

Helse- og omsorgsdepartementet
postmottak@hod.dep.no

Kristiansand, 23.9.2016

Smittevern i kommunene

Vi viser til rapporten «Smittevern i kommunene», oversendt departementet fra Folkehelseinstituttet 30.6.2016. *Smittevernlegene* organiserer smittevernansvarlige kommuneleger i en rekke av landets små og store kommuner. Vi arbeider for et godt smittevern i alle landets kommuner.

Rapporten og den eventuelle oppfølgingen av den er derfor av stor interesse for oss. Derfor vil vi i dette brevet forklare hvordan vi mener statlige etater kan bidra til bedre smittevern i kommunene. Vi vil også kommentere rapporten direkte.

Temaet for rapporten var hovedsak på vårt årsmøte i april, og rapporten har siden vært studert nøye av våre medlemmer. Utkast til dette brevet har vært på høring i hele vårt nettverk. Vi ber om at departementet tar våre synsmåter med i det videre arbeidet.

1. Innledning

Prosjektet var en bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet til Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet med følgende mandat:

1. Kartlegge kommunenes utfordringer på smittevernområdet og erfaringer med smittevernarbeidet – hva er situasjonen i dag?
2. Gjennomgå kommunenes framtidige behov/forbedringspunkter – hva er målet/målene?
3. Foreslå tiltak og endringer som kan heve kvaliteten i smittevernarbeidet i kommunene, inkludert økonomiske og administrative konsekvenser.

Arbeidsgruppa ved Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har gjort et omfattende arbeid med blant annet spørreundersøkelser og intervjuer med kommuneleger. Medlemmer i vårt nettverk har deltatt i prosjektgruppe og referansegruppe og har besvart undersøkelser og latt seg intervju. Sluttresultatet er likevel i hovedsak preget av synsmåtene til de to statlige etatene, og bare disse står ansvarlige for innholdet.

Nedenfor gir vi vårt syn på hovedområdene i smittevernet: overvåking, kunnskapsutvikling, rådgivning og organisering og lovverk før vi kommenterer rapportens forslag.

2. Overvåking

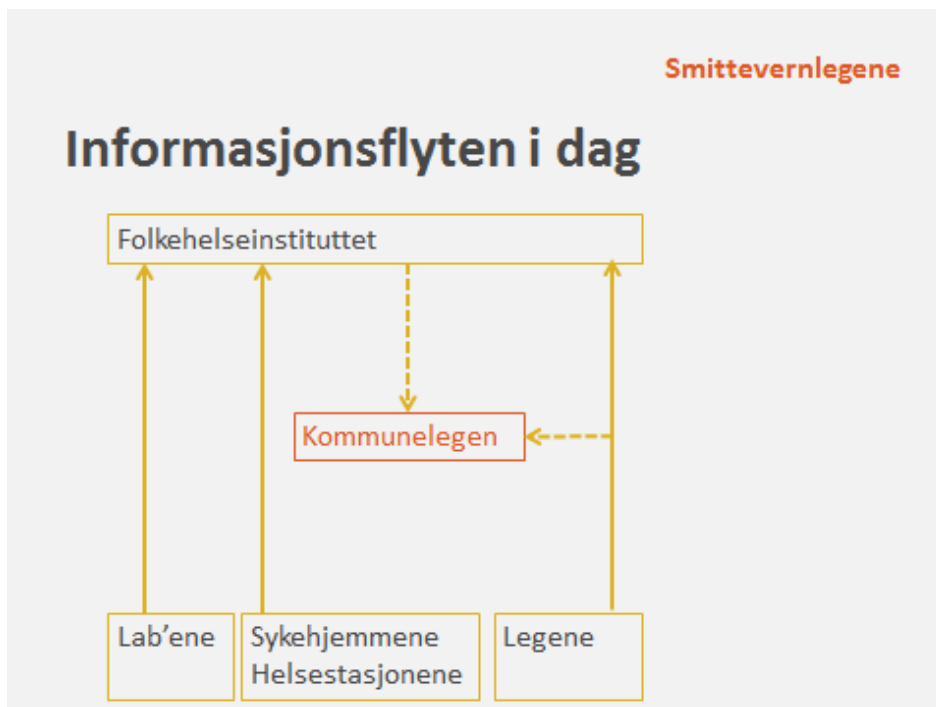
Med overvåking mener vi den løpende innsamlingen, sammenstillingen, analysen og vurderingen av data om forekomst av smittsomme sykdommer i kommunen og bruken av denne informasjonen som grunnlag for smittevernet: informasjon for handling.

Dagens bilde

Etter smittevernloven §§ 7-1 og 7-2 skal kommunen eller kommunelegen «skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen» og «ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen».

Vi mener at denne plikten er overholdt dersom kommunelegen benytter opplysningene som kan skaffes fra de offisielle overvåkingssystemene (MSIS, NOIS osv.). Vi mener at loven ikke forutsetter at kommunen oppretter egne systemer i tillegg; det er jo også forbudt etter smittevernloven § 2-3 femte ledd.

For de fleste helseregistrene med relevans for smittevernet, som MSIS, NOIS, NORM, RAVN, Reseptregisteret (NorPD) og SYSVAK, går ikke informasjonen fra helsetjenesten via kommunelegen, men direkte til Folkehelseinstituttet, som figuren under viser.



I det viktigste overvåkingssystemet i smittevernet, MSIS, går informasjonen fra allmennpraktiserende leger, sykehusleger og medisinsk-mikrobiologiske laboratorier direkte til Folkehelseinstituttet og med kommunelegen bare som kopimottaker. Når det så viser seg at denne kopiforsendelsen fungerer langt fra optimalt, sitter Folkehelseinstituttet med MSIS igjen med bedre epidemiologiske oversikt for en kommune enn det kommunelegen selv har. Dette er jo bakgrunnen for at enkelte kommuneleger, i en juridisk gråsoner, har avtalt med sitt lokale medisinsk-mikrobiologiske laboratorium at de løpende kan få opplysninger om de sykdomstilfeller som laboratoriet melder til MSIS.

Som tabellen under viser, er det nokså begrensede data om smittevernforhold som rutinemessig tilflyter kommunene fra helseregistrene.

Smittevernlegene			
Data på kommunenivå i dag			
Kilde	Aggregerte, regelmessige rapporter	Annet som leveres automatisk	Annet som kan hentes ut
Varsling	Nei	Ja	Nei
MSIS	Ja, årlig	(Meldingskopier)	Ja, msis.no og søke data
NOIS	Ja, halvårlig	Nei	Ja, søke datautlevering
SYSVAK	Ja, årlig	Nei	Ja, søke datautlevering
NORM/RAVN	Nei	Nei	Ja, søke datautlevering
NorPD	Nei	Nei	Ja, søke datautlevering
Sykdomspulsen	Nei	Nei	Nei

Dagens system innebærer at den «løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen» som kommunelegen er forpliktet til å ha, er en nokså begrenset oversikt og at selv denne begrensede oversikten er vanskelig å oppnå siden systemene fungerer dårlig.

Det kan se ut til at utbyggingen av overvåkingssystemer (i form av helseregistre) på smittevernområdet har vært mer motivert av et ønske om oversikt og forskningsdata på statlig nivå enn raske, gode og tilgjengelige data for kommunelegene.

Hovedproblemet er altså ikke at data mangler, men at data mangler hos dem som trenger dem, nemlig kommunelegene. Dette må forbedres.

Ønskede forbedringer

Vi foreslår følgende nye systemer og forbedringer av gamle for å sette kommunelegene i bedre stand til å følge smittesituasjonen i sine kommuner:

Varsling

Varsling til kommunelegen, jf. MSIS-forskriften kapittel 3, er i dag og vil i overskuelig framtid være hovedgrunnlaget for kommunelegens kunnskap om og raske håndtering av **viktige, akutte smittesituasjoner i kommunen**. Dessverre fungerer ikke varslingsrutinene optimalt. Vi foreslår tre forbedringer:

- Minne leger i og utenfor sykehus samt medisinsk-mikrobiologiske laboratorier, Mattilsynet og Folkehelseinstituttet om at de *må* ringe kommunelegen når de blir klar over et utbrudd, et tilfelle av varslingspliktig sykdom eller andre akutte forhold i kommunen.
- Se over og forenkles paragrafene i kapittel 3 i MSIS-forskriften. Det er mange ulike plikter, pliktsubjekter og mottakere av varsler. Kan noen av dette harmoniseres mer?
- Føy følgende sykdommer til lista over varslingspliktige sykdommer i merknaden til § 3-1 i MSIS-forskriften:

- **Lungetuberkulose**, fordi kommunelegen må starte informasjon og smitteoppsporing umiddelbart.
- **Hepatitt A**, fordi kommunelegen må starte informasjon og immunisering av smittekontakter umiddelbart, særlig hvis tilfellet er knyttet til barnehage, skole, institusjon eller serveringssted, eller skyldes en matvare som frembys i Norge.
- **Tyfoidfieber**, fordi kommunelegen må starte informasjon og smitteoppsporing umiddelbart.

Løpende oversikt

Det trengs systemer som gir kommunelegen hyppige oppdateringer om smittesituasjonen i kommunen. Vi ser for oss at kommunelegen én gang i uka får tilsendt følgende, eventuelt som en lenke til en passordbeskyttet side:

- Liste med personidentitet over siste ukes sykdomstilfeller meldt til MSIS (til erstatning for dagens meldingskopi).
- Figur eller tabell med oversikt over siste ukes konsultasjoner hos fastlegene for influensa, gastroenteritter og andre relevante syndromer; data fra Sykdomspulsen.
- Figur eller tabell med oversikt over siste ukes undersøkte prøver for og påvisninger av smittestoffer fra det lokale medisinsk-mikrobiologiske laboratoriet, evt. via en nasjonal mikrobiologidatabase.

I tillegg må de samme systemene ha en funksjon som varsler kommunelegen ved uvanlige opphopninger. Kommunelegen må også ved behov kunne be om ekstra tilsendinger ut over den faste, ukentlige.

Oversikt over helsetilstanden

Det trengs et bedre system for å gi kommunelegen den større oversikten over smittesituasjonen i kommunen, til bruk for kommunelegens årsoppgjør og for planleggingsformål. Vi ser for oss at Folkehelseinstituttet for hver kommune lager en årlig utskrift med detaljerte data fra MSIS, SYSVAK, NorPD, NORM/RAVN og Dødsårsaksregisteret.

I tillegg må kommunelegene få verktøy for å spørre databasene om data vedrørende egen kommune.

I samband med tuberkuloseundersøkelser av asylsøkere som stadig flyttes mellom asylmottak har vi erfart at det kunne vært nyttig med en nasjonal oversikt over alle med påvist latent tuberkulose, altså kronisk, symptomfri og latent tuberkuloseinfeksjon. Dette kan oppnås ved å gjøre latent tuberkulose, definert som positiv IGRA-test, meldingspliktig til MSIS.

3. Kunnskapsutvikling

Smittevernet må bygge på et solid kunnskapsfundament. Altfor lite av smittevernforskningen i Norge dreier seg om utfordringer i kommunene. Vi tror dette kan løses ved at Folkehelseinstituttet i større grad enn i dag søker samarbeid med kommuner om forskning innen smittevernet og velger forskningsspørsmål som er relevante for det kommunale smittevernet. Slike spørsmål kan for eksempel være:

- Hva er årsakene til foreldres vaksinenøling?
- Hvor effektive er tiltak mot norovirusykdomsutbrudd?
- Hvor effektive er tiltak mot influensa?
- Hva er effekt og bivirkninger av tiltak mot MRSA-spredning?

4. Rådgivning

Dagens bilde

Rapporten underbygger vårt inntrykk: Kommunelegene ser på Folkehelseinstituttet som sin primære støtte i smittevernarbeidet. Folkehelseinstituttet er smittevernets andrelinjetjeneste (og tredjelinjetjeneste). Andre aktører, som fylkesmannen, sykehusene og Helsedirektoratet oppleves som mindre relevante og benyttes lite. (Et unntak er at en del kommuner kjøper bistand fra sitt lokale sykehus til sykehushygiene tjenester for kommunens sykehjem.) De fleste kommunelegene har god erfaring med samarbeid med tuberkulosekoordinatorerne.

Rapporten viser også at det er en viss forvirring og misnøye ute blant kommunelegene om todelingen av rådgivning mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, senest eksemplifisert med informasjon fra de to hver for seg eller sammen om ebola-epidemien og zika-epidemien. Todelingen er vanskelig å forstå fra kommuneperspektivet. Hvilken tilleggsverdi er det Helsedirektoratet bringer? Hvor mye ressurser benyttes i koordineringen mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet før slik informasjon går ut, og hvor mye forsinkes informasjonen av denne prosessen? Når Helsedirektoratet er avsender, er det da dit vi skal henvende oss for tilleggsspørsmål? Og har Helsedirektoratet kompetanse til å besvare slike spørsmål?

Ønskede forbedringer

Vi foreslår at man bygger videre på Folkehelseinstituttet som den sentrale rådgiver for kommunene i smittevernet.

Vi ser ikke noen fordeler med å splitte dette rådgivningsansvaret på flere nasjonale eller regionale enheter, men flere ulemper: For det første risikerer man økt ressursbruk ved at flere enheter må ha beredskap for å kunne rådgi kommunene. For det andre risikerer man svar som spriker mellom rådgivende instanser. For det tredje kreves det ressurser for å samordne de ulike rådgivende instansene. Og for det fjerde vil Folkehelseinstituttet miste muligheten til å akkumulere kunnskap om lokale hendelser og lokale utfordringer. Slik kunnskap benyttes jo i dag som basis for ny rådgivning i veilederen og på kurs.

De viktigste måtene Folkehelseinstituttet kan støtte det kommunale smittevernet med rådgivning, er:

- Fortsatt enkel tilgang per telefon 24 timer i døgnet 7 dager i uka (**Smittevernvakta**) til gode råd i enkeltsaker
- Enda bedre veiledere på fhi.no:
 - Bruke **Smittevernveilederen** og **Vaksinasjonsveilederen** som kjernen for informasjon. Sørg for at de er kunnskapsbaserte og oppdaterte så vi slipper å lete andre steder på nettsidene.
 - Unngå overlapping og gjentakelser (eller motstridende opplysninger!) mellom veiledere.
 - Lag korte veiledere med maler for brev, informasjonsark, flytskjema mv.
- Kom ut og hjelp oss på stedet ved større hendelser gjennom **Feltepidemiologisk gruppe**.
- Lag flere aktuelle kurs, i tillegg til **Smitteverndagene** og **Vaksinasjonsdagene**, gjerne med strømming og gjerne i samarbeid med foreninger som jobber for smittevernet, som *Smittevernlegene*.

- Lag et nytt system for akutte varsler til kommunelegene om viktige hendelser slik at vi er de første som får vite om nye, viktige råd eller nye, farlige situasjoner. Se på CDCs [Health Alert Network](#) som en modell.

Så bør man også vurdere om dagens todeling av rådgivningen mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet er fornuftig. På strålevernområdet har man lyktes med å lage én etat som håndterer både «myndighetsrollen» og «fagrollen», nemlig Statens strålevern. Ved å flytte smittevernjuridisk kompetanse fra Helsedirektoratet til Folkehelseinstituttet kan man realisere et «statens smitteverninstitutt», slik smittevernloven § 7-9 omtaler Folkehelseinstituttet.

5. Organisering og lovverk

Dagens bilde

Slik vi ser det, fungerer smittevernet i kommunene ganske bra. Smittesituasjonen i Norge er meget god, men det dukker jo stadig opp hendelser som må håndteres. De fleste slike hendelser håndteres greit, men flere kommuner har pga sin størrelse små smittevernressurser. Da er støtten fra Folkehelseinstituttet, og i noen tilfeller Mattilsynet, meget viktig.

Smittevernloven fungerer i hovedsak meget bra. Det er ro rundt loven.

Vi ser dermed ikke behovet for ny organisering av smittevernet, flytting av oppgaver fra kommunene eller revisjon av smittevernloven. Det er mer snakk om justeringer.

Ønskede forbedringer

Organisering

Utfordringen med begrenset robusthet i smittevernet i noen kommuner kan løses ved at flere kommuner velger å inngå samarbeid om smittevernet, ved at kommunene prioriterer smittevernet høyere og ved enda sterkere støtte fra Folkehelseinstituttet. Vi tror altså ikke løsningen er å flytte ansvar fra kommuner til fylkeskommuner eller sykehus. Det kan diskuteres om kommunene gjennom et styre eller råd for Folkehelseinstituttet kan se til at instituttet virkelig bruker nok ressurser på støtten til kommunene.

Vi har i kapittel 4 over stilt spørsmål ved om det er hensiktsmessig at staten fordeler sine oppgaver i smittevernet, inkludert støtten til kommunene, på to etater. En enkel omorganisering kunne være å flytte Helsedirektoratets små smittevernressurser og –oppgaver til Folkehelseinstituttet. Allerede er instituttet myndighet på vaksinasjonsområdet og tuberkuloseområdet, og det kan nok være det på resten av smittevernområdet også.

Ellers er det klart at mange kommuner selv kan styrke sitt smittevernarbeid. Det trengs store nok stillinger for kommuneleger, og kommunelegen med smittevernansvar kan ha nytte av støtte fra en hygienesykepleier. Videre må fremdeles helsestasjonen og helsesøstrene ha smittevern som et viktig arbeidsområde. Staten må gjerne bidra til en tydeligere veiledning om hvilke ressurser som kreves i det kommunale smittevernet.

Lowverk

Vi ser ikke behov for en større revisjon av smittevernloven. Det kan fort bli et flerårig prosjekt som helt unødvendig lager mye støy på et område som er og bør forbli rolig. Det kan være nyttig å gjøre en risiko- og sårbarhetsanalyse for et slikt revisjonsprosjekt.

Vi har i kapittel 2 av dette brevet foreslått noen små endringer i regelverket for overvåkingen. Ut over dette, ser vi behov for bare enkelte endringer i smittevernloven eller dens forskrifter:

- Endringer i smittevernlovens bestemmelser om tvungen legeundersøkelse (§ 5-2) og tvungen isolering (§ 5-3). Vårt medlem, smitteverneverlege Tore W Steen, har gjennomgått erfaringene med disse bestemmelsene i perioden 1995-2013 og foreslår [i en artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening](#) enkelte justeringer for å forenkle kommunelegenes håndtering samtidig som smittevernet styrkes og rettssikkerheten bevares. Vi støtter disse forslagene.
- Vi har ovenfor drøftet den uheldige todelingen av smittevernansvar mellom to statlige etater og foreslått samling av ansvaret i Folkehelseinstituttet. En slik endring får følger for smittevernloven § 7-10 og for flere forskrifter, særlig IHR-forskriften.
- Sykdomslista i Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer bør gjennomgås – gjerne hvert femte år. Kriteriene i lovens § 1-3 er så vide at man i teorien kan klare å få enhver smittsom sykdom til å passe. Dermed er det i praksis behovet for de tiltak som utløses bare for allmennfarlige smittsomme sykdommer, som bestemmer om en sykdom kommer på lista eller ikke. Muligheten for gratis behandling, jf. lovens § 6-2 og forskriftene hjemlet i denne, har vært en viktig grunn til å ønske sykdommer på lista. Muligens bør bestemmelsene i forskriftene gitt med hjemmel i § 6-2 frikobles fra lista over allmennfarlige smittsomme sykdommer. Videre er vi betenkt over at bærerskap av MRSA – en helt bagatellmessig tilstand – er definert som allmennfarlig smittsom sykdom, med de plikter dette medfører for pasienten og med de assosiasjoner ordet «allmennfarlig» kan gi.
- Vi mener det kan være grunn til å se over Forskrift om forhåndsundersøkelse av arbeidstakere innen helsevesenet - antibiotikaresistente bakterier. Denne åpner for ganske vidtgående tiltak, i visse tilfeller nesten yrkesforbud, for helsepersonell som har blitt bærere av visse bakterier. Bestemmelsene medfører mye arbeid, men også mye engstelse blant helsepersonell, og dette vil øke etter hvert som resistente bakterier hyppigere blir påvist hos folk etter utenlandsreiser. Vi tror det kan være nyttig å gjennomgå kunnskapsgrunnlaget for så inngrepene tiltak på nytt og gjerne sammenlikne med tiltakene i sammenliknbare land.

6. Kommentarer til rapportens forslag

Rapporten fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet bygger på en omfattende kartlegging av oppfatningene i kommunene ved hjelp av spørreskjemaundersøkelser og intervjuer av et mindre antall kommuneleger. Funnene fra denne kartleggingen bekrefter våre inntrykk. Utfordringen er hvordan man løser de identifiserte utfordringene. Vi ser at rapporten bringer enkelte gode forslag som bygger tydelig på faktagrunnlaget. For andre forslag synes vi det er svakere sammenheng mellom funn og forslag til løsning.

Vi har følgende synspunkter på forslagene til tiltak i rapportens kapittel 7:

Kommunale og regionale tiltak

Forslag: Innføre plikt til kommunal døgnberedskap i smittevern.



Kommentar: Dette har vært foreslått før, og det er verdt å utrede. Forslaget bør ses i sammenheng med en plikt til generell samfunnsmedisinsk beredskap. Kostnadene må veies mot behovet. Erfaringen er at behovet er svært lite.

Forslag: Gi fylkeskommunen i oppgave å bistå kommunene med oversikt over smittesituasjonen.

Kommentar: Vi ser ikke helt hensikten med dette. Problemet er, som vi har vist i kapittel 2 over, at kommunen får for dårlige data fra Folkehelseinstituttet og de medisinsk-mikrobiologiske laboratoriene. Hvis dette løses, klarer nok kommunene å ha oversikt.

Forslag: Tydeliggjøre fylkesmannens rolle i smittevernloven

Kommentar: Vi ser ikke noe behov for å endre denne rollen. Fylkesmannen driver tilsyn, arrangerer årlige smittevernsamlinger for kommunene, formidler informasjon fra statlige etater og sammenstiller rapporter fra kommunene.

Forslag: Gjennomgå RHF'enes rolle i å bistå den kommunale smitteverntjenesten.

Kommentar: Smittevernloven § 7-3 samt spesialisthelsetjenestens generelle veiledningsplikt er vel tilstrekkelig.

Nasjonale/statlige tiltak

Forslag: Tydeliggjøre ansvarsforholdet mellom Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet vedrørende rådgivning.

Kommentar: Det er greit, men som vist ovenfor stiller vi spørsmål ved hensiktsmessigheten ved å ha to etater med rådgivningsansvar. Tydelighet kan oppnås også ved å ha bare én ansvarlig etat.

Forslag: Etablere en nasjonal mikrobiologisk laboratoriedatabase og et nasjonalt infeksjonsregister.

Kommentar: Vi har i kapittel 2 over beskrevet våre behov. Hvordan disse skal løses, er underordnet for oss. Vi vil imidlertid advare mot langvarige utviklingsprosjekter som løser våre behov først om 5-10 år. Vi vil også påpeke at vår erfaring er at nye nasjonale systemer ikke nødvendigvis gir oss som kommuneleger bedre data, jf. for eksempel NORM.

Forslag: Endre tvangsreglene i smittevernloven.

Kommentar: Dette er vi enig i, jf. vår kommentar under kapittel 5 over.

Forslag: Gjennomgå listen over varslingspliktige sykdommer.

Kommentar: Dette er vi enig i, jf. vår kommentar under kapittel 5 over.

Forslag: Innføre et nivå mellom smittsom sykdom og allmennfarlig smittsom sykdom for utløsning av fullmakter.

Kommentar: Dette ser vi ikke noe behov for, og vi er redd det kan skape mer forvirring. At en del av tiltakene i loven kan benyttes bare ved allmennfarlige smittsomme sykdommer, er fornuftig og en viktig sperre mot bruk av overdrevne tiltak. I loven § 7-10 andre og tredje ledd har Helsedirektoratet vide fullmakter til å iverksette tiltak uavhengig av om sykdommen er allmennfarlig eller ikke. Dessuten har loven allerede tre sykdomslistor (meldingspliktige sykdommer, varslingspliktige sykdommer og allmennfarlige smittsomme sykdommer) som er til dels overlappende, og som selv erfarne kolleger av og til blander sammen.

Forslag: Gjennomgå beredskapskjeden slik den er beskrevet i smittevernloven. Fylkeskommune, fylkesmann og de regionale helseforetakene må få sine roller presisert i smittevernloven.

Kommentar: Vi ser ikke behovet. Nasjonal helseberedskapsplan og lovverket beskriver arbeidsoppgavene til disse etatene.

Forslag: I tillegg må det vurderes om det er internasjonale forhold omkring IHR-forskriften, det europeiske arbeidet EU SHIPSAN ACT Joint Action om CBRN hendelsers betydning på maritim transport samt varslingsystemet SafeSeaNet Norways meldingsportal for rapportering for skip som ankommer norske havner og seiler i norske farvann regulerer forhold som bør løftes inn på lovnivå; dvs. inn i smittevernloven.

Kommentar: Vi ser ikke behovet og frykter mer byråkrati.

Forslag: Revidere smittevernloven.

Kommentar: Vi ser ikke behov for en større revisjon av smittevernloven, jf. kapittel 5 over. Det kan fort bli et flerårig prosjekt som helt unødvendig lager mye støy på et område som er og bør forbli rolig. Vi anbefaler at det gjøres en risiko- og sårbarhetsanalyse for et slikt revisjonsprosjekt.

7. Avslutning

Smittevernet i Norge skjer der folk bor – i kommunene. Kommunene med kommuneoverlegene som faglig ledende har ansvaret for smittevernet over alt, med et slags unntak for det som skjer inne i sykehusene. Kommunene støttes av statlige etater, som helseforetakene og Folkehelseinstituttet. Styrking av smittevernet i Norge er derfor langt på vei ensbetydende med styrking av det kommunale smittevernet, enten direkte eller indirekte ved at Folkehelseinstituttet og andre statlige etater styrker sin støtte til kommunene.

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har i den oversendte rapporten gitt et statlig syn på endringer av det norske smittevernet. I dette brevet har vi forsøkt å supplere departementets informasjonsgrunnlag med et syn nedenfra, altså fra kommunenivået. Vi håper det kan være til nytte i departementets videre arbeid. Vi stiller gjerne i et møte og deltar gjerne i den videre prosessen for å følge opp arbeidet.

På vegne av Smittevernlegene



Preben Aavitsland

Leder

Kopi:
Folkehelseinstituttet
Helsedirektoratet
KS

