

FOLKEHELSEINSTITUTTET
Utbrudd @fhi.no
Postboks 222 Skøyen
0213 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 20/33660-4
Saksbehandler: Arve Paulsen
Dato: 15.09.2020

Dette er en kopi. Originalbrevet er sendt til Helse- og omsorgsdepartementet.

Oppdrag 129 - tilbakemelding til Helse- og omsorgsdepartementet

I oppdrag 129 gis HelseDirektoratet i oppdrag å utrede løsninger for tilfredsstillende varsling til kommunelegen om nye smittetilfeller.

HelseDirektoratet har lagt hovedvekt på å finne løsninger som bidrar til rask og trygg varsling til kommunelegen om positive prøvesvar slik at de mest effektivt kan komme i gang med smittesporing.

I tillegg har HelseDirektoratet hatt blikket på hele kjeden fra bestilling av time til prøvetaking til aktiv smittesporing, også med negative prøvesvar, for å se hvor det er muligheter for å forenkle og forbedre kommunelegenes arbeidsforhold.

Svaret er utviklet i et tett samarbeid med Direktoratet for e-helse, FHI, NHN og KS. Direktoratet for e-helse har båret ledertrøyen i arbeidet med å beskrive de tekniske løsningene. Styringsgruppen for koronaporteføljen er orientert to ganger.

Styringsgruppen for koronaporteføljen vil følge opp og koordinere aktivitetene som ligger til de enkelte tiltakseierne.

Dette brevet redegjør kort for de løsningene som er valgt. Et vedlegg inneholder utdypende informasjon om noen sentrale problemstillinger som er vurdert i arbeidet med å løse oppdraget.

Utfordringsbildet

For å definere kommunelegenes utfordringer rundt prøvesvar og smittesporing, er det i arbeidet med oppdrag 129 kartlagt hvilken systemmessig utvikling som har skjedd etter at oppdragene 84 og 87 ble levert. Det er også sjelet til oppdragene 139 og 158 som arbeider med tilstøtende problemstillinger.

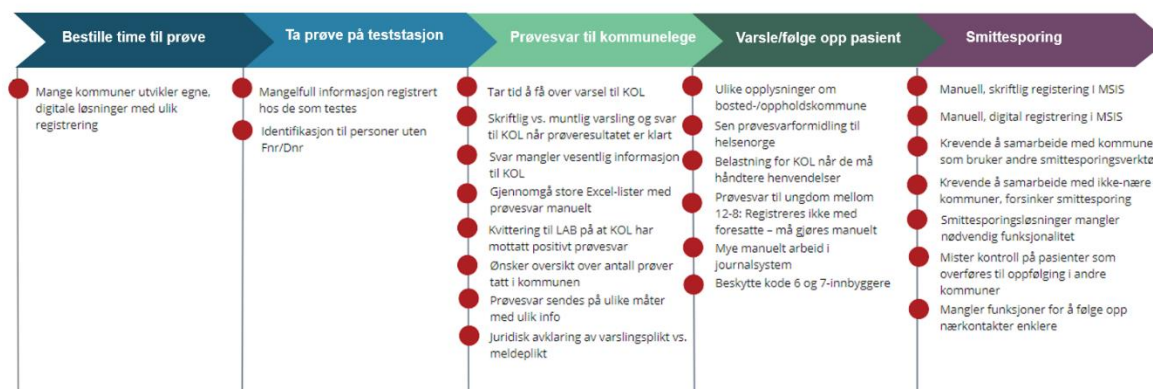
HelseDirektoratet

Avdeling prosjekt og tjenstedesign
Arve Paulsen

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20
Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Videre er det gjennomført intervjuer med et knippe kommuneleger som har opplevd smitteutbrudd, mailkontakt med lederne av både Norsk samfunnsmedisinsk forening og Norsk forening for allmenntilleggsmedisin, samtaler med leverandører av smittesporingsløsninger samt videomøte med laboratoriene. Forslagene baserer seg også på det løpende samarbeidet FHI og Helsedirektoratet har med kommunene i smittesporingsarbeidet og håndtering av utbrudd, samt regelmessige møter med fylkesmennene (Hdir). Helsedirektoratet har også merket seg brev fra K10 Helse og velferd datert 9.9.2020.

Innsiktsarbeidet har gitt denne oversikten over utfordringene:



Figur 1: Oversikt over utfordringer identifisert i arbeidet med oppdrag 129

Hovedtrekkene er at dagens løsninger krever mye manuelt arbeid som både er unødig tidkrevende og øker risiko for feil, samt stor variasjonsbredde i hvordan prøvesvar blir formidlet.

Løsninger

Det er identifisert et knippe løsninger som Helsedirektoratet mener vil bedre situasjonen for kommunelegene når det gjelder smittesporing.

1. DIGITAL TILGJENGELIGGJØRING AV PRØVESVAR FOR COVID-19

Vel halvparten av landets kommuner har et digitalt smittesporingsverktøy. I dag er det ingen digital overføring av data fra MSIS til disse verktøyene. Det gjør at kommunelegen manuelt må legge inn opplysninger i smittesporingsverktøyet.

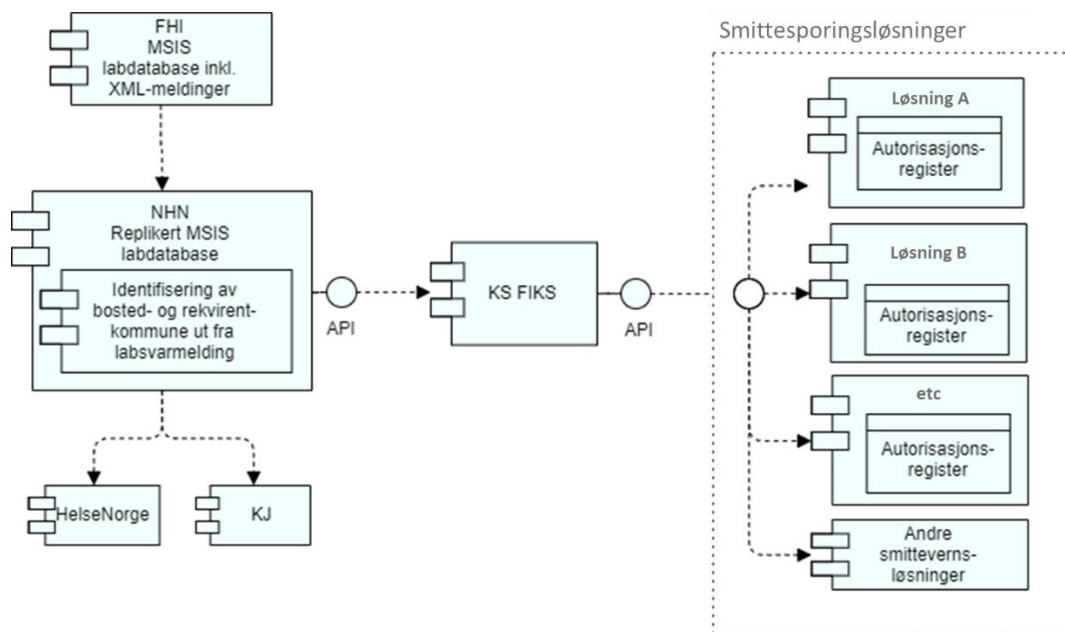
Helsedirektoratet i samråd med FHI, Direktoratet for e-helse og KS anbefaler en løsning hvor alle prøvesvar – både positive og negative – formidles automatisk fra laboratorium via MSIS til kommunelegens smittesporingsverktøy.

Dette gjøres ved API i kjede gjennom KS FIKS.

I dette alternativet utvikles en API ved den replikerte labdatabasen fra MSIS som tilbyr oppslag på prøvesvar. KS vil bruke dette APIet og utvikle et tilsvarende API gjennom en proxy-løsning for videreføring av prøvesvar til smittesporingsløsninger. Dataobjektene til FIKS prøvesvar API og Prøvesvar API skal i utgangspunktet være samme datamodell, slik at konsumenter av FIKS APIet kan forholde seg til FHIs datamodell.

Ansvar for konfigurasjon, logging og autorisasjon i kommunene overføres til FIKS-plattformen. Dette er standardfunksjonalitet på FIKS-plattformen som kommunene kjenner til gjennom andre FIKS- tjenester.

FHI oppretter databehandleravtale med KS, og KS håndterer videre databehandleravtale med kommunene gjennom en SSA-L for bruk av FIKS-plattformen og et tjenestevedlegg for den enkelte tjeneste. Kommunene tar selv ansvar for å ha dialog med leverandører av smittesporingsløsninger som kobler seg på FIKS APIet. KS gir kommunene et utkast til ROS-vurdering og DPIA for tjenestene som avtales. Disse sikkerhetsdokumentene er det kommunens ansvar å få endelig godkjent.



Figur 2: API i kjede (via KS FIKS) til alle smittesporingsløsninger(DHIS2, ReMin, Pasinfo, DIPS FastTrak og andre aktuelle)

Det er avgjørende at leverandørene av smittesporingsløsninger likebehandles. Leverandørene må ha trygghet for at det er likhet i tjenesteinnhold, vilkår og mulighet til å melde synspunkter på videreutvikling.

Det må gjøres et videre arbeid for å sikre at melde- og varslingsplikten blir ivaretatt.

Tid og kostnad

Kostnadene vil i sum ligge på 1-2 millioner kroner, og utviklingen vil i beste fall ta rundt seks uker. Dette forutsetter at API-ene hos FHI/NHN og KS utvikles parallelt for å holde samlet utviklingstid nede. Uformell dialog med enkelte av leverandørene av smittesporingsløsninger indikerer at nødvendig utvikling fra deres side kan gå relativt raskt.

Ansvar

FHI er tiltakseier, og har ansvar for å utvikle og implementere API fra MSIS med tilhørende databehandleravtale.

KS har ansvar for å utvikle og implementere API fra KS FIKS med tilhørende databehandleravtaler.

NHN bidrar med å få tilrettelagt infrastruktur for løsningene.

2. MSIS KLINIKERMELDING

At legene sender MSIS klinikermelding er vitalt for smittesporingen. Inntil nylig har denne kun vært papirbasert. Det er utviklet en elektronisk løsning for innrapportering: <https://klinikermelding.fhi.no>.

Løsningen kan benyttes av alle som er tilknyttet Norsk Helsenett. Innlogging skjer ved bruk av HelseID.

Det er i tråd med svaret på oppdrag 84 iverksatt en informasjonskampanje for å øke innsendingen av MSIS klinikermelding. Denne følges opp.

Det er videre et ønske om å kunne sende MSIS klinikermelding direkte fra smittesporingsverktøy og EPJ-løsninger. I mange kommuner er det kommunelege som fyller ut MSIS etter at smittesporer har kontaktet den smittede. I praksis må de da logge inn i smittesporingsverktøyet (eksempelvis DHIS2 med Bank ID eller EPJ i et vindu, og i et annet vindu logge inn i MSIS/klinikermelding. Deretter må de klikke frem og tilbake og legge inn alle opplysninger manuelt før innsending av skjemaet. Tilslutt må skjemaet lastes ned og skrives ut for å sende til kommunelegen i pasientens bostedskommune, og skannes inn i pasientens journal.

I et utbrudd eller i den pågående pandemisituasjonen blir dette svært krevende. Ønsket er derfor å kunne sende MSIS klinikermelding direkte fra smittesporingsverktøyet kommunelegen eller EPJ som legen bruker. Dette kan løses med å etablere et API som EPJ- og smittesporingsleverandørene kan integrere seg mot. Teknisk arkitektur som etableres med prøvesvar kan gjenbrukes til dette formålet.

Det er behov for å jobbe tett med kunderepresentanter og leverandørene av fastlege EPJ, EPJ i helseforetak eller smittesporingsløsninger.

Tid og kostnad

Etablering av et API for dette mot MSIS er ikke en veldig stor jobb, men vil kreve noe arbeid. Videre må det etableres en tillitsmodell som gjør tilgangsstyringen håndterbar. Den mest krevende delen av dette er å få alle journalleverandørene til å bygge nødvendig funksjonalitet i sine EPJ, samt å få dette innført i alle installasjoner.

Ansvar

FHI som dataansvarlig for MSIS er tiltakseier og etablerer et prosjekt som følger opp flere tiltak for å styrke overvåkning gjennom MSIS, dette er ett av dem. Direktoratet for e-helse involveres for innføring av nødvendig funksjonalitet i EPJ.

3. NASJONAL ANBEFALING VEDRØRENDE REGISTRERING AV INFORMASJON VED TIMEBESTILLING

Mange kommuner har utviklet digitale løsninger for timebestilling til test, og det virker som flere kommer etter. Noen av løsningene lar pasienter selv bestille time.

Opplysninger som registreres ved timebestillingen, bør kunne følge prøven og prøvesvaret automatisk helt fram til kommunens smittesporingsverktøy. Det at det foreligger nødvendig informasjon som kommunelegen trenger for akutt smittesporing, sammen med prøvesvaret, vil lette arbeidet for dem.

Helsedirektoratet ønsker i første omgang å utvikle en nasjonal anbefaling for registrering av informasjon ved timebestilling og/eller rekvisisjon av prøve, som vil inngå i Helsedirektoratets koronaveileder. Derne er det ønskelig å se på dataflyten.

En nasjonal anbefaling må veie hensynet til informasjonsbehov opp mot arbeidsbyrden ved registrering. Det gjelder spesielt der hvor helsepersonell skal fylle ut rekvisisjon.

Det er naturlig at en nasjonal veileder omfatter informasjon som for eksempel

1. Personopplysninger
2. Kontaktinformasjon/telefonnummer
3. Bostedskommune eller oppholdssted de nærmeste dagene
4. Symptomer på covid-19
5. Innsykningsdato (hvis symptomer)
6. Smittested, smitteland
7. Mulig kjent eksponering/nærkontakt med bekreftet tilfelle

Pkt. 1-3 bør alltid være med, ved symptomer for eksempel også pkt. 4-7.

Tid og kostnad

Det påløper ikke vesentlige kostnader. Inkludert tid til høring blant relevante aktører, bør utviklingen være gjennomført ila tre uker.

Ansvar

Helsedirektoratet tar ansvar for å avklare tiltakseierskap slik at oppgaven blir løst i nært samarbeid med Direktoratet for e-helse og FHI.

4. KONTAKTREGISTER OVER KOMMUNELEGER

Det er behov for å etablere nasjonal standard for epost-adresser for alle landets kommuneleger, en nasjonal oversikt over alle som arbeider med smittevern/smittesporing i alle landets kommuner og mulighet for sikker elektronisk ebXML kommunikasjon til alle landets kommuneleger.

Kontaktinformasjonen må inneholde epostadresser, telefonnummer og eventuelt navn. Dette må være tilgjengelig for alle som jobber med smittesporing i kommunene, slik at de raskt kan etablere kontakt med andre kommuner. For å støtte elektronisk ebXML kommunikasjon må kommunelegene vurderes representert i Adresseregister.

Helsedirektoratet har arbeidet med et slikt kontaktregister en stund. Kommunelegene etterspør det og arbeidet må fortsette. Det er imidlertid krevende å anslå når det kan være ferdig.

Ansvar

Helsedirektoratet er tiltakseier og utfører oppgaven i samarbeid med FHI og Direktoratet for e-helse.

5. NASJONAL ANBEFALING FOR LABORATORIER VEDRØRENDE OVERSENDING AV PRØVESVAR

I dag benyttes mikrobiologisk svarrapport versjon 1.3/1.4 for elektronisk besvarelse av prøvesvar fra mikrobiologiske laboratorier tilbake til rekvirent. MSIS og MSIS-laboratoriedatabasen mottar kopi av disse meldingene. Det er i dag ingen standard for besvarelse av de ulike feltene i meldingen. Eksempelvis er feltet for "Materiale" fritekst/ interne kodeverk i laboratoriene, og gir få/ingen muligheter for å få standardisert omkoding.

I laboratoriedatabasen i dag mappes resultatet til en ny variabel som angir om svaret er 0 (negativ) eller 1 (positiv). Det er manuelle rutiner for å fange opp eventuelle nye svaralternativ som må mappes videre. Slike manuelle rutiner gjør systemet sårbart.

For automatisert varsling til kommunelegen vil det være en forutsetning at det sikkert kan identifisere hvilket prøvesvar som er påvist covid-19. Dette forutsetter en enhetlig koding av besvarelsen av påviste/ikke påvist covid-19. En slik standard vil gjøre det mulig for kommunelegen å få oversikt over alle prøver som tas i kommunene, og enkelt sortere antall påvist og ikke-påviste svar.

På kort sikt bør laboratoriene utfordres på å bli enig i en standard som alle tilstreber seg lokalt å tilpasse seg til. I litt lenger perspektiv bør dette normeres i regi av helsemyndighet.

Tid og kostnad

Det er uklart hvilke kostnader endringer i lokale laboratoriesystemer vil medføre.

Ansvar

Helsedirektoratet tar ansvar for å avklare tiltakseierskap slik at oppgaven blir løst i nært samarbeid med Direktoratet for e-helse og FHI.

6. INNSPILL TIL FORBEDRING AV SMITTESPORINGSVERKTØY

En rask kartlegging per medio september 2020 viser at vel halvparten av landets kommuner har investert i et digitalt smittesporingsverktøy (ReMin, DHIS2, Pasinfo og FastTrak) til bruk for kommunelegen og smitteoppsporingsteamene. De konkrete verktøyene er stort sett utviklet i forbindelse med covid-19-pandemien.

I arbeidet med oppdrag 129 er det også kommet innspill til forbedret funksjonalitet som kan gjøre smittesporingsverktøyene enda bedre og enklere å bruke for kommunelegene. Denne informasjonen bør formidles til leverandørene av smittesporingsverktøy. Dette omfatter integrasjoner og funksjoner som:

- Bedre brukergrensesnitt slik at det er raskt og enkelt å ta i bruk
- Enkel sortering av positive og negative prøvesvar
- Mulighet for å etablere geografiske klynger av kommuner i samme utbrudd og utveksle informasjon mellom kommuner
- Mulighet for å få bedre oversikt og situasjonsforståelse
- Integrasjon mot adresseregister/folkeregister
- Integrasjon til register over kommuneleger
- To-veis uttrekk mellom MSIS og smittesporingsverktøy

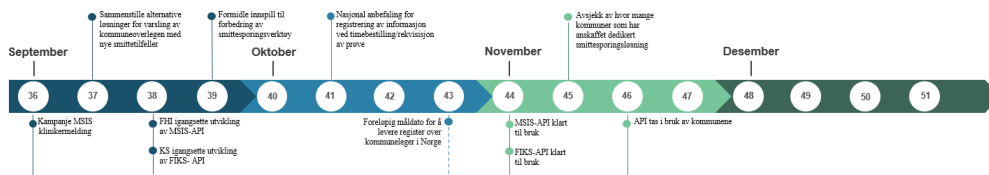
Tid og kostnad

Det påløper ikke særskilte kostnader for myndighetene. Antatt tidsbruk er en uke.

Ansvar

Helsedirektoratet er tiltakseier og vil i samarbeid med FHI og Direktoratet for e-helse formidle disse innspillene til leverandørene.

Videre arbeid



Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet imøteser løpende dialog med Helse- og omsorgsdepartementet om både realiseringen av oppdrag 129, og øvrige oppgaver som ble løftet i oppdrag 84.

Vennlig hilsen

Helen Brandstorp e.f.

direktør

Arve Paulsen
prosjektleder

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:

FOLKEHELSEINSTITUTTET, Utbrudd @fhi.no;Helse- og omsorgsdepartementet, Kjetil Tveitan;Helse- og omsorgsdepartementet, Arne Marius Fosse;Direktoratet for e-helse

Vedlegg

Sentrale problemstillinger som er vurdert i arbeidet med å løse oppdrag 129

Innhold

1	Kommunelegens anledning til å motta prøveresultat	4
1.1	Hjemmelsgrunnlag for kommunelegens mulighet til å innhente helseopplysninger	4
1.2	Hjemmelsgrunnlag for kommunelegen til å behandle helseopplysningene.....	4
2	Behov for etablering av entydig personidentifikator ved covid-19-testing av reisende som ikke har norsk fødselsnummer	5
2.1	Bakgrunn og behov.....	5
2.2	Neste skritt	5
3	Beskyttelse av kode 6 og kode 7 innbyggere	6
4	Digital overføring av prøvesvar fra laboratorium via MSIS til smittesporingsverktøy	7
4.1	Nasjonale løsninger	7
4.2	MSIS.....	7
4.3	Formidling av prøvesvar til pasient gjennom helsenorge.no og helsepersonell i kjernejournal	7
4.3.1	Registrering av funksjon kommunelege i adresseregisteret	7
4.4	Dagens verktøy for smittesporing	7
4.4.1	Smittestopp-appen (Folkehelseinstituttet)	7
4.4.2	Kommunale smittesporingsystem	8
4.5	Fremtidige løsninger.....	10
4.5.1	Arbeidsprosesser ved smittesporing.....	10
4.5.2	Utfordringer med dagens arbeidsprosesser.....	12
4.5.3	Utfordringer i andre arbeidsprosesser	14
4.6	Løsningsalternativer for utfordring A. Varsling av smittetilfeller til kommuneoverleger	14
4.6.1	Generelle utfordringer uavhengig av løsning.....	14
4.6.2	Informasjon som formidles i grensesnittet (API)	15
4.6.3	Tilgangsstyring ved varsling av kommuneoverleger	15
4.6.4	Alt. A1: Generisk API for alle smitteoppsporingsløsninger	17
4.6.5	Alt. A2: API i kjede gjennom KS FIKS.....	18
4.6.6	Alt. A3: Brukergrensesnitt på MSIS	20
4.6.7	Juridiske vurderinger	21
4.7	Løsningsalternativer for utfordring B. Registrering av smittetilfeller	21
4.7.1	Alt. B1: Hver kommune anskaffer dedikert smittesporingsløsning	21
4.7.2	Alt B2: Hver kommune sørger for å tilpasse EPJ til å dekke smittesporing.....	22
4.8	Løsningsalternativer for utfordring C. Overføring av ansvar til andre kommuner eller bydeler.....	22
4.9	Løsningsalternativer for utfordring D. Monitorering og analyse av smittespredning og smittesporing.....	22

4.9.1	Alt D1: Videreutvikling av eksisterende smittesporingsløsninger (evt. EPJ)	22
4.10	Anbefalte løsninger	22
4.10.1	Anbefalte løsninger på kort sikt (1-6 måneder)	22
5	Ekstern juridisk vurdering av API-løsningen	24
6	Kontaktregister over kommuneleger	26
6.1	Sikker elektronisk ebXML kommunikasjon til alle landets kommuneleger.....	26
6.2	Nasjonalt standard e-postadressering til kommuneleger for ikke-sensitiv kommunikasjon .	26
6.3	Oversikt over smittesporingsteam/smittevern i alle landets kommuner	27

1 Kommunelegens anledning til å motta prøveresultat

Nedenfor redegjøres det for kommunelegens anledning til å motta helseopplysninger, herunder Covid-19 prøveresultat hvor vi vet det har vært tvil om hvilke helseopplysninger kommunelegen har hjemmel til å motta i sitt arbeid.

1.1 Hjemmelsgrunnlag for kommunelegens mulighet til å innhente helseopplysninger

Kommunelegen har hjemmel til å motta helseopplysninger om positive testresultater jf. bl.a. IHR-forskriften § 4 og MSIS forskriften §§ 2-1 og 3-2. Kommunelegen kan motta både positive og negative testresultater etter smvl. § 2-2 åttende ledd dersom det er nødvendig for å ivareta oppgaver som er pålagt kommunelegen etter smvl. § 7-2. Det er formålet med bruken av helseopplysningene som er avgjørende og det vil være en konkret vurdering hvilke helseopplysninger kommunelegen er i behov av for å ivareta sine forpliktelser etter smittevernloven. Disse forpliktelsene kan f.eks. være oversikt over smittesituasjonen i kommunen og kommunelegens arbeid med smitteoppsporing.

1.2 Hjemmelsgrunnlag for kommunelegen til å behandle helseopplysningene.

Kommunelegen yter ikke helsehjelp i arbeid knyttet til smittevernloven § 7-2, og har følgelig ikke hjemmel til å opprette et behandlingsrettet helseregister etter pasientjournalloven § 8.

Etter Helsedirektoratets vurdering vil hjemmelsgrunnlaget for kommunelegen til å behandle helseopplysninger, være GDPR art 6 nr.1 bokstav e) og art 9 nr. 2 bokstav i).

Disse hjemmelsgrunnlagene forutsetter at behandlingen av helseopplysningene er i "allmenn interesse" eller at behandlingsansvarlig er pålagt oppgaven av offentlig myndighet jf. art 6 nr. 3. Direktoratet mener at det klart at ved å ivareta smittevernarbeidet i kommunen, foreligger det en allmenn interesse og det er kommunelegen som har den lovpålagte oppgaven for å bl.a. ha oversikt over smittesituasjonen i kommunen jf. smvl. § 7-2, herunder oversikt over testing av covid-19 smitte i egen kommune. Det er likevel en forutsetning at kommunelegen vurderer opplysningene som nødvendige i sitt smittevernarbeid, for at det foreligger hjemmel for deling av slike opplysninger etter smvl § 2-2.

Det er en forutsetning at de registrertes rettigheter og friheter er ivaretatt, herunder retten til taushet jf. art 9 nr. 2 bokstav i). Kommunelegen har taushetsplikt etter forvaltningsloven (fvl) § 13 jf. § 1.

2 Behov for etablering av entydig personidentifikator ved covid-19-testing av reisende som ikke har norsk fødselsnummer

Etableringen av teststasjoner ved grensepasseringer har avdekket et behov for en entydig personidentifikator ved testing av reisende som ikke har norsk fødselsnummer.

Teststasjonene/kommunene ønsker i tillegg at det kan legges til rette for elektronisk utveksling av opplysninger mellom ulike aktører i helsetjenesten i forbindelse med testingen. Denne problemstillingen vil bli reist separat overfor HOD, men nevnes for ordens skyld i korte trekk her.

2.1 Bakgrunn og behov

Behovet for en entydig personidentifikator og et elektronisk meldesystem mellom teststasjon og laboratorier er meldt inn av ulike kommuner, fylkesmenn og RHFer. Frem til nå har de ulike teststasjonene/kommunene utstedt lokale hjelpenummer ved testing av personer uten norsk fødselsnummer eller D-nummer. Det må deretter fylles ut et skjema som følger prøven til laboratoriet, i motsetning til prøver fra personer med fødselsnummer der man bare merker prøveglasset med navn og fødselsnummer. Den manuelle papirløsningen for personer uten norsk fødselsnummer eller D-nummer medfører en tregere utveksling av opplysninger mellom teststasjon og laboratoriet, og det er heller ikke mulig å følge de testede "videre" i systemet som mellom kommuner eller mellom primær- og spesialisthelsetjeneste.

Ved de etablerte teststasjonene på grenseovergangene har antallet smittede blant de testede til nå vært nede i 2,5-3 promille, og varsling av eventuelle smittede personer uten norsk fødselsnummer har foreløpig gått greit. Dette skyldes imidlertid at man har lagt opp til en praksis der man foreløpig kun kontakter de personene som har testet positivt. I tillegg tilbyr noen laboratorier varsel på SMS når det foreligger et prøvesvar med lenke til en innloggingsløsning som også dem uten fødselsnummer kan bruke.

Teststasjonene/kommunene er imidlertid bekymret for hvordan dette skal håndteres dersom antallet tester, og ikke minst antallet smittede, øker kraftig. De har meldt inn at de ideelt sett ønsker seg en entydig personidentifikator som forenkler testprosessene samt gjør det mulig å spore de testede, for eksempel i et helseregister.

2.2 Neste skritt

Helsedirektoratet ser at den manuelle papirløsningen som teststasjonene/kommunene benytter for reisende uten norsk fødselsnummer eller D-nummer på sikt kan bli utfordrende, særlig dersom antallet testede og/eller smittede går kraftig opp. På denne bakgrunn vil problemstillingen løftes til HOD i en separat henvendelse.

3 Beskyttelse av kode 6 og kode 7 innbyggere

Etter beskyttelsesinstruksen § 4 jf § 3 og i henhold til sikkerhetsloven, er det innført beskyttelsestiltak i form av hemmelig adresse for trusselutsatte. For disse personene skal adressen holdes hemmelig, og graden av hemmelighold er inndelt i to kategorier:

Adressesperre kode 6 eller «strengt fortrolig adresse» innebærer at opplysninger om adressen ikke skal gis ut til noen. Dette betyr at den trusselutsattes adresse i folkeregisteret kun er tilgjengelig for autoriserte personer. Adressen blir helt fjernet fra alle registre.

Adressesperre kode 7 eller «fortrolig adresse» innebærer at adressen ikke skal gis ut til private. Adresseopplysninger er likevel tilgjengelig for alle offentlige myndigheter som har tilgang til opplysninger fra folkeregisteret. Kripos utsteder bekreftelsesbrev på adressesperring som utsatte kan fremvise ved behov.

Helsedirektoratet tok kontakt med Kripos ved Sverre Løvereide den 11.09.20 for praksis omkring "adresse", om dette også omfatter kommunetilhørighet. Løvereide viser til at kommunetilhørighet er geolokalisasjon og at dette ikke kan oppgis. Papirpost til personer på kode 6, og kode 7, sendes disse via Kripos, og de er bedt om aldri å oppgi adresse (heller ikke til helsevesen), men de kan motta eposter og telefoner/ meldinger direkte. Personene instrueres i å ikke gi ut noen opplysninger om lokalisasjon, og skal heller ikke oppgi dette til en rekvisisjon. Det er et problem at personer likevel gir ut opplysninger om lokalisasjon ut fra tillit til leger m.v. I den utstrekning det benyttes private laboratorier m.v. skal ikke adressen på pasienten oppgis, og da heller ikke kommunetilhørighet.

Kommunetilhørighet skal ikke fremgå av rekvisisjonen til laboratoriet, men dette vil nok indirekte fremkomme ved kommunelegens opplysninger på rekvisisjonen med mindre kommunelegen bare oppgir navn og telefonnummer. På dette punktet vil ansvaret hvile på at pasienten ikke oppgir adresse, og at rekvirenten avgrenser hvilke opplysninger som gis til laboratoriet. Det vil uansett ikke være mulig å kreve at opplysninger om adresse, heller ikke bosteds- eller oppholdskommune, sendes MSIS-registeret fra laboratorier, og heller ikke at opplysningene gis videre ut til kommunelege eller smittevernteam som arbeider under kommunelegens ansvar.

Hvorvidt det vil være mulig å bruke MSIS-løsningen som informasjonskilde i stedet for direkte kontakt fra lab til rekvirent må for de trusselutstatte avveies nøye. Et argument mot å benytte en slik løsning er at det åpner opp for at flere håndterer opplysningene, noe som øker risikoen for at overskuddsinformasjon registreres dersom slike opplysninger først har kommet med ved en feil.

Kripos opplyste at det per i dag er 334 innbyggere som har kode 6, og 386 innbyggere som har kode 7. I tillegg kommer barn under barnevernets omsorg som tildeles kode av barnevernet og ikke av Kripos. Konsekvenser av brudd på hemmelighold anses av Kripos som svært store ved at personer må flyttes på nytt.

Tatt i betraktning det begrensede antallet personer som er tildelt kode 6 og kode 7, bør disse kunne holdes utenfor MSIS som meldesystem til smittesporingsarbeid uten at dette reduserer verdien og bruken av MSIS som informasjonskanal. Å utelate kode 6 og kode 7-innbyggere fra ordningen støttes av at MSIS som meldesystem for smittesporing uansett ikke vil bli dekkende for alle kommuner/ alle testede, da ikke alle kommuner antas å knytte seg til løsningen.

4 Digital overføring av prøvesvar fra laboratorium via MSIS til smittesporingsverktøy

4.1 Nasjonale løsninger

4.2 MSIS

Det er ingen vesentlige endringer på funksjonalitet eller bruk på MSIS siden oppdrag 87 ble levert.

4.3 Formidling av prøvesvar til pasient gjennom helsenorge.no og helsepersonell i kjernejournal

Arbeidet med å bedre informasjonsflyten til pasienter og helsepersonell gjennom tilgjengeliggjøring av prøvesvar til pasient på helsenorge.no og for helsepersonell i Kjernejournal er gjennomført og lansert. Dette gjør at både de smittede og de som viser seg å ha en negativ test får raskere beskjed. Det minsker også antall telefoner til helsetjenesten fra innbygger for å få svar, samtidig som det gir medisinsk personell med tilgang til Kjernejournal mulighet til å slå opp pasienter ved behov.

Kjernejournal er innført ved alle sykehus, alle legevakter og ved 90 prosent av fastlegekontorene. Kjernejournal er ikke innført ved sykehjem og i hjemmetjenesten i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og det er først på lengre sikt at det er realistisk å kunne bruke dette verktøyet her.

Løsningen for formidling av prøvesvar i helsenorge.no og kjernejournal har i det vesentlige fungert etter hensikten og er mye brukt. Vi har imidlertid registrert tre utfordringer:

- Det er ennå ikke etablert en tjeneste for SMS-varsling til innbyggere når prøvesvaret er tilgjengelig på helsenorge.no. Det fører til at innbyggere gjerne logger seg inn mange ganger før de finner svaret sitt, og medfører også en del unødvendige henvendelser til helsepersonell. E-helse og FHI jobber med sikte på å få etablert en slik tjeneste.
- Denne løsningen fungerer kun for innbyggere med fødselsnummer eller D-nummer. Turister m.m. vil ikke kunne hente svar her.
- Det varierer hvor lang tid det tar å få prøvesvar synlig i kjernejournalen, som fører til unødige telefoner til kommunene. Det er i all hovedsak grunnet variabel tidsbruk på laboratoriene. For den tekniske overføringen er det snakk om minutter. Det er dermed lite å gjøre med dette problemet fra et teknisk perspektiv.

4.3.1 Registrering av funksjon kommunelege i adresseregisteret

Det er ingen vesentlige endringer på funksjonalitet eller bruk av adresseregisteret siden oppdrag 87 ble levert.

4.4 Dagens verktøy for smittesporing

4.4.1 Smittestopp-appen (Folkehelseinstituttet)

Smittestopp er ikke en aktiv løsning i dag, ref. Datatilsynets *Vedtak om midlertidig forbud mot å behandle personopplysninger – appen Smittestopp* fra 6. juli 2020. En mulig følge er at FHI vil benytte en annen app, utvikle ny utgave av appen eller at eksisterende app videreutvikles tilpasset Datatilsynets krav, dersom smittesituasjonen i landet tilsier at verktøyet vil være effektivt i smitteoppsporing.

4.4.2 Kommunale smittesporingssystem

Som beskrevet i besvarelsen av oppdrag 87, er noen løsninger i bruk i kommunene i dag for å understøtte smitteoppfølging. Dette kapittelet gir oppdatert informasjon om disse.

Flere av leverandørene arbeider med eller melder behov for utvikling på disse områdene:

- Innhenting av prøvesvar fra f.eks. MSIS
- Innhente opplysninger om bosted, familieforhold m.m. fra personregisteret (folkeregisteret)
- Gjøre oppslag på kontaktinformasjon for alle landets kommuneoverleger. Dette er nødvendig for lettere å få kontakt med helsepersonell som driver smittesporing i andre deler av landet.
- Det vurderes løsninger for å kunne samhandle på tvers av kommunegrenser på bedre måter enn i dag. Situasjonen i dag er at dersom en pasient forflytter seg til en annen kommune og ansvaret for smittesporingen overføres dit, forsvinner pasienten fra avsenderkommunens system. Dette bidrar til at oppfølging av nærkontakter og annen smittesporing på tvers av kommunegrenser er utfordrende.

For å få til disse endringene melder aktørene at det er behov for bedre datautveksling med nasjonale løsninger.

De kommunene som ikke bruker en av løsningene nevnt under, jobber enten helt manuelt eller i kommunens EPJ. Førstnevnte innebærer mye overflødig og repetitivt arbeid, og sistnevnte er ikke tilrettelagt for smittesporing. Samtidig er det en del kommuner som har hatt få smittetilfeller, slik at den opplevde belastningen vil variere. Generelt er det en økning i antall kommuner som bruker dedikerte smittesporingsløsninger, som betyr at færre kommuner gjør smitteoppfølging helt manuelt. Det tas også forbehold om at det kan finnes smittesporingsløsninger vi ikke har fått kjennskap til i dette arbeidet.

Behov som er meldt fra kommuneoverleger intervjuet av prosjektet, men ikke nevnt spesielt fra leverandører, er behov for å monitorere og analysere smittespredning, og utarbeide statistikk over smittesporingsarbeidet.

4.4.2.1 KS FIKS DHIS2

DHIS2 er et IT-system for å samle inn, validere, analysere og presentere både aggregerte data og individuelle pasientdata. Det er utviklet av Universitetet i Oslo, har åpen kildekode og brukes til smittesporing (bla. HIV, tuberkulose, malaria, ebola) i ca. 60 land, primært utviklingsland. Det er utviklet en egen covid-19-modul. DHIS2 vurderes også til flere andre formål (f.eks. sykehusovervåkning, kobling til SYSVAK, kobling til MSIS/EPJ) slik at systemet kan integreres i mange andre funksjoner i mellomlangt sikt. Dette er beskrevet nærmere i oppdrag 84. Fordelen med dette er at DHIS2 kan gjøre det lettere for kommuneoverlegen å forholde seg til ett system for ulike formål. Man ser for seg utveksling av informasjon gjennom API'er etter hvert.

KS har satt opp en ren DHIS2-løsning som er tilgjengelig på FIKS-plattformen (plattform for digital samhandling) i norske kommuner fra 05.06.20. Løsningen er en webapplikasjon, men har ikke tilpasninger til den enkelte kommune. Fordelen med en slik løsning er et standard oppsett av data som skal samles inn, og at det samler informasjon fra mange kommuner på ett sted. Utfordringen kan bli tilpasningsmuligheter. Kostnader forbundet med drift og forvaltning av tjenesten skal etter planen fordeles etter selvkost på kommunene tilsvarende som for andre digitale fellestjenester levert fra KS. Løsningen er i produksjon i 66 kommuner (pr 01.09.2020).

Det er utviklet mulighet for å importere eksisterende smittetilfeller og nærkontakter fra Excel-regneark før systemet eventuelt tas i bruk, dersom man ikke vil legge det inn manuelt. Data fra

kommunen må da registreres i eller eksporteres til regnearket og sendes til opplasting i databasen. Migrering av data kan derfor innebære en byttekostnad for de som allerede er i gang med andre systemer.

KS melder 27. august at de jobber med utvikling av:

- Tilknytning til personregisteret (Folkeregisteret)
- Selvregistrering for innbyggere
- Organisering av data i klynger (registrering av tilfeller i klynger, knyttet til smitteutbrudd på eksempelvis en skole)
- Rapporter/dashboard for statistikk

For mer informasjon om løsningen, se følgende lenker:

<https://www.dhis2.org/>

<https://www.ks.no/smittesporing>

<https://ks-no.github.io/fiks-plattform/tjenester/dhis2/>

4.4.2.2 *ReMin*

ReMin er et kommersielt norskutviklet, web-basert verktøy for smittesporing i kommunene som har blitt godt mottatt av mange kommuneleger. Det er utviklet med tanke på enkelt brukergrensesnitt, er tilpasset en smittesporers hverdag og skal kreve minimalt med opplæring for å brukes. Det er integrert en beslutningsstøtte for smittesporere uten faglig bakgrunn. Det foreligger en pasientmodul / selvbetjeningsløsning der personer kan logge inn med BankID og legge inn sine data og nærkontakter.

ReMin bruker i likhet med KS en DHIS2-database i bunn, men har utviklet et eget system på topp for å legge til funksjoner, tjenester og økt brukervennlighet. Eksempel er integrasjon mot personregisteret (folkeregisteret), helsepersonellregisteret (HPR) og fastlegeregisteret. Det skal være lagt til rette for å eksportere og importere data til tilstøtende register som MSIS, EDI-meldinger i Norsk Helsenett etc. gjennom åpne APIer.

For brukere som eventuelt ønsker mer avansert bruk av data og statistikk, gis direkte tilgang til undersystemet. ReMin har en grunnlisens etter kommunestørrelse og lisens per bruker.

ReMin og DIPS har annonsert at de starter opp et samarbeid om deling av data og mulig større integrasjon mellom de to løsningene i tiden fremover. ReMin angir å ha 90 kommuner i aktiv bruk (opdatert informasjon). For mer informasjon: <https://remin.no/>

Siden oppdrag 87 ble levert er ReMin blitt godkjent tredjepartsleverandør til Norsk Helsenett og kan levere tjenester over Helsenettet.

4.4.2.3 *PasInfo fra Oslo kommune*

Pasinfo er en skybasert plattform utviklet og driftet av Oslo kommune som benytter tjenester i Microsofts Power Platform og Azure, kombinert med beriking og kvalitetssjekk mot offentlige registre og kommunale fagsystem. Løsningen er ikke begrenset til koronasmittede, men benyttes i dag kun til dette, og denne delen benevnes Smittevern@pasinfo.

Funksjonaliteten er todelt: registrering og sjekk av smittede, og påfølgende smitteoppsporing av indekspasienter inkludert nærkontakter. Løsningen anvendes av smittevernoverlege, bydelsoverleger og smittevernteam. Per i dag kan man blant annet få inn informasjon fra laboratorier, personregisteret (folkeregisteret), kontakt- og reservasjonsregisteret og det arbeides med oppslag i kommunal EPJ og turnussystemer (GAT). De har klargjort for innhenting av prøvedata fra MSIS-labdatabasen og overføring av klinikermelding, men venter på tilgang (API) fra FHI.

Oslo kommune har sagt seg villig til å dele løsningen med andre, men har ingen planer om å drifte eller videreutvikle løsningen for andre kommuner.

Siden oppdrag 87 ble levert, har PasInfo fått implementert selvregistrering via Min Side. For Oslo kommune er dette i dag en godt fungerende løsning med stor fleksibilitet til å innføre ny funksjonalitet. Videre er Pasinfo blitt registrert i helsenettet, og skal i løpet av høsten kunne kommunisere med fastleger og teststasjoner via standardiserte meldinger, bl.a. for overføring av pasienter til fastlege og bestilling av time for Covid-19 test. For Aker teststasjon er smittevernløsningen integrert med EPJ direkte, slik at bestilling av test blir mer effektiv.

4.4.2.4 FastTrak fra DIPS

Produktet understøtter arbeidsoppgavene for å følge opp aktivitetene knyttet til smittevernsarbeidet og skal kunne gi beslutningsstøtte og oversikt til smittevernpersonell, understøtte smittesporing i og utenfor institusjonen. Løsningen skal samle strukturerte data som kan rapporteres og generere notat til hovedjournal basert på strukturerte registreringer, smittevernsansvarlig eller annen forvalter som har i oppgave å følge opp ansatte eller pasienter som er i kontakt med eller har hatt kontakt med helsetjenesten.

Primærbrukeren er behandlere. Løsningen styrke er brukervennlighet. Utfordringen er at løsningen krever helsefaglig innsikt. Applikasjonen tilbys gratis til eksisterende kunder av DIPS.

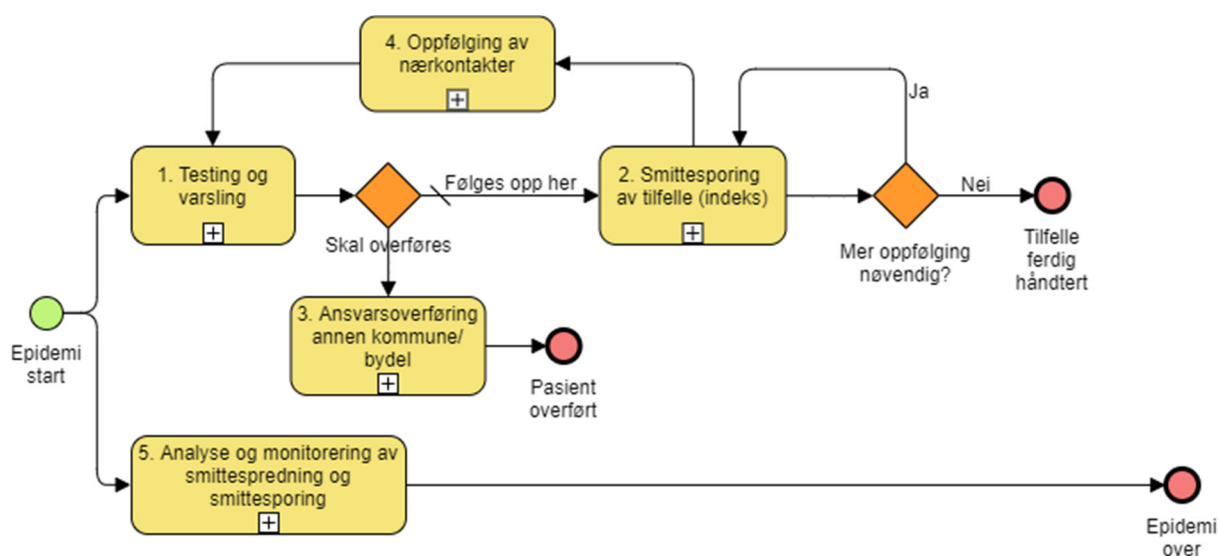
DIPS og ReMin har annonsert at de starter opp et samarbeid om deling av data og mulig større integrasjon mellom de to løsningene i tiden fremover. Løsningen er ifølge DIPS i bruk på over 40 sykehjem i Bergen kommune og på flere sykehus i Helse Nord og Helse Sør-Øst. For mer informasjon: <https://www.dips.com/no/pa-sporet-av-covid-19>.

Det er ikke funnet oppdateringer eller endringer i løsningen siden oppdrag 87 ble levert.

4.5 Fremtidige løsninger

4.5.1 Arbeidsprosesser ved smittesporing

Prosjektet har identifisert fem hovedprosesser i dagens smittesporing, som er vist i følgende figur:



Figur 1 Oversikt over arbeidsprosesser ved smittesporing

Arbeidsprosess 1. *Testing og varsling* dekker fasen hvor en innbygger oppsøker teststasjon, legevakt eller annet for å bli testet. Innbygger opplyser om symptomer og varighet på disse, i tillegg til fødselsnummer og kontaktinformasjon. Prøvemateriale og rekvisisjon med fullstendige opplysninger sendes laboratoriet, som gjennomfører analysen, og sender svar tilbake til rekvirent. Innbygger slår opp svaret på egen hånd i helsenorge.no. Om svaret er positivt, varsler laboratoriet aktuelle kommuneoverlege og/eller smitteteam. Rutinene for hvordan dette foregår varierer og det varsles også om negative og inkonklusive svar en del steder.

Om testen er positiv, men innbygger oppholder seg i en annen kommune, må normalt ansvaret for smittesporing overføres til denne kommunen evt. bydelen. Dette beskrives i arbeidsprosess 3. *Ansvarsoverføring annen kommune/bydel*. Om innbygger ikke skal overføres, går kommuneoverlegen i gang med arbeidsprosess 2. *Smittesporing av tilfelle (indeks)*. Her skal informasjon om smittetilfellet og eventuelle nærkontakter registreres. Kommuneoverlegene eller deres smitteteam følger opp smittetilfellene over tid, blant annet for å fange opp eventuelle nye symptomer eller forverringer. Denne arbeidsprosessen blir derfor gjentatt inntil tilfellet er ferdig håndtert. Ett økende antall steder overføres deler av ansvaret for oppfølging av den smittede til fastlegen. Kommuneoverlegen må også sørge for at alle nærkontaktene er informert og karantenesatt, og få dem til å teste seg. Dette skjer i arbeidsprosess 4. *Oppfølging av nærkontakter*.

Ved siden av å følge opp smittetilfellene overvåker kommuneoverlegen grad av smittespredning i kommunen, og kommunens eget smittesporingsarbeid. Dette skjer i arbeidsprosessen 5. *Analyse og monitorering av smittespredning og smittesporing*. Den inneholder også arbeidet med å sette smittetilfeller i sammenheng med hverandre, og lete etter et felles utgangspunkt (kalt *Analyse*)

Dette tiltaket har fokusert mest på smittesporing i kommunene. Ved smittesporing i sykehus (og andre institusjoner) er det som regel lokal smittevernoverlege som foretar smittesporingen. Arbeidsprosessene er i hovedsak de samme, men involverer i større grad helsepersonell og andre ansatte som nærkontakter. Sykehus har i utgangspunktet samme behov for varsling som kommuner, men når smitten først er etablert har sykehuset egne mekanismer for å teste pasienter og helsepersonell, og smittevernoverlegene har som regel tilgang til prøvesvarene i sykehusets EPJ.

4.5.2 Utfordringer med dagens arbeidsprosesser

Det er identifisert utfordringer på en rekke punkter i disse arbeidsprosessene. Vi har her beskrevet utfordringene vi opplever som viktigst, ut fra innspillene gitt i intervjuene med kommuneoverleger.

4.5.2.1 A. Varsling av kommuneoverleger om nye smittetilfeller (med labsvar)

Kommuneoverleger og andre som skal drive smittesporing er helt avhengig av å bli varslet fortløpende om nye smittetilfeller innenfor eget ansvarsområde. Det tas tusenvis av prøver hver dag ved en rekke laboratorier, og bare noen få prosent av disse er positive.

I dag varsles kommuneoverleger på en rekke måter, som er beskrevet i tabellen under. Per 06.09.2020 er 1.3 % av alle tester positive [1], men dette tallet varierer fra dag til dag. Estimatenes i tabellen er usikre, men antyder et visst omfang.

Varslingsmetode	Antatt utbredelse (kommuner)	Antatt tid fra analyse ferdigstilt til kommuneoverlege varslet	Antatt tidsforbruk
Laboratorium ringer for hvert positive svar	Kommuner som ikke har andre varslingsmetoder.	Er avhengig av belastning på laboratoriet, siden varslingen må tas i tillegg til annet arbeid. Vi antar at det her kan gå fra 5-10 minutter til flere timer fra testen er klar til varsling utføres.	<i>Kun for positive tester:</i> <i>Avsender:</i> 10-30 min (inkl. innhenting av kontaktinfo, evt. ventetid i telefon) <i>Mottaker:</i> 3-5 min på telefon + 10-15 minutter etterarbeid for registrering.
Daglige eposter med krypterte lister over prøvesvar	OUS versus Oslo kommune.	Epostene sendes flere ganger daglig, for eksempel kl 09, 13, 16, 20 og 22. I dette eksemplet kan det på dagtid i verste fall gå inntil 2-4 timer før varsling, mens om natten kan det gå inntil 11 timer før varsling.	<i>Avsender:</i> 20-30 min to ganger daglig til å generere uttrekk som excel-fil, kryptere innholdet og sende SMS med kode til aktuell mottaker. <i>Mottaker:</i> 10-15 minutter per positive test for manuell registrering i smittesporingsløsning eller andre steder.
SMS med lenke for hvert positive svar	Fürst versus Oslo og øvrige kommuner med teststasjoner, fastleger og andre som benytter dette laboratoriet.	SMS'ene opprettes manuelt, og varslingen må tas i tillegg til annet arbeid. Vi antar at det kan gå fra 5-10 minutter til flere timer, avhengig av belastning av laboratoriet.	<i>Kun for positive tester:</i> <i>Avsender:</i> 5-10 min per SMS <i>Mottaker:</i> 15-20 minutter per positive test for oppslag i Fürsts løsning for laboratoriesvar og manuell registrering i smittesporingsløsning eller andre steder.
Løpende kopier av alle prøvesvar som brev	Kommuner hvor kommuneoverlege rutinemessig settes som kopimottaker på alle SARS-CoV-2 prøver (luftveispanel), men kommuneoverlege ikke har EPJ.	Postgangen setter begrensning her, og mottakers kapasitet for å åpne et potensielt stort antall brev manuelt. Kan gå 3-5 dager.	Laboratoriene har ofte delvis automatiserte rutiner for utskrift, men pakking, frankering og sending må skje manuelt <i>Avsender:</i> 7-10 minutter per test (positive og negative) <i>Mottaker:</i> 1-2 minutter per negative test, 10-15 minutter per positive test for manuell registrering i smittesporingsløsning eller andre steder.

<p>Løpende kopier av alle prøvesvar som elektronisk melding til eget EPJ</p>	<p>Kommuner hvor kommuneoverlege rutinemessig settes som kopimottaker på alle SARS-CoV-2 prøver (luftveis-panel), og kommuneoverlege har EPJ.</p>	<p>Meldingene formidles fortløpende over helsenettet. Antatt 3-5 minutter fra ferdig analyse til mottatt melding i EPJ.</p>	<p><i>Avsender:</i> 0-1 minutter per test, brukes til å legge til kommuneoverlege som elektronisk kopimottaker.</p> <p><i>Mottaker:</i> Bruker 0-0,1 minutter per negative test til å kvittere ut prøvesvaret. Bruker 10-12 minutter per positive teste for manuell registrering i smittesporingsløsning eller andre steder.</p>
---	---	---	--

Ulike laboratorier har ulike fremgangsmåter, og kommuneoverlegene må ofte forholde seg til flere fremgangsmåter samtidig. Vi har per nå ikke informasjon om hvor utbredt de ulike fremgangsmåtene er. I de fleste tilfeller har kommunene funnet rimelig fungerende ordninger når det benyttes et begrenset antall teststasjoner og kanskje bare 1-2 laboratorier, og innbygger dessuten testes i den kommunen vedkommende både er folkeregistrert og oppholder seg. Likevel oppleves dagens framgangsmåte som unødig arbeidskrevende. Dette gjelder særlig når kommuneoverlegene og deres smitteteam må forholde seg til ulike laboratoriers rutiner for å melde prøvesvar, og når innbygger testes i en annen kommune enn vedkommende er folkeregistrert i. Hvis det kommer en plutselig økning i antall tester vil disse utfordringene kunne medføre at kapasiteten for smittesporing ikke blir dekkende.

Vi mener at behovet for varsling av nye smittetilfeller bør prioriteres høyest når det gjelder kortsiktige tiltak, og mulige alternativer er beskrevet nærmere i avsnitt 4.6.

4.5.2.2 B. Registrering og oppfølging av smittetilfeller

Når kommuneoverleger følger opp varslede smittetilfeller, innhentes mye informasjon om bl.a. når og hvor smitten skjedde, om pasientens tilstand og symptomer, om hvor innbygger har oppholdt seg siden, og om eventuelle nærkontakter. Det gis også råd om smittevern, karantene og isolasjon. Alt dette må registreres på en hensiktsmessig måte, fordi det skal brukes videre i smittesporingen. Dagens smittesporingsløsninger er spesialtilpasset registrering av smittetilfeller, men har fortsatt rom for forbedring. Det er særlig behov på følgende område:

- Automatisk innhenting av informasjon fra personregisteret (f.eks. adresse og familieforhold)

4.5.2.3 C. Overføring av ansvar til andre kommuner eller bydeler

Smittesporing skal skje i kommunen innbygger oppholder seg i. Om innbygger flytter seg til en annen kommune, skal ansvar for smittesporingen normalt overføres. Det er ikke uvanlig at kommuneoverleger blir varslet om smittetilfeller som bor i kommunen, men oppholder seg i en annen. I disse tilfellene er det behov for å overføre ansvaret for smittesporingen, som gjerne skjer over telefon eller med kryptert epost. (Se også avsnitt 4.4.2) Det er særlig behov på følgende områder:

- Oppslag på kontaktinformasjon for kommuneoverleger og smitteteam i alle landets kommuner.
- Støtte for elektronisk overføring av ansvar for smittetilfeller mellom kommuner, med overføring av allerede registrert informasjon.

- Støtte for samarbeid om smittetilfeller mellom kommuner, for eksempel der indeks og nærkontakter befinner seg i ulike kommuner.

4.5.2.4 D. Monitorering og analyse av smittespredning og smittesporing

Smittesporing er et nitid arbeid hvor det er nyttig med oppsummeringer og sjekklister for å sikre at alle smittetilfeller og nærkontakter er tilstrekkelig fulgt opp. I tillegg er det en naturlig del av smittevernsarbeidet å ha løpende oversikter over lokale smitteutbrudd og deres omfang, og å kunne analysere hvilke smittetilfeller som er forbundet med hverandre. Dagens smittevernsløsninger tilbyr enkle funksjoner på hele dette området, med funksjonaliteten kunne med fordel vært utvidet. Dette behovet er imidlertid ikke like høyt prioritert som de ovenstående. Det som derimot er viktig for monitorering av smittespredning er å få inn negative prøvesvar så raskt som mulig. Dette er en del av løsningen skissert i kapittel 4.6.

4.5.3 Utfordringer i andre arbeidsprosesser

Det er også identifisert utfordringer i arbeidsprosesser som påvirker smittesporingen, men ikke inngår direkte i dem. Dette er viktige utfordringer, og de følges opp i øvrige prosjekter.

Elektronisk timebestilling: Bedre støtte for timebestilling kan gi bedre utnyttelse av teststasjonens kapasitet. Bestilling av time for testing er en flaskehals i dag, og det er etterspurt løsninger for elektronisk timebestilling hvor innbygger selv kan booke time. Noen kommuner har dette i dag, men de har varierende funksjonalitet. Det varierer hvor mye informasjon innbygger må legge inn for å få bestilt. For eksempel krever Oslo kommune at du redegjør for hvorfor du trenger test (reise, nærkontakt eller symptomer), mens Kristiansund kommune krever informasjon om du mottar kommunale helsetjenester og om du har vært utenlands.

Identifisering av pasient uten fødselsnummer ved testing: Ikke alle personer som ønsker å teste seg har norsk fødselsnummer eller D-nummer, for eksempel turister. Disse får i dag tildelt lokale hjelpenumre ved teststasjonene og ved laboratoriene, men dette medfører vesentlig risiko for sammenblanding av prøvesvar. NHN har tidligere hatt en tjeneste for å utstede nasjonalt unike hjelpenumre, men denne anbefaltes ikke brukt, på grunn av kort forventet levetid og ikke tilfredsstillende kvalitet. Det planlegges en tjeneste for nasjonale hjelpenumre samtidig med modernisert folkeregister (MF Helse), men prosjektet har ikke fått finansiering ennå (pr 03.09.2020). Se for øvrig kapittel 4.

4.6 Løsningsalternativer for utfordring A. Varsling av smittetilfeller til kommuneoverleger

Behovet for varsling om nye smittetilfeller til kommuneoverleger og evt. smitteteam kan dekkes ved å gjøre mikrobiologiprøvesvar (luftveispanel inkludert SARS-CoV-2) i MSIS-labdatabasen tilgjengelig for applikasjonene som brukes til smittesporing. Dette kan gjøres ved hjelp av et åpent grensesnitt (API) som er underlagt tilgangsstyring i de enkelte smittesporingsapplikasjonene.

4.6.1 Generelle utfordringer uavhengig av løsning

Følgende utfordringer vil trenge avklaring enten teknisk eller juridisk uavhengig av løsningsvalg.

- For alle varslingsalternativer må det sikres at innbyggere med strengt fortrolig og fortrolig adresse (dvs. har adressekode 6 og 7 i folkeregisteret) er tilstrekkelig beskyttet. Se mer om dette i kapittel 5.

- I tillegg må det sikres at de kommuner som *ikke* har smittesporingsløsninger får manuell varsling fra laboratoriene som før.

4.6.2 Informasjon som formidles i grensesnittet (API)

Grensesnittet må kunne formidle følgende informasjon:

- Innbyggers navn og fødselsnummer (evt. D-nummer)
- Prøvetakningsdato
- Svardato
- Laboratoriets kontaktinformasjon
- Rekvirentkode
- Rekvirentens oppgitte adresse
- Kommune og evt. bydel hvor rekvirent hører til
- Kommune og evt. bydel hvor innbygger er bosatt (folkeregisteradresse)
- Kommune og evt. bydel hvor innbygger oppholder seg (oppholdsadresse i folkeregisteret)
- Forenklet svarresultat (luftveispanel) med kommentarer
- Original XML labsvarmelding (Medisinsk biokjemi 1.x eller Mikrobiologi 1.x)

Det legges opp til at smittesporingsløsningene selv holder oversikt over hvilke prøvesvar som er håndtert og ikke i smittesporingen, og sørger for å varsle brukere av løsningen om eventuelle nye smittetilfeller. API'en må kunne støtte eksisterende meldingsstandard Mikrobiologi 1.4 HIS 1139:2014 [1] og Medisinsk biokjemi 1.4 [3], fortrinnsvis også i versjon 1.3. Eventuelt kan FHIR-ressurs "DiagnosticReport" [2] vurderes som standard for å formidle informasjonen.

I dette grensesnittet skal det være mulig å hente ut både negative, inkonklusive og positive prøvesvar. Med dagens meldingsstandard er det stor variasjon i selve svarangivelsen, som både kan være ulike tekstlige uttrykk som "positivt", "negativt", "ikke påvist", "påvist", men også mer uklare "inkonklusivt" eller "se kommentar". For smittesporingens del er det ønskelig å skille skarpt mellom positive og negative funn, siden disse har helt ulik oppfølging. Imidlertid medfører den manglende standardiseringen av svarangivelsen at en eventuell maskinell tolkning av svarangivelsen blir komplisert og krevende å vedlikeholde. Som et minimum må kommuneoverleger kunne sortere svarangivelsen i sine oversikter, og den originale XML svarmeldingen bli formidlet i sin helhet frem til smittesporingsløsningen.

Innbyggers ulike tilknytninger til kommune (bosted, oppholdssted, rekvirent) formidles for å understøtte og koordinere ulike former for samarbeid mellom kommuneoverleger på tvers av kommunegrenser.

4.6.3 Tilgangsstyring ved varsling av kommuneoverleger

Den planlagte løsningen skal kunne formidle lister over personidentifiserbare positive og negative prøvesvar for personer som oppholder seg i eller bor i en gitt kommune, filtrert på prøvetakningsdato. I praksis er det laboratoriene som står for varslingen når det gjelder positive svar, mens legene fyller ut klinikermelding og sender kopi til kommuneoverlegen(e).

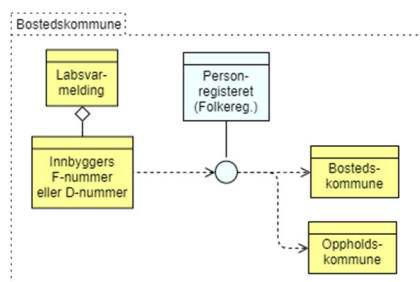
I den planlagte løsningen legges det opp til at smittesporingsløsningen driver tilgangsstyring på vegne av datatilbyder. Hver smittesporingsløsning har sitt brukerregister hvor ulike brukere har tilganger basert på sin rolle. Det forventes at autentisering skjer via HelseID eller tilsvarende autentiseringsløsninger (eks. maskinporten). Autorisering (tildeling av tilganger) må imidlertid skje

med smittesporingsløsningens egne roller og registrerte brukere, som er registrert i løsningens autorisasjonsregister.

Siden tilgangen til prøvesvarene fra MSIS skal styres etter kommune, må smittesporingsløsningen formidle hvilken kommune brukeren er knyttet til. Om en installasjon av en smittesporingsløsning kun brukes i en kommune, kan dette eventuelt gjøres gjennom løsningens sikkerhets sertifikat. Om løsningen brukes i flere kommuner, må imidlertid autorisasjonsregisteret i løsningen inneholde informasjon om brukerens kommune, og formidle dette i kommunikasjonen med API knyttet til MSIS. Sistnevnte fremstår som en mer robust løsning enn førstnevnte.

4.6.3.1 Utvalg av prøvesvar for innbyggere ut fra bosted

Prøvesvar for innbyggere kan filtreres på kommune bl.a. ved å benytte informasjon om bosted fra personregisteret (folkeregisteret). Dette krever naturlig nok at innbygger har gyldig personidentifikator (fødselsnummer eller D-nummer) og at denne er formidlet i rekvisisjonen.

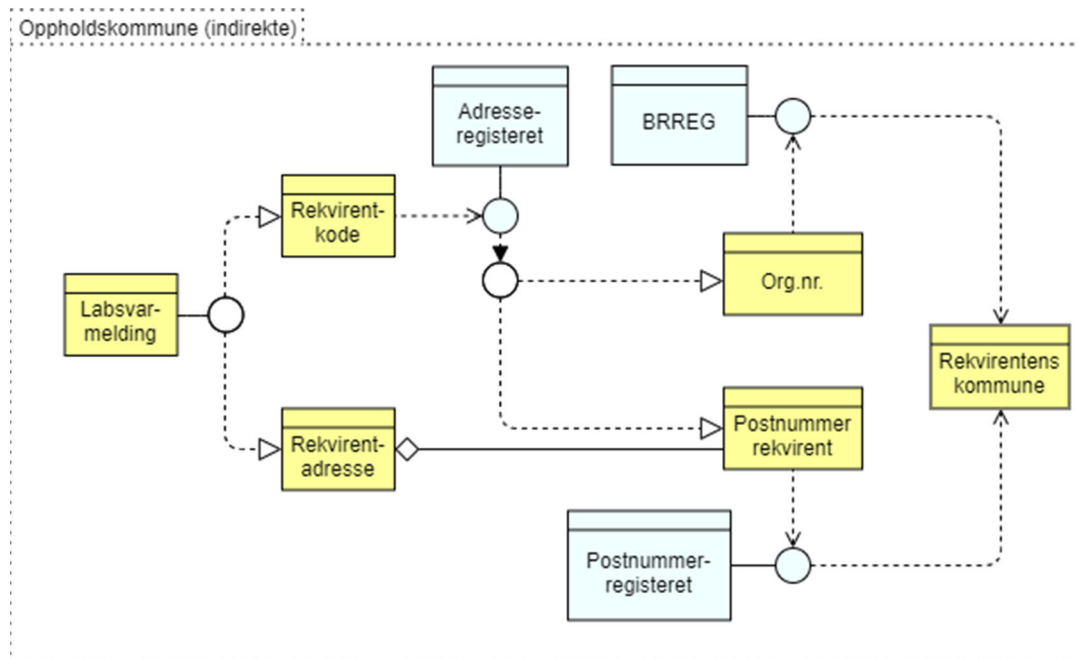


Figur 2 Identifisering av bostedskommune og evt. oppholdskommune

Personregisteret har relativt nylig (ref) opprettet et nytt felt kalt oppholdsadresse, hvor innbyggers nåværende oppholdssted kan registreres. Dette vil kunne dekke behovet for studenter og gjestearbeidere, men det er usikkert i hvilken grad dette feltet er fylt ut.

4.6.3.2 Utvalg av prøvesvar for innbyggere som oppholder seg i en kommune

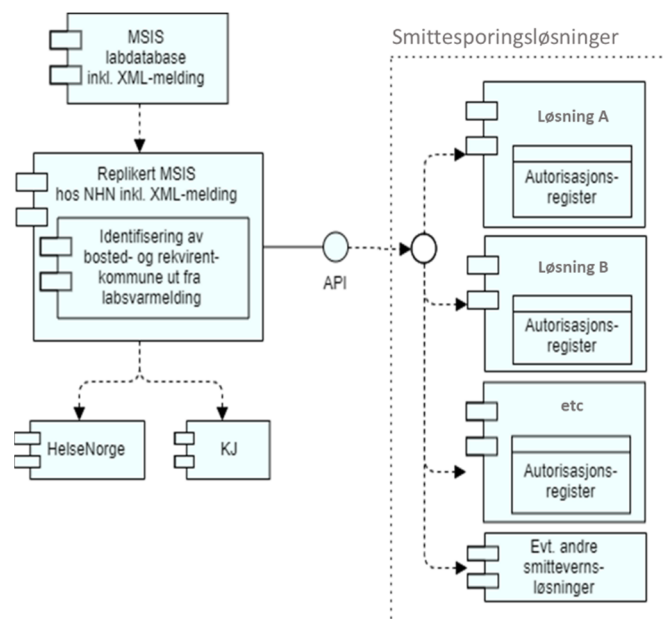
Ut over innbyggers egne opplysninger finnes det ingen informasjonskilder som direkte kan påvise innbyggers oppholdssted, men laboratorieundersøkelsene skal normalt rekvireres med en rekvirentkode og ha en svaradresse. Rekvirentkoden kan knyttes til kommune i Adresseregisteret. Postnummerregisteret [3] knytter videre alle landets postnumre til kommuner. Om rekvirentkode mangler men rekvisisjonen har post- og gateadresse, kan denne brukes til å innhente kommune. Kommunene som har bydeler vedlikeholder egne registre som knytter gateadressen til bydel [4]. På denne måten kan svaradresse eller rekvirentkode benyttes til å filtrere ut hvilken kommune innbyggeren sannsynligvis oppholder seg i.



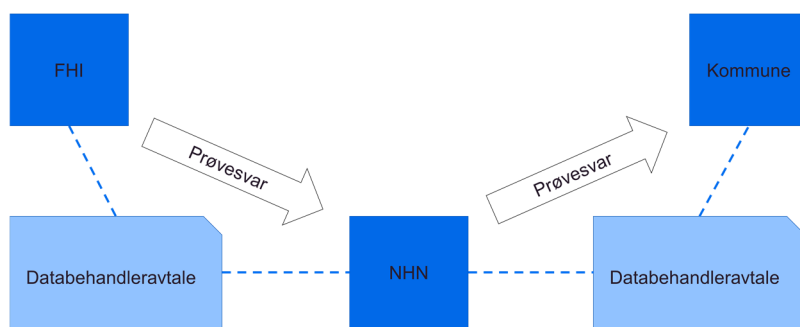
Figur 3 Identifisering av rekvirentens kommune ut fra rekvirentkode i labsvar

4.6.4 Alt. A1: Generisk API for alle smitteoppsporingsløsninger

I dette alternativet utvikles et åpent dokumentert, generisk API ved den replikerte labdatabasen fra MSIS, som tilbyr oppslag på prøvesvar til alle smittesporingsløsninger. Det utvikles funksjonalitet for å identifisere bosted- og oppholdskommune ut fra labsvarmeldingen i den replikerte MSIS-labdatabasen ved NHN. Avtalemessig må enten FHI opprette Avtale om felles behandlingsansvar med hver kommune som skal motta prøvesvar, eller FHI kan benytte NHNs databehandleravtaler med kommunene for levering av bl.a. Helsenettet. Disse avtalene må da endres til å også omfatte prøvesvar, og tilsvarende må avtalen mellom FHI og NHN oppdateres.



Figur 4 Løsningsalternativ A1: Felles API til alle smittesporingsløsninger (DHIS2, ReMin, Pasinfo, DIPS FastTrak og andre aktuelle)



Figur 5 Databehandleravtaler i løsningsalternativ A1

Fordeler

- Enklere arkitektur – trenger kun utvikle et API
- Et enkelt punkt kontrollerer flyt av informasjon
- Sentral del av løsningen kan etableres på kort sikt
- Er i henhold til nasjonale arkitekturprinsipper [6]
- Eliminierer behov for å vurdere konkurranseforhold

Ulemper

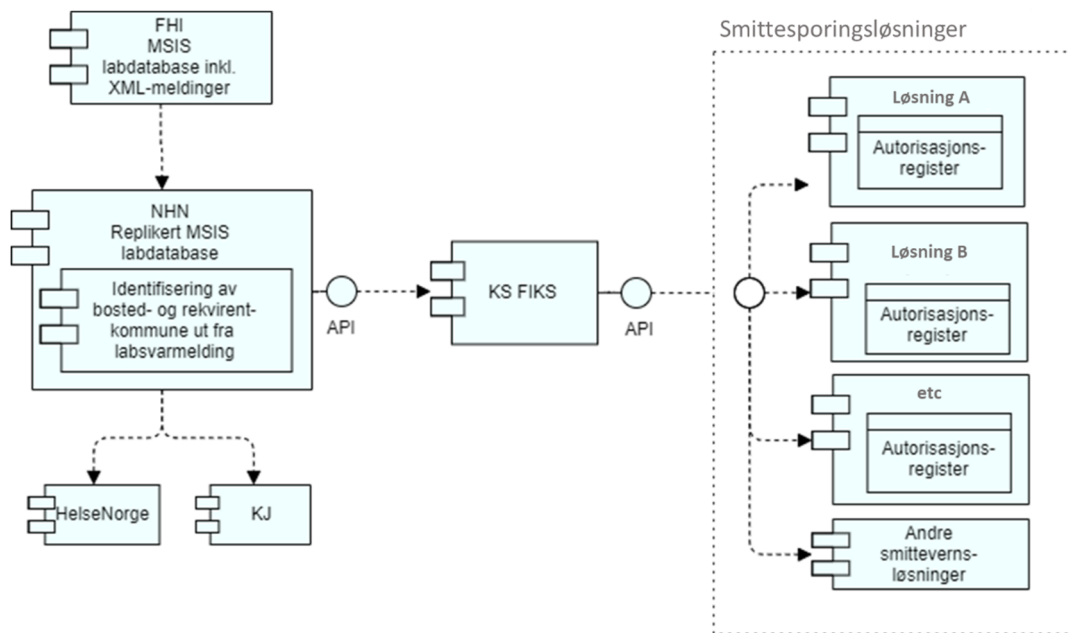
- FHI varsler om at de ikke er bemannet til å vedlikeholde avtaler med alle kommunene og API overfor alle aktørene som er aktuelle i dette alternativet. Denne utfordringen kan unngås ved å opprette databehandleravtaler via NHH
- Krever økt forvaltning av API hos FHI
- Kan kreve omfattende innsats for å håndtere sikkerhet, siden det er usikkert om HelseID per nå skalerer godt nok til formålet

4.6.5 Alt. A2: API i kjede gjennom KS FIKS

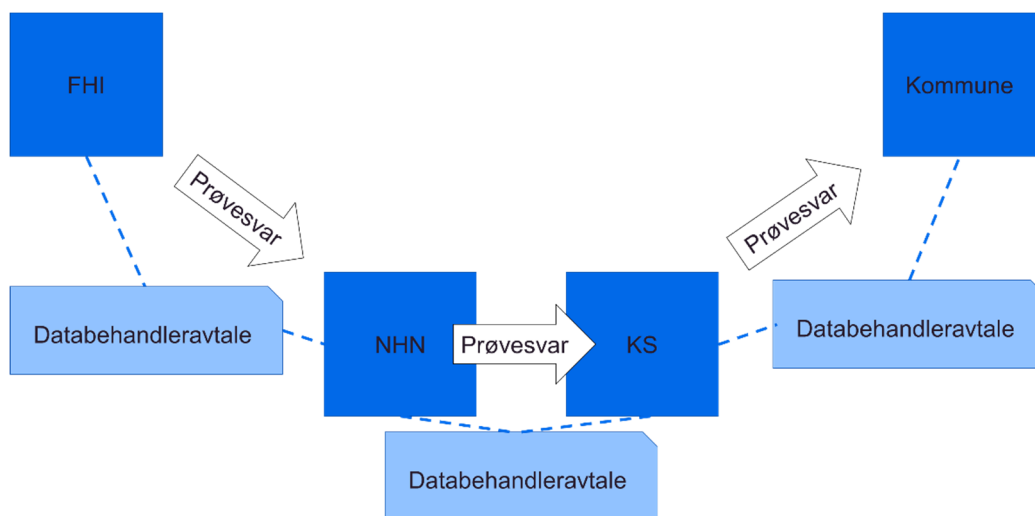
I dette alternativet utvikles en API ved den replikerte labdatabasen fra MSIS som tilbyr oppslag på prøvesvar. KS vil bruke dette APIet og utvikle et tilsvarende API gjennom en proxy-løsning for viderefremming av prøvesvar til smittesporingsløsninger. Ved denne løsningen vil MSIS APIet forholde seg til kommunesektoren som en virksomhet ved KS Fiks-plattformen. Dataobjektene til FIKS prøvesvar API og Prøvesvar API skal i utgangspunktet være samme datamodell, slik at konsumenter av FIKS APIet kan forholde seg til FHIs datamodell.

Ansvar for konfigurasjon, logging og autorisasjon i kommunene overføres til FIKS-plattformen. Dette er standardfunksjonalitet på FIKS-plattformen som kommunene kjenner til gjennom andre FIKS-tjenester.

FHI oppretter databehandleravtale med KS, og KS håndterer videre databehandleravtale med kommunene gjennom en SSA-L for bruk av FIKS-plattformen og et tjenestevedlegg for den enkelte tjeneste. Kommunene tar selv ansvar for å ha dialog med leverandører av smittesporingsløsninger som kobler seg på FIKS APIet. KS leverer som en service overfor kommune et utkast til ROS-vurdering og DPIA for tjenestene som avtales. Disse sikkerhetsdokumentene er det kommunens ansvar å få endelig godkjent.



Figur 6 Løsningsalternativ A2: API i kjede (via KS FIKS) til alle smittesporingsløsninger(DHIS2, ReMin, Pasinfo, DIPS FastTrak og andre aktuelle)



Figur 7 Databehandleravtaler i løsningsalternativ A2

Siden KS selv er leverandør av smittesporingsløsning, og siden KS FIKS videreformidler data til øvrige smittesporingsløsninger, bør det verifiseres at konkurransevridende effekter unngås. Denne risikoen regnes likevel som lav, fordi samme API brukes til KS smittesporing som til andre smittesporingsløsninger. Alle løsninger skal derfor kunne benytte tjenesten på like vilkår.

Fordeler

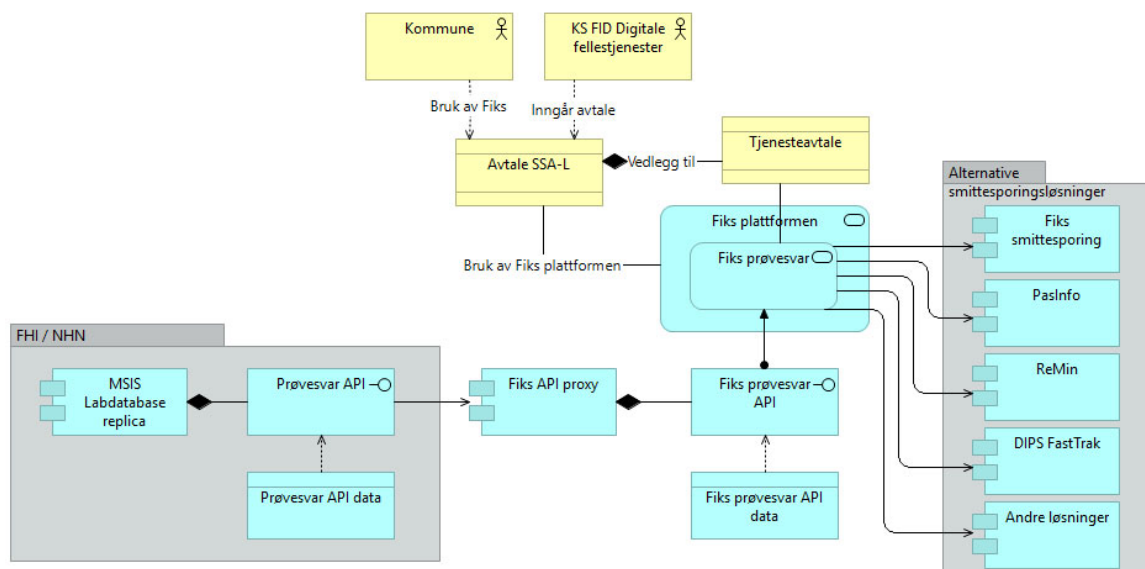
- Gjenbruk av eksisterende infrastruktur og velkjent arkitektur på FIKS-plattformen
- Kommunene kan enkelt sette opp tjenesten i FIKS konfigurasjon for bruk i smittesporingsløsninger

- FHI/NHN forholder seg til én virksomhet
- KS forvalter databehandleravtaler med den enkelte kommune gjennom etablerte rutiner og avtaleverk, og kan gi støtte til utrulling i kommunen (eks. utkast til ROS og DPIA)
- Sentral del av løsningen kan etableres på kort sikt
- De to API'ene er svært like, KS FIKS fungerer som et formidlingsledd

Ulemper

- Mer komplisert arkitektur gjennom ny kobling til API på Norsk helsenett fra KS Fiks
- Behov for å utvikle og vedlikeholde to grensesnitt
- Flere aktører i kjeden øker kompleksiteten noe, og dermed også risikoen for at det tar lengre tid å utvikle løsningen
- Behov for prosedyrer som sikrer likebehandling av markedsaktører

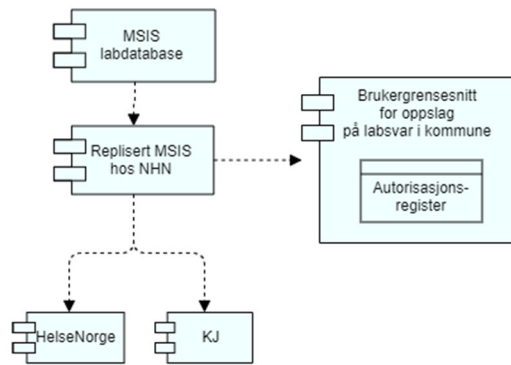
KS har detaljert dette svaralternativet ytterligere, med følgende figur:



Figur 8 Løsningsalternativ A2, med foreslått detaljering om FIKS-plattformen fra KS

4.6.6 Alt. A3: Brukergrensesnitt på MSIS

I dette alternativet utvikles en frittstående oppslagsløsning direkte mot MSIS-databasen, hvor brukere selv kan logge seg inn og sjekke prøvesvarene for sin kommune.



Figur 9 Løsningsalternativ A3 Brukergrensesnitt på MSIS labdatabase

Fordeler

- Funksjonalitet for oppslag og presentasjon av labsvar kan utføres med begrensede midler og i løpet av kort tid

Ulemper

- Må utvikle eget brukerregister (autorisasjonsregister) i tillegg, og legge inn alle potensielle brukere. Dette er vesentlig mer krevende enn kun å utvikle funksjonalitet for oppslag
- Overføring av data til smittesporingsløsning må skje manuelt (klipp- og lim)
- Ikke anbefalt arkitektur, er krevende å videreutvikle
- Alternativet kan være konkurransevridende
- Løsningen utnytter ikke eksisterende smittesporingsløsninger

4.6.7 Juridiske vurderinger

(Ivarettatt av ekstern juridisk vurdering av advokatfirmaet Kluge referert i kapittel 7)

4.7 Løsningsalternativer for utfordring B. Registrering av smittetilfeller

Dette er en utfordring som først og fremst gjelder kommuner som ikke har anskaffet smittesporingsløsninger. Det finnes ingen kortsiktige alternativer for å møte denne utfordringen, men følgende er identifisert på mellomlang og lang sikt:

4.7.1 Alt. B1: Hver kommune anskaffer dedikert smittesporingsløsning

I dette alternativet går kommunene som ikke har smittesporingsløsning til anskaffelse av det, og sørger for å innføre løsningen og integrere den med aktuelle samhandlingsløsninger (se avsnitt 3.3)

Fordeler

- Et utvalg smittesporingsløsninger er tilgjengelig, og de er spesielt tilpasset arbeidsprosessen.
- Innføringsaktiviteten er ikke spesielt ressurskrevende, og det er få brukere.

Ulemper

- Løsningen må integreres med aktuelle samhandlingsløsninger. Avhengig av løsning kan dette være tid- og ressurskrevende.
- Separate løsninger for smittesporing og klinisk oppfølging av pasienten (EPJ) kan medføre behov for å overføre informasjon mellom løsninger

4.7.2 Alt B2: Hver kommune sørger for å tilpasse EPJ til å dekke smittesporing

I dette alternativet utvides funksjonaliteten i eksisterende EPJ i kommunene som ikke har dedikerte smittesporingsløsninger, og innfører det hos helsepersonell som driver smittesporing.

Fordeler

- EPJ driftes allerede i alle norske kommuner og hos fastleger.
- Flere kommuneleger har delt stilling som fastlege, og kan benytte samme system til både smittesporing og klinisk oppfølging av pasienter hvor samme lege har ansvar for begge deler.

Ulemper

- Løsningen er kun aktuell på lang sikt fordi utvikling, testing og implementering av ny funksjonalitet vanligvis er tidkrevende
- Grunnleggende forskjeller i arbeidsprosessene ved klinisk oppfølging av pasienter og ved smittesporing kan gjøre det vanskelig å utvikle samme løsning til å håndtere begge deler.
- Vanskelig å håndtere smittesporing på tvers av kommunegrensene (klynger)

4.8 Løsningsalternativer for utfordring C. Overføring av ansvar til andre kommuner eller bydeler

Denne utfordringen gjelder særlig mellom kommuner som bruker ulike løsninger for smittesporing. Når ansvar for smittesporing skal overføres mellom kommuner kan det også medføre behov for å samarbeide om samme smittetilfelle på tvers av kommunegrensene. Når ulike kommuner deler samme smittesporingsløsning (f.eks. KS Smittesporing), lar begge disse behovene seg trolig løse ved å tilpasse tilgangsstyringen. Dette må i så fall utredes nærmere. Når ulike kommuner bruker ulike smittesporingsløsninger er det imidlertid langt mer krevende å få til noe lignende. Vi mener at dette behovet bør søkes løst i den foreslåtte samhandlingsplattformen beskrevet av Akson [5], og beskriver ikke nærmere løsningsalternativer for dette behovet her.

4.9 Løsningsalternativer for utfordring D. Monitorering og analyse av smittespredning og smittesporing

Denne utfordringen gjelder alle som driver smittesporing, men er mest aktuell for kommuner som allerede har anskaffet smittesporingsløsning (eller bruker EPJ). Utfordringen er lavere prioritet enn de øvrige utfordringene beskrevet i dette dokumentet.

4.9.1 Alt D1: Videreutvikling av eksisterende smittesporingsløsninger (evt. EPJ)

Dette er et langsiktig alternativ som innebærer ny funksjonalitet og behov for oppgradering hos brukerne, og muligens egen opplæring.

4.10 Anbefalte løsninger

Anbefalt løsning er basert på en avveining av fordeler og ulemper som er beskrevet tidligere i kapittelet, spesielt med fokus på hvor realistiske løsningene er, hvorvidt de løser behovene og støtter opp om arkitekturprinsipper.

En må eventuelt komme tilbake til langsiktige løsninger.

4.10.1 Anbefalte løsninger på kort sikt (1-6 måneder)

Følgende alternativer anbefales for utfordring A, B og C:

Utfordring	Anbefalt alternativ på kort sikt	Kommentar	Ansvarlig for gjennomføring
A. Varsling av kommuneoverleger om nye smittetilfeller (med labsvar).	Alt. A1: Felles API til alle smittesporingsløsninger <i>eller</i> Alt. A2: API i kjede gjennom KS FIKS.	Direktoratet for e-helse anbefaler i utgangspunktet alternativ A1, primært fordi denne er lettere å vedlikeholde på lang sikt. Imidlertid mener direktoratet at alternativ A2 er fullt akseptabelt, og oppfatter at dette er den foretrukne løsningen for FHI.	FHI og KS.
B. Registrering og oppfølging av smittetilfeller.	Alt. B1: Hver kommune anskaffer dedikert smittesporingsløsning.		Hver kommune, koordineres via KS.

4.10.1.1 Kostnads- og tidsestimat for løsning A

Det finnes en del forbehold i estimatene, og de viktigste er at det ikke er faktorer som ikke er oppdaget ennå som øker kompleksiteten, spesielt på teknologi eller juridiske forhold. Vi mener likevel at dette gir et omtrentlig anslag som kan brukes i planleggingsøyemed. For tidsestimatet er det avhengig av optimalt samarbeid mellom aktørene.

Estimatet er basert på erfaringer fra utvikling av tilgjengeliggjøring av prøvesvar i Helsenorge og Kjernejournal som er teknisk liknende. Det som skiller de to løsningene er at vi nå skal sende mange svar samtidig, avgrenset på tid og kommune.

Det vil påløpe utviklingskostnader hos FHI og NHN, og i tillegg KS ved valg av alternativ 2. I sum viser foreløpige estimater at kostnadene vil ligge på 1-2 millioner kroner, og vil i beste fall ta rundt seks uker. Dette forutsetter at API-ene hos FHI/NHN og KS utvikles parallelt for å holde samlet utviklingstid nede. I tillegg må leverandørene av smittesporingsløsningene utvikle sin side. Dette er ikke med i estimatet. Uformell dialog med enkelte av leverandørene av smittesporingsløsninger indikerer at nødvendig utvikling fra deres side kan gå relativt raskt, men dette er foreløpig ubekreftet.

5 Ekstern juridisk vurdering av API-løsningen

I arbeidet med API-løsningen er det innhentet en ekstern juridisk vurdering fra advokatfirma Kluge vedrørende spørsmål knyttet til konkurranserett og statsstøtte.

Vurderingen ble formidlet til Helsedirektoratet 15.09.2020 og gjengis her i sin helhet:

"I dag formidles slike prøvesvar til FHI og legges i en database kalt «Replikert MSIS-database», driftet av Norsk Helsenett (NHN). Fra denne databasen distribueres prøvesvarene til Helsenorge og Kjernejournal, hvor innbyggerne kan se sine prøvesvar. Kommunelegene benytter prøvesvarene blant annet til å overvåke smittespredning. Tiden det tar før prøvesvarene når kommunelegene anses for lang, og Helsedirektoratet har fått i oppdrag å effektivisere distribusjon av prøvesvarene til kommunelegene. I den forbindelse har Helsedirektoratet reist spørsmål om deres foreslåtte løsninger kan anses å være konkurransevridende. Hvor pengestrømmen vil flyte er ikke avklart, og som nevnt nedenfor kan det ha en viss betydning for konklusjonene som trekkes. Vi har kun sett overordnet på denne problemstillingen og har hatt svært kort tid.

For å korte ned på tiden prøvesvarene bruker fra laboratorier til kommunelegene er det ønskelig å videresende prøvesvarene fra MSIS-databasen til de ulike smittesporingsløsningene i kommunen. Helsedirektoratet har foreslått to ulike alternativer:

- Alternativ 1 er å koble smittesporingsløsningene direkte til MSIS-databasen
- Alternativ 2 er å koble MSIS-databasen til KS FIKS plattformen som videresender dataene til de ulike smittesporingsløsningene. KS FIKS er kommunesektorens plattform for fellesløsninger hvor alle kommuner har tilgang på digitale tjenester.

Vi forstår det slik at det skal utvikles et åpent grensesnitt som gjør at smittesporingsløsningene *kan* koble seg direkte til MSIS-databasen. Dette grensesnittet vil utvikles uansett om prøvesvarene rutes gjennom KS FIKS eller ikke. Alternativene har etter det vi er opplyst ulike fordeler og ulemper, men vi går ikke nærmere inn på det. Vi legger til grunn at dersom alternativ 2 velges, vil det være en forutsetning at alle typer smittesporingsløsninger kan kobles til et åpent grensesnitt ut fra KS FIKS, og at alle løsninger vil ha tilgang på like vilkår, herunder hva angår tid, kostnad og kvalitet. Dette må eventuelt nedfelles i en kontrakt mellom FHI og KS.

Spørsmålet er altså hvorvidt valg av en av disse løsningene fremfor den andre kan være konkurransevridende, og uansett om valget kan *oppfattes* som konkurransevridende.

Helsedirektoratet har også bedt om råd for eventuelt å unngå at valg av en av løsningene anses som konkurransevridende.

Hvorvidt et tiltak er iverksatt av det offentlige er konkurransevridende, kan i prinsippet støte an mot tre ulike regelverk: (i) konkurransereguleringen (ii) statsstøttereguleringen og (iii) anskaffelsesregelverket.

Konkurranseretten setter – enkelt forklart – et forbud mot at foretak som opptrer i et marked inngår konkurransebegrensende avtaler eller utilbørlig utnytter en dominerende stilling.

Statsstøttereguleringen setter i utgangspunktet et forbud mot å tildele offentlig støtte til foretak som opptrer i et marked. *Anskaffelsesregelverket* regulerer det offentliges innkjøp av varer og tjenester. Hver for seg har disse regelsettene en side mot opptrøden som kan være konkurransevridende.

Etter det vi forstår vil staten (gjennom FHI/NHN/e-helse) uansett finansiere utviklingen av et grensesnitt mot MSIS-databasen som enten (i) smittesporingsløsningene eller (ii) KS FIKS plattformen kan koble seg mot. Ved alternativ 2 (KS FIKS) vil det også måtte utvikles et åpent grensesnitt i enden

av KS FIKS plattformen som smittesporingsløsningene kan koble seg mot. Vi forutsetter som nevnt at alle smittesporingsløsninger vil ha tilgang til et åpent grensesnitt på like vilkår. Det betyr at alternativ 2 må tilby samme vilkår som alternativ 1 hva angår tid, kostnad og kvalitet for grensesnittet.

I utgangspunktet kan vi ikke se at hverken *konkurranseregelverket* eller *statsstøtteregelverket* er relevant i denne sammenheng. Som nevnt regulerer konkurransereglene foretaks opptreden i et marked, og vi kan ikke se hvordan valg av ett av de to alternativene skulle kunne stride mot disse reglene. Statsstøtteregelverket rammer på sin side tildelingen av statlige midler til foretak som tilbyr en vare eller tjeneste i et marked. Vi har ikke detaljert informasjon om pengestrømmen, men kan i utgangspunktet ikke se at noen foretak mottar noen statsstøtte i dette tilfellet. I den grad det skulle gå betalinger fra staten til KS antar vi at betalingen motsvares av en ytelse (utvikling og drift av grensesnittet ut mot smittesporingsløsninger).

Slik vi ser det, er det i første rekke anskaffelsesregelverket som setter rammer for hva staten kan foreta seg i dette tilfellet. Dersom staten eksempelvis betaler penger til KS for at grensesnittet skal vedlikeholdes og driftes, vil dette kunne bli ansett som en gjensidig bebyrdende kontrakt mellom staten og KS. I utgangspunktet skal alle kontrakter som det offentlige inngår konkurranseutsettes. Vi vil imidlertid anta at det kun er KS som kan påta seg den aktuelle rollen. Dersom det er tilfellet, følger det av anskaffelsesforskriften § 13-4 at når konkurranse er umulig av *tekniske årsaker* eller en *enerett*, kan offentlige oppdragsgivere inngå kontrakt direkte med én leverandør. Bestemmelsen har i praksis blitt tolket slik at i tilfeller hvor det kun er én leverandør i markedet som kan levere den aktuelle ytelsen, kan kontrakt inngås uten konkurranse. Dersom staten skal benytte seg av dette unntaket, vil vi anbefale at det utarbeides en skriftlig begrunnelse som viser hvorfor KS FIKS er eneste løsning som er aktuell. Dersom alternativ 1 velges er det ikke behov for en slik anskaffelse.

Direktoratet har også bedt oss å vurdere hvorvidt de ulike alternativene kan *oppleves* konkurransevridende. I første rekke vil dette være et *omdømmespørsmål*. Erfaringsmessig kan media og andre sette spørsmålstegn ved det offentliges valg av samarbeidspartner og løsning i slike tilfeller, uten at det rettslig sett er noe til hinder for det offentliges fremgangsmåte. Dette er spørsmål som ikke er av rent rettslig karakter, og som det derfor er noe utfordrende å svare på.

Så lenge staten, i kontrakts form, stiller krav til KS om at alle smittesporingsløsninger skal ha lik tilgang til KS FIKS både i tid, kostnad og kvalitet kan vi vanskelig se at det skal kunne rettes noe kritikk mot den valgte fremgangsmåte. Dersom alternativ 1 velges kan vi heller ikke se at det skal kunne rettes noe kritikk."

6 Kontaktregister over kommuneleger

Covid-19 epidemien har vist viktigheten av å få på plass en digital tilgjengelig nasjonal oversikt over alle landets kommuneleger/smittevernleger og andre som jobber med smittesporing/smittevern i kommunene. Behovet har vært løftet også før pandemien, men dagens situasjon krever effektiv kommunikasjon til kommuneleger og mellom kommuneleger, for rask iverksettelse av tiltak i et omfang vi ikke tidligere har sett. I tillegg til rask varsling av positive prøvesvar til kommuneleger, vil flere utfordringer som pekes på av mange aktører kunne løses dersom det etableres en slik oversikt.

Det finnes i dag hverken en nasjonal oversikt over alle kommuneleger, eller en nasjonalt tilgjengelig oversikt over kontaklinformasjon over alle landets kommuneleger og andre som jobber med smittesporing/smittevern i kommunen.

Det er behov for å etablere nasjonal standard for epost-adresser for alle landets kommuneleger, å etablere en nasjonal oversikt over alle som arbeider med smittevern/smittesporing i alle landets kommuner, samt å etablere mulighet for sikker elektronisk ebXML kommunikasjon til alle landets kommuneleger.

6.1 Sikker elektronisk ebXML kommunikasjon til alle landets kommuneleger

Forutsetningen i denne konteksten er at kommunelegen må være knyttet til en EPJ. For kommuneleger som ikke er det må det vurderes at de får det. Alternativt må det etableres en ny nasjonal plattform for kommunelegene som kan benyttes til både dialog/kommunikasjon og deling av personsensitiv informasjon fra nasjonale registre for at kommunelegen skal kunne følge den epidemiologiske situasjonen i sin kommune.

For å støtte elektronisk ebXML kommunikasjon må kommunelegene representeres i Adresseregister. Her kunne alle kommuner opprette Tjenestetypen «Kommuneoverlege» i Adresseregisteret og at det blir besluttet at denne tjenestetypen blir brukt for denne kommunikasjonsformen (dvs. formidling av ebXML-baserte meldinger, f.eks. Helsefaglig Dialog standarden^[1]).

^[1] <https://ehelse.no/standarder/helsefaglig-dialog>

Siden dette ikke er standardisert, er det mange utfordringer knyttet til etablering av en felles kommunikasjonsform.

Utvalgte kommuner har opprettet denne tjenestetypen, men det er usikkert om man har en oversikt over hvordan denne tjenestetype brukes p.t. i smittevernsarbeid. Imidlertid finner man også i Adresseregister kommuneleger som er opprettet som virksomheter, med enkelte leger tilknyttet kommunikasjonsparter under «kommunelegevirksomheten». Siden *representasjon* av kommuneoverlege funksjonen/ tjenesten ikke er standardisert i Adresseregister, er det mange utfordringer knyttet til etablering av en felles, meldingsbasert kommunikasjonsform mot denne rollen.

6.2 Nasjonal standard e-postadressering til kommuneleger for ikke-sensitiv kommunikasjon

Det er mulig å lage løsninger som kan tilgjengeliggjøre portaler eller APIer der informasjonsinnhold er spesifikk til en kommune og skal kun tilgjengeliggjøres for kommuneleger. En viktig forutsetning for slike løsninger er at det er mulig å identifisere hvem som har rollen som kommunelege, det vil si at det er mulig å knytte sammen en kommuneleges fødselsnummer eller HPR-nummer med rollen i en gitt kommune. Det er mulig at Altinn skulle kunne støtte slik funksjonalitet i sin nåværende form.

6.3 Oversikt over smittesporingsteam/smittevern i alle landets kommuner

Nasjonal og til enhver tid oppdatert kontaktoversikt over alle smittesporingsteam/smittevern i alle landets kommuner. Kontaktinformasjonen må inneholde epostadresser, telefonnummer og ev navn. Dette må være tilgjengelig for alle som jobber med smittesporing i kommunene, slik at de raskt kan etablere kontakt med andre kommuner.