



## ARBETSFÖRHÅLLANDEN

	Ja, oftast (1)	Ja, ibland (2)	Nej, sällan (3)	Nej, aldrig (4)
1 Uppfattar du dina arbetsuppgifter som engagerande och stimulerande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Har du för mycket att göra i ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Har du möjlighet att påverka dina arbetsförhållanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Får du hjälp av dina arbetskamrater när du har problem i arbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## TIDIGARE/NUVARANDE SJUKDOMAR/BESVÄR

		Om Ja, under det senaste året?			
		Ja (1)	Nej (2)	Ja (1)	Nej (2)
5-6	Har du haft eller har du astmatiska besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-8	Har du haft eller har du hösnuva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-10	Har du haft eller har du andra allergiska besvär från ögon eller näsa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-12	Har du haft eller har du eksem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## NUVARANDE BESVÄR

Har du under de **senaste 3 månaderna** haft något/några av nedanstående besvär/symtom?  
(Besvara varje fråga även om du inte haft något/några besvär/symtom!)

					Om Ja, tror du att detta beror på din arbetsmiljö?		
		Ja, ofta (varje vecka) (1)	Ja, ibland (2)	Nej, aldrig (3)	Ja (1)	Nej (2)	Vet ej (3)
13-14	Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15-16	Tung i huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17-18	Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19-20	Illamående/yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21-22	Koncentrationssvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23-24	Klåda, sveda, irritation i ögonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25-26	Irriterad, täppt eller rinnande näsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27-28	Heshet, halstorrhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29-30	Hosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31-32	Torr eller rodnad hud i ansiktet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33-34	Fjällning/klåda i hårbotten/öron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35-36	Torr, kliande, rodnad hud på händerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37-38	Annat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Några kompletterande frågor om arbetsmiljön

### TEMPERATURFÖRHÅLLANDENA

	mycket bra (1)	bra (2)	acceptabla (3)	dåliga (4)	mycket dåliga (5)
1 Vad anser du om <b>temperaturförhållandena</b> i allmänhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <b>Om problem</b> med temperaturen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 (flera alternativ möjliga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### DAMM OCH SMUTS

6 <b>Besväras du av damm och smuts?</b>	<input type="checkbox"/>	1 Ja	<input type="checkbox"/>	2 Nej
7 <b>Om Ja</b> , varför?	<input type="checkbox"/>	1 allmänstädningen otillräcklig		
8 (flera alternativ möjliga)	<input type="checkbox"/>	1 allmänstädningen dåligt utförd		
9	<input type="checkbox"/>	1 damm och smuts på skåp o dyl		
10	<input type="checkbox"/>	1 ingen storstädning		
11	<input type="checkbox"/>	1 otillräcklig toalettstädning		
12	<input type="checkbox"/>	1 annat, ange vad:		
		.....		

### BULLER

13 <b>Besväras du av buller?</b>	<input type="checkbox"/>	1 Ja	<input type="checkbox"/>	2 Nej
14 <b>Om Ja</b> , varför?	<input type="checkbox"/>	1 ventilationen stör		
15 (flera alternativ möjliga)	<input type="checkbox"/>	1 buller utifrån (trafik o dyl)		
16	<input type="checkbox"/>	1 buller från gården		
17	<input type="checkbox"/>	1 dålig akustik		
18	<input type="checkbox"/>	1 högljudda barn		

### LUFTKVALITETEN

	mycket bra (1)	bra (2)	acceptabel (3)	dålig (4)	mycket dålig (5)
19 Vad anser du om <b>luftkvaliteten</b> i allmänhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Finns <b>lokaler med dålig luftkvalitet</b> ?	<input type="checkbox"/>	1 Ja	<input type="checkbox"/>	2 Nej	
		Om <b>Ja</b> , ange vilka: .....			
21 <b>Om problem</b> med luftkvaliteten:	<input type="checkbox"/>	1 sämre på måndagsmorgnar			
22 (flera alternativ möjliga)	<input type="checkbox"/>	1 sämre på eftermiddagar			
23	<input type="checkbox"/>	1 olika i olika lokaler			
24	<input type="checkbox"/>	1 lukter förekommer			
25	<input type="checkbox"/>	1 vädringsmöjligheter saknas			

V.g. vänd ⇨

## ALLMÄNT

	mycket bra (1)	bra (2)	acceptabel (3)	dålig (4)	mycket dålig (5)
1 Hur upplever du den <b>fysiska arbetsmiljön</b> i stort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Hur upplever du den <b>psykosociala arbetsmiljön</b> i stort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Hur upplever du <b>lokaltillgången</b> i stort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## YTTERLIGARE KOMMENTARER

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

**TACK FÖR HJÄLPEN!**