

P4 Rapport

Nortømmer, Elverum

Systemsertifisering

ISO 14001:2015, PEFC N 02, PEFC N 03

Start- og sluttdato	2025/07/01 - 2025/07/04
Prosjektnummer	PRJC-560909-2017-MSC-NOR
DNV Teamleder	Per Stokke
Rapport utarbeidet av	Per Stokke
Dato	2025/08/04

Innhold

Introduksjon	3
Generell informasjon	4
Resultater fra fokusområdene	5
Generell oppsummering	6
Funn fra revisjonen	7
Konklusjoner	8
Vedlegg A - Revisors uttalelser	9
Vedlegg B - Håndtering av avvik	10

Andre vedlegg

- Revisjonsplan

Introduksjon

Denne rapporten sammenfatter resultatene og konklusjonene fra den utførte revisjonen. Revisjonen er gjennomført som en formell del av sertifiseringsprosessen med tanke på å oppnå eller vedlikeholde sertifisering av styringssystemet.

Hovedformålet med revisjonen er å bekrefte styringssystemets overensstemmelse med standardens krav. I tillegg evalueres styringssystemets virkningsgrad på å sikre at organisasjonen er i stand til å oppnå fastsatte mål og å tilfredsstille relevante krav i lover og forskrifter og kontraktsmessige krav.

DNV

Med utgangspunkt i vårt mål om å sikre liv, eiendom og miljøet setter vi organisasjoner i stand til å fremme sikkerhet og bærekraft i deres virksomheter. DNV er en ledende leverandør av klasse-, sertifiserings-, verifikasjons- og opplæringstjenester. Med røtter tilbake til 1864 er vi i dag en global leverandør med virksomhet i mer enn 100 land. Våre ansatte er opptatte av å hjelpe våre kunder med å gjøre verden sikrere, smartere og grønnere.

Som et av verdens ledende sertifiseringsorganer hjelper DNV næringsdrivende med å sikre ytelsen til sine organisasjoner, produkter, ansatte, anlegg og forsyningskjeder. Dette gjør vi gjennom sertifisering, verifikasjon, vurdering og opplæringstjenester. I samarbeid med våre kunder bygger vi bærekraftig virksomhet og skaper tillit blant interessenter.

Generell informasjon

Sertifiseringsomfang

245667-2017-AE-NOR-NA(Issued/Current) - ISO 14001:2015, PEFC N 02, PEFC N 03:

Kjøp og salg av tømmer og flisråstoff, skogbehandling, avvirkning, skogkultur og rådgivning i samsvar med PEFC Skogstandard (PEFC N 02:2022) og krav ved gruppesertifisering (PEFC N 03:2022). Transport av eget tømmer og drift av tømmerterminaler.

245667-2017-AE-NOR-NA(Draft) - ISO 14001:2015, PEFC N 02, PEFC N 03:

Kjøp og salg av tømmer og flisråstoff, skogbehandling, avvirkning, skogkultur og rådgivning i samsvar med PEFC Skogstandard (PEFC N 02) og krav ved gruppesertifisering (PEFC N 03). Transport av eget tømmer og drift av tømmerterminaler.

Standard og akkreditert enhet

ISO 14001:2015, PEFC N 02, PEFC N 03:Norwegian Accreditation
DNV Business Assurance Norway AS
Veritasveien 1, 1363 Høvik, Norway

Konfidensialitet

Informasjon fra revisjonen inkludert denne rapporten og eventuelle notater og sjekklister vil bli behandlet konfidensielt, og vil ikke bli utlevert til tredjepart uten skriftlig samtykke fra organisasjonen. Unntak gjelder for relevant akkrediteringsmyndighet under utøvelse av kontroll med DNV.

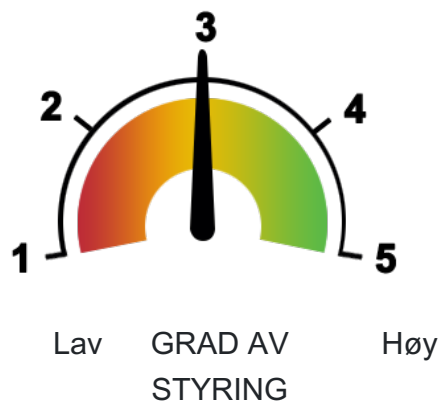
Forbehold

En systemrevisjon bygger på kontroll av et utvalg av tilgjengelig informasjon. Følgelig finnes det et element av usikkerhet i inntrykket som gis av funnene fra revisjonen. Dersom ingen avvik identifiseres, betyr ikke det at det ikke finnes avvik innen det reviderte og/eller andre områder. Før utstedelse eller fornyelse av et sertifikat vil denne rapporten bli underlagt en uavhengig DNV-intern gjennomgang. En slik gjennomgang gjennomføres også etter periodiske revisjoner hvor det er identifisert vesentlige avvik (kategori 1). Gjennomgangen kan endre konklusjonen og oppfølgingen gjengitt i rapporten.

Resultater fra fokusområdene

Fokusområde 1

Oppfølging av eksterne henvendelser



Positive indikasjoner

- Innført min side for skogeiere og entreprenører (tiltak fra interessentvurderingen).
- Gjennomgått og vurdert relevante interessenter, herunder deres krav og forventninger.
- Det er opplyst at interessenter og henvendelser gjennomgås i regionene.
- Alle klager som er mottatt til selskapet eller DNV er registrert, og fulgt opp, - med svar til interessentene.
- Det er under revisjonen fulgt opp og kontrollert saksgang og behandling av to klager, som begge er befart. De som har klaget var invitert til befaringen, og deltok. Begge saker er avsluttet /avsluttes.
- Det er siden siste revisjon registrert total 21 henvendelser knyttet til PEFC/ytre miljø. Av disse er 8 klager registrert og behandlet som klager/avvik. Antall klager har gått ned siden siste revisjon. Klagene gjelder hogst inntil tiurleiker og rovfugleir (10), rødlistearter (1), død ved, kantsoner (2), Mis registrering pg verneområder (2), avrenning/sporskader (2), planlegging g oppfølgin av drifter (4).

Hovedområder for forbedring

- Forbedre sammenhengen mellom registrerte eksterne henvendelser og utvalgte/foreslåtte tiltak. Det er henvendelsene som omhandler samme tema, som ikke er vurdert eller kommentert i interessent oversikten. Det er en forventning om at tiltakene som er besluttet skal følges opp, og speile hva interessentene viser de er opptatt av gjennom henvendelser/klager.
- Sikre at alle tiltak i "Fokus 2025" (egen fane i exelark i "Interessenter- og kontekstanalyse") følges opp. Enkelt tiltak følges opp i eksempelvis "Referat-actionliste OLGM", eller SWOT-RISIKO_Handlingsbank. Andre tiltak mangler en slik sammenheng, som viser hvordan de blir fulgt opp.
- Evaluere prosessen knyttet til klagesaker, eks ekstern kommunikasjon, rolleforståelse og tilbakemelding på tiltak fra involverte.
- Praksis med å gi tilbakemelding til interessenten og senere interessentens respons etter at klage /avvik er fulgt opp, kan med fordel gjennomgås og harmoniseres. Dette for å sikre felles forståelse av "hvor man står".
- Det er eksempler på henvendelser som ikke er registrert i TQM som avvik, eks klage fra skogeier. Klager og henvendelser kan være relevante innspill til interessentvurderingen.
- Sikre at eksterne henvendelser besvarer innen frist.

Generell oppsummering

Hovedinntrykk fra revisjonen utenom fokusområdene

Positive indikasjoner

- Endret, effektivisert og justert møtestruktur tilpasset dagens behov etter endringer i organisasjonen.
- Systematisk oppfølging og fokus på risikostyring/SWOT, samt oppfølging av handlingsplaner, - dokument "Swot-Risiko- Handlingsplaner".
- Økt tømmer salg, - god produksjon og lønnsomhet siste år.
- Flere nyansettelser, flere virkeskjøpere, ansatt ny entreprenør oppfølger, teams assistent til regionene. Styrket organisasjonen med egen HR ressurs.
- Feltkontroll gjennomføres i stor grad som kontroll av en kollegas tømmerdrifter, og i mindre grad kontroll av egne driftsoppdrag, so kan bidra til større troverdighet og innsyn til resultatet.
- Oversikt over gjennomført og tilgjengelig kompetanse blant entreprenører og ansatte er forbedret.

Hovedområder for forbedring

- Tydeliggjør at kvalitet/miljørelaterte tema (eks oppdatering /gjennomgang prosedyrer, interessentgjennomgang, risiko, avvik, mål etc) blir gjennomgått i regionen, eks i mal for gjennomførte regionmøter og møtereferater.
- Risikovurdering entreprenører er ikke oppdatert. Konsekvensheten for gul eller rød risiko (I entreprenør - risikovurdering) er ikke fastlagt. Det er ingen klar sammenheng mellom registrerte kontroll/besøk og evt tiltak som følge av gul eller rød risiko, eller "bevis" på forbedringene. Tydeliggjøre Konsekvensheten for gjentatte avvik og manglende forbedringer.
- Vurder å benytte registrerte avvik som innspill ved gjennomgang av risikovurderingen. Overvåke utvikling og trender fra spesielt rapporterte alvorlige avvik og vesentlige avvik for de siste årene.
- Avklare hvordan bedriften kan sikre tilstrekkelig kontroll og oppfølging av spor puss innen fastsatte frister, inntil nyutviklet CRM system er utarbeidet og på plass.

- Alle forbedringsmål er ikke brutt ned mot den enkelte ansatte som skal bidra for å nå målene. Metode og frekvens for evaluering er ikke fastlagt.
- Det er ikke gjennomført evaluering etter avsluttet prøvetid på 3 måneder for nyansatt, se dokument "Onboarding" (fra 2024).
- 1 gjennomført feltkontroll er kontrollert . Det er ikke samsvar med enkelte kravpunkt i PEFC N02-2022. Se funnliste. Se og funn fra 2024 om det samme.
- 1 hogstinstruks er gjennomgått etter avsluttet drift. Rapport fra entreprenør er mangelfull. (1 drift ikke mottatt da frist for rapportering ikke har gått ut, 1 drift ikke avsluttet). Se funnliste.

Basert på kontroll av 3 foryngelseshogster og 1 skogkultur er følgende registrert, som ikke er i samsvar med PEFC N02-2022:

(tall i parentes: total antall drifter som berøres av dette PEFC kravet, og antall drifter registrert med avvik fra kravet, (første tallet)):

- Sikre at landskapsplaner oppdateres iht PEFC N02-2022, der planene er tilpasset den enkelte eiendom, synliggjort på kartdelen.
- Plantet nærmere enn 2,5 m fra merket sti.
- Smal kant mot myr /bekk (2 av 2).
- Tatt ut død gran eldre enn 5 år (2 av 2, 1 drift ikke kontrollert da tømmer er kjørt bort) .
- Sump/bløt parti er ikke kavlet/klopp lagt, med følge av unødige sporskader og avrenning) (1 av1).
- Unødig kjøring i sump, eller uttak småskog/smågran i sumpskog (2 av 3).
- Mye sporskader og søl på veg og i bekk. Drifta skulle ha vært stoppet tidligere, evt driftsveg lagt om (Registrert som avvik av virkeskjøper)
- Snauhogd 4-6 daa myrskog, Ikke vurdert lukkede hogst, evt begrunnet hvorfor ikke det er benyttet lukket hogst (1 av 1).

Funn fra revisjonen

Antall avvik identifisert under denne revisjonen	7
Antall kategori 1 (vesentlige) avvik:	0
Antall kategori 2 (mindre) avvik:	7
Antall observasjoner identifisert under denne revisjon	6
Antall forbedringsmuligheter identifisert under denne revisjonen	0
Status på korrigerende tiltak på avvik fra forrige revisjon ble gjennomgått. Antall avvik fra forrige revisjon som fortsatt ikke er lukket	0

Kommentarer:

1. For detaljert beskrivelse av avvik, observasjoner og forbedringsmuligheter se vedlagt funnliste.
2. Se Vedlegg B - Håndtering av avvik

Konklusjoner

Overall Audit

- Revisjonen ble utført uten bruk av tekniske hjelpemidler for fjernrevisjon.
- Formålene med revisjonen ble oppnådd og revisjonen ble gjennomført med følgende endringer i revisjonsagendaen: {list endringer}.
- Under sluttmøtet ble generelle konklusjoner og sentrale funn presentert, diskutert og bekreftet.
- Det er ikke gjennomført vesentlige endringer siden forrige revisjon som har påvirket ledelsessystemet.
- Basert på revisjonsutvalget vurderes ledelsessystemet, med unntak for avvikene i Funnlisten, å være effektivt og i henhold til standardens krav.
- Sertifikatet er fortsatt gyldig under forutsetning av at identifiserte avvik blir behandlet på en tilfredsstillende måte.
- Organisasjonen må gjennomføre nødvendige rettelser og korrigerende tiltak i forhold til avvikene. Se "Vedlegg B - Håndtering av avvik".
- I henhold til vilkårene under "Håndtering av avvik" må organisasjonen gi tilfredsstillende tilbakemelding på avvik innen fristen fastsatt av teamleder:
2025/09/25
- Selv om det ikke er et krav anbefales det også å behandle og gi tilbakemelding på eventuelle observasjoner.
- Som følge av det positive revisjonsresultatet vil det ikke være behov for en oppfølgingsrevisjon.
- Etter en evaluering av bl.a. organisasjonsstruktur, lokalisering, prosesser og produkter/tjenester anses sertifiseringsomfanget som hensiktsmessig.
- Revisjonen avdekket ingen vesentlige problemstillinger som påvirker det periodiske revisjonsprogrammet (PAP) for gjeldende sertifisering syklus.
- Ut fra en vurdering av bl.a. antall ansatte, lokalisering, prosesser og produkter og organisasjonsstruktur er det ingen grunn til å vurdere planlagt revisjonstid.

- Basert på en evaluering av hovedkontorets myndighet og evne til å utøve kontroll over alle sentrale elementer i ledelsessystemet, anses virksomheten å være kvalifisert for revisjoner basert på et utvalg av lokasjoner.

Vedlegg A - Revisors uttalelser

Overall Audit

Verifiserte standardkrav	Objektive bevis og resultat basert på stikkprøver under revisjonen
Virkningen av prosessene for ledelsens gjennomgåelse	Grunnlagsdata og referat fra ledelsens gjennomgåelse 2025 ble gjennomgått. Gjennomgangen avdekket ingen avvik i forhold til standardens krav.
Virkningen av prosessene for interne revisjoner	Program for interne revisjoner for perioden 2025 og registreringer fra gjennomførte interne revisjoner ble gjennomgått. Prosessen anses som virkningsfull og ingen avvik i forhold til standardens krav ble identifisert. Konklusjonen er basert på gjennomgang av registrerte internrevisjoner og rapporter.
Virkningen av prosesser for håndtering av avvik (inkludert hendelser og klager fra kunder eller andre interessenter)	Registreringer av avvik inkludert korrigeringer, årsaksanalyser og korrigerende tiltak ble gjennomgått. Prosessen anses som virkningsfull og i samsvar med standardens krav, med unntak av avvik i funnlisten. Konklusjonen er basert på gjennomgang av alle eksterne henvendelser knyttet til ytre miljø og PEFC krav. Se fokusområde i rapport.
Virkningen av prosessen for identifikasjon og håndtering av risiko og muligheter relevante for ledelsessystemet	Prosessen anses som virkningsfull og i samsvar med standardens krav, med unntak av avvik i funnlisten. Konklusjonen er basert på intervjuer med relevante ledere og verifikasjon av prosessen knyttet til identifisering av

	risiko og muligheter, samt oppfølging av tiltak besluttet av ledelsen.
Virkningen av prosesser for å etablere mål, planlegge aktiviteter og vurdere progresjon og resultater	Prosessene anses som virkningsfull og i samsvar med standardens krav, med unntak av avvik i funnlisten. Konklusjonen er basert på intervjuer med relevante ledere og gjennomgang av forbedringsmål og handlingsplaner. Kontroll av gjennomførte tiltak.
Ledelsessystemets evne til å sikre at organisasjonen er i stand til å møte krav i relevante lover og forskrifter og kontraktsmessige krav.	Prosessene for å sikre overensstemmelse med krav anses som virkningsfull og ingen avvik i forhold til standardens krav ble identifisert. Konklusjonen er basert på intervjuer med relevant personell og gjennomgang og kontroll av resultatet fra bedriftens samsvarsvurdering.
Virkningsfull kontroll med bruk av sertifiseringsmerke og referanse til sertifiseringen.	Bruken av sertifiseringsmerker og andre referanser til sertifiseringen ble vurdert. Merker benyttes på brev og i mailer. Aktuell anvendelse er i henhold til gjeldende retningslinjer.
Tillegg for muliti-site tilnærming: Virkningsgraden av den sentrale enheten evne og myndighet til å samle inn og analysere viktige data fra alle lokasjoner og iverksetter nødvendige tiltak når det er nødvendig.	Følgende ble gjennomgått for å vurdere hovedkontorets myndighet og kontroll: Endringer i ledelsessystemet, ledelsens gjennomgåelse, klager, evaluering av korrigerende tiltak, planlegging og oppfølging av intern revisjoner, endringer i risiko / aspekter og konsekvenser for ledelsessystemet og variasjon i juridiske krav. Det ble vist tilfredsstillende kontroll og ingen avvik ble registrert.

Vedlegg B - Håndtering av avvik

Definisjon av funn:

Vesentlige avvik (kategori 1):

Et avvik som påvirker ledelsessystemets evne til å oppnå tiltenkte resultater.

Avvik kan bli klassifisert som vesentlig dersom:

- det er betydelig tvil om hvorvidt effektiv prosesskontroll er iverksatt, eller hvor vidt produkter eller tjenester oppfyller spesifiserte krav.
- en rekke mindre avvik mot samme kravet eller en situasjon som viser systematisk svikt og dermed utgjør et vesentlig avvik

Mindre avvik (kategori 2)

Et avvik som ikke påvirker ledelsessystemets evne til for å oppnå tiltenkte resultater

Observasjon

En observasjon er ikke et avvik, men noe som vil kunne føre til et avvik dersom det ikke blir iverksatt korrigerende tiltak; eller en uønsket tilstand uten objektive bevis på at et avvik foreligger.

Forbedringsmulighet

Forbedringsmuligheter relaterer seg til områder og/eller prosesser i organisasjonen som kan oppfylle minimumskrav, men som bør kunne forbedres.

Betingelser for håndtering av avvik:

Organisasjonen forventes å ha gjennomført følgende innen fristen satt av Teamleder:

- Umiddelbare tiltak for å eliminere/rette avvik (dersom relevant).
- Årsaksanalyse for å identifisere rotårsakene til avvik, og korrigerende tiltak for å hindre gjentagelse av avvikene.
- Implementere korrigerende tiltak samt verifisere virkningen av tiltakene.
- Fylle ut aktuelle deler av Funnlisten og sende den til DNVs Teamleder sammen med dokumentasjon som bevis på gjennomførte tiltak (der dette er relevant).

Innen den maksimale tidsfristen, og som forutsetning for at et sertifikat kan utstedes/fornyes, gjelder følgende betingelser:

- Vesentlige avvik (kategori 1): Bevis for gjennomført årsaksanalyse og iverksettelse av virkningsfulle rettelser og korrigerende tiltak må fremlegges.
- Mindre avvik (kategori 2): Behandles fortrinnsvis på samme måte som vesentlige avvik. For enkelte avvik kan DNVs Teamleder likevel akseptere en plan for iverksettelse av identifiserte korrigerende tiltak. Iverksettelsen av planlagte tiltak vil senest bli verifisert ved neste revisjon.

Det er ingen formelle krav til analyse eller tilbakemelding på observasjoner eller forbedringsmuligheter. For å sikre kontinuerlig forbedring av organisasjonens styringssystem anbefaler DNV likevel at organisasjonen behandler og gir tilbakemelding på observasjoner.

Ved vesentlige avvik vil DNV normalt gjennomføre en oppfølgingsrevisjon hos organisasjonen. Mindre avvik vil normalt bli fulgt opp ved gjennomgang av tilsendt dokumentasjon.

Utilstrekkelig tilbakemelding eller mangelfulle korrigerende tiltak kan gi grunnlag for midlertidig suspensjon eller trekking av sertifikatet

Frist for tilbakemelding etter en resertifisering

Frist for tilbakemelding etter en resertifisering avhenger av utløpsdato for sertifikatet. Dette er for å sikre tilfredsstillende oppfølging og fornyelse av sertifikatet innen utløpsdatoen og der igjennom sikre kontinuerlig gyldighet av sertifikatet. Om sertifikatets utløpsdato overskrides uten at fornyet sertifisering er godkjent vil sertifikatet ikke kunne forlenges og vil bli suspendert inntil fornyelsen er godkjent

ViewPoint

Viewpoint består av mer enn 10.000 kunder fra hele verden. På frivillig basis uttrykker de sine meninger og deler sin innsikt i aktuelle temaer knyttet til sertifisering og bærekraftig virksomhet i sine respektive bransjer.

Deltakelse er gratis og alle Viewpoint medlemmer har full tilgang til data og fullstendige rapporter fra hver undersøkelse. Medlemmene drar også nytte av muligheter for nettverksbygging, tilgang til e-læringsmoduler og invitasjoner til nettseminarer, nettfora og mye mer.

Ønsker du å bli medlem av Viewpoint?

Bli med her: <https://www.dnv.com/assurance/viewpoint/viewpoint-application.html>

Visste du at:

Ser du etter nyheter og utvikling i sertifiserings- og inspeksjonsmarkedet? Du kan finne mer på vår hjemmeside hvor du også kan lese om tjenester eksklusivt tilgjengelig for deg som DNV-kunde.

Last ned A broader view fra: <https://www.dnv.com/assurance/broaderview/welcome-to-a-broader-view/>

OM DNV

DNV er et globalt selskap innen kvalitetssikring og risikohåndtering med tilstedeværelse i over 100 land og hovedkontor i Norge. Blant våre kunder finnes mange av verdens ledende selskaper innen sine industrier. Vårt formål er å sikre liv, verdier og miljøet. Med vår unike tekniske ekspertise og uavhengighet bistår vi våre kunder med å forbedre sikkerhet, effektivitet og bærekraft.

Enten vi godkjenner et nytt skipsdesign, optimaliserer energiproduksjonen fra en vindmøllepark, analyserer sensordata fra en gassrørledning eller sertifiserer verdikjeden til en matprodusent, hjelper vi våre kunder med å ta gode og riktige beslutninger og øke tilliten til virksomheten, produktene og tjenestene deres. Verden er i endring. Vi kan påvirke utviklingen. Sammen skal vi håndtere de globale utfordringene og omstillingene vi vil møte.

www.dnv.com

© DNV 2025