

LANDSTINGSREVISIONEN

Granskning av enskild basenhet - ortopedisk klinik

Rapport nr 12/2015



December 2015
Jonas Hansson, revisor, revisionskontoret
Diarienummer: REV 20:3-2015

Innehåll

| | |
|---|----------|
| 1. SAMMANFATTANDE ANALYS..... | 3 |
| 1.1. REKOMMENDATIONER | 3 |
| 2. BAKGRUND | 4 |
| 2.1. REVISIONSFRÅGOR..... | 4 |
| 2.2. AVGRÄNSNING..... | 4 |
| 2.3. REVISIONSKRITERIER | 4 |
| 2.4. METOD..... | 4 |
| 3. RESULTAT AV GRANSKNINGEN | 5 |
| 1.1.1. Verksamhetsstyrning..... | 5 |
| 1.1.2. Ekonomistyrning..... | 6 |
| 1.1.3. Ekonomiadministrativa rutiner..... | 6 |
| 1.1.4. Patientsäkerhet..... | 7 |

1. Sammanfattande analys

Granskningen visar att basenheten i allt väsentligt följer de regler och rutiner som gäller för verksamheten.

I likhet med tidigare års granskningar av basenheter saknar dock även ortopedisk klinik dokumenterade rutiner för verksamhetsplanering, budgetarbete och återkoppling av resultatet till personalen. Basenhetens verksamhetsplan kan också utvecklas med fler mätbara mål och relevanta aktiviteter.

Våra stickprov inom ekonomiadministrativa rutiner visar att rutinerna kring signering av lönelistor och behörighet till Lotus notes kan förbättras.

Vårt stickprov inom IT-behörigheter visade att av 16 personer som avslutat sin anställning inom basenheten hade en person fortfarande behörighet till journalsystemet SYSteam Cross.

1.1. Rekommendationer

Vi rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnden att säkerställa att:

- Ortopedisk klinik fastställer skriftliga rutiner för verksamhetsplanering, budgetarbete och återkoppling av resultatet till personalen.
- Basenheten i sin verksamhetsplan formulerar tydliga mål och aktiviteter som går att följa upp.
- Behörigheter till IT-system avslutas för personer som inte längre är anställda.
- Den nya landstingsövergripande mallen för verksamhetsplaner blir reviderad så att det framgår att man ska ange vem som har ansvar för olika aktiviteter.

2. Bakgrund

Revisionskontoret har under år 2013 och 2014 genomfört granskningar av enskilda basenheter i landstinget. Syftet med granskningarna har varit att kontrollera om basenheterna lever upp till de krav som landstingets regelverk ställer på verksamheterna.

Revisorerna har i granskningsplanen för år 2015 beslutat att genomföra en granskning av en enskild basenhet. Revisionskontoret har efter samråd med verksamhetsområdescheferna valt ut basenheten ortopedisk klinik för 2015 års granskning av enskild basenhet.

Basenheten ortopedisk klinik består av fyra medicinska avdelningar och har 190 anställda. Basenheten ortopedisk klinik redovisade för år 2014 ett underskott med 22,1 miljoner kronor vilket motsvarade 24 procent av budgeten. Trots att verksamhetschefen hade beslutat om en åtgärdsplan för ekonomi i balans redovisade basenheten ett underskott med 14,2 miljoner den 31 augusti 2015. Basenheten har också svårt att uppnå kraven på tillgänglighet. Basenheten har framför allt haft svårt att möta kraven på tillgänglighet när det gäller åtgärder och operationer. Enligt delårsrapporten per augusti 2015 var det endast 29 procent av patienterna som fick åtgärder eller operationer inom 90 dagar.

2.1. Revisionsfrågor

Den övergripande revisionsfrågan som granskningen besvarar är om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att basenheten följer de regler och rutiner som gäller för verksamheten.

Granskningen är genomförd med stöd av revisionskontorets granskningsprogram för granskning av enskild basenhet. Granskningsprogrammet utgår i huvudsak från regler inom det ekonomiadministrativa området.

2.2. Avgränsning

Granskningen är avgränsad till basenheten ortopedisk klinik och behandlar huvudsakligen basenhetens följsamhet till regler inom ekonomi- och ekonomiadministrativa området.

2.3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar.

Vi har utgått från nedanstående revisionskriterier:

- Kommunallagen (6 kap 7)
- Fullmäktiges reglemente för nämnden
- Landstingets interna regler

2.4. Metod

Som utgångspunkt för granskningen har vi utgått från det granskningsprogram för enskild basenhet som revisionskontoret tagit fram. Utöver kontroll-

frågorna i granskningsprogrammet har vi även att genomfört stickprov avseende ekonomiadministrativa rutiner.

3. Resultat av granskningen

1.1.1. Verksamhetsstyrning

| Kontrollfråga | Ja/Nej | Vår kommentar |
|---|--------|---|
| 1. Har verksamhetschefen fastställt en rutin för hur basenheten ska arbeta med verksamhetsplanering? | Nej | Verksamhetschefen arbetar utifrån en informell rutin. |
| 2. Har verksamhetschefen fastställt rutiner i syfte att samordna verksamhetsplanering och budgetarbete? | Nej | Basenheten har ingen skriftlig rutin men följer de skriftliga planeringsanvisningarna från landstingsdirektören. |
| 3. Är verksamhetsplanen upprättad i enlighet med planeringsanvisningar? | Ja | |
| 4. Innehåller verksamhetsplanen mätbara mål? | Delvis | Flera mål och aktiviteter är vagt formulerade och är svåra att följa upp. |
| 5. Är i verksamhetsplanen konkreta aktiviteter kopplade till målen? | Delvis | Flera aktiviteter är översiktligt beskrivna och det framgår inte vilken målsättning som basenheten har för de aktuella aktiviteterna. |
| 6. Är det i verksamhetsplanen tydliggjort vem som har ansvar att genomföra aktiviteter? | Nej | I den nya landstingsövergripande mallen för verksamhetsplan saknas kolumnen för vem som är ansvarig för respektive aktivitet. |
| 7. Har verksamhetschefen i årsrapporten följt upp mål och aktiviteter som beslutats i verksamhetsplanen? | Delvis | Som vi angett ovan är det få mätbara mål och aktiviteter som går att följa upp. |
| 8. Har verksamhetschefen fastställt rutiner för att återkoppla resultatet i årsrapporten till personalen? | Nej | Verksamhetschefen uppger att resultatet återkopplas till personalen dels via VSG samt via avdelningscheferna som förmedlar dessa vidare vid arbetsplatsträffar. Basenheten saknar dock formellt beslutade rutiner för hur resultatet ska återkopplas till personalen. |
| 9. Har verksamhetschefen rapporterat resultatet i årsrapporten till | Ja | |

| | |
|-------------------------|--|
| verksamhetsområdeschef? | |
|-------------------------|--|

1.1.2. Ekonomistyrning

| Kontrollfråga | Ja/Nej | Vår kommentar |
|--|--------|---|
| 1. Har verksamhetschefen bedrivit verksamheten inom tilldelad budgetram? | Nej | Budgeterade nettokostnader för perioden fram till augusti 2015 var 59,4 miljoner kronor. Underskottet för perioden är 14,2 miljoner eller 23,9 %. |
| 2. Har verksamhetschefen med hjälp av månadsrapporter följt upp basenhetens ekonomiska resultat? | Ja | |
| 3. Vid ekonomiska avvikelser, har verksamhetschefen vidtagit åtgärder i syfte att uppnå budget i balans? | Ja | Som exempel har verksamhetschefen inför verksamhetsåret 2015 beslutat om en åtgärdsplan för ekonomi i balans. |
| 4. Har verksamhetschefen rapporterat om ekonomiskt resultat till verksamhetsområdeschef? | Ja | |

1.1.3. Ekonomiadministrativa rutiner

| Kontrollfråga | Ja/Nej | Vår kommentar |
|--|--------|---|
| 1. Överensstämmar beslutade at- testrättigheter med registrerade attestträttigheter i det administra- tiva systemet Agresso EFH? - Stickprov | Ja | |
| 2. Överensstämmar beslutade at- testrättigheter med registrerade attestträttigheter i det administra- tiva systemet Personec? - Stickprov | Ja | |
| 3. Är lönelistor korrekt signerade? - Stickprov | Delvis | I ett stickprov har vi kontrollerat om lönelistor är utskrivna och signerade för månaderna I vårt stickprov saknades en lönelista för en avdelning. |
| 4. Är reseräkningar korrekt atteste- rade? | Ja | Vi har i ett stickprov kontrollerat samtliga reseräkningar under januari till april 2015 |

| | | |
|--|--------|---|
| - Stickprov | | med utlägg över 3 000 kr. Sammanlagt kontrollerades 12 reseräkningar. |
| 5. Följer basenheten landstingets regler och riktlinjer för representation? - Stickprov | Delvis | Till följd av att det saknas regler i ledningssystemet har vi utgått från reglerna i det gamla regelverket från 2009. I tre granskade verifikat saknas deltagarförteckning och syfte med representationen. |
| 6. Har verksamhetschefen säkerställt att medarbetare som slutat sin anställning vid basenheten inte har behörighet till Lotus Notes? | Nej | Vårt stickprov visar att av 22 personer som avslutat sin anställning vid basenheten så hade 6 personer fortfarande en aktiv e-postadress. |
| 7. Har verksamhetschefen säkerställt att medarbetare som slutat sin anställning vid basenheten inte har behörighet till SYSteam Cross? | Nej | Av 16 personer som avslutat sin anställning under det första halvåret 2015 har en person fortfarande behörighet till journalsystemet SYSteam Cross. |
| 8. Har verksamhetschefen säkerställt att medarbetare som slutat sin anställning vid basenheten inte har behörighet till Agresso EFH? | Ja | |
| 9. Finns en eller flera arkivredögörare utsedda inom basenheten? | Ja | |
| 10. Finns dokumenterad handlingsplan för brand? | Ja | |
| 11. Finns ett eller flera brandombud utsedda inom basenheten? | Ja | |
| 12. Finns en skriftlig fördelning av arbetsmiljöuppgifter? | Ja | Verksamhetschefen har skriftligen fördelat arbetsmiljöuppgifter till avdelningschefer. |

1.1.4. Patientsäkerhet

| Kontrollfråga | Ja/Nej | Vår kommentar |
|---|--------|---|
| 1. Klarar basenheten landstingets mål om att alla journaler ska vara signerade inom 14 dagar? | Ja | |
| 2. Har basenheten dokumenterade avbrottsplaner? | Delvis | Patientsäkerhetssamordnaren har uppgett att basenheten har avbrottsplaner för samtliga system som används i verksamheten. Avbrottsplanerna finns dock inte utskrivna och tillgängliga |

| | | |
|---|--------|--|
| 3. Har basenheten utsedda avvikel- seutredare? | Ja | |
| 4. Har basenheten en handlingsplan för risk- och avvikelshantering? | Ja | Framgår av basenhetens patientsäkerhetsbe- rättelse år 2014. |
| 5. Följer basenheten landstingets riktlinjer vad gäller tid från rap- porterad till utredd avvikelse? | Delvis | Av landstingets riktlinjer för avvikelshante- ring framgår att utredningar alltid ska påbör- jas inom 14 dagar efter inrapportering. Åt- gärder ska därefter normalt genomföras inom två månader. Ortopedisk klinik klarar målet till 96 procent under perioden januari-augusti 2015. Sta- tistik på landstingsövergripande nivå visar att samtliga basenheter i genomsnitt klarar målet till 81 procent. |
| 6. Har basenheten minst en lokal patientsäkerhetssamordnare? | Ja | |
| 7. Har utsedda patientsäkerhets- samordnare formellt beslutade uppdrag? | Delvis | Uppdraget är muntligt kommunicerat och utgår från landstingets generella riktlinjer för uppdraget. |

Umeå den 10 december 2015

Jonas Hansson
Revisor
Västerbottens läns landsting