HELSE NORD | DAVVIDEARVVAŠVUOHTA VARRESVUOHTA NUORTTA HEALSOE NOERHTE

Møtedato: 26. september 2024

Vår ref.:	Saksbehandler:	Dato:
221/1553-23	Rolandsen	19.9.2024

Styresak 116–2024 Regional plan for informasjonssikkerhet – versjon 2.0

Saken vil ha en muntlig redegjørelse avslutningsvis som har opplysninger som kan lette gjennomføring av straffbare handlinger. Administrasjonen foreslår at styret vedtar å behandle den avsluttende del av presentasjonen i lukket møte, jf. hfl. § 26 a, 2. ledd nr. 3.

Forslag til vedtak

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar Regional plan for informasjonssikkerhet versjon 2.0, til orientering.

Bodø, 19. september 2024

Marit Lind
administrerende direktør

Postadresse:
Helse Nord RHF
Postboks 1445
8038 Bodø

Besøksadresse:
Helse Nord RHF
Moloveien 16, 6. et.
8003 Bodø

Telefon sentralbord: 75 51 29 00
postmottak@helse-nord.no
www.helse-nord.no

Org.nr: MVA 883 658 752

Bakgrunn
Styret i Helse Nord RHF behandlet *styresak 37-2024 Informasjonssikkerhet – status for arbeidet* i styremøte 14. mars 2024. Status ble tatt til orientering, og vedtakspunkt 2 lyder:

2. *Styret ber adm. direktør legge frem en styresak med oppdatert handlingsplan for informasjonssikkerhet for perioden 2024-2027 innen 1. september 2024.*

Styret ble 28. august 2024 orientert om at saken ble utsatt til 26. september 2024.

Sammenheng med strategi og grunnleggende verdier
Fra Regional utviklingsplan 2023-2038, del 1 kap. 5 «Fremtidens helseberedskap» hitsettes: «Dette er en dimensjon som spesialisthelsetjenesten, spesielt i Nord-Norge, i større grad enn tidligere må forholde seg til. Digital sikkerhet er bare ett eksempel på hvorfor vi i fremtiden må balansere ressursbruken mellom ordinær drift og samfunnssikkerhet og beredskap.» Saken legges frem for at styret skal ha *trygghet* for at arbeidet med informasjonssikkerhet har fremdrift og utøves gjennom godt *lagspill* mellom foretakene.

Beslutningsgrunnlag
Formål med regional handlingsplan for informasjonssikkerhet 2.0 er å gi en oversikt over innsatsområder, initiativer og tiltak som skal realisere regionale sikkerhetsmål og sikkerhetsstrategi i perioden 2024-2027. Begrunnelsen for valg av de ulike tiltakene er ikke omtalt i dokumentet.

I regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet er regionale sikkerhetsmål beskrevet slik:

1. Helse Nord skal ha målrettet sikkerhetsstyring gjennom god internkontroll (kvalitetsforbedring/ledelseskontroll) og robuste informasjonssystemer, som bidrar til effektiv og god pasientbehandling.

2. Helse Nord skal ha prosesser og tekniske løsninger som understøtter sikker og forsvarlig deling av relevant informasjon til forskning, utdanning og opplæring, nasjonalt og internasjonalt.

3. Helse Nord skal ha motstandsdyktighet mot, kunne avdekke og håndtere avanserte digitale angrep.

4. Helse Nord skal bruke trussel-, risiko- og verdibasert sikring av IKT infrastruktur, systemer og tjenester, som ivaretar tilgjengelighet, integritet, konfidensialitet og robusthet.

5. Helse Nord skal inkludere informasjonssikkerhet i virksomhetskulturen. I Helse Nord skal alle medarbeidere gjøre bevisste valg og bidra til åpenhet og kontinuerlig forbedring innenfor sikkerhetsområdet.

Regional handlingsplan for informasjonssikkerhet skal bidra til målrettet og samordnet innsats for å sikre tilfredsstillende informasjonssikkerhet i alle tjenester og løsninger som tilbys, og etterlever de krav som følger av personopplysningsregelverket, nasjonal sikkerhetslov og digitalsikkerhetslov. Etter hvert som annet relevant regelverk, som eks «AI ACT», trer i kraft skal dette også etterleves i Helse Nord.

Informasjonssikkerhetsarbeidet skjer i samspillet av tiltak for å bedre organisasjon og arbeidsprosesser, applikasjoner, infrastruktur og teknisk sikkerhet, samt kunnskap, kompetanse, og bevissthet hos medarbeidere. Handlingsplanen har derfor tiltak innen innsatsområdene:

- Organisasjon – kapittel 2
- Teknisk sikkerhet og infrastruktur – kapittel 3
- Mennesket – kapittel 4

Arbeidet med informasjonssikkerhet skal være risikobasert. Det vil derfor gjøres fortløpende vurderinger om behov for ytterligere tiltak for å oppnå akseptabelt risikonivå, sammenliknet med trusselbilde og øvrig risiko. Det skal derfor minimum årlig foretas justeringer i handlingsplanen i gyldighetsperioden. Lokale handlingsplaner skal understøtte og operasjonalisere tiltakene som fremgår av regional handlingsplan.

Forhold som styret skal være særlig oppmerksom på

Etter at styret fikk orientering i *styresak 37-2024* er det tre hendelser styret skal være orientert om, som er dekket i handlingsplanen, og omtales nedenfor:

- Digital trusselvurdering for spesialisthelsetjenesten 2024 er utarbeidet
- Foreløpige funn fra tekniske undersøkelser fra Riksrevisjonens oppfølgingsrevisjon
- Regional koordinering for å etablere forsvarlig sikkerhetsnivå for utpekte verdier etter sikkerhetsloven, er utarbeidet

Det digitale trusselbildet mot spesialisthelsetjenesten 2024

Det digitale trusselbildet mot spesialisthelsetjenesten er resultat av et nasjonalt sikkerhetssamarbeid, og utgis årlig. Årets vurdering ble koordinert av Helse Nord IKT, med bidrag fra de øvrige helseregionene og HelseCERT[1]. Trusselvurderingen er offentlig tilgjengelig på internett. Den dekker hele spekteret av virksomheter og verdier i spesialisthelsetjenesten. Store deler av trusselbildet er uavhengig av den enkelte helseregions egenart og geografi. Vurderingen tar for seg det digitale trusselbildet, og dekker derfor ikke terrorisme i tradisjonell form, ei heller utilsiktede hendelser, som f.eks. naturkatastrofer og strømbrudd.

Trusselbildet er kun én av tre deler av risikobildet. For å oppnå effektiv risikostyring og god prioritering av sikkerhetsarbeidet må verdibildet[2] og sårbarhetsbildet vurderes opp mot trusselvurderingen.

Riksrevisjonens oppfølgingsrevisjon: Arbeid med forebygging av angrep mot IKT-systemer

Riksrevisjonen valgte Helse Nord og Helse Sør-Øst for tre-årsoppfølging av *Dokument 3:2 (2020–2021) om helseforetakenes arbeid med forebygging av angrep mot sine IKT-systemer*[3], og har valgt å gå i dybden på Universitetssykehuset Nord-Norge, Helse Nord IKT og Helse Nord RHF.

Helse Nord RHF gjennomgår tilbakemeldingene til Riksrevisjonen i møte med HOD 11. September 2024. Styret vil få en muntlig orientering avslutningsvis om risikobildet og tilbakemelding etter inntrengingstest, jf. utkast til rapport fra Riksrevisjonen datert 21. august

[1] HelseCERT: Helse- og omsorgssektorens nasjonale senter for cybersikkerhet, som tilbyr tjenester gjennom Nasjonalt Beskyttelsesprogr. (NBP)
[2] Verdibildet: Vurdering av hvilken infrastruktur og systemer som har størst betydning for å opprettholde pasientbehandlingen
[3] Se styresak 32-2021 Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer – orientering om status (styremøte 24. mars 2021)

2024. Den avsluttende del av presentasjonen anbefales gitt lukkede dører, jf. hfl. § 26 a, annet ledd nr 3.

Etablere forsvarlig sikkerhetsnivå for utpekte verdier etter sikkerhetsloven
Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ga i 2023 oppdrag om å utarbeide plan for nødvendige sikkerhetstiltak for å etablere og opprettholde et forsvarlig sikkerhetsnivå for verdiene, objektene og infrastrukturen som HOD har utpekt som skjermingsverdige jf. sikkerhetsloven. Helse Nord RHF har koordinert oppdraget i samarbeid med helseforetakene. Oppgaven er at Helse Nord skal identifisere nødvendige sikkerhetstiltak for å ivareta kravene til et forsvarlig sikkerhetsnivå, med utgangspunkt i risikovurderinger for de utpekte verdiene.

Prosess
Handlingsplan ble godkjent i styringsgruppen for informasjonssikkerhet 19. juni 2024, etter bred forutgående behandling i Fagråd for informasjonssikkerhet (FRIS).

Medbestemmelse
Handlingsplan for informasjonssikkerhet 2024-2027 v. 2.0 ble drøftet med de konserntillitsvalgte og -verneombud i Helse Nord RHF, den 3. juni 2024. Protokollen er lagt ved saken (vedlegg 2).

Brukermedvirkning
Regional handlingsplan for informasjonssikkerhet v. 2.0 var planlagt behandlet i Regionalt brukerutvalg 4. september 2024. Etter sekretariatets forslag ble saken omgjort til orienteringssak, og flyttet til 10. oktober 2024.

Administrerende direktørs vurdering
God informasjonssikkerhet er en forutsetning for å kunne utøve forsvarlige helsetjenester. Digitale løsninger bidrar til å styrke pasientsikkerheten, til bedre kvalitet på dokumentasjon og samhandling, og effektivisering av arbeidsprosesser. Samtidig skaper digitalisering økt kompleksitet, og kan skape nye sårbarheter og nye angrepsflater for trusselaktører.

Arbeidet med å redusere risiko knyttet til informasjonssikkerhet har pågått over lang tid. Riksrevisjonen gjorde sine første undersøkelser i 2014, oppfølging i 2019 og ny oppfølging i 2024. Samtidig er trusselbildet vesentlig endret. Tilgjengelig informasjon viser at det er sannsynlig at helse er et mål for fiendtlige angrep.

Til tross for at det er investert betydelige summer i informasjonssikkerhet, gjenstår fremdeles betydelige utfordringer. Administrerende direktør vil kommentere disse nærmere under den lukkede delen av gjennomgang av saken.

Arbeidet med å styrke informasjonssikkerhet vil sannsynligvis fortsette i all overskuelig fremtid. Samtidig skal det digitale risikobildet vurderes i lys av et helhetlig risikobilde for hele virksomheten.

Vedlegg:
1. Regional plan for informasjonssikkerhet, versjon 2.0
2. Protokoll fra drøftingsmøte med konserntillitsvalgte og -verneombud 3.6.2024

Regional handlingsplan Informasjonssikkerhet v. 2.0 2024 -2027

	Saksnummer Elements:	**Versjon:** 2.0
Behandlet dato:	**Behandlet av:** Adm. direktør	**Utarbeidet av:** Helse Nord RHF
Beslutning:		

Innhold

1. Innledning

1.1. Formål

Formål med regional handlingsplan for informasjonssikkerhet 2.0 er å gi en oversikt over innsatsområder, initiativer og tiltak som skal realisere regionale sikkerhetsmål og sikkerhetsstrategi i perioden 2024-2027. Begrunnelsen for valg av de ulike tiltakene vil ikke omtales i dette dokumentet.

Helse Nord har et regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet (DS6121), og i MS 0318 er regionale sikkerhetsmål og sikkerhetsstrategi for informasjonssikkerhet beskrevet.

Regionale sikkerhetsmål

1. Helse Nord skal ha målrettet sikkerhetsstyring gjennom god internkontroll (kvalitetsforbedring/ledelseskontroll) og robuste informasjonssystemer, som bidrar til effektiv og god pasientbehandling.
2. Helse Nord skal ha prosesser og tekniske løsninger som understøtter sikker og forsvarlig deling av relevant informasjon til forskning, utdanning og opplæring, nasjonalt og internasjonalt.
3. Helse Nord skal ha motstandsdyktighet mot, kunne avdekke og håndtere avanserte digitale angrep.
4. Helse Nord skal bruke trussel-, risiko- og verdibasert[4] sikring av IKT infrastruktur, systemer og tjenester, som ivaretar tilgjengelighet, integritet, konfidensialitet og robusthet.
5. Helse Nord skal inkludere informasjonssikkerhet i virksomhetskulturen[5]. I Helse Nord skal alle medarbeidere gjøre bevisste valg og bidra til åpenhet og kontinuerlig forbedring innenfor sikkerhetsområdet

Regional handlingsplan for informasjonssikkerhet skal bidra til målrettet og samordnet innsats for å sikre tilfredsstillende informasjonssikkerhet i alle tjenester og løsninger som tilbys, og etterlever de krav som følger av personopplysningsregelverket, nasjonal sikkerhetslov og digitalsikkerhetslov. Etter hvert som annet relevant regelverk, som eks «AI ACT», trer i kraft skal dette også etterleves i Helse Nord.

Informasjonssikkerhetsarbeidet skjer i samspillet av tiltak for å bedre organisasjon og arbeidsprosesser, applikasjoner, infrastruktur og teknisk sikkerhet, samt kunnskap, kompetanse, og bevissthet hos medarbeidere. Handlingsplanen har derfor tiltak innen innsatsområdene: organisasjon, teknisk sikkerhet og infrastruktur, samt mennesket.

Arbeidet med informasjonssikkerhet skal være risikobasert. Det vil derfor gjøres fortløpende vurderinger om behov for ytterligere tiltak for å oppnå akseptabelt risikonivå, sammenliknet med trusselbilde og øvrig risiko. Det skal derfor minimum årlig foretas justeringer i handlingsplanen i gyldighetsperioden.

1.2. Oppfølging av regional handlingsplan

Det er etablert styringsgruppe for oppfølging av planen, bestående av direktørene i alle helseforetakene, ref. direktørmøte 19.1.2022. Styringsgruppen har besluttet at Fagråd for informasjonssikkerhet (FRIS) skal være et kvalitetssikrende og rådgivende organ for saker som skal behandeles av styringsgruppen. Helseforetakenes representant i FRIS har mulighet til å møte som observatører i møtene.

Gjennomgang av status for måleindikatorene skal skje gjennom oppfølgingsmøtene mellom Helse Nord RHF og helseforetakene.

1.3. Lokale handlingsplaner

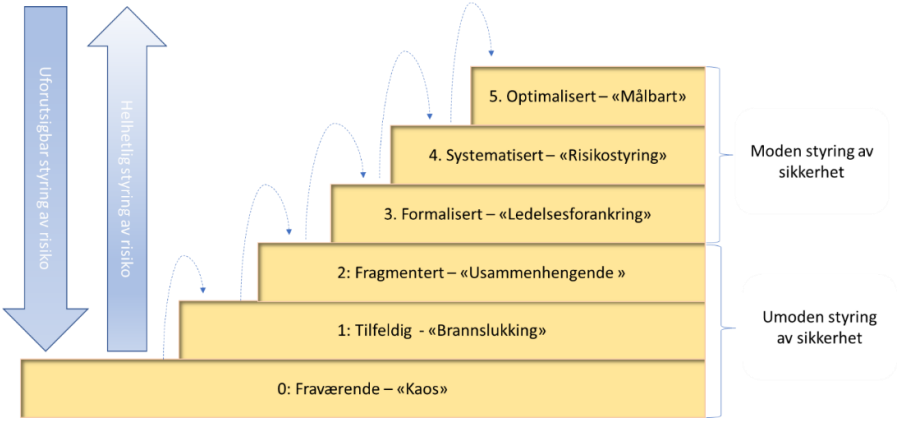
Alle helseforetakene har utarbeidet en handlingsplan for arbeidet med informasjonssikkerhet, som årlig oppdateres og presenteres for eget styre og for Helse Nord RHF.

De lokale handlingsplanene skal understøtte, og operasjonalisere (f.eks. gjennom en tiltaksliste) de ulike prinsippene/ tiltakene som er beskrevet i denne planen.

2. Innsatsområde organisasjon

Helse Nord skal ha et helhetlig arbeid med styring og kontroll. Uavhengig av ulike fagområder vil aktivitetene som gjennomføres for å ha styring og kontroll være ganske like. En helhetlig tilnærming til sikkerhetsstyring tar utgangspunkt i den samme strukturen som benyttes når man bygger styring og kontroll på ulike områder. Implementering av det regionale styringssystemet for informasjonssikkerhet, og herunder sikkerhetsstyringen, må skje i helseforetakene.

Graden av sikkerhet i en virksomhet kan ikke måles direkte. Derimot kan graden av sikkerhet måles indirekte ved å vurdere kvaliteten i prosessene som inngår i arbeidet med informasjonssikkerhet, eks sikkerhetsstyring, risikostyring med mer.



Figur 1- modenhet i styring av sikkerhet

Figuren illustrerer ulike grader av modenhet for styring av sikkerhet. Helse Nord skal minst ha modenheten 4 og bør innenfor noen områder tilstrebe seg å komme opp til nivå 5.

2.1. Sikkerhetsstyring

Formål:
Sikkerhetsstyringen er avgjørende for at riktige tiltak identifiseres og implementeres. Svakheter i sikkerhetsstyringen kan føre til at kjente sårbarheter og svakheter forblir åpne. Formålet med sikkerhetsstyringen er å medvirke til at bruken av IKT i Helse Nord på en best mulig måte realiserer virksomhetens samlede mål, er kostnadseffektiv og er i samsvar med lover og regler.

Beskrivelse av prinsipp/ tiltak:	Helseforetakene må legge til rette for at både ansvar og oppgaver innen sikkerhet på strategisk, taktisk og operativt nivå ivaretas. Ledelsen, og spesielt mellomlederne, må ta eierskap, sette klare forventinger og disponere tilstrekkelig tid og ressurser til å ivareta sikkerhet i daglig drift/arbeidsoppgaver.
Ansvarlig:	Helseforetakene
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Sikkerhet er integrert i virksomhetsstyringen. 2. Ledelsens styring og oppfølging av eget ansvarsområde gjennomføres. 3. Helseforetakene har iverksatt tiltak slik at ledere, mellomledere og ansatte forstår sin rolle, og følger opp krav og retningslinjer/aktivitetene i det regionale styringssystemet 4. Helse Nord RHF følger opp helseforetakenes sikkerhetsstyring 5. Sikkerhetsprosesser i leveranser fra prosjekter til linjen skjer i henhold til fastsatt metodikk i styringslinjen (når det fremkommer hva prosjektleder er ansvarlig for, og hva og hvem i linjen som er ansvarlig).

2.2. Sikkerhetsorganisering

Formål:
Helseforetakene skal ha tilfredsstillende informasjonssikkerhet basert på vurdering av risiko og sårbarhet, og oppfølging gjennom styringssystemet for ledelse og kvalitetsforbedring (internkontroll).

Det enkelte helseforetak, har et selvstendig og overordnet ansvar for at informasjonssikkerheten blir ivaretatt i henhold til gjeldende krav som er beskrevet i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet; RL6911, med flere.

Beskrivelse av prinsipp /tiltak:	Helseforetakene skal beskrive sikkerhetsorganiseringen i eget dokument. Ansvar, roller og rapporteringsrutiner skal være tydeliggjort. Det overordnede ansvaret ligger hos administrerende direktør i helseforetaket.
Ansvarlig:	Helseforetakene

Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Helseforetakene har implementert egnet sikkerhetsorganisering i egen virksomhet 2. Lokal og regional sikkerhetsorganisering er inkludert i øvrig virksomhetsstyring

2.3. Gjennomføre verdivurdering

Formål:
Helse Nord skal ha oversikt over verdier som har betydning for pasientbehandlingen. Formålet er å identifisere de viktigste verdiene, kritikalitet og potensielle risikoområder som foretaksgruppen bør være spesielt oppmerksom på i risikovurderingen og risikohåndteringen. De viktigste verdiene skal sikres først.

Beskrivelse av prinsipp/ tiltak:	Helse Nord IKT skal etablere regional forvaltning for verdivurdering av IKT-system. Vedlikehold og utvikling av verdivurderingen skal skje i samarbeid med helseforetakene som bruker systemene.
Ansvarlig:	Helse Nord IKT
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Helse Nord IKT har etablert regional forvaltning, 2. Regional rangering av verdier som har størst betydning for pasientbehandlingen er utarbeidet, og dette er tilsluttet fra sykehusforetakene/SANO. 3. Utarbeidet og tatt i bruk prosesser for å oppdatere med nye verdier 4. Helse Nord IKT operasjonaliserer vedtatt verdivurdering, og følger opp avhengigheter i IKT infrastrukturen.

2.4. Risikostyringsprosesser og sammenstilling av risiko på virksomhetsnivå

Formål:
Helhetlig risikostyring skal bidra til å forbedre organisasjonens evne til å oppnå fastsatte mål. Foretakene i Helse Nord skal ha kontroll på, og styring med, de risikoer foretakene står overfor på kort og lang sikt. Forhold eller hendelser som inntreffer og påvirker måloppnåelsen kan ha negative konsekvenser, positive konsekvenser eller begge deler.

Beskrivelse av prinsipp/tiltak:	Helseforetakene må legge til rette for at sikkerhet blir en del av den helhetlige risikostyringen.
Ansvarlig:	Helseforetakene
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Sikkerhet er en integrert del av regional risikostyringsprosess 2. Konsekvenskriterier for gjennomføring av risikovurdering er regionalisert. 3. I utgangspunktet skal regional risikomodul i regionalt kvalitetsforbedringssystem benyttes for gjennomføring av risikovurderingen innen informasjonssikkerhet.

2.5. Sikkerhet i anskaffelser

Formål:
Helse Nord må sørge for at alle som gjennomfører anskaffelser har tilstrekkelig sikkerhetskompetanse. Applikasjoner og medisinsk utstyr er i større grad enn tidligere koblet til nettverket. Dette krever at både utstyr har tilstrekkelig sikkerhet, og at utstyr støtter de sikkerhetsmekanismer som finnes i Helse Nord sitt nettverk. Utstyr og tjenester som anskaffes må også forvaltes gjennom hele livssyklusen. Anskaffelser på nasjonalt og regionalt nivå som erstatter lokale anskaffelser kan bidra til å øke sikkerhetsnivået.

Ved anskaffelser som gjelder nasjonal sikkerhet gjelder kravene i nasjonal sikkerhetslov i tillegg til lov og forskrift om offentlige anskaffelser, og da skal prosedyre for anskaffelser omfattet av sikkerhetsloven følges (sjekkliste utviklet av Helse Nord IKT- juridisk).

Beskrivelse av prinsipp/tiltak:	Administrerende direktører i de regionale helseforetakene har besluttet at kravene til informasjonssikkerhet i anskaffelser skal dekkes ved å benytte regionens informasjonssikkerhetsmiljø. I Helse Nord skal dette skal ivaretas gjennom Helse Nord IKT. Antall lokale anskaffelser skal reduseres, og anskaffelsene skal primært være nasjonal eller regionale. For anskaffelser omfattet av sikkerhetsloven skal egen prosedyre/sjekkliste følges.
Ansvarlig:	Helseforetakene
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Sikkerhet er tilstrekkelig ivaretatt i regionale og nasjonale anskaffelser 2. Leverandører følges opp gjennom hele produktets/tjenestens levetid. 3. HN RHF skal monitorere alle anskaffelsene. Anskaffelser gjennom Clockwork skal ha en avtalekode (SI-kode). 4. Prosedyre for anskaffelser omfattet av sikkerhetsloven skal brukes og følges.

2.6. Modenhetsvurderinger

Formål: Modenhetsvurdering av implementering av NSM grunnprinsipper for IKT sikkerhet skal bidra til å øke bevisstheten om informasjonssikkerhet og gi tilgang til en standardisert regional modenhetsvurdering.
Modenhetsvurderingen er en egenvurdering gjennomført av hvert helseforetak. Vurderingen er et godt utgangspunkt, sammen med andre verktøy, for å gi en samlet regional vurdering, og for å foreslå og iverksette risikoreduserende tiltak, og justeringer av lokal/ regional handlingsplan for informasjonssikkerhet.

Beskrivelse av prinsipp/tiltak:	Helseforetakene skal gjennomføre, og videreutvikle prosess for å vurdere egen modenhet av implementering av NSMs grunnprinsipper for IKT sikkerhet (prioritet 1 & 2)
Ansvarlig:	Helseforetakene

Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Helseforetakene har dokumentert egenvurdering av modenhet for tiltakene. 2. Helse Nord RHF har sammenstilt en samlet regional vurdering. 3. Modenhetsvurderingen gjennomføres av eksterne (hvert 2. eller 3. år.) 4. Når det er foreslått tiltak/justeringer av lokal og regional handlingsplan

2.7. Sikkerhetsrevisjoner

Formål:
Regionale sikkerhetsrevisjoner er et ledd i kvalitetsarbeidet i foretaksgruppen, og et kjerneelement i det regionale styringssystemet. Formålet med en sikkerhetsrevisjon er å verifisere at Helse Nord etterlever egne krav til informasjonssikkerhet og personvern.

Beskrivelse av tiltak:	Videreutvikle og gjennomføre regionale sikkerhetsrevisjoner
Ansvarlig:	Avdeling sikkerhet og beredskap
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Når revisjoner i revisjonsplan er gjennomført 2. Når revisjoner følges opp

2.8. Håndtere og gjenopprette

2.8.1. Håndtering av IKT beredskapshendelser

Formål:
Helse Nord skal styrke regional beredskap og evne til hendelseshåndtering, slik at digitale hendelser oppdages hurtig, kontrolleres, skaden minimeres og hendelsesårsaken fjernes effektivt. Dette omfatter også evnen til gjenoppretning og sykehusenes evne til å yte helsetjenester.

Beskrivelse av tiltak:	Delplan regional beredskapsplan IKT er et rammeverk for IKT beredskapsarbeidet i foretaksgruppen. Helse Nord IKT er ansvarlig for å utarbeide planer for tekniske håndtering og gjenoppretting ved reduksjon og bortfall av IKT for inntil 7 døgn. Sykehusforetakene skal ha planer for håndteringen av pasientbehandlingen ved reduksjon og bortfall av IKT for inntil 7 døgn. Kravet er også gitt i styringskrav og rammer 2024. Det skal suksessivt arbeides med å definere og etablere reserveløsninger for de mest kritiske tjenestene som har betydning for pasientbehandlingen, jf punkt2.3.
Ansvarlig:	Helseforetakene / Helse Nord IKT/ Helse Nord RHF
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Når reserveløsninger for de mest kritiske tjenester som har betydning for pasientbehandlingen er definert. 2. Styringskrav og rammer er innarbeidet i lokalt beredskapsplanverk. 3. IKT beredskapshendelser er håndtert i henhold til regional beredskapsplan IKT.

2.8.2. Øvelser

Formål:

Den digitale sikkerheten utsettes stadig for nye trusler og sårbarheter. For å øke bevisstheten og for å være bedre rustet til å håndtere digitale sårbarheter skal Helse Nord ha øvingsplan som sikrer at hele foretaksgruppen har gjort nødvendige øvelser for reduksjon og totalt bortfall av IKT.

Beskrivelse av tiltak:	Helse Nord RHF skal sammenstille en overordnet øvingsplan for reduksjon og totalt bortfall av IKT. Helseforetakene skal ha egne lokale øvingsplaner.
Ansvarlig:	Helseforetakene
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Planlegge iverksetting av nødvendige øvelser 2. Helseforetakene har utarbeidet lokale øvingsplaner, og oversendt disse til Helse Nord RHF. 3. Helse Nord RHF har sammenstilt dette til en regional øvingsplan, og denne er publisert. 4. Øvelser i øvingsplan er gjennomført

2.8.3. Evaluering av hendelser og øvelser

Formål:

Hva kan vi som virksomhet lære av denne hendelsen/øvelsen? Hvordan kan vi bruke lærdommen fra denne hendelsen/øvelsen til å forebygge, og til å bedre håndteringen av kommende hendelser?

Beskrivelse av tiltak:	Helseforetakene skal evaluere alle IKT beredskapshendelser, og øvelser. Læringspunkter skal ledelsesforankres og innarbeides i egen tiltaksplan for oppfølging. Evalueringer skal sendes til Helse Nord RHF.
Ansvarlig:	Helseforetakene
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. IKT beredskapshendelser/øvelser er evaluert. 2. Helseforetakene skal oversende egen evaluering til Helse Nord RHF. 3. Når resultater fra øvelser og fulgt opp, og det er gjort nødvendige tilpasninger i relevante beredskapsplaner.

3. Innsatsområde teknologi (Infrastruktur og teknisk IKT sikkerhet)

Helse Nord skal arbeide med teknologiske sikkerhetstiltak etter en risikobasert metodikk, der prinsippet om sikkerhet i dybden står sentralt. Dette følger i stor grad tråden til oppbygningen av de ulike kategoriene til NSM grunnprinsipper, og definisjonen slik den er definert for fysiske tiltak gjennom barrierer, deteksjon, verifikasjon og reaksjon. For Helse Nord handler sikkerhet i dybden om å ha et helhetlig fokus på sikkerhet, og at teknologiske tiltak dimensjoneres sammen med menneskelige og organisatoriske tiltak sett opp mot den vurderte risikoen.

3.1. Forsvarlig sikkerhet etter sikkerhetsloven

Formål:
Det er utpekt fysiske og logiske skjermingsverdige objekter etter sikkerhetsloven i Helse Nord. Det skal etableres forsvarlig sikkerhetsnivå for de utpekte verdiene.

Beskrivelse av tiltak:	Det etableres en regional koordinering for å etablere forsvarlig sikkerhetsnivå for skjermingsverdige verdier i helseforetakene.
Ansvarlig:	Helse Nord RHF og Helseforetakene
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Det er etablert en aktivitet for å følge opp identifiserte tiltak 2. Det er etablert en plan for etablering av forsvarlig sikkerhetsnivå 3. Identifiserte tiltak i sikringsrisikoanalyser m.v.er håndtert.

3.2. Styrket robusthet i IKT infrastruktur

Formål:
I styringsrammer og krav 2024 er det gitt økte krav til robusthet ift helseberedskap.. Det må etableres robusthet i design og konfigurasjon av infrastrukturen for å styrke evnen til kontinuitet ved hendelser.

Beskrivelse av tiltak:	Etablere robust IKT infrastruktur som sikrer en forsvarlig drift selv ved utfall av kommunikasjonslinjer.
Ansvarlig:	Helse Nord IKT
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Det er etablert aktivitet for å designe ny arkitektur for å ivareta robusthet for IKT infrastruktur. 2. Det er etablert mulighet for tilfredsstillende «break-out»/ internett-tilgang fra lokal infrastruktur.

3.3. Oppfølging av målbilde for sikkerhet 2030

Formål:
Et oppdatert målbilde for sikkerhet skal gi føringer for å etablere kontroll og sikkerhet i regional infrastruktur.

Beskrivelse av tiltak:	Utarbeide målbilde for informasjonssikkerhet mot 2030, som skal gi føringer for oppgradering av sikkerhet i IKT infrastruktur og løsninger/tjenester, for å sikre en enhetlig retning på sikkerhetsarbeidet relatert til IKT i regionen.
Ansvarlig:	Helse Nord IKT
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Utarbeide og forankre målbildet sikkerhet 2030 2. Utarbeide målarkitekturer for prioriterte områder 3. Realisering av målbilde 2023

3.4. Understøtte digital strategi 2038

Formål:

Beskrivelse av tiltak:	Digi 2038 skal realisere fremtidens pasientbehandling. Det er viktig med en bevisst og sikker tilnærming til denne digitaliseringen.

Ansvarlig:	Helse Nord IKT
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Rammer og krav for trygg og sikker bruk av skytjenester er etablert 2. Rammer og krav for trygg etablering av KI er etablert 3. Rammer og krav for sikker og robust transport og lagring av data er etablert

3.5. Oppfølging av gjennomførte forbedringsaktiviteter og revisjoner

3.5.1. Oppfølging av tekniske tester

Formål:

Det gjennomføres årlig ulike teknisketester på intern infrastruktur. Funn fra disse aktivitetene må ha en målrettet oppfølging.

Beskrivelse av tiltak:	Identifiserte tekniske forbedringsområder og avvik identifisert av bl.a. Riksrevisjonen, HelseCERT og interne sikkerhetsrevisjoner må følges opp helhetlig. Det skal etableres en prosess der HN IKT holder en overordnet oversikt over tekniske oppfølgingstiltak som følge av disse testene.
Ansvarlig:	Helse Nord IKT
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Alle foretak rapporterer fortløpende status på tekniske avvik/tiltak i sitt foretak til HN IKT, iht etablerte rutiner. 2. HN IKT rapporterer kvartalsvis status på oppfølging til foretakene gjennom sikkerhetskoordinatormøter, og halvårlig til FRIS. 3. Behov for nye tiltak/aktiviteter som følge av gjennomførte tester forankres i FRIS, og legges frem for regional styringsgruppe for informasjonssikkerhet

3.5.2. Oppfølging av gjennomførte forbedringsaktiviteter og revisjoner

Formål:

Iht regional revisjonsplan og punkt 2.6 og 2.7 i denne handlingsplanen, vil det årlig bli gjennomført modenhetskartlegginger og revisjonsaktiviteter som skal følges opp i tråd med dette tiltaket. Andre testaktiviteter som gjennomføres som del av den kontinuerlige sikkerhetstestingen skal også systematisk følges opp.

Beskrivelse av tiltak:	Identifisere og sette i gang nødvendige tekniske tiltak etter utførte internrevisjoner, egen sikkerhetstesting eller andre kontrollaktiviteter.
Ansvarlig:	Helse Nord IKT (Infrastruktur og plattform og Applikasjonstjenester), Helse Nord RHF (felles administrative), Helseforetak (MTU/BTU)
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Tiltaksplan etter endt revisjon leses tilbake til eier 2. Aktivitet for håndtering av tiltak er iverksatt 3. Besluttede tiltak er avsluttet

3.6. Kontinuerlig forbedring

3.6.1. Asset management som regionalt enhetsregister

Formål:
For å ivareta god livssyklusforvaltning må Helse Nord ha et regionalt register med oversikt over egne IKT eiendeler.

Beskrivelse av tiltak:	Videreutvikle asset management system til teknisk og prosessuelt å inneha oppdatert oversikt over klienter, servere og MTU enheter. Asset skal fungere som primært enhetsregister.
Ansvarlig:	Helse Nord IKT (forvalte Asset), Alle (bidra med datakvalitet)
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Løpende oversikt over enheter i bruk er tilgjengeliggjort for systemeiere. 2. Løpende oversikt på konfigurasjons- og sårbarhetsstatus er tilgjengelig for systemeiere. 3. Sikkerhetsorganisasjonen presenteres måledata med oversikt over omfang enheter i infrastrukturen som ikke er registrert i Asset

3.6.2. Løpende oversikt over medisinteknisk utstyr

Formål:
Understøtte kap 3.5.1 med nødvendig informasjon som er registrert i egne registre.

Beskrivelse av tiltak:	Helseforetakene skal ha oversikt over alt medisinsk utstyr som er koblet til digitalt nettverk.
Ansvarlig:	Sykehusforetakene
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Nødvendige opplysninger er registrert og oppdatert i «Asset management». 2. Rapportering på status med arbeid er innarbeidet i tertialrapporter.

3.6.3. Oversikt over brukergrupper og brukere

Formål:
Iht NSM grunnprinsipp 1.3 må Helse Nord ha god livsløpsforvaltning over brukere og deres tilganger i infrastrukturen.

Beskrivelse av tiltak:	Innføre IAM for alle foretak, og ha oversikt over alle privilegerte, og ikke-menneskelige brukere.
Ansvarlig:	Punkt 1og 2: Alle, punkt 3-5: Helse Nord IKT
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. IAM er tatt i bruk i samtlige foretak for tilganger til arbeidsflater. 2. Implementere regionale retningslinjer for ikke-menneskelige brukere (RPA, systemkontoer, KI, mm). 3. Gjennomført verifikasjon av etablerte system- og servicebrukere og tilganger.

	4. Gjennomført verifikasjon* på tildelte brukertilganger på utpekte systemer fra regional verdivurdering. 5. Gjennomført verifikasjon* på at tildelte privilegerte brukertilganger er korrekt i PAM. *Hyppighet kravstilles i styringssystem for informasjonssikkerhet

3.6.4. Etablere livsløpsforvaltning av applikasjonsporteføljen

Formål:

HN IKT er gitt ansvar for teknisk og merkantil forvaltning av applikasjoner. Oppdraget må operasjonaliseres gjennom livsløpsforvatning av applikasjonsporteføljen.

Beskrivelse av tiltak:	Ferdigstilling av overføring av teknisk og merkantil forvaltning av applikasjoner til HN IKT.
Ansvarlig:	Helse Nord IKT
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Etablert evne til å gi livsløpstilstand over applikasjonsporteføljen til systemeiere. 2. Det er etablert årlige KPI for omfang av applikasjoner med etablerte prosesser for å motta sikkerhetsoppdateringer. 3. Applikasjoner tilknyttet regional verdivurdering er integrert med sentral loggløsning.

3.6.5. Operasjonalisere portvaktfunksjonen

Formål:

Sikre at nye løsninger som innføres i infrastrukturen er i tråd med kravstillinger og gjeldene risikoappetitt.

Beskrivelse av tiltak:	Videreutvikle prosess og teknisk understøttelse av portvaktfunksjon for å sikre at nye enheter og løsninger tilfredsstiller sikkerhetsmessige krav. (Iht NSM 2.1.1, 2.1.2)
Ansvarlig:	Helse Nord IKT
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Etablert prosess for å ivareta sikkerhetskrav i anskaffelser. 2. Etablert prosess og kapabilitet for godkjenning av sikkerhetstilstanden til nye enheter inn i infrastrukturen. 3. Etablert kapabilitet for sikkerhetsskann av nye enheter. 4. Etablert kapabilitet for å avdekke uautoriserte enheter i infrastrukturen.

3.6.6. Forbedring av gjestenett-løsning i regionen, inkl gjestenett-wifi

Formål:

Det er ved flere anledninger identifisert behov for å forbedre løsning for gjestenett ved foretakene.

Beskrivelse av tiltak:	Forbedre dagens gjestenettløsning, både kablet og wifi, med tanke på å styrke etterlevelse av sikkerhetskrav
Ansvarlig:	RHF (2)/ HN IKT (1)/ Alle foretak (3)

Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Det er implementert avhjelpende (mitigerende) tiltak for permanent utstyr på dagens løsning. 2. Igangsatt aktivitet for å etablere ny løsning. 3. Ny løsning implementert.

3.6.7. Målrettet arbeid med reduksjon av teknisk gjeld

Formål:
I tråd med oppfølging av Riksrevisjonens tekniske test 2019, må det arbeides systematisk med reduksjon av teknisk gjeld, for å forbedre sikkerhetstilstanden.

Beskrivelse av tiltak:	Det skal arbeides målrettet med å redusere andel teknisk gjeld i eget foretak
Ansvarlig:	HNIKT (1,3). Alle foretak (2)
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Det er etablert målinger med definerte årlige måleindikatorer for omfang av teknisk gjeld. 2. Teknisk gjeld i eget foretak inngår i ledelsesrapportering. 3. Antall enheter i kritisk infrastruktur som er EOL = 0.

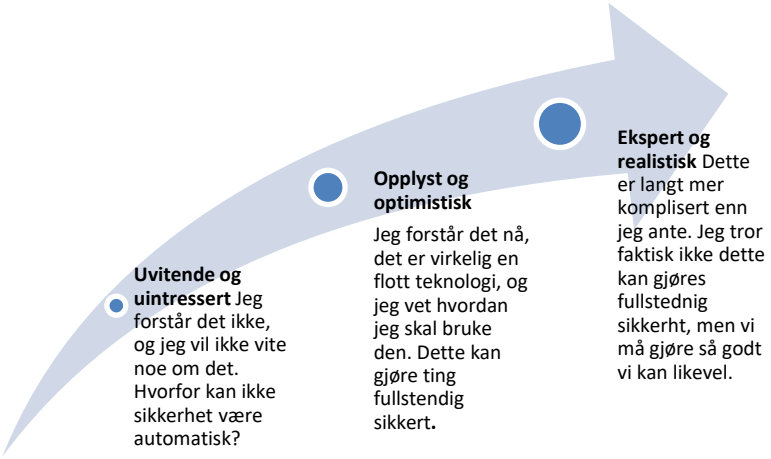
3.7. Statistisk logganalyse

Formål:
Helse Nord skal ha en tilgangsstyring, logging og etterfølgende kontroll for å hindre urettmessig tilgang til journaler. Antall oppslag i journal er så stort at manuell oppfølging for etterfølgende kontroll i helseforetakene er krevende.

Beskrivelse av tiltak:	Innføre og ta i bruk verktøy for statistisk logganalyse, og prosess for oppfølging av uvanlige oppslag.
Ansvarlig:	Helse Nord RHF
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Det er besluttet å ta i bruk samme løsningen som Helse Sør-øst. 2. Når verktøy for statistisk logganalyse er tatt i bruk i Helse Nord

4. Innsatsområde sikkerhetskultur og –kompetanse (mennesket)

Å skape en god sikkerhetskultur krever langsiktige og målrettede tiltak slik at alle enkeltindivider utvikler en god sikkerhetsatferd. Dette må kombineres med organisatoriske og tekniske sikkerhetstiltak slik at muligheten for å gjøre feil, og konsekvenser av menneskelige feil, reduseres.



Figur 2 Stadier av sikkerhetslæring som folk går gjennom. Ved å følge tiltakene i handlingsplanen skal medarbeider i Helse Nord få en realistisk oppfatning av hva som er mulig å oppnå med informasjonssikkerhet. kilde: Gjøsang, og Esponosa: The smartest person in the Room: TheRoot Cause and new solution for cybersecurity

4.1. Utarbeide og benytte trusselvurdering

Formål:
Trusselvurderinger er en viktig del av beslutningsunderlaget innen styring av informasjonssikkerhetsarbeidet.

Beskrivelse av tiltak:	Helse Nord IKT skal utarbeide årlig trusselvurdering sammen med Sykehuspartner HF/ regionene, i samarbeid med Helse- og kommune-CERT. Trusselvurderingen gir et grundig bilde av hvilke digitale trusler spesialisthelsetjenesten står overfor. Trusselvurderingen skal bidra til situasjonsforståelse og lederstøtte, og skal brukes aktivt av alle helseforetak i arbeidet med sikkerhet.
Ansvarlig:	Helse Nord IKT er ansvarlig for å utarbeide trusselvurdering. Alle helseforetak er ansvarlig for å benytte trusselvurdering i eget arbeid.
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Når trusselvurdering er utarbeidet. 2. Når trusselvurdering er tatt i bruk.

4.2. Opplæring/ kompetanse

Formål:
Kompetanse innen sikkerhet på alle nivåer er et forbyggingselement. Svak sikkerhetsadferd kan utgjøre en vei inn i systemene for en trusselaktør. Arbeidet med sikkerhetskultur og opplæring I Helse Nord skal være en systematisk og kontinuerlig forbedringsprosess. Trusselvurdering i spesialisthelsetjenestens skal ligge til grunn for arbeidet med opplæring og kompetanseutvikling.

Beskrivelse av tiltak:	Helse Nord RHF må gi en overordnet beskrivelse av kompetansenivå på regionalt nivå. Helseforetakene må ha en tilsvarende beskrivelse på lokalt nivå og iverksette nødvendige tiltak slik at egne medarbeidere forstår sitt ansvarsområde og har tilstrekkelig opplæringen innen sikkerhet.

Ansvarlig:	Punkt 1 og 3: Helseforetakene, punkt 2: Helse Nord RHF, punkt 3: Helse Nord RHF/ Helse Nord IKT
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Når alle ansatte har gjennomført generelle kompetansehevingstiltak innen sikkerhet. 2. Når det er utarbeidet en regional opplæringsplan for sikkerhet 3. Når det er utarbeidet lokale opplæringsplaner innen sikkerhet for relevante roller 4. Når systemeier/tjenesteeier/bestiller tilbys relevant opplæring

4.3. Personellsikkerhet

Formål:
Statlige og ikke-statlige trusselaktører bruker metoder for å kartlegge og dra nytte av personer på innsiden av virksomheter. Medarbeidere på innsiden har direkte eller indirekte tilgang til verdier, og i større eller mindre grad tilgang til informasjon som en trusselaktør kan forsøke å utnytte.

Helse Nord skal gjennom risikobasert tilnærming sikre at medarbediere som innehar høyrisikoroller er identifisert. Tiltak for å forebygge innsidervirksomhet deles inn i tre hovedkategorier: Sikkerhetsklarering, autorisasjon og sikkerhetsmessig ledelse og kontroll. Medarbeidere som innehar stillinger som kan defineres som høyrisikoroller skal gjennomføre kompetansehevende tiltak for å kunne håndtere risiko knyttet til stillingen på en god og forsvarlig måte.

Beskrivelse av tiltak:	Kartlegge høyrisikoroller som har tilgang til virksomhetens viktigste verdier. Risikovurdere stillinger ift hvilken tilgang til sensitiv informasjon som er knyttet til stillingen.
Ansvarlig:	Helse Nord RHF avdeling sikkerhet og beredskap. Helseforetakene.
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Når høyrisikoroller er identifisert. 2. Når internopplæring om innsidere med fokus på å være en barriere mot sikkerhetstruende virksomhet, er utarbeidet og tatt i bruk. 3. Når HR-avdelingene er involvert i arbeidet slik at det er forankret hos dem som har mest kunnskap om når det rekrutteres, tilsettes og avsluttes.

4.4. Delta aktivt i nasjonale og regionale samarbeidsforum

Formål:
Bidra til og sørge for erfaringsdeling innen digital sikkerhet mellom regionene.

Beskrivelse av tiltak:	Delta i samarbeidsforum for å dele erfaringer mellom HOD, helseregionene, Helsedirektoratet og Norsk helsenett SF. Delta i utvalg for digital sikkerhet.
Ansvarlig:	Helse Nord RHF og Helse Nord IKT

Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	Helse Nord deltar på aktuelle lokale, regionale og nasjonale møtefora knyttet til digital sikkerhet. Deltakere i de aktulle møtefora sørger for erfaringsdeling.

4.5. Kartlegging av digital sikkerhetskultur

Formål:
Det skal fremskaffes informasjon som gir økt innsikt i hvordan den menneskelige faktoren påvirker den digitale sikkerheten, og bedre forståelse av effekten av tiltak som Helse Nord gjennomfører. Formålet er å øke de ansattes bevissthet, holdninger, kunnskaper og adferd innen digital sikkerhet.

Beskrivelse av tiltak:	Kartlegge digital sikkerhetskultur, og følge opp resultatene fra kartleggingen.
Ansvarlig:	Foretaksgruppen
Måleindikator (Når kan tiltaket anses å være fullført?)	1. Når kartlegging av digital sikkerhetskultur er gjennomført 2. Når resultatene er gjennomgått i egen virksomhet og avdeling 3. Når regionale og lokale tiltak er implementert

HELSE NORD | DAVVIDEARVVAŠVUOHTA VARRESVUOHTA NUORTTA HEALSOE NOERHTE

Drøftingsprotokoll

Vår ref.:	Saksbehandler:	Dato:
2021/1553-21	Lisa F Carlsen	03.06.202431.07.2024

Møtetype:	Drøftingsmøte i henhold til Hovedavtalens § 42 mellom konserntillitsvalgte i Helse Nord RHF.
Møtedato:	3. juni 2024
Møtested:	Helse Nord RHFs lokaler, Bodø og Microsoft Teams

Tilstede

Navn:	
Ann-Mari Jenssen	YS Helse
Baard Einar Martinsen	SAN
Kari B Sandnes	LO Stat
Sissel Alterskjær	UNIO
Martin Øien Jenssen	Akademikerne
Anita Mentzoni-Einarsen	HR direktør
Hilde Rolandsen	eierdirektør
Ida Kristin Marthinussen	informasjonssikkerhetsleder
Lisa F Carlsen	rådgiver/sekretariat

Forfall:

Jeanette Mikalsen, konsernvernombud

Regional plan for informasjonssikkerhet 2024-2027

Hilde Rolandsen innledet og redegjorde for innholdet i drøftingsnotatet, slik det ble sendt ut, den 27. mai 2023.

Saken ble tatt opp til drøfting.

Protokoll:

1. Arbeidsgiver anførte følgende:

   Arbeidsgiver la frem innholdet i saken. Saken er bygd opp på styresak 37-2024 og de tre hendelsene i ettertid av styrebehandlingen:

   1. Digital trusselvurdering for spesialisthelsetjenesten 2024
   2. Foreløpige funn fra tekniske undersøkelser fra Riksrevisjonens oppfølgingsrevisjon
   3. Regional koordinering for å etablere forsvarlig sikkerhetsnivå for utpekte verdier etter sikkerhetsloven, er utarbeidet

2. KTV/KVO anførte følgende:

Følgende spørsmål og innspill ble stilt fra KTV/KVO, og besvart av arbeidsgiver:

- Punkt 2.8.2 Øvelser: hvem er ansvarlig for at øvelser skjer og når? Arbeidsgivers svar er at de enkelte foretaksdirektører er ansvarlig for øvelsene.

- Punkt 3.6.2 Løpende oversikt over medisinteknisk utstyr: KTV stiller spørsmål om kostnadene og det fins et anslag for hva dette vil koste. Arbeidsgivers svar er at de ikke har den totale oversikten over hele omfanget pr nå, men det foreligger et estimat fra HN IKT.

- Punkt 3.7 Statistisk logganalyse: KTV ønsker tidlig involvering og informasjon før dette iverksettes. Arbeidsgivers svar er at tidshorisonten er på ett eller to år frem i tid og at KTV vil bli invitert til medvirkning.

- Punkt 4.2 Opplæring/kompetanse: Hvem utarbeider regional opplæringsplan for sikkerhetskultur og hvordan skal KTV medvirke? Hvem gjelder opplæringen for? Arbeidsgivers svar er at det er Helse Nord RHF som utarbeider opplæringsplan og KTV vil bli invitert til medvirkning. Den generelle grunnopplæringen skal alle ansatte gjennomføre.

- Punkt 4.4 Nasjonale og regionale samarbeidsforum: Det burde presiseres tydeligere hva som er tenkt både før og etter samarbeidet. Arbeidsgivers svar er at Helse Nord ikke har mottatt mandat, men det er besluttet at de skal delta i utvalgene. Arbeidet er fortsatt under utarbeidelse av Helsedirektoratet.

- Punkt 4.5 Kartlegging av digital sikkerhetskultur: Hva er hyppigheten av denne kartleggingen? Arbeidsgivers svar er at undersøkelsen for digital sikkerhetskultur er gjennomført to ganger, i 2021 og 2023 og at neste undersøkelsen vil bli gjennomført høst 2025.

- KTV slutter seg til innholdet i *Regional handlingsplan for informasjonssikkerhet 2024-2027* og presiserer samtidig at drøftingsnotatet er godt utformet.

Bodø, den 3. juni 2024

Protokollen ble godkjent i etterkant av drøftingsmøtet.

Anita Mentzoni-Einarsen Helse Nord RHF	Hilde Rolandsen Helse Nord RHF	
Ann-Mari Jenssen YS Helse	Baard Einar Martinsen SAN	Kari B. Sandnes LO Stat
Sissel Alterskjær UNIO	Martin Øien Jenssen Akademikerne	