

Gäller för: Diagnostik och service

Innehållsansvar: Afrah Mamour, (afrma1), Sjukhusfysiker

Granskad av: Afrah Mamour, (afrma1), Sjukhusfysiker

Godkänd av: Hanne Wallström, (hansv11), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-06-16

Giltig till: 2027-06-16

Upprättande av årligt strålskyddsbokslut Sjukhusen i Väster

Sammanfattning

Dokumentet beskriver förfarandet vid upprättande av den skriftliga redogörelse som årligen ska upprättas enligt gällande tillståndsvillkor på Sjukhusen i Väster.

Förutsättningar

Enligt gällande tillståndsvillkor för verksamhet med strålning i Västra Götalandsregionen (VGR) ska tillståndshavaren årligen upprätta en skriftlig redogörelse för verksamhet med joniserande strålning. Bokslutet bygger på regionalt beslutade mål och som minst uppfyller tillståndsvillkoren.

Arbetsbeskrivning

Strålsäkerhetsstrategen på Sjukhusen i Väster ansvarar för att bokslutet finns upprättat till första mars varje år. Bokslutet godkänns av sjukhusdirektören.

Strålsäkerhetsstrategen ansvarar för att samtliga verksamheter annonseras i god tid innan de ska rapportera in uppgifter, som ligger till grund för uppföljning av beslutade mål och som redovisas i det årliga bokslutet. Strålsäkerhetsstrategens kontaktperson vid respektive verksamhet är strålsäkerhetssamordnare på kliniken.

Utfallet presenteras före första mars för sjukhusledningen. Senast den första mars färdigställs bokslutet och skickas till den regionala strålsäkerhetsstrategen som sammanställer ett regionalt bokslut, baserad på rapporterna från förvaltningarna inom VGR.

Lokal strålsäkerhetsstrateg, strålsäkerhetssamordnare och aktuella verksamhetschefer går igenom resultaten när bokslutet är klar och utifrån dessa upprättas i samråd en handlingsplan för kommande år. Ansvar för att beslutade åtgärder utförs följer linjeorganisationen och det yttersta ansvaret ligger på verksamhetschef.

Bokslutet ska sparas i fem år och på uppmaning skickas till Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM).

Ansvar

För innehållet svarar

Markus Håkansson Strålsäkerhetsstrateg.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Diagnostik och service

Innehållsansvar: Afrah Mamour, (afrma1), Sjukhusfysiker

Granskad av: Afrah Mamour, (afrma1), Sjukhusfysiker

Godkänd av: Hanne Wallström, (hansv11), Verksamhetschef

Dokument-ID: SV9045-1469236134-121

Version: 2.0

Giltig från: 2025-06-16

Giltig till: 2027-06-16