

Saksliste styremøte 16. juni 2015

Saksbehandler: Øyvind Juell

Vår dato: 9. juni 2015

Arkivnummer: 012

Bodø

Daglig leder i Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS (Luftambulansetjenesten ANS) kaller inn til styremøte 16. juni kl 1700-2100 på Radisson Blu Hotel, Gardermoen.

Saksliste

- Sak 37-2015 Godkjenning av innkalling
- Sak 38-2015 Godkjenning av saksliste
- Sak 39-2015 Godkjenning av protokoll fra styremøte 21. mai
- Sak 40-2015 Økonomisk status
- Sak 41-2015 Anskaffelse av ambulanshelikoptertjenester
- Sak 42-2015 Strategi 2019 Luftambulansetjenesten ANS
- Sak 43-2015 Selskapets kvalitets- og miljøstyringssystem
- Sak 44-2015 Kvalitets- og sikkerhetsrevisjoner
- Sak 45-2015 Orienteringssaker
 - a. Styreseminar Helse Fonna HF
 - b. Lufttransport AS
 - c. Norsk Luftambulans AS
- Sak 46-2015 Eventuelt

Med vennlig hilsen

Øyvind Juell

PROTOKOLL

Vår dato:
21. mai 2015

Arkivnr.:
012

STYREMØTE 21 MAI 2015

Styret for Luftambulansetjenesten ANS avholdt styremøte 21. mai 2015 i Bodø

Til stede

Daniel Haga (styreleder)
Tor-Arne Haug (nestleder)
Ingvill Skogseth
Randi Nordtorp Mølmen
Arild Østergaard

Fra administrasjonen

Øyvind Juell (daglig leder)
Mariann Hunstad (rådgiver)
Pål Madsen (rådgiver)

STYRESAK 29-2015 GODKJENNING AV INNKALLING

Styrets vedtak

Innkalling til styremøte 21. mai 2015 er godkjent med tillegg av sak 35d-2015.

STYRESAK 30-2015 GODKJENNING AV SAKSLISTE

- | | |
|-------------|---|
| Sak 29-2015 | Godkjenning av innkalling |
| Sak 30-2015 | Godkjenning av saksliste |
| Sak 31-2015 | Godkjenning av protokoll fra styremøte 16. april 2015 |
| Sak 32-2015 | Økonomisk status |
| Sak 33-2015 | Anskaffelse av ambulanshelikoptertjenester |
| Sak 34-2015 | Strategi 2019 |
| Sak 35-2015 | Orienteringssaker |
| | a. Helikopterbasen på Evenes |
| | b. Lufttransport AS |
| | c. Norsk Luftambulans AS |
| | d. Styreseminar Helse Fonna HF |
| Sak 36-2015 | Eventuelt |



Styrets vedtak

Sakslisten er godkjent.

STYRESAK 31-2015 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 16. APRIL 2015

Styrets vedtak

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 16. april 2015 med de endringer som fremkom under møtet.

STYRESAK 32-2015 ØKONOMISK STATUS

Styrets vedtak

Styret tar til etterretning at økonomien pr. 30. april 2015 er i balanse.

Styret ber administrasjonen sikre at periodiseringen i økonomirapporteringen gir et riktig bilde av resultatet for perioden og status på rapporteringstidspunktet.

STYRESAK 33-2015 ANSKAFFELSE AV AMBULANSEHELIKOPTERTJENESTER

Styret tar redegjørelse og status for prosjekt anskaffelse av nye ambulanshelikopterkontrakter til etterretning.

Styret ber daglig leder følge opp arbeidet i tråd med prosjektplanen.

STYRESAK 34-2015 STRATEGI 2019

Styret tar status i arbeidet til etterretning.

Styret ber daglig leder presentere strategi for selskapet på styremøtet i juni.

Styret ber daglig leder presentere strategi for ambulanshelikoptertjenesten på styremøtet i juni.

STYRESAK 35-2015 ORIENTERINGSSAKER

a. Helikopterbase Evenes

Basen ble åpnet som planlagt av Helse- og omsorgsminister Bent Høie 30. april 2015. Den er i ordinær beredskap, og har allerede gjennomført mange oppdrag. Administrasjonen gjennomfører revisjon på basen tirsdag 26. mai.

b. Lufttransport AS

Samarbeider med Norsk Luftambulans AS om ny GPS-innflyging til Harstad sykehus. Lufttransport AS har fått tilgang til grunnlagsdata for tilsvarende innflyging til St. Olavs hospital i Trondheim. Luftambulansetjenesten ANS bistår med å skaffe tilgang til digitale kart over Sverige og Finland.

TETRA rulles ut i landet i henhold til plan. AGA-nettet ligger etter bakkenettet i tid.



Politidirektoratet har godkjent sammenkobling av talegruppene BAPS 8 og SAMVIRKE 3. Det øker sikkerheten og mulighetene for gjensidig koordinering mellom etatene. Det er oppdaget uventede utfordringer knyttet til bruk av TETRA i Sverige. Dette følges opp. Tilgjengelighet helikopter for april var 97,8 %. For årets fire første måneder 94,8 %.

c. Norsk Luftambulans AS

Se over angående GPS-innflygninger, digitale kart og TETRA.

Tilgjengelighet for april var 95,2 %. For årets fire første måneder 96,4 %.

Hendelser: Bytte av to motorer (skadete kompressorblader i turbinene) på Evenes-helikopteret (H-145) rett før oppstart av ny base. Antakeligvis skade som følge av ising i forbindelse med bakkestopp.

Enighet om forsøksordning med bakvakt Lørenskog 4 uker til sommeren, for å redusere utmeldinger pga. duty.

Operatøren har lagt store begrensninger på bruk av Copuls3 multimonitor om bord i helikopter. Følges opp videre.

d. Styreseminar Helse Fonna HF. Luftambulansetjenesten ANS vil sammen med Helse Vest RHF og Helse Fonna HF bidra til gjennomføring av styreseminar knyttet til ambulanshelikopter i Helse Fonna HF sitt ansvarsområde.

Styrets vedtak

Styret tar sakene til orientering.

STYRESAK 36-2015 EVENTUELT

Intet.

Daniel Haga

Tor-Arne Haug

Randi Nordtorp Mølmen

Ingvill Skogseth

Arild Østergaard

Kommende styremøter

- 16. juni 2015 på Gardermoen
- 3. september 2015, Evenes
- 15. – 16. oktober 2015, sted bestemmes senere
- 3. desember 2015, sted bestemmes senere.

Styresak 43-2015 Selskapets kvalitet- og miljøstyringssystem

Saksbehandler: Per Magne Tveitane

Vår dato: 09.06.15 Møtedato: 16.06.15

1. Bakgrunn/fakta

Helse- og omsorgsdepartementet har satt krav om at helseforetakene skal etablere miljøledelse og miljøstyringssystem med påfølgende sertifisering iht. NS-EN ISO 14001 Miljøstyringssystemer. Videre har selskapet med bakgrunn i økt krav til kvalitets og risikostyring, samt rapportering, besluttet å la seg sertifisere iht. NS-EN ISO 9001:2008 av en tredjepart. Sertifikatene har gyldighet til 9. september 2016. Styret i selskapet skal minimum én gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i selskapet med hensyn til risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik.

2. Aktiviteter

Interne revisjoner

Selskapet utarbeidet i desember 2014 et revisjonsprogram for interne revisjoner i 2015. Resultatet av revisjonene blir fortløpende presentert for daglig leder i form av revisjonsrapport fra den enkelte revisjon. Daglig leder er oppdragsgiver og har ansvaret for å kommunisere videre med den reviderte part i oppfølging og frem til lukking av funn. Alle revisjoner gjennomføres etter en fast prosedyre og etter prinsipper for revisjon av styringssystemer iht. NS-EN ISO 19011:2011 og med frister for å korrigere avvik.

Internrevisjonen ved Flykoordineringsentralen (FKS) 19. mars 2015 avdekket syv avvik og ni forbedringspunkter. Det ble ikke avdekket alvorlige avvik. Det hadde over lengre tid vært arbeidet med en ny Service Level Agreement mellom Luftambulansetjenesten ANS og ambulanseflyoperatøren Lufttransport AS. Denne var inne i sin siste fase. Det er ikke utført noen analyse av om FKS er i stand til å levere i henhold til avtalen, og hvilke konsekvenser dette kan få for styringssystemet i sentralen. Enkelte avvik fra revisjonen i 2014 kunne ikke på revisjonstidspunktet verifiseres som lukket. Ombyggingen i sentralen var slutført, og det gjensto kun mindre forhold for at alt skal være på plass. Ledelsen har etablert mange prosedyrer og har god oversikt over eget personell. Fagutvikler viser god kontroll og stort fokus på kontinuerlig utvikling av sentralen. FKS har tatt en større rolle i både koordinering og initiativ til forbedringer opp mot helseforetak og operatøren. Erfaringene fra de foregående revisjoner er at sentralen nå har fullgode systemer og motiverte medarbeidere. Det brukes fortsatt mye tid på å kommunisere med Lufttransport AS. Ledelsen ved avdelingen har siste året gjennomført flere kurs i europeisk luftfartsregelverk. Bemanningen er sårbar ved langtidssykemeldinger og det er ingen faste vikarer.

Det er søkt etter mer personell, og en medarbeider tiltrer 1. juni i en foreløpig begrenset periode på et år. Det er anskaffet et nytt turnusverktøy for planlegging av vakter.

Internrevisjonen på medisinskteknisk verksted 24. mars 2015 avdekket seks avvik og fem forbedringspunkter. Det ble ikke avdekket alvorlige avvik, men ressursene med en langtids sykemeldt samsvarer ikke med det behovet og ambisjonsnivået som er for å løse alle oppgaver. MedTek har flere pågående prosjekter som har gått over lang tid. Ansettelsen av ny tekniker har avhjulpet en del, men pga. langtidsfravær er flere oppgaver nå utsatt. Status på revisjonstidspunktet var at bemanningen kun er tilstrekkelig for å utføre akutt feilretting og preventivt vedlikehold. Det har vært flere episoder hvor tekniker har måtte reise ut for å vedlikeholde kuvøser ute på baser. Situasjonen vil, om den strekker seg over tid, medføre at kuvøseprosjektet og andre anskaffelser blir forsinket, oppfølgingen av medisinsk teknisk utstyr til AW 101 stopper opp, og innfasing og opplæring av nye defibrillatorer blir utsatt. Det samme gjelder den offensive rollen MedTek ønsker å ha ut mot brukere. MedTek har valgt å sende noen respiratorer til USA for vedlikehold, men dette tar lang tid. Stikkprøver på utført preventivt vedlikehold på fem komponenter avdekker ingen avvik. Det er samsvar mellom de oppgaver som utføres og beskrivelser i kvalitetssystemet. Egen Driftshåndbok skulle vært revidert.

Internrevisjonen ved administrasjonen i Bodø er planlagt i slutten av august 2015.

Oppfølgingsrevisjon fra sertifiseringsorgan

Sertifiseringsrevisjon ble gjennomført i perioden 27. til 28. mai 2015 på medisinskteknisk verksted og administrasjonen i Bodø. Under revisjonen ble det avdekket fire avvik og ni anbefalinger. Alle avvik vil kunne lukkes innenfor avtalt frist og ingen av disse er alvorlige. Selskapet har påbegynt arbeidet med å lukke avvik og korrigerende tiltak. Frist for lukking av de fire avvikene er 7. august 2015 og det er satt en egen frist til 31. desember for oppfølging av de anbefalinger som fremkommer i rapporten.

Sammendrag og oppsummering fra medisinskteknisk verksted

Det er en god utvikling i forhold til eierskap av kvalitetssystemet, og alle ansatte var engasjert og kunne vise til ulike dokumenter, sporinger og forbedringer gjennom revisjonen. Det er en tydeligere ansvarsfordeling mellom ansatte, og organisatorisk er det nå en leder, noe man kan merke i forhold til en mer systematikk i arbeidet og rollene. Det er ansatt en medisin-tekniker høsten 2014. Det er en ansatt med langtidsfravær blant de tre ansatte, og det blir sårbart i forhold til produksjonslinjen. Det fremkommer forbedringer i kommunikasjonsplan i forhold til referater mellom leder og ansatte, Stabsmøter ukentlig. Det er gjort gode risikovurderinger av alt utstyr ved alle avdelinger, disse er fulgt opp og det er satt i gang tiltak. Det er gjennomført en god del forebyggende tiltak inne på verkstedet for medisinteknisk utstyr, blant annet med anti statisk sone under arbeid av teknisk utstyr, og det er montert et avtrekks sug som fungerer godt.

Opplæringsplan for nyansatt er laget, og det er satt opp planlagt tidsbruk, ansvar og opplæringen er tidfestet.

Sammendrag og oppsummering fra administrasjonen

Det har gjennom året vært gode kontinuerlig fremdrift i kvalitetsprosesser. Underlag for revisjonen har vært godt. Det er gode planer for framtidige strategier og analyser. Det fremlegges en god oppfølging av leverandører og samarbeidspartnere til Luftambulansetjenesten. Det foreligger kontinuerlige analyser og risikovurderinger for å sikre seg kontroll over grensesnitt i tjenesten som vil innvirke på luftambulansens renommé. Dette gjelder for eksempel operatørene. Det er tydelige spor i forhold til krav i avtaler igjennom leveranse, og disse er fulgt opp med interne revisjoner hos leverandør. Samtidig kan det spores miljøvurderinger, og i kravspesifikasjon til anbud.

Virksomheten har god kontroll og rutiner for sikring av tjenesten de leverer, det er viktig for renommé å fremme denne kompetansen i media oppslag og planlagte lanseringer.

Det bemerkes at man kan se en god kvalitetsutvikling av MTU avdelingen, særskilt når det gjelder den organisatoriske strukturen, roller, ansvar og trygghet i rollen. Dette har hatt en positiv utvikling for driven i avdelingen. Ledelsen har godt fokus på strategisk planlegging, og er flink å trekke inn kompetanse fra medarbeiderne i planleggingen.

Revisjonsrapporten er vedlagt (Vedlegg 1 Revisjonsrapport NEMKO) for utfyllende opplysninger.

Ledelsens gjennomgåelse

Ledelsens gjennomgåelse ble gjennomført 7. mai 2015. Formålet med denne gjennomgangen er å sikre at styringssystemet for kvalitet og miljø er hensiktsmessig, tilstrekkelig og virker effektivt. Selskapet har etablert en egen prosedyre for denne aktiviteten. Gjennomgangen viser at selskapet har kommet langt i sitt arbeid med kvalitets- og miljøstyring, men hvor det fortsatt er områder for forbedring. Arbeidet med å etablere selve styringssystemet for kvalitet og miljø ble avsluttet etter sertifiseringsrevisjonen fra NEMKO AS i juni 2013, og hvor man både i 2014 og så langt i 2015 har hatt større fokus på videreutvikling og forbedringer samt etterlevelse av systemet. Det er gjennomført noen oppdateringer av styrende dokumentet. Administrasjonen og Flykoordineringssentralen synes å ha velfungerende systemer, men hvor vi på medisinskteknisk verksted har forbedringsområder. Systemrevisjoner internt og eksternt har også siste året avdekket mange funn og det er det er lagt ned mye ressurser i oppfølgingen av disse i ettertid. Luftambulansetjenesten ANS har påbegynt en strategiprosess og mye av den videre aktiviteten fremover vil knyttes til denne. Selskapet har behov for en bedre prosess for å etablere indikatorer for å måle oppnåelse av vedtatte målsetninger. Dagens system er ikke godt nok. Det er behov for mer ressurser i den kommende perioden og ansettelse av inntil tre årsverk er godkjent av selskapet styre. Selskapet bør i løpet at 2015 arbeide for en gradvis implementering, og at ny sertifisering våren 2016 er etter NS-EN 14001:2015 og NS-EN 9001:2015. Resultatet av gjennomgangen er vedlagt (Vedlegg 2 Ledelsens gjennomgåelse 2015) for utfyllende opplysninger.

3. Konklusjon

Selskapet har etablert et system for miljø og kvalitetsstyring og som er gransket og akseptert av en tredje part. Det er gjennomført interne revisjoner som avdekker avvik og identifiserer forbedringsområder. Ledelsens gjennomgåelse identifiserer områder hvor selskapet skal arbeide videre for at miljø og kvalitetsstyring er hensiktsmessig, tilstrekkelig og virker effektivt. Gjennom årlig Oppdragsdokument mottar selskapet overordnede styringssignaler for kommende års drift og aktiviteten styres etter dette. Vi rapporterer fortløpende på disse kravene og redegjør for resultatet i årlig melding til vårt styre og eiere.

Styret for Luftambulansen ANS inviteres til å fatte følgende vedtak:

- ***Styret tar saken til etterretning.***
- ***Styret ber daglig leder følge opp avvik og forbedringsforslag etter oppfølgingsrevisjon fra NEMKO AS.***
- ***Styret ber daglig leder følge opp resultatet av ledelsen gjennomgang og sette opp en handlingsplan knyttet til de aktivitetene som er identifisert som forbedringsområder.***


Bodø, 9. juni 2015

Øyvind Juell
daglig leder

Vedlegg:

1. Revisjonsrapport fra NEMKO AS
2. Ledelsens gjennomgang 2015

REVISJONSRAPPORT

Virksomhet:		
Luftambulansetjenesten ANS (LAT ANS)		
BODØ, Norge		
Navn på virksomhetens kontaktperson:		
Per Magne Tveitane, pt@luftambulansetjenesten.no		
Revisjonstype:	Revisjonslag:	
Oppfølgingsrevisjon	Revisjonsleder Fagekspert Systemrevisor	Annette Håkonsen
Tidsrom for revisjonen inkludert etterrevisjonen:		
2015-05-27/-28 med etterrevisjon 2015-08-10		
Referansekrav i henhold til:		
NS-EN ISO 9001:2008 NS-EN ISO 14001:2004		
Sertifikatets virksomhetsområde, lokaliteter og eventuelle ekskluderte kravpunkter iht standard:		
		Endret? Ja Nei
Norsk:		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Administrasjon og forvaltning av den nasjonale luftambulansetjenesten, vedlikehold av medisinsk utstyr til luftambulanse og operativ koordinering av ambulanseflytjenesten		
Engelsk:		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Administration and management of the national air ambulance service, maintenance of medical equipment for air ambulances and flight dispatching		
Lokaliteter:		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
: Se revisjonsprogrammet for detaljer.		
Ekskluderte kravemener iht NS-EN ISO 9001:2008:		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Ingen		
Vedlagt:		
Revisjonsprogram - sertifiseringsperioden 2015-2016/800679-1		
		
Luftambulansen ANS_aN011_Program		

Oppsummering av oppfølgingsrevisjonen

Lokaliteter som ble revidert:	Tidsrom:
Se revisjonsprogram	2015-05-27/-28
Sammendrag og konklusjon fra oppfølgingsrevisjonen:	
<p>Revisjonen ble gjennomført i henhold til tidligere utsendt gjennomføringsplan.</p> <p>✓ MTU, Trondheim:</p> <p>Det er en god utvikling i forhold til eierskap av kvalitetssystemet, og alle ansatte var engasjert og kunne vise til ulike dokumenter, sporinger, forbedringer gjennom revisjonen. Det er en tydeligere ansvarsfordeling mellom ansatte, og organisatorisk er det nå en leder, noe man kan merke i forhold til en mer systematikk i arbeidet og rollene.</p> <p>Det er ansatt en medisin-teknikker høst 2014. Det er også pr. i dag en langtidssykemelding blant de tre ansatte og det blir sårbart i forhold til produksjonslinjen.</p> <p>Det fremkommer forbedringer i kommunikasjonsplan i forhold til referater mellom leder og ansatte, Stabsmøter ukentlig.</p> <p>Det er gjort gode risikovurderinger av alt utstyr ved alle avdelinger, disse er fulgt opp og det er satt i gang tiltak.</p> <p>Det er utbedret en god del forebyggende tiltak inne på verkstedet for medisinteknisk utstyr, blant annet med anti statisk sone under arbeid av teknisk utstyr, og det er montert et avtrekks sug som fungerer godt.</p> <p>Opplæringsplan for nyansatt er det satt av planlagt tidsbruk, ansvarlig og tids festet opplæringen.</p> <p>Hovedkontor, Bodø: Det har i gjennom året vært gode kontinuerlig fremdrift i kvalitetsprosesser. Underlag for revisjonen har vært godt. Det er gode planer for framtidige strategier og analyser. Det fremlegges en god oppfølging av leverandører og samarbeidspartnere til Luftambulansetjenesten. Det foreligger kontinuerlige analyser og risikovurderinger for å sikre seg kontroll over grensesnitt i tjenesten som vil innvirke på luftambulansens renommé. Dette gjelder for eksempel Operatørene. Det er tydelige spor i forhold til krav i avtaler igjennom leveranse, og disse er fulgt opp med interne revisjoner hos leverandør. Samtidig kan det spores miljøvurderinger, og krav i krav-spekken til anbud.</p> <p>Virksomheten har god kontroll og rutiner for sikring av tjenesten de leverer, det er viktig for renommé bygging å fremme denne kompetansen i positiv media oppslag og planlagt lansering.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endringer i ledelsen. Ingen • Endringer i infrastruktur. Ingen <ul style="list-style-type: none"> ○ Antall ansatte, økt årsverk på med teknisk avd. ○ Organisasjon ○ Lokaliteter. Flyttet ned noen etasjer i samme bygg, ingen større påvirkning til nye elementer å ta hensyn til. ○ Nye prosesser ○ Outsourcing. Virksomheten bruker Hinas i større anbudsprosesser. Det har også vært en kommunikasjonsrådgiver inne i en kortere periode for å hjelpe til med kommunikasjonsstrategien. <p>✓ Det bemerkes at man kan se en god kvalitetsutvikling av MTU avdelingen, særskilt når det gjelder den organisatoriske strukturen, roller, ansvar og trygghet i rollen. Dette har hatt en positiv utvikling for driven i avdelingen.</p> <p>✓ Ledelsen har en godt fokus på strategisk planlegging, og er flink å trekke inn kompetanse fra medarbeiderne i planleggingen.</p>	

REVISJONSRAPPORT

✓ Revisjonens fokusområder

- Interne revisjoner og ledelsens gjennomgåelse
- Tiltak med oppfølging etter eventuelle avvik og anbefalinger ved forrige revisjon
Gjennomgått.
- Klager
- Eventuelt åpne avvik fra offentlige myndigheter. Ingen.
- Virkning av styringssystemet på måloppnåelse
- Framdrift planlagte kontinuerlige forbedringer
- Driftskontroll
- Leverandører, miljø krav i avtaler.

✓ Hovedkonklusjon: Det er gjort funn på 4 avvik og 9 anbefalinger.

Virkningen av tiltakene ved forrige revisjon er verifisert i virksomheten. Forbedringene er relevante for virksomhetens kunder og øker virksomhetens konkurransefortrinn.

Alle punkter i gjennomføringsplanen som ikke er nevnt i rapporten, er funnet i orden.

Revisjonsleders innstilling etter oppfølgingsrevisjonen:

Revisjonsleder vil innstille til at sertifikatet videreføres når korrigerende tiltak er tilfredsstillende iverksatt og godkjent. Vi ber derfor om at Luftambulansetjenesten ANS (LAT ANS) besvarer de ovennevnte forhold i avviksskjemaene innen angitt tidsfrist.

Årsaksanalyse og korrigerende tiltak skal skrives inn i avviksskjemaene i dette dokumentet og hele dokumentet returneres i **Word format**.

Annen relevant dokumentasjon skal også vedlegges.

I rapporten er det også beskrevet 9 anbefalinger. Disse anbefalingene beskriver forhold som ikke klart tilsier et avvik fra standardens krav, men hvor det foreligger et mulig forbedringspotensial.

Neste revisjon:

Neste revisjon vil være en etterrevisjon og er planlagt til: 2015-08-07

Oppsummering av etterrevisjonen

Tidsrom for etterrevisjonen:

Sammendrag og konklusjon fra etterrevisjonen:

Revisjonsleders innstilling fra etterrevisjonen:

Neste revisjon:

REVISJONSRAPPORT

Avvik 1 av 4: Oversikt og plan for utskifting av produkt

Avvik fra styrende dokumenter:

NS-EN ISO 9001:2008, kravelement 8.2.3 , 8.4 c

Avvik: Det er ikke tilstrekkelig oversikt over levetid på produkter i utstyrsparken, for langtidsplanlegging av nye investeringer.

Avviket er basert på følgende observasjoner:

Det er god kontroll på utstyr og oppfølging av tempora disk service, men det er ikke en oversikt over produkter i utstyrsparken og forventet levetid. Det er derfor ikke oversikt over planlagte investeringer i forhold til utstyr/produkt som bør investeres i de kommende periodene.

Svarfrist: 2015-08-07

Revisjonsleder: Annette Håkonsen

Årsaksanalyse av avvik (fylles ut av virksomhet):

Tekst

Gjennomførte korrigerende tiltak (fylles ut av virksomhet):

Tekst

Dato: åååå-mm-dd

Navn:

Korrigerende tiltak verifisert – begrunnelse for lukking av avvik (fylles ut av revisjonsleder):

Godkjent: åååå-mm-dd

Revisjonsleder: Annette Håkonsen

REVISJONSRAPPORT

Avvik 2 av 4: Sporing av prosesser som er bestemt

Avvik fra styrende dokumenter:

NS-EN ISO 9001:2008, kravelement 8.2.3

Avvik: Det er ikke tilstrekkelig sporing av ansvar og tidsfrist for vedtak i referater stabsmøte (mai 2015)**Avviket er basert på følgende observasjoner:**

Det er på noen referater god oppfølging av ansvar og tidsfrister, men er manglende på flere av sakene som er tatt opp og konkludert.

Svarfrist: 2015-08-07

Revisjonsleder: Annette Håkonsen

Årsaksanalyse av avvik (fylles ut av virksomhet):

Tekst

Gjennomførte korrigerende tiltak (fylles ut av virksomhet):

Tekst

Dato: åååå-mm-dd

Navn:

Korrigerende tiltak verifisert – begrunnelse for lukking av avvik (fylles ut av revisjonsleder):

Godkjent: åååå-mm-dd

Revisjonsleder: Annette Håkonsen

REVISJONSRAPPORT

Avvik 3 av 4: Smittevern i forhold til mottak av gods

Avvik fra styrende dokumenter:

NS-EN ISO 9001:2008, kravelement 5.1 a, smittevernloven, HMS

Avvik: Det er ikke tilstrekkelige retningslinjer for mottak av produkt til reparasjon i forhold til smittevern av den ansatte. Gjelder også ute på base

Avviket er basert på følgende observasjoner:

Det er ikke tilstrekkelige prosedyrer for hvilke kjemi og rutiner for hvordan den enkelte ansatte skal opptre i forhold til utpakking og mottak av produkt/ gods.

Svarfrist: 2015-08-07

Revisjonsleder: Annette Håkonsen

Årsaksanalyse av avvik (fylles ut av virksomhet):

Tekst

Gjennomførte korrigerende tiltak (fylles ut av virksomhet):

Tekst

Dato: åååå-mm-dd

Navn:

Korrigerende tiltak verifisert – begrunnelse for lukking av avvik (fylles ut av revisjonsleder):

Godkjent: åååå-mm-dd

Revisjonsleder: Annette Håkonsen

Avvik 4 av 4: Kompetansematrise

Avvik fra styrende dokumenter:

NS-EN ISO 9001:2008, kravelement 6.2.2 e

Avvik: Det er manglende oversikt over virksomhetens totale kompetanse

Avviket er basert på følgende observasjoner:

Det er ikke tilstrekkelig sporinger og oversikt over hvilke kompetanse den enkelte medarbeider innehar i sin yrkeskarriere.

Svarfrist: 2015-08-07

Revisjonsleder: Annette Håkonsen

Årsaksanalyse av avvik (fylles ut av virksomhet):

Tekst

Gjennomførte korrigerende tiltak (fylles ut av virksomhet):

Tekst

Dato: åååå-mm-dd

Navn:

Korrigerende tiltak verifisert – begrunnelse for lukking av avvik (fylles ut av revisjonsleder):

Godkjent: åååå-mm-dd

Revisjonsleder: Annette Håkonsen

Anbefalinger fra oppfølgingsrevisjonen

Anbefaling 1 av 9: Risikovurdering

Det er tre ansatte ved MTU, og det bør vurderes risiko i forhold til ressurser og planlegging og prioritering av oppgaver.

Anbefaling 2 av 9: Leveranse krav

Det bør vurderes å sette leveransekrav til MTU, da dette har med renomme bygging og med forventninger og trygghet til kunden.

Anbefaling 3 av 9: Huskeliste i forhold til kuvøsedeler

Det er utarbeidet en huskeliste for reservedeler på kuvøse hvor service mann reiser ut for reparasjon. Det bør vurderes en sjekklister for avhuking av de 30-40 delene som pakkes før avreise.

Anbefaling 4 av 9: Forbedringsmeldinger i avvikssystemet

Det bør legges vekt opp å oppfordre til forbedringsmeldinger i avvikssystemet, slik at disse blir registrert, og at det fremkommer en registrering av de forbedringer man foretar seg.

Anbefaling 5 av 9: Opplæring

Det er utarbeidet en opplærings mal hvor det er beskrevet tidspunkter, ansvarlig for opplæring og timer for opplæring. Det bør også fremkomme en signatur fra den ansatte i forhold til å at den har forstått opplæringen.

Anbefaling 6 av 9: Medarbeidersamtaler

Det er lagt inn ulike obligatoriske kurs og øvelser, samtidig har noen gjennomført kompetanseheving i forhold til mål, det kan vurderes å beskrive obligatoriske kurs som av krysning og tilleggs kompetanse i medarbeidersamtale, slik at leder orienterer seg raskt om den ansatte har gjennomført de nødvendige kompetansehevingene.

Anbefaling 7 av 9: Operativt forum for ambulansetjenesten*

Det er en målsetning å gjennomføre to møter i året, men de operativrådgiverne har gått i deltidstillinger og har ikke klart å gjennomføre mer enn et møte i året de siste to årene. For at man skal kunne holde driv og motivasjon i de prosessene møtet ivaretar bør det opprettholdes møte virksomhet to ganger årlig, da en gang årlig vil være vanskelig å opprettholde kontinuitet fra beslutninger fra forrige møtet.

Anbefaling 8 av 9: Prosjektkompetanse

Det er tilknyttet flere personer i større prosjekter, disse prosjektene er veldrevet av prosjektleder. For at flere skal kunne være kompetent på prosjekt prosesser bør det vurderes kompetanseheving på dette området.

Anbefaling 9 av 9: Prosjektorganisering i større prosjekter

Ved store prosjekter kan det være en mulighet å se på prosjektorganisasjonen i forhold til at en faggruppe som bistår prosjektleder i komplekse fagområder.

Gransket dokumentasjon i oppfølgingsrevisjonen

Samsvarsvurdering legges ved.

Rapportene legges ikke som vedlegg i sin helhet pga. taushetsbelagte rapporter. Disse er gjennomgått av revisjonsleder og slettet etter revisjonens gjennomføring.

<Interne revisjon Revisjonsrapport 0115 FKS.pdf>

<Interne revisjon Revisjonsrapport 0215 MedTek.pdf>

<Vurdering av leverandører Revisjonsrapport 0414 Lufttransport base Kirkenes.pdf>

<Vurdering av leverandører Revisjonsrapport 0514 Lufttransport hovedkontor FW.pdf>

<Vurdering av leverandører Revisjonsrapport 0614 NLA AS base Førde.pdf>

<Vurdering av leverandører Revisjonsrapport 0714 NLA AS administrasjon.pdf>

<Vurdering av leverandører Revisjonsrapport 0814 Lufttransport AS base Ålesund RW.pdf>

<Vurdering av leverandører Revisjonsrapport 0914 Lufttransport AS hovedkontor RW.pdf>

Driftshåndbok

SjekklisteHåndbok for miljø og kvalitet

Sjekkliste for defibrilator monitor

Prosedyre for vedlikehold av produkt

Opplæringsplan for Jørgen

Komponentkort for vedlikehold på baser(- førde)

Prosjektplan

Huskeliste for kuvøsedeler

Prosedyre for periodisk vedlikehold

Intervall på service infusjonspumpe

Tiltaksplan 2014

Sjekkliste for revisjon 2014

Prosjektplan for nye helikopter

Org. Kart

Årsmelding 2014

Beredskapsplan

Rapport 2014

Ledelsensgjennomgåelse

Innkjøpsprosess

Prosjekt organisasjon, mandat, risiko



Sjekkliste 0215
Medtek_v1.00.pdf



Utkast 20150315
Risiko og sårbarhetsa



Driftshåndbok
MTU_v3.0.pdf



Vernerunde 2015
administrasjon.pdf



Risikoanalyse
FKS.pdf



Driftshåndbok FKS
v6.00.pdf



Vedlegg 1 Avtale om
helikoptertjenester



Vedlegg 2
Environmental Pact of



Vedlegg 3
Tilbakemelding miljø.p

Det listes opp aktuelle lover og forskrifter som virksomheten skal etterleve og hvor samsvar har vært revidert i revisjonen.

REVISJONSRAPPORT

	<ul style="list-style-type: none"> - Lov om elektroforetak, forskrift om elektroforetak for elektriske anlegg og elektrisk utstyr - Forskrift om håndtering med medisinteknisk utstyr §8, §7, §1 - Smittevernloven - Lov om offentlige anskaffelser - Innkjøp
I	

Deltakere ved oppfølgingsrevisjonen

Navn	Tittel	Åpnings- møte	Intervju	Slutt- møte
Per Magne Tveitane	Kvalitetsleder	L	L	L
Eivind Juul	Daglig leder	X	X	X
Anders Aa	Med teknisk leder Trondheim	X	X	X
Jørgen Melhus	Med teknikker	x	x	x
Roy Inge Jenssen	Operativ rådgiver	x	x	x
Mariann Hunstad	Øko ans/ innkjøp	x	x	x
Vigdís Sandvåg	Adm. sek	x		x
Pål Madsen	Medisinsk rådgiver	x		x

L = Ledsager i henhold til NS-EN ISO/IEC 17021:2011

Ledelsens gjennomgåelse



7. mai 2015

Helseforetakenes Nasjonale
Luftambulansetjeneste ANS





LUFTAMBULANSETJENESTEN



 		Styrende dokument: Kvalitetshåndbok 5.6 Ledelsens gjennomgåelse	Dok. id.: Mal
Ledelsens gjennomgåelse 2015			Versjon: 1.00
			Side: 2 av 12
Ansvarlig: PMT	Verifisert: NA	Godkjent: ØJ	Dato: 08.05.15

Innhold

1.	Formål	3
2.	Sammendrag	3
3.	Prosessytelse.....	3
4.	Produkt og tjeneste samsvar.....	3
5.	Revisjoner	4
5.1	Revisjonsprogram	4
5.2	FKS	4
5.3	MedTek.....	5
5.4	Eksterne revisjoner	5
5.5	Oppsummering av funn	7
5.6	Økonomiske revisjoner	8
5.7	Tiltak etter revisjonene.....	8
6.	Avvik og tiltak	8
7.	Primære og prioriterte oppgave	9
8.	Status handlingsplan	9
9.	Kundetilfredshet	9
9.1	MedTek.....	9
9.2	FKS	10
10.	Styringssystemet	10
11.	Politikken	10
12.	lover og forskrifter	10
13.	Samsvarsvurderinger	10
14.	Eksterne endringer.....	11
15.	Forbedringsområder	11
16.	Ressursbehov	11
16.1	Kompetanse.....	11
16.2	Ressurser	12
17.	Oppsummering av tiltak.....	12

 		Styrende dokument: Kvalitetshåndbok 5.6 Ledelsens gjennomgåelse	Dok. id.: Mal
Ledelsens gjennomgåelse 2015			Versjon: 1.00
			Side: 3 av 12
Ansvarlig: PMT	Verifisert: NA	Godkjent: ØJ	Dato: 08.05.15

1. Formål

Ledelsens gjennomgåelse ble gjennomført i Bodø 7. mai 2015. Formålet er å sikre at styringssystemet for kvalitet og miljø er hensiktsmessig, tilstrekkelig og virker effektivt. En viktig del av gjennomgåelsen er fokus på mulighetene for og behovet for forandringer, inkludert i politikk og mål. Luftambulansetjenesten ANS har etablert en egen prosedyre for en slik gjennomgang med underbilag. Denne ble benyttet både i forberedelse og gjennomføring av møtet. Deltakere på møtet var daglig leder, økonomisk rådgiver (stedfortreder for daglig leder) og ledelsens representant ved kvalitetsrådgiver.

2. Sammendrag



Gjennomgangen viser at selskapet har kommet langt i sitt arbeid med kvalitets- og miljøstyring, men hvor det fortsatt er områder for forbedring. Arbeidet med å etablere selve styringssystemet for kvalitet og miljø ble avsluttet etter sertifiseringsrevisjonen fra NEMKO AS i juni 2013, og hvor man både i 2014 og så langt i 2015 har hatt større fokus på videreutvikling og forbedringer. Det er gjennomført noen oppdateringer av styrende dokumentet. Administrasjon og Flykoordineringssentralen (FKS) synes å ha velfungerende system, men på medisinskteknisk verksted (MedTek) har vi forbedringsområder. Systemrevisjoner internt og eksternt har også siste året avdekket mange funn og det er lagt ned mye ressurser i oppfølgingen av disse. Luftambulansetjenesten ANS har påbegynt en strategiprosess og mye av den videre aktiviteten fremover vil knyttes til denne. Selskapet har behov for en bedre prosess for å måle oppnåelse av vedtatte målsetninger. Dagens system er ikke godt nok. Det er behov for mer ressurser i den kommende perioden og ansettelse av inntil tre årsverk er godkjent av selskapets styre.

3. Prosessytelse

Styringssystemet for kvalitet og miljø har vært i drift i 27 måneder. Både interne og eksterne revisjoner er gjennomført etter oppsatte revisjonsprogram. Tilbakemeldingene fra involverte fagrevisorer og reviderte parter (interne og fra tjenesteleverandører) er generelt gode. Det er rettet en klage til selskapet etter en revisjon, hvor det i ettertid var diskusjon knyttet til en observasjon. Saken er nå lukket. Resultat av funn under revisjoner er rapportert på flere styremøter. Resultatet av ledelsens gjennomgang 2014 ble fremmet som egen styresak 20. juni 2014 (sak 33-2014 Selskapets kvalitets- og miljøstyringssystem).

4. Produkt og tjeneste samsvar

Det har ikke vært hendelser som har medført konsekvenser for den overordnede målsetningen om å tilby befolkningen luftambulansetjenester og medisinske tjenester hele døgnet. Selskapet har gjennomført en anskaffelse av ambulanshelikopter i 2014 og hvor oppstart av denne basen ble gjennomført som planlagt. Tildelingen ble ikke påklaget. I november 2014 ble det rapportert om avvik på Lucas2 som utviklet en sterk lukt av brent elektronikk etter at apparatet hadde vært brukt på pasient. Forholdene er rettet opp, men medførte at flyselskapene innførte restriksjoner i bruk under flygning i perioden 1. november 2014 til 9. januar 2015. Avviket ble forskriftsmessig rapportert DSB. Påliteligheten på kuvøser er fortsatt en utfordring og vi er i oppstart av en anskaffelse av nye transportkuvøser.

 LUFTAMBULANSETJENESTEN 		Styrende dokument: Kvalitetshåndbok 5.6 Ledelsens gjennomgåelse	Dok. id.: Mal
Ledelsens gjennomgåelse 2015			Versjon: 1.00
			Side: 4 av 12
Ansvarlig: PMT	Verifisert: NA	Godkjent: ØJ	Dato: 08.05.15

Ambulanseflyene fløy 9967 timer i 2014. Dette er ubetydelig ned (0,02 %) fra toppnoteringen i 2013 hvor det ble fløyet 9988 timer. Produksjonen i 2014 endte på 72 timer over budsjett. Det ble ikke benyttet innleid ekstern ressurs. Tilgjengeligheten var 95,17 %, en oppgang på 0,17 % fra året før. De største enkeltårsakene til utmeldingene er manglende reservekapasitet på besetningsmedlemmer, uforutsette tekniske hendelser og arbeids og hviletidsbestemmelser.

Ambulansehelikoptrene fløy 8311 timer i 2014, mot 8396 timer i 2013 (nedgang på 1,0 %). Dette var 265 timer under budsjett. Tilgjengeligheten i 2014 var høyere enn foregående år hos begge operatører med 97,9 % (opp 0,4 %) på Norsk Luftambulans AS sine åtte baser, og 95,6 % (opp 0,8 %) på Lufttransport AS sine tre baser. De to primære årsakene til utmeldinger var også i 2014 uventede tekniske hendelser og arbeids og hviletidsbestemmelser. Tilgjengeligheten på 330 skvadronens seks baser var til sammenligning 98,6 % (opp 0,3 %).

Tilgjengeligheten ved Lørenskogbasen er en utfordring og sommeren 2015 innføres tiltak for å øke denne i de mest hektiske ukene på sommeren.

5. Revisjoner



5.1 Revisjonsprogram

Selskapets har hatt et gyldig revisjonsprogram og en revisjonsplan som ble gjennomført i 2014 og en ny plan ble godkjent av daglig leder 16. desember 2014 for kommende år. Det er gjennomført to interne revisjoner ved henholdsvis FKS og MedTek. Administrasjonen er planlagt revidert medio juni 2015. Det ble høsten 2014 og i januar 2015 gjennomført revisjoner hos begge operatørers hovedkontor, en ambulansflybase (Kirkenes), en helikopterbase hos Lufttransport AS (Ålesund), samt en helikopterbase hos Norsk Luftambulans AS (Førde). To revisjoner ble utsatt fordi Lufttransport AS hadde booket ledende personell til andre oppgaver på det avtalte tidspunkt i november 2014, begge disse ble gjennomført i januar 2015.

5.2 FKS

På internrevisjonen 19. mars 2015 ble det avdekket syv avvik og ni forbedringspunkter. Det ble ikke avdekket alvorlige avvik. Det hadde over lengre tid vært arbeidet med en ny Service Level Agreement mellom Luftambulansetjenesten ANS og ambulansflyoperatøren Lufttransport AS. Denne var inne i sin siste fase. Det er ikke utført noen analyse av om FKS er i stand til å levere i henhold til avtalen, og hvilke konsekvenser dette kan få for styringssystemet i sentralen. Enkelte avvik fra revisjonen i 2014 kunne ikke på revisjonstidspunktet verifiseres som lukket.

Ombyggingen i sentralen var slutført, og det gjensto kun mindre forhold for at alt skal være på plass. Ledelsen etablerte mange prosedyrer og har god oversikt over eget personell. Fagutvikler viser god kontroll og stort fokus på kontinuerlig utvikling av sentralen. FKS har tatt en større rolle i både koordinering og initiativ til forbedringer opp mot helseforetak og operatøren. Erfaringene fra de foregående revisjoner er at sentralen nå har fullgode systemer og motiverte medarbeidere. Det brukes fortsatt mye tid på å kommunisere med Lufttransport AS. Ledelsen ved avdelingen har siste året gjennomført flere kurs i europeisk luftfartsregelverk. Bemanningen er sårbar ved langtidssykemeldinger og det er ingen faste vikarer. Det er søkt etter mer personell, og en medarbeider tiltrer 1. juni i en foreløpig begrenset periode på et år. Det er anskaffet et nytt turnusverktøy for planlegging av vakter.

 LUFTAMBULANSETJENESTEN 		Styrende dokument: Kvalitetshåndbok 5.6 Ledelsens gjennomgåelse	Dok. id.: Mal
Ledelsens gjennomgåelse 2015			Versjon: 1.00
			Side: 5 av 12
Ansvarlig: PMT	Verifisert: NA	Godkjent: ØJ	Dato: 08.05.15



5.3 MedTek

På internrevisjonen 24. mars 2015 ble det avdekket seks avvik og fem forbedringspunkter. Det ble ikke avdekket alvorlige avvik, men ressursene med en langtidssykemeldt samsvarer ikke med det behovet og ambisjonsnivået som er for å løse alle oppgaver. MedTek har flere pågående prosjekter som har gått over lang tid. Ansettelsen av ny tekniker har avhjulpet en del, men pga. sykdom er flere oppgaver nå utsatt. Status på revisjonstidspunktet var at bemanningen kun er tilstrekkelig for å utføre akutt feilretting og preventivt vedlikehold. Det har vært flere episoder hvor tekniker har måtte reise ut for å vedlikeholde kuvøser ute på baser. Situasjonen vil, om den strekker seg over tid, medføre at kuvøseprosjektet og andre anskaffelser blir forsinket, oppfølgingen av medisinsk teknisk utstyr til AW 101 stopper opp, og innfasing og opplæring av nye defibrillatorer blir utsatt. Det samme gjelder den offensive rollen MedTek ønsker å ha ut mot brukere. MedTek har valgt å sende noen respiratorer til USA for vedlikehold, men dette tar lang tid. Stikkprøver på utført preventivt vedlikehold på fem komponenter avdekker ingen avvik. Det er samsvar mellom de oppgaver som utføres og beskrivelser i kvalitetssystemet. Egen Driftshåndbok skulle vært revidert.

5.4 Eksterne revisjoner

Revisjon av ambulanshelikopterbasen i Førde ble gjennomført 17. september 2014. Det ble avdekket ni avvik og tre forbedringspunkter. Et av avvikene ble klassifisert som alvorlig, og hvor det ble iverksatt umiddelbare tiltak dagen etter funnet ble avdekket. Basesjef med stab har gjort en stor innsats i et nytt og moderne bygg. Basen er basert på Standard Luftambulansbase Helikopter og fremstår meget bra. Operatøren har selv revidert basen og det var utført en egen Safety Risk Assessment før oppstart. Rapporten konkluderer med at risikonivå er akseptabelt, men at ytterligere risikoreduksjon anbefales ved å montere et hinderlys, omplassering av hangarvasker, fysisk skjerming av rør fra drivstoffanlegg og en endelig vurdering av risiko før anlegg ferdigstilles. Landingsplassen hadde fått en midlertidig godkjenning. Fasilitetene for line vedlikehold er gode og iht. til selskapets krav. Basen har et nært samarbeid med AMK-LA Førde. AMK sentralen har utarbeidet relevante skriftlige prosedyrer for varsling, oppfølging av oppdrag og tiltak ved uhell. Basesjefspilot gjennomfører undervisning på AMK sentralen og denne er registrert. Kommunikasjon via LOCUS sies å fungere bra, og AMK kan se andre ambulanshelikoptre på egen PC skjerm.



Revisjon på hovedkontoret til Norsk Luftambulans AS ble gjennomført 19. september 2014. Det ble avdekket ni avvik og fire forbedringspunkter, ingen av disse ble klassifisert som alvorlige. Representanter fra selskapet ga en oversiktlig presentasjon på overgangen til EASA Part OPS, etableringen av ny teknisk hovedbase, oppfølging og tiltak etter havari på Sollihøgda og implementeringen av SMS. Gjennomgang av tidligere revisjoner hos selskapet viser at det ikke er samsvar mellom innsendt tiltaksplan og korrigerende tiltak. Flere av avvikene er det søkt om utsettelse på, svar er purret på, ikke lukket eller har ikke hatt sin tiltenkte effekt. Selskapet må i langt større grad ha en systematisk tilnærming som sikrer at hele avvikshåndteringen er styrt og under kontroll. Revisjon på hovedkontoret i 2013 avdekket at selskapet ikke hadde etablerte rutiner knyttet til å måle og sikre samsvar av egen leveranse. Flere funn ved årets revisjon avdekker avvik i leveransen. Det er viktig at selskapet har kontinuerlig fokus på egen leveranse til oppdragsgiver og benytter de nødvendige ressursene til å oppfylle dette.

 		Styrende dokument: Kvalitetshåndbok 5.6 Ledelsens gjennomgåelse	Dok. id.: Mal
Ledelsens gjennomgåelse 2015			Versjon: 1.00
			Side: 6 av 12
Ansvarlig: PMT	Verifisert: NA	Godkjent: ØJ	Dato: 08.05.15

Revisjon av ambulanseflybasen i Kirkenes ble gjennomført 11. september 2014. Det ble avdekket åtte avvik og to forbedringspunkter, ingen av disse ble klassifisert som alvorlige. Flere av avvikene knytter seg til at tidligere angitte tiltak for å lukke avvik ikke er fulgt opp i ettertid. Det gjenstår en del i integreringen mellom det flyoperative og medisinske fagområdet. Dette gjelder linken mellom de to miljøene, kjennskapet til regelverk, tilgang til operativ informasjon og gjensidige forpliktelser. Operatøren har gjort hele avtalen og underbilag tilgjengelig for det medisinske miljøet og det foreligger en samarbeidsavtale ved basen. Pilotene ved basen hadde god oversikt over egne krav og til rutiner i samarbeidet med FKS.

Revisjon på hovedkontoret hos Lufttransport AS knyttet til ambulanseflykontrakten ble gjennomført 16. september 2014. Det ble avdekket fire avvik og seks forbedringspunkter, ingen av disse ble klassifisert som alvorlige. Revisjonsteamet fikk en grundig og oversiktlig presentasjon av selskapets prosess for overgangen til nytt EASA Part OPS regelverk inkl. Safety Management System (SMS). Etter siste revisjon i 2013 på hovedkontoret har selskapet iverksatt en rekke aktiviteter for å få kontroll over og egenvurdering av leveranse på ambulanseflytjenester. Selskapets leveranse er nå en del av den årlige revisjonsplanen. Selskapet har en vei å gå med å følge opp avvikshåndteringen i egne avdelinger og overholde de avtalte frister. Kommunikasjon og operasjonell kontroll med Mission Specialist (flysykepleier) bør bli bedre. Utkast til ny revisjon av FW OM Part A beskriver i langt større grad ansvar og oppgaver til Mission Specialist enn tidligere. I tiden fremover vil dette kreve ressurser knyttet til opplæring, trening og kontroll.

Revisjon av ambulanshelikopterbasen i Ålesund ble gjennomført 13. januar 2015. Det ble avdekket 15 avvik og tre forbedringspunkter, ingen av disse ble klassifisert som alvorlige. Det ble sist gjennomført en gjennomgang av kvalitet og sikkerhet ved basen 8. oktober 2009 hvor det ble identifisert 12 funn. Under revisjonen ble det tatt stilling til i hvor stor grad denne rapporten er fulgt opp etter fem år. Operatøren gjennomfører ikke systematisk gjennomgang eller revisjon av basen. Flere funn ville ved en slik egenkontroll avdekket de funn som fremkommer i rapporten. Dette knyttes spesielt til personellens kjennskap til og etterlevelse av de kontraktsforpliktelser som tilligger operatøren. Revisjonsteamet fikk en presentasjon av samarbeidsavtalen som er etablert ved basen og oppsummering etter arbeidsmiljøundersøkelsen knyttet til arbeidsmiljø og basefasiliteter. 96 % svarer at det generelle inntrykket av arbeidsmiljøet og i vaksituasjonen er helt greit eller bedre. 57 % mener at miljøet og i vaksituasjonene har utviklet seg positivt det siste året, 39 % angir ingen endring og 4 % negativt. 78 % svarte at basefasilitetene er for små i forhold til dagens behov. Undersøkelsen avdekker også at ansatte ved basen opplever manglede plass, støy og dårlig temperaturregulering inne på basen. Når det gjelder behovet for utbedringer på basen har de ansatte i prioritert rekkefølge påpekt inneklimate, treningsrom, møterom/briefingrom, behov for garasje (legebil står ute hele året) og kontorplass. Ved en anledning sist sommer ble de ansatte flyttet til hotell pga. svært høy innetemperatur. Det anbefales at de tre partene arbeider videre med resultatet av arbeidsmiljøundersøkelsen for å utbedre fasilitetene. Spesielt gjelder dette kontorer og briefingrom som er nødvendig for planlegging av oppdrag, at hangar ivaretar de nødvendige flytekniske krav, og at besetningen får den nødvendige hvile og søvn.

 		Styrende dokument: Kvalitetshåndbok 5.6 Ledelsens gjennomgåelse	Dok. id.: Mal
Ledelsens gjennomgåelse 2015			Versjon: 1.00
			Side: 7 av 12
Ansvarlig: PMT	Verifisert: NA	Godkjent: ØJ	Dato: 08.05.15



Revisjon på hovedkontoret til Lufttransport AS knyttet til ambulanshelikopterkontrakten ble gjennomført 14. januar 2015. Revisjonen avdekket syv avvik og fire forbedringspunkter, ingen av disse ble klassifisert som alvorlige. Tidligere avvik på hovedkontoret er lukket. Operatøren har etablert en rekke nye prosedyrer og beskrivelser etter siste revisjon. Kvalitetsavdelingen har nå gjennomført en intern revisjon av selskapets leveranse knyttet til forpliktelsene i Avtale om kjøp av ambulanshelikoptertjeneste med underbilag. Disse blir fulgt opp internt. Det er gjennomført en kundeundersøkelse der selskapet har fått mange gode tilbakemeldinger.

5.5 Oppsummering av funn

Totalt avdekket de syv revisjonene 52 avvik og 22 forbedringsobservasjoner, tilsvarende for samme periode i 2013 var 77 avvik og 44 forbedringer. Det ble avdekket et alvorlig avvik. Det er fortsatt for mange avvik som knytter seg til mangelfull leveranse knyttet til inngåtte kontrakter selv om antall funn viser en positiv trend.

Liste over et utvalg av funn:

1. Retningslinjer i forhold til media er ikke korrekt iht. kundekrav.
2. Systematisk opplæring i bruk av MTU er ikke dokumentert for HCM/redningsmenn.
3. Vedlikehold av 230 V inverter er ukjent og ikke tilgjengelig for sluttbruker.
4. Ansatt på basen har ikke fått opplæring i bruk og tilkobling av 230 V inverter for helikopter.
5. Nyansatt personell har ikke fått innføring i, og er ikke kjent med, innhold i kontrakt.
6. Fartøysjef tilfredsstiller ikke kvalifikasjonskrav på 50 timer NVG helikopter.
7. Endringsordre NVG leger/PLB besetningsmedlemmer – ikke innført i tjenesten.
8. Funn etter revisjon er ikke rettet opp innen de frister som er avtalt og fastsatt.
9. Ikke gjennomført en samsvarsvurdering.
10. Virksomhetsstatistikk er ikke kvalitetssikret og rapporteringsverktøy inneholder flere feil.
11. Manglede oversikt over kontraktsmessig flyoperativ trening.
12. Et helikopter har ikke innmontert integrert mobiltelefon.
13. Kvalifikasjonskravet til 50 timer NVG helikopter er ikke beskrevet.
14. Ikke oversikt over Hems Crew Members årlige arbeidstid.
15. Angitte tiltak for opplæring av fartøysjef i MTU er ikke dokumentert og beskrevet.
16. Det er ikke publisert rutiner godkjent for rengjøring av medisinsk kabin.
17. Manglende rutiner som skal gi Mission Specialist tilgang til Safety News.
18. Det kan ikke dokumenteres at det er gjennomført vernerunde på basen i 2013
19. Mangelfull kontroll på avvik.
20. Ansvar og roller ifm. innfasing av MTU er ikke fastsatt eller beskrevet.
21. Funn etter tidligere revisjon er ikke rettet opp innen de frister som er avtalt og fastsatt.
22. Fartøysjef er ikke kjent med basens geografiske område for HEMS operasjon.
23. 1: 50 000 kart på basen er ikke underlagt revisjon eller oppdatering.
24. Fartøysjefen har ikke oversikt over hvilket medisinsk teknisk utstyr som er akseptert av CAMO organisasjonen.
25. NVG-settet til legen har ikke COPS (Clip On Power Supply).
26. Mangler prosedyre for bruk av redningsdykker.
27. Mangler instruksjoner for vedlikehold av overlevingsdrakter.
28. Landingsplasser i OM Part C er ikke oppdatert siden 2012, selv om det har vært flere endringer/nye plasser.
29. Mangler rutiner for oppfølging og rapportering av endringsordre.

 		Styrende dokument: Kvalitetshåndbok 5.6 Ledelsens gjennomgåelse	Dok. id.: Mal
Ledelsens gjennomgåelse 2015			Versjon: 1.00
			Side: 8 av 12
Ansvarlig: PMT	Verifisert: NA	Godkjent: ØJ	Dato: 08.05.15

30. Opplæring i kontraktskrav inngår ikke i operatørens utsjekk av nye besetningsmedlemmer.
31. Fartøysjefer tilfredsstiller ikke kvalifikasjonskrav på 50 timer NVG helikopter ved oppstart i tjenesten.
32. Drift, redningsteknisk og operativ avdeling inngår ikke i operatørens revisjonsprogram.
33. Manglende skriftlige avtaler mellom operatør og AMK.

5.6 Økonomiske revisjoner

Økonomiske revisjoner av operatørene ble gjennomført som planlagt høsten 2014 uten at det ble avdekket alvorlige avvik eller anmerkninger som tilsier videre tiltak fra selskapets side.

5.7 Tiltak etter revisjonene



- Oppfølging av avvik etter revisjoner både internt og eksternt følges nøye opp.
- Resultatet av interne og eksterne revisjoner rapporteres til selskapets styre.
- Trening og kurs for fagrevisorer ble ikke gjennomført i 2014, dette gjøres i 2015.

6. Avvik og tiltak

Selskapet har et elektronisk rapporteringsverktøy for hendelser (Opscom). Alle ansatte og nytilsatte har fått opplæring i verktøyet.

Registrert av: -	Fra dato: 17.06.2013 Til dato: 30.04.2014	Fra dato: 01.05.2014 Til dato: 30.04.2015				
Klassifisering	Totalt	Åpen	Avsluttet	Totalt	Åpen	Avsluttet
KRITISK HENDELSE	<u>10</u>	0	<u>10</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
DRIFTSAVVIK	<u>25</u>	<u>1</u>	<u>24</u>	<u>18</u>	<u>4</u>	<u>14</u>
DRIFTSFORSTYRRELSE	<u>224</u>	<u>6</u>	<u>218</u>	<u>241</u>	<u>35</u>	<u>206</u>
ANDRE HENDELSER	<u>44</u>	0	<u>44</u>	<u>14</u>	<u>3</u>	<u>11</u>
Totalt	<u>303</u>	<u>7</u>	<u>296</u>	<u>275</u>	<u>43</u>	<u>232</u>

Flesteparten av hendelsene er knyttet opp til FKS og ansattes gode rapporteringsvilje. Den oppfattes som meget god. I Kvalitetshåndboken er det satt tidsfrister både til innsender og til oppfølging av hendelser. Det er fortsatt behov for at tiltaksansvarlige for de enkelte hendelsene har fokus på behandling av rapportene. Flere hendelser blir derfor ikke behandlet innenfor tidsfristen. FKS benytter også Opscom som et administrasjonsverktøy for hendelser. Rapporten blir derfor ikke lukket før aktiviteter er iverksatt.

 		Styrende dokument: Kvalitetshåndbok 5.6 Ledelsens gjennomgåelse	Dok. id.: Mal
Ledelsens gjennomgåelse 2015			Versjon: 1.00
			Side: 9 av 12
Ansvarlig: PMT	Verifisert: NA	Godkjent: ØJ	Dato: 08.05.15

Tiltak:

- Tiltaksansvarlige i Opscom må følge opp behandlingen av rapporter etter angitte frister og må bli bedre til å benytte funksjonene.
- Status på avviksmeldinger settes opp som fast agenda på ukentlig stabsmøte, ansvar tillegges kvalitetsrådgiver.
- Definere kundeklage og bevisstgjøre organisasjonen på dette, slik det tidligere er bemerket.

7. Primære og prioriterte oppgave

Selskapets primære og prioriterte oppgave er den flyoperative ambulansetjenesten, bidra til nasjonalt samarbeid knyttet til luftambulansetjenesten med vekt på nettverksbygging mellom helseforetakene, være faglig kompetansesenter, bidra til sikkerhet i tjenesten, stimulere til risikoreduserende tiltak, og arbeide for bedre kvalitet, koordinering samt kostnadseffektivisering av tjenesten. Resultat av dette arbeidet fremkommer i Årlig melding 2014 (vedlegg 1 Årlig melding for 2014 Luftambulansetjenesten ANS).

8. Status handlingsplan

Handlingsplaner for kvalitets- og miljøarbeidet er etablert for perioden 2014 til 2015. Disse ble utarbeidet i 20. juni 2013 og revidert etter ledelsens gjennomgåelse 2014. Målsetningen har utgangspunkt i selskapets miljø og kvalitetspolitikk. Målsetningen er konkretisert i to handlingsplaner. Statusgjennomgang av planene og måloppnåelse viser at selskapet har et forbedringsområde på både å ha fokus på leveransen og å holde frister. Status viser følgende:

Tiltak:

- Konkret gjennomgang av målsetninger og sette opp reviderte målsetninger innen kvalitet og miljø.
- Etablere en mer hensiktsmessig metode for oppfølging av sentrale målsetninger.



9. Kundetilfredshet

9.1 MedTek

Det er ikke gjennomført ny kundetilfredsundersøkelse siste året. Siste tilbakemelding i 2013 avdekker noen forbedringsområder. Spesielt innenfor utvikling og innovasjon, samt opplæring og informasjon. I gjennomgangen av MedTek 2013 ble denne undersøkelsen benyttet som en del av grunnlaget for å ivareta brukernes behov. 1. november 2014 innførte MedTek ny vaktordning fra 24/7/365 til kl. 07.00 – 21.00 alle dager (inkl. søn- og helligdager). I forkant av dette ble det gjennomført en kartlegging hos brukere. Det er ikke registret klager etter at ordningen er innført.

Tiltak:

- Ny undersøkelse gjennomføres andre halvår 2015.

 		Styrende dokument: Kvalitetshåndbok 5.6 Ledelsens gjennomgåelse	Dok. id.: Mal
Ledelsens gjennomgåelse 2015			Versjon: 1.00
			Side: 10 av 12
Ansvarlig: PMT	Verifisert: NA	Godkjent: ØJ	Dato: 08.05.15

9.2 FKS

Ledelsen på FKS gjennomfører regelmessige møter med operatøren for ambulanseflytjenestene. Et fast agendapunkt på disse møtene er tilbakemeldinger på utført leveranse. Dette kommer i tillegg til den årlige revisjonen av driften som operatøren skal gjennomføre av koordineringsentralen. Det er ikke gjennomført revisjon fra operatøren hos FKS i 2014.

Tiltak:

- Gjennomføre måling av kundetilfredshet hos medisinsk personell som bemanner ambulanseflyene andre halvår 2015.

10. Styringssystemet

Målsetningen med vårt kvalitets- og miljøstyringssystem er at det skal være hensiktsmessig, tilstrekkelig og effektivt. Vi har i dag beskrivelser som dekker de fleste behov, og organisasjonen viser stor vilje til å etterleve dette. Årlig gjennomgang av styrende dokumenter viser at det er behov for relativt små justeringer. Disse er basert på erfaringer med bruken av disse.

11. Politikken

Gjennomgang av miljø- og kvalitetspolitikken avdekker ikke behov for at denne skal justeres nå, men den må vurderes når ny strategi er vedtatt.

Tiltak:

- Daglig leder fortsetter å promotere politikk og mål ut i organisasjonen.
- Ansatte må få innføring i og informasjon om målsetninger, og bidra til oppnåelse.
- Det er behov for å se på selskapets politikk i forbindelse med ny strategi i 2015.



12. Lover og forskrifter

Det er etablert en egen prosedyre for samsvarsvurdering, samt at det er etablert abonnement fra både Regelhjelp.no og Lovdata som sikrer at oppdateringer blir distribuert til selskapet. Lover og forskrifter er publisert på Opscom i en ny versjon i 2014. Alle forskrifter er nå hyperlinket.

Det er ikke nye forskrifter som innebærer endringer av selskapets drift. Ny forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. kan få konsekvenser for nye kontrakter, samt at det ble innført nye felleseuropeisk forskrift for luftart (EASA Part OPS) fra 28.10.14.

13. Samsvarsvurderinger

Det er gjennomført to samsvarsvurderinger, en knyttet til NS-EN ISO 9001:2008 og en til NS-EN ISO 14001. Begge vurderingene avdekket at det er mindre forhold som ikke er ivarettatt. Forholdene er rettet i den årlige gjennomgangen av all dokumentasjon. Samsvarsvurderingene har også vært en del av forberedelsene til oppfølgingsrevisjonen fra NEMKO AS 2015. Årlig revisjon av alle dokumenter er gjennomført og publisert i Opscom.

 		Styrende dokument: Kvalitetshåndbok 5.6 Ledelsens gjennomgåelse	Dok. id.: Mal
Ledelsens gjennomgåelse 2015			Versjon: 1.00
			Side: 11 av 12
Ansvarlig: PMT	Verifisert: NA	Godkjent: ØJ	Dato: 08.05.15

14. Eksterne endringer

Oppdragsdokument for 2015 som ble vedtatt på selskapsmøte Gardermoen 23. februar 2015, viser at det ikke er behov for konkrete endringer i kvalitets- og miljøstyringssystemet, men organisasjonen får også tildelt nye oppgaver (vedlegg 2 Oppdragsdokument 2015). Disse krever ikke direkte endringer i driften, men vil kreve prioritering av oppgaver. Det er varslet en lansering av en ny helse- og sykehusplan høsten 2015 med behandling i Stortinget i vårsesjonen 2016. Dette kan få konsekvenser for selskapet. Selskapet er ennå ikke kjent med konsekvensene av de politiske signalene. Både NS-EN ISO 2001:2008 og NS-EN 14001:2004 kommer etter planen i nye versjoner sommeren 2015 med publisering i september 2015. Ingen får sertifisere seg før standardene er vedtatt, og det vil være en tre års overgangsperiode. Selskapet bør i løpet av 2015 arbeide for en gradvis implementering, og at ny sertifisering våren 2016 er etter NS-EN 14001:2015 og NS-EN 9001:2015.

15. Forbedringsområder

De viktigste forbedringsområdene som er identifisert er at selskapet må ha tilstrekkelig kapasitet og fokus på egen leveranse og oppfølging. Det vil i løpet av 2015 bli ansatt mer personell til å løse dagens og fremtidens oppgaver. Dette vil henge sammen med den pågående strategiprosessen. Det er også i år avdekket at selskapet har et etterslep på anskaffelse av nytt medisinskteknisk utstyr. Flere samarbeidspartnere ønsker deltakelse fra selskapet i ulike prosjekter. Det er derfor viktig at det gjøres en bevisst prioritering av arbeidsoppgaver og ressurser, og at daglig leder tar ansvar for denne prioriteringen.

Tiltak:

- Kvalitetsrådgiver tilbyr bistand til å bygge videre på det etablerte systemet for kvalitet og miljøstyring til de ulike virksomhetsområdene med fokus på NS-EN 14001:2015 og NS-EN 9001:2015.
- MedTek får støtte via HINAS til innkjøpsprosjekt av medisinskteknisk utstyr
- Arbeide for et nytt system for medisinsk virksomhetsregistrering i samarbeid med ulike aktører, pågående.



16. Ressursbehov

16.1 Kompetanse

Det er foretatt en oppgradering av kompetanse hos flere ansatte gjennom kjøp av eksterne kurs og gjennomføring av undervisning spesielt på FKS. Ansatte har bl.a. deltatt på EASA Part M, Part OPS og Part 145 kurs og leverandørkurs på medisinskteknisk utstyr. Dette kommer i tillegg til den etablerte treningen ved FKS som er obligatorisk og beskrevet i treningsmanual for sentralen.

Tiltak:

- Kompetansebehov vurderes fortløpende og er et fast agendapunkt i medarbeidersamtale.
- Vurdere fortløpende behovet for en tydeligere kompetanseplanlegging.

 		Styrende dokument: Kvalitetshåndbok 5.6 Ledelsens gjennomgåelse	Dok. id.: Mal
Ledelsens gjennomgåelse 2015			Versjon: 1.00
			Side: 12 av 12
Ansvarlig: PMT	Verifisert: NA	Godkjent: ØJ	Dato: 08.05.15

16.2 Ressurser

Det er for 2015 budsjettert med tre nye stillinger og det er en pågående vurdering av dette. Det ble meldt behov for forsterkning på medisinsk side, gjerne kombinert med FW-erfaring men også kommunikasjonsrådgiver er diskutert. Sistnevnte for å oppnå målene i den vedtatte kommunikasjonsstrategi. Selskapet har i dag sambandstekniske rådgivere 30 % internt og leier inn et årsverk i forbindelse med nytt nødnett. Stabssjef/admin.sjef er vurdert, men det er ønske om at vi prioriterer operativt/medisinsk kompetanse. Dagens FW på 0,4 bør utvides til 1 stilling. I forbindelse med utvidelse av staben er det naturlig å vurdere organisering av selskapet. Et alternativ er å etablere en ledergruppe med definerte funksjoner.

Tiltak:

- Ressursbehovet beskrives når resultatet av strategiprosessen er ferdigstilt.
- Ansettelse av personell i inneværende år (2015).
- Utarbeide skisser til arbeidsbeskrivelser før stillingsutlysninger.

17. Oppsummering av tiltak

Selskapet har beskrevet et godt system, men det gjenstår noe i implementeringen slik at arbeidsprosessene når den effektivitet og kvalitet som er ønsket. Mest bekymringsfullt er at revisjonen hos underleverandørene avdekker store avvik mellom krav og faktisk leveranse. Det er derfor behov for å følge opp disse tettere. Selskapet bør snarest avklare behovet for mer ressurser. Når selskapets strategi er vedtatt må det lages en handlingsplan fram mot 2019. Kvalitetsrådgiver og daglig leder må sette opp en plan for forbedringer på bakgrunn av gjennomgåelsen innen 16. juni 2015 som sikrer at foreslåtte tiltak iverksettes og at innholdet bekjentgjøres for organisasjonen.

Styresak-44 Kvalitet og sikkerhetsrevisjoner

Saksbehandler: Per Magne Tveitane

Vår dato: 09.06.15 Møtedato: 16.06.15

1. Bakgrunn/fakta

Selskapet utarbeidet i 2. januar 2014 et revisjonsprogram for revisjonsaktiviteter som skulle gjennomføres i 2014. Det ble gjennomført seks revisjoner av operatørene på utvalgte lokalisasjoner. To revisjoner ble utsatt fordi Lufttransport AS hadde booket ledende personell til andre oppgaver på det avtalte tidspunkt i november 2014, begge disse ble gjennomført i januar 2015. Hjemmelen for slike revisjoner er i Avtale – kjøp av ambulanshelikoptertjenesten punkt 5.12 Revisjon og kjøp av ambulansflytjenester punkt 5.11 Revisjon. Luftambulansetjenesten ANS har rett til å foreta revisjon av alle systemer, rutiner, regnskaper og aktiviteter forbundet med tjenesten. Revisjonsretten starter ved avtaleinngåelse og dersom revisjoner avdekker avvik, skal disse rettes uten unødig opphold og innen de frister som fastsettes av Luftambulansetjenesten ANS. Nytt revisjonsprogram ble utarbeidet 16. desember 2014 hvor kommende års revisjonsaktiviteter ble fastlagt, se vedlegg 1 Revisjonsplan 2015 for detaljer.

2. Revisjonsaktivitet

Revisjonene er gjennomført etter iht. NS-EN ISO 19011:2011 og med revisjonslag bestående av rådgivere i selskapet. Funn ved de enkelte revisjonene er presentert for styret 22. oktober 2014 (Styresak 60-2014 Kvalitetsrevisjoner 2014) og 23. februar 2015 (Styresak 15-2015 Revisjoner av operatørene). Totalt avdekket de seks eksterne revisjonene 52 avvik og 22 forbedringsobservasjoner. Tilsvarende for samme periode i 2013 var 77 avvik og 44 forbedringer. Det ble avdekket et alvorlig avvik. Det er fortsatt for mange avvik som knytter seg til mangelfull leveranse knyttet til inngåtte kontrakter selv om antall funn viser en positiv trend.

Liste over et utvalg av funn:

1. Retningslinjer i forhold til media er ikke korrekt iht. kundekrav.
2. Systematisk opplæring i bruk av MTU er ikke dokumentert for HCM/redningsmenn.
3. Vedlikehold av 230 V inverter er ukjent og ikke tilgjengelig for sluttbruker.
4. Ansatt på basen har ikke fått opplæring i bruk og tilkobling av 230 V inverter for helikopter.
5. Nyansatt personell har ikke fått innføring i, og er ikke kjent med, innhold i kontrakt.
6. Fartøysjef tilfredsstiller ikke kvalifikasjonskrav på 50 timer NVG helikopter.
7. Endringsordre NVG leger/PLB besetningsmedlemmer – ikke innført i tjenesten.
8. Funn etter revisjon er ikke rettet opp innen de frister som er avtalt og fastsatt.
9. Ikke gjennomført en samsvarsvurdering.
10. Virksomhetsstatistikk er ikke kvalitetssikret og rapporteringsverktøy inneholder flere feil.
11. Manglede oversikt over kontraktsmessig flyoperativ trening.

12. Et helikopter har ikke innmontert integrert mobiltelefon.
13. Kvalifikasjonskravet til 50 timer NVG helikopter er ikke beskrevet.
14. Ikke oversikt over Hems Crew Members årlige arbeidstid.
15. Angitte tiltak for opplæring av fartøysjef i MTU er ikke dokumentert og beskrevet.
16. Det er ikke publisert rutiner godkjent for rengjøring av medisinsk kabin.
17. Manglende rutiner som skal gi Mission Specialist tilgang til Safety News.
18. Det kan ikke dokumenteres at det er gjennomført vernerunde på basen i 2013
19. Mangelfull kontroll på avvik.
20. Ansvar og roller ifm. innfasing av MTU er ikke fastsatt eller beskrevet.
21. Funn etter tidligere revisjon er ikke rettet opp innen de frister som er avtalt og fastsatt.
22. Fartøysjef er ikke kjent med basens geografiske område for HEMS operasjon.
23. 1: 50 000 kart på basen er ikke underlagt revisjon eller oppdatering.
24. Fartøysjefen har ikke oversikt over hvilket medisinsk teknisk utstyr som er akseptert av CAMO organisasjonen.
25. NVG-settet til legen har ikke COPS (Clip On Power Supply).
26. Mangler prosedyre for bruk av redningsdykker.
27. Mangler instruksjoner for vedlikehold av overlevingsdrakter.
28. Landingsplasser i OM Part C er ikke oppdatert siden 2012, selv om det har vært flere endringer/nye plasser.
29. Mangler rutiner for oppfølging og rapportering av endringsordre.
30. Opplæring i kontraktskrav inngår ikke i operatørens utsjekk av nye besetningsmedlemmer.
31. Fartøysjefer tilfredsstillende ikke kvalifikasjonskrav på 50 timer NVG helikopter ved oppstart i tjenesten.
32. Drift, redningsteknisk og operativ avdeling inngår ikke i operatørens revisjonsprogram.
33. Manglende skriftlige avtaler mellom operatør og AMK.

Alle besvarelsene av avvik funnet hos operatørene skal ha verifikasjon av de aktivitetene som er iverksatt. Det er etablerte tidsfrist gjennom krav til tiltaksplan med beskrivelse av de viktigste aktiviteter innen 3 uker etter mottak av revisjonsrapporten. Her skal det angis strakstiltak og en plan for korrigerende tiltak og korrigeringer. Endelig frist for innsendelse av besvarelsen med verifikasjon av de aktivitetene som er iverksatt har vært 3 måneder. Omfanget av funn etter revisjonen har medført at operatørene har i mange avvik måttet søke om utsettelse på fristen for lukking, og fortsatt står noen avvik åpne.

3. Konklusjon

Revisjonsprogram og plan for 2014 er gjennomført med noen forskyvninger. Det er avdekket mange avvik og forbedringsområder knyttet til Kjøp av Ambulansehelikopter og flytjenester med underbilag. Revisjonen har igjen avdekket manglende leveranse og at operatørene ikke har hatt fullgode systemer for egen leveransmåling. Mange avvik er ikke korrigert innenfor den avtale fristen og hatt behov for utsettelse. Aktiviteten som ble gjennomført i 2014 vil fortsette i 2015, med samme omfang på flere nye lokalisasjoner. I den pågående strategien for ambulanshelikoptertjenesten 2018 vurderes innføring av sanksjoner om avvik ikke blir lukket innenfor den avtale fristen. Administrasjonen vil komme tilbake til dette og presentere dette for styret.

Styret for Luftambulansen ANS inviteres til å fatte følgende vedtak:

- ***Styret tar saken til orientering.***
- ***Styret ber daglig leder orientere styret om resultat av funn som avdekkes i kvalitets og sikkerhetsrevisjoner i 2015.***

Bodø, 9. juni 2015

Øyvind Juell
daglig leder

Vedlegg:

1. Revisjonsplan 2015



Revisjonsplan for Luftambulansetjenesten ANS 2015

1. part-eksternrevisjon (Intern revisjon)

Dato	Reviderte part	Omfang	Revisjonsleder	Fagrevisor
19.03.15	FKS	EASA Part OPS ORO.GEN.110 (c), Service Level Agreement, Driftshåndbok FKS, Håndbok for kvalitet og miljøstyring, egne kvalitets og miljømålsettinger, oppfølging av avvik og hendelser.	PMT	BM
24.03.15	Medisinskteknisk verksted	Forskriftene om håndtering av medisinsk utstyr, medisinsk utstyr og systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid, Driftshåndbok MTU, Håndbok for kvalitet og miljøstyring, samarbeid med operatører/fagmiljø, egne kvalitets og miljømålsettinger, oppfølging av avvik og hendelser	PMT	PM
august	Administrasjon	Håndbok for kvalitet og miljøstyring, oppfølging av Oppdragsdokument 2015 og egne kvalitets og miljømålsettinger, oppfølging av avvik og hendelser.	PMT	-

2. part-eksternrevisjon (Ekstern revisjon)

Dato	Reviderte part	Omfang	Revisjonsleder	Fagrevisor
26.05.15	NLA AS base Evenes	Avtale kjøp Ambulansehelikoptertjenester med vedlegg, lokale samarbeidsavtaler, basehåndbok og oppfølging av MTU.	PMT	RIJ, DH
sept.	NLA AS base Lørenskog	Avtale kjøp Ambulansehelikoptertjenester med vedlegg, lokale samarbeidsavtaler, basehåndbok og oppfølging av MTU.	PMT	RIJ, AA
sept.	NLA AS hovedkontor	Avtale kjøp Ambulansehelikoptertjenester med vedlegg, oppfølging fra tidligere revisjoner og kontaktmøter.	PMT	RIJ, MH, DH
sept.	Lufttransport AS base Ålesund	Avtale kjøp av Ambulanseflytjenester med vedlegg, lokale samarbeidsavtaler, Driftshåndbok og oppfølging av MTU.	PMT	BM, AA
sept.	Lufttransport AS hovedkontor	Avtale kjøp av Ambulanseflytjenester med vedlegg, oppfølging fra tidligere revisjoner og kontaktmøter. Arbeids og hviletid,	PMT	BM, MH
nov.	Lufttransport AS base Brønnøysund	Avtale kjøp Ambulansehelikoptertjenester med vedlegg, lokale samarbeidsavtaler, Driftshåndbok og oppfølging av MTU.	PMT	RIJ, RM, DH
nov.	Lufttransport AS hovedkontor	Avtale kjøp Ambulansehelikoptertjenester med vedlegg, oppfølging fra tidligere revisjoner og kontaktmøter.	PMT	RIJ, MH
nov.	Lufttransport AS hovedkontor	Økonomisk revisjon iht. Avtale kjøp av Ambulanseflytjenester punkt 5.12.2 og Ambulansehelikoptertjenester punkt 5.13.2.	Per Åge Hansen ¹	MH, PMT
nov.	NLA AS hovedkontor	Økonomisk revisjon iht. Avtale kjøp av Ambulansehelikoptertjenester punkt 5.13.2.	Per Åge Hansen	MH, PMT

¹ Innleid revisjonsleder fra BDO AS