

Rapportering av olycka och tillbud

Rapporten avser Olycka Tillbud Arbetssjukdom Annan händelse

1. Information

Datum för händelsen (YYYY-MM-DD)	Tidpunkt för händelsen (HH:MM)
Arbetsgivare hyrenarbetsgivare Sverige AB	Organisationsnummer 559106-0875
Arbetsställe/Uppdragsgivare	Avdelning
Uppdragsgivarens adress	

2. Vad var det som hände?

<input type="checkbox"/> Skadad av något annat i rörelse (maskindel, flygande/fallande föremål, kast från handhållen maskin)	<input type="checkbox"/> Fordonsolycka eller påkörd
<input type="checkbox"/> Hanteringsskada, hanterat föremål (slant med verktyg, stillastående föremål, vass kant)	<input type="checkbox"/> Fysisk överbelastning
<input type="checkbox"/> Fall, hopp, halkning eller snubbling	<input type="checkbox"/> Skadad av person (våld) eller djur
<input type="checkbox"/> Feltramp, snedtramp eller spiktramp	<input type="checkbox"/> Elolycka, brand, explosion, sprängning eller gjutning
<input type="checkbox"/> Bränn-, frät-, köld-, förgiftningsskada eller syrebrist	<input type="checkbox"/> Chock eller annan psykosocial händelse
	<input type="checkbox"/> Övriga olyckor

Rapportering av olycka och tillbud

3. Händelsen

Var inträffade händelsen? (I byggnad, maskin, fordon etc.)
Vilket var det aktuella arbetsmomentet då händelsen inträffade?
Vad var det som hände? Hur gick händelsen till?
Vid personskada: Vad skadade sig personen på?
Vad var <i>tillfälligt annorlunda</i> än det brukar? Varför hände det?

4. Avvikelse

Exempel på avvikelser från hur det brukar vara på arbetsplatsen: (markera de som passar)

<input type="checkbox"/> Maskiner, lyfthjälpmedel, instrument eller redskap är trasiga upptagna eller finns inte till hands	<input type="checkbox"/> Arbetsmaterial av tillfälligt annan kvalitet, detaljer annorlunda eller försenade
<input type="checkbox"/> Missförstånd, trötthet, tillfällig funktionsnedsättning, glömt berätta om fel, fel klädsel	<input type="checkbox"/> Trasig belysning, tillfälligt skymd sikt, ombyggnadsarbete
<input type="checkbox"/> Trasiga eller borttagna skydd, hjälm borta, skyddsglasögon trasiga, ej använt personlig skyddsutrustning eller kläder	<input type="checkbox"/> Tidspress, ovanligt hög belastning, andra väntar på en, kort om folk, ingen/ovan ersättare, nybörjare, ovanligt mycket att göra, ingen att rådfråga, inte hunnit ta rast, ovanligt mycket övertid

Rapportering av olycka och tillbud

5. Beskriv händelseförloppet och fotodokumentera

6. Förhållanden som var som de brukar men kan ha påverkat händelsen

Exempel på avvikelser från hur det brukar vara på arbetsplatsen: (markera de som passar)	
Kryssa i <i>alla</i> aktuella	Noteringar
<input type="checkbox"/> Platsen där det hände T.ex. belysning, sikt värme kyla, buller, arbetsställningar, underlagets beskaffenhet, halka, städning, ordning	
<input type="checkbox"/> Utrustning, kläder T.ex. oskyddade maskinrörelser, sliten utrustning, fel verktyg, hjälpmedel saknas, användning av personlig skyddsutrustning, olämpliga skor/kläder/handskar	
<input type="checkbox"/> Arbetssituationen T.ex. ständig tidspress, produktionsplanering, ackordslön, övertid, rutinarbete, inga buffertar, problem med frånvaro, samarbetsproblem	
<input type="checkbox"/> Förebyggande arbetet T.ex. risken kunde ha upptäckts och undanröjts vid riskinventering, skyddsronder, underhåll	
<input type="checkbox"/> Säkerhetsklimatet T.ex. konflikt produktion-säkerhet, arbets-/säkerhetsinstruktioner, rutiner för arbetet saknas, kunskap om tillbud eller avvikelser har inte rapporterats eller åtgärdats	
<input type="checkbox"/> Utbildning och information T.ex. person saknade kompetens, information hade ej nått arbetstagare eller chef, introduktion, internutbildning, arbetsplatsmöten eller rutiner och instruktioner följdes inte	
<input type="checkbox"/> Annat, skriv vad	

Rapportering av olycka och tillbud

7. Förslag till åtgärder så att liknande händelser undviks i framtiden:

	Åtgärd	Ansvarig	Beslutat
<input type="checkbox"/> Tekniska förändringar. Reparera, nyinstallera, förbättra e.d.			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Utbildning/Kunskaper, t.ex. kurser åt personal			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Rutiner, instruktioner, nya arbetsmetoder			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Utredning, riskanalys, söka åtgärder. Åtgärda liknande risker på annan avdeln., utrustn. etc.			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Information. Berätta något för personalen			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Se över produktionsplaneringen			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Organisatoriska justeringar			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Annat, ange vad			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Klart senast datum:			

8. Deltagit i utredningen

För företaget	För personal	Den skadade

9. Åtgärder genomförda och kontrollerade

Datum	Sign	Namnförtydligande