

Deler av denne rapporten er unntatt offentlighet, jf. offentleglova § 24 tredje ledd.

Oppdatert tilsynsrapport - revisjon ved Universitetet i Oslo, 10.-12.04.2024

1. Innledning

Direktoratet for strålevern og atomikkerhet (DSA) gjennomførte tilsyn ved Universitetet i Oslo (UiO), 10.-12.04.2024. DSA førte tilsyn med at gjeldende krav i eller i medhold av strålevernloven, atomenergiloven og forurensningsloven overholdes, herunder virksomhetens godkjenninger og tillatelse fra DSA. I tillegg ble det ført kontroll med at krav til internkontroll var overholdt og kontroll av at krav til sikkerhetskontroll/safeguards er i tråd med norsk regelverk og internasjonale forpliktelser.

Tilsynet ble gjennomført som en varslet tredagers revisjon. DSA avdekket seks avvik og gav fire anmerkninger under tilsynet.

UiO kommenterte i sitt brev datert den 29.05.2024 to faktafeil i tilsynsrapporten som ble oversendt til virksomheten den 14.05.2024. Disse er nå rettet, og denne rapporten anses som den endelige tilsynsrapporten. UiO ba i sitt brev også om utsettelse av frist for å rette avvikene på grunn av ferieavvikling, og frist for retting av avvik er nå endret til 27.09.2024.

Avvikene skal rettes senest innen 27.09.2024.

Til stede fra DSA var:

Tonje Sekse, seniorrådgiver, seksjon atomikkerhet.

Kine Berget, seniorrådgiver, seksjon strålekilder.

Shawn C. Apan, rådgiver, seksjon radioaktiv forurensning.

Camilla K. M. Winterstad, seniorrådgiver, seksjon radioaktiv forurensning. Tilsynsleder.

Fra UiO deltok seniorrådgiver HMS, strålevernkoordinator ved Fysisk institutt, strålevernkoordinator ved Kjemisk institutt, strålevernkoordinator ved Institutt for medisinske basalfag i tillegg andre relevante roller innen strålevern ved de tre instituttene og representanter fra ledelsen. En oversikt over tilsynets deltakere fra UiO er gitt i vedlegg til oversendelsesbrevet.

Tilsynet er hjemlet i forurensningsloven § 48, i strålevernloven § 18 og i atomenergiloven § 13 nr. 3.

2. Aktuelt regelverk

- lov om vern mot forurensninger og om avfall (forurensningsloven)
- lov om strålevern og bruk av stråling (strålevernloven)
- lov om atomenergivirksomhet (atomenergiloven)
- forskrift om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften)
- forskrift om landtransport av farlig gods - dersom virksomheten er involvert i transport av radioaktive kilder
- forskrift om forurensningslovens anvendelse på radioaktiv forurensning og radioaktivt avfall
- forskrift om gjenvinning og behandling av avfall (avfallsforskriften) kapittel 16
- forskrift om besittelse omsetning og transport av nukleært materiale og flerbruksvarer (forskrift om nukleært materiale mm.)

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

- forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften)
- enkeltvedtak utstedt av DSA etter forurensningsloven § 11 (tillatelse TU20-03-1)
- enkeltvedtak utstedt av DSA etter strålevernforskriften § 9 (godkjenninger GD05-16, GH05-5, GK15-3 og GN10-6)

3. Bakgrunn, omfang og gjennomføring

Revisjonen er en del av DSA sine risikobaserte tilsyn og ble gjennomført for å kontrollere om gjeldende krav fastsatt i eller i medhold av forurensningsloven, strålevernloven og atomenergiloven overholdes, herunder tilhørende forskrifter og enkeltvedtak (tillatelse, godkjenninger) fattet av DSA. Rapporten gir for øvrig ingen fullstendig tilstandsvurdering av UiO.

Tema og formål for revisjonen var å kontrollere UiOs håndtering av radioaktivt avfall, radioaktive utslipp og internkontroll. I tillegg ble det ført kontroll med at tillatelse TU20-03-1 til utslipp av radioaktive stoffer og håndtering av radioaktivt avfall ble overholdt.

Det ble gjort kontroll med virksomhetens godkjenning for omfattende forskningsmessig strålebruk (godkjenningsnummer GD05-16), godkjenning for bruk av akselerator (godkjenningsnummer GH05-5), godkjenning for tilvirkning av radioaktive strålekilder (godkjenningsnummer GK15-3) og godkjenning for bruk av åpne strålekilder med aktiviteter som krever type A isotoplaboratorium (godkjenningsnummer GN10-6).

Det ble gjort kontroll av at krav til sikkerhetskontroll (safeguards) er i tråd med norsk regelverk og internasjonale forpliktelser.

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

- Organisasjonskart og organisering innen strålevern og radioaktiv forurensning.
- Funksjons- eller stillingsbeskrivelse for personell som arbeider med radioaktive kilder, inkludert nukleært materiale, og radioaktivt avfall på forskjellige nivåer i virksomheten.
- Intern oversikt over åpne radioaktive strålekilder ved Kjemisk institutt og ved Institutt for medisinske basalfag, eller referanse til oversikt i DSAs meldesystem for strålekilder (EMS).
- Inventarliste over nukleært materiale med vektorer som angitt i § 4 i forskrift om besittelse, omsetning og transport av nukleært materiale og flerbruksvarer.
- Prosedyrer og instruksjoner for håndtering av åpne radioaktive strålekilder ved bruk i isotoplaboratorier.
- Dokumentasjon kilde [REDACTED]
- Dokumentasjon kilde [REDACTED]

Tilsynet ble innledet med åpningsmøte der DSA presenterte seg, og tilsynets hensikt og tema ble presentert i tillegg til aktuelt lovverk samt definisjoner av avvik og anmerking. Møtet ble avsluttet med presentasjon av UiO.

Det ble gjennomført befaringsbesøk av laboratorier, lagring av radioaktive kilder, nukleært materiale og avfallslager for radioaktivt avfall ved Kjemisk institutt, Fysisk institutt og Institutt for medisinske basalfag. Det ble gjennomført intervjuer med ansatte som besitter berørte roller ved de tre instituttene. Hovedinntrykk og observasjoner ble oppsummert i et sluttmøte. I sluttmøtet ble avvik og anmerkninger presentert, og det var en mulighet for å avklare misforståelser.

4. Hovedinntrykk og observasjoner fra tilsynet

DSAs tilsynspersonell ble tatt godt imot under tilsynet. UiO var imøtekommende og la til rette for at tilsynet kunne gjennomføres etter oppsatt plan. Alle spørsmål ble besvart, og all dokumentasjon ble gjort tilgjengelig.

UiO har 7 200 ansatte og 26 000 studenter fordelt på 8 fakulteter, 2 museer, universitetsbibliotek og fellesadministrasjonen. Det ble ført tilsyn ved tre institutter fordelt på to fakulteter; Det

matematisk--naturvitenskapelige fakultet (Fysisk institutt og Kjemisk institutt) og Det medisinske fakultet (Institutt for medisinsk basalfag). Instituttene er delt inn i seksjoner eller avdelinger med seksjons-/avdelingsledere og i noen tilfeller forskningsgrupper med forskningsgruppeledere. Sentral strålevernkoordinator er plassert i enhet for HMS og beredskap, som er underlagt universitetsdirektøren. Lokale strålevernkoordinatorer er plassert organisatorisk i de enhetene med kilder i bruk.

UiO har integrert strålevern i sin internkontroll både sentralt og lokalt, og det er utarbeidet lokale instruksjoner og prosedyrer relatert til strålevern og arbeid med radioaktive stoffer. Det er gode rutiner for opplæring innen strålevern, og oppfølging av persondosimetri er godt ivaretatt.

UiO har godkjenninger etter strålevernforskriften § 9 for industriell radiografi (GA05-94), omfattende, ikke-medisinsk forskningsmessig strålebruk (GD05-16), bruk av akselerator (GH05-5), tilvirkning av radioaktive strålekilder (GK15-3), anskaffelse og bruk av åpne radioaktive strålekilder som krever type A isotoplaboratorium (GN10-6).

UiO har tillatelse TU20-03-1 etter forurensningsloven § 11 til utslipp av radioaktive stoffer og håndtering av radioaktivt avfall.

Under befaring ble det tatt full optelling av nukleært materiale og nuklideverifikasjon av utvalgte enheter ved Fysisk institutt, Kjemisk institutt og Institutt for medisinske basalfag. Nukleært materiale ved Norsk senter for molekylærmedisin (NCMM) ble ikke verifisert, fordi det ikke ble foretatt befaring til dette instituttet. DSA minnet om at det som avhendes av nukleært materiale, også skal meldes til DSA i henhold til i forskrift om nukleært materiale mm. § 4.

Under befaringene ble prosedyrer for håndtering av radioaktivt avfall og lagring av radioaktivt avfall kontrollert.

4.1. Befaring ved Fysisk institutt

Det ble gjennomført en befaring av Oslo Cyclotron Laboratory (OCL) med tidligere og nåværende lokal strålevernkoordinator. Persondosimeter ble delt ut til alle besøkende. Inngangen til lokalene til OCL er begrenset med adgangskontroller med [REDACTED]

[REDACTED] Adgang til eksperimenthallen er ytterligere begrenset, og dette gis til studenter etter godkjent og dokumentert opplæring. Innenfor Eksperimenthallen er syklotronen (Scanditronix), som driftes av ingeniører, og ingen studenter har tilgang dit alene. Ved bestråling stenges Eksperimenthallen, og det finnes [REDACTED] På utsiden av Eksperimenthallen er det en overgangssone for kontaminasjonskontroll med gammaprobe, og i denne sonen viser skjermer kontinuerlig doserateovervåking inne i Eksperimenthallen og syklotronen.

Det har ikke vært tilvirket strålekilder ved syklotronen på flere år, fordi Norsk Medisinsk syklotronsenter (NMS) har overtatt denne produksjonen ved sitt anlegg ved Rikshospitalet på Gaustad. De fleste forsøk og arbeid foregår i Eksperimenthallen ved CACTUS/SiRi-detektoren.

Inventarliste for nukleært materiale ble kontrollert. [REDACTED]

Det er et pågående arbeid med etablering av et laboratorium klasse B i tilknytning til syklotronen. Laboratoriet vil være tilgjengelig for flere institutter og virksomheter, blant annet Farmasøytisk institutt, Kjemisk institutt, NMS og IFE. Laboratoriet har ikke blitt tatt i bruk enda, og det ble uttrykt interesse for en befaring av DSA for å kontrollere at utformingen av laboratoriet er i henhold til krav i strålevernforskriften. DSA oppfordrer UiO til å ta kontakt angående veiledning.

Det er utarbeidet en egen håndbok for arbeid ved OCL. Det gjennomføres ukentlige driftsmøter, og det føres teknisk loggbok over arbeid og vedlikehold ved syklotronen. I denne loggboken føres det også kontrollmålinger i etterkant av vedlikeholdsarbeid.

Det lagres ikke radioaktivt avfall ved OCL, fordi bestrålt materiale settes til henfall før det gjenbrukes.

4.2. Befaring ved Kjemisk institutt

Strålevernsgruppen ved kjernefysi deltok på befaringen. Befaringen var tenkt å gjennomføres på rommene VK27 og VK29, som begge er klassifisert som type A isotoplaboratorier i henhold til strålevernforskriften § 27. Arbeid ved disse laboratoriene er stanset som følge av at forskningsprosjektet som krevde A-lab klassifisering ble avsluttet i 2023. Laboratoriene er permanent nedklassifisert til type B (B-lab). Det er ikke planlagt å gjenoppta arbeid med aktiviteter som krever laboratorier med type A-klassifisering. Det kommer derfor ikke til å søkes om fornyelse av godkjenning GN10-6 når denne utløper den 31.12.2025.

Befaringen ved Kjemisk institutt ble gjennomført ved VK25, som er klassifisert som et isotoplaboratorium type B i henhold til strålevernforskriften § 27. Inngang til det kontrollerte området er definert med overgangssone som er felles for VK25, VK27 og VK29. Slusen var tydelig inndelt i soner for skifte av sko/skotrekk og frakk, hånd- og fotmonitor, og håndvask og nøddusj. Persondosimeter ble delt ut til besøkende. Overgang til aktivt område var tydelig merket med advarselsskilt, og laboratoriet var utformet med jevne overflater som var lette å rengjøre. B-laben hadde redusert lufttrykk mot omgivelsene. Laboratoriet møter krav til utforming i henhold til strålevernforskriften §§ 28 og 29.

Inventarliste for nukleært materiale ble kontrollert. Det ble også gjennomført måling av utvalgte enheter der nuklidene ble identifisert. Målingene viste seg å være i overenstemmelse med inventarlisten. I tillegg til inventarlisten ble det materialet som [REDACTED] fremdeles har lagret ved UiO, verifisert. Lager for oppbevaring av nukleært materiale var tydelig merket med varselsskilt, og definert med overgangssone med obligatorisk skifte av sko/skotrekk. Sikringen av strålekilder møter krav til oppbevaring i henhold til strålevernforskriften § 25.

DSA stilte spørsmål til innkjøp av nukleært og radioaktivt materiale som UiO har gjort på vegne av andre virksomheter, blant annet [REDACTED]. UiO forklarte at bakgrunnen for dette var at virksomhetene i utgangspunktet skulle leie laboratorier hos UiO, og det ville derfor være riktig at UiO sto som eier av materialet.

Lager for radioaktivt avfall ble kontrollert. Det kunne vises til oversikt over lagret avfall og at radioaktivt avfall ble deklart årlig. Prosedyrer for håndtering av radioaktivt avfall ved Kjemisk institutt ble gjennomgått.

System for kontroll og overvåking av utslipp til luft ble befart. Utslipp til luft overvåkes kontinuerlig, og det opplyses om at ventilasjonsanlegget/filtrene fungerer som de skal.

4.3. Befaring ved Institutt for medisinske basalfag (IMB)

Ved IMB er arbeid med åpne radioaktive strålekilder med aktiviteter eller aktivitetskonsentrasjoner under unntaksgrensen og det settes ikke krav om laboratorieklasser A, B eller C jf. strålevernforskriften § 27 tredje ledd. Befaringen la hovedvekt på oppbevaringsplass for kilder og radioaktivt avfall, men det ble også gjennomført befaring ved laboratorier det arbeides med strålekilder, samt isotoplaboratorier type C som ikke er i bruk. Det noteres at utformingen av laboratoriet møter krav i henhold til strålevernforskriften.

Ved instituttets fire avdelinger er det til sammen 31 forskningsgrupper i de ulike seksjonene, og tre av disse gruppene jobber med radioaktive stoffer. Det er gruppeleder/forsker som har oversikt over, tilgang til og bestiller kilder, og er den som fører intern kildeoversikt. Ved IMB er [REDACTED] strålekilder oppbevart i låste rom/skap, og det er kun gruppeleder/forsker som har tilgang. Det foreligger gode

interne oversikter over kilder ved IMB, og gode rutiner for opplæring innen strålevern. Inventarliste for nukleært materiale ble kontrollert, og funnet å være i orden.

Lagring av radioaktivt avfall ved instituttet ble kontrollert under befaring. Prosedyrer for håndtering av radioaktivt avfall ble gjennomgått ved de ulike laboratoriene, og ble funnet i orden.

Det ble informert om at det i 2023 ble avhendet en del [REDACTED] Bakgrunnen for avhendingen var at virksomheten dette året fokuserte på å identifisere og levere inn radioaktive kilder som tidligere ikke var innrapportert. DSA minnet om at det som avhendes av nukleært materiale, også skal meldes til DSA.

5. Funn under tilsynet - avvik og anmerkninger

5.1. 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.
- Kommentar – benyttes for å forklare eller underbygge avvik eller anmerkninger.

5.2. Avvik

Avvik 1: UiO er i besittelse av nukleært materiale uten løyve.

Avvik fra:

Forskrift om besittelse, omsetning og transport av nukleært materiale og flerbruksvarer § 3.

Beskrivelse av krav:

Det følger av forskrift om besittelse, omsetning og transport av nukleært materiale og flerbruksvarer § 3 at ingen må besitte, omsette eller transportere nukleært materiale uten løyve fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Observasjoner under tilsynet og vår vurdering:

UiO besitter nukleært materiale (anrikt uran og plutonium) uten løyve.

Avvik 2: UiO har ikke overholdt meldeplikten for naturlig uran, utarmet uran og thorium som avhendes.

Avvik fra:

Forskrift om besittelse, omsetning og transport av nukleært materiale og flerbruksvarer § 4

Beskrivelse av krav:

Det følger av forskrift om besittelse, omsetning og transport av nukleært materiale og flerbruksvarer § 4 at det gjelder meldeplikt for å besitte, omsette eller transportere nukleært materiale.

Observasjoner under tilsynet og vår vurdering:

Det ble under tilsynet avdekket at flere institutt ved UiO har nukleært materiale som avhendes til Institutt for energiteknikk (IFE) årlig. Dette har opp gjennom årene ikke blitt rapportert til DSA.

Avvik 3: Kjemisk institutt mangler risikovurdering knyttet til håndtering av radioaktivt avfall og utslipp av radioaktive stoffer.

Avvik fra:

Tillatelse TU20-3-1, punkt 5.2 *Internkontroll*
Internkontrollforskriften § 5 nr. 6

Beskrivelse av krav:

Det følger av internkontrollforskriften at virksomheten skal kartlegge farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risiko, samt utarbeide tilhørende planer og tiltak for å redusere risikoforholdene.

Observasjoner under tilsynet og vår vurdering:

Kjemisk institutt informerte under tilsynet om at det er gjennomført risikovurderinger knyttet til enkelte prosjekter. Kjemisk institutt kunne imidlertid ikke dokumentere at det er gjennomført en helhetlig risikovurdering knyttet til håndtering av radioaktivt avfall og utslipp av radioaktive stoffer ved instituttet, inkludert eventuelle risikoreduserende tiltak.

Avvik 4: Institutt for medisinske basalfag (IMB) mangler risikovurdering knyttet til håndtering av radioaktivt avfall og utslipp av radioaktive stoffer.*Avvik fra:*

Tillatelse TU20-3-1, punkt 5.2 Internkontroll
Internkontrollforskriften § 5 nr. 6

Beskrivelse av krav:

Det følger av internkontrollforskriften at virksomheten skal kartlegge farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risiko, samt utarbeide tilhørende planer og tiltak for å redusere risikoforholdene.

Observasjoner under tilsynet og vår vurdering:

Institutt for medisinske basalfag (IMB) informerte under tilsynet om at det er gjennomført risikovurderinger knyttet til de enkelte forskningsgruppene sine prosjekter i kombinasjon med prosedyrer for studiene. IMB kunne imidlertid ikke dokumentere at det er gjennomført en helhetlig risikovurdering knyttet til håndtering av radioaktivt avfall og utslipp av radioaktive stoffer ved instituttet, inkludert eventuelle risikoreduserende tiltak.

Avvik 5: U-238 (uranylacetat) ved Institutt for medisinske basalfag (IMB) er ikke tilstrekkelig sikret mot adgang fra uvedkommende.*Avvik fra:*

Strålevernforskriften § 25 bokstav c

Beskrivelse av krav:

Virksomheten er ansvarlig for at radioaktive strålekilder oppbevares forsvarlig. Dette innebærer blant annet at oppbevaringsplassen skal være sikret mot adgang fra uvedkommende, jf. strålevernforskriften § 25 bokstav c.

Observasjoner under tilsynet og vår vurdering:

Ved IMB er de fleste strålekilder oppbevart i låste rom, og det er kun gruppeleder/forsker som har tilgang til nøkler. Uranylacetat oppbevares to forskjellige steder ved IMB, hvor det ene er avlåst mens det andre stedet er i [redacted]. Dette anses ikke som tilstrekkelig sikring av kildene, jf. strålevernforskriften § 25 bokstav c. Instituttet påpeker avviket selv og har allerede planlagt å sikre disse i en safe.

Avvik 6: Fysisk institutt mangler beredskapsplan for ulykker og uønskede hendelser ved Oslo Cyclotron Laboratory (OCL).*Avvik fra:*

Strålevernforskriften § 19

Beskrivelse av krav:

Virksomheten skal, på grunnlag av en risikovurdering, utarbeide en beredskapsplan og gjennomføre tiltak for å opprettholde evnen til å håndtere ulykker og unormale hendelser, jf. strålevernforskriften § 19. Beredskapsplan må inneholde varslingsrutiner i slike situasjoner.

Observasjoner under tilsynet og vår vurdering:

Ved OCL er det utarbeidet en egen håndbok for arbeid ved OCL, og det foreligger standard operating procedures (SOP) for flere områder. Det mangler beredskapsplan for ulykker og uønskede hendelser, jf. strålevernforskriften § 19. Strålevernskoordinator påpeker at dette er et planlagt arbeid som skal igangsettes i forbindelse med utarbeidelse med en digital plattform for opplæring, prosedyrer og retningslinjer.

5.3. Anmerkninger**Anmerkning 1: Virksomheten og de enkelte instituttene sitt styringssystem er sårbart.***Observasjoner under revisjonen og vår vurdering:*

Under tilsynet kom det frem at hvert institutt har egne rutiner for lagring av prosedyrer, risikovurderinger, dokumentasjon av opplæring innen strålevern m.m. Disse dokumentene er delvis lagret på personlige PCer, på papir i permer, felles mapper på nettverk eller teams. Dokumentene er ikke lagret digitalt på et sentralt fellesområde. Dette gjør at UiO og instituttene er sårbare for at informasjon kan gå tapt, for at ikke alle involverte har nødvendig informasjon tilgjengelig og at informasjon om oppdaterte dokumenter ikke deles effektivt.

Anmerkning 2: Standard operating procedures (SOP) må revideres og tilpasses dagens arbeid.*Observasjoner under revisjonen og vår vurdering:*

Det foreligger risikovurderinger og prosedyrer for de enkelte arbeidsoperasjoner både ved Kjemisk institutt og Fysisk institutt. Noen av prosedyrene trenger derimot en revidering av innhold og tilpasses dagens arbeid. Dette er også påpekt selv av strålevernskoordinatorer ved begge institutter.

Anmerkning 3: Det er uoverensstemmelser med intern kildeoversikt og EMS på nukleært materiale.*Observasjoner under revisjonen og vår vurdering:*

Det foreligger gode interne oversikter over nukleært materiale, men de stemmer ikke overens med EMS ved OCL (strålevernskoordinator kan vise i etterkant).

Anmerkning 4: Stoler i tekstilstoff bør ikke benyttes ved laboratorier hvor det arbeides med åpne radioaktive kilder.*Observasjoner under revisjonen og vår vurdering:*

Ved IMB er det gjennomført risikovurderinger på at arbeidet med åpne radioaktive kilder har aktiviteter eller aktivitetskonsentrasjoner under unntaksgrenser, og det settes derfor ikke krav om laboratorieklasser A, B eller C, jf. strålevernforskriften § 27 tredje ledd. Det noteres at utformingen av lokaler likevel møter krav i henhold til strålevernforskriften med unntak av arbeidsstoler med sete av tekstiler ved laboratoriet for arbeid med [REDACTED]. Det ble gjennomført omfattende kontaminasjonskontroll av laboratoriet for 6 måneder siden som ikke ga utslag, men det påpekes og anbefales at alle overflater på laboratoriet lett skal kunne rengjøres.

6. Oppfølging etter tilsynet

UiO må snarest rette avvikene, og sende DSA en skriftlig tilbakemelding som viser hvordan avvikene er rettet, senest innen 27.09.2024.

Vi ber om at dere sender all skriftlig tilbakemelding til dsa@dsa.no ved saksbehandler Camilla K. M. Winterstad. Merk eposten med referanse 24/00317.

DSA anser tilsynet som avsluttet når vi har mottatt dokumentasjon på at alle avvik er tilfredsstillende rettet.

7. Offentlighet i forvaltningen

Tilsynsrapporten er offentlig og legges ut på våre nettsider www.dsa.no.

Dokumentet er elektronisk godkjent.