



# Internkontrollplan 2026

Patientnämnden

Fastställd av patientnämnden  
Framtagen av patientnämndens kansli  
Datum 2025-12-09  
Gäller 2023  
Ärendenr PAN 2025/34  
Version [1.0]

## Internkontrollplan 2026

### 1. Inledning

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. En intern kontroll ska bland annat stödja att man uppnår en ändamålsenlig verksamhet, tillförlitlig rapportering om verksamhetens resultat och resursanvändning och att lagar, regler och styrdokument efterlevs. En bra intern kontroll motverkar fel, oavsiktliga och avsiktliga, som görs i det dagliga arbetet. Intern kontroll ska vara en naturlig del i alla processer.

#### 1.1. Risker för verksamheten

Det har inte gjorts en fullständig riskanalys- och bedömning för verksamheten inför 2026. Däremot har det gjorts en identifiering och bedömning av risker som bedöms relevanta att hantera inom ramen för en intern kontroll.

Det finns en hög risk att verksamhetens rutiner inte är uppdaterade utifrån förändrade arbetssätt och att det finns rutiner som behöver upprättas. Om arbetssätt inte beskrivs korrekt i rutiner som sedan åtföljs riskerar verksamhetens arbete att bli godtyckligt, handläggning av ärenden ojämlig samt att arbetsuppgifter inte utförs. En annan medelhög risk är att verksamheten inte arbetar systematiskt med att informera om sin verksamhet och som konsekvens får svårt att klara sitt lagstadgade uppdrag och riskerar att inte nå patientnämndens mål enligt verksamhetsplan. Ytterligare en risk är den databas som används för verksamhetens handläggning, dels för att den har en låg grad av digitalisering vilket leder till att handläggningen inte är tillräckligt kostnadseffektiv, dels för att säkerheten inte kan stärkas ytterligare och dels för att förvaltning av databasen är osäker och eventuella fel kanske inte kan åtgärdas framöver.

### 2. Områden för kontroll

Under 2026 behöver kontroll ske av verksamhetens rutiner i form av en översyn, att arbete med att informera om verksamheten fortlöper samt att arbete med digitaliseringen framskrider. Samtliga områden är omfattande och bör kontrolleras över en längre tid.

För varje område har 2–4 kontrollmoment valts ut för att säkerställa att nödvändiga steg tas i arbetet inom respektive område. Kontroll sker genom granskning av arbetet med respektive moment, vid regelbundna mötesavstämning var 6–8 vecka. Kontroll av att rutiner följs kontrolleras genom stickprov av avslutade handläggningsärenden i samband med regelbundna ärendegenomgångar.

Område för kontroll	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Kontrollansvar
Översyn av rutiner	Att kartläggning av rutiner är uppdaterad och slutförd	Mötesavstämning var 6–8 vecka	Handläggare och enhetschef
Översyn av rutiner	Att rutin för klagomålshandläggning är aktuell och följs	Mötesavstämning var 6–8 vecka respektive 4 stickprov	Handläggare och enhetschef
Översyn av rutiner	Att rutin för stödpersonshandläggning är aktuell och följs	Mötesavstämning var 6–8 vecka respektive 2 stickprov	Handläggare och enhetschef
Information om verksamheten	Att en kommunikationsplan är upprättad	Mötesavstämning var 6–8 vecka	Handläggare och enhetschef
Information om verksamheten	Att det finns en aktuell broschyr om klagomålsverksamheten	Mötesavstämning var 6–8 vecka	Handläggare och enhetschef
Information om verksamheten	Att det finns en upprättad plan för informationsinsatser gentemot Socialförvaltningens verksamheter	Mötesavstämning var 6–8 vecka	Handläggare och enhetschef
Information om verksamheten	Att planerade informationsinsatser genomförs	Mötesavstämning var 6–8 vecka	Handläggare och enhetschef
Digitalisering	Att en projektplan upprättas	Mötesavstämning var 6–8 vecka	Enhetschef
Digitalisering	Att underlag till upphandling inhämtas från andra patientnämnder	Mötesavstämning var 6–8 vecka	Handläggare

### 3. Uppföljning och rapportering

Uppföljning av intern kontroll sker regelbundet genom avstämning vid verksamhetsmöten. Rapportering till nämnden sker vid årets andra respektive tredje sammanträde, vanligtvis i april och i september, samt vid årsrapport som presenteras för nämnden vid årets sista sammanträde.