

LANDSTINGSREVISIONEN

Granskning av enskild basenhet

Rapport nr 15/2014



Januari 2015
Jonas Hansson, Revisor, revisionskontoret
Dnr: REV 42:2-2014

Innehåll

1.	Sammanfattande analys	3
1.1.	Habiliteringscentrum	3
1.1.1.	Rekommendationer	3
1.2.	Intern service	3
1.2.1.	Rekommendationer	4
1.3.	Hjärtcentrum	4
1.3.1.	Rekommendationer	4
2.	Bakgrund/Inledning	5
3.	Revisionsfrågor	5
3.1.	Avgränsning	5
4.	Revisionskriterier	5
5.	Metod	5
6.	Habiliteringscentrum	5
6.1.	Resultat av granskningen	6
6.1.1.	Verksamhetsstyrning	6
6.1.2.	Ekonomistyrning	7
6.1.3.	Ekonomiadministrativa rutiner	7
6.1.4.	Patientsäkerhet	8
7.	Intern service	9
7.1.	Resultat av granskningen	10
7.1.1.	Verksamhetsstyrning	10
7.1.2.	Ekonomistyrning	11
7.1.3.	Ekonomiadministrativa rutiner	11
7.1.4.	Patientsäkerhet	13
7.2.	Hjärtcentrum	14
7.2.1.	Resultat av granskningen	14
7.2.2.	Verksamhetsstyrning	14
7.2.3.	Ekonomistyrning	15
7.2.4.	Ekonomiadministrativa rutiner	16
7.2.5.	Patientsäkerhet	18

1. Sammanfattande analys

Granskningen visar att basenheterna habiliteringscentrum, intern service och hjärtcentrum i allt väsentligt följer de regler och rutiner som gäller för verksamheterna.

Basenheterna i vår granskning saknar emellertid dokumenterade rutiner för verksamhetsplanering, budgetarbete och återkoppling av resultat till personalen.

En annan generell iakttagelse är att medarbetare som slutat i landstinget fortfarande har kvar aktiva e-postadresser i landstinget.

Nedan följer en sammanfattning av iakttagelser och rekommendationer för var och en av de tre basenheterna. Detaljerade uppgifter av granskningens resultat finns längre bak i rapporten.

1.1. Habiliteringscentrum

Basenheten är ny från 1 januari 2013 och är en sammanslagning av tre basenheter. Beslutet om att bilda den nya basenheten gjordes inom ramen för projekt balans. Beslutet fattades som en verkställighet av landstingsdirektören. Detta gjordes utan någon risk och konsekvensanalys. Vi bedömer att beslut om verksamhetsförändringen var ett beslut i kommunallagens mening. Beslutet borde sålunda ha fattats av nämnden för funktionshinder och habilitering eller möjligen på delegation från nämnden.

De stickprov vi genomfört visar att basenheten har en god följsamhet till regler och rutiner inom det ekonomiadministrativa området.

1.1.1. Rekommendationer

Vi rekommenderar nämnden för funktionshinder och habilitering att säkerställa att beslut om verksamhetsförändringar fattas i enlighet med reglerna i kommunallagen och nämndens delegationsordning. Vi rekommenderar även nämnden att säkerställa att habiliteringscentrum fastställer skriftliga rutiner för verksamhetsplanering, budgetarbete och återkoppling av resultatet till personalen.

1.2. Intern service

Basenheten är nybildad under år 2014. Av granskningen har det framkommit att beslutet att överföra sektionerna för intern transport i Umeå och Skellefteå samt funktion bårhus i Skellefteå från basenheten logistik till basenheten drift togs som en verkställighet av chefen för verksamhetsområde service. Vi bedömer att beslutet om organisationsförändringen var ett beslut i kommunallagens mening. Beslutet borde ha tagits av landstingsstyrelsen eller möjligen på delegation från styrelsen.

Vår granskning av basenhetens ekonomi och administrativa rutiner visar att intern service i allt väsentligt följer de regler och riktlinjer som gäller för verksamheten. Vid granskningen har det dock fram-

kommit att verksamhetsområde service saknar en utsedd arkivansvarig. Den arkivansvarige gör bedömningen om en verksamhet behöver en arkivredogörare.

1.2.1. Rekommendationer

Vi rekommenderar att landstingsstyrelsen säkerställer att beslut om verksamhetsförändringar fattas i enlighet med reglerna i kommunallagen och styrelsens delegationsordning. Vi rekommenderar även styrelsen att säkerställa att intern service fastställer skriftliga rutiner för verksamhetsplanering, budgetarbete och återkoppling av resultatet till personalen. Vi rekommenderar även att styrelsen säkerställer att det inom verksamhetsområde service finns en utsedd arkivansvarig.

1.3. Hjärtcentrum

Hjärtcentrum har en väl utvecklad rapportering av verksamhetens medicinska resultat. Hjärtcentrum har varit ledande inom landstinget inom en rad områden och var bl.a. först med att redovisa ett årligt forskningsbokslut. Hjärtcentrum har utsetts till Sveriges bästa hjärtsjukvård av dagens medicin år 2012 och 2013.

Utifrån målen i basenhetens verksamhetsplan är det dock svårt att göra bedömningen av basenhetens resultat. Det beror på att en alltför stor del av målen i verksamhetsplanen inte är mätbara och därför svåra att utvärdera.

I ett stickprov framkom att av 30 anställda som avslutat sin anställning vid hjärtcentrum hade 5 personer fortfarande behörighet till journalsystemet SYSteam Cross. Ett mer omfattande stickprov (rapport nr 22/2015) visar att problemet med oavslutade behörigheter även förekommer inom andra verksamheter. I de stickprovet framkom att fyra av fem undersökta verksamheter hade oavslutade behörigheter i SYSteam Cross för personal som slutat sina anställningar.

1.3.1. Rekommendationer

Vi rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnden att säkerställa att:

- Hjärtcentrum fastställer skriftliga rutiner för verksamhetsplanering, budgetarbete och återkoppling av resultatet till personalen.
- Basenheten i sin verksamhetsplan tar fram fler mätbara mål.
- Personer som slutat sin anställning inte har behörighet till journalsystemet SYSteam Cross.

2. Bakgrund

Under år 2013 genomförde vi för första gången en granskning av en enskild basenhet. Granskningen av basenheten laboratoriemedicin i allt väsentligt följde de ekonomiadministrativa regler som gäller för verksamheten. Efter utvärdering av projektet beslutade revisorerna i granskningsplanen för år 2014 att genomföra en granskning av tre basenheter.

3. Revisionsfrågor

Den övergripande revisionsfrågan som granskningen avser att besvara är om ansvarig styrelse eller nämnd säkerställt att basenheten följer de regler och riktlinjer som gäller för verksamheten.

3.1. Avgränsning

Granskningen är avgränsad till basenheterna intern service, habiliteringscentrum och hjärtcentrum. Valet av basenheter har vi gjort efter dialog med berörda verksamhetsområdeschefer.

4. Revisionskriterier

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

Vi utgår också från de regler som finns i landstingets ledningssystem. Det rör sig i huvudsak om regler som gäller inom det ekonomiadministrativa området.

5. 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.

6. Habiliteringscentrum

Habiliteringscentrum tillhör verksamhetsområde medicin och det är nämnden för funktionshinder och rehabilitering som har verksamhetsansvaret. Basenheten är indelad i 9 avdelningar.

Habiliteringscentrum bildades 1 januari 2013 när de tre tidigare basenheterna syn- och hörselrehabilitering, barn- och ungdomshabilitering och särskilt stöd och rehabilitering för vuxna slogs samman till en basenhet. Beslut om en sådan organisationsförändring är beslut i kommunallagens mening. Trots detta togs beslutet av landstingsdirektören. Beslutet borde ha tagits av nämnden för funktionshinder och rehabilitering. Det har under granskningen även

framkommit att beslutet fattades utan någon risk- och konsekvensanalys.

6.1. Resultat av granskningen

6.1.1. Verksamhetsstyrning

Kontrollfråga	Ja/Nej	Vår kommentar
1. Har verksamhetschefen fastställt en rutin för hur basenheten ska arbeta med verksamhetsplanering?	Delvis	Verksamhetschefen har i ett "årshjul" översiktligt beskrivit hur basenheten ska arbeta med verksamhetsplaneringen under året.
2. Har verksamhetschefen fastställt rutiner i syfte att samordna verksamhetsplanering och budgetarbete?	Nej	Verksamhetschefen beskriver att de arbetar kontinuerligt med budgeten under hela året men utifrån informella rutiner.
3. Är verksamhetsplanen upprättad i enlighet med planeringsanvisningar?	Ja	
4. Innehåller verksamhetsplanen mätbara mål?	Delvis	Verksamhetsplanen innehåller mätbara mål som benämns kvalitetsindikatorer. Planen innehåller även aktiviteter och mål som inte är mätbara.
5. Är i verksamhetsplanen konkreta aktiviteter kopplade till målen?	Delvis	De flesta aktiviteter som kopplats till målen är 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?	Ja	Samtliga beslutade aktiviteter och kvalitetsindikatorer finns kommenterade i årsrapporten.
8. Har verksamhetschefen fastställt rutiner för att återkoppla resultatet i årsrapporten till personalen?	Nej	Verksamhetschefen har uppgett att information om resultatet återkopplas till personalen via avdelningschefer. Dock saknas skriftliga rutiner.
9. Har verksamhetschefen rapporterat resultatet i årsrapporten till verksamhetsområdeschef?	Ja	

6.1.2. Ekonomistyrning

Kontrollfråga	Ja/Nej	Vår kommentar
1. Har verksamhetschefen bedrivit verksamheten inom tilldelad budgetram?	Ja	
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	
4. Har verksamhetschefen rapporterat om ekonomiskt resultat till verksamhetsområdeschef?	Ja	

6.1.3. Ekonomiadministrativa rutiner

Kontrollfråga	Ja/Nej	Vår kommentar
1. Överensstämmer beslutade attesträttigheter med registrerade attesträttigheter i det administrativa systemet Agresso EFH? - Stickprov	Ja	
2. Överensstämmer beslutade attesträttigheter med registrerade attesträttigheter i det administrativa systemet Personec? - Stickprov	Ja	
3. Är lönelistor korrekt signerade? - Stickprov	Ja	
4. Är reseräkningar korrekt attesterade? - Stickprov	Ja	
5. Följer basenheten landstingets regler och riktlinjer för repre-	Ja	Till följd av att det saknas regler i ledningssystemet har vi utgått från reglerna i det

sentation? - Stickprov		gamla regelverket från 2009.
6. Har verksamhetschefen säkerställt att medarbetare som slutat sin anställning vid basenheten inte har behörighet till Lotus Notes?	Delvis	I landstinget finns det 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 3 av 12 personer som slutat vid basenheten under året fortfarande hade en aktiv e-postadress i Lotus Notes. I stickprovet har vi räknat bort de personer som slutat vid basenheten med fortsatt sin anställning vid en annan enhet inom landstinget. Vi har även räknat bort personer som återanställts på basenheten.
7. Har verksamhetschefen säkerställt att medarbetare som slutat sin anställning vid basenheten inte har behörighet till SYSteam Cross?	Ja	Samtliga medarbetare som avslutat sin anställning under 2014 hade inte längre behörighet till 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 arkivredogörare utsedda inom basenheten?	Ja	
10. Finns dokumenterad handlingsplan för brand?	Ja	
11. Finns ett eller flera brandombud utsedda inom basenheten?	Ja	Totalt finns 12 stycken brandombud inom basenheten. Samtliga avdelningar förutom hörselrehab, Skellefteå har ett eller flera utsedda brandombud.
12. Finns en skriftlig fördelning av arbetsmiljöuppgifter?	Ja	Verksamhetschefen har skriftligen fördelat arbetsmiljöuppgifter till avdelningschefer.

6.1.4. Patientsäkerhet

Kontrollfråga	Ja/Nej	Vår kommentar
1. Klarar basenheten landstingets mål om att alla journaler ska	Ja	

vara signerade inom 14 dagar?		
2. Har basenheten dokumenterade avbrottsplaner?	Delvis	Verksamhetschefen har uppgett att detta område inte varit högt prioriterat då ingen akutverksamhet bedrivs.
3. Har basenheten utsedda avvikel-seutredare?	Ja	Enligt uppgift från verksamhetschef har bas-enheten minst en utsedd avvikelseutredare vid varje avdelning inom basenheten.
4. Har basenheten en handlingsplan för risk- och avvikelshantering?	Ja	Framgår av basenhetens patientsäkerhetsbe-rättelse år 2013 med plan för patientsäkerhet år 2014.
5. Följer basenheten landstingets riktlinjer vad gäller tid från rap-porterad till utredd avvikelse?	Nej	Av landstingets riktlinjer för avvikelshan-tering framgår att utredningar alltid ska på-börjas inom 14 dagar efter inrapportering. Åtgärder ska därefter normalt genomföras inom två månader. Statistik på landstingsövergripande nivå visar att 80 procent av landstingets verk-samheter klarar målet om att påbörja avvi-kelseutredning inom 14 dagar. Habilite-ringscentrum klarar målet till 68 procent för år 2013.
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.

6.2. Vår kommentar

Habiliteringscentrum saknar dokumenterade rutiner för verksamhetsplanering och budgetarbete. Basenheten saknar även dokumenterade rutiner för återkoppling av resultatet till personalen.

Våra stickprov inom det ekonomiadministrativa området visar att basenheten har god följsamhet till regler och rutiner.

7. Intern service

Basenheten bildades år 2014 i samband med att sektionerna för intern transport i Umeå och Skellefteå samt funktion bårhus i Skellefteå flyttades till basenheten drift. I samband med omorganisation flyttades verksamheten med ID-foto till basenheten informatik

och verksamheten fastighetsdrift till basenheten fastighet. Basenheten drift ändrade sedan namn till intern service.

I februari 2014 beslutade landstingsstyrelsen om en ny delegationsordning. Fram till det beslutet fanns det inom styrelsens ansvarsområde en sammanblandning av vad som var beslut i kommunallagens mening och vad som var verkställighet (se granskningsrapport nr 10/2012 och 8/2014).

Beslutet att flytta sektionerna enligt beskrivningen ovan till basenheten drift (intern service) var beslut i kommunallagens mening. Trots detta togs beslutet av verksamhetsområdeschefen. Beslutet borde ha fattats av styrelsen själv eller möjligen på delegation från styrelsen.

Intern service består av fyra städavdelningar, två avdelningar för intern transport samt en avdelning i Lycksele med städ, intern transport, personalbostäder och gemensam reception. Basenheten ingår i verksamhetsområdet service.

7.1. Resultat av granskningen

7.1.1. Verksamhetsstyrning

Kontrollfråga	Ja/Nej	Vår kommentar
1. Har verksamhetschefen fastställt en rutin för hur basenheten ska arbeta med verksamhetsplanering?	Nej	Verksamhetschefen har uppgett att de saknar skriftliga rutiner men arbetar utifrån muntliga rutiner.
2. Har verksamhetschefen fastställt rutiner i syfte att samordna verksamhetsplanering och budgetarbete?	Nej	Skriftliga rutiner saknas. Det finns inte något samordnat arbete mellan verksamhetsplanering och budget.
3. Är verksamhetsplanen upprättad i enlighet med planeringsanvisningar?	Ja	
4. Innehåller verksamhetsplanen mätbara mål?	Delvis	Verksamhetsplanen innehåller flera mål som inte är mätbara.
5. Är i verksamhetsplanen konkreta aktiviteter kopplade till målen?	Delvis	Flera aktiviteter är vagt formulerade och går ej att följa upp.
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	Flera aktiviteter har flyttats till år 2014.
8. Har verksamhetschefen fastställt rutiner för att återkoppla resultatet i årsrapporten till personalen?	Nej	Enligt verksamhetschefen rapporteras resultatet till personalen vid arbetsplatsträffar. Det finns dock inte någon fastställd rutin för detta.
9. Har verksamhetschefen rapporterat resultatet i årsrapporten till verksamhetsområdeschef?	Ja	

7.1.2. Ekonomistyrning

Kontrollfråga	Ja/Nej	Vår kommentar
1. Har verksamhetschefen bedrivit verksamheten inom tilldelad budgetram?	Nej	Vid delårsrapporten per den 31 augusti 2014 redovisar verksamheten ett underskott på 2,1 miljoner kronor. Prognosen för hela året visar på ett underskott på ca 4 miljoner kronor eller 4 %.
2. Har verksamhetschefen med hjälp av månadsrapporter följt upp basenhetens ekonomiska resultat?	Ja	Verksamheten tar fram ekonomiska rapporter för alla månader förutom juli.
3. Vid ekonomiska avvikelser, har verksamhetschefen vidtagit åtgärder i syfte att uppnå budget i balans?	Delvis	Enligt uppgift har verksamhetschefen gett i uppdrag till avdelningschefer att vidta åtgärder för att minska kostnader. Återkoppling ska ske vid ledningsmöten.
4. Har verksamhetschefen rapporterat om ekonomiskt resultat till verksamhetsområdeschef?	Ja	Rapportering sker vid varje verksamhetsområdesmöte.

7.1.3. Ekonomiadministrativa rutiner

Kontrollfråga	Ja/Nej	Vår kommentar
1. Överensstämmer beslutade attesträttigheter med registrerade attesträttigheter i det administrativa systemet Agresso EFH? - Stickprov	Ja	

2. Överensstämmar beslutade attesträttigheter med registrerade attesträttigheter i det administrativa systemet Personec? - Stickprov	Ja	
3. Är lönelistor korrekt signerade? - Stickprov	Delvis	Vi har trots påminnelse endast fått in lönelistor från tre av fyra avdelningschefer.
4. Är reseräkningar korrekt attesterade? - Stickprov	Ja	
5. Följer basenheten landstingets regler och riktlinjer för representation? - Stickprov	Ja	
6. Har verksamhetschefen säkerställt att medarbetare som slutat sin anställning vid basenheten inte har behörighet till Lotus Notes?	Delvis	I landstinget finns 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 7 av 118 personer som slutat vid basenheten under året fortfarande hade en aktiv e-postadress i Lotus Notes vid granskningstillfället. I stickprovet har vi räknat bort de personer som slutat vid basenheten men fortsatt 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?		Vi har inte gjort något stickprov för basenheten intern service eftersom verksamheten har låg koppling till SYSteam Cross.
8. Har verksamhetschefen säkerställt att medarbetare som slutat sin anställning vid basenheten inte har behörighet till Agresso EFH?	Ja	Vårt stickprov visar att det inte finns någon som slutat sin anställning som har behörighet till Agresso EFH.
9. Finns en eller flera arkivredögörare utsedda inom basenheten?	Nej	Inom varje verksamhetsområde ska det finnas en arkivansvarig. Det finns ingen utsedd arkivansvarig inom verksamhetsområde service. Den arkivansvarige bedömer om verksamheten behöver någon arkivredögörare.

10. Finns dokumenterad handlingsplan för brand?	Ja	Det finns handlingsplaner på respektive avdelning. Städpersonalen följer reglerna på respektive avdelning.
11. Finns ett eller flera brandombud utsedda inom basenheten?	Ja	Enligt uppgift från verksamhetschefen finns totalt 4 stycken brandombud inom basenheten.
12. Finns en skriftlig fördelning av arbetsmiljöuppgifter?	Ja	Verksamhetschefen har skriftligen fördelat arbetsmiljöuppgifter till avdelningschefer och medicinska chefer.

7.1.4. Patientsäkerhet

Kontrollfråga	Ja/Nej	Vår kommentar
1. Klarar basenheten landstingets mål om att alla journaler ska vara signerade inom 14 dagar?		Ej tillämplig
2. Har basenheten dokumenterade avbrottsplaner?	Nej	Enligt verksamhetschefen har basenheten inte något behov av dokumenterade avbrottsplaner för de IT-system som verksamheten använder.
3. Har basenheten utsedda avvikelseutredare?	Ja	Enligt uppgift från verksamhetschef har basenheten en utsedd avvikelseutredare vid basenheten.
4. Har basenheten en handlingsplan för risk- och avvikelshantering?	Nej	
5. Följer basenheten landstingets riktlinjer vad gäller tid från rapporterad till utredd avvikelse?	Delvis	Av landstingets riktlinjer för avvikelshantering framgår att utredningar alltid ska påbörjas inom 14 dagar efter inrapportering. Åtgärder ska därefter normalt genomföras inom två månader. Statistik på landstingsövergripande nivå visar att 80 procent av landstingets verksamheter klarar målet om att påbörja avvikelseutredning inom 14 dagar. Intern service klarar målet till 85 procent för år 2013.
6. Har basenheten minst en lokal patientsäkerhetssamordnare?		Ej tillämplig
7. Har utsedda patientsäkerhetssamordnare formellt beslutade uppdrag?		Ej tillämplig

7.2. Vår kommentar

Intern service saknar dokumenterade rutiner för verksamhetsplanering och budgetarbete. Basenheten saknar även dokumenterade rutiner för återkoppling av resultatet till personalen.

Basenheten har inte någon utsedd arkivredogörare. Vid granskningen har det framkommit att verksamhetsområde service saknar arkivansvarig. Det är den arkivansvarige som ska göra bedömningen om basenheten behöver någon arkivredogörare.

8. Hjärtcentrum

Hjärtcentrums verksamhet tillhör verksamhetsområdet regionvård. Basenheten består av avdelningarna thorax vård, thoraxoperation, thorax-IVA, klinisk fysiologi, kardiologi, mottagning/sjukgymnastik och thoraxradiologi.

Hjärtcentrum beskrivs av verksamhetschefen som en ”miniatyr av landstinget” då basenheten har verksamheter inom ett brett spektrum av sjukhusvård.

Hjärtcentrum har en väl utvecklad rapportering av verksamhetens medicinska resultat. Hjärtcentrum har varit ledande inom landstinget inom en rad områden och var bl.a. först med att redovisa ett årligt forskningsbokslut. Hjärtcentrum har utsetts till Sveriges bästa hjärtsjukvård av dagens medicin år 2012 och 2013.

8.1. Resultat av granskningen

8.1.1. Verksamhetsstyrning

Kontrollfråga	Ja/Nej	Vår kommentar
1. Har verksamhetschefen fastställt en rutin för hur basenheten ska arbeta med verksamhetsplanering?	Nej	Enligt verksamhetschefen är basenhetens ledningsgrupp m.fl. delaktiga i verksamhetsplaneringen. Det saknas dock formellt beslutade rutiner.
2. Har verksamhetschefen fastställt rutiner i syfte att samordna verksamhetsplanering och budgetarbete?	Nej	Enligt verksamhetschefen har basenheten samordnat arbetet med verksamhetsplanering och budgetarbete. Det saknas dock formellt beslutade rutiner.
3. Är verksamhetsplanen upprättad i enlighet med planeringsanvisningar?	Ja	
4. Innehåller verksamhetsplanen mätbara mål?	Delvis	Verksamhetschefen har i samband med granskningen överlämnat ett omfattande material som visar hur man på hjärtcentrum följer upp medicinska resultat m.m. Basen-

		hetens verksamhetsplan saknar dock i allt för hög utsträckning mätbara mål.
5. Är i verksamhetsplanen konkreta aktiviteter kopplade till målen?	Delvis	Aktiviteterna i verksamhetsplanen är av beskrivande karaktär. Det är därför svårt att avgöra när en aktivitet är genomförd och om den är genomförd med tillräcklig kvalitet.
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 i samband med granskningen överlämnat ett omfattande material som visar hur man på hjärtcentrum följer upp medicinska resultat m.m. Basenhetens verksamhetsplan saknar dock i allt för hög utsträckning mätbara mål. Utifrån verksamhetsplanen är det i vissa delar svårt att bedöma basenhetens resultat.
8. Har verksamhetschefen fastställt rutiner för att återkoppla resultatet i årsrapporten till personalen?	Nej	Verksamhetschefen uppger att årsrapporten är godkänd av ledningsgrupp och fackliga företrädare samt är tillgänglig för personalen. På basenheten saknas dock formellt beslutade rutiner för hur man ska återrapportera resultatet i årsrapporten till personalen.
Har verksamhetschefen rapporterat resultatet i årsrapporten till verksamhetsområdeschef?	Ja	

8.1.2. Ekonomistyrning

Kontrollfråga	Ja/Nej	Vår kommentar
1. Har verksamhetschefen bedrivit verksamheten inom tilldelad budgetram?	Nej	Budgeterade nettokostnader är 202,9 miljoner kronor. Fram till och med augusti 2014 uppgår underskott mot budget med 1,4 miljoner eller 0,7%. Enligt verksamhetschefen är det faktiska resultatet bättre än det redovisade då de gjort arbete åt andra basenheter som de ej fått betalt för.
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	Ja	Verksamhetschefen har uppgett att de löpande arbetar med att rätta till ekonomiska avvikelser. Av månadsrapporterna framgår

balans?		beslutade åtgärder för att för att uppnå budget i balans.
4. Har verksamhetschefen rapporterat om ekonomiskt resultat till verksamhetsområdeschef?	Ja	

8.1.3. Ekonomiadministrativa rutiner

Kontrollfråga	Ja/Nej	Vår kommentar
1. Överensstämmer beslutade at- testrättigheter med registrerade attesträttigheter i det administra- tiva systemet Agresso EFH? - Stickprov	Ja	.
2. Överensstämmer beslutade at- testrättigheter med registrerade attesträttigheter i det administra- tiva systemet Personec? - Stickprov	Ja	
3. Är lönelistor korrekt signerade? - Stickprov	Nej	Mot bakgrund av att regler saknas i led- ningssystemet har vi utgått från reglerna i det gamla regelverket. Enligt detta ska an- svarig chef varje månad skriva ut lönelistan och kontrollera att: - personen arbetar på enheten - alla medarbetare finns med - beloppen är rimliga - kostnadsstället är rätt I vårt stickprov framgår att av tre utvalda avdelningar har en avdelning skrivit ut och signerat lönelistorna för de två månader vi granskat. För en avdelning har lönelistorna skrivits ut och signerats i november 2014 efter det att vi begärt ut kopia på dessa. För en avdelning har vi, trots påminnelse inte erhållit något svar.
4. Är reseräkningar korrekt atteste- rade? - Stickprov	Ja	
5. Följer basenheten landstingets regler och riktlinjer för repre- sentation? - Stickprov	Ja	Mot bakgrund av att regler saknas i led- ningssystemet har vi utgått från reglerna i det gamla regelverket från 2009.
6. Har verksamhetschefen säker-	Nej	I landstinget finns på en övergripande nivå

ställt att medarbetare som slutat sin anställning vid basenheten inte har behörighet till Lotus Notes?		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. Hjärtcentrum har en checklista vid avslutande av anställning som avdelningscheferna ska använda sig av. Vårt stickprov visar att 9 av 20 personer som slutat vid basenheten under året fortfarande hade en aktiv e-postadress i Lotus Notes. I stickprovet har vi räknat bort de personer som slutat vid basenheten men fortsatt 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?	Nej	Av 30 anställda som avslutat sin anställning vid hjärtcentrum under 2014 hade 5 anställda fortfarande behörighet till 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	Handlingsplanen är fastställd av verksamhetschefen.
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 och medicinska chefer.

8.1.4. 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	Enligt verksamhetschefen har basenheten dokumenterade avbrottsplaner för de system som hjärtcentrum själva förvaltar. För övriga system, såsom SYSteam Cross och RoS, har verksamhetschefen angett att basenheten följer de avbrottsplaner som respektive systemförvaltning upprättat.
3. Har basenheten utsedda avvikelseutredare?	Ja	
4. Har basenheten en handlingsplan för risk- och avvikelshantering?	Ja	Ingår i basenhetens patient- och säkerhetsplan.
5. Följer basenheten landstingets riktlinjer vad gäller tid från rapporterad till utredd avvikelse?	Delvis	Hjärtcentrum klarar målet till 90 procent för år 2013. Chefen för hjärtcentrum bedömer att en måluppfyllelse till 100 procent är realistisk. Av landstingets riktlinjer för avvikelshantering framgår att utredningar alltid ska påbörjas inom 14 dagar efter inrapportering. Åtgärder ska därefter normalt genomföras inom två månader. Statistik på landstingsövergripande nivå visar att 80 procent av landstingets verksamheter klarar målet om att påbörja avvikelseutredning inom 14 dagar.
6. Har basenheten minst en lokal patientsäkerhetssamordnare?	Ja	
7. Har utsedda patientsäkerhetssamordnare formellt beslutade uppdrag?	Ja	

8.2. Vår kommentar

Hjärtcentrum saknar dokumenterade rutiner för verksamhetsplanering och budgetarbete. Basenheten saknar även dokumenterade rutiner för återkoppling av resultatet till personalen.

Verksamhetsplanen innehåller flera mål och aktiviteter som är svåra att följa upp och värdera. Det är därför svårt att bedöma verksamhetens resultat.

Vårt stickprov visar att av 30 personer som avslutat sin anställning under 2014 hade 5 personer fortfarande behörighet till journalsystemet SYSteam Cross.

Umeå den 22 januari 2015

Jonas Hansson

Revisor