

# 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](http://www.prevent.se)

Datum: \_\_\_\_\_

Företag: \_\_\_\_\_

Deltagare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	Vad behöver göras? Behövs hjälp?	Vem ansvarar för att det blir gjort?	När ska det vara klart?
<b>SAMTLIGA LOKALER</b>			
<b>1. Är lokalerna anpassade till verksamheten och antalet anställda?</b>			
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
<b>2. Är golven</b>			
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"/> ►►			
<b>3. Händer det halkolyckor</b>			
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"/> ►►			
<b>4. Har någon lokal</b>			
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"/> ►►			
<b>5. Är allmän belysningen tillräcklig i samtliga lokaler d.v.s. inte för stark, svag eller bländande?</b>  Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
<b>6. Finns det rutiner för att hålla belys- ningsarmaturena hela och rengjorda?</b>  Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
<b>7. Övrigt</b>  ►►			
<b>PRODUKTTRANSPORT, TRANSPORTMEDEL M.M.</b>			
<b>8. Är transportvägarna</b>			
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"/> ►►			
<b>9. Används lämpliga och välfunge- rande transportvagnar?</b>  Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
<b>10. Om truckar används</b>			
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 besikta- gade? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
<b>11. Vid batteriladdning</b>			
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"/> ►►			
<b>12. Övrigt?</b> ►►			
<b>UTBILDNING/KUNSKAPER</b>			
<b>13. Har personalen fått utbildning/ information</b>			
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"/> ►►			
<b>14. Har tillfälligt anställda/inhyrda arbetstagare fått utbildning/instruktion om hur de ska arbeta säkert?</b>			
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> ►►			
<b>15. Har någon utbildning i Första hjälpen?</b>			
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?
<p><b>16.</b> Vet ni vilken utrustning för Första hjälpen ni behöver och var den finns?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/>                      Nej <input type="checkbox"/> ►►</p>			
<p><b>17.</b> Är företaget anslutet till företags-hälsovård?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/>                      Nej <input type="checkbox"/> ►►</p>			
<p><b>18.</b> Övrigt</p> <p>►►</p>			
<p><b>RENGÖRING OCH DESINFEKTION</b></p>			
<p><b>19.</b> Finns skriftliga och tydliga rutiner för hur ofta och hur rengöring och desinfektion ska ske?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/>                      Nej <input type="checkbox"/> ►►</p>			
<p><b>20.</b> Finns säkerhetsdatablad för rengörings- och desinfektionsmedel och är de tillgängliga för berörd personal?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/>                      Nej <input type="checkbox"/> ►►</p>			
<p><b>21.</b> Sker rengöring/desinfektion så att</p> <p>a) inandning av aerosoler och hudkontakt med rengörings-/desinfektionsmedel undviks?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/>                      Nej <input type="checkbox"/> ►►</p>			
<p>b) rengöringsutrustningen är lätt att användas?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/>                      Nej <input type="checkbox"/> ►►</p>			
<p>c) dosering av rengörings-/desinfektionsmedel sker automatiskt och slutet (det minskar hudkontakten med koncentrerade medel och stänk i ögonen)?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/>                      Nej <input type="checkbox"/> ►►</p>			
<p><b>22.</b> Använder personal som arbetar med rengörings-/desinfektionsmedel personlig skyddsutrustning som skyddar andningsvägarna och huden?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/>                      Nej <input type="checkbox"/> ►►</p>			
<p><b>23.</b> Övrigt?</p> <p>►►</p>			

