

Datum:
2026-07-02

Diarienummer:
ALN-2025-00854

Vård- och omsorgsförvaltningen
Tjänsteskrivelse

Äldrenämnden

Handläggare:
Rasmus Wennström

Uppföljning av äldrenämndens internkontrollplan per september 2026

Förslag till beslut

Äldrenämnden beslutar

1. **att** godkänna avrapportering av internkontrollplan 2026 enligt ärendets bilaga, samt
2. **att** överlämna avrapporteringen av internkontrollplanen per september till kommunstyrelsen.

Ärendet

Nämnden upprättar årligen en internkontrollplan i enlighet med Uppsala kommuns *Reglemente för intern kontroll*, samt *Riktlinje för nämndernas och bolagens planering, uppföljning och internkontroll*. Internkontrollplanen behöver innefatta områdena arbetssätt, system och rutiner, finansiell kontroll, kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut samt kontroll avseende oegentligheter, mutor och jäv.

Äldrenämndens internkontrollplan för 2026 innehåller 12 kontrollmoment, varav 3 moment följs upp per september 2026. Av de 3 kontrollmoment som följs upp per september 2026 bedöms 0 moment vara genomfört med anmärkning, 1 moment med mindre anmärkning, samt 2 moment utan anmärkning.

Beredning

Ärendet har samordnats av enheten för strategi och beredning. Rapporteringsunderlag har lämnats av rapporteringsansvariga organisatoriska enheter/avdelningar på förvaltningen samt registraturen.

Föredragning

Nämnden identifierar årligen risker av olika slag inom dess verksamhet. Många risker hanteras inom ramen för verksamhetsplanen, medan vissa områden kan behöva följas och kontrolleras på andra sätt. I dessa fall kan nämnden besluta om att hantera risker genom internkontrollplanen. En identifierad risk innebär inte nödvändigtvis att området fungerar otillfredsställande, utan det indikerar snarare att nämnden söker insikt och ökad kunskap kring den identifierade risken.

Kommunstyrelsen har uppsynsplikt över nämndens arbete med intern kontroll. Nämnden överlämnar därför uppföljningen till kommunstyrelsen.

Internkontrollplanen består av olika kontrollmoment och kontrollmetoder som fastställs av nämnden. Förvaltningen genomför därefter kontroller med de intervall som stipulerats i internkontrollplanen. Förvaltningens uppföljning av internkontrollplanen är dock inte någon uttömmande verksamhetsanalys. Istället är detta ett specifikt verktyg bland flera andra för att följa upp identifierade risker.

Enligt de kommunövergripande riktlinjerna för intern kontroll ska varje kontrollmoment vid rapportering till nämnden bedömas om det är genomfört med anmärkning, med mindre anmärkning, eller utan anmärkning.

Internkontrollplanen är endast en del av nämndens interna kontroll. För samlad information om nämndens uppföljning och vilka delar som rapporteras till nämnd, se uppföljningsplanen som är en bilaga till nämndens verksamhetsplan.

Kontrollmoment som genomförts med mindre anmärkning

Kontrollmoment 10:

- Kontroll av att ärenden inte ligger öppna för länge och kontroll av antalet öppna ärenden över tid.

Resultatet av kontrollen visar att andelen pågående ärenden fortsätter minska över tid, och att en betydande utveckling skett kring detta under de senaste åren. Andelen helt avslutade ärenden som även kvalitetsgranskats av registraturen har ökat från 27% år 2025 till 40% år 2026. Den mindre anmärkningen består i att det fortfarande finns pågående ärenden som varit öppna under längre tid. Förslag till åtgärder inbegriper bland annat att genomföra insatser riktade mot att avsluta fler ärenden, samt att skapa rutiner för handläggare som byter enhet, byter nämndtillhörighet, eller avslutar sin anställning.

Kontrollmoment som genomförts utan anmärkning

- *Obligatoriskt kontrollmoment:* Kontroll av att samtliga medarbetare har genomfört obligatorisk utbildning i informationssäkerhet.
- Kontrollera att systematiskt och förebyggande arbetssätt finns för att förebygga och hantera risker för mutor, jäv och/eller otillåten påverkan bland medarbetare, chefer och förtroendevalda.

Ekonomiska konsekvenser

Ej aktuellt i föreliggande ärende.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2 juli 2026
- Bilaga 1, Avrapportering av internkontrollplan per september 2026

Vård- och omsorgsförvaltningen

Lenita Granlund
Förvaltningsdirektör

Vård- och omsorgsförvaltningen
Rapport

Datum:
2026-07-02

Diarienummer:
ALN-2025-00854

Handläggare:
Rasmus Wennström

Avrapportering av internkontrollplan per september 2026 För äldre nämnden

Innehåll

Arbetet med intern kontroll under året	3
Granskningar som rapporteras per september 2026.....	4
Fördjupad redovisning av kontrollmoment.....	7
Kontrollmoment 3	7
Genomförd kontroll	7
Resultat av kontroll	8
Kontrollmoment 4	9
Genomförd kontroll	9
Resultat av kontroll	10
Kontrollmoment 10	11
Genomförd kontroll	11
Resultat av kontroll	13
Åtgärder.....	13

Arbetet med intern kontroll under året

Arbete har skett för att utveckla nämndens omvärldsanalys och riskregister vilka ligger till grund för urvalet av kontrollmoment. Under detta år sker uppföljning och rapportering av nämndens internkontrollplan i juni, september och december.

Nämnden har involverats i riskarbete inom ramen för nämndens strategidag under hösten 2025. Sedan tidigare finns fastställda styrdokument som beskriver ansvarsfördelningen för internkontrollen.

Numreringen i tabellen nedan anger det nummer som fastställdes i nämndens internkontrollplan för 2026. Eftersom samtliga kontrollmoment i internkontrollplanen inte följs upp per september 2026 uppstår därför naturliga glapp i nedan redovisad nummerordning.

Granskningar som rapporteras per september 2026

Nr	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Resultat av granskning	Åtgärd med slutdatum
3	Brister i medarbetarnas motståndskraft mot cyberangrepp och bedrägerier medför att en medarbetares agerande möjliggör att en attack lyckas vilket i sin tur medför omfattande störningar och avbrott i samtliga it leveranser.	<i>Obligatoriskt kontrollmoment:</i> Kontroll av att samtliga medarbetare har genomfört obligatorisk utbildning i informationssäkerhet.	Kontrollera att nyanställda medarbetare får tillgång till obligatorisk utbildning i informationssäkerhet. Kontrollera att befintliga medarbetare har möjlighet att ta del av eller repetera obligatorisk utbildning i informationssäkerhet.	Granskningen är genomförd utan anmärkning.	Se fördjupad redovisning.

Nr	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Resultat av granskning	Åtgärd med slutdatum
4	Risk för mutor, jäv, och/eller otillåten påverkan kan leda till att beslut fattas på felaktiga grunder och med bristfällig rättssäkerhet. Det kan även leda till sjukskrivningar, att förtroendet för förvaltningen minskar, samt att kommunen skadas ekonomiskt. <i>Relaterad till risk 6 samt 16 i riskregister.</i>	Kontrollera att systematiskt och förebyggande arbetssätt finns för att förebygga och hantera risker för mutor, jäv och/eller otillåten påverkan bland medarbetare, chefer och förtroendevalda.	Kontrollera att respektive avdelning har etablerade och ändamålsenliga arbetssätt för att förebygga och hantera mutor, jäv, respektive otillåten påverkan.	Granskningen är genomförd utan anmärkning.	Se fördjupad redovisning.

Nr	Riskbeskrivning	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Resultat av granskning	Åtgärd med slutdatum
10	Brister i diarieföring gör det svårt att hitta handlingar och arbetsmaterial. Det kan göra det svårt att hitta information bakåt i tid vilket försvårar för insyn och eget arbete.	Kontroll av att ärenden inte ligger öppna för länge och kontroll av antalet öppna ärenden över tid.	Kontroll av att ärenden stängs i tid. Uppföljning och analys av hur andelen öppna ärenden utvecklas över tid. Jämför med tidigare år.	Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.	Se fördjupad redovisning.

Tabell 1. Granskningar som rapporteras per september 2026.

Fördjupad redovisning av kontrollmoment

Kontrollmoment 3

Obligatoriskt kontrollmoment:

Kontroll av att samtliga medarbetare har genomfört obligatorisk utbildning i informationssäkerhet.

Kontrollmetod:

- Kontrollera att nyanställda medarbetare får tillgång till obligatorisk utbildning i informationssäkerhet.
- Kontrollera att befintliga medarbetare har möjlighet att ta del av eller repetera obligatorisk utbildning i informationssäkerhet.

Genomförd kontroll

Hemtjänst och särskilt boende

Nyanställda medarbetare ges tillgång till Lärportalen, där utbildning i informationssäkerhet tilldelas i samband med anställning.

Befintliga medarbetare har möjlighet att ta del av eller repetera utbildningen, då utbildningen finns kvar på varje medarbetares startsida. Avdelningen för hemtjänst och särskilt boende genomför regelbunden statistikkontroll avseende antal godkända, startade/påbörjade, bokade samt avbokade medarbetare i utbildningen.

Öppna och tidiga insatser

Den obligatoriska utbildningen i informationssäkerhet görs tillgänglig i Lärportalen. Samtliga medarbetare inom avdelningen har uppmanats att ta del av denna. För nyanställda medarbetare, oavsett anställningsform, ingår grundutbildningen i introduktionsprogrammet. Vid uppföljning av genomförd introduktion kontrolleras att utbildningen är genomförd.

I två verksamheter, Träffpunkter 65+ samt Nora korttidsboende, har chefsbyten medfört ett något osäkert resultat. I övriga verksamheter inom avdelningen har den övervägande majoriteten medarbetare genomfört den obligatoriska utbildningen, med endast enskilda avvikelser. Det fåtal medarbetare som inte redan slutfört utbildningen ombesörjer detta under 2026. Detta inbegriper de verksamheter ovan där resultatet av genomförd kontroll bedöms vara osäkert.

Hälso- och sjukvård

Den obligatoriska utbildningen i informationssäkerhet ingår i verksamhetens introduktionsprogram. Utbildningen finns även tillgänglig att ta del av för medarbetare under löpande anställning.

Kvalitet och utveckling

Nyanställda medarbetare introduceras i frågor som rör informationssäkerhet, bland annat genom att ta del av den befintliga utbildningen för ändamålet i Lärportalen.

Befintliga medarbetare har genomfört utbildningen i informationssäkerhet sedan tidigare och tar del av de löpande utbildningsutskick som distribueras via e-post. Avdelningen följer kontinuerligt upp arbetet med informationssäkerhet genom avdelningsmöten samt i samband med avstämningssamtal.

Myndighet

Den obligatoriska utbildningen i informationssäkerhet tillgängliggörs för alla nyanställda i Lärportalen. Under året har även ett utbildningstillfälle givits där samtliga medarbetare tagit del av utbildningen. Utbildningen i informationssäkerhet finns även med i avdelningens årshjul.

Resultat av kontroll

Granskningen är genomförd utan anmärkning.

Resultatet av kontrollen visar att det finns en etablerad systematik för att säkerställa att nyanställda medarbetare får tillgång till obligatorisk utbildning i informationssäkerhet. Vidare, att befintliga medarbetare har möjlighet att ta del av eller repetera utbildningen. Även om ett begränsat fåtal medarbetare ännu inte genomfört utbildningen vid granskningstillfället, bedöms andelen genomförda utbildningar vara tillräckligt hög för att granskningen ska anses genomförd utan anmärkning. Det finns även en uttalad planering för att säkerställa att samtliga medarbetare inom Träffpunkter 65+ samt Nora korttidsboende tar del av den obligatoriska utbildningen.

Kontrollmoment 4

Kontrollmoment:

Kontrollera att systematiskt och förebyggande arbetssätt finns för att förebygga och hantera risker för mutor, jäv och/eller otillåten påverkan bland medarbetare, chefer och förtroendevalda.

Kontrollmetod:

- Kontrollera att respektive avdelning har etablerade och ändamålsenliga arbetssätt för att förebygga och hantera mutor, jäv, respektive otillåten påverkan.

Genomförd kontroll

Avdelningar inom förvaltningens stab

Uppsala kommuns policy och riktlinjer mot mutor (KSN-2014-0251) finns upprättad och gäller för hela kommunkoncernen. Därutöver finns *Policy för representation och gåvor* samt *Riktlinje för representation och gåvor* (KSN-2018-1222). Utbildning har givits till äldrenämndens förtroendevalda angående oegentligheter, mutor och jäv i samband med nämndens konstituerande, såväl som genom löpande information till nämnden vid behov.

Under 2026 ska samtliga medarbetare inom vård- och omsorgsförvaltningen ha fått information om medarbetares ansvar, inklusive riktad information angående otillåten påverkan, mutor och jäv. Vidare finns en etablerad *Rutin för hantering av hot och våld* (HRKLS-2500219), samt rutin för *Hot och våld myndighet* (VOFKLS-2500124), som även innehåller avsnitt om otillåten påverkan. Därutöver finns *Handlingsplan mot välfärdsbrott* (KSN-2023-01293), antagen av kommunstyrelsen den 13 december 2023. I denna handlingsplan definieras ”otillåten påverkan” som att bland annat innefatta mutor och jäv.

Vård- och omsorgsförvaltningen har ingen lokal rutin specifikt för mutor och jäv. Detta behandlas istället inom ramen för ovanstående rutiner.

Hemtjänst och särskilt boende

Kontroll har genomförts av att avdelningen har etablerade och ändamålsenliga arbetssätt avseende förebyggande och hantering av mutor, jäv respektive otillåten påverkan. Detta har bland annat skett genom:

- Genomgång av kommunövergripande styrdokument
- Kontroll av att rutiner och beslut avseende rekryteringsprocesser efterföljs
- Kontroll av medarbetares kännedom och följsamhet av rutin riktad till chefer gällande jäv i samband med rekrytering och anställning
- Dialog i ledningsgrupper i samtliga chefsled
- Översiktlig bedömning av hur befintliga arbetssätt är kända och tillämpas inom verksamheten
- Dialog om och uppföljning av att nyanställda chefer genomför relevanta utbildningar i Lärportalen angående mutor, korruption, jäv, övriga intressekonflikter samt övrig otillbörlig påverkan

Hälso- och sjukvård

Rutin angående mutor och jäv har behandlats tillsammans med chefer inom avdelningen under våren 2026, med tillhörande dialog rörande exempel på identifierade risker. Avdelningens chefer har i sin tur lyft materialet med sina medarbetare i samband med arbetsplatsträffar.

Myndighet

Avdelningen för myndighet har integrerat momentet i sitt årshjul. Samtliga medarbetare inom avdelningen har genomgått en utbildning i hot och våld via Falck. Vidare är en ny utbildning specifikt riktad mot otillåten påverkan under framtagande. Utbildningen tas fram av kommunjurist och kommer att publiceras i Lärportalen under hösten 2026.

Samtliga avdelningar

Samtliga medarbetare har gått igenom utbildningsmaterialet "Vårt ansvar som medarbetare i kommunal verksamhet". Materialet omfattar bl.a. mut- och jävsituationer såväl som Uppsala kommuns visselblåsarfunktion. Vidare inkluderar materialet avsnitt om rättigheter och skyldigheter, bisysslor, sekretess, informationssäkerhet, datasäkerhet, otillåten påverkan, med mera. Materialet har behandlats på arbetsplatsträffar inom samtliga avdelningar såväl som i övriga gemensamma dialoger och utgör ett praktiskt samt aktivt verktyg för förvaltningens chefer och medarbetare.

Resultat av kontroll

Granskningen är genomförd utan anmärkning.

Resultatet av kontrollen för innevarande kontrollmetod visar att respektive avdelning har etablerade och ändamålsenliga arbetssätt för att förebygga och hantera mutor, jäv, respektive otillåten påverkan.

Förvaltningen har även upprättat en operativ gruppering med deltagande från bland annat stabschef, områdeschefer, beredskapssamordnare, strateger, HR-partner, utvecklingsledare, enhetschef myndighetsutövning samt verksamhetschef inom hälso- och sjukvård. Syftet med grupperingen inbegriper att stärka förmågan att förebygga samt hantera risker för otillåten påverkan, mutor, jäv och välfärdsbrottslighet. Vidare deltar vård- och omsorgsförvaltningen i ett kommunövergripande samordningsuppdrag med fokus på att förebygga och motverka otillåten påverkan, välfärdsbrottslighet samt relaterade risker.

Kontrollmoment 10

Kontrollmoment:

Kontroll av att ärenden inte ligger öppna för länge och kontroll av antalet öppna ärenden över tid.

Kontrollmetod:

- Kontroll av att ärenden stängs i tid. Uppföljning och analys av hur andelen öppna ärenden utvecklas över tid. Jämför med tidigare år.

Genomförd kontroll

Registraturen har tagit fram aktuell nulägesstatistik (hämtat 2026-05-07) över andelen pågående och avslutade ärenden i ärendehanteringssystemet DHS för Äldrenämnden under perioden 2019–2026. Granskningen har även inbegripit en jämförelse av motsvarande statistik från föregående mätningar som gjordes under 2023 – 2025. Siffrorna är redovisade per nämnd och år och visar procentandel för pågående, avslutade och makulerade ärenden.

Ärenden avslutas i DHS i två steg, där det första steget utförs av handläggare. Därefter utför registrator en kvalitetskontroll av ärendet innan det avslutas slutgiltigt. I den granskning som genomförts redovisas bland annat andelen ärenden med status "Avslutat från handläggare" respektive med status "Avslutat". Att ett ärende betecknas som "Avslutat" innebär alltså att ärendet blivit kvalitetskontrollerat av registrator och slutgiltigt avslutat.

Nedanstående diagram visar förändringen av ärendestatus i kronologisk ordning mellan 2023 – 2026. Notera särskilt förändringen över tid avseende pågående samt helt avslutade ärenden.

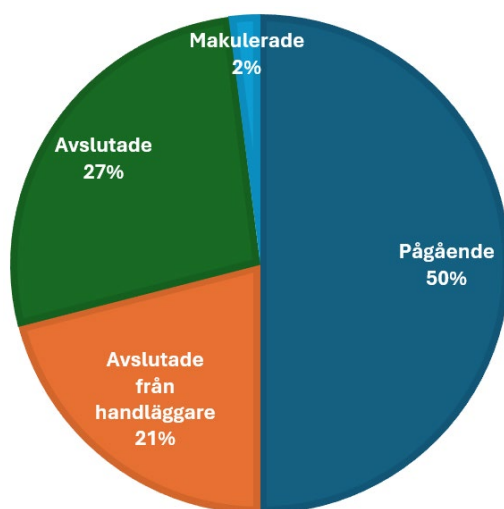


Bild 1. Översikt av ärenden avseende äldrenämnden 2023-11-10.

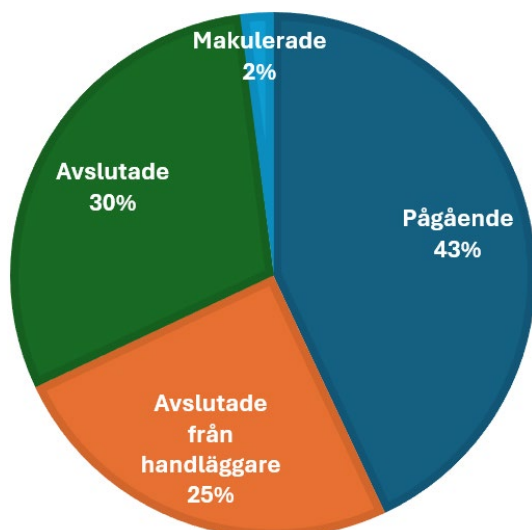


Bild 2. Översikt av ärenden avseende äldrenämnden 2024-06-03.

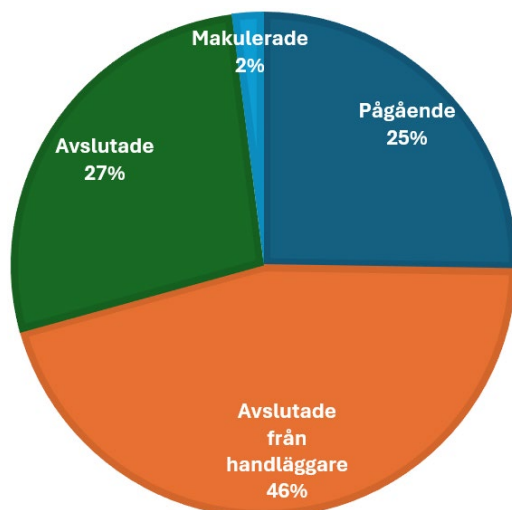


Bild 3. Översikt av ärenden avseende äldrenämnden 2025-05-14.

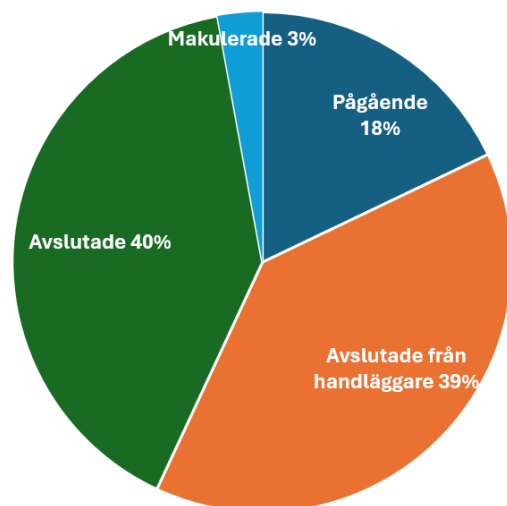


Bild 4. Översikt av ärenden avseende äldrenämnden 2026-05-07.

Ärenden med status "Avslutat från handläggare" har minskat från 46% föregående år till 39% år 2026. Samtidigt har andelen ärenden med status "Avslutat" har ökat från 27% till 40%, vilket bedöms som en konstruktiv utveckling.

Ändringar i arbetsbelastning för registraturen bedöms ha möjliggjort ett högre mått av kvalitetssäkring samt ett högre mått av helt avslutade ärenden jämfört med tidigare år. Riktade insatser för att avsluta ärenden har pågått löpande under 2026, med anledning av att en upphandling av ett nytt ärende- och diarieföringssystem har påbörjats. Inför ett eventuellt byte av verksamhetssystem har vikten av att alla avslutade ärenden är korrekt hanterade i systemet ökat. Om ärenden inte avslutas i tid kan detta innebära extra arbete i flera led, vilket i sin tur kan leda till ökad administration samt ökade kostnader.

Andelen ärenden med status "Makulerat" har ökat från 2% till 3%. Detta beror på att en del ärenden från tidigare år har visat sig vara tomma vid den kvalitetssäkring som skett under året, och därför makulerats i efterhand.

Resultat av kontroll

Granskningen är genomförd med mindre anmärkning.

Resultatet av kontrollen visar att andelen pågående ärenden fortsätter att minska stadigt över tid, även om det fortfarande finns pågående ärenden som är öppna sedan lång tid tillbaka. Andelen pågående ärenden har minskat till 18% år 2026 – att jämföra med från 25% pågående ärenden år 2025, 43% pågående ärenden 2024 och 50% pågående ärenden år 2023.

Sammantaget har riktade insatser föranlett en kraftig minskning av pågående ärenden, tillsammans med en betydande ökning av helt avslutade ärenden som även kvalitetsgranskats av registraturen. Genomförd uppföljning och analys av hur andelen öppna ärenden utvecklats över tid bedöms vara adekvat utifrån föreliggande kontrollmetod. Den mindre anmärkningen består i att det fortfarande finns pågående ärenden som varit öppna under längre tid, även om den konstruktiva utvecklingen över tid varit påtaglig.

Åtgärder

Registraturen har en målsättning om att fånga upp brister i diarieföringen inom relativt kort tid efter att handläggare avslutat ett ärende. Detta så att registrator kan kontakta rätt handläggare när exempelvis handlingar saknas eller registreringen skett felaktigt. För att kunna genomföra detta på ett ändamålsenligt sätt har registraturen förslag på följande åtgärder för vård- och förvaltningen:

- Skapa rutiner för handläggare som byter enhet, nämnd, eller avslutar sin tjänst. Ansvarig handläggare bör bytas i DHS för pågående ärenden innan byte av enhet, nämnd eller avslutande av tjänst. I detta kan registraturen bistå vid behov.
- Genomför insatser som är inriktade på att avslutade ärenden för de handläggare som har större mängder av pågående ärenden.
- Fortsätt med utbildningsinsatser för handläggare, där registraturen kan bistå vid behov.