

# Revisjonsrapport 0321


Flykoordineringsentralen

Tromsø

4. mai 2021


Luftambulansetjenesten HF



 LUFTAMBULANSETJENESTEN	Styrende dokument: P5-0 Utførelse av en revisjon	Dok. id.: P5-V6
<b>Revisjonsrapport</b>		Versjon: 12.00
		Side: 2 av 13
Ansvarlig: PMT	Verifisert: WS, GJK	Godkjent: ØJ
		Dato: 04.05.21

## Innhold

1.	Innledning .....	3
1.1	Oppdragsgiver .....	3
1.2	Revisjonsmål .....	3
1.3	Revisjonsomfang .....	4
1.4	Revisjonskriterier .....	4
1.5	Revisjonslag .....	4
1.6	Revidert part .....	4
2.	Revisjonskonklusjon .....	5
3.	Klassifisering og revisjonsfunn .....	6
3.1	Funnklassifisering: .....	6
3.2	Revisjonsfunn avdekt under revisjonen .....	7
3.2.1	Alvorlige avvik .....	7
3.2.2	Avvik .....	7
3.2.2.1	Vernerunde .....	7
3.2.2.2	Årshjul 2021 for FKS .....	7
3.2.2.3	Risikostyring .....	8
3.2.2.4	Samsvarsvurderinger .....	8
3.2.3	Observasjoner .....	9
3.2.3.1	Tilbakemeldinger angående driftshåndbok skal lagres i Elements .....	9
3.2.3.2	Prosedyre for internmøter .....	9
3.2.3.3	System for kunngjøring av ytterligere instruksjoner og informasjon .....	9
3.2.3.4	Rapportering ved hendelser .....	10
3.2.4	Forbedringsforslag .....	11
3.2.4.1	Intern kommunikasjon og møtevirksomhet FKS .....	11
3.2.4.2	Safety management .....	11
3.2.4.3	Stillingsbeskrivelse leder FKS .....	11
3.2.4.4	Beskrivelse av dokumentrevisjoner og distribusjon .....	11
3.2.4.5	Assessment .....	12
4.	Behandling av revisjonsfunn .....	13
4.1	Korrigeringer .....	13
4.2	Bakenforliggende årsaksforhold (årsaksanalyse) .....	13
4.3	Plan for korrigerende tiltak .....	13
4.4	Korrigerende tiltak og tidsfrist .....	13
4.5	Observasjon og forbedringer .....	13
4.6	Utsettelse av tidsfrist .....	13

 LUFTAMBULANSETJENESTEN	Styrende dokument: P5-0 Utførelse av en revisjon	Dok. id.: P5-V6
<b>Revisjonsrapport</b>		Versjon: 12.00
		Side: 3 av 13
Ansvarlig: PMT	Verifisert: WS, GJK	Godkjent: ØJ
		Dato: 04.05.21

## 1. Innledning

Formålet til Luftambulansetjenesten HF er å bidra til å realisere helsetjenestens samlede målsettinger, herunder "sørge for" ansvaret. Foretakets primære og prioriterte oppgave er å tilby befolkningen luftambulansetjenester og medisinske tjenester hele døgnet.

Flykoordineringsentralen (FKS) utøver på vegne av Nominated Postholder Flight Operations i Babcock Scandinavian AirAmbulance AS (BSAA AS), operativ kontroll over Beech 250 flyene og C680A i tjeneste for luftambulansetjenesten. Dette inkluderer utkalling og kontroll av flybesetningsmedlemmer, varsling av lufttrafikk-tjenesten, flight planning og monitorering av flygningene. FKS sørger for at flybesetningene overholder kravene til maksimal daglig flytjenesteperiode. Eventuelle hendelser og uhell varsles til operatørens driftssenter.

BSAA AS har krav til operativ kontroll over flyoperasjonene med hjemmel i EASA regelverket, ORO.GEN.110 (c): «The operator shall establish and maintain a system for exercising operational control over any flight operated under the terms of its certificate». FKS har ikke selv en operativ godkjenning fra luftfartsmyndighetene og leveransen betraktes derfor som en kontrahert aktivitet, hvor de er underlagt BSAA AS sin AOC.

Medisinsk disponering skjer i nært samarbeid med de medisinske koordineringsansvarlige i Sør-Norge (Lørenskog/Gardermoen og Ålesund) og Nord-Norge (Tromsø). Sentralen er bemannet med flykoordinator(er) på døgkontinuerlig basis og er samlokalisert med AMK Tromsø. Det er et nært samspill mellom disse enhetene i ivaretagelse av beredskap samt iverksettelse av oppdrag.

Revisjonen ble utført 4. mai 2021 som en varslet internrevisjon i henhold til Luftambulansetjenesten HF revisjonsprogram 2021-2024. NS-EN ISO 19011:2018 Retningslinjer for revisjon av ledelsessystemer er lagt til grunn for revisjonsmetodikken. Pga. Covid-19 restriksjoner, ble revisjonen gjennomført på Teams. Revisjonen ble gjennomført med en kombinasjon av dokumentgjennomgang i forkant og under revisjonen, intervjuer, samt verifikasjoner på stikkprøvebasis ved å gjennomgå dokumenter.


Denne revisjonsrapporten sammenfatter resultatene og konklusjonene fra den utførte revisjonen.

### 1.1 Oppdragsgiver

Revisjonen ble utført på oppdrag av administrerende direktør i Luftambulansetjenesten HF.

### 1.2 Revisjonsmål

Revisjonens mål var å evaluere styringssystemets evne til å sikre oppfyllelse av lovfestede og avtalefestede krav, inklusive å vurdere grad av samsvar med krav og ajourhold av prosedyrer i styrende dokumenter.

 LUFTAMBULANSETJENESTEN	Styrende dokument: P5-0 Utførelse av en revisjon	Dok. id.: P5-V6
<b>Revisjonsrapport</b>		Versjon: 12.00
		Side: 4 av 13
Ansvarlig: PMT	Verifisert: WS, GJK	Godkjent: ØJ
		Dato: 04.05.21

### 1.3 Revisjonsomfang

Omfanget for revisjonen er drift og organisering, kvalitet og miljøstyring jf. NS-EN ISO- 9001:2015 og 14001:2015, egne målsettinger, oppfølging og samarbeid med operatører/fagmiljø, trening/utsjekk av personell, HMS, oppfølging av tidligere revisjonsfunn og registrerte hendelser.

### 1.4 Revisjonskriterier

- Driftshåndbok FKS Part A revisjon 13 og Part D revisjon 5
- Rapport etter forrige internrevisjon, revisjonsrapport 0119 FKS.
- NS-EN ISO 9001:2015 og NS-EN ISO 14001:2015.

### 1.5 Revisjonslag


Revisjonslag fra Luftambulansetjenesten HF har bestått av:

Navn	Funksjon under revisjonen	Stilling i Luftambulansetjenesten HF
Geir Johnny Karlsen	Revisjonsleder	Rådgiver kvalitet og miljø
Ole Kristian Westberg	Fagrevisor	Operativ rådgiver FW
Oddbjørn Aas	Fagrevisor	Medisinsk rådgiver

### 1.6 Revidert part

Representanter fra den reviderte part har bestått av:

Navn	Funksjon under revisjonen	Deltaker på:		Intervjuet
		Åpningsmøte	Avslutningsmøte	
Trond Bjørnar Pedersen	Leder FKS	X	X	X
Kjetil Bræck	Flykoordinator/ Fagutvikler	X	X	X
Jan Erik Slettmo	Flykoordinator	X	X	X

 LUFTAMBULANSETJENESTEN	Styrende dokument: P5-0 Utførelse av en revisjon	Dok. id.: P5-V6
<b>Revisjonsrapport</b>		Versjon: 12.00
		Side: 5 av 13
Ansvarlig: PMT	Verifisert: WS, GJK	Godkjent: ØJ
		Dato: 04.05.21

## 2. Revisjonskonklusjon

Målet med revisjonen ble nådd, og grad av samsvar med krav er tilfredsstillende. Ressurser for god utøvelse av tjenesten er på plass, og styrings- og kontrollsystemene virker tilfredsstillende i sentralen.

Det ble avdekket fire avvik, fem observasjoner og fem forbedringspunkter under revisjonen.


FKS står for majoriteten av hendelsesrapporteringen i Luftambulansetjenesten HF. Det er registrert at det er en utfordring for FKS å beskrive tiltak på den enkelte hendelse da mange tiltak krever endringer på områder utenfor vårt ansvarsområde, og deretter lukke hendelsene innenfor angitt tidsfrist. Derav forekommer et for stort volum av registrerte hendelser i Opscom fra tidligere år som faller inn under denne beskrivelsen.

FKS har vært gjennom ei endring ved at BSAA AS har overtatt som leverandør av ambulanseflytjenester fra 1.7.2019. For FKS har dette medført nye kontrollsystemer, opplæring av ansatte i ny leverandørs rutiner, systemer og bokverk, endring av rutiner i driftshåndbøker til FKS, etablering og implementering av ny Service Level Agreement m.m. Sentralen har håndtert forventinger fra både ansatte og samarbeidspartnere på en god måte, og ambulanseflytjenesten leverer nå beredskap på et veldig høyt nivå.

Bodø, 19. mai 2021



Geir Johnny Karlsen  
Revisjonsleder

 LUFTAMBULANSETJENESTEN	Styrende dokument: P5-0 Utførelse av en revisjon	Dok. id.: P5-V6
<b>Revisjonsrapport</b>		Versjon: 12.00
		Side: 6 av 13
Ansvarlig: PMT	Verifisert: WS, GJK	Godkjent: ØJ
		Dato: 04.05.21

### 3. Klassifisering og revisjonsfunn

#### 3.1 Funnklassifisering:

##### Alvorlige avvik:

- a. Vesentlig mislighold av avtale mellom tilbyder og Luftambulansetjenesten HF, jf. Avtale - Kjøp av ambulanseflytjenester punkt 9.6.
- b. Avvik fra O-krav og K-krav som setter fly- eller pasientsikkerheten i fare eller utgjør en forhøyet risiko for beredskapsavbrudd.
- c. Mangel på påkrevd operasjonelt-, nød-, sikkerhets- og medisinsk utstyr i luftfartøy.
- d. Omfattende brudd på egne prosedyrer, mangel på vesentlige prosedyrer, krav eller systemsvikt som kan gi alvorlig konsekvenser for liv/helse, foretakets påkrevde sertifikater, ledende personells godkjenninger eller store materielle skader.
- e. En rekke avvik relatert til samme krav eller forhold, som viser systematisk svikt og dermed utgjør et alvorlig avvik.

##### Avvik:


- a. Avvik fra gjeldende krav, relevante forskrifter, relevante standarder, prosedyrer og avtaler som ikke klassifiseres som alvorlige.
- b. Forhold som ikke påvirker ledelsessystemets evne til å oppnå tiltenkte resultater.

##### Observasjon:

- a. En hvilken som helst observasjon på produkt/tjeneste/prosedyre som på sikt kan medføre et mulig avvik dersom ikke forebyggende tiltak iverksettes.
- b. En uønsket tilstand uten objektive bevis på at et avvik foreligger.

##### Forbedringer:

- a. Forhold som ikke kan klassifiseres som avvik fordi det innfrir minimumskrav, men hvor revisor/revisjonslag åpenbart ser forbedringsmuligheter av produkt, tjeneste eller prosedyre.

 LUFTAMBULANSETJENESTEN	Styrende dokument: P5-0 Utførelse av en revisjon	Dok. id.: P5-V6
<b>Revisjonsrapport</b>		Versjon: 12.00
		Side: 7 av 13
Ansvarlig: PMT	Verifisert: WS, GJK	Godkjent: ØJ
		Dato: 04.05.21

## 3.2 Revisjonsfunn avdekt under revisjonen

### 3.2.1 Alvorlige avvik

Det ble ikke avdekket noen alvorlige avvik under revisjonen.

### 3.2.2 Avvik

Det ble avdekket fire avvik under revisjonen.

#### 3.2.2.1 Vernerunde

**Avvik:**

Det har ikke vært avholdt vernerunde ved FKS siden 2019

**Begrunnelse:**

Vernerunde bør avholdes hvert år.

**Krav:**

- Ref. Miljø og kvalitetshåndbok, pkt 5.3.16.2, Sentrale arbeidsoppgaver for verneombud.
- Driftshåndbok FKS Part A, Pkt 1.6.3 og 2.2.5

#### 3.2.2.2 Årshjul 2021 for FKS

**Avvik:**


Årshjulet skal oppdateres hvert år. Dette er ikke gjort for 2021.

**Begrunnelse:**

Årshjulet er et planleggingsverktøy som skal gjenspeile aktiviteten ved FKS det kommende året.

**Krav:**

- Driftshåndbok FKS Part A, Pkt 2.1.1

 LUFTAMBULANSETJENESTEN	Styrende dokument: P5-0 Utførelse av en revisjon	Dok. id.: P5-V6
<b>Revisjonsrapport</b>		Versjon: 12.00
		Side: 8 av 13
Ansvarlig: PMT	Verifisert: WS, GJK	Godkjent: ØJ
		Dato: 04.05.21

### 3.2.2.3 Risikostyring

**Avvik:**

Det kan ikke dokumenteres arbeid med risikostyring. Det er ikke gjennomført risikoanalyse av sentralen i 2020.

**Begrunnelse:**

Risikostyring er et verktøy for å forutse situasjoner som kan gi problemer i driften av FKS

**Krav:** Driftshåndbok FKS Part A, Pkt 2.1.2

### 3.2.2.4 Samsvarsvurderinger

**Avvik:**

Arbeid med samsvarsvurderinger kan ikke dokumenteres utført i 2020.


**Begrunnelse:**

Samsvarsvurderinger er et verktøy som skal sikre at alle referansedokumenter er riktig når man slår dem opp. Det bør derfor beskrives en prosedyre for kryssreferanse/samsvarsvurdering og lage en sjekkliste for kryssende dokumenter.

**Krav:**

- Driftshåndbok FKS Part A, Pkt 2.1.3



 LUFTAMBULANSETJENESTEN	Styrende dokument: P5-0 Utførelse av en revisjon	Dok. id.: P5-V6
<b>Revisjonsrapport</b>		Versjon: 12.00
		Side: 9 av 13
Ansvarlig: PMT	Verifisert: WS, GJK	Godkjent: ØJ
		Dato: 04.05.21

### 3.2.3 Observasjoner

Det ble avdekket fire observasjoner under revisjonen.

#### 3.2.3.1 Tilbakemeldinger angående driftshåndbok skal lagres i Elements

**Observasjon:**

Ved revisjoner av driftshåndboken skal tilbakemeldinger fra flygesjef lagres i Elements. Dette gjøres ikke i dag, og grunnen er en miks av manglende tilganger, for lite opplæring i Elements og uklare retningslinjer for bruk av Elements. FKS skal ha opplæring i Elements 1. juni. I tillegg skal ny arkivplan ferdigstilles høsten 2021. Dette kan bidra til å løse utfordringene som vil bli vurdert igjen i desember 2021.

**Krav:**

- Driftshåndbok FKS Part A, Pkt 0.1.1

#### 3.2.3.2 Prosedyre for internmøter

**Observasjon:**

Der finnes ingen prosedyre for internmøter mellom FKS og BSAA AS angående SLA og driftshåndbok samt EASA Part OPS og driftshåndbok.

**Begrunnelse:**

Det bør lages en prosedyre for internmøter mellom FKS og BSAA AS.

**Krav:**

- Driftshåndbok FKS Part A, Pkt 0.2.10 og 0.2.11

#### 3.2.3.3 System for kunngjøring av ytterligere instruksjer og informasjon

**Observasjon:**


Der finnes en del gammel informasjon som ikke lenger er relevant i systemet.

**Begrunnelse:**

Etablere rutine/prosedyre for fjerning/sletting av informasjon som ikke lenger er relevant. Som for eksempel annullere Informasjon til FKS som omhandler innleid flyressurs for transport av Covid-19 pasienter i Epishuttle.

**Krav:**

- Driftshåndbok FKS Part A, Pkt 2.3

 LUFTAMBULANSETJENESTEN	Styrende dokument: P5-0 Utførelse av en revisjon	Dok. id.: P5-V6
<b>Revisjonsrapport</b>		Versjon: 12.00
		Side: 10 av 13
Ansvarlig: PMT	Verifisert: WS, GJK	Godkjent: ØJ
		Dato: 04.05.21

### 3.2.3.4 Rapportering ved hendelser

#### **Observasjon:**

Der finnes ikke et system som sikrer rapportering av hendelser hvis leder FKS ikke er tilgjengelig.


#### **Begrunnelse:**

Alle hendelser skal rapporteres i Opscom, ref. Kvalitetshåndboken kapittel 10 Forbedring. Rapporteringspliktige forhold innen luftfart registreres i QPulse av ledelsen ved FKS. BSAA AS er ansvarlig for rapportering til luftfartsmyndigheter. Hendelser som klassifiseres som kritisk av flykoordinator skal i tillegg varsle linjeleder umiddelbart og rapporten skrives innen 24 timer. Administrerende direktør vurderer videre varsling.

Revisjonen avdekket uklarheter i hvordan denne teksten skal tolkes. Pr dd er det kun leder FKS som har tilgang til QPulse og dermed er denne varslingsrutinen lite robust. Det er beskrevet varsling innen 24 timer, men rapporteringspliktige forhold skal rapporteres snarest, og innen 72 timer etter en ulykke/hendelse. (luftfartshendelser) (Regulation No376/2014 article 4, punkt 7)

#### **Krav:**

- Regulation No376/2014 article 4, punkt 7
- Driftshåndbok FKS Part A, Pkt 3

 LUFTAMBULANSETJENESTEN	Styrende dokument: P5-0 Utførelse av en revisjon	Dok. id.: P5-V6
<b>Revisjonsrapport</b>		Versjon: 12.00
		Side: 11 av 13
Ansvarlig: PMT	Verifisert: WS, GJK	Godkjent: ØJ
		Dato: 04.05.21

### 3.2.4 Forbedringsforslag

Det ble avdekket fem forbedringsforslag under revisjonen.

#### 3.2.4.1 Intern kommunikasjon og møtevirksomhet FKS

**Observasjon:**

De fleste møtene gjennomføres ikke i den foreskrevne frekvens. Driftshåndbok FKS Part A, Pkt 2.2.1

**Begrunnelse:**

Her kan møtene tilpasses håndboken, eller omvendt

#### 3.2.4.2 Safety management

**Observasjon:**

På eksterne datasystemer har ikke FKS tilgang til lesebekreftelse. Leder og fagutvikler, FKS, kan dermed ikke se at SIB, GIB o.l. fra BSAA blir lest. Driftshåndbok FKS Part A, Pkt 2.5

**Begrunnelse:**

Her burde man enten få tilgang til eksterne systemer med lesebekreftelse, eller lage et internt system for slikt.

#### 3.2.4.3 Stillingsbeskrivelse leder FKS

**Observasjon:**

Beskrivelse av kvalifikasjoner for stedfortreder til leder FKS er ikke utfyllende.

**Begrunnelse:**

Kvalifikasjonene bør beskrives i skal, bør og ønskelig


#### 3.2.4.4 Beskrivelse av dokumentrevisjoner og distribusjon

**Observasjon:**

Driftshåndbok FKS Part D har ingen beskrivelse av revisjoner og distribusjon slik som de andre bøkene i driftsmanualen

**Begrunnelse:**

Et kapittel 0 kan legges til på lik linje med Part A, B og C

 LUFTAMBULANSETJENESTEN	Styrende dokument: P5-0 Utførelse av en revisjon	Dok. id.: P5-V6
<b>Revisjonsrapport</b>		Versjon: 12.00
		Side: 12 av 13
Ansvarlig: PMT	Verifisert: WS, GJK	Godkjent: ØJ
		Dato: 04.05.21


### 3.2.4.5 Assessment

**Observasjon:**

Det er uklart hva assessment egentlig er. Driftshåndbok FKS Part D, pkt 1.4

**Begrunnelse:**

Teksten bør skrives om (fjerne uttrykket, eller forklare).

 LUFTAMBULANSETJENESTEN	Styrende dokument: P5-0 Utførelse av en revisjon	Dok. id.: P5-V6
<b>Revisjonsrapport</b>		Versjon: 12.00
		Side: 13 av 13
Ansvarlig: PMT	Verifisert: WS, GJK	Godkjent: ØJ
		Dato: 04.05.21

## 4. Behandling av revisjonsfunn

### 4.1 Korrigeringer

FKS må vurdere å iverksette korrigeringer som sørger for at foretaket drifter iht. avtalefestede og lovpålagte krav i tiden fra avvik blir avdekket og frem til avvik er endelig lukket gjennom korrigerende tiltak. Det henvises til prosedyre P6-0 *Behandling av hendelser, forbedringsforslag og revisjonsfunn*. Eventuelle korrigeringer skal beskrives og dokumenteres.

### 4.2 Bakenforliggende årsaksforhold (årsaksanalyse)

FKS må utføre en analyse for å finne bakenforliggende årsaksforhold til avvik. Det kan være flere enn ett årsaksforhold til et avvik. Bakenforliggende årsaksforhold må avdekkes for å forsikre seg om at korrigerende tiltak dekker rotårsaken til avviket og hindrer gjentakelse. Det er ikke analysen Luftambulansetjenesten HF ønsker å se, men resultatet av analysen.

### 4.3 Plan for korrigerende tiltak

Plan for korrigerende tiltak skal være tilbakemeldt Luftambulansetjenesten HF v/revisjonsleder snarest, og senest innen **tre uker** etter mottatt revisjonsrapport. Planen skal beskrive hvilke tiltak som skal lukke revisjonsfunnene og når revisjonsfunn forventes lukket.

### 4.4 Korrigeringer og tidsfrist

Det presiseres at dette er tiltak for å fjerne (rot)årsaken til et avvik. Korrigeringer skal være utført og akseptert av Luftambulansetjenesten HF innen **2. august 2021**. Korrigeringer skal beskrives og dokumenteres så langt det lar seg gjøre.

### 4.5 Observasjon og forbedringer

FKS skal også ta stilling til de observasjoner og forbedringsområder som er angitt i rapporten, og besvare disse innen angitt tidsfrist i punkt 4.4.

For observasjoner må forebyggende tiltak beskrives og tidsplan angis. I tilfeller der foretaket mener observasjonen er innenfor akseptabel risiko og at tiltak iverksettes etter frist angitt i punkt 4.4, må dette angis i plan for korrigerende tiltak.

Eventuelle forbedringsforslag må tilbakemeldes om hvorvidt foretaket har til hensikt å gjennomføre forslaget. Hvis forbedringstiltak besluttet gjennomført, må tiltak(ene) beskrives og tidsplan angis.

### 4.6 Utsettelse av tidsfrist

I tilfeller der organisasjonen av forskjellige årsaker ikke klarer å implementere korrigerende tiltak innen utløp av funnets tidsfrist, må det fremsendes en kortfattet søknad til revisjonsleder hvor utsettelsen begrunnes.