



Stockholms
stad

Årsrapport 2025

Äldrenämnden

Rapport från
stadsrevisionen

Dnr: RVK 2026/23

Stadsrevisionen i Stockholms stad är kommunfullmäktiges kontrollinstrument för att granska den verksamhet som bedrivs av stadens nämnder och bolag. I årsrapporter för nämnder och bolag sammanfattar stadsrevisionen det gångna årets granskningar och bedömningar.

På stadens webbplats, start.stockholm/revision, finns revisionsrapporter publicerade. För att prenumerera på stadsrevisionens informationsbrev, uppge e-postadress till revision.rvk@stockholm.se.

Till

Äldrenämnden

Årsrapport 2025

Revisorerna i revisorsgrupp 3 har avslutat revisionen för äldrenämndens verksamhet under 2025.

Revisorerna har den 25 mars 2026 behandlat bifogad årsrapport och överlämnar den till äldrenämnden för yttrande.

Beslutat yttrande och justerat protokollsutdrag ska ha inkommit till revision.rvk@stockholm.se senast den 26 juni 2026. Av yttrandet bör det framgå vilka åtgärder som nämnden avser att vidta gällande revisionens rekommendationer.

På uppdrag av revisorerna i revisorsgrupp 3.

Stefan Kindborg
Ordförande

Christina Petersson
Sekreterare

Sammanfattning

Kommunallagen anger att revisionen årligen ska pröva om verksamheten bedrivits på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om nämndens interna styrning och kontroll varit tillräcklig.

Verksamhet och ekonomi

Utifrån genomförd granskning bedöms äldre-nämnden i huvudsak ha bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.

Nämnden har i huvudsak uppnått kommunfullmäktiges mål, reglementet samt följt de beslut, riktlinjer, gällande lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämndens ekonomiska utfall avviker positivt med 13 mnkr (4,8 procent) i förhållande till fullmäktiges budget. Överskottet beror bl.a. på lägre utbildningskostnader samt lägre kostnader för arbetsskor till privata utförare än budgeterat.

Revisionskontoret har granskat nämndens arbete avseende vård och omsorg vid demenssjukdom. Granskningen visar att nämnden bör fortsätta stärka samverkan med regionen gällande samordnad individuell plan (SIP).

Intern styrning och kontroll

Äldre-nämndens interna styrning och kontroll bedöms utifrån genomförd granskning i huvudsak vara tillräcklig. Nämnden har i huvudsak en intern styrning och kontroll som bidrar till ändamålsenlig verksamhet och regelefterlevnad. Vidare har nämnden i huvudsak systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner.

Av årets granskningar framkommer bl.a. att nämndens uppföljning av föreningsbidrag behöver förbättras. Bland annat behöver nämnden säkerställa seriositetsprövningar av föreningarna samt verifiera hur bidragen används. Vidare visar årets granskning att nämnden bör följa upp att fasta omsorgskontakter har lägst utbildningsnivå undersköterskor samt säkerställa att det fallförebyggande arbetet följs upp på vård- och omsorgsboenden.

Innehåll

1. Årets granskning	1
2. Verksamhet och ekonomi	2
2.1 Verksamhetsmässigt resultat.....	2
2.1.1 <i>Fullmäktiges inriktningsmål för välfärd</i>	<i>2</i>
2.1.2 <i>Fullmäktiges inriktningsmål för ekonomi, utbildning, jobb och bostäder</i>	<i>3</i>
2.2 Ekonomiskt resultat.....	3
2.2.1 <i>Driftverksamhet.....</i>	<i>4</i>
3. Intern styrning och kontroll	5
3.1 Organisation och ansvarsfördelning	5
3.2 Riskanalys och internkontrollplan	5
3.3 Riktlinjer och rutiner för systematisk uppföljning.....	6
3.4 Verksamhets- och ekonomistyrning.....	6
4. Fördjupade granskningar.....	7
4.1 Vård och omsorg vid demenssjukdom (revisionsrapport 2025:2) ...	7
4.2 Fast omsorgskontakt inom hemtjänsten	8
4.3 Förebyggande arbete mot fallskador	9
4.4 Uppföljning av föreningsbidrag	10
4.5 Löneprocessen	11
4.6 Hantering av betalkort (First Card)	12
5. Uppföljning av tidigare års granskning	13
Bilaga 1 Uppföljning av lämnade rekommendationer	14
Bilaga 2 Bedömningskriterier	15

1. Årets granskning

Enligt kommunallagen ska revisorerna årligen pröva om verksamheten sköts på ett i huvudsak ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt om nämndens interna kontroll är tillräcklig.

I denna rapport redovisas resultat och bedömningar utifrån revisionsårets granskningar. En uppföljning av hur nämnden har åtgärdat rekommendationer i tidigare års granskning redovisas översiktligt i rapporten och mer detaljerat i bilaga 1.

Revisionen har utförts enligt kommunallagen, andra tillämpliga lagar, reglementet för stadsrevisionen, god revisionssed i kommunal verksamhet och utifrån nämndens reglemente. Revisionen har utgått från revisionsplanen som fastställts av revisorsgrupp 1. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge en rimlig grund för bedömning av nämndens verksamhet. I granskningen har revisorerna biträtt av stadens revisionskontor. Kriterier för bedömning redovisas i bilaga 2.

Revisorerna träffade våren 2025 nämndens presidium för genomgång av 2024 års granskning och avstämning inför 2025.

Årsrapporten har faktakontrollerats av förvaltningsledningen.

2. Verksamhet och ekonomi

I detta avsnitt redovisas revisionskontorets grund för bedömning av äldrenämndens ändamålsenlighet avseende verksamhet och ekonomi. Genomförda granskningar redovisas mer ingående i avsnitt 4.

2.1 Verksamhetsmässigt resultat

Äldrenämnden bedöms i huvudsak ha bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt sätt.

Fullmäktiges tre inriktningsmål uppfylls enligt nämnden. Nämnden bedömer vidare att samtliga av fullmäktiges 14 verksamhetsområdesmål som rör nämnden har uppfyllts. Vidare uppfyller nämnden reglementet.

Revisionskontoret bedömer att den samlade rapporteringen ger rimliga förutsättningar för att bedöma uppfyllelsen av mål och reglemente. Den samlade rapporteringen beskriver även vilka åtgärder som nämnden planerar att vidta för de mål som inte uppnåtts.

Nedan analyseras kortfattat de mål som berör nämndens kärnverksamhet samt medarbetarenkätens resultat.

2.1.1 Fullmäktiges inriktningsmål för välfärd

Fullmäktiges första inriktningsmål är ”Ett Stockholm som håller samman med en stark och jämlik välfärd i hela staden”. Nämnden bedömer att inriktningsmålet uppnås. I jämförelse med föregående år är utfallet för 2025 därmed oförändrat. Revisionskontoret delar nämndens bedömning.

Nämnden ansvarar för kommunövergripande frågor rörande samordning, utveckling och uppföljning av äldreomsorgen. Revisionskontoret bedömer att nämnden tar sitt ansvar enligt ovan. Nämnden samordnar planeringen av vård- och omsorgsboenden, servicehus och korttidsboenden. Vidare sker uppföljning av myndighetsutövningen i syfte att säkerställa likställigheten i staden. Nämnden genomför även inspektioner och kvalitetsobservationer av utförare inom äldreomsorgen.

Nämnden uppger att alla planerade aktiviteter har genomförts. I nämndens redovisning framgår dock att årsmålet för indikatorn ”Andel äldre personer som vet vart de ska vända sig för att ansöka om hjälpinsatser” inte uppnås (utfall 64 procent jämfört med årsmålet på 69 procent). Jämfört med 2024 är utfallet oförändrat. Nämnden har genomfört en informationskampanj för att bl.a. öka medvetenheten om vart man ska vända sig om man har behov av äldreomsorg. Detta sker t.ex. via broschyr och på stadens olika webbplatser.

Under året har revisionskontoret granskat nämndens arbete avseende vård och omsorg vid demenssjukdom. Granskningen visar att nämnden bör fortsätta stärka samverkan med regionen gällande samordnad individuell plan (SIP). Genomförda granskningar redovisas mer ingående i avsnitt 4.

2.1.2 Fullmäktiges inriktningsmål för ekonomi, utbildning, jobb och bostäder

Fullmäktiges tredje inriktningsmål är ”Ett Stockholm med en stabil och hållbar ekonomi med utbildning, jobb och bostäder för alla”. Nämnden bedömer att inriktningsmålet uppnås. I jämförelse med föregående år är utfallet för 2025 därmed oförändrat. Revisionskontorets delar nämndens bedömning.

Verksamhetsområdesmålet ”Medarbetare i Stockholm ska ges goda förutsättningar att göra ett bra jobb” uppfyller dock inte fullmäktiges mål. Nämndens utfall för indikatorn ”Aktivt MedskapandeIndex” (AMI) är 78, vilket är lägre än årsmålet på 83. Resultatet är en försämring jämfört med 2024 (82). Nämnden har upprättat handlingsplaner med åtgärdsförslag i syfte att förbättra måloppfyllelsen.

2.2 Ekonomiskt resultat

Nämnden bedöms i huvudsak ha bedrivit verksamheten på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Nämnden har beskrivit och analyserat avvikelserna mot budget på ett tillfredsställande sätt.

2.2.1 Driftverksamhet

Nämnden redovisar följande utfall och avvikelser för år 2025:

Driftverksamhet (mnkr)	Budget 2025	Utfall 2025	Avvikelse 2025	Avvikelse 2025, %	Avvikelse 2024, %
Intäkter	252	251	-1	-0,4 %	103,7 %
Kostnader	-522	-508	14	2,7 %	-30,3 %
Verksamhetens netto-kostnader	-270	-257	13	4,8 %	1,2 %

Nämndens ekonomiska utfall avviker positivt med 13 mnkr i förhållande till fullmäktiges budget. Avvikelsen är 4,8 procent mot budget.

Enligt nämnden beror budgetavvikelsen bl.a. på att av de 5 mnkr som nämnden tilldelades för arbetsskor till privata utförare, har 1,7 mnkr fördelats till privata utförare. Detta innebär 3,3 mnkr i lägre kostnader. Nämnden anger att den huvudsakliga anledningen till avvikelsen är att utförarna hade kort om tid att genomföra ansökningsprocessen efter att fullmäktige tagit beslut om riktlinjer för arbetsskor i september 2025. Vidare redovisar nämnden 2,9 mnkr lägre utbildningskostnader än budgeterat. Detta då bl.a. ett nytt ramavtal har medfört lägre kostnader än förväntat, uppger nämnden. Nämnden redovisar även 1,6 mnkr i lägre personalkostnader på avdelningen Stockholms trygghetsjour. Nämnden uppger att detta beror på vakanta tjänster. I nämndens redovisning framkommer även att förseningar av upphandlingen av Lisbet (larm i särskilda boenden i egen regi och entreprenad) ger lägre kostnader på 1,4 mnkr för bland annat upphandlingskonsulter. Resterande del av den totala avvikelsen beror enligt nämnden på flera olika delar, bl.a. mindre köp av utredningstjänster från Stiftelsen äldrecentrum samt lägre kostnader avseende utbetalningar av föreningsbidrag.

Jämfört med 2024 har verksamhetens intäkter ökat med 33 mnkr och kostnader har ökat med 44 mnkr. Nämnden anger att båda dessa ökningar främst beror på ökade statsbidrag som ger effekter på såväl kostnads- som intäktssidan.

3. Intern styrning och kontroll

I detta avsnitt redovisas revisionskontorets grund för bedömning av äldrenämndens interna styrning och kontroll. Genomförda granskningar redovisas mer ingående i avsnitt 4.

Den samlade bedömningen är att äldrenämndens interna styrning och kontroll av verksamheten i huvudsak har varit tillräcklig.

3.1 Organisation och ansvarsfördelning

Nämnden har i huvudsak en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter för att stödja verksamheten och för att förhindra avsiktliga samt oavsiktliga fel.

Det finns i huvudsak riktlinjer och rutiner som ska bidra till att verksamhetens mål uppfylls och att föreskrifter följs. Dock visar granskningen av nämndens löneprocess att nämnden behöver förbättra sina kontroller av bl.a. attesträtt och utbetald lön.

Arbetet med den interna kontrollen är i huvudsak en integrerad del i styrning och uppföljning. Granskningen av nämndens uppföljning av föreningsbidrag till föreningar visar emellertid att nämnden behöver bl.a. säkerställa att seriositetsprövningar genomförs samt verifiera hur bidragen används.

Vidare finns i huvudsak systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner. Granskningen av nämndens hantering betalkort visar inga väsentliga avvikelser. Däremot beskriver dataskyddsombudets årsrapport för GDPR, liksom tidigare år, att nämnden inte fullt ut efterlever kraven i dataskyddsförordningen. Bland annat bedöms arbetet med informationsklassningen vara eftersatt.

3.2 Riskanalys och internkontrollplan

Nämnden genomför årliga analyser som fångar upp väsentliga risker och hur de ska hanteras för att verksamhetens mål ska uppnås. Nämnden har i sin internkontrollplan fastställt vilka åtgärder som ska hantera prioriterade risker. Kontroller enligt den interna kontrollplanen följs upp systematiskt och fortlöpande.

Uppföljningen av internkontrollplanen redovisades till nämnden i februari 2026. Av nämndens redovisning framkommer att beslutade kontroller i allt väsentligt har genomförts. Vidare framgår resultaten av genomförda kontroller. Revisionskontoret har i stickprov konstaterat att genomförda kontroller dokumenterats och att resultat av kontrollerna framgår. Kontrollerna visar bl.a. att många stadsdelsnämnder återtar förfrågningar om korttidsplatser. Nämnden anger att analys kommer att ske varför stadsdelsnämnderna återtar förfrågningarna.

3.3 Riktlinjer och rutiner för systematisk uppföljning

Nämndens rapportering ger i huvudsak en aktuell, rättvisande och tillförlitlig information om verksamhet och ekonomi.

Nämnden har i huvudsak rutiner för uppföljning av sin verksamhet samt det som uppdragits åt annan att utföra. Av revisionskontorets granskningar av fast omsorgskontakt inom hemtjänsten samt förebyggande arbete mot fallskador, framgår dock några utvecklingsområden. Nämnden bör t.ex. följa upp att fasta omsorgskontakter är undersköterskor i enlighet med socialtjänstlagen. Nämnden bör också säkerställa att det fallförebyggande arbetet följs upp på vård- och omsorgsboenden.

3.4 Verksamhets- och ekonomistyrning

Nämndens verksamhetsmässiga och ekonomiska resultat är i linje med fullmäktiges resultatkrav, se vidare avsnitt 2.1 och 2.2.

4. Fördjupade granskningar

Nedan redovisas de fördjupade granskningar som berört nämnden under året.

4.1 Vård och omsorg vid demenssjukdom (revisionsrapport 2025:2)

Revisionskontoret har granskat efterlevnaden av Socialstyrelsens nationella riktlinjer samt kommunfullmäktiges uppdragsbeskrivningar vid vård och omsorg vid demenssjukdom. Granskningen har omfattat äldrenämnden samt stadsdelsnämnderna Norra innerstaden och Farsta. Såväl vård- och omsorgsboenden som hemtjänst i kommunal regi har omfattats av granskningen.

Den samlade bedömningen är att de granskade stadsdelsnämndernas arbete med vård och omsorg för personer med demenssjukdom i huvudsak utgår ifrån nationella riktlinjer och kommunfullmäktiges uppdragsbeskrivningar. Äldrenämnden arbetar i enlighet med kommunfullmäktiges uppdrag om att utveckla demensteamet i hemtjänsten.

Granskningen visar bl.a. att samverkan med Region Stockholm vid upprättandet av samordnad individuell plan (SIP) inte fungerar fullt ut. Det är därför angeläget att äldrenämnden och de granskade stadsdelsnämnderna fortsätter arbetet med att stärka samverkan med regionen.

Nämnden rekommenderas att:

- Fortsätta stärka samverkan med regionen gällande samordnad individuell plan (SIP).

För mer information om granskningen, se rapporten Vård och omsorg vid demenssjukdom (revisionsrapport 2025:2).

Äldrenämnden inkom med ett yttrande i oktober 2025. Av yttrandet framgår att nämnden delar revisionskontorets bedömning.

4.2 Fast omsorgskontakt inom hemtjänsten

Revisionskontoret har granskat om nämndens arbete med fast omsorgskontakt inom hemtjänsten sker enligt socialtjänstlagen.

Den sammanfattande bedömningen är att nämnden bör utveckla arbetet. Äldrenämnden bör följa upp att fasta omsorgskontakter är undersköterskor.

Ur socialtjänstlagen framkommer att den som har hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte bedöms vara uppenbart obehövligt. Endast undersköterskor får utses till fast omsorgskontakt. Detta slås också fast i ”Uppdragsbeskrivning för stadsdelsnämndernas verksamhet – hemtjänst i ordinärt boende”, som är beslutad av äldreförvaltningen i september 2024. I uppdragsbeskrivningen framgår att de kommunala hemtjänstutförarna ska ha en skriftlig rutin för vad som ingår i den fasta omsorgskontaktens uppdrag. I intervju uppger äldreförvaltningen att alla stadsdelsnämnder har följt upp om alla kommunala hemtjänstutförarna har en skriftlig rutin gällande fast omsorgskontakts ansvar och arbetsuppgifter via verksamhetsuppföljningar (i samverkan med äldrenämnden). Ur uppföljningen framgår att samtliga kommunala hemtjänstutförare har en sådan rutin.

I intervju uppges att information om vem som är fast omsorgskontakt framkommer i brukarnas genomförandeplaner. I Stockholms stads mall för genomförandeplan framgår dock inte rubriken ”fast omsorgskontakt” utan istället används ”kontaktman/stödperson”. Äldreförvaltningen uppger att den har följt upp att brukare har fast omsorgskontakt genom att kontrollera att fasta omsorgskontakter har angetts i genomförandeplaner via rubriken ”kontaktman/stödperson”. Enligt uppgift framkom inga avvikelser i uppföljningen. För minska risken för missförstånd menar revisionskontoret att mall för genomförandeplan bör revideras så att lagens terminologi om fast omsorgskontakt används. Detta i enlighet med socialtjänstlagen.

I intervju framgår att äldrenämnden inte följer upp om fasta omsorgskontakter är undersköterskor. I revisionskontorets verifiering av en kommunal hemtjänstutförare i en av tre granskade stadsdelsnämnder (Enskede-Årsta-Vantör) framgår i en del fall att fasta omsorgskontakter inte är undersköterskor. Revisionskontoret anser därför att äldrenämnden bör följa upp att fasta omsorgskontakter är undersköterskor i enlighet med socialtjänstlagen.

Nämnden rekommenderas att:

- Följa upp att fasta omsorgskontakter är undersköterskor.

4.3 Förebyggande arbete mot fallskador

Fallskador är den vanligaste skadeorsaken till slutenvård på sjukhus för personer över 65 år. Revisionskontoret har därför granskat äldrenämndens förebyggande arbete mot fallolyckor vid vård- och omsorgsboenden.

Den sammanfattande bedömningen är att nämnden bör säkerställa att vård- och omsorgsboendenas arbete med fallförebyggande insatser följs upp, genom t.ex. verksamhetsuppföljningar.

I fullmäktiges budget 2025 framgår bl.a. att stadsdelsnämnderna ska arbeta likvärdigt med fallprevention. Vidare framkommer i fullmäktiges handlingsplan för en äldrevänlig stad att äldrenämnden i samverkan med bl.a. stadsdelsnämnderna ska vidta åtgärder som förebygger fallolyckor. Enligt intervju anger äldreförvaltningen att den genomför olika informations- och kunskapsinsatser. Äldreförvaltningen anordnar en introduktionsutbildning under två dagar för sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Bland annat sker utbildning avseende fallförebyggande åtgärder. Äldreförvaltningen utbildar även fysioterapeuter och arbetsterapeuter i det s.k. OPEN-konceptet. OPEN-konceptet innebär satsning på enkla fysiska rörelser och proteinrika mellanmål för äldre. Vidare samordnar äldreförvaltningen olika nätverksgrupper för t.ex. MAS (medicinskt ansvariga sjuksköterskor), MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering), samt för avdelnings-, beställar- och utförarchefer. Enligt uppgift kan frågor om det fallförebyggande arbetet tas upp i nätverksgrupperna.

I ”Reglemente för äldrenämnden” (KFS 2024:21) framgår att nämnden bl.a. ansvarar för samordning och uppföljning av äldreomsorgen. I tre olika stadsövergripande styrdokument framgår att vård- och omsorgsboenden ska delta och registrera i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert, vilket t.ex. innebär att riskbedömningar ska genomföras för brukares fallrisk. Revisionskontoret har tagit del av äldreförvaltningens vägledning till stadsdelsförvaltningarnas verksamhetsuppföljning av vård- och omsorgsboenden för 2025 samt frågemallen som används som utgångspunkt för verksamhetsuppföljningen. Det är äldreförvaltningen som samordnar och likställer arbetet med verksamhetsuppföljningen. Revisionskontoret noterar att inga specifika frågor ställs kring det fallförebyggande arbetet och genomförandet av riskbedömningar i verksamhetsuppföljningen. I intervju framgår även att äldreförvaltningen generellt sett inte följer upp det fallförebyggande arbetet.

Nämnden rekommenderas att:

- Säkerställa att det fallförebyggande arbetet följs upp på vård- och omsorgsboenden, genom t.ex. verksamhetsuppföljningar.

4.4 Uppföljning av föreningsbidrag

En granskning har genomförts i syfte att bedöma om äldrenämnden har en tillräcklig intern styrning och kontroll av föreningsbidrag. För 2025 har nämnden budgeterat totalt 12,8 mnkr att fördela till ideella organisationer. 200 tkr av dessa har avsatts till äldreförvaltningens uppföljning av bidragen.

Den sammanfattande bedömningen är att nämnden delvis säkerställt en tillräcklig intern styrning och kontroll. Bedömningen grundar sig på att kontroller och uppföljning behöver bli mer omfattande för att säkerställa att stadens medel betalas ut till seriösa föreningar.

Nämnden genomför årligen en riskanalys där risk kopplat till oegentligheter och välfärdsbrott rörande föreningsbidrag ingår. Granskningen visar däremot att risker för brott mot demokrativillkoret inte ingår i riskanalysen.

Vidare visar granskningen att nämnden har antagit egna riktlinjer kopplat till föreningsstöd. Det finns även dokumenterade förvaltningsrutiner för handläggning av ansökningar. Av granskning framkommer att både riktlinjer och rutiner behöver utvecklas för att säkerställa att kommunfullmäktiges riktlinjer avseende föreningsbidrag efterlevs. Till exempel behöver styrdokumentet tydliggöras avseende kontroller och uppföljning av demokrativillkor, seriositetsskontroll av föreningarna samt hur förvaltningen ska följa upp hur bidragen används av föreningarna. Styrdokumentet specificerar inte heller att Skatteverkets metodstöd vid bidragsutbetalningar ska användas vid kontroller av föreningar, något som stadsledningskontoret vägleder om på intranätet.

Granskningen har omfattat stickprov av 20 ansökningar om föreningsbidrag. Granskningen visar att de kontroller som fastställs i kommunfullmäktiges respektive nämndens riktlinjer i vissa delar inte genomförs eller dokumenteras. Till exempel sker inte seriositetsskontroll avseende företrädarna för föreningarna. Det saknas också dokumenterade kontroller av föreningarnas angivna bankgiro- eller postgirokonto. När det gäller uppföljning av föreningsbidrag visar stickprovet att förvaltningen inte genomför granskning av fakturor eller andra dokument som styrker de kostnader som föreningarna har redovisat. Verksamhetsbesök genomförs endast i begränsad omfattning.

I stadens riktlinjer framgår att ekonomiska bidrag inte ska ges till aktör som inte står bakom den demokratiska rättsstatens principer, de mänskliga rättigheterna och jämställdhet mellan kvinnor och män. Beslut om föreningsstöd ska fattas av nämnden och inte på delegation. Granskningen visar att nämnden har beslutat om föreningsbidrag samt får en återrapportering där det ges information om identifierade avvikelser. Återrapportering avseende uppföljning av föreningsbidragen behöver utvecklas för att säkerställa nämnden får fullständig information om bidragen använts i enlighet med beslut. Detta är av vikt för att nämnden ska kunna säkerställa att de ekonomiska bidragen ges till seriösa föreningar som stödjer de demokratiska värderingarna.

Nämnden rekommenderas att:

- Säkerställa att seriositetsprövning genomförs vid handläggning av föreningsbidrag.
- Säkerställa att uppföljningen omfattar verifiering av hur bidragen används, exempelvis genom granskning av fakturor och verksamhetsbesök.
- Dokumentera kontrollerna som genomförs av föreningsbidrag.
- Säkerställa att nämnden erhåller en återrapportering avseende föreningsbidrag.

4.5 Löneprocessen

Revisionskontoret har genomfört en granskning i syfte att bedöma om nämnden har en tillräcklig intern kontroll i processen för löneadministration.

Den sammanfattande bedömningen är att nämnden delvis säkerställt en tillräcklig intern kontroll i processen för löneadministration. Bedömningen grundas på att nämnden inte fullt ut har genomfört kontroller i enlighet med stadsledningskontorets anvisningar.

Stadsledningskontorets anvisningar anger hur ofta och vilka kontroller som ska genomföras av löner. De systematiska kontrollerna ska bl. a. omfatta personalförteckning, utbetald lön, övertid, attesträtt, behörigheter, organisationsträd samt löneskulder. Granskningen visar att nämnden behöver förbättra sina kontroller av bl.a. attesträtt och utbetald lön.

Nämnden rekommenderas att:

- Säkerställa att systematiska kontroller utförs i enlighet med stadsledningskontorets anvisningar för internkontroll av lönehantering.

4.6 Hantering av betalkort (First Card)

Revisionskontoret har genomfört en granskning i syfte att bedöma om nämnden har en tillräcklig intern kontroll avseende hantering av betalkort (First Card). Nämndens inköp med betalkort uppgick till 80 tkr mellan 1 januari och 30 september 2025.

Den sammanfattande bedömningen är att nämnden i huvudsak har en tillräcklig intern kontroll i sin hantering av betalkort.

Granskningen har omfattat stickprovskontroll av 20 betalkortstransaktioner. Stickprovsgranskningen visar att transaktionerna i huvudsak har tillräckliga underlag, är korrekt attesterade, redovisade och hanterade utifrån skattemässiga regler. Det finns kontroller för inköpsmönster, kontantuttag samt belopps- och limitgränser samt att betalkorten inte används för privata köp.

5. Uppföljning av tidigare års granskning

Äldrenämnden har inga rekommendationer att åtgärda från tidigare års granskning. Rekommendationer som lämnats under 2025 redovisas i bilaga 1.

Bilaga 1

Uppföljning av lämnade rekommendationer

Rapport	Rekommendation	Har åtgärder vidtagits (Ja/Delvis/Nej)	Uppföljning
Revisionsrapport nr 1/2025	Vård och omsorg vid demenssjukdom Nämnden rekommenderas att: Fortsätta stärka samverkan med regionen gällande samordnad individuell plan (SIP).	Se kommentar	Följs upp kommande år
Årsrapport 2025	Uppföljning av föreningsbidrag Nämnden rekommenderas att: Säkerställa att seriositetsprövning genomförs vid handläggning av föreningsbidrag. Säkerställa att uppföljningen omfattar verifiering av hur bidragen används, exempelvis genom granskning av fakturor och verksamhetsbesök. Dokumentera kontrollerna som genomförs av föreningsbidrag. Säkerställa att nämnden erhåller en återrapportering avseende föreningsbidrag.	Se kommentar	Följs upp kommande år
Årsrapport 2025	Fast omsorgskontakt i hemtjänsten Nämnden rekommenderas att: Följa upp att fasta omsorgskontakter är undersköterskor.	Se kommentar	Följs upp kommande år
Årsrapport 2025	Förebyggande arbete mot fallskador Nämnden rekommenderas att: Säkerställa att det fallförebyggande arbetet följs upp på vård- och omsorgsböenden, genom t.ex. verksamhetsuppföljningar.	Se kommentar	Följs upp kommande år
Årsrapport 2025	Löneprocessen Nämnden rekommenderas att: Säkerställa att systematiska kontroller utförs i enlighet med stadsledningskontorets anvisningar för internkontroll av lönehantering.	Se kommentar	Följs upp kommande år

Bilaga 2 Bedömningskriterier

Nedan redovisas de kriterier och nivåer som ligger till grund för revisionskontorets bedömningar. Kriterierna bygger på Sveriges Kommuner och Regioners God revisionssed i kommunal verksamhet, SKYREVs Vägledning nr 6 Grundläggande granskning samt kommunfullmäktiges mål, beslut och riktlinjer.

Bedömning av ändamålsenlighet och ekonomi

Bedömningen utgår från att nämndens/bolagets:

- verksamhet bedrivits i enlighet med gällande lagar, föreskrifter m.m.,
- verksamhet har uppnått kommunfullmäktiges mål, resultatkrav, samt efterlever reglemente/bolagsordning och övriga direktiv,
- verksamhetsresultat och det ekonomiska resultatet står i ett rimligt förhållande till varandra.

Bedömning av intern styrning och kontroll

Bedömningen utgår från att nämnden/bolaget har en intern styrning och kontroll som bidrar till måluppfyllelse, ändamålsenlig verksamhet och regelefterlevnad. Det ska även finnas systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner. Nämnden/bolaget har:

- en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter.
- ett systematiskt riskarbete.
- riktlinjer och rutiner för väsentliga områden.
- tillförlitlig och tillräcklig information om verksamhet och ekonomi.
- tillräcklig beredning av ärenden.
- systematisk uppföljning av ekonomi och verksamhet, såväl för verksamhet i egen regi som för sådan som uppdragits åt annan att utföra, inklusive analys av och åtgärder vid eventuella väsentliga avvikelser.

Bedömningsnivåer

I huvudsak tillfredsställande/tillräcklig

Bedömningskriterierna är i allt väsentligt uppfyllda. Det kan förekomma mindre avvikelser.

Delvis tillfredsställande/tillräcklig

Bedömningskriterier är delvis uppfyllda. Påpekade brister behöver åtgärdas.

Inte tillfredsställande/tillräcklig

Bedömningskriterierna är inte uppfyllda. Väsentliga brister behöver åtgärdas snarast.