



Strål
säkerhets
myndigheten

Swedish Radiation Safety Authority

Författare: Carl Bladh

2017:24

Action Week – Granskning av
berättigandeprocessen

Sammanfattning

I november 2016 genomförde Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM) tillsammans med 17 andra europeiska länder en granskning av berättigandeprocessen inom röntgendiagnostik. Granskningen gick under namnet "Action Week" och involverade 15 radiologiska kliniker i Sverige och totalt 142 kliniker i Europa. Syftet med granskningen var att öka medvetenheten kring berättigandefrågor inom radiologin. Målet var att kartlägga och utvärdera hur olika delar i berättigandeprocessen utförs och identifiera eventuella förbättringsområden samt sprida resultatet inom Sverige och mellan EU:s medlemsstater.

Den svenska granskningen visar att i stort sätt alla röntgenkliniker har skriftliga rutiner för bedömning av berättigande. Däremot är remittenternas ansvar för berättigandebedömning tydligt beskrivet. Radiologer prioriterar och berättigandebedömer alla remisser till mer avancerade undersökningar. Vidare framkommer att innehållet och kvalitén på remisser till röntgen generellt är hög. Däremot saknas ofta direkta kontaktvägar mellan den radiolog som prioriterar undersökningen och primärvårdens remittenter, vilket i många fall försvårar komplettering av remissinnehållet. Det är i många fall också oklart om röntgenklinikerna har mandat att ändra eller styra om begärda undersökningar till andra undersökningstyper eller modaliteter. I kombination med stort remissflöde kan det bidra till att icke berättigade och suboptimala undersökningar ändå utförs. Det framkom också att beslutstöd för remittenter delvis finns i form av de standardiserade vårdförloppen men vanligtvis inte för övriga frågeställningar. Granskningen visar också att få remittenter och radiologiska kliniker har tillgång till uppgifter gällande vilka stråldoser olika undersökningar är förknippade med.

Projekt information

Kontaktperson SSM: Carl Bladh

Referens: SSM2016-4250



Strål
säkerhets
myndigheten

Swedish Radiation Safety Authority

Författare: Carl Bladh

2017:24

Action Week – Granskning av
berättigandeprocessen

Datum: Augusti 2017

Rapportnummer: 2017:24 ISSN: 2000-0456

Tillgänglig på www.stralsakerhetsmyndigheten.se

Innehåll

1. Inledning	2
1.1. Syfte och mål	2
1.2. Metod inklusive avgränsningar	2
2. Observationer	4
2.1. Rutiner för berättigandebedömning	4
2.2. Fördelning av ansvar och uppgifter	5
2.3. Bedömning av remisser	6
2.4. Remisskriterier	7
2.5. Klinisk revision	8
2.6. Remisskvalité.....	9
2.7. Dokumentation över utförd berättigandebedömning	10
2.8. Utbildning inom berättigande.....	11
3. Slutsatser	12
4. Referenser	13

1. Inledning

En av de grundläggande principerna gällande strålskydd inom röntgendiagnostik är att de undersökningar som utförs är berättigade. Det har sedan länge varit känt att den viktigaste faktorn för att minska stråldoserna från röntgenundersökningar är att undvika onödiga och oberättigade undersökningar. Flera nationella och internationella [1,2,3] studier har dock på senare tid visat att andelen oberättigade röntgenundersökningar är hög. Att undersökningarna inte är berättigade kan dels innebära att undersökningarna inte medför någon nytta i den fortsatta utredningen av patienternas sjukdomstillstånd. Dels att de undersökningarna som utförs inte är de mest lämpliga eller att det hade varit mer lämpligt att utföra undersökningen med en teknik som inte använder joniserande strålning. En röntgenundersökning som inte är berättigad bidrar med ett onödigt dosbidrag.

Cheferna för de europeiska strålskyddsmyndigheterna (HERCA) anser att strålskyddsmyndigheterna har en viktig roll för att främja och säkerställa att principen om berättigande tillämpas vid de sjukhus och vårdinrättningar som utför medicinska exponeringar. Den 12 juni 2014 publicerade HERCA ett ställningstagande "Justification of Individual Medical Exposures for Diagnosis: A HERCA Position Paper" vilket avser att förmedla tillsynsmyndigheternas syn på roller och ansvar inom berättigandeprocessen. Vid en inspektionsworkshop, arrangerad av HERCA, i Bryssel 2015 väcktes idén om att gemensamt belysa berättigandeprocessen genom en så kallad "Action Week".

1.1. Syfte och mål

Syftet med granskningen är att öka medvetenheten kring berättigandefrågor inom radiologin. Målet är att kartlägga och utvärdera hur olika delar i berättigandeprocessen utförs och identifiera eventuella förbättringsområden samt sprida resultatet inom Sverige och mellan EU:s medlemsstater.

1.2. Metod inklusive avgränsningar

Granskningen har genomförts utifrån en gemensam europeisk granskningsmall (dokument 16-3054) [4, 5]. Mallen är framtagen av arbetsgruppen för medicinska tillämpningar inom HERCA. I samband med granskningen har rutiner gällande remisshantering och berättigandebedömning kontrollerats och intervjuer har hållits med radiologer med ansvar för berättigandebedömning (radiologisk ledningsfunktion) och röntgensjuksköterskor som utför röntgenundersökningarna. I vissa fall har intervjuer även hållits med verksamhetschef, sjukhusfysiker och kvalitetsansvarig. Granskningen har förutom intervjuer också innefattat bedömning av remissinnehåll och kvalitén på remisser till datortomografi och konventionell röntgen. I samband med granskningen har också statistiska uppgifter gällande remisser och prioritering av remisser granskats.

Den svenska granskningen har avgränsats till att omfatta 15 radiologiska kliniker, spridda på olika geografiska platser, varav 3 drevs i privat regi och 12 i offentlig. Av de 15 kliniker tillhör 4 stycken universitetssjukhus, 5 länssjukhus och 6 lokala mindre sjukhus eller praktiker. De radiologiska kliniker som granskades hör till följande sjukhus/praktiker:

- Länssjukhuset Sundsvall
- Gävle sjukhus

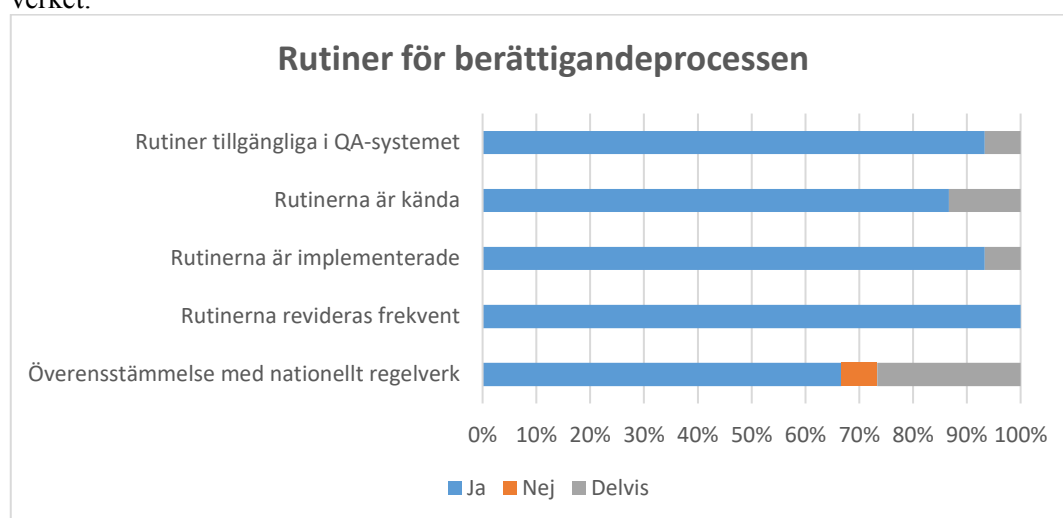
- Norrtälje sjukhus TioHundra
- Capio S:t Görans Sjukhus
- Aleris Diagnostik, Täby
- Astrid Lindgrens barnsjukhus
- Praktikertjänst Röntgen, Hötorget
- Akademiska sjukhuset
- Södertälje sjukhus
- Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus
- Länsjukhuset Ryhov
- Centrallasarettet Växjö
- Hallands sjukhus Halmstad
- Helsingborgs lasarett
- Universitetssjukhuset Skåne, Malmö

I den europeiska granskningen har totalt 142 kliniker granskats fördelade på 17 länder. I denna rapport redovisas dock enbart observationer från den svenska granskningen. (Den gemensamma europeiska rapporten kommer att publiceras på HERCA:s hemsida. www.herca.org).

2. Observationer

2.1. Rutiner för berättigandebedömning

Inför granskningen begärdes klinikernas rutiner gällande remisshantering och berättigandebedömning in på förhand. Granskningen visar att alla besökta röntgenkliniker har rutiner för berättigandebedömning i sitt kvalitetssystem och att rutinerna uppdateras frekvent, se Figur 1. För en av röntgenklinikerna bedömer SSM att rutinerna är så pass bristfälliga att de enbart delvis kan anses vara tillgängliga i kvalitetssystemet och att de inte utgör ett tillräckligt stöd för berättigandeprocessen och därmed inte överensstämmer med det nationella regelverket. I övrigt bedömer SSM att 10 av 15 röntgenkliniker har rutiner för berättigandeprocessen som överensstämmer med det nationella regelverket medan fyra röntgenkliniker endast delvis kan anses ha rutiner som överensstämmer med regelverket.



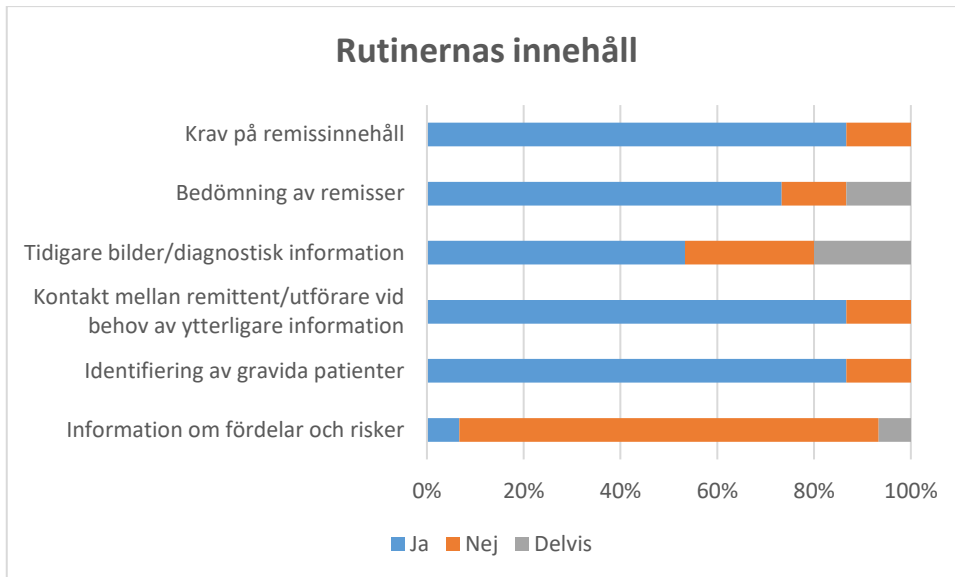
Figur 1. Rutiner för berättigandebedömning

SSM har också granskat rutinernas innehåll enligt vad som beskrivs i Figur 2. Resultatet av granskningen har vägts in i bedömningen gällande överensstämmelse med det nationella regelverket ovan.

Granskningen visar att alla utom två röntgenkliniker har formaliserade krav på vad remisserna ska innehålla. Fyra av röntgenklinikerna har inte tillräckligt stöd i rutinerna för hur remisser ska bedömas avseende berättigande. Cirka hälften av rutinerna brister vad det gäller beskrivning av hur tidigare bilder eller diagnostisk information värderas i samband med att remisser prioriteras och berättigandebedöms. För alla utom två röntgenkliniker finns det beskrivet att kontakt ska tas mellan utförare och remittent om remissen inte är fullständig eller om oklarheter föreligger. Dock uppger flera röntgenkliniker att det i praktiken kan vara mycket svårt och tidsödande för radiologerna att nå remittenter i primärvården för kompletterande uppgifter eftersom direktnummer till remittenten ofta saknas.

För två röntgenkliniker saknas det information i rutinerna gällande identifiering av gravida patienter. I stort sätt samtliga röntgenkliniker saknar rutiner för att upplysa patienterna om fördelar och risker med den aktuella undersökningen. En förklaring till detta är att röntgenklinikerna anser att detta ansvar ligger hos remittenterna och inte hos utföraren.

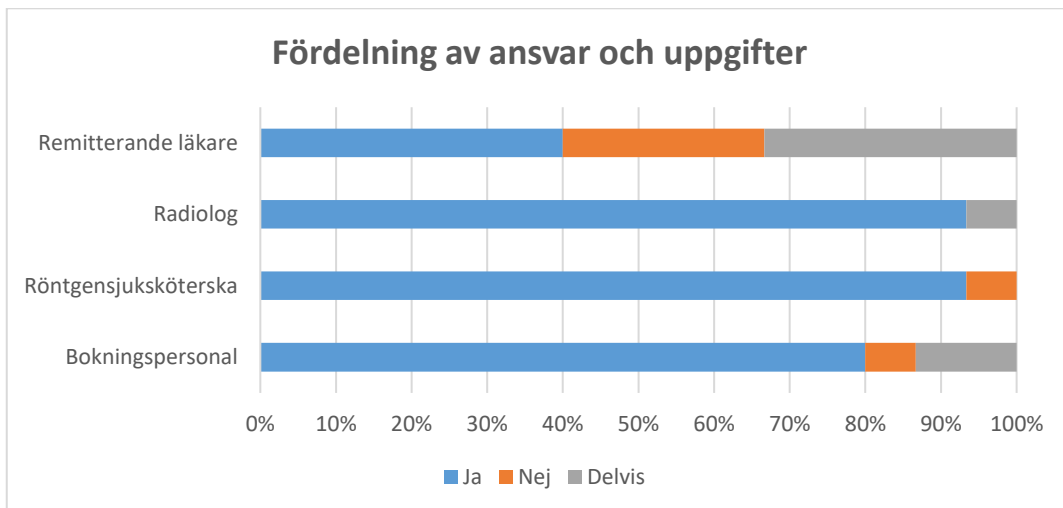
Däremot uppgavs vid granskningen att patienterna får information om undersökningarnas fördelar och risker vid förfrågan.



Figur 2. Rutinernas innehåll

2.2. Fördelning av ansvar och uppgifter

Vid granskningen undersöktes hur ansvar och uppgifter är fördelade mellan vårdpersonal som är involverade i berättigandeprocessen, se Figur 3.



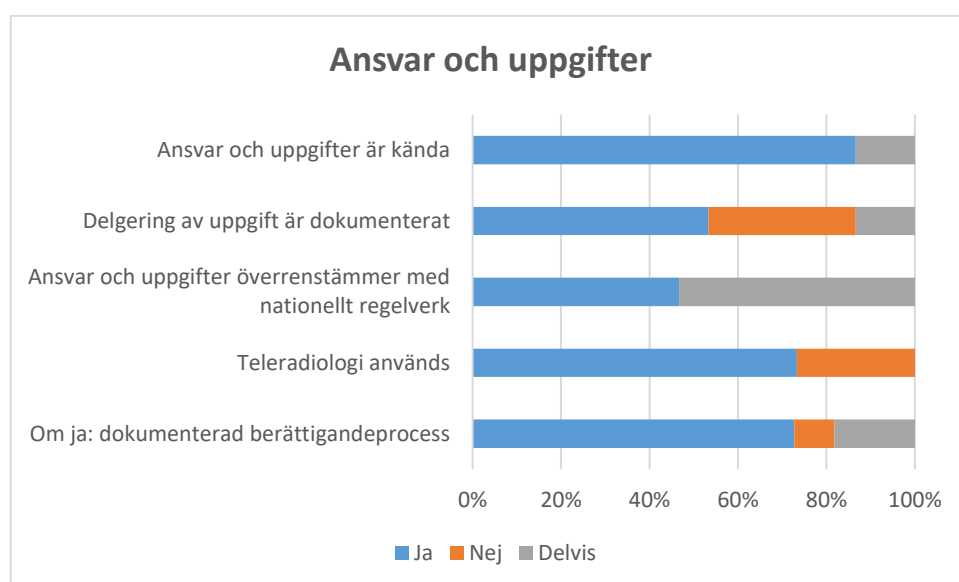
Figur 3. Fördelning av ansvar och uppgifter

Det visade sig att det tydligt framgick hur ansvar och uppgifter var fördelat för radiologer, röntgensjuksköterskor och bokningspersonal vid samtliga röntgenkliniker. Däremot var det, för 9 av 15 röntgenkliniker, otydligt vilket ansvar och vilka uppgifter som åligger den remitterande läkaren.

I princip var fördelningen av ansvar och uppgifter känt av personalen på de granskade röntgenklinikerna, se Figur 4. Granskningen visar att delegering av uppgiften att priori-

tera och berättigandebedöma remisser från radiolog till röntgensjuksköterska är bristfälligt vid 7 av 15 röntgenkliniker. Granskningen visar att det är vanligt att röntgensjuksköterskor bedömer remisser till konventionella skelett- och lungundersökningar. I flera fall anses det vara tillräckligt att detta förfarande framgår av de övergripande rutinerna för berättigandebedömning i kombination med att det finns en tydlig metodbok som innehåller kliniska frågeställningar för när undersökningen ska utföras. Det är däremot ovanligt att andra typer av remisser granskas av annan personal än radiologer. I förekommande fall finns personliga delegationer. Det nuvarande nationella regelverket anger dock alla remisser ska utvärderas med avseende på berättigande, av en läkare, innan en undersökning utförs. Bristerna gällande delegering av uppgifter innebär att drygt hälften av de granskade röntgenklinikerna inte fullt ut överensstämmer med det nationella regelverket.

Vid granskningen konstaterades att 11 av de 15 röntgenklinikerna använder sig av teleradiologi, främst under jourtid, för prioritering och berättigandebedömning av remisser samt granskning av utförda röntgenundersökningar. 8 av de 11 röntgenklinikerna hade dokumenterade rutiner för prioritering och berättigande som utförs av det företag som kontrakterats för teleradiologitjänsten. En röntgenklinik saknade dock helt dokumenterade rutiner för hur berättigandeprocessen säkerställs när teleradiologi används och för ytterligare två röntgenkliniker var rutinerna bristfälliga.



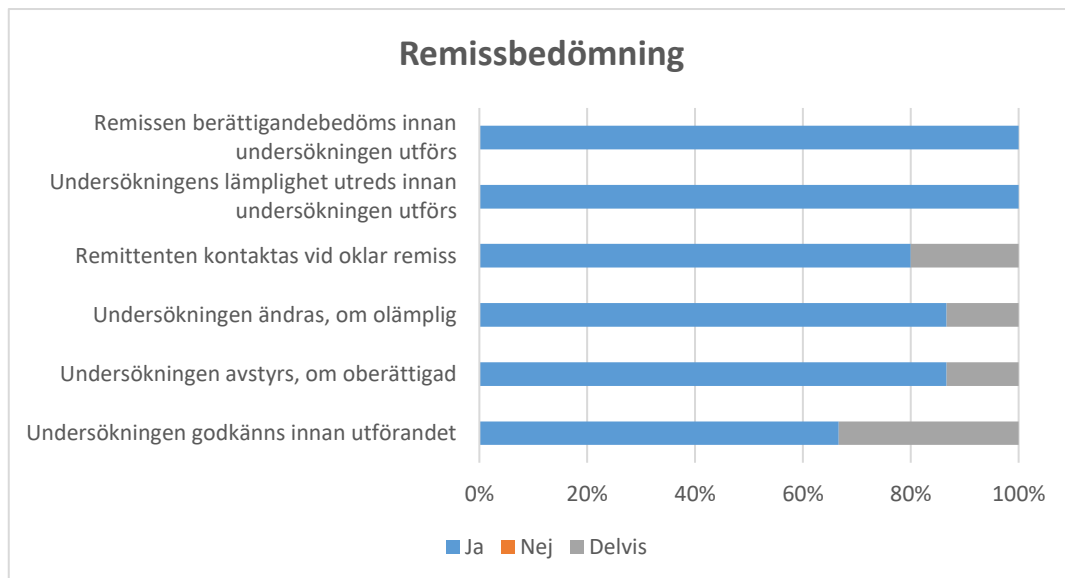
Figur 4. Ansvar och uppgifter

2.3. Bedömning av remisser

I samband med granskningen intervjuades radiologer med ansvar för berättigandebedömning, se Figur 5. Det framkom att alla granskade röntgenkliniker prioriterar inkommande remisser och att det i samband med det görs en bedömning om det är berättigat att utföra en radiologisk undersökning och om den önskade undersökningen är den mest lämpliga. Flera intervjuade radiologer uppgav att de i stor utsträckning avvisar remisser om det inte bedöms vara berättigat att genomföra en radiologisk undersökning. Flera radiologer uppgav också att de ändra undersökningar i stor utsträckning om de inte är lämpliga eller felaktiga i förhållande till anamnes och frågeställning. Andra exempel då remisser ändras kan vara om det behövs ytterligare undersökningar för att besvara frågeställningen. Samtidigt uppgav flera av de intervjuade radiologerna att det finns ett antal

försvårande omständigheter som medför att undersökningar som bedöms vara oberättigade inte alltid avvisas och att undersökningar inte ändras till en annan modalitet även om det vore lämpligare. En av orsakerna till detta var att radiologen inte har mandat att ändra den valda modaliteten utan att först ha pratat med remittenten, samtidigt som radiologerna saknar direkta kontaktvägar med remittenterna i primärvården. De kontaktuppgifter som uppges i remisserna leder enligt uppgift ofta till den vanliga telefonkö som patienter också hänvisas till. Avsaknaden av direkta kontaktvägar försvårar också inhämtandet av kompletterande uppgifter vid oklara remisser. Detta i kombination med ett stort remissinflöde ökar risken för att oberättigade eller tveksamma undersökningar släpps igenom. En intervjuad radiolog uppgav också att tveksamma eller oberättigade undersökningar utförs av rädsla för att annars missa en diagnos.

Vid samtliga röntgenkliniker finns någon form av formellt godkännande av röntgenundersökningarna innan de utförs. Främst sker det, av radiolog, vid prioriteringen av remisserna. För konventionella röntgenundersökningar som enbart bedöms av röntgensjuksköterska är dock inte det formella godkännande lika tydligt. Vid granskningen uppgavs dock att en typ av godkännande sker i samband med undersökningen av patienten då röntgensjuksköterskan gör en rimlighetsbedömning av remissen.



Figur 5. Remissbedömning

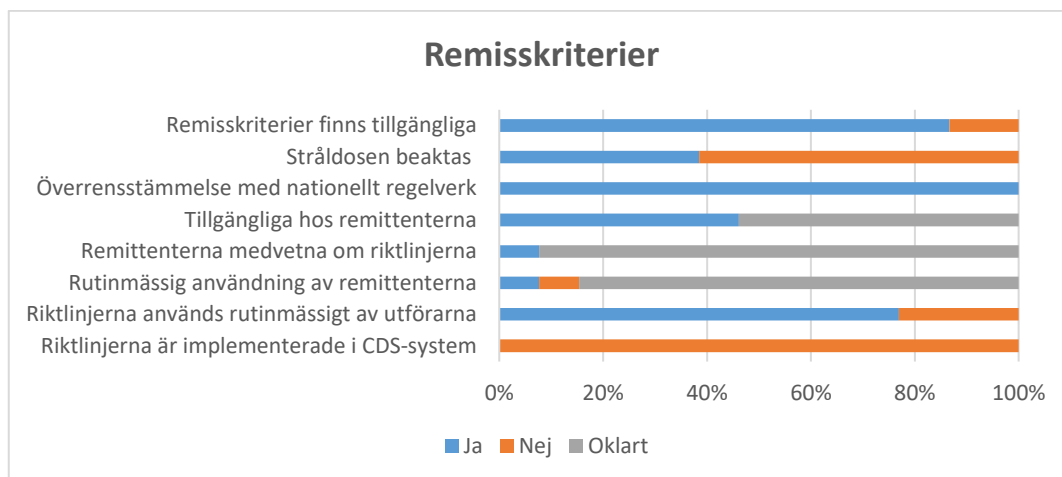
2.4. Remisskriterier

Vid granskningen kontrollerades förekomsten av remisskriterier, även kallat beslutstöd för remittenter, se Figur 6. Inom vuxenradiologin finns det remisskriterier för utredningar som faller inom något av de 28 standardiserade vårdförloppen för cancervård. För dessa diagnoser finns framtagna indikationslistor för vad som är välgrundad misstanke om en viss cancerdiagnos och vilka som är de givna diagnostiska utredningarna. På så vis uppfylls delvis kravet på att remisskriterier ska finnas tillgängliga. I den gemensamma europeiska granskningsmallen fanns inte valet ”delvis” med utan endast ”Ja” eller ”Nej”. Sverige har på denna punkt därför valt att redovisa att ange att remisskriterier finns tillgängliga inom vuxenradiologin, trots att detta endast gäller för de standardiserade vårdförloppen. Flera av röntgenklinikerna har internt dokumenterade rutiner för vilka undersökningar som ska utföras vid olika frågeställningar. Endast en röntgenklinik använde sig

av ett mer eller mindre heltäckande system för remisskriterier som också är tillgängligt för och används av remittenterna.

Ingen av de granskade röntgenklinikerna använde sig av ett Clinical Decision Support system (CDS).

Generellt beaktar remisskriterierna inte vilken stråldos som undersökningarna är förknippade med. För stråldoser hänvisar några av röntgenklinikerna till den svenska översättningen av Strålskydd 118 - Europakommissionens riktlinjer för remittering till bilddiagnostik, från 2000. Denna är dock tillbakadragen från Europakommissionens hemsida på begäran av utgivarna, då rekommendationerna numera anses vara föråldrade.



Figur 6. Remisskriterier

2.5. Klinisk revision

Vid granskningen undersöktes i vilken utsträckning berättigandeprocessen omfattas av klinisk revision, se Figur 7.

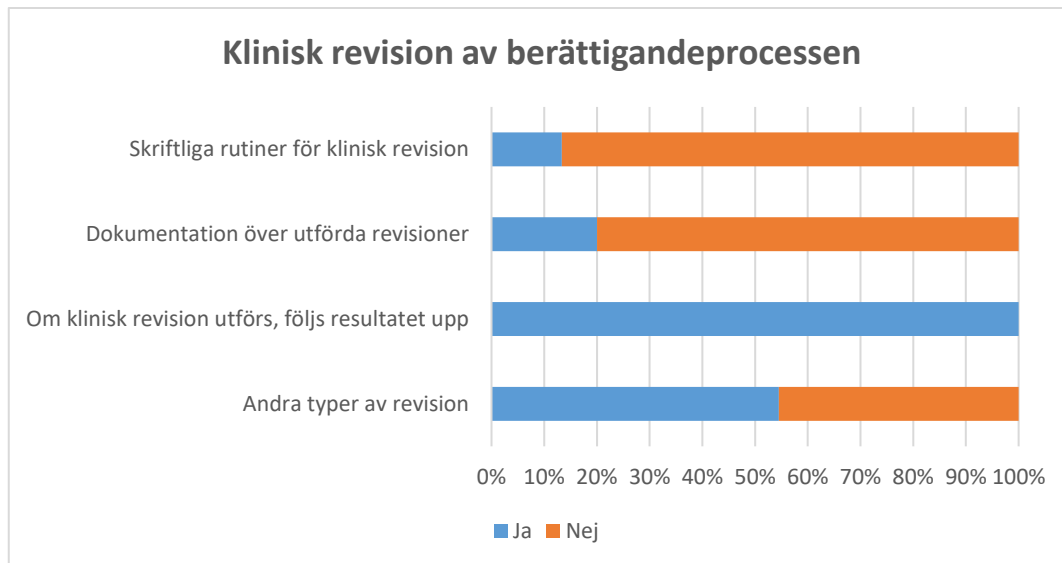
Klinisk revision definieras i Europeiska Unionens råds direktiv 2013/59/Euratom som systematisk utvärdering enligt nationella förfaranden av medicinska radiologiska förfaranden i syfte att förbättra kvaliteten och resultaten i patientvården genom strukturerad översyn, varigenom medicinska radiologiska verksamheter, förfaranden och resultat granskas mot vedertagna normer för goda medicinska radiologiska förfaranden, där metoder och rutiner ändras om det är lämpligt och nya normer tillämpas om så krävs.

Strålsäkerhetsmyndigheten likställer kraven på klinisk revision i rådets direktiv 2013/59/Euratom med de krav på egenkontroll som ställs i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Enligt SOSFS 2011:9 innebär egenkontroll systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten. Egenkontrollen innebär även att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Vårdgivaren ska göra egenkontroller med den frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Granskningen visade att 13 av 15 röntgenkliniker saknar rutiner och systematik för klinisk revision, däremot uppger drygt hälften av röntgenklinikerna att de utför någon form

av annan intern granskning av de medicinska radiologiska förfarandena. Vid granskningen nämndes följande forum eller processer som exempel på då intern granskningar utförs:

- Revidering av metodbeskrivningar och rutiner för berättigandebedömning
- Genomgång av avvikelser relaterade till berättigandeprocessen
- Lokala tvärvetenskapliga modalitetsgrupper
- Uppföljning av klinisk nytta med en undersökning inom forskningsprojekt
- Regelbundna möten mellan radiologer och remittenter
- Årlig statistik över antalet utförda undersökningar



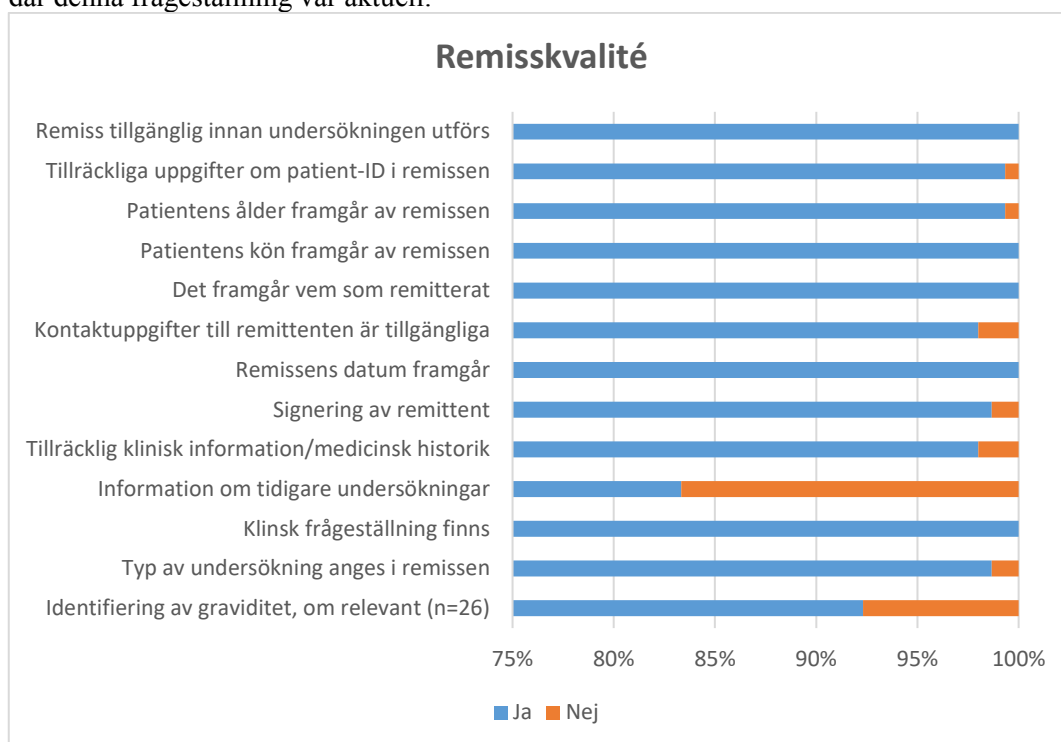
Figur 7. Klinisk revision av berättigandeprocessen

2.6. Remisskvalité

En grundläggande del i berättigandeprocessen är en korrekt remiss. Vid granskningen valdes 10 stycken undersökningar (5 konventionella- och 5 datortomografiundersökningar) i följd, som utförts dagen innan besöket, ut för remissgranskning. Totalt granskades alltså 150 remisser avseende remisskvalité enligt kriterierna i Figur 8. Av de remisser som granskades kom 100 stycken från interna remittenter, 42 stycken från primärvården och 8 stycken från andra remittenter (exempelvis privata läkarkliniker). Granskningen utfördes tillsammans med radiolog eller röntgensjuksköterska.

Av granskningen framgår att remisskvalitén generellt sett var hög. Samtliga remisser innehöll en klinisk frågeställning och 98 % (147 av 150) av remisserna bedömdes innehålla tillräcklig klinisk information eller medicinsk historik, för att utföra en bedömning av berättigandet och avgöra lämpligheten av den önskade undersökningsmetoden. Av de 3 remisser som saknade tillräcklig klinisk information eller medicinsk historik kom 2 från privata läkarkliniker och 1 från en intern remittent. Information om vilka tidigare undersökningar, av intresse för den aktuella undersökningen, som patienten genomfört saknades i eller i anslutning till 17 % av remisserna. I 99 % av fallen var typ av undersökning (undersökningsmetod) specificerat i remissen. I några enstaka fall hade remittenterna angett att röntgenavdelningen själva får välja undersökning utifrån den kliniska frågeställningen. Granskningen visade att 98 % av remisserna innehöll kontaktuppgifter till

den remitterande kliniken. Däremot kontrollerades inte i detta steg huruvida kontaktuppgifterna leder till en direktkontakt till remittenten, se även avsnitt 3. Bedömning av remisser. Uppgifter om huruvida patienten kan antas vara gravid saknades i 2 av 26 remisser där denna frågeställning var aktuell.



Figur 8. Remisskvalité

2.7. Dokumentation över utförd berättigandebedömning

Inför granskningen begärdes följande statistiska uppgifter in på förhand för att granska hur frekvent remisser avvisas eller ändras i samband med prioritering och berättigandebedömning:

- Antalet inkomna remisser under vecka 44
- Antalet avvisade remisser under vecka 44
- Antalet ändrade remisser (till annan modalitet/undersökning än remitterade till) under vecka 44.

Vid de 15 röntgenklinikerna registrerades 24 082 remisser under den aktuella veckan. Under samma vecka avvisades 544 remisser (motsvarande 2,26 %) och 322 remisser (motsvarande 1,34 %) ändrades till en annan modalitet eller undersökning än den som specificerats i remissen.

Andelen ändrade remisser underskattas troligen med någon/några procent då flera röntgenklinikerna inte har kunnat redovisa någon statistik alls för denna punkt medan andra klinikerna inte har kunnat redovisa undersökningar som ändrats inom samma modalitet, utan enbart sådana ändringar som innebär byte från en modalitet till en annan. Samtliga röntgenklinikerna utom en har däremot redovisat siffror gällande antalet avvisade remisser. Andelen avvisade remisser skiljer sig dock mycket åt mellan röntgenklinikerna (från 0 % till drygt 8 %). Anledningen till att remisserna avvisats uppges bland annat bero på att

undersökningarna inte bedömts vara berättigade, eller att remisserna varit felaktiga alternativt att undersökningen inte längre varit aktuell att utföra.

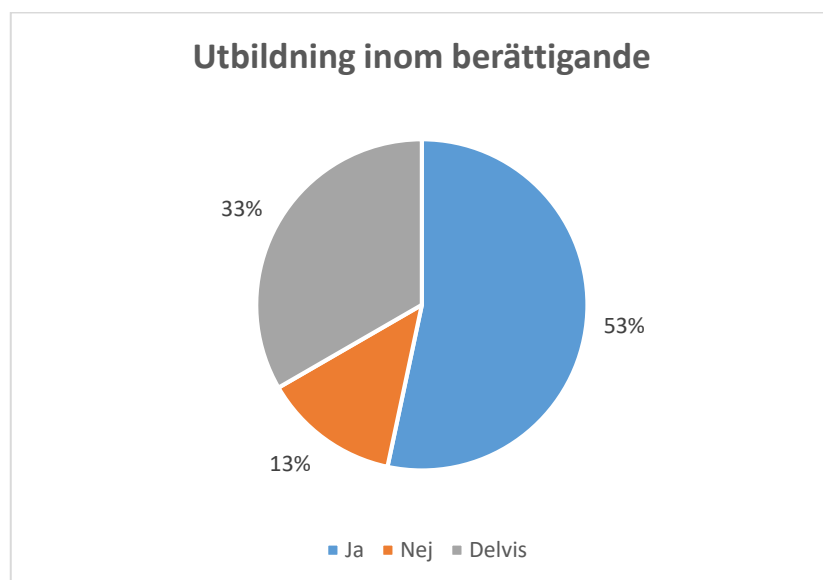
2.8. Utbildning inom berättigande

Vid granskningen undersöktes om kontinuerlig utbildning inom berättigande genomförs. Resultatet av granskningen visar att drygt hälften (8 av 15) av de granskade röntgenklinikerna uppger att sådan utbildning bedrivs. 5 av 15 röntgenkliniker uppgav att de delvis genomför utbildning inom berättigande medan 2 röntgenkliniker uppgav att någon utbildning inom berättigande inte ges, se Figur 9. Exempel på utbildning i berättigande som nämndes vid granskningen var:

- Utbildning i berättigande för ST-läkare
- Introduktionsprogram för nyanställda radiologer
- Mentorskap
- Diskussioner i samband med införandet av nya undersökningsmetoder

Därutöver anges att diskussioner gällande berättigande och i viss mån utbildning förekommer vid klinikmöten och i samband med rondverksamhet. Några röntgenkliniker hänvisar även till att utbildning i berättigande ges i samband med utbildning gällande stråldoser och risker inom ramen för den lokala strålskyddsutbildningen.

Den slutsats som kan dras är att formaliserad utbildning gällande berättigande troligen endast förekommer för läkare under ST-utbildning. I övriga fall sker informell utbildning i varierande grad.



Figur 9. Utbildning inom berättigande

3. Slutsatser

Nedan följer några generella slutsatser från granskningen:

- Skriftliga rutiner för berättigande finns i hög grad och är kända i verksamheterna.
- Remittenternas ansvar i berättigandeprocessen är bristfälligt beskrivet.
- Remisser för alla mer avancerade undersökningar prioriteras och berättigandebedöms av radiologer.
- Klinikerna uppger att de i stor utsträckning avvisar remisser om det inte bedöms vara berättigat att genomföra en radiologisk undersökning.
- Klinikerna uppger att de ändrar undersökningar i stor utsträckning om de är olämpliga eller fel modalitet är begärd.
- Klinikerna uppger att radiologerna ofta inte har mandat att ändra den valda modaliteten utan att först ha pratat med remittenten.
- Radiologerna saknar direkta kontaktvägar med remittenterna i primärvården.
- Beslutsstöd för remitter finns för standardiserade vårdförlopp men inte i övrigt (med undantag för en klinik).
- CDS-system används inte i Sverige idag.
- Teleradiologi används i stor utsträckning på jourtid.
- Få remitter och kliniker har tillgång till uppgifter gällande stråldoser vid olika undersökningar.
- Drygt hälften av röntgenklinikerna genomför någon form av egenkontroll (klinisk revision) av berättigandeprocessen. Endast 2 av 15 röntgenkliniker har dock skriftliga rutiner för detta.
- Generellt hög kvalitet på remisserna.
- Under veckan avvisades 544 av 24 082 remisser (2,26 %).
- Andelen avvisade remisser skiljer sig mycket åt mellan röntgenklinikerna (från 0 % till drygt 8 %).
- Formaliserad utbildning inom berättigande förekommer i princip enbart i samband med ST-utbildning.

4. Referenser

1. IAEA, Justification of medical exposure in diagnostic imaging: Proceedings of an International workshop, held in Brussels in 2009, Vienna (2011)
2. National Survey on Justification of CT-examinations in Sweden, SSM rapport 2009:03
3. Radiologiska undersökningar av barn – en studie av metodval, SSM rapport 2015:2
4. 16-3054 Inspektionsmall
5. SSM2016-4250-19 Ifyllda inspektionsmallar



2017:24

Strålsäkerhetsmyndigheten har ett samlat ansvar för att samhället är strålsäkert. Vi arbetar för att uppnå strålsäkerhet inom en rad områden: kärnkraft, sjukvård samt kommersiella produkter och tjänster. Dessutom arbetar vi med skydd mot naturlig strålning och för att höja strålsäkerheten internationellt.

Myndigheten verkar pådrivande och förebyggande för att skydda människor och miljö från oönskade effekter av strålning, nu och i framtiden. Vi ger ut föreskrifter och kontrollerar genom tillsyn att de efterlevs, vi stödjer forskning, utbildar, informerar och ger råd. Verksamheter med strålning kräver i många fall tillstånd från myndigheten. Vi har krisberedskap dygnet runt för att kunna begränsa effekterna av olyckor med strålning och av avsiktlig spridning av radioaktiva ämnen. Vi deltar i internationella samarbeten för att öka strålsäkerheten och finansierar projekt som syftar till att höja strålsäkerheten i vissa östeuropeiska länder.

Strålsäkerhetsmyndigheten sorterar under Miljödepartementet. Hos oss arbetar drygt 300 personer med kompetens inom teknik, naturvetenskap, beteendevetenskap, juridik, ekonomi och kommunikation. Myndigheten är certifierad inom kvalitet, miljö och arbetsmiljö.

Strålsäkerhetsmyndigheten
Swedish Radiation Safety Authority

SE-171 16 Stockholm
Solna strandväg 96

Tel: +46 8 799 40 00
Fax: +46 8 799 40 10

E-mail: registrator@ssm.se
Web: stralsakerhetsmyndigheten.se