

# Bilag 1.0 - Auditresultat

<b>AUDITERET ORGANISATION:</b> tryk team svendborg a/s, Svendborg	<b>KRAV:</b> ISO 9001:2015 ISO 14001:2015	<b>LA (init):</b> INI	<b>Task nr.</b> 122-20021	<b>BESØGS DATO:</b> 2023-11-21 til 2023-11-22
--	---	--------------------------	------------------------------	--

AUDIT TYPE:     Fase 1: Besluttet og planlagt     Fase 2: Realiseret og implementeret     Overvågning     Recertificering

ID nr.	Krav pkt.	Beskrivelse	Virksomheden <i>Tilbage melding – med supplerende dokumentation efter behov Alle punkter skal udfyldes</i>	FORCE Certification A/S <i>Tilbage melding og status samt begrundelse herfor</i>
A-2023-01	ISO 9001 og ISO 14001:5.2	Miljø og kvalitetspolitikken indeholder ikke en forpligtelse til løbende forbedring af ledelsessystemet  <u>Krav i standarderne:</u> Jf. ISO 9001:5.2 d skal kvalitetspolitikken indeholde en forpligtelse til løbende forbedring af kvalitetsledelsessystemet Jf. ISO 14001:5.2 e skal miljøpolitikken indeholde en forpligtelse af miljøledelsessystemet med henblik på en forbedring af miljøpræstationen  <i>Korrektion og korrigerende handling gennemført inden: 2024-02-01</i>	Korrektion: Dok 2 er ændret 27.11-23 så ordlyden passer til kravene fra standarden.  Årsag: Tidligere ordlyd var at opretholde certificering, hvilket ikke opfylder kravene i standarden.  Omfangsanalyse: Afvigelsen omfatter hele virksomhedens strategi.  Korrigerende handling med forventet tidshorisont: Så længe virksomheden ønsker at have en eller flere ISO certificering, vil målet om løbende forbedringer være gældende.	24/1-2024/INI: Dok 02.03 er tilføjet sætningen "foretage løbende forbedringer af kvalitets- og miljøcertificering" Dette er tilstrækkeligt til at lukke afvigelsen  Status: Lukket
A-2023-02	ISO 9001 og ISO 14001:6.2	De opstillede kvalitets- og miljømål for 2023 er ikke overvåget og der kan ikke fremvises data for status. De nye opstillede mål fra efteråret 2023 går på dataopsamling. Det er ikke endelig fastsat, hvilke målbare mål der er gældende og dermed kan der heller ikke ses en overvågning af disse samt tilhørende handlingsplaner til opfyldelse af målene.  <u>Set under audit:</u> Det er ved intern audit konstateret, at målene ikke var målbare og at der ikke var data for målene. Dette har resulteret i, at der er opstillet mål til, hvordan data skal opsamles. Den efterfølgende målsætning er på audittidspunktet ikke endelig fastlagt, så det kan ikke ses, hvilke mål der er gældende.  <u>Krav i standarderne:</u> Jf. ISO 9001 og ISO 14001:6.2 skal der fastsættes mål som skal være målbare (ISO 14001:hvis muligt), overvåges og opdateres efter behov. Der skal ved planlægningen af, hvordan målene skal nås, fastlægges hvad der skal gøres, hvilke ressourcer der skal bruges, hvem der er ansvarlige, hvornår de skal afsluttes Der skal vedligeholdes dokumenteret information om målene  <i>Korrektion og korrigerende handling gennemført inden: 2024-02-01</i>	Korrektion: Analyserne er færdiggjort og der er opstillet nye mål med afsæt i de registrerede tal. Der er kommet konkrete målsætninger for mål 2 og der er tilføjet 1 nyt mål, som både skal fungere som kvalitets- og miljømål.  Årsag: De nye mål som blev sat i forbindelse med ledelsesgennemgang, var ikke tilstrækkelige som målsætning, da de alle 3 var løbende analyse opsamling uden konkrete forbedringer.  Omfangsanalyse: Afvigelsen gælder hele virksomheden.  Korrigerende handling med forventet tidshorisont: Konkrete målbare mål er blevet drøftet grundigt, og der er bleven en mere klar fornemmelse af hvad det indebærer. Der er ved møder og drøftelser allerede dukket flere gode ideer op som forventes at blive taget om.  Mål. 4 overvåges kvartalsvis Mål 6 overvåges månedligt Mål 7 overvåges kvartalsvis	24/1-2024/INI: Bilag 02.01.03 Mål og handlingsplaner er opdateret. Der ses oprettet nyt mål med nedbringelse af spildprocenter for både viklepunge, kassepunge og mix1 papir. Der er ligeledes mål for øget salg af svanemærkede produkter. Der er opsat handlingsplaner til målene. Ovenstående er tilstrækkelig til lukning af delen med fastsættelse af mål og tilhørende handlingsplaner.  Der er krav i standarden om overvågning af målene. Hvordan foretages det?  5/2-2024/INI: De beskrevne overvågningsaktiviteter accepteres. Der følges op på det generelle arbejde med miljø- og kvalitetsmål ved næste audit

# Bilag 1.0 - Auditresultat

AUDITERET ORGANISATION: tryk team svendborg a/s, Svendborg	KRAV: ISO 9001:2015 ISO 14001:2015	LA (init): INI	Task nr. 122-20021	BESØGS DATO: 2023-11-21 til 2023-11-22
---	--	-------------------	-----------------------	---

AUDIT TYPE:  Fase 1: Besluttet og planlagt  Fase 2: Realiseret og implementeret  Overvågning  Recertificering

ID nr.	Krav pkt.	Beskrivelse	Virksomheden Tilbage melding – med supplerende dokumentation efter behov Alle punkter skal udfyldes	FORCE Certification A/S Tilbage melding og status samt begrundelse herfor
				Status: Lukket med opfølgning ved næste audit
A-2023-03	ISO 9001:7.2	Dokumenteret information om kompetencer hos medarbejdere i Tobakken kan ikke fremvises for de sidste medarbejdere der er ansat.  <u>Set under audit:</u> Der anvendes skema AD9 ver.1 til registrering af oplæring af medarbejdere. Dette skema er ikke udfyldt for de nye medarbejdere. Disse medarbejdere arbejder på audittidspunktet i afdelingen  <u>Krav i standarden:</u> Jf. ISO 9001: 7.2 skal organisationen bevare passende dokumenteret information som vidnesbyrd om kompetencerne  <i>Plan for korrektion og korrigerende handling inden: 2024-02-01</i>	Korrektion: Der er udarbejdet en ny kompetenceskema til registrering af oplæring for medarbejdere i Tobakken, som opbevares tilgængeligt i afdelingen.  Årsag: Eksisterende dokument til løbende dokumentering og bevis for oplæring er ikke brugt tilfredsstillende. Dokumentet er muligvis udformet for kompliceret til det egentlige behov.  Omfangsanalyse: Afvigelsen gælder for Tobakken.  Korrigerende handling med forventet tidshorisont: Det nye kompetenceskema er taget i brug til evaluering af nuværende personale i afdelingen, og skal bruges ved oplæring af evt. nye medarbejdere.	24/1-2024/INI: Version 1 af kompetenceskemaet for Tobakken er set og den korrigerende handling vurderes tilstrækkeligt til at sikre registreringen af nye medarbejders kompetencer.  Hvordan styres dokumentet i kvalitetsledelsessystemet, når der i korrektionen står at den opbevares tilgængeligt i afdelingen?  5/2-2024/INI: Der er kommunikeret med Majken Jeppesen, som fortæller, at dokumentet nu er en del af ledelsessystemet og styres som øvrige dokumenter Dette er tilstrækkeligt til at lukke afvigelsen  Status: Lukket
A-2023-04	ISO 9001:7.5.3.1	Følgende dokumenteret information er ikke til rådighed ved audit i trykkeriet og på lageret:  Lager: De pakkeinstruktioner der anvendes til pakning af færdigvarer kan på audittidspunktet ikke findes i ledelsessystemet. Dette gælder kundespecifikke krav fra Joha  Trykkeri: Tjeklisten som skal udfyldes løbende og være en del af ordreposten, er ikke tilgængelig for ordre 60763, som var	Korrektion: Lager: "Stien" til Arbejdsbilag tilføjet til Sl. 50 er blevet genskab, hvormed AB. 50.01 nu lægger tilgængeligt. Der er lavet en genvej under "samlede dokumenter" til alle AB.  Trykkeri: tjekliste blev printet og udfyldt under audit.  Årsag: Lager: forkert sti oprette i Sl. 50 gjorde at AB ikke læ tilgængelig i håndbogen.	24/1-2024/INI: Korrektionen og den korrigerende handling vurderes at være tilstrækkelige til at sikre den fremtidige dokumentstyring  Der følges op på den generelle dokumentstyring ved næste audit  Status: Lukket

# Bilag 1.0 - Auditresultat

AUDITERET ORGANISATION: tryk team svendborg a/s, Svendborg	KRAV: ISO 9001:2015 ISO 14001:2015	LA (init): INI	Task nr. 122-20021	BESØGS DATO: 2023-11-21 til 2023-11-22
---	--	-------------------	-----------------------	---

AUDIT TYPE:  Fase 1: Besluttet og planlagt  Fase 2: Realiseret og implementeret  Overvågning  Recertificering

ID nr.	Krav pkt.	Beskrivelse	Virksomheden Tilbage melding – med supplerende dokumentation efter behov Alle punkter skal udfyldes	FORCE Certification A/S Tilbage melding og status samt begrundelse herfor
		<p>igangværende under audit. Dermed er denne ikke udfyldt løbende.</p> <p><u>Krav i standarden:</u> Jf. ISO 9001: 7.5.3.1 skal dokumenteret information som er et krav i kvalitetsledelsessystemet styres for at sikre, at den er tilgængelig og egnet til anvendelse, hvor og når der er behov for den</p> <p><i>Plan for korrektion og korrigerende handling inden: 2024-02-01</i></p>	<p>Trykkeri: Ordrestyrer havde glemt at printe og lægge tjekliste i posen.</p> <p>Omfangsanalyse: Afgivelsen gælder for hele virksomheden.</p> <p>Korrigerende handling med forventet tidshorisont: MJP laver en visuel gennemgang af håndbogen en gang om måneden for at fange manglende stier. Og gennemgangen foretages altid i forbindelse med softwareopdateringer.</p> <p>Mangler tjeklisten i posen skal det være almindelig rutine at kontakte ordrestyreren og få den udleveret.</p> <p>Der er lavet ændringer i ordresystemet som sikrer at tjeklisten automatisk printes med ordreposen og tjeklisten skal fravælges hvis den ikke er aktuel. Tidligere har det fungeret omvendt, hvor tjeklisten skulle tilvælges.</p>	
A-2023-05	ISO 14001: 6.1.1 og 6.1.4	<p>Det kan ikke ses, at der er fastlagt eventuelle risici ved opbevaring af kemi i rummet nederst i "Tobakken" og efterfølgende handlet derpå, med sikring mod eventuelt spild. Der er ligeledes ikke klarhed om, hvor meget isopropylalkohol der må opbevares ved de enkelte trykkermaskiner</p> <p><u>Set under audit:</u> Under audit kan der ses en del forskellige kemikalier opbevaret i rummet. Der er ikke foretaget en vurdering af, om det kan være en risiko eller opstå en potentiel nødsituation med efterfølgende forurening. Der er ikke spildbakker under kemi mærket med miljøfarligt.</p> <p>Der ses på audittidspunktet opbevaret 80l isopropylalkohol ved trykkermaskinen. Der er ikke klarhed om, hvor meget der må stå de forskellige steder.</p> <p><u>Krav i standarden:</u> Jf. ISO 14001:6.1.1 skal organisationen fastlægge de risici der er forbundet med miljøforholdene. Jf. ISO 14001:6.1.4 skal organisationen planlægge at iværksætte handlinger til adressering af risici og hvordan handlingerne implementeres i miljøledelsessystemets processer</p> <p><i>Korrektion og korrigerende handling gennemført inden: 2024-02-01</i></p>	<p>Korrektion: Kemirummet er gennemgået og der er foretaget storstilet oprydning og udsmidning af både kemi og gamle reservedele.</p> <p>Der er med øjeblikkelig virkning besluttet at spritdunkene fyldes, men bliver i brandrummet, hvor trykkeren selv henter en ny dunk når den gamle er tømt.</p> <p>Oplæring af trykkeriets medhjælpere.</p> <p>Årsag: Kemirummet var blevet lidt et pulterkammer for kemi og reservedele.</p> <p>Medhjælpere som ikke var tilstrækkeligt undervist i hvor de måtte sætte Sprit efter opfyldning.</p> <p>Omfangsanalyse: Afvigelsen gælder i hele virksomheden.</p> <p>Korrigerende handling med forventet tidshorisont: AMU foretager 2 gange årligt gennemgang af hele virksomheden og sikrer sig at kemi som ikke længere skal bruges, bortskaffes korrekt, og ikke ender i "opbevaring"</p>	<p>24/1-2024/INI: Korrektionen og den korrigerende handling vurderes at være tilstrækkelige til at sikre, at der fremover ikke er risiko for et kemispild.</p> <p>Den igangsatte handling omkring isopropylalkohol mængderne vurderes ligeledes tilstrækkelig.</p> <p>Der følges op på de igangsatte tiltag ved næste audit</p> <p>Status: Lukket</p>

# Bilag 1.0 - Auditresultat

<b>AUDITERET ORGANISATION:</b> tryk team svendborg a/s, Svendborg	<b>KRAV:</b> ISO 9001:2015 ISO 14001:2015	<b>LA (init):</b> INI	<b>Task nr.</b> 122-20021	<b>BESØGS DATO:</b> 2023-11-21 til 2023-11-22
--	---	--------------------------	------------------------------	--

AUDIT TYPE:     Fase 1: Besluttet og planlagt     Fase 2: Realiseret og implementeret     Overvågning     Recertificering

ID nr.	Krav pkt.	Beskrivelse	Virksomheden <i>Tilbage melding – med supplerende dokumentation efter behov Alle punkter skal udfyldes</i>	FORCE Certification A/S <i>Tilbage melding og status samt begrundelse herfor</i>
			*Der er hjemhøret information og ansøgningsformular fra Beredskab Fyn, om opbevaring af mere end 25 l. sprit ved maskinerne, som kan benyttes hvis det viser sig at hent-selv løsningen ikke fungerer i travl praksis.	
<b>F-2023-01</b>	ISO 9001:10.2	Der kan med fordel udarbejdes retningslinjer for, hvornår der skal oprettes interne afvigelser. Der kan ligeledes med fordel følges op på disse med en statistik for den enkelte afdeling		
<b>F-2023-02</b>	ISO 14001:7.4.3	Rapporter fra miljømyndigheder kan med fordel placeres i ledelsessystemet under eksternt kommunikation		
<b>F-2023-03</b>	ISO 14001:9.1.1	Der kan med fordel følges op på miljøpræstationen ved at holde data op mod eksempelvis produktionstimer, omsætning eller lignende		
<b>F-2023-04</b>	ISO 9001:8.1	Det kan vurderes, om der skal kigges på den rækkefølge der produceres i i Tobakken, så der kan være en bedre styring af rækkefølgen fra trykkeriet. Der er flere paller med samme varenummer.		

Aftalt dato for virksomhedens tilbage melding til FC:

2024-02-01

Aftalt dato for lukning og verifikation af afvigelser:

2024-02-23

### Termer og definitioner

#### Stor afvigelse (SA)

En afvigelse klassificeres som **stor afvigelse (SA)**, hvis den påvirker ledelsessystemets evne til at føre til de tilsigtede resultater, herunder

Hvis der er væsentlig tvivl om, at en effektiv processtyring er på plads – herunder for efterlevelse af lovkrav.

Hvis der er væsentlig tvivl om, at produkter eller ydelser opfylder fastlagte krav.

Hvis et antal små afvigelser i tilknytning til samme krav eller forhold kan anskueliggøre en systemisk fejl.

Ved fase 2 audit og recertificeringsaudit skal korrektion og korrigerende handling være gennemført af virksomheden og afvigelsen lukket af FORCE Certification inden udstedelse af certifikat.

Ved overvågningsaudit skal korrektion og korrigerende handling være gennemført af virksomheden og afvigelsen lukket af FORCE Certification inden den aftalte dato.

Ved recertificeringsaudit og overvågningsaudit skal store afvigelser vurderes af Certificeringsansvarlig med henblik på at vurdere opretholdelse af certificeringen i perioden, hvor afvigelsen(-erne) behandles.

#### Lille afvigelse (A)

En afvigelse klassificeres som **lille afvigelse (A)**, hvis den ikke påvirker ledelsessystemets evne til at føre til de tilsigtede resultater.

Ved fase 2 audit og ved recertificeringsaudit skal plan for korrektion og korrigerende handling være etableret af virksomheden og accepteret af FORCE Certification inden udstedelse af certifikat.

Ved overvågningsaudit skal plan for korrektion og korrigerende handling være accepteret af FORCE Certification inden aftalte dato.

For alle audits kan FORCE Certification kræve, at korrektion og korrigerende handling skal være gennemført af virksomheden og afvigelsen lukket af FORCE Certification inden den aftalte dato – eksempelvis ved manglende overholdelse af lovkrav.

#### Problemområde (P):

Et auditresultat klassificeres som **problemområde (P)** ved fase 1 audit, hvis observationen kan blive klassificeret som afvigelse ved fase 2 audit.

#### Mulighed for forbedring (F):

Et auditresultat kan klassificeres som **mulighed for forbedring (F)**

Virksomhedens håndtering af mulighed for forbedring skal ikke godkendes og lukkes af FORCE Certification.

#### Korrektion:

Handling, der foretages straks, for at fjerne afvigelsen.

#### Årsag:

Analyse af årsagen/årsagerne til at afvigelsen kunne forekomme.

#### Omfangsanalyse:

Analyse af, om afvigelsen findes eller kan forekomme i andre afdelinger, adresser, eller processer i virksomheden.

#### Korrigerende handling:

Handling(er), der foretages for at fjerne årsagen til afvigelsen og forebygge gentagelse, med forventet tidshorisont.