

CHECKLISTA FÖR SLAKTERIER, STYCKNINGSFÖRETAG OCH CHARKUTERIER

Del 1. Allmän del

ANVÄND CHECKLISTAN SÅ HÄR

- Besvara frågorna med ja eller nej. Svarar ni med kryss i högra svarsrutan, fortsätt fylla i de tre följande kolumnerna. Det ifyllda blir en handlingsplan som kan ingå i det systematiska arbetsmiljöarbetet.
- Gör en riskbedömning av brister som framkommit. Markera de risker som är allvarliga.
- Finns det frågor eller avsnitt som inte passar er verksamhet? Stryk dem! Tycker ni att något saknas? Lägg till det!
Anpassa Checklistan så att den passar er!
- Fyll gärna i checklistan tillsammans, chef/arbetsledare och skyddsombud eller någon/några anställda. Checklistan kan vid behov delas upp så att olika chefer svarar för sina respektive områden.
- Gå igenom checklistan regelbundet, t ex två gånger per år.
- **Följ upp att det ni bestämt också blir gjort!**
- Ta gärna del av andra checklistor på Prevents hemsida:
www.prevent.se

Datum: _____

Företag: _____

Deltagare: _____

| | Vad behöver göras? Behövs hjälp? | Vem ansvarar för att det blir gjort? | När ska det vara klart? |
|---|-------------------------------------|---|----------------------------|
| SAMTLIGA LOKALER | | | |
| 1. Är lokalerna anpassade till verksamheten och antalet anställda? | | | |
| Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| 2. Är golven | | | |
| a) gjorda av material som är bekväma att stå och gå på? | | | |
| Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| b) hela i samtliga lokaler? | | | |
| Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| c) jämna och utan trösklar? | | | |
| Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| 3. Händer det halkolyckor | | | |
| a) i trappor? | | | |
| Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ►► | | | |

| | Vad behöver göras? Behövs hjälp? | Vem ansvarar för att det blir gjort? | När ska det vara klart? |
|--|-------------------------------------|---|----------------------------|
| b) p.g.a. köttspill, blodrester, vatten m.m. på golvet? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| 4. Har någon lokal | | | |
| a) branta trappor? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| b) trappor som saknar räcke? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| c) låga utrymmen som saknar svart/gul märkning? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| 5. Är allmän belysningen tillräcklig i samtliga lokaler d.v.s. inte för stark, svag eller bländande? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| 6. Finns det rutiner för att hålla belys- ningsarmaturerna hela och rengjorda? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| 7. Övrigt ►► | | | |
| PRODUKTTRANSPORT, TRANSPORTMEDEL M.M. | | | |
| 8. Är transportvägarna | | | |
| a) lättframkomliga? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| b) utan trösklar, trappsteg eller lutande plan? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| 9. Används lämpliga och välfunge- rande transportvagnar? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| 10. Om truckar används | | | |
| a) har truckförare kunskaper och arbetsgivarens tillstånd att köra truck? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |

| | Vad behöver göras? Behövs hjälp? | Vem ansvarar för att det blir gjort? | När ska det vara klart? |
|--|-------------------------------------|---|----------------------------|
| b) är truckarna trafiksäkra och besiktade? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| 11. Vid batteriladdning | | | |
| a) finns avgränsad uppställningsplats/ laddningsplats med ventilation? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| b) finns och används ögonskydd vid risk för stänk från batterisyrans? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| c) finns fungerande ögondusch? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| d) finns brandsläckare som är lätt till- gänglig? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| 12. Övrigt? ►► | | | |

UTBILDNING/KUNSKAPER

| | | | |
|---|--|--|--|
| 13. Har personalen fått utbildning/ information | | | |
| a) om hur de ska arbeta med maski- ner, verktyg, knivar m.m. på ett säkert sätt? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| b) i arbetsmiljöfrågor som t ex ergo- nomi, lyftteknik, hygien och smitto- risker samt annat som rör verksam- hetens arbetsmiljö? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| 14. Har tillfälligt anställda/inhyrda arbetstagare fått utbildning/instruktion om hur de ska arbeta säkert? | | | |
| Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| 15. Har någon utbildning i Första hjälpn? | | | |
| Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |

| | Vad behöver göras? Behövs hjälp? | Vem ansvarar för att det blir gjort? | När ska det vara klart? |
|---|-------------------------------------|---|----------------------------|
| 16. Vet ni vilken utrustning för Första hjälpen ni behöver och var den finns? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| 17. Är företaget anslutet till företags-hälsövård? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| 18. Övrigt ►► | | | |

RENGÖRING OCH DESINFEKTION

| | | | |
|---|--|--|--|
| 19. Finns skriftliga och tydliga rutiner för hur ofta och hur rengöring och desinfektion ska ske? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| 20. Finns säkerhetsdatablad för rengörings- och desinfektionsmedel och är de tillgängliga för berörd personal? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| 21. Sker rengöring/desinfektion så att a) inandning av aerosoler och hudkontakt med rengörings-/desinfektionsmedel undviks? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| b) rengöringsutrustningen är lätt att användas? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| c) dosering av rengörings-/desinfektionsmedel sker automatiskt och slutet (det minskar hudkontakten med koncentrerade medel och stänk i ögonen)? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| 22. Använder personal som arbetar med rengörings-/desinfektionsmedel personlig skyddsutrustning som skyddar andningsvägarna och huden? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►► | | | |
| 23. Övrigt? ►► | | | |

