

LANDSTINGSREVISIONEN

Granskning av basenheten laboriemedicin

Rapport nr 29/2013



Mars 2014

Revisionskontoret Västerbottens läns landsting

Richard Norberg, Susanne Hellqvist, Monika Norlin, Jonas Hansson och Eva Moe

Innehåll

1.	Sammanfattande analys	3
1.1.	Rekommendationer	3
2.	Bakgrund	4
2.1.	Revisionsfrågor	4
2.2.	Metod	4
2.3.	Avgränsning	4
2.4.	Revisionskriterier	4
3.	Beskrivning av verksamheten	4
4.	Resultat av granskningen	5
4.1.	Verksamhetsstyrning	5
4.2.	Ekonomistyrning	6
4.3.	Ekonomiadministrativa rutiner	7
4.4.	Patientsäkerhet	9

1. Sammanfattande analys

Syftet med denna granskning har varit att genom att granska en enskild basenhet se om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll inom sitt verksamhetsområde.

Tidigare granskningar visar att det på en övergripande nivå inom landstinget saknas en tillräckligt god styrning, uppföljning och kontroll över att verksamheterna följer gällande regler.

Av granskningen framgår att basenheten laboratoriemedicin har ett väl utvecklat ledningssystem. Vi bedömer att basenheten i allt väsentligt följer de regler och rutiner som gäller för verksamheten. Vi bedömer dock att hälso- och sjukvårdsnämnden kan förbättra sin styrning, uppföljning och kontroll av att verksamheten följer dessa regler. Exempel på detta är att basenheten saknar skriftliga rutiner för flera styrande aktiviteter. Vår granskning visar att basenheten arbetar utifrån informella rutiner vid verksamhetsplanering och budgetarbete. Basenheten saknar även rutiner för att återkoppla resultatet i årsrapporten till personalen.

Vår granskning visar att basenhetens ekonomiadministrativa rutiner i allt väsentligt är tillfredställande men att det finns förbättringsområden. Våra stickprov av attestering av lönelistor samt behörigheter till administrativa system visar att den interna kontrollen inom dessa områden bör förbättras.

Vår granskning av patientsäkerhetsarbetet visar att laboratoriemedicin har bättre statistik än landstinget i genomsnitt men att basenheten ändå inte helt uppfyller landstingets målsättningar.

1.1. Rekommendationer

Vi rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnden att säkerställa att basenheten laboratoriemedicin har fastställda rutiner för verksamhetsplanering och budget.

Vi rekommenderar även nämnden att säkerställa att basenheten ser över hanteringen av attestering av lönelistor och behörigheter till administrativa system.

2. Bakgrund

Landstingets revisorer har i sin granskningsplan för år 2013 beslutat att i en s.k. ”pilot” genomföra en granskning av styrning och kontroll på en enskild basenhet. Syftet med granskningen var att samlat kontrollera om en basenhet lever upp till de krav som landstingets regelverk ställer på verksamheten. Granskningen har i första hand varit avgränsad till det ekonomiadministrativa området.

2.1. Revisionsfrågor

Den övergripande revisionsfrågan som granskningen ska besvara var om ansvarig nämnd säkerställt att en enskild basenhet följer de regler och rutiner som gäller för verksamheten.

2.2. Metod

För att svara på den övergripande revisionsfrågan har revisionskontoret tagit fram ett granskningsprogram med ett antal underliggande revisionsfrågor. Frågorna i granskningsprogrammet berör områdena verksamhetsstyrning, ekonomistyrning, ekonomiadministrativa rutiner och patientsäkerhet.

2.3. Avgränsning

Granskningen gäller basenheten laboratoriemedicin.

2.4. Revisionskriterier

Granskningen utgår från kommunallagens 6 kap 7 § om nämndens ansvar.

Vi utgår från landstingets regelverk och den dokumentation som finns i landstingets ledningssystem. Detta är i huvudsak regler och riktlinjer som gäller inom det ekonomiadministrativa området.

3. Beskrivning av verksamheten

Organisatoriskt tillhör basenheten laboratoriemedicin verksamhetsområdet regionvård. Basenheten är indelad i fem avdelningar för olika specialiteter: klinisk kemi, klinisk patologi, klinisk genetik, klinisk mikrobiologi samt klinisk immunologi och transfusionsmedicin. Basenheten driver vävnadsinrättning och ansvarar för driften av biobankscentrum, biobanken VL och vårdhygien. Det finns också en enhet för verksamhetsstöd.

Basenheten har drygt 400 årsanställda och personalkostnaderna inklusive köp av verksamhet är de största kostnadsposterna. Under år 2013 var basenhetens nettokostnader 115 miljoner kronor. Under året sålde enheten verksamhet till både interna och externa kunder för 157 miljoner kronor.

4. Resultat av granskningen

4.1. Verksamhetsstyrning

Kontrollfråga	Ja/Nej	Vår kommentar
1. Har verksamhetschefen fastställt en rutin för hur basenheten ska arbeta med verksamhetsplanering?	Nej	Enligt uppgift arbetar basenheten efter informella (muntliga) rutiner.
2. Har verksamhetschefen fastställt rutiner i syfte att samordna verksamhetsplanering och budgetarbete?	Nej	Enligt uppgift arbetar basenheten efter muntliga rutiner som syftar till att integrera verksamhetsplanering och budgetarbete.
3. Är verksamhetsplanen upprättad i enlighet med planeringsanvisningar?	Delvis	Produktionsplan saknas.
4. Innehåller verksamhetsplanen mätbara mål?	Delvis	Uppföljningsindikatorerna är i varierad grad mätbara.
5. Är i verksamhetsplanen konkreta aktiviteter kopplade till målen?	Delvis	Aktiviteterna har koppling till uppföljningsindikatorer men är i vissa fall allt för vagt formulerade
6. Är det i verksamhetsplanen tydliggjort vem som har ansvar att genomföra aktiviteter?	Ja	
7. Har verksamhetschefen i årsrapporten följt upp mål och aktiviteter som beslutats i verksamhetsplanen?	Delvis	Verksamhetschefen har årsrapporten kommenterat alla indikatorer och aktiviteter. En komplikation är att det i flera fall saknas mätbara mål eller aktiviteter. Detta medför att det är svårt att värdera det redovisade resultatet. En annan komplikation är att det för delar av redovisningen i årsrapporten inte framgår om verksamhetschefen avser resultat i förhållande till uppföljningsindikator eller genomförd aktivitet.
8. Har verksamhetschefen fastställt rutiner för att återkoppla resultatet i årsrapporten till personalen?	Nej	Enligt uppgift arbetar basenheten efter informella (muntliga) rutiner.
9. Har verksamhetschefen rapporterat resultatet i årsrapporten till verksamhetsområdeschef?	Ja	

4.2. Ekonomistyrning

Kontrollfråga	Ja/Nej	Vår kommentar
1. Har verksamhetschefen bedrivit verksamheten inom tilldelad budgetram?	Nej	Budgeterade nettokostnader är 113,4 miljoner kronor. För år 2013 redovisar verksamheten ett underskott mot budget med 1,2 miljoner eller 1%.
2. Har verksamhetschefen med hjälp av månadsrapporter följt upp basenhetens ekonomiska resultat?	Ja	Det finns dokumenterade ekonomiska rapporter för varje rapportmånad. De månatliga rapporterna beskriver det ekonomiska utfallet jämfört med budget och det finns också mått på produktionen. Förutom månatliga rapporter stämmer kontrollern och verksamhetschefen av ekonomin en gång i veckan. Förutom siffermaterial finns det en sammanfattande bedömning med en prognos för året. Prognoserna stämmer väl med det faktiska utfallet för å helåret.
3. Vid ekonomiska avvikelser, har verksamhetschefen vidtagit åtgärder i syfte att uppnå budget i balans?	Delvis	Enligt uppgift från controller beror en del av underskottet på att budgeterade intäkter från Alf-forskning baseras på ett historiskt underlag som inte stämmer överens med dagens ändrade förutsättningar. Även personalkostnaderna redovisar underskott och i månadsrapporten för augusti kan vi se att verksamheten har påbörjat en översyn av bemanningsnivån. Verksamheten beräknar också att försäljning till Irland kommer igång till hösten. I den ekonomiska rapporteringen kan vi också se att avtalet blev klart i september.
4. Har verksamhetschefen rapporterat om ekonomiskt resultat till verksamhetsområdeschef?	Ja	Månadsrapporterna kommuniceras med verksamhetsområdeschefen. VO-område regionvård har verksamhet och ekonomi som stående punkter på möten med ledningsgruppen.

4.3. Ekonomiadministrativa rutiner

Kontrollfråga	Ja/Nej	Vår kommentar
1. Överensstämmer beslutade at- testrättigheter med registrerade attesträttigheter i det administra- tiva systemet invoice manager (IM)? - Stickprov	Ja	I det stickprov vi genomfört har samtliga registrerade attesträttigheter varit korrekta.
2. Överensstämmer beslutade at- testrättigheter med registrerade attesträttigheter i det administra- tiva systemet Personec? - Stickprov	Ja	I det stickprov vi genomfört har samtliga registrerade attesträttigheter varit korrekta.
3. Är lönelistor korrekt signerade? - Stickprov	Nej	Enligt regelverket ska ansvarig chef skriva ut lönelistan och göra en kontroll av att: - personen arbetar på enheten - alla medarbetare finns med - beloppen är rimliga - kostnadsstället är rätt. Av vårt stickprov framgår att samtliga en- heter/kliniker inte skriver ut och signerar lönelistorna. Det är därmed inte dokumen- terat att ansvarig chef utfört denna kontroll.
4. Är reseräkningar korrekt atteste- rade? - Stickprov	Ja	I vårt stickprov är samtliga reseräkningar korrekt attesterade.
5. Följer basenheten landstingets regler och riktlinjer för repre- sentation? - Stickprov	Ja	Vi har utgått från reglerna i det gamla re- gelverket från 2009.
6. Har verksamhetschefen säker- ställt att medarbetare som slutat sin anställning vid basenheten inte har behörighet till Lotus Notes?	Nej	Landstinget har på en övergripande nivå ingen möjlighet att följa upp vilka system och behörigheter enskilda medarbetare har tillgång till. Det är därför upp till respektive chef att bevaka och rapportera förändringar i anställningar till informatikenheten. Vårt stickprov visar att nära hälften av de perso- ner som slutat vid basenheten under året fortfarande hade en aktiv e-postadress i Lotus Notes vid granskningstillfället. I denna beräkning har vi räknat bort de perso- ner som slutat vid basenheten med fort- satt sin anställning vid en annan enhet inom landstinget.

7. Har verksamhetschefen säkerställt att medarbetare som slutat sin anställning vid basenheten inte har behörighet till SYSteam Cross?	Delvis	Stickprovet visar att fyra av de personer som slutat vid basenheten under året hade kvar sin behörighet i SYSteam Cross. Tre av dessa har dock fortfarande anställning inom landstinget. Det är dock oklart om de tre personerna som bytt avdelning har en korrekt behörighet efter basenhetsbytet.
8. Har verksamhetschefen säkerställt att medarbetare som slutat sin anställning vid basenheten inte har behörighet till Invoice Manager?	Delvis	Stickprovet visar att en av de som slutat vid basenheten under året har kvar sin behörighet att mottagningsattestera i fakturahanteringssystemet. Eftersom det är möjligt att missa ett avslut bedömer vi att rutinerna behöver förbättras för att kvalitetssäkra processen kring avslut av behörigheter i systemen.
9. Finns en eller flera arkivredögörare utsedda inom basenheten?	Ja	Totalt finns 8 stycken arkivredögörare inom basenheten.
10. Finns dokumenterad handlingsplan för brand?	Ja	Handlingsplanen är fastställd av verksamhetschefen.
11. Finns ett eller flera brandombud utsedda inom basenheten?	Ja	Totalt finns 12 stycken brandombud inom basenheten. Vilka som är ombud framgår av basenhetens kvalitetshandbok Brandskydd.
12. Finns en skriftlig fördelning av arbetsmiljöuppgifter?	Ja	Verksamhetschefen har skriftligen fördelat arbetsmiljöuppgifter till avdelningschefer och medicinska chefer.

4.4. Patientsäkerhet

Kontrollfråga	Ja/Nej	Vår kommentar
1. Klarar basenheten landstingets mål om att alla journaler ska vara signerade inom 14 dagar?	Ja	Vi har genomfört stickprov vid två tillfällen under hösten år 2014. Vid det första tillfället den 13 augusti fanns inga osignerade anteckningar vid basenheten. Vid nästa mättillfälle den 5 november hade basenheten tre osignerade anteckningar av totalt 2093 stycken. Detta ligger under genomsnittet för landstinget.
2. Har basenheten dokumenterade avbrottsplaner?	Delvis	<p>Basenheten har ett 20-tal IT-system. För två av dessa saknas upprättade avbrottsplaner. Plan finns enligt biträdande verksamhetschef för att åtgärda detta under år 2014.</p> <p>Vi har i samband med granskningen inte analyserat innehållet i avbrottsplanerna. Däremot har vi kontrollerat om planerna är formellt fastställda och reviderade. Av 19 avbrottsplaner var tre vid granskningstillfället inte fastställda och fem var inte reviderade enligt tidplanen. Ytterligare två avbrottsplaner saknade dokumentation om fastställandetidpunkt och revideringstid. Summerat innebär detta att det finns formella brister i ungefär hälften av avbrottsdokumentationen.</p>
3. Har basenheten utsedda avvikelsetredare?	Ja	Enligt uppgift från biträdande verksamhetschef har basenheten minst en utsedd avvikelsetredare vid varje avdelning inom basenheten.
4. Har basenheten en handlingsplan för risk- och avvikelshantering?	Ja	Basenheten har ett lokalt handlingsprogram för sin risk- och avvikelshantering. Den senaste upplagan är enligt dokumentet fastställd av verksamhetschefen den 25 juni år 2013. Dokumentet är giltigt tills vidare.
5. Följer basenheten landstingets riktlinjer vad gäller tid från rapporterad till utredd avvikelse?	Delvis	<p>Av landstingets riktlinjer för avvikelshantering framgår att utredningar alltid ska påbörjas inom 14 dagar efter inrapportering. Åtgärder ska därefter normalt genomföras inom två månader.</p> <p>Statistik på landstingsövergripande nivå visar att 80 procent av landstingets verksamheter klarar målet om att påbörja avvikelsetredning inom 14 dagar. Basenheten</p>

		för laboriemedicin klarar målet till 90 procent enligt statistik per den 6 november 2013.
6. Har basenheten minst en lokal patientsäkerhetssamordnare?	Ja	Laboriemedicin har en utsedd lokal patientsäkerhetssamordnare.
7. Har utsedda patientsäkerhetssamordnare formellt beslutade uppdrag?	Delvis	Uppdraget är muntligt kommunicerat och utgår från landstingets generella riktlinjer för uppdraget. Enligt den lokala patientsäkerhetssamordnaren som relativt nyligen påtagit sig uppdraget som patientsäkerhetssamordnare är tjänstens utformning under uppbyggnad. Det finns exempelvis ingen specifik tid avsatt för arbetet med uppdraget och hur återrapporteringen ska göras till basenhetens ledning är ännu inte fastlagt.

Umeå den 20 mars 2014

Jonas Hansson, Monika Norlin, Susanne Hellqvist, Eva R. Moe och Richard Norberg