

Kontroll av röntgenutrustning

Sammanfattning

Dokumentet beskriver kontroll med avseende på funktion, bildkvalitet och stråldos för röntgenutrustning på Sjukhusen i väster.

Bakgrund

För att säkerställa att stråldoser är så låga som rimligt möjligt till rätt bildkvalité samt att stråldoser och bildkvalité inte har förändrats med tiden eller efter service och underhåll ska kontroll av dessa parametrar utföras vid leverans, periodiskt och efter underhåll och service.

Förutsättningar

Enligt SSMFS 2018:5 ska parametrar som påverkar funktion och strålskydd kontrolleras för all medicinsk röntgenutrustning vid leverans samt därefter med ett tidsintervall som säkerställer att utrustningen fungerar som avsett. Kontroller ska utföras efter ingrepp som kan ha påverkat utrustningens egenskaper innan den tas i kliniskt bruk. Det ska finnas en utsedd funktion som beslutar om utrustningen får användas kliniskt efter en serviceåtgärd. Det ska finnas upprättade acceptanskriterier för kontroll på röntgenutrustning.

Arbetsbeskrivning

Leverans- och periodiska kontroller samt kontroll efter service utförs av sjukhusfysiker.

Leveranskontroll av ny utrustning ska utföras före den första kliniska användningen. Alla parametrar som kan påverka strålskydd eller funktion ska kontrolleras. Utgångsvärden avsedda att användas som jämförelseunderlag för kommande kontroller ska tas fram i anslutning till leveranskontrollen.

Med ett bestämt tidsintervall skall en kontroll av funktion och strålskydd utföras, som skall jämföras med förgående kontroller och med leveranskontroll. Resultaten ska ligga inom acceptabla gränser som finns upprättade för genomlysning- konventionell- samt datortomografiutrustning.

Efter varje underhållsarbete som kan påverka funktion eller strålskydd ska kontroll utföras av sjukhusfysiker, samt dokumenteras för att säkerställa att inget har förändrats.

Röntgeningenjör ansvarar för att i god tid informera sjukhusfysiker om leverans och underhåll av röntgenutrustning så att kontroller kan planeras.

Ett tekniskt mätprotokoll ska upprättas och undertecknas av sjukhusfysiker. Eventuella fel ska åtgärdas. För fel som inte innebär en omedelbar strålsäkerhetsrisk ska en åtgärdsplan upprättas.

I fall inga akuta fel upptäcks vid kontroll, så länkas ett dokument med en sammanfattning av kontrollen i Medusa. Vid fel eller brist kontaktas ansvarig röntgeningenjör som åtgärdar eller alternativt kontaktar tillverkaren som åtgärdar vid service.

Om ett fel som medför risk för felaktig exponering av patienter upptäcks, ska utrustningen omedelbart tas ur bruk.

Uppföljning

Vid årlig utvärdering av verksamhet av strålning.

Referensförteckning

SSMFS 2018:5, Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter och allmänna råd om medicinska exponeringar.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Diagnostik och service

Innehållsansvar: Afrah Mamour, (afrma1), Sjukhusfysiker

Godkänd av: Hanne Wallström, (hansv11), Verksamhetschef

Dokument-ID: SV9045-1469236134-129

Version: 2.0

Giltig från: 2025-06-02

Giltig till: 2027-06-02