

METODIKKHÅNDBOK

INNHOLD

1	INNLEDNING	3
1.1	Internasjonalt rammeverk for internrevisorer.....	3
1.2	Sammenheng mellom metodikk og standardene	4
2	INSTRUKS, FORANKRING OG KVALITETSSIKRING (Standard 1000-1300)	5
2.1	Formål, fullmakt og ansvar (1000)	5
2.2	Uavhengighet og objektivitet (1100)	5
2.3	Faglig dyktighet og tilbørlig faglig aktsomhet (1200)	5
2.4	Program for kvalitetssikring og forbedring (1300).....	5
3	LEDELSE AV INTERNREVISJONEN (2000-2050).....	7
3.1	Årsplanlegging (2010)	7
3.2	Kommunikasjon og godkjenning (2020).....	9
3.3	Ressursstyring (2030)	10
3.4	Retningslinjer og prosedyrer (2040).....	10
3.5	Samordning (2050).....	10
4	ARBEIDETS ART (2100).....	10
5	PLANLEGGING, UTFØRELSE og RAPPORTERING AV OPPDRAG (2200-2600)	12
5.1	Oppdragsplanlegging (2200)	12
5.2	Utførelse av oppdraget (2300).....	14
5.3	Rapportering av resultater (2400)	16
5.3.1	Rapportering av enkeltoppdrag.....	16
5.3.2	Rutinemessig rapportering til styret	17
5.4	Oppfølging av fremdrift (2500).....	17
5.5	Rapportering av aksept av risikoer (2600)	17

1 INNLEDNING

Enhet for intern revisjon (EIR) skal være en profesjonell enhet som leverer tjenester med høy kvalitet. Denne håndboken er et ledd i dette arbeidet og skal illustrere og beskrive den revisjonsmetodikken som EIR benytter. Den er basert på internasjonale standarder og rammeverk for internrevisjon, samt beste praksis. Metodikkhåndboken skal være praktisk anvendbar. I tillegg til å være retningsgivende for internrevisorer ved UiO, skal håndboken være tilgjengelig på EIRs nettsider.

1.1 Internasjonalt rammeverk for internrevisorer

Det internasjonale rammeverket for internrevisjon (IPPF¹) består av en obligatorisk del og en del for anbefalte retningslinjer. Den obligatoriske del omfatter definisjonen av internrevisjon, etiske retningslinjer, de faglige standardene og kjerneprinsipper. Den anbefalte del omfatter implementeringsguider, som utdyper de faglige standarder og supplementerende guider som inneholder Practice Guides, som viser mulige måter å utøve den obligatoriske delen på for å fremme beste praksis.

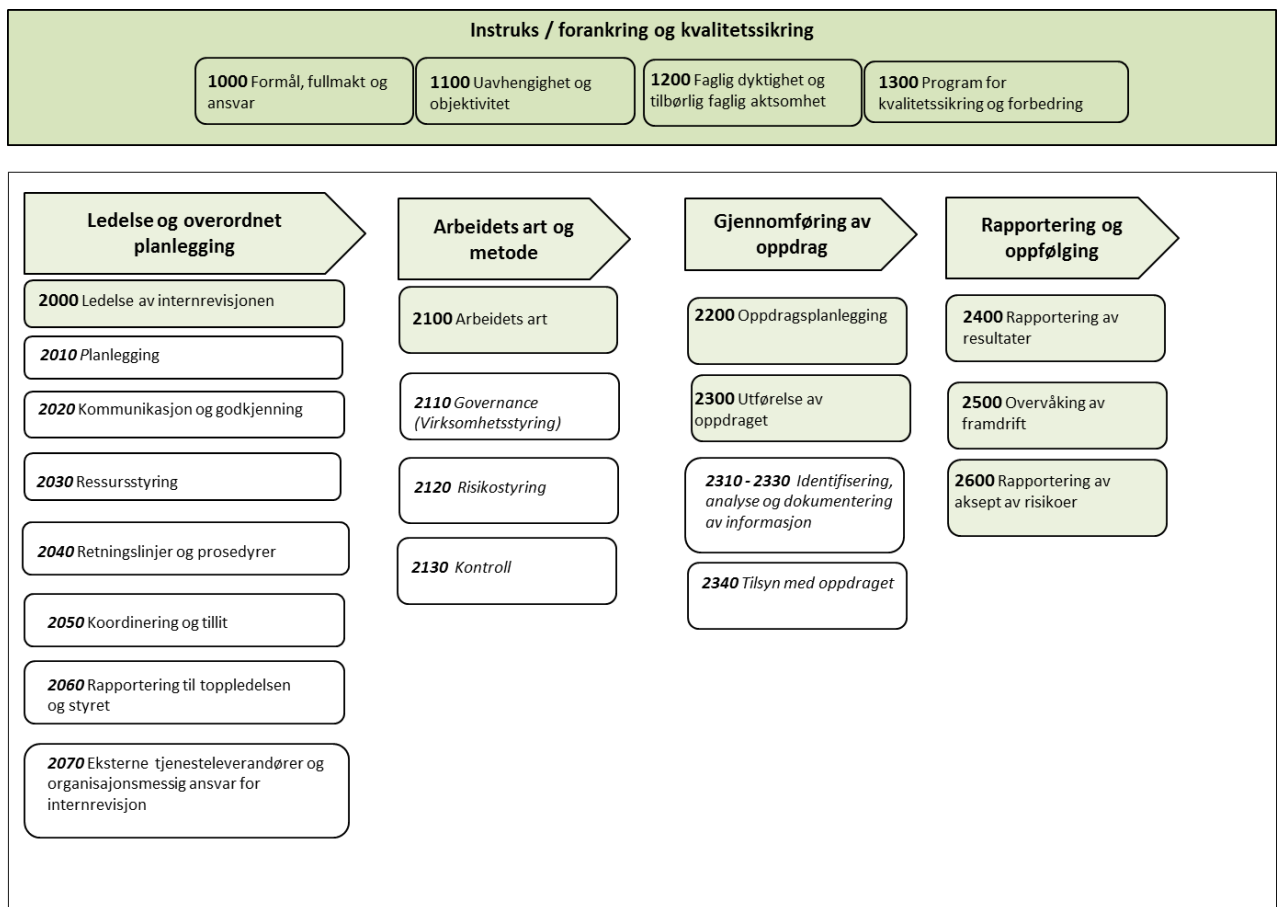


Figur 1: Det internasjonale rammeverket for internrevisjon (IPPF).

¹ International Professional Practices Framework

1.2 Sammenheng mellom metodikk og standardene

Figuren under viser en modell av revisjonsprosessen der metodikk og standarder er satt inn i en sammenheng. I de neste kapitlene beskrives delene i modellen nærmere.



Figur 2: EIR sin arbeidsprosess sett i sammenheng med standardene.

2 INSTRUKS, FORANKRING OG KVALITETSSIKRING (STANDARD 1000-1300)

2.1 Formål, fullmakt og ansvar (1000)

EIRs formål, fullmakter og ansvar (standard 1000) er fastsatt i Instruks for internrevisjon. Instruksen ble godkjent av universitetsstyret 6.5.2014.

2.2 Uavhengighet og objektivitet (1100)

Internrevisjon rapporterer direkte til styret og er faglig uavhengig av ledelsen. Leder for internrevisjonen skal ha tilgang til all informasjon ved UiO som har relevans for internrevisjonsaktivitetene, herunder rett til å delta i alle møter der saker som har relevans for internrevisjonen blir diskutert. Øvrig revisjonspersonell skal også ha ubegrenset tilgang til informasjon, innenfor sitt ansvarsområde.

Internrevisorer skal ha en upartisk innstilling og unngå enhver interessekonflikt. Dette betyr bl.a. at internrevisoren skal følge UiOs og IIAs etiske retningslinjer.

2.3 Faglig dyktighet og tilbørlig faglig aktsomhet (1200)

Oppdrag skal utføres med faglig dyktighet og nødvendig faglig aktsomhet. Internrevisorene skal:

- ✓ være kompetente til å utføre internrevisjoner. Dette betyr blant annet at ekstern ekspertise må benyttes i revisjonene hvis UiOs internrevisorer ikke selv har den kompetansen som kreves.
- ✓ være oppdaterte på nye rammebetingelser og krav som stilles til UiO og til internrevisjon som profesjon.
- ✓ kunne omgås mennesker profesjonelt. I dette ligger blant annet at det er viktig at internrevisorene har evne til å samarbeide godt med andre.
- ✓ kunne kommunisere godt, både muntlig og skriftlig.

Internrevisorene skal utvise den aktsomhet og dyktighet som med rimelighet kan forventes. Nødvendig faglig aktsomhet innebærer ikke ufeilbarlighet eller ekstraordinære prestasjoner.

2.4 Program for kvalitetssikring og forbedring (1300)

Leder for EIR skal utvikle og vedlikeholde et program for kvalitetssikring og forbedring, som dekker alle sider ved internrevisjonsfunksjonen, og kontinuerlig overvåke dens effektivitet og hensiktsmessighet. Programmet er som følger:

Løpende kvalitets- og forbedringsarbeid:

- Kontinuerlig risikoovervåking, korte referat med henvisning til saksdokumenter på avdelingsmøter som avholdes minst hver 14. dag.
- Diskusjon i avdelingsmøter om status i pågående revisjons- og rådgivningsoppdrag
- Diskusjon i avdelingsmøter om administrasjon, styring, kontroll og metodikk
- Deltagelse som observatør i relevante fora, styremøter, Udir ledermøter, prosjektgrupper

- Jevnlige møter med Udir og rektorat
- Sjekklistene og bruk av maler for utførelse av revisjonsoppdrag. (mappe 50 EIR Oppdrag / 02 MAL for REVISJONER)
- Oppfølging av anbefalte tiltak fra rapporter ([Tiltaksoppfølging](#))

Periodisk interne kvalitetstiltak:

- Halvårlig gjennomgang av KPIer hvorav noen rapporteres i årsrapport og noen kun følges opp internt: [..\Kvalitetsarbeid\2_Periodisk intern\Halvårlig gjennomgang KPI](#)
Viktige indikatorer er:
 - % leverte oppdrag iht årsplan
 - Gjennomføringstid revisjonsoppdrag
 - Evaluering fra revidert enhet og egnevaluering
 - Omforente tiltak gjennomført av UiO
 - Krav til årlig vedlikehold av kompetanse og sertifiseringer
 - Bidra i faglige nettverk
 - Arbeidsmiljø
- Årlig gjennomgang av 2 revisjonsmapper for å se etter at:
 - Endelig oppdragsbeskrivelse godkjent av revisjonssjef
 - Sjekklistene (revisjonsoppdrag og evalueringer) utfylt
 - Endelig rapport godkjent av revisjonssjef
 - Gjennomgått oppdrag iht IIA mal for egenvurdering av revisjonsprosjekt
- Årlig gjennomføre risikovurdering for EIR
- Årlig gjennomgang av instruks, strategi og utarbeide (års)plan. Sistnevnte omfatter særlig følgende aktiviteter:
 - plan avstemmes mot strategier
 - ha en forventningsavklart risikoprofil
 - budsjettering av tid per medarbeider
- Årlig gjennomgang av kjerneprinsippene
- Årlige medarbeidersamtaler
- Årlig gjennomgang av metodikkhåndbok og oppsummere kvalitetsarbeidet

Periodisk eksterne kvalitetssikringer:

- Hvert 5. år ha ekstern evaluering jmf. standard 1312.

3 LEDELSE AV INTERNREVISJONEN (2000-2050)

3.1 Årsplanlegging (2010)

Revisjonssjefen skal utarbeide en risikobasert plan for å fastsette prioriteringene til internrevisjonen. Planen skal fremlegges årlig og justeres etter behov. Planene skal basere seg på:

- ✓ internrevisjonens egen risikovurdering
- ✓ universitetsstyrets og ledelsens risikovurdering, årsplan og virksomhetsrapportering
- ✓ innspill fra universitetsledelsen, fakultetsledelse, museumsdirektører, bibliotekdirektør og fagdirektører
- ✓ internrevisjonens observasjoner for øvrig

Årsplanmetodikken for å utarbeide risikobasert plan følger trinnene nedenfor, men ikke nødvendigvis sekvensielt.



Revisjonssjefen skal sammenstille innhentet informasjon systematisk og gjennom selvstendige vurderinger foreslå revisjonsobjekter i årsplanene. Dokumentasjon legges inn i undermappene til mappe [..\..\30 ÅRSPLANLEGGING](#). Følgende dokumenter er sentrale og ligger i undermappe «IR Risikovurderinger»:

- [Sammendrag risikovurderinger pr. enhet](#)
- [Brutto risikoliste](#)
- [Årsplandokument](#)

Forstå virksomhet og bransje

IR skal være kjent med viktige lover og regler, tildelingsbrev og stortingsmeldinger. Vi skal også ha oversikt over UiOs organisering og vurdere organisasjon, roller og ansvar. Vi skal også søke å forstå internt miljø, kontrollbevissthet og lederstil. IR skal være kjent med relevante policyer og rutiner, for eksempel etiske retningslinjer og rolle- og ansvarsdokumenter.

- ✓ Mapper: «Rammebetingelser», «UiOs Organisasjon» og «UiO Styring og kontroll».

Overordnede mål og strategier / styring og kontroll

IR skal vurdere mål, strategier og virksomhetsrapportering fra UiO til KD og fra fakultet, museer, bibliotek og støtteenheter. Også overordnet dokumentasjon av styringssystemer skal inngå i vurderingene.

- ✓ Mappe: «UiO Styring og kontroll»

Forventningsavklaring

IR har dialog med ledelsen ifm årsplanen for å diskutere risiko og avklare forventninger. Referater utarbeides og skal inkludere linjas risikovurderinger.

IR skal utveksle planer med Riksrevisjonen for å sikre best mulig revisjonsdekning og unngå dobbeltarbeid.

- ✓ Mappe: «Forventninger ledelsen og Riksrevisjonen»

Kjerne- og støtteprosesser

IR må på overordnet nivå forstå viktige kjerne- og støtteprosesser. Korte beskrivelser eller flowcharts brukes som verktøy.

Operasjonelle og finansielle nøkkelkontroller eller kritiske suksessfaktorer skal vurderes. I tillegg må IR være oppmerksom på risikoen for misligheter.

- ✓ Mappe: «Kjerne- og støtteprosesser»

Risikovurderinger

IR skal gjennomføre og dokumentere risikovurderinger. IRs risikovurderinger sammenholdes mot UiO ledelsens risikovurderinger.

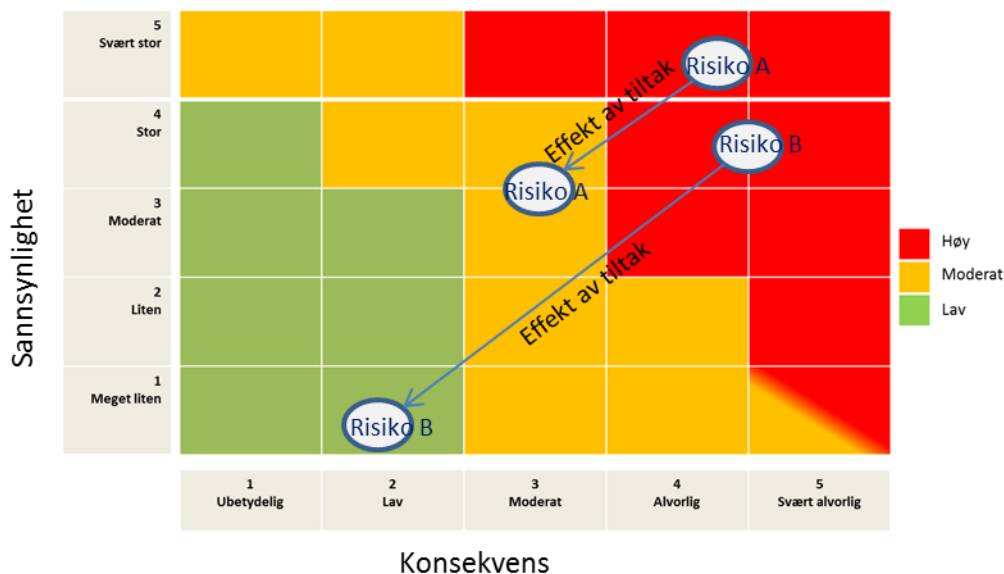
Risikovurderingen gjøres ved å sammenfatte trinnene nevnt over, herunder vurdere kontrollmiljøets betydning, som for eksempel:

- Hvordan fungerer ledergruppen?
- Domineres den av enkelte personer?
- Har ledelsen fokus på misligheter?
- Hvilken risikovilje har ledelsen? (forsiktig, objektiv, aggressiv)
- Hvordan rapporteres det?
- Legges det press på ledere for å nå mål?
- Hva blir lederen målt på?
- Hvordan håndteres avvik?
- Hvordan følges sviktende internkontroll opp?

- ✓ Mappe: «IR risikovurdering»

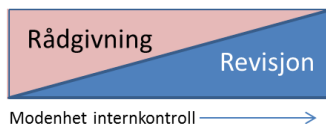
Årsplan / revisjonsplan

Prioritering av risikoer skjer ved å vurdere sannsynlighet og konsekvens før og etter iverksatte tiltak.



Risiko A kan være aktuelt revisjonsprosjekt, særlig dersom ledelsen ikke har tilstrekkelig oppmerksomhet på risikoen, det har skjedd vesentlige endringer på området eller det hersker usikkerhet rundt effekt av tiltak. Risiko A kan være mindre aktuell som revisjonsprosjekt dersom vi vet at ledelsen har stor oppmerksomhet på risikoen, men det kan være behov for rådgivning.

Risiko B kan være et aktuelt revisjonsprosjekt, kanskje særlig som bekreftelsesoppdrag, for å se etter at effekt av tiltak virkelig er så sterk.



I situasjoner der internkontroll er umoden, bør det vurderes prosjekter av mer rådgivende karakter og der internkontrollen er moden er det viktig å vurdere revisjoner i form av bekreftelsesoppdrag.

Risikovurderingen skal munne ut i en bruttoliste over revisjonsoppdrag. Bruttolisten prioriteres av internrevisjonen og skal synliggjøres for ledelsen og styret, jfr nedenfor. IR lager forslag til oppdrag.

✓ Mappe: «IR risikovurdering»

3.2 Kommunikasjon og godkjenning (2020)

Revisjonssjefen må kommunisere internrevisjonens planer, ressursbehov og eventuelle konsekvenser av ressursbegrensninger, først til universitetsdirektør og deretter til styret. Revisjonsplan legges frem som vedtakssak for styret på høsten. Små endringer i planen, samt fortløpende rådgivningsoppdrag godkjennes av Universitetsdirektøren. Styret skal godkjenne større avvik eller endringer.

3.3 Ressursstyring (2030)

Revisjonssjefen må sørge for at internrevisjonenes ressurser er egnet og tilstrekkelige, og at de blir hensiktsmessig anvendt. Det jobbes kontinuerlig med en kompetanseutviklingsplan.

3.4 Retningslinjer og prosedyrer (2040)

Internrevisjonens instruks og denne håndboken er retningsgivende for avdelingens arbeid.

3.5 Samordning (2050)

For å sikre nødvendig dekning og minst mulig dobbeltarbeid skal revisjonssjefen dele informasjon og samordne aktiviteter med andre.

4 ARBEIDETS ART (2100)

Prosessene for governance, risikostyring og kontroll er på mange måter sammenfallende. Sammenhengen kan defineres slik, avhengig av teoretisk innfallsvinkel:



Internrevisjonen vil i sitt arbeid ofte støtte seg på de overordnede rammeverkene utarbeidet av COSO-organisasjonen. Rammeverkene for internkontroll (COSO) og risikostyring (COSO ERM) er overlappende men har ulike formål. Elementene i rammeverkene er imidlertid stort sett sammenfallende og kan anvendes på tvers både for kontroll, risikostyring og governance. Våre revisjons- og rådgivningsoppdrag vil også støtte seg på andre rammeverk for styring og kontroll som ITIL, Cobit, ISO, Prince2, MSP, MoP, avhengig av oppdrag og situasjon.

COSO rammeverkene kategoriserer mål som følger:

- Strategiske mål
- Hensiktsmessig drift
- Etterlevelsesmål
- Rapporteringsrelaterte mål

Se kapittel 5.1 for en nærmere gjennomgang av metodikken for å knytte kriterier i revisjoner til måloppnåelse for UiO. Internrevisjonen vil i sitt arbeid benytte seg av relevante rammeverk for å utarbeide oppdragsbeskrivelser og revisjonsprogrammer med tilhørende revisjonskriterier. Rammeverkene og kriteriene må imidlertid tilpasses reviderte områder/enheter.

EIR ser på governance (virksomhetsstyring), risikostyring og kontroll gjennom kontinuerlig risikoovervåking, rådgivning og gjennomføring av revisjoner.

Governance vil omfatte innretning av UiOs drifts- og utviklingsprosesser, men også prosesser med departement, styret og Riksrevisjonen.

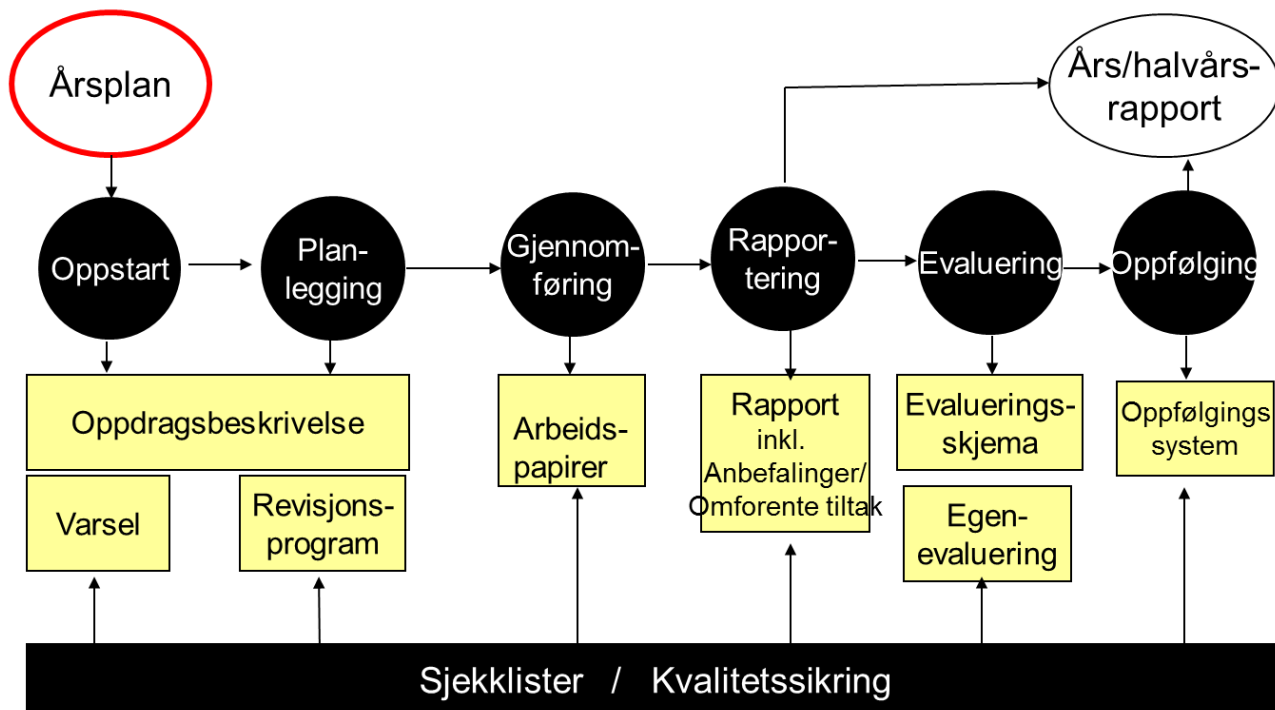
Risikostyring omfatter kultur (internt miljø), strategier og mål, risikoidentifisering, -evaluering og -håndtering, informasjon og kommunikasjon, og overvåking/oppfølging av risiko. Risikostyring adresseres i revisjonsplanen på samme måte som governance og informasjon hentes fra samme prosesser som for governance.

Kontroll omfatter internt miljø og organisering, mål, risikovurderinger, informasjon og kommunikasjon, samt overvåking/ oppfølging som middel til oppnåelse av målene.

Vi vil løpende holde oss oppdatert om den viktigste informasjonen til/fra departement, Riksrevisjonen og styret. I tillegg vil vi hente informasjon fra dekanmøter, direktørnettverk og andre relevante nettverk. Vi vil der det er hensiktsmessig delta som observatører i relevante fora og gi innspill innenfor våre kompetanseområder.

5 PLANLEGGING, UTFØRELSE OG RAPPORTERING AV OPPDRAG (2200-2600)

Revisjonsprosess og dokumenter



5.1 Oppdragsplanlegging (2200)

Oppdragsbeskrivelsen skal godkjennes av revisjonssjef og forventninger avklares med ansvarlig for revidert område/enhet.

Følgende mal skal benyttes:

- ✓ [..\Kvalitetsarbeid\1_Løpende intern\Maler\Mal_Oppdragsbeskrivelse.docx](#)

Oppdragsbeskrivelsen skal være rammen for revisjonsrapporten og skal inneholde:

Bakgrunn for revisjonen

- Hvorfor ble revisjonen valgt
- Omfang / områdets vesentlighet / tilknytning til strategi

Formål og tema

- Hva oppdraget skal bidra med / nytte for UiO
- Skal angi de hovedtemaer som skal revideres

Risikoen og problemstillinger

Risikoen som fremkommer må svares ut i rapporten og adresseres i kriteriene, ellers må det fremkomme hvorfor vi ikke har vurdert risikoen. Overordnet risikovurdering, herunder risiko for misligheter og IT-risikoen må alltid vurderes.

Revisjonskriterier

Revisjonskriterier skal beskrives for hvert hovedtema som skal revideres. Kriteriene er standarder, lover, retningslinjer, mål, forventninger eller beste praksis som skal brukes i evalueringen av og verifikasjonen av observasjoner i revisjonsoppdraget. Kriteriene skal så langt som mulig beskrive en tilstand som vi skal bekrefte eller avkrefte. Kriterier skal være omforent med revidert enhet.

Metode og avgrensninger

Hvilken metode som skal anvendes, hvilke enheter som skal besøkes, hva vi avgrenser mot.

Tidsperspektiv og rapportering

Når revisjonen skal gjennomføres og hvem som skal være rapport mottager.

Sammenheng formål, tema og kriterier:

Formål: xxxxxx	
Tema 1: xxxxxx	
- kriterium 1.1	
- kriterium 1.2	
Tema 2: xxxxxx	
- kriterium 2.1	
- kriterium 2.2	
	Inndelingen danner grunnlaget for kapitteinndelingen i rapporten.

Nærmere om revisjonskriterier. Revisjonskriterier ved å bruke COSO kan være:

Etterlevelseskriterier:

- Lov, forskrift
- Rutiner, policy
- Kontrakter, avtaler

Rapporteringsrelaterte kriterier:

- Gyldighet
- Fullstendighet
- Verdsettelse
- Riktig periode
- Rapportering og klassifisering

Hensiktsmessig og effektiv drift,

- Risikostyring gjennomført?
- Er rutinene gode nok?
- Er operasjonalisering av mål og strategier god nok?
- Benchmark og sammenligninger som KPI'er
- Kriterier vi kommer frem til etter diskusjon med ledelsen

Strategiske mål

- At en strategi finnes
- At det har vært en prosess for utvikling av mål og strategier
- Risikostyring gjennomført?

Beskyttelse av eiendeler:

- Fysiske sikringstiltak
- Logiske kontroller, applikasjonskontroller

- Arbeidsdeling
- Forsikringer, deling av risiko
- Beredskapsplaner

Kriterier kan også utledes ved å bruke COSO komponentene:

- Fastsette mål
- Internt miljø (roller og ansvar skal være definert, kompetanseutvikling skal være planlagt og iverksatt)
- Risikovurderinger (skal være foretatt, risikoer skal være vurdert)
- Kontroller, kvalitet, forbedringer
- Informasjon og kommunikasjon
- Oppfølging og læring

Det skal lages et **revisjonsprogram** basert på oppdragsbeskrivelsen, der det skal beskrives type, tidspunkt og omfang av revisjonshandlinger som er nødvendige for å nå formålet med revisjonen.

✓ [..\Maler revisjonsprogram](#)

5.2 Utførelse av oppdraget (2300)

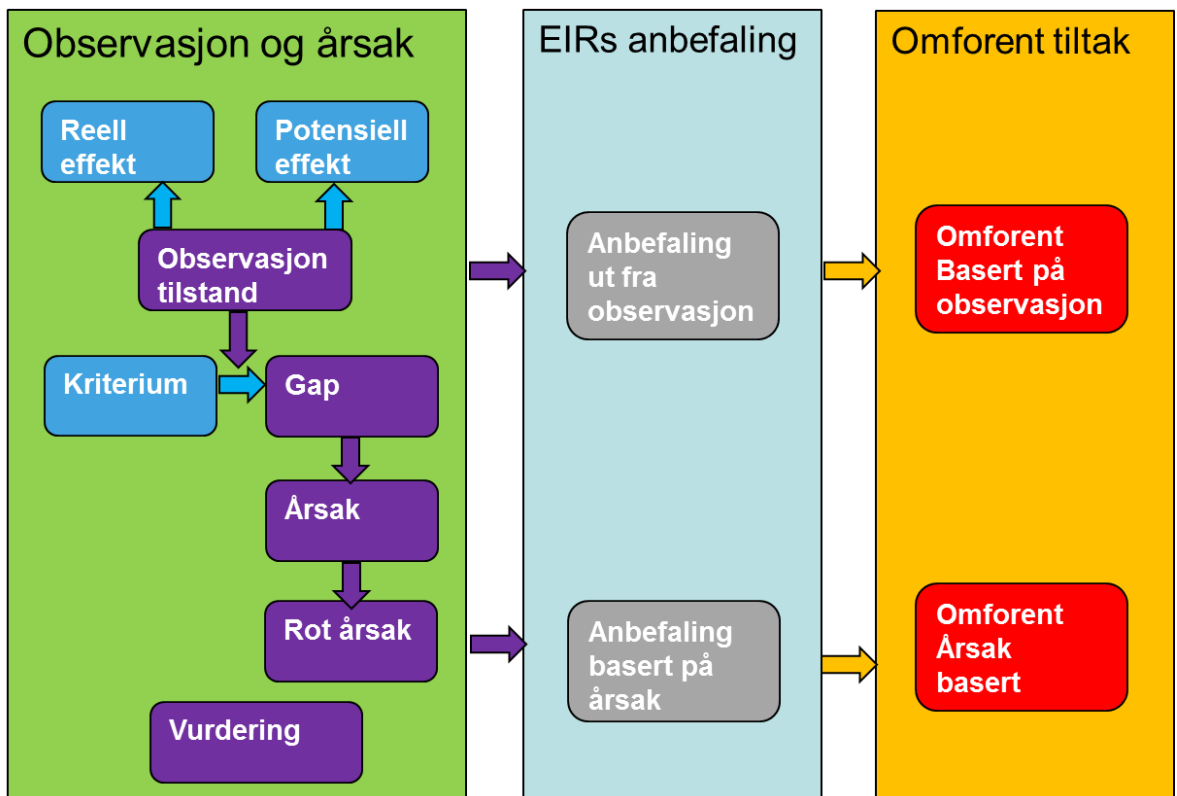
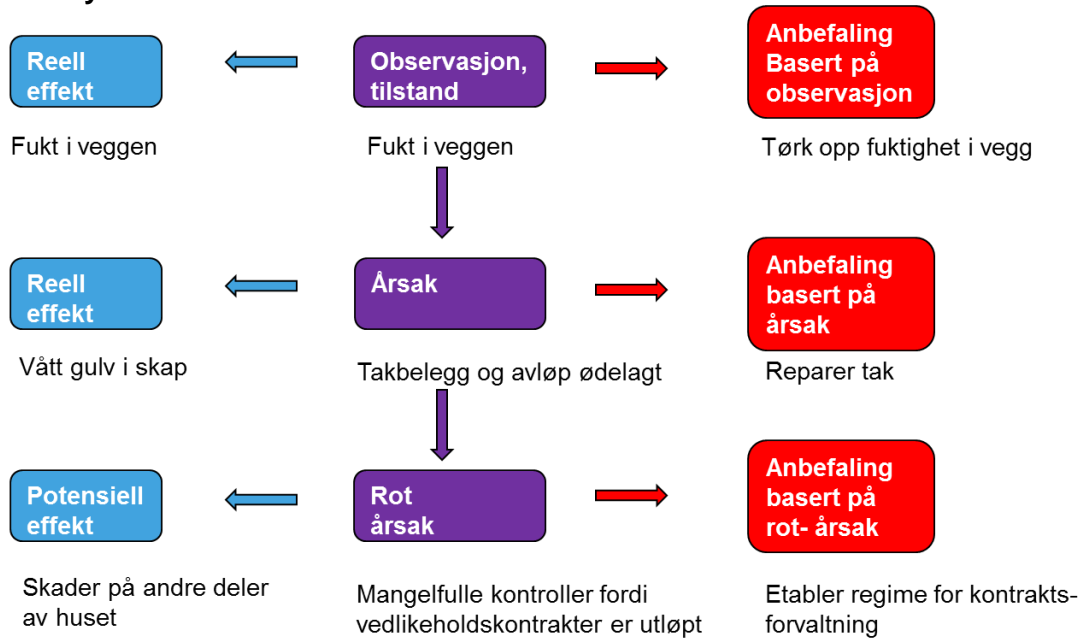
Tar utgangspunkt i revisjonsprogrammet. Utførelse av oppdrag skjer ved å...

1. identifisere (samle inn/utarbeide)
2. analysere og evaluere
3. dokumentere

...tilstrekkelig pålitelig, relevant og nyttig informasjon for å sikre at revisjonsmålene i oppdragsbeskrivelsen nås.

Basert på innhentede revisjonsbevis må det gjøres vurdering opp mot kriteriene. Revisjonsomfang må økes dersom vi ikke har fått tilfredsstillende bekreftelser. Årsaker til avvik mellom kriterier (forventet tilstand) og faktisk tilstand må analyseres. Anbefalinger kan gis basert på tilstand (ofte kortsiktig tiltak for å redusere risiko) eller årsak (kan ofte være mer strategiske eller langsiktige risikoreduserende tiltak)

Årsaksanalyser



Det skal også føres tilsyn med oppdraget, revisjonsjefen avgjør omfang i hvert enkelt oppdrag (basert på revisors faglige dyktighet, og erfaring og oppdragets kompleksitet). All relevant informasjon som samles inn eller utarbeides (arbeidspapirer), lagres i den fellesmappen som er etablert for oppdraget, normalt i undermappe \02 Gjennomføring. EIR lagrer ikke arbeidspapirer i Ephorte.

Jf EIRs instruks, har revisjonssjef tilgang til all informasjon ved UiO som har relevans for internrevisjonsaktiviteten. Øvrig revisjonspersonell skal ha ubegrenset tilgang til informasjon, innenfor sitt ansvarsområde.

Ved bruk av eksterne ressurser inn i revisjonsoppdrag må det vurderes hvilken tilgang til informasjon de skal ha, og evt. etablering av **databehandleravtale** hvis data skal sendes ut fra UiO.

Påse at personopplysningsloven og andre lover følges ved innsamling av personopplysninger.

Møter gjennomføres innenfor den tid som er avtalt. Ved behov for mer tid kan forlengelse eller nytt møte avtales.

5.3 Rapportering av resultater (2400)

All rapportering fra EIR skal sees i sammenheng med UiOs strategi, mål og risikoer.

5.3.1 Rapportering av enkeltoppdrag

Resultater fra revisjonsoppdrag skal stiles til universitetsdirektør og rektor. Rapporten skal godkjennes av revisjonssjef, legges inn i ephorte og følgende rapportmal kan benyttes:

[..\Kvalitetsarbeid\1 Løpende intern\Maler\Mal Revisjonsrapport.docx](#)

Rapporten skal beskrive områdets **tilstand** og inkludere **årsakene** til tilstanden. Tilstand består av faktum, risiko og konsekvens. EIR skal foreslå anbefalinger til forbedringer og i den grad det er mulig bli enige om tiltak med revidert enhet (omforente tiltak).

Resultater fra *rådgivningsoppdrag* rapporteres slik revisjonssjefen anser mest hensiktsmessig, muntlig eller skriftlig. Det skal alltid lages et notat for internt bruk som legges i EIR's mappestruktur: [..\..\50 EIR Oppdrag](#).

Viktige spørsmål å stille seg før rapportskriving:

- Hvem er viktigste mottaker av rapporten?
- Hvor mye forhåndskunnskap har de?
- Hvordan skal rapporten brukes?
- Hvordan vil poengene påvirke leseren?

Rapporten skal være:

- fremtidsrettet og koblet mot strategi
- helhetlig, dvs. at alle observasjoner skal frem, også positive og de eventuelle forbedringene som er gjort underveis i revisjonsperioden (anerkjennelse)
- skal gi interessenter mulighet til å vurdere om risikoen er på et akseptabelt nivå
- bygget på fakta som underbygger årsaken til tilstanden og skal være *nok, pålitelig, relevant og nyttig*.

- Rapporten skal sendes til revidert enhet innen 2 uker etter avslutningsmøtet.
- Unntatt offentlighet jf. Off.lova §14, vurderes i hvert enkelt tilfelle. Ved innsynsbegjæring skal universitetsdirektøren avgjøre om rapporten skal frigis.

5.3.2 Rutinemessig rapportering til styret

EIR skal ihht instruks rapportere halvårlig til styret. Årsrapporten til EIR skal inneholde en overordnet uttalelse (ref. std 2450) om EIR sitt syn på UiOs prosesser for governance, risikostyring og kontroll. Uttalelsen skal omfatte de 6 elementene fra standard 2450. For å forstå forventningen fra interessenter på omfanget av en overordnet uttalelse, må internrevisjonssjefen diskutere med disse.

Den overordnede uttalelsen skal utarbeides fra informasjon og observasjoner fra følgende:

- EIRs revisjonsrapporter
- EIRs kontinuerlige risikoovervåkning
- Samtaler med ledelsen og styret
- Risikovurderinger som er utført på ulike nivåer i organisasjonen
- Observasjoner, analyser eller rapporter fra eksterne eller 2.linje-funksjoner slik som:
 - HMSB
 - EL/GVO
 - ADS
 - Personvernfunksjoner
 - Studentombud
 - LMU
 - Riksrevisjonen
 - Tilsynsmyndigheter (NOKUT, ...)

5.4 Oppfølging av fremdrift (2500)

EIR skal følge opp at omforente tiltak er igangsatt ihht til frister. Det er utarbeidet en oversikt over status på tiltak som fortløpende oppdateres: [..\Kvalitetsarbeid\1 Løpende intern\Tiltaksoppfølging.](#)

Dersom vesentlige tiltak ikke følges opp, skal EIR informere universitetsdirektøren. Dersom EIR mener det ligger en høy risiko i ikke å gjennomføre tiltaket, skal styret også informeres.

5.5 Rapportering av aksept av risikoer (2600)

Dersom EIR konkluderer med at ledelsen på enhetene aksepterer risiko som kan være uakseptabelt for organisasjonen, selv etter at EIR har informert om bekymringen, skal revisjonssjefen informere universitetsdirektøren. Referater eller notater fra slike møter skal foreligge. Dersom forholdet ikke avklares i møte med universitetsdirektøren, skal universitetsstyret informeres. Informasjonen kan gis gjennom rapportene til styret, eller rapporteres direkte til styreleder dersom saken haster.