



CERTIFIERINGSRAPPORT

PANCERT AB

7487709

Bureau Veritas Certification Sverige AB

Recertifieringsrevision / ISO 14001:2004

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. ALLMÄN INFORMATION
 - 1.1 FÖRETAGSINFORMATION
 - 1.2 KONTAKTINFORMATION
2. REVISIONSINFORMATION
 - 2.1 SCOPE
3. REVISIONSPROCESS
 - 3.1 REVISIONENS NOTERINGAR / BETYDANDE REVISIONSSPÅR
 - 3.2 REVISIONSSAMMANFATTANDE RAPPORT TILL STANDARD
 - 3.3 AVVIKELSERAPPORT
4. REVISIONSSAMMANFATTNING
 - 4.1 SLUTSATSER FRÅN REVISIONEN
 - 4.2 SAMMANFATTNING AV REVISIONSRESULTATET
 - 4.3 LEDNINGSSYSTEMETS EFFEKTIVITET
 - 4.4 OBSERVATIONER
5. REVISIONSLEDARENS REKOMMENDATION
6. REVISIONSPROGRAM 3år

1. ALLMÄN INFORMATION

1.1 FÖRETAGSINFORMATION

Företagsnamn	PANCERT AB		
Adress	BOX 37		
Stad	Jönköping		
Postnummer	55112		
Län	-		
Land	Sweden		
Telefon Nr	036343000	Fax Nr	n/a
Kontrakts nr	7487709		

1.2 KONTAKTINFORMATION

Kontaktperson	Göran Karlsson		
E-postadress	goran.karlsson@sagtjanst.se	Telefon Nr	036343000

2. REVISIONSINFORMATION

2.1 SCOPE

Språk	Scope text
Engelska	Service organisation for certification of forest owners and harvesting organisations
Svenska	Serviceorganisation för certifiering av skogsbruk och avverkningsorganisationer

Antal anläggningar	1
Antal anställda	3
Huvudkontor	PANCERT AB

Om detta är en multi-site revision har en bilaga där alla relevanta anläggningar och/eller platser upprättats och bifogas revisionsrapporten.

Revision	Recertifieringsrevision				
Startdatum	2013-05-30	Slutdatum	2013-05-30	Antal Dagar	1

3. REVISIONSPROCESS

3.1 REVISIONENS NOTERINGAR / BETYDANDE REVISIONSSPÅR

Revisor	Datum	Process	Kontakter
Fredrik Cederquist	2013-05-30	Ledning	Göran Karlsson, Per Arne Nordholts, Ann-Louise Bactén
Anteckningar			
<p>PAN Cert har ett miljöledningssystem för att hantera sin PEFC gruppcertifiering av skogsbrukare c:a 6000 medlemmar. Gruppcertifieringen omfattar även 31 stycken avverkningsorganisationer. Revision av skogsbrukare har gjorts parallellt med denna revision. För den revisionen finns en särskild revisionsplan och rapport upprättad.</p> <p>Miljöpolicy är upprättad 2013-05-14 och uppfyller krav. Miljömål finns upprättade. Däremot saknas handlingsplaner för miljömålet "Intern revision skogsskötsel". Den genomförandeplan som finns beskriver rutinen för intern revision, inte vad som ska ske i praktiken. Se avvikelse. Drt mål som finns upprättat är 85% godkända objekt. Utfallet under säsongen 09/10 var 79% och under säsongen 2012 var resultatet 78%</p> <p>Av de avvikelser som upprättats berör c:a 30% planeringsunderlag och 28% tillskapande av död ved. Övriga avvikelser fördelar sig på död ved, NV träd, Kantzoner, Hänsynskrävande biotper, skador på mark och vatten, kulturmiljö samt lövträd</p> <p>PAN cert erbjuder skogsägare stöd att upprätta skogsbruksplan. Utbildning erbjuds genom skogsägareträffar. Mellan anslutna medlemmar och PAN cert finns avtal som reglerar ansvarsfördelning mellan skogsägare, papraplyorganisation och ombud. I papraplyorganisation finns VD med övergripande ansvar, en administrativ funktion, systemansvarig samt interna revisorer.</p> <p>Det finns en databas över alla registrerade skogsägare. I denna saknas information om avvikelser och ev korrigerande åtgärder. Se generell avvikelse om denna punkt. Statistik rapporteras in till PEFC enligt krav.</p> <p>När det gäller avtal mellan papraply och skogsägare bör avsnittet om offentlighet förtydligas så att det avspeglar kraven i PEFC SWE 001 pkt 10.1.2</p> <p>Ledningen genomgång är genomförd 2012-12-10. Protokollet uppfyller kraven med undantag från resultat från utvärdering av lagefterlevnad samt status på korrigerande åtgärder. För dessa två rutiner har enskilda avvikelser rests. Se avvikelser</p>			

Revisor	Datum	Process	Kontakter
Fredrik Cederquist	2013-05-30	Miljöledning	Göran Karlsson, Per Arne Nordholts,
Anteckningar			
<p>Alla ombud, systemansvarig och interna revisorer har tillgång till regelrätt skogsbruk som är en databas med information om aktuella lagkrav.</p> <p>Rutin för miljöaspekter finns upprättad.</p> <p>Det finns ett ledningssystem upprättat som omfattar rutiner samt mallar och blanketter. Detta finns tillgängligt på intranätet för ombud och interna revisorer. Skogsbrukare får sin information genom ombud i form av ett presentationsmaterial och avtal.</p> <p>Uppdatera dokument som rör traktordirektiv så att de refererar till senaste version av PEFC standard, datera dokumentet. Gör traktordirektivsmallen tillgänglig</p> <p>Det finns 102 registrerade ombud. Deras roll är att vara kontaktperon med skogsbrukaren och informera dem om deras åtagande</p>			

Revisor	Datum	Process	Kontakter
Fredrik Cederquist	2013-05-30	Administration	Göran Karlsson, Per Arne Nordholts, Ann-Louise Backtén
Anteckningar			
<p>Samtliga ombud finns registrerade i utbildningsmatris liksom de systemansvariga för avverkningsorganisationerna.</p> <p>Det finns ett inarbetat system för att handlägga ansökningar, göra kontroll före avtal och utfärda bevis.</p> <p>Definiera kompetenskrav för de olika rollerna: intern revisor (se PEFC krav). samla in bevis på kompetens på intern revisorer. SE PEFC SWE 004:3 3.2</p>			

Revisor	Datum	Process	Kontakter
Fredrik Cederquist	2013-05-30	Uppföljning	Göran Karlsson, Per Arne Nordholts, Ann-Louise Backtén

Anteckningar

Det finns en rutin för interna revisioner som beskriver urval, genomförande och rapportering av interna revisioner.

Uppföljning och övervakning är till allra största del uppbyggt runt interna revisioner. Det finns två utsedda intern revisorer på skog och ytterligare en på spårbarhet.

Under 2012 har interna revisioner genomförts på 126 objekt fördelade på 29 gallringar och 88 slutavverkningar. Dessutom har 9 skogsägare reviderats.

En intern revision av miljöledningssystemet har genomförts av en revisor med kvalifikationer för detta-

De intern revisionerna på skog dokumenteras på en fältblankett. Resultatet sammanställs i en databas och presenteras

3.2 REVISIONSSAMMANFATTANDE RAPPORT TILL STANDARD ISO 14001:2004

Undantag	Avdelning / Aktivitet / Process										Totalt	
	Ledning	Miljöledning	Administration	Uppföljning								
4.1 Generella krav	✓											
4.2 Miljöpolicy	✓											
4.3 Planering		✓										
4.3.1 Miljöaspekter		✓										
4.3.2 Lagar och andra krav		✓										
4.3.3 Övergripande mål, detaljerade mål och handlingsplaner	1											1
4.4 Införande och drift			✓									
4.4.1 Resurser, roller, ansvar och befogenheter	✓											
4.4.2 Kompetens, utbildning och medvetenhet	✓		✓									
4.4.3 Kommunikation	✓		✓									
4.4.4 Dokumentation			✓									
4.4.5 Dokumentstyrning		✓	✓									
4.4.6 Verksamhetsstyrning	✓	✓										
4.4.7 Beredskap och agerande vid nödlägen		✓										
4.5 Uppföljning	✓											
4.5.1 Övervakning och mätning				✓								
4.5.2 Utvärdering att lagar och andra krav följs	1											1
4.5.3 Avvikelse, korrigerande och förebyggande åtgärder	1			✓								1
4.5.4 Redovisande dokument	✓		✓									
4.5.5 Intern revision	✓			✓								
4.6 Ledningens genomgång	✓											
Totalt	3											3
Undantag	Uteslutning motivering											
	Inga undantag											

3.3 AVVIKELSERAPPORT

Avvikelse som specificerats här, skall lösas genom organisationens avvikelseprocess, i enlighet med de (relevanta) korrigerande åtgärderna enligt standardens krav.

Härunder hittar du Bureau Veritas Certification krav för:

- Beräknad tidsåtgång för att åtgärda avvikelser (a)
- Svaret Innehåller (b)

Beräknad tidsåtgång för att åtgärda avvikelser (a)

Korrigerande åtgärder för att åtgärda de större avvikelserna skall utföras omedelbart. Korrigerande, grundorsaksanalys och korrigerande handlingsplan tillsammans med tillfredställande dokument som visar resultatet av den införda åtgärdens effekt, skall skickas inom **60 dagar efter revisionens sista dag om inget annat är överenskommet**.

Granskning av avvikelser görs via administrativ genomgång, dock, kan avvikelsernas allvarlighetsgrad påverka om revisorn behöver göra ett besök för att säkerställa avvikelsernas stängning och ta ställning till rekommendation för certifiering eller förlängning av certifikatets giltighetstid.

För mindre avvikelser skall, korrigerande åtgärd, grundorsaksanalys, korrigerande åtgärds plan godkännas av team leader och verifiering av införande av åtgärd(en) och effekt(en) av korrigerande åtgärd(er) genomförs vid nästa besök.

Det rekommenderas att kunden ger svar så tidigt som möjligt för att ge tid för eventuella ytterligare granskning.

För att säkerställa omcertifieringen tidsramar för avvikelsehantering definieras detta av teamledare för att ta i beaktande implementering/åtgärd före utgångsdatum av certifikat.

Eventuella svar på avvikelser som togs upp kan vara antingen i pappersform eller elektroniskt med hjälp av avvikelser presenterad här (att föredra) och vidarebefordras till Bureau Veritas Certification.

Förväntad åtgärd innehåll (b)

Organisationens svar på avvikelserna bör granskas av huvudrevisor utifrån tre delar, korrigerande, grundorsaksanalys och korrigerande åtgärder.

Vid granskningen av de tre delarna efterfrågan revisorn planen och sedan bevis för att planen genomförs.

Korrigerande

1. Omfattningen av avvikelserna har bestämts (avvikelsen har korrigerats och kunden har granskat systemet för att se om det finns andra exempel som måste rättas). Se till att korrigerande svarar på frågan "Är detta ett enskilt fall eller inte?" Med andra ord "Finns det en risk att detta kan upprepas på andra plats(er) / avdelning(ar)?"

2. Om åtgärden inte kan ske omedelbart, skall en plan för att korrigera avvikelserna vara lämplig/ändamålsenlig (med ansvarig och datum definierad).

3. Bevis på att korrigerande genomfördes eller belägg för att planen genomförs.

Grundorsaksanalys

1. Grundorsaken är inte att upprepa avvikelserna eller den direkta orsaken till problemet.

2. En väl genomtänkt analys för att fastställa den verkliga orsaken: t.ex. att någon inte följer en process skulle vara en direkt orsak, att ta reda på varför någon inte följer en process skulle leda till den verkliga grundorsaken.

3. Grundorsaken måste fokusera på en enda fråga utan att några uppenbara "varför" frågor återstår. Om en "varför" fråga återstår kan detta indikera på att analysen inte gått tillräckligt långt.

4. Se till att den grundläggande orsaken svarar på frågan, "Vad i systemet misslyckades så att problemet uppstod?"

5. Att skylla på den anställde kommer inte att accepteras som den enda grundorsaken

6. Adressera problem med processen samt vad bevakningen misslyckades

Korrigerande åtgärd

1. Den korrigerande åtgärden eller plan för korrigerande åtgärder behandlar grundorsak(erna) som bestäms i grundorsaksanalysen. Om du inte har definierat "den sanna" grundorsaken kan du inte hindra problemet från dess upprepning

2. För att acceptera planen skall den innehålla;

- Åtgärder för att ta itu med orsak(er)

- Identifiering av ansvariga parter för de åtgärder och

- Ett plan (med datum) för genomförandet.

- Alltid innehålla en "förändring" i ditt system. Utbildning och / eller publicera ett nyhetsbrev är inte ändringar i systemet

3. För att acceptera bevis för genomförande:

a. Tillräckligt med bevis tillhandahålls för att visa på att korrigerande genomförs som beskrivs i planen (datum).

b. Obs: Fullt bevis behövs inte för att stänga en avvikelse, vissa bevis kan revideras under kommande revision vid verifiering av korrigerande åtgärder.

Fylls i av Bureau Veritas

Datum	Organisation	Kontrakts nr	Rapport nr	
2013-05-30	PANCERT AB	7487709	14KSMFCE01	
Avvikelse observerad under	Huvudrevision			
Process	Ledning			
Standard(er)	ISO 14001:2004			
Delkrav	4.3.3 Övergripande mål, detaljerade mål och handlingsplaner			
Avvikelse beskrivning av objektiva bevis				
1. Standardkrav.:				
<p>Organisationen ska upprätta, införa och underhålla en eller flera handlingsplaner för att uppnå sina övergripande och detaljerade miljömål. Handlingsplaner ska innehålla ansvarsfördelning, tillvägagångssätt och tidplaner</p>				
2. Beskrivning av avvikelse:				
<p>Det saknas fastställd handlingplan för att uppnå målet på 85% godkända objekt</p>				
3. Objektiva bevis:				
<p>Den genomförande plan som finns hänvisar till internrevisioner. Som det är beskrivet är detta en uppföljning om målen nåtts, inte de aktiviteter som krävs för att nå målen. Arbetet med korrigerande åtgärder kan vara en del i att uppnå målen, men även andra åtgärder, som riktad information, utbildning kan vara aktiviteter. Enligt uppgift är fokus på två områden - trakt direktiv och tillskapande av död ved.</p>				
Gradering	Revisionsledare		Revisor	Org. Representant
Mindre	Fredrik Cederquist		Fredrik Cederquist	Göran Karlsson
Genomförs innan				
2013-07-30	FCE	392656	FCE	392656

Fylls i av organisationen

Grundorsaksanalys (Vad misslyckades i systemet som gav denna avvikelse)	
-	
Korrigerande åtgärd (Vad görs för att lösa detta problem och för att förhindra upprepning)	
-	
Implementering av korrigerande åtgärder	Datum för slutförandet
	-
	Organisationens representant
	-

Fylls i av Bureau Veritas

Datum för verifiering	Datum	Status	Revisor
		KÅ Väntar förslag	Fredrik Cederquist
Kommentar			

Fylls i av Bureau Veritas

Datum	Organisation	Kontrakts nr	Rapport nr	
2013-05-30	PANCERT AB	7487709	14KSMFCE02	
Avvikelse observerad under	Huvudrevision			
Process	Ledning			
Standard(er)	ISO 14001:2004			
Delkrav	4.5.3 Avvikelse, korrigerande och förebyggande åtgärder			
Avvikelse beskrivning av objektiva bevis				
<p>1. Standardkrav.: Organisationen ska underhålla rutiner för att dokumentera resultat av korrigerande åtgärder</p> <p>2. Beskrivning av avvikelse: Det saknas dokumentation som visar att korrigerande åtgärder (ärenden) genomförts och följts upp</p> <p>3. Objektiva bevis: Uppföljning av resultat av åtgärd när det avser Bertilsson complaint till Vida kan inte återfinnas. Inga enskilda ärenden som har koppling till till exempel intern revisioner kan redovisas.</p>				
Gradering	Revisionsledare		Revisor	Org. Representant
Mindre	Fredrik Cederquist		Fredrik Cederquist	Göran Karlsson
Genomförs innan				
2013-07-30	FCE	392656	FCE	392656

Fylls i av organisationen

Grundorsaksanalys (Vad misslyckades i systemet som gav denna avvikelse)		
-		
Korrigerande åtgärd (Vad görs för att lösa detta problem och för att förhindra upprepning)		
-		
Implementering av korrigerande åtgärder	Datum för slutförandet	-
	Organisationens representant	-

Fylls i av Bureau Veritas

Datum för verifiering	Datum	Status	Revisor
		KÅ Väntar förslag	

Kommentar

Fylls i av Bureau Veritas

Datum	Organisation	Kontrakts nr	Rapport nr	
2013-05-30	PANCERT AB	7487709	14KSMFCE03	
Avvikelse observerad under		Huvudrevision		
Process		Ledning		
Standard(er)		ISO 14001:2004		
Delkrav		4.5.2 Utvärdering att lagar och andra krav följs		
Avvikelse beskrivning av objektiva bevis				
1. Standardkrav.: Organisationen ska bevara redovisande dokument från utvärdering av den följer lagar som den berörs av. Se även krav i 4.6				
2. Beskrivning av avvikelse: Det saknas redovisande dokument som visar att efterlevnad av tillämplig lagstiftning utvärderats				
3. Objektiva bevis: Det saknas underlag för ledningens genomgång och finns inte med i senaste protokollet för ledningens genomgång				
Gradering	Revisionsledare	Revisor		Org. Representant
Mindre	Fredrik Cederquist	Fredrik Cederquist		Göran Karlsson
Genomförs innan				
2013-07-30	FCE	392656	FCE	392656

Fylls i av organisationen

Grundorsaksanalys (Vad misslyckades i systemet som gav denna avvikelse)		
-		
Korrigerande åtgärd (Vad görs för att lösa detta problem och för att förhindra upprepning)		
-		
Implementering av korrigerande åtgärder	Datum för slutförandet	-
	Organisationens representant	-

Fylls i av Bureau Veritas

Datum för verifiering	Datum	Status	Revisor
		KÅ Väntar förslag	

Kommentar

4. REVISIONSSAMMANFATTNING

4.1 SLUTSATSER FRÅN REVISIONEN

Systemet med upprättande av avtal, utbildningar och intern revision är inarbetat.
Uppföljning av enskilda korrigerande åtgärder och utvärdering av tillämplig lagstiftning är svaga delar

4.2 SAMMANFATTNING AV REVISIONSRESULTATET

Antal registrerade avvikelser:	Större 0	Mindre 3
Behövs en uppföljningsrevision	N	
Uppföljningsrevision startdatum		
Varaktighet (dagar)	0	
Faktiskt uppföljningsdatum	~	

4.3 LEDNINGSSYSTEMETS EFFEKTIVITET

OBLIGATORISK GRANSKNING AV:

1. Ledningssystemets dokumentation

Det finns dokumenterat ledningssystem som består två delar. Den första delen är interna dokument för PAN Cert, den andra består av dokument för att styra gruppledningar

2. Effektivitet av genomförande och underhåll

Systemet underhålls löpande.

3. Förbättring

Förbättringsaktiviteter genomförs framför allt i form av utbildningsinsatser

4. Mål och uppföljning

Det finns två mål - ett som rör utbildning, ett som rör andel godkända objekt (85%)

5. Internrevisionsplanering

Interna revisioner planeras utifrån krav på stickprov i PEFC standarden

6. Ledningens genomgång

Ledningsne genomgång genomförs 4 ggr per år. I slutet av året genomförs ett utökat möte

7. Korrigerande och förebyggande åtgärder.

Åtgärder genomförs men dokumentationen av dessa åtgärder är svår att följa. Se avvikelser

4.4 OBSERVATIONER

1. Definiera kompetenskrav för de olika rollerna: intern revisor (se PEFC krav). samla in bevis på kompetens på intern revisorer. SE PEFC SWE 004:3 3.2
2. Förtydla PEFC krav på offentlighet för skogsbrukare i avtal eller checklista (PEFC 001:3 10.1.2)
3. Uppdatera dokument som rör trakt direktiv så att de refererar till senaste version av PEFC standard, datera dokumentet. Gör trakt direktivsmallen tillgänglig

5. REVISIONSLEDARENS REKOMMENDATION

Standard(er)	Akreditering	Cert. Kopior	Språk
ISO 14001:2004	SWEDAC	1	Svenska

Standard(er)	ISO 14001:2004
Rekommendation	Utfärda certifiering efter en tillfredsställande plan för korrigerande åtgärder är genomförd.
Orsak till utfärdande eller ändring av certifikatet	

6. REVISIONSPROGRAM 3år

Anläggningsnamn	Process	Delkrav	Uppföljning								
			1	2	3	4	5	6	7	8	9
PANCERT AB	Ledning	4.1 Generella krav 4.2 Miljöpolicy 4.3 Planering 4.3.3 Övergripande mål, detaljerade mål och handlingsplaner 4.4.1 Resurser, roller, ansvar och befogenheter 4.4.2 Kompetens, utbildning och medvetenhet 4.4.3 Kommunikation 4.5.2 Utvärdering att lagar och andra krav följs 4.6 Ledningens genomgång	X		X		X		X		X
PANCERT AB	Miljöledning	4.3.1 Miljöaspekter 4.3.2 Lagar och andra krav 4.4.4 Dokumentation 4.4.5 Dokumentstyrning 4.4.6 Verksamhetsstyrning 4.4.7 Beredskap och agerande vid nödlägen	X		X		X		X		X
PANCERT AB	Administration	4.4.6 Verksamhetsstyrning 4.5.1 Övervakning och mätning	X		X		X		X		X
PANCERT AB	Uppföljning	4.5 Uppföljning 4.5.1 Övervakning och mätning 4.5.3 Avvikelse, korrigerande och förebyggande åtgärder 4.5.4 Redovisande dokument 4.5.5 Intern revision	X		X		X		X		X

Man-Dagar		1	1								
Uppföljningsplan har utarbetats/uppdaterats av	Fredrik Cederquist		Datum		2013-06-09						
Kommentar											