



## 3. Vilken typ av arbetsskada eller personskada gäller anmälan?

1. **Olycksfall** → Gå till avsnitt 4
2. **Färdolycksfall** vid färd till eller från arbetsplatsen/vid in- eller utryckning för LSP → Gå till avsnitt 4
3. **Sjukdom** eller annan ohälsa (ej olycksfall) → Gå till avsnitt 5
4. **Fritidsskada** för LSP och fritidsskada som inträffat ombord för anställda på fartyg → Fylls i som vid olycksfall eller sjukdom, se punkt 1 eller 3

## 4. Hur gick olyckan till?

4.1 **Var inträffade olyckan?** Preciserar plats (t.ex. spår område, kök, lastkaj, enskilt hem, skjutbana, skogsmark, verkstad)

4.2 **Vad** var den skadade **sysselsatt** med då olyckan inträffade? (Specificera arbetsuppgift, arbetsmoment)

4.3 **Vad hände?** Beskriv olycksförloppet steg för steg

4.4 **Vad** sammanfattar olyckan i punkt 4.3 bäst? (Ange ett av alternativen)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Elolycka, brand, explosion, sprängning                                 | <input type="checkbox"/> 8. Skadad av person (fysiskt, även oavsiktligt)                    |
| <input type="checkbox"/> 2. Kontakt (även inandning) kemiskt ämne eller smittämne                  | <input type="checkbox"/> 9. Skadad av djur  |
| <input type="checkbox"/> 3. Den skadade föll   | <input type="checkbox"/> 10. Fysisk överbelastning (lyft eller ansträngande/häftig rörelse) |
| <input type="checkbox"/> 4. Den skadade slog eller stötte emot något (ej vid fall)                 | <input type="checkbox"/> 11. Psykisk överbelastning (hot, chock)                            |
| <input type="checkbox"/> 5. Skadad av maskin, maskindel eller föremål i rörelse (mekanisk rörelse) | <input type="checkbox"/> 12. Snedtramp, feltramp, "spik"-tramp (ej fall)                    |
| <input type="checkbox"/> 6. Skadad av fallande/flygande föremål (ej egen hantering)                | <input type="checkbox"/> 13. Fordonsolycka eller påkörd                                     |
| <input type="checkbox"/> 7. Skadad av hanterat föremål (egen hantering)                            | <input type="checkbox"/> Annat, ange vad _____  |

4.5 **Vilka** maskiner, redskap, apparater, kemikalier, smittämnen, skyddsutrustning e.d. var inblandade i olyckan?

Fabrikat/typbeteckning, tillverkningsår (i förekommande fall)

Kemikalies funktion (t.ex. härdare av lim)

Produktnamn eller kemiskt namn

4.6 **Varför** hände olyckan? Ange omständigheter som medverkade eller hade betydelse för händelsen (t.ex. lyfthjälpmiddel/utrustning ej till hands, felmanöver, missförstånd, skyddsutrustning saknades, för få personer för arbetsuppgiften, stark tidspress, instruktioner ej kända eller uppdaterade, bristfällig träning för uppgiften, ej kartlagd risk i förändrings-/ombyggnadsarbete.

## 5. Vad har orsakat sjukdomen/ohälsan?

5.1 Beskriv utförligt vilka arbetsförhållanden eller arbetsuppgifter som misstänks vara orsak till besvären, t.ex. hur ofta lyft förekommit och hur tunga de var. Vid psykosociala eller organisatoriska arbetsmiljöproblem beskrivs problemen. Den skadade kan själv fylla i händelseförloppet.

5.2 **Specificera vilka** faktorer som **misstänks vara trolig orsak till besvären**, såsom kemikalier, smittämnen, vad är tungt, maskiner, redskap, utrustning, inredning, psykosociala och organisatoriska faktorer ed.

Fabrikat/typbeteckning, tillverkningsår (i förekommande fall)

Kemikaliens funktion (t.ex. härdare av lim)

Produktnamn eller kemiskt namn

5.3 **Markera** vad som bäst beskriver orsaken/ohälsan? (Ev. mer än ett alternativ)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Ergonomiska faktorer (t.ex. ensidigt upprepat arbete, statisk belastning, knästående arbete)        | <input type="checkbox"/> 4. Smitta (t.ex. bakterier, virus)  |
| <input type="checkbox"/> 2. Kemiska/biologiska ämnen eller faktorer, exkl. smitta (t.ex. färg, lim, lösningsmedel, mögel, damm) | <input type="checkbox"/> 5. Psykosociala eller organisatoriska orsaker (t.ex. omorganisation hög arbetsbelastning, konflikt, mobbing, påfrestande klientkontakt) |
| <input type="checkbox"/> 3a. Buller   | <input type="checkbox"/> Annan orsak, ange vilken _____  |
| <input type="checkbox"/> 3b. Andra fysikaliska faktorer (t.ex. vibrationer, värme, strålning, drag)                             | _____  |

