



Styresak 045-2021

Tertialrapport 1-2021 Nordlandssykehuset HF

Saksbehandler: Gro Ankill, Marit Barosen

Dato dok: 18.05.2021

Møtedato: 25.05.2021

Vår ref: 2020/4751

Vedlegg (t):

Innstilling til vedtak:

1. Styret vedtar tertialrapport for 1. tertial 2021 for oversendelse til Helse Nord RHF.

Bakgrunn:

Styret inviteres i denne saken til å vedta tertialrapport 1-2021 for Nordlandssykehuset HF. Tertialrapport og årlig melding fra helseforetakene danner grunnlag for utarbeidelse av Helse Nord RHF's årlige melding til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

I vedlagt tertialrapport 1-2021 rapporteres på utvalgte punkter fra Oppdragsdokument 2021 ihht mal fra Helse Nord RHF.

Direktørens vurdering:

Pasientavtaler

Pandemien medførte en økning i andel pasientavtaler med passert planlagt tid opp til 16,1 % ved utgangen av april 2021. Andel pasientavtaler med passert planlagt tid etter tildelt time utgjorde 3,7 %. Foretaket har innført flere tiltak for å kunne overholde en større andel av avtalene. Pr utgangen av 1. tertial er situasjonen bedret innenfor flere områder, mens det innenfor andre områder vil ta noe lenger tid som følge av stort etterslep i pasientbehandlingen.

Ventetid og fristbrudd

Ventetid for avviklede pasienter behandlet ved Nordlandssykehuset var gjennomsnittlig 64 dager i april, som er noe høyere enn samme periode i fjor (56). Ventetidene viser imidlertid jevn reduksjon fra januar. Gjennomsnittlig ventetid for ventende var ved utgangen av april 68 dager, og betydelig lavere enn situasjonen ved utgangen av april 2020 (85). Bakgrunnen for økning i ventetid for avviklede er det store nedtaket av elektiv virksomhet i perioden mars-mai 2020 i forbindelse med pandemien, og etterslep i pasientbehandlingen som følge av dette.

Andel fristbrudd har økt sammenlignet med 1. tertial 2020, også dette er en direkte konsekvens av pandemien. Før pandemien startet var andel fristbrudd om lag 5 %, mens den etter pandemien økte til en topp på 33 % i juni 2020. Fra januar 2021 har andelen stabilisert

seg på om lag 12 %. Foretaket har iverksatt en rekke tiltak for å ta igjen behandlingsetterlepet.

Pakkeforløp

Gjennomføring av kreftpakkeforløp innen normert tid for foretaket samlet var 60-70 % (krav >70 %) ved utgangen av 1. tertial. Det er imidlertid variasjoner mellom fagområdene, og innenfor enkelte fagområder ligger foretaket ned mot 50 % andel. Det er ulike årsaker til at pakkeforløpstidene ikke overholdes, men operasjonskapasitet er en av dem. I kirurgisk klinikk pågår det et større arbeid for å se på den samlede operasjonskapasiteten. I tillegg gjennomgås de store pakkeforløpene for å kartlegge øvrige årsaker, slik at tiltak som bidrar til å forbedre forløpstidene kan iverksettes.

Det arbeides fortsatt aktivt med å legge om praksis og etterkomme kravene når det gjelder pakkeforløp innenfor psykisk helsevern. Ettersom DIPS Arena forløpsregistrering ikke er i bruk enda, har vi ikke statistikk som kan si noe sikkert om måloppnåelsen.

Den gyldne regel

Helse Nord har på regionnivå krav om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader og aktivitet.

Som følge av pandemien, og betydelig økt ressursbehov spesielt i den somatiske delen av virksomheten, er utvikling i månedsverk og økonomi pr 1. tertial en dårlig indikator for å vurdere prioritering av psykisk helsevern og rus. Vi tar derfor utgangspunkt i aktivitet og ventetid. I første tertial har det vært vekst i aktivitet både innenfor psykisk helsevern, TSB og somatikk sammenlignet med samme periode i 2020. Nedstengningen av virksomheten i mars/april 2020 som følge av pandemien resulterte i et stort etterslep i særlig den somatiske delen av virksomheten. Tiltakene som er iverksatt for å ta igjen dette etterslepet har bidratt til at aktivitetsveksten i somatikk har vært større enn innenfor psykisk helse og rus. Når det gjelder ventetider har det vært reduksjon i ventetider innenfor psykisk helse og rus, mens de har økt innenfor somatikk. Selv om ventetidene innen psykisk helse og rus er høyere enn kravet i Oppdragsdokumentet, er de gjennom 1. tertial redusert sammenlignet med 2020 både før og etter pandemien. Klinikken har iverksatt tiltak for økt aktivitet og ytterligere reduksjon i ventetider. Det er imidlertid ikke realistisk å forvente at foretaket vil oppnå oppdragsdokumentets målsetning om ventetid lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB innen utgangen av 2021.

Kvalitet i pasientbehandlingen

Meldekulturen i foretaket vurderes som god, og det er tilstrekkelig meldte hendelser til å drive med forbedringsarbeid, mens det er et forbedringspotensial når det gjelder å spre kunnskap og læring internt i foretaket på bakgrunn av hendelser. For å bedre meldekulturen ytterligere, samt evnen til å lære av uønskede hendelser, har foretaket plukket ut noen områder det vil arbeides videre med. Dette omfatter økt fokus på tilbakemelding på meldte hendelser, forbedringsarbeid som del av lederrollen, samt standardisering rundt kommunikasjon/konsultasjon for oppfølging av uønskede hendelser. Det pågår arbeid i regionen knyttet til anskaffelse av nytt kvalitetssystem med fokus på løsninger som bygger opp under melde- og forbedringskulturen i foretaket.

Nordlandssykehusets forbruk av bredspektret antibiotika har en samlet reduksjon på 23 % fra 2012-2020. Selv om vi ikke har nådd målsetningen om 30 % reduksjon i samlet forbruk av bredspektret antibiotika, ser vi en positiv utvikling gjennom perioden. Flere områder har

redusert forbruket fra 2019 til 2020. Det er iverksatt tiltaksarbeid for ytterligere å redusere forbruket av bredspektrede antibiotika i klinikkene.

Personell

Foretaket har med utgangspunkt i behovet for utdanningsstillinger innenfor ulike fagområder utarbeidet en plan for økning i antall utdanningsstillinger fram mot 2026. Behovet omfatter utdanningsstillinger både innenfor ABIOK-området (anestesi/barn/intensiv/operasjon/kreft), samt fagområder som jordmor, akutt sykepleiere, kardiologiske sykepleiere og psykisk helsevern. Realisering av planen må sees i sammenheng med hvor mange medarbeidere som kan ta utdanning samtidig uten at dette skal påvirke driften vår i for stor grad. Økning i antall utdanningsstillinger vil bli innarbeidet i de årlige budsjettprosesser i Nordlandssykehuset.

Informasjonssikkerhet

Nordlandssykehuset har utarbeidet handlingsplan i henhold til anbefalte tiltak i nasjonal strategi for digital sikkerhet, samt NSM sine grunnprinsipper for IKT-sikkerhet med tiltak. Styret ble i mars 2021 orientert om riksrevisjonens undersøkelse av forebygging av angrep mot sine IKT systemer. Status innenfor arbeidet med informasjonssikkerhet rapporteres til styret i egen sak i styremøte 25. mai.

Økonomi

Tertialrapporten omfatter ikke særskilt rapportering for økonomi, og det vises til styresak 044-2021 Virksomhetsrapport april 2021 for redegjørelse mht status økonomi pr utgangen av 1. tertial.

Tertialrapport 1.tertial 2021



Innhold

3.0 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	4
3. Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021.....	4
4. Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020, målt ved indikatoren planleggingshorisont	5
5. Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst. og økes sammenliknet med 2020. Finnmarkssykehuset skal koordinere arbeidet.....	5
6. Det skal være høyere vekst i aktivitet og kostnader innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.	6
7. Vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder .	7
8. Følge opp Helse Nord sitt styrevedtak om valg av modell for overordnet organisering av pasientreiseområdet fremlagt i rapport Interregional utredning om organiseringen av pasientreiseområdet (2020). Målsettingen er å oppnå fordelene som er påpekt i anbefalt alternativ. Dette oppnås best ved at pasientreiser i større grad organiseres sammen med prehospitale tjenester.	8
3.2 Somatikk.....	8
20. Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.....	8
21. Sørge for at det er mer tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team. UNN skal koordinere arbeidet.	9
22. Sørge for at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset dersom kvinnen selv ønsker det, samt sørge for at alle kvinner som blir behandlet på sykehus ved spontanabort, får tilbud om oppfølging fra helsepersonell.....	9
23. Bidra i arbeidet med å etablere en Kontaktfamilieordning for gravide som skal føde et barn med diagnose påvist i svangerskapet, og for gravide med foster hvor det er påvist en diagnose og hvor kvinnen er usikker på om hun vil søke om å avbryte svangerskapet. Tilbudet skal etableres i tjenesten i samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner. Helse Nord RHF vil lede arbeidet.	9
24. Følge opp Stortingets vedtak om bioteknologiloven:	9
3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	10
30. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.	10
31. Andel pakkeforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.	10
32. Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 pst.	11
33. Minst 60 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern og TSB.....	11
3.4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester	11
41. Rapportere på innhold og samhandling med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister. Rapporteringen skal inneholde:	11
42. Rapportere på innhold og samhandling med private leverandører av helsetjenester. Rapporteringen skal inneholde hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.	12

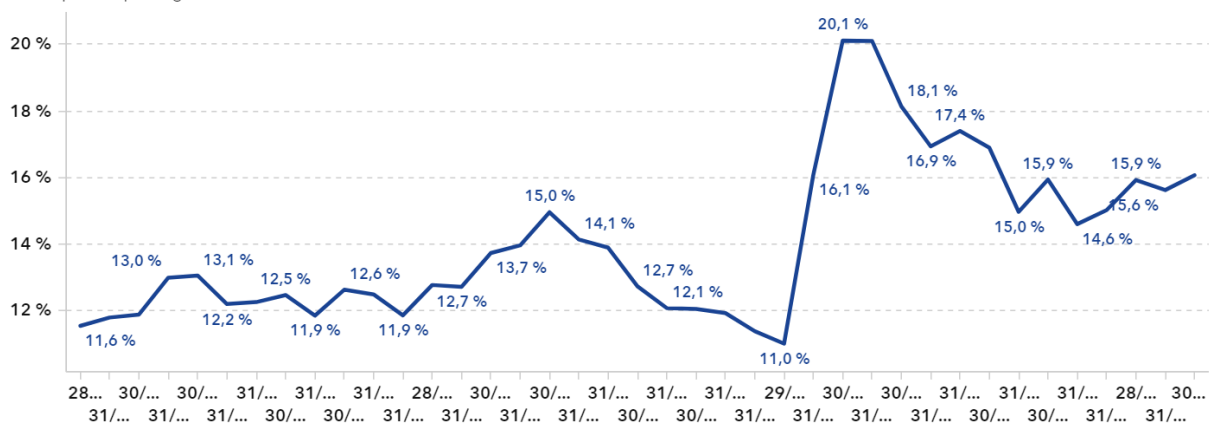
4.0 Kvalitet i pasientbehandlingen	13
43. Vurdere om tiltak som er satt i verk for å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser har hatt forventet effekt, samt redegjøre for videre plan for tiltaksarbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten, samt foretaksmøtets krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.....	13
44. Samarbeide om å etablere felles regional standard for oppfølging og implementering av høykostlegemidler. UNN HF skal lede arbeidet.	14
46. 30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrert antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden.....	14
7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell	16
72. Øke antallet utdanningsstillinger i spesialisyskepleie (ABIOK) til minimum:.....	16
7.3 Utdanning av legespesialister.....	17
73. Innen 1. juni 2021 utarbeide funksjonsbeskrivelse for rollen som utdanningsansvarlig overlege/lege (UAO) som sikrer ivaretagelse av kvalitet, koordinering og samarbeid om spesialistutdanning av leger. Innen utgangen av 2021 skal alle utdanningsløp i foretaket være dekket av en UOA.	17
74. Sikre at LIS'enes progresjon dokumenteres systematisk i Kompetansemodulen, og at data er oppdatert per 1.mars og 1.september.	17
9.2 Anskaffelsesområdet	18
87. Med utgangspunkt i rutiner utviklet av prosjekt "Innkjøp 2023, samt egne ansvars- og interesseanalyse utarbeidet i 2020, lage plan for samhandling mellom regionens fagmiljø, og mellom fagmiljøene og anskaffelsesorganisasjonen, med målsetting om vesentlig større grad av standardisering av utstyrs- og produktporteføljen.	18
88. Aktivt følge opp implementering og realisering av gevinst/nytte knyttet til inngåtte avtaler.	19
4.7 Informasjonssikkerhet.....	19
107. Innen 1. april 2021 utarbeide en handlingsplan som er dekkende for å lukke påpekte svakheter på kort og lang sikt. Handlingsplanen skal ha en tidfestet fremdriftsplan og oppgavefordeling. Handlingsplanen skal som minimum dekke de 10 anbefalte tiltak i nasjonal strategi for digital sikkerhet, og NSM sine grunnprinsipper for IKT-sikkerhet med tiltak.....	19
109. Innen 1. juni 2021 styrebehandle status fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde:.....	19

3.0 Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

3. Overholde en større andel av pasientavtalene sammenlignet med 2019 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021.

For Nordlandssykehuset lå andel passert planlagt tid på 13,7 % i april 2019, mens det for april 2021 var 16,1 %. Under pandemien var andelen passert planlagt tid på det høyeste 20,1 % (april og mai 2020). Ved utgangen av april 2021 var totalt antall passerte kontakter 10 802, hvorav 710 var på oppmøteliste (fastsatt dato og tid) og 10 092 på venteliste (tentativ dato eller tentativ måned). Andelen passert planlagt tid fra oppmøteliste var 3,7 %, mens andelen var 21,0 % fra venteliste.

Andel passert planlagt tid



Barneklirikken hadde andel passert planlagt tid på 13,5 % i april 2019, for april 2020 var det 15,7 % og for april 2021 var andelen 22,2 %. Klinikken har ansatt driftssykepleier med spesielt ansvar for rydding og kontroll på ventelister til ped. pol. Tiltaket viser effekt i forhold til å ta ned etterslep. Barnehabilitering har stort etterslep. Det er gjort flere tiltak, men det vil ta tid å se resultat av endringene. Det er økning i antall video og telefonkonsultasjoner i klinikken.

Andel kontroller passert tentativ tid har økt betraktelig ved alle fagområder i **Kirurgisk klinikk** under pandemien. Andelen avtok før årsskiftet, men har økt de siste månedene. I desember 2020 var andelen 13,8 % (3919 kontroller), mot 13,9 % i januar 2021, 14,9 % i februar, i mars 15,4 % og 16,7 % i april 2021. Tidskritiske behandlingsforløp blir prioritert. Korrigerende tiltak er iverksatt, blant annet i form av forbedret ressurs og arealutnyttelse, kveldspoliklinikk, ambulerings og telefonkonsultasjoner.

Andelen passert planlagt tid har utviklet seg i positiv retning i **Medisinsk klinikk** fra et gjennomsnitt på 19,3 % i april 2020 til et gjennomsnitt på 16,4 % per april 2021. Lunge, revma og FMR/HIA har per april høyest andel passert planlagt tid (vi har tatt utgangspunkt i 2020, da 2019-tallene gjelder 2 klinikker).

I **Psykisk helse og rus klinikken** var andelen 13,2 % i april 2020, og er 7,9 % i april 2021. Klinikken har fokus på dette i de regelmessige samarbeidsmøtene mellom SKSD og avdelingslederne i klinikken.

4. Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020, målt ved indikatoren planleggingshorisont

Pr 1. mai 21 har 31% av pasientene (524 konsultasjoner) på venteliste til **Barneklirikken** (Barnesykdommer og Barnehabilitering) fått tildelt time de neste 6 måneder. Barnehabilitering trekker ned, der 17 % av pasientene på venteliste har fått tildelt time de neste 6 mnd. Dette er omtrent på samme nivå som siste halvdel av 2020. Det arbeides kontinuerlig med å øke andelen planlagte timer.

Pr. 1. april 2021 har 38 % (7303 konsultasjoner) av pasientene som er på venteliste i **Kirurgisk klinikk** fått tildelt time. Klinikken jobber for å øke denne andelen. Korrigerende tiltak er iverksatt, i form av forbedret ressurs og arealutnyttelse, kveldspoliklinikk, ambulering og telefonkonsultasjoner.

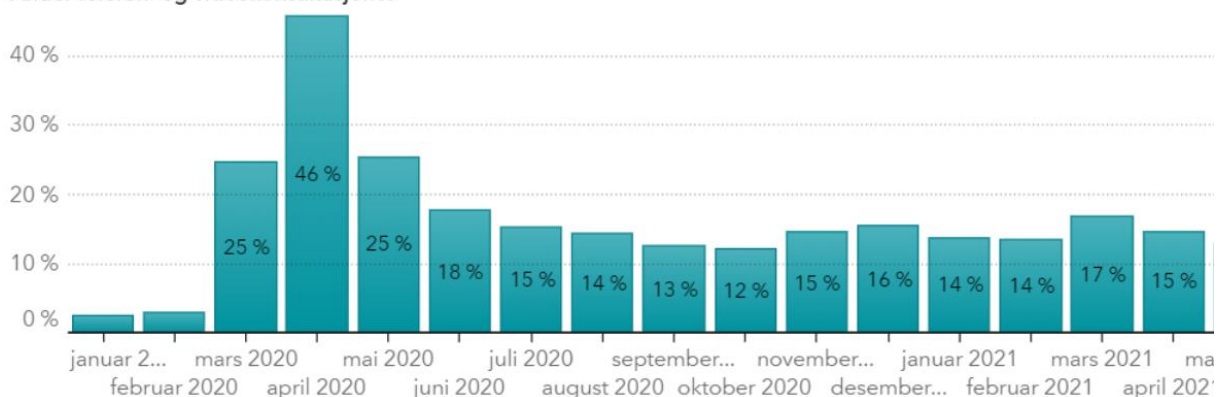
Andelen kontakter på oppmøteliste i **Medisinsk klinikk** er fra og med mai måned 39 %. Prosentandelen har vært økende fra juli 2020 (29 %) og desember 2020 (37 %).

Psykisk helse og rus klinikken har planlagt til sammen 4944 kontakter de neste 6 månedene (april 2021 er siste mulige periode å velge), mot 3471 i siste halvdel av 2020. Dette er positivt tall og viser en ønsket økning.

5. Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst. og økes sammenliknet med 2020. Finnmarkssykehuset skal koordinere arbeidet.

Figur: Andel digitale konsultasjoner blant elektive polikliniske kons. jan.2020 – april 2021

Andel Telefon- og videokonsultasjoner



Data hentet i SAS-VA 12.05.21

Kilde: /Nordlandssykehuset/Rapporter/Aktivitet/Telemedisin NLSH «Digitale konsultasjoner»

Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon øker i **Barneklubben**. Driftssykepleier og leger samarbeider om å identifisere hvilke pasienter som skal tilbys digital konsultasjon. Tall fra 2021, viser at Barneklubben har >15 % andel video/telefonkonsultasjoner.

Andelen polikliniske konsultasjoner som var gjennomført over video og telefon var totalt for hele 2020 4 % for **Kirurgisk klinikk** (3538 konsultasjoner). Hittil i år er andelen polikliniske konsultasjoner som er gjennomført over video og telefon på 4 % (1416 konsultasjoner) og antallet er økt sammenlignet med samme periode i 2020 (1081 konsultasjoner i 2020 for perioden jan – april mot 1416 konsultasjoner hittil i 2021). Klinikken jobber for å bruke video og telefon konsultasjoner der dette er hensiktsmessig.

Medisinsk klinikk har tatt i bruk video- og telefonkonsultasjoner innenfor alle spesialiteter/fag. Andelen gjennomførte konsultasjoner per video og telefon var 11,7 % i januar-april 2020. Tilsvarende er andelen 17 % av det totale antall konsultasjoner for årets første 4 måneder. Endokrinologi, revmatologi og onkologi hadde høyest andel per april 2021.

Målet er oppnådd i **Psykisk helse og rus klinikk** hvor gjennomsnitt for 1. tertial er 23,6 %.

6. Det skal være høyere vekst i aktivitet og kostnader innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå.

Distriktpspsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Innen 2021 skal gjennomsnittlig ventetid være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.

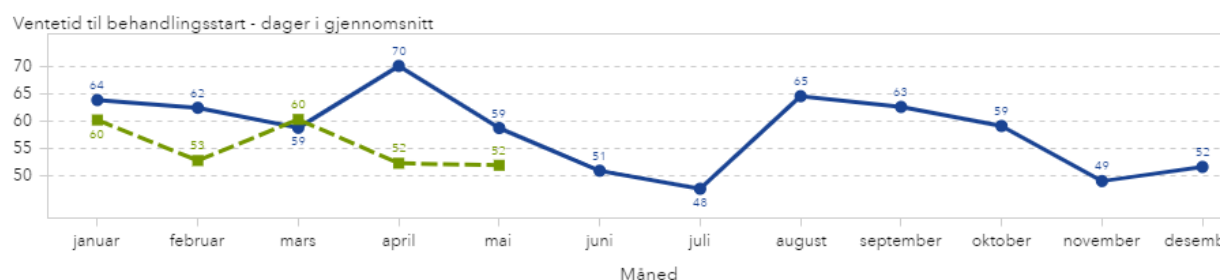
Funksjon	Indikator	Endring 20-21
Somatikk	Månedssverk	4,8 %
Psykisk helse og rus	Månedssverk	2,6 %
Somatikk	Økonomi	8,9 %
Psykisk helse og rus	Økonomi	1,7 %
Somatikk	Konsultasjoner	21,4 %
Psykisk helse og rus	Konsultasjoner	13,7 %
Somatikk	Ventetid avvirket	12,7 %
Psykisk helse og rus	Ventetid avvirket	-11,8 %
Somatikk	Ventetid ventende	-1,1 %
Psykisk helse og rus	Ventetid ventende	-3,1 %

Som følge av pandemien, og betydelig økt ressursbehov spesielt i den somatiske delen av virksomheten, er utvikling i månedsverk og økonomi pr 1. tertial en dårlig indikator for å vurdere prioritering av psykisk helsevern og rus. Vi tar derfor utgangspunkt i aktivitet og ventetid.

I første tertial har det vært vekst i polikliniske konsultasjoner både innenfor psykisk helsevern, TSB og somatikk sammenlignet med samme periode i 2020. Veksten har vært størst innenfor somatikk, og dette har sammenheng med nedstengningen i mars/april 2020 som i størst grad rammet aktiviteten i somatikk. Gjennom første tertial i 2021 er det iverksett flere tiltak for å ta igjen det store etterslepet i somatikk. Dette gjenspeiles også i utviklingen i ventetider, der det i den somatiske virksomheten er en betydelig økning i ventetider for avviklede pasienter sammenlignet med første tertial 2020, mens det innenfor psykisk helse og rus har vært reduksjon. Også når det gjelder ventetid for ventende er reduksjonen størst innenfor psykisk helse og rus.

Gjennomsnittlige ventetider pr 1. tertial 2021 innenfor psykisk helsevern er som følger:

Jan-april 2021	Avviklede	Ventende
Psykisk helsevern voksne	56,0	60,5
Psykisk helsevern barn	63,5	44,0
TSB	37,0	36,3



Selv om ventetidene er høyere enn kravet i Oppdragsdokumentet, er de gjennom 1. tertial redusert sammenlignet med 2020 både før og etter pandemien. Klinikken har iverksatt tiltak for økt aktivitet og ytterligere reduksjon i ventetider.

Målsetningene om innen utgangen av 2021 å oppnå gjennomsnittlig ventetid lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, betinger en reduksjon på 20 dager for voksne. Og mål om lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB betinger en reduksjon på henholdsvis 14 og 6 dager. Klinikken har iverksatt flere tiltak for å jobbe mot disse målene, men det er ikke realistisk å forutsette at man fullt ut vil nå disse.

7. Vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder.

Det er igangsatt et kvalitetsforbedringsprosjekt i **Barnehabilitering** som kartlegger behovet for økte ressurser for å kunne ivareta faglige krav. Det er tilsatt flere

fagpersoner i det tverrfaglige behandlingsteamet, men det er fortsatt utfordrende å rekruttere lege til barnehabiliteringen.

Det pågår en prosess ved alle tre lokalisasjonene i **Medisinsk klinikk** for pasientforløp og ressursbruk. Det etableres også samarbeid med barneklubben i forhold til tjenestetilbudene.

8. Følge opp Helse Nord sitt styrevedtak om valg av modell for overordnet organisering av pasientreiseområdet fremlagt i rapport Interregional utredning om organiseringen av pasientreiseområdet (2020). Målsettingen er å oppnå fordelene som er påpekt i anbefalt alternativ. Dette oppnås best ved at pasientreiser i større grad organiseres sammen med prehospitale tjenester.

Foretaket vil igangsette et arbeid for å se på organiseringen av pasientreiser i løpet av vår/sommer 2021.

3.2 Somatikk

20. Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.

Resultater fra 1. tertial viser at mellom 60-70 % av Nordlandssykehusets pakkeforløp er gjennomført innen standard forløpstid, med variasjoner mellom fagområdene. Månedlige resultater for første tertial 2021 viser at pakkeforløp for blære-, bryst-, lunge- og hode-/halskreft er innenfor standard forløpstid. Behandling innen standard forløpstid innen tykk- og endetarmkreft og prostatakreft er på henholdsvis 56 % og under 50 %.

I oktober 2020 overtok Nordlandssykehuset tykk- og endetarmskreftkirurgi fra Helgelandssykehuset. Antallet pasienter fra november til mars 2021 utgjør om lag 30. I samme periode hadde Nordlandssykehuset 44 pasienter. Innen utgangen av mai vil Kirurgisk klinikk kartlegge hvilke konsekvenser endringen har hatt for pasientbehandlingen, og om det foreligger uønsket variasjon i pasienttilbudet basert på tilhørighet.

En gjennomgang av prostataforløpene for de siste to årene viste at om lag 30 % av brudd i forløpstid var innenfor 14 dager. Årsaker til forsinket behandling er blant annet pasientønsket utsettelse, behov for flere undersøkelser og biopsier, begrenset tilgang på MR, variasjon i tilgjengelig time til urolog og operasjonskapasitet. Rekruttering av urolog og et omfattende arbeid med utnyttelse av operasjonskapasitet pågår.

Det er også gjort et arbeid med behandlingsforløp for pasienter med malignt melanom i samarbeid med medisinsk klinikk for å sikre god ivaretagelse av pasienter i pakkeforløp. Dette har blant annet ført til klare ansvarsforhold og felles MDT-møte med UNN.

Medisinsk og kirurgisk klinikk samarbeider om noen av pakkeforløpene, hvor forløpet starter i medisinsk klinikk og overføres deretter til kirurgisk klinikk. Av rene medisinske pakkeforløp var resultatet 85 % for lungekreft, 100 % for hjernekreft og 57 % for lymfomer i 1. tertial 2021. Det pågår arbeid innenfor enkeltforløp for å øke graden av gjennomføring innenfor standard forløpstid.

Krefttilbudet til **Barneklubben** koordineres fra UNN.

21. Sørge for at det er mer tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team. UNN skal koordinere arbeidet.

Barneklubben har startet et forbedringsprosjekt innen Barnepalliasjon. Gruppen arbeider spesielt med kartlegging, kompetanseheving og prosedyrer. Klubben har fått en henvendelse fra UNN i forbindelse med oppretting av Barnepalliativt team, men arbeidet er ikke kommet i gang.

22. Sørge for at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset dersom kvinnen selv ønsker det, samt sørge for at alle kvinner som blir behandlet på sykehus ved spontanabort, får tilbud om oppfølging fra helsepersonell.

På sykepleiersiden har klubben etablert et samarbeid med Amatheia som tilbyr ettersamtale for de kvinner som ikke ønsker oppfølging på sykehuset. Sykepleierne på poliklinikken formidler behov for oppfølging til legene. De som gjennomfører abort får tilbud om å ta kontakt med ved behov.

23. Bidra i arbeidet med å etablere en Kontaktfamilieordning for gravide som skal føde et barn med diagnose påvist i svangerskapet, og for gravide med foster hvor det er påvist en diagnose og hvor kvinnen er usikker på om hun vil søke om å avbryte svangerskapet. Tilbudet skal etableres i tjenesten i samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner. Helse Nord RHF vil lede arbeidet.

Klubben har ikke blitt kontaktet av Helse -Nord RHF som skal lede dette arbeidet. Klubben har allerede etablert kontaktformidling for leppe/kjeve/ganespalte og for barn født med Downs syndrom. Avventer innspill fra Helse Nord om aktuelle diagnoser for det videre arbeidet.

24. Følge opp Stortingets vedtak om bioteknologiloven:

- Forberede innføring av tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk slik at

dette kan gis fra høsten 2021. Behovet for kompetansehevende tiltak, mer personell, tilstrekkelig analysekapasitet og investeringer i utstyr må blant annet vurderes. Helsedirektoratet skal involveres i vurderingene vedrørende kompetansehevende tiltak.

- **Starte opp med kompetansehevende tiltak for jordmødre, leger og annet personell, og sørge for kapasitet på sykehusene slik at tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide kan innføres i 2022. UNN skal lede arbeidet, herunder vurdere hvordan avtalespesialister kan få nødvendig tilleggskompetanse i tidlig ultralyd.**

Klinikkoverlege har vært med i gruppe som har levert rapport for dette arbeidet. Rapporten er behandlet i regionalt fagråd. Klinikken har kommet med innspill etterspurt fra gruppen.

Det er ikke satt UL i bestilling da det ikke er innvilget midler til dette som følge av at helsedepartementet ikke har sendt ut ferdig utkast.

Kompetanseheving i form av digitale kurs er iverksatt. Øvrige teoretiske og praktiske kurs for leger er ikke ferdige av samme årsak som over. Dette gjelder nasjonalt. Kurs for jordmødre er planlagt, men ikke gjennomført.

3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

- 30. Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.**

Det jobbes fortsatt aktivt med å legge om praksis og etterkomme kravene. Ettersom DIPS Arena forløpsregistrering ikke er i bruk enda, har vi ikke statistikk som kan si noe sikkert om måloppnåelsen.

- 31. Andel pakkeforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.**

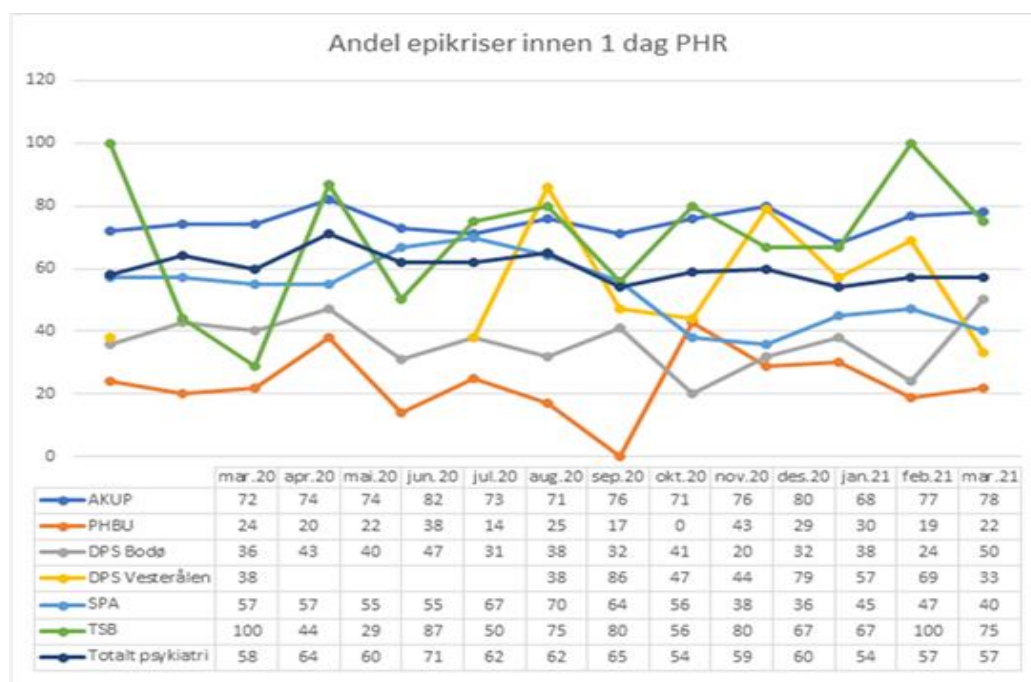
Det jobbes fortsatt aktivt med å etterkomme kravene. Ettersom DIPS Arena forløpsregistrering ikke er i bruk enda, har vi ikke statistikk som kan si noe sikkert om måloppnåelsen.

32. Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 pst.

Det jobbes fortsatt aktivt med å etterkomme kravene. Ettersom DIPS Arena forløpsregistrering ikke er i bruk enda, har vi ikke statistikk som kan si noe sikkert om måloppnåelsen.

33. Minst 60 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern og TSB.

Gjennomsnitt i 1. tertial var 56%.



Det er orientert i ledermøter at krav til måloppnåelse er økt til 60 % i 2021. I tillegg er dette eget oppfølgingspunkt i regelmessige møter med SKSD samt i rapporter til avdelingene fra klinikkledelsen.

3.4 Samhandling med leverandører av private helsetjenester

41. Rapportere på innhold og samhandling med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister. Rapporteringen skal inneholde:

- Antall samarbeidsavtaler.
- Hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.

Nordlandssykehuset inngår ikke samarbeidsavtaler med avtalespesialister, det gjøres av Helse Nord RHF.

42. Rapportere på innhold og samhandling med private leverandører av helsetjenester. Rapporteringen skal inneholde hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.

Klinikk: Kirurgisk klinikk	
Navn på avtalespesialist:	Kort konkretisering av samarbeidsavtale:
Øye Ann Kristin <u>Wisthus</u>	Samarbeidsavtale ikke etablert
ØNH Erik Zadig	Hjemmel ikke besatt
Gyn	Avtaleutkast er laget og forventes signert før sommeren
Urolog <u>Juraj Burican</u>	Samarbeidsavtale ikke etablert

Klinikk: Medisinsk klinikk	
Navn på avtalespesialist:	Kort konkretisering av samarbeidsavtale:
Adel <u>Olaz</u>	Samarbeidsavtale etablert
<u>Kapil Sharma</u>	Kardiologi. Avtale på <u>HelseNord</u> nivå. <u>Nyhenvisninger og kontroller (Hjerteavd. + MED avd. Ve)</u>
Kurt <u>Hofsøy</u>	Samarbeidsavtale ikke etablert
Dag Malm	Samarbeidsavtale ikke etablert
Ronald Oppdal	Samarbeidsavtale ikke etablert

Leverandører av private helsetjenester	
Navn på:	Konkretisering av samhandling/samarbeidsavtale:
<u>Alleris AS</u>	Samarbeidsavtale ikke etablert

Klinikk: Barneklubben	
Navn på avtalespesialist:	Kort konkretisering av samarbeidsavtale:
Triumf helse A/S v/ Kristian Sommerfelt	<u>Barnenevrolog</u> , ca 4 uker pr. år

Klinikk: Psykisk helse- og rusklubben v/Hedda Soløy	
Navn på avtalespesialist:	Kort konkretisering av samarbeidsavtale:
Psykiater <u>Dannenberger</u> Vesterålen	Avtaleinngåelse er initierte, men det er ikke lyktes å få underskrevet avtale.
Kristine Salomonsen	Inngått samarbeidsavtale
Marianne Sjøberg	Utarbeidet <u>samarbeidsavtale</u> , men ikke mottatt underskrift.

4.0 Kvalitet i pasientbehandlingen

43. Vurdere om tiltak som er satt i verk for å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser har hatt forventet effekt, samt redegjøre for videre plan for tiltaksarbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten, samt foretaksmøtets krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Status og vurdering

I klinikkene er det etablert forum hvor uønskede hendelser og avvik blir diskutert. I tillegg til KVAM, gruppe, ledermøte og personalmøter er det etablert arenaer hvor en har dialog knyttet til uønskede hendelser og avvik. Når ansatte møtes, f.eks. i forbindelse med regional pasientsikkerhetskonferanse, deles kunnskap og kompetanse både formelt i de ulike sesjonene og uformelt rundt kaffekoppene i pauser. Erfaringer gjort gjennom «pandemiåret» har vist at digitale plattformer gir nye muligheter for å møtes og utveksle erfaringer.

Tilbakemelding fra klinikk og staber tyder på at ansatte melder avvik og uønskede hendelser når det er aktuelt. Det er tilstrekkelig med meldte hendelser til å drive med forbedringsarbeid, inkludert læring på enhet og i foretak. Det er et forbedringspotensial knyttet til å spre kunnskap og læring internt i klinikkene og i foretaket på bakgrunn av hendelser. I arbeidshverdagen til ledere er arbeid med saksbehandling av uønskede hendelser og avvik en av flere oppgaver. Arbeid med uønskede hendelser og avvik kan i en hektisk hverdag bli nedprioritert, noe som kan medføre lengre saksbehandlingstid.

Videre plan

Nordlandssykehuset har flere områder hvor det jobbes godt med meldekultur. For å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser ytterligere i foretaket er det flere områder det vil jobbes videre med, blant annet:

- Tilbakemelding på meldte hendelser
Saksbehandling og oppfølging av meldte hendelser må i sum sikre at melder får rask og god tilbakemelding. Fokus skal ikke bare være å få inn meldinger, men også hvordan en jobber med og gir tilbakemelding på meldte hendelser. Ansatte skal oppleve det som meningsfullt å melde avvik slik at de den enkelte melder ser effekten av meldte hendelser.
- Forbedringsarbeid som del av lederrollen
Lederen må ha tilstrekkelig kompetanse og tid til å utøve den del av lederrollen som er knyttet til behandling av uønskede hendelser. Dette bør være en daglig oppgave som gjør at uønskede hendelser og avvik jobbes med fortløpende.
- Standardisering rundt kommunikasjon og konsultasjon
Flere klinikker har etablert egne aktiviteter knyttet til oppfølging av uønskede

hendelser og avvik. Flere av aktivitetene bør vurderes standardisert til å gjelde foretaket.

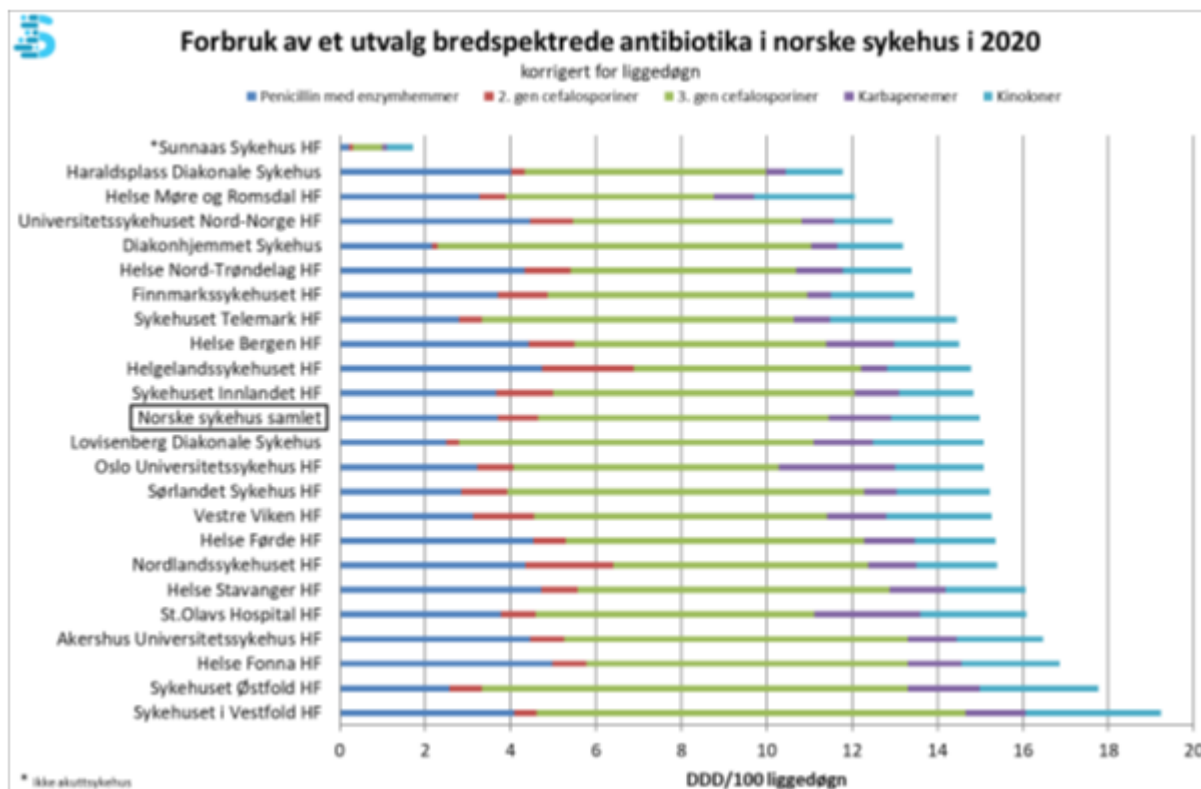
- Anskaffelse kvalitetssystem

Pågående arbeid med anskaffelse av kvalitetssystem. Det vil arbeides med utredninger og planlegging av hvordan valgt løsning kan tilpasses foretaket sine behov slik valgt løsning bygger opp melde-, og forbedringskultur.

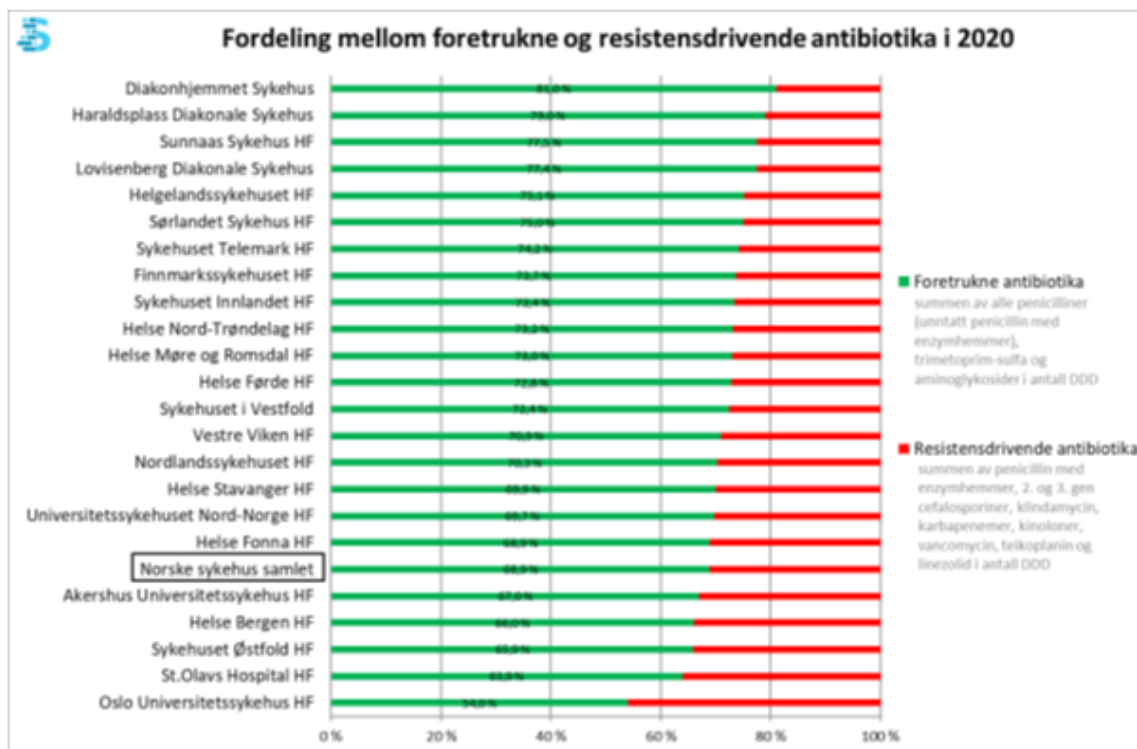
44. Samarbeide om å etablere felles regional standard for oppfølging og implementering av høykostlegemidler. UNN HF skal lede arbeidet.

Dette arbeidet er ikke startet opp.

46. 30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektret antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden.

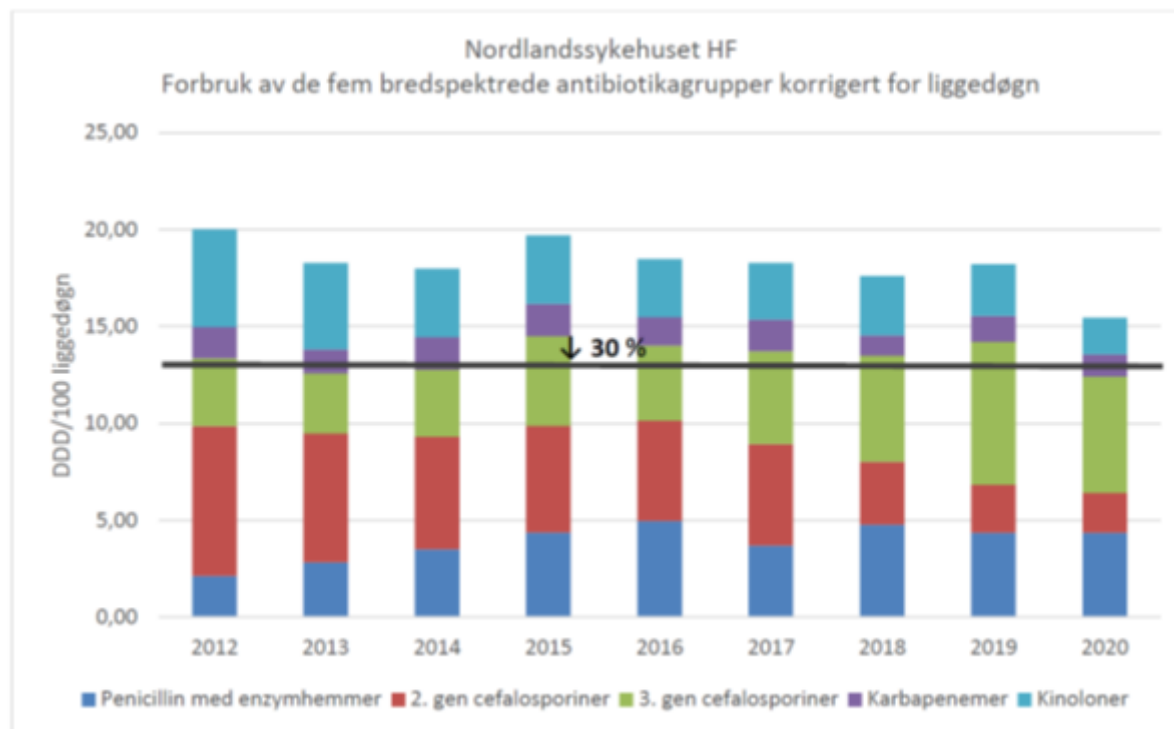


Figur 1. Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus 2020



Figur 2. Fordeling mellom foretrukne og resistensdrivende antibiotika

Figur 1 og 2 viser Nordlandssykehusets forbruk av bredspektret antibiotika sammenlignet med andre helseforetak. Figur 3 viser at den samlet reduksjon for Nordlandssykehuset HF fra 2012-2020 er 23%. Selv om vi ikke har nådd målsetningen om 30% reduksjon i samlet forbruk av bredspektret antibiotika, ser vi en positiv utvikling.



Figur 3. Forbruk av bredspektrede antibiotika i Nordlandssykehuset HF 2012-2020

Det er iverksatt tiltaksarbeid for ytterligere å redusere forbruket av bredspektrede antibiotika i klinikkene:

- Det er en nedgang i bruk av antibiotika i **Barneklubben** sammenlignet med 2012. Klubben deltar i to nasjonale studier rundt antibiotikabruk til barn, NAPIC som ser på antibiotikabruk ved nedre luftveisinfeksjon og Antibiotikasstudien på Nyfødtintensiv. Tall fra Barnemedisin viser en nedgang i bruk av bredspektrede med 16 % siste år (og 34 % ned fra 2013). Tallene fra Nyfødtintensiv er små, men viser en nedgang fra 2013 med 13 %.
- I 2020 var forbruk av bredspektret antibiotika i **Kirurgisk klinikk** redusert med 23 % siste året og 40 % totalt siden 2013 i Lofoten. I Vesterålen er det redusert med 21 %, mens sengepostene i Bodø har henholdsvis 4 %, 36 % og 3 % reduksjon siden 2013. Sistnevnte har imidlertid hatt hele 25 % reduksjon siden 2019. For intensivheten er forbruket redusert med 5 % siden 2013, men med 12 % siste året (Kilde Antibiotikaforbruksrapport 2020). Klubben jobber med reduksjon av antibiotika i alle fagmiljø. I første kvartal har alle lokasjoner egne LIS-leger som følger opp arbeidet systematisk sammen med A-teamet. Det har vært undervisning med farmasøyt og egne LIS-leger, samt gjennomgang av resultat i ulike fagmiljøer.
- I **medisinsk klinikk** er det ved sengepost i Lofoten en reduksjonen i forbruk av bredspektret antibiotika på 8 %, og for sengepost Vesterålen en reduksjon på 53 % fra 2013. Resultatene for sengeposter i Bodø er som følger: A6 (nev/rev) – 58 %, B (hjerne) – 22 %, B4 (lunge, hem.) + 8 % og A4 – 23 %. Endringen fra 2019 til 2020 har vært betydelig.

7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

72. Øke antallet utdanningsstillinger i spesialsykepleie (ABIOK) til minimum:

- **Universitetssykehuset i Nord-Norge HF: 80 stillinger**
- **Nordlandssykehuset HF: 40 stillinger**
- **Finnmarkssykehuset HF: 15 stillinger**
- **Helgelandssykehuset HF: 15 stillinger**

Med utgangspunkt i foretakets behov for utdanningsstillinger har vi utarbeidet en plan for økning i antall utdanningsstillinger fram mot 2026 (tabell 1). Behovet for utdanningsstillinger innenfor ABIOK er anslått til 55-66/år. Tallene i tabellen er selvfølgelig tentative og må i tillegg til behovet også sees i sammenheng med hvor mange medarbeidere som kan ta utdanning samtidig uten at dette skal påvirke driften vår i for stor grad. I den planlagte økningen har vi også inkludert barnesykepleier, selv om vi er klar over at Nord Universitet ikke vil kunne tilby utdanningen innenfor denne retningen for opptaket 2023-24.

Tabell 1. Planlagt økning i antall utdanningsstillinger ved Nordlandssykehuset HF

Utdanningsperioder (1.5 år)	Antall utdanningsstillinger	Totalt antall økte stillinger
2019- 2021	30	
2022- 2023	40	10
2023- 2024	45	15
2025-2026	50	20

Det er også viktig å bemerke at selv om alle er svært opptatt av utdanningsstillinger innenfor ABIOK, er det også til dels stort behov for utdanningsstillinger innenfor andre retninger. Spesielt jordmor, akuttisykepleiere og kardiologisk sykepleier ser Nordlandssykehuset et behov for å utdanne. I tillegg er det stort behov for videreutdanning innenfor psykisk helsevern. Utdanninger innen akuttisykepleie og kardiologisk sykepleie, vil avhjelpe behovet for intensivsykepleiere. Nordlandssykehuset har estimert at behovet for disse videreutdanningene fram mot 2025 er tilsammen 5-10 utdanningsstillinger per år.

Per i dag finansieres utdanningsstillingene med 90% lønn. ABIOK studentene har krav om fire ukers arbeidsplikt i løpet av 1.5 år studie, en arbeidsplikt som avtjenes i løpet av sommerferien. Økning i antall utdanningsstillinger vil bli innarbeidet i de årlige budsjettprosesser i Nordlandssykehuset.

7.3 Utdanning av legespesialister

- 73. Innen 1. juni 2021 utarbeide funksjonsbeskrivelse for rollen som utdanningsansvarlig overlege/lege (UAO) som sikrer ivaretagelse av kvalitet, koordinering og samarbeid om spesialistutdanning av leger. Innen utgangen av 2021 skal alle utdanningsløp i foretaket være dekket av en UOA.**

Nordlandssykehuset har utarbeidet funksjonsbeskrivelse for rollen som utdanningsansvarlig overlege (UAO). Denne funksjonsbeskrivelsen ligger i Docmap med identifikator FB1680. Det er oppnevnt UAO for alle fagområder, bortsett fra ett. Vi har også etablert et nettverk bestående av alle UAO, ledet av vår LIS koordinator.

- 74. Sikre at LIS'enes progresjon dokumenteres systematisk i Kompetansemodule, og at data er oppdatert per 1.mars og 1.september.**

LIS progresjon dokumenteres systematisk i Kompetansemodule i **barneklirikken**.

Også alle LIS i **Kirurgisk klinikk** har fått tildelt aktuelle kompetanseplaner for sitt utdanningsforløp. LIS'ene dokumenterer fortløpende gjennomførte læringsaktiviteter i

kompetanseplanene og disse godkjennes av supervisorer/veiledere. Alle læringsmål godkjennes av leder. Progresjon i utdanningsforløpet følges av veileder, utdanningsansvarlig overlege og leder. Det legges til rette for at LIS skal kunne delta på læringsaktiviteter. Progresjon følges i veiledningssamtaler med den enkelte LIS, evalueringskollegium og via rapportene som ligger i kompetansemoduleen.

Medisinsk klinikk har fokus på og system for dokumentasjon og at data oppdateres jevnlig. Klinikken har etablert utdanningsansvarlige overleger i tråd med funksjonsbeskrivelse FB1680 og etablert overordnet og lokale utdanningsutvalg og evalueringskollegier.

Kompetansemoduleen er også tatt i bruk for systematisk dokumentering av LIS'enes læringsaktiviteter -og mål i **psykisk helse og rus klinikken**. Progresjonen dokumenteres gjennom at LIS'ene registrerer utførte læringsaktiviteter fortløpende i Kompetansemoduleen. Disse drøftes i de ukentlige kliniske veiledningsmøtene mellom utdanningskandidat og klinisk veileder. Temaet er også oppe i leder- og driftsmøter, og følges opp i avdelingene av personalleder og klinisk veileder.

9.2 Anskaffelsesområdet

87. Med utgangspunkt i rutiner utviklet av prosjekt "Innkjøp 2023, samt egne ansvars- og interessematrise utarbeidet i 2020, lage plan for samhandling mellom regionens fagmiljø, og mellom fagmiljøene og anskaffelsesorganisasjonen, med målsetting om vesentlig større grad av standardisering av utstys- og produktporteføljen.

Med bakgrunn i det siste års pandemi og de utfordringene vi har stått i, er prosjektet Innkjøp 2023 noe forsinket. Prosjektet har ikke så langt kommet til en beslutning om hvordan samhandling mellom regionens fagmiljø skal gjennomføres og struktureres. Nordlandssykehuset har med bakgrunn i dette foreløpig ikke laget noen egen plan for ansvars- og interessematrise som bygger på samhandling i prosjektet «Innkjøp 2023». Det er i tillegg en omfattende oppgave å utarbeide en ansvars- og interessematrise i tråd med kategoristrukturen. Det er en vanskelig oppgave å skulle strukturere dette på HF nivå når de overordnede strukturene for samarbeid og samhandling ikke er besluttet.

Målsetting om vesentlig større grad av standardisering av utstyr- og produktportefølje er også satt på prøve i forhold til sårbarhet ved for likt utstyr i regionen. Standardiseringen av utstyr regionalt har i enkelte situasjoner gjort det utfordrende for foretakene å kunne bistå hverandre når det oppstår feil knyttet til utstyrskomponenter. Målsettingen om standardisering må sees opp mot behovet for beredskap. Standardisering av utstys- og produktporteføljen i regionen framover bør ut fra et beredskapsperspektiv åpne for at vi innenfor enkelte produktkategorier har mer enn en leverandør.

88. Aktivt følge opp implementering og realisering av gevinst/nytte knyttet til inngåtte avtaler.

Vi har Clockwork som system for implementering og realisering av gevinst/nytte av inngåtte avtaler. Det er besluttet i prosjektet «innkjøp 2023» at en registerfunksjon skal styrkes/etableres, og gi sykehusene i regionen en bedre og lik kvalitet på de data som legges inn fra konkurranseutsatte avtaler via Sykehusinnkjøp. Denne organisasjonen blir etablert i disse dager og skal sitte i Finnmarksykehuset for alle foretak.

Dette vil gi bedre grunnlag for leverandørene til å delta i implementering av avtalene gjennom innkjøpsavdelingene i sykehusene, samtidig som den interne brukeropplæring og informasjon vil flyte bedre i alle sykehusene i RHF. Sykehusene vil ha like artikkelregistre uten dubletter. Dette vil danne et bedre statistikkgrunnlag som kan styre aktiviteten i foretakene spesifikt mot de avtalene hvor vi ikke handler i henhold til forventning, og som vil kunne hjelpe innkjøpsenhetene med målrettet aktivitet for å nå bedre avtale dekning gjennom bedre implementering, som vil gi en mulighet til å realisere/oppnå større gevinster fra avtalene våre.

4.7 Informasjonssikkerhet

107. Innen 1. april 2021 utarbeide en handlingsplan som er dekkende for å lukke påpekte svakheter på kort og lang sikt. Handlingsplanen skal ha en tidfestet fremdriftsplan og oppgavefordeling. Handlingsplanen skal som minimum dekke de 10 anbefalte tiltak i nasjonal strategi for digital sikkerhet, og NSM sine grunnprinsipper for IKT-sikkerhet med tiltak.

Det er utarbeidet handlingsplan i henhold til krav. Handlingsplanen er basert på vårt ansvar, krav fra vår eier, aktuelle forskrifter og lovverk, samt anbefalinger og utredninger for området som er gjort av de aktuelle nasjonale institusjoner som blant annet Datatilsynet, Riksrevisjonen, Helsetilsynet og Nasjonal Sikkerhetsmyndighet (NSM). Handlingsplanen følges opp løpende med de ansvarlige og tiltak utredes videre og iverksettes. Status for fremdrift for handlingsplan for å lukke kjente svakheter utvikling i trusselbildet rapporteres til styret 25. mai 2021.

109. Innen 1. juni 2021 styrebehandle status fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde:

- status for fremdrift for handlingsplan for å lukke kjente svakheter utvikling i trusselbildet
- resultater fra gjennomførte risikovurderinger, inntrengingstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner
- oppsummering fra avviksrapporing
- behov for endringer i styringssystem for informasjonssikkerhet

Tertialrapport 1.tertial 2021

NLSH skal presentere sak til styret 25.mai 2021. Det planlegges å rapportere på området som er angitt i oppdragsdokumentet for 2021. I tillegg ble det i sak 2021-024 i mars 2021 orientert om riksrevisjonens undersøkelse av forebygging av angrep mot sine IKT systemer.