



Uppföljande granskning

Tingsryds kommun

Revisionsrapport

Mars 2026



Innehållsförteckning

Inledning	3
Granskningsresultat	5
Revisionell bedömning.....	15

Inledning

Bakgrund

Revisorerna i Tingsryds kommun granskar årligen delårsbokslut och årsredovisning, samt genomför fördjupade granskningar utifrån en risk- och väsentlighetsanalys. De granskningar som revisionen genomför innehåller ofta förslag på åtgärder som bör genomföras. Dessa åtgärder varierar i omfattning och därmed också i tid för genomförande. En viktig del av revisionens arbete är därför att följa upp tidigare genomförda granskningar för att se om åtgärder vidtagits med anledning av dessa och om den granskade organisationen beaktat noterade brister, synpunkter och förslag.

Enligt SKR:s styrdokument *God revisionssed i kommunal verksamhet 2018* påtalas även vikten av att följa upp de granskningar revisorerna gjort under året. Genom att regelbundet följa upp genomförda granskningar ges svar på om åtgärder med anledning av revisorernas kritik och rekommendationer har tagits i beaktande. SKR skriver vidare att uppföljningen kan genomföras som en särskild granskningsinsats med skriftlig rapport. Uppföljningen ger också underlag för att bedöma om det finns anledning till förnyad granskning, och blir därmed en grund för riskanalysen inför kommande års revisionsplanering.

Regionens revisorer har med hänsyn till risk och väsentlighet bedömt det angeläget att följa upp "Granskning av vård- och omsorgsnämndens systematiska kvalitetsarbete inom äldreomsorgen" som genomfördes under revisionsåret 2019.

Syfte och frågeställningar

Syftet med granskningen är att bedöma om vård- och omsorgsnämnden vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i ovan nämnd granskning.

Granskningen har sin utgångspunkt i följande revisionsfrågor:

- Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?
- Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

Revisionen har även lagt till en extra fråga som inte fanns med i den ursprungliga granskningen, och därför behandlas som en förstudie.

- Säkerställer vård- och omsorgsnämnden att det sker en fortlöpande uppföljning av beviljade timmar i förhållande till biståndsbeslut i ordinärt boende?

Avgränsning

Granskningen avser uppföljning av tidigare genomförd granskning av vård-och omsorgsnämndens systematiska kvalitetsarbete inom äldreomsorgen med fokus på särskilt boende.

Revisionen har även lagt till en extra fråga som inte fanns med i den ursprungliga granskningen, och därför behandlas som en förstudie.

Metod

Genomgång av revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder som angetts i lämnade revisionsrapporter och tillhörande missivbrev, samt genomgång och granskning av yttranden som revisorerna erhållit.

Inhämtande av lägesbeskrivningar genom intervjuer med berörda tjänstemän. Inhämtande av kompletterande underlag för granskning och verifiering av genomförda åtgärder och utveckling samt övrig materialinsamling nödvändig för att fånga statusen för respektive granskning.

Granskningen har skett genom:

- Utskick av skriftliga frågor till förvaltningen samt genomgång av svar.
- Dokumentstudier och genomgång av relevanta protokoll, beslut och handlingar.
- Intervjuer med kvalitetsgruppen inom förvaltningen vård och omsorg som består av Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS), Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering (MAR) och Socialt Ansvarig Socionom (SAS).
- Skriftlig avstämning med förvaltningschef Vård-och omsorgsförvaltningen.
- Sakavstämning.

Revisionsrapporten har kvalitetssäkrats i enlighet med PwC:s interna riktlinjer för kvalitetssäkring.

Granskningsresultat

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Tingsryds kommun genomförde det dåvarande sakkunniga biträdet under revisionsåret 2019 en granskning av vård- och omsorgsnämndens systematiska kvalitetsarbete inom äldreomsorgen. Granskningen resulterade i revisorernas samlade bedömning att vård- och omsorgsnämnden i flera avseenden bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen.

Samtidigt bedömdes att nämnden kunde stärka sin styrning, kontroll och uppföljning av kvalitetsarbetet. Bedömning baseras på följande iakttagelser:

- Nämnden har beslutat om nämndmål avseende kvaliteten inom äldreomsorgen och särskilt boende. Målen följs upp en gång per år.
- Utöver nämndens styrkort styrs kvalitetsarbetet i huvudsak av den årliga verksamhetsplanen, samt beslutade riktlinjer för bistånd.
- Den tidigare socialnämnden beslutade 2012 om ett kvalitetsledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Arbetet avstannade dock av olika anledningar. Vård- och omsorgsnämnden har inte följt upp arbetet med kvalitetsledningssystemet. Vid granskningstillfället uppgavs att kvalitetsledningssystemet inte vara implementerat i verksamheten.
- Vård- och omsorgsnämnden antog SKL:s rekommendation för arbete med ökad kvalitet natttid i särskilt boende för äldre i maj 2017 (§ 27).
- Uppföljning av kvaliteten inom äldreomsorgen genomförs bland annat genom egenkontroller och intern kontroll. Vi noterar att nämnden har samma egenkontroller 2019 som under föregående år. Det tydliggörs inte i samband med granskningen om beslut om egenkontroller bygger på en riskanalys.
- Nämnden upprättar en årlig patientsäkerhetsberättelse. Däremot upprättas, vid granskningstillfället, ingen kvalitetsberättelse.
- Det förekommer kvalitetsavvikelser inom särskilda boenden för äldre i kommunen. Under det första halvåret 2019 var fall-avvikelser och HSL-avvikelser vanligast.

Utifrån resultatet av genomförd granskning lämnades tre rekommendationer till vård- och omsorgsnämnden:

- Fastställa socialnämndens beslut om ett ledningssystem för kvalitetsarbete inom äldreomsorgen samt säkerställa att systemet implementeras i verksamheten i enlighet med Socialstyrelsens intentioner.
- Se över vilka insatser som krävs för att stärka arbetet kopplat till SKL:s rekommendation "Strategi för ny teknik" och genom detta stärka rutinerna ytterligare kring kvalitetsarbetet nattetid inom särskilt boende.
- Säkerställa att egenkontroller genomförs fortlöpande i verksamheterna, samt besluta om vilka kontroller som ska genomföras baseras på en riskanalys.

Har revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder besvarats av respektive nämnd/styrelse?

lakttagelser

Den 25 september 2019 skickade revisorerna revisionsrapporten tillsammans med upprättat missiv till vård-och omsorgsnämnden för svar och till kommunfullmäktige för kännedom. Revisorerna begärde svar från vård-och omsorgsnämnden senast den 15 december 2019.

Vård-och omsorgsnämnden har vid sammanträdet 2019-12-11 § 111 behandlat revisionsrapporten. I nämndens yttrande på granskningen återfinns kommentarer för de tre rekommendationer som lämnats i revisionsrapporten. Nämnden beskriver i yttrandet hur de kommer att arbeta vidare med ett nytt ledningssystem och kvalitetsträffar och kvalitetsgruppens arbete. Vidare framkommer det av yttrandet att Avseende SKL:s rekommendation "strategi för ny teknik" framkommer att nämnden inte delar revisionens bedömning.

Bedömning

Ja

Vår bedömning är att vård-och omsorgsnämnden har behandlat och besvarat de rekommendationer som lämnats i granskningen av vård-och omsorgsnämndens systematiska kvalitetsarbete inom äldreomsorgen.

Har synpunkterna och förslagen åtgärdats?

Lakttagelser

Rekommendation 1: Fastställa socialnämndens beslut om ett ledningssystem för kvalitetsarbete inom äldreomsorgen samt säkerställa att systemet implementeras i verksamheten i enlighet med Socialstyrelsens intentioner.

Av yttrandet framkommer att vård- och omsorgsnämnden delar revisionens uppfattning om behovet av att ta fram och implementera ett ledningssystem. Nämnden konstaterar att flera viktiga rutiner redan har reviderats under året, även om vissa fortfarande kräver genomgång. För att säkerställa att det nya ledningssystemet inkluderar uppdaterade rutiner, föreslår nämnden en tvåstegsstrategi: först slutföra revideringen av befintliga rutiner, och därefter påbörja utvecklingen av kvalitetsledningssystemet. Nämnden bedömer att detta arbete kommer att fortgå under hela 2020 och eventuellt in i våren 2021.

I samband med uppföljningen har vi tagit del av dokumentet "Övergripande rutin – Ledningssystem enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete", senast reviderat den 23 september 2025. Dokumentet omfattar tillämpningsområde, ansvarsfördelning på en övergripande nivå, genomförandeprocess, och beskriver hur uppföljningen ska ske, inklusive att det ska ske en årlig revidering av rutinen. Rapporteringen till nämnden sker genom den årliga patientsäkerhetsberättelsen samt en kvalitetsberättelse. Vi kan verifiera det sker en rapportering av avvikelser, utredningar, egenkontroller och beskrivning av utvecklingsområde i patientsäkerhetsberättelse samt kvalitetsberättelse. Det framgår även att förvaltningschefen bär det övergripande ansvaret för att säkerställa att ett ändamålsenligt ledningssystem finns, är implementerat, och används enligt de gällande regelverken.

Enligt intervjuer med kvalitetsgruppen har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete implementerats inom nämndens verksamheter under 2020. Tingsryds kommun använder sig av verksamhetssystemet Stratsys. Stratsys är ett kommunövergripande system som innehåller flera moduler, där kvalitetsledningssystemet är ett av dessa. Vi har tagit del av en print screen som visar processen kvalitetsarbete som visar risker samt egenkontroll. Vi har dock inte tagit del av någon övrig processkarta eller processförteckning över kärnprocesser som säkrar kvalitet i insatserna (ex. handläggning, verkställighet, dokumentation, läkemedelshantering, genomförandeplaner etcetera). Enligt intervjuerna innehåller inte Stratsys några rutiner eller länkar till rutiner. Dessa finns i stället på kommunens intranät som samtliga medarbetare har tillgång till. Vi har tagit del av print screen över ett urval av rutiner som finns på intranätet. Vi kan därför inte verifiera hur rutinerna är kopplade till identifierade processer, och att samverkan, klagomål/synpunkter och avvikelshantering ingår ett sammanhållet förbättringsarbete, eller att arbetet dokumenteras och leder till beslutade och uppföljande förbättringar.

För avvikelser finns verksamhetssystemet Cambio Viva. Enligt intervjuer kommer ett nytt verksamhetssystem upphandlas där avvikelshantering ingår som en modul i verksamhetssystemet då avtalet med tidigare leverantör löper ut under 2027. Vid vård- och omsorgsnämndens sammanträde 2025-12-17 § 124 får nämnden information om tidplan med planerad avtalstid 2028-01-01 och som längst till och med 2044-12-31. Vård- och omsorgsnämnden godkänner upphandlingsunderlag verksamhetssystem som presenteras på sammanträdet.

Enligt intervjuer får nya medarbetare en introduktion till ledningssystemet i samband med anställningen, med syfte att ge dem förståelse för dess funktion. De intervjuade beskriver att ledningssystemet har resulterat i tydligare processer och har underlättat kvalitetsgruppens arbete med att utveckla och följa upp kvalitetsarbetet.

Enligt intervjuerna går kvalitetsgruppen vid tiden för granskningen och fortsatt under 2026 en utbildning med fokus på kvalitetsarbetet kopplat till ledningssystemet. Under och efter denna utbildningssatsning planerar kvalitetsgruppen att initiera ett förbättringsarbete som integrerar och förstärker ledningssystemet. Det inkluderar såväl processer som rutiner/riktlinjer och vägledningar.

Rekommendation 2: Se över vilka insatser som krävs för att stärka arbetet kopplat till SKL:s rekommendation "Strategi för ny teknik" och genom detta stärka rutinerna ytterligare kring kvalitetsarbetet nattetid inom särskilt boende.

Vård- och omsorgsnämnden uttrycker oenighet med revisionsrapportens bedömning gällande implementeringen av SKL:s rekommendation. Enligt nämndens yttrande genomfördes en nulägesanalys när rekommendationen publicerades 2017, vilken har fungerat som grund för fortsatta förbättringar inom området.

Under 2019 prioriterades användningen av hela investeringsbudgeten för att förse kommunens särskilda boenden med wifi. Denna infrastrukturförbättring banar väg för ökad användning av digitala hjälpmedel, såsom "kamradpaddor," donerade till förvaltningen. Vid sidan av detta har även upphandling av trygghetskameror påbörjats, med planerad implementation under 2020. Förbättrade wifi-lösningar medger dessutom framtida upphandling av moderna digitala trygghetslarm och annan ny teknik.

I vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan och mål för 2025 har det fastställts att nämnden ska uppnå en hög grad av digitalisering, vilket ska skapa ökad trygghet och självständighet genom valmöjlighet av moderna hjälpinsatser. Inkluderade kvalitetsmål för att mäta framsteg inom detta område innefattar både antalet läkemedelsrobotar som är i drift och antalet digitala tillsynssystem som är operativa.

I vård- och omsorgsnämndens delårsrapport 1 för 2025 framgår att verksamheterna fokuserar på att implementera digitaliserade hjälpmedel, såsom digital läkemedelssigenering och en utökad användning av läkemedelsrobotar. Rapporten beskriver även det fortgående arbetet med digital tillsyn, där totalt 71

trygghetskameror för närvarande är i drift. Fördelningen av dessa kameror är 52 i särskilda boenden för äldre och 19 i ordinärt boende.

I nämndens delårsrapport 2 framgår att verksamheterna fortsätter att integrera digitaliserade hjälpmedel. Det pågår ett aktivt arbete med att införa ytterligare läkemedelsrobotar och förbättra digital tillsyn. Dessutom har en inventering påbörjats för att kartlägga befintlig välfärdsteknik samt identifiera framtida behov. Sammanfattningsvis bedöms målen vara uppnådda senast 2025.

Inom ramen för vår uppföljande granskning har vi tagit del av inventeringen och sammanställningen som beskrivs i nämndens delårsrapport 2 för 2025. Dokumentet ger en översikt över digitaliseringsprojekt och välfärdstekniska initiativ som har genomförts, pågår eller är planerade inom Vård- och omsorg i Tingsryds kommun. Nedan följer en sammanställning av några av de aktuella initiativen:

- **Trygghetslarm i ordinärt boende:** Pågående samarbete med SOS Alarm för implementering och hantering av trygghetslarm i ordinära boendeformer.
- **Smarta kameror och digital tillsyn:** Ett pilotprojekt har initierats med två smarta kameror utrustade med falldetektionsteknik.
- **Moderna toaletter:** Ett pilotprojekt har inletts där moderna toaletter testas på korttidsavdelningen, med installation i två lägenheter.
- **Digital läkemedelssignering:** Projektet syftar till att säkerställa korrekt medicinering enligt ordinationer, med målet att minska läkemedelsavvikelser.
- **Läkemedelsautomater:** Införandet av läkemedelsautomater syftar till att främja självständighet hos omsorgstagare och, vid ett bredare införande, effektivisera verksamheten.
- **Digitala läkemedelsskåp och nyckelhantering:** Syftet är att reducera behovet av fysisk nyckelhantering och att säkerställa att endast behörig personal har åtkomst till läkemedelsskåp och bostäder. Systemet möjliggör spårning av åtkomst vid avvikelser, med en plan för implementering i hela verksamheten.

Vidare finns möjlighet att göra digitala inköp och få maten hemkörd, men det ska noteras att uppackning av matvarorna räknas som en insats som måste beviljas. Förvaltningen undersöker även möjligheten att införa digitala besök via iPad, en metod som flera andra kommuner i Sverige redan har implementerat. Detta skulle ge brukarna möjlighet att ersätta fysiska besök med digitala och ta emot påminnelser.

Enligt intervju med kvalitetsgruppen har digital tillsyn via särskilda nattkameror implementerats både i särskilda boenden för äldre och i ordinärt boende, med planer på ytterligare expansion. De intervjuade

beskriver nattkamerorna som ett värdefullt verktyg för nattpatrullen, vilket bidrar till både ökad effektivitet och trygghet.

Vidare har kommunen genomfört samlade möten med nattpersonal från olika områden för att stärka samverkan och skapa en gemensam förståelse för prioriteringar och arbetssätt under nattpassen, där bemanningen är mer begränsad. Därtill används tekniska hjälpmedel såsom fallskyddsmattor och rörelsesensorer i syfte att förebygga fall och säkerställa snabb insats vid eventuella händelser.

Rekommendation 3: Säkerställa att egenkontroller genomförs fortlöpande i verksamheterna, samt besluta om vilka kontroller som ska genomföras baseras på en riskanalys.

Vid tidigare granskning noterades brister i fortlöpande riskanalyser kopplade till kvalitetsarbetet inom särskilda boenden. Förvaltningen hade beslutat om samma egenkontroller som föregående år utan att tydligt dokumentera om besluten baserades på riskanalyser.

För att adressera dessa brister, har förvaltningen enligt yttrandet under hösten 2019 introducerat regelbundna kvalitetsträffar. Dessa möten, som äger rum fyra gånger per år, riktar sig till förvaltningens chefer och legitimerad personal och syftar till att förbättra och förstärka det övergripande kvalitetsarbetet inom verksamheten. Trots att ett formellt kvalitetsledningssystem saknas, betonas att kvalitetsträffarna bidrar till en fokuserad och trygg kvalitetspraktik. En skriftlig rutin för genomförandet av egenkontroller och riskanalys utvecklas också utifrån dessa träffar.

Intervjuer med kvalitetsgruppen bekräftar att de regelbundet arbetar integrerat med kvalitetsuppföljning inom vård och omsorgsförvaltningen. Gruppen fokuserar på att möta krav från både Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Enligt "*Övergripande rutin Ledningssystem*" har förvaltningen åtagit sig att årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse samt en kvalitetsberättelse. Egenkontroller som ingår i dessa rapporter behandlar bland annat hygienrutiner, rengöring av hjälpmedel, läkemedelsgenomgångar och läkemedelshantering. Dessa kontroller är centrala för kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen och säkerställer att verksamheten uppfyller grundläggande krav samt behåller en stabil kvalitetsnivå. Dessa dokument ska redovisas för Vård- och omsorgsnämnden i enlighet med gällande krav och fastställda tidsramar. Enligt 3 kap §10 i Patientsäkerhetslagen ska vårdgivare senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Vi har tagit del av såväl patientsäkerhetsberättelsen samt kvalitetsberättelsen för 2024. Patientsäkerhetsberättelsen godkändes och fastställdes av vård-och omsorgsnämnden vid deras sammanträde 2025-03-27 § 25. I granskningen har en förfrågan om att få ta del av patientsäkerhetsberättelsen för 2025 gjorts den 9 mars 2026, men vid tid för granskningen var den inte beslutad av vård-och omsorgsnämnden.

Riskanalyser genomförs årligen av kvalitetsgruppen, där aktuella risker och avvikelser identifieras med stöd av verksamhetsuppföljningar. Kvalitetsgruppen utarbetar förslag på prioriterade riskområden, vilka

dokumenteras i kvalitetsledningssystemet Stratsys. Detta underlag överlämnas till nämnden, som använder det för att fatta beslut om vilka risker som ska adresseras genom egenkontroller under det kommande året.

Tabell 1

Område	Process	Risk	Egenkontroll
Aldreomsorg och Omsorg funktionsnedsättning (SoL/LSS)	Aktualisera	Att ansökan från den enskilde inte kommer fram till handläggare.	+ Egenkontroll
	Utreda		+ Egenkontroll
	Bestuta	Bestut fattas inte enligt gällande delegationsordning	+ Egenkontroll
	Genomföra	Att omsorgstagaren inte har en utformad genomförandeplan enligt lagkrav.	+ Egenkontroll
	Följa upp	Att beslut inte verkställs.	+ Egenkontroll

Bedömning

Vård och omsorgsnämnden bedöms i allt väsentligt ha vidtagit tillräckliga åtgärder utifrån de bedömningar och rekommendationer från genomförd granskning.

Framför allt återstår arbete gällande att utveckla processer, implementera rutiner och riktlinjer i ledningssystemet.

Vård-och omsorgsnämnden bör också som ansvarig vårdgivare fastställa patientsäkerhetsberättelsen innan den 1 mars, vilket inte har gjorts under 2025 och 2026.

Sammanfattning av åtgärdade rekommendationer

Rekommendation	Rekommendation genomförd
<p>Rekommendation 1: Fastställa socialnämndens beslut om ett ledningssystem för kvalitetsarbete inom äldreomsorgen samt säkerställa att systemet implementeras i verksamheten i enlighet med Socialstyrelsens intentioner.</p>	<p>Delvis</p> <p>Det finns ett ledningssystem för kvalitetsarbete inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter. Rutiner och riktlinjer finns dock inte integrerade i ledningssystemet utan på intranätet. Granskningen visar att det under 2026 kommer genomföras ett utvecklingsarbete som kopplar till processer, rutiner och även vägledning.</p> <p>Det finns också ett separat system för avvikelshantering.</p>
<p>Rekommendation 2: Se över vilka insatser som krävs för att stärka arbetet kopplat till SKL:s rekommendation "Strategi för ny teknik" och genom detta stärka rutinerna ytterligare kring kvalitetsarbetet nattetid inom särskilt boende.</p>	<p>Ja</p> <p>Då tidigare SKL:s rekommendation är från 2017 är den inte möjlig att följa upp då det skett en stor utveckling på området under dessa år. Det finns årliga mål för digitalisering och välfärdstjänster, och uppföljningen visar att det pågår ett flertal olika projekt och implementeringar parallellt.</p>
<p>Rekommendation 3: Säkerställa att egenkontroller genomförs fortlöpande i verksamheterna, samt besluta om vilka kontroller som ska genomföras baseras på en riskanalys.</p>	<p>Ja</p> <p>Det genomförs både återkommande egenkontroller såsom hygienrutiner och läkemedelshantering, och andra baserad på risker och avvikelser.</p> <p>Kvalitetsgruppen tar årligen fram ett underlag till nämnden. Patientberättelsen ska fastställas av ansvarig nämnd senast 1 mars, vilket inte har gjorts under 2025 och 2026.</p>

Förstudie

Sker en uppföljning av beviljade timmar i förhållande till biståndsbeslut i ordinärt boende?

Iakttagelser

Enligt skriftlig sammanställning från vård- och omsorgsförvaltningen samt intervju med kvalitetsgruppen, registreras de beviljade insatserna och schablontider i verksamhetssystemet när ett biståndsbeslut fattats. Den utförande enheten ansvarar löpande för att notera faktisk tid och insatsutförande. På enhetsnivå görs en månatlig uppföljning av områdeschefen tillsammans med en controller, samt en mer övergripande årlig uppföljning vid delårsrapportering, bokslut och budgetplanering. Intervjuer bekräftar att kommunen har etablerade rutiner för att jämföra utförd tid med beslutad tid och hantera avvikelser.

Vid avvikelser görs en bedömning av orsakssambandet. Om brukaren väljer att avstå en insats, registreras ingen avvikelse; avvikelser på grund av verksamheten dokumenteras som SoL-avvikelser, vilka följs över tid inom kvalitetsarbetet. Enligt kvalitetsgruppen har det under 2025 inte skett några avvikelser kopplat till beviljade timmar i förhållande till biståndsbeslut i ordinärt boende.

Återkommande mönster redovisas enligt intervjuer och skriftligt underlag i kvalitetsberättelsen. När förändringar i en individs behov upptäcks, utförs en ny behovsbedömning för att säkerställa att det aktuella biståndsbeslutet är korrekt och relevant. Besluten ses över minst en gång per år för att anpassa dem till eventuella förändringar i den enskildes situation. Förvaltningens ledning hålls informerad genom regelbunden verksamhetsrapportering som analyserar resursutnyttjande och trender. Dessa rapporter ingår i ledningssystemets uppföljning.

Tar vård-och omsorgsnämnden del av detta underlag?

För att säkerställa att alla beslutade insatser genomförs, arbetar Tingsryds kommun både med en central planerare och med verksamhetsnära planering inom hemtjänstgrupperna. Insatser som inte kan utföras vid ordinarie tidpunkt planeras om så snart som möjligt, vilket intervjuer indikerar fungerar väl.

Data från verksamhetssystemet sammanställs till nyckeltal och följs upp inom förvaltningens månatliga ledningsuppföljningar.

Nämnden får dock ingen regelbunden rapportering på detaljnivå av beviljade timmar inom hemtjänsten. I samband med budgetarbete görs ställningstaganden kring volymutveckling på aggregerad nivå, där förändrade beviljade timmar kan utgöra en del av analysen. I delårsredovisning och årsredovisning kan volymförändringar nämnas, men det är inte ett stående inslag i varje rapport.

Vidare beskrivs vid sakavstämningen att förvaltningen inte använder beviljade timmar som en kvalitetsindikator. Beviljade timmar är en schablon kopplad till insatsen. Kvalitet bedömer förvaltningen i stället utifrån om en beviljad insats faktiskt utförs, samt hur den utförs – inte utifrån tidsdimensionen i sig.

Vård- och omsorgsnämnden får enligt intervjuer och det skriftliga underlaget återkommande återsrapportering via kvartalsredovisningar och helårsbokslut, med uppföljning av mål, mått och kvalitetsindikatorer. Vi har inom ramen för den uppföljande granskningen inte kunnat verifiera detta via protokollgranskning eller delårsrapporter.

Reflektion

Förstudien indikerar att det sker en regelbunden uppföljning av beviljade timmar i förhållande till biståndsbeslut i ordinärt boende på förvaltningsnivå. Det sker också en uppföljning av avvikelser.

Vi kan dock inom ramen för granskningen variera att nämnden tar del av detta underlag genom formella rapporter eller protokollgranskning under januari 2025-februari 2026.

Revisionell bedömning

PwC har, på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Tingsryds kommun, genomfört en uppföljande granskning av fördjupad granskning under 2019. Syftet har varit att bedöma om vård-och omsorgsnämnden vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och åtgärdsförslag som lämnats i den tidigare granskningen

De bedömningar som lämnas utifrån respektive granskning framgår nedan:

Vi bedömer att vård-och omsorgsnämnden *i allt väsentligt* har vidtagit åtgärder med hänsyn till revisorernas rekommendationer utifrån genomförd granskning av vård-och omsorgsnämndens systematiska kvalitetsarbete inom äldreomsorgen.

Rekommendationer

Vi rekommenderar vård och omsorgsnämnden:

- Säkerställ att en patientsäkerhetsberättelse upprättas enligt 3 kap §10 i Patientsäkerhetslagen, senast den 1 mars varje år.
- Säkerställ att det sker en utveckling av ledningssystemet i enlighet med (SOSFS 2011:9).

2026-03-26

Viktor Prytz

Louise Tornhagen

Uppdragsledare

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org. nr 556029–6740) (PwC) på uppdrag av Tingsryds kommuns revisorer enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan 2025-06-12. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.