

Til Universitetsstyret
Fra Enhet for intern revisjon

Sakstype: Orienteringssak
Møtesaksnr.: O-sak 6
Møtenr.: 7/2018
Møtedato: 23. oktober 2018
Notatdato: 02. oktober 2018
Arkivsaksnr.:
Saksansvarlig: Jørgen Bock
Saksbehandler:

Halvårsrapport 2018 - Enhet for internrevisjon

Henvisninger til lovverk, plandokumenter og tidligere behandlinger i styret:
Instruks for internrevisjon.

Hovedproblemstillinger i saken

I henhold til instruks skal internrevisjonen avgi halvårlig rapport til styret om sitt arbeid. I vedlagte halvårsrapport orienterer internrevisjonen om sin rolle og oppgaver samt oppsummerer revisjons- og rådgivningsoppdrag i forhold til planen. I tillegg orienteres kort om enhetens drifts- og utviklingsarbeid.

Jørgen Bock
avdelingsdirektør Enhet for
internrevisjon

Vedlegg: Halvårsrapport



Rapport 1. halvår 2018

Distribueres til:
Universitetsstyret

Kopi:
Rektor
Universitetsdirektør

Enhet for intern revisjon (EIR):
Jørgen Bock

Blindern, 02.10. 2018

Innholdsfortegnelse

1	Internrevisjonens rolle og oppgaver	3
2	Styring og kontroll ved UiO	3
3	Oppsummering revisjoner og rådgivning første halvår 2018	4
3.1	Tverrfaglighet.....	4
3.2	Medisinsk og helsefaglig forskning.....	5
3.3	Internkontroll og sikkerhet KHM museum.....	5
3.4	Klinikkdrift OD	6
3.5	Klinikkdrift PSI.....	6
3.6	Klinikkdrift MED	6
3.7	EU revisjoner og Interreg	6
3.8	Portefølje og programstyring.....	6
3.9	Digitalt læringsmiljø og BOTT ERP	7
3.10	Risikostyring	7
4	Oppfølging av tiltak	7
5	Varslingssaker	7
6	Personvernombud.....	8
7	Internrevisjonsordningen.....	8
7.1	Tilgang til opplysninger	8
7.2	Utvikling og drift av Enhet for internrevisjon	8
7.3	Medarbeidere og kompetanse	8

1 INTERNREVISJONENS ROLLE OG OPPGAVER

Internrevisjonen er fastsatt ved instruks vedtatt av styret 6.5.2014. Formålet til internrevisjonen er:

«Å fremme og beskytte UiOs verdier gjennom å gi risikobaserte og objektive bekreftelser, råd og innsikt»

2 STYRING OG KONTROLL VED UIO

Internrevisjonen skal på vegne av styret og ledelsen se etter at styring og kontroll er tilfredsstillende. Internrevisjonen oppsummerer sine observasjoner og sitt syn på organisasjonens prosesser for risikostyring, kontroll og governance i årsrapporten. I henhold til instruks skal internrevisjonen i tillegg avgi en halvårlig statusrapport til styret.

Våre vurderinger av revisjonsoppdragene baserer seg på kriterier i internasjonalt anerkjent rammeverk for virksomhetsstyring¹:



¹ COSO: The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, som blant annet har utviklet "Enterprise Risk Management", ERM, definert av COSO som følger: The culture, capabilities and practices integrated with strategy-setting and its execution, that organizations rely on to manage risk in creating, preserving and realizing value.

3 OPPSUMMERING REVISJONER OG RÅDGIVNING FØRSTE HALVÅR 2018

Revisjonsplan godkjent av universitetsstyret i desember 2017 og fremdriftsstatus per september 2018:

	1.tert	2.tert	3.tert
Revisjonsprosjekter			
Tverrfaglighet, UiO:Norden, UiO:Energi, UiO:Livsvitenskap	→		
Medisinsk og helsefaglig forskning	→		
Internkontroll og sikkerhet museum (KHM)	→		
Klinikkdrift OD	→		
Klinikkdrift MED	→		
Klinikkdrift PSI	→		
IT-beredskap	→		
Implementering forskningsetikkloven	→		
Tilgangskontroll, infrastruktur, operativsystem og databaser	→		
Brøggers hus/Eiendom, fase 2 (fase 1 revidert aug 2017)	→		
Rådgivningsoppdrag			
Portefølje og programstyring	→		
Digitalt læringsmiljø	→		
BOTT ERP	→		
Risikostyring	→		
Finansiell revisjon			
EU-revisjoner	→		
Andre faste oppgaver			
Varslinger	→		
Personvernombud	→		

- Prosjekt er gjennomført
- Prosjekt pågår
- Prosjekt er ikke påbegynt
- Kontinuerlig risikoovervåking

Revisjonsprosjekter

3.1 Tverrfaglighet

Formålet med revisjonen er å støtte opp om de strategiske satsingene ved å identifisere suksessfaktorer og se etter at satsingene blir fulgt opp og drevet på en god måte.

UiO:Energi, UiO:Norden og UiO:Livsvitenskap har satt i gang viktige, omfattende prosesser som har skapt rom for nytenkning og tverrfaglige initiativ. Viktige suksessfaktorer har vært høye ambisjoner, engasjement fra fakultetene og rektoratet og bruk av midler som støtter tverrfaglighet.

De store ambisjoner reflekteres i omfattende mandater. Satsingene har imidlertid begrenset kapasitet og myndighet både over ressursene på fakultetene og sentrale rammer.

Satsingene er ulikt plassert i organisasjonen. UiO:Energi og UiO:Livsvitenskap er organisert under universitetsstyret, UiO:Norden er organisert under HF. Satsingene har vedtatt modeller for sin interne organisering, men de er ikke fullt ut implementert².

Satsingene har valgt ulike strategier for tildeling av midler og har ulike innfallsvinkler for å skape tverrfaglighet. Det er gode prosesser for tildeling av midler, men det er i mindre grad etablert prosedyrer for oppfølging. Årsaken er at det oppleves komplisert og at man har begrenset kapasitet. Uten systematisk oppfølging er det risiko for at satsingene ikke klarer å fange opp effekten av tiltakene.

Det bør utføres systematisk risikovurdering av strategiene, herunder på utdanningsområdet der UiO trenger å forsterke insentiver for å etablere tverrfaglige utdanningstilbud. Felles erfaringsutveksling mellom satsingene vil være viktig for videreutviklingen av dem, vi anbefaler at det systematiseres ytterligere. Vi anbefaler også at det tydeligere defineres hvordan satsingene skal evalueres.

Rapporten med risikoreducerende tiltak er omforent³ og blir fulgt opp.

3.2 Medisinsk og helsefaglig forskning

Formålet med revisjonen er å bidra til god styring og kontroll på helseforskningsprosjekter ved å se etter at utvalgte fakultet/institutter etterlever kvalitetssystemet for medisinsk og helsefaglig forskning.

Siden forrige revisjon i 2012 er det iverksatt tiltak for å forbedre etterlevelse av helseforskningsloven. Det viktigste tiltaket er etablering av systemet Helseforsk for «løpende oversikt over helseforskningsprosjekter». Brukerne er fornøyd med løsningen, men har også flere innspill til videre utvikling.

Det er høy bevissthet rundt REK-godkjenning og behandling av sensitiv informasjon, men kunnskap og etterlevelse av rutiner i kvalitetssystemet er ikke tilstrekkelig (de viktigste rutinene det gjelder er *delegerte formelle oppgaver* og *rutine for håndtering av sensitive data*).

Selv om kvalitetssystemets innhold er godt, oppleves ikke den praktiske bruken like hensiktsmessig. Det jobbes allerede med bedre tilgjengelighet for kvalitetssystemet.

Rapporten med risikoreducerende tiltak er omforent og blir fulgt opp.

3.3 Internkontroll og sikkerhet KHM museum

Formålet med revisjonen er å se etter at det er - og bidra til - god sikkerhet og intern kontroll rundt forvaltningen av samlingene og objektene.

Revisjonen var i hovedsak avgrenset til magasinformvaltningen. Det er høy kontrollbevissthet ved KHM. Rutiner er etablert og det er god samhandling mellom KHM, Eiendomsavdelingen og Enhet for helse, miljø, sikkerhet og beredskap. KHM sikkerhetsplanverk er unntatt offentlighet etter off. § 24. Revisjonen er av samme årsak og identifisert risikoeksponering unntatt offentlighet. Rapporten med tiltak er omforent og blir fulgt opp.

² Faglige grupper eller Scientific Advisory Boards er ikke fullt ut formalisert.

³ Med «omforent» menes at linjen og EIR er enige om rapportinnhold og tiltak.

3.4 Klinikkdrift OD

Det foreligger vedtak fra universitetsstyret 24.okt. 2017, der «styret ber internrevisor om å gjennomgå rutiner for internkontroll knyttet til klinikkdrift ved UiO». EIR har gått gjennom klinikkdrift ved OD, PSI og MED.

Formålet med revisjon Klinikkdrift OD er å gjennomgå rutiner for internkontroll som skal sikre etterlevelse av lov og forskrifter i klinikkvirksomheten.

EIR har observert et miljø som har fokus på kvalitet. Det er mange gode, dokumenterte rutiner som sikrer god internkontroll. Det er imidlertid også forbedringsområder, og ledelsen ønsker - og arbeider med å forbedre den samlede overordnede virksomhetsstyring og interne kontroll.

Klinikkvirksomheten er omfattende. Den har historisk vært drevet som 3 adskilte virksomheter. Selv om flere, delvis enkeltstående rutiner er etablert, bør virksomheten også overordnet dokumentere og systematisere internkontrollsystemet, risikovurderinger og viktigste kontroller ytterligere.

Det elektroniske journalsystemet har tilgangsstyring, logging og tilrettelegger for arbeidsdeling. Et betydelig omfang av delvis eldre pasientdata på papir, bør sikres bedre. Risikoreduserende tiltak er iverksatt, men vil ta tid å fullføre på grunn av omfang og kapasitetsbegrensninger. Rapporten med risikoreduserende tiltak er omforent og blir fulgt opp.

3.5 Klinikkdrift PSI

Formålet med revisjon Klinikkdrift PSI er å gi en verifisering og objektiv vurdering på den statusen PSI selv oppgir på anbefalte tiltak fra dokument datert 18. jan 2018.

EIR har gått gjennom status på tiltak og vi har i tillegg gjennomført en vurdering av internkontroll på områdene. Rapporten med tiltak er omforent og blir fulgt opp. Vi viser til egen styrebehandling av rapporten i styremøte 2/2018.

3.6 Klinikkdrift MED

Formålet med revisjon Klinikkdrift MED er å bidra til klarhet i om det er sider av klinikkdriften som UiO er ansvarlig for.

EIR har ikke blitt gjort kjent med eller funnet at det foregår klinikkvirksomhet tilknyttet MEDFAK der UiO er ansvarlig for klinikkdrift.

Finansiell revisjon

3.7 EU revisjoner og Interreg

EIR har i første halvår revidert 7 EU – prosjekt og gir løpende rådgivning om internkontroll, dokumentasjon og avstemming i forbindelse med prosjektenes regnskapsavleggelse.

Rådgivningsprosjekter

3.8 Portefølje og programstyring

Formålet med oppdraget er i bidra til god styring og kontroll av utviklingstiltak, tildelinger / fordeling. Oppdraget går ut på å gå gjennom UiOs metoder og rutiner ift anerkjent metodikk for porteføljestyring. Det rapporteres til universitetsdirektør i 3. tertial.

3.9 *Digitalt læringsmiljø og BOTT ERP*

EIR har holdt seg løpende oppdatert på fremdrift og risikostyring i prosjektene og det nye etablerte programmet for administrativ forbedring og digitalisering.

3.10 *Risikostyring*

EIR har ikke bistått i fasilitering av risikoprosesser hittil i 2018 men involverer seg løpende i diskusjoner og rådgivning innenfor dette fagområdet.

Andre rådgivningsoppdrag

- Maler for EU revisjoner og rapportering av produktiv tid
- Deltatt i UiOs GDPR-prosjekt
- Rådgivning om internkontroll ved SV

4 OPPFØLGING AV TILTAK

Status på viktigste tiltak:

Revisjon	Tiltak	Status
Digital eksamen og prosjektveiviser (2016)	Vurdere ambisjon for strategisk utviklingsarbeid og digitalisering (utarbeide masterplan IT)	Iht plan skal arbeidet ferdigstilles i februar 2019.
Digital eksamen og prosjektveiviser (2016) Årsrapport EIR (2017)	Videreutvikle program- og porteføljestyring (herunder fordeling / tildelinger)	Viktige punkter innen programstyring, som for eksempel gevinstrealisering adresseres av Programmet for administrativ forbedring og digitalisering. EIR bistår med rådgivning.
Årsrapport EIR (2017)	Videreutvikle helhetlig risikostyring og internkontroll	UiOs utfordringer og muligheter vurderes i Strategi 2030 - arbeidet. Ytterligere systematisering og videreutvikling på området krever mer kapasitet.
Medisinsk og helsefaglig forskning (2018)	Lage en overordnet plan for bevisstgjøring, opplæring og etterlevelse av kvalitetssystemet.	Planlagt ferdigstilt i desember 2018.

5 VARSLINGSSAKER

UiO har varslingskanal for både studenter (Si fra-systemet med rød, gul eller grønn linje) og for ansatte. EIR er kopimottaker av varslinger fra studenter i rød linje. Vi er også mottaker av varslinger fra ansatte, og overfører saken til aktuell enhet. EIRs rolle er å se til at varslene

blir saksbehandlet innen rimelig tid. Vi bekrefter å ha gjennomført oppfølging i første halvår 2018. For statistikk og vurdering av studentvarsler viser vi til Læringsmiljøutvalgets rapport. Vi har i første halvår 2018 mottatt 12 ansattvarsler. De følges opp i linjen.

6 PERSONVERNOMBUD

EIR har i en 20 % stilling innehatt rollen som personvernombud for administrative behandlinger gjennom hele første halvår 2018. Rollen er per 15.8. overtatt av annen person som ikke er knyttet til EIR. Denne endringen er ledd i UiOs tilpasning til ny personvernlov med EUs GDPR-forordning inkludert. Personvernombudet har brukt det meste av sin tid første halvår til å bidra inn i UiOs GDPR-prosjekt.

7 INTERNREVISJONSORDNINGEN

7.1 Tilgang til opplysninger

Vi bekrefter at vi i første halvår 2018 har fått tilgang til all informasjon, medarbeidere og lokaler som er nødvendig for å utføre våre oppgaver. Revisjonsdirektøren har tilgang til åpne og lukkede styremøtesaker, har deltatt i universitetsdirektørens ledermøter, har hatt jevnlige møter med universitetsdirektøren og deltatt i ledelsens strategimøter (rektoratmøtet) i forbindelse med revisjonsoppdrag og dialog ved utforming av revisjonsplan.

7.2 Utvikling og drift av Enhet for internrevisjon

Internrevisjonen igangsatte høsten 2016 aktiviteter for å videreutvikle metodikk og drift av enheten. Arbeidet inngår i det kontinuerlige kvalitets- og forbedringsprogram som er obligatorisk etter IIA⁴ standardene. I 2017 utviklet vi strategi for enheten med tilhørende styringsparametre. Metodikkhåndboken ble ferdigstilt i endelig versjon sommeren 2018.

I henhold til IIA standarder skal avdelingen evalueres av eksterne hvert 5.år. Det ble sist gjort i 2013. Et konsultentselskap er engasjert for å gjennomføre ny evaluering høsten 2018. I den forbindelse gjør EIR også en egevaluering. Konsulentene vil gjennomføre intervjuer av styremedlemmer, rektorat, ledere på fakulteter og i LOS.

7.3 Medarbeidere og kompetanse

EIR hadde pr. 30.6 4,8 årsverk til revisjon og rådgivning. I henhold til IIA-standardene er det krav til årlig vedlikehold av sertifiseringer for medarbeiderne. Det følges opp gjennom enhetens kompetanseplan.

⁴ Institute of Internal Auditors