
Förslag till åtgärder - Handlingsplan

[Klicka här för att komma till Global process och rutiner för RC Dashboard](#)

1. Registrering av riskrapport, tillbudsrapport eller olycksfall.

Registrering

Registrering av riskrapport, tillbudsrapport och olycksfall kan göras av all Perstorp Oxo personal. När incidenten är sparad skickar du rapporten till chefen för det geografiska ansvarsområdet (se rutin 3901). Välj denne i listan.

2. Grundprinciper

Risker, tillbud och olycksfall skall rapporteras för att möjliggöra utredning med syfte att förhindra upprepande. Rapportrandet skall alltid uppfattas som en positiv handling även om den anställda själv orsakat händelsen.

Rapportering berör alla områden, såsom arbetsmiljö, yttre miljö, brand, transporter, säkerhet och brister i skal eller områdes skydd samt inom IT området om intrång uppdragas.

Även incidenter som inträffat i samband med resa till och från arbetet skall rapporteras.

3. Utförande

Rapport skall skrivas omgående efter inträffad händelse, d.v.s. under samma dag eller skift.

Samtlig Perstorp Oxo personal har rätt och skyldighet att rapportera risker och olycksfall. Man kan också prata med sin chef eller skyddsavdelningen och få hjälp att registrera händelsen.

Namn på inblandade personer får inte förekomma i rapporten, undantaget information om vittnen som kan vara till nytta vid utredningen.

Vid personskada skall sitechef informeras omedelbart.

4. Information

Inträffade incidenter skall presenteras på morgonmöten inom sitens ledningsgrupp.

Arbetsmiljöingenjören presenterar en sammanställning för företagsledningen i månadsrapport.

Miljösamordnare avgör om miljötillbud skall redovisas i anläggningens månads- och årsrapport till länsstyrelsen samt delges ansvarig för koncernens årsrapport. Processsäkerhetskändelser analyseras dagligen av processsäkerhetsingenjören och presenteras i månadsrapporten. Säkerhetsrådgivaren tar upp transporttillbud i årsrapporten till Perstorp Oxos företagsledning. I händelse av personskada och eventuell transport till sjukhus skall närmaste chef ta kontakt med ansvarig/anhörig.

Om incidenten innebär ett olycksfall (= frånvaro hel arbetsdag eller mer) skall arbetsmiljöingenjören dokumentera detta som ett OSHA (LTA Lost time accident) i uppföljningssystemen. Detta gäller både egen personal och entreprenörer. Skolelever som gör sin praktik på Perstorp Oxo, räknas som "egen" personal.

Vid olycksfall kontaktar arbetsmiljöingenjören berörd person och beroende på skadans art skriver arbetsmiljöingenjören en särskild olycksrapport. Denna rapport skickas till försäkringskassan för registrering. (För entreprenörer är det deras arbetsgivare som skickar olycksrapport till försäkringskassan)

OSHA Recordable accident samt processsäkerhetskändelser (PSE) med rating>150 skall rapportering enligt de globala rutinerna ID 25233 samt ID 24581 följas. För olyckor med PSE>200 skall "Safety Alert" skrivas enligt rutin ID 18495.

5. Bearbetning och korrigerande åtgärder

Rapporten handläggs inom det område den inträffat; t.ex. driftsektion, underhåll eller kontor.

- ◆ Akuta åtgärder initieras omedelbart.
- ◆ Nödvändiga utredningar för att få klarhet i orsakerna startas med berörda avdelningar. Resultatet från dessa utredningar skall dokumenteras i RC Dashboard.

6. Uppföljning

Färdigbehandlade rapporter arkiveras i RC Dashboard. och av arbetsmiljöingenjören. Rapporterna hos arbetsmiljöingenjören kompletteras med namn på eventuellt inblandad personal. Verksamheten följer upp att vidtagna åtgärder är tillräckliga, redovisar färdigbehandlade rapporter och inträffade ännu ej behandlade rapporter på SAM möten. (Se organisationsplaner)
Denna uppföljning dokumenteras i mötesprotokollen.

7. Riktlinjer för utredning av olyckor och tillbud

Syfte

Syftet med utredningen är att förebygga olyckor och att lära av dem som redan inträffat.

Ansvar

Ansvaret för utredning av tillbud ligger på chefen för det geografiska ansvarsområdet. Resultatet av utredningen skall dokumenteras i RC Dashboard

7.1 Generell instruktion för utredning av olyckor och tillbud

- Ansvarig chef utser lämplig utredare.
- Utredare kallar, sörjer för informationsinsamling och kallar berörda till utredning. Om utredare behöver stöd av en utredningsledare kontaktar hon/han OTR-Utredningsgrupp via Processsäkerhetsingenjör som tillsätter utredningsledare.
- Utredningen skall ske i samarbete mellan chef och medarbetare
- Tiden mellan olyckan/tillbudet och starten av utredningen skall vara så kort som möjligt. Utredningen skall vara påbörjad inom 8 dagar från tidpunkten då olyckan/tillbudet inträffade.
- Ett beslut, om huruvida korrigerande åtgärder skall vid tagas eller inte, skall tas i anslutning till att utredningen är klar.
- All dokumentation runt utredningen skall bifogas i RC Dashboard

Insamling av information

Kom ihåg att det är lätt att förbise omständigheter som uppstod på ett tidigt stadie i händelsekedjan. Gå därför igenom händelsekedjan baklänges till den tidpunkt när arbetssituationen var helt normal.

Ställ följande frågor:

- När hände olyckan/tillbudet?
- Vad hände innan olyckan/tillbudet?
- Var detta normalt?
- Hur hände det?
- Varför hände det?

Det är särskilt viktigt att identifiera alla avvikelser. Hur uppstod dessa och hur bidrog dom till händelsen. Använd gärna blanketten för avvikelseutredning - bilaga 1.

Fysiska fakta

- Dokumentera:
- Var ev skadade personer befann sig.
 - Vilken utrustning som användes.
 - Vilket material som användes.
 - Vilken säkerhetsutrustning som användes.
 - Var fanns ev vakter?
 - Hur styrdes maskinen?
 - Skador på utrustning.
 - Ordning och reda.
 - Väderförhållanden.
 - Arbetsförhållanden.

Använd gärna kamera där det är möjligt.**Ögonvittnen**

Intervjua ögonvittnen så snabbt som möjligt efter händelsen.

Intervjua hellre varje vittne för sig, än i grupp.

Fråga "öppna" frågor som ej kan besvaras med "ja" eller "nej".

Exempel på frågor:

- Var befann du dig vid händelsen?
- Vad höll du på med?
- Vad såg du/hörde du?
- Andra betingelser (väder, ljus, ljud etc.)?
- Vad gjorde de som var inblandade i händelsen?
- Vad anser du att det var som orsakade olyckan/händelsen?
- Hur kan liknande händelser undvikas i framtiden?

Använd bara förstahandsuppgifter.**Bakgrundsinformation**

Ytterligare information som har betydelse för utredningsresultatet kan finnas i dokumentation som arbetsinstruktioner, tekniska datablad, underhållsrapporter, tidigare tillbudsrapporter och utbildningsmaterial.

Analys och slutsatser

När faktainsamlingen är klar skall direkta och indirekta orsaker identifieras. Detta kan göras med hjälp av Checklista – Brister i arbetsförhållanden/utförande/arbetsätt- bilaga 2

Utredningen avslutas med slutsatser om varför olyckan/tillbudet inträffade. Dessa slutsatser ligger till grund för beslut om korrigerande och förebyggande åtgärder.

Dokumentation

Resultat och data från utredningen dokumenteras i RC Dashboard.

Extern rapportering görs via EHS – avdelningen utifrån kraven, från myndigheten, i det aktuella fallet.

Förslag på mall för extern rapportering- bilaga 3.

7.2 Utredning av olyckor och tillbud som klassificerats som allvarlighetsgrad Hög

Alla typer av olyckor/tillbud som klassificerats som allvarlighetsgrad hög skall grundligt utredas med Händelseträdsanalys. Denna metod kan naturligtvis också användas vid utredning av olyckor/tillbud med lägre allvarlighetsgrad.

Definition av allvarlighetsgrad HÖG

Typ av olycka/tillbud	Som resulterat/Skulle kunna ha resulterat i
Arbetsolycka/-tillbud	Arbetsolycka med en eller mer än en dags frånvaro eller värre konsekvenser.
Miljöolycka/-tillbud	Utsläpp av kemikalier till luft, vatten eller mark. Utsläppet ger upphov till påverkan utanför fabriksområdet eller personsador.
Brand / Explosion/-tillbud	Brand/explosion som kräver insats från Räddningstjänsten. Personsador.
Processäkerhetshändelse	En händelse som får en PSE-rating ≥ 150 . För en definition av PSE och en beskrivning av ratingsystemet se ID 19599.

Denna bedömning görs av minst två personer tillsammans, varav en person inte skall ha varit direkt inblandad i tillbudet.

Tillbud med SIF (Serious injury or fatality) potential eller Hipo (high potential process safety event) utreds på samma sätt som olyckor med allvarlighetsgrad HÖG. SIF och Hipo bedöms av en EHS varje måndag.

Typ av tillbud	Om svar av något av följande frågor är Ja
SIF potential	<ol style="list-style-type: none"> Allvarligt brott mot Life Saving Rules? Okontrollerat utsläpp av skadlig kemikalie, strålning, tryck, ånga eller mycket varm / kall vätska? Brand med risk för spridning? Skenande reaktion, termisk expansion eller explosion? Livshotande el? Fordons kollision eller en person som träffas av ett fordon? Person i skottlinjen? (Flytta maskiner, lyft / nedfallande föremål, tryckavlastnings etc.) Fall från en höjd som är större än 2 meter eller lägre höjd men till farligt underlag (vassa föremål, heta ytor, rörliga / roterande utrustning, elektriska bedriver, vätskor / produkter som utgör kemisk / mekanisk / kvävningsrisk, etc.)? <p>ELLER</p> <ol style="list-style-type: none"> Har olyckan / tillbud har SIF potential enligt den dom som kvalificerat dom av andra skäl än som anges ovan?
Hipo	<ol style="list-style-type: none"> Okontrollerat utsläpp av skadlig kemikalie, strålning, tryck, ånga eller mycket varm/kall vätska? Brand med risk för spridning? Skenande reaktion, termisk expansion eller explosion? Felsatsning/ledning av kemikalier till utrustning där det inte var avsedd och där den kunde orsaka en risk för oönskade reaktioner? Fel på en eller flera säkerhetskritiska barriärer? <p>ELLER</p> <p>Har olyckan/tillbud Hipo PSE potential enligt bedömning av ett kvalificerat dom av andra skäl än de som anges ovan? OCH har incidenten potential att trappas upp till en olycka med konsekvensklass 3, 4 eller 5 enligt Perstorp riskmatris.</p>

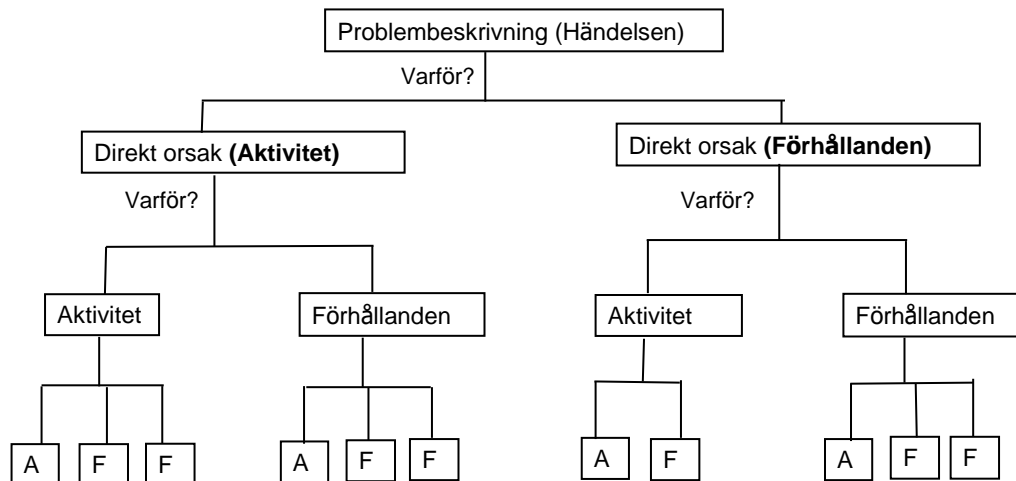
Det finns speciella krav på utredningar av högt "ratade" processäkerhetshändelser (≥ 200). Dessa framgår av rutin Hantering av processäkerhetshändelser, ID 19599.

Introduktion

Ett händelsetråd skapas genom att fråga varför på varje nivå i händelsekedjan som ledde fram till olyckan. Man tittar efter aktiviteter och förhållanden på arbetsplatsen.

Aktivitet är momentana orsaker som för samman förhållanden som orsakar en effekt, "något händer eller man gör något".

Förhållanden är orsaker som existerar över tiden och som antingen är nödvändiga för att händelsen skall inträffa ELLER som ökar sannolikheten att händelsen skall inträffa.



Samla information

När bakgrundsinformation om olyckan har samlats in i enlighet med den generella instruktionen för tillbuds- och olycksfallsutredning så skall orsaksförloppet utredas genom att ett händelsetråd tas fram. Det ingår 6 steg i arbetet med att bygga händelsetrådet:

1. Förberedelsearbete
2. Övergripande beskrivning av händelseförloppet
3. Definition av problemet
4. Fråga varför – Titta efter aktiviteter och förhållanden
5. Skapa Händelsetrådet
6. Uppdatera och färdigställ trädet

Steg 1: Förberedelse

1. Utse en lämplig grupp; tex. chef, drabbad, skyddsombud, expert, etc.
2. Avsätt tillräckligt med tid för gruppen
3. Minimera störningar, välj ett rum där man kan jobba ostört.
4. Ge gruppmedlemmarna en sammanfattning av insamlade data
5. Använd "gula lappar"

Det är viktigt att utredningsgruppen består av medlemmar med full kunskap om förhållandena och förutsättningar för processen/arbetet som utfördes. Gruppen skall väl känna till befintliga rutiner, instruktioner och tekniska system.

Steg 2: Övergripande beskrivning av händelseförloppet

1. Presentera och gå igenom händelsen bakåt i tiden för utredningsgruppen
2. Diskutera inte i detalj utan informera bara deltagarna om sekvensen av händelser

Steg 3: Definiera problemet

- 1 VAD hände som ni vill förhindra att det händer igen
- 2 ALLVARLIGHETSGRADEN – Beskriv konsekvenserna med avseende på skador och förluster.
- 3 NÄR hände olyckan
- 4 VAR hände olyckan

Steg 4: Fråga VARFÖR

- 1 Fråga "VARFÖR hände detta?" Leta efter direkta orsaker från "Aktiviteter" och "Förhållanden"
- 2 Det finns inga felaktiga svar på detta stadium
- 3 Skriv svaret på en "gul lapp".
- 4 Gå neråt i trädets tills ni når en irrelevant punkt eller "vet ej" på frågan varför.
- 5 Gå tillbaka till toppen och fråga "Varför?" på nästa aktivitet eller förhållande.
- 6 Gå igen bakåt i sekvensen av händelser och fråga Varför?

När ni frågar varför**Titta efter osäkra aktiviteter och förhållanden**

- 1 Förhållanden på arbetsplatsen
- 2 Mänskliga felgrepp
- 3 Avvikelser från instruktioner
- 4 Mekaniska fel – konstruktion och design
- 5 Organisatoriska faktorer / Planering
- 6 Personliga faktorer
- 7 Styrning och ledning

Titta efter "mänskliga felgrepp" - Att inte vidta en viss åtgärd (att inte agera) är endast orsak till händelsen om det framgår av instruktion (praxis) att åtgärden skulle vidtas.

Definitioner av "mänskliga felgrepp" (mänskliga faktorn)

- 1 Försummelse: missade att göra något som krävdes enligt instruktion
- 2 Misstag/missförstånd: fel avsikt (tanke), genomfört så som planerat (tänkt)
- 3 Missa/sluta: rätt tänkt, ej genomfört så som planerat (tänkt)

Titta efter mekaniska fel

All oförutsedda mekaniska fel måste ha en föregående orsak

- 4 Fel i design
- 5 Tillverkningsfel
- 6 Dåligt underhåll
- 7 Felaktigt användande

Titta efter andra möjliga orsaker: Faktorer på arbetsplatsen, personliga förhållanden, faktorer inom styrning och ledning

- 1 Fysisk arbetsmiljö
- 2 Verktyg/Utrustning
- 3 Ledarskap/Organisatoriska faktorer
- 4 Policy/Rutiner/Instruktioner
- 5 Kommunikation
- 6 Kompetens och förmåga
- 7 Individuellt utförande

När man frågar varför och tittar efter andra möjliga orsaker så måste fyra viktiga frågor besvaras:

1. Vilka övergripande rutiner och aktiviteter kunde ha upptäckt och eliminerat brister och negativa händelser som hittats i undersökningen
2. Varför fungerade inte dessa rutiner och aktiviteter eller varför fanns de inte på plats?
3. Vilka "barriärer" (förebyggande arbete/skydd/rutiner) kunde ha blockerat händelseförloppet och förhindrat olyckan?
4. Varför fungerade inte dessa "barriärer" (förebyggande arbete/skydd/rutiner) eller varför fanns de inte på plats?

Step 5: Rita upp händelseträdet

1. Kontrollera bevis
2. Flytta runt orsaker och hela händelsekedjor om det anses nödvändigt
3. Efter hand som förståelsen av orsakssambanden ökar så förändras trädet
4. Det kan bli nödvändigt med ytterligare undersökning
5. Gå igenom möjliga bidragande orsaker. Finns det kategorier som inte beaktats?
6. Kontroller om "Reglerna för Orsakssamband" har följts

Regler för orsakssamband

1. Trädet skall tydligt visa på sambandet mellan orsak och effekt
2. Negativa beskrivningar skall inte användas. Använd specifika och sanna beskrivningar av vad som hände. – Undvik ord som dålig, otillräcklig, slarv, oförsiktig.
3. Varje "mänsklig faktor" måste ha en föregående orsak
4. Att inte följa instruktioner är ingen "slutgiltig" orsak, de måste ha en föregående orsak.
5. Att inte vidta en viss åtgärd (att inte agera) är endast orsak till händelsen om det framgår av instruktion (praxis) att åtgärden skulle vidtas.

Steg 6: Uppdatera och färdigställ händelseträdet

1. Gå igenom händelseträdet med personer som var med eller bevittnade olyckan
2. Fråga efter deras synpunkter
 - Stämmer trädet med din upplevelse?
 - Saknas något?
 - Är det korrekt eller är något fel?

Bilaga 2					
CHECKLISTA – BRISTER I ARBETSFÖRHÅLLANDEN/UTFÖRANDE/ARBETSSÄTT					
Checklista med frågor för utredning av tillbud och olyckor.					
Fabrik/avdelning:		Datum:		Utredare:	
Fråga	J A	N E J	N / A	Bristfälliga Förhållanden/Utförande/Arbetsätt	VARFÖR?
				Direkta orsaker – Bristfälliga förhållanden	
1. Fanns skyddsanordningar på plats enligt föreskrifter?				1. Skyddsanordning saknades/var ur funktion eller var otillräcklig.	
2. Användes felfri och funktionsduglig utrustning/maskiner/verktyg?				2. Felaktig eller skadad utrustning, maskiner, verktyg användes.	
3. Överensstämde använda material/ produkter/ämnen med fastställda specifikationer?				3. Felaktigt material/produkter/ämnen användes.	
4. Var arbetsplatsen tillräckligt rymlig och lämplig för arbetsuppgiften?				4. Lokaler och utrymmen var trånga och olämpliga.	
5. Var det god ordning och reda på arbetsplatsen?				5. Ordning och reda var bristfällig.	
6. Var arbetsförhållanden med avseende på värme, kyla, buller, vibrationer, belysning, luftkvalitet lämpliga?				6. Olämpliga förhållanden avseende temperatur, buller, vibrationer, belysning eller luftkvalitet förekom.	
7. Förekom exponering för farliga ämnen?				7. Exponering för farliga ämnen förekom.	
8. Användes lämplig personlig skyddsutrustning?				8. Felaktig personlig skyddsutrustning användes.	
9. Andra bristfälliga förhållanden?				9.	
				Direkta orsaker – Brister i utförande/arbetsätt	
10. Utfördes arbetet i enlighet med givna instruktioner?				10. Säkerhetsföreskrifter eller arbetsinstruktioner följdes inte. Brister i efterlevnad av rutiner och regler.	
11. Användes föreskrivna skyddsanordningar och personlig skyddsutrustning?				11. Skyddsanordningar eller personlig skyddsutrustning användes inte. Brister i efterlevnad av rutiner och regler.	
12. Användes förbjudna eller olämpliga arbetsmetoder?				12. Förbjudna eller olämpliga arbetsmetoder användes. Brister i efterlevnad av rutiner och regler.	
13. Användes förbjudna eller olämpliga verktyg, redskap, maskiner?				13. Förbjudna eller olämpliga verktyg, redskap, maskiner användes. Brister i efterlevnad av rutiner och regler.	
14. Var personen(erna) tillräckligt koncentrerade på uppgiften eller var man uppmärksam?				14. Tillfällig ouppmärksamhet förekom.	
15. Andra brister i utförande/arbetsätt?				15.	
				Bakomliggande orsaker – Brister i organisation/planering/ design	
16. Har arbetsledningen gett tillräckliga instruktioner och annat stöd för att arbetet skulle kunna utföras säkert?				16. Brister i arbetsledning, arbetsfördelning, instruktioner, socialt stöd, uppföljning.	
17. Konstruerades och utvärderades arbetsmetoder, material och maskiner tillräckligt innan de infördes?				17. Brister vid design och val av arbetsmetod, ämnen, maskiner, verktyg.	

18. Utformades byggnad, arbetsplats och process på lämpligt sätt innan den togs i bruk			18. Brister vid utformning av byggnad, arbetsplats, process.	
19. Utfördes förebyggande underhåll i enlighet med plan?			19. Brister i underhåll av maskiner, utrustning och verktyg.	
20. Var ansvarsförhållandena tydliga för kontroll av riskerna relaterade till olyckan?			20. Brister i ansvarsförhållanden?	
21. Förekommer höga övertidsuttag eller andra arbetstidsfaktorer, som kan ha bidragit till olyckan?			21. Brister vad gäller arbetstidsförhållanden.	
22. Andra organisatoriska förhållanden?			22. ?	
			Bakomliggande orsaker – Personliga faktorer	
23. Var alla berörda informerade och förstod riskerna? Har det gjorts en riskanalys för arbetsuppgiften?			23. Brister vid beaktande av risker.	
24. Har personen ifråga fått formell utbildning/träning inklusive hur man arbetar säkert?			24. Brister i kunskap / erfarenheter för arbetsuppgiften.	
25. Har personen fått utföra uppgiften tillräcklig ofta för att behålla förmågan att utföra den säkert?			25. Bristande färdigheter för uppgiften?	
26. Var bristande fysisk förmåga en bidragande orsak till olyckan?			26. Brister i fysiska färdigheter för arbetsuppgiften.	
27. Var bristande mental förmåga en bidragande orsak till olyckan?			27. Brister i mental förmåga för arbetsuppgiften.	
28. Var tillfälligt nedsatt fysisk förmåga en bidragande orsak till olyckan?			28. Tillfälligt nedsatt fysisk förmåga.	
29. Var tillfälligt nedsatt mental förmåga en bidragande orsak till olyckan?			29. Tillfälligt nedsatt mental förmåga.	
30. Andra personliga faktorer?			30. ?	
			Bakomliggande orsaker – Brister i styrning och ledning	
31. Hade riskerna i arbetsuppgiften och förebyggande åtgärder diskuterats vid relevant ledningsmöte de senaste 12 månaderna?			31. Brister i ledningens kunskap om arbetet / arbetsmomentet.	
32. Fanns det planerade åtgärder som hade förhindrat olyckan i årets plan/budget?			32. Brister i ledningens mål/styrning och uppföljning av skyddsarbetet.	
33a. Känner alla till ansvarsfördelningen för arbetsmiljöfrågornas hantering?			33. Brister i fördelning av arbetsuppgifter/ansvar/befogenheter och resurser.	
33b. Har ansvarig person fått chefsutbildning relaterad till den risk som förekom.			33. Brister i fördelning av arbetsuppgifter/ansvar/befogenheter och resurser.	
34a. Uppmärksammades berörd person av sin chef regelbundet och ofta för väl utfört arbete?			34. Brister i ledarskap och motivation för säkert arbete. Brister i attityd och kultur.	
34b. Förklarade den närmaste arbetsledningen vikten av att arbetet blev utfört och att det gjordes säkert?			34. Brister i ledarskap och motivation för säkert arbete. Brister i attityd och kultur.	
35. Har det tilldelats tillräckliga resurser för planering och organisation av arbetet?			35. Brister i planering och resurstilldelning.	

36. Har arbetsmiljö- och skyddsaspekterna beaktats i tillämplig inköpsprocess?				36. Brister vid upphandling av varor och tjänster (t.ex. samordningsansvar).	
37. Har alla berörda fått lämplig och tillräcklig introduktion och regelbunden utbildning/träning?				37. Brister i introduktion / utbildning / fortbildning.	
38. Hade skyddsinstruktioner kommunicerats till alla nivåer av berörda chefer/arbetsledare och operatörer?				38. Brister i information / handledning / stöd.	
39. Förekom problem i samverkan / kommunikation mellan chefer och arbetstagare, vilket kan ha bidragit till olyckan?				39. Brister i samverkan mellan arbetsgivare / arbetstagare.	
40. Utförs tillräckliga riskanalyser, regelbundna eller som en del i förändringsarbetet?				40. Brister i riskinventering och arbetsinstruktioner?	
41. Fanns det en skriftlig arbetsinstruktion för arbetsuppgiften?				41. Brister i utformning av säkerhetsföreskrifter och arbetsinstruktioner?	
42. Har alla tidigare tillbud och olyckor utretts ordentligt?				42. Brister i rapportering och utredning av olycksfall och tillbud.	
43. Fungerade alla beredskapsfunktioner i samband med olyckan (första hjälpen, brandsläckning etc.)?				43. Brister i beredskapsrutiner.	
44. Andra brister i styrning och ledning?					

Bil. 3

Mall för extern Rapportering

Rubrik

Plats:

Tidpunkt:

Inblandade personer:

Arbetsuppgift:

Skadans art:

Kortfattad händelsebeskrivning

Resultat från utredningen

Utförligt händelseförlopp

Avvikelser från det normala

Faktorer som kan ha påverkat

Resultat från tidigare riskbedömning

Slutsatser

Åtgärder

Vidtagna

Förslag till åtgärder - Handlingsplan