

Årlig driftsrapport

Meldingssystem for smittsomme sykdommer

Årgang 2016/2017. Driftsår 2017.

Ansvarlig forfatter/rolle:	Solveig Myking, seniorrådgiver Astrid Løvlie, seniorrådgiver/koordinator MSIS
Avdeling/område:	Avdeling for smittevernregistre, Område 2, Smittevern, miljø og helse
Sendt til registerdirektør:	11.04.2018
Godkjent av registerdirektør/dato	Marta Ebbing/06.05.2018
Sendt HOD/Datatilsynet dato:	07.05.2018
Publisert på fhi.no	07.05.2018

Innhold

Innhold	2
1 Formålet med rapporten	4
2 Organisering, ansvar og myndighet	5
2.1 Organisasjonskart	5
2.2 Ansvars- og myndighetsforhold	5
2.3 Juridiske rammer	6
2.4 Nærmere om informasjonssikkerhet og personvern	6
3 Definisjoner og forkortelser	8
4 Datamottak og bearbeiding	9
4.1 Meldinger, hendelser og individer	9
4.2 Datakvalitet (kompletthet, korrekthet, aktualitet)	11
4.2.1 Kompletthet i forhold til totalt antall hendelser	11
4.2.2 Fullstendighet i opplysninger	12
4.2.3 Dekningsgrad i forhold til institusjons- eller enhetsnivå	13
4.2.4 Korrekthet	14
4.2.5 Aktualitet	15
5 Datatilgang	16
5.1 Automatiserte tjenester	16
5.2 Utleveringer med og uten sammenstilling med andre registre	16
5.3 Innsynsforespørsler	17
6 Bruk av data	18
6.1 Bidrag til overordnet helsestatistikk	18
6.2 Bidrag til helseanalyser og kvalitetsforbedring av tjenestene	19
6.3 Vitenskapelige publikasjoner	20
7 Ressursbruk	23
7.1 Årsverk	23
7.2 Økonomi	23

1 Formålet med rapporten

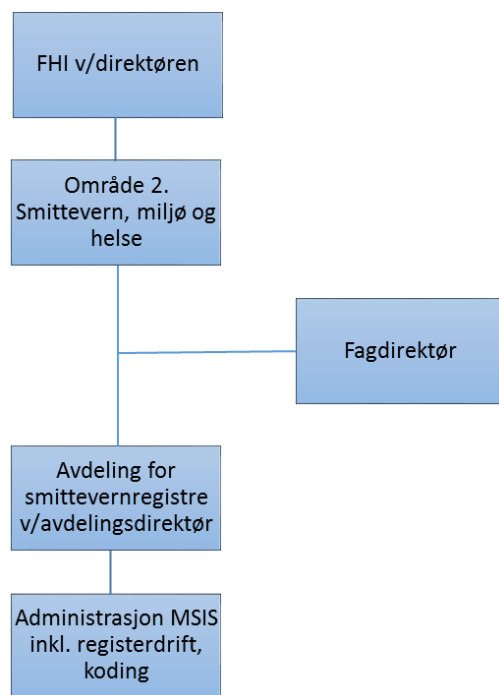
Driftsrapporten er en standardisert rapport som gir grunnlag for en samlet oversikt over driften av helseregistrene FHI er databehandlingsansvarlig og databehandler for. Driftsrapporten brukes også blant annet til å oppfylle enkelte av helseregistrenes forskriftsfestede meldeplikt til Datatilsynet.

Fremgangsmåten for utarbeiding av driftsrapporten er beskrevet i kvalitetsdokumentet [RF-RD-AR-009 Driftsrapport og publikasjonslister for helseregistre](#).

2 Organisering, ansvar og myndighet

2.1 Organisasjonskart

Figur 1. Organisasjonskart FHI, med organisasjonslinjen for MSIS



2.2 Ansvars- og myndighetsforhold

Nasjonalt folkehelseinstitutt har etter smittevernloven ansvar for å overvåke den nasjonale og delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen (1). Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) er en viktig bærebjelke i denne overvåkingen. FHI er utpekt i MSIS-forskriften § 1-5 (2003) som databehandlingsansvarlig for innsamling og behandling av helseopplysninger i MSIS (2).

Databehandlingsansvaret er internt i FHI delegert fra divisjonsdirektør for Område 2 – smittevern, miljø og helse til avdelingsdirektør ved avdeling for smittevernregistre (SMHR).

Fagdirektør for smittevernråd- og overvåking i Område 2 er overordnet ansvarlig for infeksjonsovervåking i FHI, og er nasjonalt kontaktpunkt for infeksjonsovervåking til ECDC. Avdelingsdirektør i avdeling for smittevernregistre er vara-representant for fagdirektør.

2.3 Juridiske rammer

Lov/forskrift/rundskriv/veiledning	Lenke
Forvaltningsloven	http://lovdata.no/lov/1967-02-10
Helseforskningsloven	http://lovdata.no/lov/2008-06-20-44
Helseregisterloven	http://lovdata.no/lov/2014-06-20-43
MSIS-forskriften	https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-20-740
Norm for informasjonssikkerhet (som bruker av Norsk Helsenett)	https://ehelse.no/personvern-og-informasjonsikkerhet/norm-for-informasjonsikkerhet
Offentleglova	https://lovdata.no/lov/2006-05-19-16
Personopplysningsforskriften	http://lovdata.no/forskrift/2000-12-15-1265
Personopplysningsloven	http://lovdata.no/lov/2000-04-14-31
Smittevernloven	https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55
Strategi/handlingsplan for FHI	http://opus.fhi.no/omfhi/Strategi/Sider/Strategi-2016-2018.aspx
Tildelingsbrev fra HOD	

2.4 Nærmere om informasjonssikkerhet og personvern

Informasjonssikkerhet handler om sikring av opplysninger ved å bruke prinsippene om konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet. De viktigste informasjonssikkerhetstiltakene som gjelder registrene er kort gjengitt i tabellen under.

Prinsipper	Informasjonssikkerhetstiltak for å ivareta personvernet (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven)
Konfidensialitet	<p>Alle personidentifiserbare data i MSIS er lagret kryptert i sikker sone på FHI. Alle som jobber med MSIS har underskrevet taushetserklæring, i henhold til helseregisterloven § 17 og MSIS-forskriften § 5-1.</p> <p>Alle signerte tilgangsskjemaer lagres i saksbehandlersystemet til IT-avdelingen. Data, inkludert direkte personidentifiserende data lagres kryptert (sql-server), og alle oppslag/endringer logges.</p>
Integritet	<p>Tilnærmet alle meldinger i gruppe A og B som legges inn i MSIS er kvalitetssikret ved at diagnosen er laboratoriebekreftet. Kodere har medisinsk faglig bakgrunn og sykdomsansvarlig for den aktuelle sykdom konfereres ved usikkerhet. I tillegg gir utfyllende epidemiologiske opplysninger fra klinikermeldinger bedre kvalitet. Gruppe C-sykdommene Gen.klamydia og C.diff er kun laboratoriebekreftet, og kvaliteten anses som god.</p> <p>MSIS har adgang til å purre på meldinger fra kliniker, i henhold til MSIS-forskriften § 2-6. I henhold til samme bestemmelse kan MSIS kjøre koblinger for kvalitetssikring med opplistede lovbestemte helseregistre.</p> <p>For de nominativt meldingspliktige sykdommene valideres/kontrolleres personnummeret med direkte oppslag i Folkeregisteret, i henhold til helseregisterloven § 14.</p> <p>Dataene i gruppe A og B i MSIS fryses ikke.</p> <p>Tilgangsstyring kontrolleres ved at avdelingen har gjennomgang av tilganger til personidentifiserbare data i MSIS to ganger i året.</p> <p>Pålogging krever både passord og engangskode som generes hver gang og sendes som SMS til mobiltelefon. MSIS har tilgangsgrupper på ulike nivåer, og for at en bruker skal få tilgang kreves signatur fra avdelingsdirektør. Tilgangen kan være tidsbegrenset. Tilgang begrenses til kodere, personer som jobber aktivt med beredskap og utbrudd, og sykdomsansvarlige.</p>
Tilgjengelighet	<p>Statistikk fra MSIS oppdateres daglig på www.msis.no, som er tilgjengelig for alle. Forskere kan søke data til forskning direkte til MSIS, enten som separat forskningsfil eller som del av koblingsprosjekt med andre registre. Utlevering skjer i henhold til MSIS-forskriften §§ 4-2 til 4-5. Uautorisert innsyn er ikke mulig. Forsøk på uautorisert innsyn logges i active directory (AD).</p>

Mer om personvern	Tiltak (jf. helseregisterloven og forskrifter)
Informasjon til allmennheten og de registrerte	Leger som sender inn MSIS-melding har plikt til å informere pasienten om dette jf. MSIS-forskriften § 6-1. Informasjon om innsynsrett for den registrerte finnes på FHI sine nettsider og på helsenorge.no.
Vilkår for behandlingen	Personopplysninger i MSIS behandles i henhold til alminnelige vilkår for å behandle helseopplysninger slik det fremgår av helseregisterloven § 6. MSIS-forskriften § 1-3 lister opp registerets formål og §§ 1-7 og 1-8 beskriver nærmere informasjon som kan samles for MSIS-sykdommene. MSIS-forskriften § 1-4 oppstiller forbud mot bruk av opplysninger i registeret.
Oppfylle rett til innsyn i egne/pårørendes opplysninger	Innsynsforespørsler håndteres etter RF-RD-AR-007 Begjæring om innsyn i helseopplysninger i lovbestemte helseregistre ved FHI. Kvalitetsdokumentet beskriver hvordan innsynsforespørsler skal håndteres i FHI. Kvalitetsdokument MSIS-AR-022 beskriver spesifikt om innsynsbegjæringer i henhold til MSIS-forskriften §§ 6-2 og 6-4 og helseregisterloven § 24.
Gi Datatilsynet tilstrekkelig og relevant informasjon om databehandlingen	Driftsrapportene for helseregistre ved FHI sendes årlig til Datatilsynet.
Internkontroll	MSIS-forskriften §§ 5-3 og 5-4 beskriver plikten til internkontroll og internkontrollens innhold. Kvalitetsdokumentet MSIS-AR-019 beskriver internkontroll.

3 Definisjoner og forkortelser

Term	Definisjon
Aktualitet	Hvor oppdatert data i registeret er, dvs. hvor kort tid det tar fra en hendelse har forekommet til opplysninger om hendelsen er meldt, registrert og data kvalitetssikret og gjort klart for publisering i registeret.
Batch	Batch = En dataleveranse som inneholder flere hendelser (samlemelding)
Datakvalitet	Tilstand for data/opplysninger. God datakvalitet betyr at opplysningene er korrekte, oppdaterte og samstemte. Kompletthet, validitet og aktualitet kan bidra til å vurdere datakvaliteten.
Dekningsgrad på institusjons- eller enhetsnivå	Andelen aktuelle enheter (som behandlerpasienter i registerets målpopulasjon) som rapporterer opplysninger til registeret. I blant kalt kompletthet i forhold til institusjons- eller enhetsnivå
Direkte identifiserbare helseopplysninger	Helseopplysninger som er knyttet til navn, fødselsnummer eller andre personentydige kjennetegn.
Driftsår	Det aktuelle året driften har funnet sted (fra 1.1-31.12)
DSF	Det sentrale folkeregisteret
Enkeltmelding	Melding om en enkelt hendelse
Fullstendighet	I hvilken grad alle opplysninger er registrert for hvert individ/hendelse.
Hendelse	Eksempelvis én fødsel, ett sykdomstilfelle, ett dødsfall
Indirekte identifiserbare helseopplysninger	Helseopplysninger der navn, fødselsnummer og andre personentydige kjennetegn er fjernet, men hvor opplysningene likevel kan knyttes til en enkeltperson (jf. helseregisterloven § 2)
Innmelder	Den som melder opplysning(en) til helseregisteret. Kan f.eks. være helsepersonell, legekontor, apotek eller helseforetak.
Innmelding	En forsendelse av en enkelt melding eller batch.
Innsyn	Behandlet søknad om innsyn i egne/pårørendes helseopplysninger, evt. i logg om hvem som har hatt tilgang til direkte identifiserende helseopplysninger
Kobling	Kobling av data fra to eller flere registre basert på bruk av entydig personidentifikasjon (navn, fødselsnummer, evt. pseudonym (via tiltrodd pseudonymforvalter)). Se også 'sammenstilling'.
Kompletthet	I hvilken grad alle nye tilfeller av en sykdom/hendelse er inkludert i registeret Iblant kalt dekningsgrad på individnivå.
Korrekthet/validitet	I hvilken grad data er gyldige og gir et riktig bilde av virkeligheten. Var det virkelig en setefødsel? Var det virkelig et akutt hjerteinfarkt?
Melding	Antall elektroniske meldinger og papirmeldinger. Elektronisk innmelding inkluderer både hel- og halvautomatisk prosess. Web grensesnitt og kryptert e-post er eksempel på halvautomatisert prosess.
Purring	Etterspørring av manglende melding(er) eller manglende/ufullstendige opplysninger i melding(er).
Sammenstilling	Sammenstilling av data fra to eller flere registre basert på bruk av entydig personidentifikasjon (navn, fødselsnummer, evt. pseudonym (via tiltrodd pseudonymforvalter)). Se også 'kobling'.
Statistikk kalender	Oversikt over planlagt publisering av statistikk fra helseregistre og andre datakilder ved FHI. Oppdateres jevnlig og er tilgjengelig på http://www.fhi.no/helsestatistikk/statistikkalender
Utlevering	Behandlet søknad mottatt via datatilgang@fhi.no , dvs. søknader om statistikk eller individdata fra ett eller flere registre, og utlevert dataene.
Validering	Sammenlikning av data i et helseregister med andre datakilder om de samme individene/hendelsene, for kvalitetssikringsformål.
Årgang	Det kalenderåret hendelsen har funnet sted.
Årsrapport	Rapport (elektronisk/papir) med samlet årsstatistikk for registeret basert på avsluttet årgang. Synonym: Årsstatistikk, årlig statistikk, årstabell mv.

4 Datamottak og bearbeiding

Leger og laboratorier er etter MSIS-forskriften forpliktet til å melde mistenkte og bekreftede tilfeller av visse infeksjonssykdommer til MSIS. Meldingspliktige sykdommer er inndelt i ulike sykdomsgrupper; A, B og C. Hva slags informasjon MSIS kan innhente avhenger av hvilken gruppe sykdommen tilhører.

I gruppe A er det for tiden 62 meldingspliktige sykdommer eller tilstander som inneholder direkte identifiserbare opplysninger. Innrapportering foregår i hovedsak på papirskjema (fra lege og laboratorier) og på elektroniske skjema (fra enkelte laboratorier). Som regel mottas melding fra laboratoriet før melding fra lege.

Til forskjell fra de andre sykdommene i gruppe A, overvåkes også behandlingsresultatet for tuberkulose. Innrapportering foregår på eget papirskjema. Forebyggende behandling for latent tuberkulose er meldepliktig til MSIS, og meldes på samme skjema som tuberkulose.

I gruppe B meldes de tre seksuelt overførbare sykdommene hiv, syfilis og gonore aidentifisert, det vil si kun med fødselsmåned, -år, kjønn og bostedskommune. Innrapportering foregår via papirskjema (fra lege og laboratorier).

I gruppe C er genital klamydia (Gen.klamydia), clostridium difficile (C.diff) og influensalignende sykdom meldingspliktig, men kun fødselsår, kjønn og bostedskommune kan registreres.

- Gen.klamydia meldes fra laboratorier en gang i året. Tilfellene rapporteres på tilfellenivå, samlet i en fil.
- C.diff meldes fra laboratorier hver 4. uke. Tilfellene rapporteres på tilfellenivå, samlet i en fil.
- Influensalignende sykdom overvåkes fra sesongen 2014/2015 gjennom Sykdomspulsen. Sykdomspulsen får daglig oppdaterte data fra KUHR-databasen, og inneholder refusjonskrav på ICPC-diagnosen R80.0. *Drift av denne overvåkingen inngår ikke i MSIS-registerdrift og er derfor ikke inkludert i denne rapporten.*

En hendelse (et sykdomstilfelle) i gruppe A og B er meldingspliktig idet prøvesvaret foreligger. Det går varierende tid mellom prøvedato og registreringsdato i MSIS, noe som reflekterer både det store antall sykdommer som meldes, sykdommenes natur, diagnostisering og ulike melderutiner. Meldingene registreres manuelt ved FHI og det kan oppstå forsinkelser ved helg, ferieavvikling og sykdom.

Kopi av laboratoriesvar sendes til MSIS samtidig som til rekvirerende lege. Det er lite forsinkelse i denne delen av meldingsgangen. Fra kliniker er det ofte betydelig forsinkelse, blant annet fordi mange venter med å fylle ut klinikermelding til pasienten har vært på neste konsultasjon. Det drives også aktiv purring på utestående klinikermeldinger for å bedre meldedekningen til MSIS.

4.1 Meldinger, hendelser og individer

Tallene for Gen.klamydia publiseres normalt ikke før i mai påfølgende år. Det vil derfor for Gen.klamydia være tall for 2016 som rapporteres i driftsrapport for 2017.

Tabellen under viser kun tall for 2017. Å legge sammen tall for hele MSIS samlet vil være u hensiktsmessig, da systemene som brukes for de ulike gruppene er så ulike og metoden for å samle data også er ulik.

Årgang *2017	Innmelder, antall	Elektroniske meldinger, antall (evt. som batch) a)	Papir meldinger, antall	Meldinger totalt, antall b)	Papir meldinger, andel %	Hendelser, antall	Individer, antall
Gruppe A	Kliniker	0	11 242	11 242	100 %		
	Laboratorier	8 737*	7 394*	15 383	~48 %		
	Referanse-Laboratorier	3 959	74	3 978	~2 %		
Totalt gruppe A		12 696	18 710	30 603	IA	16 224	15 504
Tub.	Kliniker	0	230	230	100 %		
	Laboratorier	~106	98	204	~48 %		
	Referanse-Laboratorier	NA	182	182	100 %		
Totalt tub.		~106	510	618		250	250
Tub-beh.	Behandlings-resultat		163	163	100 %	163	163
Tub-beh.	Forebygg. behandling	0	560	560	100 %	560	560
Totalt tub-beh.		0	723	723	100 %	723	723
Gruppe B	Kliniker	0	1 832	1 832	100 %		
	Laboratorier	0	1 832	1 832	100 %		
Totalt gruppe B		0	3 664	3 664	100 %	1 832	IA
Gruppe C Gen. Klamydia *2016	Laboratorier	17		25 967	0 %	25 967	IA
Gruppe C C.diff.	Laboratorier	228	0	2 994	0 %	2 994	IA
Totalt gruppe C		IA	IA	IA	0	IA	IA

*Flere laboratorier sender meldinger både elektronisk og på papir i overgangsperioden fra kun papirmeldinger til kun elektroniske meldinger.

Kommentarer:

- Elektroniske meldinger for gruppe A-sykdommer og tuberkulose legges ikke automatisk inn i databasen, men kodes inn manuelt. Gen.klamydia og C.diff lastes inn som filer til databasen. For gruppe C vil antall meldinger være lik antall ganger laboratoriene har overført data til MSIS.
- Med totale antall meldinger menes det summerte antall meldinger fra kliniker, referanselaboratorium og laboratorium. For behandlingsresultat blir tuberkulose summen lik melding fra kliniker, da dette kun meldes fra kliniker.
- Antall hendelser er antall meldte sykdomstilfeller. For gruppe A-sykdommer og tuberkulose kan ett tilfelle bestå av inntil tre meldinger; fra lege, primærlaboratorium og referanselaboratorium. For behandlingsresultat blir tuberkulose summen lik melding fra kliniker, da dette kun meldes fra kliniker.
- For gruppe A-sykdommer kan antall individer være færre enn antall hendelser, idet samme individ kan få flere meldingspliktige sykdommer i løpet av et år. For tuberkulose skal antall individer tilsvare antall hendelser. Gruppe B og C-meldinger er

avidentifiserte og det er ikke mulig å vite om et individ er registrert med flere sykdomsepisoder.

4.2 Datakvalitet (kompletthet, korrekthet, aktualitet)

4.2.1 Kompletthet i forhold til totalt antall hendelser

Det er hovedsakelig laboratoriebekreftede tilfeller som skal meldes til MSIS. Vi regner med at komplettheten av laboratoriediagnostisert sykdom er nær 100 %.

Tabellen under viser kun tall for 2017. Å legge sammen tall for hele MSIS samlet vil være u hensiktsmessig, da systemene som brukes for de ulike gruppene er så ulike og metoden for å samle data også er ulike.

Årgang 2017*	Rapporterende instanser	Estimerte reelle hendelser, antall a)	Før Purring		Purring, antall b)	Etter purring		Usikkerhet c)
			Registrerte hendelser, antall	Kompletthet hendelser, %		Registrerte hendelser, antall	Kompletthet i forhold til antall hendelser, %	
Gr. A	Kliniker	Ingen estimat	16 224	IA	0	16 224	IA	Medium
	Lab.							
Tub.	Kliniker	250	250	IA	0	250	~100 %	Lav
	Lab.							
Tub. beh. res.	Kliniker	250	89		161	250	~100 %	Lav
Gr. B	Kliniker	Ingen estimat	1 832	IA	0	1 832	IA	Medium
	Lab.							
Gr. C	Lab. Gen. Klamydia 2016	Ingen estimat	25 967	IA	0	IA	IA	Lav
	Lab. C.diff							
*For Gen.klamydia rapporteres det for 2016								

Kommentarer:

- En stor andel sykdomsforløp vil være milde der pasienten ikke oppsøker helsehjelp eller blir tatt prøver av. Vi har ikke data som kan danne grunnlag for å estimere antall reelle hendelser for alle meldingspliktige sykdommene i MSIS.
- Det purres ikke på manglende hendelser i gruppe A, inkludert tuberkulose, kun manglende klinikermelding. For *behandlingsresultat* på tuberkulose sendes purring ut ca. ett og et halvt år etter avsluttet årgang (relatert til lang behandlingstid for tuberkulose), det vil for 2017 si at purringer sendes ut våren 2019. For Gen.klamydia purres laboratoriene ved uteblitt årlig innrapportering. Det purres foreløpig ikke på manglende innmelding fra laboratoriene på C.diff. Vi vet at de fleste laboratoriene har automatiske systemer for innsending av melding (enten elektronisk melding eller utskrift av papirmelding), og regner dermed med at komplettheten er høy. Det er imidlertid usikkert om alle laboratoriene har slike system, og i tillegg sender de fleste laboratorier meldinger per papir, slik at det er en mulighet for at meldinger kan bli borte i posten.

4.2.2 Fullstendighet i opplysninger

Alle gruppe A-sykdommer meldes på samme skjema, men hva som er viktig informasjon varierer ved de ulike sykdommene. Det er derfor ulike purrerutiner, og dersom aktuelle opplysninger fremkommer av laboratiemeldingen, purres det ikke (eksempelvis smittevei ved hepatitt C). Det er en betydelig andel som ikke blir komplettert av klinikermelding. Unntaket er for tuberkulose, der hver melding følges opp til komplette data er innhentet.

I gruppe B følges hver hendelse opp for å oppnå så fullstendige opplysninger som mulig. Det er ikke mulig å registrere gruppe B-sykdommer kun basert på laboratiemeldingen. Oppfølgingen av manglende meldinger fra kliniker foregår ved at kliniker kontaktes per telefon og manglende opplysninger etterspørres.

For både gruppe A-sykdommene inkludert tuberkulose og gruppe B-sykdommene er purringen for 2017 ikke ferdigstilt. De siste purringene for gruppe A-sykdommene for desember 2017 ble sendt ut i starten av februar 2018 og disse er ikke å forvente sendt inn før etter 6-8 uker. Tuberkulose for 2017 purres frem til august 2018. Purringen for gruppe B-sykdommene for 2017 pågår i disse dager og ferdigstilles før publisering av årsoppgjøret i mars 2018.

I gruppe C vil komplettheten på opplysninger være 100 %, relatert til det elektroniske meldingssystemet. Det etterspørres ikke opplysninger som ikke fremkommer i disse meldingene.

Tabellen under viser kun tall for 2017. Å legge sammen tall for hele MSIS samlet vil være lite hensiktsmessig, da systemene som brukes for de ulike gruppene er så ulike og metoden for å samle data også er ulik.

Årgang 2017*	Registrerte hendelser totalt, antall	Før purring		Purring, antall b)	Etter purring	
		Registrerte hendelser med fullstendige opplysninger fra kliniker, antall a)	Kompletthet fullstendighet i opplysninger, andel, %		Registrerte hendelser med fullstendige opplysninger, antall	Kompletthet fullstendighet i opplysninger, andel, % c)
Gruppe A	16 224	IA	IA	5 781	IA	IA
Tuberkulose	250	IA	IA	~100-130		IA
Tuberkulose beh.res.	250	89		IA	IA	IA
Gruppe B	1 832		~60 %			100 %
Gruppe C Gen. Klamydia *2016	25 967	25 967	~100 %	IA	Ikke relevant	Ikke relevant
Gruppe C C.diff	2 994	2 994	~100 %	IA	Ikke relevant	Ikke relevant

*For Gen.klamydia rapporteres det for 2016

Kommentarer:

- a) Ikke relevant å oppgi et samlet tall på dette for gruppe A-sykdommer eller tuberkulose, se tabell nedenfor.
- b) Gruppe A (inkl. tuberkulose) purres via brev og telefon, avhengig av sykdommens alvorlighet og behov for ytterligere opplysninger. For behandlingsresultat på tuberkulose sendes purring ut ca. ett og et halvt år etter avsluttet årgang relatert til lang behandlingstid for sykdommen. Gruppe B purres fortrinnsvis via telefon.
- c) For gruppe A-sykdommene og tuberkulose presenteres et utvalg av aktuelle variabler på noen sykdommer for å vise kompletthet i egen tabell under. For gruppe C purres det ikke på manglende opplysninger. Tilfellene med Gen.klamydia og C.diff meldes inn aidentifiserte og det er ikke mulig å finne tilbake til enkeltindividene for å purre.

Tabellen under illustrerer hvor ulike variablene som skal fylles ut er, og gir et bilde av variabelkomplettheten for noen viktige variabler for ulike sykdommer/sykdomsgrupper i MSIS.

Meldingspliktig sykdom	Variabel	Kompletthet
Vaksineforebyggbare sykdommer*	Vaksinestatus	65 %
Salmonella	Smittested	88 %
Hepatitt C	Smittevei	77 %
Tuberkulose	Fødselsnummer	81 %
Gruppe A-sykdommer	Fødselsnummer	96 %

*Inkluderer kun sykdommene i Barnevaksinasjonsprogrammet

4.2.3 Dekningsgrad i forhold til institusjons- eller enhetsnivå

Dekningsgraden i forhold til institusjons- eller enhetsnivå i MSIS kan vanskelig måles.

Leger som oppdager eller mistenker en smittsom sykdom i gruppe A eller B er i henhold til MSIS-forskriften § 2-2 pliktet til skriftlig å melde inn tilfellet til MSIS. Laboratorier som får laboratorieresultat som indikerer smittsom sykdom i gruppe A og B har i henhold til § 2-3 meldingsplikt til MSIS. Meldingsplikten gjelder uavhengig av om legen jobber i primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten eller i privat virksomhet. Det er derfor ikke mulig å oppgi dekningsgraden i innmelding i gruppe A og B. Men alle laboratorier i landet meldte til MSIS i 2017.

For gruppe C vil dekningsgraden avhenge av hvor mange av landets laboratorier som melder inn til MSIS. For Gen.klamydia meldte 17 laboratorier data for 2016. For C.diff meldte 19 av totalt 21 laboratorier til MSIS. Det arbeides med å få det siste laboratoriet med. C.diff ble meldingspliktig i 2012, og relatert til det elektroniske meldingssystemet som er satt opp, trengs det tid for at alle kan rapportere elektronisk til MSIS. Derfor rapporteres ikke dekningsgraden for C.diff.

4.2.4 Korrekthet

For å sikre at dataene gjenspeiler virkeligheten, kan følgende tiltak inkluderes «for kvalitetssikringsformål»:

Årgang 2017	Kobling mot DSF a)	Koblinger mot andre registre, antall b)	Validering mot pasient journaler, antall c)	Manuelle kontroll rutiner, ja/nei d)	Teknisk overvåking, ja/nei e)	Annet, ja/nei f)	Total vurdering av korrekthet g)
Gruppe A	Ja	Nei	Nei	Ja	Delvis	Nei	Høy
Tuberkulose	Ja	Ja	Nei	Ja	Delvis	Nei	Høy
Gruppe B	Nei	IA	Nei	Ja	Nei	Nei	Høy
Gruppe C	Nei	IA	Nei	Ja	Delvis	Nei	Høy

Kommentarer:

- a) Ved registrering av gruppe A-sykdommer gjøres det oppslag i DSF for å hente noen demografiske variabler. Meldingene i gruppe B og C kan ikke kobles da de er aidentifiserte.
- b) Ingen opplysninger kobles til andre registre. Unntak er tuberkulose som sammenstilles mot sykehusapotekenes lister over foreskrevne tuberkulosemedikamenter.
- c) Ingen validering mot pasientjournaler.
- d) Kvalitetsdokumentene MSIS-AR-009, 010, 011 og 013 beskriver hvordan kvalitetssikring av opplysninger i MSIS skal gjennomføres.
- e) Automatisk validering for enkelte variabler (fødselsnummer, fødselsnummerformat, datoformat).
- f) Ingen andre tiltak.
- g) Tilnærmet alle diagnosene i MSIS er laboratoriebekreftet. En stor andel av diagnosene kompletteres med epidemiologisk og klinisk informasjon fra behandlende lege, noe som gir bedre kvalitet i registeret.

4.2.5 Aktualitet

Årgang 2017	Tid fra verifisert hendelse til mottatt data, dager/ uker/ mnd. a)	Tid fra mottatt data til bruk for helseovervåkning og beredskap, dager/ uker/ mnd. b)	Dato for avsluttet årgang c)	Dato for publisering av årsrapport d)	Tid fra avsluttet årgang til publisering av årsrapport, dager /uker/ mnd.	Avvik fra statistikk kalenderen, dager /uker /mnd. E)
Gruppe A (Tuberkulose)	Gjennomsnitt 12 dager (Tuberkulose gjennomsnitt 20 dager)	Umiddelbart tilgjengelig	31.12.2017		Ulikt	IA
Gruppe B	Gjennomsnitt 48 dager	Umiddelbart tilgjengelig	31.12.2017		3 mnd.	0
Gruppe C	Gen.klamydia 1-12 mnd. C. diff 1 mnd.	Umiddelbart tilgjengelig	31.12.2017	Gen.klamydia mai 2018	Gen.klamydia 5-6 mnd. C.diff 10-11 mnd.	IA

Kommentarer:

- For gruppe A sykdommer er det kun medregnet sykdommer med 10 eller flere tilfeller meldt. For gruppe B er gjennomsnittet høyt fra hendelsen er verifisert til registrert. Dette henger sammen med at ingen melding kan registreres uten at lege har sendt inn klinikermelding. Det kreves mye manuell oppfølging for å få inn disse meldingene.
- Data i MSIS er tilgjengelig på www.msis.no innen 24 timer, selv om ikke alle opplysninger er mottatt.
- For gruppe A og B avsluttes og fryses ikke årganger. Registeret er dynamisk og hendelser kan oppdateres bakover i tid ved behov. For gruppe C vil årgangen være klar når data er lastet inn og er ferdig kvalitetssikret. Normalt for Gen.klamydia er mai året etter og for C.diff er medio mars året etter.
- Årsrapport kommer ulikt for ulike sykdommer eller sykdomsgrupper. Noen sykdommer krever omfattende purring og kvalitetssikring før årsrapporter kan publiseres. Disse publiseres sent på året for å få mest mulig komplette data.
- Ingen avvik i statistikkalender. Gen.klamydia og C.diff er ikke i statistikkalenderen.

5 Datatilgang

Det rapporteres for driftsårene 2014 til 2017.

5.1 Automatiserte tjenester

MSIS har en egen statistikkbank, www.msis.no, som er tilgjengelig for publikum. I 2011 gjennomførte FHI en brukerundersøkelse som viste at statistikkbanken til MSIS ofte ble brukt for å få oversikt over epidemiologisk situasjon, til lokale rapporter og i kontakt med publikum og media.

År	Oppslag for den registrerte på egne register opplysninger	Oppslag for helsepersonell på pasientopplysninger	Oppslag for helsepersonell på statistikk for sin helseinstitusjon	Oppslag i statistikkbank på web
2014	Nei	Nei	Nei	Ja
2015	Nei	Nei	Nei	Ja
2016	Nei	Nei	Nei	Ja
2017	Nei	Nei	Nei	Ja

Kommentarer:

Det foreligger ingen umiddelbare planer om å etablere mulighet for å gjøre oppslag i MSIS på pasientopplysninger eller helseinstitusjonsstatistikk, hverken for den registrerte selv eller helsepersonell. På www.msis.no er det mulig å lage egne tabeller med et lite utvalg av variabler fra MSIS.

5.2 Utleveringer med og uten sammenstilling med andre registre

MSIS har relativt få søknader om data, spesielt med koblinger til andre registre. Frister for utlevering overholdes.

År	Indirekte identifiserbare opplysninger		Direkte identifiserbare opplysninger		Statistikk		Alle
	Filer uten sammenstilling, antall	Filer med sammenstilling, antall	Filer uten sammenstilling, antall	Filer med sammenstilling, antall	Periodiske rapporter, antall	Statistikk, antall a)	
2014	7	2	0	1		26	100
2015	5	5	1	1		34	100
2016	7	2	1	3		42	100
2017	6	1	0	2		43	100

Kommentarer:

- a) Statistiske data fra MSIS utlevert til bruk i forelesninger og lignende av eksterne. Statistiske data som leveres ut er som regel data som ikke direkte kan hentes fra www.msis.no, men andre variabelkombinasjoner.

5.3 Innsynsforespørsler

MSIS har tidligere hatt få eller ingen innsynsforespørsler per år, men har fått et økt antall forespørsler i 2017. Innsynsforespørsler telles når den som spør har søkt og legitimert seg etter gjeldende regler og kvalitetsdokumenter, selv når det ikke er registrert noen opplysninger i registeret.

Innsynsforespørsler		
År	Opplysninger, antall a)	Logg, antall b)
2014	2	Ikke relevant*
2015	0	0
2016	1	1
2017	10	1

*Rett til innsyn i logg trådte i kraft med ny helseregisterlov fra og med 1.1.2015

Kommentarer:

- a) Innsynsforespørsler vedrørende innhold i registeret.
- b) Innsynsforespørsler vedrørende logg over hvem som har behandlet direkte personidentifiserbare data.

6 Bruk av data

Data fra MSIS brukes i hovedsak internt i FHI til infeksjonsovervåking, oppklaring av utbrudd og rådgiving, både nasjonalt og internasjonalt. Data fra MSIS brukes i økende grad til forskning, inkludert mastergrader. Bruken av www.msis.no telles ikke, men i 2017 ble det talt 65 medietreff om MSIS i A-tekstdelen av Retriever.

6.1 Bidrag til overordnet helsestatistikk

År	Nasjonale statistiske rapporter a)	Internasjonale statistiske rapporter b)
2014	34	28
2015	7	8
2016	9	8
2017	6	39

Kommentarer:

- a) Årsrapporter og andre rapporter publisert med data fra MSIS, publisert i 2017. I 2017 ble formatet for publisering av årsrapporter innen smittsomme sykdommer endret. Antallet er lavere enn tidligere år, da rapportene fra 2017 ble mer omfattende.

1. Barnevaksinasjonsprogrammet i Norge. Årsrapport 2016
2. Blod- og seksuelt overførbare sykdommer. Årsrapport. Delrapport 1 av smittsomme sykdommer i Norge 2016
3. Overvåking av infeksjonssykdommer som smitter fra mat, vann og dyr, inkludert vektorbårne sykdommer. Årsrapport. Delrapport 2 av smittsomme sykdommer i Norge 2016
4. Tuberkulose i Norge 2016 – med behandlingsresultater for 2015. Årsrapport. Delrapport 5 av smittsomme sykdommer i Norge.
5. Invasive infeksjoner. Årsrapport. Delrapport 6 av smittsomme sykdommer i Norge 2016
6. Helsetjenesteassosierte infeksjoner, antibiotikabruk (NOIS), antibiotikaresistens (MSIS) og Verdens Håndhygienedag. Årsrapport. Delrapport 7 av smittsomme sykdommer i Norge 2016.

- b) Minst 50 ganger årlig meldes tall om smittsomme sykdommer til bl.a. ECDC, WHO og International Circumpolar Surveillance, som publiseres sammen med tall fra andre land i ulike årsrapporter. Influensatall for de 20 første ukene i 2014 var basert på Vaktårnsystemet som ble avvirket samme år. Rapporter basert på disse tallene telles med i antall internasjonale statistiske rapporter for 2014. Rapporter basert på Sykdomspulsen telles ikke.

Rapporter fra ECDC publisert i 2017. I 2017 ble formatet for publisering endret i ECDC, og mange flere rapporter ble publisert. Rapportene ble kortere og dekket færre sykdommer/mindre sykdomsgrupper.

1. The European Union summary report on trends and sources of zoonoses, zoonotic agents and food-borne outbreaks in 2016
2. Hantavirus infection - Annual Epidemiological Report for 2015
3. Q fever - Annual Epidemiological Report for 2015
4. Diphtheria - Annual Epidemiological Report for 2015
5. Echinococcosis - Annual Epidemiological Report for 2015
6. Hepatitis B - Annual Epidemiological Report for 2015
7. Hepatitis C - Annual Epidemiological Report for 2015
8. HIV and AIDS - Annual Epidemiological Report for 2015

9. Pertussis - Annual Epidemiological Report 2015
10. Trichinellosis - Annual Epidemiological Report for 2015
11. West Nile fever - Annual Epidemiological Report for 2015
12. Tetanus - Annual Epidemiological Report for 2015
13. Invasive pneumococcal disease - Annual Epidemiological Report 2015
14. Invasive meningococcal disease - Annual Epidemiological Report for 2015
15. Haemophilus influenzae - Annual Epidemiological Report for 2015
16. Mumps - Annual Epidemiological Report for 2015
17. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 - 2016 data
18. Chlamydia - Annual Epidemiological Report for 2015
19. Gonorrhoea - Annual Epidemiological Report for 2015
20. Lymphogranuloma venereum - Annual Epidemiological Report for 2015
21. Syphilis - Annual Epidemiological Report for 2015
22. Congenital syphilis - Annual Epidemiological Report for 2015
23. Crimean–Congo haemorrhagic fever - Annual Epidemiological Report for 2015
24. Legionnaires' disease - Annual Epidemiological Report for 2015
25. Legionnaires' disease in Europe, 2015
26. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe, 2017
27. Tuberculosis - Annual Epidemiological Report for 2015
28. Yersiniosis - Annual Epidemiological Report 2016 [2014 data]
29. Molecular typing for surveillance of multidrug-resistant tuberculosis in the EU/EEA
30. Anthrax - Annual Epidemiological Report 2016 [2014 data]
31. Trichinellosis - Annual Epidemiological Report, 2016 [2014 data]
32. Shigellosis - Annual Epidemiological Report 2016 [2014 data]
33. Brucellosis - Annual Epidemiological Report, 2016 [2014 data]
34. Cryptosporidiosis - Annual Epidemiological Report 2016 [2014 data]
35. Giardiasis - Annual Epidemiological Report 2016 [2014 data]
36. Botulism - Annual Epidemiological Report, 2016 [2014 data]
37. Campylobacteriosis - Annual Epidemiological Report 2016 [2014 data]
38. Cholera - Annual Epidemiological Report, 2016 [2014 data]
39. Listeriosis - Annual Epidemiological Report 2016 [2014 data]

6.2 Bidrag til helseanalyser og kvalitetsforbedring av tjenestene

År	Folkehelse-profiler	Nasjonale kvalitetsindikatorer	Oppfølging av anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer	Kvalitetsforbedring av tjenestene
2014	Nei	Nei	Nei	Ikke relevant
2015	Nei	Nei	Nei	Ikke relevant
2016	Nei	Nei	Nei	Ikke relevant
2017	Nei	Nei	Nei	Ikke relevant

6.3 Vitenskapelige publikasjoner

Bibliotekstjenesten ved FHI bisto med litteratursøk. Det ble søkt etter vitenskapelige publikasjoner basert på data i registeret ved kombinasjon av følgende søkeord: MSIS or Tuberkuloseregisteret or "Meldingssystem for smittsomme sykdommer" or "Meldingssystem for smittsomme sykdommer og Tuberkuloseregisteret" or "Norwegian Surveillance System for Communicable Diseases" or "Norwegian Surveillance System for Communicable Diseases and National central Tuberculosis Registry" or "Norwegian Surveillance System for Communicable Diseases and Tuberculosis Registry" or "The Central Tuberculosis Registry" or "Central Tuberculosis Registry" or "National Tuberculosis Registry").

Det ble søkt i følgende databaser: Ovid MEDLINE In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE Daily and Ovid MEDLINE, Embase, Alt i norske vitenarkiv i én tjeneste (NORA), NORART og ProQuest-databaser.

År	Publikasjoner i PubMed, antall*
2014	4
2015	6
2016	9
2017	11

*Publikasjoner i vitenskapelige tidsskrifter. Biblioteket avgjør hvert år hvilke baser det er aktuelt å søke i, og informasjon om dette oversendes sammen med publikasjonslistene.

Nedenfor er noen av publikasjonene nærmere omtalt.

Publ.	År	Referanse med lenke	Kommentar
A	2017	Meijerink H, White RA, Lovlie A, Birgitte Freiesleben de B, Dalgard O, Amundsen EJ, et al. Modelling the burden of hepatitis C infection among people who inject drugs in Norway, 1973-2030. <i>BMC Infect Dis</i> 2017;17	Se nedenfor.
B	2017	PÄRn T, Dahl V, Lienemann T, Perevoscikovs J, De Jong B. Multi-country outbreak of Salmonella enteritidis infection linked to the international ice hockey tournament. <i>Epidemiology and Infection</i> 2017;145(11):2221-30.	Se nedenfor.
C	2017	Andreassen AES, Jacobsen CM, de Blasio B, White R, Kristiansen IS, Elstrom P. The impact of methicillin-resistant <i>S. aureus</i> on length of stay, readmissions and costs: a register based case-control study of patients hospitalized in Norway. <i>Antimicrob</i> 2017;6:74	Se nedenfor.

Publikasjon A

Meijerink H, White RA, Lovlie A, Birgitte Freiesleben de B, Dalgard O, Amundsen EJ, et al. Modelling the burden of hepatitis C infection among people who inject drugs in Norway, 1973-2030. BMC Infect Dis 2017;17

Background: Lack of Hepatitis C virus (HCV) incidence data in (Norwegian) high-risk groups impedes the ability to make informed decisions on prevention measures. Thus we rely on modelling to estimate the incidence and burden of HCV infections.

Methods: We constructed a compartmental model for HCV infections in Norway among active and former people who inject drugs (PWIDs). We based yearly transition rates on literature. The model was fitted to absolute numbers of hepatitis C associated cirrhosis, hepatocellular carcinoma (HCC) and death from national data sources (2000–2013). We estimated the number (95%CI) of HCV infections, cirrhosis, HCC and death and disability adjusted life years

(DALYs) due to HCV infections in Norway, 1973–2030. We assumed treatment rates in the projected period were similar to those in 2013.

Results: The estimated proportion of chronic HCV (including those with cirrhosis and HCC) among PWIDs was stable from 2000 (49%; 4441/9108) to 2013 (43%; 3667/8587). We estimated that the incidence of HCV among PWIDs was 381 new infections in 2015. The estimated number of people with cirrhosis, HCC, and liver transplant was predicted to increase until 2022 (1537 people). DALYs among active PWIDs estimated to peak in 2006 (3480 DALYs) and decrease to 1870 DALYs in 2030. Chronic HCV infection contributes most to the total burden of HCV infection, and peaks at 1917 DALYs (52%) in 2007. The burden of HCV related to PWID increased until 2006 with 81/100,000 DALYs inhabitants and decreased to 68/100,000 DALYs in 2015.

Conclusion: The burden of HCV associated with injecting drug use is considerable, with chronic HCV infection contributing most to the total burden. This model can be used to estimate the impact of different interventions on the HCV burden in Norway and to perform cost-benefit analyses of various public health measures.

Publikasjon B

PÄRn T, Dahl V, Lienemann T, Perevoscikovs J, De Jong B. Multi-country outbreak of Salmonella enteritidis infection linked to the international ice hockey tournament. Epidemiology and Infection 2017;145(11):2221-30.

In April 2015, Finnish public health authorities alerted European Union member states of a possible multi-country Salmonella enteritidis outbreak linked to an international youth ice-hockey tournament in Latvia. The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Finnish and Latvian authorities initiated an outbreak investigation to identify the source. The investigation included a description of the outbreak, retrospective cohort study, microbiological investigation and trace-back. We identified 154 suspected and 96 confirmed cases from seven countries. Consuming Bolognese sauce and salad at a specific event arena significantly increased the risk of illness. Isolates from Finnish, Swedish and Norwegian cases had an identical multiple-locus variable-number of tandem repeats analysis-profile (3-10-6-4-1). Breaches in hygiene and food storing practices in the specific arena's kitchen allowing for cross-contamination were identified. Riga Cup participants were recommended to follow good hand hygiene and consume only freshly cooked foods. This investigation demonstrated that the use of ECDC's Epidemic Intelligence Information System for Food- and Waterborne Diseases and Zoonoses platform was essential to progress the investigation by facilitating information exchange between countries. Cross-border data sharing to perform whole genome sequencing gave relevant information regarding the source of the outbreak.

Publikasjon C

Andreassen AES, Jacobsen CM, de Blasio B, White R, Kristiansen IS, Elstrom P. The impact of methicillin-resistant S. aureus on length of stay, readmissions and costs: a register based case-control study of patients hospitalized in Norway. Antimicrob 2017;6:74

BACKGROUND: Patients with methicillin-resistant S. aureus (MRSA) are thought to incur additional costs for hospitals due to longer stay and contact isolation. The aim of this study was to assess the costs associated with MRSA in Norwegian hospitals.

METHODS: Analyses were based on data from South-Eastern Norway for the year 2012 as registered in the Norwegian Surveillance System for Communicable Diseases and the Norwegian Patient Registry. We used a matched case-control method to compare MRSA diagnosed inpatients with non-MRSA inpatients in terms of length of stay, readmissions within 30 days from discharge, as well as the Diagnosis-Related Group (DRG) based costs.

RESULTS: Norwegian patients with MRSA stayed on average 8 days longer in hospital than controls, corresponding to a ratio of mean duration of 2.08 (CI 95%, 1.75-2.47) times longer. A total of 14% of MRSA positive inpatients were readmitted compared to 10% among controls. However, the risk of readmission was not significantly higher for patients with MRSA. DRG based hospital costs were 0.37 (95% CI, 0.19-0.54) times higher among cases than controls, with a mean cost of EUR13,233 (SD 26,899) and EUR7198 (SD 18,159) respectively.

CONCLUSION: The results of this study indicate that Norwegian patients with MRSA have longer hospital stays, and higher costs than those without MRSA.

7 Ressursbruk

7.1 Årsverk

For 2017 inkluderer årsverk personer i avdeling for smittevernregistre som jobber med MSIS.

For 2017 inkluderes også estimert årsverk for personer som har arbeidsoppgaver knyttet til registeret innenfor de ulike prosessene (inkludert IT-forvaltning) i andre avdelinger. FHI bruker data fra MSIS i statistikkproduksjon, til infeksjonsovervåking, utbruddsetterforskning, helseanalyser og kvalitetsforbedring av tjenestene, samt i vitenskapelige publikasjoner.

År	Datamottak a)	Databearbeiding b)	Datatilgang c)	Bruk av data d)	Totalt
2014	2,2	3,5	0,5	2,5	8,7
2015	2,2	3,75	0,5	4,5	10,95
2016	2,3	2,5	0,5	0,4	5,7
2017*	2,2 (2,7)	1,5 (1,95)	0,2	0,3 (5,3)	4,2 (10,15)

*Tall i parentes er inkludert estimerte ressurser som jobber med drifts- og kvalitetsoppgaver i MSIS i andre avdelinger

Kommentarer:

- Datamottak inkluderer koding og purring etter manglende meldinger. Datamottak er også i økende grad håndtering av elektroniske meldinger og filer. Hovedvekten av datamottak foregår i avdeling for smittevernregistre. Meldinger i gruppe B håndteres i sin helhet av en person i avdeling for tuberkulose, blod- og seksuelt overførbare sykdommer. Personen bruker estimert 75% av stillingen til rent MSIS-arbeid, se tall i parentes. Lønnsmidlene ikke dekkes av avdeling for smittevernregistre.
- Databearbeiding inkluderer kvalitetskontroll og purring på grunn av ufullstendig informasjon, og inkluderer it-ressurser (systemforvalter MSIS 20 %). Dette involverer flere ansatte i ulike avdelinger i ulik grad. Arbeidet med databearbeiding og kvalitetskontroll øker i takt med mer komplekse datainnmeldingsrutiner og flere meldingspliktige sykdommer. Kvalitetskontrollen innebærer også faglig konferering med overleger/andre fagpersoner i andre avdelinger.
- Datatilgang inkluderer saksbehandling av søknader om data, samt klargjøring og utlevering av filer. Foregår i sin helhet avdeling for smittevernregistre. Andre fagpersoner kan konsulteres ved behov.
- Bruk av data inkluderer bearbeiding for statistikk og helseanalyser, utbrudd og arbeidet med å lage årsrapporter. Data leveres enten ut fra avdeling for smittevernregistre, eller av sykdomsansvarlige i avdelinger for rådgiving og overvåking. Estimert antall årsverk som jobber med dette i andre avdelinger i parentes.

7.2 Økonomi

Fra 1.1.2016-31.3.2016 var ansvaret for MSIS delegert til avdeling for infeksjonsovervåking (SMAO). Fra 1.4.2016 ble alle registrene samlet i avdeling for smittevernregistre. Fordi budsjettet for MSIS ikke ble klart før i mai/juni 2016, har utgiftene i første del av 2016 delvis blitt ført på gammel avdeling, delvis på ny avdeling, og ikke nødvendigvis blitt spesifisert riktig. Utgiftene ble ikke spesifisert per register før i slutten av 2016. Det er derfor vanskelig å skille ut driftsmidler for 2016. Fra 2017 er alle driftsmidler fordelt på post 21, og MSIS har fått tildelt egen aktivitetskode; 2615.

Ved større IT-behov i MSIS, for eksempel ved utviklingsprosjekter eller større endringer innhentes pris fra ekstern leverandør og avdelingsdirektør godkjenner bestilling.

År	Finansieringskilde	Ramme totalt	Personalkostnader	Driftsmidler
2014	Kap. 710, post 01	Ikke mulig å skille fra annen drift	Estimert 5 604 135	Ikke mulig å skille fra annen drift
2015	Kap. 710, post 01	Ikke mulig å skille fra annen drift	Estimert 7 144 257	Ikke mulig å skille fra annen drift
2016	Kap. 710, post 01	Ikke mulig å skille fra annen drift	Estimert 4 274 000	Ikke mulig å skille fra annen drift
2017	Kap. 710, post 01	Estimert 4 400 000	Estimert 3 800 000	521 121