



System for helseinformasjon for asylsøkere

Utredning av system og løsninger på kort og lang sikt.

Rapportens tittel: System for helseinformasjon for asylsøkere
Utredning av system og løsninger på kort og lang sikt.

Utgitt: 09/2016

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Divisjon Digitale Tjenester
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Forfattere: Liv H. Carlsen, seniorrådgiver Helsedirektoratet
Jon-Torgeir Lunke, seniorrådgiver
Direktoratet for e-helse.

Illustrasjon forside: © Copyright Johnér Bildbyrå AB

INNHold

INNHold	2
SAMMENDRAG	4
1. BAKGRUNN OG METODE	7
1.1 Bakgrunn og formål	7
1.2 Omfang og avgrensninger	9
1.3 Metode og gjennomføring	10
1.4 Definisjoner og begreper	12
2. UTFORDRINGER OG MÅL	13
2.1 Nullalternativet – dagens situasjon	13
2.2 Problembeskrivelse	19
2.3 Behovsbeskrivelse	22
2.4 Effektmål	23
3. BESKRIVELSE AV KORTSIKTIGE TILTAK	24
3.1 Metode og avgrensning	24
3.2 Identifiserte tiltak	24
3.3 Vurdering av tiltak for D-nummer, adresse og felles rutiner	25
3.4 Vurdering av konsept Manuelt helsekort for asylsøkere	32
3.5 Samlet vurdering og anbefaling	34
4. UTREDNING AV LANGSIKTIGE KONSEPT OG TILTAK	35
4.1 Metode og avgrensning	35
4.2 Juridisk- Rammer og forutsetninger for vurderingen av konseptene	37
4.3 Identifiserte konseptalternativ	40
4.4 Vurdering konsept 1: Dagens situasjon med tillegg av sikker identitet med D-nummer og tilgang til adresseinformasjon/oppholdssted for asylsøker.	40
4.5 Vurdering konsept 2: Felles EPJ installasjon med VPN	45
4.6 Vurdering konsept 3: Virtuelt legekantor/helsekantor hos UDI	51
4.7 Vurdering konsept 4: Kjernejournal	52
4.8 Vurdering konsept 5: Elektronisk helsekort for asylsøkere	55
4.9 Vurdering konsept 6: Tuberkuloseregister	61

INNHold

4.10	Konsept 7: Dagens løsning m/ bytt fastlegefunksjon/ elektronisk meldingsutveksling	66
4.11	Sammendrag av konseptvurderingene på e-helse	68
5.	ANBEFALING	71
5.1	Anbefaling	71
6.	VEDLEGG	72
6.1	Vedlegg 1 – FHI: Begrunnelse for tuberkulosescreening april 2016.	73
6.2	Vedlegg 2 – UDI: Oversikt over dagens mottakssystem for asylankomst	76
6.3	Vedlegg 3 – Prosjektets organisasjonskart	78
6.4	Vedlegg 4 –Manuelt helsekort.	80
6.5	Vedlegg 5 – Kriterier for konseptutredning langsiktige konsept (e-helse).	81
6.6	Vedlegg 6 – Oversikt over bidragsyttere til utredningen.	82

SAMMENDRAG

Denne rapporten beskriver utredningen av «*et system for å sikre at helseopplysninger til asylsøkere følger søkeren fra transittmottak til endelig bosetting/avslag og retur*». Utredningsarbeidet er et resultat av et prosjekt som ble opprettet i Helsedirektoratet i forbindelse med økt asylankomst høsten 2015. Oppdraget er senere gitt som del av tildelingsbrevet for 2016.

Prosjektet har vært et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet (FHI) med bidrag fra Utlendingsdirektoratet (UDI), Skatteetaten, Norsk Helsenett (NHN) og en rekke andre aktører.

Arbeidet er gjennomført i perioden november 2015 til april 2016.

Med den store økningen i asylankomster til Norge høsten 2015 opplevde helsetjenesten store utfordringer knyttet til flyten av helseinformasjon.

Økt asylankomst medførte behov for å opprette nye mottaksenheter/akuttovernattingsplasser i nye kommuner. Denne situasjonen har synliggjort sårbarhet i helsetjenestens systemer for å håndtere asylsøkeres helseinformasjon mens de er i transittfasen. Både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har opplevd store logistikkutfordringer som har vært tidkrevende og utfordret kravene til kvalitet og forsvarlighet i tjenestetilbudet.

En av hovedutfordringene er helsetjenestens manglende mulighet for overføring av informasjon for asylsøkere i transittfasen. De flyttes fra mottak til mottak uten mulighet til å etablere et fast kontaktpunkt med den kommunale helsetjenesten gjennom fastlege og helsestasjon.

Det er i utredningsarbeidet identifisert utfordringer i forhold til at asylsøkerne mangler felles identifikator i helsejournaler, det er mangelfull oversikt over lovpålagt tuberkulose screening, mangelfull oversikt over vaksinasjon og gjennomført helseundersøkelse og mangelfull tilgang til helseinformasjon.

Det er identifisert behov for felles ID-nummer i helsejournaler, bedre oversikt over adresseinformasjon og bedre rutiner og systemer for deling av helseinformasjon i helsetjenesten.

Det er utarbeidet kortsiktige løsninger for tidlig tildeling og tilgjengeliggjøring av D-nummer og mulighet for tilgang til adresseinformasjon for asylsøkere. Videre er det utarbeidet forslag til manuelt helsekort som kan implementeres på kort sikt.

I arbeidet er det vurdert flere langsiktige konsepter.

SAMMENDRAG

Konseptene er; K1 – Dagens løsning, K2 – Felles EPJ m/VPN, K3 – Virtuelt legekantor, K4 – Kjernejournal, K5 – Helsekort for asylsøkere, K6 – Tuberkuloseregister og K7 – elektronisk meldingsutveksling.

Konklusjonen anbefaler konsept K1, «dagens løsning», som er en videreføring av dagens løsning med utviklet funksjonalitet. Dette innebærer i hovedtrekk:

- Alle asylsøkere vil få tildelt D-nummer ved ankomst, og dette må integreres til bruk i helsetjenestens journalsystemer.
- Helsetjenesten får nødvendig tilgang til adresseinformasjon for håndtering av lovpålagt tuberkulosekontroll for asylsøkere.
- Funksjonalitet for elektronisk overføring av helseinformasjon

Alle de langsiktige konseptene er vurdert juridisk. Den juridiske oppsummeringen har vurdert hvilke konsept som ikke har rettslig grunnlag i dagens regelverk, og hvilke som kan være mulige innenfor regelverket.

De juridiske vurderingene er overordnede og basert på den informasjonen som til nå beskriver løsningene. Når det på et senere tidspunkt skal tas stilling til hvilke(t) konsept som det er ønskelig å gå videre med, må det gjøres nye og grundige vurderinger av hjemmelsgrunnlag og andre juridiske problemstillinger som løsning(en)e reiser.

De foreslåtte løsningene vil bidra til å sikre en rask og riktig identifisering av asylsøkere og gi bedre tilgangen til informasjon ved behov for samhandling om behandling. Videre vil løsningene bidra til en mer ressurseffektiv håndtering av asylsøkeres helseinformasjon og bedre måloppnåelse for asylsøkeres helsetjenester.

Prosjektet har av tidsmessige og kapasitetsmessige årsaker lagt til grunn en «forenklet analyse» i tråd med «Veileder i samfunnsøkonomiske analyser». Det er ikke gjort en fullstendig konseptevaluering og utredning. I en videre utredning av langsiktige konseptalternativer bør det derfor tas i bruk en bredere samfunnsøkonomisk tilnærming.

Rapporten *System for helseinformasjon for asylsøkere*, er et dokument som gir en oversikt over resultatet fra konseptutredningen og gir grunnlaget for en anbefaling av løsninger som kan realiseres på kort sikt (ila 2016) og mellomlang sikt (1-3år).

SAMMENDRAG

Sammendrag av hovedfunn

Vurdering av kortsiktige løsninger:

- Det anbefales at en løsning for tildeling av D-nummer ved ankomst etableres ved alle ankomstsenter, og at helsetjenesten får tilgang til utviklet løsning for oppslag av D-nummer i Folkeregisteret (PREG). Det bør vurderes en mulighet for at D-nummer trykkes på asylsøkerkortet.
- Det anbefales at Helsedirektoratet bidrar til å etablere en tjeneste for videreformidling av adresseinformasjon fra UDI databasen til helsetjenesten, og at UDI bidrar til å formidle nødvendig adresseinformasjon til kommunehelsetjenesten ved flytting av asylsøkere.
- Det anbefales at det etableres faste tidspunkt for gjennomføring av Tbc screening, vaksinasjon og anbefalt helseundersøkelse.
- Det bør vurderes å gjennomføre en pilot for å vurdere nytten av et manuelt helsekort.

Vurdering av de enkelte konsept for langsiktige løsninger:

- Konsept 1 (dagens situasjon med tilpasninger) er juridisk akseptabel, men krever implementering av D- nummer og tilgang til adresseinformasjon i samarbeid med UDI og Folkeregisteret (Skatteetaten)
- Konsept 2 (EPJ m/VPN) synes juridisk akseptabel, men krever mer utførlig vurdering av §9 i pasientjournalloven og håndtering av et omfattende avtaleverk. Anskaffelsen av systemet per se synes å ha en akseptabel kostnadsramme, men dette må verifiseres
- Konsept 3 (Virtuelt helsekontor) er juridisk ikke akseptabelt
- Konsept 4 (Bruk av kjernejournalplattformen). Ikke akseptabelt innenfor gjeldene rett og vil eventuelt kreve forskriftsendring. I tillegg kommer reservasjonsretten som gjør konseptet uhensiktsmessig i tråd med behov som skal dekkes
- Konsept 5 (Helsekort for asylsøkere) vil ikke kunne gjennomføres innenfor gjeldende lovverk, og vil antakelig kreve en lovendring
- Konsept 6 (tuberkuloseregister). Konseptforslaget ble først lansert av FHI, men deres råd senere i utredningen var å jobbe strategiske for et Nasjonalt infeksjonsregister og Nasjonal Lab-database. Juridisk kan det være mulig å etablere et nasjonalt behandlingsrettet tuberkuloseregister, som det anbefales å utrede videre, og ses opp mot FHI sin løsning.
- Konsept 7 (Dagens løsning med bruk av etablerte meldingsutveksling/-plattform). Ikke vurdert juridisk. Konseptet har spesiell avhengighet til løsningene en finner i Konsept 1.

1. BAKGRUNN OG METODE

1.1 Bakgrunn og formål

Den akutte situasjonen med stor økning i asylankomster høsten 2015 gjorde at Helsedirektoratet i oktober opprettet prosjektet: «Økt asylankomst – Helsedirektoratets koordinerende rolle». Oppdraget var forankret i tillegg nr. 44 til tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

En del av oppdraget var å koordinere helseforvaltningens innsats på direktoratsnivå mot Folkehelseinstituttet (FHI) og Fylkesmannen og mot andre etaters direktoratsnivå.

Den økte asylankomsten aktualiserte behovet for et system med bedre oversikt over asylsøkernes helseopplysninger og det ble under hovedprosjektet opprettet et delprosjekt som skulle «*Se på muligheten for et system som på tvers kan gi helhetlig oversikt over pasientinformasjon for denne gruppen av flyktninger*».

Delprosjektet ble kalt «System for helseinformasjon for asylsøkere» og skulle støtte hovedprosjektet gjennom å;

- Kartlegge dagens prosess og informasjonsflyt av asylsøkeres/flyktningers helseopplysninger
- Identifisere informasjonsbehov
- Identifisere mulige kortsiktige løsninger inkludert digitale løsninger
- Identifisere mulige langsiktige løsninger inkludert digitale løsninger

Arbeidet skulle både gi direkte råd og veiledning til aktørene i den aktuelle situasjonen og bidra med koordinering i gjennomføring av kortsiktige løsninger. Det skulle samtidig gi grunnlag for et mer langsiktig arbeid for å møte fremtidige eventuelle helseinformasjons- og kapasitetsutfordringer.

I prosjektet ble også følgende oppdrag fra tildelingsbrevet 2016 fra HOD innlemmet:

«Utrede et system for å sikre at helseopplysninger til asylsøkere følger søkeren fra transittmottak til endelig bosetting/avslag og retur. Helsedirektoratet må vurdere tidsfrist og behov for å dele opp oppdraget i kortsiktige og langsiktige løsninger.»

1.1.1 Lovpålagte og anbefalte helsetjenester til asylsøkere

Helsedirektoratet har en veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente (IS-1022). Den gir en samlet oversikt over lovpålagte og anbefalte helseundersøkelser til asylsøkere fra ankomst til bosetting i kommune. Veilederen henviser blant annet til relevante faglige råd og anbefalinger fra Folkehelseinstituttet.

Rettigheter, ansvar, organisering og finansiering av helsetjenester til asylsøkere

Asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente har samme rett til helsetjenester som den øvrige befolkningen. Retten til helsehjelp for asylsøkere gjelder fra de kommer til Norge for å søke asyl. Rettighetene omfatter både somatisk og psykisk helsehjelp fra kommune- og spesialisthelsetjeneste, inkludert hjelp for rusmiddelproblemer.

Alle barn under 18 år har rett til både helse- og omsorgstjenester, som helsestasjons- og skolehelsetjenesten og spesialisthelsetjenester.

Kommunen har ansvar for at de som oppholder seg i kommunen får helsehjelp og asylsøkere har fulle rettigheter til helsehjelp fra kommunen. De regionale helseforetakene skal sørge for at det tilbys spesialisthelsetjenester.

Kommunen står fritt i organiseringen av helsetjenestene, jamfør helse- og omsorgstjenesteloven. I veilederen anbefales det å etablere tverrfaglige helseteam for å sikre god oppfølging av asylsøkere.

Kommunene har ansvar for å sikre kvalitativt gode og likeverdige helsetjenester til asylsøkere. Regjeringens mål er at alle skal ha likeverdige helse- og omsorgstjenester. Dette utfordres både på grunn av språkproblemer, kulturelle forskjeller og at enkelte innvandrergupper har særskilte helseproblemer.¹ *Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013 – 2017* beskriver hovedutfordringene som knyttet seg til enkelte innvandrergupper når det gjelder helse, og tiltak for å imøtekomme dette.² Et reelt likeverdig behandlingstilbud innebærer at pasienter med ulike behov og forutsetninger får tilbud tilpasset den enkeltes livssituasjon, kulturelle og religiøse bakgrunn og kommunikasjonsferdigheter.

Ansvar for finansieringen vil med enkelte unntak (som dekning av utgifter til tuberkulosekontroll og kompensasjon for helsetjenester ved ankomst) følge ansvarsfordelingen og sørge for-ansvaret til kommunene og spesialisthelsetjenesten.

¹ Regjeringens hjemmeside om likeverdige helse- og omsorgstjenester: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/likeverdige-helse-og-omsorgstjenester-go/id737576/>

² Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013 – 2017: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/likeverdige-helse--og-omsorgstjenester/id733870/?id=733870>

Helsetjenester i mottak

Veilederen beskriver tuberkulosescreening, vaksinasjon og helseundersøkelse som oppgaver som skal og bør ivaretas innenfor visse tidsrammer mens asylsøkerne er i mottak.

Tuberkulosescreening:

Asylsøkere og flyktninger har plikt til å gjennomføre tuberkuloseundersøkelse, jmfør forskrift om tuberkulosekontroll § 3-1 første ledd. Tuberkuloseundersøkelse av asylsøkere og flyktninger gjøres på bakgrunn av forskrift om tuberkulosekontroll og anbefalinger fra Folkehelseinstituttet. Helsemyndighetene anbefaler at tuberkulosescreening blir gjennomført to dager etter ankomst til Norge. Den skal senest være gjennomført innen 14 dager.

Se vedlegg 1 for FHI's begrunnelse for behovet for tuberkulosescreening.

Vaksinasjon:

Helsemyndighetene anbefaler at alle barn under 15 år skal få tilbud om MMR-vaksine ved ankomst og at alle skal få tilbud om MMR-vaksine og poliovaksine innen tre måneder etter ankomst.

Helseundersøkelse:

Hesledirektoratet anbefaler at kommunene innen tre måneder etter ankomst tilbyr en helseundersøkelse (inkludert tilbud om testing for HIV, hepatitt og syfilis) til alle flyktninger og asylsøkere for å kartlegge helsetilstand og eventuelle behov for psykisk og/eller somatisk oppfølging.

Det er utlendingsdirektoratet, UDI som etablerer, organiserer og har ansvar for drift av asylmottak.

Se vedlegg 2 for en oversikt over dagens mottaksstruktur.

1.2 Omfang og avgrensninger

Oppdraget for denne konseptutredningen er å «Utrede et system for å sikre at helseopplysninger til asylsøkere følger søkeren fra transittmottak til endelig bosetting/avslag og retur».

Oppdraget «å utrede et system..» er tolket som å utrede mulighetene for å forbedre informasjonsflyten med løsninger innenfor eksisterende juridiske hjemler og teknologi i henhold til krav og behov for helsetjenester til asylsøkere. For løsninger på lang sikt har utredningen også sett på muligheter i henhold til teknologiske utviklingsløp for e-helse.

Konseptutredningen starter med en kartlegging av dagens informasjonsflyt.

På grunn av den akutte situasjonen og behovet for raskt å få på plass løsninger, ble det først satt i gang utredning av mulige kortsiktige løsninger som kunne igangsettes i løpet av få måneder. Mulige langsiktige løsninger ble så identifisert i samarbeid med Direktoratet for E-helse, og en forenklet utredning av mulige langsiktige konsepter er gjennomført. Utredningen omfatter løsninger som lar seg gjennomføre i løpet av mellomlang til lang tid fra 1 til 3 år og tar utgangspunkt i dagens løsninger og lovverk og ser på mulighet for synergi ved gjenbruk eller videreutvikling av allerede igangsatte utredninger og konsepter.

Helsedirektoratet har fått en koordinerende rolle for dette arbeidet, og utredningen er gjennomført sammen med Folkehelseinstituttets og i samarbeid med UDI og Skatteetatens prosjekt for modernisering av folkeregisteret.

Avgrensning:

Utredningen er avgrenset til å gjelde for asylsøkere som oppholder seg i UDI sitt mottakssystem fra ankomst og transitt til ordinære mottak. Asylsøkere som registrerer seg som asylsøkere har anledning til å bo utenfor mottakssystemet mens asylsøknaden avgjøres, og en del asylsøkere velger å reise fra mottakene og bo hos venner og kjente. Asylsøkere som ikke oppholder seg i mottaksapparatet under søknadsperioden har ikke krav på støtte til livsopphold, men er underlagt de samme krav og rettigheter til helsetjenester i henhold til veilederen. De er ikke tatt med i denne utredningen.

Utredningen er også avgrenset til å gjelde for transittperioden fra ankomst og til asylsøkeren har fått opphold i ordinært mottak og fått tilgang til fastlege og ordinære kommunale helsetjenester og ikke nødvendigvis helt fram til kommunal bosetting. Det antas at asylsøkere ved lengre opphold i ordinært mottak vil ha tilgang til de samme helsetjenester som alle andre som bor i en kommune, og helseinformasjonen vil ivaretas i de ordinære helsesystemene.

Omfanget av system som utredes for asylsøkerne er avgrenset til å gjelde for helsetjenester i henhold til krav og anbefalinger i veilederen og til kommunelegerollen og kommunehelsetjenesten ved allmenlegerollen/ fastlegerollen og helsestasjonstjenester til barn og gravide. Spesialisthelsetjenesten ivaretas gjennom henvisning og koordinering via allmennlege/ fastlegjetjenesten. Pleie- og omsorgstjenester er ikke tatt med spesifikt, men når asylsøkere blir boende i en kommune over tid og det er aktuelt å få vedtak på kommunale pleie- og omsorgstjenester vil dette ivaretas innenfor gjeldende kommunale systemer.

1.3 Metode og gjennomføring

Arbeidet er gjennomført i tråd med metode for konseptutredning i Helsedirektoratet. Formålet er å utrede alternative konsepter og identifisere det konseptet som i størst utstrekning gir måloppnåelse og tilfredsstillende identifiserte behov.

Kartlegging av dagens prosess og informasjonsbehov er gjennomført i dialog og samarbeid med aktuelle interessenter. Det er gjennomført kartleggingsmøter på ankomstsenteret i Østfold, to besøk på avlastningstransittmottaket på Refstad og kartlegging og konseptutredning er gjennomført i tett dialog med FHI og UDI. Det har også vært dialog med sektoren gjennom deltakelse på nasjonal konferanse i regi av Helsedirektoratet og FHI og sektorkonferanse i regi av UDI. I første del av prosjektperioden er det avholdt jevnlig møter i hovedprosjektet «Økt asylankomst» og koordinerende møter med aktuelle aktører på etatsnivå som PU, FHI, UDI, fylkesmennene, Oslo kommune og Statens helsetilsyn som har gitt nyttige innspill til prosjektet for forståelse av omfang og avhengigheter for problemstillingene. Det har vært ukentlige møter i hovedprosjektet i hele prosjektperioden med utveksling av informasjon og koordinering mellom fagområdene i Helsedirektoratet som er representert i de ulike delprosjektene under hovedprosjektet.

For utredning av kortsiktige løsninger har det fra november til januar vært ukentlige arbeidsmøter i en opprettet prosjektgruppe med deltakere fra Råde kommune, ankomstsentrene i Kirkenes og i Østfold, Folkehelseinstituttet (FHI), Norske Helsenett (NHN), Kommunenes sentralforbund (KS) og deltakere fra ulike fagmiljøer internt i Helsedirektoratet og Direktoratet for E-helse. Det er gjennomført en workshop med deltakere fra helsetjenesten i flere ledd i ankomstkjeden, ankomstsenter, akuttinnkvartering og spesialisthelsetjenesten, FHI, UDI, E-helse og Helsedirektoratet for å forankre behov og konkretisering av løsningsforslag.

Utredning av kortsiktige løsninger har vært preget av behovet for raskt å få på plass løsninger for sektoren. Prosjektet har i sitt mandat fått oppgaven med både å gi direkte råd og veiledning til aktørene i den aktuelle situasjonen og bidra med koordinering i gjennomføring av kortsiktige løsninger. Noen av de identifiserte løsningene ble tidlig i utredningen besluttet igangsatt og er fulgt opp med et gjennomføringsløp som del av prosjektet.

Arbeidet med de kortsiktige løsningene har vært gjennomført i en iterativ prosess der det har vært behov for å gå frem og tilbake mellom ulike løsningsforslag etterhvert som man har fått mer kunnskap om de ulike løsningenes muligheter og avhengigheter til hverandre og til annet pågående relatert arbeid.

Utredning av langsiktige løsninger ble opprettet som et egen utredningsløp med en prosjektgruppe sammensatt av deltakere fra Helsedirektoratet, Direktoratet for E-helse og FHI. Utredning av langsiktige løsninger er gjennomført i perioden januar til april 2016 med ukentlige møter i prosjektgruppa. De langsiktige løsningene er utredet i henhold til metodikk for forenklet samfunnsøkonomisk analyse.

Utredningen er inndelt i egne kapitler for kortsiktige og langsiktige konsept og detaljert metode er redegjort for under hvert av kapitlene.

Vedlegg 3: Prosjektets organisasjonskart.

1.4 Definisjoner og begreper

Tabellen inneholder ord og begreper som brukes i dette dokumentet.

Begrep	Beskrivelse/ forklaring	Kjelde
DUF-nummer	Et DUF-nummer er et tolv sifret nummer som blir gitt til alle som søker om opphold i Norge. DUF-nummeret er søkeren sitt registreringsnummer i UDIs datasystem.	UDI
D-nummer	D-nummeret skal ha elleve siffer og brukes til å identifisere deg sammen med navnet ditt. De som kan rekvirere D-nummer for asylsøkere: Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) for asylsøkere som skal ha fastlege, Utlendingsdirektoratet, Politiets utlendingsenhet og Utlendingsnemnda for asylsøker ved registrering av søknad om beskyttelse	Skatteetaten
PREG	Personregisteret (PREG) er helse- og omsorgssektorens kopi av det sentrale folkeregisteret.	Direktoratet for e-helse

Tabell 1: Definisjoner

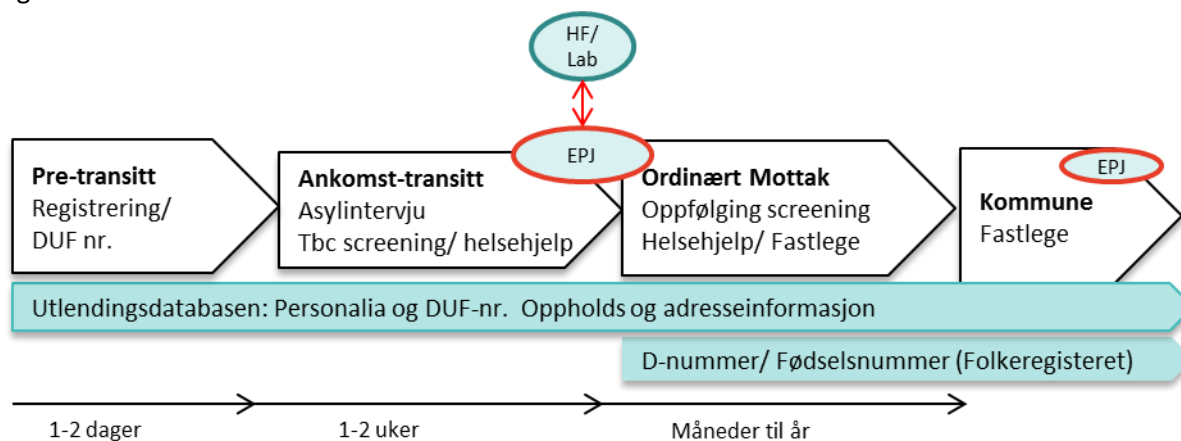
2. UTFORDRINGER OG MÅL

2.1 Nullalternativet – dagens situasjon

Kartleggingen startet med en beskrivelse og forståelse av dagens situasjon og de konsekvenser dette har medført for håndtering av helseinformasjon for asylsøkerne.

Organisering av mottaksapparatet for asylankomst før høsten 2015

Norge har de siste årene hatt en jevn tilstrømning av asylsøkere. Det er over tid etablert et system for å håndtere mottak av asylsøkere som er tilpasset et jevnt og historisk forutsigbart omfang. Mottakssystemet har i hovedsak bestått av pre-transitt, ankomsttransitt-mottak og ordinært mottak. Helseidrettoratets veileder (IS-1022) har beskrevet helsetjenester som skal dekkes i hver av transitt- og mottaksfasene.



Figur 1. Oversikt over organisering av mottaksapparat før økt asylankomst høsten 2015.

Asylsøkerne ble registrert i pre-transitt, fikk tildelt DUF nr. og asylsøkerbevis og ble raskt flyttet over til ankomst-transitt der asylintervju og tuberkulose (Tbc) screening ble gjennomført i løpet av 1-2 uker. Asylsøkeren ble videre overflyttet til et ordinært mottak der han ble værende til asylsøknaden var ferdig behandlet etter ½ - 2 år og asylsøkere med opphold fikk bosetting i en kommune. Ved plassering i ordinært mottak ble det søkt om fastlege via HELFO, asylsøkeren fikk tildelt D-nummer og ble registrert i folkeregisteret. Det er få ledd i transitt-kjeden og det etableres stabile helsetjenester som gir oversikt over Tbc screening og vaksinasjon, og mulighet for kontinuitet i oppfølging av den

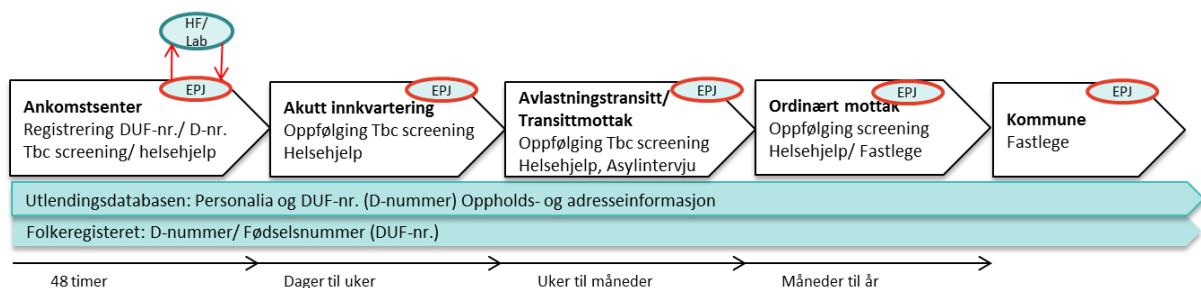
enkeltes helsetilstand. Tuberkuloseforskriften pålegger kommunelegen å oversende svar på tuberkuloseprøver til kommunelegen i asylsøkerens neste oppholdskommune, og med lite flytting mellom mottak har ikke dette vært noe stort problem. Dersom asylsøker flytter og bytter fastlege vil det være oversiktlig å få til samtykkebasert overføring av nødvendig journalinformasjon.

Økt asylankomst og behov for systemtilpasning av mottaksapparatet.

Høsten 2015 opplevde Norge en stor økning i antall asylsøkere som kom til Norge, og på det meste kom det 2500 asylsøkere på en uke. Denne situasjon med et stort antall asylsøkere som skulle tas imot og tilbys helsehjelp, ga store utfordringer for håndtering av helseinformasjon og identifiserte et behov for å se på løsninger for forbedring av systemene.

Asylsøkerens opphold i ankomstsenter, akuttinnkvartering, transittmottak og ordinære mottak

Den store økningen medførte et behov for å opprette flere ankomstsentre for å håndtere alle nyankomne asylsøkere i tillegg til de etablerte ankomst-transittmottakene. Det ble høsten 2015 opprettet to nye ankomstsenter, et på Råde i Østfold dimensjonert for å ta imot inntil 500 nyankomne pr døgn og et i Sør-Varanger i Finnmark med en dimensjonering for inntil 200 i døgnet. Mottakskapiteten i Finnmark ble i en periode utvidet med opprettelse av nytt ankomstsenter i Vestleiren. Et stort antall av asylsøkerne som er kommet er enslige mindreårige asylsøkere (EMA) som får tilbud om plass på egne mottak.



Figur 2: Oversikt over organisering av mottaksapparat etter økt asylankomst høsten 2015.

Asylsøkerne kommer først til ankomstsenteret der de skal være i inntil 48 timer. De skal registreres som asylsøkere av politiets utlendingsenhet (PU), få opprettet ID nummer (DUF-nummer) og det skal i henhold til tuberkuloseforskriften gjennomføres obligatorisk Tbc screening før asylsøkeren forlater ankomstsenteret. Med den store økningen i nyankomne asylsøkere har det ikke vært mulig å etablere nye transittmottak og ordinære mottaksplasser raskt nok og mange asylsøkere er blitt midlertidig plassert på akuttinnkvartering på alt fra campingplasser til hotell. Det ble på det meste opprettet akuttinnkvartering i 140 kommuner.

Mange kommuner har på kort tid opplevd at det er etablert akuttinnkvartering eller avlastningstransitt i deres kommune uten at de har hatt mulighet til å forberede eller bygge opp helsetjenestetilbudet som kreves.

Opprettelse av nye midlertidige mottak har ført til behov for endring i veilederen for hvordan helsetjenestetilbudet skal ivaretas og det har vært krevende å nå ut med oppdatert informasjon til alle aktørene i helsetjenesten etter som situasjonen og behovene har endret seg.

Fram til asylsøkerne nå får plass i et transittmottak eller ordinært mottak kan de ha vært flyttet flere ganger mellom akuttinnkvarteringsplasser og blir værende i midlertidige transittmottak i flere måneder før mer egnede mottak er etablert.

DUF nr som identifikator i helsejournaler

Alle asylsøkere registreres i UDI sin database når de ved ankomst registreres som asylsøkere av politiets utlendingsmyndighet. De får opprettet et unikt identifikasjonsnummer, et tolv sifret DUF-nummer som brukes i UDI sine systemer og som er asylsøkerens unike identifikator fram til de får tildelt D-nummer og registreres i folkeregisteret. D-nummeret er et elleve sifret nummer og fungerer som et midlertidig fødselsnummer til de senere får opprettet fødselsnummer.

Mange av journalsystemene som brukes i helsesektoren håndterer ikke det tolv sifrede DUF-nummeret og det må opprettes lokale hjelpenummer når en asylsøker skal registreres i disse journalene.

Dette ble et akutt og økende problem sist høst da mange kommunale helsetjenester og sykehus/ helseforetak (HF) var nødt til å opprette hjelpenummer ved registrering av pasientene. Slike hjelpenummer er ulike fra system til system. Ved behov for å sammenstille helsedata fra ulike systemer, overføre informasjon elektronisk eller etterspørre informasjon fra annen helseinstitusjon, vil det være utfordrende og tidkrevende å identifisere asylsøkeren. For sykehus som får samme pasient til behandling flere ganger vil det opprettes nytt hjelpenummer og ny journal hver gang. Det kan være vanskelig å finne tidligere journalinformasjon på samme pasient. Enkelte sykehus som har tatt mange av de obligatoriske prøvene på asylsøkere opplever at deres nummerrekker med hjelpenummer er i ferd med å brukes opp. De må da ta i bruk nødnummer som krever ytterligere tid og ressurser når pasienter skal identifiseres.

Generelt om tuberkulosescreening

Tuberkulosescreening skal i henhold til tuberkuloseforskriften § 3-1 første ledd, gjennomføres på alle nyankomne asylsøkere og det er pålagt å gjennomføre Tbc screening med lungerøntgen senest innen 14 dager etter ankomst. Det er Folkehelseinstituttet som gir faglige råd om program for tuberkulosescreeningen slik det beskrives i veilederen.

Asylsøkere som tester mulig positivt på røntgen screening skal i hht smittevernloven følges opp i henhold til etablert tuberkulosekontrollprogram for videre utredning og behandling. Både kommunene og helseforetakene har krav om å ha etablert et tuberkuloseprogram. Det er ansatt tuberkulosekoordinatorer i alle helseforetak som har ansvar for oppfølging av all tuberkulosebehandling. Det er på samme måte etablert program for smitteoppsporing ved behov dersom det påvises tuberkulosesmitte.

Gjennomføring og oppfølging av tuberkulosescreening

Det er anbefalt at røntgenundersøkelse av lungene gjennomføres innen 48 timer mens asylsøkeren er i ankomstsenteret slik at man raskt kan identifisere og starte utredning og behandling ved mistanke om smittsom tuberkulose. Fra helsetjenesten i ankomstsentrene rekvireres røntgen til spesialisthelsetjenesten ved nærmeste helseforetak. Alle prøvesvar sendes tilbake til rekvirerende lege og journalføres i elektronisk pasientjournal (EPJ) ved ankomstsenterets helsetjeneste.

Gjeldende veiledning er at IGRA test skal gjennomføres innen 3 måneder på asylsøkere under 35 år fra land med høy forekomst av tuberkulose. Det er kommunelegen i kommunen der asylsøkeren oppholder seg som har ansvar for at IGRA testen gjennomføres innen 3 måneder. Etter opprettelse av akuttinnkvartering og nye transittmottak er det ikke mulig for den enkelte kommunelege å ha oversikt over hva som er tatt av tester før asylsøkeren ankommer deres kommune eller hvor lenge asylsøkeren blir værende med tanke på oppfølging. Erfaringen er at det ikke alltid tas IGRA test etter 3 måneder eller at testen tatt to ganger da man er usikker på om den er tatt tidligere. En ytterligere utfordring ved IGRA testing er at det tar 1-2 uker fra blodprøven tas til svar foreligger. Ved hyppig flytting mellom mottak har flere rekvirerende leger opplevd at asylsøkeren er flyttet videre til nytt mottak når testsvaret foreligger, uten at rekvirereren har informasjon om dette.

I henhold til tuberkuloseforskriften skal alle prøvesvar, både positive og negative fra Tbc screening videresendes til kommunelegen i asylsøkerens neste oppholdskommune. Ettersom asylsøkeren flyttes videre til nye mottak skal prøvesvarene igjen videresendes slik at kommunelegen i respektive oppholdskommune har oversikt over asylsøkernes tuberkulosestatus. Prøvesvar skal videresendes pr post og skannes og journalføres i neste kommuneleges arkiv.

Ved opprettelse av nye mottak og hyppig flytting av asylsøkere er det avdekket at begrensning i tilgang til adresseinformasjon er et stort problem for å etterkomme kommunelegenes plikt til å videresende prøvesvar for tuberkulose. Mange kommuneleger har fått oversendt prøvesvar fra ankomstsenter men har ikke mulighet for å videresende disse uten tilgang til adresseinformasjon om hvor asylsøkeren flyttes videre.

Adresseinformasjon for asylsøkerens oppholdssted

All registrert informasjon om asylsøker lagres i UDI sin database, utlendingsdatabasen (Udb) og her registreres også adressen over hvilket mottak asylsøkeren til enhver tid flyttes og oppholder seg. Da asylsøkeren ved søknad om asyl har søkt om beskyttelse, er informasjon om oppholdssted i henhold til forvaltningslovens § 13 definert som taushetsbelagt informasjon hos UDI. Adresseinformasjon for asylsøkerne er derfor ikke allment tilgjengelig for helsetjenesten. For at UDI skal kunne utlevere slike opplysninger til Helsesektoren kreves det samtykke fra søkeren eller en lovhjemmel i helseregelverket som gir helse adgang til å innhente slike opplysninger uten hinder av taushetsplikt. Det er avtalt at UDI skal bistå helsemyndighetene i gjennomføringen av tuberkulosekontrollen og UDI utleverer derfor lister over nyankomne asylsøkere til helsemyndighetene for at de kan gjennomføre den lovpålagte Tbc-kontrollen. Helsetjenesten i ankomstsentrene får oversikt over ankomne asylsøkere og hvor de sendes videre til neste mottak slik at alle prøvesvar fra Tbc screening som gjennomføres kan videresendes til kommunelegen i neste oppholdskommune. Utfordringen er at

neste kommunelege ikke får tilgang til slik informasjon når asylsøkeren igjen videresendes til neste mottak og ny oppholdskommune.

Vaksinasjon

Det er anbefalt at alle barn under 15 år skal få tilbud om MMR-vaksine ved ankomst og at alle skal få tilbud om MMR-vaksine og poliovaksine innen tre måneder etter ankomst.

Vaksinestatus journalføres ved den enkelte helsetjeneste eller helsestasjon og informasjonen følger ikke med når asylsøkeren flyttes videre til neste mottak. Det er et problem at kommunehelsetjenesten der asylsøkeren flyttes til ikke har oversikt over hva som tidligere er gitt av vaksiner. Selv om det er anbefalt å gjennomføre vaksinasjon ved ankomst har det i perioder ikke vært kapasitet til å gjennomføre dette og det kan medføre at vaksiner settes dobbelt eller ikke er satt i det hele tatt.

Barn vil etter hvert komme inn i barnevaksinasjonsprogrammet og informasjon skal videresendes fra en helsestasjons- og skolekrets til neste. Imidlertid vil det kunne ta tid før nødvendig vaksinasjon er gitt på grunn av lengre opphold og stadig flytting mellom akuttinnkvartering og transittmottak.

SYSVAK er et nasjonalt vaksinasjonsregister som holder oversikt over vaksinasjonsstatus hos den enkelte og over vaksinasjonsdekningen i landet. Hovedregelen er at alle vaksinasjoner skal registreres i SYSVAK - uavhengig av alder og type vaksine. SYSVAK- registerforskriften gir bestemmelser om meldeplikt for helsepersonell, og vaksinasjoner gitt i henhold til barnevaksinasjonsprogrammet skal meldes til vaksinasjonsregisteret (SYSVAK). For registrering av vaksinasjoner gitt utenfor barnevaksinasjonsprogrammet kreves det samtykke fra den vaksinerte.

Innmelding av vaksiner til SYSVAK registeret kan gjøres med DUF-nummer eller D-nummer som asylsøkerens identifikasjon. Dersom registrering skjer med D-nummer vil helsepersonell som senere har behov for oversikt over asylsøkerens vaksinasjonsstatus kunne få dette ved oppslag i SYSVAK.

Anbefalt 3 måneders helseundersøkelse av asylsøkere

Helsedirektoratet anbefaler at kommunene innen tre måneder etter ankomst tilbyr en helseundersøkelse (inkludert tilbud om testing for HIV, hepatitt og syfilis) til alle flyktninger og asylsøkere for å kartlegge helsetilstand og eventuelle behov for somatisk, psykisk eller psykososial oppfølging.

Da helseinformasjon ikke følger asylsøkeren har det vært et problem for helsetjenesten i den enkelte kommune med nyopprettet akuttinnkvartering eller transittmottak å vite om 3 måneders helseundersøkelsen er gjennomført ved tidligere opphold. Det er også en utfordring at helsetjenesten ikke vet hvor lenge asylsøkeren vil oppholde seg i det enkelte mottak og det vil være begrensede muligheter for å følge opp en helseundersøkelse dersom asylsøkeren flytter videre. Erfaringen er at flere kommuner utsetter å gjennomføre helseundersøkelse, og for asylsøkere med behov for somatisk eller psykisk oppfølging eller behandling kan dette forsinke et behandlingsbehov.

Overføring av helseinformasjon

All helsehjelp til asylsøkere skal journalføres, og dette journalføres i elektronisk pasientjournal (EPJ) hos den behandlende lege eller helsetjeneste som yter helsehjelp. Helseinformasjon som er lagret i journalsystemet hos en behandler følger ikke asylsøkeren når denne flytter og blir plassert i nytt mottak eller ved behandling i ulike deler av helsetjenesten. Helseinformasjon for den enkelte asylsøker vil da ligge lagret i flere journalsystemer uten at det finnes noen felles oversikt over denne helseinformasjonen. All videresending av journal og helseinformasjon er samtykkebasert og må etterspørres av asylsøker direkte eller via neste behandler for videresending da ny adresse er ukjent. For asylsøkere som har behov for utredning og oppfølging av helsetjenesten kan dette medføre avbrutt og forsinket behandling. Den enkelte asylsøker er avhengig av selv å medbringe utskrifter av nødvendig helseinformasjon til neste behandler for å sikre kontinuitet i sin behandling. Problemet er at ofte flyttes asylsøkeren videre uten at helsetjenesten får anledning til nødvendig oppfølging. Et startet utrednings- eller behandlingsløp vil ikke kunne følges opp da det ikke er mulig for helsetjenesten å videresende eller «følge etter» en asylsøker dersom de ikke har nødvendig informasjon om videre forflytning eller dersom ikke samtykkehensyn kan ivaretas.

Det kan ta en stund før asylsøkeren får opprettet en fastlege som kan ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og sikre samarbeid med relevante tjenesteytere. Når fastlege er tildelt vil denne over tid kunne få oversikt over pasientens sykehistorie. En stadig flytting uten overflytting av helseinformasjon mellom «transittlegene» medfører at det ikke finnes noen samlet oversikt over helseinformasjonen for asylsøkerne den første tiden. Det finnes heller ikke en samlet oversikt over hvor i helsetjenesten asylsøkeren tidligere har fått behandling. Dersom en behandler har behov for å etterspørre helseinformasjon fra tidligere behandling vil det være tidkrevende og vanskelig å finne denne informasjonen.

Utfordringer knyttet til logistikk og kapasitet i helsetjenestens systemer

Økt asylankomst og opprettelse av mange nye mottaksenheter har synliggjort svakheter i mottakssystemet og helsetjenestens etablerte systemer for å kunne håndtere asylsøkeres helseinformasjon mens de er i transittfasen.

Helsepersonell både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten/ sykehus har opplevd store logistikkutfordringer som har vært tidkrevende og utfordrer kravene til kvalitet og forsvarlighet i tjenestetilbudet.

Innføring av et system for håndtering av asylsøkeres helseinformasjon kan bidra til forbedret logistikk, oppfølging av lovpålagt Tbc screening og økt kvalitet for asylsøkernes helsetjenester.

Helsetjenestens utfordringer knyttet til økt asylankomst er nasjonale og krever felles systemtilpasning og koordinering for å kunne håndtere avdekkede behov og tilpasse systemene til framtidige store asylankomster.

2.2 Problembeskrivelse

<p>Aslam; asylsøker fra Afghanistan.</p> <p>Aslam (32 år) har reist igjennom store deler av Europa før han kommer til Ankomstsenter Østfold på Råde. Han har tidligere vært utsatt for betydelig traumatisering i hjemlandet og har ingen familie eller venner i Norge. Reise har vært farefylt og flere ganger har det vært kritisk, som ved kryssingen over til Hellas der båten forliste og Aslam ble reddet i siste liten.</p> <p>På ankomstsenter Østfold går han igjennom de etablerte sonene:</p> <ul style="list-style-type: none">Sone 1; ankomsthall med egenregistrering til FLYT kort, sone 2; sikkerhetssjekk,Sone 3: innlevering av klær til nedfrysing (for å kvitte seg med skadedyr) og utlevering av midlertidig klær, Sone 4; registrering hos PU. <p>Etter dette får Aslam tildelt plass i 40 manns telt som blir hans «hjem» de neste 48 timer. Etter å ha spist blir han kjørt i buss til Sykehuset Østfold for tuberkulosescreening med røntgen. Han har nå også fått en kort informasjon fra NOAS om asylprosessen og rettigheter i Norge.</p> <p>Aslam har på siste del av reisen fått plager med mye hudkløe og han får via driftsoperatør i mottaket kontakt med helseavdelingen. Det blir det konstatert sannsynlig skabb og han får medikamenter mot dette.</p> <p>Etter 4 dager har helseavdelingen klarert tuberkulosescreeningen til Aslam. Det ble forsinkelse da overførsel av røntgensvaret ikke ble registrert i Aslams journal, <i>dette på grunn av feiltolkning av DUF nummer og navn</i>. Han blir nå overflyttet til et akutt overnattingstilbud på hotell på Rena. Han får beskjed om at han sannsynligvis skal være der i noen uker, men allerede etter 5 dager blir han flyttet til nytt akutt overnattingstilbud ved Sandefjord. <i>Kommunelegen på Rena mottar uken etter svar på røntgenundersøkelsen fra ankomstsenter Østfold men har ikke oversikt over hvor denne skal sendes.</i></p> <p>Under oppholdet i Sandefjord får han igjen økt hudkløe og får tilbud om legehjelp via lokal legevakt. Legen spør Aslam om tidligere behandling men det er problemer med å formidle tidligere sykehistorie igjennom telefontolken. Legevaktslegen mistenker psoriasis og Aslam får medikamenter for dette.</p> <p>Etter å ha vært i mottaket i Sandefjord i flere måneder får Aslam time til hudlege i Sandefjord som påviser skabb og han blir kvitt sine plager. <i>Hudlegen fikk ikke oversikt over tidligere behandling.</i></p> <p>Da Aslam hadde vært <i>5 måneder i Norge</i> blir han kontaktet av helsesøster i Sandefjord kommune som lurte om han har tatt blodprøve i forbindelse med tuberkulosescreening. Aslam kan bare fortelle at han har vært på sykehuset ved ankomst og at legevaktslegen tok blodprøver i fingeren da han var på legevakta i Sandefjord. <i>Helsesøster forsøker å etterlyse svar på røntgen thorax fra Sykehuset Østfold men får ikke ut noe svar pga usikkerhet om identitetsnummer er riktig.</i> Det blir tatt IGRA prøve.</p> <p>Helsesøster syntes også Aslam ser trist og avmagret ut. Hun sjekker med mottaket som etter hvert kan bekrefte at han spiser dårlig og er mye oppe på natta og røyker. Helsesøster ordner med time til fastlegen som kommunen har avtalt har ansvar for mottaket. Fastlegen henviser Aslam til DPS under mistanke om PTSD, noe han er svært glad for da han har hatt mye plager siden ankomst <i>uten at noen har spurt han før nå.</i></p>	<p><i>Problemstillinger;</i></p> <p><i>Tidligere traumer</i></p> <p><i>Feil id ved screening</i></p> <p><i>Kommunelegen har ikke informasjon på videre sending av screeningsvar.</i></p> <p><i>Behandler har ikke tilgang til tidligere journal.</i></p> <p><i>Behandler har ikke tilgang til tidligere journal.</i></p> <p><i>Mangel på ID hindrer flyt av helseinformasjon</i></p> <p><i>Mangel på oversikt for tidspunkt for helseundersøkelse etter 3 måneder.</i></p>
---	--

a) Flyt av helseinformasjon:

1. Lovpålagt tuberkulosescreening:

I følge Forskrift om tuberkulosekontroll skal alle asylsøkere undersøkes for tuberkulose innen 14 dager. Screeningen gjennomføres ved å ta lungerøntgen ved ankomst. Kommunelegen i ankomstmottak har ansvar for å rekvirere undersøkelsen som utføres ved Helseforetaket. Svaret sendes kommunelegen som tar stilling til eventuell videre utredning dersom det er funn på screeningundersøkelsen.

Kommunelegen er pålagt å sende alle svar (også der det er normale funn) videre til kommunelegen i neste oppholdskommune. Helseavdelingen i ankomstsenter har ikke tilgang til adresseinformasjon for videresending. Det har heller ikke kommunelegen i oppholdskommune 2, som også er pålagt å videresende screeningsvar.

Screeningundersøkelse med IGRA test etter 3 måneder skal tas på alle under 35 år som kommer fra et høyendemisk område. Det er kommunelegen i den kommunen asylanten oppholder seg som har ansvar for at undersøkelsen blir utført. Imidlertid mangler kommunelegen oversikt over hvor lenge asylantene på mottak i kommunen har vært i Norge og om IGRA testen er blitt utført av andre.

Problemstilling: Mangel på oversikt over hva som er gjennomført av lovpålagt tuberkulosescreening.

Problemstilling: Mangel på videresending av svar på screening til ansvarlig kommunelege.

2. Helseinformasjon for kontakter med helsetjenestene:

Helseinformasjon som er lagret i journalsystemet hos en behandler følger ikke asylsøkeren når denne blir plassert i nytt mottak eller flytter mellom flere kontakter med helsetjenesten. Helseinformasjon for den enkelte asylsøker vil da ligge lagret i flere journalsystemer. Det kan ta lang tid før asylsøkeren får opprettet en fastlege som kan ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og sikre samarbeid med relevante tjenesteytere. Når fastlege er tildelt vil denne over tid kunne få oversikt over pasientens sykehistorie. En stadig flytting uten overflytting av helseinformasjon mellom fastleger medfører at det ikke finnes noen samlet oversikt over helseinformasjonen for asylsøkerne. Det finnes heller ikke en samlet oversikt over hvor i helsetjenesten asylsøkeren tidligere har fått behandling. Når en behandler har behov for å etterspørre helseinformasjon fra tidligere behandling er det vanskelig å finne denne informasjonen. Dersom en asylsøker er i gang med et behandlingsløp eller utredning i kommunal- eller spesialisthelsetjenesten vil ikke denne informasjonen følge med når asylsøkeren flytter og all utredning kan måtte startes om igjen hos ny behandler.

Vaksinasjoner som blir gitt skal registreres i SYSVAK på barn. Dersom det ikke foreligger D-nummer vil det ikke være mulig å søke etter pasienter i SYSVAK.

Problemstilling: Mangel på felles identitet og felles EPJ hindrer god flyt av helseinformasjon mellom aktører i helsetjenesten.

Problemstilling: Mangel på informasjon på sykdomshistorie (tidligere sykdommer)

b) Identifikasjon av asylsøkere:

I ankomstsenter får alle asylsøkere tildelt eget id nummer når asylsøknaden blir registrert (DUF nummer). Dette er et tolv sifret nummer som ikke kan brukes i helsetjenestens journalsystemer. Dersom asylsøkere skal registreres i journalsystemene må det opprettes hjelpenummer. I tillegg vil kommunikasjon mellom rekviert av en undersøkelse (som kommunelegen ved ankomstsenter) og en avdeling ved helseforetaket (som for eksempel røntgenavdelingen) bli komplisert da systemene ikke har felles identitet. Dette medfører betydelige logistikkutfordringer. Asylsøkere får ikke tildelt D-nummer (elleve sifret nummer som kan brukes på linje med ordinært personnummer) før de har kommet til ordinært mottak. Dette danner også grunnlag for å få tildelt fastlege. Kommunikasjon mellom behandlere i helsetjenesten er basert på bruk av felles identitet. D-nummer eller personnummer er derfor påkrevet for å oppnå sikker kommunikasjon mellom behandlere. For eksempel vil fastleger som ønsker å etterspørre svar på undersøkelser tatt i helseforetak eller hos andre fastleger der asylsøkeren har vært tidligere, få problemer med å innhente denne informasjonen.

Problemstilling: Mangel på felles identifikasjonsnummer kompliserer kommunikasjon mellom behandlere i helsetjenestene.

c) Adresseinformasjon til asylsøkere:

UDI vil til en hver tid ha oppdatert informasjon om alle asylsøkere i sin database, Utlendingsdatabasen. Denne informasjonen er i henhold til Forvaltningslovens § 13 definert som taushetsbelagt informasjon hos UDI da mange asylsøkere har behov for beskyttelse om hvor de oppholder seg. Helsetjenesten har brukt for informasjon om hvor asylsøkeren er både for å følge opp lovpålagt tuberkulosescreening og for å følge opp behandling av helseproblemer.

For tuberkulosescreeningen er det et krav om å videresende resultater av screening til kommunelegen i neste oppholdskommune. Informasjonen skal videresendes helt til asylsøkeren får etablert kontakt med fastlege og blir fast bosatt i landet. Da mange asylsøkere flyttes til flere mottak er kommunelegen avhengig av å få ny adresse slik screeningresultat oversendes til rett kommunelege.

For å følge opp behandling av helseproblemer har legen behov for å videresende informasjon til helsetjenesten der asylsøkeren oppholder seg. Dette kan dreie seg om resultater på undersøkelser som mottas etter at asylsøkeren har flyttet til nytt mottak.

Problemstilling: Mangel på helsetjenestens tilgang til adresseinformasjon hindrer lovpålagt oppfølging av tuberkulosescreening og god flyt av helseinformasjon mellom behandlere.

2.3 Behovsbeskrivelse

Oversikt over krav til helsetjenester for asylsøkere, problembeskrivelse og tilhørende behov:

Krav til helsetjenester	Problembeskrivelse	Behov
Enhetlig identifisering av asylsøker i alle helsejournaler	Mangel på felles identitet kompliserer kommunikasjon mellom behandlere i helsetjenestene.	D-nummer som felles ID
Samhandling om helhetlig behandling	Mangel på felles identitet og felles EPJ hindrer god flyt av helseinformasjon mellom aktører i helsetjenesten.	D-nummer og felles system
	Mangel på informasjon på sykdomshistorie (tidligere sykdom)	Oversikt over tidligere sykdom
Veiledende vaksinasjon og helseundersøkelser	Mangel på informasjon om vaksinasjon og gjennomført 3 mnd. helseundersøkelse	Oversikt over status for vaksinasjon og helseundersøkelser
Lovpålagt Tbc kontroll	Mangel på oversikt over lovpålagt tuberkulosescreening	Oversikt over status for Tbc screening
	Mangel på videresending av svar på screening til ansvarlig kommunelege.	Tilgang til adresseinformasjon
	Mangel på helsetjenestens tilgang til adresseinformasjon hindrer lovpålagt oppfølging av tuberkulosescreening og god flyt av helseinformasjon mellom behandlere.	Tilgang til adresseinformasjon

Tabell 2: Krav, problembeskrivelse og behov vedrørende helseinformasjon for helsetjenesten.

Oppsummering av identifiserte behov:
<p>1. D-nummer som felles identifikator i alle helsejournaler Det er behov for en felles id som kan brukes av alle helsesystemer og pasientjournaler (EPJ) slik at det er mulig å identifisere asylsøkeren i alle helsejournaler og sammenstille helseinformasjon om den enkelte.</p>
<p>2. Adresseinformasjon Helsetjenesten har behov for å vite hvor asylsøkeren oppholder seg og flyttes for å kunne ettersende eller etterspørre Tbc prøvesvar.</p>
<p>3. Oversikt tuberkulosescreening Det er behov for å ha oversikt over Tbc screeningen, hvem som har tatt hvilke tester og resultatene, for å kunne sikre en god smittevernoppfølging.</p>
<p>4. Helsehistorikk og tidligere undersøkelse og behandling Det er behov for at helsetjenesten kan etterspørre og få oversikt over asylsøkerens helsehistorikk og tidligere helseundersøkelse dersom det er nødvendig for å sikre kontinuitet og helhet i helsetilbudet til den enkelte.</p>

Tabell 3: Oppsummering identifiserte behov.

2.4 Effektmål

Det er satt følgende overordnede mål for hovedprosjektet «Økt asylankomst» som prosjektet skal bidra til å oppnå:

«Sikre at asylsøkerne får tilgang til tjenestene de har rett og plikt til å motta og delta i. Helsedirektoratet skal bidra til at kommuner og helseforetak har ivaretatt sitt sørge-for ansvar knyttet til økt asylmottak».

Formålet med å etablere et system for helseinformasjon for asylsøkere er:

- Ivareta lovpålagt tuberkulosekontroll av asylsøkere.
- Ivareta lovpålagt rett til likeverdige helsetjenester til asylsøkere.
- Understøtte asylsøkernes helsetilstand på en samfunnsøkonomisk god måte.

3. BESKRIVELSE AV KORTSIKTIGE TILTAK

3.1 Metode og avgrensning

Kortsiktige behov og løsninger er identifisert gjennom en møteserie på ukentlige prosjektmøter i november og desember 2015 med representanter fra helsedirektoratet, KS, beredskapsleder Råde kommune, kommunelege ankomstsenter Østfold, mottakslege ankomstsenter Kirkenes, FHI, NHN og dialog med sykehuset Østfold og UDI. Det ble gjennomført to befaringsbesøk på ankomstsenteret i Østfold og to besøk på ankomsttransittmottaket på Refstad der arbeidsflyt og håndtering av helseinformasjon ble kartlagt.

Kortsiktige løsninger ble vurdert som løsninger som kan iverksettes i løpet av mindre enn ett år. Løsningene ble identifisert gjennom kartlegging av flytprosessen og i dialog med ankomst- og mottakskommuner og deres akutte utfordringer. Det er gjennomført en interessentanalyse for å identifisere de ulike aktørene og deres utfordringer. Videre er det gjennomført en risikovurdering.

Avgrensning:

De alternative løsningene ble vurdert i henhold til hvor raskt de kunne iverksettes. Løsninger som ville ta lengre tid å utrede og innføre er ivarettatt i utredning av langsiktige løsninger. Alternative tiltak som er ansett som ikke realiserbare, ble valgt bort og er ikke omtalt i rapporten.

3.2 Identifiserte tiltak

Med utgangspunkt i kartlegging av utfordringer med informasjonsflyten for asylsøkernes helseinformasjon ble det identifisert problemstillinger og relevante kortsiktige tiltak som man antok at raskt kunne igangsettes og gi effekt.

Problemstilling	Identifiserte tiltak
Asylsøkerne mangler ID som kan brukes gjennomgående i alle helsejournaler	1. Tildel D-nummer når asylsøker søker asyl og gjøre D-nummer tilgjengelig for helsetjenesten.

Mangel på tilgang til hvor asylsøker har vært og hvor de sendes videre til neste mottak	2. Tilgang til asylsøkernes adresseinformasjon
Det er ulike rutiner for når ulike lovpålagte og veiledende helseundersøkelser gjennomføres i ulike mottak.	3. Innføre felles rutiner for når Tbc screening og anbefalte helseundersøkelser skal gjennomføres.
Allmennlegetjenesten/helsetjenesten mangler nødvendig helsehistorikk og har ikke oversikt over tidligere behandlere.	4. Manuelt helsekort for asylsøkere

Tabell 4: Oversikt problemstillinger og relevante tiltak.

3.3 Vurdering av tiltak for D-nummer, adresse og felles rutiner

3.3.1 Beskrivelse og vurdering av kortsiktige tiltak

1. Tildeling av D-nummer ved ankomst

Gjennom en forskriftsendring i Forskrift om folkeregistrering i desember 2015 ble det mulig for UDI å rekvirere D-nummer til asylsøker ved ankomst til Norge.

I et samarbeid mellom UDI og Skatteetaten ble det i desember 2015 startet opp en manuell løsning med rekvirering og tildeling av D-nummer til asylsøkere som ble registrert ved ankomstsenteret i Østfold.

Helsetjenesten i ankomstsenteret og Sykehuset Østfold, som gjennomfører Tbc screening med bl.a. røntgen undersøkelsene, har fått tilgang til asylsøkernes D-nummer slik at de registrerer alle prøvesvar og helsetjenester i sine journaler med bruk av D-nummer. D-nummeret er gjort tilgjengelig for helsetjenesten ved at det er lagt inn i logistikksystemet FLYT. Helsetjenesten ved ankomstsenteret og sykehuset Østfold kan slå opp i FLYT systemet og søke opp D-nummeret ved bruk av asylsøkerens DUF- nummer som den enkelte bærer med seg på sitt asylsøkerbevis. Denne løsningen med oppslag av D-nummer er ikke blitt tilgjengeliggjort utenfor ankomstsenteret i Østfold. D-nummeret er registrert både i folkeregisteret og i UDI sin utlendingsdatabase (Udb), men det har ikke vært noen løsning for oppslag eller tilgang til D-nummeret for helsetjenesten utenfor ankomstsenteret. Det betyr at D-nummeret for asylsøkere fra ankomstsenteret Østfold foreløpig i liten grad brukes i helsetjenesten utenfor helsetjenester tilhørende ankomstsenteret.

Helsetjenesten må få tilgang til asylsøkerens D-nummer når det er opprettet, slik at det brukes ved all journalføring. Dersom D-nummer opprettes i ankomstsenter uten at resten av helsetjenesten får tilgang til det vil de måtte fortsette å bruke DUF-nummer og hjelpenummer. Man kan få en situasjon hvor asylsøkere registreres i noen helsejournaler med D-nummer og i andre med DUF-nummer/hjelpenummer med påfølgende utfordringer med identifisering.

Som del av kortsiktig løsning er det våren 2016 i samarbeid med Norsk Helsenett utviklet en løsning som vil gi helsetjenesten tilgang til å slå opp i folkeregisteret (via PREG (personregisteret)) med asylsøkerens DUF-nummer og søke opp D-nummeret. Denne løsningen er foreløpig ikke gjort tilgjengelig for helsetjenesten.

Beskrivelse av løsning for oppslag av D-nummer i folkeregisteret (via PREG).

Løsningen krever at hver enkelt bruker får tildelt brukernavn og passord ved henvendelse til brukersenteret hos Norsk Helsenett. Bruker må identifisere seg med fødselsnummer eller HPR nummer for tildeling av brukernavn og passord. Videre må bruker logge seg inn på en web-portal i helsenettet som gir bruker tilgang til å søke opp asylsøkerens D-nummer med DUF-nummeret fra asylsøkerens asylsøkerbevis.

UDI og Skatteetaten har beredskap for å starte opp med tildeling av D-nummer for asylsøkere som kommer via Storskog der FLYT systemet er installert og har vært i bruk. Det er foreløpig ikke konkrete planer for å starte opp med tildeling av D-nummer for asylsøkere som registreres ved andre transittankomstmottak.

Denne løsningen som er igangsatt med tildeling av D-nummer ved ankomstsenteret i Østfold krever at Skatteetaten bemanner opp med ressurser i henhold til antall asylsøkere som ankommer daglig.

Alle asylsøkere får ved ankomst tildelt et asylsøkerkort med bilde som er deres offisielle identitetskort. Her blir i dag kun DUF nummeret trykket på. Det er ønskelig at også D-nummer kommer på asylsøkerkortet slik at både asylsøker selv og behandlere i helsetjenesten vil kunne få lett tilgang til nummeret. Imidlertid innebærer dette logistikkutfordringer for PU som har ansvaret for å utstede kortet.

I perioden før D-nummer ble tildelt ved ankomstsenteret i Østfold ankom det mange asylsøkere som enda ikke har fått tildelt D-nummer. Denne store gruppen av asylsøkere vil få D-nummer først når det søkes om fastlege via HELFO. Det søkes normalt om fastlege når asylsøker er plassert i ordinært mottak, og dersom det fortsatt vil ta tid før alle asylsøkere får plass i ordinært mottak bør det i samarbeid med UDI og Skatteetaten vurderes løsninger for å få til raskere tildeling av D-nummer.

Vurdering:

Forskriftsendring i Forskrift om folkeregistrering i desember 2015 gjorde det mulig med en manuell løsning mellom UDI og Skattedirektoratet for tildeling av D-nummer ved Ankomstsenter Østfold i Råde kommune. Løsningen gjør at D-nummer nå kan brukes som identitet både ved helseforetaket og ved helseavdelingen ved ankomstsenteret. Det er etablert en søkefunksjon i PREG

(personregisteret, helsetjenestens tilgang til Folkeregisteret) som gir helsetjenesten mulighet til å søke opp D-nummer. Denne løsningen bør implementeres i helsetjenesten.

Det er ønskelig at ordningen med tildeling av D-nummer ved ankomst blir etablert ved alle landets ankomstmottak.

For at tiltaket med tidlig tildeling av D-nummer skal gi effekt for helsetjenesten er det viktig at alle asylsøkere får tildelt D-nummer ved ankomst og at helsetjenesten som senere møter asylsøkeren har lett tilgang til å bruke D-nummeret. Søkefunksjonen i PREG er i dag lite hensiktsmessig og bør på sikt videreutvikles.

Det bør også utredes mulighet for at D-nummeret kan trykkes på asylsøkerkortet ved ankomst, slik at D-nummer blir tilgjengelig for alle i helsetjenesten som møter asylsøkeren.

I plan for modernisering av folkeregisteret er tildeling av D-nummer ved ankomst for asylsøkere prioritert og det forventes at dette iverksettes høsten 2016. Det vil da være viktig å ha løsninger tilgjengelig for at helsetjenesten får tilgang til D-nummeret.

2. Tilgang til adresseinformasjon

Helsetjenesten i den enkelte kommune der asylsøkeren har opphold, har behov for tilgang til asylsøkerens adresseinformasjon. De må vite hvor asylsøkeren har oppholdt seg i tidligere mottak, og hvor de flyttes videre til neste mottak for å oppfylle sin lovpålagte plikt til å videresende alle prøvesvar fra tuberkuloseundersøkelsene. Det er også behov for adresseinformasjon for å kunne etterspørre eller ettersende helseinformasjon for tuberkuloseoppfølging og samtykkebasert innhenting og deling av annen helseinformasjon mellom behandlere.

Det er UDI som i sin database har all informasjon om asylsøkerens adresse og oppholdssted fram til asylsøkeren bosettes i en kommune. Ved opprettelse av D-nummer vil asylsøkerens adresse på søknadstidspunktet registreres i folkeregisteret, men denne adressen oppdateres ikke før asylsøkeren får permanent bosted.

Da asylsøkeren har søkt om beskyttelse er informasjon om oppholdssted i henhold til forvaltningsloven definert som taushetsbelagt informasjon hos UDI. Adresseinformasjon for asylsøkerne er derfor ikke allment tilgjengelig for helsetjenesten. For at UDI skal kunne utlevere slike opplysninger til Helsesektoren kreves det samtykke fra søkeren eller en lovhjemmel i helseregelverket som gir helse adgang til å innhente slike opplysninger uten hinder av taushetsplikt.

Helsedirektoratet har våren 2016 søkt UDI om tilgang til adresseinformasjon for asylsøkere for å kunne ivareta sin plikt etter tuberkuloseforskriften.

Det er gitt tilbakemelding fra UDI om at adresseinformasjon vil gjøres tilgjengelig for oppfylling av lovpålagt tuberkulosekontroll. UDI planlegger å etablere en oppslagstjeneste for adresseinformasjon fra Udb med begrenset tilgang som helsetjenesten selv må betjene. Det bør også vurderes å få til en

praksis der UDI formidler nødvendig adresseinformasjon til kommunelegen/kommunehelsetjenesten ved flytting av asylsøkere til og fra kommunen.

Vurdering:

Helsetjenesten har behov for asylsøkernes adresseinformasjon for å kunne oppfylle lovpålagt tuberkulosekontroll og for samtykkebasert deling av annen helseinformasjon. Ettersom UDI nå har åpnet for at helsetjenesten får tilgang til asylsøkernes adresseinformasjon for oppfylging av Tbc kontrollene, er det viktig at det etableres en brukervennlig løsning for dette.

På kort sikt anbefales det at UDI og Helsedirektoratet samarbeider om å etablere en tjeneste for videreformidling av adresseinformasjon fra UDI databasen til helsetjenesten. De praktiske, personellmessige og økonomiske sidene ved dette må vurderes nærmere i Helsedirektoratet.

3. Felles rutiner for gjennomføring av tuberkulosescreening og anbefalte helseundersøkelser til asylsøkere

Det bør etableres felles entydige krav til når ulike deler av tuberkulosescreeningen og anbefalt helseundersøkelse skal gjennomføres i asylforløpet. Det vil gjøre det lettere for den enkelte kommunehelsetjeneste å vite hva som tidligere er gjennomført, og hva som er deres ansvar å følge opp når asylsøkeren oppholder seg i mottak i kommunen. Tidspunktet for når asylsøkeren er kommet til Norge og er registrert som asylsøker står på asylsøkerbeviset som den enkelte asylsøker bærer med seg.

Det er anbefalt at det tas røntgen undersøkelse av alle asylsøkere i løpet av 2 døgn før de forlater ankomstsenteret. I Østfold og Kirkenes er det etablert et logistikksystem kalt FLYT, hvor det registreres når asylsøkeren har vært til røntgenundersøkelse. Helsetjenesten gjennomgår alle prøvesvar og godkjenner i FLYT når asylsøkeren er klar for å reise videre til neste mottak. Gjennom samhandling i FLYT vil mottakets operatør med ansvar for videresending av asylsøkere ha oversikt over når asylsøkeren er klarert av helsetjenesten for flytting til neste mottak.

Det er anbefalt at alle barn under 15 år vaksineres for MMR i ankomstsenteret og dersom dette gjennomføres vil det sikre at alle vaksineres og samtidig hindre dobbelvaksinerings.

Det er anbefalt at kommunene gjennomfører en helseundersøkelsen av alle asylsøkere innen 3 måneder. Det bør vurderes å legge IGRA testing og vaksinerings til samme tidspunkt som gjennomføring av helseundersøkelsen da dette kan gi positiv effekt både med hensyn til logistikk og kapasitetsutnyttelse og vil sikre entydige krav til tidspunkt for gjennomføring.

Vurdering:

Det er behov for felles entydige rutiner for gjennomføring av Tbc screening, vaksinasjon og anbefalte helseundersøkelser slik at kommunene har større mulighet for å kunne ivareta sitt ansvar. Det kreves god dialog og samhandling mellom Helsedirektoratet, FHI og UDI for at dette skal oppnås. Erfaring fra den store ankomsten i høst med mottak i mange nye kommuner viser tydelig behovet for å

kommunisere entydig og samordnet informasjon ut i sektoren gjennom veilederen og annet koordinert informasjonsmateriale.

3.3.2 Identifisere virkninger

3.3.2.1 Identifiserte interessenter

Oversikt over identifiserte behov for helseinformasjon for berørte interessenter.

Behov/ aktører	Asylsøker	Kommune-legen	Allmennlegen/kommune-helsetjenesten	Spesialist-helsetjenesten	Myndighet, FHI
Oversikt Tbc status	X	X			X
Adresseinfo for Tbc oppfølging		X		X	
Oversikt over vaksinasjon og helseundersøkelse			X		
Helseinformasjon	X		X		
D-nummer som felles ID i journaler		X	X	X	X

Tabell 5: Oversikt interessenter og behov for helseinformasjon.

3.3.2.2 Fordeler og ulemper

Tidlig tildeling av D-nummer til asylsøkere vil ha mange positive effekter for helsesektoren:

- D-nummer vil gi et felles identifiseringsnummer i alle helsesystemer og sikrer riktig personidentifikasjon
- Bruk av felles id nummer vil gjøre det raskere og sikrere å utveksle og sammenstille helseinformasjon mellom systemene
- D-nummer som gjennomgående identifikator i alle helsesystemer vil bidra til bedre pasientsikkerhet ved at man lettere kobler riktig helseinformasjon med riktig pasient.
- Mindre risiko for dubletter der HELFO eller andre rekvirenter rekvirerer d-nummer flere ganger
- Mindre arbeid for HELFO som ellers ville ha rekvirert D-nummer når asylsøkerne søker om fastlege.
- Fastlege kan tildeles ved søknad uten forsinkelser
- Bruk av D-nummer gjør at etablerte refusjonsordninger overfor fastlegene fungerer
- Elektronisk henvisning til røntgen undersøkelse mm.
- Elektronisk rekvirering og tilbakemelding av prøver til sykehus og laboratorier hindrer fare for feilregistrering.

- D-nummer muliggjør bruk av etablerte rutiner for innrapportering av helseinformasjon i registre og gir effekt ved mindre behov for opprydding etter registrering og dobbelt registrering med DUF-nummer i etterkant
- Registrering av vaksiner i SYSVAK med D-nummer muliggjør oppslag
- D-nummer muliggjør bruk av kjernejournal for asylsøkere
- Ved bruk av D-nummer i elektroniske løsninger, går flere nyttige opplysninger direkte til kjernejournal.
 - o E-Resept : når medisinen tas ut på apotek, vil det registreres i kjernejournal
 - o Innleggelse på sykehus: ut og inn registreres i kjernejournal

3.3.3 Verdsette virkninger

Et stort antall asylsøkere gir generelt store kapasitetsutfordringer for deler av helsevesenet, og det er administrativt tidkrevende å håndtere DUF nr. i helsesystemene. Ved de store asylmottakene ble både den kommunale helsetjenesten, og sykehusene som skal betjene asylsøkerne, belastet med tidkrevende ekstraoppgaver knyttet til logistikk og håndtering av helseinformasjon ved bruk av DUF-nummer. Andre instanser som HELFO og FHI fikk også merbelastning på grunn av at systemene ikke er tilrettelagt for bruk av DUF-nummer og det da krever ekstra administrasjon av tilleggsløsninger for å håndtere dette. Det var mange steder nødvendig å bruke ekstra merkantile ressurser for å håndtere de ekstra oppgavene DUF-nummer og logistikkutfordringene medførte.

3.3.3.1 Kvalitative og kvantitative virkninger

Kvantitative gevinster ved bruk av D-nummer vil komme i form av enklere og raskere håndtering av asylsøkernes helseinformasjon og mindre behov for bruk av merkantile ressurser og administrativ tid for helsepersonell.

Ved tilgang til riktig adresseinformasjon vil det gå raskere og være enklere å administrere oppfølging av Tbc screening og kontroll.

Kvalitative gevinster:

Gjennomgående identifisering av pasienten i alle helsejournaler vil bidra til raskere, sikrer og bedre sammenstilling av pasientinformasjon og økt pasientsikkerhet.

Gevinstene vil være i form av:

- Elektronisk rekvirering av prøver og undersøkelser fra legens EPJ til sykehus/ lab. En elektronisk tilbakemelding av prøvesvar gjør at man slipper en dobbel manuell opprettelse av hjelpenummer på sykehus (sparer sykehuset for merkantile ressurser og hindrer feilregistrering)

- Felles gjennomgående id i alle helsesystemer gjør at man slipper å opprette hjelpenummer i hvert enkelt journalsystem hos lege, sykehus, helsestasjon etc. og det sparer tid som ellers vil gå med til å matche hjelpenummer med DUF nr. og gjør at man raskere kan finne riktig journal ved etterspørring på sykehus, hos annen lege etc.
- Bruk a D-nummer gjør at behandlende lege kan bruke etablerte løsninger for refusjonskrav og slipper å sende inn spesielle tidkrevende oppgjørskrav basert på spesialordninger for å takle DUF nr. (dette sparer både legen og HELFO for manuell jobb og sikrer riktig oppgjør)
- Både fastlege, helsestasjon og sykehus har krav om innrapportering av informasjon til ulike registre. Da ikke alle registre takler DUF-nummer medfører det forsinkelser og merarbeid for å ettersende informasjon når DUF-nummer senere matches med D-nummer.
- En del DUF-nummer som brukes for registrering av informasjon i registre viser seg å ikke stemme eller er dobbeltregistrert etc. og gir en del merarbeid for å finne riktig identitet på den som registreres. Direkte bruk av D-nummer vil også gjøre registrene mer riktige og tidsriktige.
- Utrulling av kjernejournal krever bruk av D-nummer og gjør at asylsøkerne kan delta i ordningen og effektene dette skal gi.
- Sykehusene vil ha stor nytte av å bruke D-nummer i sine systemer. Bruk av DUF-nummer fører til manuell jobb med registrering av hjelpenummer, det kan ta tid å koble ulike prøvesvar på ulike hjelpenummer mot samme pasient og å sikre riktig identifisering av asylsøkere som gjennomfører flere undersøkelser. Ved eksterne henvendelser på DUF-nummer vil det ta tid å finne riktig pasient med internt hjelpenummer og det skaper risiko for pasientsikkerheten.

3.3.4 Vurdere nyttevirkning

Tiltak	Gevinst/ Nytte
Tildeling av D-nummer ved ankomst og tilgang til bruk for helsetjenesten	D-nummer som felles ident i alle helsejournaler og systemer vil sikre rask og sikker identifisering av asylsøkere gjennom ulike systemer.
Tilgang til asylsøkernes adresseinformasjon	Informasjon om adresseinformasjon gjør at helsetjenesten kan videresende alle Tbc prøvesvar til asylsøkerens oppholdssted for videre oppfølging og gir helsetjenesten mulighet for å vite hvor man kan etterspørre eller ettersende helseinformasjon ved behov.
Innføre felles rutiner for når Tbc screening og anbefalte helseundersøkelser skal gjennomføres.	Helsetjenesten ved den enkelte oppholdskommunen har oversikt over hva som er gjennomført av lovpålagt og anbefalt undersøkelser og bidrar til at Tbc screening, vaksinasjon og 3 mnd. undersøkelsen gjennomføres som anbefalt.

Tabell 6: Oversikt tiltak og antatt gevinst/ nytte

Det antas at nytten vil være større enn kostnadene ved etablering av de kortsiktige tiltakene.

3.3.5 Usikkerhetsanalyse

- Det er risiko for at løsninger for tilgjengeliggjøring av D-nummer og adresseinformasjon ikke fungerer for brukere i helsesektoren da de ikke er nok brukervennlige.

- Kortsiktige løsninger for tilgjengeliggjøring av D-nummer og adresseinformasjon er basert på manuelle rutiner med personell som skal bemanne løsninger. Slike løsninger er sårbare og krever at det er beredskap for å bemanne opp ved økt ankomst.
- De kortsiktige løsningene krever samarbeid på tvers av etater og er avhengig av at alle bidrar ved økt ankomst.

3.4 Vurdering av konsept Manuelt helsekort for asylsøkere

Vedlegg 4: Manuelt helsekort

3.4.1 Beskrivelse og kartlegging/ vurdering av konseptet

På grunn av det store antallet asylsøkere oppstår det et problem med å formidle informasjon om helse på en god måte. Asylsøkerne flyttes fra mottak etter kort tid og kan være innom flere kommuner og mottak over en kortere periode. Det er to hovedutfordringer:

- Formidling av informasjon om tuberkulose-screening
- Sikring av god flyt av helseinformasjon.

«Helsekort for gravide» er i dag et veletablert system for å følge gravide igjennom svangerskapet der de er innom flere behandlere, fastlege, jordmor, sykehus. Dette baserer seg på en papirjournal der behandler fyller inn notater ved hver kontroll. Skjemaet inneholder også mye informasjon om den gravide som er tilgjengelig for alle behandlere. Det er kvinnen selv om tar hånd om helsekortet.

Ved å utvikle et helsekort som inneholder basisinformasjon om asylsøkeren vil man gi potensielle behandlere en oversikt. Følgende informasjon vil inkluderes på helsekortet:

- Personalia inkludert DUF og D-nummer
- Familietsituasjon, mulige pårørende i Norge
- Tuberkulose; status på screening
- Faste medisiner
- Tidligere sykdommer
- Allergier
- Behandling etter ankomst:
 - Medikamenter
 - Diagnose/problemstilling
 - Vaksiner

Det er ment at man skal plass til en kort problemstilling/diagnose på en eller to linjer. I tillegg hvem som har behandlet pasienten samt behandlerens kontaktinfo. Dette vil gi behandlere en god oversikt over hvem som har behandlet pasienten tidligere samt muligheten for å komme i kontakt med tidligere behandlere. Eget felt for status for tuberkulosescreening er viktig, målet er å få god oversikt over alle som er testet og å unngå unødig testing.

Formatet på helsekortet kan være i et A5 format som brettes og plasseres i en plastlomme.

Det vil da kunne skrives ut via legens EPJ slik at personinformasjon ikke må registreres manuelt på kortet. Eierskap til kortet er sentralt i hvordan asylsøkeren tar vare på det. Informasjon om at dette er viktig for kontakt med helsetjenesten og at kortet skal tas med til alle kontakter. Det er et forslag om at alle asylsøkere automatisk får frikort. Dette kan også fremgå av helsekortet og vil være en økt motivasjon til bruker om at kortet sikrer «gratis» behandling og medisiner i Norge. Imidlertid må frikortstatus avklares.

EUs Helsekort :

Den Europeiske kommisjon har kommet med en «Personal health record» (oversatt til «EUs helsekort») og en håndbok som blir vurdert i dette notatet.

EUs helsekort ble utviklet av The International Organization for Migration med støtte fra ECDC. Målet er at det skal være et personlig dokument med helseinformasjon som innehaveren kan ha med seg til eventuell videre kontakt med helsepersonell. Kortet skal fylles ut ved ankomst til EU, uavhengig av land/sted. Målet er å få en oversikt over den aktuelle helsesituasjonen, kroniske sykdommer, vaksinasjonsstatus, skader eller psykiske plager. Avhengig av situasjonen ved undersøkelsen kan den suppleres med blodprøver.

EUs helsekort syntes lite hensiktsmessig til bruk under Norske forhold. Behovet for å avdekke psykiske plager, oppvaksinere og følge opp lovpålagt tuberkulose undersøkelse er viktigst. Det kan gjøres ved den anbefalte helseundersøkelsen etter 3 måneder.

3.4.2 Identifisere virkninger

3.4.2.1 Identifiser interessenter

Alle behandlere i helsetjenesten som kommer i kontakt med asylsøker vil kunne ha nytte av helsekortet.

- Kommunelegen; vil kunne få oversikt over lovpålagt tuberkulosescreeing.
- Allmennlege/legevaktslege: vil kunne få oversikt over viktig medisinsk informasjon.
- Helsesøster: vil kunne få oversikt over vaksiner som er gitt.
- Jordmor: vil kunne få oversikt over viktig helseinformasjon.

Asylsøkeren selv vil også oppleve mer eierskap til helsesituasjon. Fra et myndighetsperspektiv vil helsekortet også være et viktig signal til asylsøkeren om at helsesituasjonen er en prioritert oppgave.

3.4.2.2 Fordeler og ulemper

- Fordeler er at helsekortet gir helsepersonell i både primær- og spesialisthelsetjenesten viktig helseinformasjon ved kontakt. Ved behov for informasjon om tidligere behandling vil man lett kunne ta kontakt med tidligere behandlere. Det vil gi god oversikt over lovpålagt tuberkulosescreeing slik at dobbelt undersøkelser unngås. Lav kostnad for å trykke helsekortet.

- Ulemper er utfordringer med å ta kortet i bruk. Helseavdelingen på ankomstsenter må ha ressurser til å skrive det ut og påse at det blir delt ut til rett asylant. Det er usikkerhet i hvilken grad asylsøkeren vil oppleve «eierskap» til helsekortet. Ved mangel på eierskap vil kortet lett bli borte/kastet.

3.4.3 Verdsette virkninger

Erfaringer fra økt asylankomst høsten 2015 er at det ble brukt mye merkantile ressurser på å følge opp tuberkulosecreening og etterlyse svar fra tidligere helsekontakt. Siden alle prøvesvar skal ettersendes til kommunelegen i neste oppholdskommune vil helsekortet kunne spare mye tid for helsetjenesten, dersom det blir tatt i bruk.

3.4.3.1 Kvalitative og kvantitative virkninger

Det er ikke mulig å tallfeste noen besparelser på tiltaket. Det forutsettes at det utprøves i en pilotundersøkelse hos et begrenset antall asylsøkere. Evalueringen av det vil også kunne gi svar på mulige økonomiske besparelser.

3.4.4 Vurdere nyttevirkning

Dette må utredes videre igjennom utprøving av helsekortet i en pilotundersøkelse.

3.4.5 Usikkerhetsanalyse

Største usikkerhet ved tiltaket er om asylsøkeren vil bruke kortet/ta vare på det. Det er viktig å gi god informasjon slik at man oppnår eierskap til helsekortet.

3.5 Samlet vurdering og anbefaling

3.5.1 Sammenstilling av hovedfunn

D-nummer

På kort sikt anbefales det at en løsning for tildeling av D-nummer ved ankomst etableres ved alle ankomstsenter, og at helsetjenesten får tilgang til utviklet løsning for oppslag av D-nummer i Folkeregisteret (PREG). Det bør vurderes en mulighet for at D-nummer trykkes på asylsøkerkortet.

Adresseinformasjon

På kort sikt anbefales det at Helsedirektoratet bidrar til å etablere en tjeneste for videreformidling av adresseinformasjon fra UDI databasen til helsetjenesten, og at UDI bidrar til å formidle nødvendig adresseinformasjon til kommunehelsetjenesten ved flytting av asylsøkere.

Felles rutiner

Det anbefales at Helsedirektoratet i samarbeid med FHI og UDI etablerer faste rutiner for gjennomføring av Tbc screening, vaksinasjon og anbefalt helseundersøkelse.

Helsekort

På kort sikt anbefales det at Helsedirektoratet vurderer å gjennomføre en pilot undersøkelse for å vurdere hensiktsmessigheten av et manuelt helsekort.

4. Utredning av langsiktige konsept og tiltak

4.1 Metode og avgrensning

Metode for konseptutredning i Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse har vært grunnlaget for prosjektet. Formålet har vært å utrede alternative konsepter og identifisere konsept som i størst utstrekning gir måloppnåelse og tilfredsstillende de identifiserte behov.

Helsedirektoratet har samarbeidet med Direktoratet for e-helse (E-helse) og Folkehelseinstituttet (FHI) om oppdraget. Direktoratet for e-helse har hatt særskilt gjennomføringsansvar for vurderinger knyttet til konseptene K2-K7. Null- alternativet og Konsept 1 (dagens løsning med utnyttelse av handlingsrom som inkluderer sikker ID- funksjonalitet og sikker adresseinformasjon om aktuell oppholdssted for asylanten) er i hovedsak skrevet av Helsedirektoratet med bidrag fra Direktoratet for e-helse og FHI. Konsept 1 har kommet til som alternativt som resultat av og kunnskap fra arbeidet med kortsiktige løsninger og de andre alternativene.

Konsept 6 (tuberkuloseregister) er i hovedsak utarbeidet av FHI med vurdering av Helsedirektoratet og E-helse.

Det har vært et tett samarbeid mellom E- helse, Helsedirektoratet og FHI med felles arbeidsgruppemøter. I tillegg utstrakt bilateral kontakt med hensyn til kriterievurderinger/ skåring samt samarbeid på juridiske spørsmål og avklaringer mellom Helsedirektoratet og E- helse (bl.a. på pasientjournalloven og helseregisterloven).

4.1.1 Forenklet analyse i tråd med veileder for samfunnsøkonomiske analyser

I arbeidet er det av tidsmessige og kapasitetsmessige grunner lagt til grunn en «Forenklet analyse» i tråd med «Veileder i samfunnsøkonomiske analyser» fra Direktoratet for økonomistyring (DFØ) av september 2014. Arbeidsmetodikken fremkommer i veilederens tabell 2.1 (s.27)³. «Forenklet analyse» innebærer i tråd med anbefalt metodikk at utredningen gjennomgår Arbeidsfaser 1-8.

Prosjektet har hatt begrenset kapasitet til å gå i dybden i alle arbeidsfasene. Vurderingene og anbefalingene bygger hovedsakelig på resultater fra Arbeidsfasene 1-3 og Arbeidsfase 8 (sammendrag og anbefaling). Det er med andre ord ingen fullstendig konseptevaluering og utredning.

Arbeidsfase 1-3 innebærer:

- Beskrive problemer og formulere mål
- Identifisere og beskrive relevante tiltak
- Identifisere virkninger

Der det finnes noe informasjon om kost- nytte og annet erfaringsgrunnlag, eksempelvis fra usikkerhetsanalyser i andre nasjonale satsninger på e-helse m.v. er det gjort utredning og vurderinger knyttet til arbeidsfasene 4-7 i veilederen. Ved en eventuell videre utredning av noen av konseptalternativene bør det tas i bruk en bredere samfunnsøkonomisk tilnærming, bl.a. verdsetting av nytteaspekter og mer detaljerte kostnadsanalyser slik «forenklet analyse- metodikken» legger opp til. Kriteriene i evalueringsmatrisen er også utviklet etter hvert som prosjektet har fått bedre oversikt over problemstillinger og behov.

DFØ- veilederen anbefaler i forenklet analyse at vurderingen hovedsakelig gjøres verbal og beskriver alternativene hver for seg og i sammenheng. På hvert konseptalternativ er det brukt følgende tematiske overskrifter som inkluderer de ulike problemstillinger som det er arbeidet med, jf. arbeidsmetodikken:

4.x.1 Beskrivelse og kartlegging/ vurdering av konseptet

4.x.2 Fordeler og ulemper

4.x.2.1 Juridiske vurderinger

4.x.3 Samlet vurdering av konseptet

³ Direktoratet for økonomistyring, Veileder «Samfunnsøkonomisk analyser»: <http://www.dfo.no/no/Styring/Publikasjoner-og-rapporter/Veiledere/> (18. april 2016)

4.1.2 Evalueringsmatrise med definerte kriterier

Prosjektet har brukt en evalueringsmetodikk Direktoratet for e-helse har erfaring med fra andre større prosjekter. Metodikken innebærer å etablere kriterier som konseptene blir vurdert mot, og at man i prosessen også gjør en samlet vurdering av konseptene og at kriteriene gis vekt. Valg av kriterier, innholdsmessig forståelse og praktisk bruk/skåring er utført i felles arbeidsmøter.

Rapporten viser til vedlegg 5 med nærmere beskrivelse av kriteriene med beskrivelse og skåringssystem.

Overordnet innføring i evalueringsmatisens kriterier

Oppnår målbildet	Strategisk og Taktisk
Overordnet funksjonell egnethet 1: Journalinformasjon	For kommunelegen; fastlegen; tidligere kontakt med helsetjenesten; tidligere vaksinasjon; deling av tidligere journalnotater
Overordnet funksjonell egnethet 2: Tuberkuloseinformasjon	Oversikt av røntgen (tatt); blodprøver (IGRA); svar/ ikke svar på resultater
Arkitektvurderinger	Generell arkitekturvurdering; Gjenbruksmuligheter
Sikkerhetsvurderinger	Informasjonssikkerhet; Antall som kan få vite adressen til asylsøker
Juridiske vurderinger	Behov for endring i lov; endring/tillegg i forskrift; vurdering av pasientjournallovens §§ 9 og 10
Kostnad	Etablering-/utviklingskostnad; Forvaltningskostnad; Driftskostnad; Innføringskostnad
Leveransetid	Anslått etableringstid (sentralt); Anslått innføringstid (distribuert)
Gjennomføringsrisiko	Organisatorisk og teknisk risiko
Funksjonell egnethet	Har asylsøker reservasjonsrett; Har løsningen delingsfunksjon

Tabell 7: Oversikt over kriterier for evalueringsmatrise som er brukt i konseptvurderingene.

4.2 Juridisk- Rammer og forutsetninger for vurderingen av konseptene

4.2.1 Innledning

Alle konseptene bortsett fra K1 som er dagens løsning, innebærer løsninger som vil reise en rekke juridiske problemstillinger både med hensyn til rettsgrunnlag, ivaretagelse av pasientens rettigheter, informasjonssikkerhet mv. Konseptene vil også innebære personvernutfordringer, som f. eks mulig utilsiktet spredning av helseopplysninger, brudd på taushetsplikten, manglende selvbestemmelse eller manglende informasjon til asylsøkerne.

De juridiske vurderingene nedenfor er ment som et grunnlag for videre vurderinger i en utredningsfase av valgt konsept. Det er viktig å ha med seg en forståelse for hvilke krav loven stiller til en slik behandling av helseopplysninger både i den videre utredningen og i arbeidet med en eventuell løsning.

Vurderingene er på et overordnet nivå. Det er ikke mulig hverken å reise eller ta stilling til alle juridiske problemstillinger på nåværende tidspunkt. Mange av problemstillingene må løses konkret ved utformingen av løsningen, og det er generelt vanskelig å si noe om en mulig fremtidig løsning som ennå ikke er ferdig utformet.

Dette betyr at det må gjøres en ny vurdering av hjemmelsgrunnlaget når det er valgt løsning.

4.2.1.1 Rettskilder

Når det gjelder behandling av helseopplysninger i forbindelse med ytelse av helsehjelp stilles det en rekke krav i lovgivningen. Pasientjournalloven regulerer «behandlingsrettede helseregistre» (som har ytelse av helsehjelp som formål). Pasientjournalloven vil gjelde uavhengig av i hvilket system opplysningene registreres.

Av pasientjournalloven § 6 fremgår det at behandlingsrettede helseregistre skal ha hjemmel i lov. Det følger videre av § 8 at virksomheter som yter helsehjelp har plikt til å sørge for behandlingsrettede helseregistre. Pasientjournalloven § 9 åpner for at flere virksomheter frivillig kan samarbeide om behandlingsrettede helseregistre. I pasientjournalloven § 10 gis det hjemmel til å etablere nasjonale behandlingsrettede helseregistre på bestemte områder.

Pasientjournalloven er forholdsvis ny, den trådte i kraft 1.januar 2015. Lovgivningen for behandling av helseopplysninger er nå delt opp i en pasientjournallov for behandling av opplysninger i forbindelse med helsehjelp (primærbruk) og en helseregisterlov for behandling av opplysninger til andre formål som forskning, helseanalyser mm. (sekundærbruk).

I de juridiske vurderingene av konseptene har vi i tillegg til lovtekst også brukt forarbeidene til pasientjournalloven (hovedsakelig Prop.72L 2012-2013) og juridisk litteratur, for å finne en forståelse av hva lovgiver har tenkt skal være anvendelsesområde for de aktuelle bestemmelsene.

4.2.1.2 Forutsetninger og avgrensninger

Alle konseptene vil reise en rekke juridiske problemstillinger. Den juridiske vurderingen vil begrense seg til en vurdering av rettsgrunnlag for løsningen i hvert enkelt konsept. Dette er en overordnet vurdering av om løsningen er innenfor gjeldende rett. Vurderingen tar utgangspunkt i beskrivelsen av formål og funksjonalitet som foreligger for de ulike konseptene. Hvis løsningen ikke er innenfor gjeldende rett, vil vi der det er mulig peke på alternativ farbar vei for eventuelt å etablere et nødvendig rettsgrunnlag. Juridiske vurderinger utover dette, må tas ned i den videre utredningen av det eller de konseptene Helsedirektoratet velger å gå videre med.

Vi legger til grunn at alle konseptene skal oppfylle kravene lovgivningen stiller til å ivareta pasientens rettigheter, helsepersonells og databehandlingsansvarliges plikter. Dette betyr *blant annet* at

- Pasientene skal ha innsyn i sine helseopplysninger
- Pasienten har rett til informasjon om hvem som har hatt tilgang til opplysningene
- Pasienten har rett til å motsette seg at helseopplysninger gis videre til annet personell
- Pasienten har rett til å kreve retting og sletting i pasientjournalen
- Løsningen må sørge for at helsepersonell kan oppfylle taushetsplikten
- Løsningen må oppfylle kravet til tilfredsstillende informasjonssikkerhet

Den juridiske vurderingen avhenger av hvilken funksjonalitet som ligger i løsningen, hvem som skal ha tilgang og hvilke informasjonselementer løsningen i hvert enkelt konsept skal inneholde. Ved endringer må juridiske vurderinger måtte gjøres på nytt. Den juridiske vurderingen i dette dokumentet er basert på løsningene slik de foreligger per i dag. Det er viktig å merke seg at det ikke er mulig å gjøre en fullstendig juridisk vurdering før løsningen er ferdig.

4.2.1.3 Vurdering av personvernkonsekvenser

Alle konseptene bortsett fra K1 (dagens løsning) innebærer endringer i måten å behandle helseopplysninger på. Konseptene inneholder blant annet økt deling av opplysninger mellom helsepersonell, i noen av konseptene også mellom nivåene i helsetjenesten.

Ved vurderingen av om det skal gjøres en full konsekvensutredning av personvernet, må det blant annet legges vekt på om behandlingen er

- inngripende
- omfattende
- om det er fare for feil
- om det er fare for misbruk (bruk til andre formål)
- om det er lav grad av selvbestemmelse
- om det er liten grad av opplysthet

Veileder til Utredningsinstruksen «Vurdering av personvernkonsekvenser» (Personverninstruksen) gir føringer for når og hvordan en slik vurdering skal gjøres.

Uansett hvilket konsept som blir valgt, bør det gjøres en grundig vurdering av personvernkonsekvensene for den løsningen som blir valgt med tanke på både hvor omfattende løsningen vil være, faren for bruk av opplysninger til andre formål og lav grad av selvbestemmelse. Når det gjelder asylsøkere, vil også momentet om liten grad av opplysthet være av betydning, fordi det er grunn til å tro at asylsøkerne ikke nødvendigvis kjenner til hvordan helseopplysninger skal behandles. Pga. språkvansker vil de heller ikke ha den samme muligheten til å tilegne seg informasjon om konsekvensene løsningen har for eget personvern. Det er derfor særlig viktig at personvernkonsekvenser vurderes grundig i løsninger som gjelder for asylsøkere, spesielt med tanke på informasjon og ivaretagelse av den enkeltes rettigheter.

Godt personvern skal beskytte enkeltmenneskets personlige integritet og privatlivets fred. En sveining av personvernmessige konsekvenser mot andre interesser vil bidra til å skape tillit hos borgerne som kan gjøre iverksetting av tiltaket eller beslutningen enklere, eventuelt etter tiltak for å ivareta personvernet på en bedre måte, jf. Personverninstruksen.

I det videre arbeidet med valgt konsept må det derfor foretas en grundig og helhetlig vurdering av det helse- og samfunnmessige behovet for løsningen og konsekvensene for asylsøkernes personvern, herunder hvilke tiltak som settes inn for å ivareta personvernet (dette kan f. eks være informasjon, sikre gode rutiner for å ivareta asylsøkernes rettigheter til f. eks innsyn, god tilgangskontroll, ivaretagelse av taushetsplikt mv.).

Det er hverken mulig eller hensiktsmessig å foreta en slik personvernkonsekvensutredning før det er valgt løsning.

4.3 Identifiserte konseptalternativ

Helsedirektoratet har i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Direktoratet for e-helse vurdert konseptalternativer, jf. tabellen under. I null- alternativet beskrives dagens praksis og utfordringsbilde, jf. gjennomgangen innledningsvis i rapporten. De andre konseptalternativene er særlig vurdert i lys av dette alternativet.

I prosessen med konseptvurderingene, fremkommer det en tydelig avhengighet i konseptene K2 – K7 til et etablert system for tildeling av D-nummer som ID- nummer og senere tilgang til nummeret.

Konsept som har vært til vurdering

Konsept nr.	Tittel	Kort beskrivelse av konsept idéen
Null- alternativet	Dagens praksis og rutiner i helsetjenesten for asylsøkere	Beskrevet av Helsedirektoratet
Konsept nr. 1	Dagens praksis med funksjonalitet man oppnår med sikker Identitet og adresselokalisasjon	Dagens praksis og utfordringsbilde er beskrevet. Konseptet beskriver behovene og mulighetene for forbedring av dagens praksis, funksjonalitet fra annen sektor, gjeldende rutiner og samhandling.
Konsept nr. 2	Nasjonal EPJ m/VPN	Felles nasjonal anskaffelse av EPJ- løsning. Pålogging/ tilgang via helsenet
Konsept nr. 3	Virtuelt Helsekontor v/UDI	Etablere og drifte «helsekontor» i regi av UDI. Opplysninger om asylsøker samles her og hentes herifra ved behov
Konsept nr. 4	Kjernejournal	Bruke eksisterende infrastruktur og legge til kjerneopplysninger om asylsøker (lovpålagte, vaksiner m.v.)
Konsept nr. 5	Helsekort for asylsøker (HKA)	Nasjonal helsepersoneltjeneste. Pålogging/ tilgang via WEB. Konseptet har likhet med Helsekort for Gravide (HKG)
Konsept nr. 6	Tbc- register (forslag FHI som er trukket)	Etablering av sentralt Tbc- register der resultat av lovpålagt aktivitet blir lagret. Konseptet er ikke realitetsbehandlet
Konsept nr. 7	Dagens løsning med «Bytt fastlegefunksjon» fra EPJ - løftet	Dagens løsning med tillegg av utviklet ny funksjonalitet i regi av prosjekt «EPJ- løftet» (v/ Legeforeningen og Staten)

Tabell 8: Oversikt over alle konsept som er vurdert.

De ulike konseptene er vurdert fortløpende i dette kapittel med egne delkapitler. Avslutningsvis finner en et eget delkapittel med samlet vurdering.

4.4 Vurdering konsept 1: Dagens situasjon med tillegg av sikker identitet med D-nummer og tilgang til adresseinformasjon/oppholdssted for asylsøker.

4.4.1 Beskrivelse og kartlegging/ vurdering av konseptet

I dette delkapitlet vurderes et konsept for videreføring av kortsiktige tiltak til mer varige langsiktige løsninger for tildeling av D-nummer, tilgang til adresseinformasjon samt funksjonalitet for

elektroniske meldingsutveksling av helseinformasjon. Utgangspunktet er dagens løsninger som beskrevet i null-alternativet og kortsiktige tiltak med etablering av ny funksjonalitet i samarbeid med UDI og Skatteetaten.

Tildeling av D-nummer til asylsøkere som del av modernisering av folkeregisteret.

Som beskrevet i kortsiktige løsninger har UDI ved endring i Forskrift om folkeregisteret fått tilgang til å rekvirere D-nummer til asylsøkere ved ankomst, og gjennom Helsedirektoratets samarbeid med UDI og Skatteetaten er nå tildeling av D-nummer til asylsøkere gitt prioritet i arbeidet med modernisering av folkeregisteret.

Prosjekt Modernisering av Folkeregisteret startet opp januar 2016 og er planlagt å vare ut desember 2019. Foreløpig er det definert hva som skal leveres i 2016, mens leveranser for resten av perioden (2017 – 2019) ikke er klart enda. I henhold til plan for 2016 skal løsning for rekvirering av D-nummer via UDI til asylsøkere piloteres og settes i produksjon høsten 2016.

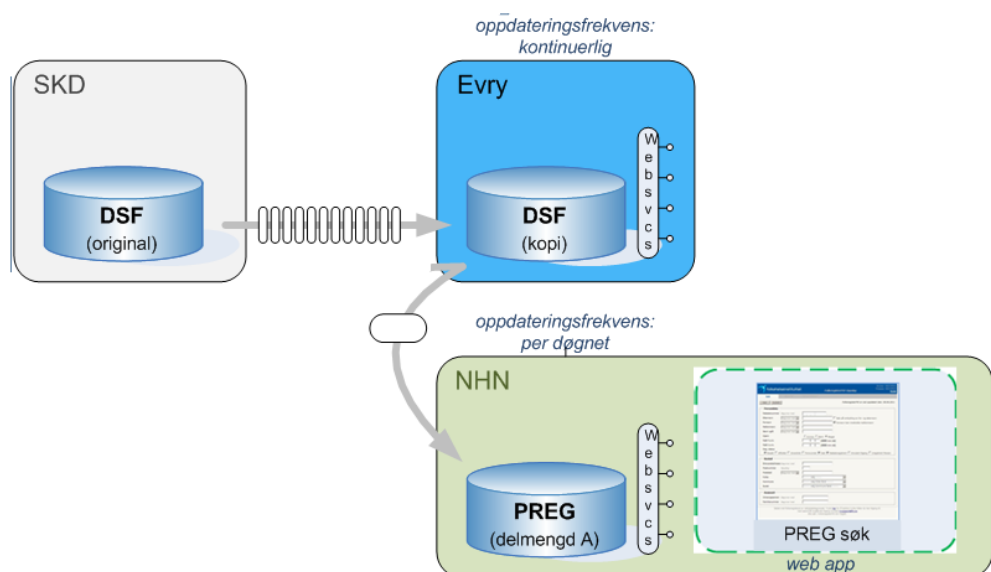
Tildeling av D-nummer til asylsøkere ved ankomst.

Det vil utvikles funksjonalitet slik at utlendingsmyndighetene v/UDI og Politiets utlendingsenhet (PU) kan sende elektronisk bestilling (rekvisisjon) av D-nummer til Folkeregisteret. Folkeregisteret vil tildele D-nummer automatisk og gjøre dette tilgjengelig for UDI som bestiller umiddelbart. Helsetjenesten vil få tilgang til D-nummer via dagens tjenester for tilgang til folkeregisteret.

En slik løsning vil gjøre det mulig for helsetjenesten i ankomstsentrene å få tilgang til D-nummeret umiddelbart slik at det kan brukes ved første registrering av informasjon i helsejournaler, som for de fleste er registrering av obligatorisk Tbc screening i ankomstsenteret.

Dagens tjenester for tilgang til D-nummer informasjon i folkeregisteret:

UDI vil være en aktør (produsent) som sender inn D-nummer som innhold til Folkeregisteret, mens helsesektoren vil være en aktør (konsument) som benytter seg av informasjon fra Folkeregisteret. Helsetjenesten som konsument får i dag opplysninger fra folkeregisteret via distributøren EVRY. Det er Norsk Helsenett som forvalter og distribuerer informasjon fra folkeregisteret til helsetjenesten via PREG (personregisteret).



Figur3: illustrerer hvordan Skatteetaten (SKD) distribuerer opplysninger i folkeregisteret (DSF) via Evry. Norsk Helsenett (NHN) mottar opplysninger fra folkeregisteret via EVRY og administrer og leverer ut opplysninger til helsetjenesten via PREG (personregisteret).

Tilgjengeliggjøring av informasjon

I modernisert folkeregister vil informasjon etter hvert bli gjort tilgjengelig via nye tjenester. Dette innebærer at i en periode vil folkeregisterinformasjon gjøres tilgjengelig både via dagens og moderniserte tjenester. Moderniseringsprosjektet jobber med strategi for overgang fra dagens til nye tjenester.

Med den løsningen som her er skissert vil det være behov for oppslag av både D-nummer og adresseinformasjon fra modernisert folkeregister. Det er viktig at helsetjenesten blir aktivt deltakende i utforming av nye tjenester for tilgjengeliggjøring av informasjon fra folkeregisteret slik at disse blir praktiske og hensiktsmessige for helsetjenestens behov.

Forslag til tilgjengeliggjøring av D-nummer:

Vi ser to alternativer for å gjøre D- nummer tilgjengelig for helsetjenesten når det er tildelt:

- Asylsøkeren får selv tilgang til sitt D-nummer enten ved at det trykkes på dagens asylsøkerbevis som den enkelte bærer med seg eller gjøres tilgjengelig for asylsøker på annen måte.
- Helsepersonell som har behov for D-nummer for registrering og oppslag i helsejournaler får en løsning for tilgang til D-nummer fra folkeregisteret. En løsning kan være videreutvikling av dagens løsning med oppslag for D-nummer med bruk av asylsøkerens DUF-nummer i PREG, se beskrivelse av kortsiktige løsninger. Det anbefales en videre utredning og utvikling av løsninger gjennom modernisert folkeregister som gir funksjonalitet for helsetjenestens tilgang til nødvendige informasjon.

Adresseinformasjon for asylsøkere.

En av utfordringene for helseinformasjonsflyten for asylsøkere har vært at helsetjenesten ikke har hatt tilgang til informasjon om hvor asylsøkerne flyttes rundt i mottakssystemet i transittfasen. Det er UDI som tildeler asylsøker plass i mottak og som har oversikt over hvor den enkelte til enhver tid befinner seg. I følge UDI er asylsøkernes adresseinformasjon i henhold til forvaltningslovens §13 taushetsbelagt informasjon da asylsøkerne er under beskyttelse. Helsetjenesten har krav om å utføre lovpålagt tuberkulose screening av alle asylsøkere og i Tuberkuloseforskriften står det at alle prøvesvar fra Tbc screening skal ettersendes til kommunelegen i asylsøkerens oppholdskommune. Helsetjenesten har med grunnlag i smittevernlovens § 2-2 åttende ledd søkt UDI om tilgang til adresse-informasjon for å kunne videresende Tbc prøvesvar og derved oppfylle lovens krav om tuberkulose-kontroll.

Det er gitt tilbakemelding fra UDI om at adresseinformasjonen for dette formål med hjemmel i smittevernloven vil bli gjort tilgjengelig for helsetjenesten. På kort sikt må det finnes løsninger som gjør at helsetjenesten får nødvendig tilgang til adresseinformasjon, som beskrevet i kortsiktige løsninger.

Adresseinformasjon som del av modernisert folkeregister

I arbeidet med modernisert folkeregister er informasjon om adresseendring definert som en senere delleveranse som vil komme i løpet av 2017/ 2018. Helsedirektoratet har spilt inn behovet for å registrere all forflytning og adresse for oppholdskommuner for asylsøkere i transittperioden slik at

lovpålagte oppgaver for tuberkulosekontroll kan ivaretas. Da adresseinformasjon for asylsøkere fortsatt vil være taushetsbelagt som del av folkeregisteret, er det viktig at utvikling av løsninger for tilgangsstyring tilpasses helsetjenesten.

Helsedirektoratet og andre aktører i helse- og omsorgssektoren bør involveres i utforming av løsning slik at behov for informasjonselementer for helsetjenesten overfor asylsøkere blir identifisert og ivaretatt i framtidige løsninger.

Elektronisk meldingsutveksling mellom EPJ-systemer, Konsept 7

Vurdering av konsept 7, elektronisk meldingsutveksling av elektronisk pasientjournal, vil være et nyttig supplement å se i sammenheng med konsept 1. Innføring av elektronisk meldingsutveksling av pasientjournal, skal i henhold til plan være innført i løpet av 2016 blant de tre markedsledende journalsystemene for fastleger, CGM Allmenn, Plenario og System X.. Elektronisk meldingsutveksling vil sammen med bruk av D-nummer som gjennomgående identifikator i alle EPJ systemer, og tilgang til adresseinformasjon gi en løsning som vil gi en betydelig forenkling i videreformidling av prøvesvar for Tbc og annen journalinformasjon (med samtykke).

4.4.2 Fordeler og ulemper

Fordeler

- D-nummer tildeles alle asylsøkere ved ankomst og vil da kunne brukes gjennomgående i helsesystemene
- Fordeler ved bruk av D-nummer i helsejournaler – se kortsiktige løsninger
- Adresseinformasjon for asylsøkerens tidligere og nåværende oppholdssted blir tilgjengelig for helsetjenesten for oppfølging av tuberkulose screening og kontroll
- Elektronisk meldingsutveksling av pasientjournal mellom EPJ-systemene muliggjør rask og sikker videresending av Tbc prøvesvar og journal

Ulemper

- Bruk av elektronisk meldingsutveksling er avhengig av manuelle operasjoner ved at man først etterspør og får elektronisk adresse til mottaker for videresending.
- Løsningen er avgrenset til å dekke videreformidling av konkret helseinformasjon som sendes eller etterspørres.
- Løsningen er basert på oppslag for tilgang til adresseinformasjon som kan gi logistikkutfordringer ved store ankomster.
- Løsning for tilgang til D-nummer og adresseinformasjon vil være avhengig av sanntids tilkobling til eksterne systemer. Både avsender og mottakssystem må være tilpasset for sending og mottak av dialogmelding med vedlegg, vedleggs-type EPJ.

4.4.2.1 Juridisk vurdering av konseptet

Konsept K1 Dagens situasjon med tillegg av sikker identitet (D-nummer) og adresseinformasjon

Konseptet innebærer en optimal utnyttelse av dagens løsninger innenfor gjeldende regelverk, med tidlig tildeling av D-nummer og tilgang til adresseinformasjon fra UDI og for bruk av elektronisk meldingsutveksling.

K1 Benytte dagens løsninger

- *Løsningen baseres i hovedsak på bruk av eksisterende løsninger, teknologi og standarder*
- *Det forutsettes at utveksling av informasjon må skje innenfor gjeldende regelverk*
- *Løsningen forutsetter tidlig tildeling av D-nummer og tilgang til adresseinformasjon fra UDI*
- *Bruk av gode rutiner og prosedyrer for å utnytte mulighetene som ligger innenfor dagens løsning, f. eks bruk av meldingsutveksling*

God utnyttelse av dagens løsning vil kunne dekke de grunnleggende behovene for at helseinformasjon, og særlig opplysninger vedrørende lovpålagt tuberkulosekontroll, skal kunne følge asylsøkere gjennom et behandlingsforløp hos ulike behandlere. Dette forutsetter imidlertid at asylsøkeren får tildelt D-nummer ved ankomst, og at helsetjenesten har tilgang til informasjon om pasientens tidligere adresse (for historikk) og sanntidsadresse (for meldingsutveksling mv.) fra UDI.

Den juridiske utfordringen er at UDI har taushetsplikt når det gjelder asylsøkernes nåværende bosted etter forvaltningsloven § 13 første ledd. Det er UDI som må vurdere om det er hjemmel for å utlevere adresseinformasjon om asylsøkerne til helseforvaltningen ut i fra aktuelle unntaksbestemmelser i loven.

Et aktuelt unntak fra taushetsplikten kan være å etablere rutiner for at pasienten kan samtykke til adresseutlevering etter forvaltningsloven § 13 bokstav a nr.1. Ikke alle asylsøkere har med seg den tilliten til offentlige myndigheter som vi har i Norge, og det er ikke sikkert de ønsker å gi et slikt samtykke. Det er derfor en risiko for at en samtykkeløsning ikke vil fungere i praksis.

Når det gjelder plikten til å oppfylle lovpålagt smittevern, sendte Helsedirektoratet en henvendelse til UDI den 6.april 2016. I brevet la Helsedirektoratet til grunn at smittevernloven § 2-2 åttende ledd (hjemmel til å innhente offentlig informasjon uten hinder av lovbestemt taushetsplikt) gir grunnlag for at UDI skal kunne utlevere adresseinformasjon til kommuner for at de skal kunne videresende tuberkulosesvar som en del av sitt lovpålagte tuberkuloseprogram. UDI har i brev av 21. april 2016 gitt en bekreftelse på at de kan utlevere adresseinformasjon til helsemyndighetene for tuberkuloseoppfølging og videresending av prøvesvar i samsvar med dette.

Konseptet dekker dermed behovet for å videresende positive og negative prøvesvar på tuberkuloseundersøkelser. Når det gjelder et eventuelt behov for å kunne utveksle andre typer helseopplysninger, utover aspektene med smittevernet, mellom helsepersonell fra ulike steder der asylsøkeren har oppholdt/oppholder seg, må løsninger for dette utredes nærmere i utviklingen av konseptet, herunder om pasientens samtykke kan dekke slik tilgang til adresseinformasjon.

Juridisk konklusjon: Med tidlig tildeling av D-nummer og tilgang til asylantenes adressehistorikk og sanntidsadresse, vil dagens løsning kunne ivareta de grunnleggende behovene for helseinformasjonsflyt for tuberkulosekontroll og eventuell annen helseinformasjon etter samtykke, mellom tjenestene for denne pasientgruppen.

4.4.3 Samlet vurdering av konseptet

Konseptet baseres i hovedsak på bruk av eksisterende løsninger, teknologi og standarder. I moderniseringsløsning for folkeregisteret er det planlagt å få på plass løsning for tildeling av D-nummer for alle asylsøkere ved registrering i ankomstsenter i løpet av 2016.

Adresseinformasjon for asylsøkernes oppholdssteder i transittfasen vil gjøres tilgjengelig for videresending og etterspørring av Tbc prøvesvar og andre helseopplysninger (forutsatt samtykke). Det er behov for å finne en midlertidig løsning for helsetjenestens tilgang til adresseinformasjonen fram til den vil være tilgjengelig i folkeregisteret i 2017/2018.

Løsning for elektronisk meldingsutveksling vil gjøre det enklere og sikrere å videresende informasjon mellom EPJ-systemer.

Utfordring for realisering av konseptet er at det utvikles og etableres enkle og brukervennlige løsninger slik at helsetjenesten i alle ledd enkelt får tilgang til nødvendig informasjon om D-nummer og adresser.

Oppsummert fremstår løsningen med en del begrensninger, og det vil være behov for en nærmere utredning, både juridisk, funksjonelt og kost- og nyttemessig.

4.5 Vurdering konsept 2: Felles EPJ installasjon med VPN⁴

4.5.1 Beskrivelse og kartlegging/ vurdering av konseptet

Konseptet inneholder en anskaffelse av et standard allmennlegesystem, konfigurert og satt opp til å ivareta IKT behovene for helsetjenesten under den begrensede perioden som asylsøkerne er i transittfasen. Dette er en nasjonal løsning hvor primærbrukere vil være helsepersonell som er i direkte kontakt i forhold til pasientbehandling. Løsningen settes opp med forskjellige roller som gjennom rollestyring vil gi tilgang til nødvendig informasjon for å utøve helsetjenesten.

Løsningen installeres i et driftssenter med en databehandleransvarlig, der helsepersonell som behandler asylanten kan registrere og lese nødvendig journalinformasjon der asylsøkeren til enhver tid måtte oppholde seg under transittfasen. Ved stabilt opphold i endelig ordinært mottak, kan pasientinformasjon, etter samtykke, overføres til fastlegen i ankomstkommunen enten via en epikrise eller ved overføring av elektronisk pasientjournal.

Leveransen vil være tre-delt:

- Anskaffe, installere og konfigurere både funksjonelt og teknisk en EPJ løsning som skal driftes av en profesjonell driftsleverandør.
- Etablere tjenester for å ivareta 1. og 2. linje support, samt forvaltning av løsningen.

⁴ VPN- klient: Virtual private network (VPN), på norsk; virtuelt privat datanettverk, er betegnelsen på en datateknikk som anvendes for å skape «punkt-til-punkt»-forbindelser, såkalte «tunneler», gjennom et annet datanett (som for eksempel internett).

- Sette i produksjon og innføre løsningen som tilbys nasjonalt via tynne klienter med PKI-autentisering⁵.

4.5.2 Fordeler og ulemper

Fordeler

- Basert på tilbakemelding fra de berørte klinikere som prosjektet har vært i kontakt med, vil et allmennlegesystem ivareta **alle de fire** behovene som beskrevet i kapittel 2.3 forutsatt at det benyttes en felles Id (D-nummer).
- De fleste brukerne vil jobbe i et systemlandskap som de er vant til fra daglig praksis, samt at samhandling med eksterne tjenesteytere som for eksempel spesialisthelsetjeneste og private laboratorier, vil fungere som i sektoren for øvrig.
- I og med at denne løsningen vil være "én asylsøker - én primærhelsejournal" vil informasjonen ligge i et system og dermed være tilgjengelig der asylanten til enhver tid måtte befinne seg. Dette vil gjøre det unødvendig å ettersende informasjon. Alt helsepersonell som kommer i kontakt med pasienten vil se den samme oppdaterte informasjon under transittfasen.
- Funksjonaliteten i løsningen er velprøvd i helsetjenesten og benyttes allerede i tjenester som
 - Kommunale asylmottak
 - Legevakt
 - Allmennpraksis
 - Helsestasjoner
 - Forsvarets sanitet
- Da løsningen baserer seg på etablerte produkter er tidshorizonten for å ta løsningen i bruk relativt kort. Dette vil være en fordel ved opplæring og innføring.
- Anskaffelseskost og forvaltning av programvare, utstyr og drift bør ha et forutsigbart kostnadsnivå da løsningen baserer seg på eksisterende produkter og kjent forvaltningsmetodikk. Kostandene for dette konseptet vil eventuelt bli beregnet i en planleggingsfase. Som et eksempel anslås de årlige IKT kostnadene for et legekantor til ca nok 40 000,- pr. medarbeider. En løsning med f.eks. to samtidige brukere på 30 lokasjoner, vil med dette som grunnlag ha et årlig kostnadsestimat på NOK 2,4 mill.
- Løsningen gir flere kvalitative forbedringer ved at
 - Informasjon er oppdatert og tilgjengelig for neste ledd av helsepersonell som mottar asylsøkeren

⁵ Public key infrastructure (PKI) er et rammeverk for utstedelse, administrasjon og bruk av digitale sertifikater over datanettverk.

- Pasientbehandling kan avklares raskere
- Løsningen gir bedre mulighet for å ha oversikt over tidligere helsetjenester asylsøker har vært i kontakt med og hvilke tjenester som asylsøkeren har mottatt
- Løsningen muliggjør sekundærbruk av informasjon - for eksempel rapporter på positive og negative Tbc-prøver
- Løsningen gir flere kvantitative virkninger gjennom at
 - Helsepersonell bruker mindre tid på å innhente og sammenstille informasjon
 - Bedre informasjonstilgang kan redusere kostnader ved at
 - Risiko for feilbehandling, svikt og skader reduseres
 - Omfang av unødvendige dobbeltundersøkelser reduseres
 - Kostnader til drift og vedlikehold med en sentral løsning antakeligvis er mer kostnadseffektivt enn desentraliserte løsninger

Ulemper

- Det er en risiko for at løsningen ikke har rettsgrunnlag. Forutsatt at det er mulig å etablere et frivillig og avtalebasert samarbeid etter pasientjournalloven § 9, vil dette kunne skape så store utfordringer at det ikke kan gjennomføres i praksis
- VPN-løsning forutsetter stabil nettforbindelse med tilstrekkelig hastighet, i noen geografiske områder kan dette være en utfordring, og det kan bli behov for ekstra oppmerksomhet fra Norsk Helsenett
- Kommunene har forskjellig praksis for organisering av helsetjenesten til asylantene, og oppgjørshåndtering for helsetjenesten som dokumenteres i denne nasjonale løsningen må utredes nærmere

4.5.2.1 Juridisk vurdering av konseptet

K2 Felles EPJ-system

Løsningen legger opp til at det etableres én journal for asylsøkere på primærhelsetjenestenivå, dvs. «én asylsøker – én primærhelsejournal». Relevant helsepersonell skal nedtegne opplysninger og få tilgang til journalen i perioden fra asylsøkerens ankomst til bosettelse (med fastlegetilknytning) i en kommune eller endelig avslag/retur.

K2 Felles EPJ-system
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ett standard allmennlegesystem</i> • <i>Brukere er alt helsepersonell i primærhelsetjenesten som er i direkte kontakt med pasienten og har tjenstlig behov for tilgang ved ytelse av helsehjelp</i> • <i>Denne pasientjournalen skal følge asylsøkeren fra ankomst til bosettelse eller avslag/retur.</i> • <i>Meldingsbasert utveksling av opplysninger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten</i> • <i>Felles EPJ-installasjon med VPN</i> • <i>Nasjonalt driftssenter</i> • <i>Autentisering med PKI</i>

K2 Felles EPJ-system hjemlet i pasientjournalloven § 9.

Dersom K2 skal kunne realiseres innenfor dagens regelverk, må det vurderes om en løsning om samarbeid mellom de virksomheter som skal føre pasientjournal kan hjemles i pasientjournalloven § 9.

Bestemmelsen i pasientjournalloven § 9 omfatter alle typer behandlingsrettede helseregistre; ulike fagsystemer, kurveløsninger, pasientjournaler osv., se Prop.72L s.176. Eksempler brukt i forarbeidene er regionalt laboratoriesystem eller radiologisk informasjonssystem og billedarkiv. Det kan samarbeides om registre på bestemte områder som f. eks sårjournaler eller billedregister. Det uttales videre at det kan samarbeides om helhetlige systemer som utgjør hele pasientjournalen i virksomheten.

I lovteksten i pasientjournalloven § 9 står det i første ledd at flere virksomheter kan inngå avtale om et samarbeid om behandlingsrettede helseregistre. Bestemmelsen lister opp hva virksomhetene i så fall må inngå skriftlig avtale om. I bokstav a står det at avtalen må inneholde *hva* samarbeidet skal omfatte. Etter vår vurdering sier dette noe om at et slikt samarbeid må knyttes til bestemte fagsystemer eller områder i pasientjournalen som f. eks sårjournaler eller billedregister, og ikke defineres utfra hvilken pasientgruppe (f. eks asylsøkere) behandlingen gjelder. Forarbeidene understøtter slik vi ser det denne tolkningen gjennom å legge vekt på å eksemplifisere hvilke fagsystemer som typisk kan være aktuelle for samarbeid etter denne bestemmelsen.

Begrepet *behandlingsrettet helseregister* er definert i pasientjournalloven til å være «*pasientjournal – og informasjonssystem eller annet register, fortegnelse eller lignende, der helseopplysninger er lagret systematisk slik at opplysninger om den enkelte kan finnes igjen og som skal gi grunnlag for helsehjelp eller administrasjon av helsehjelp til enkeltpersoner*». I merknaden til bestemmelsen er begrepet nærmere beskrevet. Det fremgår at et behandlingsrettet helseregister er et vidt begrep og omfatter hovedjournal, Kjernejournal, pasientkort, individuell plan, ulike fagsystemer, pasientadministrative systemer mv. Opplysningene i et behandlingsrettet helseregister kan således være nedtegnet og lagret adskilt i ett eller flere systemer. Definisjonen og forståelsen av begrepet *behandlingsrettet helseregister* blir dermed utgangspunktet for hva virksomheter kan samarbeide om etter pasientjournalloven § 9.

Dersom løsningen legger opp til at samarbeidet skal bygges rundt *selve fagsystemet* og ikke asylsøkere som en pasientgruppe, vil pasientjournalloven § 9 kunne vurderes som hjemmel for dette konseptet. I så fall må vilkårene for et slikt samarbeid være oppfylt. Dette innebærer i realiteten en skriftlig avtale mellom et stort antall av landets kommuner (det er antydnet ca. 200) og eventuelt andre virksomheter som har asylsøkere som pasienter.

Alle de aktuelle virksomhetene må da inngå skriftlig avtale om:

- hva samarbeidet omfatter
- hvordan pasientens og brukerens rettigheter skal ivaretas
- hvordan helseopplysningene skal behandles og sikres, også ved endringer i eller opphør av samarbeidet, og
- databehandlingsansvar

Det er i utgangspunktet ikke noen grense for hvor omfattende samarbeidet etter pasientjournalloven § 9 kan være, se Prop.72L s.177. Bestemmelsen åpner derfor for omfattende samarbeid med et stort antall virksomheter og pasienter. Bestemmelsen åpner for mulighet for samarbeid mellom offentlige og private virksomheter.

En løsning etter pasientjournalloven § 9 stiller krav om at man ved slikt samarbeid ikke registrerer opplysningene i begge registrene. Slike felles systemer skal *erstatte* den virksomhetsinterne journalen, se Prop.72L s. 177 flg. Dette betyr at helsepersonellet må føre journal for asylsøkerne i eget system, og ikke i sin virksomhetsinterne EPJ.

Departementet har etter pasientjournalloven § 9 annet ledd hjemmel til å gi forskrift for nærmere vilkår om samarbeid om behandlingsrettede helseregistre. Slik forskrift er foreløpig ikke gitt, men kan få betydning for løsningen i dette konseptet hvis det blir gjort.

Hvis konseptet vurderes til å være innenfor dagens regelverk må det blant annet sees nærmere på i hvilken grad et samarbeid av en slik størrelse og omfang vil være for utfordrende å håndtere når det gjelder forvaltning av avtalene mv., selv om bestemmelsen åpner for bruk av standardavtaler.

Det vil kunne være utfordrende å få med alle relevante aktører i samarbeidet. Det kan være vanskelig å identifisere alle relevante aktører som bør knyttes til avtalen. Et slikt avtalebaseret samarbeid er også *frivillig*, noe som betyr at man ikke kan pålegge den enkelte virksomhet å inngå en avtale om å samarbeide om journal. Det betyr at virksomhetene kan velge om og når de ønsker å inngå et samarbeid om felles journal. Dersom mange aktuelle virksomheter ikke deltar i samarbeidet om felles journal, men fortsetter å dokumentere helsehjelpen til asylsøkerne i egen virksomhetsintern journal, vil man ikke oppnå hensikten med konseptet felles EPJ. Dette vil medføre manglende oversikt over den helsehjelpen som gis, usikkerhet rundt hvem som har fulgt opp den enkelte asylsøkerens helse, og det vil f. eks være vanskelig å få en fullstendig oversikt over tuberkuloseoppfølgingen.

Når det gjelder samarbeidsavtalene, vil det potensielt bli et stort avtaleverk som skal forvaltes. Dette kan være med på å skape uklare ansvarsforhold. Det vil blant annet måtte klargjøres hvem som skal være databehandlingsansvarlig. Dette ansvaret kan deles, selv om alle avtaleparter har en selvstendig plikt til å oppfylle kravene i lovverket med henhold til dette. Uklare ansvarsforhold kan gjøre det utfordrende for pasienten å ivareta sine rettigheter til f. eks innsyn og informasjon.

Med så mange avtaleparter vil det også kunne være en utfordring når en av partene enten legger ned virksomheten, trekker seg fra samarbeidet, overfører sin fastlegehjemmel til en annen eller lignende. Den enkelte virksomhet eller eventuelt det enkelte helsepersonellet må i slike tilfeller gjøre uttrekk av journalopplysninger som de selv har nedtegnet, for å kunne oppfylle sin dokumentasjonsplikt.

K2 Felles EPJ-system hjemlet i pasientjournalloven § 10

Pasientjournalloven § 10 åpner for etablering av nasjonale behandlingsrettede helseregistre på bestemte områder i forskrift. Et slikt behandlingsrettet helseregister vil komme i stedet for virksomhetsinterne journaler etter pasientjournalloven § 8 eller felles journaler basert på samarbeid mellom virksomheter etter pasientjournalloven § 9. Bestemmelsen er ment for å etablere nasjonale registre, dvs. at registeret

må gjelde pasienter og brukere fra hele landet. Løsningen kan pålegges alle virksomheter, og er ikke basert på frivillig avtale som f. eks etter § 9.

Det er et krav etter pasientjournalloven § 10 at helseregisteret må gjelde nasjonalt. I Prop.72L s.177 uttales det at med nasjonale registre menes at eventuelle registre skal gjelde pasienter og brukere fra hele landet, og ikke begrenses til f. eks regionale helseforetak. Slik vi ser det må bestemmelsen gjelde alle pasienter av totalpopulasjonen, og kan derfor ikke begrenses til en gruppe pasienter, f. eks alle asylsøkere.

I tillegg er det et krav etter bestemmelsen at den gjelder nasjonale registre på bestemte områder som kommer i stedet for behandlingsrettede helseregistre etter pasientjournalloven §§ 8 og 9. I forarbeidene fremgår det at det siktes til løsninger på begrensede områder, som f. eks legemiddelregister, bilderegister eller epikriseregister. Dette betyr at pasientens opplysninger i registeret bare vil utgjøre en del av pasientens journal. Med dette menes at man ikke kan etablere et register der alle eller mange opplysninger om alle pasienter samles. Forslaget i dette konseptet er at registeret skal utgjøre asylsøkerens primærhelsejournal, og at relevante aktører innenfor primærhelsetjenesten skal benytte journalen til helsehjelpsformål. Slik vi vurderer det, er ikke dette en avgrensning av journalen til et bestemt område slik § 10 setter rammer for, og faller dermed utenfor lovens anvendelsesområde.

Juridisk konklusjon:

Pasientjournalloven § 9 kan være en mulig hjemmel for konseptet, dersom samarbeidet gjelder et fagsystem og ikke en avgrenset pasientgruppe. Hvis Helsedirektoratet skal gå videre med konseptet må det gjøres en konkret og grundig vurdering av om samarbeidet er knyttet til en avgrensning av et fagsystem og ikke pasientgruppen asylsøkere. En avtalebasert løsning som dette vil uansett innebære betydelige utfordringer når det gjelder et samarbeid av en slik størrelse og omfang. Det vil f. eks være spørsmål om konseptet i det hele tatt kan gjennomføres i praksis når samarbeidet er basert på frivillighet. Dette må likevel bero på en konkret vurdering når det utredes nærmere hvordan løsningen blir.

Felles EPJ-system kan etter vår mening ikke hjemles i pasientjournalloven § 10. Slik vi tolker det, er ikke løsningen innenfor det lovgiver har tenkt skal være anvendelsesområdet for bestemmelsen, siden et slikt felles EPJ-system hverken vil være nasjonalt, eller gjelde på et bestemt område.

4.5.3 Samlet vurdering av konsept 2, Felles EPJ installasjon med VPN

Felles EPJ installasjon med VPN møter behovene og krav som helsetjenester for asylsøkere har for IKT støtte. Innføring av en løsning kan gjennomføres i et relativt kort tidsrom. Kostnadsbildet er forutsigbart og bør være på nivå med de erfaringene en har fra drift av fastlegekontor.

Konseptet kan ha organisatoriske konsekvensene i forbindelse med bruk og oppgjørshåndtering som trenger nærmere utredning. Andre økonomiske, administrative og avtalemessige implikasjoner må også utredes nærmere. De juridiske vurderingene utelukker ikke konseptet.

En samlet vurdering tilsier dermed at konseptet vil være et alternativ som kan realiseres og som bør vurderes videre til en planleggingsfase.

4.6 Vurdering konsept 3: Virtuelt legekantor/helsekantor hos UDI

4.6.1 Beskrivelse og kartlegging/ vurdering av konseptet

Konseptet går ut på å etablere en sentral organisasjonsenhet med ansvar for å koordinere behandling av asylsøkere. Det kan være naturlig å tenke at dette knyttes til UDI, da de vet hvor asylsøkeren befinner seg til en hver tid. Enheten utstyres med en EPJ for å samle informasjon om løpende behandling et sted.

Tanken er at helsetjenesten oppdaterer denne enheten etter behandling, og kontakter enheten ved spørsmål om tidligere utredninger og behandlinger. På denne måten vet helsetjenesten hvem de kan kontakte.

Kontakt kan enten skje over telefon eller ved å sende allerede etablerte meldinger til kontoret. Konseptet kan realiseres raskt siden utvikling og innføring vil være minimal.

Realiseringsstegene vil være som følger:

1. Anskaffelse av løsning
2. Etablering av felles enhet og løsning
3. Innføre rutiner for å oppdatere og forespørre felles enhet

4.6.2 Fordeler og ulemper

Hovedutfordringen med denne løsningen er at det mangler et rettsgrunnlag for å samle opplysningene om asylsøkeren. Det vil være krevende å lage et rettsgrunnlag basert på manglende koordinering uten at enheten som da får alle helseopplysninger om asylsøkeren har et behandlingsansvar for asylsøkeren.

Av denne grunn drøfter ikke rapporten mulige fordeler med løsningen.

4.6.2.1 Juridisk vurdering av konseptet

K3 Virtuelt legekantor hos UDI

Det virtuelle legekantoret er foreslått å være en nasjonal informasjonssentral hos UDI, der relevant helsepersonell kan finne informasjonen de trenger om asylsøkeren de har til behandling. Dette kontoret vil ikke ha fysiske pasienter eller yte helsehjelp.

K3 Virtuelt legekantor
<ul style="list-style-type: none">• <i>Virtuelt legekantor i tilknytning til UDI</i>• <i>Legekantoret vil ikke ha fysiske pasienter eller yte helsehjelp, men kun være en felles informasjonssentral der helsepersonell kan henvende seg</i>

- *Kontoret vil ha sin egen EPJ som kan benyttes til meldingsutveksling*
- *Helsepersonellet vil journalføre i egen virksomhetsintern EPJ*
- *Helsepersonell har ett kontor å forholde seg til, der de kan hente ut nødvendig informasjon*
- *Kontoret samler inn opplysninger på vegne av fellesskapet*
- *Ikke direkte tilgang, men basert på utlevering*

Behandlingsrettede helseregistre må ha hjemmel i lov, jf. pasientjournalloven § 6 første ledd. Det er helsepersonells dokumentasjonsplikt etter Helsepersonelloven som er behandlingsgrunnlaget for helseopplysningene som skal nedtegnes i journal i forbindelse med ytelse av helsehjelp, jf. Helsepersonelloven § 39.

Det er et krav etter pasientjournalloven at virksomheter som yter helsehjelp skal sørge for å ha behandlingsrettede helseregistre for gjennomføring av helsepersonells dokumentasjonsplikt, jf. pasientjournalloven § 8.

Et virtuelt legekantor vil ikke yte helsehjelp til pasienten, og dermed hverken ha dokumentasjonsplikt etter Helsepersonelloven eller et behandlingsgrunnlag etter pasientjournalloven. Opprettelsen av et virtuelt legekantor vil i praksis føre til en dobbeltføring av journal som det ikke er hjemmel for. Løsningen vil derfor etter vår vurdering være lovstridig.

Vi vurderer heller ikke at en opprettelse av et helseregister med hjemmel i helseregisterloven vil kunne dekke konseptet, da opplysningene skal brukes til helsehjelp (primærformål). Helseregisterlovens virkeområde er sekundærformål som f. eks forskning, kvalitetssikring, helseanalyser mv.

Juridisk konklusjon

Vi vurderer at det ikke er mulig å etablere et slikt virtuelt legekantor innenfor dagens lovverk. Konseptet går på tvers av hele fundamentet i helselovgivningen, og vil dermed vanskelig kunne gjennomføres uten betydelige lovendringer. Vi anbefaler at Helsedirektoratet ikke går videre med dette konseptet.

4.6.3 Samlet vurdering av konsept 3, Virtuelt Legekantor/Helsekantor i regi av UDI

Prosjektet vurderer derfor at dette konseptet ikke vil la seg realisere særlig på grunn av manglende rettsgrunnlag. Prosjektet avslutter analysen av konseptet på et tidlig stadium uten bruk av metodikken beskrevet i kapittel 4.1 (Metode og avgrensninger)

4.7 Vurdering konsept 4: Kjernejournal

4.7.1 Beskrivelse og kartlegging/ vurdering av konseptet

Konseptet går ut på å benytte kjernejournal som informasjonsbærer om helseproblemer blant asylsøkere. Kjernejournal er allerede en etablert løsning for å dele viktig helseinformasjon om den

enkelte pasient. Den inneholder helseopplysninger som er nødvendige å kjenne til for en behandler som ikke har tidligere opplysninger om pasienten.

Kjernejournal er i en utbredelsesfase og vil være utbredt til hele landet i løpet av 2017 (utbredelsen kan sannsynligvis forseres med økt prioritet og økte midler). Kjernejournal inneholder i dag felter for viktige helseopplysninger, inkludert forskrevne legemidler og alvorlige diagnoser, men det er ikke felter for angivelse av prøvesvar og at prøver er tatt. Kjernejournal har juridisk hjemmel for å referere til dokumenter med prøvesvar, men denne funksjonaliteten er ikke bygget ennå.

Konseptet innebærer at utvikling av kjernejournal må fremskyndes for å muliggjøre overføring av prøvesvar. Utrullingstakten av dagens løsning må sannsynligvis også økes.

4.7.2 Fordeler og ulemper

Kjernejournal er en reservasjonsløsning, dvs. at pasientene kan reservere seg mot å ha kjernejournal. Alle lagrede data slettes i så fall. At man kan reservere seg mot kjernejournal er en stor usikkerhet og risiko. Enkelte asylsøkere som kommer i en situasjon der medisinske opplysninger kan ha påvirkninger på deres sak, kan selv slette disse opplysningene ved å reservere seg.

Reservasjonsprinsippet er et grunnleggende prinsipp med kjernejournal. Dette prinsippet kan neppe endres for hele løsningen og det er en stor juridisk usikkerhet knyttet til om man kan unnta visse opplysninger fra reservasjonsretten. Dette vanskeliggjør å bruke kjernejournal som primær dokumentasjon for tuberkuloseoppfølging av asylsøkere. Så lenge mulighet for å benytte løsningen for å følge opp lovpålagt tuberkuloseundersøkelser er et krav, vil kjernejournal med dagens lovgrunnlag, ikke være egnet til dette.

4.7.2.1 Juridisk vurdering av konseptet

K4 Kjernejournal

Konseptet legger opp til å benytte den allerede etablerte nasjonale løsningen Kjernejournal, for å dele viktig helseinformasjon om den enkelte asylsøker.

K4 Kjernejournal
<ul style="list-style-type: none">• <i>Kjernejournal som informasjonsbærer for asylsøkernes helse</i>• <i>En allerede etablert løsning</i>• <i>Kjernejournal inneholder felter for viktige helseopplysninger</i>• <i>Pasienten har mulighet til å reservere seg mot løsningen Kjernejournal</i>• <i>Løsningen erstatter ikke vanlig pasientjournal</i>

Kjernejournal er en nasjonal løsning med begrensede helseopplysninger som skal sikre at helsepersonell raskt kan få informasjon som er viktig hvis pasienten blir akutt syk. Lege har anledning til å registrere alvorlige allergier eller annen kritisk informasjon. Kjernejournal erstatter ikke annen

journal hos fastlege eller sykehus, men er et viktig supplement, spesielt i akuttsituasjoner. Pasienten har innsyn i Kjernejournal via en speiling av kjernejournalen på helsenorge.no.

Formålet med Kjernejournal er å sammenstille vesentlige helseopplysninger om den registrerte, og å gjøre opplysningene tilgjengelige for relevant helsepersonell. Kjernejournal skal øke pasientsikkerheten ved å bidra til rask og sikker tilgang til strukturert informasjon om pasienten, se Kjernejournalforskriften § 1.

Kjernejournal er ikke basert på samtykke, men har hjemmel i egen forskrift og har reservasjonsrett for innbyggerne. Det er strengt regulert i forskriften hvilken informasjon som kan legges inn i Kjernejournal, se kjernejournalforskriften § 4. Listen er uttømmende.

Siden Kjernejournalforskriften gir svært begrensede muligheter til hvilke opplysninger som kan lagres, vil en slik løsning ikke dekke behovet for at nødvendige helseopplysninger følger asylsøkeren fra ankomst til bosettelse eller avslag/retur. Dersom andre helseopplysninger skal kunne registreres i Kjernejournal, som tuberkulosesvar, vaksiner og andre helseopplysninger om asylsøkere det er behov for, vil dette kreve forskriftsendring.

En annen utfordring ved dette konseptet, er at Kjernejournal har reservasjonsrett for innbygger. Dette vil gjøre det utfordrende å bruke Kjernejournal som kilde til helseopplysninger om asylsøkere, fordi asylsøkere som velger å reservere seg vil få sine opplysninger slettet. I praksis kan vi da komme i en situasjon der flere asylsøkere velgere å reservere seg, og det vil dermed f. eks ikke være mulig å bruke Kjernejournal til tuberkuloseoppfølging. Funksjonalitet for å følge opp lovpålagt smittevern, er en helt sentral funksjonalitet som *må* ivaretas i valgt konsept.

Juridisk konklusjon:

Det er strengt regulert i forskriften hva som kan lagres i Kjernejournal, og det vil kreve forskrifts- endring hvis det skal lagres helseopplysninger slik det er foreslått i dette konseptet. Videre vil pasientens rett til å reservere seg mot løsningen Kjernejournal, gjøre det vanskelig å følge opp i forhold til lovpålagt smittevern.

4.7.3 Samlet vurdering av konsept 4, Kjernejournal

Utredningen av konseptet tilsier at konseptet ikke lar seg realisere. Pasientenes rett til å reservere seg gjør det ikke mulig å benytte Kjernejournal i den lovpålagte tuberkuloseoppfølgingen. Prosjektet avsluttet analysen av konseptet på et tidlig stadium uten å ta i bruk metodikken beskrevet innledningsvis i kapittel 4.

4.8 Vurdering konsept 5: Elektronisk helsekort for asylsøkere

4.8.1 Beskrivelse og kartlegging/ vurdering av konseptet

Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet er involvert i utviklingen av et elektronisk helsekort for gravide (HKG) som skal erstatte dagens papirbaserte løsning som kvinnen bærer med seg under svangerskapet. I nåværende papirversjon skriver helsepersonell helseopplysninger inn med penn. Konsept 5 bruker kunnskap fra dette arbeidet, og mener det også er mulig å utvikle et elektronisk helsekort for asylsøkere.

Helsedirektoratet har utarbeidet et papirbasert helsekort for asylsøkere, basert bl.a. på anbefalinger fra EU. EU sine anbefalinger med hensyn til hva helsekortet bør inneholde av informasjon, er også kilde i vurderingene av Konsept 5, elektronisk helsekort for asylsøkere.

Konseptet «Elektronisk Helsekort for Asylsøkere» innebærer at det opprettes en sentral nasjonal tjeneste, som dekker et sett avgrensede og utvalgte medisinske og administrative data i perioden fra asylsøkeren ankommer landet, til personen har etablert fastlegekontakt, oftest i ordinært asylmottak i påvente av vedtak eller bosetting, eller til avslag og hjemsending er iverksatt. Man dokumenter disse data i løsningen, i stedet for i virksomhetsinterne journaler eller felles journaler basert på samarbeid mellom virksomheter.

I Norge vil helsepersonell som bruker EPJ og yter helsehjelp til asylsøkere ikke ha en særskilt modul som dekker det innholdsmessige i helsekort for asylanter. Løsningen innebærer at helsepersonell bruker løsningen via nettleser koblet til norsk helsenett. Dette forutsetter at helsepersonell logger seg på via en sikker metode. For å kunne erstatte papir og manuelle rutiner, og gi tilgang til de aktørene som er involvert i oppfølgingen av asylsøkeren må løsningen være tilgjengelig for alle aktører døgnet rundt. For å gjøre utvikling og innføring enklere, samt spare utviklingskostnader hos leverandørene, vil løsningen legge til rette for lett brukergrensesnittintegrasjon i helsepersonellens EPJ-løsninger. Dette vil gjøre at helsekortet glir inn i de arbeidsprosesser og vante brukergrensesnitt klinikerne har i dag, uten fordyrende tett teknisk integrasjon.

I fortsettelsen av dette, vil løsningen legge til rette for at leverandøren kan importere relevante nøkkeldata til eget EPJ, som benyttes i det videre arbeidet med asylanten. Eksempel på dette er å tilby overføring av disse dataelementene ved en «normal» konsultasjon hos fastlege ved oppstått sykdom, i stedet for at kliniker skriver dette manuelt inn. Deler av informasjon har sitt naturlige hjemsted i løsningen, for eksempel data knyttet til helsekort for asylsøkere, tuberkuloseoppfølgingen, mens andre data, som LAB verdier og prøvesvar, har sitt hjemsted i andre systemer, men kan vises i løsningen.

Brukerflaten for helsepersonell skal samspille med eksisterende tjenester og informasjon som allerede foreligger. Dette kan være informasjon og faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet eller kliniske data fra nasjonale tjenester om det er registret noe om asylsøkeren der.

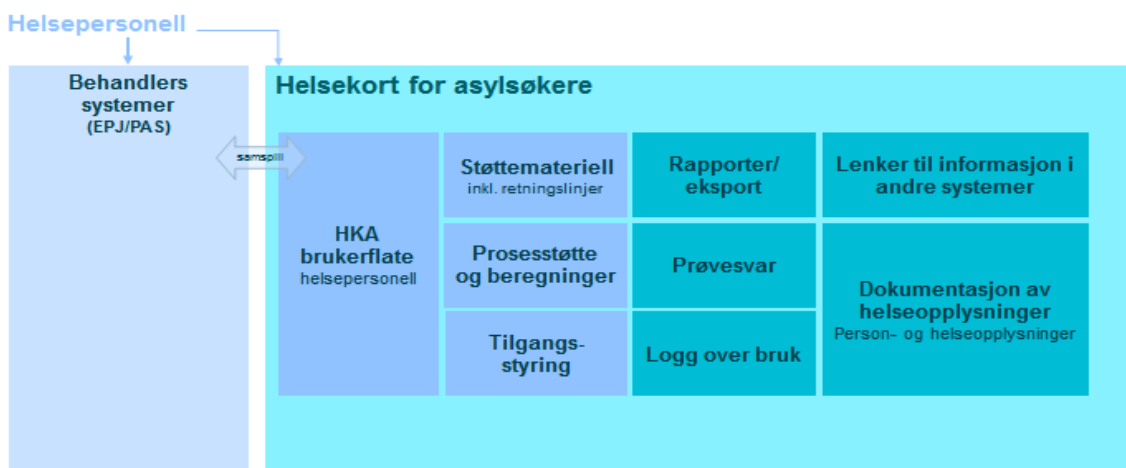
De områdene som skal dokumenteres i løsningen er:

- Personalia
- Oppholdssted
- Tuberkuloseprøver, svar og oppfølging
- Vaksiner som er gitt
- Medisinske data på «helsekort for asylsøkere»
- Enkle journalnotater

Løsningen skal videre kunne vise data fra andre kilder som kjernejournal og reseptformidler, samt informasjon om retningslinjer og rettigheter relatert til oppfølging av helsen til asylsøkerne. Videre skal løsningen ivareta personvern, autorisasjon, tilgang og logging av bruk. Løsningen vil ha grensesnitt mot andre helseregistre, samt gjenbruke eksisterende grensesnitt mot grunndata-plattformen er også relevant, for eksempel folkeregisteret, helsepersonellregisteret og fastlegeregisteret.

Konseptet legger til rette for at nødvendig avgrenset helseinformasjon, med visning av ulik støtteinformasjon, er tilgjengelig for helsepersonell som følger opp asylsøkeren i henhold til Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets retningslinjer for helsehjelp til asylsøkere, samt lovpålagt oppfølging i henhold til Folkehelseinstituttets retningslinjer for tuberkulosescreening. Løsningen må kunne benyttes for dokumentasjon av ett sett medisinske data relatert til perioden det er snakk om for asylsøkeren.

Punktene over kan illustreres som følger (Tabell 4- Ordinær journalløsning versus Helsekort for asylsøkere)



4.8.2 Identifisere virkninger

4.8.2.1 Identifiserte interessenter

Helsepersonellet som følger opp asylsøkere initialt kan arbeide både i primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, privat eller offentlig. Aktørene tilhører flere yrkesgrupper, og samhandling mellom nivåene i tjenesten og de enkelte helsearbeiderne er i dag komplisert og fragmentert.

4.8.3 Fordeler og ulemper

Denne løsningen vil kunne være tilgjengelig for alle helsearbeidere som bedriver den kartlegging og avgrensede helsehjelp som skal gis asylsøker frem til bosetting (etablert fastlege) eller avslag. Dette bidrar til at informasjon er tilgjengelig, og papir og dobbeltføring av informasjon som ligger i løsningen bortfaller.

Konseptet legger til rette for at nødvendig avgrenset helseinformasjon, med visning av ulik støtteinformasjon, er tilgjengelig for helsepersonell som følger opp asylsøkeren i henhold til Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets retningslinjer for helsehjelp til asylsøkere, samt lovpålagt oppfølging i henhold til Folkehelseinstituttets retningslinjer for tuberkulosescreening. Løsningen må kunne benyttes for dokumentasjon av ett sett medisinske data relatert til perioden det er snakk om for asylsøkeren. Man dokumenterer dette i den nasjonale løsningen i stedet for i virksomhetsinterne journaler eller felles journaler basert på samarbeid mellom virksomheter.

Man vil gjenbruke og videreutvikle eksisterende plattform og tjenester som allerede er i bruk mot helsetjenesten i dag, rettet mot helsepersonell, som tilgangsstyring, personvernkomponenter og andre etablerte registra/ datakilder. Man vil også gjenbruke eksisterende grensesnitt mot grunndataplattformen.

For sluttbruker vil en få en brukerflate integrert med eget EPJ, eller oppstart via nettleser koblet til norsk helsenett om en er plassert i felten, og gjøre den lovpålagte oppfølgingen av asylsøkeren. Brukerne vil ha tilgang til relevant kvalitetssikret informasjon og retningslinjer som støtte i arbeidet.

Ulempene med dette konseptet kan være at helsepersonell på eget kontor må arbeide i ett bilde i eget EPJ med annet brukergrensesnitt. Videre at løsningen må ha tilgang til Norsk Helsenett, og at en må logge inn med PKI med nivå 4- sikkerhet, som kan forde en pålogging i tillegg til pålogging i eget EPJ.

Det kan også være en ulempe at en ikke har tilgjengelig en full medisinsk journal i løsningen, kun et avgrenset område rundt asyloppfølgingen, og helsepersonell må gå til andre kilder for å få full oversikt.

4.8.3.1 Juridiske vurderinger av konseptet

K5 Helsekort for asylsøkere

Helsekort for asylsøkere er foreslått å være en løsning der det opprettes et nasjonalt behandlingsrettet helseregister med et sett administrative og medisinske opplysninger om den enkelte asylsøkeren.

K5 Helsekort for asylsøkere

- nødvendig og avgrenset helseinformasjon inkl. tuberkuloseoppfølging skal nedtegnes og være tilgjengelig for behandlende helsepersonell
- utvalgte medisinske og administrative data
- skal inneholde enkle journalnotater fra ankomst til bosettelse eller avslag/retur
- det elektroniske helsekortet kan startes alene i en nettleser, eller i kontekst av eget EPJ-system
- sentral nasjonal tjeneste
- uttrekk til andre systemer som f. eks SYSVAK og MSIS

Helsekort for asylsøkere hjemlet i pasientjournalloven § 10

Pasientjournalloven § 10 åpner for etablering av nasjonale behandlingsrettede helseregistre på bestemte områder i forskrift. Vi viser til vår vurdering under K2 Felles EPJ-system, som beskriver nærmere rammen for denne bestemmelsen.

Slik vi ser det, er det flere elementer i konseptet helsekort for asylsøkere som gjør at pasientjournalloven § 10 ikke kan dekke konseptet. For det første gjelder ikke løsningen hele befolkningen, og vil dermed ikke være en nasjonal løsning slik kravet er. En nasjonal løsning vil kreve at alle pasienter i totalpopulasjonen innenfor det bestemte området måtte inkluderes i registeret som etableres, f. eks alle gravide i Norge. Registeret kan ikke ta utgangspunkt i bestemte pasientgrupper, men må bygges opp rundt et bestemt fagområde (f. eks svangerskapsomsorg eller legemiddelliste ol.). Helsekort for asylsøkere vil ikke kunne sies å være et bestemt område, siden helsekortet skal inneholde et utvalg av helseinformasjon som dekker en viss bredde av asylsøkerens helse *i en periode* fra ankomst til bosettelse eller retur/avslag. Her går avgrensningen på tid og en adskilt gruppe pasienter, og ikke etter fagområde. Fordi løsningen uansett ikke vil være en nasjonal løsning, vil den juridiske vurderingen innenfor pasientjournalloven § 10 ikke endre seg, selv om innholdselementene minimeres.

Konseptet innebærer også at helsekortet skal ha tilgang til opplysninger fra sentrale helseregistre som Reseptregisteret og SYSVAK (System for vaksinasjonskontroll). Disse helseregistrene har til formål å bruke helseopplysninger til sekundærbruk, dvs. formål som oversikt, forskning og planlegging og kvalitetssikring av helse- og omsorgstjenesten. Opplysningene kan ikke brukes til andre formål enn det forskriftene til disse registrene bestemmer, og kan dermed ikke utleveres til helsepersonell for behandlingsformål, slik det er foreslått her.

4.8.3.2 Helsekort for asylsøkere hjemlet i pasientjournalloven § 9

Pasientjournalloven § 9 åpner for at flere virksomheter kan samarbeide om et felles behandlingsrettet helseregister. I dette ligger at det kan samarbeides om et informasjonssystem eller et register, men dette registeret kan ikke avgrenses utfra pasientgruppe, men må gjelde et fagområde. Vi viser til vår vurdering under K2 Felles EPJ-system, som nærmere beskriver rammen for denne bestemmelsen.

Helsekort for asylsøkere vil knytte seg til en pasientgruppe og ikke til et fagsystem innenfor et behandlingsrettet helseregister, og vil dermed slik vi ser det ikke være innenfor de rammene som pasientjournalloven § 9 oppstiller.

Juridisk konklusjon

Helsekort for asylsøkere kan ikke hjemles innenfor bestemmelsen i pasientjournalloven § 10 slik løsningen er skissert, siden løsningen hverken vil være nasjonal eller gjelde et bestemt (fag)område.

Konseptet kan etter dette heller ikke hjemles i pasientjournalloven § 9, fordi helsekortet er definert ut fra pasientgruppe og ikke fagsystem.

En realisering av helsekort for asylsøkere vil antagelig kreve lovendring.

4.8.4 Verdsette virkninger

Konsept 5 Helsekort for asylsøkere er vurdert på grunnlag av arbeidet i tidlig stadium av konseptfasen. Det foreligger ikke detaljerte brukerbehov og dokumentasjon av brukerhistorier er mangelfull. Omfanget (scope) av løsningene er ikke endelig fastlagt og omtalen av konseptet i teksten over skisserer ulike muligheter.

Vurdering av kvantitative og kvalitative virkninger er det derfor vanskelig på nåværende stadium i konseptutredningen. Avledet av dette er vurdering av mulige nyttevirkninger også vanskelig å gjøre.

4.8.5 Samlet vurdering av konsept 5, Helsekort for asylsøkere

Konsept 5 er sammen med Konsept 2 (EPJ m/VPN) de to mest lovende løsningene for e-helse- støtte til helsetjenesten i deres arbeid med asylsøkere.

Elektronisk helsekort for asylsøkere er interessant basert på vurderinger av kriteriet «Måloppnåelse-taktisk målbylde» fordi bruk av eksisterende felleskomponenter og bruk av etablert infrastruktur er nærliggende. Dette er illustrert ved forskjellene i kostnadsestimatene når man knytter konseptet med eller uten avhengighet til utviklingen av Helsekort for gravide.

Kriteriet «Juridisk vurderinger» og problemstillingene drøftet ift. Pasientjournallovens § 10 gjør at Konsept 5 Helsekort for asylsøkere ser ut til å være vanskelig å finne rettsgrunnlag for innenfor dagens regelverk.

4.9 Vurdering konsept 6: Tuberkuloseregister

4.9.1 Beskrivelse og kartlegging/ vurdering av konseptet

Folkehelseinstituttet mener at konseptet ikke skal tas med i vurderingene innenfor rammen av utredningen av et «Helseinformasjonssystem for asylsøkere», jf. oppdraget denne rapporten er et tilsvar på.

I det følgende gis det likevel en oppsummering av vurderinger gjort av Folkehelseinstituttet. Disse vurderingene er interessante i annen kontekst enn det spesifikke oppdraget vi jobber ut i denne rapporten. I kapittel 4.9.7 fremkommer prosjektutredningens kommentarer.

Bakgrunn:

Konseptet har som målsetning å utvide det sentrale MSIS/Tuberkulose registeret⁶ slik at det blir et innsamlingspunkt for resultater fra all tuberkulose screening, inklusive negative prøveresultater. I tillegg vil registeret måtte kunne tilby informasjon om disse resultatene til autoriserte brukere, helst i sanntid.

Leveransen vil inkludere:

- Utvidelsen av MSIS/Tuberkulose forskriftet for å gjøre alle tuberkulose screening resultater meldepliktige.
- Hvor *eksisterende* meldingsstandarder støtter innrapportering av tuberkulose resultater kan slik innrapportering utbredes til relevante helseaktører.
- Design endringer samt påfølgjende etablering og produksjonssetting av en ny instans av FHIs SPORT-plattformen (FHIs web-baserte plattform for sanntidsinnrapportering og levering av helseregisterdata) slik at denne løsningen kan tilbys (eksklusivt) via helsenettet.
- Etablering av merkantile avtaler og tekniske integrasjoner som gjør det mulig å ta i bruk eksisterende mekanismer for autentisering via dagens løsning fra Buypass.
- Etablere regime for 1. (og 2. linje?) support samt forvaltning av driftsløsningen hos databehandlere (FHI og NHN).

Konseptet krever samarbeid med og utvikling hos NHN.

⁶ Ref. forskrift om meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften), se <https://lovdata.no/forskrift/2003-06-20-740>

4.9.2 Identifisere virkninger

4.9.2.1 Identifiser interessenter

Primærbrukere vil være helsepersonell som er i direkte kontakt ift. pasientbehandling, som for eksempel leger, sykepleier, helsesøster og psykologer, i tillegg til kommunelege (smittevernansvarlig). FHI er også en viktig interessent.

4.9.3 Fordeler og ulemper

Den primære fordel med dette konseptet er tilgjengeliggjøring av resultater fra all tuberkulose screening fra et innsamlingspunkt. Dvs. data om tuberkulose screening resultater må ikke sendes fra sted til sted. Den primære ulempen med dette konseptet er at den kun inneholder informasjon om tuberkulose. Alle andre helsedata må sendes, hentes inn eller gjøres tilgjengelig på en annen måte. Dette konseptet *alene* kan ikke levere all funksjonalitet som er kritisk for de primære brukergruppene.

4.9.3.1 Juridiske vurderinger av konseptet

K6 Tuberkuloseregister

Opplysninger om positiv tuberkulosestatus er i dag en del av Meldingssystemet for smittsomme sykdommer, MSIS. Konsept 6 foreslår et eget Tuberkuloseregister for både primærformål og sekundærformål.

K6 Tuberkuloseregister	
•	Utvide det sentrale tuberkuloseregisteret slik at det blir en innsamling for resultater av all tuberkulose screening, inklusive negative prøvesvar.
•	Registeret er tenkt å tilby informasjon om resultatene til autoriserte brukere i sanntid
•	Primærbrukerne vil være helsepersonell som er i kontakt med pasienten, som for eksempel leger, sykepleiere, helsesøster og psykologer, i tillegg til kommunelege.

Meldingssystemet for smittsomme sykdommer, MSIS, er et helseregister som er opprettet for å ivareta behandling av helseopplysninger til sekundærformål. Registeret er etablert med hjemmel i helseregisterloven § 11, og inneholder blant annet personidentifiserbare opplysninger om personer i Norge som er syke av tuberkulose og om personer som får forebyggende behandling mot tuberkulose. Det er også hjemmel for å registrere informasjon om personer som er smittet men ikke syke av tuberkulose, men dette gjøres ikke i dag. Helseregisterlovens formål er derfor bestemmende for behandlingen av helseopplysninger i MSIS-registeret. Formålet med MSIS er å bidra til overvåkingen av smittsomme sykdommer hos mennesker i Norge, evaluere virkninger av behandlingstiltak og sikre kvaliteten av disse, og bidra til styring, planlegging og kvalitetssikring av helse- og omsorgstjenesten og helse- og omsorgsforvaltningen. Opplysningene kan også brukes til statistikk og til forskning, se forskriften § 1-3. I forskriften kap. 4 fremgår det at opplysninger i registeret kan brukes til statistikk, forskning og ellers i samsvar med de alminnelige regler om taushetsplikt.

Det er dermed hverken innenfor formålet med helseregisterloven eller MSIS-forskriften å bruke opplysningene i registeret til ytelse av helsehjelp. Det er heller ikke hjemmel for at helsepersonell kan få tilgang til registeret til bruk for helsehjelpsformål. Etablering av løsninger for dokumentasjon og utveksling av helseopplysninger med det formål å gi helsehjelp til pasienten, må skje innenfor rammen av behandlingsrettede helseregistre i Pasientjournalloven.

Nasjonalt behandlingsrettet tuberkuloseregister etter pasientjournalloven § 10

Det kan være aktuelt å vurdere et nasjonalt behandlingsrettet tuberkuloseregister etter pasientjournalloven § 10. Det vises til vurderingene over for en beskrivelse av det nærmere innholdet i denne bestemmelsen. Tuberkuloseregisteret må i så fall gjelde alle pasienter i Norge som følges opp for tuberkulose og kan ikke avgrenses til asylsøkere. Et slikt behandlingsrettet helseregister på tuberkulosefeltet, kan i så fall ikke inneholde opplysninger som gjelder andre helseforhold, men begrense seg kun til tuberkuloseoppfølgingen, jf. kravet til at registeret må avgrenses til et «bestemt område».

Juridisk konklusjon:

Et sentralt tuberkuloseregister vil innenfor dagens lovverk ikke kunne dekke både behovet for at helsepersonell skal få tilgang til oppdatert tuberkulosestatus for den enkelte pasient i forbindelse med ytelse av helsehjelp, og samtidig være et helseregister for sekundærformål.

Det kan vurderes om et behandlingsrettet helseregister for tuberkuloseoppfølging etter pasientjournalloven § 10 kan etableres innenfor gjeldende regelverk. Registeret må i så fall gjelde alle pasienter i Norge som får tuberkuloseoppfølging, og ikke bare asylsøkere. Registeret kan ikke inneholde opplysninger om andre helseforhold.

4.9.4 Verdsette virkninger

På grunn av de underliggende risikoene som FHI har identifisert for dette konseptet har FHI valgt ikke å verdsette konseptets kvalitative og kvantitative virkninger, inklusive nyttevurderinger. Se kapittelet under om risiko- / usikkerhetsmomenter.

4.9.5 Usikkerhetsanalyse

Dette konseptet har flere risiko- / usikkerhetsmomenter:

- Funksjonell kompletthet
 - Foruten informasjon om tuberkulose kan ikke dette konseptet levere andre funksjonalitet som er kritisk for de primære brukergrupper.
- Taktisk målbilde
 - Denne konsept kommer delvis i konflikt med FHIs målbilde for å samle Smittevernsregistrene (Nasjonal infeksjonsregister), ref. e-helse handlingsplan.
- Juridisk usikkerhet

- Det er forventet at MSIS/Tuberkulose-forskriften skulle kunne utvides for å få alle resultater fra tuberkulose screening meldepliktig. Samtidig vil registerets formål måtte utvides for å kunne støtte helsebehandling.
- Det som p.t. ikke er kartlagt er hvilke krav til informasjonssikkerhet må oppfylles for å kunne tillate endring av data i registeret via en webløsning. F.eks. det er ikke kjent om man må logge data om hvilken *virksomhet* brukeren representerer når data opprettes eller endres.
- Autentisering
 - Konseptet har som premiss at merkantile avtaler og tekniske integrasjoner gjør det mulig å kunne ta i bruk eksisterende mekanismer for autentisering via dagens løsning fra Buypass. Det er ikke kartlagt om dette er realistisk.
- Autorisering av bruk
 - Pga. sikkerhetsrisikoer og forvaltningskostnader er det utelukket å vurdere utstedelse av brukernavn/passord for å kunne autorisere bruk.
 - Det eksisterer ikke en nasjonal løsning/komponent som støtter autorisering.
 - Det er ikke spesifisert hvilke *typer* av personer skal kunne bruke løsningen. Hvis man bruker BuyPass til autentisering og begrenser brukergruppen til *helsepersonell* kan man velge å bruke Helsepersonellregisteret (HPR) som en autoritativ kilde for autorisering.
 - Hvis man bruker HPR til autorisering, er man i stort sett begrenset til autorisering av ulike typer av helsepersonell (dvs. leger, medisinsk sekretær, helsesøster, osv.).
 - Man kan ikke gjøre ytterlige begrensninger (eller gi utvidet tilgangsrettigheter til) kommuneleger, behandlende leger, osv. Det finns ingen nasjonal komponent som støtter dette.
- Logging og sporing
 - Som nevnt over er det ikke kartlagt hvilke krav til informasjonssikkerhet må oppfylles for å kunne tillate endring av data i registeret via en webløsning. Hvis brukerens virksomhet må logges er det stor tvil om løsningen kan realiseres uten betydelige kostnader og en lengre utviklingsløp⁷.
- Brukervennlighet
 - I ulike brukskontekster kan web-basert registrering av tuberkulose resultater kreve dobbelregistrering.
- Kostnader og leveransetid
 - Store usikkerheter her fordi gjenbruksmulighetene ikke er kartlagt.
- Gjennomføringsrisiko
 - For å være mest effektiv vil FHI trenge nøkkelpersoner fra utviklingsavdelingen. Disse personer er ønsket til flere av FHIs prioriterte prosjekter.

⁷ Kjernejournalen (KJ) har lyktes med å kunne koble brukeren og virksomheten som en del av sin autorisasjonsløsning. Samtidig har dette krevd integrering med hver EPJ produkt som tilbyr KJ.

- Fordi krav til bl.a. informasjonssikkerhet ikke er kartlagt er usikkerheter knyttet til eventuelle moderniseringsbehov i MSIS/Tuberkuloseregisteret.

4.9.6 Fordelsvirkninger

Se kapittelet over om risiko- / usikkerhetsmomenter (kap. 4.9.4)

4.9.7 Samlet vurdering av konsept 6, Tuberkuloseregister

Folkehelseinstituttet vurderer at konseptet har betydelige usikkerhetsmomenter knyttet til seg slik gjennomgangen i kap. 4.9.5 viser. Folkehelseinstituttet har etter en intern gjennomgang av konseptet primo april 2016 orientert Helsedirektoratet at de ikke tilrår utvikling av en registerløsning for tuberkuloseområdet knyttet til oppdraget «Helseinformasjonssystemer for asylsøkere». Instituttet vektlegger at konseptet på sitt beste kun tilbyr informasjon om tuberkulose og i liten grad ivaretar annen helserelevant informasjon helsetjenesten trenger om asylsøkeren.

Folkehelseinstituttet begrunner i sin tilbakemelding at instituttet strategisk vil arbeide for en løsning som innebærer en etablering av et Nasjonalt Infeksjonsregister. En sentral komponent som vil understøtte et slikt register, er etablering av en Nasjonal Laboratedatabase. Instituttet viser i denne sammenheng til sak i NUFA, saksnummer 49/15 fra mai 2015.

FHI vurderer at det er mer hensiktsmessig å allokere ressursene til å utvikle et Nasjonalt Infeksjonsregister.

FHI foreslår derfor å utrede muligheten og utvikle et konsept knyttet til behovene vedrørende smittevern hensyn og tuberkulose innenfor rammen av Konsept 2 (Nasjonal EPJ m/VPN). Dette initiativet kan utvikle en løsning som første steg i etableringen av en Nasjonal Labdatabase, dvs. et behandlingsrettet helseregister for laboratorie-resultater som har hjemmelsgrunnlaget i pasientregisterloven og ikke helseregisterloven. FHI vurderer at de juridiske og praktiske utfordringene ved å utvikle en slik første nasjonale labdatabaseløsning for tuberkulose, også krever en særskilt juridisk gjennomgang. Initiativet kan forstås på bakgrunn av de målsetninger og forutsetninger Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet har vurdert i konseptvurderingene i «System for helseinformasjon for asylsøkere». Initiativet fra Folkehelseinstituttet kan også vurderes i tråd med målsetninger og utfordringsbildet vi finner i “En innbygger, en journal” og arbeidet med “Referansearkitektur for helseregistrene”.

4.9.7.1 Vurdering av konseptet og sammenheng med Konsept 2

Prosjektet har vurdert initiativet fra FHI om å se dette i sammenheng med Konsept 2 (Nasjonal EPJ m/VPN). Det vurderes at en sentral, Nasjonal Labdatabase er framtidrettet (bl.a. er dette diskutert i EPJ-løftet som en framtidig ønsket funksjonalitet), og som igjen kan bli en del av “En innbygger, en journal”.

Det er vurdert at Konsept 2 i asylprosjektet bør ses uavhengig av initiativet, og grunnene er:

- Hvis en sentral labdatabase blir en framtidig nasjonal komponent, må EPJ-ene uansett ta hensyn til dette
- Nasjonal Labdatabase hører ikke inn under konsept 6, men kan ses i sammenheng med en videre utredning av et nasjonalt behandlingsrettet tuberkuloseregister. Initiativet vil kunne bygges inn i flere andre konsepter, og bør derfor kanskje kommenteres under «andre muligheter/løsninger/innspill»
- Etablering av en Nasjonal Labdatabase vil kreve et relativt uavhengig juridisk løp og «praktisk» løp i forhold til det som må etableres for Konsept 2
- Initiativet vil kreve utvikling i EPJ, noe som Konsept 2 i utgangspunktet ikke forutsetter. En Nasjonal Labdatabase vil gjøre samtlige konseptalternativer funksjonelt bedre, og kan føre til at konseptene blir dyrere og mer tidkrevende

FHI vurderer strategisk at det er behov for et Nasjonalt Infeksjonsregister, hvor en Nasjonal Labdatabase er en viktig del av målbildet. En slik løsning som skissert vil oppfylle behovene for oversikt over Tbc screeningen. En eventuell videre utredning av et nasjonalt behandlingsrettet helseregister for tuberkuloseoppfølging bør ses i sammenheng med FHI's initiativ til et Nasjonalt infeksjonsregister.

4.10 Konsept 7: Dagens løsning m/ bytt fastlegefunksjon/ elektronisk meldingsutveksling

4.10.1 Beskrivelse og kartlegging/ vurdering av konseptet

Løsningen baserer seg på bruk av elektronisk pasientjournal for primærhelsetjenesten med tilhørende funksjonalitet for meldingsbasert overføring av journal.

I forbindelse med prosjekt «EPJ-løftet for fastleger», er det nå utviklet funksjonalitet for elektronisk sending og mottak av journal mellom fastlegesystemene, og det er denne funksjonaliteten som ligger til grunn for dette konseptet. Funksjonaliteten for overføring av journal gir mulighet for å sende komplett journal eller deler av journalen elektronisk til neste ledd i behandlingkjeden. Uttrekket baseres på valg av dokumenttyper, som f.eks. journalnotater, henvisninger og laboratoriesvar. Journalen som overføres, vil være søkbar og det vil være tilgang til historikk for å samle tidligere sykdommer og kopiere inn prøvesvar med mer i ny journal.

Journalinformasjonen vil derfor kunne følge asylsøkeren i henhold til stafettpinneprinsippet. Det forutsettes at det er en kjent elektronisk adresse til neste ledd i kjeden. Løsningen ivaretar at elektronisk samhandling mellom de ulike aktørene i helsesektoren skal baseres på bruk av standarder og andre krav som bidrar til sikker elektronisk utveksling av helseopplysninger mellom ulike virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Det er bruk av dialogmelding med vedlegg som brukes som elektronisk samhandling i dette konseptet.

Funksjonaliteten er nå under utprøving og delvis innføring gjennom de tre markedsledende leverandørene av journalsystemer til fastleger, og det forventes at brukere av journalsystemene CGM allmenn, Plenario og System X har dette innført i løpet av 2016

Konseptet forutsetter at D-nummer gjøres gjennomgående tilgjengelig for helsetjenesten fra første journalføring, og at adresseinformasjon gjøres tilgjengelig for helsepersonell etter behov. Denne løsningen kommer på mange områder godt ut i evalueringen og er absolutt et viktig alternativ å ha med i vurderingen videre, selv om den alene dekker en begrenset del av de funksjonelle kravene som løsningene vurderes opp mot.

4.10.2 Fordeler og ulemper

4.10.2.1 Fordeler

Journalsystemer som er utviklet til bruk i primærhelsetjenesten har god funksjonalitet som vil dekke behov for helsepersonell som har kontakt med asylsøkerne. Løsningene er allerede vel innarbeidet.

Det vil være mulig å la helseinformasjonen følge asylsøkeren fra et mottak til et annet og deretter videre til pasientens permanente fastlege. Tilbakemelding fra de berørte klinikere prosjektet har vært i kontakt med indikerer at dette konseptet vil være et hensiktsmessig verktøy for å ivareta både helsefaglige og normative krav.

Løsningen er basert på produkter som er etablert i sektoren og det vil sannsynligvis kunne gå raskt å få tatt løsningene i bruk.

4.10.2.2 Ulemper

Løsningen gir ikke tilgang til informasjon om asylsøkere på tvers av installasjoner. Overføring av journalen må initieres fra avsendende mottak, og det forutsettes at neste mottaker har kjent elektronisk adresse.

4.10.3 Juridisk vurdering av konseptet

Det er ikke foretatt en juridisk vurdering av konseptet.

4.10.4 Samlet vurdering av konsept 7

Konsept 7 bygger på erfaringene med etablert meldingsutveksling og dialogmeldinger, samt ny funksjonalitet som er forventet innført nasjonalt i eksisterende EPJ- systemer for allmennleger⁸ i løpet av 2016.

⁸ Infodoc har breddet til sine kunder. Hove planlegger for september 2016. Utbredelse ved CGM allmenn er forventet ved neste release.

Konseptet forutsetter at D-nummer gjøres gjennomgående tilgjengelig for helsetjenesten fra første journalføring og at adresseinformasjon gjøres tilgjengelig for helsepersonell etter behov. Løsningen krever også aktivt samtykke for utveksling av all informasjon utover tuberkuloseopplysninger. Konseptet er svakere med hensyn til å oppfylle de kriteriene som utredningen baserer seg på, men er et alternativ som vil gi en nyttig tilleggs funksjonalitet til Konsept 1.

4.11 Sammendrag av konseptvurderingene på e-helse

Direktoratet for e-helse tilrår at *Konsept 1 (dagens løsning med forutsetninger) videreutvikles i nært samarbeid mellom helsemyndighetene, utlendingsmyndigheten og skattemyndigheten.*

Konsept 2 (EPJ m/VPN) er avhengig av tilgang til D-nummer fra løsning i Konsept 1, og juridiske problemstillinger må avklares i forhold til pasientjournal-lovgivningen. Det gjenstår et betydelig arbeid med konseptet i tråd med anbefalt utredningsmetodikk.

Konsept 6 Tuberkuloseregister er ikke juridisk akseptabelt slik det er skissert, men det kan være mulig å etablere et nasjonalt behandlingsrettet helseregister for tuberkuloseoppfølging.

Kapittel 4 gir en samlet fremstilling av arbeidet med de langsiktige konseptalternativene. Det er redegjort for arbeidsmetodikk og avgrensninger i nåværende fase med hensyn til fullstendig bruk av metodikken, evalueringsmetode ved bruk av definerte kriterier der funksjonelle behov i tjenesten og asylsøkers situasjon er spesielt tatt hensyn til og det er gjort en utførlig juridisk vurdering.

Det er ikke gjennomført en fullstendig konseptevaluering. Det er likevel etablert et grunnlag for å fatte beslutninger om viktige veivalg fremover og eventuelt hvilke løsningsalternativer eller konsepter en vil videreutvikle. Beslutninger om dette bør skje i samarbeid mellom Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet.

Sammendraget baserer seg på to viktige funn; Resultatet av den juridiske gjennomgangen og vurderingen av de enkelte konseptene. Funnene fra denne gjennomgangen har ulike konsekvenser for hva det er mulig å gå videre på i en plan- og gjennomføringsfase. Vi oppsummerer derfor dette området først.

4.11.1 Sammendrag juridisk

De juridiske vurderingene er overordnede og basert på den informasjonen som til nå beskriver løsningene. Når det på et senere tidspunkt skal tas stilling til hvilke(t) konsept som det er ønskelig å gå videre med, og disse konseptene utredes nærmere, må det gjøres nye og grundigere vurderinger av hjemmelsgrunnlag og andre juridiske problemstillinger som løsningen(e) reiser.

Konseptene «K1 Dagens løsning med tidlig tildeling av D-nummer og tilgang til adresseinformasjon fra UDI» og «K2 Felles EPJ-system m/VPN» er konsepter som er mulige alternativer for videreføring i

en grundigere konseptanalyse. «K6 Tuberkuloseregister» vil ikke kunne være innenfor gjeldende regelverk i den formen det er foreslått, men registeret kan vurderes realisert som et nasjonalt behandlingsrettet helseregister.

Konsepter som ikke vil ha rettslig grunnlag i dagens regelverk er «K3 Virtuelt legekantor hos UDI», «K4 Kjernejournal» og «K5 Helsekort for asylsøkere».

Konsept	Juridisk oppsummering
K1 Dagens løsning	Konseptet er innenfor dagens regelverk, og vil ved optimal utnyttelse med f. eks meldingsutveksling kunne dekke de fleste behovene for helseinformasjonsflyt når det gjelder tuberkulosekontroll, og annen deling av helseinformasjon etter samtykke fra asylsøker. Løsningen forutsetter tidlig tildeling av D-nummer, og i tillegg tilgang til adresseinformasjon fra UDI for oppfølging av smittevernet.
K2 Felles EPJ-system	Løsningen må utredes nærmere når det gjelder om den kan etableres innenfor rammen av bestemmelsen om samarbeid etter pasientjournalloven § 9. Det ligger en rekke utfordringer i et slikt avtalebasert samarbeid.
K3 Virtuelt legekantor	Virtuelt legekantor vil ikke være mulig innenfor dagens regelverk, og vil kreve fundamentale endringer i store deler av helselovgivningen.
K4 Kjernejournal	Løsningen vil ikke være mulig innenfor dagens regelverk dersom den skal dekke behovene som er skissert. Bruk av løsningen vil kreve forskriftsendring.
K5 Helsekort for asylsøkere	Konseptet vil ikke kunne hjemles i pasientjournalloven § 10, fordi løsningen hverken vil være nasjonal eller gjelde på et bestemt område. Helsekortet kan heller ikke hjemles i pasientjournalloven § 9, fordi helsekortet er definert utfra pasientgruppe og ikke fagsystem. Konseptet vil antagelig kreve lovendring.
K6 Tuberkuloseregister	Konseptet slik det er beskrevet vil ikke være innenfor regelverket, fordi løsningen er tenkt brukt både til primærformål (helsehjelp) og sekundærformål (f. eks forskning). Det kan likevel sees på muligheten til å etablere et nasjonalt behandlingsrettet helseregister for tuberkuloseoppfølging innenfor rammen av pasientjournalloven § 10.

Avhengig av hvilket konsept man ønsker å gå videre med, må det foretas ytterligere vurderinger. I dette ligger det blant annet at det må gjøres en konkret utredning av personvernkonsekvenser for den bestemte løsningen. De fleste konseptene krever grundige utredninger av de juridiske problemstillinger.

4.11.2 Sammendrag av enkelt-konseptene

Konsept 1 (dagens situasjon med endringer i forutsetninger for bruk av og tilgang til D- nummer og rett adresseinformasjon/ oppholdssted samt bruk av elektronisk meldingsutveksling) gir grunnlag for beslutning å følge opp dette konseptet først fordi det kan gi effekter innen for et akseptabelt tidsperspektiv. Flere av de andre konseptene har som viktig premiss at D- nummer er tilgjengelig, og er avhengig av løsninger fra oppfølgings- og utviklingsarbeidet fra Konsept 1.

Hovedfunnene fra vurdering av enkelt-konseptene

1. Konsept 1 (dagens situasjon med tilpasninger) er juridisk akseptabel, men krever implementering av D- nummer og tilgang til adresseinformasjon i samarbeid med Folkeregisteret (Skatteetaten)
2. Konsept 2 (EPJ m/VPN) synes juridisk akseptabel, men krever mer utførlig vurdering av §9 i pasientjournalloven og håndtering av et omfattende avtaleverk. Anskaffelsen av systemet per se synes å ha en akseptabel kostnadsramme, men dette må verifiseres
3. Konsept 3 (Virtuelt helsekontor) er juridisk ikke akseptabelt
4. Konsept 4 (Bruk av kjernejournalplattformen). Ikke akseptabelt innenfor gjeldene rett og vil eventuelt kreve forskriftsendring. I tillegg kommer reservasjonsretten som gjør konseptet uhensiktsmessig i tråd med behov som skal dekkes
5. Konsept 5 (Helsekort for asylsøkere) vil ikke kunne gjennomføres innenfor gjeldende lovverk, og vil antakelig kreve en lovendring
6. Konsept 6 (tuberkuloseregister). Konseptforslaget ble først lansert av Folkehelseinstituttet, men deres råd senere i utredningen endret seg fra arbeid med opprinnelig konsept til å jobbe strategisk for at en slik registrering blir en del av et Nasjonalt infeksjonsregister og Nasjonal Labdatabase. Juridisk vurdering av konseptet viser at det kan være mulig å etablere et nasjonalt behandlingsrettet helseregister for tuberkuloseoppfølging innenfor rammen av pasientjournalloven § 10 og dette bør vurderes for videre utredning, og anbefales å ses i sammenheng med FHI sine planer for en Nasjonal Labdatabase.
7. Konsept 7 (Dagens løsning med «bytt fastlegefunksjon» og bruk av etablerte meldingsutveksling/-plattform). Ikke vurdert juridisk. Konseptet har spesiell avhengighet til løsningene en finner i Konsept 1, spesielt elektronisk adressat/ adresseinformasjon.

5. ANBEFALING

5.1 Anbefaling

I arbeidet med kortsiktige løsninger er det avdekket at mangel på tilgang til D-nummer og adresseinformasjon for asylsøkere medfører mange logistiske og helsefaglige utfordringer for helsetjenesten, bl.a. med gjennomføring av lovpålagt tuberkulosekontroll.

Det er etablert løsning for tildeling av D-nummer til alle asylsøkere ved ankomst i Østfold, og utviklet en løsning for oppslag av D-nummer i folkeregisteret (PREG). Det bør vurderes en mulighet for at D-nummer trykkes på asylsøkerkortet. For kortsiktig løsning av D-nummer anbefales:

- Det etableres en nasjonal løsning for tildeling av D-nummer ved alle landets ankomstsenter for asylsøkere.
- Det etableres en løsning for helsetjenestens tilgang til D-nummer.

Helsedirektoratet har avklart med UDI at helsetjenesten vil få tilgang til adresseinformasjon for oppfølging av lovpålagt Tbc- kontroll. Det må etableres en løsning for at helsetjenesten skal få tilgang til denne informasjonen og følgende anbefales:

- Det etableres en løsning for videreformidling av adresseinformasjon fra UDI databasen til helsetjenesten.

I utredningen av langsiktige løsninger er det vurdert flere konsept som har en del begrensninger, juridisk, funksjonelt og kost/nyttmessig. Konsept 1, dagens løsning med tilpasninger for tilgang til D-nummer, adresseinformasjon og elektronisk meldingsutveksling fremstår som et godt alternativ som vil kunne ivareta de grunnleggende behovene for flyt av helseinformasjon for asylsøkere. For langsiktige løsninger anbefales:

- Det anbefales at konsept K1, dagens løsning med tilpasning for nødvendig tilgang til informasjon om D-nummer og adresseinformasjon utredes videre.

Konsept K2, (EPJ m/VPN) er en felles journaløsning for asylsøkerne med deling av helseinformasjon i transittfasen. Konseptet har flere juridiske utfordringer, men kan vurderes for videre utredning. For Konsept K6, viser utredningen at det kan være mulig å etablere et nasjonalt behandlingsrettet helseregister for tuberkuloseoppfølging. Et slikt register bør vurderes for videre utredning og kan ses i sammenheng med FHI sine planer for en Nasjonal Labdatabase.

6. VEDLEGG

1. Vedlegg 6.1: FHI: Begrunnelse for tuberkulosescreening april 2016.
2. Vedlegg 6.2: UDI: Oversikt over dagens mottakssystem.
3. Vedlegg 6.3: Prosjektets organisasjonskart
4. Vedlegg 6.4: Manuelt helsekort
5. Vedlegg 6.5: Kriterier for konseptvurdering av langsiktige konsept (e-helse)
6. Vedlegg 6.6: Oversikt over bidragsytere til konseptutredningen

6.1 Vedlegg 1 – FHI: Begrunnelse for tuberkulosescreening april 2016.



Dato	April 2016
Innhold	Tuberkulosescreening – begrunnelse
Sendt til	Helsedirektoratet
Forfatter	Trude Margrete Arnesen

6.1.1 Om tuberkulose

Tuberkulose var i 2014 den infeksjonssykdommen som tok flest liv i verden (1). WHO regner med at rundt en tredjedel av jordens befolkning er smittet uten å være syke (dvs. de har «latent tuberkulose») hvorav ca. 5-10 % i løpet av livet vil utvikle sykdommen tuberkulose. Ved svekket immunforsvar eller annen risikofaktor er sannsynligheten for at latent tuberkulose aktiveres langt høyere. Forebyggende behandling reduserer risikoen.

Tuberkulose kan ramme alle organer, men det er bare tuberkulose i lungene som smitter andre.

Tuberkulose kan behandles, men behandlingen er svært ressurskrevende og langvarig. Rundt hvert tilfelle av lungetuberkulose skal det utføres en smitteoppsporing slik at smitteutsatte kontakter kan tilbys forebyggende behandling. Slike smitteoppsporinger blir mer omfattende jo lengre personen har vært smittsom.

Forekomst av tuberkulose i Norge

En stor og økende andel av de som får tuberkulose i Norge er født utenfor landets grenser. I 2015 er det så langt meldt 320 tuberkulose tilfeller til MSIS. Av disse var 36 (11 %) norskfødte og 284 (89 %) utenlandsfødte (2). 128 tilfeller (40 %) er funnet ved rutinemessig screening av innvandrere, hvorav 108 var lungetuberkulose.

I den norskfødte delen av befolkningen er forekomsten av tuberkulose på 0,5 tilfeller per 100 000, hvilket tilsvarer et «pre-eliminastadium» i WHO's terminologi. En sjelden gang forekommer det tuberkuloseutbrudd i den norskfødte befolkningen (3).

Ved rutinemessig screening av asylsøkere og flyktninger til Norge i 2015, ble det funnet flere tuberkulose tilfeller enn forekomsten i de respektive fødelandene skulle tilsi. Det er også i andre sammenhenger funnet høyere forekomst av tuberkulose blant asylsøkere og flyktninger enn i andre grupper av migranter (4).

Internasjonale anbefalinger

I WHO Europa's handlingsplan for tuberkulose 2016 – 2020 (5), er første punkt at medlemslandene innen 2017 skal ha systematisk screening av høyrisikogrupper, herunder flyktninger:

«1.A.1 Member States, with support from the Regional Office, will develop or revise strategies for systematic screening, including active case finding and/or contact investigation (and potentially source case investigation), including among high-risk and vulnerable populations with limited or no access to health services (by the end of 2017).»

Som spesifisering av «high risk groups» står det

«These include, but are not limited to: (undocumented) migrants, refugees, stateless populations, homeless people and those suffering from alcohol and drug misuse, people with mental health disorders, prisoners and those with a history of imprisonment.»

Handlingsplanen presenteres også i artikkelen “Towards TB elimination. An action framework for low-incidence countries» (6). Det blir her understreket at jo nærmere man kommer eliminasjon, jo viktigere del vil aktiv screening og forebyggende behandling utgjøre av tuberkulosekontrollen. Dette ligger også til grunn for ECDCs publikasjon fra 2015 «Tuberculosis in Europe: From passive control to active elimination»(2).

I mars 2014 ble det i regi av ECDC avholdt en workshop i Athen om “Public health benefits of screening for infectious diseases among newly arrived migrants to the EU/ EEA”, hvor landenes screeningprogrammer ble gjennomgått. Av 27 land som deltok på workshope hadde 16 land ulike varianter av screeningprogrammer for immigranter. TB var den vanligste sykdommen det ble screenet for.

Dagens screening for tuberkulose i Norge

I følge Tuberkuloseforskriften § 3-1a har alle personer fra land med høy forekomst av tuberkulose som skal oppholde seg mer enn tre måneder i Norge plikt til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse. Den samme plikten gjelder for alle flyktninger og asylsøkere, uavhengig av fødeland. Undersøkelsen skal gjennomføres så snart som mulig. For asylsøkere og flyktninger foreligger det en absolutt frist på 14 dager, jmfør § 3-2.

Tuberkuloseundersøkelsen har to hovedkomponenter: Lungerøntgen (screening for smittsom sykdom / lungetuberkulose) og IGRA-blodprøve eller Mantoux hudprøve (screening for latent tuberkulose, dvs. ikke smittsom tilstand). Screening for latent tuberkulose skjer vanligvis samtidig med screening for aktiv tuberkulose.

I forbindelse med økte ankomster av asylsøkere til Norge høsten 2015, ble det meldt om betydelige kapasitetsproblemer i forhold til å få tatt og analysert IGRA, særlig fra ankomstsenteret Finnmark. Fra hele landet ble det meldt om at svar på IGRA ikke fulgte asylanten, og derfor ble tatt på nytt.

Etter drøfting i «tuberkulosekomiteen»- Folkehelseinstituttets rådgivende faglige organ for tuberkulose spørsmål, i november 2015, gjorde FHI en midlertidig endring i sine anbefalinger: Det ble åpnet for at screening for latent tuberkulose kunne utsettes i inntil tre måneder og at den kunne utelates for asylsøkere som ikke kommer fra høyforekomstland (7).

Fremtidig screening for tuberkulose i Norge.

I møte i tuberkulosekomiteen november 2015 ble også varige endringer i screening for latent tuberkulose diskutert. Komiteen ga sin tilslutning til at denne undersøkelsen ideelt burde utsettes, målrettes til de som har høyest risiko og gjøres frivillig, men mente at det ikke var grunnlag for å gjøre det så lenge det ikke finnes et fast møtepunkt med helsevesenet etter den obligatoriske tuberkuloseundersøkelsen ved ankomst.

I Norge er det i dag anbefalt at det tilbys en enkel helseundersøkelse til alle asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente innen 3 måneder. Helseundersøkelsen er beskrevet i Helsedirektoratets veileder IS-1022. Dersom denne i tilstrekkelig grad gjennomføres, kan screening for latent tuberkulose med IGRA legges til denne og gjøres frivillig. I denne undersøkelsen vil også risikofaktorer for aktivisering av latent

tuberkulose framkomme, slik at man kan undersøke bare de mest risikoutsatte- de man ved positivt prøvesvar vil tilby forebyggende behandling.

Hvorvidt Helseundersøkelsen gjennomføres i tilstrekkelig grad til at man kan flytte screening for latent tuberkulose dit, og hvilke risikogrupper som i tilfelle skal omfattes; de som kommer fra landene med aller høyest forekomst av tuberkulose eller bare de med medisinske tilstander som gir økt risiko, skal tas opp i tuberkulosekomiteen 1. juni 2016.

Å ta screening for latent tuberkulose ut av den lovpålagte undersøkelsen vil ikke kreve endring av forskrift, da det vil sortere under faglige anbefalinger for hva tuberkuloseundersøkelsen skal omfatte. Etter Tuberkuloseforskriftens § 4.5 er det «Nasjonalt folkehelseinstitutt som utgir faglige anbefalinger etter denne forskrift».

6.1.2 Samlet vurdering

FHI vurderer at dagens ordning med rutinemessig screening for lungetuberkulose ved ankomst medvirker til at svært få smittes av tuberkulose i Norge, og at den bør videreføres. Forholdsmessig stort antall tuberkulosestilfeller funnet hos asylsøkere gjør det naturlig å fortsette med aktiv leting i denne gruppa.

Med hensyn til screening for latent tuberkulose er det enighet om at den ideelt sett bør målrettes bedre og at den kan utsettes og gjøres frivillig, men dette forutsetter at det foreligger en fast kontakt med helsevesenet innen rimelig tid. Hvorvidt Helseundersøkelsen som anbefalt i IS-1022 gjennomføres i tilstrekkelig grad til at undersøkelsen kan flyttes dit, og hvilke risikogrupper som i tilfelle skal omfattes, skal tas opp i tuberkulosekomiteen 1. juni 2016.

En velfungerende screening forutsetter at resultatene fra screeningen overføres, følges opp og forstås.

6.1.3 Referanser

1. WHO. Global tuberculosis report 2015. 2015.
2. Control. ECfDPa. Tuberculosis in Europe: From passive control to active elimination. 2015.
3. Arnesen T.M. HE, Mengshoel A.T., Norheim G., Sandbu S., Winje B.A. Tuberkulose i Norge 2014 - med behandlingsresultater for 2013. 2015.
4. Arshad S, Bavan L, Gajari K, Paget SN, Baussano I. Active screening at entry for tuberculosis among new immigrants: a systematic review and meta-analysis. The European respiratory journal. 2010;35(6):1336-45.
5. WHO, editor Tuberculosis action plan for the WHO European Region 2016–2020. Draft resolution. EUR/RC65/Conf.Doc./5

2015; Vilnius: World Health Organization.

6. Lönnroth K, Migliori GB, Abubakar I, D'Ambrosio L, de Vries G, Diel R, et al. Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. European Respiratory Journal. 2015;45(4):928-52.

7. Folkehelseinstituttet. Midlertidig forenkling av tuberkulosescreening av asylsøkere 2015. Available from:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,6568&MainContent_6263=6496:0:25,6569&Content_6496=6178:116552:25,6569:0:6562:1:::0:0.

6.2 Vedlegg 2 – UDI: Oversikt over dagens mottakssystem for asylkomst

Kilde: UDI

Det er Utlendingsdirektoratet UDI som etablerer, organiserer og har ansvar for drift av asylmottak.

Oversikten viser dagens mottaksstruktur med funksjoner fordelt på:

1. Voksne og familier
2. Enslige mindreårige asylsøkere (EMA)
3. Midlertidig struktur som følge av masseankomst høsten 2015

Såkalt PU-innkvartering er tradisjonelt ikke en del av mottakssystemet, men UDI har allikevel beredskapsplaner for å etablere innkvartering av personer som ønsker å søke beskyttelse, men som av kapasitetsutfordringer ikke blir registret av PU (politiets utlendingsenhet)fortløpende, og således har behov for innkvartering i påvente av registrering hos PU.

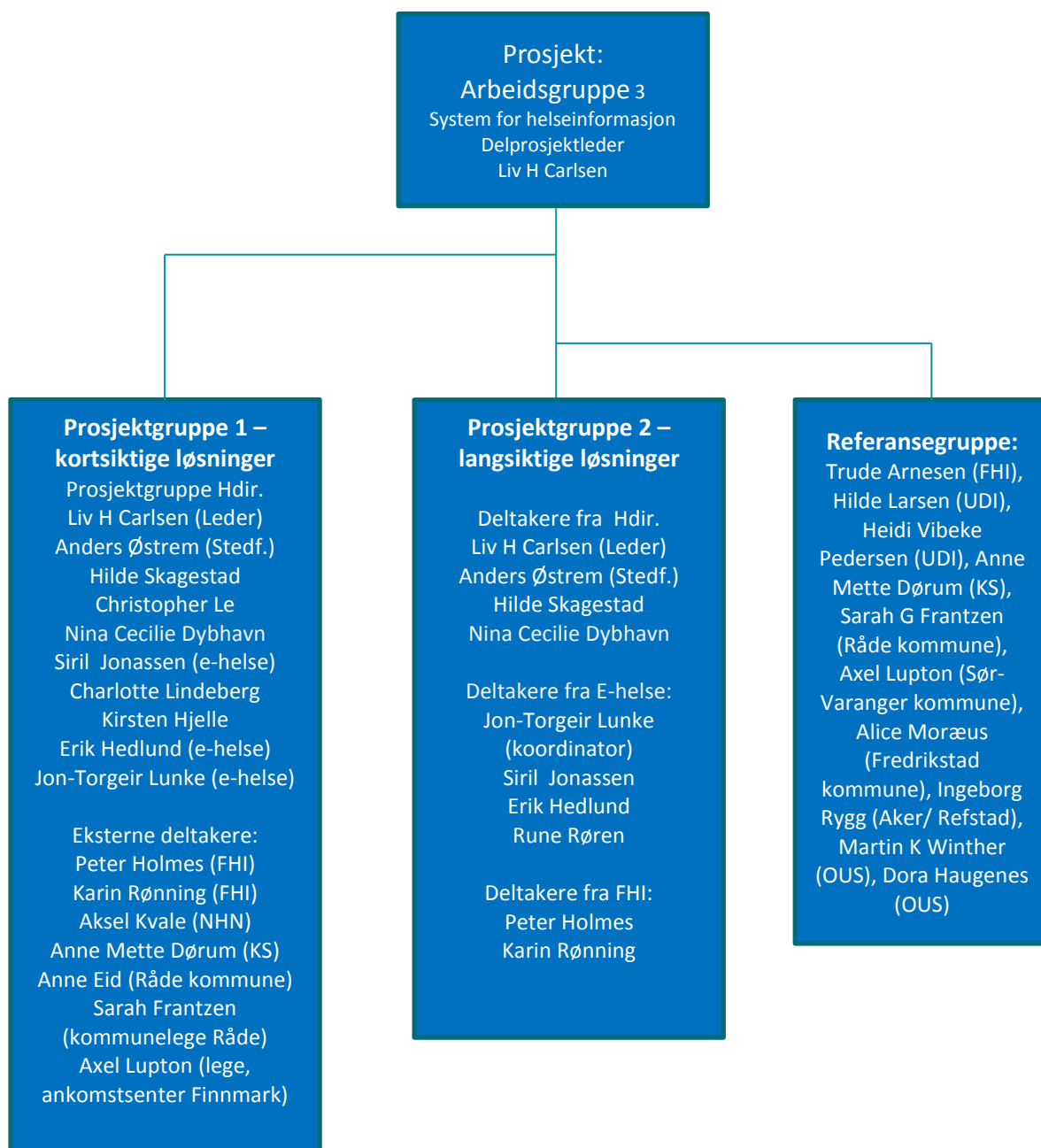
Ankomsttransitt er i all hovedsak erstattet av ankomstsentrene. Refstad fungerer i dag som avlastningstransitt for voksne + EMA (til juni 2016). De er imidlertid «ankomsttransitt» og første overnattingsted for EMA med følge.

Mottakssystem	Formål og helseoppfølging
1. Voksne og familier	
Ankomstsenter	Opprettet i Råde i Østfold og i Sør-Varanger i Finnmark i forbindelse med økt asylankomst høsten 2015. Erstatte i dag i hovedsak ankomsttransitt. Ankomstsenteret Østfold fungerer som et ankomstsenter. Det innebærer at PU registrerer asylsøkerne inn i DUF og Skatteetaten tildeler D-nummer. Videre screenes alle asylsøkere for tuberkulose ved røntgen innen 2 døgn og det tas IGRA blodprøve dersom kapasitet. Vaksinasjon med MMR av alle under 15 år. NOAS gjennomfører sitt informasjonsprogram. Driftsoperatør fysebehandler klær og bagasje. Ankomstsenteret Finnmark benyttes per i dag som et intervjuenter der personer i region nord hentes inn fra akuttinnkvartering og ordinære mottak for intervju og sendes tilbake etter gjennomført intervju. Ved ankomster over Storskog vil ankomstsenteret igjen fungere slik ankomstsenteret i Østfold gjør. Etter 2-3 dager flyttes personene videre til avlastningstransitt, eventuelt akuttinnkvartering i en masseankomstsituasjon.
Avlastnings-transitt	Asylsøkerne flytter fra ankomstsenter til avlastningstransitt og blir der i påvente av sitt asylintervju med UDI. Per i dag finnes følgende avlastningstransittmottak: Haslemoen, Hvalsmoen, Lysaker, Torshov, Refstad og Kasper som er tilknyttet Regionkontor Øst. Kasper transittmottak har en spesiell funksjon for etterundersøkelse av Tbc screening og EU-hold (Etterundersøkelse). UDI disponerer 15 plasser til asylsøkere for behandling som etter vurdering fra Sykehuset Østfold og

	<p>Helsetjenesten på Ankomstsenter Østfold sendes rett fra Råde til Kasper.</p> <p>Flere spesialfunksjoner deles mellom transittmottakene. Refstad har blant annet EMA med følgeperson og 5 sykehjemsplasser. Lysaker og Refstad har f.eks. hotellfunksjoner for midlertidige overnattinger.</p>
Ordinært mottak	Når asylintervju er gjennomført flyttes asylsøker til ordinært mottak i påvente av utfall av asylsøknaden. Ordinære mottak er enten sentraliserte eller desentraliserte. Asylsøkere oppholder seg i ordinært mottak inntil bosetting i en kommune eller til faktisk utreise. Botid på 0,5 til flere år.
2. Enslige mindreårige asylsøkere (EMA)	
Ankomst-transittfunksjon for EMA	<p>Enslige mindreårige asylsøkere (EMA) mellom 15 og 18 år plasseres i egne mottak/avdelinger.</p> <p>Funksjonen ligger formelt til Mysebu EMA transitt, men deles i dag av Hvalsmoen sin EMA avdeling (gutter) og Mysebu (jenter). UDI, Regionkontor Øst vil på sikt samlokalisere ankomstsenter for EMA på egnet lokasjon.</p> <p>EMA gjennomfører Tbc screening og første samtale med verge. NOAS gjennomfører sitt informasjonsprogram. Driftsoperatør fysebehandler klær og bagasje.</p>
EMA Avlastnings-transitt	På lik linje med voksne flytter EMA til avlastningstransitt. Her bor de i påvente av svar på aldersvurdering, asylintervju og avreise til ordinært mottak. Botid 1-2 måneder.
Ordinært EMA mottak	Når asylintervju er gjennomført flyttes asylsøker til ordinært mottak i påvente av utfall av asylsøknaden. Ordinære EMA mottak er døgnbemannet og barn i skolepliktig alder begynner på norsk skolegang. Botid 0,5 til flere år.
3. Midlertidig struktur som følge av masseankomst høsten 2015.	
Akutt-innkvartering	Opprettet høsten 2015 for å avlaste transittmottakene ved masseankomst. Asylsøkere ble overført til akuttinnkvartering etter registrering i ankomstsenter. Tiltenkt som kortvarig oppholdssted. Asylsøker overføres fortløpende til ordinære mottak og hentes inn til Oslo for asylintervju når dette ikke er gjennomført. (I region nord hentes de til Ankomstsenter Finnmark). Botid midlertidig. De siste akuttinnkvarteringene avvikles i mai 2016.
Transittmottak	I tillegg til avlastningstransittene rundt Oslo finnes det per i dag fire transittmottak i andre regioner. Disse mottar per i dag asylsøker fra akuttinnkvarteringer som avvikles. Botid midlertidig.
PU-innkvartering	Midlertidig innlosjering i forkant av prosessering på ankomstsentrene, når PU ikke har tilstrekkelig registreringskapasitet (eksempel som på høsten 2015). Eksisterer ikke i dag.

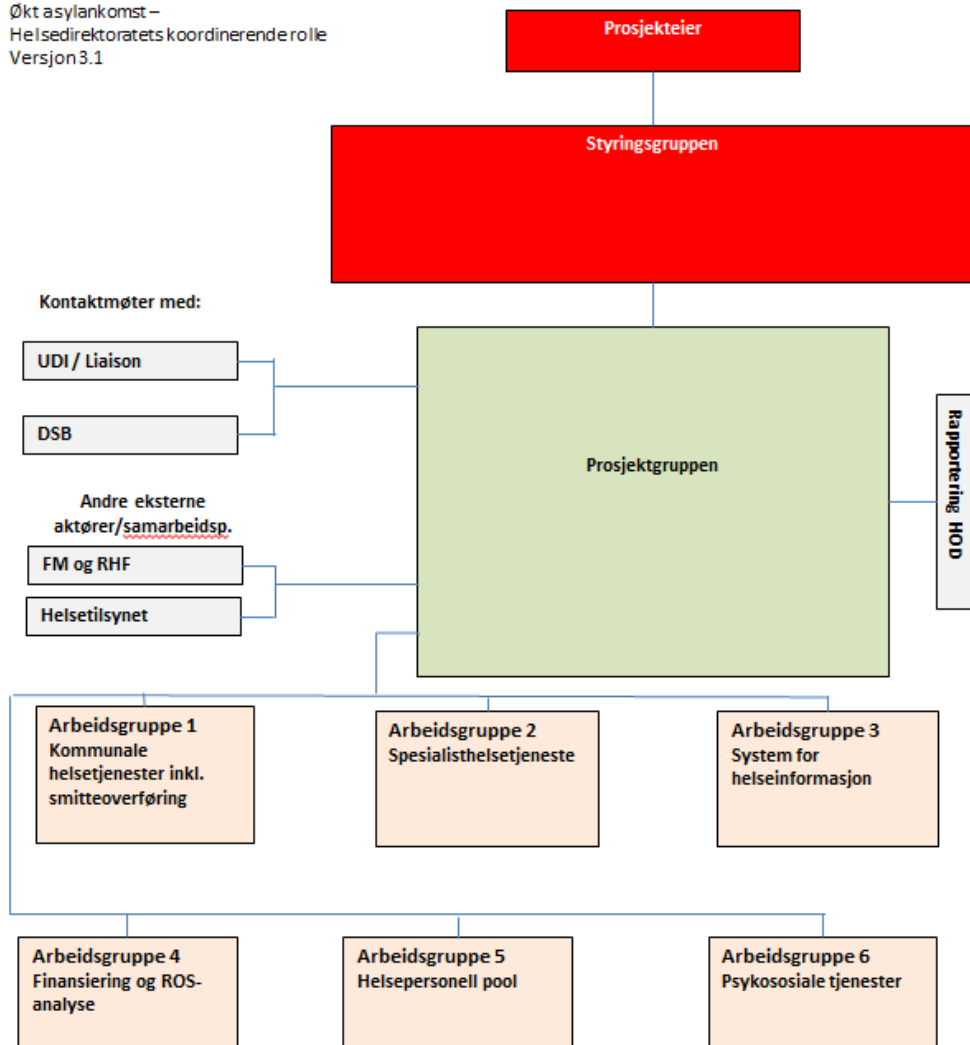
Ved endelig avgjørelse i asylsaken overtar IMDI ansvaret for bosetting, eller PU ansvaret for uttransportering dersom beboere ikke reiser frivillig, men personene oppholder seg (frivillig botilbud) i mottakene inntil faktisk flytting til en bolig i en bosettingskommune eller til de transporteres ut av Norge.

Organisasjonskart for prosjekt «System for helseinformasjon for asylsøkere».



Organisasjonskart for hovedprosjekt «Økt asylankomst».

Prosjektorganisasjon
Økt asylankomst –
Helsedirektoratets koordinerende rolle
Versjon 3.1



6.4 Vedlegg 4 – Manuelt helsekort.

Helsekort for asylsøkere:

Navn:	DUF/D/f.nr: Kjønn: Kvinne / Mann Gravid: Ja / Nei				
Morsmål: Andre språk: Tolkebehov: <input type="checkbox"/> Ja – språk:	Tuberkulose status: RTG Thorax (dato): <input type="checkbox"/> Normalt <input type="checkbox"/> Positivt funn – tiltak: IGRA (dato):				
Familie/sosialt: <input type="checkbox"/> Gift/samboer <input type="checkbox"/> Ugift/enslig <input type="checkbox"/> Mindreårig (EMA) Antall barn:	Pårørende: Familie i Norge/hjemland/ andre land: Utdanning:				
Bakgrunnsinformasjon: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Navn:</td> <td style="text-align: center;">Dose:</td> <td style="text-align: center;">Indikasjon:</td> <td style="text-align: center;">Sist utlevert:</td> </tr> </table> Faste medisiner: Eventuelt bruk bakliden.		Navn:	Dose:	Indikasjon:	Sist utlevert:
Navn:	Dose:	Indikasjon:	Sist utlevert:		
Allergier/CAVE:					
Kroniske sykdommer:					

Side 2:

Behandling etter ankomst:			
Medikamenter:			
Navn:	Dose:	Indikasjon:	Behandler (navn og telefon):
.....
.....
Sykdommer/akuttvurderinger:			
Diagnose/problemstilling:		Behandler (navn og telefon):	
.....		
.....		
Vaksinasjoner etter ankomst:			
.....			
Andre opplysninger:			
.....			
.....			
.....			

6.5 Vedlegg 5 – Kriterier for konseptutredning langsiktige konsept (e-helse).

Evalueringsskjema for evaluering av langsiktige konseptalternativ

Oversikt vurderingskategorier, kriterier med beskrivelse for utredning av de langsiktige konsept

Kategori	Kriterie	Beskrivelse
Oppnår målbilde	Strategisk målbilde	I hvilken grad passer konseptet inn i sektoren og direktoratet sitt langsiktige, strategiske målbilde (én innbygger, én journal)?
Oppnår målbilde	Taktisk målbilde	I hvilken grad passer konseptet inn i sektoren og direktoratet sitt mellomlangtsiktige målbilde? Eks. utbredelse av nasjonale løsninger
Tema: Overordnet funksjonell egnethet- nivå 1		
Journalinformasjon	Hjelpelinje: Kun hjelpetekst (se merkannd i cellen helt til høyre i denne linje)	
Funksjonell egnethet	Kommunelegerollen	I hvilken grad ivaretas kommunelegerollen (denne rollen ivaretar kommunens plikter og ansvar for befolkningens nødvendige helsehjelp)
Funksjonell egnethet	Fastlegerollen	I hvilken grad ivaretas fastlegerollen (denne rollen ivaretar fastlegens plikter som behandler - klinisk og individrettet helsearbeid)
Funksjonell egnethet	Håndterer deling av asylsøkers tidligere kontakt med helsetjenesten (tidligere behandlere)	Oversikt Tidligere behandlere
Funksjonell egnethet	Håndterer deling av asylsøkers tidligere kontakt med helsetjenesten (vaksiner)	Oversikt i hvilken grad gjør konseptet det mulig for oppslag av informasjon om vaksiner
Funksjonell egnethet	Håndterer deling av asylsøkers tidligere kontakt med helsetjenesten (tidligere journalnotater)	Oversikt Tidligere journalnotater
Tema: Overordnet funksjonell egnethet- nivå 2		
Tuberculose		
Funksjonell egnethet	Hjelpelinje: Kun hjelpetekst (se merkannd i cellen helt til høyre i denne linje)	Må oppgave- lovpålagt
Funksjonell egnethet	Håndterer lovpålagt tuberculose-screening (rekvirert)	I hvilken grad får legen oversikt over rekvirert/tatt og svar på rtg./IGRA
Funksjonell egnethet	Håndterer lovpålagt tuberculose-screening (svar)	I hvilken grad får legen oversikt over SVAR på rtg. og IGRA
Arkitekturvurdering	Generell arkitekturvurdering	I hvilken grad oppfyller konseptet krav og anbefalinger knyttet til utforming av digitale løsninger - universell utforming, arkitekturprinsipper og
Arkitekturvurdering	Gjenbruksmuligheter	I hvilken grad baserer konseptet seg på gjenbruk av eksisterende infrastruktur, arbeidsprosesser o.l., og/eller legger til rette for fremtidig
Sikkerhetsvurdering	Informasjonssikkerhet	I hvilken grad oppfyller konseptet krav og anbefalinger knyttet til informasjonssikkerhet - nasjonale retningslinjer?
Sikkerhetsvurdering	Antall som kan få vite adressen til asylant	1=4p, <10 = 3p, <100=2p, <1000=1p, >1000=0p
Juridisk vurdering	Juridisk vurdering	Ulovlig=0p, Lovendring = 1p, Forskriftsendring = 2p, Databehandleravtale=3p, Ingen endring = 4p
Kostnad	Etablering-/Utviklingskostnad	0kr = 4p, 10 MNOK=0p
Kostnad	Forvaltningskostnad	0kr = 4p, 5 MNOK=0p
Kostnad	Driftskostnad	0kr = 4p, 5 MNOK=0p
Kostnad	Innføringskostnad	0kr = 4p, 10 MNOK=0p
Leveransetid	Anslått etableringstid sentralt	0 tid = 4p, 3 år = 0p
Leveransetid	Anslått innføringstid (distribuert)	0 tid = 4p, 3 år = 0p
Gjennomføringsrisiko	Organisatorisk risiko	I hvilken grad er det trygghet for at konseptet ikke vil medføre behov for organisatoriske tiltak og/eller merbelastning som ikke lar seg adressere på kort til mellomlang sikt?
Gjennomføringsrisiko	Teknisk risiko	Ny og uprøvd teknologi = 0p, Velprøvd teknologi = 4p
Funksjonell egnethet	Kan asylsøker reservere seg fra løsningen?	Ja=0p; Nei=4
Funksjonell egnethet	Har løsningen delingsfunksjon	Ja=0p; Nei=4

6.6 Vedlegg 6 – Oversikt over bidragsyttere til utredningen.

Oversikt over hoved-bidragsyttere og forfattere til utredningsdokumentet:

Direktoratet for e-helse
Jon-Torgeir Lunke Siril Jonassen Rune Røren Kim Hoel Halvorsen Sigmund Aalbu Espen H Carlsen Vigdis Heimly Bent Asgeir Larsen Erik Hedlund
Folkehelseinstituttet
Peter Holmes Karin Rønning
Helsedirektoratet
Anders Østrem Nina Cecilie Dybhavn Tonje Borch Hilde Skagestad Liv H Carlsen



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no