga uppföljningen.

Avsteg från riktlinjen rapporteras i MedControlPRO.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

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: SU9771-677637494-228

Version: 6.0

Giltig från: 2026-02-19

Giltig till: 2028-02-19