

Kompletterande formulär om innemiljön hemma och på arbetet

Frågeformuläret består av en inledande sida, samt fyra delar om innemiljön (I-IV):

I. Frågor om Din nuvarande bostad

II. Frågor om de bostäder du bott i under de senaste 8 åren

III. Frågor om Din nuvarande arbetsplats (Besvaras av de som yrkesarbetar nu)

IV. Frågor om arbetslokaler/byggnader Du arbetat i under de senaste 8 åren

Besvara frågorna genom att kryssa i, skriva i, eller ringa in rätt alternativ.

Om Du är osäker vid "nej-ja frågor", välj nej-rutan.

Namn _____ Telefon (dagtid) _____

1. Hur många olika bostäder har Du haft de senaste 8 åren?

Samma hela tiden Två bostäder Tre bostäder Mer än tre bostäder

1.1. När flyttade Du in i Din nuvarande bostad? 19.....(årtal)

2. Yrkesarbetar Du för närvarande? Ja Nej
 () ()

2.1 Arbetsplatsens namn: _____

2.2 Arbetsplatsens gatuadress: _____

2.3 Arbetsplatsens postnummer/ort: _____

2.4. När började Du arbeta i Dina nuvarande arbetslokaler? 19.....(årtal)

3.1 Har Du yrkesarbetat någon gång de senaste 8 åren? Ja Nej
 () ()

3.2. Hur många år totalt har du yrkesarbetat under de senaste 8 åren?år

3.3 Hur många olika arbetsplatsbyggnader har Du arbetat i de senaste 8 åren?

**Mitt arbete har inte Samma byggnad Två Tre Mer än
 varit i en byggnad hela tiden byggnader byggnader byggnader**

I. UPPGIFTER OM DIN NUVARANDE BOSTADSMILJÖ

4. Hur många personer bor i Din nuvarande bostad?**antal**

5. Ligger Din nuvarande bostad nära (mindre än 50 meter) från en tungt trafikerad väg? Ja Nej
() ()

6. Vilka typer av material finns i ytterväggarna i Din nuvarande bostad?
(ringa in ett eller flera alternativ)

Sten Tegel Betong Puts Trä Metall Annat

7. Vilka typer av material finns i innerväggarna i Din nuvarande bostad?
(ringa in ett eller flera alternativ)

Tapet Målade ytor Tegel Trä Textila väggmaterial Metall Annat

8. Vilka typer av golvmaterial finns i boenderum eller kök Din nuvarande bostad
(gäller samtliga rum och kök, ej badrum eller källare, ringa in ett eller flera alternativ)

Plastmatta(vinyl/PVC) Linoleum Parkett/trägolvt Stengolv/kakel

Heltäckningsmatta Laminat Målat golv Annat

9. Vilka typer av ventilationssystem finns i Din nuvarande bostad?

Självdtag utan Självdtag med Fläktstyrd Fläktstyrd Vet
ventilations- **kanaler men ventilation i ventilation i ej**
kanaler **utan fläktar kök eller badrum sovrum/vardagsrum**

10. Vilka typer av rengöringsmetoder/behandling av golven brukar användas i Din nuvarande bostad?

Portabel dammsugare Centraldammsugare Våttorkning med mopp/trasa

Torrsoptning Torr elektrostatisk mopp Behandling med polish Annat

II. UPPGIFTER OM DIN BOSTADSMILJÖ UNDER DE SENASTE 8 ÅREN

11. Hur många av de senaste 8 åren har Du bott nära (mindre än 50 meter) från en tungt trafikerad väg?

Hela tiden 5-7 år 1-4 år Mindre än 1 år Aldrig

12. Vilka typer av material har funnits i ytterväggarna i Din bostad under de senaste 8 åren?
(gäller samtliga bostäder, ringa in ett eller flera alternativ)

Sten Tegel Betong Puts Trä Metall Annat

13. Vilka typer av material har funnits i innerväggarna i Din bostad under de senaste 8 åren?
(gäller samtliga bostäder, ringa in ett eller flera alternativ)

Tapet Målade ytor Tegel Trä Textila väggmaterial Metall Annat

14. Vilka typer av golvmaterial har funnits i Din bostad under de senaste 8 åren?
(gäller samtliga bostäder, ringa in ett eller flera alternativ)

Plastmatta(vinyl/PVC) Linoleum Parkett/trägolvt Stengolv/kakel

Heltäckningsmatta Laminat Målat golv Annat

15. Vilka typer av ventilationssystem har förekommit i Din bostad de senaste 8 åren?

**Självdtag utan Självdtag med Fläktstyrd Fläktstyrd Vet
ventilations- kanaler men ventilation i ventilation i ej
kanaler utan fläktar kök eller badrum sovrums/vardagsrum**

16. Hur många gånger har Din bostad målats om invändigt de senaste 8 åren?

Aldrig En gång Två gånger Tre gånger Mer än 3 gånger

OM BOSTADEN EJ MÅLATS OM NÅGON GÅNG, HOPPA TILL FRÅGA 17

16.1 Ange vilka år bostaden målades om (ett eller flera alternativ) År:.....

16.2 Vad målades om? (ringa in ett eller flera alternativ)

Innertak Innerväggar Snickeri/trädetaljer Golv Metallrör/radiatorer Annat

16.3 Försök ange vilka färgtyper som användes:

Lösningsmedelsbaserad		Vattenbaserad		Vattenbaserad		Lösningsmedelsbaserad	
tak/väggfärg		tak/väggfärg		snickerifärg		snickerifärg	
Äggolje-tempera	Kalkslam-färg	Linolje-färg	Tvåkomponent färg/lack	Andra färgtyper	Vet ej vilka färgtyper		

17. Har något av följande konstaterats i Din bostad under de senaste 8 åren?

	Ja	Nej
17.1 Vattenskador/fuktskador inomhus på väggar, golv eller tak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.2 "Buckliga" plastmattor, gulnade plastmattor eller svartnad parkett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.3 Synlig mögelväxt inomhus på väggar, golv eller i taket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.4 Mögellukt i ett eller flera av boningsrummen (ej källare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.5 Annan lukt/odör i boningsrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Har Din bostad reparerats under de senaste 8 åren på grund av byggnadsfukt/vattenskada? Ja Nej

Om ja, ge en beskrivning av vad som var orsaken/typ av reparation, och år för reparation

.....

.....

.....

19. Hur ofta har tobaksrökning förekommit inomhus i Din bostad **under de senaste 8 åren?** (försök ange genomsnitt för samtliga bostäder, ringa in ett alternativ)

Dagligen **Ofta(1-4 gånger/vecka)** **Ibland (1-3gånger/mån)** **Aldrig**

20. Hur många av de 8 senaste åren har tobaksrökning förekommit i Din bostad?

Hela tiden **5-7 år** **1-4 år** **mindre än 1 år** **Aldrig**

21. Har något av följande husdjur förekommit i Din bostad under de senaste 8 åren? (gäller samtliga bostäder, ringa in ett eller flera alternativ)

Katt **Hund** **Hamster** **Kanin** **Marsvin** **Råtta/mus** **Fåglar** **Akvariefiskar** **Annat**

22. Vilka typer av golvrengöring/behandling brukade ni använda i Din bostad (de senaste 8 åren)?

Portabel dammsugare **Centralsdammsugare** **Våttorkning med mopp/trasa**

Torrsoptning **Torr elektrostatisk mopp** **Behandling med polish** **Annat**

AKTUELLA BESVÄR: HAR DU UNDER DE SISTA TRE MÅNADERNA:

	ja, ofta (varje vecka)	ja,	nej, ibland	aldrig
23. Haft utslag på händer eller underarmar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Haft utslag i ansiktet eller på halsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Haft eksem? I så fall var?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Haft klåda i ansiktet eller på halsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Haft klåda på händer eller underarmar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Fått ögonirritation (röda ögonvitor)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Haft svullna ögonlock?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Haft huvudvärk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Känt Dig illamående?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Haft snuva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Varit täppt i näsan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Känt Dig torr i halsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Känt som om Du skulle bli förkyld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Haft ont i halsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Haft rethosta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Haft besvär med andningen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Känt Dig trött och hängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Tror Du att något/några av dessa besvär sammanhänger med Din nuvarande arbetsmiljö? Ja Nej Vet ej

40.1 Om ja, vilka besvär? (ange frågans nummer):.....

40.2 Om ja, vad i Din arbetsmiljö tror Du orsakar besvären?.....

41. Tror Du att något/några av dessa besvär har samband med Din nuvarande hemmiljö? Ja Nej Vet ej

41.1 Om ja, vilka besvär? (ange frågans nummer):.....

41.1 Om ja, vad i Din hemmiljö tror Du orsakar besvären?.....

III. UPPGIFTER OM AKTUELL ARBETSMILJÖ (besvaras av de som yrkesarbetar nu)

42. När byggdes din nuvarande arbetsplatsbyggnad 19.....(årtal)

43. Ligger Din nuvarande arbetsplats nära (mindre än 50 meter) från en tungt trafikerad väg? () () Ja Nej

44. Vilka typer av material finns i innerväggarna i Din nuvarande arbetsplatsbyggnad?
(ringa in ett eller flera alternativ)

Tapet Målade ytor Tegel Trä Textila väggmaterial Metall Annat

45. Vilka typer av golvmaterial finns i i Din nuvarande arbetsplatsbyggnad?
(ringa in ett eller flera alternativ)

Plastmatta(vinyl/PVC) Linoleum Parkett/trägolvt Stengolv/kakel

Heltäckningsmatta Laminat Målat golv Annat

46. Vilka typer av ventilationssystem finns i Din nuvarande arbetsplatsbyggnad?

**Självdtag utan Självdtag med Mekanisk fläktstyrd Punktutsug för Vet
ventilationskanaler ventilationskanaler ventilation i speciella ej
men utan fläktar arbetslokalerna arbetsprocesser**

47. Har Dina arbetslokaler målats om invändigt under **de senaste 12 månaderna?** () () Ja Nej

OM "NEJ" HOPPA TILL FRÅGA 49, OM "JA":

47.1 Om ja, När skedde detta:.....mån.....år

47.2 Om ja, vad målades om (ringa in ett eller flera alternativ)

Innertak Väggar Snickeri/trädetaljer Golv Metallrör/radiatorer Annat

48. Har något av följande konstaterats i Dina arbetslokaler **de senaste 12 månaderna?**

Ja Nej

48.1 Vattenskador/fuktskador inomhus på väggar, golv eller i taket _____ () ()

48.2 "Buckliga" plastmattor, gulnade plastmattor eller svartnad parkett _ () ()

48.3 Synlig mögelväxt inomhus på väggar, golv eller i taket _____ () ()

48.4 Mögellukt i ett eller flera av arbetsrummen (ej källaren) _____ () ()

48.5 Annan lukt/odör: _____ () ()

IV. ARBETPLATSENS INNEMILJÖ DE SENASTE ÅTTA ÅREN (Besvaras av de som yrkesarbetat någon gång under de senaste 8 åren)

49. Hur många av de senaste 8 åren har Du arbetat i en byggnad belägen nära (mindre än 50 meter) från en tungt trafikerad väg? ? (gäller samtliga byggnader)

Hela tiden 5-7 år 1-4 år Mindre än 1 år Aldrig

50. Vilka typer av material har funnits i innerväggarna på Din arbetsplats under de senaste 8 åren? (gäller samtliga byggnader, ringa in ett eller flera alternativ)

Tapet Målade ytor Tegel Trä Textila väggmaterial Metall Annat

51. Vilka typer av golvmaterial har funnits på Din arbetsplats under de senaste 8 åren? (gäller samtliga byggnader, ringa in ett eller flera alternativ)

Plastmatta(vinyl/PVC) Linoleum Parkett/trägolvt Stengolv/kakel

Heltäckningsmatta Laminat Målat golv Annat

52. Har tobaksrökning förekommit inomhus på Din arbetsplats under de senaste 8 åren? (gäller samtliga byggnader, ringa in ett eller flera alternativ)

Nej, inte i några lokaler Ja, men endast i personalrum eller speciella rökrum Ja, allmän rökning i arbetslokalerna

53. Hur många av de 8 senaste åren har det förekommit allmän tobaksrökning i Dina arbetslokaler ? (gäller samtliga byggnader Du arbetat i)

Hela tiden 5-7 år 1-4 år mindre än 1 år aldrig

54. Vilka typer av ventilationssystem har förekommit på Din arbetsplats under de senaste 8 åren (gäller samtliga byggnader, ringa in ett eller flera alternativ)

Självdrag utan ventilationskanaler Självdrag med ventilationskanaler men utan fläktar Mekanisk fläktstyrd ventilation i arbetslokalerna Punktutsug för speciella arbetsprocesser Vet ej

55. Hur mycket Har Du i genomsnitt arbetat med följande typer av arbete under de senaste 8 åren?

	mindre än 1 tim/dag	1-2 tim/ dag	3-4 tim/ dag	mer än 4 tim/ dag
Arbete med persondator	()	()	()	()
Arbete med kopiatorer	()	()	()	()
Intensiv pappershantering (häftning, sortering etc)	()	()	()	()

56. Hur många gånger har Din arbetsplatsbyggnad målats om invändigt de senaste 8 åren?

Aldrig En gång Två gånger Tre gånger Mer än 3 gånger

OM DIN ARBETSPLATSBYGGNAD EJ MÅLATS OM, HOPPA TILL FRÅGA 57

56.1 Ange vilka år det målades om (ett eller flera alternativ) År:.....

56.2 Vad målades om? (ringa in ett eller flera alternativ)

Innertak Innerväggar Snickeri/trädetaljer Golv Metallrör/radiatorer Annat

56.3 Försök ange vilka färgtyper som användes:

lösningsmedelsbaserad	Vattenbaserad	Vattenbaserad	Lösningsmedelsbaserad
tak/väggfärg	tak/väggfärg	snickerifärg	snickerifärg
Äggolje- tempera	Kalkslam- färg	Linolje- färg	Tvåkomponent färg/lack
			Andra färgtyper
			Vet ej vilka färgtyper

57. Har något av följande konstaterats i Dina arbetslokaler **under de senaste 8 åren?**

	Ja	Nej
57.1 Vattenskador/fuktskador inomhus på väggar, golv eller tak	()	()
57.2 "Buckliga" plastmattor, gulnade plastmattor eller svartnad parkett	()	()
57.3 Synlig mögelväxt inomhus på väggar, golv eller i taket	()	()
57.4 Mögellukt i ett eller flera rum (ej källare)	()	()
57.5 Annan lukt/odör	()	()

58. Har Dina arbetslokaler reparerats de senaste 8 åren på grund av byggnadsfukt/ vattenskada? **Ja Nej**
() ()

Om ja, ge en beskrivning av vad som var orsaken/typ av reparation, och år för reparation

.....

.....

.....

Tack för Din medverkan!