

1-6	INOMHUSKLIMAT Skolmiljö - Elevenkät	MM 060 NA Sp11	Namn (frivillig uppgift)
		Datum år månad dag _ _ _ _ _ _	Skola (viktig uppgift)
NORDISK VERSION			Klass (viktig uppgift)
7-17	Skola _ _ _ _ _ _ _ _ Klass _ _ _ _ _ _ _ _ <small>Ifylles av handläggaren</small>	Är Du född i Sverige: Ja <input type="checkbox"/> ₁ Nej <input type="checkbox"/> ₂	

Med det här formuläret vill vi försöka få fram hur Du upplever Din skolmiljö och om Du har besvär eller symtom.

BAKGRUNDSFAKTORER

18-19	Födelseår 19 _ _ _	Hemförhållanden:
20	Kön man <input type="checkbox"/> ₁ kvinna <input type="checkbox"/> ₂	Bostadstyp villa, radhus <input type="checkbox"/> ₁ lägenhet <input type="checkbox"/> ₂ 27
21-24	Hur länge har Du gått i den här skolan? Sedan _ _ _ _ _	Antal boende _ _ vuxna _ _ barn 28-29
25	Röker Du? ja <input type="checkbox"/> ₁ nej <input type="checkbox"/> ₂	Finns heltäckningsmatta? ja <input type="checkbox"/> ₁ nej <input type="checkbox"/> ₂ 30
26	Röker någon annan i hemmet? ja <input type="checkbox"/> ₁ nej <input type="checkbox"/> ₂	Finns husdjur (pälsdjur, fåglar o dyl) ja <input type="checkbox"/> ₁ nej <input type="checkbox"/> ₂ 31
		Finns tecken på fukt/mögelskador' ja <input type="checkbox"/> ₁ nej <input type="checkbox"/> ₂ 32

SKOLMILJÖ

	Har Du de senaste 3 månaderna känt Dig besvärad av någon eller några av följande faktorer i Din skola ? (Besvara varje fråga även om Du inte känt Dig besvärad!)	Ja, ofta (varje vecka) (1)	Ja, ibland (2)	Nej, aldrig (3)
33	Drag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	För hög rumstemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Varierande rumstemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	För låg rumstemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Instängd ("dålig") luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Torr luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Obehaglig lukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Statisk elektricitet som gör att Du lätt får stötar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Andras tobaksrök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Buller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Belysning som är för svag eller ger bländning och/eller reflexer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Damm och smuts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45-46	Trivs Du bra i skolan?	Ja, ofta <input type="checkbox"/> ₁	Ja, ibland <input type="checkbox"/> ₂	Nej, aldrig <input type="checkbox"/> ₃	Anser Du att inomhusklimatet i skolan påverkar Dina skolprestationer?	Ja, ofta <input type="checkbox"/> ₁	Ja, ibland <input type="checkbox"/> ₂	Nej, aldrig <input type="checkbox"/> ₃
-------	------------------------	--	--	---	---	--	--	---

75-80 Arbets- och miljömedicinska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro, 701 85 Örebro.
Version 9903 K Andersson©/IF. E-post inger.fagerlund@orebroll.se, hemsida www.orebroll.se/amm

TIDIGARE/NUVARANDE SJUKDOMAR/BESVÄR

		Ja (1)	Nej (2)	Om JA: under senaste året?	
				Ja (1)	Nej (2)
1-2	Har Du haft eller har Du astmatiska besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4	Har Du haft eller har Du hösnuva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6	Har Du haft eller har Du eksem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Ja (1)	Nej (2)
7	Har Din mamma någon allergisk sjukdom (astma, hösnuva, eksem)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Har Din pappa någon allergisk sjukdom (astma, hösnuva, eksem)?			<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 några besvär/symtom!)

		Ja, ofta (varje vecka) (1)	Ja, ibland (2)	Nej, aldrig (3)	Om JA: Tror Du att detta beror på Din skolmiljö?		
					Ja (1)	Nej (2)	Vet ej (3)
9-10	Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-12	Tung i huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13-14	Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15-16	Illamående/yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17-18	Koncentrationssvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19-20	Klåda, sveda, irritation i ögonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21-22	Irriterad, täppt eller rinnande näsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23-24	Heshet, halstorrhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25-26	Hosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27-28	Torr eller rodnad hud i ansiktet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29-30	Fjällning/klåda i hårbotten/öron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31-32	Torr, kliande, rodnad hud på händerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33-34	Ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35-36	Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Några kompletterande frågor

OM SKOLANS MILJÖ

Vad tycker Du om		mycket bra (1)	bra (2)	acceptabel (3)	dålig (4)	mycket dålig (5)
• miljön på skolgården	37 aktivitetsmöjligheter, sittplatser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	38 planteringar, grönytor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	39 belysning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	40 trafiksäkerhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• miljön i skolsalar	41 inredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	42 färgsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	43 akustik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	44 städning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

forts **OM SKOLANS MILJÖ**

Vad tycker Du om miljön i		mycket bra (1)	bra (2)	acceptabel (3)	dålig (4)	mycket dålig (5)
1	• uppehållsrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	• skåphallar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	• matsal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	• gymnastiksal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	• omklädningsrum/duschrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	• toaletterum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OM MATEN

		Alltid (1)	Nästan alltid (2)	1-3 ggr per vecka (3)	Aldrig (4)
7	Brukar Du äta frukost innan Du går till skolan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Brukar Du äta lunch i skolans matsal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När Du äter i skolan:					
9	Brukar Du äta skollunchens huvudrätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Får Du själv bestämma hur mycket mat Du vill ha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Tycker Du att skolmaten smakar bra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Är Du mätt när Du lämnar skolans matsal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Upplever Du lunchen i matsalen som avkopplande och trevlig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om inte, beror detta på					
14	hög ljudnivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	stressigt - kort mattid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	stökigt och bråkigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	köer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	trängsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja (1)	Nej (2)		
19	Har Du bra kontakt med skolkökspersonalen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20	Skulle Du själv vilja påverka matsedeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

OM TEMPERATURFÖRHÅLLANDENA

Vad anser Du om temperaturförhållandena i skolan i allmänhet?		mycket bra (1)	bra (2)	acceptabla (3)	dåliga (4)	mycket dåliga (5)
21		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om problem med temperaturen:						
22	(flera alternativ möjliga)	alltför kallt på vinterhalvåret				<input type="checkbox"/> 1
23		alltför kallt på andra tider				<input type="checkbox"/> 1
24		alltför varmt på sommarhalvåret				<input type="checkbox"/> 1
25		alltför varmt på andra tider				<input type="checkbox"/> 1

OM BULLER

1	Besväras Du av buller ?	Ja <input type="checkbox"/> ₁	Nej <input type="checkbox"/> ₂
2	Om Ja , varför? (flera alternativ möjliga)	ventilationen stör	<input type="checkbox"/> ₁
3		buller utifrån (trafik o dyl)	<input type="checkbox"/> ₁
4		buller från skolgården	<input type="checkbox"/> ₁
5		skrapljud från stolar	<input type="checkbox"/> ₁
6		högljudda elever	<input type="checkbox"/> ₁

OM DAMM OCH SMUTS

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

OM LUFTKVALITETEN

		mycket bra (1)	bra (2)	acceptabel (3)	dålig (4)	mycket dålig (5)
13	Vad anser Du om luftkvaliteten i skolsalarna i allmänhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Finns lokaler med dålig luftkvalitet ?			Ja <input type="checkbox"/> ₁		Nej <input type="checkbox"/> ₂
	Om Ja , ange vilka:					
15	Om problem med luftkvaliteten:		sämre på måndagsmorgnar			<input type="checkbox"/> ₁
16	(flera svarsalternativ möjliga)		sämre på eftermiddagar			<input type="checkbox"/> ₁
17			sämre vid dubbellektioner			<input type="checkbox"/> ₁
18			olika i olika lokaler			<input type="checkbox"/> ₁
19			lukter förekommer			<input type="checkbox"/> ₁
20			vädringsmöjligheter saknas			<input type="checkbox"/> ₁

YTTERLIGARE SYNPUNKTER

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TACK FÖR HJÄLPEN!