



# **Internkontrollplan**

## **2025**

Patientnämnden  
2025

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Kontroller 2025</b> .....	<b>4</b>
2.1	Brist på stödpersoner .....	4
2.2	Uteblivet svar till patienten .....	4
2.3	Försenat svar till patient .....	4
2.4	Otillräckliga informationsinsatser .....	4
2.5	För litet antal analyser och rapporter .....	5

# 1 Inledning

I enlighet med 6 kap. 6 § Kommunallagen ska nämnderna var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Intern kontroll handlar om att ha ordning och reda, veta att det som ska göras blir gjort och att det sker på ett bra och säkert sätt. Med intern kontroll avses de strukturer, system och processer som bidrar till tydlighet och ordning och som säkerställer att verksamheten bedrivs i enlighet med beslutade mål, uppdrag och övriga styrdokument. Den interna kontrollen ingår i styrningen och är del av ledningssystemet. Intern kontroll är alltså ett förlopp eller flöde av strukturer och aktiviteter som tillsammans ska leda till det avsedda syftet. Den interna kontrollen bidrar också till att skydda organisationen och dess medarbetare från risker, förluster, bedrägerier, misstankar och andra skador. Ett fullständigt skydd mot inre och yttre risker är inte möjligt att upprätthålla, det går inte att fullt ut gardera mot manipulation, dåligt omdöme eller brottsliga angrepp. Men en bra intern kontroll kan ge förutsättning för en rimlig säkerhet. Det handlar sammantaget om att bygga och stödja trygghet och tillit, ordning och reda, förtroende och utveckling.

Intern kontroll bidrar till att verksamheten når sina mål – med effektivitet, säkerhet och stabilitet, att informationen och rapporteringen om verksamheten och ekonomin är tillförlitlig och rättvisande, att verksamheten efterlever lagar, regler, avtal mm.

## 2 Kontroller 2025

### 2.1 Brist på stödpersoner

Kontrollmoment	Redovisningsfrekvens
<b>Tid till tilldelning av stödperson</b> <i>Beskrivning av metod</i> Stödperson ska tilldelas inom sju arbetsdagar	UR 2 och År
<b>Antal tilldelade uppdrag per stödperson</b> <i>Beskrivning av metod</i> Inte fler än fyra uppdrag per stödperson	UR 2 och År

### 2.2 Uteblivet svar till patienten

Kontrollmoment	Redovisningsfrekvens
<b>Vårdgivaren har inte besvarat klagomålet trots påminnelser</b> <i>Beskrivning av metod</i> Antal ärenden som överlämnas till IVO	UR 2 och År

### 2.3 Försenat svar till patient

Kontrollmoment	Redovisningsfrekvens
<b>Bevakning av att vårdgivaren svarar inom begärd tid</b> <i>Beskrivning av metod</i> Mäta antalet påminnelser 1, 2, 3	UR 2 och År

### 2.4 Otillräckliga informationsinsatser

Kontrollmoment	Redovisningsfrekvens
----------------	----------------------

Kontrollmoment	Redovisningsfrekvens
<p><b>Patientnämndens informationsinsatser</b></p> <p><i>Beskrivning av metod</i>  <i>Antal informationsinsatser/halvår</i></p>	<p>UR 2 och År</p>

## 2.5 För litet antal analyser och rapporter

Kontrollmoment	Redovisningsfrekvens
<p><b>Produktion av analyser och rapporter</b></p> <p><i>Beskrivning av metod</i>  <i>Inte mindre än två analyser och två rapporter om året</i></p>	<p>UR 2 och År</p>