

PELAGIA AS
Postboks 444
5805 BERGENDelvis unntatt offentlighet, jf.
offl. § 24 tredje ledd (gjelder
tekst i rødt)Ref.:
26/01570-8 / 2.2.1Dato:
27.08.2026Saksbehandler:
Joe Moussa

Rapport etter tilsyn ved Pelagia AS den 05. juni 2026

Denne rapporten handler om forhold som ble avdekket under tilsyn ved Pelagia AS på adressen Burøyveien 27, 8012 Bodø, den 05. juni 2026. Tilsynet omfattet hele konsernet, og temaene var bruk, oppbevaring og transport av radioaktive strålekilder.

Rapporten består av følgende deler:

- Del 1: Resultatet av tilsynet
- Del 2: Beskrivelse av eventuelle avvik, anmerkninger og andre forhold
- Del 3: Informasjon om tilsynet

Del 1: Resultatet av tilsynet

Denne delen gir en oversikt over resultater fra tilsynet og hva dere må gjøre.

Nærmere beskrivelse av resultatene er gitt i del 2.

DSA avdekket følgende avvik under tilsynet:

- Avvik 1: Virksomheten har mangelfull internkontroll knyttet til arbeid med strålekilder
- Avvik 2: [REDACTED]
- Avvik 3: Virksomheten har mangelfull oversikt over og kontroll med sine strålekilder
- Avvik 4: Virksomheten har ikke sørget for at det på oppbevaringsplassen foreligger en oversikt over strålekildene
- Avvik 5: Virksomhetens klassifisering og merking av arbeidsplassen er mangelfull
- Avvik 6: Virksomheten har ikke gjennomført kontroll av og vedlikehold på alle sine strålekilder

Det er ikke gitt anmerkninger i forbindelse med tilsynet.

Pelagia AS plikter snarest å rette opp avvikene som er beskrevet i denne rapporten. For at DSA skal kunne avslutte saken, ber vi om at virksomheten innen 30. oktober sender en skriftlig redegjørelse som viser hvordan avvik er rettet.

Postadresse Postal address:
Postboks 329 Skøyen
NO-0213 Oslo, Norway

T +47 67 16 25 00
F +47 67 14 74 07

Besøksadresse Office:
Grini næringspark 13
1361 Østerås, Norway

dsa.no
dsa@dsa.no

Swift address: UNBANOKK
Bankkonto Bank account:
8276 01 00494

IBAN: NO76 8276 01 00494
Org.nr.: 867 668 292

Dere har anledning til å kommentere på rapporten. Dersom dere har kommentarer til faktagrunnlaget i tilsynsrapporten, ber vi dere sende oss disse innen **11. september**. Hvis vi ikke mottar kommentarer, anses denne rapporten som endelig.

I samsvar med offentleglova vil deler av rapporten (gjelder tekst i rødt) bli unntatt offentlighet. Dersom dere mener tilsynsrapporten inneholder andre opplysninger som i samsvar med offentleglova bør unntas offentlighet, ber vi om at dere melder fra til oss om dette innen kommentarfristen.

Vi ber om tilbakemelding fra dere på e-post. Vi ber om at dere sender skriftlig tilbakemelding til dsa@dsa.no ved Joe Moussa. Merk svaret med saksnummer 26/01570. Dokumentasjon som inneholder taushetsbelagte eller sikkerhetssensitive opplysninger, skal ikke oversendes per e-post. Slik informasjon kan sendes til DSA per post (adresse: Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet v/Joe Moussa, Postboks 329 Skøyen, 0213 Oslo) eller på annen avtalt måte.

Del 2: Beskrivelse av avvik og anmerkninger

Definisjoner

- Avvik – manglende etterlevelse av krav fastsatt i eller i medhold av lov.
- Anmerkninger – forhold som er nødvendig å påpeke, men som ikke omfattes av definisjonen for avvik.

Avvik

Avvik 1: Virksomheten har mangelfull internkontroll knyttet til arbeid med strålekilder

Dette er et avvik fra følgende krav gitt i regelverket:

Forskrift 16. desember 2016 nr. 1659 om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften) § 16.
Forskrift 6. desember 1996 nr. 1127 om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften) § 5.

Beskrivelse av krav:

Virksomhetens plikt til internkontroll følger av forskrift 6. desember 1996 nr. 1127 om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter.

Virksomheten skal sørge for at ansatte og andre tilknyttede personer som installerer eller arbeider med strålekilder, eller som kan bli eksponert for stråling, skal ha tilstrekkelig kompetanse innen strålevern, herunder sikker håndtering av strålekilder og måle- og verneutstyr.

Virksomheten skal utarbeide skriftlige instruksjoner og arbeidsprosedyrer som sørger for et forsvarlig strålevern. Disse skal bidra til å forhindre at personer eksponeres for nivåer som overskrider dosegrenser eller grenseverdier etter forskriften, gjeldende standarder eller internasjonale retningslinjer.

Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse i det omfang som er nødvendig for å etterleve krav i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen.

Internkontroll innebærer at virksomheten skal:

1. sørge for at de lover og forskrifter i helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen som gjelder for virksomheten er tilgjengelig, og ha oversikt over de krav som er av særlig viktighet for virksomheten
2. sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskaper og ferdigheter i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, herunder informasjon om endringer
3. sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes
4. fastsette mål for helse, miljø og sikkerhet (må dokumenteres skriftlig)
5. ha oversikt over virksomhetens organisasjon, herunder hvordan ansvar, oppgaver og myndighet for arbeidet med helse, miljø og sikkerhet er fordelt (må dokumenteres skriftlig)
6. kartlegge farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risiko, samt utarbeide tilhørende planer og tiltak for å redusere risikoforholdene (må dokumenteres skriftlig)
7. iverksette rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen (må dokumenteres skriftlig)
8. foreta systematisk overvåkning og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt (må dokumenteres skriftlig)

Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjon som følger av krav i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen, for eksempel instruksjoner, tillatelser, kompetansebevis, sertifikater o.l. skal inngå.

Skriftlig dokumentasjon etter denne forskrift skal minst omfatte annet ledd nr. 4) til og med nr. 8) i denne paragraf.

Frivillige sertifikater kan også inngå som en del av dokumentasjonen.

Observasjoner under tilsynet og vår vurdering:

Virksomheten bruker og oppbevarer strålekilder i [redacted] forskjellige fabrikker [redacted]. Anleggene er lokalisert [redacted]. Virksomheten hadde i forkant av tilsynet også flere strålekilder lagret i sin fabrikk [redacted]. Strålekildene [redacted] var ute av drift og ble avhendet etter at virksomheten ble varslet om dette tilsynet.

Virksomheten hadde rett før tilsynet utarbeidet en prosedyre for arbeid med strålekilder (DSAs referanse: 26/01570-7, virksomhetens referanse: 48205). Det kommer frem av prosedyren at virksomheten skal ha en strålevernkoordinator som har ansvar for all kontakt med myndighetene på vegne av alle fabrikkene. I tillegg skal hver fabrikk ha sin egen strålevernkoordinator med ansvar for strålekilder som befinner seg på fabrikkene. Virksomheten hadde på tilsynstidspunktet ikke implementert den beskrevne organisasjonsstrukturen. Virksomheten opplyste at strukturen representerer den planlagte organiseringen av virksomhetens strålevernarbeid.

Dessuten inneholder prosedyren bestemmelser om blant annet arbeid nær strålekilder, samt vedlikehold, transport og oppbevaring av strålekilder.

Det fremkom gjennom tilsynet at ansatte som arbeider med strålekilder, eller som kan bli eksponert for ioniserende stråling, ikke har gjennomført opplæring i strålevern. Dette gjelder også virksomhetens strålevernkoordinatorer, som mangler relevant opplæring i strålevern. Virksomheten mangler også et system for opplæring av ansatte som kan eksponeres for stråling i deres arbeid.

I tillegg opplyste virksomheten at en av dens ansatte [redacted] hadde montert to kildebeholdere med defekt lukkemekanisme mot hverandre slik at de skjermes hverandre mot stråling. Virksomheten opplyste videre at dette ble gjort uten at den ansatte hadde dokumentert opplæring i strålevern. Den ansatte fikk muntlige instruksjoner og skriftlig informasjon fra teknisk leder om at det var strålefare under utførelse, og at kildeholderne måtte sammenkobles før de ble flyttet.

Avvik 2:

[Redacted text block]

Avvik 3: Virksomheten har mangelfull oversikt over og kontroll med sine strålekilder

Dette er et avvik fra følgende krav gitt i regelverket:

Forskrift 16. desember 2016 nr. 1659 om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften) §§ 13, 14 og 21.

Beskrivelse av krav:

Virksomheter som anskaffer, leier ut, bruker eller håndterer røntgenapparater, akseleratorer og radioaktive kilder over unntaksgrensene i forskriftens vedlegg og som ikke er godkjenningsspliktige etter § 9 eller § 10, skal gi melding til Direktoratet for strålevern og atomikkerhet.

Virksomheter som avhender strålekilder underlagt godkjenning eller melding etter § 9, § 10 og § 13, skal melde dette til Direktoratet for strålevern og atomikkerhet.

Virksomheten skal ha oversikt over og kontroll med ioniserende og sterke ikke-ioniserende strålekilder. Dette innebærer blant annet registrering av:

- type strålekilde og informasjon som entydig kan identifisere strålekilden, som serienummer, produsent eller modell,
- kildeplassering og midlertidige forflytninger, og
- radionuklide og aktivitet til radioaktive strålekilder.

Observasjoner under tilsynet og vår vurdering:

Virksomheten hadde i 2018 returnert én radioaktiv strålekilde fra [redacted] til en godkjent forhandler. Forhandleren hadde opplyst i sin årsrapport for 2018 (DSAs referanse: 10/01319-34) om at den returnerte strålekilden hadde serienummeret 0-54. DSA har ikke funnet i det elektroniske meldesystemet for strålekilder (EMS) at virksomheten hadde meldt inn en strålekilde med dette serienummeret.

Dessuten opplyste virksomheten om at det ble funnet én strålekilde på [redacted] i forbindelse med tilsynet. Strålekilden mangler merking som entydig identifiserer kilden, samt informasjon om radionukliden og aktivitetsnivået til den. Virksomheten kunne ikke gjøre rede for strålekildens opprinnelse, og den er heller ikke meldt til DSA.

I tillegg har virksomheten oppdaget at én strålekilde er savnet på [redacted] (meldenummer i EMS: M2617-295).

[redacted] Det bemerkes at virksomheten har bekreftet at strålekilden som er funnet [redacted] og strålekilden som er savnet [redacted] er ulike. Dette betyr at det er snakk om to forskjellige strålekilder.

Virksomheten opplyste at den savnede kilden mest sannsynlig ble returnert til forhandler for 10 år tilbake, men kunne ikke bekrefte eller dokumentere dette. Virksomheten hadde også tidligere avhendet flere strålekilder, og disse ble sendt for deponering i det nasjonale deponiet for radioaktivt avfall. I avfallsdeklarasjonen med deklarasjonsnummer 302.107.668, er det beskrevet at 18 radioaktive kilder ble levert for deponering, mens i deklarasjonenes korrigeringsfelt er det ramset opp serienumre for kun 17 av kildene. Det kan tenkes at den savnede strålekilden [redacted] enten har blitt deponert uten at serienummeret ble oppført i deklarasjonen, at den har blitt returnert til forhandleren uten at dette har blitt meldt til DSA, eller at den aldri har blitt sendt for avhending i første omgang og dermed er på avveier.

På bakgrunn av ovennevnte forhold vurderes det at virksomheten ikke har overholdt meldeplikten, jf. strålevernforskriften §§ 13 og 14, og mangler en fullstendig oversikt over sine strålekilder, jf. strålevernforskriften § 21.

Ved varsling av tilsynet hadde virksomheten ikke en oppdatert og fullstendig oversikt over sine strålekilder. Virksomheten har gjennomført et omfattende arbeid med å oppdatere kildeoversikten sin. Dette resulterte i oppdatering av status for flere strålekilder i EMS, samt avhending av strålekilder fra [redacted] ettersom disse ikke lenger var i bruk.

Til tross for den utførte gjennomgangen mangler virksomheten fortsatt et etablert system som sikrer at oversikten over strålekilder holdes oppdatert. Virksomheten benytter EMS for å holde oversikt over sine strålekilder. Selv om bruken av EMS vurderes som tilfredsstillende, fremgår det ikke av virksomhetens prosedyrer at EMS skal brukes for å holde kildeoversikten. Det fremgår heller ikke hvordan EMS skal holdes løpende oppdatert ved endring av kildeplassering eller status, og hvem som har ansvar for oppdateringen.

Avvik 4: Virksomheten har ikke sørget for at det på oppbevaringsplassen foreligger en oversikt over strålekildene

Dette er et avvik fra følgende krav gitt i regelverket:

Forskrift 16. desember 2016 nr. 1659 om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften) § 25

Beskrivelse av krav:

Virksomheten er ansvarlig for at radioaktive strålekilder oppbevares forsvarlig. Dette innebærer blant annet at

- a. oppbevaring av åpne radioaktive strålekilder skal begrenses til et minimum,
- b. det på oppbevaringsplassen skal foreligge en oversikt over strålekildene,
- c. oppbevaringsplassen skal være sikret mot adgang fra uvedkommende,
- d. oppbevaringsplassen skal være merket med fareskilt som advarer mot risiko og fare for ioniserende stråling i henhold til forskrift 6. desember 2011 nr. 1356 om utforming og innretning av arbeidsplasser og arbeidslokaler,
- e. doseraten utenfor oppbevaringsplassen ikke skal overstige $7,5 \mu\text{Sv/t}$, og
- f. radioaktive strålekilder ikke skal oppbevares sammen med eksplosiver, sterkt brennbare stoffer eller i korrosivt miljø.

Observasjoner under tilsynet og vår vurdering:

Virksomheten oppbevarer radioaktive strålekilder [REDACTED]. Strålekildene som per tilsynsdato er under oppbevaring, er enten satt i reserve eller lagret i påvente av avhending. Virksomheten ble anmodet om å sende bilder av alle sine oppbevaringsplasser i etterkant av tilsynet.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

DSA vurderer at oppbevaringen av strålekilden som er funnet ikke oppfyller alle kravene til oppbevaring i strålevernforskriften § 25.

[REDACTED]

Virksomheten opplyste at den mangler en oversikt, det vil si en liste, over strålekilder på hver av oppbevaringsplassene. Det skal foreligge en kildeoversikt på hver oppbevaringsplass som viser hvilke strålekilder som oppbevares, samt eventuell midlertidig forflytting.

Avvik 5: Virksomhetens klassifisering og merking av arbeidsplassen er mangelfull

Dette er et avvik fra følgende krav gitt i regelverket:

Forskrift 16. desember 2016 nr. 1659 om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften) § 30

Beskrivelse av krav:

Virksomheten skal klassifisere arbeidsplassen som kontrollert område, dersom

- a. arbeidstakere kan utsettes for effektiv dose som overstiger 6 mSv per år,
- b. ekvivalent dose til huden og ekstremitetene kan overstige 150 mSv per år, eller
- c. ekvivalent dose til øyelinsen kan overstige 15 mSv per år.

Virksomheten skal klassifisere arbeidsplassen som overvåket område, dersom

- d. arbeidstakere kan utsettes for effektiv dose som overstiger 1 mSv per år, eller
- e. ekvivalent dose til huden og ekstremitetene kan overstige 50 mSv per år.

Virksomheten skal sørge for at arbeidstakere utenfor kontrollert og overvåket område ikke kan utsettes for effektiv dose som overstiger 1 mSv per år.

Kontrollert område skal være fysisk avgrenset, eller tydelig merket der hvor fysisk avgrensning ikke er mulig. Kontrollert og overvåket område skal merkes med skilt som opplyser om at dette er et kontrollert eller overvåket område. For øvrig skal arbeidsplassen være merket med fareskilt som advarer mot risiko og fare for ioniserende stråling i henhold til forskrift 6. desember 2011 nr. 1356 om utforming og innretning av arbeidsplasser og arbeidslokaler.

Observasjoner under tilsynet og vår vurdering:

Virksomheten ble bedt om å sende bilder av oppsatte fareskilt på alle arbeidsplasser der kilder er montert.

Virksomheten har ikke definert hvilke områder som må anses som kontrollert eller overvåket i henhold til § 30. Virksomheten har satt opp fareskilt der strålekilder er montert på [REDACTED]. Imidlertid mangler virksomheten fareskilt på arbeidsplassen på [REDACTED].

Veiledning, jf. punkt 4.1 av DSAs «Veileder 9: Industrielle kontrollkilder»: I henhold til § 30 skal kontrollert og overvåket område merkes med skilt som angir at dette er et kontrollert eller overvåket område. I noen tilfeller kan det være aktuelt at området innenfor 1 m avstand rundt kontrollkilden defineres som kontrollert eller overvåket område, og at dette blir fysisk avgrenset eller tydelig avmerket. Separatortanker eller andre tanker med påmonterte kontrollkilder, der personer kan gå inn i tanken via mannhull og det er mulighet for å få hele eller deler av kroppen inn i primærstrålen, bør defineres som kontrollert eller overvåket område.

Utstyr og installasjoner med radioaktive kilder skal være tydelig merket med standard varselskilt mot ioniserende stråling. Standard varselskilt mot ioniserende stråling fremgår av forskrift 6. desember

2011 nr. 1356 om utforming og innretning av arbeidsplasser og arbeidslokaler (arbeidsplassforskriften) kapittel 5. Skiltet bør være plassert slik at det er leselig og lett å se når man beveger seg mot kilden.

Avvik 6: Virksomheten har ikke gjennomført kontroll av og vedlikehold på alle sine strålekilder

Dette er et avvik fra følgende krav gitt i regelverket:

Forskrift 16. desember 2016 nr. 1659 om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften) § 22.

Beskrivelse av krav:

Eier og bruker skal sørge for at strålekilder og utstyr er i en slik tilstand at risiko for ulykker, unormale hendelser og uønsket stråleeksponering av personer er så lav som praktisk mulig.

Ioniserende strålekilder skal være merket med standard symbol for ioniserende stråling. Symbolets utforming fremgår av norsk standard NS-1029: Symbol for ioniserende stråling. For radioaktive strålekilder skal opplysninger om radionuklide, aktivitet på en gitt dato, serienummer eller annen informasjon som entydig identifiserer strålekildene fremgå av merkingen.

For hvert enkelt apparat skal det foreligge teknisk måleprotokoll med resultater fra ferdigstilling, mottakskontroll og periodiske kontroller av apparatet, samt vedlikeholds- og servicereporter.

Observasjoner under tilsynet og vår vurdering:

Virksomheten ble i etterkant av tilsynet bedt om å oversende bilder av sine strålekilder på oppbevaringsplassene.

På [redacted] er det [redacted] kildebeholdere som ikke lenger er i bruk, og som er boltet sammen to og to. Virksomheten opplyste at disse beholderne ble montert mot hverandre på grunn av en feil i lukkemekanismen, slik at de gjensidig skjermes mot stråling som ellers ville sluppet uskjærmet gjennom åpningen. [redacted] andre kildebeholdere er også boltet sammen [redacted] av samme årsak, og disse er heller ikke i bruk. Virksomheten sendte i tillegg bilder av monterte strålekilder der fareskilter står opphengt. Bildene viste tegn på rust på flere av kildebeholderne som enten er i bruk eller under oppbevaring.

Virksomheten har etablert ulik praksis på tvers av avdelingene med hensyn til kontroll og vedlikehold av sine strålekilder. [redacted] gjennomfører årlige tilstandskontroller av sine strålekilder og tilhørende utstyr. Kontrollene utføres av et eksternt firma og omfatter blant annet kontroll av strålenivå, merking, lukkemekanismer samt tilstand av kildebeholdere. Resultatene blir dokumentert i en tilstandsrapport. På bakgrunn av kontrollen fra oktober 2025, ble det påpekt i tilstandsrapporten at [redacted] kildebeholdere, som fortsatt er i bruk, har tegn på rust. Virksomheten ble anmodet av kontrollfirmaet om å skifte ut disse [redacted] strålekildene. I tillegg ble det påpekt at en annen strålekilde på lageret har en lukkemekanisme som sitter fast, og som også viser tegn til rust. Denne strålekilden er ikke i bruk og lagres i påvente av avhending.

Pelagia AS mangler periodiske kontroller med strålekilder i både [redacted]. Virksomheten kan ikke fremlegge tekniske målprotokoller eller vedlikeholds- og servicereporter for strålekildene i disse lokasjonene.

Andre forhold

Etter forskrift om gjenvinning og behandling av avfall (avfallsforskriften) § 16-7 skal virksomhet hvor det oppstår deponeringspliktig radioaktivt avfall, levere dette til den som etter § 16-5 og § 16-6 kan håndtere deponeringspliktig radioaktivt avfall. Det radioaktive avfallet skal leveres minst 1 gang per år.

Virksomheten opplyste at flere radioaktive strålekilder hadde vært tatt ut av drift og oppbevart i påvente av avhending i mer enn ett år. Virksomheten har ikke tidligere vært i kontakt med DSA om lagring av det radioaktive avfallet (strålekildene) utover ett år.

Dette er i strid med leveringsplikten etter avfallsforskriften § 16-7. Ettersom avfallsforskriften ikke er del av hjemmelsgrunnlaget for dette tilsynet, er det ikke gitt avvik for lagring av radioaktivt avfall utover ett år. Det påpekes likevel at virksomheten har plikt til å levere radioaktivt avfall minst én gang per år.

Del 3: Informasjon om tilsynet

Tilsynet er en del av DSA sine risikobaserte tilsyn. Tilsynet er gjennomført for å kontrollere om gjeldende krav fastsatt i eller i medhold av strålevernloven overholdes. Tema for tilsynet var bruk, oppbevaring og transport av radioaktive strålekilder.

Rapporten gir ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomheten. Tilsynet inkluderte et åpningsmøte, dokumentgjennomgang og intervjuer av virksomhetens ansatte, samt et oppsummeringsmøte. Tilsynet ble varslet.

Fra DSA deltok:

- Joe Moussa, tilsynsleder
- Ida Wendelbo Ormberg, medkontrollør

Fra virksomheten deltok:

- HMS-leder/sentral strålevernkoordinator, Pelagia AS
- Produksjons-, kvalitet- og logistikkleder, Pelagia AS
- Elektroansvarlig (Electrician Manager)/lokal strålevernkoordinator, Pelagia AS avdeling [REDACTED]
- Teknisk leder (Technical Manager)/ lokal strålevernkoordinator, Pelagia AS avdeling [REDACTED]

Kontaktperson hos virksomheten:

- Souhila Dif, HMS-leder/sentral strålevernkoordinator

Fremlagt dokumentasjon fra virksomheten som ble benyttet for å verifisere faktiske forhold:

- E-post datert 02.06.2026, med saksnummer 26/01570-6; informasjon om avhending av strålekilder på [REDACTED]
- E-post datert 02.06.2026, med saksnummer 26/01570-7: organisasjonskart og prosedyre for arbeid med strålekilder
- E-post datert 11.06.2026, med saksnummer 26/01570-10: bilder av oppbevaringsplassen og strålekilder som er enten på oppbevaringsplassen eller montert på [REDACTED]

- E-post datert 12.06.2026, med saksnummer 26/01570-11: bilder av oppbevaringsplassen og strålekilder som er enten på oppbevaringsplassen eller montert på [REDACTED]
- E-post datert 12.06.2026, med saksnummer 26/01570-14: bilder av oppbevaringsplassen og strålekilder som er på oppbevaringsplassen på [REDACTED]
- E-post datert 14.06.2026, med saksnummer 26/01570-15: informasjon om kilden som funnet [REDACTED]

Aktuelt rettsgrunnlag

- Lov 12. mai 2000 nr. 36 om strålevern og bruk av stråling (strålevernloven)
- Forskrift 16. desember 2016 nr. 1659 om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften)
- Forskrift 1. april 2009 nr. 384 om landtransport av farlig gods
- ADR/RID, versjon 2025
- Forskrift 6. desember 1996 nr. 1127 om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften)

Tilsynet ble gjennomført med hjemmel i strålevernloven § 18, strålevernforskriften § 60 og internkontrollforskriften § 7. DSA er fag- og tilsynsmyndighet for klasse 7 radioaktivt materiale, jf. forskrift om landtransport av farlig gods § 30 andre ledd.

Offentlighet i forvaltningen

Tilsynsrapporten er offentlig og vil bli lagt ut på våre nettsider, www.dsa.no. Rapporten er også tilgjengelig via postjournal hos DSA. I samsvar med offentleglova vil deler av rapporten (gjelder tekst i rødt) bli unntatt offentlighet.

Endelig tilsynsrapport vil bli lagt ut på DSAs nettsider, www.dsa.no, etter at den er oversendt Pelagia AS og kommentarfristen har gått ut.

Vi takker for tilretteleggingen under tilsynet.

Med hilsen

Håvar Andreas Sollund
seksjonssjef

Joe Moussa
rådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk.