

Patientnämnden Halland**§52****Beslut internkontrollplan 2026**

PnH250928

Beslut

Patientnämnden Halland beslutar att

- anta förslagen internkontrollplan för verksamhetsår 2026.

Ärendet

Varje styrelse och nämnd ska årligen upprätta en plan för den interna kontrollen. Internkontrollplanen upprättas efter att bedömning av väsentligheter och risker i verksamheten gjorts, och ska innehålla de kontrollmoment som nämnden bedömer ska kontrolleras för att nämnden ska kunna upprätthålla en god kvalitet i verksamheten.

En riskanalys har genomförts av Patientnämndens presidium avseende den verksamhet som nämnden bedriver och som ligger inom nämndens ansvarsområde. Riskanalysen har presenterats för nämnden, och utifrån denna har dialog kring innehåll och prioritering genomförts vid nämndens sammanträde den 5 november 2025. Utifrån genomförd dialog har patientnämndens kansli tagit fram ett förslag till internkontrollplan för verksamhetsår 2026.

Vid sammanträdet har nämnden att besluta om föreslagen internkontrollplan.

Förslag till beslut

Patientnämnden Halland beslutar att

- anta förslagen internkontrollplan för verksamhetsår 2026.

Beslutsunderlag

- Beslutsförslag, internkontrollplan 2026
- Internkontrollplan 2026
- §39 PNH Inför framtagande av intern kontrollplan 2026
- Riskanalys 2026

Ordförandes sign

Justerares sign

Utdragsbestyrkande

Patientnämnden Halland

Expedieras till
Regionstyrelsen

Paragrafen är justerad

Ordförandes sign

Justerares sign

Utdragsbestyrkande

Regionkontoret
Styrning och stöd
Alexandra Andersson
Nämndtjänsteman

Beslutsförslag

Datum	Diarienummer
2025-07-28	PnH250928

Patientnämnden Halland**Beslutsförslag, internkontrollplan 2026****Förslag till beslut**

Patientnämnden Halland beslutar att

- anta föreslagen internkontrollplan för verksamhetsår 2026.

Sammanfattning

Varje styrelse och nämnd ska årligen upprätta en plan för den interna kontrollen. Internkontrollplanen upprättas efter att bedömning av väsentligheter och risker i verksamheten gjorts, och ska innehålla de kontrollmoment som nämnden bedömer ska kontrolleras för att nämnden ska kunna upprätthålla en god kvalitet i verksamheten.

En riskanalys har genomförts av Patientnämndens presidium avseende den verksamhet som nämnden bedriver och som ligger inom nämndens ansvarsområde. Riskanalysen har presenterats för nämnden, och utifrån denna har dialog kring innehåll och prioritering genomförts vid nämndens sammanträde den 5 november 2025. Utifrån genomförd dialog har patientnämndens kansli tagit fram ett förslag till internkontrollplan för verksamhetsår 2026.

Vid sammanträdet har nämnden att besluta om föreslagen internkontrollplan.

Barnkonsekvens- och jämställdhetsanalys

Inga konsekvenser för barn, kvinnor eller män med anledning av beslutet.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Inga ekonomiska konsekvenser med anledning av beslutet.

Regionkontoret

Henrik Lundahl
Kanslichef

Anita Henriksson
Handläggare

Bilaga:

Internkontrollplan 2026, Patientnämnden Halland
§ 39 PNH Inför framtagande av intern kontrollplan 2026
Riskanalys 2026, Patientnämnden Halland

Styrelsens/nämndens beslut delges

Regionstyrelsen



Internkontrollplan

2026

Patientnämnden
2026

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	3
2	Kontroller 2026	4
2.1	Brist på stödpersoner	4
2.2	Uteblivet svar till patienten	4
2.3	Försenat svar till patient	4
2.4	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 2026

2.1 Brist på stödpersoner

Kontrollmoment	Redovisningsfrekvens
Tid till tilldelning av stödperson- Stödperson ska tilldelas inom sju arbetsdagar Beskrivning av metod <i>Tid från förfrågan om stödperson fram tills att tilldelning har skett markeras i Platina ärendekort. Statistik hämtas inför kontroll period att tilldelning kan ske inom tidsintervall. Analys av tilldelningstid genomförs och vid behov tas åtgärd fram.</i>	UR 2 och År
Antal tilldelade uppdrag per stödperson -Inte fler än fyra uppdrag per stödperson Beskrivning av metod <i>Statistik förs över antal tilldelade uppdrag och redovisas vid halvår och helår. Varje månad följer handläggare upp antal uppdrag i jämförelse med antal aktiverade stödpersoner och bedömer om mängden stödpersoner är adekvat.</i>	UR 2 och År

2.2 Uteblivet svar till patienten

Kontrollmoment	Redovisningsfrekvens
Vårdgivaren har inte besvarat klagomålet trots påminnelser -Antal ärenden som överlämnas till IVO Beskrivning av metod <i>Rutinen är att när begäran om yttrande inte har besvarats inom tid och tre påminnelser gått ut ska ärendet överföras till IVO. Samordnaren får indikation från handläggare att svar inte kommit in, noteras i Stratsys som uteblivet svar där åtgärd blir att anmäla ärendet till IVO. Statistik förs i Stratsys om antal anmälningar och redovisas vid nämndsmöten i PPT.</i>	UR 2 och År

2.3 Försenat svar till patient

Kontrollmoment	Redovisningsfrekvens
Bevakning av att vårdgivaren svarar inom begärd tid - Mäta antalet påminnelser 1, 2, 3	UR 2 och År

Kontrollmoment	Redovisningsfrekvens
Beskrivning av metod Varje ärende som avslutas registreras svarstid enligt rutin. Samordnaren tar ut statistiken och dokumenterar detta i en regiongemensam månadsuppföljning i Stratsys tillsammans med fyra förvaltningarna för analys och åtgärder. Vid nämndsmöte redovisas svarstider och eventuella förslag på nya åtgärder.	

2.4 För litet antal analyser och rapporter

Kontrollmoment	Redovisningsfrekvens
Produktion av analyser och rapporter - Inte mindre än två analyser och två rapporter om året Beskrivning av metod Statistik förs över antal genomförda analyser och rapporter, redovisas till nämnden. Mätning av tidsåtgång/resursuttag för planering av framtida analyser.	UR 2 och År