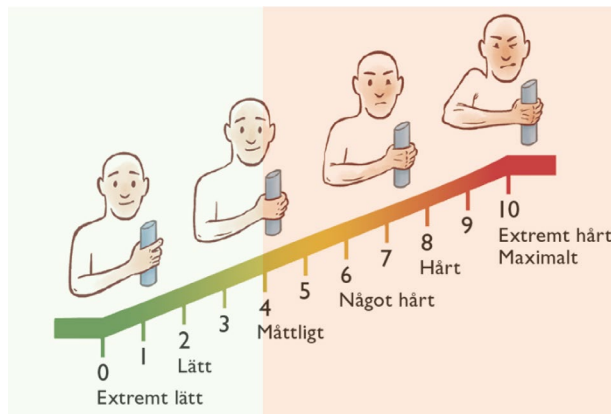
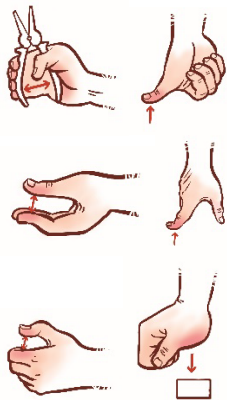


Arbetsmoment: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Bedömning genomförd av: \_\_\_\_\_

Detta formulär är en prototyp som är under testning. Syftet är arbetsgivare/skyddsombud eller andra arbetsmiljöansvariga ska använda formuläret för att identifiera arbetsmoment där det finns behov att gå vidare med en riskbedömning av handbelastande arbete. Tanken är att om man svarat ja på någon av frågorna bedöms det finnas behov att göra en riskbedömning av det momentet. Det är fritt att använda formuläret, men den som använder den ska vara medveten om att det är en prototyp som kan komma att ändras. Synpunkter kan lämnas till [peter.johansson@medsci.uu.se](mailto:peter.johansson@medsci.uu.se)

1) Kräver arbetsmomentet att man regelbundet måste gripa, hålla, nypa, trycka eller slå med måttlig kraft eller mer? (4 eller mer på skalan)

Ja Nej



2) Kräver arbetsmomentet att man arbetar med snabba hand/handledsrörelser? (3 eller mer på skalan)

Ja Nej

0 Handen stilla	1 Mycket långsamma rörelser	2 Långsamma rörelser frekventa korta pauser	3 Ständiga rörelser sällan paus	4 Snabba rörelser inga pauser	5 Svårt att hinna med eller ständig aktivitet
--------------------	--------------------------------	--	------------------------------------	----------------------------------	--

3) Används handhållna verktyg som vibrerar, rycker eller slår vid arbetsmomentet

Ja Nej

4) Finns misstankar om att personal kan ha besvär i nacke, skuldra, arm eller hand som kan kopplas till arbetsmomentet?

Ja Nej

