

Riktlinjer för intern styrning och kontroll

Dnr 1-780/2023

Gäller fr.o.m. 2023-12-04



**Karolinska
Institutet**



Riktlinjer för intern styrning och kontroll

Innehåll

Inledning	3
Syfte	3
Styrning och ledning	4
Riskhantering	5
Myndighetsövergripande riskanalys	5
Kontrollaktiviteter	6
Uppföljning och utvärdering	6
Bedömning i årsredovisningen	6

Diarienummer	Dnr föreg. version:	Beslutsdatum:	Giltighetstid:
Dnr 1-780/2023	1-659/2020	2023-12-04	Fr.o.m. 2023-12-04 och tillsvidare
Beslut: Konsistoriet		Dokumenttyp: Riktlinjer	
Handläggs av avdelning/enhet: Strategiskt ledningsstöd/Planering och uppföljning		Beredning med: Universitetsledning och revisionsutskott	
Revidering med avseende på: Förtydliga den generella kontrollmiljön för att skapa förutsättningar för en väl fungerande process för intern styrning och kontroll.			

Inledning

Statens verksamhet ska eftersträva hög effektivitet och iaktta god hushållning. Det slår budgetlagen (2011:203) fast. Enligt myndighetsförordning (2007:515) har Karolinska Institutets (KI:s) styrelse (konsistoriet) ansvar för detta inför regeringen.

För att tillförsäkra dessa verksamhetskrav samt genom KI:s skyldighet att följa internrevisionsförordning (2006:1228) och förordning om intern styrning och kontroll (2007:603) ska det finnas en process för intern styrning och kontroll. Processen för intern styrning och kontroll ska upprätthållas så att konsistoriet kan säkerställa med rimlig säkerhet att uppgifter och mål nås via effektivitet i verksamheten, hushållning av statens medel, finansiell rapportering och att gällande rätt följs.

Processen ska även förebygga att verksamheten utsätts för korruption, otillbörlig påverkan, bedrägeri och andra oegentligheter.

I årsredovisningen till regeringen ska konsistoriet sedan lämna en bedömning huruvida processen för intern styrning och kontroll är betryggande eller uppvisar brister¹.

Syfte

Syftet med dessa riktlinjer är att beskriva hur arbetet ska ske för att säkerställa en god intern miljö som skapar förutsättningar för en väl fungerande process för intern styrning och kontroll. För att upprätthålla en god intern miljö är grunden god förvaltning som tar sin utgångspunkt i organisering och kultur som framgår av exempelvis arbetsordning, delegering och formerna för verksamheten i övrigt.

God intern styrning och kontroll innebär regelbunden och systematisk styrning och kontroll över verksamheten. Kontrollmiljön bestående av följande områden:

- Styrning och ledning
- Riskhantering

¹ 2 kap. 8 § förordningen (2000:605) om årsredovisning och budgetunderlag

- Kontrollaktiviteter
- Uppföljning och utvärdering

Områdena är sedan indelade i flera delområden där separata interna styrdokument behövs och ska ses som en del av KI:s interna styrning och kontroll. Styrdokumenten ska regelbundet vara föremål för uppföljning och revidering i syfte att förbättra dem baserat på förändringar i verksamheten.

Styrning och ledning

KI:s övergripande uppdrag är att bedriva utbildning som vilar på vetenskaplig grund och på beprövad erfarenhet och att bedriva forskning och utvecklingsarbete. I uppdraget ingår också att samverka med det omgivande samhället och informera om verksamheten samt verka för att forskningsresultaten kommer till nytta. Verksamheten ska avpassa så att en hög kvalitet nås i utbildningen och forskningen.² Styrning av verksamhetens övergripande inriktning sker utifrån en beslutad strategi³ och rektor ansvarar för att strategin genomförs på ett resurseffektivt sätt.

Verksamheten ska utmärkas av goda arbetsförhållanden och ta till vara och utveckla de anställdas kompetens och erfarenhet. Förhållningssätt ska stå i överensstämmelse med den gemensamma värdegrunden och därför är det av vikt med kontinuerliga dialoger kring värdegrundens principer. KI:s verksamhet kräver också en hög medvetenhet om etik i vården, forskareetik och forskningsetik. Dessa frågor ska hela tiden finnas på dagordningen och vara föremål för en levande diskussion och kontinuerligt utvecklande kunskap.

KI:s organisationsstruktur ska stödja uppdraget⁴. Rektor svarar för ledningen av verksamheten närmast under konsistoriet där universitetsledningen utgörs av rektor, prorektor och universitetsdirektör⁵.

Rektor får delegera sina uppgifter om inte annat är särskilt föreskrivet. Fördelning av ansvar och befogenheter ska ske genom en väl definierad och tydlig beslut- och delegationsordning. Delegeringen förutsätter att

² Högskolelagen (1992:1434)

³ Högskoleförordning (1993:100)

⁴ Organisationsplan för Karolinska Institutet, dnr 1-676/2022

⁵ Arbetsordning för Karolinska Institutet, dnr 1-599/2013

ledningen vidtar tillräckliga åtgärder för att de till vilka ansvar delegeras ska kunna utföra sina uppgifter väl. Ledningen ska också följa upp att vad som delegerats utförs väl. Budgetramarna för respektive statsanslag beslutas årligen. Modellen för resursfördelning ska tydligt stödja KI:s övergripande målsättning.

Riskhantering

En central del i den generella kontrollmiljön är att förebygga händelser som påverkar verksamheten negativt, vilket gör att riskanalyser utgör en viktig komponent när verksamheten ska planeras och genomföras. Ökad riskmedvetenhet och riskförståelse stödjer riskacceptans där det är relevant, men då på ett strukturerat och kontrollerat sätt.

Oavsett vilket område som är föremål för riskhantering ska utgångspunkten alltid vara att riskerna hanteras på ett enhetligt och samordnat sätt.

Riskhantering ska bestå av följande obligatoriska moment – riskanalys, åtgärder, uppföljning och dokumentation⁶.

Myndighetsövergripande riskanalys

Rektor ansvarar för upprättande av riskanalys på myndighetsövergripande nivå som årligen beslutas av konsistoriet. Riskanalysen syftar till att identifiera omständigheter som utgör en väsentlig risk⁷. I arbetet ska iakttagelser som lämnats vid extern revision och internrevision beaktas.

De identifierade riskerna ska bedömas genom att se över både sannolikheten att risken inträffar och hur allvarlig konsekvensen av en sådan händelse kan bli. Ansvarig för att hantera riskerna avgörs ytterst av besluts- och delegationsordning.

Uppföljning ska ske systematiskt för att säkerställa om vidtagna åtgärder fungerat på avsett sätt, om identifierade risker fortfarande är aktuella samt bedöma om nya risker tillkommit.

⁶ Förordningen (2007:603) om intern styrning och kontroll

⁷ Med väsentlig risk avser de omständigheter som påverkar myndighetsledningens möjlighet att fullgöra ansvaret för verksamheten (ESV:s allmänna råd till 3§ förordning (2007:603) om intern styrning och kontroll).

Den genomförda riskhanteringen ska dokumenteras på sådant sätt att det finns en spårbarhet från väsentliga risker, utförda åtgärder och till genomförd uppföljning.

Kontrollaktiviteter

Området kontrollaktiviteter syftar till att hindra att fel inträffar, vilket innebär att aktiviteterna är ett direkt led i riskhanteringen. Kontrollerna är oftast rutinorienterade och finns på alla organisatoriska nivåer. De kontrollaktiviteter som beskrivs i interna styrdokument ska finnas på plats och upprätthållas.

Uppföljning och utvärdering

Området uppföljning och utvärdering handlar om att följa upp huruvida den interna styrningen och kontrollen de facto fungerar. Uppföljning och utvärdering innebär också att analysera de avvikelser som uppmärksammas och på så sätt förebygga upprepning.

Internrevisionen ska stödja konsistoriet genom sina granskningar och utgör bland annat underlag för att bedöma om verksamhetskraven uppfylls med rimlig säkerhet⁸.

Bedömning i årsredovisningen

Rektor ansvarar för att årligen upprätta en rapport som utgör underlag för konsistoriets bedömning av KI:s interna styrning och kontroll under den period som årsredovisningen avser. Dokumentation ska omfatta arbetet med kontrollmiljön och uppföljning av åtgärder med anledning av iakttagelser som lämnats vid extern revision och internrevision.

⁸ 9 § internrevisionsförordningen (2006:1228)