

Gäller för: Verksamhet Radiologi

Giltig från: 2024-07-12

Innehållsansvar: Veronica Blomgren, (verjo3), Vårdenhetschef

Giltig till: 2026-07-10

Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad

Godkänd av: John Brandberg, (johbr4), Verksamhetschef

Rapportering av statistiska uppgifter, diagnostiska standardnivåer och årlig egenkontroll för strålsäkerhet VO Radiologi

Innehåll

Syfte.....	2
Bakgrund	2
Statistiska uppgifter SSMFS 2018:5 (Kap7,§ 9).....	2
Följande skall ingå i rapporten	3
Utsökningsvillkor för filter.....	3
Agfa BI Radiologi	3
SECTRA IDS7 Mammografi	4
Diagnostiska standardnivåer (DSN) SSMFS 2018:5 (Kap 6, §1, bilaga 1)	4
Följande koder är kopplade till DSN.....	5
Konventionell	5
Datortomografi	6
Egenkontroll av strålsäkerhetsarbete - årligen	6
Ansvar	6
Uppföljning, utvärdering och revision	6
Relaterad information.....	6

Syfte

Rutinen syftar till:

- att beskriva hur diagnostiska standardnivåer (DSN) ska bestämmas, följas upp och utvärderas i rätt omfattning för patienter i olika åldrar i enlighet med rapporteringskraven från Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM).
- att definiera arbetsfördelningen inom VO Radiologi och Medicinsk Fysik och Teknik (MFT).

Bakgrund

Den radiologiska verksamheten ska säkerställa att önskad diagnostisk information erhålls med så låg stråldos som det är möjligt och rimligt.

Rutinen beskriver hur Radiologin arbetar framtagande av de diagnostiska standardnivåer (DSN)¹ och statistiska uppgifter enligt Strålsäkerhetsmyndighetens SSMFS 2018:5. De framtagna DSN ligger till grund för optimeringsarbete som sker i modalitetsgrupperna.

I det arbetet ska Strålsäkerhetsmyndighetens (SSM) framtagna diagnostiska referensnivåer (DRN)² beaktas.

Modalitetsgrupperna för Datortomografi (DT) och konventionell radiologi (konv) ansvarar för följsamheten av föreskriften (FS) och att DSN bestäms för de undersökningar som beskrivs i SSMFS 2018:5

Statistiska uppgifter SSMFS 2018:5 (Kap7,§ 9)

De undersökningar och ingrepp som utförs i röntgenverksamheten ska för varje kalenderår sammanställas avseende frekvens och medelvärde av stråldosen. Senast februari varje år initierar Strålsäkerhets ordförande insamling av statistiska uppgifter enligt SSMFS författning genom att informera modalitetsansvarig läkare, modalitetsansvarig sjuksköterska (ssk) och MFT:s systemadministratör. Datainsamling sker med hjälp av MFT:s systemadministratör

- Via Agfa BI MTF/MTMIS, Statistik databas – Radiologi Sahlgrenska universitetssjukhuset -SU.
- Rapporteras till SSM senast den **30 april** för föregående år

¹ Diagnostisk standardnivå (DSN) är ett dosvärde för en grupp exponerade personer/patienter för en viss typ av undersökning

² Diagnostisk referensnivå (DRN) är en av SSM fastställd dosnivå för en viss typ av undersökning

Följande skall ingå i rapporten

1. Utförande enhet
2. Rumsnummer
3. Modalitet namn
4. Undersökningsnummer
5. Ålder
6. Kön
7. Undersökningsgrupp kod
8. Undersökningsgrupp namn
9. Undersökningskod
10. Namn på undersökningen
11. Namn på standarddos
12. Enhet för administrerad dos
13. Administrerad dos
14. Bildtagningsdatum
15. Antal remitterande undersökningar

Utsökningsvillkor för filter

Agfa BI Radiologi

(utförs av systemadministratör)

Undersökningskoder är lika med/finns i (320000,320000U,320011,320608,
323000,323000U,323000V,460000,460000V,623000,623000V,623142,
626000,626000U,626000V,639000D,639000RD,639000RS,639000S,639000UD,
639000US,639000VD,639000VS,640000,640000V,629000,629139,810000,81000
0N,
810000R,810000V,810706,820000,830800,830800N,832000,840800,840800N,840
801,
840801N,840806,840900,852706,852900,899900,899800,899000,810826,810900,
840802,840897,840901)

Och remitterande avdelning är inte lika med/finns i (REM, REM2). ”REM =
TESTAVDELNING”

Och utlåtandestatus kod är lika med
(PRELIMINARY, VALIDATED, PARTIALLY VALIDATED)

Och utförande enhet/hus: RADIOLOGI.OSTRA, RAD.SAHLGRENSKA,
RADIOLOGI.MOLNDAL. RADIOLOGI.BARNOch slutförande
datum/bildtagningsdatum är mellan dagensdatum och dagensdatum minus ett år.

MFT:s Systemadministratör skickar underlag till modalitetsgrupperna och respektive modalitetsansvariga sjukhusfysiker

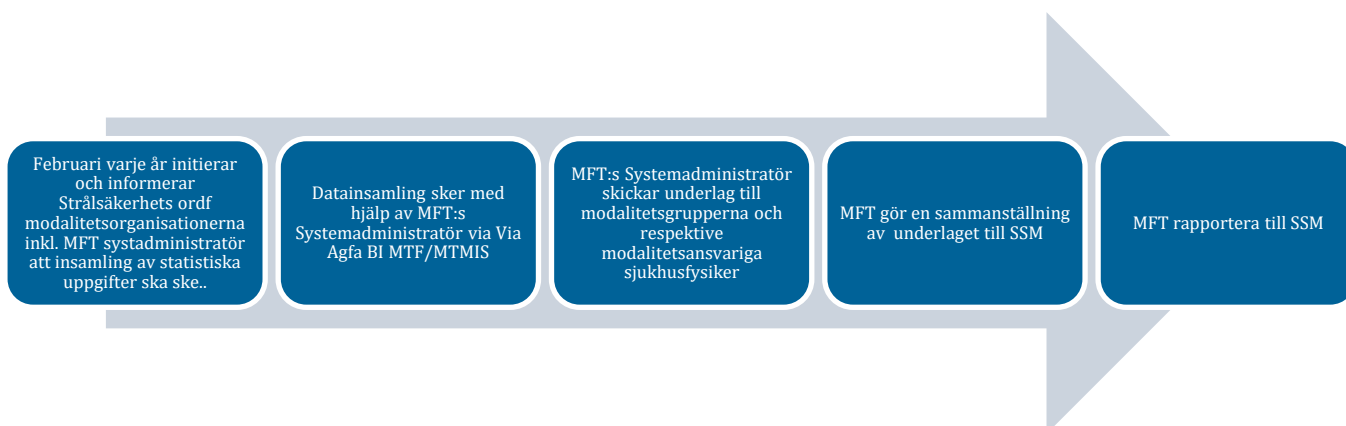
SECTRA IDS7 Mammografi

Mammografi rapporteras separat av sjukhusfysiker som är kopplad till mammografin.

MFT gör en sammanställning enligt punkter nedan

- Antal genomförda röntgenundersökningar eller interventionella radiologiska procedurer
- Medelvärde i DAP, DLP eller AGF för genomförda röntgenundersökningar eller interventionella procedurer avseende
- Kön (utan mammografi)
- Ålderskategori

MFT rapporterar till SSM



Diagnostiska standardnivåer (DSN) SSMFS 2018:5

(Kap 6, §1, bilaga 1)

- Samlas in minst vart 3:e år
- För de utrustningar där aktuell undersökning enligt föreskriften utförs vid mer än 100 tillfällen per år.
- För varje utrustning och metod skall det ingå 20 patienter
- Patienterna ska väga mellan 60 - 90 kg
- Insamlingen sker med hjälp av det regionala dosregistreringssystemet

- Modalitetsansvarig ssk kontaktar modalitetsansvarig sjukhusfysiker för datasammanställning av DSN enligt SSMs föreskrift.
 - Insamling minst var 3:e år eller enligt föreskrift.
 - Ny utrustning, se ovan
 - Ny metod, se ovan
- Ansvarig sjukhusfysiker registrerar och rapporterar insamlad DSN-data i DosReg enligt SSM:s instruktioner
- Sjukhusfysikern återrapporterar DSN till respektive modalitetsgrupp
- Sjukhusfysikern bistår i uppföljning, utvärdering och åtgärder av DSN i samarbete med modalitetsgruppen
- Inrapporterad DSN ska jämföras mot angiven övre diagnostisk referensnivå (DRN). Orsak till DSN som överskrider DRN ska utredning ske i respektive modalitetsgrupp. En handlingsplan ska upprättas.
- Modalitetsansvarig ssk sammanställer för verksamheten de revideringar eller åtgärder som är utförda i protokoll/inställningar.
- Sammanställningen sparas i SharePoint – Optimeringsgrupper – Strålsäkerhet.



Följande koder är kopplade till DSN

(SSMFS 2018:5 och framtagna oktober 2021).

Konventionell

320000,320000U,320011,320608,323000,323000U,323000V,
460000,460000V,
623000,623000V,623142,626000,626000U,626000V, 629000,629139
639000D,639000RD,639000RS,639000S,639000UD,639000US,639000VD,639000VS,
640000,640000V,

Datortomografi

810000,810000N,810000R,810000V,810706, 810826,810900
820000,
830800,830800N,832000,
840800,840800N,840801,840801N,840806,840900, 840802,840897,840901
852706,852900,

Egenkontroll av strålsäkerhetsarbete - årligen

DSN ska årligen följas upp i samband med ledningens genomgång för strålsäkerhet. Resultaten måste vara tillgänglig för strålsäkerhetsombud och Verksamhetschef.

Ansvar

Första linjens chef ansvarar för att rutinen sprids och gör den känd inom verksamheten. Berörda medarbetare ansvarar för att efterleva rutinen och rapporterar förekommande avvikelser i MedControl Pro (MCP).

Uppföljning, utvärdering och revision

Innehållsansvariga säkerställer att revidering görs minst vartannat år. Rutinen arkiveras i Barium och ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkiveringar av allmänna handlingar.

Relaterad information

[Strålsäkerhet SU](#)

[Bestämning av diagnostiska standardnivåer](#)

[Strålsäkerhetsmyndighetens SSMFS 2018:5](#)

[Införande av ny radiologisk metod samt utveckling- optimering av befintlig metod.](#)

[Införande av ny utrustning inom Bild- och funktionsmedicin \(BFM\)](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Radiologi

Innehållsansvar: Veronica Blomgren, (verjo3), Vårdenhetschef

Granskad av: Johan Jaldestad, (johja31), Vårdenhetschef, Veronica Blomgren, (verjo3), Vårdenhetschef, Charlotta Lundh, (chajo18), Sjukhusfysiker 1:e

Godkänd av: John Brandberg, (johbr4), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9802-1816834204-61

Version: 9.0

Giltig från: 2024-07-12

Giltig till: 2026-07-10