

## Saksliste styremøte 22. mars 2018

Saksbehandler: Øyvind Juell

---

Vår dato: 14.3.18

Arkivnummer: 012

Sted: Bodø

---

Administrerende direktør i Luftambulansetjenesten HF kaller inn til styremøte 22. mars 2018 kl. 1400-1600 på telefon. Oppkoblingsinformasjon sendes for seg.

### Saksliste:

- |             |  |
|-------------|--|
| Sak 20-2018 | Godkjenning av innkalling  |
| Sak 21-2018 | Godkjenning av saksliste   |
| Sak 22-2018 | Godkjenning av protokoll fra styremøte 16.2.2018   |
| Sak 23-2018 | Virksomhetsrapport   |
| Sak 24-2018 | Innspill til økonomisk langtidsplan  |
| Sak 25-2018 | Ambulansehelikoptertjenesten fra 1. juni 2018 – status (UNNTATT OFFENTLIGHET)  |
| Sak 26-2018 | Ambulanseflytjenester fra 1.7.2019 – status (UNNTATT OFFENTLIGHET)   |
| Sak 27-2018 | Forbedring og effektivisering av ambulansflytjenesten  |
| Sak 28-2018 | Revisjonsplan 2018   |
| Sak 29-2019 | Orienteringer fra administrerende direktør <ol style="list-style-type: none"><li>Prosjekt for utvikling av nasjonale retningslinjer for intensivtransport</li><li>Helikopterbase Evenes</li><li>Møte med Stiftelsen Norsk Luftambulans</li><li>Lufttransport FW AS</li><li>Kommende styremøter</li></ol> |
| Sak 30-2018 | Eventuelt  |

Med vennlig hilsen

Øyvind Juell  
Administrerende direktør

## PROTOKOLL

### Styremøte 16. februar 2018

Styret for Luftambulansetjenesten HF avholdt styremøte 16. februar i Bodø.

Til stede	Fra administrasjonen
Daniel Haga (styreleder)	Øyvind Juell (administrerende direktør)
Randi Midtgård Spørck (nestleder)	Mariann M. Hunstad
Ingvill Skogseth	Knut Haarvik
Steinar Marthinsen	
Arild Østergaard	

#### **STYRESAK 12-2018 Godkjenning av innkalling.**

*Innkalling til styremøtet er fremlagt.*

##### Styrets vedtak

- Innkalling til styremøte 16. februar er godkjent.

#### **STYRESAK 13-2018 Godkjenning av saksliste.**

*Sakslisten til styremøtet er fremlagt:*

*Sak 12-2018 Godkjenning av innkalling*

*Sak 13-2018 Godkjenning av saksliste*

*Sak 14-2018 Godkjenning av protokoll fra styremøte 31.01.18*

*Sak 15-2018 Årsregnskap og styrets årsberetning for 2017*

*Sak 16-2018 Bemanning av ambulansehelikoptertjenesten fra sommeren 2018 – status. Unntatt offentlighet.*

*Sak 17-2018 Ambulansehelikoptertjenesten fra 1. juni 2018 – status. Unntatt offentlighet.*

*Sak 18-2018 Orienteringer fra administrerende direktør*

*a Ambulanseflytjenesten fra 1. juli 2019*

*b Foreløpige innspill ØLP*

*c Rettsavgjørelse i oppsigelssak Norsk luftambulanse AS*

*d Helikopterbase Evenes*

*e Kommende styremøter*

*Sak 19-2018 Eventuelt*

##### Styrets vedtak

- Sakslisten er godkjent.

**STYRESAK 14-2018 Godkjenning av protokoll fra styremøte 31.01.18.**

*Protokoll fra 31. januar 2018 er fremlagt.*

Styrets vedtak

Protokoll fra styremøte 31. januar 2018 er godkjent.

**STYRESAK 15-2018 Årsregnskap og styrets årsberetning for 2017**

*Styret gjennomgikk fremlagt årsregnskap og utkast til beretning. Revisor Ingar Andreassen, KPMG AS gjennomførte årlig møte med styret.*

Styrets vedtak

- Styret godkjenner årsregnskapet for 2017.
- Styret godkjenner forslag til føring av resultatet for 2017.
- Styret godkjenner årsberetningen for 2017.

**STYRESAK 16-2018 Bemanning av ambulanshelikoptertjenesten fra sommeren 2018 - status, u. off.**

*Styret vedtok å lukke møtet under behandling av sak 16-2018. Status i dialogen med NLA AS ble gjennomgått, og styret diskuterte premisene for den videre saksbehandlingen.*

Styrets vedtak

- Styret ber administrerende direktør følge opp saken i tråd med innspillene fra møtet.

**STYRESAK 17-2018 Ambulanshelikoptertjenesten fra 1. juni 2018 – status, u. off.**

*Styret vedtok å lukke møtet under behandling av sak 17-2018. Statusrapport nr. 4 for prosjektet ble gjennomgått. I hovedsak følger prosjektet fremdriftsplanen. Det knytter seg usikkerhet til noen punkter. Disse skal følges tett fremover.*

Styrets vedtak

- Styret tar statusrapport nr. 4 for Mottaksprosjekt ambulanshelikoptertjenesten til orientering.

**STYRESAK 18-2018 Orienteringer fra administrerende direktør.**

*Styret fikk informasjon om følgende saker:*

- a. Ambulanseflytjenester fra 1. juli 2019.*
- b. Foreløpige innspill ØLP.*
- c. Rettsavgjørelse i oppsigelsessak i Norsk Luftambulanse AS.*
- d. Helikopterbase Evenes.*
- e. Kommende styremøter*

**Styrets vedtak**

- Styret tar fremlagte saker til orientering.

**STYRESAK 19-2018 Eventuelt.**

*Intet.*

---

Daniel Haga

---

Randi Midtgård Spørck

---

Steinar Marthinsen

---

Ingvill Skogseth

---

Arild Østergaard

**Styremøter framover**

22. mars (telefon)

24. mai 2018 (basebesøk Stavanger)

20. juni 2018

13. september 2018

17. oktober 2018

5. desember 2018

## Styresak 23-2018 Virksomhetsrapport pr 280218

Saksbehandler: Mariann M. Hunstad

---

Vår dato: 09.03.2018    Møtedato: 22.03.2018

---

### 1 Generelt

Kravspesifikasjon og konkurransepapirer for anskaffelse av respirator er ferdigstilt og anbudet er kunngjort via DOFFIN.

I januar ble samtlige medarbeidere invitert til felles samling. Samlingen ble gjennomført over to dager med 19 deltakere. Agenda inkluderte basebesøk på Lørenskog samt gjennomgang diverse prosjekt, årsrapport, endringer i foretaket og siste nytt fra de ulike fagfeltene hos OSS.

### 2 Økonomi

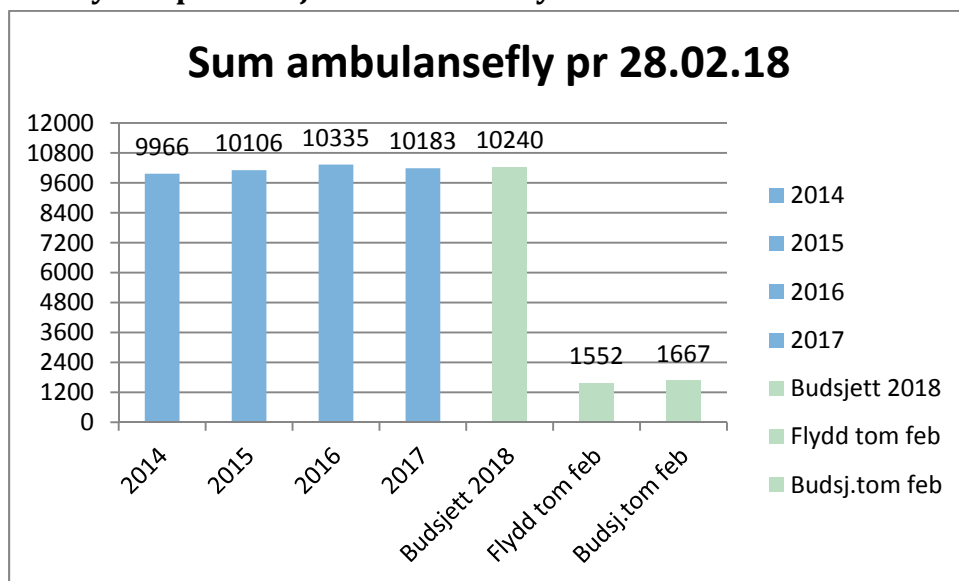
Konto	Regnskap	Budsjett	Avvik
Salgsinntekt	163 027	163 387	-0,22 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>163 027</b>	<b>163 387</b>	<b>-0,22 %</b>
Lønnskostnad	3 993	4 547	-12,17 %
Avskrivning på varige driftsmidler og immatrielle eiendeler	1 461	962	51,87 %
Annen driftskostnad	155 570	141 292	10,11 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>161 024</b>	<b>146 800</b>	<b>9,69 %</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>2 003</b>	<b>16 587</b>	<b>52,51 %</b>
Annen finansinntekt	0	-	109,69 %
Annen finanskostnad	1	-	0,00 %
<b>Netto finansposter</b>	<b>-1</b>	<b>-</b>	<b>0,00 %</b>
<b>Resultat før skatt</b>	<b>2 002</b>	<b>16 587</b>	<b>-87,93 %</b>

Det er tatt avsetning pr februar for til sammen 23,3 MNOK som gjelder forbruk av drivstoff, timeuttak, operative utgifter, luftfartsavgifter og forbruk medisinske gasser i februar og dels januar.

Differansen mellom budsjett og regnskap ved utløp skyldes flere faktorer. Den største er avsetning fra årsavslutningen, som ved en feil, ikke er blitt tilbakeført. Beløpet er 9,5 MNOK. Videre er det betalt en del faktura som gjelder periodene mars og april for til sammen i underkant av 1 MNOK.

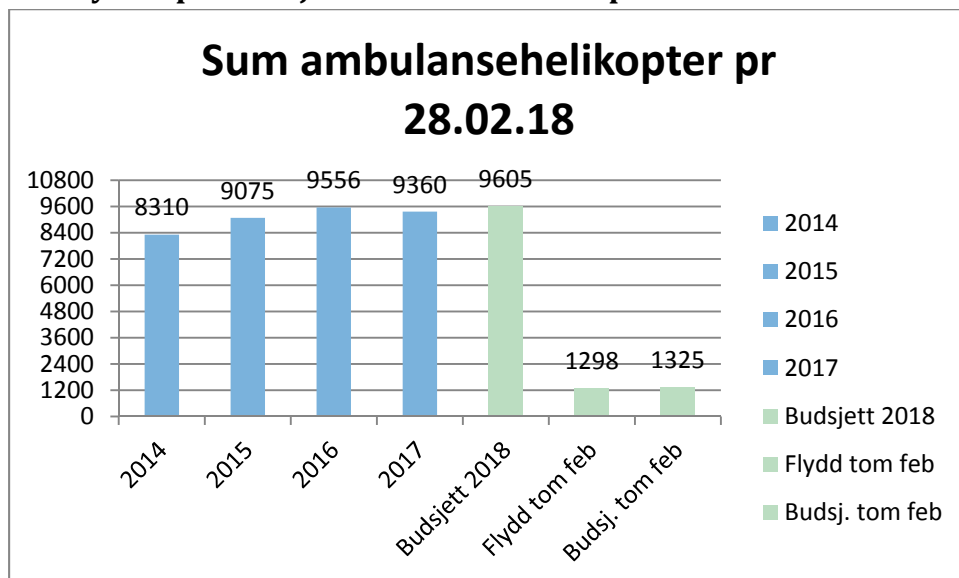
### 3 Flytimeproduksjon tom 28. februar 2018

#### 3.1 Flytimeproduksjon ambulansefly



Tilgjengeligheten for ambulansefly de to første månedene av 2018 var på 94,16 %. Hoved årsaken for utmeldinger disse månedene var teknisk (145 timer) og sykdom/crewmangel (220 timer)

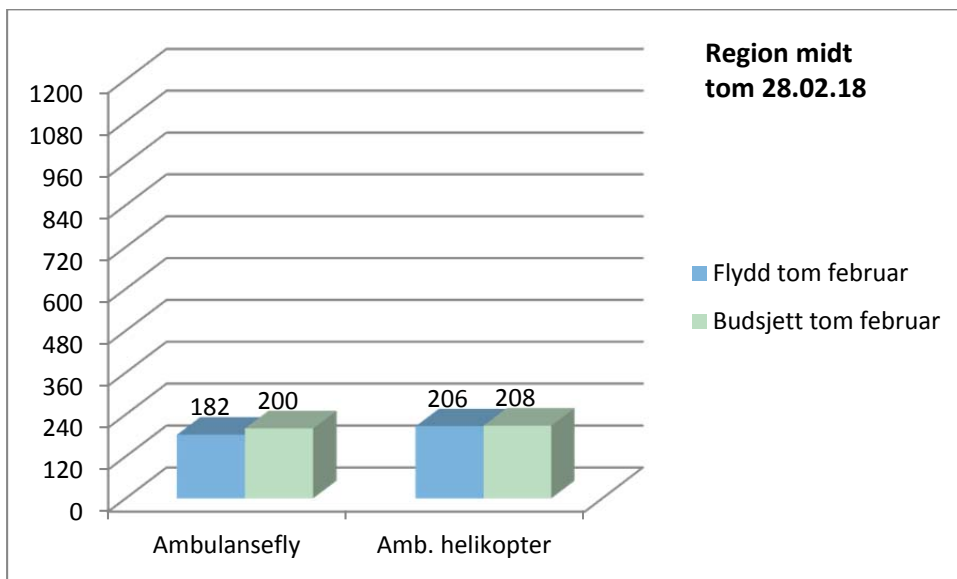
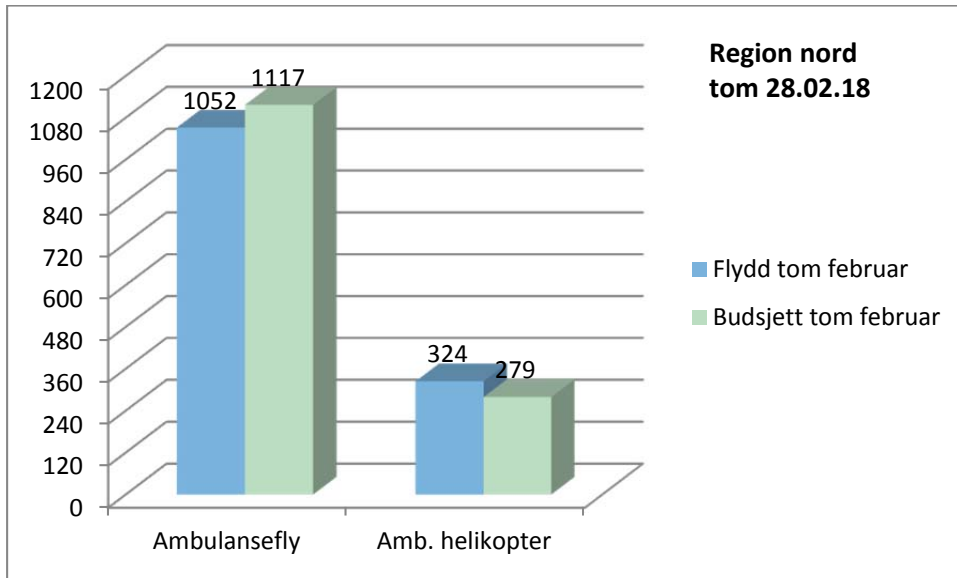
#### 3.2 Flytimeproduksjon ambulanshelikopter

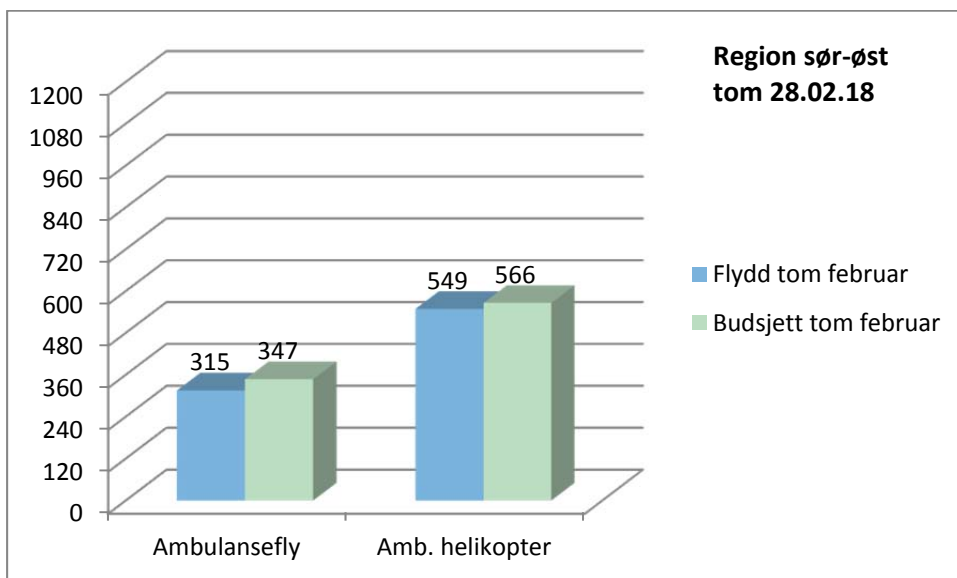
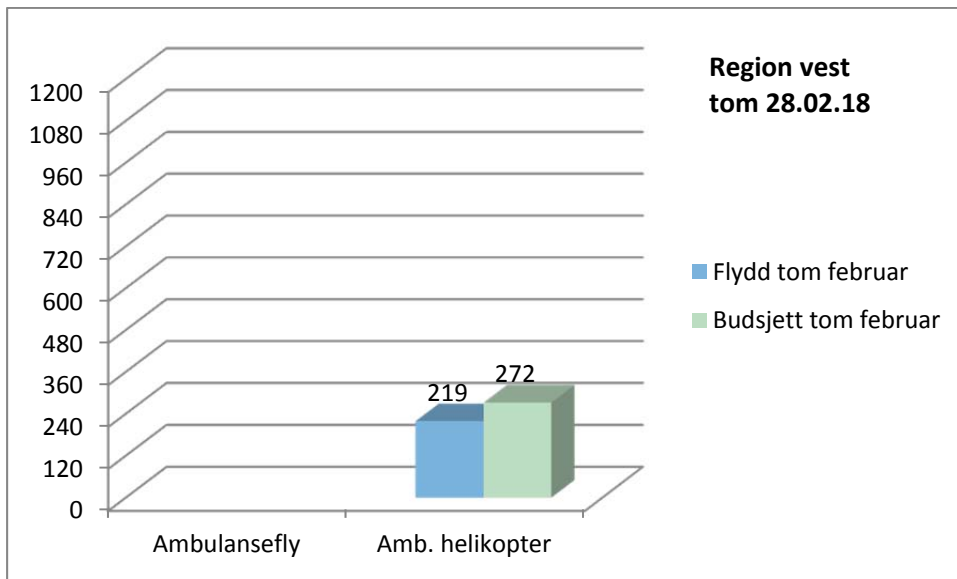


Tilgjengeligheten for ambulanshelikoptrene i årets to første måneder var på 97,4 % (henholdsvis 98,3 % for NLA AS og 94,2 % for Lufttransport RW AS). Dette er liten nedgang på 0,1 % fra samme periode i 2017, hvor tilgjengeligheten var 97,5 %.

De største årsakene til utmelding har for Lufttransport RW AS vært uforutsette tekniske problemer, og sykdom/crewmangel på en base. For Norsk Luftambulans AS er arbeids- og hviletidsbestemmelser den viktigste faktoren.

### 3.3 Flytimeproduksjon pr. region





## 4 Kvalitet

### 4.1 Revisjoner

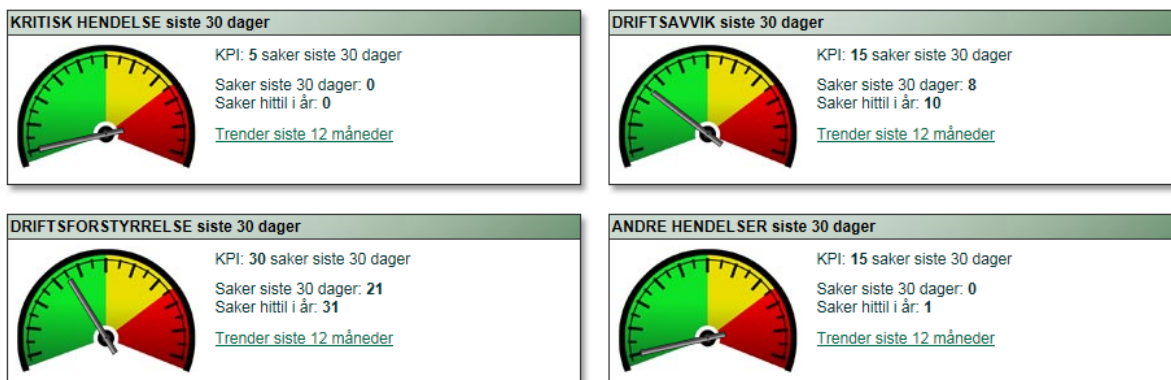
Det er i siste periode ikke gjennomført interne eller eksterne revisjoner i foretaket. Norsk Luftambulans AS har hatt en rekke tilsyn av både egen CAMO organisasjon og i forbindelse med utvidelsen av teknisk og operative godkjenninger. Avvikene fra luftfartsmyndigheten er ikke av alvorlig art og det forventes at selskapet vil lukke disse innenfor den avtale fristen.

### 4.2 Avvikshåndtering internt i selskapet

Grafene er hentet i hendelsessystemet Opscom. Disse viser oppsummert innmeldte avvik sortert på type pr. 14. mars. 2018. I systemet ligger en sikkerhetsstyringsfunksjon basert på de fire faste klassifiseringsområdene – ”Kritiske hendelser”, ”Driftsavvik”,



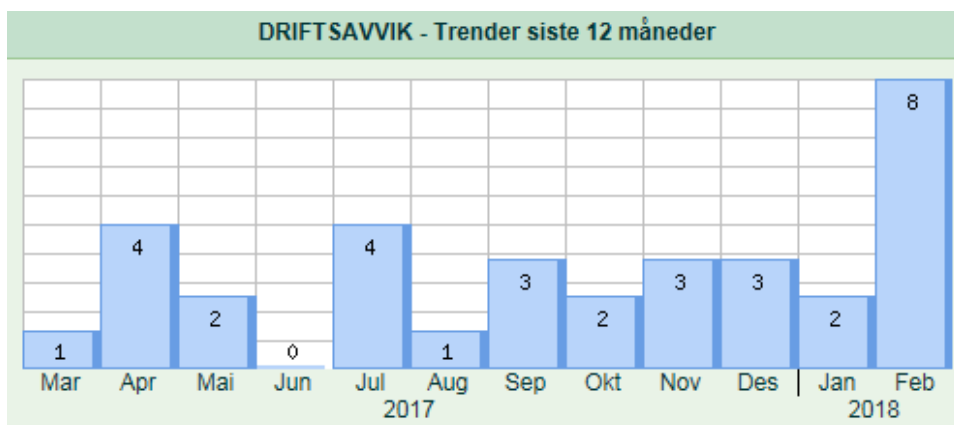
”Driftsforstyrrelser” og ”Andre hendelser”. Alle typer hendelser blir registrert i statistikken og vil telle med i det klassifiseringsområdet så snart hendelsen er registrert.

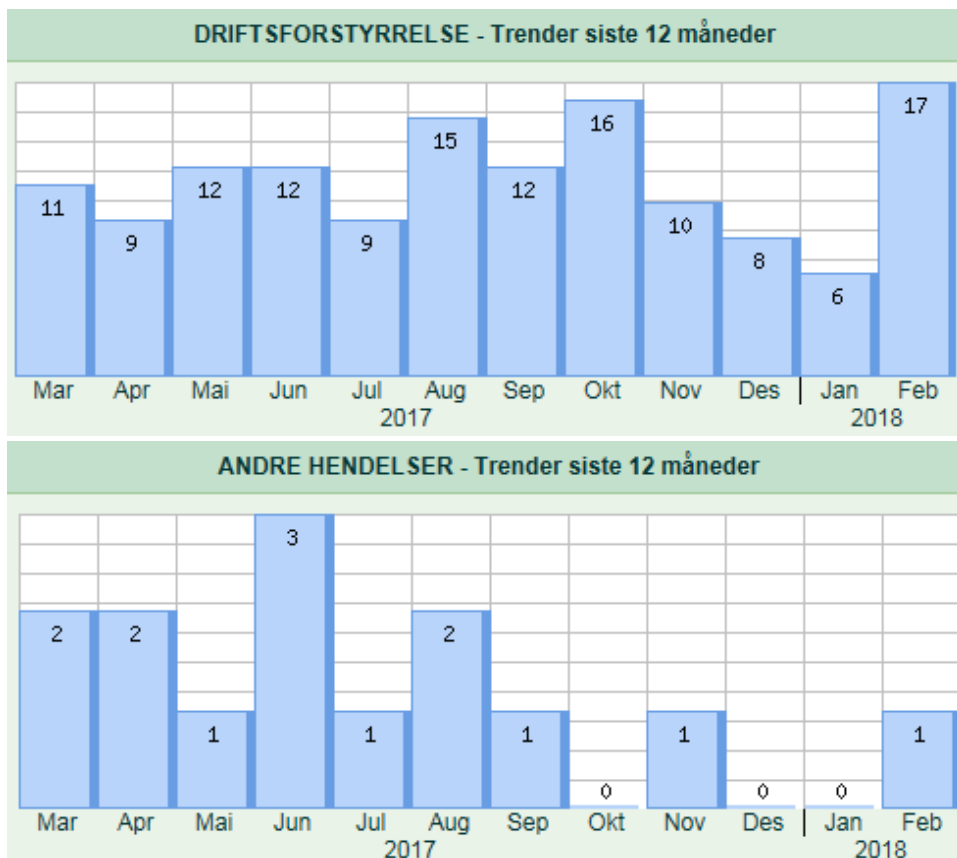


Det er foretaket som selv som har satt inn nivået (KPI tallet) for den enkelte klassifisering og at det skal måles til stigende verdier. Å sette stigende verdi betyr at vi har satt ett tall (nivå) som ikke bør overstiges. Grafene angir også hvor mange slike hendelser det har vært siste 30 dager og så lang i inneværende år. Det er ikke rapportert inn Kritiske hendelser så langt i 2018, men det er flere hendelser knyttet til mangel på besetninger i ambulanseflytjenesten. Det vises her til egen orientering fra administrerende direktør.

### 4.3 Trender

Figuren viser hendelsene i søyler og med tall i hver søyle som anskueliggjør hvor mange hendelser som har vært registrert innenfor de siste 12 månedene.





## 5 Intern drift i selskapet

Foretaket er en IA-bedrift. Våre IA-mål er kommentert under.

### 5.1 Helse, miljø og sikkerhet

IA-avtalens mål 2. Ingen fysiske skader som følge av jobben. Hittil i år er det ingen kjente jobbrelaterte personskader.

### 5.2 Personell

IA-avtalens mål 1. Korttidsfraværet skal ikke overstige 3,5 %. For ansatte som ikke arbeider turnus er tallet 0,3 % pr. 28. februar. For ansatte som arbeider turnus er tallet 0,5 % pr 28. februar.

IA-avtalens mål 2. Tilby jobb til personell med relevant kompetanse og minst 50 % restarbeidsevne. Vi har i dag en ansatt i denne kategorien.

IA-avtalens mål 3. Alle arbeidstakere bør stå i jobb til de er 67 år. Vi har i dag en ansatt som er eldre enn 67 år og fortsatt i arbeid.

## **6 Anbefaling**

Administrerende direktør anbefaler styret å ta virksomhetsrapporten pr. 28. februar 2018 til orientering

### **Styret for Luftambulansen HF inviteres til å fatte følgende vedtak:**

- ***Styret tar virksomhetsrapport pr. 28. februar 2018 til orientering.***

Øyvind Juell

administrerende direktør

## Styresak 24-2018 Økonomisk langtidsplan 2019-2026

Saksbehandler: Mariann M. Hunstad

---

Vår dato: 14.03.2018    Møtedato: 22.03.2018

---

### 1 Generelt

Det vises til styresak 8-2018 Foreløpige innspill til Økonomisk langtidsplan 2019-2026.

Tall oppgitt for 2016 er regnskapstall fra Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS. Tall oppgitt for 2017 er sum regnskapstall fra Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS og Luftambulansetjenesten HF.

### 2 Forutsetninger som ligger til grunn for ØLP 2019-2026

#### 2.1. Inntekter

Luftambulansetjenesten HF har en finansieringsmodell som innebærer at de regionale helseforetakene gir tilskudd basert på gjennomsnittlige transporterte pasienter de siste tre år. For budsjett 2018 er gjennomsnittet beregnet av årene 2014 til og med 2016. Sum kostnader for den enkelte regions baser fordeles på egen og øvrige regioner i henhold til gjennomsnittlig antall transporter siste tre år.

#### 2.2. Kostnader

Tall oppgitt fra og med 2018 er i 2018-kroner og uten forventet lønns-/prisjustering.

Som tidligere beskrevet er kostnadsbildet for foretaket relativt konstant. Ca 96 % av foretakets samlede kostnader er som følge av inngåtte kontrakter for ambulansfly, ambulanshelikopter og bruk av redningshelikopter. De resterende 4 % knyttes til drift av foretaket i form av lønn, leie lokale etc.

Foretaket har i dag tre større prosjekt. Disse er mottaksprosjektene for henholdsvis ny helikopterkontrakt og ny flykontrakt. Disse prosjektene løper frem til de nye kontraktene starter. Videre har foretaket ett prosjekt som planlegges ferdigstilt i 2018 – Effektivisering og forbedring av ambulansflytjenesten.

Økte kostnader fra budsjett 2018 til ØLP 2019 skyldes følgende:

- Nye helikopterkontrakter starter 1. juni 2018 og gir en halvårsvirkning i år, men 2019 er første hele året med nye kontraktspriser.

- Nye flykontrakter starter 1. juli 2019. Det øker kostnadene siste halvår 2019.
- Fra og med 1. juli 2019 gjelder egne leieavtaler for samtlige flybaser. Frem til denne datoen er leien inkludert i dagens fly-kontrakt.
- Det er tatt høyde for økt leie som følge av ny helikopterbase på Evenes.
- Som følge av kapasitetsmangel er det lagt inn ett årsverk i administrasjonen og ett årsverk ved Flykoordineringsentralen fra og med 2019.

Økte kostnader fra ØLP 2019 til 2020 skyldes følgende:

- Første år med helårsvirkning av nye flykontrakter er 2020.
- Første år med helårsvirkning av nye leieavtaler for flybasene.
- Helse Bergen og Helse Stavanger har igangsatt arbeid med bygging av nye helikopterbaser. Det er tatt høyde for økt leiekostnad i 2020.

I 2021 er det ikke lagt inn endringer i kostnader knyttet til kontrakter fly og helikopter. Som beskrevet i styresak 8-2018 Foreløpige innspill til økonomisk langtidsplan kommer det nytt regelverk for arbeids- og hviletidsbestemmelser. Luftambulansetjenesten HF har ikke fått informasjon om de økonomiske konsekvensene av det nye regelverket. Etter det foretaket kjenner til skal det være mulig for operatør å søke dispensasjon. Dersom regelverket utløser ekstra kostnader vil dette skje med virkning fra 2021. På grunn av usikkerheten er ikke dette inkludert i ØLP.

### **3 Kontantstrøm**

Foretaket har, over år, bygget opp en likviditet og den er i dag på et nivå som sikrer den daglige driften uten behov for tilførsel ut over budsjetterte tilskudd fra de regionale helseforetakene. Vedlagte ØLP inneholder ikke risikofaktorer knyttet til likviditet.

### **4 Investeringer**

Foretaket er leietaker ved samtlige lokalisasjoner der foretaket har kontor. Foretaket eier og investerer i medisinsk teknisk utstyr til bruk i ambulansefly, ambulanshelikopter og redningshelikopter. Som en følge av at de nye helikopterkontraktene inkluderer legebil på hver base øker investeringsbudsjettet for medisinsk teknisk utstyr. I dagens kontrakt er det Stiftelsen Norsk luftambulans som eier legebilene og utstyret som hører til denne.

### **5 Lånefinansiering**

Foretaket har ingen lån, og planlegger heller ikke med lån i ØLP-perioden.

## **6 Anbefaling**

Administrerende direktør anbefaler styret å vedta innspill til økonomisk langtidsplan 2019-2026.

### **Styret for Luftambulansen HF inviteres til å fatte følgende vedtak:**

- ***Styret vedtar innspill til økonomisk langtidsplan 2019-2026.***

Øyvind Juell

administrerende direktør

# Økonomisk langtidsplan 2019-2026

## Beskrivelse av forutsetninger

Foretaksnavn: **Luftambulansetjenesten HF**

Startår

**2019**

### Momenter vedrørende malverk for ØLP 2019-2026

- Modellen fylles ut i reelle kroner (2019-kroner) for ØLP perioden, dvs 2018-kroner fra 2019 til 2026
- ØLP skal bygge på dagens drift og evt. konsekvenser av allerede vedtatte beslutninger av Administrerende direktører i RHF.
- Evt. innspill til nye prosjekter skal, i innspill til ØLP, overordnet beskrives jf. krav til dokumentasjon i låneinstruks for felleseide helseforetak:
  - En beskrivelse av formålet med investeringen, og hva den skal resultere i.
  - Økonomisk vurdering, herunder total investering, fremdrift i tid, lønnsomhet, finansiering og tiltak som må iverksettes for å realisere gevinster
- Nye prosjekter skal fremdeles utredes i egne saker i tråd med låneinstruks for felleseide helseforetak og vedtas av Administrerende direktører i RHF.

### Beskrivelse av forutsetninger som ligger til grunn for økonomisk langtidsplan 2019-2026

*Fylles ut av helseforetaket (bruk evt. eget dokument)*

#### Inntekter:

- Beskrivelse av inntektsforutsetninger.
- Hvordan er andelene til RHFene beregnet

#### Kostnader:

- Beskrivelse av kostnadsforutsetninger
- Beskrivelse av kostnader til administrasjon av selskapet
- Beskrivelse av prosjektkostnader i perioden, herunder evt. konsekvenser av vedtatte prosjekter.
- Evt. nye prosjekter skal i innspill til ØLP overordnet beskrives, jf ovenfor. Det vises til låneinstruks for felleseide selskap.

#### Kontantstrøm:

- Beskrivelse av kontantstrøm og likviditetssituasjon i planperioden

#### Investeringer:

- Beskrivelse av vedtatte investeringer og reanskaffelser i perioden

#### Lånefinansiering:

- Behov for lån fra eiere i planperioden skal beskrives
- Det vises til låneinstruks for felleseide helseforetak





<b>Kontantstrøm fra finansiering</b>											
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total endring kontantstrøm</b>	42 113	22 543	28 539	24 954	13 100	15 785	18 053	9 212	9 212	9 212	9 212
<b>IB likviditetsbeholdning pr 01.01</b>		42 113	64 656	93 195	118 149	131 249	147 033	145 136	145 136	145 136	145 136
<b>UB likviditetsbeholdning pr 31.12</b>	42 113	64 656	93 195	118 149	131 249	147 033	165 086	154 348	154 348	154 348	154 348

#### Fordeling driftstilskudd (driftsinntekter)

Tall i 1000 NOK (2018-kroner for ØLP perioden)	F 2016	F 2017	B 2018	ØLP 2019	ØLP 2020	ØLP 2021	ØLP 2022	ØLP 2023	ØLP 2024	ØLP 2025	ØLP 2026
Helse Sør-Øst RHF	192 054	194 546	241 898	276 166	283 883	283 432	283 432	283 432	283 432	283 432	283 432
Helse Vest RHF	135 867	138 760	160 559	183 861	198 951	198 726	198 726	198 726	198 726	198 726	198 726
Helse Midt RHF	155 591	157 250	180 096	203 845	214 746	214 520	214 520	214 520	214 520	214 520	214 520
Helse Nord RHF	370 688	368 546	397 729	445 815	485 041	484 816	484 816	484 816	484 816	484 816	484 816
<b>Sum driftstilskudd</b>	<b>854 201</b>	<b>859 102</b>	<b>980 282</b>	<b>1 109 687</b>	<b>1 182 622</b>	<b>1 181 494</b>	<b>1 181 494</b>	<b>1 181 494</b>	<b>1 181 494</b>	<b>1 181 494</b>	<b>1 181 494</b>

#### Investeringer

Tall i 1000 NOK (2018-kroner for ØLP perioden)	F 2016	F 2017	B 2018	ØLP 2019	ØLP 2020	ØLP 2021	ØLP 2022	ØLP 2023	ØLP 2024	ØLP 2025	ØLP 2026
<b>Investeringer</b>											
Investeringer i utstyr, maskiner, etc											
Investeringer i IKT											
<b>Sum investeringer</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

#### Lånefinansiering

Tall i 1000 NOK (2018-kroner for ØLP perioden)	F 2016	F 2017	B 2018	ØLP 2019	ØLP 2020	ØLP 2021	ØLP 2022	ØLP 2023	ØLP 2024	ØLP 2025	ØLP 2026
--	--------	--------	--------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

#### Eksisterende lån - lån 1

Opprinnelig hovedstol											
UB lånesaldo											
Avdrag											
Renter											

#### Fordeling av lån på RHF (%)

Helse Sør-Øst RHF	
Helse Vest RHF	
Helse Midt RHF	
Helse Nord RHF	

## Styresak 27-2018 Forbedring- og effektivisering ambulanseflytjenesten

Saksbehandler: Willy Strandkleiv, tlf. 920 64574

---

Vår dato: 15.3.2018

Møtedato: 22.3.2018

---

### 1. Bakgrunn/fakta

Det vises til Styresak 34-2017, 54-2017, 64-2017, møte mellom prosjektgruppe og Styringsgruppen den 16.2.18 med tilhørende utkast til referat, samt Prosjektbeskrivelse Forbedring og effektivisering av ambulanseflytjenesten datert 16.5.17.

### 2. Status i prosjektet

Det vises til vedlagte statusrapport nr. 5

### 3. Konklusjon

Prosjektet er i rute. Det foreligger ikke alvorlige trusler mot framdrift i prosjektet på dette tidspunkt.

Tema/problemområde «medisinsk håndtering og flyoperativ koordinering» er diskutert i detalj både med styringsgruppen og internt i fulltallig prosjektgruppe (14. – 15. mars). Alle synspunkter og relevante forhold synes å være bragt opp på bordet – noe prosjektleder tidligere signaliserte en bekymring for om en ville oppnå.

### **Styret for Luftambulansetjenesten HF inviteres til å fatte følgende vedtak:**

- ***Styret tar statusrapport nr. 5 for prosjekt Forbedring- og effektivisering av ambulanseflytjenesten til orientering.***

Øyvind Juell  
Administrerende direktør

Vedlegg  
Statusrapport nr. 5

# Statusrapport nr. 5 for prosjekt:

## PROSJEKTSAMMENDRAG

RAPPORTDATO	NAVN PÅ PROSJEKT	KLARGJORT AV
15. mars 2018	Forbedring- og effektivisering i ambulanseflytjenesten	Håkon Gammelsæter og Willy Strandkleiv

## STATUSSAMMENDRAG

Prosjektet er forankret i nasjonalt AD-møte. Styret for LAT HF er styringsgruppe for prosjektet. Mandat og prosjektbeskrivelse (plandokument) er vedtatt i styringsgruppen pr 30. mars 2017.

Prosjektgruppe er oppnevnt og konstituert. Alle planlagte temamøter er gjennomført:

- 23. mai: Oppstartmøte. Hovedtema konstituering, mandatsgjennomgang og «Virksomhetsdata».
- 14. juni: Møte 2. Hovedtema interessentanalyse, ROS-analyse og «Rekvirering/bestilling av ambulanseflyoppdrag».
- 5. og 6. september: Møte 3. Hovedtema slutføring av ROS-analyse og «Medisinsk og operativ koordinering av ambulanseflytjenesten».
- 10. oktober: Møte 4. Hovedtema «Logistikk - samarbeid/samvirke med AMK-sentralene og bakkebaserte tjenester (bil- og båtambulanser)».
- 5. desember: Møte 5. Hovedtema «Støttesystemer – IKT».
- 4. januar 2018: Møte 6. Hovedtema «Bruker(pasient)interesser – ansattes interesser».
- 9. februar 2018: Møte 7. Hovedtema «Oppdragsgjennomføring» og orientering fra framtidig operatør, Babcock/SAA.

Disse drøftingsmøtene er gjennomført:

- 16. februar: Dialogmøte med styringsgruppen om tema «medisinsk håndtering og operativ koordinering av ambulanseflytjenesten».
- 14. – 15. mars. Internt drøftingsmøte med fokus på tilrådningspunkter og rapportskrivning.

Planlagte møteaktiviteter:

- 25. – 26. april. Internt drøftingsmøte med fokus på tilrådningspunkter og rapportskrivning.
- 8. mai. Opsjon på et «i siste liten» møte for avklaring av mulig utestående usikkerhetspunkter og finpuss på rapport.

**Prosjektleders vurdering:** Prosjektet har gjennomført de planlagte temamøtene. Framdrift er i henhold til plan for temamøter og andre aktiviteter. Prosjektet har mottatt og forstått en presisering av frist for leveranse av prosjektrapport til den 15. mai. Dette skaper et mer hektisk arbeid med utvikling av konsensus om tilrådningspunkter og rapportskrivning enn opprinnelig forutsatt. Prosjektledelsen og prosjektgruppen mener likevel at en levering innen denne fristen skal være gjennomførbart.

Tema/problemområde «medisinsk håndtering og flyoperativ koordinering» er diskutert i detalj både med styringsgruppen og internt i fulltallig prosjektgruppe (14. – 15. mars). Alle synspunkter og relevante forhold synes å være bragt opp på bordet – noe prosjektleder tidligere signaliserte en bekymring for om en ville oppnå. Det er ikke riktig å rapportere om en konsensus på det nåværende tidspunkt, men en er enig om en vei videre. De tre medisinsk koordinerende punktene og FKS setter seg sammen og utvikler i fellesskap ett flytskjema med tilhørende forklarende tekst som beskriver ønsket, framtidig arbeidsflyt og kommunikasjon mellom de ulike ledd i kjeden fra rekvirent/bestiller til et ambulansflyoppdrag er gjennomført og pasienten er framme på bestemmelsesstedet. Det lages ett skjema for øyeblikkelig hjelp-opppdrag og ett for bestilte oppdrag. Arbeidsflyten skal ivareta både hensynet til god medisinsk vurdering og prioritering og et nasjonalt perspektiv på logistikk/ressursdisponering. I tillegg må hensynet til forskriftsmessig dokumentasjon av beslutninger være ivaretatt. Forklarende tekst skal også presisere ansvar og oppgavefordeling mellom de ulike leddene i kjeden. Skisse til løsning skal foreligge i god tid før internt drøftingsmøte 25. - 26. april og grad av konsensus fra resten av prosjektgruppen skal være avklart til dette møtet.

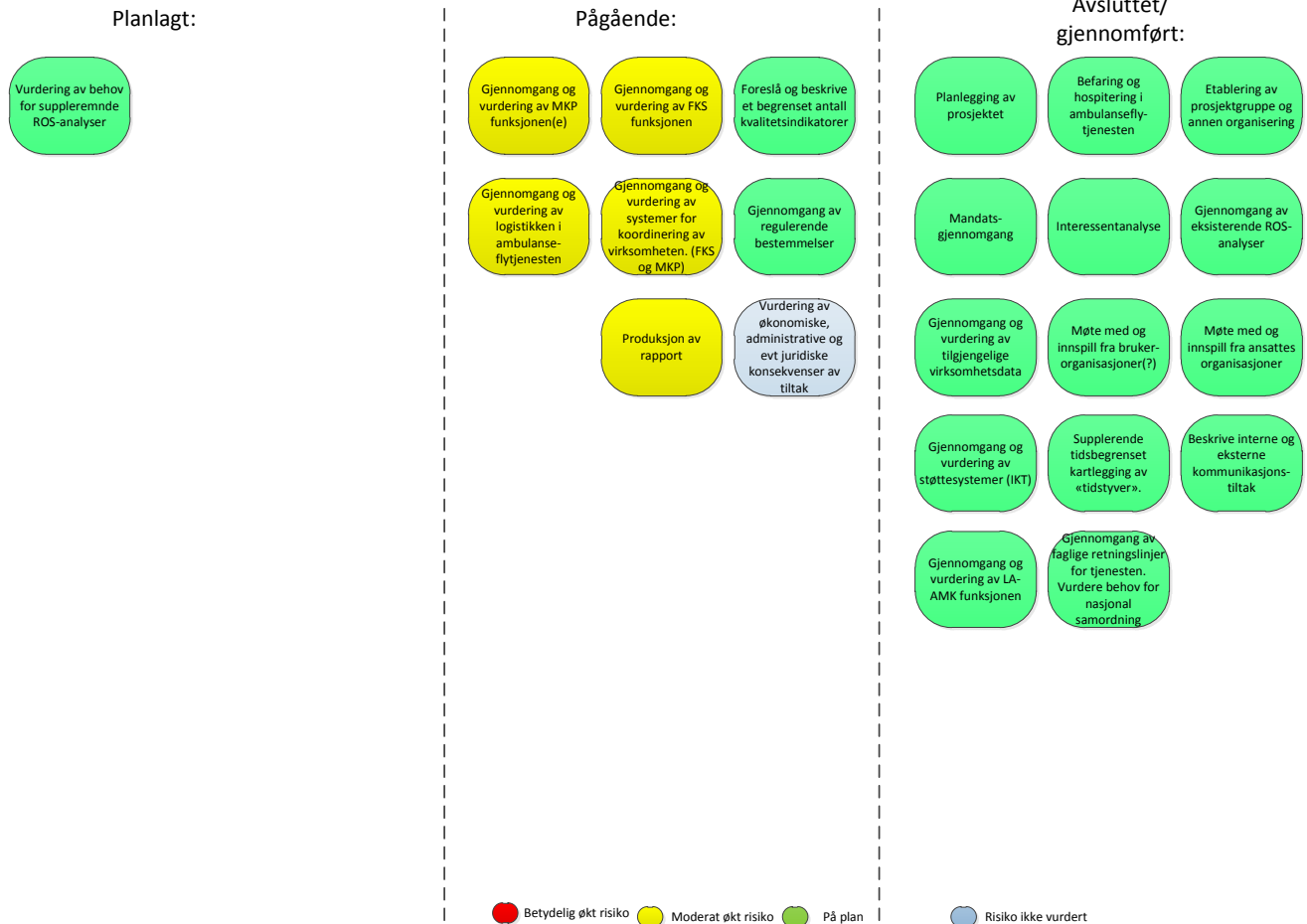
En egendesignet, tidsbegrenset kartlegging av «tidstyver» eller venting (for enten ambulansfly eller bilambulans) ved overføring av pasienter på flyplass er gjennomført. Ventetid på mer enn 10 minutter er registrert for alle slike pasientoverføringer ved 6 utvalgte flyplasser i én mnd. Resultatene fra denne kartleggingen foreligger nå og vil bli tatt med i underlaget for forslag om tiltak under tema om «samvirke med de bakkebaserte tjenestene. Undersøkelsen er gjennomført i et begrenset tidsrom og for et knippe av basene. Det er innkommet et begrenset antall meldinger om slik venting. Det er grunn til å anta en viss underrapportering. Tallene gir neppe grunnlag for bastante konklusjoner, men de synes likevel å bekrefte antagelsen om at venting på flyplass ikke er et ubetydelig problem i tjenesten, faktisk i opp mot 10 % av gjennomførte oppdrag ved noen av basene.

## PROSJEKTFREMDRIFT

PROSJEKTDATO	OK	NOE FORSINKET	VELDIG FORSINKET	FORKLARING
15. mars 2018	x			Planlagte temamøter og relaterte aktiviteter er så langt gjennomført i henhold til plan. Det er lagt omforente planer for gjenstående temamøter og problemdrøftinger som vurderes å være gjennomførbare. Presisert leveringsfrist til 15. mai skaper moderate trusler mot sluttleveranse i prosjektet på dette tidspunkt.

## Detaljert framdriftsoversikt:

### Forbedring og effektivisering av ambulanseflytjenesten – aktiviteter – status 15.03.2018:



## BUDSJETTOVERSIKT

STATUS	OK	NOE AVVIK	STORT AVVIK	FORKLARING
Kostnadsutvikling som planlagt.	x			

Prosjektet har et budsjett på NOK 400 000,- for 2017. Dette dekker kostnad til å leie inn prosjektleder, samt fellesutgifter ved møter og til eksternt bistand/kompetanse. For øvrig dekker bidragsytere i prosjektet (prosjektmedarbeidere) egne utgifter til reise og overnatting.

ROS-analysen (vist under) er gjennomført i plenum i prosjektgruppen i temamøter 14. juni og 6. september og ble gjentatt i temamøte den 5. desember. Prosjektledelsen innstilte i dette møtet på at sannsynligheten for at risikoforhold nr 5, «stor uenighet», skulle inntre ble øket til 5 og dermed havne i rødt område. Prosjektgruppen ble i denne omgang ikke med på en slik justering og risikoanalysen beholdes derfor uendret.

ROS-analysen er ikke diskutert i plenum etter 5. desember, men problemstillingene synes avklart i den grad at alle ulike oppfatninger synes å ha kommet fram. Det arbeides fortsatt med konsensus som mål og prosjektgruppen er omforent om at dersom ikke konsensus ikke oppnås, skal dissens beskrives av den/de som tar dissens og sluttrapporten skal tydelig gjengi dette.

Risikoforhold i prosjektet pr 5. desember (ikke endret siden forrige rapport):

Nr.	Risiko/hendelse	S	K	Konsekvenser	Tiltak
1	Tidsplan sprekker	2	4	Forsinket rapport. Viktige tiltak blir potensielt ikke vedtatt og implementert innen ny avtale 01.07.19	Realistisk planlegging. Tett oppfølging av prosjektplan
2	Prosjektdeltakere blir ikke tilgjengelig i tilstrekkelig grad	2	4	Tiltak blir ikke identifisert og/eller ikke belyst tilstrekkelig. Dårlig kvalitet/trefferikkerhet på tiltak/forslag.	Tidlig planlegging. Prioritering av arbeidet hos den enkelte og i deltakernes organisasjoner.
3	Manglende engasjement fra enkeltpersoner	3	2	Tiltak blir ikke identifisert og/eller ikke belyst tilstrekkelig. Dårlig kvalitet/trefferikkerhet på tiltak/forslag.	Prioritering av arbeidet hos den enkelte og i deltakernes organisasjoner. Evt. Be om ny oppnevning.
4	Økonomi	2	4	Manglende økonomi kan forsinke prosjektet. Konsekvens som for hendelse nr. 1	Begrense utgifter ved å velge «billige» møtesteder og spre reisekostnader.
5	Stor uenighet	4	3	Manglende konklusjoner eller råd.	Grundige forberedelser til drøftingsmøter. Beskrive uenigheter godt slik at valg kan treffes på overordnet nivå.
6	Komplekse problemstillinger	4	3	Manglende gjennomførbarhet.	Grundige forberedelser til drøftingsmøter. Forenkle og beskrive tiltak godt.

Risikomatrise:

Konsekvens						
Svært alvorlig: Hele (del)prosjektet er i fare	5					
Alvorlig: Hele (del)prosjektets planer må gjøres om	4		1,2,4			
Moderat: Hele (del)prosjektets planer påvirkes, men totalrammen for prosjektet kan holdes	3				5,6	
Lav: Planer for (del)prosjektet påvirkes, men totalrammen holdes	2			3		
Ingen	1					
Sannsynlighet		1	2	3	4	5
		Mindre enn 10 % - 20 %	Lav (20 – 40 %)	Middels (40 – 60 %)	Stor (60 – 80 %)	Svært stor (80 % -100 %)

KONKLUSJONER/ANBEFALINGER

Styringsgruppen anbefales å ta den framlagte prosjektrapporten til orientering.

# Styresak 28-2018 Revisjonsprogram 2018

Saksbehandler: Per Magne Tveitane

---

Vår dato: 15.3.2018    Møtedato: 22.3.2018

---

## 1. Bakgrunn

Luftambulansetjenesten HF har prosedyre for styring av revisjonsprogram og utførelse av revisjon. Hvert år utarbeides et revisjonsprogram som gir en samlet oversikt over planlagte revisjoner. Revisjonsprogrammet skal sikre at både kvalitets og miljøstyringssystemet er intakt og hensiktsmessig. Foretaket er sertifisert iht. NS EN-ISO 9001:2015 og NS EN-ISO 14001:2015, som igjen legger føringer for noe av innholdet. Videre er det viktig at revisjoner velger ut områder hvor det er knyttet risiko for hendelser og leveransesvikt. Økonomisk revisjon inngår i dette revisjonsprogrammet.

## 2. Vurdering

Revisjoner utført i eller av foretaket er en systematisk, uavhengig og dokumentert prosess for å finne bevis og vurdere objektivt i hvilken grad revisjonskriterier er oppfylt. Luftambulansetjenesten HF benytter revisjoner som et av elementene for å oppfylle overordnede styringsbudskap fra selskapets eiere. Revisjon benyttes som metode for å sikre overenstemmelse til eksterne og interne krav basert på metodikken i NS EN-ISO 19011, se vedlegg 2. Det er gjennom årene avdekket en rekke funn ved eksterne revisjoner og ved egne lokalisasjoner. Foretakets styre har tidligere varslet at de ser alvorlig på operatørens manglende evne til å lukke avvik fra kontrakt, og har bedt administrerende direktør følge dette tett. Det er også uttrykt bekymring for alvorlig avvik fra kontrakt knyttet til sikkerhetsnivået i tjenesten. Styret har også bedt administrerende direktør vurdere sanksjonsmuligheter iht. kontrakt og hva som har blitt gjennomført i ettertid. Det er i nye avtaler, både på ambulanshelikopter med oppstart 1. juni 2018 og for ambulansflytjenesten med oppstart 1. juli 2019, lagt inn klarere retningslinjer for hvorledes slik avkortning skal foregå.

### 2.1 Interne revisjoner i foretaket

Flykoordineringssentralen i Tromsø leverer tjenester til Lufttransport AS regulert i relevante deler av EASA Part OPS ORO.GEN.110(c) og i Service Level Agreement mellom Lufttransport



FW AS og Luftambulansetjenesten HF. Sentralen har en egen Driftshåndbok FKS for styring av aktiviteten som beskriver både interne og eksterne krav.

Denne oppdateres og aksepteres av flygesjef i Lufttransport FW AS. Sentralen er underlagt operasjonell kontroll av Lufttransport FW AS. Det settes av en dag til gjennomføring av en varslet systemrevisjon ved FKS.

Medisinsk teknisk verksted utfører vedlikehold og reparasjoner av tjenestens eget medisinsk tekniske utstyr som benyttes i luftfartøy, ca. 400 enheter. Verkstedet har ansvar for innkjøp og utsendelse av medisinsk forbruksmateriell. Aktiviteten reguleres av en rekke forskrifter. Driftshåndbok MTU er en del av selskapets kvalitetssystem og angir all aktivitet som gjennomføres ved verkstedet. Fra 1. juni 2018 utvides omfanget på verkstedet til også å omfatte MTU i legebiler. Det settes av en dag til gjennomføring av en varslet systemrevisjon ved MedTek.

Administrasjonen i Bodø består av både hel og deltidstillinger, og det er behov for å vurdere samsvar mellom våre krav i egne styringssystem og eksterne krav. Det settes av en dag til gjennomføring av en varslet systemrevisjon ved administrasjonen.

## **2.2 Eksterne revisjoner**

Foretaket kjøper luftambulanseberedskap for ca. 934 mill. i 2018. Avtalene gir foretaket rett til å foreta revisjon av alle systemer, rutiner og aktiviteter forbundet med tjenesten.

Revisjonsretten startet ved avtaleinngåelse. Dersom revisjoner avdekker avvik, skal disse rettes uten unødig opphold og innen de frister som fastsettes av oppdragsgiver. Kontraks- og kvalitetsrevisjoner anses som en hensiktsmessig metode for å måle overenstemmelse mellom krav og samsvar i kontraktene. Erfaringene fra tidligere revisjoner har avdekket en rekke avvik og forbedringsområder. Dette var både på systemnivå og lokalt på basene. Flere funn avdekket mangelfull leveranse og at ingen av operatørene hadde tidligere systematisk oppfølging av egen leveranse. Operatørene har lagt ned mye tid og ressurser for å rette opp disse funnene, hvor foretaket har gjort ulik erfaring med deres evne til å lukke avvikene. I 2016 har alle dagens tre leverandører sertifisert seg etter både NS-EN ISO 9001:2015 og en av disse også iht. NS-EN ISO 14001:2015, og det vil fortsatt være viktig å måle om dette har hatt en positiv effekt på deres leveranseevne. Området som skal dekkes består av hovedkontorer for operatørene, syv ambulanseflybaser og 12 helikopterbaser. Foretaket har derfor gjort et representativt utvalg av disse lokalisasjonene. I 2018 planlegges å revidere begge operatørenes hovedkontor, en ambulanseflybase hos Lufttransport FW AS og fem helikopterbaser hos Norsk Luftambulanse AS.

### **2.3 Internrevisjoner utført av regionale helseforetakene**

Luftambulansetjenesten HF er kjent med og avventer tilbakemelding fra eier knyttet til internrevisjon som skal utføres av de regionale helseforetakene.

### **2.4 Periodisk revisjon knyttet til kvalitet og miljø**

Årlig periodisk revisjon i foretaket utført av DNV GL Business Assurance Norway AS er planlagt i perioden 29. til 31. mai 2018 på alle tre lokalisasjoner. Formålet med denne er å bekrefte styringssystemets overensstemmelse med krav i NS-EN ISO 9001:2015 og en av disse også iht. NS-EN ISO 14001:2015.

## **3. Ressurser**

Kvalitets- og miljørådgiver innehar rollen som revisjonsleder, og rådgivere innenfor de ulike fagområdene deltar som fagrevisorer. Fra 1. april 2018 kommer det en ny person i stillingen som kvalitets- og miljørådgiver som vil styre vår kompetanse innenfor området, men også flere rådgivere har tidligere erfaring fra revisjon. Det er avsatt budsjettmidler for gjennomføring av revisjoner. Det vurderes til at foretaket har tilgjengelige tid, midler, kompetanse og ressurser til å gjennomføre revisjoner etter oppsatt revisjonsplan. Det kan komme endringer i tidspunkt i oppsatt plan. Styres vil bli informert om slike endringer. Ved utvidelse av aktivitetene, må ressursspørsmålet vurderes på ny.

## **4. Nye eller endrede krav der det er viktig å vurdere samsvar**

Overgangen til nye ISO standarder i 2016 har medført at foretaket har måtte gjøre en oppgradering og tilpasning til de nye standardene. Det vil være viktig å se på virkningen av dette på de ulike lokalisasjoner. Ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (fra 1. januar 2017) har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring samt pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterlevs. Det er ennå ikke satt krav om et sertifisert kvalitetssystem, slik som det er gjort for miljø, men de nye kravene har mange elementer i seg fra NS-EN ISO 9001:2015. Operatøren på ambulanshelikopter fra 1. juni 2018 vil være sertifiser iht. NS-EN ISO 9001:2015 og NS-EN ISO 14001:2015. Dette gjør at deres systemer vil være enklere å revidere, samt at det nå skal være tydeligere krav i nye kontrakt. Denne effekten vil også komme med ny ambulansflykontrakt fra 1. juli 2019.

## 5. Oppsummering

Det gjennomføres interne revisjoner hos Flykoordineringsentralen, på medisinskteknisk verksted og av administrasjon i løpet av første halvår 2018. I andre halvår gjennomføres seks eksterne revisjoner hos Norsk Luftambulans AS, samt to hos Lufttransport FW AS.


### **Styret for Luftambulansetjenesten HF inviteres til å fatte følgende vedtak:**

- ***Styret tar revisjonsprogram for Luftambulansetjenesten HF til orientering.***
- ***Styre ber administrerende direktør informerer styret om resultat av de interne og eksterne revisjonene.***


Øyvind Juell  
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Revisjonsplan 2018 v1.00
2. P5-0 Styring av revisjonsprogram og utførelse av revisjon

 LUFTAMBULANSETJENESTEN	Styrende dokument: P5-0 Styring av revisjonsprogram og utførelse av revisjon	Dok. id.: Plan
<b>Revisjonsplan for Luftambulansetjenesten HF 2018</b>		Versjon: 1.00
Ansvarlig: PMT	Verifisert: N/A	Side: 1 av 2
	Godkjent: ØJ	Dato: 14.03.18

1. part-eksternrevisjon (Intern revisjon)				
Dato	Reviderte part	Omfang	Revisjonsleder	Fagrevisor
10.04.18	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, oppfølging av forbedringspunkter DNV.	PMT	-
Uke 16	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, oppfølging av forbedringspunkter DNV.	PMT	-
03.05.18	Administrasjon	Håndbok for kvalitet og miljøstyring, oppfølging av Oppdragsdokument 2017 og planer for 2018 og egne kvalitets og miljømålsettinger, ressurser, oppfølging av avvik og hendelser, oppfølging av forbedringspunkter DNV.	PMT	-
2. part-eksternrevisjon (Ekstern revisjon)				
Dato	Reviderte part	Omfang	Revisjonsleder	Fagrevisor
Uke 33	NLA AS base Ålesund	Ny Avtale kjøp Ambulansehelikoptertjenester med vedlegg, lokale samarbeidsavtaler, basehåndbok og oppfølging av MTU.	PMT/GK	RIJ, DH
Uke 33	NLA AS base Tromsø	Ny Avtale kjøp Ambulansehelikoptertjenester med vedlegg, lokale samarbeidsavtaler, basehåndbok og oppfølging av MTU.	PMT/GK	RIJ, DH
Uke 33	NLA AS base Brønnøysund	Ny Avtale kjøp Ambulansehelikoptertjenester med vedlegg, lokale samarbeidsavtaler, basehåndbok og oppfølging av MTU.	PMT/GK	RIJ, DH
Uke 34	NLA AS base Arendal	Ny Avtale kjøp Ambulansehelikoptertjenester med vedlegg, lokale samarbeidsavtaler, basehåndbok og oppfølging av MTU.	PMT/GK	RIJ, DH
Uke 34	NLA AS base Lørenskog	Ny Avtale kjøp Ambulansehelikoptertjenester med vedlegg, lokale samarbeidsavtaler, basehåndbok og oppfølging av MTU.	PMT/GK	RIJ, DH
Uke 35	NLA AS hovedkontor	Avtale kjøp Ambulansehelikoptertjenester med vedlegg, oppfølging fra tidligere revisjoner og kontaktmøter.	PMT/GK	RIJ, MH
Uke 36	Lufttransport FW AS base Ålesund	Avtale kjøp av Ambulanseflytjenester med vedlegg, lokale samarbeidsavtaler, Driftshåndbok og oppfølging av MTU, avslutning av inneværende luftambulansekontrakt.	PMT/GK	OKW, WS
Uke 36	Lufttransport FW AS hovedkontor	Avtale kjøp av Ambulanseflytjenester med vedlegg, oppfølging fra tidligere revisjoner og kontaktmøter, avslutning av inneværende luftambulansekontrakt.	PMT/GK	OKW, MH

 LUFTAMBULANSETJENESTEN	Styrende dokument: P5-0 Styring av revisjonsprogram og utførelse av revisjon	Dok. id.: Plan
<b>Revisjonsplan for Luftambulansetjenesten HF 2018</b>		Versjon: 1.00
		Side: 2 av 2
Ansvarlig: PMT	Verifisert: N/A	Godkjent: ØJ
		Dato: 14.03.18

2. part-eksternrevisjon (Ekstern revisjon)				
Dato	Reviderte part	Omfang	Revisjonsleder	Fagrevisor
Oktober	Lufttransport FW AS hovedkontor	Økonomisk revisjon iht. Avtale kjøp av Ambulanseflytjenester punkt 5.12.2 Økonomisk revisjon	Per Åge Hansen <sup>1</sup>	MH, PMT,
Nov.	NLA AS hovedkontor	Økonomisk revisjon iht. Avtale kjøp av Ambulansehelikoptertjenester punkt 5.12.2 Økonomisk revisjon	Per Åge Hansen	MH, PMT

<sup>1</sup> Innleid revisjonsleder fra BDO AS

 LUFTAMBULANSETJENESTEN	Styrende dokument: Kvalitetshåndboken 9.2.2 Gjennomføring	Dok. id.: P5-0
<b>Styring av revisjonsprogram og utførelse av revisjon</b>		Versjon: 6.00
		Side: 1 av 5
Ansvarlig: PMT	Verifisert: -	Godkjent: ØJ
		Dato: 15.05.17

## 1. Prosedyre for styring av revisjonsprogram og utførelse av revisjon

### 1.1 Hensikt

Hensikten med denne prosedyren er å gi en beskrivelse av hvordan det årlige revisjonsprogrammet utarbeides og hvordan revisjoner gjennomføres. Det er angitt hvem som er ansvarlig for aktiviteter i forkant av og under revisjonen, og hvordan resultatene av revisjonen skal følges opp på en strukturert og enhetlig måte.

Revisjoner er et ledd i det kontinuerlige forbedringsarbeidet, og skal bidra til å avdekke:

- uklare ansvarsforhold
- manglende samsvar mellom praksis og styrende dokumenter
- avvik i forhold til egne krav, kontraktskrav, lover og forskrifter
- mangelfull dokumentasjon av kontrollaktiviteter og resultater
- forhold som over tid kan utvikle seg til avvik eller gi høy risiko for uønskede hendelser.

### 1.2 Målgruppe

Alle deltakere som skal være en del av et revisjonsteam og de enhetene som blir revidert.

### 1.3 Definisjoner

Kvalitetsrevisjon	Systematisk, uavhengig og dokumentert prosess for å finne bevis og vurdere objektivt i hvilken grad revisjonskriterier er oppfylt.
Avvik	Mangel på oppfyllelse av spesifiserte krav.
Revidert part	Enheten som blir revidert.
Revisjonsteam	Gruppen/ teamet som skal gjennomføre revisjonen.
Revisjonsleder	Leder av revisjonsteamet.
Fagrevisor	Den i revisjonsteamet som har inngående kunnskap om revisjonsområdet.
Oppdragsgiver	Den som bestiller revisjonen. Oppdragsgiver har også ansvar for oppfølging av revisjonen.
Revisjonskriterier	Kravdokumentasjon man velger å revidere (rutiner, myndighetskrav, sjekklister, avviksmeldinger, rapporter osv.). Hensikten vil være å finne om det er samsvar i kravgrunnlaget og det arbeidet som utføres
Korrigerende tiltak	Tiltak for å fjerne årsaken til et funnet avvik eller annen uønsket tilstand.
Lukke avvik	Der hvor et avvik som har meget liten sannsynligheten for å oppstå på nytt, lukkes avviket når tilstanden før avviket fant sted er gjenopprettet. For avvik hvor det er sannsynlighet for at det kan oppstå på nytt, må det iverksettes korrigerende tiltak. Avviket er først lukket når det korrigerende tiltaket er gjennomført og effekten av tiltaket er verifisert og dokumentert.
Revisjonsfunn	Beskriver hva en har observert og fått høre gjennom intervju. Deretter konkluderes det om det er samsvar eller avvik i forhold til de aktuelle revisjonskriteriene. Her kan en også nevne svakheter i enheten som ikke er et direkte avvik, men som har et forbedringspotensial.
Årsaksanalyse	Analyse for å finne den bakenforliggende årsaken til avvik. Det kan være flere enn en årsak til et avvik. Dette for å forsikre seg om at korrigerende tiltak adresserer årsaken til avviket og hindrer gjentakelse

 LUFTAMBULANSETJENESTEN	Styrende dokument: Kvalitetshåndboken 9.2.2 Gjennomføring	Dok. id.: P5-0
<b>Styring av revisjonsprogram og utførelse av revisjon</b>		Versjon: 6.00
		Side: 2 av 5
Ansvarlig: PMT	Verifisert: -	Godkjent: ØJ
		Dato: 15.05.17

## 1.4 Gjennomføring

### 1.4.1 Grunnlag

Krav i forbindelse med gjennomføring av revisjoner er beskrevet i Kvalitetshåndboken. Det skal hvert år på slutten av året, utarbeides et revisjonsprogram som skal gjelde for påfølgende år. Programmet skal gi en samlet oversikt over planlagte revisjoner i egen organisasjon og eksterne revisjoner av underleverandør.

- NS-EN ISO 9001:2015, kapittel 9.2 Interne revisjoner
- NS-EN ISO 14001:2015, kapittel 9.2 Interne revisjoner
- NS-EN ISO 19011:2011 Retningslinjer for revisjon av kvalitetssystemer.

### 1.4.2 Beskrivelse

Tabellen i pkt. 1.4.4 beskriver trinn i utarbeidelsen av revisjonsprogram og gjennomføring av revisjoner, og hvem som er ansvarlig.

- Programmet skal beskrive hvilke deler av egen og ekstern virksomhet selskapet skal revidere i løpet av året.
- Programmet skal beskrive revisjonenes hovedfokus. Både oppdragsgiver for revisjonen samt revisjonsleder og tidspunkt skal fastsettes i programmet.
- Oppsatt revisjonsprogram skal følges. Dersom en planlagt revisjon kanselleres eller ønskes flyttet av ulike årsaker, skal en slik endring godkjennes av administrerende direktør.
- Publisert revisjonsprogram skal oppdateres.

### 1.4.3 Resultat

Resultatet av revisjonsprosessen er å verifisere at virksomheten og underleverandører utøves som planlagt og at avvik rettes opp på en systematisk måte. Innholdet i revisjonsrapporter skal minimum inneholde:

- Innledning
- Formål
- Tema/omfang
- Revisjonskriterier
- Revisjonsteam
- Hovedkonklusjon
- Frister
- Revisjonsfunn
- Deltakerliste
- Vedlegg

 LUFTAMBULANSETJENESTEN	Styrende dokument: Kvalitetshåndboken 9.2.2 Gjennomføring	Dok. id.: P5-0
<b>Styring av revisjonsprogram og utførelse av revisjon</b>		Versjon: 6.00
		Side: 3 av 5
Ansvarlig: PMT	Verifisert: -	Godkjent: ØJ
		Dato: 15.05.17

#### 1.4.4 Aktiviteter

Revisjon består av tre faser; forberedelse, gjennomføring inkl. oppfølging og dokumentasjon. I tabellen er utarbeidelse av revisjonsprogrammet og tre faser for hver revisjon med tilhørende 18 trinn nærmere beskrevet.

Trinn	Fase	Ansvarlig	Oppgaver
1	Utarbeidelse av revisjonsprogram	Kvalitetsrådgiver	<p>Utarbeidelse årlig revisjonsprogram skal gjennomføres med bakgrunn i:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gjeldene lover og forskrifter.</li> <li>Resultater og konklusjoner fra tidligere revisjoner.</li> <li>Fora hvor det er behov for fokus og forbedringer. Dette kan være synliggjort i referat, virksomhetsplaner, årsrapporter, Ledelsens gjennomgåelse mm.</li> <li>Tema fra stabsmøter eller andre samarbeidsmøter: Trender, avviksrapporter, tilgjengelighetstall og risikoanalyser/forhold skal vurderes når revisjonsområder planlegges</li> <li>Balanse mellom interne og eksterne revisjoner.</li> <li>Revisjoner skal utføres både i egen virksomhet og av underleverandører selskapet bruker.</li> <li>HMS og miljøplaner og mål.</li> <li>Nye eller endrede krav der det er viktig å vurdere samsvar.</li> </ul> <p>Revisjonsprogrammet skal sikre at både kvalitets og miljøstyringssystemet er intakt.</p>
2		Administrerende direktør	Godkjenne revisjonsprogrammet.
3	Forberedelse	Revisjonsleder	Sette sammen revisjonsteam, som har faglig kompetanse i forhold til området som skal revideres. Revisjonsteamet må ha kompetanse innen revisjonsteknikk.
4		Revisjonsteam	I samarbeid med oppdragsgiver, avklare formål og kriterier for revisjonen. Innhentes rapporter fra tidligere revisjoner, samt evt. oppfølging fra disse. Teamet skal gjennomgå dette og forberede intervjuer med bruk av sjekklister. Det kan etterspørre det materialet som best kan dokumentere krav som stilles til den reviderte part er oppfylt. Aktuell dokumentasjon kan være hele eller deler av internkontrollsystemet, organisasjonskart, rapporter og registreringer. Revisjonsteamet fordeler ansvar for gjennomføringen. Alle deltar aktivt på intervjuene, men en har hovedansvar og leder utspørringene. En bør være ansvarlig for å notere.
5		Revisjonsleder	Informerer leder for revidert enhet i god tid før revisjonen. Revisjonsvarsel sendes ut 2-3 uker før den praktiske gjennomføringen.
6		Leder for revidert enhet	Sette av tid og ressurser gjennom å varsle ansatte i virksomheten. Bekrefte mottak av varsel og at revisjonen



 LUFTAMBULANSETJENESTEN	Styrende dokument: Kvalitetshåndboken 9.2.2 Gjennomføring	Dok. id.: P5-0
<b>Styring av revisjonsprogram og utførelse av revisjon</b>		Versjon: 6.00
		Side: 4 av 5
Ansvarlig: PMT	Verifisert: -	Godkjent: ØJ
		Dato: 15.05.17

		kan finne sted.
--	--	-----------------

Trinn	Fase	Ansvarlig	Oppgaver
7	Gjennomføring	Revisjonsleder	Avholder åpningsmøte hvor alle involverte personer skal delta. Møtet markerer den formelle starten på revisjonen, og skal gi en orientering om revisjonens mål, hensikt og innhold, samt avklare praktiske forhold.
8		Revisjonsteam	Gjennom intervjuer, dokumentkontroll og observasjoner skal revisjonsteamet bl.a. avdekke om det er overensstemmelse mellom krav i rutiner og utførelse av arbeidsoppgaver, om kvaliteten på utført arbeid er god nok, om systemene som benyttes er hensiktsmessig og implementert, om det er tilstrekkelig dokumentasjon og registrering. For at fakta som gis blir oppfattet riktig og dokumentert, deltar minst to i revisjonsteamet under intervjuene. Funn noteres fortløpende og skal kunne dokumenteres gjennom revisjonsbevis.
9		Revisjonsleder	Sluttmøtet markerer avslutningen på den praktiske gjennomføringen. Revisjonsleder presenterer de funn som teamet har avdekket i revisjonen med frist for lukking av avvik. Revidert enhet har på møtet mulighet til å gi tilbakemelding på funnene. Sluttmøtet holdes rett etter revisjonen og kopi av funn sendes reviderte part innen 24 timer etter revisjonen.
10		Revisjonsleder	Leverer revisjonsrapport til oppdragsgiver senest tre uker etter gjennomført revisjon.
11		Oppdragsgiver	Overleverer revisjonsrapport til revidert enhet med forespørsel om tiltaksplan.
12	Oppfølging og dokumentasjon	Leder for revidert enhet	Revidert enhet utarbeider en tiltaksplan for korrigerende tiltak senest tre uker etter at virksomheten har mottatt endelig revisjonsrapport. Planen skal beskrive korrigerende tiltak, hvem som er ansvarlig for gjennomføring av tiltaket og frist for endelig avslutning. Planen skal også inkludere en vurdering av behov for strakstiltak dersom det er avdekket kritiske funn der korrigerende tiltak ikke kan innføres innen rimelig tid. Planen sendes oppdragsgiver.
13		Oppdragsgiver	Oppdragsgiver gjennomgår tiltaksplanen for korrigerende tiltak, og vurderer om tiltakene som er beskrevet sannsynliggjør lukking av avvik som er beskrevet i revisjonsrapporten, og at de frister som er satt opp ikke innebærer unødig opphold av korrigerende tiltak. Oppdragsgiver skal godkjenne tiltaksplanen.
14		Leder for revidert enhet	Avvik som krever ytterligere sporing på årsaker eller er av en slik art at enheten selv ikke har myndighet til å gjennomføre tiltaket, skal tas opp med den enhet som kan gjennomføre tiltaket. For mer overordnede tiltak, skal dette bli oversendt administrerende direktør for en videre vurdering.

 LUFTAMBULANSETJENESTEN	Styrende dokument: Kvalitetshåndboken 9.2.2 Gjennomføring	Dok. id.: P5-0
<b>Styring av revisjonsprogram og utførelse av revisjon</b>		Versjon: 6.00
		Side: 5 av 5
Ansvarlig: PMT	Verifisert: -	Godkjent: ØJ
		Dato: 15.05.17

Trinn	Fase	Ansvarlig	Oppgaver
15	Gjennomføring	Revidert enhet	Revidert enhet må skaffe bevis for lukking av avvikene og sende inn svar på revisjonsrapporten innen avtalt frist for lukking. Lukking av avvik skjer utelukkende på grunnlag av bevis. Eks. på bevis som skal vedlegges: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ny/oppdatert rutine eller prosedyre</li> <li>Utfylt sjekkliste</li> <li>Dokumentasjon på gjennomført opplæring</li> </ul>
16		Oppdragsgiver	Dersom et tiltak ikke er lukket innen fristen som er angitt, kan oppdragsgiver godkjenne en revidert frist. Dersom den reviderte fristen ikke følges opp av revidert enhet, skal oppdragsgiver initiere nødvendige tiltak.
17		Oppdragsgiver	Lukker revisjonen når alle tiltak er gjennomført, og signerer på rapporten.
18		Revisjonsleder	Revisjonsrapporten med tilhørende vedlegg samt dokumenter tilknyttet revisjonen skal arkiveres og revisjonen evalueres.

## 1.5 Registering

Dokumenter som utarbeides som et resultat av denne prosedyren skal arkiveres i 5 år. Revisjonsrapport med alle besvarelser fra den reviderte part lagres i Ephorte.

## 1.6 Versjonsmerknad

Revisjon 6 knyttet til årlig gjennomgang av styrende dokumenter og overgang fra ANS til HF. Alle endringer er markert med revisjonsstrek ute i venstre marg.

## 1.7 Vedlegg

Referanse	Dokumentnavn
P5-V1	Revisjonsplan
P5-V2	Revisjonsvarsel
P5-V3	Sjekkliste for revisjon
P5-V4	Agenda åpnings og sluttmøte
P5-V5	Evalueringsskjema (revisjon)
P5-V6	Tiltaksplan
P5-V7	Revisjonsrapport

## 1.8 Eksterne referanser

N/A.

## Styresak 29-2018 Orienteringer fra administrerende direktør

Saksbehandler: Øyvind Juell, 926 53 078

---

Vår dato: 14.3.2018      Møtedato: 22.3.2018

---

### 1. Bakgrunn/fakta

Administrerende direktør ønsker å informere styret om følgende saker:

- a. **Prosjekt for utvikling av nasjonale retningslinjer for intensivtransport**  
Stiftelsen Norsk Luftambulansetjeneste har tatt initiativ til et prosjekt for å lage nasjonale retningslinjer for intensivtransporter. Luftambulansetjenesten HF er, sammen med en rekke andre, i brev form invitert til å delta i prosjektet. Vi ser på dette som et godt initiativ. En eventuell deltagelse fra oss forutsetter at dette er noe fagmiljøene ønsker å bidra til. Foreløpig kan ingen vi har kontaktet (Helsedirektoratet, RHF/HF), bekrefte mottak av brevet vi har fått.
- b. **Helikopterbase Evenes**  
Det er planlagt befaring i området Evenes for vurdering av tomt til nytt basebygg 21. mars. Forsvaret tar sagt at vi ikke kan fortsette å leie nåværende lokaler ut over 1. mai 2019. Det innebærer at vi må inn i midlertidige lokaler en periode.
- c. **Møte med Stiftelsen Norsk Luftambulansetjeneste**  
Muntlig orientering i møtet.
- d. **Lufttransport FW AS**  
Lufttransport har utfordringer med tilgang på piloter. Dette fører til konsekvenser for beredskapen. Det vises til egen rapportering.
- e. **Kommende styremøter**  
24. mai 2018 (basebesøk Stavanger)  
20. juni 2018  
13. september 2018  
17. oktober 2018  
5. desember 2018

## 2. Anbefaling

Administrerende direktør anbefaler at styret tar sakene til orientering.

**Styret for Luftambulansetjenesten HF inviteres til å fatte følgende vedtak:**

- *Styret tar fremlagte saker til orientering.*

Øyvind Juell

administrerende direktør