Vid skyddsrond/arbetsplatsbesök på dykarbetsplats

**Checklista**

|  |  |
| --- | --- |
| Region |  |
| Byggherre/beställare |  |
| Arbetsplats |  |
| Dykföretag |  |

Finns arbetsmiljöplan Ja [ ]  Nej [ ]
 Om ja: Upprättades datum …………

Finns företagshälsovårdsavtal Ja [ ]  Nej [ ]

Hängavtal Ja [ ]  Nej [ ]

Företaget är medlem i BF [ ]  Annat …………

Typ av arbete som ska utföras och vilket dykdjup

……………………………………...………………………………………………………………………………….....................................................

.............................................................................................................................................................................................

Namn på dykare i dyklaget samt funktion

Dykledare…………………………................................. Certifikatnr .…….….….…

Dykare………………………………................................. Certifikatnr .…….….….…

Reservdykare…………………….................................. Certifikatnr .…….….….…

Dykskötare………………………................................... Certifikatnr .…….….….…

…………………………………………….............................. Certifikatnr .…….….….…

…………………………………………….............................. Certifikatnr .…….….….…

Kommentar

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

Förs dyklogg av dykledare Ja [ ]  Nej [ ]

Kommentar

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

Finns skriftlig dykplan (AFS 4 §) Ja [ ]  Nej [ ]

Kommentar

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

Har arbetet riskbedömts (AFS Riskbedömning 5 §) Ja [ ]  Nej [ ]

Vid riskbedömningen ska särskilt uppmärksammas:
1. dyklagets sammansättning: antal, utbildning, kompetens och erfarenhet,

2. uppgiftsfördelningen inom dyklaget och bland de övriga som medverkar i dykeriarbetet,

3. den använda dyk- och arbetsutrustningen,

4. valet av andningsgas och dekompressionstabell,

5. dykutrustningens kompatibilitet med den använda andningsgasen,

6. användningen av gasförsörjning från ytan,

7. användningen av dykvästar, livlinor och mellanlinor,

8. kommunikationen mellan dykare och dykarskötare och dykare emellan,

9. insatstiden för reservdykare,

10. tillträde till dyk- och arbetsplatsen,

11. väder-, vatten- och bottenförhållanden på dyk- och arbetsplatsen,

12. samordningen av dykeriarbetet med andra eventuella arbetsuppgifter på dyk- och arbetsplatsen,

13. planerade åtgärder vid en olycka och en nödsituation och

14. var det finns tillgång till tryckkammare och hur lång tid det tar att nå den.

Kommentar

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

Åtgärder efter riskbedömning (AFS 6 §) Ja [ ]  Nej [ ]

Kommentar

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

Finns läkarintyg utfärdat av dykläkare för dom som dyker Ja [ ]  Nej [ ]

Kommentar

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

Dyk- och arbetsutrustning samt gasförsörjning från ytan
enligt AFS 13-14 §§ Ja [ ]  Nej [ ]

Dykutrustning i reserv enligt AFS 13-14 §§ Ja [ ]  Nej [ ]

Kommentar

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

Tillträdesled Ja [ ]  Nej [ ]

Är det möjligt att ta sig upp och ned till arbetsplatsen med Ja [ ]  Nej [ ]
dykutrustning på, utan onödig belastning på kroppen och
vid ev nödsituation?

Kommentar

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

Tillbudsrapportering Ja [ ]  Nej [ ]

Olycksrapportering Ja [ ]  Nej [ ]

Kommentar (vilka åtgärder är vidtagna)

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

Finns utrustning för första hjälpen Ja [ ]  Nej [ ]

Finns förråd av oxygen enligt AFS 30 § Ja [ ]  Nej [ ]

Kommentar

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

**Upptäckta och noterade avvikelser samt åtgärder av dessa**

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

……………………………………...…………………………………………………………………………………

Åtgärdas av ………………………………………………………………………………………

Ska vara åtgärdat 202..….-….…-….…

Uppföljningsdatum 202..….-….…-….…

**Justeras**

Skyddsombud ……………………………………………... Datum 202..….-….…-….…

Arbetsgivare ……………………………………………... Datum 202..….-….…-….…