

# Institutionsgranskning CLINTEC

Internrevisionen, 2016-09-05

Peter Ambrosion  
Karin Eduards



**Karolinska  
Institutet**



Internrevisionen

Ordförande Lars Lejonborg  
Vik. rektor Karin Dahlman-Wright  
Universitetsdirektör Per Bengtsson  
Prefekt Li Felländer-Tsai  
Administrativ chef Pille Ann Härmat

## **Institutionsgranskning CLINTEC**

Internrevisionen har i uppdrag att granska den interna styrningen och kontrollen inom hela KI:s verksamhet. I detta arbete stödjer internrevisionen konsistoriet, rektor och prefekt i den löpande utvärderingen av bland annat institutionernas interna styrning och kontroll. Enligt revisionsplan skulle inte denna institution granskas 2016. Av beslut av konsistoriet avseende tillsättandet av en extern utredning av KI:s hantering av ett uppmärksammat ärende, framgår att internrevisionen ska utgöra en resurs för utredningen. I enlighet med detta avser granskningen utgöra ett underlag för utredningen samt stödja KI i hanteringen av det uppmärksamade ärendet.

I revisionsrapporten framgår gjorda iakttagelser och internrevisionens bedömningar med rekommendationer.

Internrevisionens iakttagelser och rekommendationer ska leda till en handlingsplan som rektor redovisar för beslut av konsistoriet vid nästa konsistoriemöte. Av handlingsplanen skall det framgå vilka åtgärder KI ämnar vidta, vem som är ansvarig och tidpunkt när åtgärd ska vara klar.

Revisionsrapporten är fastställd av internrevisionschefen efter föredragning av internrevisor Karin Eduards.

Peter Ambroson  
Internrevisionschef

# Institutionsgranskning CLINTEC

## INNEHÅLL

Sammanfattning.....	1
1 Inledning.....	5
2 Granskningens design, avgränsning och syfte.....	6
2.1 Bedömningsmål och bedömning, CLINTEC.....	8
3 Verksamheten vid CLINTEC.....	9
3.1 Funktionell organisation.....	9
3.2 Verksamhetsplan och budget .....	9
3.3 Resultatkrav och förändrade förutsättningar 2016 .....	10
3.4 Styrning och uppföljning inom CLINTEC.....	11
3.4.1 Styrande dokument - ekonomiadministration .....	11
3.4.2 Säkerhet i forskningslaboratorier .....	13
3.4.3 Den samlade regelefterlevnaden vid institutionen.....	14
3.5 Samverkan med Karolinska Universitetssjukhuset.....	15
4 Fallstudie ACTREM .....	17
4.1.1 Bakgrundsbeskrivning .....	17
4.2 PM:s roll i organisationen .....	18
4.3 Motsättningar och arbetsmiljöproblem .....	18
4.4 Uppföljning av forskarmiljön.....	21
4.5 Forskning och forskarutbildning .....	22
4.6 Beslutet om avveckling.....	25
4.7 Anställda med bolagskoppling .....	28
4.8 Uppföljning av rektors beslut .....	29
5 Intern styrning och kontroll vid CLINTEC .....	33
5.1 Bisyssla och jäv .....	33
5.2 Sammanhållen riskanalys.....	34
5.2.1 Projektstruktur .....	36
5.3 Substansgranskning ekonomiadministration.....	36
5.3.1 Inköp .....	36
5.3.2 Delegationer och attester.....	37
5.4 Personaladministration .....	37
5.4.1 Ansvar och befogenheter.....	37
5.5 Substansgranskning av lönerelaterade kostnader .....	38
5.5.1 Reseräkningar, utlägg m.m.....	38
5.5.2 Lönekostnader.....	38
6 Räkenskaper .....	39
6.1 Institutionens räkenskaper.....	39
6.2 Avstämningar och bokslutsarbete.....	39
6.2.1 Periodiseringar .....	39
7 Förutsättningar för verksamhetens bedrivande.....	40
7.1 Anknutna i forskningen .....	40
7.2 Implementering av beslut, delegationsordning m.m. ....	41
7.3 Sammanhållen riskanalys vid KI .....	43
7.4 Central hantering av bisysslor.....	44
8 Överlämnade rekommendationer i samlad lista .....	45
Bilaga, Sammanställning CLINTEC enkät VT 2016.....	47

Uppdaterad version 2016-09-16

Utgivare:

Karolinska Institutet

Internrevisionen

För fler exemplar, kontakta karin.eduards@ki.se

## Sammanfattning

Internrevisionen har genomfört en fördjupad institutionsgranskning vid Institutionen för klinisk vetenskap, intervention och teknik (CLINTEC) vid Karolinska Institutet (KI). Granskningen<sup>1</sup> har genomförts i syfte att övergripande bedöma hur väl institutionen säkerställer att den verksamhet som där bedrivs genomförs i enlighet med KI:s lednings<sup>2</sup> intentioner, att den följer gällande lagar och regler samt att det finns en betryggande intern styrning och kontroll. Internrevisionen har särskilt följt upp den forskningslaborativa miljö (som instiftades vid en av CLINTEC:s enheter) där den nu omskrivne f.d. gästprofessorn/forskaren (nedan kallad PM) i huvudsak verkade. Internrevisionen har även, i tillhöriga delar, granskat huruvida KI:s ledning tillhandahållit tillräckliga förutsättningar för att en ändamålsenlig verksamhet ska kunna bedrivas.

Sammantaget visar den genomförda granskningen att verksamheten vid CLINTEC inte i alla delar genomförts på ett ändamålsenligt sätt då det förekommer vissa brister. CLINTEC bör bl.a. stärka den övergripande samordningen och uppföljningen kring tillämpliga lagrum och regelverk i syfte att säkerställa regel efterlevnad, inte minst i forskningslaboratorier. De bör fortsätta det påbörjade arbetet med att skapa fungerande delegationer och säkerställa att en tillförlitlig riskhanteringsprocess etableras så att verksamhetens hållbarhet kan stärkas. Dessutom bör en institutionsövergripande kontroll över vilka åtaganden enheterna gjort i avtal å KI:s vägnar införas.

Flera av CLINTEC:s verksamheter bedrivs i Karolinska Universitetssjukhusets lokaler, framförallt i Huddinge, och flera uppger sig vara nöjda med hur samverkan mellan parterna fungerar i det dagliga arbetet. Samtidigt visar granskningen att det förekommer verksamhetsområden där KI och sjukhuset inte är samstämmiga eller eniga. Även om utvecklingsarbete pågår vad gäller överenskommelser mellan huvudmännen och har gjort under ett flertal år, visar granskningen att oklara ansvarsförhållanden leder till att inblandade parter ibland finner egna utvägar. Oklarheter i vem som har ansvar för vad kompenseras för genom personbundna lösningar, eller att ingen av parterna tar ansvar eftersom osäkerheten gör att frågan kan bollas över på den andra parten. KI bör därför stärka sin samverkan med sjukhuset i de delar där avtal saknas, eller ännu inte är implementerade.

Internrevisionen har genomfört en fördjupad granskning av PM:s forskningslaborativa miljö, som instiftades tidigt 2011 och lades ned under 2016 av institutionen på direkt uppdrag från rektor. Granskningen visar att den uppföljning som normalt genomförs av forskningsmiljöer vid KI inte påvisade avvikelser för gruppen. Internrevisionen menar att det föreligger en risk att den uppföljning som genomförs av forskarmiljöer vid KI inte i tillräcklig grad fångar sådana missförhållanden som kan utgöra oegentlighetsrisker eller leda till förtroendeskada. Internrevisionen menar att det snarare kan finnas en risk att valda indikatorer, som antal publikationer i välrenommerade tidskrifter, i sig kan utgöra en drivkraft mot att kompromissa med forskningsresultat för att komma bättre ut vid medelstildelning. KI bör därför arbeta fram system och indikatorer som kan

<sup>1</sup> För metod och angreppssätt, se kapitel 2.

<sup>2</sup> Vilket internrevisionen, om annat inte nämns, likställer med KI:s verkställande ledning, d.v.s. rektor, prorektor och universitetsdirektör.

fungera som varningssignaler på missförhållanden och risker vad gäller ordning och reda i forskning.

Trots förhållandevis omfattande insatser för att introducera PM vid KI, skapades inte en övergripande samordning och styrning av dennes aktiviteter. Granskningen visade att PM:s kontaktytor inom KI var flerfaldiga, både med formella och informella ledare, men att skriftliga överenskommelser och uppdrag ofta saknats. En medvetenhet fanns kring att PM inte i alla delar hade den efterfrågade kompetensen eller var fysiskt på plats på ett förutsägbart sätt. Detta kompensades bl.a. för genom tilldelning av extra handledare för doktorander samt att andra skötte den dagliga verksamheten i forskningslaboratoriet. En genomlysning av PM:s resor visar att han, förutom resor som finansierats inom enheten, även bland annat rest för universitetsförvaltningen vid KI. Att det togs beslut kring PM utan att delegationsordningen följdes kan ytterligare ha bidragit till otydlighet kring var beslut vad gäller dennes verksamhet skulle tas och av vem. Intervjuer, mailkonversation och andra dokument visar att PM inte fäste någon större vikt vid KI:s delegationsordning eller såg det som sitt ansvar att skapa transparens kring sina förehavanden. Att detta kunde fortgå underlättades enligt de intervjuade av att denne rönt stor framgång vad gäller tilldelning av anslag och publikationer av så kallade excellenta arbeten, samt att denne inte var heltidsanställd vid KI.

Internrevisionen menar att det finns lärdomar att dra av detta. Oklarheter i linjen kring vad som sanktionerats, eller vilket mandat PM i realiteten hade att själv forma sitt uppdrag, bidrog sannolikt till att enhets- och institutionscheferna inte i tillräcklig grad förmådde skaffa sig den överblick som hade behövts för att bättre planera för och styra PM:s förehavanden. Dessutom förefaller det oklart vilka krav som ska ställas på forskare vid KI i liknande sammanhang. Därför menar internrevisionen att KI bör på ett systematiskt sätt samordna insatser kring och följa upp att utländska forskare kan finna sig tillrätta vid KI inom skäligt tid från ankomst.

Granskningen har visat att det funnits motsättningar mellan två forskargrupper som delade lokaler, som ledde till arbetsmiljöproblem. Deltagare i dessa båda forskargrupper hörde till totalt fyra olika institutioner och vem som hade rådgivning över det psykosociala arbetsmiljöansvaret kunde inte fullt ut utrönas. Ledningen för CLINTEC lyfte arbetsmiljöproblemet till rektor och vissa åtgärder genomfördes, men arbetsmiljöproblemet kvarstod. Internrevisionen menar att KI saknar en tillräckligt stödjande struktur för att lösa arbetsmiljöproblem som uppstår mellan institutioner, eller mellan KI:s verksamhet och landstinget. Vem som ska ta initiativ till och genomföra relevanta åtgärder behöver tydliggöras. Rektor bör därför tillse att organisationen kring arbetsmiljöfrågorna är ändamålsenlig och utgör en funktionell grund för att säkerställa att arbetsgivaren kan ta sitt lagstiftade ansvar för arbetsmiljön.

Under 2014 inkom tre anmälningar till KI om oredlighet i forskning kopplade till PM:s forskningsmiljö, där rektor i beslut 2015 kritiserade de anmälda för oaktsamhet. Internrevisionen har granskat implementeringen av besluten, med tillhörande åtgärder. Granskningen har visat att implementeringen har påbörjats men att det nu är oklart huruvida den under rådande omständigheter kommer

fortsätta. Granskningen har också bekräftat internrevisionens tidigare iakttagelse, från genomlysningar av olika verksamheter som genomförts under året, att KI saknar rutiner för hur rektors beslut ska implementeras och verkställigheten följas upp.

En annan aspekt är KI:s möjlighet att utröna huruvida oredlighet har förekommit, när avvecklingen av forskargruppen försvårar vad gäller att följa upp innehållet i den forskning som där bedrivits. Internrevisionen menar att möjligheten att spåra redligheten i forskarnas arbete är viktigt för KI. Därför bör KI skapa ytterligare tydlighet kring vilka krav som ställs på forskningsdokumentation, samt vilka databaser och filformat som är godkända, så att spårbarhet i forskningsdokumentation kan stärkas.

Internrevisionen konstaterar vidare att utredningarna har tagit lång tid i anspråk, de har påverkat både anmälandes och anmäldas arbetsförmåga. Om insatser inte vidtas och forskningsproduktionen går ner, riskerar KI bli återbetalningsskyldig för redan tilldelade medel samt att tappa position i konkurrens med andra under tiden med att utredning pågår. Internrevisionen uppfattar inte att KI, i tillräcklig grad, har analyserat vilka risker oredlighetsanmälningar innebär för forskargrupper, eller vidtagit relevanta åtgärder i syfte att minimera negativa effekter och samtidigt förstärka möjliga positiva sådana. KI bör även vidta åtgärder för att hantera de förtroendeskadliga risker som kan uppstå för verksamheten som en konsekvens av oredlighetsanmälningar.

Internrevisionen har genomfört en jämförande analys av faktisk bisyssla och anmäld bisyssla och fann vissa avvikelser vid CLINTEC. När dessa åtgärdades visade det sig att rutinerna för insamlande av information vad gäller bisyssla vid KI inte gav tillräckliga underlag för att kunna bedöma jävssituationer bland anställda. Internrevisionen menar att medvetenhet om risker för jäv, i enlighet med det vid KI gällande regelverket, bör stärkas i syfte att minska riskerna för förtroendeskada, oegentligheter, och otillbörlig påverkan på verksamheten. KI bör komplettera instruktionerna för ifyllande av bisyssloanmälningar så att dessa även kan fånga jävssituationer. Internrevisionen föreslår att KI genomför en myndighetsövergripande insats så att anställdas bisyssla kan analyseras utifrån risk för otillbörlig bisyssla, påverkan eller risk för jäv.

KI omfattas av förordningen (2007:603) om intern styrning och kontroll (FISK) och måste därmed uttala sig i årsredovisningen om huruvida den interna styrningen och kontrollen vid myndigheten är betryggande. Vid den granskade institutionen är ansvaret för agerande i enlighet med regelverket ofta delegerat till den som har störst överblick och möjlighet att påverka situationen, bland annat vad gäller ekonomisk styrning, arbetsmiljö och säkerhet i laboratorier. Institutionsledningens insyn i hur dessa uppgifter utförs förefaller inte alltid vara tillräcklig för att de ska kunna uttala sig om CLINTEC:s övergripande regelefterlevnad på ett betryggande sätt. Institutionen bör därför stärka den övergripande uppföljningen kring efterlevnaden av tillämpliga lagrum och regelverk. De bör även säkerställa att en tillförlitlig riskhanteringsprocess etableras – så att relevanta åtgärder kan genomföras, verksamhetens hållbarhet stärkas och mål uppnås med större säkerhet – som utgör en del av KI:s övergripande riskhanteringsprocess.

KI:s ledning förefaller inte heller ha – direkt eller indirekt – tillräcklig insyn i verksamheten för att uttala sig om huruvida den interna styrningen och kontrollen är betryggande i alla delar. Därmed riskerar även konsistoriets slutliga uttalande i årsredovisningen avseende den interna styrningen och kontrollen inte vara tillräckligt underbyggt. Internrevisionen menar att samordning och uppföljning av delegerade uppgifter bör genomföras, så att efterlevnaden av delegationsordningen och möjligheten att ta ansvar där rådighet finns kan stärkas. Arbetet med säkerheten i laboratorier bör prioriteras i högre grad eftersom det kan kopplas till ett flertal risker för skada, på människor, egendom och förtroende – även på övergripande nivå. Risk och konsekvensbedömningar kan genomföras mer systematiskt i syfte att minimera oönskade risker och konsekvenser för KI, verksamheten, anställda och anknutna<sup>3</sup>. Granskningen visar även att den nuvarande hanteringen av anknutna riskerar leda till bristande möjligheter till kontroll och insyn i de delar av verksamheten där anknutna personer verkar. Därför bör den genomlysning av regelverket kring anknutna, som ursprungligen gjordes, uppdateras så att ändamålsenligheten kan säkras.

Denna rapport innehåller ett flertal rekommendationer som handlar om stärkt samordning, styrning och uppföljning. Flera av dem handlar om vilka förutsättningar KI:s ledning skapar för verksamheterna. Internrevisionens intryck efter genomförd granskning är att samordningen behöver stärkas vid universitetsförvaltningen så att institutionerna kan luta sig mot KI i situationer där regelverket upplevs oklart och behöver tolkas, inte minst vad gäller hanteringen av allmän och offentlig handling. Styrningen från högsta ledningen behöver bli mer strategisk och konsekvent, så att det är tydligt för alla vad som gäller. Internrevisionen uppfattar dessutom att flera inom KI behöver bli mer medvetna om vad KI är och står för, samt vad KI i realiteten har för vision (Strategi 2018), så att den kan inkorporeras som en värdegrund i anställdas och anknutnas förhållningssätt. Uppföljning behöver genomföras i syfte att säkra att alla vid KI genomför det som åligger dem, inklusive att regelverk och rutiner efterlevs. Men också för att tydliggöra vilka förväntningar som finns (t.ex. de som formulerats i Code of Conduct) på de som agerar i KI:s namn.

Flera för KI besvärliga konsekvenser har uppstått relaterade till PM och KI har sannolikt utsatts för förtroendeskada. Internrevisionen menar att KI:s ledning inte i alla delar på ett betryggande sätt förmått hantera konsekvenserna av det mediala och offentliga trycket. Internrevisionen ser därför ett behov av utvärdering av krisledning och krishantering, i syfte att förbättra framtida krishantering vid s.k. mediadrev och andra kriser.

---

<sup>3</sup> Anknuten är en avtalsform som används vid KI primärt för att knyta forskare till sig som har en annan huvudanställning, som landstinget eller annan verksamhet.

## 1 Inledning

Internrevisionen vid KI arbetar på uppdrag av konsistoriet i enlighet med internrevisionsförordningen (SFS 2006:1228) samt Ekonomistyrningsverkets föreskrifter och allmänna råd. Där stipuleras att internrevisionen bl.a. ska självständigt granska om ledningens interna styrning och kontroll är utformad så att myndigheten med en rimlig säkerhet fullgör de krav som framgår av 3 § myndighetsförordningen (SFS 2007:515) samt andra lagrum. Internrevisionen ska bedrivas enligt god internrevisionssed och god internrevisorssed<sup>4</sup> samt ge råd och stöd till både styrelsen och chefen för myndigheten.

Som en del av KI:s internrevisionsplan ska ett urval institutionsgranskningar genomföras under året, där en prioritering sker dels utifrån genomförd riskanalys, dels utifrån regelbundenhet. Mot bakgrund av ett pågående aktuellt och medialt uppmärksammat ärende kopplat till anmälningar om oredlighet i forskning, har institutionen för klinisk vetenskap, intervention och teknik (CLINTEC) valts ut för revision, även om den ursprungligen inte låg i revisionsplanen för 2016. Granskningen utgör även ett underlag för den av konsistoriet externt tillsatta utredningen ledd av Sten Heckscher.

Internrevisionen genomförde senast en institutionsgranskning vid CLINTEC 2013. En mindre uppföljning av då beslutade åtgärder har gjorts och visar att dessa genomförts eller håller på att genomföras. Sedan dess har dessutom personalförändringar skett vid institutionen som skapat nya förutsättningar för intern styrning och kontroll och stärkt samordning av delegerade funktioner.

Granskningen har genomförts under en period av högt medialt och offentligt tryck som arbetsmässigt påverkat inte bara institutionen utan även i andra delar av KI. Flera har drabbats på ett personligt plan. Det är internrevisionens förhoppning att, genom detta underlag, kunna bidra till att denna kris ska leda till förbättringar och utveckling av verksamheter och forskningskvalitet vid Karolinska Institutet.

Föreliggande rapport beskriver granskade delar av verksamheten och är till största delen en avvikelserapportering.

---

<sup>4</sup> Som International Professional Practices Framework (IPPF), det internationella ramverk som leder internrevisionsprofessionen.



## 2 Granskningens design, avgränsning och syfte

Denna revision av CLINTEC har syftat till att övergripande bedöma hur väl institutionen säkerställer att den verksamhet som där bedrivs genomförs i enlighet med KI:s lednings intentioner. Att den följer gällande lagar och regler samt att det finns en betryggande intern styrning och kontroll. Revisionen har dessutom särskilt följt upp den forskningslaborativa miljö där PM i huvudsak verkade vid KI i syfte att fånga ansvarsförhållanden samt bevaka hur ärendet påverkat CLINTEC:s möjligheter att nå målen. Internrevisionen har även i valda delar granskat huruvida KI:s ledning tillhandahållit tillräckliga förutsättningar för att verksamheten ska kunna bedrivas på ett ändamålsenligt sätt.

Internrevisionen har sammanställt en uppsättning bedömningsmål (se nästa sida) i syfte att öka transparensen både kring vad som granskas och hur det bedöms. Bedömningsmålen prövas här för första gången och avsikten är att även använda dessa för att öka jämförbarheten mellan olika institutionsgranskningar vid KI.

Granskningen omfattar perioden januari 2015 – mars 2016 samt det planerings- och prognosarbetet för 2016 som hunnit genomföras per mars 2016. För granskningen av vissa delar av ACTREM<sup>5</sup> har även valda iakttagelser kopplade till åren 2010 – 2014 inkluderats.

Revisionen genomfördes under våren 2016 som en process med följande design:

Inledande fas	Insamlade av underlag	Analys och rapport	Faktakontroll	Rekommendationer och åtgärder
Planering, Inledande intervjuer mm	PwC <sup>6</sup> granskar ordning och reda i räkenskaperna vid CLINTEC, enheten för öron, näs- och halssjukdomar samt enheten för pediatrik	Analys och rapportskrivning	Utkast för synpunkter till granskade	Presentation och beslut i Konsistoriet
	Analys av anmälda bisysslor kopplat bl.a. till bolagsverket och KI:s leverantörsregister		Underhandskommunikation med institutionen och KI:s ledning	Rektors och prefekts åtgärder
	Intervjuer med ett urval representanter kring verksamhetsstyrning och stöd			
	Enkät kring intern styrning och kontroll med efterföljande tolkningsseminarium			
	Fallstudie vid ACTREM kring arbetsmiljö samt styrning och uppföljning			

Internrevisionen har granskat CLINTEC:s och KI:s gällande dokument och delegationer med relevans för granskningen. En enkät kring ordning och reda<sup>7</sup> skickades ut till ca hälften av de anställda vid institutionen, vilken använts som underlag för diskussioner vid ett tolkningsseminarium tillsammans med ett urval ledningsfunktioner vid CLINTEC. Ett 20-tal intervjuer i olika konstellationer har genomförts med både ansvariga och intressenter framförallt vid CLINTEC och KI:s centrala förvaltning men även med andra institutioners medarbetare.

<sup>5</sup> Se mer om ACTREM, den forskningslaborativa miljö där gästprofessorn (PM) var verksam, under kapitel 4.

<sup>6</sup> Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (PwC) bistod i granskningen primärt vad gäller ordning och reda samt räkenskaper.

<sup>7</sup> Se bilaga för en kortare sammanfattning av enkätens urval, innehåll och resultat.

Granskningen har skett emot på området gällande lagar och regler, KI:s regelverk enligt god revisions- och revisorssed. Internrevisionen har även granskat mot Skatteverkets och Bolagsverkets olika register samt KI:s leverantörsregister.

Iakttagelser i denna rapport har faktagranskats med berörda. Rapportens innehåll har underhandskommunicerats muntligen och skriftligen dels med CLINTEC:s ledning, dels med KI:s ledning vid ett par tillfällen. Rapporten är även överlämnad till den externa utredningen.

Rapporten lämnades till KI:s ledning och CLINTEC för framtagande av åtgärder. Den presenterades sedan tillsammans med rektors åtgärdsplan för konsistoriet i september 2016.

Granskningen har genomförts av Peter Ambrosion och Karin Eduards vid KI:s internrevision.

## 2.1 Bedömningsmål och bedömning, CLINTEC

Sammanställningen nedan visar de bedömningsmål<sup>8</sup> som använts i granskningen. Ett urval av lämpliga granskningsområden har skett utifrån av internrevisionen uppfattade risker och avvikelser vid institutionen, i enlighet med föreliggande rapport. Bedömningen görs kopplat till de granskade delarna enligt trafikljusskalan, där röd är inte betryggande, gul är betryggande i vissa delar, och grönt är betryggande.

<b><i>Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat</i></b> <i>Institutionen uppnår målen för verksamheten och följer gällande beslut, riktlinjer och föreskrifter. Verksamhetens resultat och resurser står i ett rimligt förhållande till varandra. Följande bedömningsmål har belysts och bedömts (i förekommande fall kan även förra årets verksamhet granskas):</i>		
1. Institutionen har uppnått ställda resultatkrav, genomfört planerad verksamhet på ett betryggande sätt och uppnått satta mål.		Gul
2. Verksamheten har bedrivits i enlighet med gällande lagar, regler, föreskrifter, riktlinjer m.m.		Gul
<b><i>Intern styrning och kontroll</i></b> <i>Institutionen ansvarar för att det finns en betryggande intern styrning och kontroll inom verksamheten, inklusive riskhantering, som bidrar till måluppfyllelse, effektiv verksamhet och regelefterlevnad. Följande bedömningsmål har belysts och bedömts.</i>		
3. Institutionen har fastställt en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter som utgör en logisk del av KI:s övergripande verksamhet.		Gul
4. Institutionen har fastställt ekonomiska och verksamhetsmässiga mål i linje med KI:s mål och övriga uppdrag. Målen är mätbara/uppföljningsbara		Grön
5. Institutionen har fungerande system för att säkerställa att mål och uppdrag uppnås samt att gällande riktlinjer, lagar, föreskrifter m.m. följs.		Röd
6. Institutionen har genomfört en riskanalys som identifierar, värderar och prioriterar väsentliga risker. Institutionen har fastställt vilka åtgärder/ kontroller som ska hantera prioriterade risker. Institutionens riskarbete är kopplat till KI:s övergripande riskarbete.		Röd
7. Institutionen följer kontinuerligt och systematiskt upp ekonomi och verksamhet, inom samtliga områden, analyserar väsentliga avvikelser samt vidtar åtgärder vid behov.		Gul
8. Institutionen rapportering ger en rättvisande och tillförlitlig information om ekonomi och verksamhet.		Gul
9. Institutionen har ändamålsenliga informations-, säkerhets- och kommunikationssystem som stödjer styrning, kontroll och uppföljning av verksamheten.		Röd
<b><i>Räkenskaper</i></b> <i>Institutionens redovisning är upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed så att räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultat och ställning och kan ligga till grund för styrning, ledning, uppföljning och kontroll av den verksamhet som bedrivs. Följande bedömningsmål har belysts och bedömts.</i>		
10. Institutionens räkenskaper är upprättade i enlighet gällande redovisningsregler, god redovisningssed samt andra lagar, regler och anvisningar.		Grön
11. Institutionens redovisning ger en rättvisande bild av resultat och ställning.		Grön

<sup>8</sup> Bedömningsmålen används som en uppnåelig idealbeskrivning av en verksamhet. Internrevisionen jämför granskningens fynd med bedömningsmålet och kan på så vis värdera graden av ändamålsenlighet i verksamheten på ett förhållandevis objektivt sätt. Det skapar också transparens kring vilka förväntningar som finns på verksamheten och ökar jämförbarheten mellan de revisioner där dessa mål använts.

### 3 Verksamheten vid CLINTEC

Detta delkapitel avrapporterar genomförd granskning kring huruvida CLINTEC uppvisar ekonomiska och verksamhetsmässiga resultat samt lever upp till ställda krav. Internrevisionen har även i valda delar granskat huruvida KI:s ledning tillhandahållit tillräckliga förutsättningar, se vidare kapitel 7.

Granskningen visar att CLINTEC inte i alla delar genomför sin verksamhet på ett ändamålsenligt sätt. Internrevisionen ser att det föreligger behov av stärkt samordnad uppföljning av regelefterlevnad och uppföljning av funktionalitet i delegerade arbetsuppgifter, se mer nedan.

Vid CLINTEC finns tretton enheter och en sektion, med tretton enhetschefer och en prefekt. Det bedrivs fem utbildningar. Andelen forskning/utbildning var 67,8/32,2 procent år 2015, d.v.s. utbildning utgör ca en tredjedel av verksamheten. CLINTEC omsatte ca 180 mnkr 2015, har ca 250 anställda och drygt 300 anknutna. Enheterna bedriver klinisknära forskning, utbildning och utveckling och institutionen har ett nära samarbete med Karolinska Universitetssjukhuset framförallt i Huddinge, men även i Solna. Även annan vård- och forskningsnära samverkan förekommer med övriga landstinget och andra aktörer.

#### 3.1 Funktionell organisation

Institutionen är en sammanslagning av ett urval enheter som har nära koppling till Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge, men även med andra vårdgivare som Danderyds sjukhus AB och Södersjukhuset AB. En övervägande andel av de svarande i den genomförda enkäten uppfattar att CLINTEC utgör en logisk del av KI:s övergripande verksamhet.

För vissa av enheterna finns samma discipliner representerade inom andra institutioner i Solna, samt Institutionen för kliniska vetenskaper, Danderyds sjukhus och Institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset. Detta komplicerar för disciplinföreträdare vad gäller att överblicka vad som sker inom sitt område vid KI. Samtidigt uppger vissa av enhetscheferna att ett av deras viktigaste åtaganden är att just samla kompetensen inom fältet i syfte att stärka forskning och utbildning inom området.

Granskning har visat att organisationen i dagsläget till stora delar är funktionell och att enheterna uppfattar tillhörigheten till viss del logisk, men inte okomplicerad.

#### *Internrevisionens bedömning*

Internrevisionen ställer sig tveksam till om institutionens organisation, i sin nuvarande utformning, i tillräcklig grad utgör ett stöd för en prefekt att kunna samordna och driva verksamheten samt att ha tillräcklig insyn i väsentliga delar på ett ändamålsenligt sätt.

#### 3.2 Verksamhetsplan och budget

CLINTEC har fastställt en verksamhetsplan inklusive aktivitetsplan för verksamhetsåren 2016-2018 som i granskade delar följer KI: riktlinjer. Dokumentet beskriver på ett funktionellt sätt bredden i CLINTEC:s verksamhet med de olika

enheterna, plockar upp väsentliga risker, även om urvalet är oklart<sup>9</sup>, samt anger åtgärder, ansvarig, tidplan och uppföljning.

Verksamhetsplanen (VP) utgör en summa av de olika enheternas arbete. Den ger intryck av att vara en redovisning av redan beslutade aktiviteter och åtgärder. Granskningen visar att VP inte används direkt för styrningen av enheten, utan den följs upp årligen i samband med att nästa aktivitetsplan ska skrivas. Några specifika nedbrutna mål kopplade till VP eller som är gemensamma mellan enheterna förefaller inte finnas. De områden som presenteras i verksamhetsplanen hanteras inom ramen för andra spår vad gäller genomförandet, och själva dokumentet får en undanskymd plats vid styrningen av verksamheten.

Det förefaller också oklart för representanter vid CLINTEC hur deras VP utgör en pusselbit i KI:s övergripande verksamhetsplanering. De har lämnat in VP enligt instruktioner till universitetsförvaltningen men ännu inte fått återkoppling på huruvida den var användbar eller inte. Eller hur den skulle kunna utvecklas för att bättre möta relevanta delar av KI:s övergripande behov och mål.

Intervjuade pekar på att budget och ekonomisk uppföljning är ett starkare styrmedel och verktyg, både för CLINTEC och för KI centralt, än verksamhetsplanen. Det är också framförallt genom ekonomisk målstyrning och numerärt mätbara mål som verksamheten bedöms och värderas, både vid institutionen och av KI centralt.

De intervjuade uttrycker att Strategi 2018 utgör ett förhållandevis oproblematiskt visionärt beskrivande av verksamheten och att de ställer sig bakom formulerad vision, uppdrag, mål och värdegrund. Internrevisionen har inte analyserat huruvida det finns en tydlig koppling mellan Strategi 2018 och av institutionen fastställd budget. Strategi 2018 uttrycker inte heller ekonomiska aspekter eller indikatorer. Någon specifik uppföljning kring huruvida man implementerar och lever upp till Strategi 2018 genomförs inte på institutionen, men internrevisionen ser inte heller att detta ännu efterfrågats från KI centralt.

#### ***Internrevisionens bedömning***

Internrevisionen konstaterar att ledningen vid KI riskerar missa tillfällen att forma och utveckla institutionernas funktionalitet när de inte ger återkoppling på inlämnade underlag. Internrevisionen konstaterar även att implementeringen av den av konsistoriet antagna Strategi 2018 kan stärkas.

### **3.3 Resultatkrav och förändrade förutsättningar 2016**

CLINTEC prognostiserar i huvudsak<sup>10</sup> att resultatkrav och andra mål kommer att nås under året, även om de ser vissa utmaningar. Institutionen uppger att förändrade förutsättningar under 2016 som kan vara resultatpåverkande är

- Pågående aktiviteter kring PM, både KI-interna och externa.
  - Avvecklingen av forskningsmiljön har visat sig vara både arbetsmiljömässigt och ekonomiskt belastande.

<sup>9</sup> Se vidare under delkapitlet 7.2, Riskanalys och intern kontrollplan

<sup>10</sup> Länk till CLINTEC:s verksamhetsplan för 2016 [http://ki.se/sites/default/files/h9\\_verksamhetsplan\\_2016-18\\_clintec.pdf](http://ki.se/sites/default/files/h9_verksamhetsplan_2016-18_clintec.pdf) samt aktivitetsplan [http://ki.se/sites/default/files/h9\\_aktivitetsplan\\_vp16-18\\_clintec.pdf](http://ki.se/sites/default/files/h9_aktivitetsplan_vp16-18_clintec.pdf)

- Undanträngningseffekter uppstår då arbetstid, istället för ordinarie arbetsuppgifter, lagts på att samla in och lämna ut en ansenlig mängd offentliga handlingar, att försöka utröna vilka villkor som gäller under dessa exceptionella förhållanden samt att ha tätt återkommande möten i syfte att kunna agera snabbt och lätt i en föränderlig miljö.
- Förändrad kostnadsbild kopplat till avveckling av forskarmiljön inklusive löner, lokaler samt återbetalning av medel kan behöva ta myndighetskaper i anspråk då kopplade intäkter saknas.
- Omorganisation av utbildningsprogram och omfördelningen av medel och ansvar har gett tre av enheterna antingen utökade resurser eller begränsade. År 2016 kommer att vara ett prövoår på KI, därefter planeras en utvärdering inför 2017 för att eventuella korrigeringar ska kunna vidtas. Med det nuvarande arbetstrycket finns en tveksamhet inför om institutionen kommer mäta med en sådan utvärdering.
- Pågående lokal- och flyttplanering i Huddinge och Solna. För flera av enheterna är det ännu oklart vilka lokaler de kommer få och var exempelvis utbildning ska hållas. Risker kring flytt och förändrade lokaler är förutom förlorad arbetstid, bl.a. förlorade data. Projekt genomförs i syfte att främja funktionell arkivering för de som får mindre utrymme.

### 3.4 Styrning och uppföljning inom CLINTEC

Eftersom den forskning och utbildning som bedrivs vid institutionen skiljer sig relativt mycket åt mellan enheterna både i form och innehåll, samt att verksamhet finns både i Huddinge och Solna, menar institutionsledningen att en decentraliserad organisation är en fördel. Institutionen har valt att ha en relativt långtgående delegation.

Ansvaret för arbetsuppgifter<sup>11</sup> kopplade till regelefterlevnad har ofta delegerats till den som har störst överblick över situationen och möjlighet att påverka den, bl.a. vad gäller ekonomisk styrning, arbetsmiljö och säkerhet i laboratorier. CLINTEC:s lednings<sup>12</sup> insyn i hur dessa uppgifter utförs förefaller inte alltid vara tillräcklig för att de ska kunna uttala sig om CLINTEC:s övergripande regelefterlevnad på ett betryggande sätt. Även interrevisionens granskning 2013 drog slutsatser kring detta, samt att det fanns en diskrepans mellan delegationen och vem som faktiskt hade rådighet. Som åtgärd beslutades i september 2014 att institutionen skulle fastställa en delvis ny delegationsordning<sup>13</sup> och arbete pågår, enligt de intervjuade.

#### **Internrevisionens bedömning**

Internrevisionen finner att slutsatsen kring den långtgående delegationen vid CLINTEC från granskningen 2013 är fortsatt relevant, vilket resultaten i denna granskning i flera delar visar.

#### **3.4.1 Styrande dokument - ekonomiadministration**

Granskningen har utgått från verksamhetsplan, budget, aktivitetsplan och delegationsordningar – både rektors och CLINTEC:s respektive delegationsordning

<sup>11</sup> Såsom tillämpning och regelbunden rapportering av avvikelser och uppkomna problem.

<sup>12</sup> Detta riskerar leda till att inte heller KI:s ledning på ett betryggande sätt kan uttala sig om verksamhetens regelefterlevnad.

<sup>13</sup> CLINTEC:s delegationsordning vad gäller detta ändrades delvis redan 2014 i samband med den genomförda tillsättningen av ekonomichef och personalhandläggare.

– som de i huvudsak styrande dokumenten. Flera av dessa dokument är framtagna av CLINTEC men med stöd i centrala riktlinjer. I övrigt används de styrande riktlinjer och dokument som är framtagna och beslutade av KI centralt.

Enligt CLINTEC:s delegationsordning har enhetschef/sektionschef dispositionsrätt upp till 99 999 kr. Det framgår också att enhetschef/sektionschef inför exempelvis avtal med externa parter ska diskutera med prefekt/administrativ chef redan innan förhandlingar inleds och avtalstexter formuleras.

Inom det ekonomiadministrativa området framgår att enhetschef/sektionschef bl.a. har följande ansvar:

- Att med stöd av administrativ chef svara för enheten/sektionens totala ekonomi. Ansvaret omfattar samtliga ekonomiska åtaganden som görs vid enheten/sektionen oavsett finansiering
- Att en korrekt kostnadsfördelning sker på projekt och verksamhetsgrenar
- Att en totalbudget upprättas för enheten/sektionen
- Att ekonomisk uppföljning sker minst kvartalsvis där väsentliga avvikelser rapporteras och motiveras till administrativ chef
- Att KI:s policy för upphandling efterlevs
- Att fastställda regler för representation m.m. vid KI efterlevs
- Att beslutade regler för internkontroll efterlevs

Vid regelbundna uppföljningsmöten sker en genomgång av den ekonomiska statusen för samtliga projekt inom respektive enhet. Vid större avvikelser söks förklaring för att möjliggöra eventuella åtgärder vid dessa möten. Ekonomichefen tar noteringar och sparar även underlagen från uppföljningsmötena.

Granskningen har visat att hur det i realiteten ser ut vad gäller vem som tar fram underlag för uppföljning, både månadsvis och kvartalsvis, varierar mellan enheterna. Det kan också variera om det är konomichefen som kallar till kvartalsvisa uppföljningsmöten med enhetschef eller om denne tar initiativ.

Intervjuade pekar på att uppföljningsmöten genomförs på olika sätt är att enhetschefernas kompetens vad gäller ekonomisk styrning varierar och att de behöver stödet för att uppföljningen och tillhörande aktiviteter ska genomföras på ett adekvat sätt. Vissa av enhetscheferna visar sig också finna en trygghet i hur mötena förbereds och hanteras av konomichefen.

#### ***Internrevisionens bedömning***

Det är viktigt att den som kan ta ansvar och får uppgifter delegerat till sig också är den som kan överblicka situationen och har relevanta befogenheter. Internrevisionen menar att det finns en risk att det sker en förskjutning av ansvaret för att genomföra uppföljningen och efterkommande åtgärder från enhetschef till konomichef genom det nuvarande förfarandet. I detta fall borde institutionsledningen säkerställa att de åtgärder som vidtas är kompetenshöjande så att enhetscheferna får de verktyg de behöver för att förstå hur ekonomi och redovisning utgör medel för styrning och kontroll.

#### ***Lämnad rekommendation:***

- CLINTEC bör fortsätta det påbörjade arbetet med att skapa riktlinjer och fungerande delegationer för att tydliggöra vem som har ansvar för utförande, samordning och uppföljning av ekonomiadministrativa uppgifter och på vilket sätt.

### 3.4.2 Säkerhet i forskningslaboratorier

Ett annat område där uppgifter utförs inom ramen för delegation vid CLINTEC är säkerheten i forskningslaboratorier. Ofta har en s.k. lab-manager i uppgift att säkerställa att det lokala laboratoriet lever upp till ställda krav och regelverk men där forskargrupsledaren har det egentliga ansvaret.

Granskningen visar att det genomförs regelbundna dokumenterade skyddsronder vid laboratorierna. Dessa visar att rutiner för miljösäkerhet och riskanalyser finns som efterlevs i varierande grad samt att vissa anmärkningsvärda avvikelser har konstaterats. Den genomförda enkätens öppna svar visar dessutom att det ibland sker kompromisser med efterlevnaden, både vad gäller riskbedömningar och faktiska prioriteringar. Enligt svaranden avsätts inte alltid tillräckliga resurser för att genomföra de moment som behövs för att säkerställa regelefterlevnad eller gå relevanta utbildningar. En av enhetscheferna pekade också på, vid efterföljande diskussion, att det sannolikt finns motsättningar mellan forskarens syn på hur forskningsmedel ska användas och ledningens krav på regelefterlevnad i laboratorierna.

CLINTEC:s ledningsgrupp har initierat insatser i syfte att fastställa hur laboratoriesäkerhet i enlighet med regelverket ska kunna säkerställas. Vidare genomför institutionen en omorganisation av arbetsmiljöarbetet kopplat till ett behov av att stärka vissa delar av detta. Förslag på ytterligare åtgärder som institutionen skulle kunna vidta i syfte att säkra efterlevnad och rutiner för uppföljning har överlämnats av internrevisionen efter samråd med KI:s centrala laboratorieäkerhetssamordningsfunktion<sup>14</sup>.

Internrevisionen stämde av de ovan nämnda enkätsvaren med den centrala laboratorieäkerhetssamordningsfunktionen. De berättade att dessa problem inte är institutionsspecifika utan att tendenser till liknande beteenden förekommer mer eller mindre över hela KI. Denna samordningsfunktion får insyn i laboratorierna vid KI bland annat genom personalenkäter och via de utbildningsinsatser som genomförs riktade till exempelvis doktorander och övrig laboratoriepersonal. Samtidigt som de ser att vissa laboratorier fungerar väl och har ändamålsenlig säkerhet, erhåller KI årligen påpekanden om att säkerhet i laboratorierna inte är tillräcklig exempelvis från Miljö- och byggnadsförvaltningen på Solna Stad, vilka inte alltid efterlevs. Andra underlag som förevisas internrevisionen ger intryck av att laboratoriesäkerhetsfrågorna vid KI saknar status. Vidare pekar de mot att forskargrupsledare i riskmiljöer saknar kunskap kring vilka lagar och regler som gäller eller vilka skador som faktiskt kan uppstå vid felaktig hantering. Det förefaller saknas tillräckliga incitament<sup>15</sup> för forskargrupsledare att säkerställa att tillräcklig kunskap finns för att överlag bidra till en god laboratoriesäkerhet genom att t.ex. gå utbildning. Kunskapsbristen riskerar leda till att säkerheten nedprioriteras och förbises, då ansvariga i laboratorierna inte alltid får tydliga signaler om hur prioriteringar ska göras. Samtidigt menar samordningsfunktionen att det finns goda förutsättningar att komma tillrätta med miss-

<sup>14</sup> Samordningsfunktionen kopplas in vid myndighetsinspektioner, följer upp och erbjuder stöd, men saknar i realiteten ansvar.

<sup>15</sup> Med incitament avser internrevisionen i detta fall summan av de faktorer som påverkar en individ att agera på ett visst sätt.



förhållanden. De finner stöd i det stora engagemang kring laboratoriesäkerhetsfrågor som finns hos anställda och doktorander på KI och de goda exempel som föreligger.

#### ***Internrevisionens bedömning***

Internrevisionen ser positivt på det påbörjade arbetet kring att komma tillrätta med avvikelser i laboratorierna vid CLINTEC men vill ändå rekommendera CLINTEC att säkerställa att ett systematiskt och proaktivt arbete med laboratoriesäkerhet i enlighet med gällande lagar och regler förekommer.

Granskningen har visat ett tydligt behov av att säkerheten vid de forskningslaborativa miljöerna bör prioriteras i högre grad överlag vid KI. Sannolikt behöver verksamheterna incitament att prioritera säkerheten, men också att få stöd i att se att ordning och reda i laboratoriet kan underlätta ordning och reda i forskning. Ett flertal risker för skada, på människor, egendom och förtroende, kunde i möjligaste mån undvikas med ett proaktivt arbete vad gäller laboratoriesäkerhet.

Internrevisionen avser inom ramen för kommande institutionsgranskningar stickprovsvis granska laborativa forskningsmiljöer.

#### ***Lämnade rekommendationer:***

- CLINTEC bör säkerställa att ett systematiskt och proaktivt arbete med laboratoriesäkerhet i enlighet med gällande lagar och regler förekommer där institutionens personal är verksam.
- KI bör utröna vilka KI-övergripande brister som förekommer i laborativa miljöer vid KI och säkerställa att gällande lagar och regler följs på området.

### **3.4.3 Den samlade regelefterlevnaden vid institutionen**

När brister i uppföljning och samordning kring regelefterlevnad lyfts under granskningen, har institutionen och enheterna uttryckt en ambition om att vidta åtgärder så att regelefterlevnad kan stärkas framgent. Det visar på en vilja att leva upp till gällande regelverk även om tillräckliga förutsättningar ännu inte alltid finns på plats.

Överlag förvaras dokumentation och underlag hos den vid institutionen som delegerats uppgifterna. Granskningen visar också att ledningsrepresentanter både i KI:s ledning och vid institutionen visar förhållandevis stor tillit till den återrapporteringskyldighet som åligger den som fått en uppgift på delegation. Internrevisionen konstaterar dock att lämpliga forum för återkoppling emellanåt saknas samt att ansvariga brister i uppföljningen av att delegerade uppgifter<sup>16</sup> faktiskt genomförts. Sammantaget bidrar detta till att ledningen inte på ett betryggande sätt kan uttala sig om verksamhetens regelefterlevnad vare sig vid institutionen eller övergripande vid KI.

---

<sup>16</sup> De delegationer som varit föremål för granskningen på KI-övergripande nivå inkluderar arbetsmiljö och laboratoriesäkerhet (flera områden). Vid CLINTEC har även ekonomiska och verksamhetsrelaterade delegationer inkluderats.

### **Internrevisionens bedömning**

En långtgående delegation behöver inte i sig vara ett problem. Men den som ger en delegation har fortsatt ansvar och bör säkerställa att delegationen är funktionell samt att de delegerade uppgifterna utövas. Den som delegerar är inte fri från ansvar och en delegation ställer förhållandevis omfattande krav på uppföljning av att uppgifterna faktiskt genomförs i syfte att säkerställa att ansvaret kan tas.

Internrevisionens bedömning är att institutionsledningen saknar vissa relevanta förutsättningar för att kunna uttala sig om en övergripande regelefterlevnad vid institutionen och till den kopplad verksamhet. Om det t.ex. hade funnits ett systematiskt ledningsstöd<sup>17</sup> så hade en centralt sammanställd lista över samtliga för området gällande lagar, förordningar och regelverk funnits på ett sätt som hade kunnat användas för att i högre grad möjliggöra efterlevnad och uppföljning. En sådan samlad lista förefaller saknas både vid institutionen och KI centralt, även om den finns specificerat för skilda områden var för sig. Detta betyder inte med säkerhet att gällande regelverk inte följs, utan snarare att ledningen i realiteten inte kan uttala sig om verksamhetens regelefterlevnad på ett betryggande sätt, oavsett om det är på CLINTEC:s, KI:s, eller konsistoriets respektive nivå.

Att dessa regelverk finns specificerade för skilda områden i verksamheten, som arbetsmiljö och säkerhetsfrågor, men inte samlat, kan dessutom bidra till att viktiga frågor hanteras i stuprör. Vilket riskerar bidra till att KI går miste om att skapa synergier och undvika målkonflikter mellan regelverken, som att säkerheten i laboratorierna inte utgör en naturlig del av styrningen av verksamheten. Samtidigt åligger det prefekten att säkerställa att verksamheten följer regelverket enligt rektors delegationsordning, även om det yttersta ansvaret åligger huvudmannen. Den samordnade styrningen och uppföljningen av enheternas kontroll av regelefterlevnaden bör stärkas.

#### **Lämnade rekommendationer:**

- CLINTEC bör stärka den övergripande samordningen och uppföljningen kring tillämpliga lagrum och regelverk för att säkerställa regelefterlevnad och möjliggöra uppföljning.

### **3.5 Samverkan med Karolinska Universitetssjukhuset**

Internrevisionen har inte granskat KI:s och SLL:s ömsesidiga relation<sup>18</sup>, men åskådliggör ändå kort här CLINTEC:s perspektiv på samverkan med Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge.

Flera av CLINTEC:s verksamheter utövas i Karolinska Universitetssjukhusets lokaler. Flera av enheterna har arbetat upp fungerande samverkan med valda delar av sjukhuset och uppger sig i stort vara nöjda med hur det fungerar dagligen.

Samtidigt finns det verksamhetsområden där parterna inte är samstämmiga eller eniga om hur saker och ting ska genomföras. Personer kan ha dubbla roller

<sup>17</sup> Visst arbete pågår på förvaltningen kring att ta fram former för ett kvalitetsledningssystem utifrån Strategi 2018, men är ännu inte implementerat i verksamheten.

<sup>18</sup> Internrevisionens uppföljning har visat att finns ca 200 arbetsställen som är gemensamma för KI och någon annan verksamhet, då även med andra juridiska organisationer än Karolinska Universitetssjukhuset.

kopplade till olika funktioner både inom sjukhuset och KI. De kan hyra forskningslokaler av sjukhuset där de bedriver forskning för KI. Denna sammanblandning gör att gränserna mellan huvudmännen blir otydlig och gör det svårt att överblicka hur olika beslut får effekter för den andra parten.

Det är tydligt att Karolinska Universitetssjukhuset och KI har i grunden skilda verksamheter med skilda incitament och mål. Finansiering och resultatmål skiljer sig också. Samtidigt är en fungerande ömsesidig relation en av de viktigaste aspekterna i bådars respektive vardag. Granskningen visar att utvecklingsarbete pågår vad gäller att komma överens mellan huvudmännen och har gjort under ett flertal år. Bland annat syftar parterna till att författa ett gemensamt arbetsmiljöavtal för att tydliggöra ansvaret för varandras respektive anställda. Flera hoppas att det nya ALF-avtalet<sup>19</sup> ska kunna förtydliga ansvarsförhållandena i vissa sammanhang där huvudmännen delar ansvar men berör i huvudsak enbart verksamhet kopplat till ALF-medel.

Granskningen har kunnat påvisa att det finns ett avtal kring samarbetsformer inom ramen för arbetsmiljö-, brand- och miljöområdet vid Karolinska Universitetssjukhuset och KI<sup>20</sup>. Avtalet slöts 2013 och lägger grunden för flera av de samordnade aktiviteterna som genomförs mellan huvudmännen, men ger inte intryck av att vara implementerat bl.a. eftersom det inte var känt av ledningen för CLINTEC. Granskningen visar också att när verksamhet väl bedrivs och aktivitet genomförs, brister parterna i att enas om vad som är gemensamma nämnare, vad man faktiskt kan samverka kring, samt hur detta bäst görs.

Granskningen visar att dessa oklara ansvarsförhållanden leder till att inblandade finner egna utvägar. Oförutsägbarheter kompenseras genom personbundna lösningar och relationer. Eller att ingen av parterna tar ansvar eftersom osäkerheten kring ansvarsfördelningen gör att frågan kan bollas över på den andra parten. Några sådana exempel på otydligheter från CLINTEC-granskningen är om det är KI:s eller sjukhusets regelverk som ska följas vid exempelvis KI-forskning i sjukhusets lokaler. Vem som ska anställa och betala ut löner för t.ex. kliniska doktorander. Samt bristande insyn i varandras verksamheters planerade aktiviteter och förändringar vilket i sin tur riskerar leda till bristande beslut och åtgärder, både vid KI och på sjukhussidan.

### ***Internrevisionens bedömning***

Det är inte tillfredsställande att det finns ett avtal påskrivet av båda parter som stipulerar villkor för samverkan på ett konstruktivt sätt, men att detta inte implementerats fullt ut och kunnat fungera som ett stöd för samverkan mellan CLINTEC och Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge. Internrevisionen kommer fortsättningsvis bevaka området.

---

<sup>19</sup> Avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården som kompletteras med regional överenskommelse mellan KI och SLL. Ny avtalsperiod påbörjades 2015.

<sup>20</sup> Dnr 2-1843/2013. Avtalet har bidragit till att sjukhuset och KI genomför gemensamma skyddsronder i delade lokaler, så även vid CLINTEC. Avtalet är dock mer omfattande än så och skulle kunna användas för att skapa större förutsägbarhet i relationen mellan sjukhuset och KI om det implementeras i högre grad.

## 4 Fallstudie ACTREM

Internrevisionen har genomfört en fallstudie av den forskningslaborativa miljön ACTREM (The Advanced Center for Translational Regenerative Medicine) där PM verkade vid KI. Granskning har fokuserat på styrning och uppföljning, arbetsmiljö, avveckling, anknutna/anställda samt forskarutbildning.

Internrevisionen har med avsikt inte beskrivit personrelaterade detaljer kring förlopp eller förehavanden då detta skulle kunna bli ett utlämnande av individer. Granskningen har inte heller åsyftat att bedöma innehåll eller kvalitet i den genomförda forskningen.

### 4.1.1 Bakgrundsbeskrivning

När PM kom till Stockholm hösten 2010 anställdes han både som forskare (gästprofessor) vid KI och som kirurg (överläkare) vid Karolinska Universitetssjukhuset. Till KI uppges han ha rekryterats<sup>21</sup> för att bygga ett europeiskt nätverk med KI som nod och hade finansiering för detta från EU:s sjunde ramprogram. Han rekryterades av KI:s ledning och placerades organisatoriskt vid enheten för öron, näs och halssjukdomar (ÖNH) vid CLINTEC.

Vad gällde den laborativa verksamheten anslöt sig PM till en redan existerande forskargrupp med lokaler i KFC<sup>22</sup> Novum Huddinge, som leddes av en professor i hjärtmedicin vid Institutionen för medicin (MedH). Där bedrivs forskning med inriktning mot regenerativ medicin och stamceller. Även en uppsättning KI-anknutna forskare (nedan kallad Thoraxgruppen) anställda vid Thoraxkirurgiska kliniken i Solna och anknutna<sup>23</sup> till institutionen för molekylär medicin och kirurgi (MMK) ingick i hjärtmedicinprofessorns grupp. Tillsammans bildade PM och hjärtmedicinprofessorn forskningsgruppen ACTREM. Där hade hjärtprofessorn den övergripande tillsynen av den dagliga praktiska verksamheten t.ex. i form av ledning av de regelbundet återkommande laboratiemötena, fram tills denne gick i pension sommaren 2012. Enligt utsago skulle hjärtmedicinprofessorn, samt en professor vid enheten för kirurgi som också anslöts, fungera som mentorer och stöd för PM, då man förutsåg att språkliga och även kulturella frågor skulle behöva tas omhand i den dagliga verksamheten.

ACTREM erhöll finansiering om 30,4 mnkr under perioden 2011-2015, med störst inflöde under 2012 (14 mnkr). Återbetalningskrav påverkade omsättningen under 2014 och 2015 då nästan hälften av finansieringen återbetalades (2014; 3 mnkr åter, 2015; 1,2 mnkr åter). Under perioden publicerades 54 artiklar. Det fanns två doktorander i gruppen varav ingen ännu disputerat. Vid beslut om avvecklingen fanns nio personer verksamma vid ACTREM i olika befattningar, varav två doktorander, en gästforskare, två forskarassistenter, två forskningstekniker, en klinisk assistent och en postdoktor. Alla utom doktoranderna hade annan nationell bakgrund än svensk samt med grund- eller forskarutbildning från andra institutioner och universitet än KI.

<sup>21</sup> Rekryteringen av PM granskas av Sten Heckschers utredning.

<sup>22</sup> Kliniskt Forskningscentrum (KFC) är en allmän resurs för forskare från olika institutioner inom Karolinska Institutet och/eller kliniker på Karolinska Universitetssjukhuset.

<sup>23</sup> Se mer om anknutna i forskningen kapitel 7.1

## 4.2 PM:s roll i organisationen

PM:s kontaktytor inom KI var flerfaldiga, både med formella och informella ledare. Han upparbetade egna relationer med KI:s högsta ledning inklusive rektorer, sjukhusets ledning, och donatorer. Båda rektorerna under perioden har haft egen kommunikation med PM utan insyn av andra. PM ger också intryck av att ha arbetat förhållandevis informellt, då avtal och skriftliga överenskommelser saknas i flera fall där internrevisionen uppfattar att sådana borde finnas. En genomlysning av PM:s resor vid KI visar att han, förutom resor som finansierats inom enheten, även rest för en annan institution samt för universitetsförvaltningen till bl.a. USA i informationssyfte, utan den egna enhetschefens vetskap.

Intervjuer, mailkonversation och andra dokument, samt avsaknaden av vissa, visar att PM inte fäste någon större vikt vid KI:s delegationsordning eller såg det som sitt ansvar att skapa transparens kring sina förehavanden. Det förefaller som att PM respekterades för sin omtalade kompetens och fick förhållandevis stora frihetsgrader. Att detta kunde fortgå underlättades enligt de intervjuade sannolikt av att PM rönt stor framgång vad gäller vinnande av anslag och publikationer av s.k. excellenta arbeten, samt att denne inte var heltidsanställd vid KI utan verkade även vid andra organisationer.

### *Internrevisionens bedömning*

Internrevisionen ser positivt på ansatsen med den uppsättning stödpersoner som ursprungligen utsågs som stöd. Samtidigt ser internrevisionen att kopplingen var svag mellan dessa funktioner och den enhetschef som hade linjeansvaret för PM då stödpersonerna hörde till andra institutioner och enheter. Konsekvenserna av ovan nämnda företeelser ledde sannolikt till en situation där enhets- och institutionscheferna inte i tillräcklig grad erhöll information och tillräcklig beslutskraft i syfte att bättra planera för och styra PM:s verksamhet. Det blev otydligt vem som borde förstått riskerna med PM:s undvikande av linjen, vilket mandat han hade att själv forma sitt uppdrag samt tydliggjort vilka krav och villkor som gällde på KI. Att det vid återkommande tillfällen togs beslut kring PM:s förehavanden utan att det följde delegationsordningen kan ha bidragit till otydlighet kring var dessa beslut fortsättningsvis skulle tas och vem som hade ansvar för vad. Se vidare under kapitel 7.

## 4.3 Motsättningar och arbetsmiljöproblem

Granskningen har visat att det fanns motsättningar mellan ACTREM och thoraxgruppen, som fick arbetsmiljömässiga konsekvenser. Trots att det i granskad dokumentation och i intervjuer ger intryck av att enhetschef och prefekt har genomfört de arbetsmiljöuppgifter som åligger dem har detta arbetsmiljöproblem inte kunnat lösas. Därför har internrevisionen fördjupat granskningen i syfte att utröna vilka brister som förelåg kring ansvarsförhållandena vad gäller detta.

Sammantaget visar granskningen att arbetsmiljöarbetet vid CLINTEC i det stora hela följer det regelverk som ställts upp för arbetsmiljöarbete vid KI<sup>24</sup>. De årliga uppföljningarna av det systematiska arbetsmiljöarbetet har genomförts och dokumenterats, arbetsmiljögruppen har regelbundna möten, och ledningen följer arbetet. Arbetsmiljöuppgifter förefaller<sup>25</sup> vara delegerade till den ledare/chef

<sup>24</sup> <https://internwebben.ki.se/sv/arbetsmiljoorganisation> den 30 maj 2016

<sup>25</sup> <http://ki.se/clintec/arbetsmiljo> den 30 maj 2016

som i praktiken har möjlighet att överblicka och hantera verksamheten organisatoriskt och ekonomiskt.

Enligt de intervjuade<sup>26</sup> kan motsättningarna mellan de två delarna av ACTREM-gruppen ha sin upprinnelse i personliga konflikter mellan PM och Thoraxgruppens ledare. En genomgång av mailkorrespondens mellan parterna visar på en inflammerad debatt kring att endast PM omnämndes i en artikel i en stor amerikansk dagstidning. En annan diskussion handlar om huruvida forskningsmedel skulle delas mellan grupperna eller inte. På något sätt, oklart riktigt hur, övergick motsättningarna därefter i reella arbetsmiljöproblem<sup>27</sup>. Några av ACTREM:s medlemmar var periodvis sjukskrivna av skäl som kunde relateras till brister i arbetsmiljön. Institutionens ledning kopplade in både den lokala arbetsmiljögruppen och Previa för att stötta. Vidare togs externa konsulter in som samtalsstöd.

### ***lakttagelser i urval, i kronologisk ordning***

Intervjuade uppger att forskare från PM:s grupp, hjärtmedicin gruppen och de anknutna thoraxkirurgerna arbetade nära varandra. De lade upp och genomförde en rad projekt tillsammans. De sökte och fick också flera anslag ihop samt publicerade ett flertal gemensamma arbeten även tillsammans med andra KI forskare. Därutöver etablerade PM även andra nätverk.

En tid efter att hjärtmedicinprofessorn, som hade vissa samordningsuppgifter, gick i pension 2012, skärptes motsättningar mellan PM och den person som ledde Thoraxgruppen, samt mellan deras respektive forskargrupper. Grupperna skildes åt administrativt och organisatoriskt, och PM behöll namnet ACTREM för sin grupp. De återkommande samordnande laboratiemötena upphörde. Hjärtlabbet kopplat till institutionens för medicin Huddinge, thoraxgruppens Hjärtlabb och PM:s grupp fortsatte dock att arbeta i var sin del av de tidigare gemensamma lokalerna, d.v.s. i varandras omedelbara närhet.

Frågan om den bristande arbetsmiljön lyftes av CLINTEC:s arbetsmiljögrupp till ett av KI:s två huvudskyddsombud under juni 2014, då situationen redan varit känd av institutionens ledning sedan en tid. Huvudskyddsombudet beskrev i ett brev till arbetsmiljöansvarig (daterat 27 juni 2014, refererar till ett möte 25 juni<sup>28</sup> samma år) en arbetsmiljö vid ACTREM som sedan en längre tid varit undermålig. Några medarbetare kände stark stress, olust och rädsla på arbetsplatsen, samt upplevde sig utsatta för förtal av forskare ur gruppen Thoraxkirurgi.

Motsättningarna uppgavs stå mellan två grupper där CLINTEC hade rådighet över den ena. CLINTEC:s ledning uppger sig ha försökt men inte kunnat få kontakt med det andra laboratoriet. Prefekten kunde inte spåra vem som i praktiken hade det psykosociala arbetsmiljöansvaret vid KI för de delar av Hjärtlabb<sup>29</sup> där

<sup>26</sup> Thoraxgruppens ledare valde att inte komma till överenskommen intervju.

<sup>27</sup> Även andra personer uppges må dåligt kopplat till dessa motsättningar, som några av medlemmarna i thoraxdelen av hjärtlabb.

<sup>28</sup> Anmälan mot Macchiarini kring oredlighet i forskning inkom till KI den 24 juni 2014. Enligt intervju med huvudskyddsombudet i maj 2016 var inte den arbetsmiljöproblematik som presenterades under mötet den 25 juni 2014 nyligen uppkommen och därför inte relaterad till anmälan. Däremot vet inte huvudskyddsombudet huruvida gruppen själva hade kännedom om anmälan men konstaterar att arbetsmiljöproblem vid KI ofta hunnit bli både komplicerade och omfattande när huvudskyddsombudet kopplas in.

<sup>29</sup> Den formella delegationen ålåg en person på sjukhussidan som var heltidsverksam i Solna och inte kan bedömas ha haft tillräcklig rådighet över arbetsmiljön vid KMC och hjärtlab. Se mer om problematiken under kapitel 3.7 anknutna i forskningen.

dessa forskare var anknutna. De var anställda vid sjukhuset men forskade vid KI som anknutna i lokaler som ägdes av sjukhuset men hyrdes av KI.

Rektor tog frågan till sitt bord och erbjöd ACTREM andra alternativa lokaler i Solna, som skulle vara tillgängliga under ca två år. ACTREM-gruppen bedömde att en sådan flytt skulle påverka forskningen negativt, samt ansåg att det var den andra forskargruppen som borde flytta. Några ytterligare formella och dokumenterade insatser från KI:s högsta ledning för att lösa konflikten mellan grupperna vidtogs inte då, vad internrevisionen har kunnat se. Samtidigt visar intervjuer att diskussioner fortgick och att rektor ska ha inkluderat personalavdelningen i insatserna med att lösa motsättningarna, genom att inkludera en HR-chef som sedan slutade vid KI (hösten 2015). Det finns också tecken på att rektor hade, någon gång sensommaren 2015, inplanerat ett möte med tre prefekter kopplade till forskargrupperna som delade korridor, ett möte som sedan inte blev av. Rektor tog beslut kring oaksamhet med åtgärder<sup>30</sup> som skulle kunna leda till minskade motsättningar mellan parterna (se kap 4.8 Uppföljning av rektors beslut).

PM har som arbetsledare haft ett ansvar för att säkerställa att personalen har en fungerande arbetsmiljö, även om svensk arbetsmiljölagstiftning kan ha varit förhållandevis okänd för honom. Han har inte innehaft formellt delegerat ansvar för arbetsmiljöuppgifter enligt KI:s arbetsmiljöregelverk eller genomgått arbetsmiljöutbildning<sup>31</sup>. Att kompetensen kring arbetsmiljölagstiftningen uppfattades riskera vara bristfällig i gruppen ledde till att dåvarande administrativa chefen vid CLINTEC tog fram en anpassad arbetsmiljöutbildning med stöd av extern kompetens. Det har dock i efterhand inte gått att utröna i vilken grad denna utbildning genomfördes eller vilka som deltog.

Närmast formella delegation vad gäller arbetsmiljön låg enhetschefen för ÖNH, som enligt dokumentationen var insatt i arbetsmiljöproblematiken och motsättningarna mellan forskargrupperna. Även enhetschefen erbjöd PM möjlighet att temporärt flytta till andra lokaler, men denne avböjde.

Enligt regelverket har den som fått en delegation ansvar för att återkoppla till den som givit delegationen i situationer som inte går att lösa inom ramen för det givna mandatet. Ledningen för CLINTEC lyfte problemet till KI:s ledning och vissa åtgärder genomfördes. Enhetschefen återkopplade till prefekten som i sin tur återkopplade till rektor, men de sedan vidtagna åtgärderna visade sig inte vara tillräckliga för att motsättningar mellan två grupper kopplade till fyra olika institutioner<sup>32</sup> kunnat lösas.

Granskningen visar att det inte är helt tydligt hur arbetsmiljöproblem som uppstår mellan institutioner ska hanteras. Likaledes när arbetsmiljörelaterade problem uppstår mellan anställda vid KI och anställda vid landstinget.

<sup>30</sup> Internrevisionen har genomfört en mindre uppföljning av implementeringen av besluten, se nedan.

<sup>31</sup> Granskningen visar att det är först under senare år som arbetsmiljöutbildning för chefer erbjuds på engelska, och att delegationsordningar översatts. Ett par av medlemmarna i forskargruppen har gått arbetsmiljöutbildning för anställda som även tidigare erbjöds på engelska och de bör känna till arbetstagarens juridiska medansvar.

<sup>32</sup> Förutom tidigare nämnda fanns även en doktorand i thoraxgruppen kopplad till institutionen för laboratoriemedicin.

### ***Internrevisionens bedömning***

KI har ansvar som arbetsgivare att säkerställa att personer i arbetsledande befattning erbjuds tillräckliga förutsättningar för att agera med rådighet vad gäller arbetsmiljön. I detta fall ställer sig internrevisionen tveksam till om institutionen tog tillräckligt ansvar för att säkerställa att PM hade sådana förutsättningar, eller såg sig ha tillräckligt mandat att kräva att PM skulle bl.a. gå utbildning. PM gavs ett undantag från en utbildning som han behövde för att genomföra sina arbetsuppgifter på bästa sätt och kunna bidra till en fungerande arbetsmiljö.

Arbetsmiljöorganisationen ger intryck av att vara byggd i syfte att följa linjen samtidigt som arbetsmiljöproblem kan uppstå tvärs över linjen. Internrevisionen har inte kunnat se att KI har en tillräckligt stödjande struktur för att lösa arbetsmiljöproblem som uppstår mellan institutioner, eller mellan KI:s verksamhet och landstinget. Det är inte tydligt vem som då ska ta initiativ till och genomföra relevanta åtgärder. Internrevisionens bedömning är att arbetsmiljöorganisationens funktion som verktyg för rektor att säkerställa och utöva sitt lagstadgade ansvar för arbetsmiljön bör stärkas.

Att det inte gått att fastställa vem som har arbetsmiljöansvaret för ett laboratorium där personer agerar i KI:s namn, i syfte att lösa en arbetsmiljökonflikt, är anmärkningsvärt. Arbetsmiljöregelverket är dock tydligt och inkluderar alla som finns på en arbetsplats samt den arbetsmiljö som de verkar i. För att KI:s arbetsmiljöansvariga ledning ska kunna utöva sitt ansvar bör det alltid utan större problem gå att spåra vem som har delegerade arbetsmiljöuppgifter för valda delar av en organisation.

### ***Lämnade rekommendationer:***

- KI bör säkerställa att organisationen kring arbetsmiljöfrågorna är ändamålsenlig och utgör en funktionell grund för att säkerställa att det lagstiftade ansvaret för arbetsmiljön som åligger ledningen kan utövas.
- KI bör även säkra att tillräckliga förutsättningar finns för att även den som genom sin funktion underförstått har arbetsmiljöuppgifter ska ha möjligheten att skapa en fungerande arbetsmiljö i enlighet med gällande regelverk.
- Samverkan med sjukhussidan bör stärkas kring det delade arbetsmiljöansvaret mellan huvudmännen så att det kan utövas för varandras anställda i varandras lokaler.
- Rutiner bör upprättas och implementeras för hur arbetsmiljöproblem som uppstår mellan institutioner ska hanteras och av vem.

## **4.4 Uppföljning av forskarmiljön**

Den uppföljning som normalt genomförs av forskningsmiljöer vid KI påvisade, enligt de intervjuade, inte några avvikelser för ACTREM. Till synes fungerande forskning och samverkan ledde till publikationer i relevanta tidskrifter och meddelstilldelning, åtminstone fram till 2014. Samma år förlorade gruppen viss finansiering kopplat till ett EU-projekt (som skedde i samverkan med andra forskargrupper) som helt avslutades av finansieraren mot bakgrund av att en annan forskargrupp inte levererade enligt plan. I augusti 2015 kritiserades PM för oakt-samhet kopplat till de omtalade oredlighetsanmälningarna. Vetenskapsrådet föregick rektors beslut i oredlighetsärendet och avbröt givna anslag redan innan



sommaren 2015. Enhetschefen flaggade till institutionsledningen, och även direkt till dåvarande rektorn, om ekonomiska svårigheter vid ACTREM under hösten 2015. Antagning av nya doktorander och rekrytering av postdoktorer till gruppen stoppades då.

Som gruppleddare uppges PM ha på ett funktionellt sätt styrt forskningsgruppens långsiktiga arbete, vad som ska forskas kring, vilka de skulle samarbeta med, och vad som skulle uppnås. Han stod för huvuddelen av medlen och gav medlemmarna i gruppen vad som utifrån uppfattades som tydliga roller, skapade en god gruppkänsla och såg till att alla drog åt samma håll. Gruppens medlemmar framför inte heller någon särskild kritik vad gäller PM:s agerande som arbetsledare, utan beskriver forskargruppen som en familj där alla tog väl hand om varandra. Däremot stod det tidigt klart att han inte skulle komma att närvara rent fysiskt på ett förutsägbart sätt. Dialog fördes med enhetschefen kring planeringen, och andra personer i gruppen fick sköta den dagliga driften. Detta förefaller inte vara en ovanlig konstruktion i forskargrupper vid KI där forskargrupsledaren har flera uppdrag.

Granskningen visar att enhetschefen förlitade sig på de indikatorer som används för kontroll och uppföljning av forskargrupper vid KI, som antal publicerade artiklar och mängd erhållna medel. I kombination med regelbundna kontakter både med forskare i gruppen samt de med vilka gruppen samarbetade, uppges enhetschefen att den övergripande uppföljningen av forskargruppen inte påvisade avvikelser som normalt sett hade föranlett mer omfattande insatser.

#### ***Internrevisionens bedömning***

Internrevisionen uppfattar att den uppföljning och de indikatorer som används vid KI inte i tillräcklig grad har kapacitet att fånga sådana missförhållanden som kan utgöra oegentlighetsrisker eller leda till förtroendeskada. Revisionen menar att det snarare kan finnas en risk att valda indikatorer, som antal publikationer i välrenommerade tidskrifter, i sig kan utgöra en drivkraft mot att kompromissa med forskningsresultat. För att snabbare komma till publikation och dessutom komma bättre ut vid uppföljningar och medelstilldelning. KI bör arbeta fram system och indikatorer som kan fungera som varningssignaler på missförhållanden och risker vad gäller ordning och reda i forskning.

#### ***Lämnade rekommendationer***

- KI bör tillse att indikatorer för uppföljning av forskningsmiljöer även fångar ordning och reda i forskning.

## **4.5 Forskning och forskarutbildning**

De granskade underlagen visar vidare att forskningen vid ACTREM var preklinisk, men syftade mot framtida kliniska studier. Både före och efter splittringen var forskningen fokuserad kring regenerativ medicin och stamcellsanvändning för framställan av hela och delar av organ, som t.ex. trachea, lungor, esofagus och hjärta. Mycket tid ägnades åt studier av olika biomaterial. Två doktorander hade sin utbildning vid gruppen.

Granskningen har redan konstaterat att trots förhållandevis omfattande insatser för att introducera PM, misslyckades man med att skapa en övergripande samordning och styrning av dennes aktiviteter.

Även på utbildningsområdet visar det sig att institutionen vidtagit undantag. PM fick dispens<sup>33</sup> från den mer omfattande handledarutbildningen för doktorander och gick istället den nätbaserade mindre handledarutbildningen. En medvetenhet fanns kring att PM inte i alla delar hade den efterfrågade kompetensen, även om han hade tidigare erfarenheter av att handleda doktorander, svara för utbildning och styra laboratorieverksamhet. I syfte att avlasta och motverka potentiella effekter av denna kompetensbrist tilldelades, exempelvis, den ena av doktoranderna fyra handledare.

Granskningen visar att PM hade förtroendearbetstid, vilket innebär fullgörande av arbetsuppgift utan direkta krav på att arbetstid ska dokumenteras. Intervjuade berättar att PM:s närvaro vid KI var sporadisk och att det var oförutsägbart när PM skulle närvara. När han var där förväntades alla i ACTREM vara på plats. I internrevisionens intervjuer pekar flera på att en fördel hade varit om PM:s närvaro varit mer förutsägbart, att det hade underlättat arbetet i forskargruppen. Granskningen visar dock att det är ovanligt att närvarokrav ställs på en forskargrupsledare om det inte råder tveksamheter kring gruppens resultat.

Thoraxgruppen utgjorde under 2011-2012 ena halvan av den gemensamma forskningsgruppen ACTREM, som delades i början 2013 mot bakgrund av motsättningar och skilda meningar mellan medlemmarna. Den 24 juni 2014 inkom fyra forskare vid Thoraxgruppen med anmälan mot PM om oredlighet i forskning varvid KI tillsatte en ensamutredare. För den ena av doktoranderna ledde detta till att forskarutbildningen avstannade och blev improduktiv under utredningens gång, då dennes arbete blev föremål för granskning. Ovissheten kring framtida utfall utövade i sig ett tryck mot gruppens medlemmar och forskningsproduktionen minskade. Anslagsgivare drog in tidigare beviljade anslag med hänvisning till vad som framkom under den pågående utredningen. Detta gjorde det ytterligare svårt för gruppen att frammana nya anslagsframställningar. Att besvara anklagelserna uppges ha tagit mycket tid och engagemang i anspråk och forskarna i gruppen uppfattar inte att något stöd från KI vad gäller hanteringen av besvarandet av anmälningarna erbjöds.

De åtgärder som institutionen vidtagit i samband med avvecklingen visar att forskargruppen arbetat enligt egna rutiner. KI:s krav på dokumentation var sannolikt inte fullt ut implementerade vid ACTREM även om gruppen hade ELN<sup>34</sup>-konton och några genomgick utbildning för att arbeta i systemet. De intervjuade forskarna har alla dokumenterat sin forskning utifrån de riktlinjer de haft med sig sedan tidigare, i någon form av laboratorieloggbok. Några av dem berättar att de först vid avvecklingen förstod att det fanns ett KI regelverk vad gäller bl.a.

<sup>33</sup> Frågan om avsteg från den större handledarutbildningen skedde enligt intervjuade vid den förste doktorandens antagningsseminarium och beslut togs av institutionens antagningskommitté.

<sup>34</sup> KI har sedan drygt fem år tillbaka ett beslut om att implementera ELN, elektronisk loggbok, i syfte att standardisera loggbokshanteringen vid forskning, underlätta arkivering samt öka transparens och spårbarhet i forskning. ELN uppges dock inte vara fullt ut implementerad vid KI då programvaran visar sig vara svår att anpassa till forskning med bl.a. omfattande bild-, ljudfiler eller avancerad matematik. Konsekvensen av detta har blivit att krav inte ställs på *hur* forskningen dokumenteras, men fortfarande *att* den ska dokumenteras.

forskningsdokumentation<sup>35</sup>. Flera förtydligade sin dokumentation i enlighet med detta innan den överlämnades till CLINTEC för arkivering.

Granskningen har också visat att det offentliga tryck som uppstått i kölvattnet av medias bevakning och själva avvecklingen av ACTREM har blottlagt målkonflikter mellan forskarens behov av att värna sin rätt till forskningsmaterial och en myndighets ansvar att efterleva offentlighetsprincipen<sup>36</sup>. Institutionen och medlemmarna i ACTREM uppfattar att det är oklart hur regelverket gällande bevarande av forskningsmaterial ska följas, eller i vilket skede en allmän handling blir en offentlig allmän handling som kan/ska lämnas ut. Detta trots återkommande förfrågningar till KI:s centrala förvaltning och ledning kring detta. Bland annat uttrycker flera av forskarna i gruppen oro för att deras forskning riskerar få spridning på nätet och vara tillgänglig för alla innan de själva hunnit publicera sin forskning. KI:s ledning har inte heller kunnat skapa klarhet i vad som gäller för utlämnande av forskning som enligt avtal ägs av ett bolag. Eller hur de vill att forskning som utförts vid utländsk högskola men inkommit till KI genom samverkan mellan forskare ska hanteras.

I de fall tillräckliga juridiska underlag saknats för att göra en juridisk bedömning ger granskningen intryck av att ledningen inte kompenserat denna brist med ett ställningstagande i väntan på mer kunskap. Istället visar granskningen att institutionen lämnats utan klarhet vad gäller hur KI som myndighet vill att de ska agera och i vissa fall har bedömningen till sist gjorts av personer utan större kännedom om lagstiftningens intentioner. I samtal med ledningen framkommer dock att man avser få vissa oklara utlämningsfall prövade i rätten och att det pågår insamlande av underlag för detta.

#### **Interrevisionens bedömning**

Internrevisionen ser att prefekt och enhetschef på ett organisatoriskt plan vidtog flera åtgärder för att kompensera för eventuella förväntade brister i PM:s förmåga att hantera en svensk forskningsmiljö. Men det framstår inte helt klart i de granskade delarna vilka formella krav som borde ha ställts på denna person, i vilket sammanhang och av vem. Vilka dessa formella krav är, samt vem som ska implementera dem och följa upp, bör förtydligas inför framtiden i syfte att underlätta för framtida forskare att etablera sig och upprätthålla den standard på bl.a. forskarutbildning som KI avser.

Internrevisionen menar att möjligheten att spåra forskarnas arbete är viktigt för KI, särskilt vid misstanke om oredlighet. KI bör därför skapa tydlighet kring hur arkivering av forskning ska genomföras så att spårbarhet i forskningsdokumentation överlag kan stärkas, med utgångspunkt i befintliga riktlinjer.

Internrevisionen förstår att flera av de situationer som CLINTEC hamnat i vad gäller utlämnande av handling inte kunnat förtydligas genom uttolkning av offentlighetsprincipens regelverk eller prejudikat. Interrevisionen menar då att det är viktigt att KI:s ledning tar principbeslut genom att ta ställning i den gråzon som uppstår mellan det befintliga lagrummet och den verklighet KI står inför. Denna tolkning kan inte överlämnas till lägre beslutsnivåer eller den individuella

<sup>35</sup> även om granskningen också visar att CLINTEC genomfört ett flertal satsningar de senaste åren i syfte att förbättra arkivering och dokumentation riktat till nya forskare och forskarstuderande.

<sup>36</sup> <http://www.regeringen.se/sa-styrs-sverige/det-demokratiska-systemet-i-sverige/offentlighetsprincipen/>

forskarens bedömning utan risk för att bristande hantering uppstår. Internrevisionen menar att det i dylika sammanhang är viktigt att KI säkerställer att myndigheten agerar i syfte att som minst motverka en ökad risk att regelverket inte efterlevs på ett betryggande och ändamålsenligt sätt.

Internrevisionen menar vidare att KI med fördel kan informera internt vad offentlighetsprincipen innebär för KI som myndighet så att det blir lätt att göra rätt för de inblandade. Detta gäller även för internationella forskarmiljöer där allmänhetens tillgänglighet till det egna forskningsmaterialet inte alltid är känd.

Under våren 2016 har det inkommit mer än tre gånger så många oredlighetsärenden som ett vanligt år, som berört även andra forskargrupper än denna. Internrevisionen menar att det är viktigt att KI skapar tillräckliga förutsättningar för att kunna säkerställa att forskning bedrivs utan oredlighet. Samtidigt, när oredlighetsanmälningar förekommer, är det av vikt att KI hanterar dessa skyndsamt, samt säkerställer att verksamheten inte drabbas på ett otillbörligt sätt medan utredning pågår. Internrevisionen uppfattar också att KI inte fullt ut har analyserat vilka förtroendeskadliga risker för KI på en övergripande nivå, som kan föreligga vid oredlighetsanmälningar. KI bör vidta åtgärder i syfte att minska risker och konsekvenser kopplade till oredlighetsanmälningar och samtidigt förstärka möjliga positiva sådana, som möjligheter att stärka ordning och reda i forskning.

#### **Lämnade rekommendationer:**

- KI bör på ett systematiskt sätt samordna insatser och följa upp att utländska forskare kan finna sig tillrätta vid KI inom skälig tid från ankomst.
- KI bör skapa större tydlighet kring krav på arkivering av forskning så att spårbarhet i forskningsdokumentation kan stärkas.
- KI bör analysera vilka risker oredlighetsanmälningar innebär för forskargrupper, vidta åtgärder i syfte att minimera negativa effekter och samtidigt förstärka möjliga positiva sådana.
- KI bör vidta åtgärder för att hantera de förtroendeskadliga risker för verksamheten som kan uppstå som en konsekvens av oredlighetsanmälningar.

## **4.6 Beslutet om avveckling**

Utifrån att granskningen visar att CLINTEC och enheten ÖNH fått en ökad arbetsbelastning kopplat till avvecklingen av ACTREM har internrevisionen översiktligt granskat omständigheterna kring KI:s lednings beslut<sup>37</sup> om och institutionens hantering av denna avveckling.

#### ***lakttagelser i urval i kronologisk ordning***

Under november 2015 löpte PM:s tjänst som gästprofessor vid KI ut och ersattes med en ettårig anställning som forskare<sup>38</sup>.

Under januari 2016 visades en omskriven TV-serie<sup>39</sup> om PM, vilken i sin tur skapade ett omfattande mediatryck mot KI, inklusive CLINTEC och ACTREM. Dåvarande rektorn fattade ett par veckor senare beslut om att PM:s tjänst som forskare inte skulle förlängas när den gick ut i november 2016. Han bestämde

<sup>37</sup> Dnr 1-87/2016

<sup>38</sup> förfarandet vid tillsättningen av denna tjänst granskas av Sten Heckscher.

<sup>39</sup> Dokument inifrån: Experimenten.

också att PM skulle ägna sin återstående anställningstid åt att avveckla forskningsmiljön ACTREM samt utfärdade ett uppdrag<sup>40</sup> om detta riktat till CLINTEC och prefekten. I samband med detta beslutade prefekten och enhetschefen att ingen av tjänsterna vid laboratoriet skulle förlängas. De verksamma där hade då mellan en månad och nio månader kvar på sina visstidsanställningar och tidsbegränsade anknytningar.

Intervjuer med KI:s ledning visar att ett av skälen till beslutet om avveckling var att man ville att PM inte skulle kunna fortsätta sin forskning vid KI. Ett behov av att minska risken för fortsatt skada kopplat till PM:s potentiella agerande anges också som skäl i intervjuerna, men formell dokumentation kring detta saknas. Analyser kring konsekvenser, verksamhetsrisker eller alternativkostnader vad gällde avvecklingen av forskningsmiljön gjordes inte i detta skede. Riskbedömning enligt AFS 2001:1, 8 §<sup>41</sup> genomfördes inte heller. Varken CLINTEC:s prefekt eller enhetschefen vid ÖNH deltog i beredningen av eller i själva beslutet utan ålades uppdraget.

Att bedriva forskarutbildning är ett uppdrag som omfattas av högskoleförordningen. En avveckling av en miljö där utbildning pågår bör alltid genomföras med stöd i en konsekvensanalys som inkluderar de forskarstuderande som utbildas där. Granskningen visar att analys kring vilka konsekvenser avvecklingen av ACTREM skulle få för de två doktorandernas utbildning inte genomfördes inför beslutet. Institutionen fattade senare ett beslut om att de två doktoranderna i gruppen skulle få möjlighet att avsluta sin utbildning vid andra forskargrupper vid CLINTEC. Ett prefektbeslut togs om att ingen forskning kopplad till ACTREM får publiceras innan utredningarna om eventuell oredlighet är klara.

I och med att dåvarande rektor beslutade sig för att avstå från sitt uppdrag och en vikarierande rektor tillsattes förändrades villkoren och PM fick snart därefter avsked. Förutsättningarna för avveckling av forskningsmiljön ändrades därmed och forskargruppen stod utan ledare. De dagarna när PM sedan var på plats sammanföll med att beslut om hans uppsägning togs i PAN<sup>42</sup>, och någon diskussion kring hur PM skulle bidra till ACTREM:s avveckling var inte längre aktuell. Gruppens andreman hade inte heller sin huvudverksamhet i Sverige och efter den omtalade tv-seriens sista avsnitt har inte han heller regelbundet befunnit sig i Stockholm (denne hade forskningsfinansiering om ca 4 mnkr/år till 2017 kvar vilka nu har frysts). För att motverka vad som föreföll som en kollaps, förlängde institutionen då flera av ACTREM:s medlemmars anställningar till slutet på mars för att arbeta med arkivering och avveckling.

Den 11 februari 2016 informerade HR-ansvarig vid institutionen huvudskyddsombudet om läget med forskargruppen. Huvudskyddsombudet förespråkade då en riskbedömning<sup>43</sup>. Men att sådan behövde genomföras delades inte av personalfunktionen vid universitetsförvaltningen (HR), som anförde att regelverket inte gällde vid avveckling. Institutionen avstod i förvirringen från att genomföra

<sup>40</sup> Beslut om avveckling av forskningsmiljön togs den 4 februari 2016 av dåvarande rektor och universitetsdirektör samt bereddes enligt beslutet tillsammans med personaldirektören i samband med att beslut togs om att PM:s anställning inte skulle förlängas när den tog slut i november 2016.

<sup>41</sup> Arbetsmiljölagen (AML) (1997:1160) 3 kap 2a§.

<sup>42</sup> Personalansvarsnämnden.

<sup>43</sup> Från AFS 2001:1, s 13: "Personalen kan ibland fara illa vid en omorganisation, särskilt vid inskränkning och nedläggning av verksamheten. Det är viktigt att tidigt få fram riskerna så att negativa följder av omställningsprocessen kan förebyggas".

denna riskbedömning, men genomförde den ändå i april efter ytterligare påtryckningar från huvudskyddsombudet och HR:s slutliga medgivande.

Formella rutiner för avveckling av hela forskningsmiljöer under liknande exceptionella förutsättningar saknades, i normalfallet sker avveckling med större förutsägbarhet och framförhållning. CLINTEC sammanställde själva en åtgärdslista för nedläggningen av ACTREM. Institutionen ställde ett flertal frågor till olika delar inom universitetsförvaltningen för att få stöd i hur de skulle gå tillväga. Sammantaget pekar granskningen på ett flertal områden där universitetsförvaltningen inte har kunnat ge tydliga och enhetliga svar. Institutionen uppfattar sig ha fått olika signaler vid olika tillfällen från olika delar av universitetsförvaltningen, vilket granskningen också visar. CLINTEC:s ledning fick ett otydligt intryck av vad KI centralt ville se hända. Dessa oklarheter gällde bl.a. uppsägningen av anställda, hur och av vem avvecklingen ska finansieras samt vilka krav som skulle ställas kring lagring av forskningsmaterial utöver laboratorie-loggböcker. Samt huruvida forskare vid ACTREM fortfarande har rätt att publicera sig i KI:s namn baserat på den forskning som genomförts där, och/eller tillsammans med PM. Stödet till institutionen, enheten och ACTREM från universitetsförvaltningen uppfattas inte ha varit tillräckligt vad gäller dessa områden, även om KI:s ledning i andra delar utgjort ett fungerande stöd.

#### ***Internrevisionens bedömning***

Internrevisionen avser inte bedöma huruvida det var rätt eller fel att lägga ned ACTREM, men menar att det är en brist att en analys kring risker och konsekvenser av avvecklingen inte gjordes. Detta gäller inte bara forskarutbildningen och arbetsmiljön utan borde även ha inkluderat risk för förtroendeskada kopplat till avveckling av själva forskningsmiljön. Så att relevanta åtgärder kunnat vidtas. Förutsättningarna förändrades vid ett par tillfällen, då en sådan analys ånyo hade kunnat genomföras. Bland annat då PM avskedades mitt under avvecklingen av den forskningsmiljö som då återigen var föremål för anklagelser om oredlighet. Internrevisionen konstaterar vidare att avsaknaden av i god tid genomförd risk- och konsekvensanalys kopplat till avvecklingen av forskningsmiljön bidrog till att KI inte aktivt tog, eller kunde ta, ställning till lämpliga åtgärder för att minska negativa och oönskade konsekvenser av avvecklingen – både för verksamheten och för de inblandade individerna.

I normala fall tas beslut om anställning av forskare på institutionsnivå men att ledningen i strategiska situationer behöver kunna ta beslut om rekrytering eller avslutande av anställning utan prefekts inblandande. Samtidigt innebär detta beslut ett avsteg från delegationsordningen som, taget utan att förankras inom ramen för delegationen, riskerar bidra till förvirring kring vad som faktiskt delegerats och hur långt ansvar för delegerade uppgifter sträcker sig.

Internrevisionen noterar att universitetsförvaltningens insatser inte var tillräckliga för att utgöra ett stöd för institutionen i arbetet med avvecklingen av forskningsmiljön. Internrevisionen menar att universitetsförvaltningen ska ge enhetliga budskap, arbeta mot gemensamt mål och stödja verksamhetens behov av kunskap exempelvis kring hur gällande regelverk ska tolkas. Internrevisionen menar därför att KI bör säkerställa att universitetsförvaltningens funktioner arbetar mer samordnat.

**Lämnade rekommendationer:**

- KI bör säkerställa att universitetsförvaltningens funktioner arbetar mer samordnat, ger enhetliga signaler, samt arbetar mot KI-gemensamma mål.
- KI bör säkerställa att risk- och konsekvensbedömningar alltid genomförs vid avveckling av verksamhet i syfte att minimera oönskade risker och konsekvenser för KI, verksamheten och de inblandade.

**4.7 Anställda med bolagskoppling**

Internrevisionen genomförde en bisysslogranskning<sup>44</sup> kopplat till PM år 2015, som inte visade några ekonomiska kopplingar mellan ett tiotal bolag och PM som inkluderade KI. Tidigare var det känt att PM donerade ett patent till bolaget Harvard Apparatus<sup>45</sup> (HART)<sup>46</sup>, och fick enligt dokumentation en motprestation i form av en donation till en stiftelse i Tyskland med fokus på sjukvård för barn. Några andra motprestationer har inte tidigare spårats kopplat till detta.

Den nu genomförda granskningen har visat att det fanns kopplingar mellan forskargruppen ACTREM och det ovan nämnda bolaget:

I årsrapport<sup>47</sup> för 2015 beskriver HART Inc hur de samarbetat med PM och hur de nu separerat sig från denne. Här beskrivs relationen som att HART bidrog med relevanta medicintekniska produkter och organiskt material till PM:s forskning mot att denne skulle dela med sig av de forskningsresultat som kunde ligga till grund för fortsatt utveckling av HART:s produkter. Bolaget beskriver också att i samband med att de anställde en Chief Medical Officer upphörde alla relationer med PM i juni 2014 samt med Krasnodar i november samma år. Idag sker bolagets produktutveckling, av vad bolaget beskriver som en väsentligt anorlunda produkt än den som hanterats tillsammans med PM, i samarbete med Mayo Clinic i USA.

Det finns också dokumentation som påvisar att forskare vid ACTREM hanterat medicinteknisk utrustning från bolaget under perioden 2011-2012. Vid avvecklingen 2016 konstateras också att det i laboratoriet finns utrustning som sannolikt tillhör bolaget, men där ägarskapet inte fullt ut går att utröna eftersom handlingar kopplat till ägande saknas. Tre personer vid laboratoriet har enligt egen utsago periodvis haft sin försörjning från bolaget och samtidigt varit anknutna till KI, en så sent som i februari 2016. Dessutom finns en faktura där kompletterande produkter köpts från bolaget under 2014.

CLINTEC:s ledning var medveten om att några av laboratoriets forskare var försörjda av HART. I syfte att minska riskerna med detta tillförde institutionen två punkter på anknytningsbeslutet. Personen anvisades dels att uppge när anställningen vid bolaget upphörde, dels att följa KI:s regelverk. Någon medvetenhet kring vilka faktiska risker denna bolagskoppling kunde innebära för KI blev

<sup>44</sup> Dnr 2-1842/2015

<sup>45</sup> Hugo Sachs Elektronik – Harvard Apparatus GmbH, Harvard Apparatus Regenerative Technology, INC, mfl bolagsnamn för verksamheter inom samma bolagskoncern. Företaget heter numera Biostage.

<sup>46</sup> Internrevisionen har inte granskat ACTREM:s eller PM:s samröre med Krasnodar i Ryssland.

<sup>47</sup> United States Securities and Exchange Commission, Washington DC 20549. Annual report pursuant to section 13 or 15(d) of the Securities Exchange Act of 1934 for the fiscal ended December 31, 2015. Commission file nr 001-35853 Harvard Apparatus Regenerative Technology Inc. Delaware 45-5210462

dock inte fullt ut tydligt för institutionen förrän den omtalade produktutvecklingen blev känd (jan 2016).

Internrevisionen konstaterar att KI:s nuvarande rutiner för hantering av bisyssla inte hade fångat dessa personers koppling till bolaget då man inte samlar in information om huvudsyssla för anknutna.

#### ***Internrevisionens bedömning***

Internrevisionens bedömning är att kopplingen mellan ACTREM och bolaget är förhållandevis stark, med flera relationer som kan riskera bidra till jäv och otillbörlig påverkan. Det finns en risk att det kan ha förekommit drivkrafter som påverkat de forskningsrelaterade prioriteringarna. Medvetenhet om och uppföljningen kring risker för jäv i forskargrupper med koppling till näringslivet bör stärkas vid KI, i syfte att minska riskerna för att forskningen påverkas på ett otillbörligt sätt.

#### ***Lämnad rekommendation***

- Medvetenhet om risker för jäv och uppföljningen av forskare med näringslivskoppling bör stärkas vid KI i syfte att minska riskerna för förtroendeskada samt att forskningen påverkas på ett otillbörligt sätt.

## **4.8 Uppföljning av rektors beslut**

Internrevisionen har följt upp implementeringen av tre av rektors beslut kopplade till oredlighetsärenden som kan ha samröre med ovan nämnda motsättningar mellan två forskargrupper vid KFC Novum, Huddinge. Internrevisionen avser inte bedöma huruvida oredlighet eller oaktsamhet i forskning förelåg eller huruvida rektors beslut är korrekt tagna. Uppföljning har skett genom intervjuer och inhämtande av underlag kopplade till åtgärdslistorna i besluten.

Handläggaren för besluten uppger att rektors avsikt var att besluten skulle vara i enlighet med gällande lagstiftning och KI:s interna styrdokument samt vara bra för KI. Rektors avsikt med bedömning och beslut var, enligt handläggaren, att otillbörligheterna inte skulle upprepas och att tydligt ange KI:s ställning i frågorna. Granskningens visar att det saknas dokumentation av diskussioner inför besluten eller kring förväntningar på hur åtgärder skulle genomföras.

Handläggaren påpekar att det saknas förarbeten kring vad som ska anses som oredlighet i forskning eller regler kring lämplig påföljd. KI:s interna styrdokument saknar också en definition eller vad som ska följa om oredlighet i forskning konstateras. Besluten bygger enligt utsago på hur Vetenskapsrådet definierat begreppet.

**Beslut Dnr 2-1309/2014** (daterat 2015-08-28), Ärende om misstanke om oredlighet i forskning angående en forskare ur thoraxgruppen inlämnad av en forskare från ACTREM. Anmälan, som inkom den 11:e april 2014, ifrågasatte om thoraxforskarens användning av data från ACTREM var tillåten, om falsk information tillhandahållits i ansökningshandlingar och om information har förvanskats eller förmedlats felaktigt intryck vid ansökan av medel. KI genomförde en utredning i enlighet med 1 kap. 16§ högskoleförordningen (1993:100) och in-



hämtade yttrande från Etikrådet. Rektor fann att thoraxforskarens agerande stridit mot god sed i forskning, att det var fråga om oaktsamhet samt att det fanns en kultur inom den aktuella forskningsmiljön som föranledde ingripande från KI:s sida.

Rektor skrev i beslutet att ”mot bakgrund av lärosätets starka behov av att värna vetenskapens trovärdighet och god forskningssed beslutar rektor om” bl.a. ett möte där aktuella omständigheter och beslutade åtgärder genomgås, samt att ett förtydligande av aktuella etiska regler inom forskningen samt konsekvenser för brott mot dessa regler skulle överlämnas till thoraxforskaren.

Internrevisionen har följt hanteringen vid KI vad gäller implementering av beslutet genom intervjuer med ett urval personer och inhämtande av underlag.

Berörd forskargrupsledare uppfattade att detta var ett viktigt beslut och förberedde mötet genom att sammanställa en lista över lämpliga aktiviteter som skulle stärka efterlevnad av KI:s regelverk och ordning och reda i forskning. Exempel på dessa var krav om att gå utbildning i ledarskap för forskningsledare till att låta forskningsprojekt genomgå extern audit. Dessutom skulle samtliga forskare i gruppen ta del av KI:s regler och riktlinjer, genomgå utbildning i forskningsdokumentation samt säkerställa att ELN implementeras för nya doktorander och nya forskningsprojekt. Granskningen visar att genomförandet av aktiviteterna pågår. Forskargrupsledaren har inte, vare sig under eller efter det omnämnda mötet, tillfrågats av någon om plan för hur, eller huruvida, aktiviteterna genomförts eller inte. Denne uppfattar att kommunikationen kring beslut och möte tog udda vägar, och förmedlades av den kritiserade snarare än av KI:s ledning.

**Beslut 1<sup>48</sup> och 2<sup>49</sup>, Dnr 2-2018/2014** (daterat 2015-08-28), Ärende om misstanke om oredlighet i forskning angående PM inlämnad av fyra forskare i thoraxgruppen den 24 juni 2014 som behandlas i det första beslutet. Anmälarna inkom med kompletteringar 18 augusti och 24 september 2014, vilka behandlas i det andra beslutet. KI genomförde utredning i enlighet med 1 kap. §16 högskoleförordningen (1993:100) och tillsatte en extern utredare, professor Bengt Gerdin (2014-11-25).

Det första beslutet avser den vetenskapliga originalartikeln ”Experimental Orthotopic transplantation of tissue-engineered oesophagus in rats” författad av doktoranden NN et al (PM som huvudansvarig författare<sup>50</sup>) publicerad i tidskriften Nature Communications (2014;5:3562). Anmälarna ifrågasätter flera komponenter i artikeln, inklusive de bilder som används, och därmed också de slutsatser som dragits om en funktionell matstrupsprotes. Rektor fann att PM agerat oaktsamt under den process som resulterat i den vetenskapliga originalartikeln som publicerats i Nature Communications, eftersom det bl.a. lämnats ofullständiga uppgifter i artikeln, särskilt beträffande detaljerna kring djurförsöken.

<sup>48</sup> [https://internwebben.ki.se/sites/default/files/beslut\\_1\\_arend\\_2-2184-2014.pdf](https://internwebben.ki.se/sites/default/files/beslut_1_arend_2-2184-2014.pdf)

<sup>49</sup> [https://internwebben.ki.se/sites/default/files/beslut\\_2\\_arend\\_2-2184-2014.pdf](https://internwebben.ki.se/sites/default/files/beslut_2_arend_2-2184-2014.pdf)

<sup>50</sup> Är den som enligt rektors beslut bär ansvaret för att det bland författarna ska finnas kompetens att korrekt presentera och tolka samtliga data som inkluderats i artikeln.

Rektor skriver i beslutet: ”mot bakgrund av lärosätets starka behov av att värna vetenskapens trovärdighet och god forskningssed beslutar rektor om” att PM ska tillse att de delar av nämnda artikel som inte kunnat styrkas ska ändras hos tidskriften genom ett s.k. erratum. Samt att ett möte ska hållas på institutionsnivå där aktuella omständigheter och beslutade åtgärder genomgås.

Granskningen visar att genomförande av dessa åtgärder har påbörjats. PM har kommunicerat med publikationen kring rättelser, men flera medförfattare motsatte sig ändringar i artikeln. Ett möte hölls kring omständigheter och åtgärder kring utveckling av bl.a. dokumentation av forskningen vid forskarmiljön, men verkställigheten sammanföll i princip med forskarmiljöns avveckling. Krav om att PM skulle genomgå den större handledarutbildningen hann inte heller verkställas. Diskussioner uppges ha hållits med t.ex. doktoranden kring vilka lärdomar som kan dras vad gäller bl.a. ansvar för forskning, sampublicering av forskningsresultat, styrning av kvalitet och upphovsrätt i olika underlag, som bilder, samt skillnaden mellan medförfattarskap och omnämnda acknowledgements. Enligt uppgift har nuvarande dekanus för forskning tagit över ansvaret för genomförandet av dessa åtgärder.

Det andra beslutet avser sex vetenskapliga artiklar, både originalartiklar och översiktsartiklar (för mer info, se länk till beslut i fotnot nedan). Artiklarna beskriver transplantation av en syntetisk protes till tre patienter med sjukdomar i luftstrupen. Anmälarna ifrågasätter flera komponenter i de publicerade artiklarna, som att etikillstånd skulle saknas, att data förfalskats och avsiktligt eller genom försummelse uteslutits, samt därmed att de slutsatser som dragits om funktionaliteten i luftstrupprotesen inte var korrekta. Rektor fann PM oaktsam och att hans verksamhet inte i alla avseenden uppfyllt ställda krav på forskningskvalitet.

Rektor skriver i beslutet att ”mot bakgrund av lärosätets starka behov av att värna vetenskapens trovärdighet och god forskningssed beslutar rektor om” att:

- KI gör en översyn av vilka regelverk som gäller för kliniska studier, klinisk behandlingsforskning och kliniska prövningar i syfte att förbättra samordningen mellan KI och Karolinska Universitetssjukhuset vad gäller detta. KI bör också utreda behov av centralisering av funktioner kopplade till experimentell och klinisk behandlingsforskning respektive experimentell terapi,
- på övergripande nivå utreda hanteringen av vitalindikation som grund för användning av nya terapier och etablera tydliga riktlinjer/process för centrala beslut kring vård vid vitalindikation,
- förmedla KI:s erfarenheter från detta ärende till statliga utredningar kring hur misstanke om oredlighet i forskning ska hanteras och utredas,
- skapa tydliga riktlinjer vad gäller experimentell terapi i gränssnittet mellan klinisk applikation och forskning.

Granskningen visar att prefekten vid CLINTEC har genomfört flera aktiviteter kopplade till dessa åtgärder, som att skapa kontakter och bygga nätverk kring den första och den sista punkten vid både KI och SLL i enlighet med beslutet. Sannolikt kommer detta arbete inte att utvecklas vidare då dessa kontaktpersoner gått vidare till andra uppdrag och mandat är otydliga vad gäller arbetet både på sjukhussidan och på KI. Det uppges dessutom vara svårt att samlas kring att verkställa den förre rektorns beslut, eftersom den nuvarande rektorn, genom att

begära besluten omprövade, indirekt uttalat en tveksamhet kring huruvida besluten fortfarande gäller. Det framstår också som oklart för institutionen hur besluten ska verkställas, när vare sig PM längre är anställd eller forskargruppen är verksam.

Sammantaget kan internrevisionen konstatera att flera av åtgärderna i det sista beslutet i flera delar är näst intill visionärt formulerade. De avsåg sannolikt skapa tydlighet, där de olika anmälningarna lyfte en generell otydlighet. Beslutade åtgärder skulle kunna leda till förbättringar och förtydliganden vad gäller flera delar av det regenerativa forskningsfältet samt klinisk implementering av forskningsresultat. Men granskningen visar att det saknas en till beslutet tillhörande uppdragsbeskrivning eller annan dokumentation kring hur genomförandet skulle ske, när eller av vem, vilket skapar viss osäkerhet kring hur åtgärderna ska implementeras. Granskningen visar vidare att någon uppföljning av huruvida de beslutade åtgärderna genomförts inte skett.

Internrevisionen kan konstatera att dessa utredningar har pågått under lång tid. Båda forskargrupperna har enligt de intervjuade påverkats av anmälningarna, oavsett om de anmält eller varit föremål för anmälan. Osäkerheten och andra omständigheter kring utredningen har påverkat deras arbetsförmåga på ett negativt sätt, om än i varierande grad.

#### ***Internrevisionens bedömning***

Dessa beslutade åtgärder framstår fortfarande som viktiga, oavsett om återuppväckta utredningar om oredlighet skulle komma till andra slutsatser än de tidigare. Om även nuvarande ledning uppfattar åtgärderna som väsentliga, bör en handlingsplan med ansvariga för genomförandet upprättas så att dessa kan verkställas. Sannolikt kan ett sådant arbete integreras med åtgärdsarbetet efter de externa granskningar som nu genomförs både vid KI och Karolinska Universitetssjukhuset.

Under granskningens gång har det framkommit att KI framarbetar ett nytt sätt att förhålla sig till oredlighetsanmälningar så att de inte ska ta så mycket kraft i anspråk centralt och att Etikrådet planeras få en lite annan roll på KI. Internrevisionen ser positivt på en mer effektiv hantering kring utredningen av oredlighetsärenden, vilket även kan minska risken för skadlig inverkan på verksamheten.

## 5 Intern styrning och kontroll vid CLINTEC

Detta delkapitel avrapporterar genomförd granskning vad gäller huruvida CLINTEC och KI uppvisar en god intern styrning och kontroll. Delar av granskningen pekar också tillbaka mot KI centralt, där internrevisionen granskat huruvida KI:s ledning tillhandahållit tillräckliga förutsättningar.

Granskningen visar att CLINTEC inte i alla delar har en ändamålsenlig intern styrning och kontroll. Förbättringsområden är framförallt hanteringen av bisyssla och jäv samt riskhanteringsprocessen, se mer nedan.

### 5.1 Bisyssla och jäv

PwC har granskat institutionens hantering av bisyssla<sup>51</sup>. En analys har gjorts för att identifiera vilka anställda vid CLINTEC, och närmaste anhöriga, som har bisysslor i bolag som är leverantörer till KI. Uppföljningen av resultatet har skett genom möten med CLINTEC:s personalhandläggare, ekonomiassistent och anställda vid KI:s centrala ekonomiförvaltning.

Enligt KI:s regler och riktlinjer angående lärares och övriga anställdas rätt till bisyssla framgår att den anställde är skyldig att lämna de uppgifter som behövs för att KI ska kunna bedöma den anställdes bisysslor. Den allmänna underrättelseskyldigheten följer att lärare alltid måste redovisa engagemang i eget bolag, i fåmansbolag eller i annan typ av företag/firma som helt eller delvis ägs av läraren eller närstående. Redovisningsskyldigheten avser bisysslans art, omfattning, varaktighet samt uppgift om vem som är uppdrags-/arbetsgivare.

Av 11 § punkt 5 förvaltningslagen (1986:223) framgår att den som ska handlägga ett ärende är jävig om det i övrigt finns någon särskild omständighet som är ägnad att rubba förtroendet till hans opartiskhet i ärendet. Vidare framgår av 12 § att den som är jävig inte får handlägga ärendet. Om man känner till en omständighet som kan antas utgöra jäv, ska man självmant lyfta det. I dagsläget hittas sådana kopplingar vid KI i första hand om någon på ekonomiavdelningen råkar känna igen ett bolags- eller personnamn på en faktura snarare än genom systematisk uppföljning.

Det är prefekten som är skyldig att tillse att alla anställda inom institutionen är informerade om gällande bisyssleregler. Vidare ska prefektens informationsåtgärder dokumenteras skriftligt. Prefekten ska också se till att underlag samlas in för att kunna bedöma bisyssla i enlighet med KI:s regelverk.

Av KI:s regler och riktlinjer kring bisysslor framgår att det alltid ska finnas avtal vid affärsrelationer mellan institution och bolag som medarbetare har intresse i. Medarbetare som har sådana intressen får inte under några omständigheter delta i handläggningen av ärenden som rör institutionens förhållande till bolaget. Sådana ärenden ska beredas vid universitetsförvaltningen och beslut tas av universitetsdirektören.

Granskningen har genomförts i två delar:

- 1) Av aktiva leverantörerna i KI:s leverantörsregister där någon på CLINTEC har en bisyssla (totalt 32) är 13 bisysslor anmälda och godkända. För övriga 19 saknas

---

<sup>51</sup> Läs mer om bisyssla under kap 7.4, Central hantering av bisyssla

uppföljningsbar bisyssloanmälan. Av dessa 19 var nio anmälningar ofullständiga, fyra var inte inkomna, tre anmälningar specificerar inte leverantörsnamnet och tre personer hade så korta anställningar att de inte anmält bisyssla.

- 2) Uppföljning har genomförts för att säkerställa att fakturor inte är attesterad av den KI-anställda person som har engagemang hos leverantören, att det finns ett underskrivet och diariefört avtal, samt att det finns ett godkännande av bisyssla för personen. I ett par fall visade granskningen på risk för jäv.

Granskningen visar att inte alla inkommer med bisyssloanmälan. Inkommer inte samtliga anställda med information kring detta ökar risken för att missa om otillåtna bisysslor förekommer i verksamheten. Men granskningen har också visat att det system som idag används för att följa upp bisyssloanmälningar inte är tillräckligt funktionellt och att det centralt på KI tillsatts en arbetsgrupp för att förtydliga regelverket och underlätta hanteringen.

Vid återkoppling till institutionen av granskningens fynd genomfördes åtgärder i syfte att i högre grad efterleva regelverket kring anmälan om bisyssla. Dessa åtgärder visade i sin tur att instruktionerna kring vilken information som skulle lämnas i blanketten inte var tillräcklig. Som exempel anger den anställda sitt uppdrag, och skriver då ”rådgivare till försäkringsbolag” men anger inte bolaget genom vilken den aktuella rådgivningen genomförs. Detta gör att kopplingen mellan den anställda, dennes bolag och KI inte kan följas upp och jävssituationen analyseras. Granskningen visar att nuvarande uppföljning inte ger tillräckliga underlag för att bedöma bisysslans risk för jäv eller otillbörlig koppling mellan anställds bolag och KI.

#### **Internrevisionens bedömning**

Det är viktigt för institutionen att veta vilka jävssituationer som föreligger i verksamheten och internrevisionen ser positivt på de åtgärder som institutionen genomfört i syfte att fånga anställdas bisysslor och jäv. Internrevisionen väljer ändå att lämna förtydligande rekommendationer kring detta för att stärka det framtida arbetet kring insamling av anmälan om och kontroll av bisyssla. Så att samtliga personer vid institutionen inkommer med relevant och korrekt ifyllda underlag och bedömning om tillåtenhet kan göras. Internrevisionen menar vidare att institutionen bör säkerställa att, även om bisyssla är anmäld och godkänd, samma person inte deltar i handläggning och undertecknar avtal med den leverantör med vilken koppling finns.

#### **Lämnade rekommendationer:**

- CLINTEC bör stärka kontrollen kring insamling av anmälan om bisyssla ytterligare för att säkerställa att samtliga personer vid institutionen inkommer med relevant och korrekt ifyllda underlag så att bedömning om tillåtenhet kan göras.
- CLINTEC bör förbättra handläggningen av ärenden som rör organisationer där anställda har anmält bisysslor och informera berörda om risken för jäv.

## **5.2 Sammanhållen riskanalys**

KI omfattas av förordning (2007:603) om intern styrning och kontroll (FISK) och måste därmed uttala sig i årsredovisningen om huruvida den interna styrningen och kontrollen vid myndigheten är betryggande. Med intern styrning och kontroll menas enligt FISK den process om syftar till att myndigheten fullgör de

krav som framgår av 3 § myndighetsförordningen (2007:515) med rimlig säkerhet. När en myndighet omfattas av FISK ska en riskanalys upprättas. De risker som identifieras i riskanalysen ska värderas för att kunna besluta om de identifierade riskerna ska accepteras eller hanteras. Utifrån riskanalysen ska myndigheten vidta erforderliga åtgärder för att motverka riskerna.

I KI-anvisningar inför verksamhetsplaneringen 2016-2018 framgår bl.a. att det inför år 2016 ska genomföras en fördjupad riskanalys. Därefter ska chefer årligen uppdatera och fastställa riskanalyser med tillhörande kontrollåtgärder. Granskningen visade att CLINTEC:s riskanalys inför 2016 inte genomfördes enligt regelverket eller skickades in till ledningen för KI. Detta berodde sannolikt på missuppfattningar mellan befattningshavare på KI centralt och institutionsnivå i samband med byte av administrativ chef.

När internrevisionen återkopplar detta till KI:s ledning visar det sig att KI:s lednings process för att ta beslut kring åtgärder för att få med samtliga institutioner i riskarbetet inte var tillräckligt ändamålsenlig. Därför påminde inte ledningen institutionerna om deras ansvar utan fortsatte istället riskarbetet utan att inkludera risker från de två institutioner som inte inkommit med underlag<sup>52</sup>. CLINTEC har nu startat genomförandet av den efterfrågade riskanalysen så att den kan inkluderas i den KI-övergripande processen så snart som möjligt.

CLINTEC genomförde dock en institutionsspecifik riskanalys för 2015 som presenterades i verksamhetsplanen för 2015. Där framgår fem risker med tillhörande kontrollåtgärder avseende året vid CLINTEC. De identifierade riskerna var på aggregerad nivå för institutionen.

Vidare framgår att de fem högst värderade riskerna med kontrollåtgärder och ansvariga skulle tas fram och dokumenteras i verksamhetsplanen och i aktivitetsplanen för 2016. Men i verksamhetsplanen för 2016 för CLINTEC saknas en riskanalys på aggregerad institutionsnivå. Istället beskrivs identifierade risker kopplade till enhetsnivån, men i varierande grad. För vissa enheter redovisas även kontrollåtgärder, men för flera enheter är kopplingen mellan risk och kontrollåtgärder otydlig eller saknas. När och hur uppföljning ska genomföras samt vem som är ansvariga för respektive risk och kontrollåtgärd framgår inte. Otydligheten gäller även risker och åtgärders koppling till aktivitetsplanen. Koppling mellan identifierade risker och målen med verksamheten är inte heller helt tydlig. Inte heller hur de identifierade riskerna påverkar universitetets möjligheter att fullgöra kraven enligt 3 § myndighetsförordningen.

Noterbart är att inte alla enheters riskanalys framgår av verksamhetsplanen 2016. Totalt saknas riskanalys för sex av enheterna inom institutionen. Uppföljning av huruvida dessa enheter faktiskt har gjort en riskanalys och vidtagit åtgärder eller inte identifierat risker har inte omfattats av granskningen.

### ***Internrevisionens bedömning***

När inte institutionen har en sammanhållen riskanalys blir det svårt för institutionsledningen att värdera vilka risker som är mest väsentliga och bör prioriteras. Risken är att fel kontrollåtgärder, alternativt inga kontrollåtgärder vidtas, för att hantera risker eller att ledningen inte känner till att riskerna finns. Dessutom blir

<sup>52</sup> Se mer om detta under kapitel 7.3.

det komplicerat för CLINTEC att säkerställa att KI kan hantera de risker som de borde hantera kopplat till institutionens verksamheter.

**Lämnade rekommendationer:**

- CLINTEC bör säkerställa att en tillförlitlig riskhanteringsprocess etableras – så att relevanta åtgärder kan genomföras, verksamhetens hållbarhet stärkas och mål uppnås med större säkerhet – som också utgör en del av KI:s övergripande riskhanteringsprocess.

### 5.2.1 Projektstruktur

KI:s redovisning bygger på projektredovisning. Det förutsätter en relevant och tydlig projektstruktur som är ändamålsenlig och som är enkel att använda, exempelvis för uppföljning. Granskningen har visat att CLINTEC:s projektstruktur är en kvarleva från tidigare institutionsindelning och förekommer i två olika serier som inte låter sig kombineras. Detta i sin tur gör att projektstrukturen är svår att använda och följa upp på helhetsnivå. KI centralt och CLINTEC är medvetna om detta och ett projekt pågår som ska komma fram till en enhetlig projektstruktur med implementering vid årsskiftet.

**Internrevisionens bedömning**

Internrevisionen ser positivt på det pågående arbetet eftersom en funktionell projektstruktur är viktig för styrning, kontroll och uppföljning. CLINTEC bör därför säkerställa att arbetet prioriteras så att en ny projektstruktur slutligen kan införas vid CLINTEC från 1 januari 2017.

**Lämnade rekommendationer:**

- CLINTEC bör säkerställa att förutsättningar skapas så att en ny projektstruktur kan införas vid årsskiftet 2016/17.

## 5.3 Substansgranskning ekonomiadministration

PwC har på internrevisionens uppdrag gått igenom ett urval verifikationer. Syftet har varit att följa upp dels att inköp gjorts i enlighet med gällande regler, dels att delegationsordningen har efterlevts.

### 5.3.1 Inköp

Stickprovsvisa fakturor har granskats från leverantörer med en total försäljning högre än 400 tkr under 2015 till CLINTEC. Där 17 sådana leverantörer noterades, varav fem valdes ut för stickprovskontroll. Några mindre iakttagelser har underhandskommunicerats med institutionen som därefter åtgärdat dessa under granskningens gång.

CLINTEC:s största leverantör är Karolinska Universitetssjukhuset (KS) som under 2015 fakturerade mer än 14 000 tkr. I huvudsak avser det löner, arvoden och hyror.

Granskningen har visat att CLINTEC tagit bort lokala riktlinjer till förmån för KI-övergripande regelverk för upphandling. Dessutom har i princip samtliga vid

CLINTEC som ägnar sig åt inköp genomgått KI:s interna upphandlingsutbildning. Detta borgar för att CLINTEC ska kunna efterleva KI:s regelverk och gällande lagstiftning.

### 5.3.2 Delegationer och attester

Systemet för registrering av fakturor, sakattest och dispositionsattest är styrt i systemet vilket minskar risken för felaktigheter i attestflödet. I granskningen har PwC ändå gått igenom ett urval större fakturor med avseende på attester och godkännande.

En iakttagelse har gjorts kring hanteringen av kostnader för kliniskt provningsmaterial för ett projekt under 2015. Två personer har undertecknat överenskommelsen för CLINTEC:s räkning fast de saknat formella befogenheter för detta. När fakturan sedan kom attesterades denna av behörig som sedan också signerade ett dokument om godkännande av den överenskommelse som tidigare gjorts utanför delegationen.

Granskningen visar även att den långtgående delegationen och decentraliserade ansvaret kan leda till att CLINTEC inte har tillräcklig kontroll vad gäller ingångna avtal vid enheterna. När samverkan innebär ekonomiska och etiska förutsättningar finns det avtal som förvaras på enheten vilka kan spåras vid behov, men en samlad bild av institutionens åtaganden genom samarbetsavtal förefaller saknas. Inte heller ett KI-övergripande system för hantering av samverkan- eller samarbetsavtal förefaller finnas. Institutionen har genomfört förändringar på området och idag samordnar den administrativa chefen dessa åtaganden.

#### *Internrevisionens bedömning*

Granskningen visar att det finns en risk att personer som saknar befogenheter ingår avtal med externa parter och kan riskera utsätta CLINTEC och KI för skada. Kunskapen om vilka befogenheter personer i organisationen har kan behöva stärkas för att minska denna risk. Institutionen bör säkerställa en övergripande samordning och kontroll genom formella rutiner och instruktioner så att det blir lätt att göra rätt för berörda.

#### *Lämnade rekommendationer:*

- CLINTEC bör kontinuerligt informera anställda vid institutionen om för dem gällande befogenheter.
- En institutionsövergripande kontroll över vilka åtaganden enheterna gjort i avtal å KI:s vägnar bör säkerställas.

## 5.4 Personaladministration

PwC har på uppdrag av internrevisionen granskat styrande dokument i urval inom området personaladministration.

### 5.4.1 Ansvar och befogenheter

Enligt CLINTEC:s delegationsordning har administrativ chef övergripande ansvars- och beslutsbefogenhet för institutionens verksamhet i administrativt avseende och i övrigt särskilt för:

- Tidsbegränsade anställningar och lönesättning vid sådana anställningar
- Övriga personalärenden av typ semesteransökan och tjänstledighet



- Personalkostnader av typ resor, arvoden etc
- Rehabiliteringsåtgärder

Enhetschef/sektionschef har ett övergripande ansvar och beslutsbefogenhet för enhetens/sektionens verksamhet (se ovan), bland annat avseende personal.

Granskningen visar att det är oklart vad skrivningen angående den administrativa chefens ansvar kopplat till personalfrågor betyder i praktiken och hur det ska ses i relation till enhetschefs/sektionschefs ansvar kopplat till personalfrågor. Det är till exempel oklart huruvida det är den administrativa chefen som ska attestera en reseräkning eller om det är enhetschefen/sektionschefen. Detsamma gäller vem det är som beviljar en semesteransökan. I praktiken godkänner administrativ chef exempelvis reseräkningar, medan de atterades av enhetschef alternativt prefekt. Semesteransökningar och andra ledighetsansökningar godkänns och atterades av enhetschef/sektionschef.

#### ***Internrevisionens bedömning***

Otydligheter i styrande dokument ökar risken för att fel person fattar beslut i frågor som denna inte har behörighet att fatta beslut om, eller att det faller mellan stolarna. CLINTEC bör förtydliga i institutionens delegationsordning vem som ska ta vilka beslut i personalfrågor bland annat rörande semester, andra ledigheter, resor, arvoden m.m. och för vilka grupper, för att motverka otydligheter.

#### ***Lämnade rekommendationer:***

- CLINTEC bör förtydliga i institutionens delegationsordning vem som ska ta vilka beslut.

## **5.5 Substansgranskning av lönerelaterade kostnader**

PwC har i granskningen gått igenom ett urval av löne- och arvodesutbetalningar till personalen. Syftet har varit att följa upp dels att gällande interna regler efterlevs kopplat till reseräkningar, utlägg m.m., dels att löneutbetalningar till personalen sker på ett korrekt sätt.

### **5.5.1 Reseräkningar, utlägg m.m.**

PwC har gått igenom urval av rader i reseräkningar under perioden januari 2015 - mars 2016 utifrån ett urval och granskat följande. Granskningen visar inte på några egentliga avvikelser men finner att det förekommer att reseräkningar godkänns som inkommit efter regelverkets tidsgräns om att reseräkningen ska vara inlämnad senast tre månader efter genomförd resa.

### **5.5.2 Lönekostnader**

PwC har också gått igenom ett urval rader bland lönekostnader under perioden januari 2015 - mars 2016 och följt upp slumpvisa utvalda belopp såsom semesterersättning, föräldraledighet, timarvode, utlägg m.m. i löneutbetalningen. Granskningen har i huvudsak fokuserat på vem som godkänt dessa kostnader. Granskningen har genomförts utan att några avvikelser konstaterats.

## 6 Räkenskaper

Detta kapitel berör huruvida CLINTEC:s redovisning är rättvisande. Granskningen har genomförts av PwC, och internrevisionens bedömning har gjorts utifrån PwC:s underlag.

### 6.1 Institutionens räkenskaper

Räkenskaperna bedöms utifrån granskade delar vara rättvisande.

### 6.2 Avstämningar och bokslutsarbete

PwC har granskat institutionens arbete med avstämningar och bokslut. De har förutom intervjuer vid institutionen intervjuat ekonomichefen och redovisningschefen vid centrala ekonomiavdelningen vid KI. PwC har tagit del av den uppföljning som genomförts med CLINTEC vid kvartal 3, i samband med bokslutet för helåret 2015 samt de avstämningar som ska genomföras vid månads-, kvartals-, delårs och helårsbokslut för granskningsperioden.

#### 6.2.1 Periodiseringar

I kommentarerna till utfallet i kvartal 3 och till bokslutet 2015 framgår att det finns en del noteringar kopplade till periodiseringar. I kommentarerna till kapitalförändringen per verksamhetsgren förklaras en del av svängningarna mellan åren med bristfällig periodisering.

PwC instämmer i de kommentarer som lämnats i anslutning till bokslutsarbetet. Det uppstår oönskade effekter, svängningar, i kapitalförändringen om inte periodiseringarna har fungerat. Det gör kapitalförändringen mindre rättvisande och kan medföra att statusen i projekt blir missvisande. Genom intervjuer har PwC också fått insyn i att det finns ett visst motstånd, möjligen grundat i brist på förståelse, hos vissa enhetschefer för vikten av att periodisera. Det medför att ekonomiadministrativa funktioner får svårt att få gehör för frågan om vikten av periodisering och att institutionen kan missa sådana kostnader och intäkter som borde periodiseras.

#### *Internrevisionens bedömning*

Internrevisionen menar att bristfälligt implementerade periodiseringsrutiner minskar möjligheterna att använda balans och resultaträkning som verktyg för att planera, genomföra och följa upp verksamheten. Det kan bli svårt både att utläsa och styra ekonomin eftersom svängningar påverkar tillförlitligheten och möjligheten att prognostisera resultatet. Detta gäller här både i enskilda projekt och för institutionen, men är även ett problem för myndigheten i stort.

#### *Lämnad rekommendation:*

- CLINTEC bör fortsätta arbetet med att bli bättre på att periodisera.

## 7 Förutsättningar för verksamhetens bedrivande

Detta kapitel innehåller internrevisionens bedömning av kopplingar mellan granskningens fynd och KI:s ledning, samt i yttersta ledet konsistoriet. Fokus ligger på förutsättningar, implementering samt intern styrning och kontroll.

### 7.1 Anknutna i forskningen

Inom ramen för den genomförda granskningen av ACTREM och arbetsmiljöansvaret för forskargrupperna, fann internrevisionen skillnad mellan KI:s möjligheter att styra anställda och att styra anknutna. Internrevisionen genomförde en mindre fördjupning i syfte att fånga vidhäftade risker och öka medvetenheten kring dessa.

Formerna för anknytning utgår från ett KI-internt regelverk<sup>53</sup> där det anges att beslut om att anknyta en person ska tas av prefekten utifrån personens möjlighet att bidra till KI:s verksamhetsidé. Möjligheten att anknyta uppges ha tagits fram i samband med den ökade digitaliseringen och behovet av att på olika sätt reglera vilka som ska ha tillgång till KI:s olika resurser. Att kunna anknyta uppges i det stora hela vara ett funktionellt sätt för att inkludera tillfälliga och långvariga kompetenser i forskningsarbetet. Den anknutnes huvudsakliga försörjning efterfrågas när beslut om anknytning tas i syfte att säkerställa att vederbörande har en försörjning.

Granskningen har tidigare visat att kopplingen mellan huvudsysslan och KI inte analyseras rutinmässigt utifrån risk för jäv, otillbörlig påverkan eller oegentligheter. Olika institutioner och forskargrupper hanterar och följer upp anknutna olika. Flera berättar att uppföljningen har stärkts av huruvida anknutna ska vara kvar, kopplat till den IT-avgift som debiteras kvartalsvis för att till del täcka KI:s kostnader för delade resurser. Andra genomför inte någon omfattande styrning och uppföljning av anknutna, möjligen kopplat till ett större ekonomiskt handlingsutrymme och att de uppfattar att den anknutnes kapacitet innebär en möjlig framtida utveckling av forskningen. En intervjuad menar att det förekommer att denna it-avgift faktureras den anknutne.

Antalet anknutna som registrerats i KIMKAT den 28 april 2016 var 8010 individer. Det förefaller finnas oklarheter kring i vilken grad anknutna är försäkrade när de utövar aktuella funktioner inom ramen för anknytningen. Instruktionerna tydliggör inte hur anknutna ska inkluderas i arbetsmiljöarbetet, inte heller när ansvar och befogenheter då anknutna, som alltså egentligen inte är anställda, har chefsansvar för anställda.

Den anknutne förväntas dock ta ansvar för och följa de lagar och regler som gäller för KI:s verksamhet. Intervjuade pekar bland annat på att uppdaterade anknytningsbeslut och beslut tagna efter införandet av Code of Conduct, stipulerar att den anknutne ska följa denna kod.

Några exempel på oklarheter kring anknutna vid KI<sup>54</sup>:

<sup>53</sup> Information om anknuten och stipendiat <https://internwebben.ki.se/sv/anknuten-och-stipendiat>.

<sup>54</sup> De olika exemplen har insamlats under arbetets gång och berör olika forskargrupper både inom och utanför CLINTEC.

- En chef för en forskargrupp är anknuten men har anställda forskare under sig. Denne förväntas ta ett linjeansvar kopplat till personalansvar, verksamhetsplanering, genomförande och uppföljning som om denne vore anställd.
- En stipendiat med stipendium från ett bolag som utvecklar produkter inom det område som denna person forskar inom blir anknuten utan att stipendieavtalet granskas i syfte att bedöma lämpligheten i anknytning.
- En anknuten som bedöms vara jävig i sin dubbla roll som forskare och näringslivsidkare avslutas som anknuten vid en institution men tillåts anknytas till en forskargrupp vid en annan institution.
- De tillfrågade förefaller sakna kännedom om vilka KI-externa uppdrag/anställningar som anknutna i deras närhet har, vilket gör att det är svårt för inkluderade att bedöma huruvida jäv föreligger.

Dessutom visar granskningen att en digitaliserad anknytningsprocess har införts genom vilken personer kan anknytas utan att det föregås av prefektbeslut.

### ***Internrevisionens bedömning***

Internrevisionen konstaterar att det kan föreligga risk för förtroendeskada och oegentligheter för KI kopplat till anknutna i högre grad än vad nuvarande krav på anknytningsprocess, uppföljning och kontroll tar hänsyn till. Internrevisionen ser att det finns risker i ledningens möjligheter att ställa krav på, styra och följa upp anknutna samt den verksamhet som de bedriver i KI:s namn. Den genomlysning av avtalsformen som gjordes vid införandet bör uppdateras och ses över utifrån det sätt som anknutna används i dagsläget så att ändamålsenligheten vad gäller anknutna kan säkras. Det bör också säkerställas att ingen kan anknytas utan att det föregås av ett prefektbeslut.

### ***Lämnad rekommendation***

- KI bör uppdatera den genomlysning av avtalsformen kring anknutna som ursprungligen gjordes utifrån hur funktionen används i dagsläget så att ändamålsenligheten kan säkras.
- KI bör också säkerställa att ingen kan anknytas utan att det föregås av ett prefektbeslut.

## **7.2 Implementering av beslut, delegationsordning m.m.**

Sammantaget visar iakttagelserna i den genomförda granskningen att det ofta finns beslut, riktlinjer och regelverk fastställda av KI:s ledning som borde kunna utgöra underlag för att skapa tillräckliga förutsättningar i verksamheten.

Men de granskade delarna ger intryck av att det saknas fungerande strukturer för hur och av vem beslut m.m. ska implementeras i verksamheten. Man tar inte ställning till vem som ska säkerställa att ingångna avtal efterlevs eller hur exempelvis efterlevnaden av beteendefrämjande riktlinjer som Code of Conduct ska säkerställas. Internrevisionen konstaterar att uppföljning av huruvida det finns kännedom i verksamheten om vilka avtal, regler och riktlinjer som gäller, eller om de efterlevs, är bristfällig. Internrevisionen återkopplar här till ett par exempel i rapporten för att tydliggöra slutsatsen:

Granskningen konstaterar att det finns ett avtal med Karolinska Universitetssjukhuset kring samarbetsformer inom arbetsmiljö-, brand och miljöområdet

som inte är fullt ut känt i de granskade delarna av verksamheten. Detta är ett exempel på när goda avsikter, arbetskraft och tid har lagts ned av bl.a. underskrivande rektor i syfte att skapa goda förutsättningar för samverkan, men där implementeringsprocessen uteblivit och avtalet därför inte blivit det stöd i relationen till sjukhuset som avsågs.

Internrevisionen konstaterar att beslut vid KI inte alltid följer i delegationsordningens riktning. I fallstudien vid ACTREM och institutionsgranskningen i övrigt framkommer tveksamheter kring rektors delegationsordning och tolkningen av den. Eller snarare, hur och av vem ansvar innehas och beslut tas i organisationen. Granskningen visar på flera exempel på korrekt handlande i enlighet med delegationsordningen. Men också att beslut emellanåt tas och aktiviteter inte vidtas eller vidtas på fel nivå i relation till delegationsordningen utan att detta motiveras eller förklaras. Underlagen visar på fall där glidning av ansvar skett ibland på informella grunder och ibland sanktionerat av ansvariga – från den som har fått en delegation eller egentligen borde haft rådighet, till någon annan.

Granskningen visar också att det förekommer att personer skriver på avtal utanför sitt ansvarsområde och att personer utan delegation tar beslut. Internrevisionen konstaterar att denna otydlighet kring huruvida rektors delegationsordning ska respekteras eller inkluderar relevanta mandat riskerar undergräva tilliten till delegationsordningens funktionalitet. Internrevisionen ställer sig också i viss mån tveksam till att personer med delegation, samt även de utan delegation, överlag känner till vilket handlingsutrymme de har eller i vilken grad de kan ställas till svars för att ha genomfört de uppgifter som ålagts dem. Granskningen visar vidare att det överlag saknas vedertagna rutiner för hur rektors och lednings olika beslut ska implementeras och följas upp, vilket även gäller delegationsordningen. Detta bekräftas även i internrevisionens tidigare iakttagelse från genomlysningar av olika verksamheter som genomförts under året. Internrevisionen menar att KI bör säkerställa att delegationsordning, rådighet, kompetens samt mandat är kopplade till varandra på ett funktionellt sätt och att detta tydliggörs för anställda och anknutna. KI bör säkerställa att delegationer är funktionella och att handlingskapacitet föreligger för den som ålagts en delegation. Så att beslut och inflytande vid KI kan följa delegationsordningen och implementeras på ett mer förutsägbart sätt.

Till stora delar uppfattar internrevisionen att bristande implementering och efterlevnad handlar om bristande samordning, kommunikation, planering och uppföljning. Det visar sig att beslut tas och antingen läggs till handlingarna eller presenteras i valda fora, som prefektmöten, och förväntas därmed implementeras av prefekterna utan att diskussion om förutsättningar eller bekräftelse om mottagande av uppdrag erhålls. Det förtydligas inte vilka förväntningar ledningen har på implementering eller vilka effekter tagna beslut förväntas ha på verksamheten. Oklarheten kring hur beslut ska kommuniceras eller efterlevnad drivas i KI:s komplexa organisation kan bidra till att de inte verkställs. I flera delar har det framstått som otydligt för internrevisionen hur man ska hitta det senaste beslutet eller få reda på vad som faktiskt gäller. Internrevisionen menar att KI:s ledning med fördel kan se över lednings- och förankringsprocesser så att de beslut som tas och de regelverk man avser implementera kan förankras och efterle-

vas i högre grad. Internrevisionen vill även peka på vikten av en sammanhängande strategisk kommunikationskedja från högsta ledning till forskargrupper som är spårbar, förutsägbar och transparent.

Som bakgrund mot detta menar internrevisionen att det finns en tydlig risk att KI:s högsta ledning inte har – direkt eller indirekt – tillräcklig insyn i verksamheten för att uttala sig om huruvida den interna styrningen och kontrollen faktiskt är betryggande i alla delar. Därmed riskerar även konsistoriets slutliga uttalande i årsredovisningen avseende den interna styrningen och kontrollen inte vara tillräckligt väl underbyggt. Eftersom granskningens visar på brister inom områden som delegationsordning, regelefterlevnad och riskanalys, gör internrevisionen bedömningen att det i slutändan kan påverka konsistoriets intygande i årsredovisningen avseende myndighetens interna styrning och kontroll. Med anledning av detta vill internrevisionen lämna en övergripande rekommendation till konsistoriet och KI:s ledning kopplat till detta.

Vidare noterar internrevisionen att flera för KI besvärliga konsekvenser har uppstått kopplade till PM och att KI har utsatts för förtroendeskada. Internrevisionen anser att KI:s ledning inte i alla delar på ett betryggande sätt förmått hantera konsekvenserna av det mediala och offentliga trycket. Internrevisionen ser därför ett behov av utvärdering av krisledning och -hantering, i syfte att förbättra framtida krishantering vid s.k. mediadrev och andra kriser med risk för förtroendeskadliga konsekvenser.

#### **Lämnade rekommendationer**

- KI:s ledning bör säkerställa att delegationsordningen innebär funktionell delegation av uppgifter så att besluts- och handlingskapacitet kan förekomma.
- Om ledningen fattar beslut som frångår delegationsordningen bör det förtydligas och dokumenteras hur beslutet ska hanteras och huruvida delegationsordningen påverkas vad gäller kopplade uppgifter.
- Konsistoriet bör i samråd med KI:s ledning förbättra beredningen inför konsistoriets beslut om prioriterade risker, samt intygande avseende intern styrning och kontroll.
- KI bör utvärdera funktionaliteten i myndighetens krisledning och krishantering.

### **7.3 Sammanhållen riskanalys vid KI**

Ledningen har ett ansvar att säkerställa att beslut och ställningstagande bygger på tillräcklig grund. Det var redan, innan institutionsgranskningen påbörjades, klart för internrevisionen att två institutioner inte inkluderats i den KI-övergripande riskanalysen. Detta eftersom dessa inte återfanns i de underlag som ledningen överlämnat till konsistoriet för beslut. Internrevisionen kan vidare konstatera att vissa delar av KI som inte följer linjeorganisationen inte heller inkommer med riskanalyser, exempelvis större projekt och centrumbildningar. Internrevisionen menar att det är mycket viktigt att alla delar av verksamheten genomför riskanalyser och inkommer med underlag enligt av ledningen fastställt arbetssätt. Så att KI:s ledning och konsistoriet kan förhålla sig till föreliggande risker på ett betryggande sätt.

**Lämnad rekommendation**

- KI bör inrätta rutiner som säkerställer att alla delar av verksamheten inkommer med tillräckliga underlag så att den övergripande riskhanteringsprocessen kan genomföras på ett betryggande och ändamålsenligt sätt.

**7.4 Central hantering av bisysslor**

Internrevisionen uppfattar att KI har fungerande riktlinjer både för bisyssla och jäv. Dessa finns på KI:s intranät, men visar sig inte vara fullt ut implementerade, eftersom det framkommit ett flertal situationer där bisyssla och jäv förekommit och vederbörande inte är medveten om att detta utgjorde en avvikelse från regelverket. Inte heller är kopplingen mellan dessa riktlinjer och rutinerna för uppföljning som verksamheten i dagsläget genomför kring bisyssla tillräcklig för att fånga jävssituationer och stärka medvetenheten kring risker för otillbörligheter i organisationen.

Internrevisionen konstaterar att informationen på de inlämnade bisyssloblanketterna inte är helt användbar för att genomföra en analys vad gäller anställdas bisyssla eller koppling till KI. Tydligare riktlinjer om vilken information som faktiskt efterfrågas bör tas fram och internrevisionen har lämnat underlag från granskningen till den interna grupp som i dagsläget arbetar med att utveckla bisysslohanteringen.

I granskningen framkommer att situationer där avtalstecknare på något sätt är jäviga, genom att t.ex. inneha dubbla roller, inte är helt ovanliga vid KI och att de inte alltid förstår hur dessa relationer kan innebära risker för verksamheten. Granskningen visar att medvetenheten kring sådana risker bör öka så att framtida jävssituationer och otillbörlig påverkan kan undvikas. KI bör komplettera hanteringen av bisyssloanmälningar med det befintliga regelverket kring jäv så att bisysslohanteringen även kan fånga när risk för jäv föreligger.

Internrevisionen konstaterar vidare att det finns en otydlighet i hanteringen av bisyssla och jäv centralt på KI och vilken avdelning vid universitetsförvaltningen som ska göra vilken bedömning. Institutionen lyfter bisysslor som de själva inte kan eller bör bedöma till personalavdelningens arbetsrättsjurist. Medan det är juristavdelningen som godkänner avtal och därför har insyn i jävsfrågor ur avtalsperspektiv. Samordningen emellan dessa delar i organisationen kan behöva stärkas i syfte att i högre grad kunna fånga jävssituationer i bisysslohanteringen.

**Lämnade rekommendationer**

- KI bör komplettera hanteringen av bisyssloanmälningar med det befintliga regelverket för jäv i syfte att fånga när risk för jäv föreligger.
- KI bör genomföra en myndighetsövergripande insats syfte att fånga otillbörlig bisyssla, påverkan eller risk för jäv.

## 8 Överlämnade rekommendationer i samlad lista

Mot bakgrund av iakttagelser och bedömningar i denna rapport har rekommendationer enligt lista på nästföljande sidor lämnats till institutionen och KI:s ledning samt en övergripande rekommendation till konsistoriet. Rektor ansvarar för att vidta åtgärder kopplade till dessa rekommendationer, där åtgärdsplan beslutas av konsistoriet vid nästkommande ordinarie möte.

Följande rekommendation har lämnats till konsistoriet.

Konsistoriet bör...	Kap.
... i samråd med KI:s ledning förbättra beredningen inför konsistoriets beslut om prioriterade risker, samt intygande avseende intern styrning och kontroll.	7.2

Följande rekommendationer har lämnats till CLINTEC för åtgärd.

CLINTEC bör...	Kap.
1)... fortsätta det påbörjade arbetet med att skapa riktlinjer och fungerande delegationer för att tydliggöra vem som har ansvar för utförande, samordning och uppföljning av ekonomiadministrativa uppgifter och på vilket sätt.	3.4.1
2)...säkerställa att ett systematiskt och proaktivt arbete med laboratoriesäkerhet i enlighet med gällande lagar och regler förekommer där institutionens personal är verksam.	3.4.2
3)...stärka den övergripande samordningen och uppföljningen kring tillämpliga lagrum och regelverk för att säkerställa regelefterlevnad möjliggöra uppföljning.	3.4.3
4)...stärka kontrollen kring insamling av anmälan om bisyssla ytterligare för att säkerställa att samtliga personer vid institutionen inkommer med relevant och korrekt ifyllda underlag så att bedömning om tillåtenhet kan göras.	5.1
5)...förbättra handläggningen av ärenden som rör organisationer där anställda har anmält bisysslor och informera berörda om risken för jäv.	
6)...säkerställa att en tillförlitlig riskhanteringsprocess etableras – så att relevanta åtgärder kan genomföras, verksamhetens hållbarhet stärkas och mål uppnås med större säkerhet – som också utgör en del av KI:s övergripande riskhanteringsprocess.	5.2
7)...säkerställa att förutsättningar skapas så att en ny projektstruktur kan införas vid årsskiftet 2016/17.	5.2.1
8)...kontinuerligt informera anställda vid institutionen om för dem gällande befogenheter.	5.3.2
9)...säkerställa en institutionsövergripande kontroll över vilka åtaganden enheterna gjort i avtal å KI:s vägnar.	
10)...förtydliga i institutionens delegationsordning vem som ska ta vilka beslut.	5.4.1
11)...fortsätta arbetet med att bli bättre på att periodisera.	6.2.1

Se fortsättning rekommendationer på nästa sida



Följande rekommendationer har lämnats till KI:s ledning för åtgärd.

KI:s ledning bör...	Kap.
12)...utvärdera vilka KI-övergripande brister som förekommer i laborativa miljöer vid KI och säkerställa att gällande lagar och regler följs på området.	3.4.2
13)...säkerställa att delegationsordningen innebär funktionell delegation av uppgifter så att besluts- och handlingskapacitet kan förekomma. 14)...förtydliga och dokumentera hur beslutet ska hanteras och huruvida delegationsordningen påverkas vad gäller kopplade uppgifter, om ledningen fattar beslut som frångår delegationsordningen. 15)...utvärdera funktionaliteten i myndighetens krisledning och krishantering.	7.2
16)...säkerställa att organisationen kring arbetsmiljöfrågorna är ändamålsenlig och utgör en funktionell grund för att säkerställa att det lagstiftade ansvaret för arbetsmiljön som åligger ledningen kan utövas. 17)...säkra att tillräckliga förutsättningar finns för att även den som genom sin funktion underförstått har arbetsmiljöuppgifter ska ha möjligheten att skapa en fungerande arbetsmiljö i enlighet med gällande regelverk. 18)...stärka samverkan med sjukhussidan kring det delade arbetsmiljöansvaret mellan huvudmännen, så att det kan utövas för varandras anställda i varandras lokaler. 19)...upprätta och implementera rutiner för hur arbetsmiljöproblem som uppstår mellan institutioner ska hanteras och av vem.	4.3
21)...se över att indikatorer för uppföljning av forskningsmiljöer även fångar ordning och reda i forskning.	4.4
22)...på ett systematiskt sätt samordna insatser och följa upp att utländska forskare kan finna sig tillrätta vid KI inom skälig tid från ankomst. 23)...skapa större tydlighet kring krav på arkivering av forskning så att spårbarhet i forskningsdokumentation kan stärkas. 24)...analysera vilka risker oredlighetsanmälningar innebär för forskargrupper, vidta åtgärder i syfte att minimera negativa effekter och samtidigt förstärka möjliga positiva sådana. 25)...vidta åtgärder för att hantera de förtroendeskadliga risker för verksamheten som kan uppstå som en konsekvens av oredlighetsanmälningar.	4.5
26)...säkerställa att universitetsförvaltningens funktioner arbetar mer samordnat, ger enhetliga signaler, samt arbetar mot samma mål och syfte. 27)...säkerställa att risk- och konsekvensbedömningar alltid genomförs vid avveckling av verksamhet i syfte att minska oönskade risker och konsekvenser för KI, verksamheten och de inblandade.	4.6
28)...stärka medvetenhet om risker för jäv och uppföljningen av forskare med näringslivskoppling vid KI, i syfte att minska riskerna för förtroendeskada samt att forskningen påverkas på ett otillbörligt sätt.	4.7
29)...uppdatera den genomlysning av avtalsformen kring anknutna som ursprungligen gjordes, utifrån hur funktionen används i dagsläget så att ändamålsenligheten kan säkras. 30)...säkerställa att ingen kan anknytas utan att det föregås av ett prefektbeslut	7.1
31)...inrätta rutiner som säkerställer att alla delar av verksamheten inkommer med tillräckliga underlag så att den övergripande riskhanteringsprocessen kan genomföras på ett betryggande och ändamålsenligt sätt.	7.3
32)...komplettera hanteringen av bisyssloanmälningar med det befintliga regelverket för jäv i syfte att fånga när risk för jäv föreligger. 33)...genomföra en myndighetsövergripande insats syfte att fånga otillbörlig bisyssla, påverkan eller risk för jäv.	7.4

## Bilaga, Sammanställning CLINTEC enkät VT 2016

### Inledning

Denna enkät genomfördes i syfte att få ett bredare underlag för bedömningen av ordning och reda i verksamheten samt den interna styrningen och kontrollen. Enkäten skickades ut den 29 mars 2016 och efter två påminnelser stängdes enkäten den 7 april. Antal utskick var 74, en adress var inkorrekt och en person avböjde att delta, d.v.s. 72 potentiella enkätsvarande. Antal svarande var 56, svarsfrekvensen var därmed 76 procent.

Enkäten skickades till anställda (utdrag ur Primula) vid administrationen (8) och sex enheter vid CLINTEC i ett delvis slumpmässigt urval. De svarande uppgav sig tillhöra Enheten för Öron- näs och halssjukdomar (8), Enheten för Pediatrik (12), Enheten för Ortopedi och Bioteknologi (3), Enheten för kirurgi (5), Enheten för transplantationskirurgi (6), samt Enheten för Anestesi (4). I urvalet har åtta personer svarat ”övrigt” på val av enhet och resten har valt att inte ange institutionsanknytning (2 personer). Drygt två tredjedelar av de svarande uppger sig ha varit anställda vid KI mer än tre år och en tiondel har varit anställda mindre än ett år. Strax under hälften uppger sig ha primärt forskningsrelaterad tjänst, och strax under en tredjedel uppger sig ha primärt administrativ funktion. De svarande har uppmanats att ta ställning till en uppsättning påståenden utifrån en fyrgradig skala, från *ja, instämmer helt*, till *nej, instämmer inte alls*. Utifrån svaren har ett snitt sedan räknats fram.

Även en engelsk enkät skickades ut, som översattes av KI:s tolk, till 16 icke svensktalande med samma urval som ovan, och besvarades av 11 personer. Svaren från den engelska enkäten redovisas på institutionsnivå. De svarande i den enkäten innehar till största delen forskningsrelaterad funktion och har varit anställda mer än tre år.

Eftersom detta är en pilot är det svårt att bedöma hur snitt och andra nyckeltal kan användas. Internrevisionen har dock bedömt att överlag är 3 i snitt godkänt, även om tre fortfarande kan innebära förhållandevis stor utvecklingspotential. CLINTEC-enkäten uppvisade ett snitt för den svenska enkäten på 2,88 och för den engelska enkäten 2,5.

### Kort sammanfattning av svaren

I den svenska enkäten är de bästa snitten 3,77<sup>55</sup>: ”Jag följer de regler och riktlinjer som gäller på KI” och 3,58 på ”Det är viktigt för KI att de områden som enkäten berör hanteras på ett funktionellt sätt”<sup>56</sup>. Sämsta snitten var 2,4<sup>57</sup> på ”KI har ett fungerande system för att analysera, värdera och hantera risker” och 2,41 på ”förväntningar på vad som utgör en god ledare/chef är tydliga vid KI”<sup>58</sup>. Svaren i den engelskspråkiga enkäten är som bäst 3,45; I comply with KI rules and guidelines och 3,22: It is important for KI, departements and units, that the areas covered by this survey are effectively in place. Sämsta snitten var 1,36:

<sup>55</sup> En person svarade ”vet ej”. Bara svarande med i huvudsak forskningsrelaterad tjänst: 3,27

<sup>56</sup> 14 personer svarade ”vet ej”

<sup>57</sup> 17 personer svarade ”vet ej”

<sup>58</sup> 11 personer svarade ”vet ej”

The rules for reporting secondary occupational activities are clearly explained och 1,81: I am fully aware of who is in charge of what at KI.

Mer utförlig genomgång av enkätsvaren följer här:

## **Ansvar, befogenheter, tillgängliga policys och riktlinjer**

De flesta uppfattar att det är tydligt för dem vad som ingår i deras arbetsuppgifter (alla 3,43) och att ansvar och befogenheter uppfattas vara delegerade på ett funktionellt sätt (alla 3,15). De flesta uppfattar sig få återkoppling på huruvida ens jobb görs på rätt sätt (alla 3,13) även om fyra personer svarar instämmer inte alls.

Lite för få uppfattar att det finns lätt tillgängliga och tydliga policys, riktlinjer och rutiner för de områden de arbetar med på KI (alla 2,81) varav fem personer svarar instämmer inte alls. Lite för få är också de som uppfattar att ledningen uppmuntrar medarbetarna att bidra till utveckling och förbättring av verksamheten (alla 2,94) (bara forskares svar 2,75).

*Intressanta spår i de öppna svaren (något omarbetade för att inte utelämna någon):  
Svårigheter med att få tid för arbete med labansvar, kemikalieansvar, avfall, labsäkerhet och att rutiner och riktlinjer kan saknas/ inte alltid efterlevs.*

## **Mål och uppdrag**

Sex av de svarande instämmer inte alls i att KI:s verksamhetsmål är kända för dem (snitt 2,78 för alla, bara forskare 2,47).

Strax under hälften har svarat ”vet ej” på huruvida Strategi 2018 genomsyrar KI:s långsiktiga strategiska arbete (snitt 2,68). 18 procent av svarar ”vet ej” vad gäller om Det finns ett tydligt samband mellan mina insatser och KI:s övergripande måluppfyllelse (snitt 2,83 för alla, bara forskare 2,7). Det finns utvecklingspotential vad gäller huruvida svarande identifierar sig med KI:s vision och mål (2,76 för alla, bara forskare 2,6).

För få uppfattar att förväntningar på vad som utgör en god ledare/chef är tydliga på KI (2,41). Påståendet Som chef får jag tillräckligt med stöd i att utveckla goda ledaregenskaper, fick ett förhållandevis gott resultat (3,11 i snitt). Lite för få uppfattar att Vem som ansvarar för vad är tydligt för mig (2,61 i snitt för alla, bara forskare 2,35).

*Intressanta spår i de öppna svaren (något omarbetade för att inte utelämna någon):  
Det är en sak att som organisation skriva mål och en annan att efterleva dem.*

*När jag sökte på verksamhetsmål på KIs internweb fick jag inte något tydligt resultat. Strategi 2018 var lättare att hitta.*

## **Organisation och dokumentation**

Flera tycker att enhetens och institutionens mål är i linje med KI:s övergripande mål och uppdrag (alla 3,22) även om svarande med i huvudsak forskarrelaterad tjänst inte uppfattar detta lika tydligt (2,55). De svarande är förhållandevis eniga om att Institutionen utgör en logisk del av KI:s övergripande verksamhet (3,42 i snitt).

Svaren på påståendet att arbetsfördelningen mellan enhet, institution och central förvaltning/KI-övergripande i huvudsak är funktionell visar att det finns en utvecklingspotential (alla 2,85, bara forskare 2,78). Institutionen är organiserad på ett funktionellt sätt vad gäller fördelning av ansvar och befogenheter (2,82 alla, bara forskare 2,0).

Lite för få uppfattar att det finns tydligt dokumenterat vem som har vilket ansvar (alla 2,61; bara forskare 2,5). Lite för få ser att riktlinjer och rutiner kommuniceras ut på ett effektivt sätt (2,64 för alla, 2,31 för forskare).

De svarande upplever i stort att ledningen verkar aktivt för att stärka den interna styrningen och kontrollen (3,0 för alla, 2,5 för forskare, totalt 12 uppger ”vet ej”). Samt att regelverket för bisyssla är lätt att förstå (3,1 för alla, 3,8 för forskare).

*Intressant spår i de öppna svaren (något omarbetade för att inte utelämna någon):  
Brist på samordning och brist på tydlighet kring vem som ansvarar för vad.*

*Tydligheten saknas på KI övergripande nivå, samma frågor besvaras av flera och på olika sätt.*

## Riskanalyser och riskbedömningar

Enbart tre svarande instämmer helt i att KI har ett fungerande system för att analysera, värdera och hantera risker (snitt 2,4 för alla, 2,76 för forskare och 2,0 för administrativa funktioner (adm<sup>59</sup>)). Få av de svarande uppger att vi på KI agerar riskmedvetet (alla 2,58; forsk 2,83). För dessa båda påståenden är negativa svar fler än de positiva, ungefär en tredjedel av de svarande uppger sig inte veta.

Forskare svarar att de i högre grad (3,13) diskuterar risker när verksamheten planeras än adm (2,75) och hela enkätens snitt (2,76), vilket skulle kunna betyda att risker i forskningsmiljön diskuteras i högre grad än enhets- och institutionsövergripande risker. Även frågan om huruvida det finns rutiner för när och av vem riskbedömningar ska ske visar samma bild (alla 2,74; adm 2,62; forsk 3,27) samt Riskbedömningar genomförs alltid vid behov (alla 2,67; adm 2,67; forsk 3,08). Svaren på påståendet Genomförda riskbedömningar leder till relevanta åtgärder visar samma mönster (alla 2,97; adm 3,0; forsk 3,42).

För få uppger att Relevanta kontrollåtgärder genomförs för att säkerställa att negativa risker inte faller ut (alla 2,74; adm 2,6; forsk 2,92). Eller att Informations- och utbildningsinsatser genomförs i verksamheten kopplat till risker (alla 2,58; adm 2,57; forsk 2,73).

*Intressanta spår i de öppna svaren (något omarbetade för att inte utelämna någon):  
Vi sitter i sjukhusets lokaler, jag vet faktiskt inte vad KI ansvarar för och vad KS ansvarar för.*

*Det finns en förbättringspotential i riskarbetet både på övergripande nivå och på lokal nivå*

Kommentar: frågorna kring riskanalys och -bedömningar visar att olika personalgrupper ser olika på hur risker hanteras i verksamheten. Dels har vi de övergripande verksamhetsrelaterade riskerna, dels har vi risker kopplade till laboratorierna.

<sup>59</sup> De som uppger sig inneha i huvudsak administrativa funktioner

## Kommunikation och avsteg från regler och riktlinjer

Flertalet svarande uppfattar att de vet vem de ska fråga om något i deras arbete är oklart för dem (alla 3,3), 60 procent av de svarande instämmer helt.

Det stora flertalet svarande instämmer inte i att information om väsentliga ledningsbeslut kommuniceras i tillräcklig grad (alla 2,65; adm 2,64; forsk 2,35).

Få av de svarande uppfattar att ledningen uppmuntrar medarbetarna att rapportera avsteg från regler, misstankar om oegentligheter mm (alla 2,48; adm 2,89; forsk 2,13). Lika många svarande instämmer respektive instämmer inte i att det är tydligt till vem eller vilka sådana avsteg ska rapporteras (alla 2,52; adm 2,78; forsk 2,29). Strax under hälften av de svarande instämmer helt i att avsteg från regler och riktlinjer inte accepteras på KI (alla 2,95; adm 3,27; forsk 2,75).

Intressanta spår i de öppna svaren (något omarbetade för att inte utelämna någon):  
*Det är tydligt att det beror på vem som gör avstegen om de accepteras eller inte.*

*"Code of conduct" som infördes verkar mest vara ett spel för galleriet. Vad är poängen med att ha regler och riktlinjer om det inte innebär någon bestraffning eller ens diskussion om de bryts?*

## Uppföljning av verksamheten

Strax under hälften av de svarande uppger sig inte veta huruvida KI följer upp verksamhetens mål och resultat på ett systematiskt sätt, både i gruppen "alla" och de med administrativa funktioner. Flest har angett svar (3) och snittet bland de svarande är 2,76 (alla). Tre fjärdedelar av forskarna anger vet ej på påståendet om KI följer upp huruvida policys, riktlinjer och rutiner efterlevs. Av de som bedömde påståendet blev snittet 2,62 (alla). Enbart åtta svarande bedömde att KI följer upp förekomst av otillåtna bisysslor, risk för jäv och andra oegentligheter i tillräcklig grad (alla 2,75; adm 2,57; forsk 3,88).

Mer än hälften uppger sig inte kunna bedöma om KI:s olika redovisningar (som årsredovisning mm) är rättvisande, men de som värderar påståendet är förhållandevis positiva (alla 3,09, adm 3,12).

## Den engelskspråkiga enkäten, skillnader och likheter med den svenska

Den engelska enkäten stödjer i de flesta fall intrycket som den svenska enkäten ger, här i urval:

Påstående	Svensk enkät, snitt	Engelsk enkät, snitt
KI:s verksamhetsmål är kända för mig	2,78	2,9
Strategi 2018 genomsyrar KI:s långsiktiga strategiska arbete	2,68	2,71
Institutionen är organiserad på ett funktionellt sätt...	2,64	2,75
Riskbedömningar genomförs alltid vid behov	2,67	2,57
Vi på KI agerar riskmedvetet	2,58	2,5
KI följer upp förekomst av otillåtna bisysslor mm... i tillräcklig grad	2,75	2,71

Vidare framkom att språket är ett dilemma, vilket kan synas i följande svarssnitt: Easily accessible and comprehensible policies, guidelines and procedures are in place for the areas I work with (2,18). I receive sufficient information on important management decisions (2,27). Everyone's individual responsibilities are clearly documented (2,1).

Intressanta spår i de öppna svaren (något omarbetade för att inte utelämna någon):

*It is difficult for me to know/judge if I have fully complied with the rules and regulations since a lot of the documentations, administrative news are in Swedish and if in English, it is difficult to understand and know what to follow.*

*Considering that most researchers are foreigners, translation availability are poorly available.*

Några skillnader mellan den svenska och den engelska enkäten är följande:

Påstående	Svensk enkät, snitt	Engelsk enkät, snitt
Som chef <sup>60</sup> får jag tillräckligt med stöd i att utveckla goda ledaregenskaper	3,11	1,9
Vi diskuterar risker när vi planerar verksamheten	2,76	2,22
Jag vet vem jag ska fråga om något i mitt arbete är oklart för mig	3,3	2,73
Avsteg från regler och riktlinjer accepteras inte på KI	2,95	2,6

<sup>60</sup> I den engelska enkäten saknas ordet "chef" vilket till del kan förklara skillnaden.