Internrevisionens årsrapport 2025

Karolinska Institutet

Karolinska Institutet

Internrevisionens årsrapport 2025

Innehåll

1. Inledning 3

2. Granskningsarbete under 2025 3

2.1 Revisionsprojekt 4

3. Uppföljning av beslutade åtgärder 5

4. Internrevisionens kvalitetsarbete 6

4.1 Internt kvalitetsarbete 6

4.2 Extern kvalitetsutvärdering 7

5. Resurser för internrevisionen 7

5.1 Personal 7

5.2 Kompetensutveckling 7

5.3 Ekonomi 7

6. Organisatoriskt oberoende 7

Diarienummer	Dnr föreg. version:	Beslutsdatum:	Giltighetstid:
1-8/2026		2026-02-10	
Beslut: Internrevisionschef Gabriella Grgic		Dokumenttyp: Årsrapport	
Handläggs av avdelning/enhet: Internrevisionen		Beredning med: Revisionsutskottet	
Revidering med avseende på:			

1. Inledning

Internrevisionen är en oberoende och självständig funktion som arbetar på uppdrag av konsistoriet. Utifrån en analys av verksamhetens risker granskar internrevisionen att KI följer kraven på effektivitet i verksamheten, hushållning av statens medel, finansiell rapportering samt regelefterlevnad. Internrevisionen ger även råd och stöd till konsistoriet och universitetsledningen.

Konsistoriet har ett revisionsutskott som bland annat bereder ärenden och frågor avseende intern styrning och kontroll samt internrevision innan det tas upp för diskussion eller beslut i konsistoriet. Revisionsutskottet har haft fem sammanträden under 2025, där protokollen har ingått i underlaget till nästföljande sammanträde i konsistoriet. Härutöver har det även förekommit underhandskontakter mellan internrevisionschefen och ordföranden i revisionsutskottet.

Internrevisionen utför sitt uppdrag i enlighet med:

- Internrevisionsförordningen (2006:1228) samt Ekonomistyrningsverkets (ESV) kompletterande föreskrifter och allmänna råd.
- Global Internal Audit Standards: internationellt ramverk utgivet av den internationella yrkesföreningen för internrevisorer, The Institute of Internal Auditors (IIA). I fortsättningen omnämnt som internationella standarder.

2. Granskningsarbete under 2025

I internrevisionens rapporter lämnas iakttagelser, bedömningar och rekommendationer som presenteras för den granskade verksamheten och universitetsledningen.

Granskningsarbetet under 2025 har utförts enligt fastställd revisionsplan. Granskningen av hanteringen av ALF-avtalet och förhållandet/hanteringen mellan KI och CMM har påbörjats under 2025 enligt plan och kommer att avslutas under första kvartalet 2026. Internrevisionen har även genomfört ett rådgivningsuppdrag där regelefterlevnaden granskades vid en institution.

Granskningarna visade att KI har vidtagit åtgärder för att stärka styrning, uppföljning och kontroll men identifierade samtidigt behov av fortsatta förbättringar. Brister som framkom rörde framför allt tydlighet kring ansvarsfördelning, dialog/kommunikation och enhetliga arbetssätt. Internrevisionen betonade även behovet av förbättrad dokumentation, systematisk riskhantering och uppföljning för att säkerställa efterlevnad av regelverk och krav. Rekommendationer lämnades för att stärka dialogen och dokumentationen, samt för att utbilda medarbetare och förbättra uppföljningen. Med anledning av genomförd omorganisering så vill internrevisionen fortsatt betona vikten av en väl förankrad modell för styrning och uppföljning. Under 2025 fick det gemensamma verksamhetsstödet en ny organisationsstruktur, som på sikt kan leda till ett effektivare stöd till kärnverksamheten med bättre samordning och regelefterlevnad.

Sammanfattningsvis konstaterar internrevisionen att förbättringar har skett och fortsätter att ske, men att det återstår arbete för att systemet för styrning, uppföljning och kontroll ska motsvara organisationens långtgående delegering.

Avslutade revisionsprojekt:

- Uppföljningsgranskning av beslutad åtgärdsplan efter granskningen av informationssäkerhet år 2020
- Granskning av Karolinska Institutets hantering av KI Holding AB
- Granskning av regelefterlevnad vid KI SÖS **(rådgivningsuppdrag)**

Pågående revisionsprojekt:

- Granskning av Karolinska Institutets hantering av ALF-avtalen
- Granskning av förhållandet/relationen mellan Karolinska Institutet och Center for Molecular Medicine (CMM)

2.1 Revisionsprojekt

Uppföljningsgranskning av beslutad åtgärdsplan efter granskningen av informationssäkerhet år 2020

Under våren 2025 följde internrevisionen upp status på KI:s arbete med åtgärdsplanen avseende informationssäkerhet för att göra en bedömning om den hade hanterats på ett ändamålsenligt sätt. Det konstaterades att alla åtgärder och aktiviteter i planen inte hade genomförts i enlighet med beslutad tidplan och att arbetet inte i tillräcklig omfattning hade hållits samman inom det gemensamma verksamhetsstödet. Internrevisionen gjorde bedömningen att KI hade bedrivit ett förändringsarbete kopplat till beslutad åtgärdsplan men trots att planen lagts till handlingarna kvarstod fortfarande arbete med åtgärder.

Granskning av Karolinska Institutets hantering av KI Holding AB

Internrevisionen har granskat KI:s styrning och uppföljning av Karolinska Institutet Holding AB. Granskningen visar att KI, mot bakgrund av Riksrevisionens tidigare iakttagelser, har genomfört flera strukturella förbättringar, bland annat genom reviderat ägardirektiv, införande av en särskild samordnare och övergång till ett enhetligt uppdragsavtal. Åtgärderna har bidragit till ökad tydlighet i ansvarsfördelningen, transparens i faktureringen och förbättrade förutsättningar för uppföljning. Samtidigt konstateras att det fortsatt finns behov av att utveckla den strategiska dialogen och uppföljningen av uppdraget.

Granskning av regelefterlevnad vid KI SÖS (rådgivningsuppdrag)

Internrevisionen har på uppdrag av universitetsdirektören granskat regelefterlevnaden vid Institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset (KI SÖS), med fokus på bisysslor samt utlägg och kostnader kopplade till anseende- och förtroenderisker.

Granskningen visar att KI SÖS i huvudsak följer KI:s regelverk. Samtidigt har vissa förbättringsområden identifierats, främst avseende dokumentation av representation och tjänsteresor samt redovisning av bisysslor. Det noteras även att det finns behov av ökad tydlighet kring kontering och dokumentation i vissa sammanhang.

Internrevisionen bedömer att institutionen har grundläggande strukturer för intern styrning och kontroll, men att dessa kan stärkas genom fortsatt arbete med kunskap om regelverket, dokumentation och uppföljning

3. Uppföljning av beslutade åtgärder

Utifrån färdigställda rapporter och lämnade rekommendationer upprättar-universitetsledningen förslag till åtgärder som sedan beslutas av konsistoriet. När konsistoriet fattat beslut om åtgärdsplan är det verksamhetens ansvar att genomföra denna. Internrevisionen har till uppgift att bekräfta genomförande av åtgärdsplanen. Detta görs genom att ta del av information från verksamheten och bedöma om åtgärder vidtagits i enlighet med konsistoriets beslut.

För flertalet av de beslutade åtgärdsplanerna är delar av dem genomförda men ytterligare arbete krävs för att de ska kunna bedömas vara helt genomförda.

Granskning av KI:s hantering och process kring etiktillstånd i forskningen

En åtgärdsplan med anledning av granskningen KI:s hantering och process för etiktillstånd i forskningen fastställdes i februari 2024, där en av åtgärderna var att KI skulle etablera en universitetsgemensam process för institutionernas kontroll och uppföljning av etiktillstånd. Detta arbete har genomförts genom att KI i verksamhetsplanen för 2026 gett dekanerna i uppdrag att säkerställa att det finns processer för diarieföring av etiktillstånd. Internrevisionen noterar dock att uppdraget inte omfattar att ta fram en universitetsövergripande process.

Åtgärdsplanen anger även att KI ska följa upp etiktillstånd som en del av kvalitetssystemet för forskning. KI har under året implementerat ett sådant kvalitetssystem men ingen uppföljning av etiktillstånd har gjorts. Internrevisionen noterar dock att KI har inrättat en ny nämnd för etik och god forskningssed som bland annat har till uppgift att tillse att institutionernas processer för etiktillstånd är ändamålsenliga och uppfyller ställda krav. Åtgärdsplanen anger även att KI ska arbeta för att tydliggöra forskningshuvudmäns roller i etiktillstånd där forskning bedrivs i samarbete med Region Stockholm. KI har därför tillsammans med regionen reviderat och översatt en tidigare vägledning. Dessutom framgår det av planen att KI ska genomföra informations- och kunskapshöjande insatser. Under året har KI genomfört flera institutionsbesök i syfte att sprida information om etiktillstånd.

Granskning av KI:s hantering av inköp och upphandling

Internrevisionen har följt upp de åtgärder som konsistoriet beslutade i april 2024 med anledning av granskningen av KI:s hantering av inköp och upphandling. Uppföljningen visar att flera åtgärder har genomförts eller påbörjats, bland annat beslut om nya riktlinjer samt utveckling av stöd i verksamhetsinformationssystemet för uppföljning av följsamhet till lagen om offentlig upphandling. Andelen e-handelsinköp har ökat och arbete pågår med information, utbildning och stärkt avtalsförvaltning. Samtidigt kvarstår arbete med att fastställa en tydligare organisation för beställning och antalet beställare.

Granskning av KI:s process för laboratoriesäkerhet

En åtgärdsplan med anledning av granskningen KI:s process för laboratoriesäkerhet fastställdes i oktober 2024, där en av åtgärderna var att KI skulle revidera och utarbeta styrdokument och rutiner avseende laboratoriesäkerhet. Detta arbete är pågående och fortsatt prioriterat. KI har dock slutfört följande arbete: reviderat styrdokument inom kemikalie- och strålsäkerhet, översatt arbetsmiljöverkets riskbedömningsmall för GMM, tagit fram rutiner för hantering av dokument relaterat till medarbetare inom personalkategori A. KI har även på olika sätt initierat diskussioner om hur institutioner bättre kan samverka i forskningsmiljöer där flera forskargrupper och institutioner är verksamma. Ett arbete har påbörjats med att skapa ett mer enhetligare arbetssätt inom KI:s tre BSL-3 laboratorier. Den nya infrastrukturorganisationen, RIKI, bedöms även kunna bidra till ett mer enhetligt arbetssätt. Åtgärdsplanen anger även att KI ska fortsätta att utveckla arbetet med information och utbildning kring laboratoriesäkerhet. Detta arbete har främst skett genom att betydelsen av incidentrapportering berörs i utbildningen för nyanställda.

Vidare beskriver åtgärdsplanen att KI ska se över arbetsmiljönämndens och biosäkerhetskommitténs uppdrag. KI har bytt namn på arbetsmiljönämnden till skyddskommitté som nu ingår i KI:s organisationsplan och vars uppdrag regleras i rektors beslut- och delegationsordning. Skyddskommittén har utsett en biosäkerhetskommitté med ett reviderat uppdrag. Internrevisionen gör bedömningen att åtgärden i och med detta är slutförd. Vidare konstaterar internrevisionen att KI har aktivt arbetat med alla av internrevisionens nio rekommendationer varav sex är slutförda.

4. Internrevisionens kvalitetsarbete

Kvalitetssäkrings- och förbättringsprogrammet för internrevisionen vid KI följer internationella standarder. Programmet omfattar en intern och en extern kvalitetsbedömning som var för sig ska utvärdera om internrevisionen följer standarderna och om medarbetarna i sitt arbete följer den etiska koden för internrevision.

4.1 Internt kvalitetsarbete

För att generera kvalitet i varje enskilt granskningsuppdrag har kvalitetssäkring av uppdragen skett fortlöpande under året. Kontrollen fokuserar på tillämpningen av internrevisionens fastställda rutiner genom att ”*internrevisorns checklista*” gås igenom. Kontrollen sker för att säkerställa att alla steg i granskningsprocessen är genomgångna. Internrevisionen har även en kvalitetssäkringsenkät i syfte att följa upp de berördas synpunkter på granskningsprocessen. Enkäten skickas ut efter varje avslutad granskning. Enkätresultaten kompletteras sedan med internrevisionens självvärdering.

Internrevisionen har svarat på ESV:s årliga enkät om internrevision avseende 2025. Enkätsvaren utgör en självutvärdering avseende om internrevisionen följer internrevisionsförordningen och internationella standarder. Internrevisionens bedömning är att förordningen och standarderna efterlevs.

Internrevisionen har under året genomfört metodutvecklingsarbete med att se över de regelverk, anvisningar och rutiner som styr internrevisionens verksamhet och granskningsprocess.

4.2 Extern kvalitetsutvärdering

Enligt internationella standarder ska en extern kvalitetsutvärdering genomföras av internrevisionens verksamhet minst en gång vart femte år. Utvärderingen ska utföras av en kvalificerad oberoende extern granskare eller av ett granskningsteam. En extern kvalitetsutvärdering genomfördes i slutet på 2024 av konsulter från revisionsbyrån BDO. Deras sammanfattande bedömning var att internrevisionen följer internrevisionsförordningen och den allmänna målsättningen enligt ESV:s föreskrifter och allmänna råd.

5. Resurser för internrevisionen

5.1 Personal

Internrevisionsfunktionen har under året bestått av en internrevisionschef och tre internrevisorer.

Den största delen av arbetstiden har använts till revisionsarbete, andra aktiviteter är kompetensutveckling och internt utvecklingsarbete.

5.2 Kompetensutveckling

Internrevisorer ska enligt god sed förbättra sina kunskaper, färdigheter och annan kompetens genom fortlöpande yrkesutveckling.

Under året har samtliga medarbetare deltagit i ett antal kurser och seminarier arrangerade av IIA, ESV, Statskontoret, MSB, Insight Events Sweden, Kompetensinstitutet med flera. inom bland annat områdena för intern styrning och kontroll, statlig styrning, uppföljning, redovisning och finansiering, krisberedskap, cybersäkerhet samt granskning av dessa processer.

Kompetensutveckling i form av erfarenhetsutbyte och omvärldsbevakning har skett genom medverkan i IIA:s nätverk för offentlig sektor, ESV:s nätverk för statliga internrevisorer, nätverket för internrevisorer vid universitet och högskolor i Norden (NIRUH) samt nätverket för lärosäten i Mälardalsregionen. Internrevisionschefen ingår i chefsnätverket ”Samverkan statliga internrevisionsfunktioner” och har deltagit vid de regelbundna mötena. Revisorerna är medlemmar i IIA Sweden som är en del av den internationella branschorganisationen The Institute of Internal Auditors.

5.3 Ekonomi

Under året har kostnaderna uppgått till 4 785 tkr vilket har bland annat täckt löner, utgifter för inköp av konsulttjänster och kompetensutveckling.

6. Organisatoriskt oberoende

Internrevisionen har under året rapporterat direkt till revisionsutskottet och konsistoriet. Internrevisionens bedömning är att enheten har haft ett organisatoriskt oberoende som har

medfört att det har varit möjligt att utföra uppdrag och övriga skyldigheter i enlighet med internationella standarder.

Internrevisionen ska även uttala sig om efterlevnad av de etiska principerna, vilka enligt internationella standarder är integritet, objektivitet samt kompetens. Principerna diskuteras regelbundet inom internrevisionen och i samband vid uppstarten av varje granskning uttalar sig revisionsteamet om den etiska koden.

Fastställd 2026-02-10

Internrevisionschef

Gabriella Grgic

Signature page

This document has been electronically signed using eduSign.

eduSign

Electronically signed by
Gabriella Grgic

Date and time of signature
2026-02-10 14:15 GMT

Authenticated by
Karolinska Institutet