

1-6	INOMHUSKLIMAT	MM 040 NA	Namn (frivillig uppgift)
	Arbetsmiljö - Kontor	Kontor	Företag (viktig uppgift)
7-11	Grupp	Datum år mån dag _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Avdelning (viktig uppgift)
12-21	Arbetsplats	Avd	Befattning
	fyller av handläggaren		

Med det här formuläret vill vi försöka få fram hur du upplever inomhusklimatet på din arbetsplats och om du har besvär eller symptom.

BAKGRUND

22-26	Arbetsplatsen är belägen på våningsplan	_ _ _ _	Husnummer	_ _ _ _	
27	Arbetsplatstyp:	eget rum <input type="checkbox"/>	delat rum <input type="checkbox"/>	kontorslandskap <input type="checkbox"/>	annat <input type="checkbox"/>
28	Arbetstyp:	mestadels på kontoret <input type="checkbox"/>	på uppdrag utanför kontoret mer än 2 dagar/v	<input type="checkbox"/>	
29-32	Hur länge har du varit på din nuvarande arbetsplats?	Sedan år	_ _ _ _	(t ex 1998)	
33	Befattningskategori:	arbetsledare/chef <input type="checkbox"/>	annan	<input type="checkbox"/>	
34	Tjänst:	fast anställd <input type="checkbox"/>	vikarie <input type="checkbox"/>	projektanställd <input type="checkbox"/>	annat <input type="checkbox"/>
35	Arbetstid:	heltid (minst 30 tim/vecka) <input type="checkbox"/>	deltid	<input type="checkbox"/>	
36	Övertidsarbete:	sällan <input type="checkbox"/>	mindre än 20 tim/månad <input type="checkbox"/>	mer än 20 tim/månad <input type="checkbox"/>	

ARBETSMILJÖ

Har du de **senaste 3 månaderna** känt dig besvärad av någon eller några av följande faktorer på din arbetsplats? (Besvara varje fråga även om Du inte känt Dig besvärad!)

	Ja, ofta (varje vecka) (1)	Ja, ibland (2)	Nej, aldrig (3)	
37	Drag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	För hög rumstemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Varierande rumstemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	För låg rumstemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Instängd ("dålig") luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Torr luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Obehaglig lukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Statisk elektricitet som gör att du lätt får stötar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Andras tobaksrök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Buller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Belysning som är för svag eller ger bländning och/eller reflexer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Damm och smuts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75-80	Arbets- och miljömedicinska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro, 701 85 Örebro. Version 8910-3 K Andersson©/IF. E-post inger.fagerlund@orebroll.se , hemsida www.orebroll.se/amm			

V.g. vänd ⇨

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"/>
5 Är du orolig för att din arbetssituation ska förändras?	<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!)

	Ja, ofta (varje vecka) (1)	Ja, ibland (2)	Nej, aldrig (3)	Om Ja, tror du att detta beror på din arbetsmiljö?		
				Ja (1)	Nej (2)	Vet ej (3)
6-7 Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8-9 Tung i huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-11 Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12-13 Illamående/yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14-15 Koncentrationssvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16-17 Klåda, sveda, irritation i ögonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18-19 Irriterad, täppt eller rinnande näsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-21 Näsblödning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22-23 Heshet, halstorrhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24-25 Hosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26-27 Torr eller rodnad hud i ansiktet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28-29 Fjällning/klåda i hårbotten/öron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-31 Torr, kliande, rodnad hud på händerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32-33 Känt dig stressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34-35 Varit lättirriterad för småsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36-37 Haft sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38-39 Annat:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KOMPLETTERANDE FRÅGOR

	Ja (1)	Nej (2)
1 Anser du att den fysiska arbetsmiljön påverkar dina möjligheter att göra ett bra jobb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Anser du att den psykosociala arbetsmiljön påverkar dina möjligheter att göra ett bra jobb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Har du de senaste 12 månaderna varit sjukskriven på grund av symtom du hänför till arbetsmiljön?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Har du de senaste 12 månaderna sökt läkare för symtom du hänför till arbetsmiljön?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TEMPERATURFÖRHÅLLANDEN

	Mycket bra (1)	Bra (2)	Acceptabla (3)	Dåliga (4)	Mycket dåliga (5)
5 Vad anser du om temperaturförhållandena på arbetsplatsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Om problem med temperaturen: (flera alternativ möjliga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Finns lokaler med temperaturproblem? Ja <input type="checkbox"/> ₁ Nej <input type="checkbox"/> ₂					
Om Ja , ange vilka:					

STÄDNING

	Mycket bra (1)	Bra (2)	Acceptabel (3)	Dålig (4)	Mycket dålig (5)
11 Vad anser du om städningen på arbetsplatsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Om problem med städningen: (flera alternativ möjliga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Upplever du din arbetsplats som lättstädad? Ja <input type="checkbox"/> ₁ Nej <input type="checkbox"/> ₂ Vet ej <input type="checkbox"/> ₃					

BULLER

	Mycket bra (1)	Bra (2)	Acceptabel (3)	Dålig (4)	Mycket dålig (5)
17 Vad anser du om bullersituationen på arbetsplatsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Om problem med buller: (flera alternativ möjliga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V.g. vänd ➡

LUFTKVALITET

	Mycket bra (1)	Bra (2)	Acceptabel (3)	Dålig (4)	Mycket dålig (5)
1	Vad anser du om luftkvaliteten på arbetsplatsen?				
2	Om problem med luftkvaliteten: (flera alternativ möjliga)				
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/> sämre på tidiga morgnar				
5	<input type="checkbox"/> sämre på eftermiddagar				
6	<input type="checkbox"/> olika i olika lokaler				
	<input type="checkbox"/> vädringsmöjligheter saknas				
	<input type="checkbox"/> lukter förekommer				
	Om lukter förekommer, ange vilken typ och varifrån:				
7	Finns lokaler med dålig luftkvalitet? Ja <input type="checkbox"/> ₁ Nej <input type="checkbox"/> ₂				
	Om Ja , ange vilka:				

BAKGRUNDSDATA

8-12	Födelseår: __ _ _ _ _ _ (t ex 1976)	Kön:	man <input type="checkbox"/> ₁	kvinn <input type="checkbox"/> ₂
13-14	Röker du? Ja <input type="checkbox"/> ₁ Nej <input type="checkbox"/> ₂	Snusar du?	Ja <input type="checkbox"/> ₁	Nej <input type="checkbox"/> ₂
15	Utbildning: grundskola <input type="checkbox"/> ₁ gymnasium <input type="checkbox"/> ₂ universitet/högskola <input type="checkbox"/> ₃ annat <input type="checkbox"/> ₄			
16	Hur länge arbetar du vid dator/terminal?	0-2 tim/dag <input type="checkbox"/> ₁	2-4 tim/dag <input type="checkbox"/> ₂	mer än 4 tim/dag <input type="checkbox"/> ₃
17	Använder du ögonlinser? Ja <input type="checkbox"/> ₁ Nej <input type="checkbox"/> ₂			
18	Hur uppfattar du arbetsplatsen? rymlig <input type="checkbox"/> ₁ lagom utrymmen <input type="checkbox"/> ₂ alltför trångt <input type="checkbox"/> ₃			

		Om Ja, under senaste året?			
		Ja (1)	Nej (2)	Ja (1)	Nej (2)
19-20	Har du haft eller har du astmatiska besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21-22	Har du haft eller har du hösnuva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23-24	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"/>
25-26	Har du haft eller har du eksem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Bli du lätt irriterad i ögon eller andningsvägar av tobaksrök, starka dofter eller avgaser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
28	Drabbas du ofta av förkylningar eller andra infektioner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

YTTERLIGARE SYNPUNKTER

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

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!